ISSN: 2585-2868

Οδοντιατρικο Βημα

ΔΙΜΗΝΙΑΙΑ ΕΚΔΟΣΗ | Σκουφά 64 106 80 Αθήνα | Τηλ. 210 3814 939 | Fax 210 3803 327 | e-mail: odvima@otenet.gr | www.odvima.gr | ΝΟΕΜΒΡΙΟΣ - ΔΕΚΕΜΒΡΙΟΣ 2017 | ΤΕΥΧΟΣ 119

Συνεχής Επαγγελματική Επιμόρφωση Οδοντιάτρων

Όλα όσα πρέπει να γνωρίζετε για τη λειτουργία και την εφαρμογή του συστήματος ΣΕΕΟ από την ΕΟΟ

Ύστερα από σχεδόν μια δεκαετία διεκδικήσεων και συνεχών αγώνων η πολυ-συζητημένη Συνεχής Επαγγελματική Επιμόρφωση Οδοντιάτρων (ΣΕΕΟ) τέθηκε σε εφαρμογή, με τη σχετική νομοθεσία να αναδεικνύει την Ελληνική Οδοντιατρική Ομοσπονδία σε αποκλειστικά υπεύθυνο φορέα της διαχείρισης, πιστοποίησης και μοριοδότησης του συστήματος ΣΕΕΟ. Το «ΟΒ» έχει την χαρά και την τιμή να φιλοξενεί τον Πρόεδρο της Ελληνικής Οδοντιατρικής Ομοσπονδίας, κ. **Αθανάσιο Κατσίκη**, ο οποίος μας μίλησε για τη διαδικασία πιστοποίησης των φορέων που επιθυμούν να λειτουργούν ως πάροχοι ΣΕΕΟ, τη διαδικασία αξιολόγησης των διαφόρων επιστημονικών εκδηλώσεων, αλλά και για τα οφέλη που αποκομίζουν οι οδοντίατροι που συμμετέχουν στις εκδηλώσεις ΣΕΕΟ, καθώς και για τη σημασία της απόκτησης του πιστοποιητικού κλινικής επάρκειας. *Σελ. 4*

Υφίσταται άραγε προβληματική που να εμπλέκει τις κεφαλαλγίες με τις λειτουργικές διαταραχές του στοματογναθικού συστήματος;

Κατ' επανάληψη, το «ΟΒ» έχει φιλοξενήσει έγκριτα επιστημονικά άρθρα στα οποία τεκμηριώνονται η συνάφεια και η λειτουργική σχέση μεταξύ των κεφαλαλγιών και των Κρανιογναθικών διαταραχών και του Στοματοπροσωπικού πόνου γενικότερα.

Σήμερα, έχουμε την χαρά και την τιμή να φιλοξενούμε δύο διακεκριμένους επιστήμονες και ακαδημαϊκούς, τον Καθηγητή ΕΚΠΑ, κ. **Βύρωνα Δρούκα** και τον Αναπλ. Καθηγητή Νευρολογίας του Παν. Αθηνών, κ. **Δήμο Δημήτριο Μητσικώστα**, οι οποίοι, ο καθένας από τη σκοπιά του, προσεγγίζουν τη συνάφεια μεταξύ των δύο επιστημονικών αντικειμένων, καταδεικνύοντας γιατί το Ιπποκρατικό πρότυπο της ολιστικής αντιμετώπισης των ασθενών είναι πιο επίκαιρο από ποτέ. *Σελ. 6-12*

Κεντρική Αποστείρωση στην Οδοντιατρική Σχολή Αθηνών

Μια μεγάλη καινοτομία και ένα όραμα ετών υλοποιήθηκε στην Οδοντιατρική Σχολή Αθηνών, η οποία απέκτησε πλέον Κεντρική Αποστείρωση στα πρότυπα λειτουργίας των νοσοκομειακών μονάδων. Στόχος αυτής της καινοτομίας ήταν να ομογενοποιηθεί η διαδικασία αποστείρωσης, ώστε να υπάρχει κοινό προσωπικό που θα εφαρμόζει κοινό πρωτόκολλο αποστείρωσης, στο οποίο θα έχει προηγουμένως εκπαιδευθεί. Το «ΟΒ» βρέθηκε στην Οδοντιατρική Σχολή Αθηνών, όπου μας υποδέχθηκε ο υπεύθυνος της Επιτροπής Λοιμώξεων και Υγιεινής Χώρων, Καθηγητής κ. **Ιωάννης Τζούτζας** και μας ξενάγησε στις εγκαταστάσεις της Κεντρικής Αποστείρωσης. *Σελ. 13*

Υπερπλασίες των ούλων λόγω λήψης φαρμάκων Πόσο συχνές είναι και πώς αντιμετωπίζονται;

Στο σημερινό άρθρο που φιλοξενείται στη στήλη της ΕΠΕ, η Αναπλ. Καθηγήτρια ΑΠΘ, κ. **Δήμητρα Σακελλάρη** περιγράφει τη συχνότητα εμφάνισης των υπερπλασιών των ούλων στους ασθενείς που τελούν υπό συγκεκριμένες φαρμακευτικές αγωγές, τις αιτίες εμφάνισής τους, αλλά και την ενδεδειγμένη θεραπευτική μεθοδολογία για τη σωστή αντιμετώπιση αυτής της ομάδας ασθενών. *Σελ. 14-15*

Η απορροφημένη φατνιακή ακρολοφία της κάτω γνάθου

Είναι γνωστό ότι την εξαγωγή των δοντιών ακολουθεί μια προϊούσα και μη αντιστρεπτή διαδικασία απορρόφησης του οστού της υπολειμματικής φατνιακής ακρολοφίας. Το κλινικό πρόβλημα είναι προφανές, όπως προφανές είναι και το ερώτημα που προκύπτει σχετικά με τα μέσα που διαθέτει ο οδοντίατρος για την αντιμετώπισή του. Στο συντηρητικό οπλοστάσιό του, ο οδοντίατρος διαθέτει τις καλά τεκμηριωμένες λύσεις της καταγραφής της ουδέτερης ζώνης και της λειτουργικής αποτύπωσης της απορροφημένης ακρολοφίας. Στο παρόν άρθρο, ο Αναπλ. Καθηγητής, κ. **Ηρακλής Καρκαζής** περιγράφει μια εναλλακτική κατασκευαστική προσέγγιση σε περιστατικό με απορροφημένη φατνιακή ακρολοφία της κάτω γνάθου. *Σελ. 16*

Αποκατάσταση Μονήρους Ελλείποντος Δοντιού στην Αισθητική Ζώνη

Η χρήση των οδοντικών εμφυτευμάτων στην αποκατάσταση ασθενών με μερική νωδότητα στην αισθητική ζώνη είναι μια ελκυστική εναλλακτική λύση. Πολλές φορές όμως, το οστικό υπόβαθρο της νωδής περιοχής είναι ελλειμματικό από διάφορα αίτια (π.χ. τραύμα, ιστορικό οδοντικής λοίμωξης κλπ.) και σε συνδυασμό με τη φυσιολογική απορρόφηση του παρειακού οστικού πετάλου μετά την εξαγωγή, καθιστά την προσθετικά σωστή τοποθέτηση του εμφυτεύματος αδύνατη. Στη σημερινή παρουσίαση που φιλοξενείται στη στήλη της ΙΤΙ, ο κ. **Χαράλαμπος Αποστολίδης**, Στοματικός & Γναθοπροσωπικός Χειρουργός και ο κ. **Θανάσης Βασίλας**, Οδοντίατρος-Προσθετολόγος παρουσιάζουν ένα τέτοιο περιστατικό αποκατάστασης ελλείποντος κεντρικού τομέα της άνω γνάθου, το οποίο σύμφωνα με την SAC κατηγοριοποίηση της ΙΤΙ χαρακτηρίζεται ως complex (υψηλές αισθητικές απαιτήσεις ασθενούς, υψηλή γραμμή γέλωτος, ελλειμματικός όγκος φατνιακής ακρολοφίας κατά πλάτος, ανάγκη για οστική ανάπλαση πριν από την τοποθέτηση του εμφυτεύματος). *Σελ. 18-19*

Γραμμοειδείς Βλάβες στις Παρειές

Του **Δημήτρη Μαλάμου**, DDS, MSc, PhD, DIP.O.M., Ειδικού Στοματολόγου ..... *Σελ. 21*

Πομφολυγώδης επιδερμόλυση

Του **Γιώργου Λάσκαρη**, Αναπλ. Καθ. Στοματολογίας Ιατρικής Σχολής ΕΚΠΑ..... *Σελ. 26*

VILLA

ENDOGRAPH dc

Υψηλής συχνότητας ακτινογραφικό: μικρότερες εκθέσεις και μειωμένη δόση, με σημαντικά πλεονεκτήματα ασφάλειας.
- Χειροκίνητη λειτουργία ή προκαθορισμένα ανατομικά προγράμματα (882).
- Οπτική απεικόνιση δόσης σε mGy.
- Κεφαλή X-ray DC hi-frequency, 60-65-70 kV, 6mA.
- Focal spot 0.5 mm (IEC 336).
- Χρόνοι έκθεσης από 0.01s έως 2s σε 36 βήματα.

ΤΙΜΗ 2.250€

- Ελαφρείς και σταθεροί βραχίονες αλουμινίου
- Κουμπί ακτίνων Χ με καλώδιο ή προαιρετικά ασύρματο ή απομακρυσμένο χρονοδιακόπτη
- Στήριξη επιτοίχια (ή προαιρετικά τοποθέτηση σε οροφή ή τροχήλατο)

endos ACP

Ακτινογραφικό AC
- Κεφαλή X-ray 70kV, 8mA
- Focal spot 0.8 (IEC 336)
- Χρόνοι έκθεσης από 0.02 εως 3.2s σε 33 βήματα
- Προκαθορισμένα ανατομικά προγράμματα 30 pre-set times

ΤΙΜΗ 2.000€

Videograph HD

Ψηφιακή ακτινογραφία USB

- Άμεση σύνδεση USB
- 2 διαθέσιμα μεγέθη αισθητήρα
- Στρογγυλεμένες γωνίες για καλύτερη άνεση
- Εμβαπτιζόμενος αισθητήρας για απόλυτη αποστείρωση

ΤΙΜΗ 2.750€

scanograph

PSP plates dental scanner

Ελαφρύς και συμπαγής σαρωτής πλακιδίων φωσφόρου
- Υψηλής ανάλυσης
- Αυτόματη αναγνώριση μεγέθους πλακιδίων
- Άμεση απεικόνιση εικόνας
- Τα πλακίδια διαγράφονται για νέα χρήση
- Διατίθενται πλακίδια φωσφόρου σε 4 μεγέθη

ΤΙΜΗ 4.150€

ΤΙΜΕΣ ΧΩΡΙΣ ΦΠΑ 24%

Stefanoudakis

ΛΥΚΟΥΡΓΟΣ ΣΤΕΦΑΝΟΥΔΑΚΗΣ & ΣΙΑ Ο.Ε.

ΜΙΝΩΟΣ 32 & ΓΟΡΤΥΝΗΣ • 71303 ΗΡΑΚΛΕΙΟ ΚΡΗΤΗΣ • Τηλ.: 2810 373137

Fax: 2810 3731138 • wedsite: www.stefmed.eu • e-mail: info@stefmed.eu

Δόγματα και Αναθεωρήσεις στην Οδοντιατρική

Από την εναρκτήρια ομιλία του Προέδρου του Οδοντιατρικού Συλλόγου Κορινθίας κ. **Επαμεινώνδα Κατσούλα**, στην επιστημονική ημερίδα «Δόγματα και Αναθεωρήσεις στην Οδοντιατρική» που πραγματοποιήθηκε στις 14 Οκτωβρίου 2017 στο Συνεδριακό χώρο του Ξενοδοχείου SIKYON COAST .

Στην ιστορία της Ιατρικής και της Οδοντιατρικής επιστήμης υπάρχουν δεκάδες παραδείγματα δογμάτων που υπαγόρευσαν συγκεκριμένα πρωτόκολλα αντιμετώπισης νοσημάτων και οδήγησαν σε τραγικά αποτελέσματα, για να αναθεωρηθούν αργότερα, όταν η πράξη απέδειξε ότι ήσαν καταφανώς λανθασμένα. Η παραίνεση του *Ιπποκράτη* «***Ωφελέειν ή μη βλάπτειν»*** είναι σήμερα ιδιαίτερα επίκαιρη και θα πρέπει να αποτελεί οδηγό για τους λειτουργούς της υγείας.

Ένα βραβείο Νόμπελ Ιατρικής και τα θύματά του

Το 1949 βραβεύτηκε με Νόμπελ Ιατρικής ο Πορτογάλος ευγενής, διπλωμάτης καριέρας και νευροχειρουργός *Αντόνιο Έγκας Μονίζ* «για την ανακάλυψη της θεραπευτικής αξίας της λοβοτομής για ορισμένες ψυχώσεις». Η «ανακάλυψή» του οδήγησε σε λοβοτομές εκατοντάδες χιλιάδες ανθρώπους με ψυχικά νοσήματα που τους κατέστησαν σχεδόν «φυτά» και στοίχισαν τη ζωή σε τουλάχιστον 3.000 ανθρώπους στη Σουηδία και πάνω από 40.000 στις ΗΠΑ.

«Τα λάθη των γιατρών τα καλύπτει το χώμα»

(Λαϊκή ρήση)

Το δόγμα της λοβοτομής αργότερα εγκαταλείφθηκε.

Η λαίλαπα των μαστεκτομών

Εκατοντάδες χιλιάδες γυναίκες, επί σειρά ετών, υπέστησαν σύμφωνα με πρωτόκολλο-δόγμα ολικές μαστεκτομές, ακόμη και για προληπτικούς λόγους, για να αποκαλυφθεί αργότερα, ότι μόνο σε ορισμένες περιπτώσεις καρκίνου του μαστού επιβάλλεται η ολική μαστεκτομή και ότι αρκετές τέτοιες επεμβάσεις δεν πρόσφεραν και πολλά στην πορεία της καρκινικής νόσου. Η ιατρική κοινότητα μόλις πρόσφατα ζήτησε συγγνώμη από τις ακρωτηριασμένες γυναίκες, ενώ σήμερα νέα πρωτόκολλα σχετικά με την έκταση των χειρουργικών επεμβάσεων του μαστού εφαρμόζονται κατά περίπτωσιν. Η *Αντζελίνα Τζολί* όμως, έχει άλλη γνώμη. Προέβη σε προληπτικές μαστεκτομές επειδή ευρέθη φορέας γονιδίων που πιθανόν να της προκαλούσαν καρκίνο του στήθους (όπως στη μητέρα της).

Οι Αμερικάνοι έχουν πάντα δίκιο;

Σύμφωνα με μελέτη που δημοσιεύθηκε σε ένα από τα πιο έγκυρα ιατρικά περιοδικά, το British Medical Journal, τα ιατρικά λάθη αποτελούν την 3η συχνότερη αιτία θανάτου στις ΗΠΑ μετά τα καρδιαγγειακά νοσήματα και τον καρκίνο.

Δε θα πρέπει να ξεχνούμε, ότι επί σειρά ετών λοιμωξιολόγοι, καρδιολόγοι, παθολόγοι και καθηγητές της Οδοντιατρικής, ακολουθώντας πιστά τις Οδηγίες της Αμερικανικής Καρδιολογικής Εταιρείας, συνιστούσαν, σε μια εκτεταμένη περιπτωσιολογία, εξαιρετικά μεγάλες δόσεις αντιβιοτικών για χημειοπροφύλαξη ενδοκαρδίτιδας και συγκεκριμένα: 3 γραμμάρια Αμοξυκυλίνης μία ώρα πριν την επέμβαση και 1,5 γραμμάριο του ίδιου αντιβιοτικού 6 ώρες μετά (ακόμη και για μια απλή αποτρύγωση).

Η Ελληνική Ιατρική και Οδοντιατρική Κοινότητα υιοθετώντας τις «οδηγίες των Αμερικανών» ως δόγματα,«φόρτωνε» τους οδοντιατρικούς ασθενείς με τις υπερβολικές αυτές δόσεις αντιβιοτικών, παρότι οι οδηγίες των αντίστοιχων Ευρωπαϊκών φορέων, όπως και του Ηνωμένου Βασιλείου, συνιστούσαν μικρότερες δόσεις. Έπρεπε να περάσουν πολλά χρόνια, να καταναλωθούν τόνοι αντιβιοτικών, για να «ανακαλύψουμε» ότι μικροβιαιμία προκαλείται ακόμη και με το βούρτσισμα των δοντιών, ιδιαίτερα στα άτομα που πάσχουν από κάποιας μορφής νόσο του περιοδοντίου και ότι στις περισσότερες περιπτώσεις δεν χρειάζεται καμία χημειοπροφύλαξη.

«Οι Αμερικανοί πάντα κάνουν το σωστό, αφού πρώτα δοκιμάσουν όλα τα άλλα»

Winston Churchil

Η Αμερικανική Καρδιολογική Εταιρεία, ως να μη συνέβη τίποτε, εξέδωσε αργότερα (το 1997) νέα Οδηγία-Πρωτόκολλο που συνιστά εφ΄άπαξ δόση 2 γρ. Αμοξυκυλίνης 1 ώρα πριν την επέμβαση σε πολύ περιορισμένη περιπτωσιολογία υψηλού ή και μέτριου κινδύνου, την οποία και ακολουθούμε. Σήμερα υπάρχει τάση για περαιτέρω μείωση της εφ' άπαξ δόσης χημειοπροφύλαξης στα 1,5 γρ. Αμοξυκυλίνης.

Η θεωρία τη Εστιακής Λοίμωξης

Σύμφωνα με τη θεωρία αυτή η ύπαρξη μιας εστίας λοίμωξης στον ανθρώπινο οργανισμό μπορεί να προσβάλλει ζωτικά όργανα του ανθρώπινου οργανισμού και ως εκ τούτου πρέπει να αφαιρείται χειρουργικά. Η θεωρία αυτή που επικρατούσε παλαιότερα, εκτός του ότι οδήγησε εκατομμύρια παιδιά και εφήβους σε αμυγδαλεκτομές, παρέδωσε εκατοντάδες εκατομμύρια δόντια στα σκέλη της οδοντάγρας για να «προφυλαχθεί» η γενική υγεία των οδοντιατρικών ασθενών, καταδικάζοντάς τους στην ολική νωδότητα. Η θεωρία αυτή-δόγμα, εγκαταλείφθηκε πολλά χρόνια αργότερα.

«Έχει ο καιρός γυρίσματα»

Παροιμία

Η σύγχρονη περιοδοντολογία επανέρχεται σήμερα στη θεωρία της «εστιακής λοίμωξης», αφού ευρέθη συσχέτιση της μικροβιακής οδοντικής πλάκας με την αθηρωματική πλάκα των αρτηριών, όπως επίσης με την προωρότητα του τοκετού και τη γέννηση ελλιποβαρών νεογνών σε εγγύους που πάσχουν από τη νόσο του περιοδοντίου, ενώ υπάρχουν συσχετίσεις και με μια σειρά άλλες παθήσεις. Ευτυχώς η προσπάθεια σήμερα επικεντρώνεται στην εξάλειψη της λοιμογόνου αιτίας με την περιοδοντική θεραπεία και όχι με την εξαγωγή όλων των δοντιών των περιοδοντικών ασθενών.

«Εμφύτευμα ή δόντι;»

Κατά τις τελευταίες δεκαετίες διατυπώθηκε από «εμφυτευματολόγους» η άποψη ότι ένα δόντι με περιοδοντική νόσο πρέπει να εξάγεται και στη θέση του να τοποθετείται εμφύτευμα, ούτως ώστε να αναστέλλεται η οστική απώλεια. Έτσι πολλά δόντια «αμφίβολης πρόγνωσης» θυσιάζονται στο βωμό της εμφυτευματολογίας, η οποία υπόσχεται μακροημέρευση των εμφυτευμάτων.

«Δεν μπορεί μια πρόταση να είναι επιστημονική, αν δεν εμπεριέχει τα εργαλεία διάψευσής της».

Καρλ Πόπερ, «Η Αρχή της Διαψευσιμότητας»

Επιστροφή στις ρίζες ... (των δοντιών;)

Σήμερα, μετά από δεκαετίες εμπειρίας από τα εμφυτεύματα, έχει φανεί ότι η οστική απώλεια γύρω από τα εμφυτεύματα με την αντίστοιχη των δοντιών που διατηρήθηκαν στον φραγμό δε διαφέρουν και πολύ, όπως και ότι ο χρόνος παραμονής των εμφυτευμάτων στη γνάθο είναι περίπου ίδιος με το χρόνο παραμονής των δοντιών που διατηρήθηκαν στον φραγμό, μετά από περιοδοντική θεραπεία.

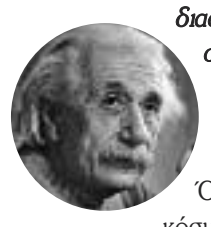
Σχετική παρουσίαση έγινε στο 17ο Παμπελοποννησιακό Συνέδριο, στο πλαίσιο στρογγυλού τραπεζιού από ομάδα Πανεπιστημιακών Περιοδοντολόγων, με συντονιστή τον καθηγητή κ. Φοίβο Μαδιανό και είχε τίτλο «Επιστροφή στις ρίζες. Εκτίμηση της αξίας των δοντιών μετά από 40 χρόνια εφαρμογής εμφυτευμάτων».

Δογματισμός – Επιστήμη. Έννοιες ασύμβατες

Η αλματώδης πρόοδος της επιστήμης, της τεχνολογίας και των βιοϋλικών, σε συνδυασμό με την ευκολία πρόσβασης και την ταχύτητα μετάδοσης της γνώσης συνέβαλαν στη ραγδαία ανάπτυξη της Οδοντιατρικής, ώστε σήμερα να θεωρείται μια από τις ταχύτερα αναπτυσσόμενες επιστήμες.

Παρόλα αυτά, κάποιες εδραιωμένες πεποιθήσεις συνεχίζουν να παραμένουν και κάποιες πρακτικές συνεχίζουν να εφαρμόζονται, ενώ η πραγματικότητα έχει αποδείξει ότι είναι ξεπερασμένες ή τελείως λανθασμένες.

Αναφέρεται ότι ο *Αϊνστάϊν* είχε πει ότι: «***είναι δυσκολότερο να διασπάσεις την προκατάληψη από το να διασπάσεις το άτομο»***. Αυτό από φιλοσοφική άποψη είναι ίσως δικαιολογημένο, αφού η ανθρώπινη αντίληψη πάντοτε υστερεί, έναντι της αενάως μεταβαλλόμενης πραγματικότητας. Όμως η επιστήμη καταφέρνει να αλλάζει τον κόσμο, (συνεπώς) και την ανθρώπινη αντίληψη για τον κόσμο. **Ο πραγματικός επιστήμονας οφείλει να θέτει σε αμφισβήτηση ιδέες και εικόνες, να υπερβαίνει a priori αξιώματα και βεβαιότητες, να εξετάζει το πεπερασμένο του παρελθόντος, να ανακαλύπτει, να προσδιορίζει, να αναδεικνύει την ταυτότητα του παρόντος και να ανταποκρίνεται στις προκλήσεις του μέλλοντος.**



Δογματισμός και επιστήμη είναι έννοιες ασύμβατες.

Ημικύκλιο

Το πρωί
Ήμασταν βέβαιοι
Το μεσημέρι
νερώναμε το κρασί μας
Με το λιόγερμα
Νάμαστε φορτωμένοι μετάνοια

Τάκης Μιχόπουλος
«Επιγραμματικοί στίχοι»

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 Καρκατζούλη

Σύνταξη:
Ηλιάνα Γιαννούλη

Υπεύθυνος λογιστηρίου:
Γιώργος Κάντζος

Νομικός Σύμβουλος:
Λάμπρος Ανδρ. Τσοπράς

Υπεύθυνος Τυπογραφείου:
pressious arvanitidis A.E.B.E.
78ο 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

miglionico
DENTAL EQUIPMENT

4 years Miglionico Warranty

100% MADE IN ITALY

NICE GLASS

Stefanoudakis

ΛΥΚΟΥΡΓΟΣ ΣΤΕΦΑΝΟΥΔΑΚΗΣ & ΣΙΑ Ο.Ε.

ΜΙΝΩΟΣ 32 & ΓΟΡΤΥΝΗΣ • 71303 ΗΡΑΚΛΕΙΟ ΚΡΗΤΗΣ • Τηλ.: 2810 373137 • Fax: 2810 3731138

wedsite: www.stefmed.eu • e-mail: info@stefmed.eu

ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗ:

K&S Medical - Καλαϊτζίδης Κ. & ΣΙΑ Ο.Ε

ΝΙΚΟΜΗΔΕΙΑΣ 2 • 56431 ΑΝΩ ΗΛΙΟΥΠΟΛΗ • Τηλ.: 2310 652177, 6944 428171 • Fax: 2310 588215

e-mail: ksmed.kalaitzidis@gmail.com

Συνεχής Επαγγελματική Επιμόρφωση Οδοντιάτρων

Όλα όσα πρέπει να γνωρίζετε για τη λειτουργία και την εφαρμογή του συστήματος ΣΕΕΟ από την ΕΟΟ

Αθανάσιος Κατσίκης
Πρόεδρος Ελληνικής Οδοντιατρικής Ομοσπονδίας

Ύστερα από σχεδόν μια δεκαετία διεκδικήσεων και συνεχών αγώνων η πολυ-συζητημένη Συνεχής Επαγγελματική Επιμόρφωση Οδοντιάτρων (ΣΕΕΟ) τέθηκε σε εφαρμογή, με τη σχετική νομοθεσία να αναδεικνύει την Ελληνική Οδοντιατρική Ομοσπονδία σε αποκλειστικό υπεύθυνο φορέα της διαχείρισης, πιστοποίησης και μοριοδότησης του συστήματος ΣΕΕΟ. Το «ΟΒ» συνάντησε στα γραφείο της ΕΟΟ, τον Πρόεδρο της Ελληνικής Οδοντιατρικής Ομοσπονδίας, κ. Αθ. Κατσίκη, ο οποίος μας μίλησε για τη διαδικασία πιστοποίησης των φορέων που επιθυμούν να λειτουργούν ως πάροχοι ΣΕΕΟ, τη διαδικασία αξιολόγησης των διαφόρων εκδηλώσεων, αλλά και τα οφέλη που συνεπάγονται για τους οδοντιάτρους η συμμετοχή τους στις εκδηλώσεις ΣΕΕΟ και η απόκτηση του πιστοποιητικού κλινικής επάρκειας.

Συνέντευξη στην **Ηλιάνα Γιαννούλη** δημοσιογράφο

Κε Κατσίκη, βάσει του Αρ.100 του Ν. 4486/2017, η Ελληνική Οδοντιατρική Ομοσπονδία «φέρει την αποκλειστική ευθύνη της διαχείρισης, πιστοποίησης και μοριοδότησης του συστήματος συνεχούς επαγγελματικής επιμόρφωσης των οδοντιάτρων». Παράλληλα, προβλέπεται η σύσταση «Ινστιτούτου Επιστημονικών Θεμάτων της Ε.Ο.Ο.». Ποιες ακριβώς θα είναι οι αρμοδιότητές του;

Πριν αναφερθούμε στον ρόλο του Ινστιτούτου, θα μου επιτρέψετε να αναφερθώ στη σημασία της νομοθετικής πλέον κατοχύρωσης του ρόλου της ΕΟΟ στην συνεχιζόμενη εκπαίδευση των οδοντιάτρων. Η ανάθεση από την πολιτεία της σοβαρής αυτής αρμοδιότητας στην ΕΟΟ ενισχύει ακόμα περισσότερο τον ρόλο και την υπόσταση του δευτεροβάθμιου οργάνου μας και μας καθιστά πρωταγωνιστές και, συγχρόνως, όμως και υπεύθυνους σε ένα βασικότατο τομέα, ο οποίος αφορά την πιστοποίηση των φορέων, οι οποίοι θα παρέχουν τη συνεχιζόμενη εκπαίδευση. Υλοποιείται έτσι, ένα όραμα και ευοδώνεται μια επιδίωξη, την οποία διεκδικούσαμε δικαίως τα τελευταία οκτώ χρόνια από την πολιτεία, με αγώνες και παραστάσεις στα υπουργεία.

Η ίδρυση του «Ινστιτούτου Επιστημονικών Θεμάτων της ΕΟΟ», το οποίο προβλέπεται στο νόμο, έχει ως στόχο να διασφαλίσει ότι μέσω αυτού, η ΕΟΟ θα έχει την αποκλειστική αρμοδιότητα και διαχείριση στο κεφάλαιο της πιστοποίησης των φορέων, οι οποίοι θα παρέχουν εκδηλώσεις ΣΕΕΟ, προσφέροντας τα αντίστοιχα μόρια στους συμμετέχοντες. Προς το παρόν, η επταμελής επιτροπή (περιλαμβάνει επτά τακτικά και 7 αναπληρωματικά μέλη) που υπάρχει για το κεφάλαιο της πιστοποίησης της ΣΕΕΟ αποτελείται από έναν εκπρόσωπο από την Οδοντιατρική Σχολή Αθηνών, έναν από την Οδοντιατρική Σχολή Θεσσαλονίκης, έναν εκπρόσωπο των επιστημονικών εταιρειών (ο οποίος εκλέγεται από τους προέδρους των επιστημονικών εταιρειών), έναν εκπρόσωπο από το Υπουργείο Υγείας και τρία μέλη της ΕΟΟ. Η πρόταση που υπάρχει είναι αυτός ο κορμός να αποτελέσει και τα μέλη του Ινστιτούτου, το οποίο αναφέρεται ρητά στο νόμο και αποτελεί αναγκαία προϋπόθεση για την ΣΕΕΟ.

Σύμφωνα με τον νόμο, ο σκοπός του Ινστιτούτου είναι η προώθηση και η ενίσχυση της συμμετοχής των οδοντιάτρων στη ΣΕΕΟ, ο συντονισμός και η διασφάλιση υψηλού επιπέδου ΣΕΕΟ, η πιστοποίηση των φορέων και η μοριοδότηση των προγραμμάτων ΣΕΕΟ των οδοντιάτρων. Στον εσωτερικό κανονισμό που καταρτίζεται από την ΕΟΟ- και που αποτέλεσε ένα από τα θέματα που συζητήθηκαν στη συνέλευση της 1ης και 2ης Δεκεμβρίου-, ρυθμίζονται όλα τα θέματα που αφορούν στη σύσταση και λειτουργία του και κάθε άλλο σχετικό θέμα.

Ποιοι είναι οι φορείς που μπορούν να πιστοποιηθούν ως πάροχοι ΣΕΕΟ; Οι εμπορικές εταιρείες επιτρέπεται να υποβάλουν σχετικό αίτημα ή εξ' ορισμού αποκλείονται από το καθεστώς των παρόχων ΣΕΕΟ;

Πάροχοι που θεωρούνται πιστοποιημένοι και δεν χρειάζεται να υποβάλουν αίτημα πιστοποίησης, καθώς και την καταβολή παραβόλου, είναι οι Οδοντιατρικοί Σύλλογοι της χώρας. Οι Επιστημονικές Εταιρείες πρέπει να λάβουν πιστοποίηση παρόχου, υποβάλλοντας πλήρη φάκελο με το καταστατικό τους, την εμπειρία τους σε θέματα εκπαίδευσης τα τελευταία χρόνια, καθώς και να καταβάλουν το ειδικό παράβολο αξίας 300 ευρώ. Η πιστοποίηση θα διαρκεί για μια 5ετία και στη συνέχεια θα απαιτείται ανανέωση της διαδικασίας του παρόχου.

Όσον αφορά στις λοιπές εταιρείες πρέπει να σημειώσουμε ότι εξ' ορισμού δεν απορρίπτονται από τη διαδικασία υποβολής αιτήματος πιστοποίησης παρόχων ΣΕΕΟ. Πρέπει όμως σε κάθε περίπτωση να πληρούν ορισμένες προϋποθέσεις, οι οποίες και θα καθοριστούν από την Επιτροπή ΣΕΕΟ, η οποία και θα μεταφέρει τη γνωμοδότησή της στο ΔΣ της ΕΟΟ, όπου και θα λαμβάνεται η τελική απόφαση για τη συμμετοχή τους.

Με ποια κριτήρια γίνεται η αξιολόγηση των επιστημονικών εκδηλώσεων που προτείνουν οι πιστοποιημένοι πάροχοι;

Η πιστοποίηση του προγράμματος ΣΕΕΟ των εγκεκριμένων παρόχων γίνεται με κατάθεση του ετήσιου προγράμματός τους το αργότερο μέχρι τέλος Νοεμβρίου του προηγούμενου έτους. Η αξιολόγηση και απάντηση για την αποδοχή ή μη, μέρους ή όλου, του προγράμματος δίνεται μέχρι τέλους Δεκεμβρίου. Το εγκεκριμένο πρόγραμμα περιλαμβάνεται στη συνέχεια στην ειδική ιστοσελίδα των μοριοδοτούμενων ετήσιων εκδηλώσεων της ΕΟΟ. Η αδυναμία υποβολής φακέλου πριν την καταληκτική ημερομηνία αναιρεί την δυνατότητα μοριοδότησης των εκδηλώσεων.

Τώρα, όσον αφορά συγκεκριμένα στα κριτήρια που λαμβάνει υπ΄ όψιν της η επιτροπή ΣΕΕΟ για την πιστοποίηση των διαφόρων προγραμμάτων και εκδηλώσεων, ενδεικτικά σας αναφέρω:

- Αναφορά των στόχων και της θεματολογίας του προγράμματος
- Αναφορά χρησιμοποιούμενων διδακτικών μεθόδων (ομιλίες, κλινική επίδειξη, εξ' αποστάσεως, κλπ).
- Σύντομο βιογραφικό των προτεινόμενων διδασκόντων καθώς και του Συντονιστή της οργανωτικής επιτροπής (σπουδές, εμπειρία εκπαίδευσης).
- Αναφορά στα μέσα αξιολόγησης του προτεινόμενου εκπαιδευτικού προγράμματος από τους συμμετέχοντες (ηλεκτρονικό ή γραπτό έντυπο αξιολόγησης, μυστική αξιολόγηση, κλπ) και της χρήσης ερωτηματολογίων για εκτίμηση των αναγκών εκπαίδευσης των συμμετεχόντων.
- Αναφορά του οικονομικού προϋπολογισμού του προγράμματος (έσοδα, έξοδα, αμοιβές, χορηγίες, κλπ).
- Εκτιμώμενος αριθμός συμμετεχόντων οδοντιάτρων.
- Σε περίπτωση εμπλοκής ασθενών, διασφάλιση ασφάλειας και έγγραφης συναίνεσης τους.
- Δυνατότητα τήρησης μηχανογραφημένων αναλυτικών στοιχείων συμμετεχόντων και ηλεκτρονικής καταχώρησης μορίων.

Η συνεχής επαγγελματική επιμόρφωση έχει προαιρετικό ή υποχρεωτικό χαρακτήρα; Υπάρχουν κάποιες κυρώσεις για τους οδοντιάτρους που δεν θα παρακολουθούν δράσεις συνεχούς επαγγελματικής επιμόρφωσης;

Ο οδοντίατρος ως πολίτης της κοινωνίας της γνώσης, αλλά και ως επαγγελματίας οφείλει να μετέχει ενεργά στη συνεχή επαγγελματική του επιμόρφωση. Εξάλλου, όπως συμβαίνει πλέον σε κάθε γνωστική περιοχή, λόγω της ταχύτατης εξέλιξης της επιστήμης και της τεχνολογίας, οι γνώσεις και οι δεξιότητες των οδοντιάτρων εμπλουτίζονται και μεταβάλλονται συνεχώς. Ωστόσο, στην παρούσα φάση ο χαρακτήρας της ΣΕΕΟ δεν είναι υποχρεωτικός, υπό την έννοια ότι δεν συνδέεται με την άδεια ασκήσεως του επαγγέλματος. Οι οδοντίατροι που θα συγκεντρώνουν 100 μόρια ΣΕΕΟ ανά πενταετία θα μπορούν να λάβουν το πιστοποιητικό κλινικής επάρκειας. Η απόκτηση του πιστοποιητικού αυτού συνοδεύεται από πολλαπλά οφέλη για τον οδοντίατρο: αποτελεί ένα «ισχυρό χαρτί» σε περίπτωση malpractice, καθώς αποδεικνύει ότι πρόκειται για ένα μάχιμο οδοντίατρο που συνεχώς ανανεώνει τις γνώσεις του, οδηγεί σε χαμηλότερα ασφάλιστρα από τις ασφαλιστικές εταιρείες που αναλαμβάνουν την κάλυψη αστικής ευθύνης των οδοντιάτρων, ενώ αδιαμφισβήτητα σε ένα επάγγελμα που χαρακτηρίζεται από έντονο ανταγωνισμό, το πιστοποιητικό κλινικής επάρκειας μπορεί να δώσει ένα συγκριτικό πλεονέκτημα στην αγορά εργασίας στους κατόχους του. Τέλος, η ελεύθερη διακίνηση των οδοντιάτρων μεταξύ των χωρών της Ευρωπαϊκής Ένωσης δημιουργεί την ανάγκη απόκτησης του πιστοποιητικού, καθώς το τελευταίο θεωρείται απαραίτητη προϋπόθεση για την αναγνώριση των επαγγελματικών δικαιωμάτων σε κάποιες χώρες.

Μπορείτε να μας περιγράψετε τη διαδικασία μέσω της οποίας πιστώνονται τα μόρια συνεχούς επαγγελματικής επιμόρφωσης σε κάθε οδοντίατρο;

Δεδομένου ότι βρισκόμαστε στο τέλος της πιλοτικής εφαρμογής του συστήματος ΣΕΕΟ, αξίζει να αναφέρω ότι βασική μας προτεραιότητα αποτέλεσε η δημιουργία μιας ειδικής πλατφόρμας μέσω της οποίας η ΕΟΟ θα είναι συνδεδεμένη on-line με τους κατά τόπους Οδοντιατρικούς Συλλόγους. Με αυτόν τον τρόπο, στην καρτέλα κάθε μέλους Οδοντιατρικού Συλλόγου θα πιστώνονται τα μόρια από τις επιστημονικές εκδηλώσεις που παρακολουθεί κάθε οδοντίατρος. Θα ήθελα να σημειώσω ότι η συγκεκριμένη πλατφόρμα τροφοδοτείται από πιστοποιημένα άτομα σε κάθε Σύλλογο, τα οποία έχουν εκπαιδευθεί στη χρήση της. Παράλληλα, θα πρέπει να σημειώσουμε ότι η πλατφόρμα αυτή δεν επιτρέπει την επικοινωνία μεταξύ των Οδοντιατρικών Συλλόγων. Συνεπώς, ο κάθε Σύλλογος δεν έχει πρόσβαση στα δεδομένα που αφορούν συναδέλφους άλλων Συλλόγων. Πρόκειται δηλαδή, για έναν θα λέγαμε «ηλεκτρονικό ταμιευτήρα» μονάδων ΣΕΕΟ, του οποίου την κεντρική διαχείριση έχει η ΕΟΟ, η οποία και εποπτεύει όλη τη διαδικασία.

Κύριε Κατσίκη, σας ευχαριστώ πολύ για αυτή την κατατοπιστική συζήτηση.

Κι εγώ σας ευχαριστώ.

Η μοριοδότηση των επιμέρους εκδηλώσεων έχει ως εξής:

5 μόρια	ανά ημέρα συμμετοχής σε Πιστοποιημένο Συνέδριο επί τον αριθμό των ημερών που διαρκεί το συνέδριο, (π.χ. Συνέδριο 3 ημερών = 15 μόρια).
15-20 μόρια	για παρακολούθηση στο Πανελλήνιο Οδοντιατρικό Συνέδριο ανάλογα τις ημέρες που διαρκεί (3 ή 4).
5 μόρια	για παρακολούθηση κάθε ολόκληρης ημέρας Συνεδρίου σε Περιφερειακά Συνέδρια Οδοντιατρικών Συλλόγων ή Πιστοποιημένων Επιστημονικών Εταιρειών.
5 μόρια	ανά ημέρα για παρακολούθηση σε Πιστοποιημένα Διεθνή Οδοντιατρικά Συνέδρια και 5 επί πλέον μόρια ανά εκδήλωση.
5 μόρια	στο σύνολο για παρακολούθηση σε Ιατρικά Συνέδρια.
1 μόριο	ανά ώρα για παρακολούθηση Θεωρητικών Σεμιναρίων ή Διαλέξεων σε Επιστημονικά Σεμινάρια, Συνόδους και Ημερίδες.
1,5 μόρια	μόρια ανά ώρα για παρακολούθηση Πρακτικών Σεμιναρίων.

Colgate SENSITIVE PRO-Relief™

Η ΖΩΗ ΕΧΕΙ ΚΑΛΥΤΕΡΗ ΓΕΥΣΗ ΧΩΡΙΣ ΠΕΡΙΟΡΙΣΜΟΥΣ

Βοηθήστε τους ασθενείς σας με ευαισθησία να απολαύσουν μια ζωή χωρίς περιορισμούς με την Οδοντόκρεμα Colgate® Sensitive Pro-Relief™

- Προσφέρει ανακούφιση που διαρκεί από την πρώτη χρήση *[1,2]
- Κλινικά αποδεδειγμένο πως η τεχνολογία Pro-Argin® αποκαθιστά τις ευαίσθητες περιοχές των δοντιών [3]
- Προτεινόμενο επίπεδο φθορίου για προστασία από την τερηδόνα
- Υπέροχη γεύση για μεγαλύτερη συμμόρφωση των ασθενών

Colgate

Ο ΣΥΜΜΑΧΟΣ ΣΑΣ ΣΤΗ ΣΤΟΜΑΤΙΚΗ ΥΓΕΙΑ

www.colgateprofessional.gr

* Όταν η οδοντόκρεμα εφαρμόζεται απευθείας στο κάθε ευαίσθητο δόντι για ένα λεπτό

1 Hamlin D, et al. Am J Dent. 2012;25:146-152. | 2 Nathoo S, et al. J Clin Dent. 2009; 20(Spec Iss): 123-130. | 3 Petrou I, et al. J Clin Dent. 2009; 20 (Spec Iss): 23-31.

Υφίσταται άραγε προβληματική που να εμπλέκει τις κεφαλαλγίες με τις λειτουργικές διαταραχές του στοματογναθικού συστήματος;

Βύρων Δρούκας
Καθηγητής ΕΚΠΑ

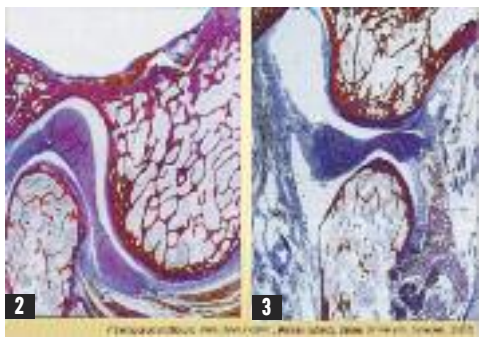
Στις 20-22 Οκτωβρίου 2017, η Ελληνική Εταιρεία Κεφαλαλγίας πραγματοποίησε το ετήσιο συνέδριό της στο Βόλο.
Η θεματολογία κάλυψε το σύνολο των κεφαλαλγιών παρουσιάζοντας εκ παραλλήλου τα σύγχρονα θεραπευτικά σχήματα. Ιδιαίτερη έμφαση δόθηκε στην ημικρανία και τα νέα θεραπευτικά πρωτόκολλα, καθώς και στην κεφαλαλγία τύπου τάσεως (Κ.Τ.Τ.), για τη σχέση της οποίας με τις λειτουργικές διαταραχές του Στοματογναθικού συστήματος, είχα το προνόμιο να συμμετάσχω ως κύριος εισηγητής.
Μέσα από πολυετείς προσπάθειες και ισάριθμες εισηγήσεις στα διάφορα επιστημονικά Forum, Οδοντιατρικά και Νευρολογικά, κατέστη τελικά αποδεκτή η ισχυρή κλινική συσχέτιση της Κ.Τ.Τ. με τις κρανιογναθικές διαταραχές του Σ.Σ. Επιδημιολογικές έρευνες κατέδειξαν ότι η Κ.Τ.Τ. είναι η συχνότερη από όλες τις πρωτοπαθείς κεφαλαλγίες στο γενικό πληθυσμό. Ποσοστό 70-85% των ασθενών με δυσλειτουργία του Σ.Σ. αναφέρει-πάσχει από κεφαλαλγία αυτής της μορφής. Η Διεθνής Εταιρεία Κεφαλαλγίας (International Headache Society), στις δύο τελευταίες αναθεωρήσεις (Ρώμη 2004, τέλος περίπου του 2013), στη θέση 11.7 του ταξινομικού πίνακα, παρέθεσε τα διαγνωστικά κριτήρια βάσει των οποίων η Κ.Τ.Τ. θα πρέπει να αποδίδεται στις διαταραχές των κροταφογναθικών διαρθρώσεων και του Σ.Σ. γενικότερα.
Το άρθρο που ακολουθεί, με μικρές τροποποιήσεις, απετέλεσε την εισήγηση του γράφοντος στο φετινό συνέδριο της Ελληνικής Εταιρείας Κεφαλαλγίας.

Η απάντηση στο ερώτημα που αποτελεί και το λογότυπο της εισήγησης έχει θετικό πρόσημο.
Το πρώτο μέρος της εισήγησης αποτελεί μία σύνοψη της λειτουργικής ανατομίας των κροταφογναθικών διαρθρώσεων (Κ.Γ.Δ.), καθώς και των βασικών αρχών της αιτιοπαθογένειας που διέπουν τις λειτουργικές διαταραχές του Στοματογναθικού συστήματος (Σ.Σ.).
Στο δεύτερο μέρος τεκμηριώνεται η σχέση της δυσλειτουργίας του Σ.Σ. με την κεφαλαλγία τύπου τάσεως (Κ.Τ.Τ.)
Το Σ.Σ. είναι μία λειτουργική μονάδα αποτελούμενη από:

- Τις γνάθους με τα δόντια
- Τις Κ.Γ.Δ.
- Τους μασητήριους μυς
- Τους μυς της γλώσσας
- Τα χείλη και τις παρειές
- Τα αγγεία και τα νεύρα όλων αυτών των ιστών.

Οι σχέσεις μεταξύ των παραμέτρων που το απαρτίζουν και των λοιπών συστημάτων του οργανισμού είναι αρκετά πολύπλοκες.
Μία απλοποιημένη μορφή που συχνά χρησιμοποιείται για να την περιγράψει φαίνεται στην ***Εικόνα 1***[1].

Στην εικόνα 1, παρατηρούμε ότι το Κεντρικό Νευρικό Σύστημα (Κ.Ν.Σ.) κατέχει δεσπόζουσα θέση. Δορυφορική θέση και σχέση με το Κ.Ν.Σ. καταλαμβάνουν οι Κ.Γ.Δ., συνεπικουρούμενες από τους μασητήριους μυς και τη σύγκλειση των δοντιών (Στατική ή δυναμική και λειτουργική).
Από τα επιμέρους τμήματα του Σ.Σ. περίοπτη θέση επέχουν οι Κ.Γ.Δ. επειδή, από λειτουργικής απόψεως, συνδυάζουν κινήσεις διαρθρώσεως και γιγγλύμου αρθρώσεως.
Η Κ.Γ.Δ. με τη μεσολάβηση του διαρθρίου δίσκου, χωρίζεται σε δύο επιμέρους θαλάμους ή αρθρώσεις, στον άνω και κάτω (δισκοκροταφική και δισκογναθιαία).
Στον κάτω θάλαμο, η άμεση επαφή του κονδύλου με τον δίσκο επιτρέπει κινήσεις περιστροφής, ενώ στον άνω, ο οποίος έχει χαλαρή δομή, ο δίσκος και ο κόνδυλος λειτουργούν ως ενιαίο σύνολο κατά τη διάρκεια των κινήσεων κατολίσθησης ή μετατόπισης της κάτω γνάθου.
Το σημαντικότερο ανατομικό στοιχείο του διαρθρίου δίσκου είναι η οπίσθια πρόσφυσή του, η οποία ονομάζεται δίστιβη ζώνη (bilaminar zone). Αποτελείται από δύο στιβάδες των άνω και κάτω μεταξύ των οποίων μεσολαβεί χαλαρός συνδετικός ιστός. Με τη βοήθεια της άνω στιβάδος, προσφύεται στο τυμπανικό πέταλο του κροταφικού οστού, ενώ με την κάτω, στον αυχένα του κονδύλου. Η μεταξύ τους περιοχή διαθέτει πλούσιο δίκτυο αγγείων και νεύρων. Η απώλεια των προσφύσεων του δίσκου με τα παρακείμενα μόρια έχει ως αποτέλεσμα την μετατόπισή του και τη δημιουργία ηχητικών φαινομένων (clicking).
Οι ***εικόνες 2*** και ***3*** αναπαριστούν μία φυσιολογική Κ.Γ.Δ. με κλειστό στόμα ***(2)*** και σε λειτουργία ***(3)***.
Κατά τη διάρκεια της κατάσπασης ο δίσκος ακο-



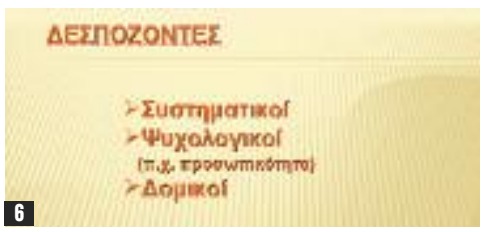
λουθεί την κεφαλή του κονδύλου καθ' όλην την τροχιά, παρεμβαλλόμενος συνεχώς μεταξύ της κεφαλής του κονδύλου και της κροταφικής γλήνης έως ότου η λειτουργική κίνηση της κάτω γνάθου μεταπέσει σε οριακή με σημείο αναφοράς την κορυφή του προσθίου αρθρικού φύματος.
Η νεύρωση της Κ.Γ.Δ. επιτελείται από το ωτοκροταφικό νεύρο, το οποίον είναι αμιγής αισθητικός κλάδος, προερχόμενος από το οπίσθιο στέλεχος του κάτω γναθικού (3ος κλάδος της V εγκεφαλικής συζυγίας). Εκφύεται με δύο ρίζες από το παρωτιδικό παρέγχυμα μεταξύ των οποίων περικλείεται η μέση μηνιγγική αρτηρία.
Φέρεται από το πίσω μέρος της Κ.Γ.Δ., την οποία διαδράμει κατά την μεσότητα και, στη συνέχεια, αποσχίζεται πλαγίως και αμφοτερόπλευρα σε πολλαπλούς κλάδους, διασχίζοντας το πίσω τοίχωμα του αυχένα του κονδύλου, οι οποίοι νευρώνουν τον αρθρικό θύλακα και τον διάρθριο δίσκο οπισθίως, πλαγίως και ενδιαμέσως.
Κλάδος του μασητηρίου νεύρου και του εν τω βάθει κροταφικού, νευρώνουν το πρόσθιο τμήμα του αρθρικού θυλάκου και του διαρθρίου δίσκου ***(Εικ. 4)***.
Το ωτοκροταφογναθικό νεύρο φερόμενο προς

τα άνω, πέρνει από το ωτικό γάγγλιο τις μεταγαγγλιακές παρασυμπαθητικές ίνες για την παρωτίδα, χορηγώντας αρθρικούς κλάδους στην Κ.Γ.Δ. και δερματικούς, για το δέρμα της κροταφικής χώρας, του πτερυγίου του ωτός και του έξω ακουστικού χώρου.
Λόγω των ανωτέρω ανατομικών σχέσεων, είναι δυνατόν να εκδηλώνονται συμπτώματα αυτοανακλαστικού άλγους, με τη μορφή στοματοπροσωπικού πόνου λόγω φλεγμονής της περιοχής[2].
Το ωτοκροταφικό νεύρο δεν νευρώνει περιοχές που σχετίζονται με την καθημερινή οδοντιατρική πράξη. Συνεπώς, ο κλινικός οδοντίατρος δεν έρχεται σε άμεση επαφή.
Η αιμάτωση της Κ.Γ.Δ. πραγματοποιείται από την επιπολής κροταφική και την έσω γναθιαία αρτηρία, οι οποίες αποτελούν ακρεμόνες κλάδους της έξω καρωτίδος, με μεγαλύτερο κλάδο αυτόν της έσω γναθιαίας.
Από λειτουργικής απόψεως οι Κ.Γ.Δ. αποτελούν τον σημαντικότερο εταίρο του Κ.Ν.Σ., παρέχοντας πληροφορίες μέσω υποδοχέων.
Τα ιδιοδεκτικά όργανα των Κ.Γ.Δ. είναι τα σωμάτια Vater-Pacini, τα σωμάτια Ruffini, οι ελεύθερες νευρικές απολήξεις και το τενόντιο όργανο του Golgi. Οι εν λόγω υποδοχείς εντοπίζονται στον αρθρικό θύλακο, στην περιφέρεια του δίσκου και στον έξω πλάγιο σύνδεσμο. Τα σωμάτια Vater-Pacini, τα σωμάτια Ruffini και οι ελεύθερες νευρικές απολήξεις, διαβιβάζουν στο Κ.Ν.Σ. αισθητικές και κινητικές πληροφορίες σχετικές με τη θέση και την κίνηση της κάτω γνάθου.
Το Κ.Ν.Σ. εν συνεχεία επεξεργάζεται την Κινητική και Αισθητική Εικόνα (Κιναισθητική), η οποία συντονίζει και εξασφαλίζει την ομαλή λειτουργία του Σ.Σ. Κάθε απόκλιση και εφ' όσον δεν αντιρροπείται, αποτελεί αιτία δυσλειτουργίας, συνήθως μυϊκού τύπου.
Η μετάπτωση αυτή ορίζεται ως δυσλειτουργία του Σ.Σ.
Με τον χαρακτηρισμό αυτόν εννοούμε το σύνολο των νοσηρών φαινομένων, τα οποία πρωτογενώς ή δευτεροπαθώς εντοπίζονται σε αυτό και στην ευρύτερη περιοχή του. Πρόκειται περί αθροιστικών διαταραχών με κοινά συμπτώματα που δεν σχετίζονται ή δεν προέρχονται με ή από τον πόνο οδοντικής αιτιολογίας[3,4].
Υπό την ευρεία τους έννοια, εντάσσονται ως υποομάδα στον ευρύτερο χώρο των μυοσκελετικών και ρευματολογικών παθήσεων.
Διασταυρούμενες επιδημιολογικές έρευνες σε επιλεγμένα πληθυσμιακά δείγματα μη ασθενών, έδειξαν μία διακύμανση 40-70% να εμφανίζουν το λιγότερο ένα σύμπτωμα π.χ. προσωπαλγία ή αρθραλγία[5,6].
Μακράς διάρκειας επιδημιολογικές έρευνες έδειξαν ότι η συχνότητα και σοβαρότητα των δυσλειτουργικών συμπτωμάτων αυξάνουν στην αρχή της δεύτερης και τρίτης δεκαετίας της ζωής[7,8]. Η αιτιοπαθογένειά τους απετέλεσε ένα από τα πλέον αντιμαχόμενα πεδία της οδοντιατρικής γενικότερα. Η διάσταση των απόψεων εκπροσωπήθηκε από δύο σχολές.
Η πρώτη επικεντρώθηκε στη σύγκλειση των δοντιών, ενώ η δεύτερη σε παράγοντες κεντρικής αιτιολογίας (ψυχολογικοί)[9-12].
Συμπερασματικά, οι κρανιογναθικές διαταραχές δεν στοιχειοθετούν μεμονωμένη παθολογική κατάσταση, απλά αποτελούν συγκερασμό δομικών και λειτουργικών διαταραχών[13].
Από τις αρχές της δεκαετίας του '80, αρχίζει να γίνεται αντιληπτό, ότι οι διάφοροι μεμονωμένοι παράγοντες δεν είναι ικανοί από μόνοι τους να στηρίξουν την αιτιολογία τους.
Βαθμηδόν, οι θεωρίες αρχίζουν να χάνουν την επιστημονική τους αξία παραχωρώντας τη θέση τους σε ένα περισσότερο προωθημένο πρότυπο πολυπαραγοντικής αιτιολογίας, στο οποίο συνυπάρχουν σε ισότιμη βάση και, ταυτόχρονα, εμπλέκονται μεταξύ τους τρεις βασικοί παράγοντες:

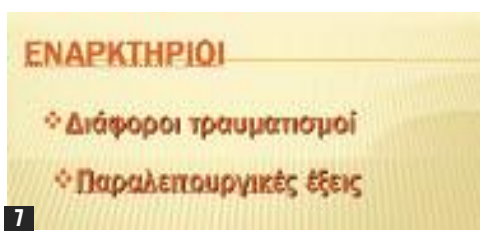
- Νευρομυϊκοί
- Ανατομικοί
- Ψυχολογικοί

Η εκτροπή ενός ή περισσοτέρων αποτελεί το έναυσμα δυσλειτουργίας.
Πρόσφατες απόψεις τους διακρίνουν σε δεσπόζοντες, εναρκτήριους και διηνεκείς ***(Εικ. 5)***.

Οι δεσπόζοντες διακρίνονται σε συστηματικούς, ψυχολογικούς και δομικούς ***(Εικ. 6)***.



Οι εναρκτήριοι περιλαμβάνουν τους διαφόρους τραυματισμούς και τις παραλειτουργικές έξεις ***(Εικ. 7)*** και οι διηνεκείς ή συνεχείς περιλαμβάνουν προβλήματα μεταβολισμού, μυϊκή και μη-



Νέο

Variolink® Esthetic

Η αισθητική ρητινώδης κονία

"Εκπληκτικά απλή απόδοση αισθητικής!"

Η ρητινώδης κονία για εξαιρετική αισθητική και εύκολη εφαρμογή …

- Ισορροπημένο και περιεκτικό σύστημα αποχρώσεων.
- Εξαιρετική σταθερότητα αποχρώσεων χάρη στη σύνθεση χωρίς αμίνες.
- Εύκολη, ελεγχόμενη απομάκρυνση περίσσειας.

PATENTED ivocerin® LIGHT INITIATOR

www.ivoclarvivadent.gr

ivoclar vivadent®
passion vision innovation

Επίσημοι διανομείς

SADENT AEBE
• 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

MEMODENT AE
• Βερονζέρου 4 / 106 77 Αθήνα / τηλ.: 210 330 4050 / www.memodent.gr

χανική καταπόνηση, καθώς και προβλήματα προσωπικότητας *(Εικ. 8)*.

8

Οι τρόποι συμπεριφοράς, οι συγκινησιακές καταστάσεις και οι γνωσίες του ατόμου συνθέτουν ένα σύνολο παραγόντων που μπορεί να αποτελέσει το έναυσμα ή το αποτέλεσμα της δυσλειτουργίας[14,5,15-18].

Συμπερασματικά, η δυσλειτουργία του Σ.Σ. δεν στοιχειοθετεί μεμονωμένη παθολογική κατάσταση, αλλά συγκερασμό δομικών και λειτουργικών διαταραχών[13].

Τα συμπτώματα απεικονίζονται στην *εικόνα 9*.

Μεταξύ των δύο φύλων δεν βρέθηκαν σημαντικές διαφορές στα σημεία και συμπτώματα σε δείγματα μη ασθενών ενηλίκων. Αντιθέτως, η επιμέρους αξιολόγηση αποκάλυψε ότι οι γυναίκες εμφανίζουν συχνότερα κεφαλαλγία, μυϊκή ευαισθησία κλπ., σε σχέση με τους άνδρες[8,19].

Οι διαφορές αυτές μεταξύ των δύο φύλων δεν είναι σε θέση να ερμηνεύσουν τα κλινικά δεδομένα, σύμφωνα με τα οποία η αναλογία μεταξύ ανδρών και γυναικών κυμαίνεται από 3:1-9:1 στα άτομα που αποζητούν θεραπεία.

9

Οι κρανιογναθικές διαταραχές και η σχέση τους με τις κεφαλαλγίες *(Εικ. 10)*

«Στη συντριπτική τους πλειοψηφία, οι κεφαλαλγίες δεν σκοτώνουν».

Αναφερόμενοι σε θέματα υγείας, παρατηρούμε συχνά το φαινόμενο, η σοβαρότητα μιας πάθησης να προσμετράται από το εάν σκοτώνει ή όχι, παραβλέποντας έναν ιδιαιτέρως σημαντικό παράγοντα που είναι η ποιότητα ζωής[20].

10

Στην προσπάθεια αξιολόγησης της κεφαλαλγίας, είτε ως αυτούσιας νόσου, είτε ως σύμπτωμα γενικότερης παθολογικής κατάστασης, διαχρονικά, παρουσιάστηκαν διάφορες ταξινομήσεις. Η πρώτη δημοσιεύθηκε το 1962 από την Αμερικανική Εταιρεία Κεφαλαλγίας, η οποία λόγω των πολλαπλών ασαφειών της παρέμεινε ανενεργής. Το 1988, δημοσιεύτηκε η δεύτερη από την Διεθνή Εταιρεία Κεφαλαλγίας, η οποία έγινε αποδεκτή διεθνώς.

Το 2004, στη Ρώμη, η Διεθνής Εταιρεία Κεφαλαλγίας αναθεώρησε την πρώτη του 1988 και περί το τέλος του 2013, έγινε μία τροποποιημένη αναθεώρηση εκείνης του 2004.

Οι ταξινομήσεις χωρίς να αποτελούν μια αναφαίρετη πραγματικότητα, αποτελούν ένα χρήσιμο διαγνωστικό εργαλείο για την αξιολόγηση σε αιτιοπαθογενετική βάση με τη θέσπιση διαγνωστικών κριτηρίων τα οποία βασίστηκαν σε εξειδικευμένες πληθυσμιακές έρευνες.

Η σχέση κεφαλαλγίας-δυσλειτουργίας αφορά τις πρωτοπαθείς κεφαλαλγίες και ιδιαιτέρως την Κ.Τ.Τ., η οποία είναι η συχνότερη μεταξύ του συνόλου των κεφαλαλγιών και ταυτόχρονα στενά συνδεδεμένη με το χώρο των κρανιογναθικών διαταραχών και του στοματοπροσωπικού πόνου γενικότερα.

Σε προγενέστερη δημοσίευσή μου (Οδοντιατρικό Βήμα, τεύχος 86, Μάιος-Ιούνιος 2012), αναφέρθηκα εκτενώς στον τύπο αυτό κεφαλαλγίας και τη σχέση της με τη δυσλειτουργία του Σ.Σ.

Η παρούσα δημοσίευση επικεντρώνεται στο μηχανισμό με τον οποίον οι δύο αυτές παθολογικές οντότητες συνέχονται αλληλοεπηρεαζόμενες. Θυμίζω ότι με βάση τα διαγνωστικά κριτήρια που έχει θεσπίσει η Διεθνής Εταιρεία Κεφαλαλγίας, οι κεφαλαλγίες διακρίνονται σε δύο ομάδες, στις πρωτοπαθείς με τις υποομάδες τους και στις δευτεροπαθείς. Οι πρωτοπαθείς αποτελούν ίδιες νόσους σε αντίθεση με τις δευτεροπαθείς οι οποίες συνιστούν σύμπτωμα γενικοτέρων νόσων, με ιδιαίτερη διαφοροδιαγνωστική σημασία και βαρύτητα.

Σε ασθενείς με δυσλειτουργία του Σ.Σ., η περιοδική κεφαλαλγία (περιοδική ή παροξυσμική και χρονία, οι δύο μορφές της Κ.Τ.Τ.), ανέρχεται σε ποσοστό 70-85% σε σύγκριση με το γενικό πληθυσμό όπου το ποσοστό κατά προσέγγιση ανέρχεται σε 20%[21-23].

Η πρώτη αναφορά η οποία απετέλεσε σταθμό στην ερμηνεία των συμπτωμάτων δυσλειτουργίας ήταν οι παρατηρήσεις του Αμερικανού Λαρυγγολόγου J.B. Costen το 1934, οι οποίες δημοσιεύθηκαν στην κλασική του εργασία: «A syndrome of ear and sinus symptoms dependent upon disturbed function of the temporomandibular joint»[24].

Ο Costen περιγράφει ένα σύνδρομο χαρακτηρισμένο από εμβοές ή ιλίγγους, ήχους και πόνο στις Κ.Γ.Δ. και στους μυς, κεφαλαλγία και περιορισμό της κινητικότητας ή απόκλιση της κάτω γνάθου κατά τη διάρκεια των λειτουργικών της κινήσεων.

Οι παρατηρήσεις του επικεντρώθηκαν στη μετατόπιση των κονδύλων μέσα στην κροταφική γλήνη λόγω απώλειας των γομφίων σε νωδούς ασθενείς με εκσεσημασμένη κάθετη υπερκάλυψη των προσθίων δοντιών. Ο Casten απέδωσε τα συμπτώματα στην πίεση της χορδής του τυμπάνου και του ωτοκροταφικού νεύρου από τους μετατοπισμένους κονδύλους *(Εικόνα 11)*.

Η παθολογική οντότητα που περιέγραψε ο Co-

11

NanoBone® SBX putty

Το Συνθετικό Οστικό Μόσχευμα NanoBone, τώρα «Έτοιμο προς χρήση»

10 ΧΡΟΝΙΑ NanoBone

Η ειδική δομή του NanoBone

Το NanoBone είναι ένα bio-μιμητικό υλικό: διαμορφώνεται βάσει της φυσικής διαδικασίας, που οδηγεί σε οστική ανακατασκευή.

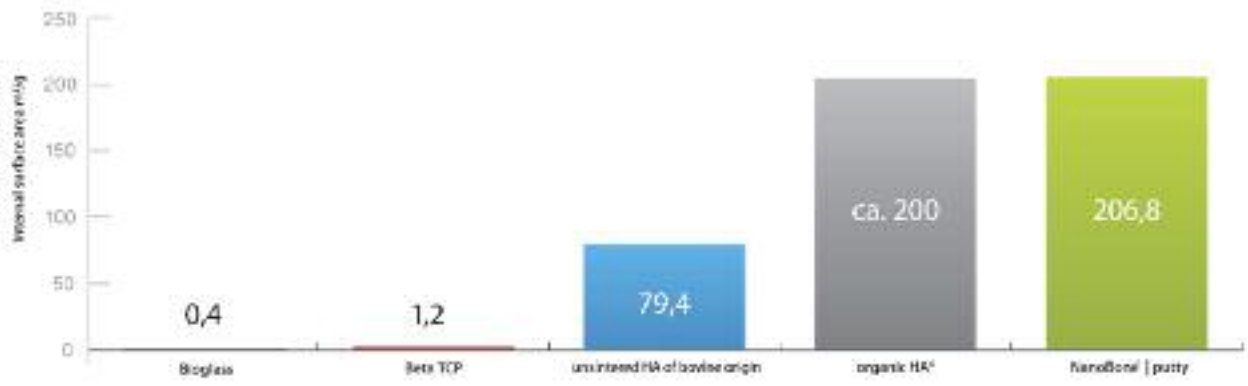
Η σύνθεση του NanoBone είναι παρόμοια με αυτή του φυσικού οστού. Λόγω του συνδυασμού του νανοκρυσταλλικού υδροξυαπατίτη (HA), κύρια συστατικό του αυτόλογου οστού, και της νανοδομής της μήτρας από διοξείδιο του πυριτίου (SiO_2) που προάγει ενεργά τον σχηματισμό οστού, το οστό αναδομείται με μια εντελώς φυσική διαδικασία-remodelling.

Το NanoBone putty συνδυάζει την γρήγορη οστική αναγέννηση με την ευκολία χρήσης. Το υλικό είναι έτοιμο προς χρήση- εφαρμόζεται απευθείας από τη σύριγγα στο έλλειμμα. Δεν χρειάζεται μίξη, οικονομία χρόνου & υλικού

Ελεγχόμενη οστεοεπαγωγή[4]

Η μεγαλύτερη εσωτερική επιφάνεια χρησιμοποιώντας φυσιολογική νανοδομή

Η μεγάλη εσωτερική επιφάνεια είναι αποφασιστική για την προσκόλληση των πρωτεϊνών και τη βιολογική λειτουργία[5]



Η εσωτερική επιφάνεια (m²/g) έχει μετρηθεί με πορωσιμετρία υδραργύρου και BET.

ΑΠΟΚΛΕΙΣΤΙΚΟΣ ΑΝΤΙΠΡΟΣΩΠΟΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ:
Δ. Μαυραειδόπουλος Α.Ε., Εμπορία Οδοντιατρικών Ειδών, Τζωρτζ 12, Αθήνα 106 77, Τηλ.: 210 3837334, Fax: 210 3831604, mavraid@otenet.gr, www.mavraidopoulos.gr

PIEZON MASTER SURGERY®

Η ΑΥΘΕΝΤΙΚΗ ΜΕΘΟΔΟΣ PIEZON® ΤΩΡΑ ΔΙΑΘΕΣΙΜΗ ΓΙΑ ΟΔΟΝΤΙΚΗ ΚΑΙ ΣΤΟΜΑΤΙΚΗ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ

- Η ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΑ ΠΟΥ ΚΑΙΝΟΤΟΜΕΙ
- ΕΥΚΟΛΗ ΧΡΗΣΗ
- ΠΟΛΛΑΠΛΕΣ ΕΦΑΡΜΟΓΕΣ
- ΜΟΝΑΔΙΚΑ ΕΡΓΑΛΕΙΑ
- ΤΕΛΕΙΑ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ
- ΥΨΗΛΟ ΕΠΙΠΕΔΟ ΕΜΠΕΙΡΙΑΣ

Δρ. Γιάννης Φουρμούζης
Επικ. Καθ. Περιοδοντολογίας, Πανεπιστήμιο Αθηνών

«Ο ασφαλέστερος και πιο προβλέψιμος τρόπος για οστεοτομία, χωρίς το φόβο βλάβης παράπλευρων μαλακών μορίων.»

Δρ. Κλεάνθης Μανωλάκης
Πιστοποιημένος εκπαιδευτής Swiss Dental Academy, Προσθετολόγος

«Χρησιμοποιώ την πιεζοχειρουργική συσκευή της EMS πολύ τακτικά. Η μοναδική αυτή τεχνολογία παρέχει μέγιστη επεμβατική ακρίβεια και ασφάλεια με ελάχιστη οστική απώλεια.»

Δοκιμάστε τώρα την κορυφαία πιεζοχειρουργική συσκευή της EMS στο ιατρείο σας και γνωρίστε τα πλεονεκτήματα της πιεζοχειρουργικής τεχνολογίας στην πράξη!

Εκπαιδευτείτε με την αγορά της συσκευής **εντελώς δωρεάν** στη χρήση της και **πιστοποιηθείτε** στην εφαρμογή του PIEZON® MASTER SURGERY στην οδοντική και στοματική χειρουργική μαθαίνοντας τα μυστικά των πιεζοχειρουργικών εφαρμογών από τους ειδικούς.

Οδοντεμπορική ...The absolute DEPOT!

ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΙΚΑ ΕΙΔΗ & ΜΗΧΑΝΗΜΑΤΑ
ΠΑΝΑΓΗ ΤΣΑΛΔΑΡΗ 211
ΚΑΛΛΙΘΕΑ, ΑΤΤΙΚΗ 17676
Τ 210 95 72 770-771, F 210 95 77 557
odontemporiki@gmail.com

ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΙΚΑ ΑΠΟΣΤΟΛΙΔΗ
www.apostolides.gr

ΑΘΗΝΑ:
ΦΕΙΔΙΠΠΙΔΟΥ 23, 115 27 ΓΟΥΒΙΑ
ΤΗΛ./ FAX: 210 698 48 82
info.athens@apostolides.gr
ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗ:
ΤΕΛΛΟΓΛΟΥ 11, 546 36
ΤΗΛ. 2310 201 301, 2310 248 065
info@apostolides.gr

EMS

sten έγινε ευρέως αποδεκτή ως «Σύνδρομο του Costen».

Αρκετά χρόνια αργότερα, η ανατομική βάση του συνδρόμου αναθεωρήθηκε από τους Harvey το 1948, Sicher 1948 και Zimerman 1951[25-27].

Η διαχρονική αξία των κλινικών παρατηρήσεων του Casten τελικά εντοπίζεται στο γεγονός ότι κατάφερε να στρέψει το ερευνητικό ενδιαφέρον των ασχολουμένων με την Παθολογική Φυσιολογία του Σ.Σ. και προς άλλες κατευθύνσεις.

Είκοσι χρόνια αργότερα, το 1954 και 63 από σήμερα, οι Σουηδοί Berlin, Desner και Aberg, δημοσίευσαν τα πρώτα αποτελέσματα για τη σχέση της περιοδικής κεφαλαλγίας με τη δυσλειτουργία του Σ.Σ.[28].

Στη διάρκεια των δεκαετιών που ακολούθησαν μία πλειάδα συγγραφέων τεκμηρίωσαν τη σχέση αυτή με κλινικές έρευνες, οι οποίες κατέδειξαν τα θετικά αποτελέσματα που είχε η θεραπεία του Σ.Σ. στην περιοδική κεφαλαλγία.

Για τη σχέση αυτή, ο Heiberg το 1980[29], διατύπωσε τρεις πιθανές ερμηνείες τις οποίες βλέπουμε στην ***(Εικόνα 12)***.

12

Μεταξύ των θεωριών που έχουν διατυπωθεί για την παθογένεια της Κ.Τ.Τ. (εκτενέστερα αναφέρομαι στο Οδοντιατρικό Βήμα, τεύχος 86), οι απόψεις του Heiberg ταυτίζονται με τη θεωρία της μυϊκής τάσης των περικρανιακών μυών και τη συνοδό αγγειοσύσπαση των αρτηριών της κεφαλής προκαλώντας ισχαιμία των μυών και, τελικώς, πόνο στην περιοχή της κεφαλής.

Η θέση αυτή συνιστά την κλασικότερη αιτιοπαθογενετική προσέγγιση για την ερμηνεία της Κ.Τ.Τ., η οποία είχε διατυπωθεί ήδη από την εποχή του Wolf[30].

Κατά την άποψή μας, η εν λόγω θέση, με τη σειρά της, ευθέως ταυτίζεται μέσω κοινών μηχανισμών με τη δυσλειτουργία του Σ.Σ.

Η σύγχρονη ηλεκτρομυογραφία τεκμηριώνει την αυξημένη μυϊκή σύσπαση των περικρανιακών μυών, τόσο στην επώδυνη φάση όσο και στην μεσοκριτική περίοδο[31]. Εάν αναζητήσουμε επιπλέον παράγοντες οι οποίοι ωσμωτικά υπεισέρχονται και ενισχύουν την ανωτέρω θέση, θα μπορούσαμε να υποδείξουμε τους διαφόρους ψυχολογικούς παράγοντες, οι οποίοι από παλιότερα ήταν γνωστό ότι σχετίζονται με την Κ.Τ.Τ. και οι οποίοι παρεμβαίνουν τόσο στις διαδικασίες γένεσης ή πρόκλησης της κεφαλαλγίας, όσο και στην εκδήλωση του βρυγμού (βλέπε Οδοντιατρικό Βήμα, τεύχος 86). Στην ***εικόνα 13***, σχηματικά απεικονίζεται η διαδοχική σειρά μέσω της οποίας η παραλειτουργική έξη του

13

βρυγμού προκαλεί κεφαλαλγία με τους χαρακτήρες της Κ.Τ.Τ. (εμπεριστατωμένη περιγραφή και ανάλυση του βρυγμού δημοσιεύθηκε στο Οδοντιατρικό Βήμα, τεύχος 111, Μάρτιος-Απρίλιος 2017).

Σύμφωνα με τους Hildeband[32] και Klaffenbach[33], οι δυνάμεις μασήσεως διακρίνονται σε δύο τύπους, την θεωρητική ή απόλυτη, η οποία είναι το αποτέλεσμα της συνολικής δραστηριότητας των μασητήριων μυών σε φάση λειτουργίας και τη μεμονωμένη η οποία προκύπτει κατά τη διάρκεια της μάσησης.

Οι μασητήριοι μυς μπορούν να αναπτύξουν δυνάμεις οι οποίες κυμαίνονται μεταξύ 200-300 λιβρών (περίπου 91-133 κιλά), (1 λίβρα=453,53 γραμμάρια).

Η πίεση την οποία μπορεί να ασκήσει κάθε δόντι μεμονωμένα δεν υπερβαίνει τις 100 λίβρες, δηλαδή περίπου 45,5 κιλά εκτός εξαιρέσεων. Τούτο δεν οφείλεται στην αδυναμία των μασητήριων μυών, αλλά στο γεγονός ότι μετά από ένα ορισμένο όριο πίεσης, η περιοδοντική μεμβράνη καθίσταται επώδυνη.

Συνεπώς, λειτουργεί ως βαλβίδα ασφαλείας ρυθμίζουσα τον ουδό αντοχής στις δυνάμεις μασήσεως[34].

Είναι προφανές ότι η υπερφόρτιση των περικρανιακών μυών και του συνόλου των μυών του Σ.Σ., οι οποίοι καλούνται να αντιρροπήσουν τα ανωτέρω περιγραφέντα μηχανικά φορτία, μεσοπρόθεσμα θα οδηγήσει στον αδιαβατικό κύκλο κόπωση – σπασμός – πόνος.

Ο πόνος ενισχύει τον σπασμό και ο σπασμός τον πόνο.

Οι παραπάνω θέσεις, σε καμία περίπτωση, δεν αποκλείουν και άλλους παράγοντες οι οποίοι αιτιοπαθογενετικά ενέχονται στην Κ.Τ.Τ. π.χ. αγγειακοί παράγοντες, βιοχημικοί παράγοντες, παράγοντες τροποποίησης, των κεντρικών οδών του πόνου που σχετίζονται με το κατώφλι του πόνου κλπ.

Ασφαλώς, θα πρέπει να σημειώσουμε ότι σε πολλούς ασθενείς η δυσλειτουργία είναι εντελώς άσχετη με την κεφαλαλγία, ενώ σε άλλους δευτερεύουσα. Εντούτοις, επειδή τα θετικά αποτελέσματα επί της κεφαλαλγίας αφορούν μια εξαιρετικά μεγάλη αναλογία δυσλειτουργικών ασθενών, είναι απολύτως λογικό ο έλεγχος της λειτουργικότητας του Σ.Σ. να συμπεριλαμβάνεται στην εξέταση ρουτίνας ασθενών με κεφαλαλγία. Εφόσον από το ιστορικό του ασθενούς και την κλινική εξέταση διαπιστωθεί σημειολογία συμβατή με δυσλειτουργία και εφόσον ο περαιτέρω κλινικός και νευρολογικός έλεγχος αποκλείσει την πιθανότητα δευτεροπαθούς κεφαλαλγίας, τότε ο ασθενής μας επιβάλλεται να υποβληθεί σε πλήρη θεραπεία για την λειτουργική αποκατάσταση του Σ.Σ.

Συζήτηση

Κατά τις δεκαετίες 60 και 70, πολλές έρευνες κατέδειξαν τη σχέση κεφαλαλγίας και δυσλειτουργίας. Βρέθηκε επίσης στατιστικώς σημαντική συσχέτιση μεταξύ της βαρύτητας της δυσλειτουργίας και της συχνότητας της κεφαλαλγίας.

Τα αποτελέσματα όμως δεν είχαν την αναμενόμενη υποδοχή. Αιχμή της κριτικής ήταν η διαπίστωση ότι οι περισσότερες έρευνες δεν προσδιόριζαν τον τύπο της κεφαλαλγίας αφενός και αφετέρου στο υλικό τους δεν συμπεριελήφθη σαν ομάδα ελέγχου για τη μέτρηση των αυτομάτων διακυμάνσεων και της placebo επίδρασης.

Κατά τη δεκαετία 1998-2008 και πάλι ένας σημαντικός αριθμός εργασιών εκπονήθηκε αποβλέποντας εκ νέου στη διερεύνηση και τη μελέτη της σχέσεως των κρανιογναθικών διαταραχών και του στοματοπροσωπικού πόνου με την Κ.Τ.Τ.

Εν κατακλείδι, η αξιολόγηση των εργασιών της τελευταίας δεκαετίας καταδεικνύει μια πιο ολοκληρωμένη προσπάθεια συγκριτικά με τις εργασίες των προγενεστέρων δεκαετιών, δεδομένου ότι στις εν λόγω εργασίες, χρησιμοποιήθηκαν και εφαρμόστηκαν τα διαγνωστικά κριτήρια της Διεθνούς Εταιρείας Κεφαλαλγίας για το διαγνωστικό προσδιορισμό τουλάχιστον των πρωτοπαθών κεφαλαλγιών.

Στον πίνακα που ακολουθεί ***(Πίνακας 1)***, παρατίθεται τροποποιημένος πίνακας της διεθνούς Εταιρείας Κεφαλαλγίας (HIS), σύμφωνα με τις ταξινομήσεις του 2004-2013.

Στον πίνακα αναγράφονται τα διαγνωστικά κριτήρια τα οποία θα πρέπει να πληρούνται προκειμένου η κεφαλαλγία να αποδοθεί σε διαταραχές της Κροταφογναθικής διάρθρωσης.

Συνοψίζοντας τα πορίσματα των προσφάτων αλλά και των προγενεστέρων ερευνών, ως κεντρικό συμπέρασμα, θα μπορούσε να διατυπωθεί η πεποίθηση ότι η δυσλειτουργία του Στοματογναθικού συστήματος και η κεφαλαλγία τύπου τάσεως είναι δυσπαθολογικές οντότητες άμεσα και ισχυρά συσχετιζόμενες και ως προς τη βαρύτητα της δυσλειτουργίας και ως προς τη συχνότητα της κεφαλαλγίας.

Η δυσλειτουργία του Στοματογναθικού συστήματος δεν προκαλεί απαραιτήτως κεφαλαλγία.

Συνεπώς, υπάρχει η ανάγκη διερεύνησης της πιθανότητας η δυσλειτουργία να προκαλεί κεφαλαλγία.

ΠΙΝΑΚΑΣ 1

ΚΕΦΑΛΑΛΓΙΑ ΟΦΕΙΛΟΜΕΝΗ ΣΕ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΤΗΣ ΚΡΟΤΑΦΟΓΝΑΘΙΚΗΣ ΔΙΑΡΘΡΩΣΗΣ

Διαγνωστικά Κριτήρια

Α. Οιαδήποτε Κεφαλαλγία πληρούσα τα κριτήρια Γ.

Β. Κλινική ή και Απεικονιστική σημειολογία παθολογικών εξεργασιών οι οποίες προσβάλλουν τις Κροταφογναθικές διαρθρώσεις τους μασητήριους μυς και τις παρακείμενες δομές.

Γ. Τεκμηριωμένη απόδειξη πρόκλησης από δυο τουλάχιστον από τα ακόλουθα
1. Κεφαλαλγία εκδηλούμενη στην κροταφική χώρα και σε συνάρτηση με τη δυσλειτουργία της Κροταφογναθικής διάρθρωσης.
2. Ένα εκ των δυο ή και τα δυο από τα ακόλουθα
α) Κεφαλαλγία αξιοσημείωτα επιδεινούμενη παράλληλα με τη δυσλειτουργία της Κροταφογναθικής διάρθρωσης
β) Κεφαλαλγία αξιοσημείωτα βελτιούμενη ή αποδράμουσα παράλληλα με τη βελτίωση της δυσλειτουργίας της Κροταφογναθικής διάρθρωσης
3. Κεφαλαλγία προκαλούμενη ή επιδεινούμενη από τις λειτουργικές κινήσεις της κάτω γνάθου ή προκαλούμενη από παραλειτουργικές έξεις.

Τροποποιημένες πίνακας της Διεθνούς Εταιρείας Κεφαλαλγίας HIS, σύμφωνα με τις ταξινομήσεις του 2004 και 2013

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Isberg A. Temporomandibular Joint Dysfunction. A Practitioners Guide. ISIS MEDICAL MEDIA, London 2003.
2. Κοτσιομήτης Ε. Η Κλινική Ανατομική των Νεύρων του Στοματογναθικού Συστήματος στην Οδοντιατρική Πράξη, Εκδόσεις Βήτα, 1993.
3. Okeson J.P. Bell's Orofacial pains 5th ed. Chicago Quntessence 1995 : 123-133.
4. Bell W.E. Temporomandibular disorders. Classification, diagnosis, management. 3rd ed. Chicago, Yearbook 1990: 166-176.
5. Dworkins F, Le Reschel, Vonkorf M. Studing the natural history of M.D. epidemiological perspective on physical and physiological findings. In: Vig KD, Vig PS (eds). Clinical research as the basis of clinical practice. Ann Arbor: Center for the human growth and development. The University of Michigan, 1991: 39-60.
6. De Kanter RJ, Truin GJ, Burgersdi RC, Vant-Hof-Ma, Battistuzzi PG, Kalsbeek H, Kayser AF. Prevalence in the Dutch adult population and a meta-analysis of signs and symptoms of temporomandibular disorder. I Dent Res. 1993, 72 (11): 1509-18.
7. Egermark-Eriksson I, Carlsson GE, Magnusson T. Long term epidemiological study of relationship between some occlusal and other factors and mandibular dysfunction in children and adolescents. 1985, Report Series No 21.
8. Salonen L, Hellden L. Prevalence of signs and symptoms of dysfunction in the masticatory system: An epidemiologic study in an adult Swedish population. J. Craniomandibular Disorder, Facial Oral Pain 199, 4: 241-250.
9. Mohlin C. Studies in mandibular pain dysfunction syndrome. Swed. Dent.J. 1973, suppl. 4.
10. Storey A. Controversies related to temporomandibular joint function and dysfunction. In: Zarb GA, Carlsson GE. (eds). Temporomandibular Joint. Function and dysfunction. Munksgaard. Copenhagen, 1979, 433-57.
11. Riisec. Clinical and electromyographic studies on occlusion. Thesis. Karolinska Institutet, Stocholm, 1983.
12. Kampe T. Function and dysfunction of the masticatory system in individuals with intact and restored dentitions. A clinical psychological and physiological study. Swed. Dent J. 1987. Supl. 42.
13. Δρούκας Β. Λειτουργία και Δυσλειτουργία του Στοματογναθικού Συστήματος. 3η έκδοση. Εκδόσεις Γ. Παρισιάνου, Αθήνα 2008.
14. Keefe FJ, Beckham. Behavioral assessment of chronic orofacial pain. Anesth. Prog. 1990. 37: 76-81.
15. Gzzesiak RJ. Psychological aspects of chronic orofacial pain: Theory assessment and management. Pain Digest. 1991, 1: 100-19.
16. Hamf G. A new clinical approach to the treatment of temporomandibular dysfunction and orofacial dysesthesia: natural history and comparisons with similar chronic pain conditions. J. Craniomandib. Disord. Facial Oral Pain 1992, 6: 56-63.
17. Rugh JD, Davis S.E. Temporomandibular Disorders: psychological and behavioral aspects. In: Sarnat BG, Laskin DM (eds). The Temporomandibular Joint: a biological basis for clinical practice. WB Saunders Co. Philadelphia 1992, 329-45.
18. Zarb GA, Carlsson GE, Rugh JD. Clinical management In: Zarb GA, Carlsson GE, Sessle BJ, Mohl ND (eds). Temporomandibular joint and masticatory muscle disorders. Munksgaard. Copenhagen 1994, 529-48.
19. Lipton JA, Ship JA, Larach-Robinson D. Estimated prevalence and distribution of reported orofacial pain in the United States. J Am Dent. Assoc. 1993, 125: 125-135.
20. Μητσικώστας Δ.Δ. Κεφαλαλγίες 2η έκδοση. Εκδόσεις Βήτα. Αθήνα 2004.
21. Bush FM, Warkins Sw. Pain related limitations in activities of daily living in patients with chronic orofacial pain: Psychometric properties of a disability index. J Orofac. Pain 1995, 9: 57-63.
22. Magnusson T, Carlsson GE. Recurrent headaches in relation to temporomandibular Joint pain-dysfunction. Acta Odontol Scand 1978, 36: 333-338.
23. Andrasik F, Holyroyd KA, Abbel T. Revalence of headache within a college student population. A preliminary analysis. Headache 1979, 19: 384-387.
24. Costen J.B. A syndrome of ear and sinus symptoms depended upon disturbed function of the temporomandibular joint. Ann Otol. 1934, 43: 1-15.
25. Harvey W. Investigation and survey of malocclusion and ear symptoms, with particular reference to otitic barotauma (pains in the ears due to change in attitude) Br Dent J. 1948, 85: 219.
26. Sicher H. Temporomandibular articulation in mandibular overclosure. J Am Dent. Assoc. 1948, 36: 131.
27. Zimerman A. An evaluation of Costen's syndrome from an anatomical point of view. In: Sarnat BG, (ed) The temporomandibular Joint. Publ. "Thomas Springfield", 1951.
28. Berlin R, Desner L, Aberg S. Huvudvarks diagnostiken och Kakleds syndramet. SV Lak T. 1954, 51: 678-684.
29. Heiberg A. Funksjonelle Kjeveplager. En Klinisk psyko-somatisk undersokelse. Dissertation, Psykiatrisk institutt, University of Oslo, 1980.
30. Ostefeld AM, Reis DJ, Wolff HG. Studies on headache: bulbar confunctival and muscle-contraction headache. Arch Neurol psychiatry 1957, 77: 113-119.
31. Schoenen J. Neurophysiology. In: Olesen J, Tjelt-Hansen P, Welch KMA (eds). The Headaches. Raven Press, New York, 1993 a: 463-470.
32. Hildebrand GY. Studies in Dental Prosthetics. Fahlcrantz vol. I. Stocholm 1937.
33. Klaffenbach AO. Gnathodynamics. J.A.D.A 1936, 23: 371.
34. Αδάμ Α.Κ. Στοιχεία Ακινήτου Οδοντικής Προσθετικής, Τόμος Ι. Γενικόν Μέρος Επιστημονικές Εκδόσεις Γ. Παρισιάνος, Αθήνα 1971.

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

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. Τελογλου 7 / 546 36 Θεσσαλονίκη / τηλ: 2310 968 799
www.sadent.com

MEMODENT AE
• Βεραντζέρου 4 / 106 77 Αθήνα / τηλ.: 210 330 4050
www.memodent.gr

ivoclar vivadent®
passion vision innovation

Δ. Μητσικώστας: Η αντιμετώπιση των κεφαλαλγιών απαιτεί το συνταίριασμα διαφορετικών ιατρικών ειδικοτήτων

Δήμος-Δημήτριος Δ. Μητσικώστας, MD, PhD
Αναπληρωτής Καθηγητής Νευρολογίας ΕΚΠΑ
1η Νευρολογική Κλινική, Αιγινήτειο Νοσοκομείο
ΜΟΝΑΔΑ ΚΕΦΑΛΑΛΓΙΑΣ

Κατ' επανάληψη, το «ΟΒ» έχει φιλοξενήσει έγκριτα επιστημονικά άρθρα στα οποία τεκμηριώνεται η συνάφεια και η λειτουργική σχέση μεταξύ των κεφαλαλγιών και των Κρανιογναθικών διαταραχών και του Στοματοπροσωπικού πόνου γενικότερα.
Σήμερα, έχουμε την χαρά και την τιμή να φιλοξενούμε τον Αναπληρωτή Καθηγητή Νευρολογίας του Παν. Αθηνών και Πρόεδρο της Ελληνικής Εταιρείας Κεφαλαλγίας, κ. **Δήμο Δημήτριο Μητσικώστα**, ο οποίος με αφορμή την αντιμετώπιση των κεφαλαλγιών, μας μιλά για τη σύγκλειση των ιατρικών ειδικοτήτων που εδράζονται σε κοινό θεραπευτικό τόπο. Μέσα από την επιτυχημένη πορεία του στο «τιμόνι» της Ευρωπαϊκής Εταιρείας Κεφαλαλγίας, ο κ. Μητσικώστας μοιράζεται μαζί μας τα διδάγματα της διεθνούς εμπειρίας, η οποία αποδεικνύει ότι το Ιπποκρατικό πρότυπο της ολιστικής αντιμετώπισης των ασθενών είναι πιο επίκαιρο από ποτέ.

Συνέντευξη στην **Ηλιάνα Γιαννούλη** δημοσιογράφο

Κύριε Καθηγητά, προσφάτως η εφημερίδα μας, «ΟΒ» πληροφορήθηκε ότι μεταξύ 20-22 Οκτωβρίου 2017, πραγματοποιήθηκε στο Βόλο η Ετήσια Σύνοδος της Ελληνικής Εταιρείας Κεφαλαλγίας, της οποίας είστε και Πρόεδρος. Θα θέλατε να μας μιλήσετε για το έργο και τους στόχους της Εταιρείας;

Η Ελληνική Εταιρεία Κεφαλαλγίας ιδρύθηκε περίπου πριν από 26 χρόνια από την κ. Κλημεντίνη Καραγεωργίου, η οποία βρισκόταν και στο τιμόνι της εταιρείας όλα αυτά τα χρόνια, με εξαίρεση την τελευταία τριετία, κατά την οποία τα ηνία της προεδρίας παραδόθηκαν σε μένα. Ο σκοπός της εταιρείας από τη στιγμή της σύστασής της μέχρι και σήμερα παραμένει η εκπαίδευση του ιατρικού κόσμου πάνω σε θέματα κεφαλαλγίας και η προώθηση όλων των θεμάτων που άπτονται των πρωτοπαθών, κυρίως, κεφαλαλγιών σε όλα τα επίπεδα από την πρωτοβάθμια μέχρι την τριτοβάθμια, ακόμη και τεταρτοβάθμια περίθαλψη.

Ενδεχομένως κάποιοι από τους αναγνώστες μας να αναρωτηθούν για τη φιλοξενία ενός θέματος που αφορά πρωτίστως τον εξειδικευμένο χώρο της νευρολογίας. Πώς βλέπετε την ενασχόληση της οδοντιατρικής επιστήμης με το κομμάτι των κεφαλαλγιών;

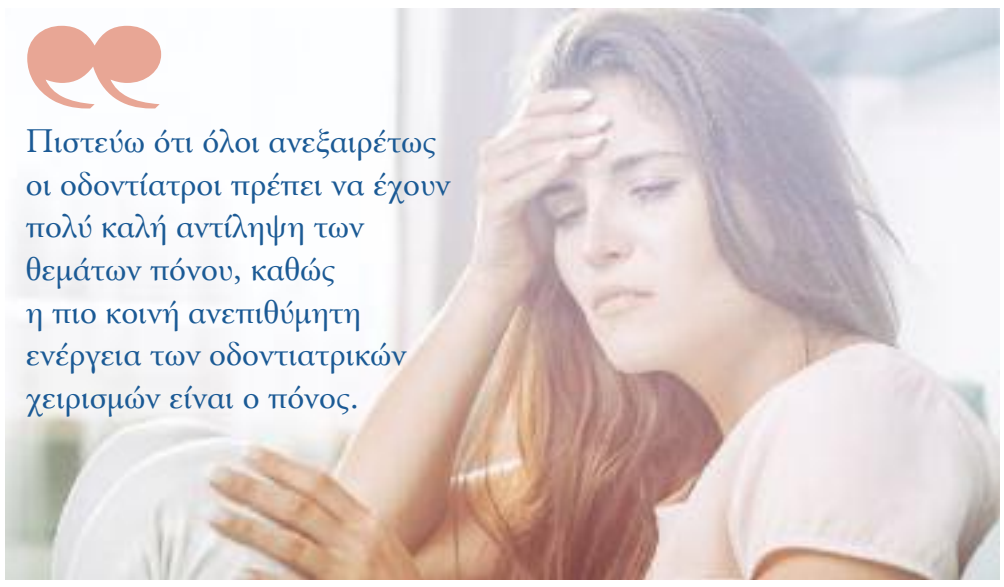
Κατ' αρχήν η οδοντιατρική είναι η ιατρική ενός κομματιού του κεφαλιού. Η νευρολογία κατά 90% επικεντρώνεται κι αυτή στο κεφάλι. Μόνο και μόνο λοιπόν, η ανατομική συσχέτιση είναι ικανή για να δημιουργήσει και να προωθήσει κοινές δράσεις, οι οποίες δεν αναφέρονται μόνο στον πόνο, κατ' έξοχήν βέβαια στον πόνο γιατί, το μοναδικό νεύρο που άγει τον πόνο στο πρόσωπο είναι το τρίδυμο νεύρο, που είναι και το βασικό νεύρο με το οποίο η οδοντιατρική σχετίζεται σε όλες τις αναισθητικές της μεθόδους. Υπάρχουν ειδικές παθήσεις του τριδύμου νεύρου που μοιάζουν πάρα πολύ με οδοντιατρικές παθήσεις και ένα σύνολο άλλων παθήσεων, πάλι του στοματογναθοπροσωπικού συτήματος, που έχουν προβολή πόνου στην περιοχή του προσώπου και όχι μόνο. Άρα, υπάρχει μέγαλη φαινοτυπική, αλλά και αιτιοπαθογενετική συσχέτιση ανάμεσα στις δύο ειδικότητες. Κυρίως στο θέμα του πόνου.
Είναι λογικό, επομένως, να βρούμε κοινούς τρόπους κατ' αρχήν εκπαίδευσης, αλλά και έρευνας για να μπορέσουμε να λύσουμε τα θέματα του πόνου στην περιοχή του προσώπου. Αυτό είναι κάτι που συμβαίνει παγκόσμια. Αλλά και σε πανευρωπαϊκό επίπεδο είχα την τύχη για δύο χρόνια να προεδρεύω της Ευρωπαϊκής Εταιρείας Κεφαλαλγίας, και συνολικά να μετέχω στο Δ.Σ. της Εταιρείας για περισσότερα από δέκα χρόνια, οπότε γνωρίζω πάρα πολύ καλά τις σχέσεις που έχει η Ευρωπαϊκή Εταιρεία Κεφαλαλγίας με την Ευρωπαϊκή Εταιρεία του Πόνου, αλλά και με την Εταιρεία Στοματογναθοπροσωπικού Πόνου. Συνεπώς, η συνάφεια ειδικά στο θέμα του πόνου είναι πάρα πολύ μεγάλη, αλλά δεν εξαντλείται μόνο εκεί. Υπάρχουν κι άλλες λειτουργικές διαταραχές, οι οποίες έχουν κοινά προβλήματα, η υπνική άπνοια, ο βρυγμός, θέματα δηλαδή, κατά κάποιον τρόπο λειτουργικά κυρίως, που έχουν επιπτώσεις τόσο στο στοματικό και γναθοπροσωπικό σύστημα, όσο και στον εγκέφαλο και κατ' επέκταση στο νευρικό σύστημα.

Τα σύγχρονα επιστημονικά θέσφατα μεταξύ άλλων και κυρίως την τελευταία δεκαετία οδήγησαν στην απόλυτη εξειδίκευση πολλών κλάδων της Ιατρικής και της Οδοντιατρικής, οδηγώντας σε μια μορφή απομονωτισμού μεταξύ των ιατρών διαφορετικών ειδικοτήτων, η οποία απέχει αρκετά από το Ιπποκρατικό πρότυπο της ολιστικής αντιμετώπισης ασθενών. Θα ήθελα το σχόλιό σας πάνω σε αυτή την επισήμανση.

Εμείς στην Εταιρεία Κεφαλαλγίας καλωσορίζουμε οποιονδήποτε έχει ειδικό ενδιαφέρον πάνω στην κεφαλαλγία ανεξάρτητα από τον χώρο από όπου προέρχεται, π.χ. την οδοντιατρική, την ψυχιατρική, την γενική ιατρική, την παθολογία, την νευρολογία, ανθρώπους που ασχολούνται ακόμη και με την εναλλακτική ιατρική που δεν ακολουθεί τους βασικούς κανόνες της κλασικής ιατρικής, συνεπώς δεν έχουμε κανένα απολύτως περιορισμό όσον αφορά στην επιστημονική προέλευση.
Το δικό μας πνεύμα στην Ελληνική Εταιρεία Κεφαλαλγίας, αλλά και στην Ευρωπαϊκή Εταιρεία Κεφαλαλγίας είναι αντίθετο προς κάθε «στεγανό» και καλωσορίζουμε επιστήμονες από όλους τους χώρους, αρκεί να έχουν ένα κοινό ενδιαφέρον μαζί μας, δηλαδή να εστιάζονται στον πόνο στην περιοχή της κεφαλής. Επιπλέον, για να υπερθεματίσω στο σκεπτικό που αναπτύξατε συνεργαζόμαστε πολύ στενά στην αντιμετώπιση του χρόνιου αρρώστου που υποφέρει από κεφαλαλγίες με την ψυχιατρική, την ψυχολογία, τη φυσική ιατρική και φυσικά και με την οδοντιατρική. Αυτό που παλαιότερα λέγαμε άτυπος προσωπικός πόνος- που είναι ιδιοπαθής πια επιμένουσα προσωπαλγία, σύμφωνα με την τελευταία κατάταξη της Διεθνούς Εταιρείας Κεφαλαλγίας- είναι μια κατάσταση την οποία κατά κόρον χειρίζονται οι οδοντίατροι και οι ειδικοί στον στοματογναθοπροσωπικό πόνο. Η νευραλγία του τριδύμου, είναι ένα άλλο κοινό πεδίο, με το οποίο υπάρχει συνάφεια και με τις Εταιρείες Πόνου και τα Ιατρεία Πόνου που επίσης χειρίζονται επιμένουσες νευραλγίες, όπως είναι η νευραλγία του τριδύμου.
Άρα, αντίθετα με ό,τι θα περίμενε κανείς, παρότι είμαι νευρολόγος, δεν βάζω κανένα όριο στον άνθρωπο που θα ασκήσει θεραπευτική πάνω στις κεφαλαλγίες, αρκεί να έχει κατ' αρχήν το ενδιαφέρον και κατά δεύτερο λόγο τη σωστή εκπαίδευση.

Η Ελληνική Εταιρεία Κεφαλαλγίας διοργανώνει επιστημονικές δράσεις, οι οποίες είναι προσανατολισμένες στις εκπαιδευτικές ανάγκες συναδέλφων άλλων ειδικοτήτων;

Σας ευχαριστώ πολύ που θίγετε αυτό το θέμα, γιατί μου δίνετε την ευκαιρία να μιλήσω για ένα πολύ μεγάλο «άνοιγμα» που ήδη σαν Εταιρεία Κεφαλαλγίας έχουμε κάνει προς τη γενική ιατρική. Συγκεκριμένα, στο επόμενο συνέδριό μας θα έχουμε ένα ειδικό πρόγραμμα εκπαίδευσης γενικών ιατρών, ενώ παράλληλα θα κάνουμε κι ένα «άνοιγμα» προς τον Φαρμακευτικό Σύλλογο της Αθήνας (σ.σ. το επόμενο συνέδριο της Ελληνικής Εταιρείας Κεφαλαλγίας θα πραγματοποιηθεί στην Αθήνα), ώστε να μπολιάσουμε και τη φαρμακευτική, η οποία είναι μέρος της θεραπευτικής, η πρακτική αυτό δείχνει, ότι η πρώτη θεραπεία ξεκινά από τον φαρμακοποιό. Αν αυτό δεν το βλέπουμε, τότε εθελοτυφλούμε. Επομένως, μέσα στους στόχους τους θεραπευτικούς μας συμπεριλαμβάνουμε και τους φαρμακοποιούς.
Με την οδοντιατρική επί παραδείγματι, υπάρχουν μακρές σχέσεις, ειδικά με την Κλινική του Στοματοπροσωπικού Πόνου. Είναι περίπου μια δεκαετία που συμμετέχω στο Μεταπτυχιακό Πρόγραμμα που διοργανώνει η συγκεκριμένη Κλινική για τον πόνο στην περιοχή του στόματος και της γνάθου και συμμετέχω, όχι με μία ή δύο παραδόσεις, αλλά υπάρχει μια εξάμηνη εκπαίδευση των μεταπτυχιακών φοιτητών πάνω στην κεφαλαλγία και στην κλινική μου, παλαιότερα στο Ναυτικό Νοσοκομείο και τώρα στο Αιγινήτειο. Υπάρχει πολύ μεγάλη συνεργασία της Οδοντιατρικής και της Ιατρικής Σχολής μέσω εμού και του κ. Δρούκα πάνω στο θέμα του πόνου στην περιοχή του προσώπου.
Αλλά και με πολλές άλλες ειδικότητες, όπως ήδη σας ανέφερα υπάρχουν πάρα πολλοί ψυχίατροι που ασχολούνται με την κεφαλαλγία, όπως και γενικοί ιατροί και παθολόγοι. Δεν το βλέπω λοιπόν συνδικαλιστικά, νευρολογικά ότι η κεφαλαλγία είναι κατ' αποκλειστικότητα ένα νευρολογικό κεφάλαιο. Σίγουρα είναι. Αλλά από την άλλη πλευρά, οποιοσδήποτε έχει ενδιαφέρον πάνω σε αυτό το θέμα, είναι περισσότερο από καλοδεχούμενος να έρθει, να συστρατευθεί στις προσπάθειές μας, στην εκπαίδευσή μας, και να γίνει κομμάτι της θεραπείας και του δικτύου των ιατρείων κεφαλαλγίας που στήνουμε τώρα σε όλη την Ελλάδα.



Ως ακαδημαϊκός σε τι θα προσβλέπατε στο μέλλον μέσα από τη συνεργασία των ιατρικών ειδικοτήτων, οι οποίες όμως εδράζονται σε κοινό τόπο, παίρνοντας αφορμή από το θέμα της σημερινής μας συζήτησης;

Είναι ένα μεγάλο όραμα και μια κρυστάλλινη και γρανίτινη πραγματικότητα από την άλλη πλευρά, που όποιος δεν το ενστερνίζεται θα συναντήσει μεγάλα πρακτικά προβλήματα στη διεκδίκηση των σκοπιμοτήτων, γιατί η πραγματικότητα είναι εντελώς εξατομικευμένη, υπάρχουν άνθρωποι που έχουν μια βασική εκπαίδευση στον Α ή στο Β χώρο, αλλά μέσα από την πορεία τους προκύπτει μια ενασχόληση με ένα αντικείμενο που πολλές φορές είναι πολύ μακριά από τη βασική εκπαίδευση. Αυτό που μετρά είναι η επιθυμία του καθενός και η τελική του παιδεία. Δηλαδή αν είναι σωστά εκπαιδευμένος πάνω σε ένα αντικείμενο, άσχετα με τη βασική του εκπαίδευση, μπορεί να γίνει ένας πάρα πολύ καλός θεραπευτής.
Και ειδικά οι κεφαλαλγίες που έχουν συν-νοσηρότητα με πάρα πολλά προβλήματα, από το χώρο των συναισθηματικών διαταραχών, από τον χώρο της νόησης, της ψυχολογίας και φυσικά από το χώρο της νευρολογίας απαιτούν για την αντιμετώπισή τους να συνταιριαστούν ειδικότητες με εντελώς διαφορετικές επιστημονικές κουλτούρες. Αυτή είναι η τρέχουσα πραγματικότητα, όποιος δεν τη βλέπει θα ατυχήσει. Δεν το λέω σαν ευχή, είναι μια πραγματικότητα που αν δεν προσαρμοστείς σε αυτή θα απομονωθείς.
Η Ελλάδα βέβαια παρακολουθεί με μια καθυστέρηση όλες τις εξελίξεις, καθώς υπάρχουν ειδικότητες που ακόμη κρατούν αυτά τα «στεγανά» και μάλιστα μάχονται με τρόπο πολυποίκιλο για να διατηρήσουν αυτά τα όρια, αλλά η ουσία είναι ότι υπάρχουν πάρα πολλές διαταραχές, τις οποίες χειρίζονται άνθρωποι με εντελώς διαφορετική βασική εκπαίδευση. Όπως για παράδειγμα οι διαταραχές του ύπνου τις χειρίζονται οι ψυχίατροι, οι νευρολόγοι, οι πνευμονολόγοι, αρκεί να έχουν τη σωστή εκπαίδευση και τον κατάλληλο εξοπλισμό. Δεν είναι κανενός κομμάτι. Είναι εκείνου που τον ενδιαφέρει.

Κλείνοντας αυτή τη συζήτηση, υπάρχει κάποιο μήνυμα που θα θέλατε να απευθύνετε στους οδοντιάτρους-αναγνώστες μας;

Πιστεύω ότι ο οδοντίατρος πρέπει να έχει πολύ καλή αντίληψη των θεμάτων πόνου. Διότι, η πιο κοινή και σημαντικότερη ανεπιθύμητη ενέργεια όλων των οδοντιατρικών χειρισμών είναι ο πόνος. Επομένως, θα πρέπει να είναι πάρα πολύ καλά εξοικειωμένος με τους μηχανισμούς του πόνου, να γνωρίζει βασική ανατομική και φαρμακολογία του πόνου, ποια είναι δηλαδή τα μονοπάτια του πόνου, πώς ο εγκέφαλος ελέγχει τον πόνο, ποιοι είναι οι νευρομεταβιβαστές του, από τι επηρεάζεται η υποκειμενική αντίληψη του πόνου κι αυτό είναι μια τεράστια επιστήμη, η οποία συνεχώς εξελίσσεται και μάλιστα αλματωδώς. Θα πρέπει δηλαδή αυτό να είναι μέσα στη κοινή θεματολογία ενός οδοντιάτρου άσχετα με το τι κάνει, γιατί όλες οι υπο-ειδικότητες της οδοντιατρικής πάντα προκαλούν πόνο. Θα πρέπει όλοι λοιπόν ανεξαιρέτως να είναι πολύ καλά εξοικειωμένοι με το θέμα του πόνου, όχι μόνο δηλαδή η ειδικότητα που ασχολείται εξειδικευμένα με την αντιμετώπιση του στοματοπροσωπικού πόνου.

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

Κι εγώ σας ευχαριστώ.

Κεντρική Αποστείρωση στην Οδοντιατρική Σχολή Αθηνών

Ένα όραμα ετών υλοποιείται στα πρότυπα νοσοκομειακών μονάδων

Μια μεγάλη καινοτομία υλοποιήθηκε στην Οδοντιατρική Σχολή Αθηνών, η οποία απέκτησε πλέον Κεντρική Αποστείρωση στα πρότυπα λειτουργίας των νοσοκομειακών μονάδων. Το «ΟΒ» βρέθηκε στην Οδοντιατρική Σχολή Αθηνών, όπου μας υποδέχθηκε ο υπεύθυνος της Επιτροπής Λοιμώξεων και Υγιεινής Χώρων, Καθηγητής κ. **Ιωάννης Τζούτζας** και μας ξενάγησε στις εγκαταστάσεις της Κεντρικής Αποστείρωσης.

Ο καθηγητής κ. Ι. Τζούτζας μαζί με τα στελέχη της Κεντρικής Αποστείρωσης.

1: *Άποψη της «στείρας ζώνης» της Κεντρικής Αποστείρωσης, όπου διαφαίνονται οι ειδικοί κλίβανοι.* **2:** *Άποψη της «σηπτικής ζώνης» της Κεντρικής Αποστείρωσης, όπου διακρίνονται οι οδηγίες για τον καθαρισμό των οδοντιατρικών εργαλείων.* **3:** *Ο πάγκος εργασίας με πλήρη διάταξη του εξοπλισμού που απαιτείται για τον καθαρισμό των οδοντιατρικών εργαλείων.* **4:** *Άποψη από τον χώρο συσκευασίας των οδοντιατρικών εργαλείων πριν τοποθετηθούν στους κλιβάνους αποστείρωσης.* **5:** *Μετά το πέρας της διαδικασίας αποστείρωσης, τα εργαλεία αποθηκεύονται σε κατάλληλους χώρους και είναι πλέον έτοιμα για χρήση.*

Όπως μας εξήγησε ο κ. Τζούτζας, η υλοποίηση της Κεντρικής Αποστείρωσης είναι ένα όραμα που ξεκίνησε εδώ και μια δεκαετία περίπου, αρχικά με τη στήριξη του Καθηγητή κ. Γιώργου Βουγιουκλάκη και τελικά πραγματοποιήθηκε υπό την προεδρία του Καθηγητή κ. Γιώργου Ηλιάδη. Παρά τη δύσκολη οικονομική συγκυρία και την ισχνή χρηματοδότηση από το Πανεπιστήμιο, η Κεντρική Αποστείρωση, έργο εξαιρετικής σημασίας δεδομένου του όγκου των ασθενών που η Σχολή υποδέχεται ετησίως (13.500), κατέστη πραγματικότητα χάρη στη σωστή αξιοποίηση του υπάρχοντος εξοπλισμού και μιας σειράς χορηγιών. Αξίζει να σημειώσουμε ότι για την ολοκλήρωση αυτού του φιλόδοξου σχεδίου, η Ελληνική Οδοντιατρική Ομοσπονδία αποφάσισε να κάνει μια χορηγία της τάξης των 10.000 ευρώ από τα έσοδα του περσινού Πανελληνίου Οδοντιατρικού Συνεδρίου για την αγορά εξοπλισμού, ενώ μέσω ειδικού προγράμματος του ΚΕΕΛΠΝΟ δόθηκε στη Σχολή χρηματική ενίσχυση της τάξης των 32.000 ευρώ.

Στόχος αυτής της καινοτομίας ήταν να ομογενοποιηθεί η διαδικασία αποστείρωσης, καθώς μέχρι πρότινος η κάθε κλινική είχε το δικό της Τμήμα Αποστείρωσης, ώστε να υπάρχει κοινό προσωπικό που θα εκπαιδεύεται και θα εφαρμόζει κοινό πρωτόκολλο αποστείρωσης. Όπως μας ανέφερε ο κ. Τζούτζας, προτού ξεκινήσει ο σχεδιασμός της Κεντρικής Αποστείρωσης της Οδοντιατρικής Σχολής Αθηνών, πραγματοποιήθηκαν επισκέψεις στις μονάδες αποστείρωσης πανεπιστημίων σε πόλεις του εξωτερικού, όπως στο Βερολίνο, τη Βόννη, το Αμβούργο, την Κολωνία, το Λος Άντζελες και τη Βοστώνη.

Πριν την έναρξη των εργασιών κατασκευής, προηγήθηκε ψηφιακός σχεδιασμός της Κεντρικής Αποστείρωσης. Στους χώρους της Κεντρικής Αποστείρωσης έχει επιλεγεί να εφαρμοστεί μια χρωματική κωδικοποίηση, ώστε ο σηπτικός χώρος να τονίζεται με την επικράτηση του κόκκινου χρώματος και ο στείρος να διαχωρίζεται με μπλε χρώμα. Παράλληλα, όπως επεσήμανε ο κ. Τζούτζας, ιδιαίτερη προσοχή δόθηκε στο θέμα της ποιότητας του νερού, το οποίο έχει μεγάλη σημασία στο κομμάτι της αποστείρωσης. Εκτός από τους ελέγχους που παραδοσιακά πραγματοποιούνται σε τακτά διαστήματα από τα κλιμάκια της ΕΥΔΑΠ, στους χώρους της Κεντρικής Αποστείρωσης τοποθετήθηκαν ειδικά φίλτρα νερού και συσκευές ανάστροφης ώσμωσης, ώστε να επιτυγχάνεται η αφαλάτωση του νερού. Παράλληλα, οι περισσότερες συσκευές επιλέχθηκε να λειτουργούν ποδοκίνητα για την καλύτερη εξυπηρέτηση του προσωπικού, ενώ ακόμη και τα ειδικά δοχεία στα οποία τοποθετούνται τα εργαλεία πριν μπουν στο πλυντήριο έχουν κατασκευαστεί στην Ινδία με συγκεκριμένες κατασκευαστικές προϋποθέσεις.

Η περιήγηση στους χώρους της Κεντρικής Αποστείρωσης μας άφησε με τις καλύτερες εντυπώσεις, ενώ τόσο το προσωπικό της μονάδας όσο και ο κ. Τζούτζας ήταν ιδιαίτερα φιλόξενοι και πρόθυμοι να απαντήσουν σε όλες τις απορίες μας. Πρόκειται αναμφισβήτητα για μια σημαντική «επένδυση» στην Οδοντιατρική Σχολή Αθηνών, η οποία θα συμβάλλει στην καλύτερη διαχείριση της ροής των ασθενών που λόγω της κρίσης αναζητούν ολοένα και περισσότερο οδοντιατρική περίθαλψη στις κλινικές της Σχολής, εξασφαλίζοντας την προστασία των ασθενών χάρη στην τήρηση αυστηρών και σύγχρονων διαδικασιών απολύμανσης και αποστείρωσης.

Η σελίδα της
ΕΛΛΗΝΙΚΗΣ ΠΕΡΙΟΔΟΝΤΟΛΟΓΙΚΗΣ ΕΤΑΙΡΕΙΑΣ

Υπερπλασίες των ούλων λόγω λήψης φαρμάκων. Πόσο συχνές είναι και πως αντιμετωπίζονται;

Δήμητρα Σακελλάρη
Αναπληρώτρια Καθηγήτρια
Εργαστήριο Προληπτικής Οδοντιατρικής, Περιοδοντολογίας και Βιολογίας Εμφυτευμάτων,
Οδοντιατρικό Τμήμα ΑΠΘ

Οι υπερπλασίες των ούλων λόγω λήψης φαρμάκων αφορούν αντιυπερτασικά φάρμακα της κατηγορίας αναστολέων διαύλων ασβεστίου, αντιεπιληπτικά όπως η διφαινυλυδαντοίνη και ανοσοκατασταλτικά της κατηγορίας της κυκλοσπορίνης. Οι φαρμακευτικές ουσίες αυτές χορηγούνται αντίστοιχα, για την θεραπεία της υπέρτασης και της επιληψίας και μακροχρόνια σε άτομα που έχουν υποβληθεί σε μεταμόσχευση οργάνων ή χρειάζονται ανοσοκατασταλτικά για μεγάλα χρονικά διστήματα λόγω άλλων συνήθως αυτοάνοσων παθήσεων όπως π.χ. η ρευματοειδής αρθρίτιδα ή η ψωρίαση.
Πολύ συχνά τα φάρμακα αυτά συνδέονται με υπερπλασίες των ούλων, δημιουργούν διαγνωστικό θέμα όσον αφορά την ταυτόχρονη παρουσία περιοδοντίτιδας και θεραπευτικούς προβληματισμούς.

Πόσο συχνές είναι οι υπερπλασίες των ούλων σε άτομα με αυτές τις φαρμακευτικές αγωγές και που οφείλονται;

Τα αντιυπερτασικά της κατηγορίας αναστολέων διαύλων ασβεστίου χωρίζονται στις διυδροπυριδίνες ,όπως η νιφεδιπίνη και τα παράγωγά της (π.χ. φελοδιπίνη και αμλοδιπίνη), τις βενζοθειαζεπίνες (διλτιαζέμη) και φαινυλαλκυλαμίνες (βεραπαμίλη). Η χρήση των φαρμάκων αυτών στο γενικό πληθυσμό αυξάνεται με την ηλικία, συνήθως ξεκινά στην ηλικιακή ομάδα των 40-50 ετών και φθάνει έως το ποσοστό 25% για άτομα ηλικίας 80-90 ετών.
Υπερπλασίες των ούλων για τη νιφεδιπίνη και τα παράγωγά της έχουν αναφερθεί εκτεταμένα ήδη από τη δεκαετία του 1980, ενώ αργότερα περιγράφηκαν και για τις άλλες δύο κατηγορίες αναστολέων διαύλων ασβεστίου. Ο επιπολασμός των υπερπλασιών για ασθενείς που λαμβάνουν αυτήν την ομάδα φαρμάκων κυμαίνεται μεταξύ 6.3-83%, είναι υψηλότερος συνήθως για τη νιφεδιπίνη και τα παράγωγά της, ενώ έχει αναφερθεί διπλάσιος κίνδυνος εμφάνισης υπερπλασιών στα άτομα που λαμβάνουν αναστολείς διαύλων ασβεστίου σε σύγκριση με άτομα που λαμβάνουν αντιυπερτασικά που επηρεάζουν το σύστημα ρενίνης-αγγειοτασίνης. Οι υπερπλασίες των ούλων εμφανίζονται συχνά ήδη από το πρώτο τρίμηνο χορήγησης και συνήθως ξεκινούν από τις μεσοδόντιες θηλές. Μπορεί να αφορούν την περιοχή των προσθίων δοντιών ή το σύνολο του οδοντικού φραγμού, δυσκολεύουν τη σωστή στοματική υγιεινή και σε ορισμένες περιπτώσεις επεκτείνονται στη μύλη και παρεμβαίνουν στη μάσηση, τη σύγκλειση και τη φωνητική λειτουργία ***(Εικόνα 1)***. Σε σοβαρές περιπτώσεις, παρεμβαίνουν στην αισθητική του ασθενούς, με αντίστοιχες ψυχολογικές επιπτώσεις. Η συχνότητα εμφάνισής τους αυξάνεται με την ηλικία και είναι συχνότερες σε άνδρες. Επιπλέον, η γονιδιακή προδιάθεση φαίνεται να επηρεάζει την εμφάνιση ή μη υπερπλασιών.

Εικ. 1: Ανδρας ασθενής, 57 ετών, με περιοδοντίτιδα, που σύμφωνα με το ιατρικό ιστορικό του λάμβανε νιφεδιπίνη την τελευταία τριετία. Είναι εμφανείς οι υπερπλασίες των ούλων στην περιοχή των προσθίων αλλά και των οπισθίων δοντιών που δυσκολεύουν την στοματική υγιεινή.

Διάφοροι παράγοντες επηρεάζουν τον μηχανισμό πρόκλησης υπερπλασιών, όπως η μικροβιακή πλάκα και τα επίπεδά της, η παρουσία φλεγμονής στους περιοδοντικούς ιστούς, η παρουσία ινοβλαστών στα ούλα με γενετική προδιάθεση για υπερπλασίες, ενώ η επίδραση της δοσολογίας των φαρμάκων δεν έχει αποσαφηνισθεί.
Η ιστολογική μεταβολή στα ούλα, χαρακτηρίζεται από αύξηση της εξωκυττάριας ουσίας του συνδετικού ιστού των ούλων και ιδιαίτερα του κολλαγόνου. Πιστεύεται ότι τα φάρμακα αυτά αυξάνουν την παραγωγή του ή επηρεάζουν τον ρυθμό φυσιολογικής αποσύνθεσής του ή και τα δύο.
Οι κλινικοί οδοντίατροι συμπληρώνοντας το ιατρικό ιστορικό και την φαρμακευτική αγωγή κάθε ασθενούς πρέπει να είναι γνώστες αυτής της πιθανότητας για τη συγκεκριμένη κατηγορία αντιυπερτασικών.
Άρρενες ασθενείς, άνω των 50 ετών, με χαμηλά επίπεδα υγιεινής, φλεγμονή στα ούλα και με γονιδιακή προδιάθεση έχουν υψηλή πιθανότητα να εμφανίσουν υπερπλασία των ούλων με την λήψη αντιυπερτασικών.
Η ακτινογραφική εξέταση θα δείξει άν ταυτόχρονα υπάρχει περιοδοντίτιδα άρα και οστική απώλεια, ή απλά υπερπλασία των ούλων. Βέβαια, επειδή συνήθως τα αντιυπερτασικά φάρμακα αυτά συνταγογραφούνται σε ασθενείς ηλικίας >50, η παρουσία και χρόνιας περιοδοντίτιδας είναι πολύ πιθανή.
Για τα άτομα που παίρνουν ***αντιεπιληπτικά φάρμακα*** τα επιδημιολογικά δεδομένα είναι λιγότερα και έχει αναφερθεί παρουσία υπερπλασιών στο 40% των ασθενών που λαμβάνουν φενυτοίνη. Αν και το συγκεκριμένο φάρμακο έχει απόλυτα συνδεθεί με τις υπερπλασίες, υπάρχουν αναφορές και για άλλα αντιεπιληπτικά. Συχνά τα περιστατικά αυτά αφορούν παιδιά και απαιτείται προσεκτική συμπλήρωση του ιστορικού, ώστε να αποκλεισθεί διαφοροδιαγνωστικά η περίπτωση της κληρονομικής ινωμάτωσης των ούλων που –σπάνια – εμφανίζεται σε αυτές τις ηλικιακές ομάδες.
Η ***κυκλοσπορίνη*** που επί πολλά χρόνια ήταν το σωτήριο φάρμακο επιλογής σαν ανοσοκατασταλτικό στους συνανθρώπους μας που έκαναν μεταμοσχεύσεις οργάνων, ιδιαίτερα νεφρού, αλλά και για ηπιότερες καταστάσεις όπως δερματικά αυτοάνοσα νοσήματα σαν την ψωρίαση, αποδείχθηκε σαν κύριος προδιαθεσικός παράγοντας για την πρόκληση υπερπλασιών στα ούλα. Η πρώτη σχετική αναφορά για υπερπλασίες στα ούλα έγινε το 1983, μόλις ένα χρόνο μετά την κυκλοφορία της. Οι σχετικές μελέτες έχουν δείξει πως συνολικά 30% των ασθενών που χρειάζεται να παίρνουν κυκλοσπορίνη εμφανίζουν υπερπλασίες, με τις αναφορές να κυμαίνονται από 7-70% και η παρενέργεια αυτή έχει αναγνωρισθεί από την ιατρική κοινότητα. Ευτυχώς, οι νεώτερες γενιές φαρμάκων όπως το tacrolimus, και το sirolimus που χορηγούνται πλέον πολύ συχνά μετά τις μεταμοσχεύσεις οργάνων, έχουν εξαιρετικά αποτελέσματα για την ανοσοκαταστολή με χαμηλά ποσοστά εμφάνισης υπερπλασιών στα ούλα.
Όπως και στην περίπτωση των αναστολέων διαύλων ασβεστίου, το φύλο, η ηλικία, τα επίπεδα στοματικής υγιεινής και η προυπάρχουσα φλεγμονή στα ούλα επηρεάζουν την εμφάνιση υπερπλασιών. Ορισμένες μελέτες έχουν συνδέσει την εμφάνισή τους με συγκεκριμένη γονιδιακή καταβολή, ενώ ευρέως έχει διερευνηθεί η σχέση των υπερπλασιών με τα επίπεδα της κυκλοσπορίνης στην κυκλοφορία και το σάλιο. Οι περισσότεροι ερευνητές συμφωνούν ότι πιθανότατα υπάρχει μία οριακή συγκέντρωση της κυκλοσπορίνης στην κυκλοφορία, πάνω από την οποία εμφανίζονται πιό συχνά υπερπλασίες των ούλων.
Επισημαίνεται ότι, πολύ συχνά, στους ασθενείς με μεταμόσχευση νεφρού, χορηγούνται παράλληλα και αναστολείς διαύλων ασβεστίου, για τον έλεγχο της αρτηριακής πίεσης. Στις περιπτώσεις αυτές, έχει αναφερθεί έως και διπλάσια συχνότητα εμφάνισης υπερπλασιών.
Οι κλινικοί οδοντίατροι συμπληρώνοντας το ιατρικό ιστορικό και την φαρμακευτική αγωγή κάθε ασθενούς πρέπει να είναι γνώστες αυτής της αυξημένης πιθανότητας για την κυκλοσπορίνη και ιδιαίτερα για τον συνδυασμό κυκλοσπορίνης με αναστολείς διαύλων ασβεστίου.

Ποιά είναι η θεραπευτική μεθοδολογία;

Εκτός από τις κλινικές και ακτινογραφικές αξιολογήσεις, θεμελιώδους σημασίας για τη σωστή αντιμετώπιση αυτής της ομάδας ασθενών ,είναι η λήψη σωστού ιατρικού ιστορικού και η πλήρης καταγραφή της φαρμακευτικής αγωγής. Ιδιαίτερη προσοχή απαιτείται στην ταυτόχρονη παρουσία άλλων ιατρικών καταστάσεων που θα επηρεάσουν το σχέδιο θεραπείας.
Η θεραπευτική προσέγγισή τους, καθορίζεται από την παρουσία φλεγμονής, το μέγεθος των υπερπλασιών και τη συνεργασιμότητα του ασθενούς.
Σε κάθε περίπτωση, η εξάλειψη της φλεγμονής είναι καθοριστικής σημασίας για το θεραπευτικό σχέδιο. Αυτή μπορεί να επιτευχθεί σε μεγάλο βαθμό, με τη σωστή στοματική υγιεινή όπως θα διδάξουμε τον ασθενή, και τη σχολαστική μηχανική θεραπεία.
Συγκεκριμένα, αρχικά ακολουθείται η κλασική προσέγγιση της συντηρητικής θεραπείας δηλαδή τίθεται η ακριβής διάγνωση (ουλίτιδα ή περιοδοντίτιδα) με βάση την κλινική και ακτινογραφική αξιολόγηση, γίνεται η σχολαστική αποτρύγωση–ριζική απόξεση με υπερήχους και εργαλεία χειρός, με έμφαση στην υγιεινή και ενημέρωση του ασθενή μας για τη σημασία των φαρμάκων του και της σωστής απομάκρυνσης της μικροβιακής πλάκας.
Ακολουθεί αναμονή για το αποτέλεσμα της θεραπείας και επαναξιολόγηση.
Οι περισσότεροι συγγραφείς συμφωνούν ότι ο συνδυασμός εντατικής υγιεινής και επιμελημένων χειρισμών από τον οδοντίατρο οδηγούν σε βελτίωση των υπερπλασιών, εάν συνδυασθούν με συνεχή πειθαρχία του ασθενή και συχνούς επανελέγχους ***(Εικόνες 2 και 3)***. Ωστόσο, το ικανοποιητικό κλινικό αποτέλεσμα, έχει

Εικ. 2, 3: Γυναίκα ασθενής, 72 ετών, μη καπνίστρια, που λάμβανε αναστολείς διαύλου ασβεστίου την τελευταία πενταετία. Η ασθενής ήταν πλήρως συνεργάσιμη και 6 μήνες μετά την λήξη της συντηρητικής θεραπείας είναι εμφανής η μείωση των υπερπλασιών. Το αποτέλεσμα της μη χειρουργικής θεραπείας κρίθηκε ικανοποιητικό και η ασθενής ακολουθεί εντατικό πρόγραμμα επανεξετάσεων ανά 4μηνο,μέχρι την απόφαση χειρουργικής αντιμετώπισης υπολειμματικών υπερπλασιών, εφόσον το επιτρέπει η γενική κατάσταση υγείας της.

διαπιστωθεί ότι δεν είναι πάντα εφικτό. Χαμηλά επίπεδα μικροβιακής πλάκας σε καθημερινή βάση είναι ένας στόχος που δεν επιτυγχάνεται εύκολα σε ασθενείς, ιδιαίτερα μεγαλύτερης ηλικίας, ενώ οι υπερπλασίες που παραμένουν είναι σημεία εύκολης κατακράτησης πλάκας ***(Εικόνες 4 και 5)***. Παρόλαυτα, η αρχική συντηρητική θεραπεία και η αναμονή για τουλάχιστον 6 μήνες είναι απαραίτητες ώστε να διαπιστωθεί η συνεργασιμότητα του ασθενή και να αξιολογηθεί εκ νέου η περιοδοντική κατάσταση και η ανάγκη περαιτέρω χειρουργικής αντιμετώπισης. Στο χρονικό σημείο αυτό, εάν οι υπολειμματικές υπερπλασίες δεν είναι κλινικά αποδεκτές, υπάρχει η δυνατότητα επικοινωνίας με τον θεράποντα ιατρό ή ιατρική ομάδα, για να συζητηθεί η δυνατότητα αλλαγής της φαρμακευτικής αγωγής. Όσον αφορά τους ανταγωνιστές διαύλων ασβεστίου, έχει προταθεί η άμεση αλλαγή κατηγορίας αντιυπερτασικών σαν πρώτη γραμμή θεραπείας. Στην κλινική πράξη ωστόσο, οι θεράποντες ιατροί αλλά και πολλές φορές οι ίδιοι οι ασθενείς δεν δέχονται εύκολα την αλλαγή φαρμακευτικής αγωγής, ιδιαίτερα αν έχουν αποτύχει με άλλες κατηγορίες φαρμάκων. Εξάλλου, έχουν αναφερθεί περιπτώσεις μη ικανοποιητικού αποτελέσματος και μετά την διακοπή της νιφεδιπίνης, γεγονός που υποδηλώνει πιθανή μόνιμη αλλαγή των ουλικών ινοβλαστών στα συγκεκριμένα άτομα. Για τους παραπάνω λόγους, η αντιμετώπιση των ουλικών υπερπλασιών είναι πολλές φορές πλήρης ευθύνη του οδοντιάτρου. Για τις δύο άλλες κατηγορίες φαρμάκων, τα αντιεπιληπτικά και την κυκλοσπορίνη, η αλλαγή φαρμακευτικής κατηγορίας είναι ακόμη δυσκολότερη και οπωσδήποτε συνάρτηση της γενικότερης κατάστασης του ασθενή και πρωτοκόλλων της ιατρικής ομάδας που τους παρακολουθεί.

Εικ. 4, 5: Άνδρας ασθενής, 65 ετών, μη καπνιστής, που σύμφωνα με το ιατρικό ιστορικό του λάμβανε κυκλοσπορίνη την τελευταία τριετία λόγω μεταμόσχευσης νεφρού. Ο ασθενής είχε παραμελήσει την στοματική υγιεινή και τις επισκέψεις στον οδοντίατρο λόγω των προβλημάτων υγείας και είναι εμφανής αλλά όχι ικανοποιητική η μείωση των υπερπλασιών 6 μήνες μετά την περιοδοντική θεραπεία και την ενεργοποίησή του.

Στη βιβλιογραφία, έχει αναφερθεί βελτίωση των υπερπλασιών από κυκλοσπορίνη με χορήγηση του αντιβιοτικού αζιθρομυκίνη, αλλά υπενθυμίζεται ότι η οποιαδήποτε συνταγογράφηση από τον οδοντίατρο σε ασθενείς με μεταμόσχευση νεφρού ή ήπατος πρέπει να γίνεται προσεκτικά ή με συνεννόηση με τον θεράποντα ιατρό, λόγω του διαφορετικού μεταβολισμού των φαρμάκων και του κινδύνου νεφρο- ή ηπατοτοξικότητας.

Η χειρουργική αντιμετώπιση των υπερπλασιών, πρέπει να αφορά πειθαρχημένους ασθενείς με ικανοποιητική υγιεινή και ακολουθεί την συντηρητική θεραπεία, με την οποία έχουμε ήδη –ιδανικά-πετύχει την εξάλειψη του φλεγμονώδους στοιχείου.

Είναι γεγονός ότι στα άτομα αυτά, που έχουν επιβαρυμένη γενική κατάσταση υγείας και χρειάζονται συνεχή ιατρική φροντίδα και αντίστοιχες επισκέψεις, η χειρουργική αντιμετώπιση δεν είναι πάντα ευχάριστη. Εξάλλου, έχει διαπιστωθεί υψηλό ποσοστό υποτροπών που υπολογίζεται στο 34% και ανάγκη επανάληψης ή και επαναλήψεων των χειρουργείων, γεγονός που θα πρέπει να επισημανθεί στον ασθενή και τους οικείους του. Ακόμη, δεν έχουν καθιερωθεί κλινικά όρια όσον αφορά τις υπερπλασίες, πάνω από τα οποία να θεωρείται απαραίτητη η χειρουργική αντιμετώπιση. Η απόφαση επαφίεται στον περιοδοντολόγο, ο οποίος θα συνυπολογίσει όλους τους παράγοντες που αφορούν τον συγκεκριμένο ασθενή και θα προχωρήσει στην επιλογή της χειρουργικής τεχνικής που θα αποδώσει το σωστό ουλικό περίγραμμα που θα επιτρέπει την σωστή αφαίρεση της μικροβιακής πλάκας. Αισθητικά ή λειτουργικά προβλήματα, θα πρέπει επίσης να ληφθούν υπόψη. Η κλασική επιλογή είναι ουλεκτομή-ουλοπλαστική χωρίς ή με κρημνό, ο οποίος προτιμάται ιδιαίτερα στην περίπτωση ταυτόχρονης παρουσίας περιοδοντίτιδας ενώ πιό πρόσφατα έχει εισαχθεί στην κλινική πράξη η εκτομή με χρήση συσκευών laser.

Ενδεικτικές βιβλιογραφίες

Arya R, Gulati S. Phenytoin-induced gingival overgrowth. Acta Neurol Scand 2012; 125: 149.

Butler RT, Kalkwarf KL. Drug-induced gingival hyperplasia: phenytoin, cyclosporine, and nifedipine. J Am Dent Ass 1987; 114: 56.

Ellis JS, Seymour RA, Steele JG et al. Prevalence of gingival overgrowth induced by calcium channel blockers: a community-based study. J Periodontol 1999;70:63.

Hallmon, WW, Rossmann JA. The role of drugs in the pathogenesis of gingival overgrowth. A collective review of current concepts. Periodontol 2000,1999; 21:176.

Hassell TM, Hefti AF. Drug-induced gingival overgrowth: old problem, new problem. Crit Rev Oral Biol Med 1991;2:103.

Thomason JM, Seymour RA, Rice N. The prevalence and severity of cyclosporin and nifedipine-induced gingival overgrowth. J Clin Periodontol 1993;20:37-40.

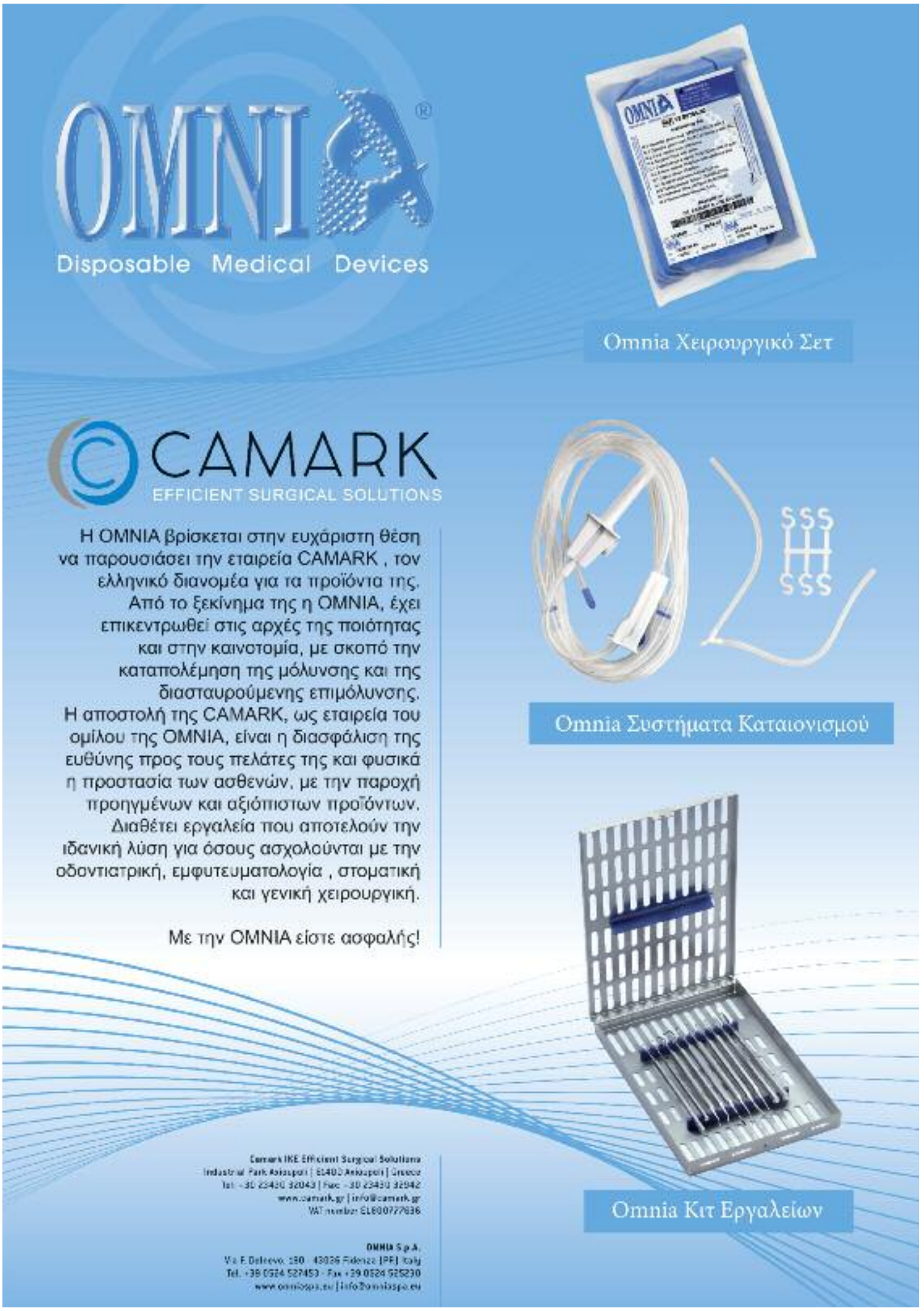
Seymour RA, Heasman PA. Drugs and the periodontium. J Clin Periodontol 1988;15:1-16.

Seymour RA, Thomason JM, Ellis JS. The pathogenesis of drug-induced gingival overgrowth. J Clin Periodontol 1996;23:165-175.

Seymour RA, Ellis JS, Thomason JM. Risk factors for drug-induced gingival overgrowth. J Clin Periodontol 2000;27:217-223.

Trackman PC, Kantarci A. "Molecular and Clinical Aspects of Drug-induced Gingival Overgrowth". J Dent Res 2015; 94 : 540.

Westbrook P, Bednarczyk EM, Carlson M et al. Regression of nifedipine-induced gingival hyperplasia following switch to a same class calcium channel blocker, isradipine. JPeriodontol 1997; 68:645-650.



Η απορροφημένη φατνιακή ακρολοφία της κάτω γνάθου Μια εναλλακτική κατασκευαστική προσέγγιση

Ηρακλής Καρκαζής
Αναπληρωτής Καθηγητής
Κινητής Προσθετικής ΕΚΠΑ

Είναι γνωστό ότι την εξαγωγή των δοντιών ακολουθεί μια προϊούσα και μη αντιστρεπτή διαδικασία απορρόφησης του οστού της υπολειμματικής φατνιακής ακρολοφίας. Ως αθροιστική μάλιστα διαδικασία, είναι δυνατόν σε βάθος χρόνου να οδηγήσει ακόμα και στην πλήρη εξαφάνιση της υπολειμματικής ακρολοφίας, δημιουργώντας δυσεπίλυτα κλινικά προβλήματα ***(Εικ.1)***. Τη δεκαετία του 1970 δύο σημαντικοί ερευνητές (A. Tallgren και D.Atwood) υπολόγισαν σε ανεξάρτητες προοπτικές κεφαλομετρικές μελέτες τους το μέγεθος και τον ρυθμό της οστικής απορρόφησης[1,2]. Αργότερα τα αποτελέσματα αυτά επιβεβαιώθηκαν από άλλες αλλά και δικές μας ανάλογες μελέτες[3,4]. Παρά τις αναπόφευκτες ατομικές διακυμάνσεις, η γενική τάση δείχνει ότι η κάτω γνάθος απορροφάται ταχύτερα από τη άνω, και μάλιστα σε αναλογία ένα προς τέσσερα. Το κλινικό πρόβλημα είναι προφανές, όπως προφανές είναι και το ερώτημα που προκύπτει σχετικά με τα μέσα που διαθέτει ο οδοντίατρος για την αντιμετώπισή του. Στο συντηρητικό οπλοστάσιο του (πριν δηλαδή προστρέξει στις ξεχασμένες προπροσθετικές εκβαθύνσεις της αύλακας η στα δαπανηρά εμφυτεύματα) ο οδοντίατρος διαθέτει τις καλά τεκμηριωμένες λύσεις της καταγραφής της ουδέτερης ζώνης και της λειτουργικής αποτύπωσης της απορροφημένης ακρολοφίας[5,6]. Θυμίζουμε ότι όσο η απορρόφηση προχωρά, τόσο η λειτουργική συμπεριφορά των παρακείμενων μυϊκών ομάδων αποκτά πλέον σημαίνοντα ρόλο έναντι των φυσικομηχανικών ιδιοτήτων στις οποίες αρχικά προσβλέπουμε. Παράλληλα η υπερβολική οστική ατροφία, δημιουργεί προβλήματα ακόμα και στην αναγνώριση των ανατομικών λειτουργικών ορίων μιας οδοντοστοιχίας, καθιστώντας αναποτελεσματική την απόπειρα λειτουργικής αποτύπωσης των ορίων της (τμηματική θέρμανση). Στις περιπτώσεις αυτές οι δύο τεχνικές που προαναφέρθηκαν προσφέρουν ικανοποιητικά αποτελέσματα και ενδεχομένως αποτελούν το τελευταίο μας συντηρητικό «οχυρό» πριν την επιστράτευση πλέον επεμβατικών λύσεων.

Εικ.1: Κάτω γνάθος με εξαιρετικά απορροφημένη φατνιακή ακρολοφία. Έχει απολεσθεί ακόμα και το άνω τοίχωμα του γναθιαίου πόρου.

Παρουσίαση περιστατικού και τεχνική

Το συγκεκριμένο περιστατικό αφορά περιπατητική και κοινωνικά δραστήρια ασθενή στο κατώφλι της τέταρτης ηλικίας. Η μακροχρόνια απώλεια των δοντιών σε συνδυασμό με ενδεχόμενες κακωτικές επεμβάσεις στο παρελθόν, έχουν οδηγήσει σε εξαφάνιση της φατνιακής ακρολοφίας της κάτω γνάθου. Η ασθενής φέρει ολική οδοντοστοιχία την οποίαν αποπειράται κατά διαστήματα να χρησιμοποιήσει, παρά την απουσία συγκράτησης και ευστάθειας (ΕΙΚ 3). Το συντηρητικό σχέδιο θεραπείας περιλαμβάνει την κατασκευή νέας οδοντοστοιχίας με την λειτουργική αποτύπωση των ανατομικών στοιχείων έδρασης, χρησιμοποιώντας ως δισκάριο την υπάρχουσα οδοντοστοιχία. Για τη λειτουργική αποτύπωση χρησιμοποιήθηκε υλικό αποκατάστασης των ιστών (Visco-gel) με τροποποιημένη αναλογία μείξης και τεχνική κλειστού στόματος ***(Εικ. 2,3,4,5)***. Στη συνέχεια στο προκύπτον εκμαγείο εργασίας κατασκευάστηκε βασική πλάκα και ύψη αρθρώσεως για την ολοκλήρωση της διαδικασίας με τον παραδοσιακό τρόπο ***(Εικ.6,7)***.

Εικ. 2: Το υλικό αποκατάστασης των ιστών (tissue conditioner) που χρησιμοποιήθηκε για την αποτύπωση.

Σχολιασμός

Το βασικό πρόβλημα στο συγκεκριμένο περιστατικό δεν ήταν τόσο η απουσία του οστού της φατνιακής ακρολοφίας, όσο η πλήρης αδυναμία οριοθέτησης των πτερυγίων μιας καινούργιας οδοντοστοιχίας. Ως εκ τούτου η παραδοσιακή προσέγγιση με λήψη αρχικού και οριστικού αποτυπώματος κρίθηκε ανεπαρκής. Η αποτύπωση με υλικό «βραδείας σκλήρυνσης» τοποθετημένο στην υπάρχουσα υποεκτατική οδοντοστοιχία για διάστημα 24 ωρών (ώστε να μεταπέσει και σταθεροποιηθεί στην ελαστική του φάση), επέτρεψε την σαφή οριοθέτηση των πτερυγίων στα λειτουργικώς επιτρεπόμενα όρια. Στο περιστατικό αυτό η καταγραφή της ουδέτερης ζώνης (μετά την λειτουργική αποτύπωση) θα μπορούσε να συμβάλει περαιτέρω στο αποτέλεσμα. Σημεία ιδιαίτερης προσοχής στην τεχνική αυτή είναι: α) η ανάγκη άμεσης κατασκευής εκμαγείου μετά την αφαίρεση από το στόμα και β) η πιθανότητα παραμόρφωσης του υλικού σε περιοχές με έντονες εσοχές όπως οι έσω λοξές γραμμές και τα γναθιαία ογκώματα στην άνω γνάθο. Η λήψη ενός διορθωτικού αποτυπώματος με λεπτόρρευστη σιλικόνη πριν την κατασκευή εκμαγείου, βελτιώνει το αποτέλεσμα. Τέλος θα πρέπει να αναφερθεί ότι σε περίπτωση μικρής φθοράς και αποδεκτής παρειογλωσσικής θέσης του οδοντικού τόξου, η ίδια τεχνική μπορεί να χρησιμοποιηθεί για την ανακατασκευή μόνο της βάσης της παλιάς οδοντοστοιχίας (αναβάσωση).

Εικ. 3: Η παλιά οδοντοστοιχία του ασθενή.

Εικ. 4: Πρώτη εφαρμογή του υλικού αποκατάστασης των ιστών μετά από 15 λεπτά (πλαστική φάση). Η διαδικασία αυτή έχει κυρίως διαγνωστικό χαρακτήρα και υποδεικνύει τις πιθανές περιοχές επέκτασης των πτερυγίων. Εφόσον κρίνεται αναγκαίο μπορεί να προστεθεί εκ νέου υλικό.

Εικ.5: Τελική μορφή της λειτουργικής αποτύπωσης μετά από ένα 24ωρο (ελαστική φάση). Η οδοντοστοιχία παραμένει συνεχώς στο στόμα πλην της αποσπασματικής απομάκρυνσης για λόγους υγιεινής.

Εικ.6: Εκμαγείο με τις θέσεις στις οποίες εξασφαλίστηκε λειτουργική επέκταση των πτερυγίων.

Εικ.7: Η νέα οδοντοστοιχία μετά την όπτηση και στίλβωση.

Βιβλιογραφία

1. Atwood D.A. (1979). Reduction of residual ridges: a major oral disease entity. J Prosthet Dent 26: 226-78
2. Tallgren A (1972). The continuing reduction of alveolar residual ridges in complete denture wearers: a mixed longitudinal study covering 25 years. J Prosthet Dent: 27: 120-32
3. Karkazis H, J Lambadakis. 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
4. 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
5. Karkazis H. Prosthodontic management of a patient with neurological disorders after dissection of an acoustic neurinoma. J Prosthet Dent 2002:87:419-22
6. Καρκαζής Η. Ολικές Οδοντοστοιχίες. Εναλλακτικές τεχνικές. Μικρός φωτογραφικός άτλαντας. Αθήνα 2000 (ISBN 960-86107-3-7). Εκδόσεις Μπονισέλ. http://users.uoa.gr/~hkarkaz/data/vivlia/enalaktikes.pdf

18ο ΠΑΜΠΕΛΟΠΟΝΝΗΣΙΑΚΟ Οδοντιατρικό Συνέδριο

ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑΚΟ ΣΥΝΕΔΡΙΟ ΠΕΛΟΠΟΝΝΗΣΟΥ ΚΑΙ ΔΥΤΙΚΗΣ ΕΛΛΑΔΟΣ

ΔΙΟΡΓΑΝΩΤΗΣ: **ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΙΚΟΣ ΣΥΛΛΟΓΟΣ ΗΛΕΙΑΣ**

29, 30 ΙΟΥΝΙΟΥ και 1 ΙΟΥΛΙΟΥ

ΠΥΡΓΟΣ

ΣΥΝΕΔΡΙΑΚΟ ΚΕΝΤΡΟ ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑΚΗΣ ΕΝΟΤΗΤΑΣ ΗΛΕΙΑΣ

ΠΡΟΕΔΡΟΣ ΟΡΓΑΝΩΤΙΚΗΣ ΕΠΙΤΡΟΠΗΣ
Γαλανόπουλος Αλέκος
Πρόεδρος Οδοντιατρικού Συλλόγου Ηλείας

ΥΠΕΥΘΥΝΟΙ ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΟΥ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΟΣ
Κούρτης Στέφανος
Αναπληρωτής Καθηγητής ΕΚΠΑ
Ρούσσου Ίλεια
Επίκουρη Καθηγήτρια ΕΚΠΑ

ΕΡΜΗΣ ΤΟΥ ΠΡΑΞΙΤΕΛΗ, ΑΡΧΑΙΑ ΟΛΥΜΠΙΑ

ΟΒ ΕΚΔΟΣΕΙΣ
Οργάνωση Συνεδρίου
ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΙΚΟ ΒΗΜΑ
Σκουφά 64 • 10680 Αθήνα • Τ. 210 3814939 • email: odvima@otenet.gr • www.odvima.gr

Focus on Implantology
www.iti.org

ITI International Team for Implantology

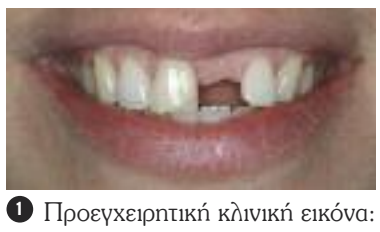
Αποκατάσταση Μονήρους Ελλείποντος Δοντιού στην Αισθητική Ζώνη

Χαράλαμπος Αποστολίδης
Στοματικός & Γναθοπροσωπικός Χειρουργός
ITI Fellow and Registered Speaker

Θανάσης Βασίλας
Οδοντίατρος-Προσθετολόγος
ITI Member

Η χρήση των οδοντικών εμφυτευμάτων στην αποκατάσταση ασθενών με μερική νωδότητα στην αισθητική ζώνη είναι μια ελκυστική εναλλακτική λύση, ώστε να αποφευχθεί η αφαίρεση υγιών οδοντικών ιστών από τα παρακείμενα δόντια για κατασκευή κάποιας μορφής ακίνητης αποκατάστασης οδοντικής στήριξης. Πολλές φορές όμως το οστικό υπόβαθρο της νωδής περιοχής είναι ελλειμματικό από διάφορα αίτια (π.χ. τραύμα, ιστορικό οδοντικής λοίμωξης κλπ.), σε συνδυασμό με τη φυσιολογική απορρόφηση του παρειακού οστικού πετάλου μετά την εξαγωγή, γεγονός που κάνει την προσθετικά σωστή τοποθέτηση του εμφυτεύματος αδύνατη. Σε αυτές τις περιπτώσεις προηγείται επέμβαση οστικής ανάπλασης, το είδος της οποίας εξαρτάται από το μέγεθος και τον τύπο της οστικής βλάβης, καθώς και από τις προτιμήσεις και την εμπειρία του επεμβαίνοντος, σύμφωνα βέβαια πάντα με την επιστημονική τεκμηρίωση.

Μετά την τοποθέτηση του εμφυτεύματος (πάντα με τη βοήθεια χειρουργικού νάρθηκα, ιδίως στην αισθητική ζώνη) και την οστεοενσωμάτωση αυτού, γίνεται η διαμόρφωση των περιεμφυτευματικών ιστών και του προφίλ ανάδυσης της πρόσθεσης, μέσω κοχλιούμενης μεταβατικής αποκατάστασης, η οποία τροποποιείται κατάλληλα ανά τακτά χρονικά διαστήματα. Όταν οι ιστοί έχουν διαμορφωθεί ικανοποιητικά, τότε γίνεται η κατασκευή και παράδοση της τελικής επιεμφυτευματικής προσθετικής αποκατάστασης. Σε αυτή τη δημοσίευση παρουσιάζεται ένα τέτοιο περιστατικό αποκατάστασης ελλείποντος κεντρικού τομέα της άνω γνάθου, το οποίο σύμφωνα με την SAC κατηγοριοποίηση της ITI χαρακτηρίζεται ως complex (υψηλές αισθητικές απαιτήσεις ασθενούς, υψηλή γραμμή γέλωτος, ελλειμματικός όγκος φατνιακής ακρολοφίας κατά πλάτος, ανάγκη για οστική ανάπλαση πριν από την τοποθέτηση του εμφυτεύματος).


❶ Προεγχειρητική κλινική εικόνα: Θήλυ 19 ετών, απώλεσε τον #21 σε ηλικία 11 ετών μετά από ατύχημα. Είναι εμφανής η έκθεση ούλων κατά το χαμόγελο.

❷ Προεγχειρητική εικόνα (προστομιακή όψη).

❸ Προεγχειρητική εικόνα (μασητική άποψη). Διακρίνεται η έλλειψη παρειακού όγκου ιστών στη νωδή περιοχή 21, λόγω οστικής απορρόφησης.

❹ Περιακρορριζική ακτινογραφία της νωδής περιοχής, όπου φαίνεται η επάρκεια χώρου για εμφύτευμα εγγύς-άπω.

❺ CBCT της νωδής περιοχής, όπου φαίνεται η έντονη οστική απορρόφηση, που καθιστά την προσθετικά σωστή τοποθέτηση του εμφυτεύματος αδύνατη.

❻ Ανάπλαση της περιοχής με αυτογενές οστικό block από την έξω λοξή γραμμή της κάτω γνάθου.

❼ Μασητική άποψη του ακινητοποιημένου οστικού block. Ακολούθως τοποθετήθηκαν κόκκοι οστικού ξενομοσχεύματος γύρω και πάνω από το block, για ελαχιστοποίηση της απορρόφησης του αυτομοσχεύματος. Η αναπλασθείσα περιοχή καλύφθηκε με απορροφήσιμη μεμβράνη κολλαγόνου και έγινε σύγκλειση του κρημνού κατά πρώτο σκοπό, χωρίς τάσεις.

❽ Ορθοπαντομογράφημα, 6 μήνες μετά την επέμβαση της οστικής ανάπλασης.

❾ Η ασθενής είχε προσωρινά αποκατασταθεί οδοντικά με γέφυρα τύπου Maryland.

❿ Η προσωρινή γέφυρα αποτελείται από προκατασκευασμένο έλασμα (Perfgrid, Ellman) με δόντι ακρυλικής ρητίνης στερεωμένο με σύνθετη ρητίνη flowable.

⓫ 6 μήνες μετά την αναπλαστική χειρουργική, κλινική φωτογραφία πριν την τοποθέτηση του εμφυτεύματος.

⓬ Μασητική άποψη, που δείχνει την ογκομετρική αποκατάσταση της περιοχής μέσω της οστικής ανάπλασης.

⓭ Τρυπανισμός με τη βοήθεια χειρουργικού νάρθηκα. Παρατηρούμε την πλήρη ενσωμάτωση των οστικών μοσχευμάτων (αυτογενούς block, κοκκώδους ξενομοσχεύματος).

⓮ Τρισδιάστατα ορθή τοποθέτηση του οδοντικού εμφυτεύματος (Straumann 3,3 x 10 mm Crossfit BL), μέσω του χειρουργικού νάρθηκα. Παρατηρούμε τη μηδενική απορρόφηση του οστικού μοσχεύματος, καθώς και την ενσωμάτωση των κόκκων του ξενομοσχεύματος στην περιοχή, μέσω νεόπλαστου οστίτη ιστού, ο οποίος έχει υπερκαλύψει σε κάποια σημεία και το αυτογενές οστικό block.

⓯ 3 μήνες μετά την τοποθέτηση του εμφυτεύματος διακρίνεται το διαβλεννογόνιο healing abutment.

⓰ Με την αφαίρεση της προσωρινής γέφυρας, είναι εμφανής ο όγκος μαλακών ιστών προς διαμόρφωση.

⓱ Τοποθετήθηκε στο εμφύτευμα μεταλλικός κύλινδρος προσωρινής στεφάνης (Straumann NC temporary abutment TAN crown 024.2371), ο οποίος κόπηκε στο κατάλληλο ύψος συγκλεισιακά.

⓲ Με τον κύλινδρο συνδέθηκε ενδοστοματικά η ακρυλική όψη της προσωρινής γέφυρας Maryland με Alloy Primer (GC) και σύνθετη ρητίνη (Clearfill Majestyflow, Kuraray).

⓳ Εξωστοματικά διαμορφώθηκε κατ' αρχήν επιθυμητό προφίλ ανάδυσης της προσωρινής κοχλιούμενης επιεμφυτευματικής στεφάνης.

⓴ Η προσωρινή επιεμφυτευματική στεφάνη τοποθετήθηκε στο στόμα.

㉑ Μετά από 3 εβδομάδες, σταδιακή προσαρμογή του αυχενικού μέρους της προσωρινής στεφάνης με flowable ρητίνη.

㉒ 2,5 μήνες αργότερα οι περιεμφυτευματικοί ιστοί εμφανίζουν βελτίωση.

㉓ Παράλληλα με την προσαρμογή των ούλων στον #21, αντικαταστάθηκε η εγγύς ανασύσταση σύνθετης ρητίνης στον #11.

㉔ 6 μήνες μετά την τοποθέτηση της προσωρινής επιμεφυτευματικής στεφάνης οι σταθεροποιημένοι περιεμφυτευματικοί ιστοί πριν από την αποτύπωση.

25 Αφαιρέθηκε η προσωρινή στεφάνη από το στόμα και συνδέθηκε με εργαστηριακό ανάλογο εμφυτεύματος (Straumann implant analogue 025.2101).

26 Το σύμπλεγμα βυθίστηκε σε μάζα πολυβινυλσιλοξάνης μέχρι το αυχενικό 1/3 της στεφάνης και σημειώθηκε η προστομιακή πλευρά αυτής πάνω στη σιλικόνη.

27 Αφαιρέθηκε η στεφάνη από το εμβυθισμένο ανάλογο.

28 Πάνω στο ανάλογο κοχλιώθηκε αποτυπωτικός άξονας ανοιχτού δισκαρίου (Straumann 025.2205) και εγχύθηκε ακρυλική ρητίνη (Pattern Resin, GC) στο εντύπωμα της αυχενικής μοίρας της προσωρινής στεφάνης.

29 Έτσι αντιγράφηκε το αυχενικού προφίλ ανάδυσης της προσωρινής στεφάνης πάνω στον αποτυπωτικό άξονα.

30 Ο τροποποιημένος αποτυπωτικός άξονας τοποθετήθηκε με τον σωστό προσανατολισμό στο στόμα.

31 Η ενδοστοματική αποτύπωση του εμφυτεύματος με διάτρητο πλαστικό δισκάριο και πολυαιθέρα.

32 Το εκμαγείο εργασίας με αποτυπωμένους τους μαλακούς ιστούς στην επιθυμητή θέση και η αντίστοιχη εικόνα τους στο στόμα.

33 Η κλινική εικόνα των περιεμφυτευματικών ιστών χωρίς στεφάνη.

34 Εκ των άπω όψη της τελικής κοχλιούμενης μεταλλοκεραμικής στεφάνης από κράμα παλλαδίου χυτευμένο σε προκατασκευασμένο μεταλλικό κύλινδρο (Straumann NC gold abutment crown 022.2410). Συγκρίνατε με την αρχική όμορη όψη της προσωρινής στεφάνης (εικ. 19) και πώς σταδιακά διαμορφώθηκε το προστομιακό προφίλ ανάδυσης (Οδοντοτεχνίτες: Πηνελόπη Βαδιάκα, Κυριάκος Κωζάκης).

35 Η μεταλλοκεραμική στεφάνη τοποθετημένη στο στόμα.

36 Το τελικό χαμόγελο της ασθενούς.

37 Υπερώια όψη της κοχλιούμενης στεφάνης όπου διακρίνεται η οπή της βίδας κοχλίωσης σε ιδανική θέση.

38 Ακτινογραφική εικόνα 8 μήνες μετά την παράδοση της τελικής στεφάνης.

39 3 χρόνια αργότερα, παρατηρούμε την ικανοποιητική ωρίμανση και σταθερότητα των περιεμφυτευματικών ιστών. Επίσης παρατηρούμε την συνεχιζόμενη ανατολή του #11 στην 23χρονη πλέον ασθενή.

24η
Επιστημονική Ημερίδα
Σάββατο 10 Μαρτίου 2018

ITI International Team for Implantology

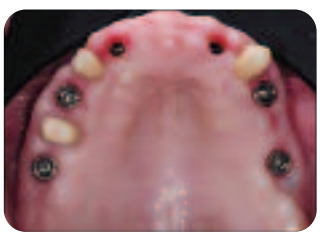
Ομιλητές

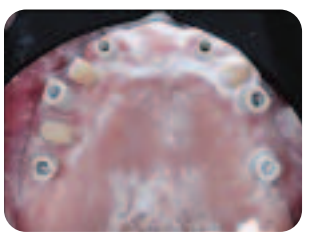
Dr. **Piero Venezia**
Prosthodontist
ITI Fellow

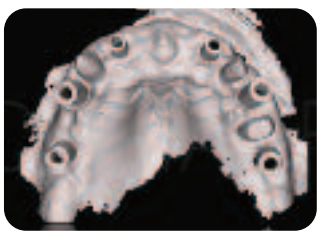
Dr. **Raffaele Cavalcanti**
Periodontist
ITI Fellow

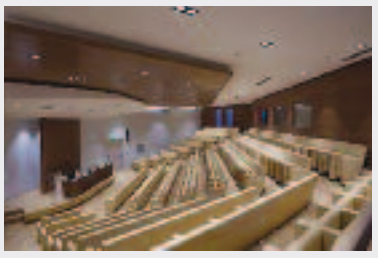
Περιο-Προσθετική Προσέγγιση Εμφυτευμάτων

Θεματολογία ημερίδας
- Ανάπλαση ιστών και προσθετικά καθοδηγούμενη τοποθέτηση εμφυτευμάτων στην αισθητική ζώνη
- Επιλογή εμφυτευμάτων
- Αναλογική *vs.* Ψηφιακή εκτέλεση σχεδίου θεραπείας σε ολικά νωδούς ασθενείς
- Εναλλακτικά σχέδια θεραπείας
- Διαχείριση περιεμφυτευματικών ιστών
- Υλικά προσθετικής αποκατάστασης









DOMOTEL KASTRI
Ελ. Βενιζέλου 154 & Ρωμυλίας
14 671 Αθήνα
Τηλ : + 30 210 35 07 100

Περισσότερες πληροφορίες και πρόγραμμα των ημερίδων θα βρείτε στο
http://www.iti.org/sites/greece/Events

Μη μέλη της ITI μπορούν να παρακολουθούν τις ημερίδες με κόστος εγγραφής 100 ευρώ (Φοιτητές-Μεταπτυχιακοί 50 ευρώ).
Πληροφορίες: Τμήμα ITI Ελλάδας & Κύπρου, τηλ. 210 7770 670

Εγγραφείτε σήμερα www.iti.org

Κλινικό Περιστατικό που χρησιμοποιήθηκε Biodentine™ για τη θεραπεία εν τω βάθει τερηδόνας

Marianne Federlin,
Priv.-Doz. Dr. med. dent.
Birger Thonemann, Kerstin Galler, Wolfgang Buchalla, Ρέγκενσμπουργκ

Το Biodentine™ για τη θεραπεία της εν τω βάθει τερηδόνας/ ως υλικό προστασίας πολφού σε άμεση αποκατάσταση σύνθετης ρητίνης στο 26 δόντι

Το Biodentine™ είναι μια βιοενεργή κονία πυριτικού ασβεστίου και είναι κατάλληλη ως υλικό αποκατάστασης της οδοντίνης σε μια μεγάλη ποικιλία ενδείξεων στην οδοντιατρική θεραπεία για αποκαταστάσεις στην περιοχή της μύλης του δοντιού αλλά και σε ενδοδοντικές θεραπείες. Οι ενδείξεις των αποκαταστάσεων περιλαμβάνουν, επιπρόσθετα στη θεραπεία εκτεθειμένης οδοντίνης (υλικό προστασίας πολφού για τη θεραπεία εκτεταμένων αλλοιώσεων σε περιπτώσεις εν τω βάθει τερηδόνας), καθαρά προληπτική θεραπεία στην περιοχή της αδαμαντίνης και της οδοντίνης και για την άμεση και έμμεση κάλυψη του πολφού[1]. Στο ακόλουθο κλινικό περιστατικό, το Biodentine™ χρησιμοποιήθηκε για τη θεραπεία εν τω βάθει τερηδόνων και ως υλικό προστασίας πολφού για την άμεση κάλυψη του σε έμφραξη σύνθετης ρητίνης ομάδος ΙΙ.

Ένας ασθενής 72 ετών προσήλθε στα Εξωτερικά ιατρεία στην Πανεπιστημιακή κλινική της Αποκατάστασης Οδόντων και Περιοδοντολογίας του Ρέγκενσμπουργκ τον Οκτώβριο του 2013 για έναν οδοντιατρικό έλεγχο ρουτίνας. Τα ευρήματα καταγράφτηκαν, ακτινογραφίες πάρθηκαν από το δεύτερο τεταρτημόριο, γιατί υποψιαστήκαμε την εμφάνιση άπω τερηδόνας. Στην περιοχή του 26 άπω, διαγνώστηκε «εν τω βάθει τερηδόνα» ***(Εικ. 1)*** και γι αυτό προγραμματίστηκε επόμενη συνεδρία για να πραγματοποιηθεί η έμφραξη.

Εικ. 1: Ακτινογραφία: Τερηδόνα άπω στο 26 δόντι.

Εικ. 2: Απεικόνιση του ελλείμματος.

Εικ. 3: Η κατάσταση μετά την αφαίρεση του τερηδονισμένου ιστού.

Ο έλεγχος ευαισθησίας στο 26 δόντι στο κρύο με ξηρό πάγο ήταν θετικός. Η θεραπεία διεξήχθη χωρίς τοπική αναισθησία σύμφωνα με την απαίτηση του ασθενή. Πριν τη διάνοιξη της κοιλότητας, τοποθετήθηκε ελαστικός απομονωτήρας από το 24 ως το 27 δόντι. Μασητικά, η πρόσβαση στην τερηδονισμένη περιοχή έγινε χρησιμοποιώντας διαμάντι στο αερότορ με κατιονισμό νερού. Η άπω περιοχή της κοιλότητας διαμορφώθηκε με εργαλείο υπερήχων (SoniFlex, Kavo, Biberach) ***(Εικ. 2)***. Η κοιλότητα παρασκευάστηκε όσο πιο προσεκτικά γινόταν. Έπειτα ακολούθησε η απομάκρυνση της τερηδόνας με στρόγγυλη εγγλυφίδα δουλεύοντας κάτω από χειρουργικό μικροσκόπιο. Η κοιλότητα ελέγχθηκε πολλές φορές για οποιαδήποτε υπολείμματα κατά τη διάρκεια απομάκρυνσης της τερηδόνας μέσω του FACE (βοηθητικό φθορισμού για την απομάκρυνση τερηδόνας, SIROinspect, Sirona, Bensheim)[2].

Εφόσον απομακρύνθηκε όλος ο τερηδονισμένος ιστός, ο πολφός δεν αποκαλύφθηκε ***(Εικ. 3)***. Τοποθετήθηκε μεταλλικό τοίχωμα (Hawe-Tofflemire, μεταλλικό τοίχωμα Kerr Dental, Rastatt) και σφήνα. Η κοιλότητα καθαρίστηκε και στέγνωσε.

Το Biodentine™ αναμίχθηκε σύμφωνα με τις οδηγίες του κατασκευαστή και τοποθετήθηκε στην περιοχή κοντά στον πολφό χρησιμοποιώντας ένα μικρό συμπυκνωτήρα (εργαλείο Dycal) και προσαρμόστηκε με μια σπάτουλα Heidemann. Έτσι το Biodentine™ μπορεί ταυτόχρονα να χρησιμοποιηθεί για τη θεραπεία των βαθιών κοιλοτήτων και ως υλικό προστασίας πολφού. Ύστερα από 12 λεπτά χρόνου πήξης του Biodentine™, η αποκατάσταση ολοκληρώνεται χρησιμοποιώντας σύνθετη ρητίνη ***(Εικ.4)***.

Για την ολοκλήρωση της έμφραξης χρησιμοποιήθηκε αδροποιητικό οξύ (ExciTE, Ivoclar Vivadent, Schaan, Liechtenstein) σε συνδυασμό με λεπτόκοκκη υβριδική σύνθετη ρητίνη (Tetric EvoCeram, Ivoclar Vivadent). Μετά την αδροποίηση της αδαμαντίνης με φωσφορικό οξύ (Total Etch, Ivoclar Vivadent) ***(Εικ.5)*** και την εφαρμογή του συγκολλητικού παράγοντα (ExciTE DC, Ivoclar Vivadent) ***(Εικ.6)***, η πρώτη επίστρωση που αποτελείται από αδιαφανής λεπτόρρευστη σύνθετη ρητίνη, εισάγεται στην κοιλότητα (Venus Flow Baseliner, Heraeus Kulzer, Hanau). Η επίστρωση της κοιλότητας με λεπτόρρευστη σύνθετη ρητίνη διευκολύνει την καλή αρχική προσαρμογή και σταθεροποίηση της ισχύς του δεσμού στην οδοντίνη κατά τη διάρκεια της έναρξης της συστολής πολυμερισμού της σύνθετης ρητίνης που θα τοποθετηθεί στη συνέχεια[3]. Επιπρόσθετα η αδιαφανής ρητίνη διευκολύνει την οριοθέτηση της μετάβασης στους φυσικούς οδοντικούς ιστούς ***(Εικ.7)***. Έπειτα η αποκατάσταση ολοκληρώνεται χρησιμοποιώντας την εμφρακτική τεχνική. Μετά την απομάκρυνση του ελαστικού απομονωτήρα, σύγκλειση και άρθρωση ελέγχονται και ακολουθεί η τελείωση και η στίλβωση της αποκατάστασης ***(Εικ.8)*** με εξαιρετικά αδρόκοκκο διαμάντι λείανσης.

Τον Απρίλιο του 2014 (7 μήνες μετά τη θεραπεία της εν τω βάθει τερηδόνας), ο ασθενής προσήλθε για τον οδοντιατρικό του έλεγχο. Το 26 δόντι ακόμη αντιδρούσε θετικά στους ελέγχους ευαισθησίας με τον ξηρό πάγο. Ο ασθενής δεν ανέφερε καμία μετεμφρακτική ευαισθησία μετά τη θεραπεία. Οι ακτινογραφίες έδειξαν τη στενή προσαρμογή του Biodentine™ με την οδοντίνη, εξαιτίας της παρόμοιας ακτινοσκιερότητας της οδοντίνης και του Biodentine™, δεν ήταν εύκολο να διαχωριστούν οι δύο επιστρώσεις ***(Εικ.9 και 10)***. Βλέποντας τις ακτινογραφίες δεν υπάρχει κάποια ένδειξη δημιουργίας τριτοταγούς επανορθωτικής οδοντίνης, όπως έχει αναφερθεί από τη βιβλιογραφία του Biodentine™ [1].

Εικ. 4: Το Biodentine™ τοποθετείται ως υλικό προστασίας πολφού και για τη θεραπεία βαθιών κοιλοτήτων.

Εικ. 5: Αδροποίηση της αδαμαντίνης με φωσφορικό οξύ.

Εικ. 6: Εφαρμογή του συγκολλητικού συστήματος.

Εικ. 7: Εισαγωγή της αδιαφανούς λεπτόρρευστης σύνθετης ρητίνης.

Εικ. 8: Έμφραξη σύνθετης ρητίνης.

Στην περίπτωση αυτή, το Biodentine™ χρησιμοποιήθηκε ως υλικό προστασίας πολφού για να αντικαταστήσει την οδοντίνη και για τη θεραπεία εν τω βάθει τερηδόνας. Όταν η αντοχή της εναπομείνασας οδοντίνης έχει σημαντικά μειωθεί ύστερα από την απομάκρυνση του τερηδονισμένου ιστού μικροδιείσδυσεις στον πολφό μπορεί να υπάρξουν. Έτσι παρατηρείται μια άμεση επαφή των συστατικών των μεθακρυλικών συγκολλητικών συστημάτων με τον πολφό, με αποτέλεσμα –στη χειρότερη περίπτωση- την μη-αναστρέψιμη καταστροφή του πολφού[4]. Γι αυτό στην περίπτωση αυτή, το Biodentine™ χρησιμοποιείται ως υλικό προστασίας πολφού λόγω της βιολογικής του δράσης, από τη μια πλευρά, και των μηχανικών ιδιοτήτων παρόμοιων της οδοντίνης από την άλλη πλευρά. Κλινικά φαίνεται ότι η κονία πυριτικού ασβεστίου, συγκριτικά με τα άλλα υλικά για τη θεραπεία των εν τω βάθει τερηδόνων, μπορεί να εφαρμοστεί χωρίς καθόλου πίεση, λόγω της σύστασής της μετά την ανάμιξη και να προσαρμοστεί πλησίον της οδοντίνης και να δημιουργήσει έναν μηχανικά σταθερό τοίχωμα μετά τη συγκόλληση. Επίσης αυτό φαίνεται στις ακτινογραφίες που πάρθηκαν ύστερα από 7 μήνες. Διαδικασία δύο σταδίων δεν ενδείκνυται σ'αυτήν την περίπτωση.

Εικ. 9: Ακτινογραφία 7 μήνες μετά τη θεραπεία της εν τω βάθει τερηδόνας.

Εικ. 10: Έμφραξη σύνθετης ρητίνης 7 μήνες μετά τη θεραπεία της εν τω βάθει τερηδόνας.

Βιβλιογραφία

1. Septodont R&D Department: Biodentine™ - Active Biosilicate Technology: Scientific File.http://www.septodont.fr/fichiers_upload/biodentinescientificfile.pdf.
2. Buchalla W, Lennon AM. Die fluoreszenzunterstütze Kariesexkavation - Funktionsprinzip und Empfehlungen für den Gebrauch. Oralprophylaxe und Kinderzahnheilkunde, 2013; 35 (4): 162–167.
3. Haller B. Direkte Seitenzahnrestauration mit Komposit. Zahnmedizin up2date 6, 2009: 579–598.
4. Schmalz G. Kompositkunststoffe: Lokale Toxizität und Gewebeverträglichkeit - Pulpareaktionen. In: Biokompatibilität zahnärztlicher Werkstoffe Hrsg.: G. Schmalz, D. Arenholt-Bindslev, Elsevier GmbH, Urban & Fischer Verlag, 2005 München, S. 111–115.

Η στήλη της
ΕΛΛΗΝΙΚΗΣ ΕΤΑΙΡΙΑΣ ΚΛΙΝΙΚΗΣ ΣΤΟΜΑΤΟΛΟΓΙΑΣ

Γραμμοειδείς Βλάβες στις Παρειές

Για επικοινωνία:

Δημήτρης Μαλάμος
DDS; MSc; PhD; DIP.O.M
Ειδικός Στοματολόγος, Diplomate of European Association of Oral Medicine, Ταμίας Ελληνικής Εταιρείας Κλινικής Στοματολογίας
Επικοινωνία: dim.malamos@gmail.com

Ιστορικό

Ασθενής 38 χρονών παραπέμφθηκε από τον Οδοντίατρο της για εξέταση δύο συμμετρικών γραμμοειδών βλαβών στις παρειές. Οι βλάβες αυτές ήταν ασυμπτωματικές και ανακαλύφθηκαν τυχαία κατά τον τελευταίο Οδοντιατρικό της έλεγχο. Κλινικά επεκτείνονται κατά μήκος του μασητικού επιπέδου, από τη περιοχή των φρονιμιτών μέχρι τις γωνίες του στόματος, έχουν φυσιολογικό χρώμα, ελαστική σύσταση και λεία, δαντελωτή επιφάνεια που είναι πιο έντονη στη περιοχή των γομφίων. Η ασθενής δεν έχει άλλες παρόμοιες βλάβες στο στόμα ή δέρμα και στο ιατρικό της ιστορικό δεν αναφέρονται αλλεργίες ή άλλες σοβαρές παθήσεις ούτε λήψη φαρμάκων. Η ασθενής καπνίζει περιστασιακά αλλά κάνει συχνή χρήση τσιχλών με άρωμα κανέλλας και έχει τη συνήθεια να δαγκώνει το κάτω χείλος και τις παρειές καθημερινά.

Ερώτηση: Ποια είναι η πιθανή κλινική διάγνωση των παρειακών βλαβών;
Α) Λευκοίδημα
Β) Κοκκία Fordyce
Γ) Υπερκεράτωση από τριβή
Δ) Λευκή Γραμμή
Ε) Στοματίτιδα από χρόνια λήψη τσιχλών με κανέλλα

Απάντηση

Οι βλάβες στις παρειές είναι γνωστές σαν Λευκή Γραμμή ή Linea Alba, χαρακτηρίζονται δε κλινικά σαν, οριζόντιες, συμμετρικές γραμμοειδείς υπερπλασίες του παρειακού βλεννογόνου αποτέλεσμα χρόνιας δήξης ή τραύματος που τις συναντάμε συχνότερα σε ενήλικες (γυναίκες κυρίως) και σε περιοχές αντίστοιχα των οπισθίων οδόντων με μειωμένη οριζόντια πρόταξη.

Η λευκή γραμμή είναι μια αθώα βλάβη και δεν απαιτεί καμία θεραπεία παρά μόνο το καθησυχασμό ασθενών με φοβικές διαταραχές. Η διάγνωσή της βασίζεται μόνο στη κλινική εξέταση και στον αποκλεισμό άλλων βλαβών που εντοπίζονται στη περιοχή αυτή όπως κερατώσεις, λευκοίδημα, συρρέουσα κοκκία Fordyce και διάφορες στοματίτιδες όπως από κανέλλα.

Υπερκερατώσεις από χρόνια δήξη (friction Keratosis) είναι συχνές βλάβες στις παρειές και εμφανίζονται σαν λευκο-κίτρινες, αδρές αλλά πιο εκτεταμένες πλάκες από τη λευκή γραμμή και ενίοτε συνοδεύονται από ήπια ενοχλήματα όπως καυσαλγία ή κνησμό. Η χρόνια λήψη τσιχλών με άρωμα κανέλλας προκαλεί αντιδραστικές βλάβες όπως ερύθημα, επιφανειακές διαβρώσεις ή λευκές πλάκες όχι μόνο στις παρειές αλλά και στα πλάγια χείλη της γλώσσας, ούλα και υπερώα ευρήματα μη συμβατά με αυτά της ασθενούς. Άλλες βλάβες όπως το λευκοίδημα και έκτοποι σμηγματογόνοι αδένες (κοκκία Fordyce) εντοπίζονται επίσης στις παρειές όπως και η λευκή γραμμή αλλά διαφέρουν καθώς στα κοκκία Fordyce οι βλάβες είναι διάσπαρτες και σπάνια σχηματίζουν γραμμοειδείς σχηματισμούς ενώ στο λευκοίδημα οι βλάβες εξαφανίζονται με το τέντωμα-διάταση του βλεννογόνου (stretching).

Με αφορμή το βιβλίο του Φώτη Μήτση: «Ανθολόγιο, απόηχος μιας ζωής»

ΠΑΡΑΚΑΤΑΘΗΚΕΣ ΚΑΙ ΘΕΜΑΤΟΦΥΛΑΚΕΣ

Το βιβλίο «ΑΝΘΟΛΟΓΙΟ από τον απόηχο μιας ζωής» εκδόθηκε πρόσφατα από τις Επιστημονικές Εκδόσεις Παρισιάνου με συγγραφέα τον Ομότιμο Καθηγητή της Οδοντιατρικής Σχολής Αθηνών και πρώην Πρύτανη του Πανεπιστημίου Αθηνών, κ. **Φώτη Ι. Μήτση**.

Στο επτάτομο αυτό έργο, ο αναγνώστης μπορεί να βρει συμβάντα, γεγονότα και κείμενα από το έργο της διαδρομής του συγγραφέως που ξεφεύγουν από τα κλειστά όρια της επιστήμης που υπηρέτησε, καθώς καλύπτουν πτυχές εθνικού, κοινωνικού και ακαδημαϊκού περιεχομένου της ιστορίας αυτού του τόπου. Εξάλλου, όπως έχει παρατηρήσει ο κ. Κ. Γεωργουσόπουλος προλογίζοντας ένα παλαιότερο βιβλίο του συγγραφέα, υπάρχουν κάποιοι άνθρωποι που *«άμα αφηγηθείς την ιστορία του τόπου μας, αφηγείσαι την ιστορία τους και το αντίθετο, η ιστορία της ζωής τους φαντάζει μια αποκαλυπτική εξομοίωση με την ιστορία της πατρίδας»*. Όλο αυτό το πολύτιμο υλικό διαρθρώνεται σε επτά βασικές θεματικές ενότητες, κάθε μια

από τις οποίες αντιστοιχεί και σε έναν ξεχωριστό τόμο αυτού του συγγραφικού πονήματος.

Πιο συγκεκριμένα, η οργάνωση του βιβλίου στηρίζεται στις ακόλουθες θεματικές:

1) Η ακαδημαϊκή μου πορεία στην Οδοντιατρική Σχολή (1956-1994)
2) Από την ακαδημαϊκή μου διαδρομή στην Πρυτανεία (1978-1981)
3) Ομιλίες, Δημοσιεύματα, Πρόλογοι, Επιστολές, Παρουσιάσεις και Σχόλια Βιβλίων
4) Παρεμβάσεις στη δημόσια ζωή
5) Η προεδρία στο Γ.Κ.Ν. «Θεραπευτήριο Ο Ευαγγελισμός»
6) Από τη Συμβουλευτική Επιτροπή της Commission (Ε.Ο.Κ.) για την εκπαίδευση και το επάγγελμα των οδοντιάτρων
7) Διακρίσεις και τιμητικές εκδηλώσεις

Το «ΟΒ» με αφορμή το νέο βιβλίο του Καθηγητή κ. Φώτη Μήτση επικοινώνησε με τον Επίκουρο Καθηγητή κ. **Φοίβο Προύντζο**, και του ζήτησε να μας μιλήσει για τα όσα κατατίθενται στις γραμμές του βιβλίου μέσα από την προσωπική του γνωριμία με το έργο και την προσωπικότητα του συγγραφέα, πρώτα από τη θέση του μαθητή του και στη συνέχεια ως συνεργάτης του συγγραφέως.

Του **Φοίβου Προύντζου**

Εννοιολογικά ο όρος «απόηχος» παραπέμπει σε ανακλαστική επαναφορά ήχου και συνεκδοχικά σε απήχηση γεγονότων που έρχεται από μακριά.

Με την έννοια αυτή ο συγγραφέας του «Ανθολογίου» επαναφέρει γεγονότα ακαδημαϊκών, κοινωνικών, πολιτισμικών και εθνικών δραστηριοτήτων από το χρονολόγιο της ζωής του ταξινομημένα σε θεματικές ενότητες.

«… *Θεώρησα* -γράφει στον πρόλογό του- *ότι έτσι θα ήταν καλύτερα αυτά που υπήρχαν να μην παραμένουν σκόρπια ή στην αφάνεια αλλά συγκεντρωμένα να μπορούν να παρουσιάζουν σαφέστερα και πειστικότερα το πέρασμά μου από τη ζωή.*

Να αντέξουν στην διαδρομή του χρόνου και να εκφράζουν τις ιδέες μου, τους στοχασμούς, τα συναισθήματα και τους προβληματισμούς μου μαζί με τα πιστεύω μου σε θεσμούς και αξίες ηθικές, αγνές, ανθρώπινες…»

* * * * * * * *

Διανύουμε μέρες ιδεολογικής αποκαρδίωσης, μνημονιακής επιτρόπευσης και ψηφιακής κυριαρχίας.

Η ηλεκτρονική επέλαση στο χώρο του εντύπου έχει μετατρέψει τον σκεπτόμενο αναγνώστη σε αποχαυνωμένο τηλεθεατή.

Αν σήμερα ζούσε ο Μάρξ βλέποντας πόσο πιο οπιούχο είναι το τηλεχειριστήριο ίσως δεν είχε αποκαλέσει την θρησκεία όπιο των λαών.

Σε τέτοιους λοιπόν χαλεπούς καιρούς και με δεδομένη την αναντιστοιχία συγγραφέων – αναγνωστών είναι ελπιδοφόρο να γράφονται βιβλία και παρήγορο να βρίσκουν αναγνώστες.

Πολλοί από εμάς «γράφουμε» για να έχουμε κάτι … να διαβάζουμε.

Ο Μίλαν Κούντερα έχει πει ότι ο φόβος να μην περάσουμε απαρατήρητοι από το αδιάφορο για μας «Σύμπαν» ξυπνάει μέσα μας τον επίδοξο συγγραφέα που προσπαθεί με λέξεις να μεταμορφώσει τον εαυτό μας σε «Σύμπαν» προσδιορίζοντας αυτοβιογραφικά το «στίγμα» του.

Αναμφίβολα η σπουδαιότητά του εξαρτάται από το ειδικό βάρος που έχει το όνομα του αυτοβιογραφούμενου και είναι αυτονόητο ότι ο συγγραφέας του «Ανθολογίου» αποτελεί προσωπικότητα εγνωσμένου κύρους.

Η προσωπική του διαδρομή ξεπερνάει τα όρια της προσωπικής ζωής. Ασκεί ερήμην του επιρροές και είναι συνυφασμένη άρρηκτα με την εξελικτική πορεία του χώρου του. Αν μάλιστα παρομοιάζαμε την Οδοντιατρική με υφαντό το όνομά του στα νήματα του αργαλειού θα ήταν το «στημόνι».

* * * * * * * *

Λένε ότι για να ορίσει κάποιος το μέλλον του χώρου του πρέπει να έχει μελετήσει το παρελθόν του.

Αν αυτό είναι αλήθεια σε συνδυασμό με το ότι κανένα από τα θεωρούμενα σήμερα αυτονόητα δεν έπεσε από τον ουρανό, είναι απαραίτητο να μάθει από ποιους και πώς κατακτήθηκαν.

Στη βάση αυτής της λογικής θεωρώ το «Ανθολόγιο» επιτομή ανεξάντλητης ενημερωτικής πηγής.

Τα γεγονότα δεν καταγράφονται με βάση πληροφορίες παρατυχόντων. Είναι βιωματικές μαρτυρίες και έχουν αξιοπιστία αυτόπτη μάρτυρα πρωταγωνιστή και ταυτόχρονα διαμορφωτή τους.

«Πρωταγωνιστή» που ανήκει στην κατηγορία των ξεχωριστών ανθρώπων που στο διάβα τους αφήνουν διακριτές πατημασιές.

Οι εκτιμήσεις που ακολουθούν για το πρόσωπό του δεν γίνονται από Πυγμαλίωνα που πλάθει ιδεατές φυσιογνωμίες για να στέκεται εκστατικός μπροστά στις προτομές τους.

Είναι συμπέρασμα που καταλήγει κάποιος από όποια οπτική και αν κοιτάξει το οδοιπορικό του Φώτη Μήτση ανεξάρτητα αν συμφωνεί ή όχι με κάποιες επιλογές του.

Στα νεανικά του χρόνια δεν θα τον δει ένοικο του καβουκιού και αμέτοχο θεατή των ιδεολογικοπολιτικών συμβάντων.

Με ευαισθησίες κοινωνικές, χωρίς ένταξη κομματική υπερασπίστηκε τις ιδέες του και πολέμησε για το όραμα ενός καλύτερου κόσμου με τίμημα ένα βόλι «εχθρικό» στο δεξί του πλεμόνι, και «ανταμοιβή» από το κράτος των «νικητών» που αντί να καταδικάσει τους προδότες τιμώρησε τους προδομένους ένα πιστοποιητικό ελλειμματικής «εθνικοφροσύνης».

Στην ακαδημαϊκή του διαδρομή δεν υπήρξε στρατοκόπος συμβιβασμένος με ότι του έλαχε. Σε κάθε φάση της πρωτοπόρος «οσμιζόταν» αθέατες σε άλλους ανηφορικές διαδρομές και όταν αυτές δεν υπήρχαν χαρτογραφημένες τις άνοιγε ο ίδιος.

Δίχως όνομα οικογενειακό, χωρίς πλάτες πολιτικές ή ακαδημαϊκές ενδογαμίες κατέκτησε δυσκολοκατάκτητες κορυφές. Λίγοι από όσους για Πήγασό τους είχαν μόνο την σκληρή δουλειά έφτασαν τόσο ψηλά.

Αδιαμφισβήτητος ακαδημαϊκός δάσκαλος φιλοδίκαιος στους μαθητές και παροτρυντικός στους συνεργάτες του. Επαγγελματίας με όνομα δυνατό και αντιπάθεια στον άκρατο «Κερδώο Ερμή».

Πρύτανης στο πρώτο Πανεπιστήμιο της χώρας διακόνησε θεσμούς και έβαλε σε τάξη πολλές αταξίες. Εκπρόσωπος της χώρας στην επιτροπή Ευρωπαϊκών κοινοτήτων για τα οδοντιατρικά πράγματα και μακρόχρονη επιτελική θητεία στη Δημόσια Διοίκηση απέκτησε και αναγνωρισιμότητα κοινωνικά ευρύτερη.

Μετά την αφυπηρέτησή του δεν μετέπεσε σε συνηθισμένο συνταξιούχο απόμαχο που εγκαταλείποντας τις επίγειες οργανώνει τις επουράνιες υποχρεώσεις του. Για τον στοχαζόμενο άνθρωπο η ώρα του δειλινού και πριν σκοτεινιάσει, το ηλιοβασίλεμα είναι η κατάλληλη χρονική στιγμή για οριοθέτηση νέων σημείων εκκίνησης.

Ο ίδιος εξομολογητικά και με φλεγματική διάθεση που ξεχωρίζει το σημαίνον από το σημαινόμενο για την περίοδο αυτή της ζωής του γράφει: *«Όσο τα χρόνια διαβαίνουν και ο ήλιος γέρνει προς την δύση του, όσο η μοναξιά και η απομόνωση μεγαλώνει από ανθρώπους που φεύγουν και φίλους που χάνονται, αναπολείς κάποια ρομαντικά όνειρα και αναμνήσεις των χρόνων που πέρασαν και νοιώθεις ότι και τα ύστερα είναι κι αυτά όμορφα.*

Μπορείς να προσπερνάς τις αναμνήσεις και τις εικόνες που έχεις ζήσει. Και με δεδομένη την ύπαρξη πνευματικής διαύγειας μπορείς να κερδίζεις την μάχη του μυαλού έναντια στο ίδιο σου το σώμα που ως δεσμοφύλακας σου έχει επιβάλει την «αιχμαλωσία» με τις αναπότρεπτες εκφυλιστικές επεξεργασίες και την φθίνουσα φυσική κατάσταση».

Από το «δεσμωτήριο» του σπιτιού του «κρατούμενος» σωματικά αλλά πνευματικά ακατάβλητος, δίχως ηλικιακές ιδιοτροπίες, ανεξίκακος ακόμη και για τους Φιλισταίους και καρτερικός στην νομοτελειακή αναμονή εξακολουθεί να ακούει μέσα του τη φωνή της διδαχής.

Σε κάνει να σκεφτείς ότι αν υπήρχε τέτοια, και στην άλλη του ζωή δάσκαλος θα ήταν.

Αποφεύγω να χρησιμοποιήσω την λέξη Μεγάλος γιατί στις μέρες μας η συχνή χρήση της προσφώνησης «μεγάλε» με μικρό μι από την νεανική αργκό έχει απονοηματοδοτήσει τον όρο.

Σίγουρα όμως η θέση που του πρέπει είναι στις γραμμές των κορυφαίων του χώρου. Στους στυλοβάτες με την δομική έννοια που από επιτελικές θέσεις σήκωσαν τα βάρη του χωρίς οι ίδιοι να βουλιάξουν και είναι της μοίρας τους από κάποιους να θαυμάζονται και από κάποιους να μισούνται.

Στους κορυφαίους που ανάμεσα στους αξιόλογους ξεχωρίζουν, οι αψίδες θριάμβου και τα Καυδιανά δίκρανα πηγαίνουν μαζί. Ωστόσο και οι «ζηλόφθονοι» που έχουν αποτιμήσει αποφατικά κάποια πεπραγμένα του χαμηλόφωνα ομολογούν την συμβολή του στην ποιοτική αναβάθμιση και κοινωνική προαγωγή της Οδοντιατρικής γενικότερα.

Κατά συνέπεια στην ιστορία του Ιδρύματος που διδάσκεται η επιστήμη της, το όνομά του θα έπρεπε να αποτελεί το κύριο σημείο αναφοράς.

Λέω θα «έπρεπε» γιατί από κάποιους «ιστοριογράφους» που κανοναρχούν σήμερα τα οδοντιατρικά πράγματα φαλκιδεύεται η προσφορά του.

Στα «ιστορικά» πονήματά τους παραλείπονται κομβικά σημεία που έχουν την υπογραφή του για να απεικονιστεί ψιμυθιωμένη και σε μεγέθυνση η φωτογραφία τους.

Στον άνθρωπο της πρόσκαιρης εξουσίας είναι συνηθισμένη η κατάχρησή της και δεν είναι άγνωστη η σύγχυση να εκλαμβάνει τον συγκυριακό θεσμικό του ίσκιο για φυσικό του μπόι Παράδειγμα από παλιά ο Γαΐος Καλιγούλας. Η Σύγκλητος τον εξέλεξε Αυτοκράτορα για να περιορίσει την υπεροψία των προκατόχων του κι αυτός αναγόρευε ύπατο το άλογό του.

* * * * * * * *

Ο αναγνώστης Οδοντίατρος που ενδιαφέρεται για την ιστορία αδιαφορώντας για την μυθιστορία της Σχολής αξίζει να διαβάσει το «Ανθολόγιο» για να γνωρίσει τους σταθμούς της. Μέσα από γεγονότα που δεν επινοούνται αλλά αναπαράγονται αυτούσια και την επισύναψη υπομνημάτων, εισηγήσεων αποσπασμάτων από δημοσιεύματα και εκδηλώσεις έχει πολλά να διδαχθεί.

Επιπρόσθετα θα έχει την ευκαιρία να γνωρίσει και έναν άλλο άγνωστο ίσως σε αυτόν «κόσμο».

Τον «κόσμο» που έφυγε και ο συγγραφέας τον ξετυλίγει στην μνήμη του άλλοτε ευχάριστα σαν χαραγμένα γράμματα σε κορμό δέντρου που μεγαλώνουν μαζί του και άλλοτε σαν χαραγματιές σε κορμί που στο πέρασμα του χρόνου επουλώνονται αλλά αφήνουν δυσάρεστες ουλές……

* * * * * * * *

Για κατακλείδα του «Ανθολογίου» και φόρο τιμής στον συγγραφέα του επέλεξα την αντιγραφή και στην συνέχεια τον σχολιασμό μια φράσης του που είναι και δική μου ομολογημένη άποψη.

Γράφει λοιπόν: *«Μιας και ο θάνατος δεν έχει γενετικά προδιαγραφεί, η ολοκλήρωση της ζωής επιτυγχάνεται με την αναπαραγωγή και την συνέχειά της…. Έτσι λοιπόν πιστεύω ότι η πληρότητα ήρθε και από εκεί».*

Σε καιρούς που στην κοινωνία μας τείνει να επικρατήσει ένστικτο αγέλης με πρότυπο αναπαραγωγικής διαδικασίας την Ντόλυ, την γνωστή κλωνοποιημένη προβατίνα η δημιουργία και διατήρηση υποδειγματικής οικογένειας αποτελεί εντελέχεια με την Αριστοτελική ερμηνεία του όρου.

Ιστορικά γνωστότερο υπόδειγμα ανθρώπου με τέτοιου είδους πληρότητα είναι ο πολλές φορές Ολυμπιονίκης Διαγόρας. Σε μεγάλη πια ηλικία και ανήμπορο να περπατήσει τον περιέφεραν θριαμβευτικά στους ώμους του τα δύο του παιδιά Ολυμπιονίκες τότε και αυτά. Οι θεατές στο στάδιο όρθιοι τον επευφημούσαν για την ευδαιμονία του με την ιαχή «Κάτθανε Διαγόρα, ουκ εις Όλυμπον αναβήσει».

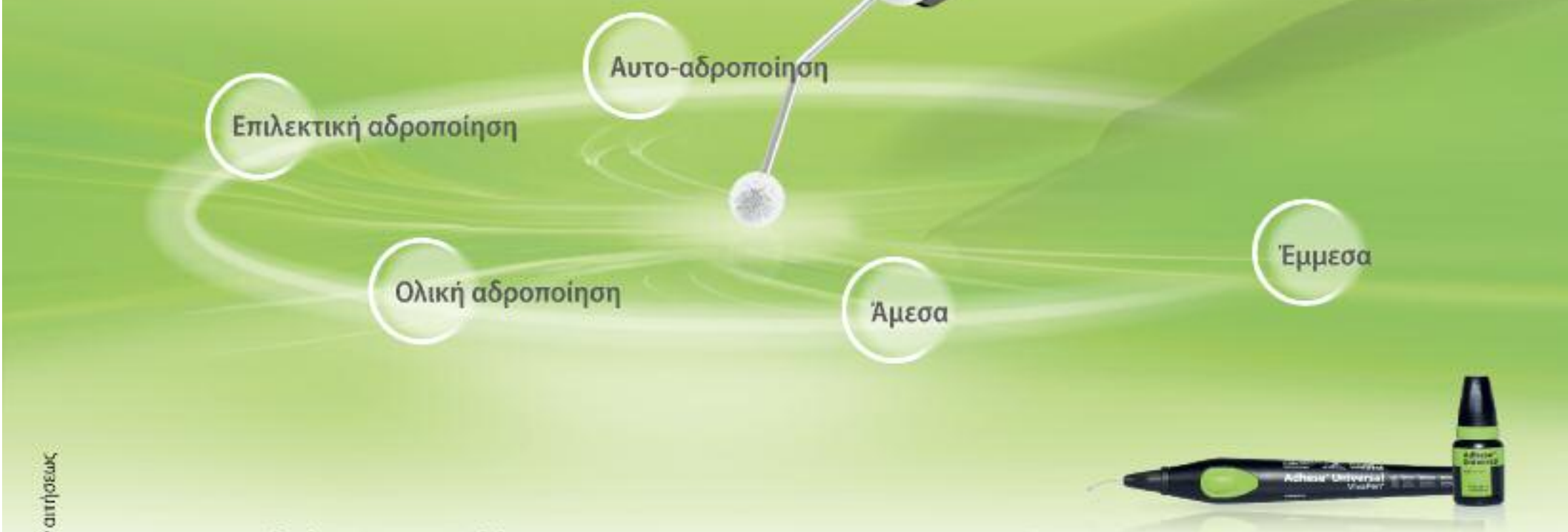
Ο Φώτης Μήτσης ένας Διαγόρας των καιρών μας έχει την ευδαιμονία να ατενίζει και την κατοικία των θεών.

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 σταγεία κατόπιν αιτήσεως

www.ivoclarvivadent.gr

Επίσημοι διανομείς
Ελλάδας:

SADENT AEBE
- 1 χλμ Λεωφ. Μαρκοπούλου / 190 02 Παιανία / τηλ: 211 10 22 900 /
- Τετραπόλεως 4 / 115 27 Γουδή / τηλ: 210 77 77 606 /
- Ν. Τέλογλου 7 / 546 36 Θεσσαλονίκη / τηλ: 2310 968 799 / www.sadent.com

MEMODENT AE
- Βερανζέρου 4 / 106 77 Αθήνα / τηλ.: 210 330 4050 / www.memodent.gr

ivoclar vivadent®
passion vision innovation

ΟΜΑΔΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

Απλοποιώντας ένα σύνθετο περιστατικό

Κατασκευή μιας εκτεταμένης ολοκεραμικής αποκατάστασης στην άνω και στην κάτω γνάθο

Δρ. **Tetsuya Uchiyama**, Τόκιο και **Michiro Manaka**, Saitama/Ιαπωνία

Διαγωνισμός IPS e.max Smile Award 2016: η νικήτρια συμμετοχή στην κατηγορία «Ασία, Ειρηνικός» περιγράφει ένα περιστατικό ασθενούς, η οποία θεραπεύτηκε με οδοντικά και εμφυτευματικά στηριζόμενες οδοντοστοιχίες. Αυτό το αρχικά πολύπλοκο περιστατικό αντιμετωπίστηκε επιδέξια, ακολουθώντας μια απλή θεραπευτική προσέγγιση και καθιερώνοντας μια ενιαία χρωματική βάση για τις ολοκεραμικές αποκαταστάσεις.

Η μεγάλη ποικιλία των λύσεων που προσφέρει η σύγχρονη οδοντιατρική – ποικίλα υλικά, διαφορετικές τεχνολογίες, εξατομικευμένες προσεγγίσεις – εκτιμάται πολύ από τους ασθενείς, αλλά και από τους κλινικούς. Παρ' όλα αυτά, τα πολύπλοκα περιστατικά συνεχίζουν να παρουσιάζουν πολλές προκλήσεις. Ιδιαίτερα στην προσθετική, απαιτούνται συχνά εκτεταμένες αποκαταστάσεις στην άνω και κάτω γνάθο. Σε τέτοια περιστατικά, είναι σημαντικό να αποκτήσουμε μια πλήρη εικόνα της κατάστασης του ασθενή, να αναλύσουμε με λεπτομέρεια το περιστατικό και στη συνέχεια να καταρτίσουμε ένα σχέδιο θεραπείας. Ο κύριος στόχος είναι να μετατρέψουμε την πολύπλοκη κατάσταση σε μια απλή και «σταθερή» βάση για την κατασκευή των αποκαταστάσεων. Ο καλά τεκμηριωμένος σχεδιασμός είναι το βασικό στοιχείο σε αυτή τη διαδικασία.

Σύνθετη αρχική κατάσταση

Η 66χρονη ασθενής παραπονέθηκε για δυσκολία στη μάσηση και μη ελκυστική εμφάνιση των δοντιών της. Στην άνω γνάθο, είχε μη ικανοποιητικές μεταλλοκεραμικές αποκαταστάσεις, μερικές από τις οποίες είχαν ήδη χαλαρώσει ***(Εικ. 1)***. Στην κάτω γνάθο, υπήρχε ένα ελεύθερο άκρο, που εκτεινόταν από το #35 έως το #37. Η στεφάνη στο #34 ήταν επίσης χαλαρή. Το ουλικό περίγραμμα στο #13 είχε σαφώς μετατοπιστεί ακρορριζικά. Η καμπύλη Wilson (εγκάρσια καμπυλότητα) παρέκκλινε, ένα στοιχείο ακόμα που συντελούσε στη γενική δυσαρμονία. Η απόχρωση των διαφόρων αποκαταστάσεων διέφερε σημαντικά. Επιπλέον, οι οπτικές ιδιότητες των αποκαταστάσεων δεν ταυτίζονταν. Η ασθενής ζήτησε κατασκευές που να φαίνονται και να λειτουργούν όπως τα υγιή φυσικά δόντια.

Θεραπευτικός στόχος

Ο κύριος στόχος ήταν η δημιουργία μιας σταθερής σύγκλεισης, που θα επέτρεπε τη φυσική λειτουργία της μάσησης και μια αρμονική αισθητική στη γναθοπροσωπική περιοχή. Για τον σκοπό αυτό, οι υπάρχουσες στεφάνες και γέφυρες έπρεπε να αντικατασταθούν και να προσαρμοστεί το ουλικό περίγραμμα. Το #24 έπρεπε να αντικατασταθεί από ένα εμφύτευμα, το οποίο θα μπορούσε να λειτουργήσει ως ένα επιπλέον στήριγμα. Περαιτέρω θεραπεία με εμφυτεύματα προγραμματίστηκε για την κάτω οπίσθια περιοχή.

Από το κέρωμα στις προσωρινές

Το διαγνωστικό κέρωμα θεωρείται γενικά απαραίτητο κομμάτι του σύνθετου σχεδίου θεραπείας. Η απώλεια οδοντικής ουσίας, δηλαδή, η κατακόρυφη διάσταση της σύγκλεισης επαληθεύεται σε κερί. Κατόπιν τα δόντια προσαρμόζονται στο εκμαγείο χρησιμοποιώντας πρόσθετο κερί (σε ορισμένες περιπτώσεις αφαιρώντας), μέχρι να επιτευχθεί το επιθυμητό αποτέλεσμα.

> Με τη βοήθεια του κερώματος, παρουσιάζονται στον ασθενή οι δυνατότητες, αλλά και τα όρια-περιορισμοί της τελικής αποκατάστασης.

Το σχέδιο θεραπείας συζητείται με τον ασθενή και τροποποιείται, όποτε χρειάζεται.

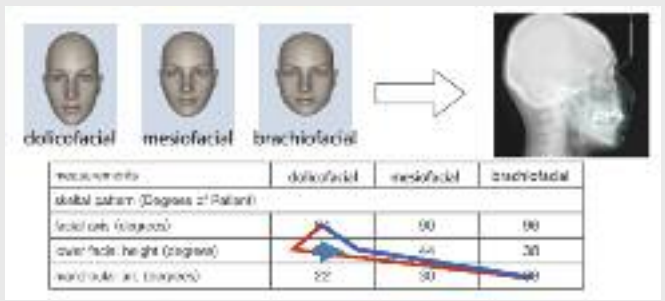
Στο συγκεκριμένο περιστατικό, το διαγνωστικό κέρωμα χρησιμοποιήθηκε ως βάση για όλα τα επόμενα στάδια εργασίας. Προσδιορίστηκαν οι οριζόντιες και οι κάθετες αισθητικές γραμμές και τα επίπεδα και αξιολογήθηκαν τα ύψη του προσώπου άνω και κάτω, με τη βοήθεια μιας ακτινογραφίας ***(Εικ. 2)***. Εκτός από την κλινική και αισθητική διάγνωση, μια δομική και λειτουργική ανάλυση (MFA) παρέχει σημαντικά σημεία αναφοράς για το σχέδιο θεραπείας. Για τη διαδικασία του κερώματος, το κοπτικό επίπεδο μειώθηκε στον αρθρωτήρα. Τα κοπτικά άκρα μειώθηκαν ελαφρώς (1χιλ), ώστε να επιτύχουμε ιδανικό ύψος στο κάτω τριτημόριο του προσώπου. Επιπλέον, το μασητικό επίπεδο είχε κλίση προς τα αριστερά (6°). Οι μασητικές επιφάνειες διαμορφώθηκαν σταδιακά, μέχρι να επιτευχθεί βέλτιστη συγκλεισιακή σχέση ***(Εικ. 3)***. Η μέθοδος διασταυρούμενης ανάρτησης – το κέρωμα της άνω αναρτάται με την κάτω γνάθο και αντίστροφα - χρησιμοποιήθηκε για την κατασκευή των προσωρινών αποκαταστάσεων από ρητίνη ***(Εικ. 4)***.

Όταν αφαιρέθηκαν οι παλιές αποκαταστάσεις, παρουσιάστηκε μια επιπλέον πρόκληση ***(Εικ. 6)***. Μεταλλικές ανασυστάσεις και εμφράξεις στα δόντια-στηρίγματα δημιουργούσαν μια μάλλον αποσπασματική συνολική εικόνα. Ως εκ τούτου, η εμφάνιση των κολοβωμάτων έπρεπε να εναρμονισθεί, πριν τοποθετηθούν οι μόνιμες αποκαταστάσεις.

Χειρουργική θεραπεία

Στην ασθενή δόθηκε τοπική αναισθησία. Στη συνέχεια, ένα εμφύτευμα τοποθετήθηκε στη θέση του #14 και έγινε εξαγωγή του #13. Το ουλικό περίγραμμα του #13 απαιτούσε σημαντική βελτίωση. Ως εκ τούτου, ελήφθησαν στοχευμένα μέτρα προετοιμασίας των μαλακών ιστών. Για τους επόμενους μήνες η ασθενής έπρεπε να φοράει τις προσωρινές αποκαταστάσεις, οι οποίες εί-

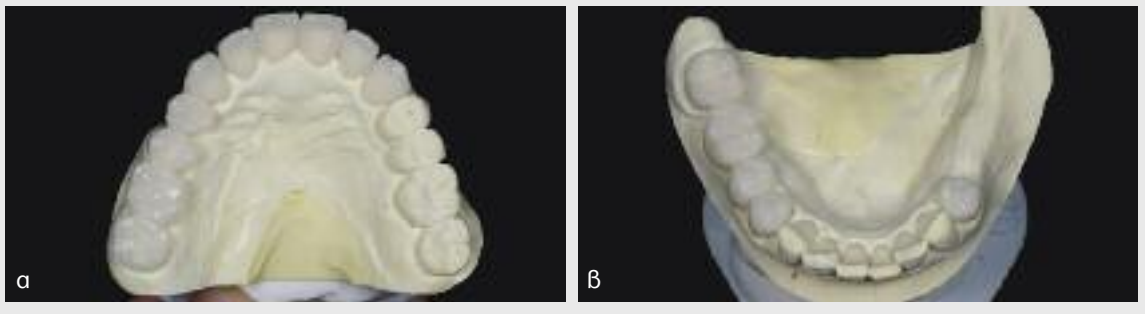
Εικ. 1: Αρχική κατάσταση: διάφορες προβληματικές αποκαταστάσεις, μειωμένη αισθητική και ένα κενό στην κάτω γνάθο, το οποίο δεν είχε αντιμετωπιστεί.



Εικ. 2: Αξιολόγηση των αισθητικών παραμέτρων του προσώπου.

Εικ. 3: Το διαγνωστικό κέρωμα.

Εικ. 4: Μεταφορά των στοιχείων του κερώματος στην προσωρινή αποκατάσταση με τη μέθοδο της διασταυρούμενης ανάρτησης.



Εικ. 5α και β: Η μεταβατική αποκατάσταση αποτελείται από τρία τμήματα.

Εικ. 6: Η κατάσταση μετά την αφαίρεση των παλιών αποκαταστάσεων.

Εικ. 7: Τα δόντια παρασκευασμένα για την τοποθέτηση των ολοκεραμικών αποκαταστάσεων.

χαν κατασκευαστεί προηγουμένως. Στη διάρκεια αυτής της περιόδου, η περιοχή γύρω από το εμφύτευμα είχε τη δυνατότητα σωστής επούλωσης. Επιπλέον, η ασθενής είχε τη δυνατότητα να συνηθίσει στη νέα κατάσταση αισθητικής και λειτουργίας.

Η παρασκευή των δοντιών

Το σχήμα και η απόχρωση των παρασκευασμένων δοντιών έπρεπε να προσαρμοστούν. Οι δύο πλάγιοι τομείς και οι κυνόδοντες στην άνω γνάθο ήταν νεκροί και δυσχρωμικοί. Όταν πρέπει να αποκρύψουμε δυσχρωμικές περιοχές των παρασκευασμένων δοντιών και να προσαρμόσουμε κατάλληλα την απόχρωσή τους, είναι σημαντικό να απεικονίσουμε για κάθε δόντι την ολοκληρωμένη στεφάνη του ***(Εικ. 7)***. Αλλάζοντας την προοπτική από την «πλήρη προβολή» (γναθοπροσωπική) στην «αναλυτική προβολή» (μαλακών ιστών) απλοποιείται η διαδικασία απεικόνισης και παρασκευής των δοντιών.

Αποτυπώματα και προσωρινές αποκαταστάσεις

Το περίγραμμα των μαλακών περιεμφυτευματικών ιστών γύρω από το #14 διαμορφώθηκε με βέλτιστο τρόπο με την προσωρινή αποκατάσταση. Αυτό είχε ως αποτέλεσμα, να μπορεί να πραγματοποιηθεί η αποτύπωση του προφίλ ανάδυσης ***(Εικ. 8α και β)***. Έγινε λήψη αποτυπωμάτων της άνω και κάτω γνάθου με τεχνική διπλού νήματος και κατασκευή εκμαγείων εργασίας στο εργαστήριο. Οι μεταβατικές αποκαταστάσεις κατασκευάστηκαν σε τρία τμήματα. Το πρώτο τμήμα αποτελείτο από τα δόντια #12 έως 23, το δεύτερο τμήμα περιελάμβανε τα οπίσθια δόντια #13 έως 17 και το τρίτο τμήμα, τα κάτω δόντια #44 έως 47 ***(Εικ. 5α και β)***. Μόλις το πρώτο τμήμα ολοκληρώθηκε, η τομική βελόνα του αρθρωτήρα μετακινήθηκε προκειμένου να δημιουργήσουμε χώρο περίπου 1χιλ στην πρόσθια περιοχή. Το «κενό» αυτό έκλεισε με τις προσωρινές των άλλων δύο τμημάτων. Στη συνέχεια, η μεταβατική αποκατάσταση ήταν έτοιμη να τοποθετηθεί στο στόμα ***(Εικ. 9)***.

Αφού τοποθετήθηκαν οι προσωρινές, ελέγχθηκαν οι λειτουργικές και αισθητικές παράμετροι και η ασθενής αποχώρησε. Κατά τη διάρκεια των επόμενων μηνών τα κατάφερε πολύ καλά με τη μεταβατική αποκατάσταση και ήταν ικανοποιημένη με την αισθητική. Σε αυτό το στάδιο, δεν είχαν τοποθετηθεί ακόμα τα εμφυτεύματα που επρόκειτο να αντικαταστήσουν τα δόντια #35, 36 και 37. Η πείρα έχει δείξει ότι μια θεραπευτική προσέγγιση βήμα-βήμα ελαχιστοποιεί τον κίνδυνο σφάλματος. Ως εκ τούτου, τα εμφυτεύματα τοποθετήθηκαν οκτώ μήνες αργότερα.

Τεχνικά ζητήματα που σχετίζονται με την επιλογή των υλικών

Λόγω της εστιασμένης προσέγγισης, η σύνθετη αρχική κατάσταση μετατράπηκε σε ένα συγκριτικά απλό περιστατικό, το οποίο θα μπορούσε να αντιμετωπιστεί με μόνιμες ολοκεραμικές αποκαταστάσεις. Η κύρια πρόκληση για τον οδοντοτεχνίτη ήταν να «κρύψει» με αποτελεσματικό τρόπο τα διαφορετικού χρώματος δόντια στήριξης. Ο στόχος ήταν να καλυφθούν τα νεκρά και δυσχρωμικά δόντια με σκελετούς οξειδίου του ζιρκονίου. Προκειμένου να εκπληρώσουμε όλες τις λειτουργικές και αισθητικές απαιτήσεις, αποφασίσαμε να πρεσσάρουμε κεραμικά υλικά πάνω στους σκελετούς και στη συνέχεια να εξατομικεύσουμε τις αποκαταστάσεις με κεραμικά διαστρωμάτωσης. Η προσέγγιση αυτή μπορεί να ακούγεται κάπως περίπλοκη, αλλά τελικά βοηθά στην ενίσχυση της σταθερότητας και της αξιοπιστίας του θεραπευτικού αποτελέσματος.

Κατασκευή των αποκαταστάσεων

Αρχικά, η προσωρινή αποκατάσταση, ή μάλλον τα λειτουργικά χαρακτηριστικά της έπρεπε να «αντιγραφούν». Η μέθοδος διασταυρούμενης ανάρτησης χρησιμοποιήθηκε για τον σκοπό αυτό. Στη συνέχεια, έγινε κέρωμα υψηλής ακρίβειας και ψηφιοποιήθηκε. Πριν από την CAD/CAM κατασκευή των σκελετών οξειδίου του ζιρκονίου έγινε σταδιακή αφαίρεση υλικού. Στο επόμενο στάδιο, οι σκελετοί οξειδίου του ζιρκονίου, που κατασκευάστηκαν για να καλύψουν τη δυσχρωμική οδοντική δομή ***(Εικ. 10)***, καλύφθηκαν με πρεσσαριστό κεραμικό. Η τεχνική πρεσσαρίσματος επιτρέπει στο κέρωμα και στις λειτουργικές του λεπτομέρειες να αναπαραχθούν σε κεραμικό με τη μέγιστη δυνατή ακρίβεια. Στο πλαίσιο της προετοιμασίας για τη διαδικασία πρεσσαρίσματος των κεραμικών, οι αποκαταστάσεις χτίστηκαν σε κερί επάνω στους σκελετούς και στη συνέχεια πρεσσαρίστηκαν με υαλοκεραμικό φθορίο-απατίτη IPS e.max® ZirPress, σε απόχρωση A3. Στη συνέχεια, έγινε σταδιακή αφαίρεση υλικού, όπως απαιτείτο, εξασφαλίζοντας την πλήρη διαμόρφωση των λειτουργικών τμημάτων και της κοπτικής περιοχής. Τέλος, οι αποκαταστάσεις διαστρωματώθηκαν με κεραμικό επικάλυψης (IPS e.max Ceram) ***(Εικ. 11 και 12)***. Τα δόντια χαρακτηρίστηκαν σύμφωνα με την ηλικία της ασθενούς, χρησιμοποιώντας υλικά Dentin, Incisal, Impulse και Mamelon. Οι ολοκεραμικές αποκαταστάσεις δοκιμάστηκαν στο στόμα μετά το πρώτο ψήσιμο και στη συνέχεια ολοκληρώθηκαν.

Αποτέλεσμα

Μετά την τελευταία δοκιμή, οι αποκαταστάσεις τοποθετήθηκαν σύμφωνα με το καθιερωμένο πρωτόκολλο. Τα δυσχρωμικά δόντια καλύφθηκαν με βέλτιστο τρόπο. Οι υγιείς φυσικοί μαλακοί ιστοί προσαρμόστηκαν επιτυχώς στην κεραμική επιφάνεια. Τα εμφυτεύματα ενσωματώθηκαν πλήρως: η ακτινογραφία έδειξε μια σταθερή κατάσταση. Η κατακόρυφη διάσταση, τα κοπτικά χείλη και το μασητικό επίπεδο κάλυπταν τις απαιτήσεις που τέθηκαν κατά τη φάση των προσωρινών (Εικ. 13α έως 15). Το σχήμα και το χρώμα των κεραμικών αποκαταστάσεων ταίριαζε απόλυτα με το αντίστοιχο χρώμα των φυσικών προσθίων δοντιών της κάτω γνάθου και εναρμονιζόταν με το πρόσωπο της ασθενούς.

Συμπέρασμα

Η ολοκληρωμένη αποκαταστατική θεραπεία απαιτεί μια σαφή και καλά οργανωμένη στρατηγική θεραπείας. Η διαδρομή και ο στόχος πρέπει να καθορίζονται από την αρχή, προκειμένου να δημιουργηθεί μια σταθερή και ξεκάθαρη βάση για τη θεραπεία, ακόμα και σε περίπλοκα περιστατικά. Η προσέγγιση αυτή απλοποιεί τη θεραπεία για όλους τους εμπλεκόμενους και ικανοποιεί και τις υψηλότερες απαιτήσεις τους.

Εικ. 8α και β: Αποτύπωμα του προφίλ ανάδυσης του #14.

Εικ. 9: Η κατάσταση στην άνω γνάθο μετά την ολοκλήρωση του ελέγχου των μαλακών ιστών.

Εικ. 10: Σκελετός: καλύπτρες οξειδίου του ζιρκονίου.

Εικ. 11 και 12: Το IPS e.max ZirPress πρεσσαρίστηκε στις καλύπτρες οξειδίου του ζιρκονίου. Ακολούθως, οι αποκαταστάσεις καλύφθηκαν με κεραμικό επικάλυψης.

Εικ. 13α έως γ: Μετά την τοποθέτηση: επιτυχής λειτουργική και αισθητική ένταξη των ολοκεραμικών αποκαταστάσεων.

Εικ. 14: Η ασθενής είναι εμφανώς ικανοποιημένη με το αποτέλεσμα.

Εικ. 15: Σταθερή κατάσταση και άριστη αισθητική τρία χρόνια μετά την τοποθέτηση των αποκαταστάσεων.

Λεπτομέρειες επικοινωνίας:

Dr Tetsuya Uchiyama
Uchiyama Dental Clinic
1-10-4-1F Minamiaoyama, Minato-ku
107-0062 Tokyo
Japan
tetsuya221@gmail.com

Michiro Manaka
Dent Craft Studio M's Art
1-15-1-304 Chuo, Kasukabe-shi
344-0067 Saitama
Japan
mamcr75@gmail.com

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

ΠΟΜΦΟΛΥΓΩΔΗΣ ΕΠΙΔΕΡΜΟΛΥΣΗ:
Νόσος με ενδιαφέρον για τον Στοματολόγο και τον Οδοντίατρο

Η πομφολυγώδης επιδερμόλυση περιλαμβάνει πολυάριθμες κλινικές μορφές που μοιράζονται 3 βασικά χαρακτηριστικά:
α) γενετική μεταβίβαση,
β) σχηματισμό πομφολύγων, και
γ) ευθραυστότητα του δέρματος και βλεννογόνων σε μηχανικές πιέσεις. Ταξινομείται με γενετικά, ιστοπαθολογικά, ηλεκτρονικό μικροσκόπιο, ανοσοϊστοχημικά, μοριακές τεχνικές και κλινικά κριτήρια σε 3 βασικούς τύπους: την **απλή**, την **ενδιάμεση** και τη **δυστροφική**, και τουλάχιστον 20 κλινικούς υποτύπους (φαινοτύπους).
Ο βλεννογόνος του στόματος προσβάλλεται και στους 3 τύπους με πληθώρα βλαβών, συμπεριλαμβανομένων και των δοντιών.
Η διάγνωση της νόσου στηρίζεται σε κλινικά και εργαστηριακά κριτήρια. Ιδιαίτερη σημασία έχουν κυρίως η δυστροφική μορφή που ταξινομείται από πλευράς κινδύνου εξαλλαγής, των βλαβών του στόματος, σε ακανθοκυτταρικό καρκίνωμα στις **δυνητικά κακοήθεις διαταραχές του στόματος (προκαρκινικές καταστάσεις).** Δεν υπάρχει αιτιολογική θεραπεία.

Πρόκειται για σπάνια ετερογενή ομάδα γενετικών διαταραχών (συχνότητα 8-19 περιπτώσεις ανά 1.000.000 γεννήσεις) που προσβάλλει το δέρμα και τους βλεννογόνους και χαρακτηρίζεται από σχηματισμό πομφολύγων κυρίως σε θέσεις μηχανικών πιέσεων ή και αυτόματα, καθώς και δημιουργία ουλών. Όλες οι μορφές της νόσου είναι αποτέλεσμα γενετικών μεταλλάξεων σε ένα από 10 τουλάχιστον γονίδια τα οποία ελέγχουν δομικές πρωτεΐνες που βρίσκονται φυσιολογικά στην επιδερμίδα, το δερμοεπιδερμιδικό όριο, και το θηλώδες στρώμα του χορίου. Ανάλογα με το ανατομικό επίπεδο του δέρματος που εντοπίζονται οι πομφόλυγες αλλά και τον τρόπο μεταβίβασης και τα κλινικά χαρακτηριστικά, η νόσος ταξινομείται σε τρεις βασικές μορφές και τουλάχιστον 20 υποτύπους.

Η απλή (simplex) μορφή: χαρακτηρίζεται από ενδοεπιθηλιακό σχηματισμό πομφολύγων χωρίς δημιουργία ουλών, μεταβιβάζεται με τον αυτοσωματικό επικρατούντα και σπάνια με το φυλοσύνδετο τύπο κληρονομικότητας.

Η ενδιάμεση (junctional) μορφή: χαρακτηρίζεται από σχηματισμό πομφολύγων στο χοριοεπιθηλιακό όριο, ατροφία του δέρματος και μετα-βιβάζεται με τον αυτοσωματικό υπολειπόμενο τύπο κληρονομικότητας.

Η δυστροφική (dystrophic) μορφή: χαρακτηρίζεται από υποεπιθηλιακό σχηματισμό πομφολύγων, ατροφία, ουλές και μεταβιβάζεται είτε με τον αυτοσωματικό επικρατούντα, είτε με τον αυτοσωματικό υπολειπόμενο τύπο κληρονομικότητας.

Η πομφολυγώδης επιδερμόλυση εμφανίζεται από τη στιγμή της γέννησης και μέχρι το 10ο έτος της ηλικίας, ανάλογα με τον τύπο της νόσου.

Η συχνότερη εντόπιση είναι στο δέρμα, κυρίως σε περιοχές πιέσεων και τραυματισμών (δάκτυλα χεριών και ποδιών, γόνατα, αγκώνες, παρατριμματικές περιοχές κ.α.). Ακολουθεί ο βλεννογόνος του στόματος, κυρίως στην ενδιάμεση και δυστροφική μορφή, και λιγότερο συχνά προσβάλλονται και άλλοι βλεννογόνοι. Στο δέρμα σε όλους τους τύπους της νόσου παρατηρείται ευθραυστότητα σε μηχανικές πιέσεις, σχηματισμός πομφολύγων που σπάζουν καταλείποντας διαβρώσεις ή ελκώσεις με ουλές ή παραμορφώσεις ανάλογα με τον τύπο της νόσου ***(Εικ. 1, 2, 3)***. Στο στόμα παρατηρούνται πομφόλυγες που σπάζουν καταλείποντας διαβρώσεις ή ελκώσεις που προκαλούν, ανάλογα με τον τύπο της νόσου, ουλώδη ατροφία, δυσκινησία στη γλώσσα, συμφύσεις, στένωση της στοματικής σχισμής και δυστροφικές βλάβες στους οδοντικούς ιστούς ***(Εικ. 4, 5, 6)***. Η βαρύτητα των στοματικών βλαβών εξαρτάται από τον τύπο της νόσου. Μερικές φορές παρατηρούνται ανάπτυξη λευκοπλακίας και ακανθοκυτταρικό καρκίνωμα στις ατροφικές βλάβες στη δυστροφική κυρίως μορφή της νόσου. Άλλοι βλεννογόνοι που προσβάλλονται είναι του οφθαλμού, που μπορεί να οδηγήσει σε νεοαγγειογένεση και τύφλωση, ο οισοφάγος, που μπορεί να οδηγήσει σε ουλές και στένωση, το λεπτό έντερο και το ουροποιογεννητικό σύστημα. Πολύ σπάνια παρατηρείται ψευδοδακτυλία, χρόνια νεφρική ανεπάρκεια και οστεοπόρωση.

Εικ. 1: Πομφολυγώδης επιδερμόλυση, απλός τύπος με σχηματισμό αιμορραγικής πομφόλυγας στο δέρμα.

Εικ. 2: Πομφολυγώδης επιδερμόλυση, ενδιάμεσος τύπος με ουλές στο δέρμα του γόνατος.

Εικ. 3: Πομφολυγώδης επιδερμόλυση, δυστροφικός τύπος με βαριές βλάβες και παραμόρφωση της παλάμης και των δακτύλων.

Εικ. 4: Πομφολυγώδης επιδερμόλυση, απλός τύπος με βλάβες στα χείλη και περιστοματικά.

Εικ. 5: Πομφολυγώδης επιδερμόλυση, δυστροφικός τύπος και σχηματισμό πομφόλυγας στη γλώσσα.

Εικ. 6: Πομφολυγώδης επιδερμόλυση, δυστροφικός τύπος με δυστροφία και πρόωρη καταστροφή των οδόντων.

Η πιο σημαντική επιπλοκή, συνήθως στη δυστροφική μορφή που μεταβιβάζεται με τον αυτοσωματικό υπολειπόμενο τύπο, είναι η ανάπτυξη πολλαπλών ακανθοκυτταρικών καρκινωμάτων στο δέρμα και μελάνωμα.

Η διαφορική διάγνωση όλων των τύπων στο στόμα και το δέρμα, περιλαμβάνει την ομάδα των νόσων που βρίσκονται ταξινομημένες στον ***Πίνακα 1***.

Η ιστοπαθολογική εξέταση μικρή μόνο συμβολή έχει στη διάγνωση όλων των τύπων της πομφολυγώδους επιδερμόλυσης, γιατί είναι δύσκολο να καθορισθεί ακριβώς το επίπεδο σχηματισμού της πομφόλυγας (ενδοεπιθηλιακά, υποεπιθηλιακά, στο επίπεδο της lamina lucida και κάτω από τη lamina densa της βασικής μεμβράνης). Δύο είναι οι πιο αξιόπιστες διαγνωστικές τεχνικές: α) η ιστολογική εξέταση με ηλεκτρονικό μικροσκόπιο που προσδιορίζει ακριβώς το επίπεδο σχηματισμού της πομφόλυγας σε κάθε τύπο της νόσου, και β) η αντιγονική αποτύπωση με ανοσολογικές τεχνικές, Τέλος, η μοριακή ανάλυση προσδιορισμού ειδικών τροποποιημένων πρωτεϊνών προσφέρει βοήθεια στην ταυτοποίηση των μορφών της νόσου.

Πίνακας I
Διαφορική διάγνωση πομφολυγώδους επιδερμόλυσης

- Καλοήθης οικογενής πέμφιγα
- Πέμφιγα
- Πεμφιγοειδές των βλεννογόνων
- Πομφολυγώδες πεμφιγοειδές
- Εντεροπαθητική ακροδερματίτις
- Incontinentia pigmenti
- Συγγενής παχυονυχία
- Άλλες σπάνιες γενοδερματοπάθειες

Δεν υπάρχει αποτελεσματική θεραπεία για κανέναν από τους τύπους της νόσου. Η βασική αγωγή στοχεύει στην πρόληψη μηχανικών τραυματισμών στο δέρμα και τους βλεννογόνους, καθώς και την πρόληψη ή αντιμετώπιση λοιμώξεων. Διάφορα συνθετικά επιθέματα έχουν χρησιμοποιηθεί για επούλωση των ελκώσεων στο δέρμα, καθώς και τεχνητό δέρμα από κυτταρικές καλλιέργειες σε βαριές περιπτώσεις.

Συστηματικά έχουν χορηγηθεί, με πτωχά αποτελέσματα, κορτικοστεροειδή, διφαινυλυδαντοΐνη (φαινυτοΐνη), θαλιδομίδη και ρετινοειδή.

Οι βλάβες του στόματος αντιμετωπίζονται με συστηματική ή τοπική χρήση κορτικοστεροειδών και οι οδοντικές ανωμαλίες με καλή στοματική υγιεινή και τοποθέτηση στεφανών σε δόντια με υποπλασία της αδαμαντίνης. Γενικά, η αντιμετώπιση της νόσου είναι ένα δύσκολο και σύνθετο πρόβλημα που απαιτεί εξειδικευμένη νοσοκομειακή ομάδα.

Συμπερασματικά, η πομφολυγώδης επιδερμόλυση, αδιακρίτως τύπου, παρουσιάζει τεράστιο ενδιαφέρον, διαγνωστικό και θεραπευτικό, για πολλές ειδικότητες όπως Στοματολόγος, Οδοντίατρος, Δερματολόγος, Ωτορινολαρυγγολόγος, Παθολόγος, Πλαστικός Χειρουργός, Παθολογοανατόμος και άλλους, και αποτελεί ένα κλασικό παράδειγμα συνεργασίας όλων αυτών των ειδικοτήτων, σε διαγνωστικό και θεραπευτικό επίπεδο.

Η Οδοντιατρική Σχολή Αθηνών συμβάλλει κι αυτή μέσα από το ερευνητικό της έργο στην καθιέρωση του ΕΚΠΑ ως «Research Oriented University»

Οι Θετικές Επιστήμες και οι Επιστήμες Υγείας «οδηγούν» την έρευνα και την καινοτομία στο ΕΚΠΑ

Τα σημαντικότερα έργα Έρευνας και Καινοτομίας καθώς και η Επιστημονική Αριστεία που παρήχθη την τελευταία δεκαετία στους τομείς των Θετικών Επιστημών και των Επιστημών Υγείας στο Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών παρουσιάσθηκαν, στο πλαίσιο των εορτασμών για τα 180 χρόνια του ΕΚΠΑ, σε ειδική ημερίδα που οργανώθηκε από το Πανεπιστήμιο Αθηνών, την Τρίτη, 28 Νοεμβρίου 2017. Αρχικώς παρουσιάσθηκε το επιμέρους έργο των Τμημάτων της Σχολής Θετικών Επιστημών και της Σχολής Επιστημών Υγείας και ακολούθησε κεντρική εκδήλωση παρουσίασης του συνολικού έργου του Πανεπιστημίου.

Ειδική μνεία έγινε στο πλαίσιο της παρουσίασης του έργου της Σχολής Επιστημών Υγείας και στο εκπαιδευτικό και ερευνητικό έργο της Οδοντιατρικής Σχολής Αθηνών, η οποία πρόσφατα απέσπασε μια σημαντική επιστημονική διάκριση, καθώς αναδείχθηκε μεταξύ των 100 καλύτερων στον κόσμο, σύμφωνα με τη λίστα της Σαγκάης.

Εξάλλου, η Σχολή διαθέτει άριστο ερευνητικό έργο με διεθνείς διακρίσεις και με δείκτες αξιολόγησης που ανοίγουν τις «πύλες» της συνεργασίας με τα καλύτερα πανεπιστήμια και ερευνητικά κέντρα διεθνώς. Επιπλέον, η Σχολή επί σειρά ετών «αριστεύει» στις εξωτερικές αξιολογήσεις και στις πιστοποιήσεις των μεταπτυχιακών σπουδών.

Ως προς τη σύνδεση της παραγόμενης γνώσης με την βιομηχανία και την αγορά επισημαίνεται ότι η Οδοντιατρική Σχολή ΑΘηνών διαθέτει 42 συμβόλαια με κατασκευαστικούς οίκους του εξωτερικού και 10 με ελληνικούς καθώς και 2 διπλώματα ευρεσιτεχνίας. Τα έσοδα μέσω του ΕΛΚΕ τη δεκαετία 2007-2017 ανήλθαν σε 18.700.000.

Τέλος, δεν θα πρέπει να ξεχνάμε και την κοινωνική προσφορά της Οδοντιατρικής Σχολής Αθηνών, η οποία δεδομένης της απουσίας των κρατικών δομών προσφέρει σημαντικό έργο στην οδοντιατρική περίθαλψη των κοινωνικά ευάλωτων πληθυσμιακών ομάδων, καθώς στις κλινικές της Σχολής εξετάζονται χιλιάδες ασθενείς κάθε χρόνο.

«Η Εκπαίδευση σε πανεπιστημιακό επίπεδο ήταν, είναι και θα είναι πάντα άρρηκτα συνδεδεμένη με την Έρευνα», τόνισε μεταξύ άλλων στην ομιλία του ο Πρύτανης του ΕΚΠΑ, κ. **Αθανάσιος Δημόπουλος**.

Στο πλαίσιο της ομιλίας του, ο κ. Δημόπουλος αναφέρθηκε και στα δεδομένα μιας πολύ σημαντικής βάσης ερευνητικών άρθρων και περιοδικών, του Scopus, από την ανάλυση των οποίων προκύπτει ότι ένα τυπικό (μέσο) Πανεπιστήμιο λαμβάνει το 49.1% των αναφορών από τον τομέα της Ιατρικής και των Επιστημών Υγείας, 27.6% από τις Φυσικές Επιστήμες, 16.5% από την Μηχανική και την Τεχνολογία, 5.8% από τις Κοινωνικές Επιστήμες και μόλις 1.0% από τις ανθρωπιστικές επιστήμες και τις Τέχνες. Συνεπώς παγκοσμίως το 75% της έρευνας σε ένα Πανεπιστήμιο παράγεται από Σχολές Επιστημών Υγείας και Φυσικών Επιστημών.

«Στην περίπτωση του Πανεπιστημίου μας είμαστε ιδιαίτερα ευτυχείς διότι συνδυάζεται η ποσότητα με την ποιότητα. Τα αποτελέσματα της έρευνας των 2 αυτών Σχολών παράγουν νέα γνώση, προάγουν την επιστημονική αριστεία, συμβάλλουν στην εξωστρέφεια του Ιδρύματος, και έχουν σημαντική επίδραση διεθνώς, γεγονός που τοποθετεί το ΕΚΠΑ σε υψηλές θέσεις παγκοσμίων κατατάξεων», ανέφερε χαρακτηριστικά ο Πρύτανης του ΕΚΠΑ.

Αξίζει να σημειώσουμε ότι μόνο την τελευταία τριετία, και παρά την παρατεταμένη οικονομική κρίση, η μέση ετήσια χρηματοδότηση που έχουν προσελκύσει μέσω ανταγωνιστικών προγραμμάτων οι Καθηγητές του ΕΚΠΑ για έργα έρευνας-τεχνολογίας και ανάπτυξης υπερβαίνει τα 60 εκατ. ευρώ.

Στιγμιότυπο από την εκδήλωση του ΕΚΠΑ για την παρουσίαση του ερευνητικού έργου που παρήχθη την τελευταία δεκαετία από τις Σχολές Υγείας και Θετικών Επιστημών.

Ειδικότερα την τρέχουσα περίοδο εκτελούνται στον Ειδικό Λογαριασμό Κονδυλίων Έρευνας του ΕΚΠΑ άνω των 2.000 ερευνητικών έργων στα οποία απασχολούνται ετησίως 5.000 έως 9.000 νέοι επιστήμονες (δηλαδή υποψήφιοι διδάκτορες, μεταδιδάκτορες, νέοι ερευνητές, τεχνικοί –επιστημονικό- διοικητικό προσωπικό) σε συνεργασία με τα μέλη ΔΕΠ και το υπόλοιπο μόνιμο προσωπικό του Ιδρύματος.

Τα έργα αυτά παράγουν νέα γνώση, προάγουν την επιστημονική αριστεία, και καθώς στην μεγάλη τους πλειοψηφία αποτελούν διεθνείς συνεργασίες, συμβάλλουν καθοριστικά στην εξωστρέφεια του Ιδρύματος.

Επίσης οι πόροι αυτοί συμβάλλουν αποφασιστικά στη μείωση της ανεργίας των νέων επιστημόνων και της διαρροής επιστημονικού δυναμικού προς το εξωτερικό, καθιστώντας τις Σχολές Θετικών Επιστημών και Επιστημών Υγείας, αλλά και το ΕΚΠΑ στο σύνολο του έναν ενιαίο χώρο Εκπαίδευσης, Έρευνας και Καινοτομίας και μια βασική μονάδα διατήρησης ανθρώπινου δυναμικού (brain gain) για τη χώρα.

Οδοντιατρική κατ' οίκον: Μια κοινωνική υπηρεσία που παραμένει σε καθεστώς «δημιουργικής ασάφειας»...

Χρήστος Κωνσταντινίδης
Οδοντίατρος - M.Sc (Προσθετ.)

Ο πόλεμος πάντα δημιουργούσε, αλλά και έλυνε προβλήματα. Έτσι, παρά τις τεράστιες θυσίες σε ανθρώπινες ζωές όλοι οι πόλεμοι έχουν συνδεθεί με ανακαλύψεις.

Πριν τον 18ο αιώνα, η οδοντιατρική περίθαλψη στους στρατιώτες της εκστρατείας ήταν ανύπαρκτη και γινόταν με φαρμακευτική μορφή και κατά περιπτώσεις περιελάμβανε εξαγωγές και διάνοιξη αποστημάτων από τους ιατρούς. Η αλματώδης αύξηση της κατανάλωσης ζάχαρης και η συνακόλουθη πανδημία της τερηδόνας έπληξε δραματικά και τα εκστρατευτικά σώματα στους πολέμους του 18ου και 19ου αιώνα. Ενδεικτικά αναφέρουμε ότι στον πόλεμο των Boers από τους 208.000 στρατιώτες χρειάστηκε οι 6.940 να αποχωρήσουν λόγω σοβαρών οδοντιατρικών προβλημάτων. Έτσι, μετά την ίδρυση της BDA το 1878, αποφασίσθηκε από το 1914 η παρουσία οδοντιάτρου σε κάθε εκστρατεία του αγγλικού στρατού. Παρ' όλα αυτά στην εκστρατεία στην Καλλίπολη το 1915, 600 στρατιώτες έφυγαν από το μέτωπο λόγω οδοντιατρικών προβλημάτων. Προκειμένου λοιπόν, να καλυφθούν οι ανάγκες για παροχή οδοντιατρικών υπηρεσιών εκτός του οδοντιατρείου, δημιουργήθηκαν το 1921 οργανωμένες κινητές μονάδες, οι οποίες εξοπλίστηκαν με κινητές οδοντιατρικές συσκευές.

Στον Β΄ Παγκόσμιο Πόλεμο οι κινητές μονάδες στεγάζονταν είτε σε φορτηγά είτε σε τέντες και στο πλαίσιο αυτών των μονάδων πραγματοποιούνταν οδοντιατρικές πράξεις, με συνηθέστερες την κατασκευή οδοντοστοιχιών και τις εξαγωγές. Αξίζει να σημειωθεί ότι στην απόβαση στην Νορμανδία, ο ρυθμός αποκατάστασης με ολικές οδοντοστοιχίες ανήρχετο σε 450/μήνα. Προκειμένου μάλιστα να μειωθεί ο όγκος των επισκέψεων συνηθίζετο η κατασκευή άμεσων οδοντοστοιχιών (προ της εξαγωγής των δοντιών…, δηλαδή δόντια σε μία ημέρα!).

Στον πόλεμο της Κορέας έγινε πραγματική επανάσταση στην κατασκευή μικρών κινητών οδοντιατρικών συσκευών, από units μέχρι και ακτινολογικά.

Σήμερα η παροχή οδοντιατρικών υπηρεσιών εκτός ιατρείου έχει εξελιχθεί και βρίσκει εφαρμογές όχι μόνον στον πόλεμο, αλλά και στους ασθενείς με κινητικά προβλήματα. Χαρακτηριστικό τμήμα αυτού του πληθυσμού είναι οι ηλικιωμένοι. Σήμερα οι ηλικιωμένοι αποτελούν το 8,5% των μελών της κοινωνίας και μάλιστα με μεγάλη οικονομική και καταναλωτική δύναμη. Όπως αναμένεται μάλιστα (NIH 2016), με την αύξηση του μέσου όρου ζωής μέχρι το 2050, οι ηλικιωμένοι θα αποτελούν το 17% του παγκόσμιου πληθυσμού. Άλλη ομάδα ασθενών, στην οποία βρίσκει εφαρμογή η οδοντιατρική κατ' οίκον είναι τα AMEA, με το 70% να έχουν συγγενείς βλάβες (αυτισμό, παράλυση, σύνδρομο Down, κ.α.) και το 30% επίκτητες (τραυματισμός του ΚΝΣ, εγκεφαλικό, MS, ALS, μυϊκή δυστροφία, κ.α.).

Μέσα σε αυτό το πλαίσιο, προκύπτουν νέες ανάγκες και μέσα σε αυτές είναι και αυτή της παροχής οδοντιατρικής περίθαλψης εκτός του κλασικού χώρου του ιατρείου, με σκοπό να δοθεί ώθηση στη βελτίωση της ποιότητας ζωής αυτών των ανθρώπων. Η μετακινούμενη οδοντιατρική διακρίνεται σε αυτήν που λαμβάνει χώρα σε μετακινούμενα ιατρεία που ευρίσκονται σε μετακινούμενα φορτηγά, τροχόσπιτα ή άλλου τύπου οχήματα. Υπάρχει σε πολλές χώρες σήμερα με δυνατότητες οργανωμένων πολυ-ιατρείων σε ειδικά διαμορφωμένα φορτηγά. Μάλιστα, στις ΗΠΑ και στην Αυστραλία συχνά η κάλυψη γίνεται και σε πολύ μεγάλες αποστάσεις από την έδρα του ιατρείου. Η άλλη μορφή είναι η παροχή οδοντιατρικών υπηρεσιών κατ' οίκον. Προσφέρει το μεγάλο πλεονέκτημα της εξυπηρέτησης του ασθενούς πραγματικά χωρίς να χρειάζεται να μετακινηθεί από τον χώρο του. Για την ολοκληρωμένη κάλυψη του ασθενούς χρειάζεται ένας οδοντίατρος εξοικειωμένος με τις διαφορετικές ανάγκες της κατ' οίκον οδοντιατρικής και μια κινητή Οδοντιατρική μονάδα. Η μονάδα αυτή περιλαμβάνει κομπρεσέρ 1/3-5 HP, αναρρόφηση, μανόμετρο, γραμμές για 1-2 αερότορ (συνήθως με φώς), luftmotor, πολλαπλή σύριγγα, δοχείο τοποθέτησης του νερού για τα κοπτικά και την υδροσύριγγα, σιελαντλία με συλλέκτη, πετάλ, και συχνά υπερήχους .Όλα αυτά περιέχονται σε ειδικό μικρό βαλιτσάκι με βάρος 15-30 κιλά (με καλώδιο για σύνδεση με 110-220V) και λαβές για την μεταφορά. Ο προβολέας μπορεί να είναι μεταφερόμενος ή να υπάρχει στις λούπες του θεράποντος. Παράλληλα, μπορούν να καλυφθούν και πιο σύνθετα περιστατικά, καθώς υπάρχει και η δυνατότητα μεταφερόμενου ακτινολογικού και πτυσσόμενης οδοντιατρικής έδρας. Τα εργαλεία έρχονται αποστειρωμένα σε σακουλάκια αυτόκαυστου από το ιατρείο. Με την κινητή Οδοντιατρική μπορεί να δοθούν λύσεις σε πολλά οδοντιατρικά προβλήματα των ασθενών με δυσκολία στην μετακίνηση και να πραγματοποιηθεί μια σειρά οδοντιατρικών πράξεων, όπως εμφράξεις, αποτρυγώσεις, κάποια στάδια ενδοδοντίας, κάποια στάδια ακίνητης προσθετικής, όλα τα στάδια της κινητής, εξαγωγές, μικρές χειρουργικές πράξεις.

Από τις πρώτες κινητές μονάδες (60's).

Πλήρης εξοπλισμός με φορητή έδρα, καρεκλάκι ιατρού, ακτινογραφικό, φως και unit.

Φορητή συσκευή που διαθέτει και υπερήχους.

Κινητό ακτινογραφικό οπισθοφατνιακών ακτινογραφιών Genoray ZEN-PX2.

Στο εξωτερικό υπάρχουν προγράμματα εκπαίδευσης στην κατ' οίκον οδοντιατρική με πιο γνωστό το DECOD του Washington School of Dentistry.

Με τον τρόπο αυτό, η Οδοντιατρική έρχεται ακόμη πιο κοντά σε όλη την κοινωνία, φανερώνοντας έμπρακτα την ευαισθησία των οδοντιάτρων και την δέσμευσή τους για προσφορά στον άνθρωπο. Αυτό που απαιτείται είναι η ενημέρωση των ασθενών, η εκπαίδευση των οδοντιάτρων από τους Συλλόγους και τις Οδοντιατρικές Σχολές και η σαφέστερη θεσμοθέτηση του ρόλου και του έργου του οδοντιάτρου στην κινητή οδοντιατρική υπηρεσία.

Επιπλέον, η ενσωμάτωση οργανωμένης κινητής Οδοντιατρικής μονάδας από κάποιον επίσημο φορέα θα μπορέσει να δώσει ακόμη μεγαλύτερη διείσδυση της οδοντιατρικής στην ελληνική κοινωνία, διευκολύνοντας τη συμμετοχή οδοντιάτρων σε δράσεις ανακούφισης ασθενών που δοκιμάζονται είτε από φυσικές καταστροφές είτε από άλλες δυσκολίες της ζωής.

Βιβλιογραφία

Douglass JM1.: J Public Health Dent. 2005 Spring; 65(2):110-3.Mobile dental vans: planning considerations and productivity.

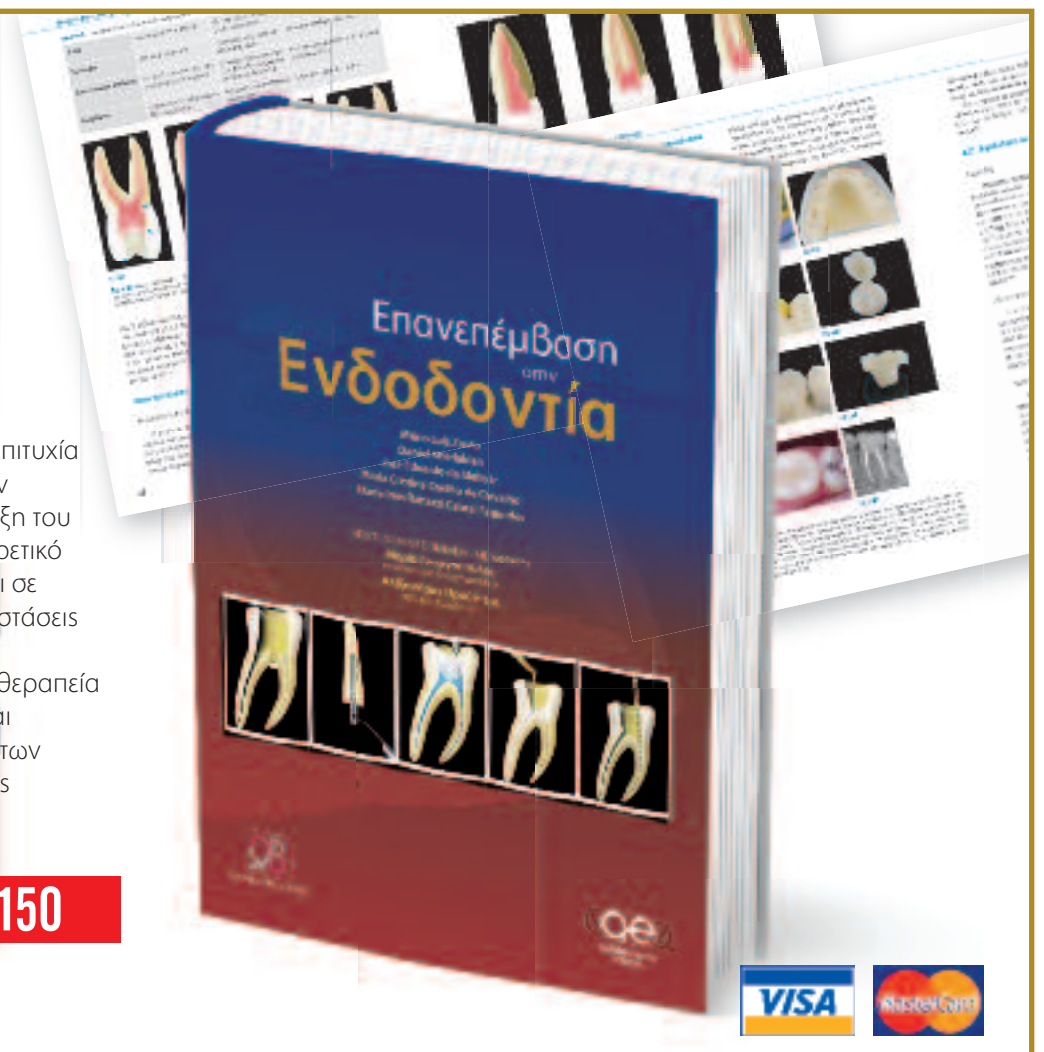
Mulligan R1, Seirawan H, Faust S, Habibian M.:J Calif Dent Assoc. 2010 Feb;38(2):115-22.Mobile dental clinic: an oral health care delivery model for underserved migrant children.

Επανεπέμβαση στην Ενδοδοντία

Επιστημονική επιμέλεια - Μετάφραση:

Μαρία Γεωργοπούλου 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

22ο Πανελλήνιο Συμπόσιο Ενδοδοντίας

Θεματολογία αιχμής και καταξιωμένοι ομιλητές συνέθεσαν μια άρτια επιστημονική διοργάνωση

Το 22ο Πανελλήνιο Συμπόσιο Ενδοδοντίας της Ελληνικής Ενδοδοντικής Εταιρείας (ΕΕΕ) με κεντρικό τίτλο «Συνδυάζοντας Τεχνολογία και Βιολογία» πραγματοποιήθηκε στις 2 και 3 Δεκεμβρίου στην Αίγλη Ζαππείου, στο κέντρο της Αθήνας, με απόλυτη επιτυχία, αφήνοντας σε όλους τους συμμετέχοντες τις καλύτερες εντυπώσεις. Για δύο ημέρες, εγνωσμένου κύρους ομιλητές επιχείρησαν μέσα από τις ομιλίες τους να απαντήσουν στο καίριο ερώτημα κατά πόσον η σύγχρονη βιολογική γνώση, σε συνδυασμό με τη ραγδαία τεχνολογική εξέλιξη στο χώρο της Ενδοδοντίας, είναι δυνατό να δώσουν σαφείς και τεκμηριωμένες λύσεις στα καθημερινά κλινικά προβλήματα.

Η πρώτη συνεδρία του συμποσίου «στιγματίστηκε» από την πολύ ενδιαφέρουσα ομιλία του κ. **D. Orstavik** με θέμα «Πότε και γιατί αποτυγχάνει η ενδοδοντική θεραπεία». Ακολούθησε η ομιλία του κ. **F. Mannocci** πάνω στη χρήση του CBCT στην Ενδοδοντία.

Στην επόμενη συνεδρία, ο **F. Cardinali** ανέπτυξε το θέμα «Απομόνωση του πεδίου εργασίας στην Ενδοδοντία: γιατί είναι απαραίτητη και πώς επιτυγχάνεται σε δύσκολες περιπτώσεις» και ακολούθησε ο κ. **O. von Steten** από το Μόναχο με θέμα τη χρήση του μικροσκοπίου στην Ενδοδοντία.

Αναμφισβήτητα από τις πιο ενδιαφέρουσες εισηγήσεις της πρώτης ημέρας υπήρξε η ομιλία του κ. **M. Zuolo** αναφορικά με τα υλικά και τις μεθόδους στην επανάληψη της ενδοδοντικής θεραπείας.

Ο Καθηγητής κ. Mario Luis Zuolo, φωτογραφίζεται στο stand του «ΟΒ», κρατώντας την ελληνική έκδοση του βιβλίου του που κυκλοφορεί από το «Οδοντιατρικό Βήμα» με τίτλο «Επανεπέμβαση στην Ενδοδοντία».

Το επιστημονικό πρόγραμμα της πρώτης μέρας ολοκληρώθηκε με την εισήγηση του κ. **C. Portoles** με αντικείμενο τη χειρουργική αντιμετώπιση αποτυχημένης ενδοδοντικής θεραπείας

Η δεύτερη ημέρα ξεκίνησε με την ομιλία του κ. **Χ. Μπουτσιούκη**, ο οποίος μίλησε για τις δυνατότητες και προκλήσεις κατά τον διακλυσμό των ριζικών σωλήνων. Ακολούθως, έλαβε το λόγο η κ. **Α. Μπλέτσα** που ανέπτυξε το θέμα «Ενδοδοντική θεραπεία δοντιών με αδιάπλαστο ακρορρίζιο»

Μία από τις καινοτομίες του φετινού συνεδρίου έλαβε χώρα κατά την τελευταία μέρα της διοργάνωσης και αφορά στην πραγματοποίηση μιας διαδραστικής συνεδρίας κατά τη διάρκεια της οποίας οι σύνεδροι κλήθηκαν να επιλέξουν την σωστή απάντηση σε ενδοδοντικά προβλήματα.

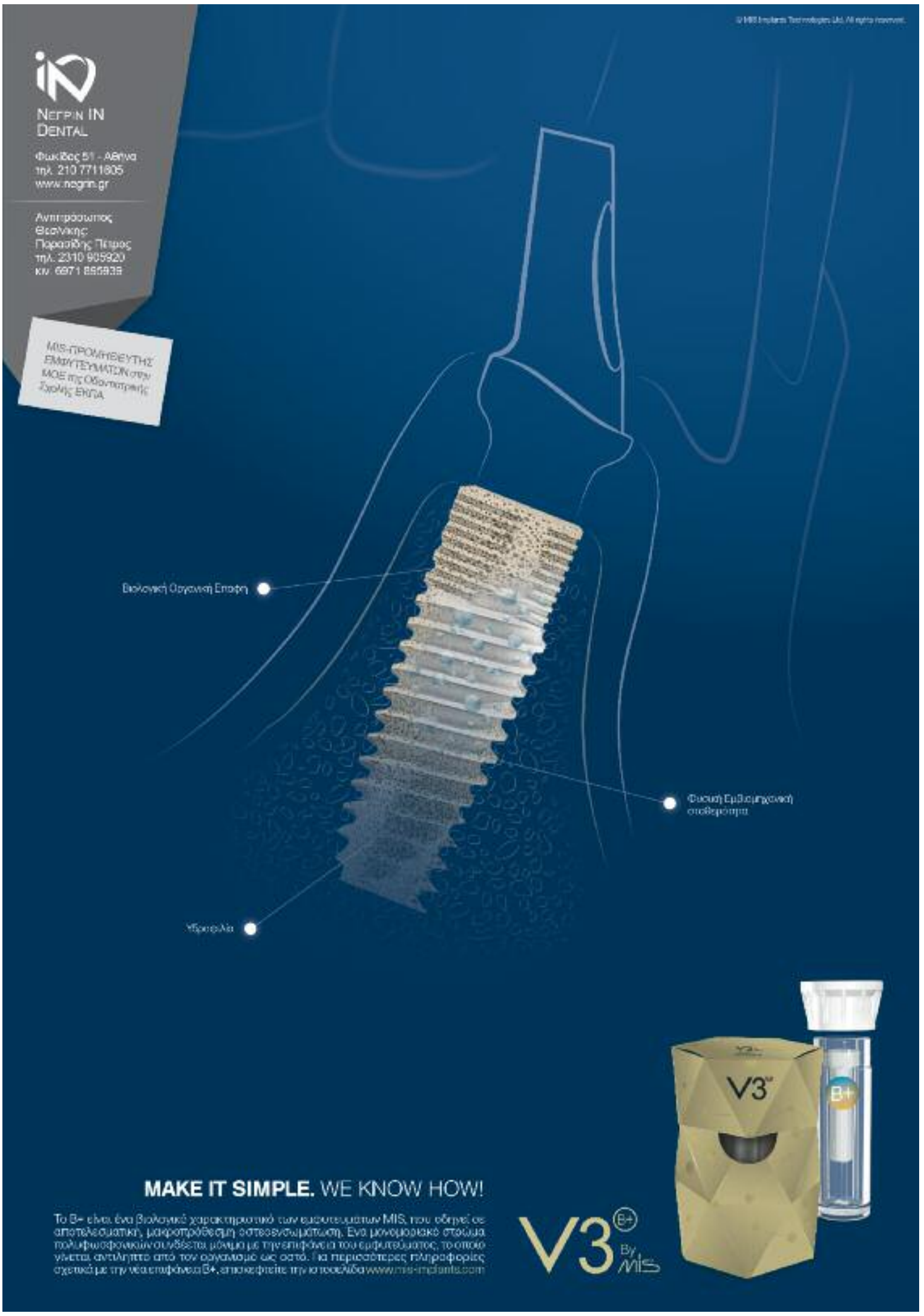
Τον συντονισμό της συνεδρίας ανέλαβε ο Καθηγητής κ. **Μ. Χαμπάζ**, ενώ ομιλητές ήταν οι κ.κ.: **Μ. Δεϊμέζη, Χ. Παπαδοπούλου** και **Γ. Σωτηρόπουλος**. Η ενδιαφέρουσα αυτή συνεδρία, κατόρθωσε να εμπλέξει ενεργά τους συμμετέχοντες σε έναν εποικοδομητικό διάλογο που οδήγησε στην παραγωγή νέας γνώσης.

Για μια ακόμη χρονιά, η προσεγμένη θεματολογία, οι εγνωσμένου κύρους ομιλητές και η άρτια διοργάνωση του συνεδρίου της ΕΕΕ αποτέλεσαν πόλο έλξης για εκατοντάδες οδοντιάτρους που τίμησαν με την παρουσία τους τη διοργάνωση.

Το επιστημονικό πρόγραμμα του συμποσίου ολοκληρώθηκε με την καθιερωμένη επισκόπηση των βασικών θέσεων και συμπερασμάτων που διατυπώθηκαν καθ' όλη τη διάρκεια της διήμερης επιστημονικής εκδήλωσης.

Για άλλη μια χρονιά, η ανταπόκριση των συνέδρων ήταν μεγάλη, γεγονός που επιβεβαιώνει ότι τα συνέδρια της ΕΕΕ έχουν πλέον εγγραφεί στη συνείδηση της οδοντιατρικής κοινότητας ως αδιαμφισβήτητης επιστημονικής αξίας εκδηλώσεις που στοχεύουν να ανοίξουν νέους ορίζοντες γνώσεων στους συμμετέχοντες.

Πραγματικά αξίζουν συγχαρητήρια τόσο στην Πρόεδρο της ΕΕΕ, Καθηγήτρια κ. **Μαρία Γεωργοπούλου** όσο και στον Πρόεδρο της Οργανωτικής Επιτροπής, Καθηγητή κ. **Πάνο Πανόπουλο**, καθώς και σε όλα τα μέλη της Επιτροπής, τόσο για την επιλογή του κατά γενική ομολογία ενδιαφέροντος και επίκαιρου θέματος του Συμποσίου, όσο και για την άρτια οργανωτικά εκδήλωση που παρουσίασαν στο οδοντιατρικό κοινό.



Κλινική Μελέτη Δείχνει Σημαντική Βελτίωση της Σχετιζόμενης με τη Στοματική Υγεία Ποιότητας Ζωής με τη Colgate® Sensitive Pro-Relief™

Τα αποτελέσματα είναι τα πρώτα που δείχνουν βελτίωση στην ποιότητα ζωής με μια θεραπεία υπερευαισθησίας σε μια διπλά-τυφλή, μελέτη με αρνητικό μάρτυρα

Η Colgate-Palmolive ανακοίνωσε τα αποτελέσματα κλινικής μελέτης που αξιολογεί την επίδραση της τεχνολογίας Colgate® Sensitive Pro-Relief™ στη σχετιζόμενη με τη στοματική υγεία ποιότητα ζωής, τα οποία καταδεικνύουν ότι υπάρχουν σημαντικές βελτιώσεις στην ποιότητα ζωής των ατόμων που υπέφεραν από οδοντινική υπερευαισθησία στην ομάδα της Colgate® Sensitive Pro-Relief™, σε σύγκριση με την ομάδα αρνητικού μάρτυρα στις 24 εβδομάδες (p = 0.005).

Αυτή είναι η πρώτη διπλά-τυφλή μελέτη που έδειξε βελτίωση στην ποιότητα ζωής σχετιζόμενη με τη στοματική υγεία, με χρήση μίας τεχνολογίας σε σχέση με έναν αρνητικό μάρτυρα.

Σημαντικές βελτιώσεις απεδείχθησαν μεταξύ 273 ατόμων που συμμετείχαν σε πολλαπλά κέντρα σε 3 ευρωπαϊκές χώρες σε μια τυχαιοποιημένη, διπλά-τυφλή μελέτη. Η κύρια παράμετρος της μελέτης ήταν η αλλαγή στη σχετιζόμενη με την στοματική υγεία ποιότητα ζωής όπως μετρήθηκε με το επικυρωμένο ερωτηματολόγιο Oral Health Impact Profile - 49 ερωτηματολόγια επί 24 εβδομάδες μεταξύ των δύο ομάδων.

Η τεχνολογία της Colgate® Sensitive Pro-Relief™: Η κλινική μελέτη χρησιμοποίησε την ίδια τεχνολογία Pro-Argin™ που χρησιμοποιείται στην οδοντόκρεμα Colgate® Sensitive Pro-Relief™. Αυτή η μοναδική τεχνολογία καταπολεμά την αιτία της ευαισθησίας και είναι κλινικά αποδεδειγμένο ότι παρέχει άμεση και μεγάλης διάρκειας ανακούφιση από τον πόνο της ευαισθησίας. Αυτό επιτυγχάνεται σφραγίζοντας τα ανοικτά οδοντινοσωληνάρια σε δευτερόλεπτα[1] μειώνοντας αποτελεσματικά τη ροή του υγρού και προλαμβάνοντας περαιτέρω την οδοντινική υπερευαισθησία.

Όπως δήλωσε η καθηγήτρια **Christian Gernhardt** από την Οδοντιατρική Σχολή Martin-Luther-University: *«Η οδοντινική υπερευαισθησία παραμένει σε μεγάλο βαθμό άλυτη καθώς τρεις στους πέντε ενήλικες το αναφέρουν ως πρόβλημα[2]. Οι οδοντίατροι συνειδητοποιούν όλο και περισσότερο πως η οδοντινική υπερευαισθησία είναι ένα σημαντικό ζήτημα, τόσο από την πλευρά της διάγνωσης όσο και από την πλευρά της διαχείρισης, αφού μπορεί να έχει σημαντικές επιπτώσεις στην ποιότητα ζωής. Αυτό μπορεί να περιλαμβάνει μειωμένη απόλαυση ορισμένων τροφών και ποτών, ή αίσθηση πόνου από τον κρύο αέρα τις μέρες του χειμώνα. Τα αποτελέσματα αυτής της μοναδικής κλινικής μελέτης αποδεικνύουν πως η τεχνολογία που χρησιμοποιείται στην Colgate® Sensitive Pro-Relief™ θα μπορούσε να βελτιώσει την ποιότητα ζωής των ασθενών με εδραιωμένη οδοντινική υπερευαισθησία».*

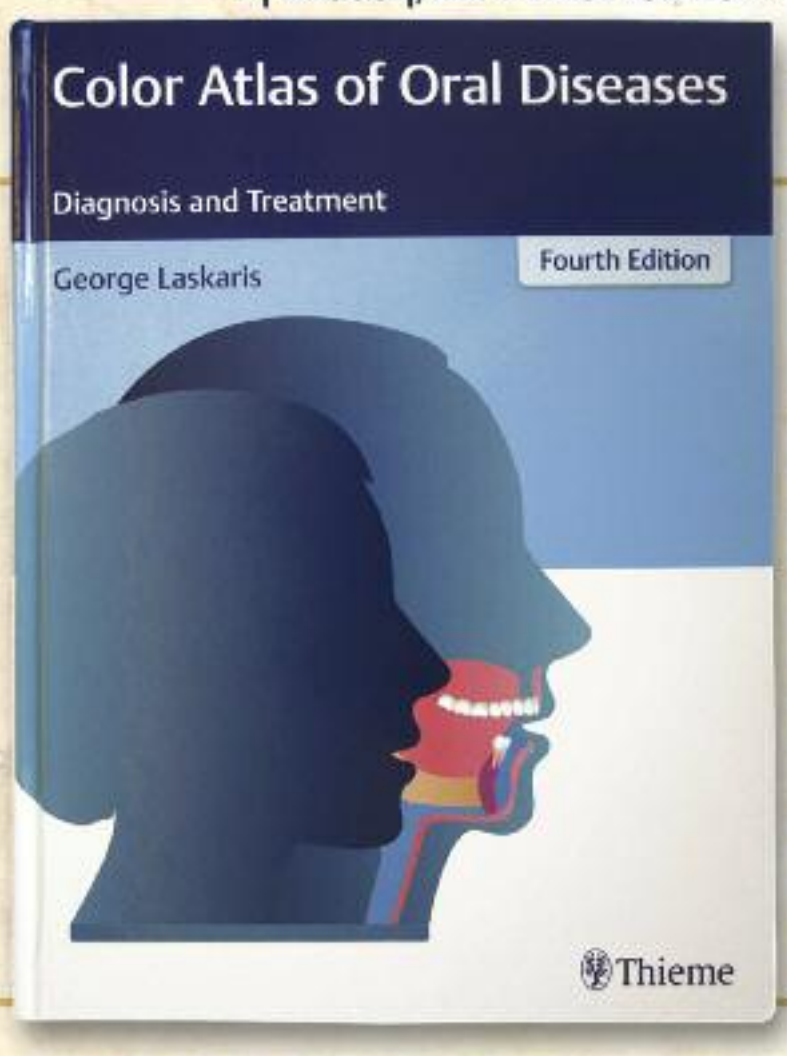
Για περισσότερες πληροφορίες μπορείτε να επισκεφθείτε την ιστοσελίδα www.colgatepalmolive.gr.com,ενώ πληροφορίες ειδικά για τους οδοντίατρους είναι διαθέσιμες στις ιστοσελίδες www.colgateprofessional.gr και www.colgateoralhealthnetwork.com.

---

[1] Όταν εφαρμόζεται απευθείας με την άκρη του δακτύλου στο ευαίσθητο δόντι κάνοντας απαλό μασάζ για 30 δευτερόλεπτα. Ayad F et al J Clin Dent 2009; 20 (Spec Iss): 10 –16.

[2] Colgate® Έρευνα καταναλωτών, Ηνωμένο Βασίλειο, 2013

ΝΕΟ
ΚΥΚΛΟΦΟΡΗΣΕ
4η Έκδοση, ΣΕΠΤΕΜΒΡΙΟΣ 2017



Το κορυφαίο βιβλίο στο είδος του στην Παγκόσμια Βιβλιογραφία.
ΠΛΗΡΩΣ ΑΝΑΝΕΩΜΕΝΟ!

690 σελ. μεγέθους 21X29cm | 1003 εικόνες
Τιμή € 180

"A seemingly boundless wealth of exquisite images for the diagnosis and therapy of diseases of the oral cavity, and systemic diseases with oral manifestations.
This remarkable reference work is the result of decades of experience on the part of a top specialist in oral medicine, George Laskaris.
The book is certain to be an essential reference not only for the physicians and dentists involved in the diagnosis and therapy of oral diseases but also for dermatologists, otorhinolarygologists, pediatricians, internists, hematologists and reumatologists evaluating the oral manifestations of systemic diseases".

Thieme Verlag

ΓΙΩΡΓΟΣ Χ. ΛΑΣΚΑΡΗΣ
Στοματολόγος. Ιατρός-Οδοντίατρος
Αν. Καθηγητής Στοματολογίας
Ιατρικής Σχολής Παν. Αθηνών
Επισκέπτης Καθηγητής Παν. Λονδίνου
Ιδρυτής και Διευθυντής Στοματολογικού Τμήματος
Νοσ. «Α. Συγγρός» (1971-2008)

Πρόλογος:
Stephen Porter, Prof. of Oral Medicine,
Univ. of London, Dean Eastman Dental Institute.
"... Professor Laskaris is to be commended on his dicipline of securing such high quality images of diseases and industry in writing such an informative and practically useful text. This is an important and essential book for the practice of Oral Medicine across the globe"

Βιβλίο Αναφοράς στα μεγαλύτερα Πανεπιστήμια του κόσμου, Αμερική, Ευρώπη και Ασία

Η Ελληνική Εταιρία Κλινικής Στοματολογίας συμμετείχε στην τιμητική εκδήλωση για τον Καθηγητή Crispian Scully

Την Τετάρτη 22/11/2017 πραγματοποιήθηκε τιμητική εκδήλωση αφιερωμένη στον Καθηγητή Crispian Scully στο UCL Eastman Dental Institute, University of London, που οργάνωσε το Institute υπό την αιγίδα του Dean and Director of Dental Research and Studies Professor Stephen Porter. Στην εκδήλωση συμμετείχαν κορυφαίοι Άγγλοι καθηγητές που σκιαγράφησαν και ανέδειξαν το τεράστιο επιστημονικό έργο του εκλιπόντος. Η Ελληνική Εταιρία Κλινικής Στοματολογίας συμμετείχε στην εκδήλωση με το κάτωθι κείμενο που έστειλε ο στενός συνεργάτης και φίλος του εκλιπόντος, Αναπληρωτής Καθηγητής, κ. Γιώργος Λάσκαρης.

In Memoriam
Crispian Scully
(1945-2017)

Professor Crispian Scully displayed an overwhelming personality in the subject of Oral Medicine. He was a real pioneer in the field with global recognition and indelible radiance. With his scientific work in teaching, research and writings, he opened new paths and paved the way for the development of Oral Medicine for future years. He was the author of over 40 books, 150 chapters in books, 1000 publications and announcements in international magazines and conferences, and scientific publisher in 3 top international journals. His work was internationally acclaimed. His latest scientific achievement has been the registration of the evolution of Oral Medicine since 1920 to date and the worldwide recordings of Oral Medicine activities.He was a visiting Professor and Honorary Doctor at numerous Universities around the world, including the University of Athens. He was an honorary member of the Greek Association of Oral Medicine and a keynote speaker at the annual conferences with over 20 participations. I was fortunate and proud to have collaborated with him for over 30 years in numerous scientific research and clinical activities, writing a book in the English language: "Periodontal Manifestations of Local and Systemic Diseases" and moreover having the privilege to enjoy his company at a personal and family level. His immense influence and significance in science resonated: a. through his excellent teaching,
b. highly reputable writing and research,
c. excellence in clinical Oral Medicine and
d. above all being an extraordinary and virtuous person.
Crispian Scully occupies a top position in the World Pantheon of Oral Medicine. On behalf of the Greek Association of Oral Medicine and myself, I extend our sincere condolences and deepest sympathy to his beloved wife Zoe and daughter Frances.

George Laskaris, MD. DDS. PhD
Ass.Prof. of Oral Medicine, Medical School, University of Athens
Visiting Professor UCL, University of London
Vice President of the Greek Association of Oral Medicine

Έκλεψε τις εντυπώσεις η διημερίδα του ΟΣΜ και της ΣΕΕ

Στις 11&12 Νοεμβρίου 2017, στην Καλαμάτα, ο Οδοντιατρικός Σύλλογος Μεσσηνίας σε συνεργασία με την Στοματολογική Εταιρεία Ελλάδος διοργάνωσε διημερίδα με θέμα: «Χειρουργική Στόματος για τον Γενικό Οδοντίατρο», στο πλαίσιο της συνεχιζόμενης εκπαίδευσης που πλέον θα είναι υποχρεωτική με το σύστημα της μοριοδότησης .

Το σεμινάριο περιελάμβανε θεωρητικό και πρακτικό μέρος. Συντονίστρια ήταν η κα **Πατρικίου Άννα**, Αναπληρώτρια Καθηγήτρια Γναθοχειρουργικής και ομιλητές οι κ. **Μελακόπουλος Ιωάννης** (Στοματικός και Γναθοπροσωπικός Χειρουργός, Dr .ΕΚΠΑ), κα. **Παπακώστα Βερόνικα** (Επιμελήτρια Α' ΕΣΥ στη Στοματική και Γναθοπροσωπική Χειρουργική Κλινική του Πανεπιστημιακού Νοσοκομείου ΑΤΤΙΚΟΝ) και κ. **Χούπης Κων/νος** (Στοματικός και Γναθοπροσωπικός Χειρουργός, MSc, Dr. ΕΚΠΑ). Στο πρακτικό μέρος, συμμετείχε ως βοηθός των διδασκόντων η οδοντίατρος κα. **Παπαθανασοπούλου Χρυσάνθη**.

Η διημερίδα προσέλκυσε το ενδιαφέρον των οδοντιάτρων και του Ν. Μεσσηνίας και άλλων νομών της Πελοποννήσου.

Σε σχετική ανακοίνωσή του, ο ΟΣΜ ευχαρίστησε θερμά τους χορηγούς της εκδήλωσης για την πολύτιμη συμβολή τους στην πραγματοποίηση της διημερίδας, καθώς και τον Πρόεδρο της Ιατρικής Εταιρείας Μεσσηνίας κ. **Κασούλη Παναγιώτη**, Ωτορινολαρυγγολόγο, ο οποίος τίμησε με την παρουσία του τη διημερίδα του Συλλόγου Μεσσηνίας.

Τέλος, στο κοινωνικό μέρος της διημερίδας, πραγματοποιήθηκε επίσκεψη στο νέο μουσείο παραδοσιακής φορεσιάς «Βικτωρία Γ. Καρέλια».

Με ιδιαίτερο ενδιαφέρον παρακολούθησαν οι σύνεδροι τις εργασίες τις διημερίδας.

Από αριστερά: ο κ. Ανσουριάν, μέλος του Δ.Σ. του Ο.Σ.Μ., η κ. Παπαχρυσανθοπούλου, οδοντίατρος, μέλος του Ο.Σ.Μ., η κ. Δούκα, μέλος του Δ.Σ. του Ο.Σ.Μ., η κ. Βουλγαράκη, εκπρόσωπος της Εταιρείας «Μαυραειδόπουλος», ο κ. Χούπης, η κ. Παπακώστα, ο κ. Μελακόπουλος, ομιλητές της διημερίδας, η κ. Θεοδωροπούλου, Πρόεδρος του Ο.Σ.Μ. και ο κ. Τσορφόλιας, Ταμίας του Ο.Σ.Μ.

Στο φωτογραφικό στιγμιότυπο διακρίνουμε την κα Πατρικρίου μαζί με την Πρόεδρο του ΟΣΜ κα Θεοδωροπούλου και τα μέλη του Δ.Σ. κα Δούκα, κ. Ανσουριάν και κ. Τσορφόλια.

Διοργάνωση ΚΑΡΠΑ από τον ΟΣΜ

Στο πλαίσιο της συνεργασίας του Οδοντιατρικού Συλλόγου Μεσσηνίας με την Ιατρική Εταιρεία Μεσσηνίας για την διοργάνωση επιστημονικών εκδηλώσεων, διοργανώθηκε σεμινάριο ΚΑΡΠΑ (B.L.S., Basic Life Support) στο αμφιθέατρο του Νοσοκομείου Καλαμάτας, ένα σεμινάριο εξαιρετικής σημασίας για την παροχή αποτελεσματικής βοήθειας στους συνανθρώπους μας.

Η τοπική ομάδα εκπαιδευτών της E.R.C.(European Resuscitation Council) υπό την αιγίδα της Ιατρικής Εταιρείας Μεσσηνίας πραγματοποίησε 2ήμερα σεμινάρια στο B.L.S.(Basic Life Support), το Σάββατο στις 2 και την Κυριακή στις 3 Δεκεμβρίου 2017 για οδοντιάτρους και βοηθούς οδοντιάτρων.

Τα σεμινάρια διάρκειας 5 ωρών, περιελάμβαναν τη θεωρητική προσέγγιση της ΚΑΡΠΑ με και χωρίς τη βοήθεια αυτόματου εξωτερικού απινιδωτή και την ατομική πρακτική εξάσκηση σε προπλάσματα και απινιδωτές.

Ο Οδοντιατρικός Σύλλογος Μεσσηνίας στοχεύει πάντα στη διοργάνωση υψηλού επιπέδου επιστημονικών εκδηλώσεων που προσελκύουν το ενδιαφέρον και τη συμμετοχή επιστημόνων όχι μόνο από τον ομώνυμο νομό, αλλά και από άλλους νομούς της Πελοποννήσου και της Αττικής.

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.

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

dental 2018
20η Πανελλήνια Οδοντιατρική & Οδοντοτεχνική Έκθεση
18-20 ΜΑΪΟΥ 2018
Μουσικό Εκθεσιακό Κέντρο | OMEC Παιανίας | Λεωφ. Λαυρίου 331 ΤΚ 19002 Παιανία Αττικής
ΠΕΡΙΠΤΕΡΟ Α9

HARVARD

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

Μοναδικές προσφορές στην Έκθεση

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 microapprications και παρελκόμενα
HA7083605 Σετ 2x5ml

Harvard Ionoglas FILL EXTRA
Υαλοϊονομερές εμφρακτικό υλικό, υψηλής αισθητικής, για μόνιμες αποκαταστάσεις 3ns και 5ns 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

www.odvima.gr
Κάντε κλικ στην ηλεκτρονική μας διεύθυνση

Επιστημονική ημερίδα του Ο.Σ. Κορινθίας στην Οδοντιατρική Σχολή Βουκουρεστίου

Η πρωτοβουλία του Ο.Σ. Κορινθίας να οργανώσει μία επιστημονική εκδήλωση μοναδική στην ιστορική διαδρομή της συνεχιζόμενης εκπαίδευσης των οδοντιάτρων, ξεκίνησε από μία «τολμηρή» ιδέα του Προέδρου του Ο.Σ. κ. **Κατσούλα** να διοργανώσει μία ξεχωριστή εκδήλωση, που εκτός από την ακαδημαϊκή της διάσταση, θα ήταν δράση πολιτιστική και ταυτόχρονα κίνηση σύσφιγξης των σχέσεων μεταξύ Ελλήνων και ξένων οδοντιάτρων.

Η πρωτότυπη αυτή ιδέα είχε στον πυρήνα της, την πραγματοποίηση μίας επιστημονικής ημερίδας, εκτός Ελλάδος και μάλιστα σε Πανεπιστημιακό ίδρυμα.

Η Οδοντιατρική Σχολή του Πανεπιστημίου «Carol Davila» του Βουκουρεστίου, δέχθηκε με χαρά την πρόταση του Ο. Σ. Κορινθίας για την συνδιοργάνωση μιας ημερίδας στο πλαίσιο της επίσκεψης των Κορινθίων οδοντιάτρων, αρκετοί από τους οποίους φοίτησαν σε Πανεπιστήμια της Ρουμανίας.

Σημαντική υπήρξε για την πραγμάτωση της εν λόγω επιστημονικής εκδήλωσης και η συμβολή του Καθηγητή κ. **Στέλιου Δαλαμπίρα**, γνωστού στην Οδοντιατρική κοινότητα της Κορινθίας, από τις ομιλίες του στις ημερίδες του ΟΣΚ. Τέλος, ειδική μνεία πρέπει να γίνει στην Αν. Καθηγήτρια, κ. **Paula Perlea**, κοσμήτορα της Οδοντιατρικής Σχολής, για την ευγένεια και την αγάπη με την οποία υποδέχθηκε την ελληνική αποστολή, και για την εν γένει φιλοξενία.

Η αντιπρόεδρος του Οδοντιατρικού Συλλόγου Κορινθίας κα Λ. Παπαγεωργίου, ο πρόεδρος του ΟΣΚ κ. Ε. Κατσούλας, η κοσμήτορας της Οδοντιατρικής Σχολής Βουκουρεστίου κα. Paula Perlea και ο καθ. ΑΠΘ κ. Στ. Δαλαμπίρας.

Στο φωτογραφικό στιγμιότυπο, από αριστερά διακρίνουμε τους κ.κ. Χ. Καλογερόπουλο, Λ. Παπαγεωργίου, Α. Κυριακόπουλο, Β. Κουτσή, Γ. Κωσταντέλλου, Επ. Κατσούλα, P. Perlea, Στ. Δαλαμπίρα, Α. Δαλαμπίρα, Στ. Φωτεινέα , Π. Γαβριήλ, Ν. Ζαφειριάδη, Ι. Μηλίτση, Μ. Χαραλαμπάκη, Ε. Σταυροπούλου.

Ο κ. Ηλίας Σμαράγδας, περιοδοντολόγος, μέλος του Δ.Σ. Κορινθίας, κατά τη διάρκεια της ομιλίας του.

Με επιτυχία διεξήχθη η επιστημονική εκδήλωση που συνδιοργάνωσε ο Οδοντιατρικός Σύλλογος Κορινθίας με την Οδοντιατρική Σχολή του Πανεπιστημίου «Carol Davila» στο Βουκουρέστι.

Χρονικό της εκδρομής

Το πρωί της 27/9/17 η ελληνική ομάδα ξεκίνησε από το «Ελ. Βενιζέλος» για Βουκουρέστι, όπου προσγειώθηκε στο αεροδρόμιο «Henri Coanda». Εκεί την περίμενε λεωφορείο με ελληνόφωνη ξεναγό και φθάνοντας στο Βουκουρέστι έγινε η πρώτη γνωριμία με την παλιά πόλη.

Μία πόλη με σπάνια αρχοντιά που φαίνεται στα ωραία κτίρια των περασμένων αιώνων, τις φαρδιές λεωφόρους, που προσπαθεί να βρει τον βηματισμό της στην σύγχρονη Ευρώπη και απ' ότι φαίνεται τα καταφέρνει.

Πέμπτη 28/9/17: Νωρίς το πρωί πραγματοποιήθηκε επίσκεψη στο περίφημο Peles Castle, το θερινό παλάτι των βασιλέων της Ρουμανίας, στο ορεινό θέρετρο της Sinaia. Ακολούθησε επίσκεψη στο μεσαιωνικό Bran Castle, γνωστό σαν κάστρο του Δράκουλα. Τα δύο κάστρα τελείως διαφορετικά μεταξύ τους, εντυπωσιάζουν τον επισκέπτη. Το πρώτο με την κομψότητά του και τους θησαυρούς που περιέχει και το δεύτερο λιτό και άγριο, ταιριάζει απόλυτα με τον μύθο του αιμοσταγούς άρχοντα της εποχής, του περιώνυμου Βλάντ Τσέπες του «ανασκολοπιστή». Η μέρα ολοκληρώθηκε με επίσκεψη στην πόλη Brasov κι επιστροφή αργά το βράδυ στο Βουκουρέστι.

Παρασκευή 29/9/17: Ημέρα αφιερωμένη στην επιστημονική ημερίδα που διοργάνωσαν από κοινού η Οδοντιατρική Σχολή του Πανεπιστημίου «Carol Davila» του Βουκουρεστίου και ο Οδοντιατρικός Σύλλογος Κορινθίας.

Το πρωί στις 09.30, την ελληνική ομάδα υποδέχθηκε στις εγκαταστάσεις της Οδοντιατρικής Σχολής, η κοσμήτωρ κ. **Paula Perlea**, η οποία την καλωσόρισε με θερμά λόγια.

Η εμπνευσμένη ομιλία του Προέδρου του Ο.Σ. Κορινθίας κ. **Επαμεινώνδα Κατσούλα** που έδωσε σημαντικά ιστορικά στοιχεία για τις σχέσεις των δύο λαών από την αρχαιότητα ως σήμερα έκανε ιδιαίτερη εντύπωση και χειροκροτήθηκε θερμά από το ακροατήριο που γέμισε το αμφιθέατρο της Σχολής.

Ο χαιρετισμός της Αντιπροέδρου του Ο.Σ. Κορινθίας κ. **Λίτσας Παπαγεωργίου**, η οποία ομίλησε σε άπταιστα Ρουμανικά χρησιμοποιώντας συγχρόνως πολλές ελληνικές λέξεις που έχουν περάσει αυτούσιες στις λατινογενείς γλώσσες, συγκίνησε ιδιαίτερα αυτούς πού έτυχε να φοιτήσουν στους χώρους της Σχολής πριν από αρκετά χρόνια και επέστρεφαν πλέον ως ώριμοι επιστήμονες, στα παλιά τους έδρανα.

Στο επιστημονικό πρόγραμμα, παρουσιάσθηκαν εκ μέρους της Ελληνικής αντιπροσωπείας δύο εισηγήσεις. Οι ομιλητές ήταν: ο Καθηγητής της Στοματικής και Γναθοπροσωπικής Χειρουργικής κ. **Στέλιος Δαλαμπίρας**, ο οποίος μίλησε με τρόπο γλαφυρό για την Οστεονέκρωση που προκαλείται από τη λήψη διφωσφονικών και ο Κορίνθιος Περιοδοντολόγος κ. **Ηλίας Σμαράγδας** απόφοιτος του Carol Davila, με μεταπτυχιακές σπουδές στο Πανεπιστήμιο Columbia της Ν.Υόρκης, που μίλησε για την Περιοδοντική Πλαστική Χειρουργική.

Σε όλους τους ομιλητές δόθηκαν σαν αναμνηστικά, ωραιότατα αντίγραφα αρχαίων Κορινθιακών νομισμάτων και βιβλία με τους Αρχαιολογικούς Θησαυρούς της Κορινθίας.

Ακολούθησε ξενάγηση στις εγκαταστάσεις της Οδοντιατρικής Σχολής και μετά στο κεντρικό κτίριο του Πανεπιστημίου Carol Davila, από την Κοσμήτορα της Οδοντιατρικής. Το βράδυ, η ελληνική αποστολή συμμετείχε στη δεξίωση που παρέθεσε η κοσμήτωρ προς τιμήν της, η οποία εξελίχθηκε σε ελληνορουμανικό γλέντι.

Η επίσκεψη αυτή άφησε σε όλους άριστες εντυπώσεις και έγινε σε εξαιρετικό κλίμα. Σίγουρα δε, έφερε πιο κοντά τους Έλληνες και Ρουμάνους οδοντιάτρους και δημιούργησε τις προϋποθέσεις για μελλοντικές παρόμοιες εκδηλώσεις. Ο Πρόεδρος του Ο.Σ. Κορινθίας απηύθυνε πρόσκληση στην Κοσμήτορα κ. Perlea να επισκεφθεί μελλοντικά την Κορινθία.

Η αποστολή των Ελλήνων στο Βουκουρέστι, στέφθηκε από πλήρη επιτυχία και αποτέλεσε ένα γεγονός επιστημονικό, κοινωνικό και πολιτισμικό, που γέμισε με ωραίες αναμνήσεις και χρήσιμες εμπειρίες, όσους το ζήσανε.

Σαν γεγονός ήταν πρωτοπόρο και πρωτότυπο, γιατί από όσα γνωρίζουμε ήταν η πρώτη φορά, που Οδοντιατρικός Σύλλογος της Χώρας μας διοργάνωσε μία τέτοια σύνθετη εκδήλωση επιστημονική και πολιτισμική, και με τόση επιτυχία.

Ο Ο.Σ. Κορινθίας ανοίγει τον δρόμο!

Ο Ο.Σ. Δωδεκανήσου και το «Χαμόγελο του Παιδιού» προσφέρουν δωρεάν οδοντιατρική περίθαλψη στους κατοίκους των ακριτικών νησιών

Ο Οδοντιατρικός Σύλλογος Δωδεκανήσου, γνωρίζοντας τις δυσκολίες που αντιμετωπίζουν αρκετά νησιά του νομού, πραγματοποίησε για τέταρτη χρονιά, σε συνεργασία με τον οργανισμό «Το Χαμόγελο του Παιδιού», πρόγραμμα οδοντιατρικής εξέτασης, πρόληψης και θεραπείας σε μαθητές και ενήλικους κατοίκους των ακριτικών νησιών της Δωδεκανήσου, στα οποία δεν υπάρχουν εγκατεστημένοι οδοντίατροι.

Στο πλαίσιο αυτής της δράσης, η οποία ξεκίνησε στις 10 Οκτωβρίου και ολοκληρώθηκε στις 3 Νοεμβρίου 2017, εθελοντές οδοντίατροι επισκέφθηκαν τα νησιά Κάσο, Χάλκη, Καστελλόριζο, Τήλο και Ρόδο. Στη Ρόδο εξετάστηκαν τα παιδιά από τα σχολεία με ειδικές ανάγκες καθώς και οικογένειες από ευαίσθητες κοινωνικές ομάδες. Οι προσφερόμενες οδοντιατρικές υπηρεσίες περιελάμβαναν, οδοντιατρική και στοματολογική εξέταση και θεραπείες όπως καθαρισμοί, φθοριώσεις, ουλίτιδες, ενδοδοντικές θεραπείες, εξαγωγές, προληπτικές εμφράξεις και εμφράξεις .

Συνολικά την κινητή οδοντιατρική μονάδα επισκέφθηκαν 312 κάτοικοι, εκ των οποίων οι 208 ήταν παιδιά και οι 104 ενήλικες, ενώ πραγματοποιήθηκαν 299 οδοντιατρικές πράξεις/θεραπείες.

Στις 24 Οκτωβρίου, ο Ο.Σ. Δωδεκανήσου υποδέχτηκε στην Ρόδο τον Πρόεδρο του Χαμόγελου του Παιδιού κ. Κώστα Γιαννόπουλο τον οποίο και ευχαρίστησε για την βοήθεια και την στήριξη που παρέχει όλα αυτά τα χρόνια στο Σύλλογο. Ακολούθησε συνάντηση με τον Αντιπεριφερειάρχη κ. Θωμά Σωτρίλλη και τον Δήμαρχο Ρόδου κ. Φώτη Χατζηδιάκο στους οποίους παρουσιάστηκε το συνολικό πρόγραμμα δράσης του οργανισμού.

Σε σχετική ανακοίνωσή του ο Ο.Σ. Δωδεκανήσου εξέφρασε τις ευχαριστίες του προς τον Περιφερειάρχη κ. Γεώργιο Χατζημάρκο και τον Πρόεδρο της εταιρείας «ΓΑΛΗΝΟΣ», εντεταλμένο περιφερειακό σύμβουλο υγείας, κ. Νικόλαο Καραμαρίτη για το ενδιαφέρον και την στήριξη που επέδειξαν για την συγκεκριμένη δράση. Παράλληλα, ευχαρίστησε τους Δημάρχους και τους κατοίκους των νησιών όπου πραγματοποιήθηκαν οι επισκέψεις των εθελοντών οδοντιάτρων, οι οποίοι αγκάλιασαν τη δράση των εθελοντών καθώς και τις Διευθύνσεις Πρωτοβάθμιας και Δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης για την συνεργασία τους. Τέλος, ο Ο.Σ. Δωδεκανήσου ευχαρίστησε τις ακτοπλοϊκές εταιρείες Blue Star και ANEK Sea Lines, τις οδοντιατρικές εταιρείες Βιτσαρόπουλος Α.Ε. και Μαρινάκης Α.Ε. για τις χορηγίες τους, καθώς και το προσωπικό της κινητής μονάδας (κ.κ. Αποσπόρη Γιάννη, Ασημακοπούλου Αλεξάνδρα, Πανσελινά Δημήτρη και Περιμένη Τάνια), αλλά και όλους τους εθελοντές οδοντιάτρους, μέλη του Ο.Σ. Δωδεκανήσου, που συμμετείχαν στη δράση (κ.κ. Βένιου Μαρία, Διακογεωργίου Νίκο, Δοντά Συμεών, Ζαχαρίου Αικατερίνη, Καζή Ιωάννη, Καζή Παναγιώτη, Μανώλη Μαρία, Μπαριανού Αριστέα, Νεμπεγλεριώτη Κωνσταντίνο, Νικόλη Νικόλαο, Νικολή Παναγιώτη, Παπασάββα Σάββα, Σοιχάν Χαλιντέ και Σταματιάδη Αλέκο).

«Η διάθεση όλων μας, του Οργανισμού "Το Χαμόγελο του Παιδιού" και του Οδοντιατρικού Συλλόγου Δωδεκανήσου, σε συνεργασία πάντα με την Περιφέρεια Νοτίου Αιγαίου και τους Δήμους, είναι να αναπτυχθεί μία σταθερή σχέση, καλύπτοντας την ανάγκη των κατοίκων των ακριτικών νησιών για οδοντιατρική περίθαλψη», καταλήγει η ανακοίνωση του Ο.Σ. Δωδεκανήσου.

Σημειώνεται ότι το πρόγραμμα αυτό είναι ενταγμένο στην προγραμματική σύμβαση α΄ τετραμήνου της εταιρεία «ΓΑΛΗΝΟΣ» της Π.Ν.Α., η οποία κάλυψε τα έξοδα διαμονής και μετακίνησης όσων μετείχαν στο πρόγραμμα.

Πρακτικό Σεμινάριο Ενδοδοντίας από την ΕΣΟ

Σάββατο 27 Ιανουαρίου 2018, σε συνεργασία με την Ελληνική Ενδοδοντική Εταιρεία

Η Εταιρεία Σύγχρονης Οδοντιατρικής συνεχίζοντας την παράδοσή της στην δια βίου εκπαίδευση των οδοντιάτρων ξεκινάει τις εκδηλώσεις της για το 2018 με ένα Πρακτικό Σεμινάριο Ενδοδοντίας που αφορά την επεξεργασία των ριζικών σωλήνων με μηχανοκίνητα εργαλεία, το οποίο θα γίνει σε συνεργασία με την «Ελληνική Ενδοδοντική Εταιρεία». Θα πραγματοποιηθεί το Σάββατο 27 Ιανουαρίου 2018, στο ξενοδοχείο Radison Park Hotel, Λεωφ. Αλεξάνδρας 10, Πεδίον Άρεως στην Αθήνα. Υπεύθυνη του σεμιναρίου θα είναι η κα Μαρία Γεωργοπούλου, Καθηγήτρια Ενδοδοντίας, ΕΚΠΑ.

Το Σεμινάριο περιλαμβάνει:

1. Θεωρητικό Μέρος:

9.00-10.00: Εγγραφές

10.00-10.45: Ανάλυση των βασικών αρχών της χημικομηχανικής επεξεργασίας των ριζικών σωλήνων με περιστρεφόμενα συστήματα νικελίου-τιτανίου. **Αλέξανδρος Προύντζος**

10.45-11.30: Ανάλυση των τεχνικών έμφραξης των ριζικών σωλήνων με θερμοπλαστικοποιημένη γουταπέρκα. **Μαρία Γεωργοπούλου**

11.30-12.00: *Διάλειμμα – καφές*

2. Πρακτικό Μέρος:

12.00-14.00: Επίδειξη και πρακτική εφαρμογή τριών συστημάτων χημικομηχανικής επεξεργασίας (ProtaperGold, RaCe, 2Shape) σε ακρυλικά μπλοκ. (Στα συστήματα θα εκπαιδευτούν όλοι οι συμμετέχοντες)

14.00-14.30: *Διάλειμμα – Ελαφρύ γεύμα*

14.30-16.00: Επίδειξη και πρακτική εφαρμογή έμφραξης των ριζικών σωλήνων με θερμοπλαστικοποιημένη γουταπέρκα. **Χ. Συκαράς, Μ. Παρασκευοπούλου, Ε. Φραγκούλη, Κ. Καλογερόπουλος**

Χορηγοί: DencoDental A.E.B.E., Dentalcom – Γ. Παπάζογλου, Dental Expert – Ελμάογλου Άννα

Κόστος Σεμιναρίου: 60 ευρώ

Δηλώσεις Συμμετοχής: (Περιορισμένος αριθμός συμμετεχόντων 40)
Τηλ.: Πολυάνθη Δουβίτσα, 6972712743, 210-8810630
Φλωράνθη Μπαχά, 210-4185795

Η Ivoclar Vivadent επεκτείνει την εταιρική της διαχείριση

Η Ivoclar Vivadent θα ενισχύσει την Εταιρική Διαχείρισή της από την 1η Δεκεμβρίου 2017. Ο **Michael Taube** θα ενισχύσει την Ομάδα Εταιρικής Διαχείρισης ως Γενικός Διευθυντής Marketing (CMO) και ο **Diego Gabathuler** θα προσχωρήσει στην Εταιρική Διαχείριση ως Διευθυντής Πωλήσεων για την Ευρώπη, τη Μέση Ανατολή και την Αφρική.

Η Ivoclar Vivadent AG, η οποία εδρεύει στο Σάαν του Λιχτενστάιν θα επεκτείνει την εταιρική της διαχείριση με την προσχώρηση από την 1η Δεκεμβρίου 2017 δύο νέων μελών στο δυναμικό της εταιρείας

Ο Michael Taube θα προσφέρει τις υπηρεσίες του στην εταιρεία από τη θέση του Γενικού Διευθυντή Marketing, αναλαμβάνοντας το παγκόσμιο μάρκετινγκ της εταιρείας. Ο κ. Taube έχει μια μακρόχρονη επιτυχημένη διεθνή πορεία στο μάρκετινγκ υγείας. Εργάστηκε μεταξύ άλλων για την Philips Healthcare, τη GE Healthcare και πρόσφατα για τη γερμανική εταιρεία ResMed ως Διευθύνων Σύμβουλος.

Οι κ.κ. Diego Gabathuler (αριστερά) και Michael Taube (δεξιά).

Ο Diego Gabathuler προήχθη σε μέλος της Εταιρικής Διαχείρισης. Ο Diego Gabathuler εντάχθηκε στην Ivoclar Vivadent τον Οκτώβριο του 2016. Στη θέση του ως Senior Dierector, ήταν αρχικά υπεύθυνος για τη Νότια και Δυτική Ευρώπη, τη Μέση Ανατολή και την Αφρική. Τον Οκτώβριο του 2017 ανέλαβε καθήκοντα Διευθυντή Πωλήσεων για την Ευρώπη, τη Μέση Ανατολή και την Αφρική. Σε αυτόν τον νέο και διευρυμένο ρόλο, είναι υπεύθυνος για όλες τις πωλήσεις και την υποστήριξη επιχειρηματικών δραστηριοτήτων σε ολόκληρη την παγκόσμια περιοχή της Ευρώπης, Μέσης Ανατολής και Αφρικής. Πριν από την συνεργασία του με την Ivoclar Vivadent, ο κ. Gabathuler ήταν υπεύθυνος για το παγκόσμιο marketing του τμήματος μουσικής της Logitech International.

«Η επέκταση της διευθυντικής ηγεσίας της Ivoclar Vivadent είναι απαραίτητη για να υποστηρίξουμε τη συνεχή ανάπτυξη και επιτυχία της εταιρείας. Είμαστε πολύ ευτυχείς που έχουμε μαζί με τους κ.κ. Taube και. Gabathuler στην διευθυντική μας ομάδα», σχολίασε χαρακτηριστικά ο κ. **Robert Ganley**, Διευθύνων Σύμβουλος της Ivoclar Vivadent.

6η Ημερίδα της Επιστημονικής Εταιρείας Χειρουργικής Στόματος

Αγαπητοί συνάδελφοι,

Με ιδιαίτερη χαρά σας προσκαλούμε στην 6η Ημερίδα της Επιστημονικής Εταιρείας Χειρουργικής Στόματος που θα πραγματοποιηθεί το **Σάββατο 3 Φεβρουαρίου 2018, στο Ξενοδοχείο Divani Caravel.**

Η Ημερίδα θα έχει τίτλο **«Σύγχρονα πρωτόκολλα αντιμετώπισης προβλημάτων στην κλινική οδοντιατρική πράξη»**. Σκοπός της ημερίδας είναι, μέσα από τη διαδραστική σχέση της Χειρουργικής Στόματος με τους άλλους τομείς της οδοντιατρικής, να προταθούν λύσεις σε πολυσύνθετα προβλήματα τα οποία συχνά συναντά ο σύγχρονος οδοντίατρος, να δοθούν απαντήσεις σε καίρια ερωτήματα και κυρίως να προβληθούν οι εξελίξεις που πιθανόν αλλάζουν τα δεδομένα στην αντιμετώπιση των ασθενών.

Για άλλη μία χρονιά την Ημερίδα πλαισιώνουν εξαιρετικά αξιόλογοι ομιλητές, με τεράστια κλινική και ερευνητική εμπειρία, διακεκριμένοι μέσω του έργου τους σε εθνικό και διεθνές επίπεδο, οι οποίοι θα μοιραστούν μαζί σας τις εμπειρίες της καταξιωμένης διαδρομής τους.

Ελπίζουμε να είστε όλοι εκεί και να συμμετέχετε ενεργά σε μία παραγωγική κι εποικοδομητική συζήτηση και σε μια γόνιμη και ουσιαστική ανταλλαγή απόψεων. Σας υπενθυμίζουμε ότι στο τέλος της Ημερίδας θα χορηγηθεί Πιστοποιητικό παρακολούθησης.

Με την ελπίδα και την ευχή ότι η Ημερίδα αυτή, μετά την επιτυχία των προηγούμενων, θα ανταποκριθεί στις προσδοκίες σας, σας περιμένουμε.

Με συναδελφικούς χαιρετισμούς
Ο Πρόεδρος της Ε.Ε.Χ.Σ.
Φ. Φραγκίσκος

ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ

09:15-09:30 Προσφωνήσεις
Φραγκίσκος Δ. Φραγκίσκος,
Πρόεδρος Ε.Ε.Χ.Σ.
Κίττας Χρήστος,
τ. Πρύτανης Παν, Αθηνών

09:30-11:00 Α΄ Επιστημονική Συνεδρία
ΠΡΟΕΔΡΟΙ:
Γ. Μασούλας, Ν Μερεντίτης

1. **09:30 - 10:00 Γ. Νεόφυτος:** Άμεση εμφύτευση και άμεση φόρτιση μονήρους εμφυτεύματος στη θέση κεντρικού τομέα της άνω γνάθου.
2. **10:00 - 10:30 Φ. Φραγκίσκος:** Αίτια αποτυχίας οδοντικών εμφυτευμάτων (αξιολόγηση των παραγόντων κινδύνου).
3. **10:30 - 11:00 Γ. Λάσκαρης:** Λοιμώξεις στόματος σεξουαλικώς μεταδιδόμενες.
   Συζήτηση

11:00 - 11:30 *Διάλειμμα*

11:30-13:30 Β΄ Επιστημονική Συνεδρία
ΠΡΟΕΔΡΟΙ:
Σ. Σωτηριάδου, Μ. Κολοκούδιας

4. **11:30 - 12:00 Φ. Φραγκίσκος, Π. Παπανικολάου, Γ. Νεόφυτος:** Χειρουργική αφαίρεση ευμεγέθους κύστεως άνω γνάθου.
5. **12:00 - 13:30 Α. Φουστάνος:** Αισθητική αποκατάσταση της περιστοματικής περιοχής: (α) εξάλειψη ρητίδων, (β) επιδιόρθωση χειλικού περιγράμματος (θεωρητική ανάπτυξη και ζωντανή επέμβαση σε ασθενή).
   Συζήτηση

13:30-14:00 *Διάλειμμα*

14:00-14:30 **Κ. Λάγιος:** Ενδοδοντία: Αποκατάσταση προβλημάτων και λαθών
Συζήτηση

Η συμμετοχή στην Ημερίδα είναι δωρεάν.
Για την εύρυθμη λειτουργία της απαιτείται προεγγραφή. Παρακαλούμε συμπληρώστε το έντυπο εγγραφής και αποστείλετε το με e-mail: mtsami@otenet.gr
Πιστοποιητικό παρακολούθησης δικαιούνται όλοι οι εγγεγραμμένοι Σύνεδροι, οι οποίοι θα παρακολουθήσουν τις εργασίες της Ημερίδας, με την προϋπόθεση συμπλήρωσης και παράδοσης του εντύπου αξιολόγησης, το οποίο θα παραδίδεται από τη Γραμματεία κατά την εγγραφή κάθε Συνέδρου.
Καθ' όλη τη διάρκεια της Ημερίδας στο Χώρο του Συνεδριακού θα λειτουργεί έκθεση για Εταιρείες και Ιατρικές Εκδόσεις.

Περισσότερες πληροφορίες:
www.ssos.gr
Εγγραφές:
Diaskepsis - Matina Tsami
e-mail: mtsami@otenet.gr
www.diaskepsis.gr/ssos2018
Τηλ.: 2310 276012

Ο Ο.Σ. Ηλείας και ο Ο.Σ.Μεσσηνίας ενώνουν τις δυνάμεις τους σε μια ημερίδα για την αναισθησία σε μικρούς και μεγάλους ασθενείς

Κυπαρισσία, 21 Ιανουαρίου 2018

Άλλη μια πρωτότυπη ιδέα που θα υλοποιηθεί στο προσεχές διάστημα είναι η συνεργασία δύο συλλόγων της Πελοποννήσου. Συγκεκριμένα, ο Οδοντιατρικός Σύλλογος Ηλείας και ο Οδοντιατρικός Σύλλογος Μεσσηνίας, σε μία προσπάθεια αποκέντρωσης και με στόχο να ενισχύσουν και άλλες πόλεις και όχι μόνο τις πρωτεύουσες των νομών, συνδιοργανώνουν ημερίδα με θέμα **«Η αναισθησία στο οδοντιατρείο για μικρούς και μεγάλους ασθενείς»** στις ***21 Ιανουαρίου 2018,*** στην αίθουσα του ***Δημοτικού Συμβουλίου του Δημαρχείου Κυπαρισσίας.***

Πιο συγκεκριμένα, το πρόγραμμα της ημερίδας περιλαμβάνει τις ακόλουθες θεματικές:

1. Διαμόρφωση συνεργασίας παιδιού για τη χορήγηση τοπικής αναισθησίας
2. Η τοπική αναισθησία στα παιδιά (σκευάσματα, τεχνικές, ενδείξεις, δοσολογία, συμβάματα)
3. Τοξικές και ανεπιθύμητες δράσεις των τοπικών αναισθητικών
4. Ειδικοί ασθενείς και τοπική αναισθησία

Διδάσκοντες:

Νικόλαος Νταμπαράκης, Αναπληρωτής Καθηγητής ΑΠΘ

Κωνσταντίνος Αραποστάθης, Επίκουρος Καθηγητής Παιδοδοντιατρικής ΑΠΘ

29ο Πανελλήνιο Συνέδριο Στοματικής και Γναθοπροσωπικής Χειρουργικής

25 - 27 Ιανουαρίου 2018, Μέγαρο Μουσικής Αθηνών

Το 29ο Πανελλήνιο Συνέδριο Στοματικής και Γναθοπροσωπικής Χειρουργικής θα διεξαχθεί από τις 25 έως και 27 Ιανουαρίου 2018 στο Μέγαρο Μουσικής Αθηνών. Το συνέδριο θα διαρκέσει τρεις ημέρες, με παράλληλο πρόγραμμα στις δύο κύριες αίθουσες, ομιλίες σε περιορισμένο κοινό (master class) και πρακτικά σεμινάρια. Οι σύνεδροι θα έχουν τη δυνατότητα να παρακολουθήσουν μια ευρεία θεματολογία από όλο το φάσμα της Στοματικής και Γναθοπροσωπικής Χειρουργικής από τα εμφυτεύματα και τη χειρουργική του στόματος μέχρι τις κρανιοπροσωπικές διαταραχές και την αντιμετώπιση-αποκατάσταση του ασθενούς με κακοήθη νόσο.

Περισσότερες πληροφορίες σχετικά με τη συμμετοχή σας στο συνέδριο και αναλυτικά το πρόγραμμα της επιστημονικής διοργάνωσης μπορείτε να βρείτε στον ειδικά διαμορφωμένο ιστότοπο του συνεδρίου στην ηλεκτρονική διεύθυνση: **www.haoms2018.org.**

«Αιτίες αστοχίας μεταλλοκεραμικών αποκαταστάσεων»

Κόρινθος, Κυριακή 4 Φεβρουαρίου 2018

Ο Οδοντιατρικός Σύλλογος Κορινθίας διοργανώνει την Κυριακή, 4 Φεβρουαρίου 2018, στον κινηματογράφο **«Φλοίσβος»** στην Κόρινθο, ημερίδα με τίτλο «Αιτίες αστοχίας μεταλλοκεραμικών αποκαταστάσεων». Αναλυτικά, το πρόγραμμα της ημερίδας διαμορφώνεται ως εξής:

ΣΥΝΤΟΝΙΣΤΗΣ: **Τριαντάφυλλος Παπαδόπουλος**, Καθηγητής Βιοϋλικών ΕΚΠΑ

09.30-10.00 ΠΡΟΣΕΛΕΥΣΗ-ΕΓΓΡΑΦΗ ΣΥΝΕΔΡΩΝ

10.00-10.15 ΠΡΟΣΦΩΝΗΣΕΙΣ
Επαμεινώνδας Κατσούλας, Πρόεδρος Ο.Σ. Κορινθίας
Τριαντάφυλλος Παπαδόπουλος, Καθηγητής Οδοντιατρικής Σχολής ΕΚΠΑ

10.15-10.35 Τεχνικές αφαίρεσης ενδορριζικών αξόνων
Χαρά Παπαδοπούλου, MSc στην Ενδοδοντία

10.35-11.20 Αιτίες αστοχίας μεταλλοκεραμικών αποκαταστάσεων: Ο ρόλος των υλικών
Τριαντάφυλλος Παπαδόπουλος, Καθηγητής Βιοϋλικών ΕΚΠΑ

11.20-12.00 Αιτίες αστοχίας μεταλλοκεραμικών αποκαταστάσεων: Ο ρόλος της κλινικής διαδικασίας
Αθηνά Μπακοπούλου, Επίκουρη Καθηγήτρια Ακίνητης Προσθετικής ΑΠΘ

12.00-12.30 ΔΙΑΛΕΙΜΜΑ-ΚΑΦΕΣ

12.30-13.00 Αιτίες αστοχίας μεταλλοκεραμικών αποκαταστάσεων: Ο ρόλος της εργαστηριακής διαδικασίας
Γεώργιος Πασιάς, Εργαστηριούχος Οδοντοτεχνίτης

13.00-14.00 Αποκατάσταση αστοχιών μεταλλοκεραμικών εργασιών
Αριστείδης Γαλιατσάτος, Επίκουρος Καθηγητής ΑΤΕΙ Αθηνών

14.00-14.30 ΕΡΩΤΗΣΕΙΣ – ΣΥΖΗΤΗΣΗ

ΝΕΑ ΚΥΚΛΟΦΟΡΙΑ

Αναστάσιος Τσίρλης
Καθηγητής ΑΠΘ

Τα Οδοντικά Εμφυτεύματα στην Κλινική Πράξη

ΣΕΛΙΔΕΣ: 408, ΤΙΜΗ: €110

Τα οστεοενσωματούμενα οδοντικά εμφυτεύματα αποτελούν σήμερα μια σοβαρά υπολογίσιμη λύση για την αντιμετώπιση των οδοντικών προβλημάτων τόσο από πλευράς λειτουργικότητας όσο και από πλευράς αισθητικής.

Το βιβλίο αυτό γράφτηκε στο πλαίσιο μιας προσπάθειας ανάδειξης της συμβολής του τομέα των οδοντικών εμφυτευμάτων στην αντιμετώπιση και την αποκατάσταση οδοντικών ελλείψεων, μέσα από την παρουσίαση ρεαλιστικών κλινικών περιστατικών που καλύπτουν, σε μεγάλο βαθμό, τις πλέον πιθανές και κατά περιοχή περιπτώσεις οι οποίες χρήζουν εμφυτευματικής αποκατάστασης. Ως κλινικός οδηγός, απευθύνεται σε όλους τους οδοντιάτρους που ασχολούνται με την Εμφυτευματολογία, παρουσιάζοντας αντιπροσωπευτικά κλινικά περιστατικά στα οποία περιγράφονται όλες οι βασικές ενέργειες, από τον αρχικό σχεδιασμό μέχρι το τελικό αποκαταστατικό αποτέλεσμα.

Ακόμα μεγαλύτερη έμφαση δίνεται στις χειρουργικές διαδικασίες και κατευθύνσεις κατά περίπτωση, αλλά και στις ειδικές χειρουργικές τεχνικές άμεσης αποκατάστασης, αφού το χειρουργικό στάδιο με τον προεγχειρητικό του σχεδιασμό αποτελεί αναμφισβήτητα το πιο σημαντικό κομμάτι στη θεραπεία με οδοντικά εμφυτεύματα και έχει τη μεγαλύτερη ευθύνη όσον αφορά την έκβαση του θεραπευτικού αποτελέσματος.
Το περιεχόμενο του βιβλίου είχε ως κατευθυντήριες γραμμές την τήρηση των σχετικών και απόλυτων αντενδείξεων σε σχέση με το ιατρικό ιστορικό, την εναρμόνιση των ενδείξεων σε συνάρτηση με το οδοντικό πρόβλημα, το σωστό σχεδιασμό για μια εφικτή τελική αποκατάσταση στο πλαίσιο πάντα του καλύτερου δυνατού συνδυασμού διάρκειας, προβλεψιμότητας, λειτουργικότητας και αισθητικής, και την τήρηση όλων των κανόνων της χειρουργικής δεοντολογίας μέσω της αυστηρής εφαρμογής των χειρουργικών πρωτοκόλλων.

Στο βιβλίο παρουσιάζεται μεγάλος αριθμός περιστατικών από το προσωπικό αρχείο του συγγραφέα, σε μια προσπάθεια να αξιολογηθούν τα θεραπευτικά αποτελέσματα σε σημαντικό βάθος χρόνου, έως και 15 ετών, που άλλωστε αποτελεί και το μοναδικό αξιόπιστο κριτήριο για την επιτυχία μιας θεραπείας με οδοντικά εμφυτεύματα.

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

CLEARFIL™ S³ BOND PLUS

Φωτοπολυμεριζόμενος Συγκολλητικός Παράγοντας

Πιο Δυνατός από πριν, πιο Γρήγορος από ποτέ και Απλός όπως Πάντα

Ο CLEARFIL™ S³ BOND PLUS είναι ένας φωτοπολυμεριζόμενος, αυτοαδροποιούνενος ενός σταδίου συγκολλητικός παράγοντας με απελευθέρωση φθορίου. Βασίζεται στην ίδια προηγμένη τεχνολογία συγκόλλησης με τη χρυσή σταθερά, τον CLEARFIL™ SE BOND, οπότε προβλέπεται ελάχιστη μετεμφρακτική ευαισθησία.

Ο CLEARFIL™ S3 BOND PLUS με το ένα μπουκαλάκι του, απλοποιεί δραματικά τις διαδικασίες συγκόλλησης. Με την MDP τεχνολογία της Kuraray, ένας καινούργιος καταλύτης έχει υιοθετηθεί, προσδίδοντας υψηλότερη αντοχή δεσμού με βελτιωμένο χρόνο εργασίας.

Παρουσιάζει ελάχιστη ευαισθησία και γι'αυτό ενδείκνυται για φωτοπολυμεριζόμενες σύνθετες ρητίνης, θεραπεία εκτεθειμένων ριζών και επικάλυψης κοιλοτήτων. Είναι μοναδικός στην παιδοδοντία όπου η ταχύτητα και η άνεση είναι εξαιρετικά σημαντικές.

Ο CLEARFIL™ S³ BOND PLUS όταν συνδυάζεται με το CLEARFIL DC CORE PLUS επιτυγχάνει την κατασκευή κολοβώματος διπλού πολυμερισμού / και τη συγκόλληση άξονα χωρίς τη χρήση επιπλέον άλλου παράγοντα.

Ενδείκνυται σε:

- Άμεσες αποκαταστάσεις χρησιμοποιώντας φωτοπολυμεριζόμενη σύνθετη ρητίνη
- Επικάλυψη κοιλοτήτων ως προετοιμασία τοποθέτησης έμμεσων αποκαταστάσεων
- Θεραπεία εκτεθειμένων ριζικών επιφανειών
- Στη συγκόλληση αξόνων και την κατασκευή κολοβωμάτων χρησιμοποιώντας την διπλού πολυμερισμού σύνθετη ρητίνη κολοβωμάτων CLEARFIL™ DC CORE PLUS
- Ενδοστοματικές επιδιορθώσεις κατεστραμμένων αποκαταστάσεων από κεραμικά, υβριδικά κεραμικά ή σύνθετη ρητίνη
- Κατασκευή κολοβωμάτων χρησιμοποιώντας φωτοπολυμεριζόμενη σύνθετη ρητίνη
- Επεξεργασία επιφανειών των προσθετικών αποκαταστάσεων από κεραμικά, υβριδικά κεραμικά ή σύνθετη ρητίνη
- Επικάλυψη της επιφάνειας των αξόνων

Γρήγορη και Απλή εφαρμογή:

1. Εφαρμόστε το συγκολλητικό για 10 δευτερόλεπτα.
2. Στεγνώστε με απαλό φύσημα αέρα για 5 δευτερόλεπτα (ο συγκολλητικός παράγοντας περιέχει αιθανόλη, η οποία μειώνει την ισχύ του δεσμού αν δε στεγνώσει κατάλληλα.
3. Φωτοπολυμερίστε για 10 δευτερόλεπτα. (χρόνος πολυμερισμό με λάμπα αλογόνου/ LED)

Συσκευασία

Διατίθεται σε σετ, περιλαμβάνει συγκολλητικό παράγοντα 5ml και παρελκόμενα.

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

Φθοριούχο βερνίκι εύκολης ροής για πρόσβαση σε δύσκολες περιοχές κινδύνου

Το Fluor Protector S είναι ένα φθοριούχο βερνίκι που προσφέρει ενισχυμένη προστασία από την τερηδόνα και τη διάβρωση των δοντιών. Οδοντίατροι και οδοντιατρικές ομάδες αξιολόγησαν το σύστημα βερνικιού Fluor Protector S σε σχετική έρευνα. Συνολικά, αξιολογήθηκαν 217 ερωτηματολόγια τα οποία φανέρωσαν ότι: Το Fluor Protector S πείθει τους χρήστες με τις ιδιότητές του.

Το προστατευτικό βερνίκι Fluor Protector S ρέει ομαλά σε περιοχές κινδύνου που είναι δύσκολα προσβάσιμες

Πάνω από τα τρία τέταρτα των ερωτηθέντων εμφανίστηκαν γενικά ικανοποιημένοι ή πολύ ικανοποιημένοι με τις ιδιότητες του φθοριούχου βερνικιού. Οι χρήστες το συνιστούν για την στοχευμένη επανασβεστίωση των αρχόμενων βλαβών (λευκές κηλίδες), την προστασία από τη διάβρωση, τη θεραπεία των ευαίσθητων δοντιών και των οδοντικών αυχένων καθώς και για την πρόληψη της τερηδόνας.

Ομαλή ροή και εύκολος χειρισμός

Η καλή ροή και οι ιδιότητες διαβροχής αναδείχθηκαν σε βασικό πλεονέκτημα του προστατευτικού βερνικιού.

Οι δύσκολα προσβάσιμες περιοχές κινδύνου όπως οι σχισμές, τα μεσοδόντια διαστήματα, οι εκτεθειμένοι αυχένες, οι πορώδεις επιφάνειες των δοντιών και οι περιοχές γύρω από τα άγκιστρα λαμβάνουν το φθόριο που χρειάζονται και αποκτούν βελτιωμένη προστασία.

Πάνω από το 80% των οδοντιάτρων και των οδοντιατρικών ομάδων που συμμετείχαν στην έρευνα δήλωσαν ευχαριστημένοι με την γρήγορη και απλή διαδικασία εφαρμογής.

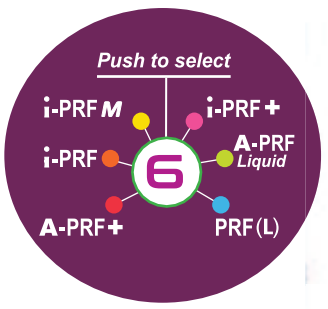
Πηγή: Έρευνα της Ivoclar Vivadent, 2016

CHOUKROUN PRF™ SYSTEM

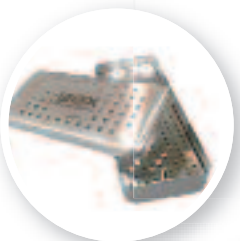
DUO Quattro

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

4 διαφορετικές εποχές για τα 6 νέα PRF πρωτόκολλα

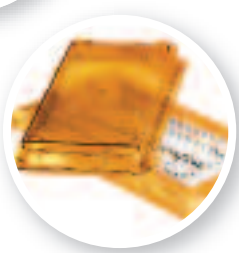


- Νέα συσκευή φυγοκεντρικής PRF DUO Quattro
- Ειδικά σχεδιασμένη για τα 6 διαφορετικά PRF πρωτόκολλα
- Διαθέτει πρόσθετη 7η θέση μετά το PRF (L) πρόγραμμα. Έχει θέση χειροκίνητης ρύθμισης ώστε να επιλέξετε και να αποθηκεύσετε τις παραμέτρους που επιθυμείτε.
- 2 χρονιά εγγύηση



Ενδείξεις

- Χειρουργική στόματος
  - Εμφυτευματολογία
  - Οστικά μοσχεύματα
  - Ανόρθωση ιγμορείου
  - Πλαστική χειρουργική μαλακών ιστών
  - Αποκατάσταση φατνίου
- Ορθοπεδική
- Αναγεννητική ιατρική
- Δερματολογία
- Αισθητική του προσώπου



Ιωάννης Τσαπράζης ΑΕ

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

Απεριόριστη Ευελιξία

Σύστημα NiTi HyFlex EDM με πρόσθετα μεγέθη ρινών που επιτρέπουν πιο ευέλικτη εφαρμογή

Λόγω της περιορισμένης πρόσβασης, οι ειδικοί της ενδοδοντίας συχνά επιθυμούν μεγαλύτερη ευελιξία από τα εργαλεία τους. Τα προ-καμπτόμενα εργαλεία μπορούν να επεκτείνουν τον ορίζοντα σε νέες διαστάσεις. Ιδιαίτερα σε περιορισμένο χώρο εργασίας, τα αρθρωτά συστήματα νικελίου-τιτανίου αποδεικνύουν την πλήρη αντοχή τους. Από δω και στο εξής, οι οδοντίατροι μπορούν να επιλέξουν από μια σειρά από πρόσθετα μεγέθη από ρίνες για μια ταχεία και ασφαλή μηχανική επεξεργασία ακόμη και στα πιο απομακρυσμένα μέρη του συστήματος ριζικών σωλήνων.

21 mm Ευκινησία

Με συνολικά επτά εξαιρετικά ευέλικτες παραλλαγές ρινών, η ελβετική εταιρεία COLTENE που ειδικεύεται στα οδοντιατρικά προϊόντα, επεκτείνει τώρα το ευρείας γκάμας πρόγραμμα HyFlex NiTi. Εκτός από τα συνήθη μήκη των 25 mm, όλα οι ρίνες προετοιμασίας της δημοφιλούς σειράς EDM διατίθενται τώρα και σε μήκος εργασίας 21 mm. Η εφαρμογή των πιο ευέλικτων και πιο κοντών μοντέλων συνιστάται ιδιαίτερα στη θεραπεία των οπίσθιων γομφίων και σε ασθενείς με κρανιο-γναθικές διαταραχές. Όντας περίπου στο μέγεθος ενός νομίσματος

πέντε λεπτών, οι νέες ρίνες HyFlex EDM επιτρέπουν την άνετη δουλειά σε ανεπαρκή χώρο μεταξύ των μασητικών επιφανειών. Η ασφαλής εργασία με τις προ-καμπτόμενες ρίνες NiTi γίνεται πλέον μια απλή υπόθεση.

Η νέα HyFlex EDM 20 / .05 ενισχύει την υπάρχουσα σειρά HyFley EDM. Η πρόσθετη ρίνη επιτρέπει στους οπαδούς της ευέλικτης σειράς NiTi να αντιμετωπίζουν τους καμπύλους ριζικούς σωλήνες μόνο με τις αποτελεσματικές ρίνες EDM. Αφού δημιουργηθεί η διαβατότητα με το Glidepathfile 10 / .05, η νέα ρίνη με την ίδια κλίση επιτρέπει την ελάχιστα επεμβατική, γρήγορη προετοιμασία του ριζικού σωλήνα. Ακολούθως, η πραγματική διαμόρφωση μπορεί να γίνει με τον συνηθισμένο τρόπο με την γενικής εφαρμογής ρίνη HyFlex EDM OneFile, μέγεθος 25. Ανάλογα με την ανατομία του ριζικού σωλήνα, η προετοιμασία μπορεί να ολοκληρωθεί με ρίνες EDM μέχρι το ISO μέγεθος 60.

Ακόμη και σε αυτά τα μεγάλα μεγέθη οι ρίνες λειτουργούν με ασφάλεια και χωρίς μεταφορά του κέντρου του καναλιού. Η καλή απόδοση κοπής και η αντοχή στην θραύση των εύκαμπτων ρινών NiTi, οφείλεται σε μια ειδική διαδικασία κατασκευής, η οποία είναι γνωστή ως «ηλεκτρική εκκένωση» (EDM σε συντομογραφία). Με βάση τις υψηλές επιδόσεις τους, είναι ιδανικές και για τους ενδοδοντολόγους και για τους γενικούς οδοντιάτρους που θέλουν να παράγουν αξιόπιστα αποτελέσματα με μειωμένο αριθμό ρινών.

Ποιος το δημιούργησε;

Η ελβετική εταιρεία COLTENE που ειδικεύεται στα οδοντιατρικά προϊόντα εισήγαγε τις ρίνες της HyFlex στην αγορά το 2010, δημιουργώντας τη νέα εποχή ρινών «Ελεγχόμενης Μνήμης» (CM), σε μια εποχή που άλλοι κατασκευαστές δεν γνώριζαν ακόμα τη διαφορά μεταξύ των ρινών σε μεταλλική φάση τιτανίου austenitic και μεταλλική φάση τιτανίου martensitic. Οι ρίνες HyFlex EDM επωφελούνται επίσης από τη λεγόμενη θεραπεία «CM» και μπορούν να συμπληρωθούν αρθρωτά με την κλασική σειρά HyFlex CM. Εκτός από αυτό, η ομάδα εμπειρογνωμόνων της COLTENE προσφέρει υποστήριξη στους ενδοδοντολόγους καθώς και στους γενικούς οδοντιάτρους, ώστε να μάθουν τον βέλτιστο χειρισμό καλά σχεδιασμένων βοηθημάτων εργασίας μέσα από μια μεγάλη ποικιλία πρακτικών επιδείξεων (hands-on workshop), εκπαιδευτικού υλικού και προσφορών προσωπικών υπηρεσιών.

Σχετικά με την COLTENE

Σήμερα, η COLTENE διαθέτει εγκαταστάσεις παραγωγής στην Ελβετία, τη Γερμανία, την Ουγγαρία, τη Βραζιλία και τις ΗΠΑ, καθώς και ένα παγκόσμιο δίκτυο πωλήσεων με δικούς της αντιπροσώπους και συνεργάτες διανομής. Οι οδοντίατροι και οι οδοντοτεχνίτες παγκοσμίως βασίζονται σε προϊόντα της COLTENE, τόσο για συμβατικές, όσο και για εμφυτευτικές θεραπείες και οδοντιατρική αναδόμηση.

Περισσότερες πληροφορίες σχετικά με την COLTENE και τα προϊόντα της διατίθενται στην ιστοσελίδα της εταιρείας, ***www.coltene.com.***

Η **Ακαδημία Κλινικής Οδοντιατρικής** διοργανώνει στην Αθήνα στις **9-11 Φεβρουαρίου 2018** το τριήμερο συνέδριο **Meet the Legends**, με προσκεκλημένους ομιλητές τους **Prof. Irena Sailer** και **Prof. Ivo Krejci**, από την Οδοντιατρική Σχολή του **Πανεπιστημίου της Γενεύης**.

Αναλυτικές πληροφορίες για το **πρόγραμμα** του συνεδρίου και το **βιογραφικό σημείωμα** των διακεκριμένων ομιλητών καθώς και τη **διαδικασία εγγραφής** μπορείτε να βρείτε στο: **http://www.akod.gr/mtl2018.**

Μία αξιοσημείωτη ιδιαιτερότητα που έχει καθιερωθεί στα συνέδρια **Meet the Legends**, είναι ότι οι ομιλητές θα κάνουν **ζωντανή επίδειξη των κλινικών τεχνικών**, που θα προβάλλεται με σύγχρονα οπτικοακουστικά μέσα, ώστε να μπορέσουν να την **παρακολουθήσουν όλοι οι σύνεδροι.**

Η Ακαδημία Κλινικής Οδοντιατρικής θα ήθελε να ευχαριστήσει ΘΕΡΜΑ τους κάτωθι χορηγούς, οι οποίοι θα διαθέσουν στους **πρώτους 250 συναδέλφους** που θα εγγραφούν στο συνέδριο **δωρεάν προϊόντα συνολικής αξίας 402,92 ευρώ:**

- **Coltène**
  Μία συσκευασία **Fill-UP! λεπτόρρευστης ρητίνης διπλού πολυμερισμού** για bulk óll άμεσες αποκαταστάσεις οπισθίων δοντιών της εταιρείας Coltène, προτεινόμενης αξίας 203,40 ευρώ.
- **Athens Oral Design - Γιώργος Ιωάννου**
  Μία μονολιθική στεφάνη ζιρκονίου για οπίσθιο δόντι, αξίας 140,00 ευρώ.
- **Dental Expert - Άννα Ελμάογλου**
  Ένα **σετ 12 διαμαντιών** για παρασκευές στεφανών ολικής κάλυψης της εταιρείας Swiss Diamonds, προτεινόμενης αξίας 59,52 ευρώ.

Το **κόστος συμμετοχής** στο συνέδριο έχει οριστεί σε:

250 ευρώ για οδοντιάτρους του νομού Αττικής.
225 ευρώ για μέλη της ΑΚΟ του νομού Αττικής.
200 ευρώ για οδοντιάτρους εκτός νομού Αττικής.
180 ευρώ για μέλη της ΑΚΟ εκτός νομού Αττικής.
135 ευρώ για προπτυχιακούς και μεταπτυχιακούς **φοιτητές**

Η **πώληση των εισιτηρίων** γίνεται μέσω **viva.gr** διαδικτυακά
https://www.viva.gr/tickets/seminars/divani-caravel/meet-the-legends-2018/ ή στο τηλέφωνο 11876.

Ευελπιστούμε ότι θα συμμετέχετε και εσείς σ' αυτό το συνέδριο, αξιοποιώντας την ευκαιρία, που παρουσιάζεται στην Ελλάδα, να μυηθείτε στην τέχνη των δύο αυτών **"θρύλων"** της Οδοντιατρικής.

DIVANI CARAVEL HOTEL

Το εργοστάσιο Dentsply Sirona παρουσιάζει τις δυνατότητες της συσκευής του διοδικού Laser, SiroLaser Blue, στο Συνέδριο WFLD στη Θεσσαλονίκη

Ένα από τα μεγαλύτερα επιστημονικά Συνέδρια στην οδοντιατρική με Laser έλαβε χώρα από τις 22-23 Σεπτεμβρίου στη Θεσσαλονίκη. Το 6ο Συνέδριο της World Federation for Laser Dentistry (WFLD) προσέφερε πλούσια θεματολογία σε παρουσιάσεις και workshops. Επίσης, οι συμμετέχοντες αντάλλαξαν πληροφορίες με συναδέλφους για την εξέλιξη και χρήση της τεχνολογίας Laser στην οδοντιατρική.

Ένα πλούσιο πρόγραμμα με πάνω από 100 παρουσιάσεις

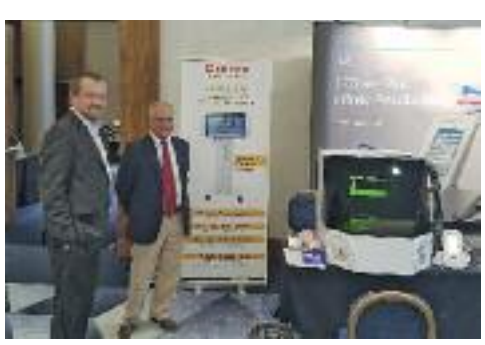
Το πλήθος των παρουσιάσεων στις 2 ημέρες του Συνεδρίου παρείχε στους πάνω από 400 παρευρισκόμενους από 35 χώρες όχι μόνο τις βασικές γνώσεις στο χώρο της οδοντιατρικής με laser αλλά και πιο λεπτομερείς γνώσεις σε σχέση με την ενδοδοντία, εμφυτευματολογία, περιοδοντολογία και ορθοδοντική. Το εργοστάσιο Dentsply Sirona συμμετείχε στην παράλληλη έκθεση ως Χρυσός Χορηγός της Εκδήλωσης. Πραγματοποιήθηκε workshop για το Sirolaser Blue, σε συνεργασία με την οδοντίατρο- περιοδοντολόγο Ιωάννα Καμμά.

Δοκιμή οδοντιάτρου με τη νέα συσκευή

Η κ. Καμμά, μοιράσθηκε την επιστημονική της εμπειρία με το Sirolaser Blue παρουσιάζοντας στους συμμετέχοντες του workshop μια γενική εικόνα των τριών μήκων κύματος της συσκευής: το νέο, μπλε μήκος κύματος (445 nm) κυρίως για τα χειρουργεία, το κόκκινο (660 nm) για τη βιοδιέγερση και θεραπεία πόνου και το υπέρυθρο (970 nm) για τη μείωση των μικροβίων στην ενδοδοντία και περιοδοντολογία.

«Για τη διαχείριση μαλακών ιστών στο χειρουργείο, το μήκος κύματος 445, χάρη στις ιδιότητές του, έχει εξαιρετικό αποτέλεσμα στην κοπή του ιστού με ελάχιστη αιμορραγία και εξαιρετική επούλωση του τραύματος», εξηγεί η κ. Καμμά μιλώντας για τα πλεονεκτήματα του μήκους κύματος 445 του Sirolaser blue.

Το SiroLaser Blue δεν έχει ακόμη επισήμως εγκριθεί για τη μείωση περιοδοντικών βακτηρίων, όμως η κ. Καμμά ανέφερε αυτή τη δυνατότητα βασιζόμενη στην ήδη υπάρχουσα βιβλιογραφία και προκαταρκτικά αποτελέσματα από τις δικές της κλινικές μελέτες: 'Το μήκος κύματος 445 φαίνεται να είναι ένα νέο, πολλά υποσχόμενο επικουρικό στοιχείο στην αντιμετώπιση της μη επεμβατικής με χειρουργείο χρόνιας περιοδοντίτιδας'.



Η παρουσία της Dentsply Sirona και της αντιπροσωπείας της, Dentica, στο χώρο της έκθεσης του Συνεδρίου.

EZ-Base

Η έξυπνη βάση τιτανίου από την MIS

Έξυπνα σχεδιασμένο το EZ-Base είναι μια βάση τιτανίου που χαρακτηρίζεται από έναν εύκολα προσβάσιμο αυλό κοχλίωσης για κοχλίωση της βίδας υπό μεγάλη γωνία.
Πρόσθιες και οπίσθιες αποκαταστάσεις απλοποιούνται, προσφέροντας μεγαλύτερη άνεση και ευελιξία.
Ειδικά σε πρόσθια εμφυτεύματα αποφεύγεται η κοχλίωση της βίδας από παρειακή θέση, μεταφέροντας την οπή γλωσσικά.
Ολοκληρωμένο σύστημα με ειδικές βίδες και κατσαβίδια που επιτρέπουν την άνετη και ασφαλή κοχλίωση του EZ-Base.
Διαθέσιμο για όλες τις προσθετικές πλατφόρμες και όλους τους τύπους εμφυτευμάτων MIS (εσωτερικό εξάγωνο και κωνική σύνδεση).
Όλες οι βιβλιοθήκες είναι ελεύθερες στην ιστοσελίδα της MIS: www.mis-implants.com
Για επιπλέον πληροφορίες, επικοινωνήστε με την εταιρεία ***ΝΕΓΡΙΝ IN Dental – 210 7711605***

Ώμορφες αποκαταστάσεις τώρα πιο εύκολα με 4 αποχρώσεις aura eASY

Φωτοπολυμεριζόμενη, ακτινοσκιερή, σύνθετη ρητίνη γενικής χρήσης.

eASY για εύκολο χειρισμό του υλικού και τοποθέτηση χωρίς κόπο

Η βελτιστοποιημένη, μη κολλώδης σύσταση της ρητίνης, καθιστά απλή την τοποθέτηση και τη διαμόρφωσή της. Επιπλέον, έχει **βάθος πολυμερισμού 3 mm.**

eASY για εύκολες και εκλεκτές αποκαταστάσεις

Συνδυάζει με μοναδικό τρόπο ενισχυτικό υλικό και ρητίνη, αποδίδοντας την αναγκαία αντοχή και αισθητική για αποκαταστάσεις μακράς διάρκειας.

2.21% — **Χαμηλή ογκομετρική συρρίκνωση**
Η ρητίνη **aura eASY** παρουσιάζει μειωμένη καταπόνηση, για αποκαταστάσεις μακράς διάρκειας.

115 MPa — **Άριστη αντοχή στην κάμψη**
Η ρητίνη **aura eASY** αντιστέκεται σε σοβαρές παραμορφώσεις χωρίς θρούση.

375 MPa — **Η υψηλή αντοχή στη συμπίεση**
Η ρητίνη **aura eASY** αντιστέκεται στις δυνάμεις υψηλής συμπίεσης μέσα στο στόμα.

A1/B1 = ae1	
A2/B2 = ae2	
A3/B3 = ae3	
A3.5/B4 = ae4	

Με ισοπέχουσες αποχρώσεις στο φάσμα καρεσμού του χρώματος, τις οποίες μπορείτε να αντιστοιχίσετε εύκολα με μια απάχρωση Vita, η σύνθετη ρητίνη **eASY** της **aura** απλοποιεί την εξαταμίκευση αποχρώσεων για τις περισσότερες από τις καθημερινές σας ανάγκες.

Μιλτιάδης Βιτσαρόπουλος Α.Ε.

ΚΕΝΤΡΙΚΑ
Μεσογείων 348, 153 41 Αγ. Παρασκευή, Αθήνα
Τηλ: 210 65 41 340, **Fax:** 210 65 41 618
e-mail: info@vitsaropoulos.gr

ΥΠΟΚΑΤΑΣΤΗΜΑ
Θειδιππίδου 55, 115 27 Γουδή
Τηλ: 210 77 95 747

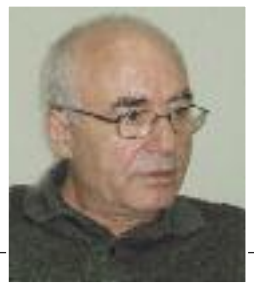
www.vitsaropoulos.gr
www.facebook.com/vitsaropoulos

SDI
Your Smile. Our Vision.
www.sdi.com.au

Πρακτικά Μαθήματα Ενδοδοντίας

€117

ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΙΚΟ ΒΗΜΑ
Τηλ. **210 3814 939**



Αναζήτησεις Λόγου και Τέχνης

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

Έλληνες Ποιητές 19ου αιώνα 3

Γεώργιος Σουρρής
(1852 -1919)

Γεννήθηκε το 1853 στην Ερμούπολη της Σύρου. Η οικογένειά του ήταν εύπορη και ο πατέρας του ήθελε να τον κάνει παπά. Όταν η οικογένειά του χρεοκόπησε, ο πατέρας του τον έστειλε υπάλληλο στο κατάστημα ενός θείου του σιτέμπορου στη Ρωσία. Ο Σουρής όμως, ξεκίνησε να γράφει κρυφά τους στίχους του στα κατάστιχα και μετά από δύο μήνες αποχώρησε. Όταν ήλθε στην Αθήνα γράφτηκε στη Φιλοσοφική Σχολή του Πανεπιστημίου Αθηνών. Ωστόσο, δεν κατόρθωσε να πάρει πτυχίο μετά την απόρριψή του από τον καθηγητή του Σιμτέλο στο μάθημα της μετρικής, κατ΄ άλλους στα Λατινικά, γεγονός που του στοίχισε πολύ όπως διαπιστώνεται στους εκδικητικούς του στίχους. Για να βγάλει τον επιούσιο παρέδιδε μαθήματα και δημοσιογραφούσε.

Όπως σημείωνε τότε ο Σπύρος Μελάς, ο Σουρής είχε πλούσια πνευματικά προσόντα και πλούτο γνώσεων με συνέπεια να καταστεί εξαίρετος δημοσιογράφος της έμμετρης σάτιρας των γεγονότων της εποχής. Οι πρώτοι σατιρικοί του στίχοι δημοσιεύτηκαν στα περιοδικά «Ασμοδαίος», «Μή χάνεσαι» του Βλάση Γαβριηλίδη και «Ραμπαγάς».

Στις 2 Απριλίου 1883, σε ηλικία 30 ετών έβγαλε το πρώτο φύλλο της εφημερίδας του, που ο Γεώργιος Δροσίνης τη βάφτισε «Ο Ρωμηός», που ήταν μια έμμετρη εβδομαδιαία σατιρική εφημερίδα. Τον Αύγουστο έδωσε εξετάσεις στο Πανεπιστήμιο, αλλά κόπηκε «μετά πολλών επαίνων», όπως σατιρίζει, στη μετρική. Ο «Ρωμηός» κυκλοφόρησε ως τις 17 Νοεμβρίου 1918 (τελευταίο φύλλο), λίγο πριν το θάνατο του Σουρή, για 36 χρόνια και 8 μήνες, σε 1.444 συνολικά τεύχη και 2 παραρτήματα. Το 1900, στο Δημοτικό Θέατρο των Αθηνών, παρουσιάστηκαν με επιτυχία οι «Νεφέλες» του Αριστοφάνους, σε έμμετρη απόδοσή του. Έγραψε και αρκετές έμμετρες κωμωδίες, οι οποίες καυτηρίαζαν τα κακώς κείμενα της εποχής.

Χαρακτηριστικά του έργου του

Το έργο του χαρακτηριζόταν από την ποιητική του γονιμότητα και την πληθώρα των στίχων του. Έγραφε πάντα καλοπροαίρετα σχολιάζοντας το λαό, τους άρχοντες, τους Βασιλείς, χωρίς ωστόσο να βρίζει. Συχνά αυτοσαρκαζόταν και έξοχο δείγμα αυτοσαρκασμού είναι το ποίημα «Η Ζωγραφιά μου». Η γλώσσα του είναι μικτή. Χρησιμοποιεί πολύ τη δημοτική, αλλά συχνά στα ποιήματά του υπάρχουν αρκετές λόγιες λέξεις και φράσεις, για λόγους είτε μετρικούς είτε σατιρικούς. Είχε άλλωστε συγκρουστεί εντονότατα με τον Γιάννη Ψυχάρη και τους μαχητικούς δημοτικιστές των αρχών του 20ού αιώνα. Βεβαίως, κάποιοι τον είπαν στιχοπλόκο και κατηγόρησαν το έργο του υποστηρίζοντας πως στερείται ποιητικής αξίας ή ότι είναι εντελώς επιφανειακό.

Ο Σουρής προτάθηκε 5 χρονιές για το Νόμπελ Λογοτεχνίας:

Το 1907, από 9 μέλη της Ένωσης Ελλήνων Καλλιτεχνών, τον καθηγητή Φιλολογίας και Πρύτανη του Πανεπιστημίου Αθηνών Γεώργιο Χατζιδάκη, τον Πρόεδρο της Βουλής Νικόλαο Λεβίδη με άλλους 100 βουλευτές.

Το 1908 (η πρόταση του 1908 φέρει δυσανάγνωστη υπογραφή).

Το 1909, από τον Φιλολογικό Όμιλο «Παρνασσό» και τους Δημήτριο Πατσόπουλο και Παύλο Καρολίδη.

Το 1911, από την Ελληνική Φιλολογική Εταιρεία (με έδρα την Κωνσταντινούπολη)

Το 1912, ξανά από τον Γεώργιο Χατζιδάκη.

Οικογένεια

Ο Γ. Σουρής παντρεύτηκε το 1881, σε ηλικία 28 ετών την Μαρή Κωνσταντινίδη, από τη Χίο, του γένους Αργέντη Ροδοκανάκη, με την οποία και πέρασε μια ευτυχισμένη ζωή αποκτώντας πέντε παιδιά. Η γυναίκα του επέμενε πως είχε έξι, συμπεριλαμβάνοντας και τον σύζυγό της που «καθώς ήταν αδέξιος και ανέμελος» είχε πραγματική ανάγκη μητρικής στοργής και φροντίδας.

Ο Γ. Σουρής πέθανε το 1919 στο Νέο Φάληρο και κηδεύτηκε δημοσία δαπάνη με τιμές στρατηγού. Από τα πέντε του παιδιά ο Κρίτων και η Αλεξάνδρα δεν απέκτησαν παιδιά. Η Έλλη (Μοσχονά) έζησε στην Αγγλία όπου απέκτησε τρία παιδιά, την Μαρί (άκληρη), τον Χαράλαμπο (άκληρος)και την Λητώ (Carathers) που απέκτησε μια κόρη (εν ζωή) την Jill που ζει στην Αγγλία. Η Ηρώ (Χαλμούκου) απέκτησε δύο παιδιά την Ναυσικά και τον Τάκη που δεν απέκτησαν παιδιά. Η Μυρτώ παντρεύτηκε τον Νικόλαο Δουμπιώτη (της οικογένειας των αγωνιστών από τα Δουμπιά Χαλκιδικής),τον μετέπειτα γνωστό Μακεδονομάχο Καπετάν Αμύντα (και μετέπειτα στρατηγό). Απέκτησαν δύο παιδιά, τον Ιωάννη και την Ελισάβετ. Ο Ιωάννης κατετάγη εθελοντής στον Ελληνοϊταλικό πόλεμο και «χάθηκε» στο Αλβανικό μέτωπο. Η Ελισάβετ (Γιαννακοπούλου) απέκτησε δύο παιδιά, τον Δημήτριο και τον Νικόλαο. Και οι δύο ζουν στην Αθήνα και έχουν ο μεν Δημήτριος τρία παιδιά (Αλέξης, Φίλιππος, Βεατρίκη), ο δε Νικόλαος τρία παιδιά (Ελισάβετ, Σμαράγδα, Γεώργιος).

Ποιήματα

- Ἡ ζωγραφιά μου
- Νὰ ἤμουν παππούς
- Ὁ παιχνιδιάρης
- Τὸ παραπαῖον γῆρας
- Καὶ ὅμως!
- Τεμπελιά
- Στὸν ἴσκιο μου
- Οἱ ἥρωες
- Ὁ Ῥωμηός
- Ὁ Ῥωμηὸς στὸν Παράδεισο
- Ὁ Φασουλῆς φιλόσοφος
- Λίγο Μελάνι...
- Στὴ γυναῖκα μου
- Εἰς τὰ θεμέλια τοῦ φρενοκομείου
- Ἀρχηγοί
- Παράπονα Φαντάρου
- Ὁ σκαρτάδος
- Ὀλυμπιακοὶ ἀγῶνες 1896
- Ἀνθολογία τῆς φωτιᾶς
- Ἀνθολογία τῆς Οἰκονομίας

Στὸν ἴσκιο μου

Βρὲ ἴσκιε μου γιατί μ᾽ ἀκολουθεῖς;
Δὲ μ᾽ ἀφήνεις μόνο μου νὰ τρέχω;
Βρὲ ἴσκιε μου, δὲ πᾶς νὰ μοῦ χαθεῖς,
πρέπει κι ἐσένα σύντροφο νὰ ἔχω;
Πότε στραβὸ σὲ βλέπω πότε ἴσο,
πότε μακρὺ σὰ σούβλα, πότε νᾶνο,
τὴ μιὰ πηγαίνεις μπρός, τὴν ἄλλη πίσω
σὲ ἀπαντῶ ἐδῶ, ἐκεῖ σὲ χάνω.
Χωρὶς νὰ βλέπεις, πιάνεις ὅτι πιάνω,
μὲ ὁδηγεῖς ἀλλὰ καὶ σ᾽ ὁδηγῶ.
Καὶ τέλος πάντων κάνεις ὅτι κάνω
καὶ εἶσαι ἄλλος, δεύτερος, ἐγώ.
Βρὲ ἴσκιε μου, γιατί μ᾽ ἀκολουθεῖς;
Βρὲ ἴσκιε μου δὲ πᾶς νὰ μοῦ χαθεῖς...
Σὲ ἀπαντῶ στὸ σπίτι καὶ στὸ δρόμο
καὶ μοῦ γεννᾷς πολλὲς φορὲς τὸν τρόμο.

Γεώργιος Δροσίνης
(1859 – 1951)

Ο ποιητής, πεζογράφος και δημοσιογράφος Γεώργιος Δροσίνης γεννήθηκε στις 9 Δεκεμβρίου 1859, σ' ένα αρχοντικό της Πλάκας. Καταγόταν από οικογένεια αγωνιστών του Μεσολογγίου. Χάρη στη φιλομάθειά του, αλλά και στις οικονομικές δυνατότητες που είχαν οι γονείς του, σπούδασε νομικά και φιλολογία στο Πανεπιστήμιο της Αθήνας και στη συνέχεια Ιστορία της Τέχνης στη Λειψία, στη Δρέσδη και στο Βερολίνο.

Από το 1889 ως το 1897 υπήρξε διευθυντής του περιοδικού Εστία, που ο ίδιος μετέτρεψε σε εφημερίδα το 1894. Την ίδια περίοδο ίδρυσε και διηύθυνε τα περιοδικά Εθνική Αγωγή και Μελέτη, καθώς και το ετήσιο Ημερολόγιον της Μεγάλης Ελλάδος. Το 1899 μαζί με τον Δημήτριο Βικέλα ίδρυσαν το Σύλλογο προς διάδοσιν ωφελίμων βιβλίων, που εξέδωσε λογοτεχνικά έργα, λαογραφικές και άλλες μελέτες. Το 1901 ίδρυσε τις σχολικές βιβλιοθήκες

και το 1908 το εκπαιδευτικό μουσείο. Συνέβαλε, επίσης, στην ανέγερση του Οίκου Τυφλών, της Σεβαστοπούλειας Επαγγελματικής Σχολής και της Ελληνικής Λαογραφικής Εταιρίας.
Από το 1914 ως το 1923 διετέλεσε τμηματάρχης Δημοτικής Εκπαίδευσης του Υπουργείου Παιδείας, συμβάλλοντας ουσιαστικά στη σύνταξη του Ιστορικού Λεξικού της Ελληνικής Γλώσσας και στην εφαρμογή του εκπαιδευτικού προγράμματος του Ελευθέριου Βενιζέλου.
Το 1924, υπό τη διεύθυνσή του, οργανώθηκε το Μουσείο Κοσμητικών Τεχνών. Έγινε τακτικό μέλος της Ακαδημίας Αθηνών από την ίδρυσή της το 1926, διατέλεσε ο πρώτος Γραμματέας των Δημοσιευμάτων του Ιδρύματος (1926-1928) και τιμήθηκε με το Αριστείο των Γραμμάτων και Τεχνών.
Στο χώρο της λογοτεχνίας πρωτοεμφανίστηκε το 1879 με ποιήματά του στα περιοδικά Ραμπαγάς και Μη Χάνεσαι. Ένα χρόνο αργότερα κυκλοφόρησε η πρώτη του ποιητική συλλογή υπό τον τίτλο Ιστοί Αράχνης, η σταδιοδρομία του, όμως, ως νέου ποιητή άρχισε το 1884 με τη συλλογή Ειδύλλια.
Ποιητής της νέας αθηναϊκής σχολής -όπως και ο Κωστής Παλαμάς, με τον οποίο υπήρξε στενός φίλος- χρησιμοποίησε τη δημοτική γλώσσα από τις πρώτες του δημιουργίες και άντλησε στοιχεία από τα δημοτικά τραγούδια και τη λαϊκή παράδοση. Ως πεζογράφος, χρησιμοποίησε αρχικά την καθαρεύουσα, για να στραφεί κι εκεί αργότερα στη δημοτική, με το διήγημά του Το βοτάνι της αγάπης (1901).
Ο αιωνόβιος Γεώργιος Δροσίνης, ο ερημίτης του θαλερού προαστίου της Κηφισιάς, θαλερός ως τα τελευταία του, ρομαντικός, ωραιόπαθος, καλοσυνάτος, ο ποιητής της γαλήνης, ζώντας μακριά από τον ταραγμένο κόσμο των άλλων ανθρώπων, στο δικό του ανθισμένο κόσμο της φαντασίας και του ωραίου, πέθανε γεμάτος χρόνια και τιμές. Είναι ο τελευταίος της γενεάς του μετά τον Πολέμη, τον Προβελέγγιο και τον Παλαμά, που φεύγει από τη ζωή, αφού την είχε αφιερώσει ολόκληρη στην ποίηση, στην πεζογραφία, στην παιδεία – και στη μόρφωση του λαού.
Ο Δροσίνης έμεινε ένας συναισθηματικός ποιητής και πεζογράφος, ένας ειδυλλιακός λάτρης της Φύσης και της γυναίκας, που δε νοιάστηκε για κανένα από τα γενικότερα προβλήματα του καιρού του, μα στάθηκε πάντα του απομονωμένος στον εαυτό του και πάντοτε ερημίτης, χωρίς αυτή η απομόνωση να του εμποδίσει σ' άλλα πεδία μια δράση αποδοτική και φιλοπρόοδη.
Η «Ανθισμένη αμυγδαλιά» του είναι από τα τραγούδια, που δεν θα ξεχαστούν. Οι πρώτες στροφές του «ύμνου εις την Ελευθερίαν» του Σολωμού, η «Ανεμώνη» του Βιζυηνού και η «Αμυγδαλιά» του Δροσίνη γίνανε κτήμα του λαού – όχι μονάχα για τη μουσική του».
Το ποίημα αυτό, «Ανθισμένη αμυγδαλιά», ο Γεώργιος Δροσίνης το έγραψε σε νεαρή ηλικία όταν ακόμη δημοσίευε τους στίχους του με το ψευδώνυμο Αράχνη για μια χαριτωμένη μαθήτρια του Αρσακείου, εξαδέλφη του, τη Δροσίνα Δροσίνη. Ο Γιώργος Δροσίνης φιλοξενούμενος στο σπίτι της, ένα πρωί άνοιξε το παράθυρο του δωματίου του να μπει φως και είδε την ξαδέλφη του να κάθεται στον κήπο κάτω από ένα ανθισμένο δέντρο, το οποίο ήταν όμως νεραντζιά. Η κοπέλα κούνησε την ανθισμένη νεραντζιά του κήπου και έπεσαν τα άνθη επάνω της. Αυτή η σκηνή ενέπνευσε τον ποιητή.
Όπως αναφέρεται συνθέτης του τραγουδιού «ήταν ο Γεώργιος (Τζώρτζης) Κωστής (1871-1959), ράπτης το επάγγελμα που πέθανε ληστμονημένος στο Άργος, μετά τους σεισμούς της Ζακύνθου. Εκείνο που ίσως έχει και κάποια ιστορική αξία είναι το γεγονός ότι ο άσημος συνθέτης του, το μελοποίησε κατά τη διάρκεια της επιστράτευσης του 1885 με αποτέλεσμα πολύ γρήγορα να διαδοθεί από τους στρατιώτες σε όλη την Ελλάδα
Πέθανε στις 3 Ιανουαρίου 1951, στην Κηφισιά.

Ποιήματα
- Ἡ Πατρίδα μας
- Χῶμα ἑλληνικό
- Τὰ πρωτοβρόχια
- Ἡ ψαρόβαρκα
- Τῆς κοπέλλας τὸ νερό
- Ἡ θάλασσα καὶ τὰ ποτάμια
- Ἡ μυγδαλιά
- Ἡ ξενούλα
- Τὸ φτάσιμο
- Νύχτα Χριστουγεννιάτικη
- Ὁ Δικέφαλος
- Ἑσπερινός
- Βαθιά, τὴ νύχτα
- Ἀπὸ τὰ «Φωτερὰ Σκοτάδια»
- Ἡ ἁμαρτωλή
- Τὸ σπίτι σου
- Ὁ Ἥλιος καὶ ὁ Ἀέρας
- Ἐν Τήνῳ (πεζό)
- Ὁ βιολιστής (πεζό)

Ἡ μυγδαλιά

Ἐκούνησε τὴν ἀνθισμένη μυγδαλιὰ
μὲ τὰ χεράκια της
κι ἐγέμισε ἀπὸ ἄνθη ἡ πλάτη, ἡ ἀγκαλιὰ
καὶ τὰ μαλλάκια της.
Ἄχ! χιονισμένη σὰν τὴν εἶδα τὴν τρελλὴ
γλυκὰ τὴ φίλησα,
τῆς τίναξα τὰ ἄνθη ἀπ᾽ τὴν κεφαλὴ
κι ἔτσι τῆς μίλησα:
-Τρελλὴ νὰ φέρεις στὰ μαλλιά σου τὴ χιονιὰ
τὶ τόσο βιάζεσαι;
Μόνη της θὲ νὰ ῾ρθεῖ ἡ βαρυχειμωνιά,
δὲν τὸ στοχάζεσαι;
Τοῦ κάκου τότε θὰ θυμᾶσαι τὰ παλιὰ
τὰ παιχνιδάκια σου,
κοντὴ γριούλα μὲ τὰ κάτασπρα μαλλιὰ
καὶ τὰ γυαλάκια σου.

SR IvoBase: Όταν μια τεχνολογία αιχμής, «δικαιώνει» το όραμα μιας μικρής επιχείρησης

Μπορεί άραγε ένα μικρό εργαστήριο οδοντικής τεχνολογίας να προσφέρει υψηλής ποιότητας εργασίες στο κομμάτι της κινητής προσθετικής; Η απάντηση είναι σίγουρα ναι, αν διοικείται από ανθρώπους με διαρκές όραμα για την εξέλιξη της δουλειάς τους που δεν φοβούνται να πειραματιστούν με νέα συστήματα και τεχνολογίες. Το «ΟΒ» είχε την χαρά να επισκεφθεί τον οδοντοτεχνίτη, κ. Ιορδάνη Καναρίδη, στο εργαστήριο του στην Αγία Βαρβάρα (Αιγάλεω), ο οποίος παρακινούμενος από την έντονη ανάγκη του να προσφέρει τη καλύτερη δυνατή ποιότητα στους συνεργάτες του, αποφάσισε να επενδύσει στην τεχνολογία του SR IvoBase που φέρει την σφραγίδα εγγύησης της Ivoclar Vivadent. Ο κ. Καναρίδης μας εξηγεί γιατί το SR IvoBase «αποτελεί το κορυφαίο σύστημα για την κινητή προσθετική» και πώς μέσα από αυτή την «επένδυση» οι ειδικοί μπορούν να αλλάξουν την ποιότητα ζωής των ασθενών τους, εκσυγχρονίζοντας παράλληλα την εικόνα του ιατρείου τους. Και όταν η συζήτηση πηγαίνει στο πώς μια μικρή επιχείρηση μπορεί να αντέξει το οικονομικό βάρος της επένδυσης σε τεχνολογίες αιχμής, μας απαντά ότι πάντα η καλύτερη απόσβεση είναι το χαμόγελο ενός ικανοποιημένου ασθενή.

Συνέντευξη στην **Ηλιάνα Γιαννούλη** δημοσιογράφο

Ποια ήταν τα προβλήματα που αντιμετωπίζατε στην καθημερινή ροή εργασίας, τα οποία σας οδήγησαν στο να «επενδύσετε» στην τεχνολογία του SR IvoBase system;

Ασχολούμαι με την κινητή προσθετική 15 χρόνια, είναι ένα κομμάτι που μ' αρέσει πολύ και δούλευα το κλασικό σύστημα που χρησιμοποιούσαν όλα τα εργαστήρια. Προσπαθούσα με νέες τεχνικές να το βελτιώσω, να το εξελίξω, ώσπου κάποια στιγμή συνειδητοποίησα ότι οι δυνατότητες που σου προσφέρει αυτό το σύστημα έχουν ένα όριο. Όσο καλός κι αν είσαι, όσο και να θες να δώσεις αυτό το κάτι παραπάνω, αντιλαμβάνεσαι ότι υπάρχει ένα συγκεκριμένο πλαίσιο εντός του οποίου μπορείς να κινηθείς.

Η ανάγκη μου λοιπόν, για καλύτερη ποιότητα στην κινητή προσθετική με οδήγησε στο σύστημα SR IvoBase της Ivoclar Vivadent. Ήδη γνώριζα το προηγούμενο σύστημα της Ivoclar Vivadent, το SR Ivocap, αλλά θεωρώ ότι ήταν πιο πολύπλοκο. Πιστεύω λοιπόν, ότι με το SR IvoBase, η Εταιρεία δούλεψε πάνω σε αυτό το κομμάτι της πολυπλοκότητας και κατασκεύασε ένα πολύ πιο απλό και φιλικό προς το χρήστη σύστημα, το οποίο λειτουργεί κυριολεκτικά με «ένα κουμπί», όπως λέει και η ίδια η εταιρεία.

Πόσο καιρό χρησιμοποιείτε αυτό το σύστημα και πώς πιστεύετε ότι έχει βελτιώσει την καθημερινή σας εργασία; Μπορείτε να δώσετε ένα απλό παράδειγμα στους συναδέλφους/αναγνώστες μας;

Έχω αγοράσει αυτό το σύστημα από το Μάιο του 2017 και έπειτα από κάποιο διάστημα δοκιμών στο εργαστήριο προκειμένου να εξοικειωθώ με την τεχνολογία, άρχισα να το δουλεύω συστηματικά από τον Ιούνιο. Ξέρετε, πάντα με ενοχλούσε η πεποίθηση, που είχε καλλιεργηθεί τόσο στους κύκλους των ασθενών όσο και μεταξύ μελών της οδοντιατρικής κοινότητας, ότι προκειμένου να κατασκευαστεί μια οδοντοστοιχία ο οδοντίατρος και ο ασθενής θα πρέπει αναγκαστικά να εμπλακούν σε μια διαδικασία δοκιμών, βελτιώσεων, επαναπροσαρμογών, κ.ο.κ., που θα μπορούσε να διαρκέσει μέχρι και δύο μήνες. Δηλαδή, να μπουν σε μια διαδικασία που μεταφράζεται σε περισσότερες ώρες εργασίας για τον οδοντίατρο και σε δυσαρεστημένους ασθενείς, οι οποίοι προσέρχονταν στον οδοντίατρο με υπερπιέσεις και πληγές στο στόμα, μέχρι να ρυθμιστεί σωστά η οδοντοστοιχία τους.

Νομίζω ότι αυτό το σύστημα αποδεικνύει στην πράξη ότι υπάρχει και άλλος «δρόμος», καθώς βελτιώνει τους χρόνους εργασίας του οδοντιάτρου, και ταυτόχρονα περιορίζει στο ελάχιστο την ταλαιπωρία του ασθενούς. Αυτό που σου προσφέρει αυτό το σύστημα, ειλικρινά δεν το περίμενα. Είχα δει τη φιλοσοφία του, ήξερα και περίμενα ότι θα βελτιωθούν κάποια πράγματα, αλλά σίγουρα το τελικό αποτέλεσμα ξεπερνά κάθε προσδοκία.

Ο κ. Καναρίδης μας υποδέχτηκε στο εργαστήριό του και με πολύ ενθουσιασμό μας μίλησε για τα πλεονεκτήματα του SR IvoBase.

Και ποιο είναι το τελικό αποτέλεσμα;

Ειλικρινά, «αναζητούμε» τους ασθενείς! Μετά την τοποθέτηση της οδοντοστοιχίας «εξαφανίζονται», καθώς δεν χρειάζεται πλέον καμία προσαρμογή. Για παράδειγμα, σε ένα πολύ δύσκολο περιστατικό, όπου ο ασθενής είχε χάσει κάθετη διάσταση, δεν είχε σύγκλειση, δημιουργήθηκε ολική άνω, με δύο στηρίγματα κάτω-γεγονός που απαιτεί κάποιο χρόνο προσαρμογής από τον ασθενή-, μιλάω με τον οδοντίατρο και με ενημερώνει ότι μετά την τοποθέτηση ο ασθενής δεν ένιωθε καμία ενόχληση, οπότε δεν υπήρξε ανάγκη κάποιας επαναληπτικής συνεδρίας. Και ξαφνικά νιώθεις ότι αυτό που οραματίζεσαι, έχει πλέον γίνει πραγματικότητα. Κι αυτό βέβαια σε γεμίζει μεγάλη ικανοποίηση και χαρά.

Ποια είναι η ανατροφοδότηση που λαμβάνετε από τους συνεργάτες σας;

Εγώ αισθάνομαι τυχερός σε αυτό το κομμάτι, γιατί οι συνεργάτες μου με εμπιστεύονται απόλυτα. Δουλεύω αποκλειστικά αυτό το σύστημα από τη στιγμή που το έφερα στο εργαστήριο, έχοντας πλέον κατασκευάσει πολλές οδοντοστοιχίες με αυτή την τεχνολογία. Πραγματικά, όσοι οδοντίατροι είδαν το αποτέλεσμα στην πράξη, δικαίωσαν τον ενθουσιασμό μου για αυτό το σύστημα. Πιστεύω όμως γενικά ότι οι κλινικοί, έχουν πάρει από φόβο το σύστημα. Θεωρούν ότι θα χρειαστεί ν' αλλάξουν την καθημερινότητα του ιατρείου τους και από εκεί που χρειάζονταν μια απλή καταγραφή για μια ολική, θα αναγκαστούν να αφιερώσουν πολύ περισσότερο χρόνο. Αυτός είναι ο βασικός λόγος που διστάζουν να το δοκιμάσουν.

Πρέπει να τους δείξουμε ότι είναι ένα απλό σύστημα, το οποίο δεν απαιτεί καμία αλλαγή στην καθημερινότητα της δουλειάς τους. Με λίγα λόγια, χωρίς να αλλάξει ο οδοντίατρος την καθημερινότητα του ιατρείου, αλλάζει την ποιότητα ζωής του ασθενή του. Έτσι απλά.

Όπως σας ανέφερα και στην αρχή, το προσωπικό μου κίνητρο για να επενδύσω σε αυτή την τεχνολογία ήταν η ανάγκη μου να παρέχω την καλύτερη ποιότητα στην κινητή προσθετική στους συνεργάτες μου. Όταν είδα στην πράξη τις δυνατότητες που σου προσφέρει αυτή η νέα τεχνολογία, ενθουσιάστηκα τόσο που ένιωσα την ανάγκη να βγω και να το μοιραστώ με τους κλινικούς, να τους προτρέψω να δουλέψουν το σύστημα. Ας μου επιτρέψετε την έκφραση, αλλά πραγματικά εκτιμώ ότι αυτό το σύστημα είναι ένα πολύτιμο αγαθό στη δουλειά μας.

> Χωρίς να αλλάξει ο οδοντίατρος την καθημερινότητα του ιατρείου, αλλάζει την ποιότητα ζωής του ασθενή του!

Όσον αφορά εσάς, πώς έχει επηρεάσει τους ρυθμούς εργασίας στο εργαστήριο; Είναι πιο γρήγορο, πιο απαιτητικό στη χρήση;

Αυτό έχει να κάνει με τον κάθε τεχνίτη εξατομικευμένα. Σε κάποιον μπορεί να φαντάζει πιο δύσκολο. Για μένα, είναι πιο απλό και πιστεύω και πιο γρήγορο από το κλασικό σύστημα.

Και θα σας εξηγήσω αμέσως τι εννοώ. Μπορεί με το καινούριο σύστημα να ασχοληθώ λίγο περισσότερο χρόνο απ' ότι αν ακολουθούσα τη διαδικασία με το κλασικό μούφλο, όμως η τελική εργασία που θα παραδώσω δεν θα χρειαστεί καμιά αναπροσαρμογή.

Αντίθετα, με το κλασικό μοντέλο μπορεί να κερδίσεις μισή ώρα λιγότερης δουλειάς στο εργαστήριο σε πρώτη φάση, αλλά στη συνέχεια η εργασία σίγουρα θα σου επιστραφεί μία ή και περισσότερες φορές για επιδιορθώσεις. Αν λοιπόν, συνυπολογίσετε όλο αυτό το χρόνο που απαιτείται από την αρχική κατασκευή μέχρι να φτάσουμε στο σημείο η οδοντοστοιχία να εφαρμόζει τέλεια στον ασθενή, αντιλαμβάνεστε ότι με το κλασικό μοντέλο έχουμε μια εξαιρετικά χρονοβόρα διαδικασία που εσωκλείει και μεγαλύτερη ταλαιπωρία για τον ασθενή.

Το «value for money» αποτελεί το σύγχρονο δόγμα των ορθολογικών αγορών. Θα ήθελα το σχόλιό σας πάνω σε αυτή την επισήμανση, με αφορμή την απόφασή σας να επενδύσετε στο SR IvoBase.

Σίγουρα, η επένδυση αυτή είχε κάποιο κόστος, το οποίο αντιλαμβάνομαι ότι στη δύσκολη οικονομικά συγκυρία που διανύουμε θα μπορούσε να λειτουργήσει αποτρεπτικά. Ωστόσο, πέρα από την απόσβεση θα πρέπει να μας απασχολεί και η ποιότητα στη δουλειά μας. Αν «επενδύεις» πραγματικά στο αποτέλεσμα που προσφέρεις θα πρέπει πάντα να είσαι σε θέση να προσφέρεις τη καλύτερη δυνατή ποιότητα. Για μένα ήταν η καλύτερη επένδυση που έχω κάνει, γιατί θεωρώ ότι αυτή τη στιγμή το SR IvoBase είναι το κορυφαίο σύστημα για την κινητή προσθετική.

Στην ακίνητη προσθετική, στις ολοκεραμικές και μεταλλοκεραμικές, υπάρχει πληθώρα συστημάτων, με τα υπέρ και τα κατά τους, ώστε να επιλέξει κανείς εκείνο που ταιριάζει καλύτερα στην εργασία του. Αλλά, στην κινητή προσθετική το SR IvoBase είναι μονόδρομος. Και ειδικά στη χώρα μας, λόγω της κρίσης υπάρχει μια πολύ μεγάλη μερίδα ασθενών που μπορεί οικονομικά να ανταπεξέλθει μόνο στο κόστος μιας ολικής οδοντοστοιχίας. Μπορούμε και πρέπει και σε αυτούς τους ασθενείς, εκμεταλλευόμενοι τα πλεονεκτήματα της σύγχρονης τεχνολογίας, να προσφέρουμε την καλύτερη δυνατή ποιότητα στις τεχνητές οδοντοστοιχίες τους. Και το SR IvoBase είναι σύμμαχος μας σε αυτή την προσπάθεια.

dental 2018

20η | Πανελλήνια Οδοντιατρική & Οδοντοτεχνική Έκθεση

Υπο την αιγίδα

του Πανελλήνιου Συνδέσμου Εμπόρων και Εισαγωγέων Οδοντιατρικών Ειδών

ΔΙΟΡΓΑΝΩΣΗ

AGENDA AE
Πρωτόπαππα 67
κ Μεσολογγίου, Ηλιούπολη

Τηλ: +30 210 6147070
info@agendaworld.gr

18 - 20 ΜΑΪΟΥ 2018

Μεσογειακό Εκθεσιακό Κέντρο | M.E.C. Παιανίας | Λεωφ. Λαυρίου 301 Τ.Κ. 190 02 Παιανία Αττικής

www.expodent.gr

OptraGate®

Απωθητήρας χειλιών και παρειών χωρίς λάτεξ

Η άνετη λύση για καλύτερο πεδίο

ΝΕΟ: τώρα διαθέσιμο σε μπλέ και ροζ

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

www.ivoclarvivadent.gr

Επίσημοι διανομείς:

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

MEMODENT AE
- Βερανζέρου 4 / 106 77 Αθήνα / τηλ.: 210 330 4050 / www.memodent.gr

ivoclar vivadent®
passion vision innovation