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 | ΙΑΝΟΥΑΡΙΟΣ - ΦΕΒΡΟΥΑΡΙΟΣ 2018 | ΤΕΥΧΟΣ 120

Γυναίκες και Οδοντιατρική: Μια ιστορία συνεχιζόμενων διεκδικήσεων και προκλήσεων

Επιστήμη και Έρευνα: αμφότερες γένους θηλυκού, τουλάχιστον από πλευράς γραμματικής. Η ζώσα πραγματικότητα ωστόσο, αποδεικνύει ότι παρά τους γυναικείους αγώνες για την απόκτηση ίσων δικαιωμάτων στον κοινωνικό και επαγγελματικό βίο, οι μηχανισμοί που αναπαράγουν τα έμφυλα στερεότυπα και συντηρούν την άκριτη ανακύκλωσή τους, εξακολουθούν να κανοναρχούν την επιστημονική και κοινωνική ζωή.

Ασκείται άραγε η οδοντιατρική με διαφορετικούς τρόπους από άνδρες και γυναίκες, οι οποίοι υπαγορεύονται από τους κοινωνικούς τους ρόλους; Σε ποιες οδοντιατρικές ειδικότητες προσανατολίζονται οι γυναίκες και γιατί; Και τι γίνεται τελικά με τη θεωρία της «γυάλινης οροφής» (glass ceiling) που θέλει τις γυναίκες να μην αναρριχώνται στα υψηλότερα κλιμάκια της ακαδημαϊκής ιεραρχίας, ακόμη κι αν διαθέτουν τα ίδια τυπικά προσόντα με άνδρες συναδέλφους τους;

Σε αυτά τα ερωτήματα θα προσπαθήσουμε να απαντήσουμε, σκιαγραφώντας τη θέση της γυναίκας οδοντιάτρου μέσα από τη διεθνή βιβλιογραφία, ενώ θα επιχειρήσουμε παράλληλα μια πρώιμη αποτίμηση της εξέλιξης των Ελληνίδων οδοντιάτρων στην Ακαδημία, μέσα από την ποσοτική αποτύπωση των γυναικών μελών ΔΕΠ στις δύο Οδοντιατρικές Σχολές της χώρας.

Σελ. 4-10

ΕΛΣΤΑΤ: Σε πτωτική πορεία ο αριθμός των οδοντιάτρων στο σύνολο της χώρας

Μείωση παρουσιάζει ο συνολικός αριθμός οδοντιάτρων στο σύνολο της χώρας, καθώς σύμφωνα με την ετήσια έρευνα της ΕΛΣΤΑΤ, ο αριθμός των εγγεγραμμένων οδοντιάτρων στους συλλόγους της χώρας ανήλθε σε 13.225 άτομα το 2016, παρουσιάζοντας μείωση 0,6%, σε σχέση με το προηγούμενο έτος.

Αν μάλιστα, συγκρίνει κανείς τα δεδομένα με το 2009, χρονιά έναρξης της οικονομικής κρίσης, συνειδητοποιεί ότι μέσα σε αυτά τα χρόνια ο αριθμός των οδοντιάτρων ακολουθεί διαρκώς πτωτική πορεία, καθώς το 2009 οι εγγεγραμμένοι οδοντίατροι ανέρχονταν σε 14.774. Η έρευνα παρουσιάζει ενδιαφέροντα στοιχεία για τον αριθμό των οδοντιάτρων κατά περιφέρεια και φύλο, επιτρέποντας συγκρίσεις και συμπεράσματα σχετικά με την εξέλιξη του οδοντιατρικού πληθυσμού στη χώρα τα τελευταία χρόνια.

Σελ. 12

Η θεραπευτική προσέγγιση των λειτουργικών διαταραχών του στοματογναθικού συστήματος

Στο τεύχος 112 του Οδοντιατρικού Βήματος, υπό τον τίτλο «Η Μυθολογία του Νάρθηκα», δημοσιεύθηκε μία κριτική ανασκόπηση της βιβλιογραφίας, σχετικής με τους νόμους και του ρυθμούς που διέπουν τον τρόπο λειτουργίας τους, τη θεραπευτική τους δράση, τους τύπους κλπ. Στο παρόν άρθρο, ο Καθηγητής ΕΚΠΑ, κ. **Βύρων Δρούκας,** αναλύει και τα λοιπά θεραπευτικά μέσα και σχήματα, τα οποία σε συνδυασμό κατά περίπτωση με τους διαφόρους τύπους ναρθήκων που λεπτομερώς περιγράφηκαν, συναποτελούν ολοκληρωμένα το θεραπευτικό φάσμα της προσέγγισης των λειτουργικών διαταραχών του Στοματογναθικού συστήματος.

Σελ. 12-16

Λοιμώξεις στόματος από ιούς Coxsackies

Οι ιοί Coxsackies ταξινομούνται στην ομάδα των non-polio εντεροϊών και χωρίζονται σε δύο βασικούς τύπους, τον Α και τον Β, που περιλαμβάνουν συνολικά 64 υποτύπους. Στο σημερινό άρθρο του, ο Αν. Καθηγητής Στοματολογίας της Ιατρικής Σχολής ΕΚΠΑ, κ. **Γιώργος Λάσκαρης**, αναλύει τα τρία βασικά νοσήματα που προκαλούνται από ιούς Coxsackies στο στόμα: α) την νόσο Χειρών-Ποδών και Στόματος, β) την Ερπητική Κυνάγχη, και γ) την Οξεία Λεμφοοζώδη Φαρυγγίτιδα.

Οι βλάβες στο στόμα και στα 3 νοσήματα είναι συχνές και χαρακτηριστικές, και αποτελούν σταθερά, κλινικά, διαγνωστικά κριτήρια, γεγονός που υπογραμμίζει τη σημασία του ρόλου του Στοματολόγου στην έγκαιρη διάγνωση και των 3 νόσων για τη διασφάλιση της υγείας των ασθενών και την πρόληψη πιθανών επιπλοκών.

Σελ. 26

DENTAL 2018: Το μεγαλύτερο οδοντιατρικό γεγονός της χρονιάς ανοίγει τις πύλες του στο MEC Παιανίας από 18-20 Μαΐου

Η 20ή Πανελλήνια Οδοντιατρική και Οδοντοτεχνική Έκθεση, η DENTAL 2018, είναι και πάλι προ των πυλών και αναμένεται για μια ακόμη φορά να αποτελέσει το σημαντικότερο οδοντιατρικό γεγονός της χρονιάς. Η DENTAL 2018 θα πραγματοποιηθεί από την Παρασκευή 18 έως την Κυριακή 20 Μαΐου 2018 στο εκθεσιακό κέντρο MEC Παιανίας υπό την αιγίδα του Πανελλήνιου Συνδέσμου Εμπόρων Εισαγωγέων Οδοντιατρικών-Οδοντοτεχνικών Ειδών (ΠΣΕΕΟΟΕ). Το «ΟΒ» έχει την χαρά να φιλοξενεί την πρόεδρο του ΠΣΕΕΟΟΕ, κ. **Λία Παπάζογλου** σε μια συζήτηση αναφορικά με τους στόχους και τις καινοτομίες της φετινής διοργάνωσης.

Σελ. 20

Υβριδικές Αποκαταστάσεις Ολικού Τόξου

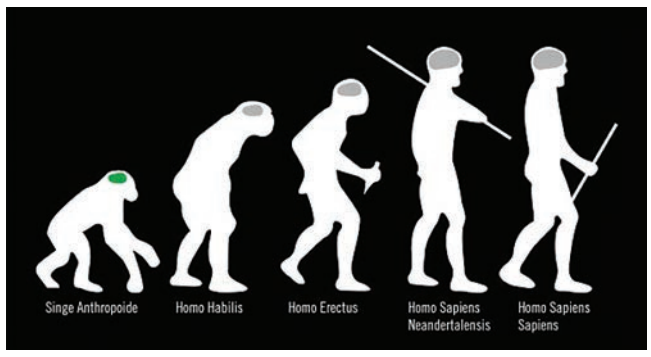
Ο όρος Υβριδικές Αποκαταστάσεις Ολικού Τόξου χρησιμοποιείται στην κλινική πράξη για να περιγράψει ακίνητες, κατά κανόνα κοχλιούμενες, αποκαταστάσεις της άνω ή της κάτω γνάθου. Επιπλέον, ο όρος «Υβριδικές» αναφέρεται έμμεσα και στο υλικό κατασκευής αυτών των αποκαταστάσεων, το οποίο αρχικά ήταν ένας συνδυασμός - υβρίδιο κλασικών υλικών ακίνητης και υλικών κινητής προσθετικής.

Οι αποκαταστάσεις αυτές μπορούν να κατασκευαστούν είτε σε επίπεδο εμφυτευμάτων (fixture level), είτε σε επίπεδο στηριγμάτων (abutments). Ο προεγχειρητικός σχεδιασμός μπορεί να πραγματοποιηθεί και οι διεγχειρητικοί οδηγοί μπορούν να κατασκευαστούν με διάφορα πρωτόκολλα, είτε αναλογικά είτε ψηφιακά, είτε για νωδούς είτε για ασθενείς με καταδικασμένο φραγμό. Επιπλέον η τοποθέτηση των εμφυτευμάτων μπορεί να πραγματοποιηθεί είτε πλήρως καθοδηγούμενα είτε με μη περιοριστικούς οδηγούς.

Ο στόχος είναι σε κάθε περίπτωση η τοποθέτηση ικανού αριθμού εμφυτευμάτων, με ικανοποιητική διασπορά για να υποστηρίζουν μια ακίνητη αποκατάσταση ολικού τόξου. Στο άρθρο που φιλοξενείται στη στήλη της ITI, παρουσιάζονται μέσα από φωτογραφικά στιγμιότυπα χρήσιμες συμβουλές για την επιτυχία των υβριδικών αποκαταστάσεων ολικού τόξου.

Σελ.18-19

ΠΟΣΟ ΟΡΘΟΣ ΕΙΝΑΙ Ο ΛΟΓΟΣ;



Ηρακλής Καρκαζής
Αναπληρωτής Καθηγητής
Κινητής Προσθετικής ΕΚΠΑ

Ο χαμένος στα βάθη της προϊστορίας επιτήδειος άνθρωπος, γνωστός και ως homo habilis, φαίνεται να μπορεί να συλλαμβάνει κάποιες αφηρημένες έννοιες μιας και παράγει λίθινα χρηστικά εργαλεία. Εκατοντάδες χιλιάδες χρόνια αργότερα, ο απόγονός του, ο όρθιος άνθρωπος (homo erectus), θα ανακαλύψει τη φωτιά, θα αναπτύξει σύνθετες στρατηγικές κυνηγιού και επιβίωσης και τελικά θα εγκαταλείψει την αφρικανική του κοιτίδα. Βαφτισμένος με διαφορετικά ονόματα θα εποικήσει την Ευρασία και στο τέλος της ιστορίας του, ο ευρωπαϊκός του κλάδος, (homo neanderthalensis), θα συνυπάρξει για μερικές χιλιάδες χρόνια με εμάς, τους εχέφρονες (sapiens), πριν οριστικά εξαφανισθεί.

Στην μακραίωνη αυτή πορεία και με τρομερή για τα δαρβινικά δεδομένα ταχύτητα, ο ανθρώπινος εγκέφαλος υπερβαίνοντας την τιμή της εξελικτικής αλλαγής, θα αποκτήσει τον φλοιό, την ανατομική δηλαδή υπερδομή που θα καθορίσει την ανάπτυξη της συμβολικής γλώσσας και την εγκατάσταση μιας συνείδησης ανώτερης τάξης. Ένα παράθυρο στον απέραντο νοητό κόσμο είχε μόλις ανοίξει. Το αυτοσυνείδητο εγώ και η γνώση του θανάτου θα πυροδοτήσουν τον στοχασμό για την ουσία και το επέκεινα, και στη διαδρομή της ιστορίας, σπουδαίες φιλοσοφικές προσεγγίσεις θα αναπτυχθούν. Από τον Πλατωνικό και Καρτεσιανό δυϊσμό στον απτό κόσμο της ύλης και στον σολιψισμό, σε μια αέναη προσπάθεια κατανόησης της νόησης. Πόσο ομαλά όμως έγιναν όλα αυτά;

Έχει υποστηριχθεί πως η εκρηκτική αναρρίχηση στην κορυφή του οικοσυστήματος, είχε ως κόστος τον προβληματικό συντονισμό ανάμεσα στις παλιές και νέες δομές του εγκεφάλου. Έτσι αρχαϊκές συγκινησιακές καταστάσεις όπως για παράδειγμα η οργή, ο φόβος, η απόλαυση και η φυγή εκπορευόμενες από το φυλογενετικά παλαιότερο τμήμα του εγκεφάλου, θα έπρεπε τώρα να συνεργαστούν με το νεώτερο φλοιό, υπεύθυνο για τις ανώτερες νοητικές λειτουργίες. Φαίνεται πως ο συντονισμός δεν είναι πάντα εφικτός και συνεπώς το αποτέλεσμα όχι πάντα προβλέψιμο. Στο νεανικό του έργο «η γέννηση της τραγωδίας» ο Νίτσε αποδίδει στον Απόλλωνα τον κόσμο της λογικής, της εγκράτειας και της ισορροπίας, δηλαδή τον απαστράπτοντα κόσμο του εγκεφαλικού φλοιού, ενώ στο Διόνυσο τον σκοτεινό κόσμο της παρόρμησης, της λαγνείας, και της μέθης, καταστάσεις χειραγωγούμενες από αρχαϊκότερες εγκεφαλικές δομές. Ο άνθρωπος δεν είναι παρά το μαρμαρένιο αλώνι της αέναης, μυθικής σύγκρουσης των αρχέγονων αυτών δυνάμεων. Η συμφιλίωση του Απόλλωνα με τον Διόνυσο θα είναι πάντα το ζητούμενο και ο ορθός λόγος μάλλον ουτοπία.

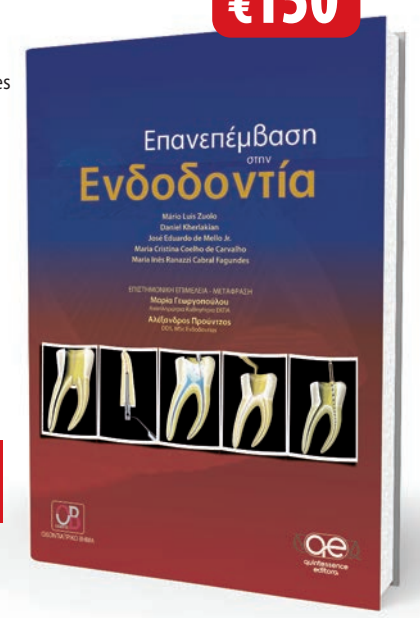
• Yuval Noah Harart. Sapiens. A brief history of humankind. Harvill Secker 2014.
• Friedrich Wilhelm Nietzsche Die Geburt der Tragoedie. Leipzig/ Verlag von E.W. Fritzsch. 1872

Επανεπέμβαση στην Ενδοδοντία

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

Επιστημονική επιμέλεια-Μετάφραση:
Μαρία Γεωργοπούλου
Καθηγήτρια ΕΚΠΑ
Αλέξανδρος Προύντζος
DDS, MSc Ενδοδοντίας

€150



+ Δώρο
Λεξικό Ενδοδοντολογικών Όρων

Πρακτικά Μαθήματα Ενδοδοντίας

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

Επιστημονική επιμέλεια:
Γιώργος Ι. Σίσκος Αναπληρωτής Καθηγητής ΕΚΠΑ
Μετάφραση:
Γιώργος Δ. Κωστούρος MSc Ενδοδοντίας

€117

+ Δώρο
Λεξικό Ενδοδοντολογικών Όρων

ΟΒ ΕΚΔΟΣΕΙΣ
ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΙΚΟ ΒΗΜΑ

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

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

SR Vivodent® S PE

Τα εξαιρετικά αισθητικά δόντια για εξελιγμένες ανάγκες

Απλά ασυναγώνιστα!

Clinical case Mrs. M. C., Liechtenstein; upper and lower dentures

Επίσης διαθέσιμα σε αποχρώσεις A–D και Bleach:
SR Vivodent® S DCL

Η ΝΕΑ γενιά δοντιών

- **Σχήμα:** εξαιρετικά αισθητικό
- **Απόχρωση:** εκφραστική, σε χρωματολόγιο PE, A–D και Bleach
- **Υλικό:** με υψηλό ποσοστό διασταυρούμενων δεσμών, για εφαρμογές καθολικής χρήσης

Για περισσότερες πληροφορίες, παρακαλούμε επισκεφθείτε τη διεύθυνση:
www.ivoclarvivadent.com/vivodent-toothlines

www.ivoclarvivadent.gr

Εξουσιοδοτημένοι διανομείς

Ελλάδας

Oral Vision
- Μάγερ 13 / 104 38 Αθήνα / τηλ: 210 77 55 900 /
- Τσιμισκή 34 / 546 23 Θεσσαλονίκη / τηλ: 2310 253 800 / www.oralvision.gr

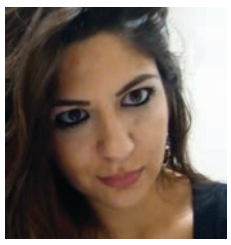
SADENT
- 1 χλμ Λεωφ. Μαρκοπούλου / 190 02 Παιανία / τηλ: 211 10 22 900 /
- Τετραπόλεως 4 / 115 27 Γουδή / τηλ: 210 77 77 608 /
- Ν. Τέλογλου 7 / 546 36 Θεσσαλονίκη / τηλ: 2310 968 799 / www.sadent.com

Κύπρου

Dentalcon
- Λ. Λάρνακα 57 / 1643 Λευκωσία / τηλ: 22 466 000 / www.dentalcon.com.cy

ivoclar vivadent®
passion vision innovation

Γυναίκες και Οδοντιατρική: Μια ιστορία συνεχιζόμενων διεκδικήσεων και προκλήσεων



Ηλιάνα Γιαννούλη
Δημοσιογράφος, MSc
Ευρωπαϊκές Επικοινωνίες ΕΚΠΑ,
Υποψήφια Διδάκτωρ Τμήματος
Επικοινωνίας και ΜΜΕ ΕΚΠΑ

Επιστήμη και Έρευνα: αμφότερες γένους θηλυκού, τουλάχιστον από πλευράς γραμματικής. Η ζώσα πραγματικότητα ωστόσο, αποδεικνύει ότι παρά τους γυναικείους αγώνες για την απόκτηση ίσων δικαιωμάτων στον κοινωνικό και επαγγελματικό βίο, οι μηχανισμοί που αναπαράγουν τα έμφυλα στερεότυπα και συντηρούν την άκριτη ανακύκλωσή τους, εξακολουθούν να κανοναρχούν την επιστημονική και κοινωνική ζωή. Η προσπάθεια περιθωριοποίησης των γυναικών στις επιστήμες θα πρέπει να ιδωθεί τόσο στο πλαίσιο ενός συνόλου επιβεβλημένων καταναγκασμών από μια κοινωνία που «έχει δομηθεί από άντρες για άντρες», όσο κι ενός συμπλέγματος εσωτερικευμένων απαγορεύσεων που σχετίζονται με τις αξίες και τα πρότυπα μιας ιστορικά και κοινωνικά κατασκευασμένης «θηλυκότητας».

Ασκείται άραγε η οδοντιατρική με διαφορετικούς τρόπους από άνδρες και γυναίκες, οι οποίοι υπαγορεύονται από τους κοινωνικούς τους ρόλους; Σε ποιες οδοντιατρικές ειδικότητες προσανατολίζονται οι γυναίκες και γιατί; Και τι γίνεται τελικά με τη θεωρία της «γυάλινης οροφής» (glass ceiling) που θέλει τις γυναίκες να μην αναρριχώνται στα υψηλότερα κλιμάκια της ακαδημαϊκής ιεραρχίας, ακόμη κι αν διαθέτουν τα ίδια τυπικά προσόντα με άνδρες συναδέλφους τους;

Σε αυτά τα ερωτήματα θα προσπαθήσουμε να απαντήσουμε στις γραμμές που ακολουθούν, σκιαγραφώντας τη θέση της γυναίκας οδοντιάτρου -όπως αυτή αποτυπώνεται στη διεθνή βιβλιογραφία-, ενώ ιδιαίτερη έμφαση θα δώσουμε και στην διερεύνηση της γυναικείας εξέλιξης στην ακαδημία. Για τους σκοπούς αυτούς αναλύσαμε τα διαθέσιμα στοιχεία που αφορούν στην έμφυλη κατανομή των μελών ΔΕΠ στις δύο Οδοντιατρικές Σχολές της χώρας, όσο και στη συμμετοχή των γυναικών ως ομιλητριών στα συνέδρια επτά επιστημονικών εταιρειών στο χώρο της Οδοντιατρικής.

Επιστήμη και Φεμινισμός: Ένας οιονεί διάλογος

«Άλλαξε, άραγε, ο Φεμινισμός την επιστήμη»; Η ιστορικός της επιστήμης, Londa Schiebinger, απαντά καταφατικά, υπογραμμίζοντας την παρουσία των γυναικών σε επιστημονικές και πολιτικές θέσεις ισχύος, καθώς και μια σειρά δράσεων και πρωτοβουλιών που στοχεύουν στην εγκαθίδρυση ίσων ευκαιριών για όλους στην έρευνα και την επιστήμη. Ωστόσο, κάθε εγχείρημα κριτικής προσέγγισης της επιστήμης από την οπτική του φύλου δεν μπορεί παρά να λαμβάνει υπ' όψιν του το αντικείμενο του επιστημονικού κλάδου. Σύμφωνα με σύγχρονες φεμινιστικές αναλύσεις, η υποστήριξη και η προώθηση της ανδροκρατούμενης νόρμας αντανακλάται στην έμφυλη διαστρωμάτωση του ακαδημαϊκού προσωπικού, με τις γυναίκες να είναι συγκεντρωμένες σε ορισμένους επιστημονικούς κλάδους που παραδοσιακά θεωρούνται περισσότερο κατάλληλοι για το «αδύναμο φύλο», και ως εκ τούτου δεν προσελκύουν άνδρες. Έτσι, οι κλάδοι των φυσικών επιστημών, οι επιστήμες τεχνολογίας-μηχανικής και της πληροφορικής εξακολουθούν να παραμένουν «ανδρικό οχυρό», ενώ η παρουσία των γυναικών είναι πιο ισχυρή στις κοινωνικές επιστήμες και στις επιστήμες υγείας. Ποιοι είναι όμως οι λόγοι που καθιέρωσαν αυτή την συσχέτιση επιστήμης και φύλου; Πώς οδηγηθήκαμε στον χαρακτηρισμό της επιστήμης ως μια καθαρά ανδρική διαδικασία στην οποία οι γυναίκες παίζουν το ρόλο της περιθωριοποιημένης μειονότητας;

Η **Sandra Harding** (2006:7) παρουσιάζοντας μια επισκόπηση των κριτικών στην επιστήμη που έχουν γίνει από φεμινίστριες τα τελευταία 35 χρόνια, προσφέρει παράλληλα ένα πιθανό πλαίσιο ερμηνείας των αιτιών που οδήγησαν στην πολιτογράφηση του Πανεπιστημίου ως σπίτι του «διαφωτισμένου ανδρικού υποκειμένου» (Hills &Rowan, 2002).

1. Αρχικά, ειδικό βάρος φέρουν οι φεμινιστικές κριτικές που έθιγαν το θέμα των γυναικών στην κοινωνική δομή της επιστήμης (γιατί είναι μειωμένη η παρουσία των γυναικών στις επιστήμες, γιατί χρειάζεται να αγωνιστούν τόσο σκληρά για να αποδείξουν την αξία τους και να προωθήσουν τη δουλειά τους ή για να έχουν την ευκαιρία να παρουσιάσουν το έργο τους σε επιστημονικά συνέδρια).

2. Ένα δεύτερο σημείο στο οποίο έστρεψαν τα βέλη τους οι φεμινιστικές κριτικές ήταν ο επιστημονικός σεξισμός, δηλαδή το γεγονός ότι βιολογικές και κοινωνικές επιστήμες προσπάθησαν να πείσουν για την «εγγενή» ή «φυσική» «κατωτερότητα» των γυναικών.

3. Ένα τρίτο σημείο κριτικής αφορά στις εφαρμογές των επιστημών και της τεχνολογίας, οι οποίες αρχικά επικεντρώθηκαν στις επιστήμες αναπαραγωγής και στον τρόπο που αντιμετώπιζαν τις γυναίκες, αντιμετώπιση που στη σχετική βιβλιογραφία αποδίδεται με τον όρο «μήτρες με πόδια».

4. Επόμενο θέμα στο οποίο εστιάστηκε η κριτική των φεμινιστριών ήταν η άνιση μεταχείριση των γυναικών κατά την εκπαίδευσή τους στην επιστήμη και την τεχνολογία. Όπως εύστοχα περιγράφει η Harding, το πρόβλημα δεν έγκειται *«στις "ελλειμματικές" γυναίκες, αλλά στην ίδια την ελλειμματική φύση της εκπαίδευσης και τους στόχους της»*.

5. Τέλος, ένα βασικό θέμα κριτικής αφορά στην ίδια τη θεωρία της επιστημονικής γνώσης και στη μεθοδολογία της. Όπως χαρακτηριστικά επισημαίνει η Braidotti (στο Hills & Rowan, 2002), *«η στάση του Πανεπιστημίου που ταυτίζει το ανδρικό με το ανθρώπινο και περιορίζει το θηλυκό σε μια δευτερεύουσα θέση του υποτιμημένου "άλλου", βασίζεται σε ένα κλασικό σύστημα δυαδικών αντιθέσεων, όπως για παράδειγμα: φύση/πολιτισμός, ενεργητικό/παθητικό, έλλογο/άλογο, ανδρικό/γυναικείο»*.

Στο ίδιο μήκος κύματος, στο εμβληματικό της άρθρο, *«Gender and Science»*, η Keller επιχειρεί να συνδέσει την έννοια της ανδρικότητας με αυτή της αντικειμενικότητας, *«υποστηρίζοντας ότι η εξέλιξη της σύγχρονης επιστήμης και ο αποκλεισμός των γυναικών από αυτή στηρίχθηκε στην ταύτιση των δύο εννοιών»* (Ρεντετζή, 2006:6). Αλλιώς ειπωμένο, τα πρότυπα της επιστήμης, της αντικειμενικότητας, του ορθολογισμού ορίζονται σε αντιδιαστολή με ό, τι θεωρείται θηλυκό.

Η θεωρία της φεμινιστικής θέσης (feminist standpoint theory) επικεντρώνεται σε αυτό ακριβώς το ζήτημα. Αντί για την πλήρη απόρριψη του όρου «αντικειμενικότητα» πρεσβεύει τον επαναπροσδιορισμό της σημασίας του να είναι κάτι αντικειμενικό. Όπως χαρακτηριστικά αναφέρει η Harding (2006:8), *«για να μεγιστοποιήσουμε την αντικειμενικότητα των ερευνών μας θα πρέπει να ξεκινήσουμε όχι από τα εννοιολογικά πεδία των επιστημών που ουσιαστικά εξυπηρετούν αυτούς που έχουν την εξουσία, αλλά από τις ζωές των γυναικών»*. Με άλλα λόγια, αν προσβλέπουμε στην κατανόηση της πραγματικότητας μέσα από την έρευνα και την επιστήμη, θα πρέπει πολλές ερευνητικές θεματικές να εξετασθούν και να αναθεωρηθούν κάτω από το πρίσμα της για πολλά χρόνια παραγκωνισμένης γυναικείας οπτικής (Κουλούρη, 2003).

> Οι γυναίκες κατακτούν όλο και περισσότερα πεδία της γνώσης, ανά τον κόσμο, χωρίς ωστόσο η ιστορία να τα καταγράφει όλα.
> Αυτό οφείλεται σε μια πολιτισμική θεώρηση που εκτιμά τη δουλειά των ανδρών και τους ευνοεί σε βάρος των γυναικών
>
> *(Loevy & Kowitz, 2002)*

Η αλήθεια των αριθμών

Η θέση των γυναικών στην αγορά εργασίας έχει απασχολήσει τη διεθνή κοινή γνώμη και έχει βρεθεί στις πρώτες θέσεις της ευρωπαϊκής ατζέντας, στο πλαίσιο των ευρωπαϊκών πολιτικών ίσων ευκαιριών μεταξύ ανδρών και γυναικών. Παρά την αύξηση του εκπαιδευτικού επιπέδου των γυναικών και της γυναικείας απασχόλησης συνολικά, μια περισσότερο λεπτομερής ανάλυση των σχετικών δεικτών φανερώνει ότι οι γυναίκες εξακολουθούν να υπο-εκπροσωπούνται σε ορισμένα επαγγέλματα, ενώ ο αριθμός των γυναικών που αναλαμβάνει διευθυντικές θέσεις εξακολουθεί να είναι περιορισμένος.

Αναλυτικότερα, σύμφωνα με τα πρόσφατα στοιχεία της ευρωπαϊκής μελέτης **She Figures 2015**, το ποσοστό των γυναικών στις οποίες απενεμήθη **διδακτορικός τίτλος σπουδών** άγγιξε το 47% στα 28 κράτη-μέλη της Ευρωπαϊκής Ένωσης. Ωστόσο, η εικόνα δεν είναι τόσο αισιόδοξη στο **χώρο της έρευνας**, όπου η παρουσία ανδρών και γυναικών είναι εμφανώς άνιση: Το 2011, το ποσοστό των γυναικών ερευνητών στην Ευρώπη ανήρχετο στο 33% -ένα ποσοστό που παραμένει αμετάβλητο από το 2009. Βλέπουμε λοιπόν, ότι παρά την διαφαινόμενη ισορροπία όσον αφορά στην έμφυλη κατανομή των αποφοίτων στα πανεπιστημιακά ιδρύματα και την αύξηση του αριθμού των γυναικών που αποκτούν εκπαιδευτικά προσόντα υψηλού επιπέδου, η υπο-εκπροσώπηση των γυναικών στον χώρο της έρευνας εξακολουθεί να υπάρχει, ένα φαινόμενο που διεθνώς είναι γνωστό με τον όρο *«leaky pipeline»* (όταν δηλαδή η αύξηση του

PIEZON®

NO PAIN

ΟΙ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΤΟ ΛΑΤΡΕΥΟΥΝ

AIR-FLOW MASTER PIEZON®

AIR-FLOW® KILLS BIOFILM

PIEZON® NO PAIN

Για ολοκληρωμένη υπερουλική & υποουλική προστασία με τη συνδυασμένη χρήση AIR-FLOW® & υπερήχων NO PAIN

από ~~6490~~ € μόνο **3990** €*

PIEZON® MASTER 700

PIEZON® NO PAIN

Προηγμένη θεραπεία υπερήχων με τεχνολογία PIEZON® NO PAIN

από ~~3190~~ € μόνο **1990** €*

(Έκδοση standard με μια χειρολαβή με φως)

Δρ. Κλεάνθης Μανωλάκης
Πιστοποιημένος εκπαιδευτής Swiss Dental Academy, Προσθετολόγος

«Η συστηματική απομάκρυνση της τρυγίας και της οδοντικής πλάκας που βασίζεται στο σύγχρονο πρωτόκολλο της κατευθυνόμενης αφαίρεσης του βιοϋμενίου (Guided Biofilm Therapy) αποτελεί μια ιδιαίτερα αποτελεσματική και ανώδυνη για τον ασθενή τεχνική»

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

«Ο αποδοτικότερος τρόπος απομάκρυνσης της οδοντικής πλάκας και τρυγίας από δόντια και εμφυτεύματα, χωρίς πόνο.»

Δοκιμάστε τώρα τις κορυφαίες συσκευές προληπτικής θεραπείας στο ιατρείο σας και γνωρίστε τα πλεονεκτήματα που σας προσφέρουν οι τεχνολογίες PIEZON® NO PAIN και AIR-FLOW® στην πράξη!

ΜΕ ΔΩΡΟ ΤΗΝ ΠΡΩΤΗ ΕΤΗΣΙΑ ΠΡΟΛΗΠΤΙΚΗ ΣΥΝΤΗΡΗΣΗ

Εκπαιδευτείτε με την αγορά της συσκευής **εντελώς δωρεάν** στη χρήση του πιο εξελιγμένου μοντέλου της EMS και **πιστοποιηθείτε** στην εφαρμογή των πιο σύγχρονων πρωτοκόλλων προληπτικής θεραπείας (Guided Biofilm Therapy) μαθαίνοντας τα μυστικά της πρόληψης από διακεκριμένους επιστήμονες.

**Στις τιμές δεν συμπεριλαμβάνεται ο ΦΠΑ*

Οδοντεμπορική ...The absolute DEPOT!

ΠΑΝΑΓΗ ΤΣΑΛΔΑΡΗ 211 - 176 76 ΚΑΛΛΙΘΕΑ
ΤΗΛ.: 210 95 72 770 - FAX: 210 95 77 577
odontemporiki@gmail.com - www.odontemporiki.gr

ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΙΚΑ ΑΠΟΣΤΟΛΙΔΗ από το 1929
www.apostolides.gr
Για όσους έχουν υψηλές απαιτήσεις

ΑΘΗΝΑ:
ΦΕΙΔΙΠΠΙΔΟΥ 23, 115 27 ΓΟΥΔΗ
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

αριθμού των γυναικών που αποφοιτούν από το πανεπιστήμιο δεν μεταφράζεται σε αντίστοιχη αύξηση στην αναλογία των γυναικών στο σύνολο των ερευνητών).

Όσον αφορά στους **όρους εργασίας των ερευνητών** στον τομέα της τριτοβάθμιας εκπαίδευσης, οι γυναίκες είναι γενικά πιο πιθανό από τους άνδρες να εργάζονται σε καθεστώς μερικής απασχόλησης και / ή να έχουν «επισφαλείς συμβάσεις». Στην ΕΕ το 2012, το 13,5% των γυναικών που εργάζονταν ως ερευνήτριες βρίσκονταν σε καθεστώς μερικής απασχόλησης (έναντι 8,5% των ανδρών) και το 10,8% είχε επισφαλείς συμβάσεις (έναντι 7,3% των ανδρών). Επιπλέον, το **μισθολογικό χάσμα μεταξύ των δύο φύλων** καταγράφεται για άλλη μια φορά στα ευρήματα της έρευνας: το 2010, οι μέσες ακαθάριστες ωριαίες αποδοχές των γυναικών (ΕΕ-28) ήταν 17,9% χαμηλότερες των αντίστοιχων που λαμβάνουν οι άνδρες που δραστηριοποιούνται στην επιστημονική έρευνα και ανάπτυξη (R & D).

Το 2013, **οι γυναίκες αποτελούσαν μόνο το 21% των ερευνητών υψηλού επιπέδου** (κατηγορίας Α) - πολύ μικρή πρόοδος σε σχέση με το 2010, όπου το αντίστοιχο ποσοστό ήταν 20%.

Παρά τη σημαντική πρόοδο όσον αφορά στο επίπεδο της εκπαίδευσης σε σχέση με τους άνδρες κατά τη διάρκεια των τελευταίων δεκαετιών, οι γυναίκες **υπο-εκπροσωπούνται στις υψηλότερες θέσεις της ακαδημαϊκής ιεραρχίας.**

Στη βαθμίδα Γ, η διαφορά με τους άνδρες ανέρχεται σε 10 ποσοστιαίες μονάδες, ενώ στη βαθμίδα Α η διαφορά αγγίζει τις 58 ποσοστιαίες μονάδες.

Το 2014, το **ποσοστό των γυναικών μεταξύ των επικεφαλής των ιδρυμάτων τριτοβάθμιας εκπαίδευσης** στην ΕΕ-28 αυξήθηκε στο 20,1% από 15,5% στην ΕΕ-27 το 2010. Σε ευρωπαϊκό επίπεδο, το 28% των μελών των Δ.Σ. ιδρυμάτων, φορέων και επιτροπών είναι γυναίκες και μόνο το 22% καταλαμβάνει προεδρικές θέσεις.

Οι Ελληνίδες στην επιστημονική έρευνα

Ως μέλος της ΕΕ, η Ελλάδα όφειλε να συμμορφωθεί στις κοινοτικές οδηγίες που υποστήριζαν την ίση μεταχείριση ανδρών και γυναικών. Πιο συγκεκριμένα, αυτές οι οδηγίες αφορούσαν: την ίση αμοιβή για ίσης αξίας εργασία, την δυνατότητα ίσης πρόσβασης στην απασχόληση, την επαγγελματική κατάρτιση και την επαγγελματική εξέλιξη, καθώς και τη βαθμιαία εφαρμογή της ίσης μεταχείρισης ανδρών και γυναικών σε θέματα κοινωνικής ασφάλισης.

Σε σχετική έρευνα (Μαράτου-Αλιπραντή και συν., 2002:5) καταγράφεται ότι παρά την αύξηση της συμμετοχής των γυναικών σε όλα τα επίπεδα εκπαίδευσης και τη βελτίωση της επαγγελματικής τους θέσης και σταδιοδρομίας στο σύνολό τους, εξακολουθούν να υπάρχουν σημαντικές διαφορές στην επαγγελματική διάρθρωση, ανάμεσα στα δύο φύλα. Κύρια χαρακτηριστικά της έμφυλης κατανομής ανά επιστημονικό κλάδο είναι αφενός η σημαντική παρουσία των γυναικών σε ορισμένα μόνο επαγγέλματα και αφετέρου η περιορισμένη παρουσία τους σε θέσεις υψηλών βαθμίδων και υπευθυνοτήτων της επαγγελματικής ιεραρχίας στο γενικότερο εργασιακό περιβάλλον, καθώς και στον ακαδημαϊκό χώρο (Πανεπιστήμια και Κέντρα έρευνας).

Τα στοιχεία που παρουσιάζει η **ευρωπαϊκή έρευνα She Figures 2015 για την Ελλάδα** δείχνουν ότι μια δεκαετία μετά, τίποτα σχεδόν δεν έχει αλλάξει.

Αναλυτικότερα, όσον αφορά στην επιστημονική έρευνα με διάκριση κατά φύλο, για το **2012** οι γυναίκες αποτελούσαν το **30,8%** των ερευνητών **στον τομέα των επιχειρήσεων**, το **48,1%** των ερευνητών στον **κρατικό ερευνητικό τομέα** και το **35,6%** στον **τομέα της τριτοβάθμιας εκπαίδευσης**. Συνολικά, το **ποσοστό των γυναικών** που ασχολούνται με την έρευνα στην Ελλάδα ανέρχεται στο **36,7%**.

Στον τομέα της έρευνας και της καινοτομίας το μισθολογικό χάσμα μεταξύ ανδρών και γυναικών αποτελεί τον κανόνα και δυστυχώς όχι την εξαίρεση. Οι ακαθάριστες ωριαίες αποδοχές των γυναικών είναι κατά 18% πιο χαμηλές σε σχέση με τις αντίστοιχες απολαβές των ανδρών στις υπηρεσίες έρευνας και καινοτομίας.

Στο 36,7% ανέρχεται το ποσοστό των γυναικών που ασχολούνται με την έρευνα στην Ελλάδα, σύμφωνα με τα στοιχεία που παρουσιάζει η ευρωπαϊκή έρευνα She Figures 2015.

Όσον αφορά στην κατανομή των διευθυντικών θέσεων μεταξύ ανδρών και γυναικών, τα αποτελέσματα υπογραμμίζουν με τον πιο δραματικό τρόπο την προσπάθεια περιθωριοποίησης των γυναικών από τα όργανα και τις επιτροπές που συνήθως ασκούν επιρροή στην λήψη των αποφάσεων. Μόλις το 11% των γυναικών συμμετέχει ως μέλος στα Διοικητικά Συμβούλια των διαφόρων φορέων που σχετίζονται με την έρευνα και την καινοτομία, και μόλις το 5% των γυναικών κατέχει ηγετική θέση σε αυτά. Αξίζει να σημειωθεί ότι η Ελλάδα βρίσκεται στην προτελευταία θέση στη σχετική κατάταξη, υπολειπόμενη κατά πολύ του ευρωπαϊκού μέσου όρου.

Εξετάζοντας τα στοιχεία αναφορικά με την συμμετοχή των γυναικών στα Πανεπιστήμια, παρατηρούμε ότι το 2013 οι γυναίκες αποτελούσαν το 32.3 % του διδακτικού προσωπικού.

Ωστόσο, στο σύνολο του ακαδημαϊκού προσωπικού όλων των βαθμίδων (Α έως Δ) το ποσοστό των γυναικών είναι χαμηλότερο στις υψηλότερες θέσεις, όπου για παράδειγμα στην βαθμίδα Α-ισότιμη του καθηγητή μόνο το 19,6% είναι γυναίκες, ενώ αντίθετα εμφανίζεται πιο υψηλό στις χαμηλότερες βαθμίδες, όπου συγκεκριμένα στη βαθμίδα Β- ισότιμη του Αναπληρωτή Καθηγητή, το 29,4% είναι γυναίκες, στην βαθμίδα Γ- ισότιμη του Επίκουρου Καθηγητή, το 35% είναι γυναίκες και στην βαθμίδα Δ- ισότιμη του Λέκτορα, το 41,9% είναι γυναίκες.

Ειδικότερα, ο αριθμός των γυναικών που βρίσκεται στη βαθμίδα του καθηγητή ανά επιστημονικό κλάδο διαμορφώνεται ως εξής: «Φυσικές Επιστήμες» (87 έναντι 542), «Μηχανική και Τεχνολογία» (82 έναντι 690), «Ιατρικές Επιστήμες» (159 έναντι 529), «Αγροτικές» (37 έναντι 149), «Κοινωνικές Επιστήμες» (157 έναντι 541) και στις «Ανθρωπιστικές Επιστήμες» (128 έναντι 207).

Σύμφωνα με τα στοιχεία του 2014, το ποσοστό γυναικών που είναι επικεφαλής στα ανώτατα εκπαιδευτικά ιδρύματα είναι 13,5%, ένα από τα χαμηλότερα στην ΕΕ, με τον ευρωπαϊκό μέσο όρο να κυμαίνεται στο 20,1%.

Στην ανάλυση οργανισμών, όπως τα πανεπιστήμια, χρησιμοποιούνται δύο όροι για να περιγράψουν το μεροληπτικό περιβάλλον που έχει δομηθεί στους κόλπους της ακαδημαϊκής κοινότητας ως απότοκο της «αρσενικής θέασης» του κόσμου, οι οποίοι πρεσβεύουν ότι στα πανεπιστήμια οι σταδιοδρομίες των γυναικών διαμορφώνονται ως αποτέλεσμα του φύλου τους και όχι των δυνατοτήτων τους. Ο όρος *glass ceiling (γυάλινη οροφή)* χρησιμοποιείται για να περιγράψει τα τεχνητά εμπόδια που στηρίζονται σε μια οργανωτική προκατάληψη, η οποία αποτρέπει ικανά άτομα να εξελιχθούν μέσα σε έναν οργανισμό και να αναρριχηθούν στην κορυφή. Ο δεύτερος όρος, *maternal wall (μητρικός τοίχος)*, αφορά σε έναν τύπο προκατάληψης απέναντι στο γυναικείο φύλο και δη απέναντι στις γυναίκες που είναι μητέρες και τεκμηριώνεται δημογραφικά με την αποτύπωση στοιχείων που φανερώνουν έλλειψη εργαζόμενων μητέρων στο ανθρώπινο δυναμικό ενός δεδομένου οργανισμού (Κουτμερίδου, 2006:50-51).

Ο δείκτης της γυάλινης οροφής (Glass Ceiling Index –GCI)[1] στην Ελλάδα διαμορφώνεται στο 1,49% για το 2013, επιβεβαιώνοντας τις δυσκολίες που αντιμετωπίζουν οι γυναίκες στην προσπάθειά τους να αναρριχηθούν στις υψηλότερες βαθμίδες της ακαδημαϊκής ιεραρχίας.

Συμπερασματικά, μπορούμε να πούμε ότι οι γυναίκες αποτελούν το 1/3 του διδακτικού προσωπικού των πανεπιστημίων. Παράλληλα, όσο υψηλότερη είναι η θέση στην ακαδημαϊκή ιεραρχία τόσο χαμηλότερο είναι το ποσοστό των γυναικών που κατέχει αυτή τη θέση. Πάντως, το ποσοστό των γυναικών που εργάζεται στα ανώτατα εκπαιδευτικά ιδρύματα της χώρας έχει αυξηθεί σε σύγκριση με τα προηγούμενα χρόνια.

Η είσοδος των γυναικών στην Οδοντιατρική

Η Οδοντιατρική για πολλά χρόνια παρέμενε διεθνώς ένα «ανδρικό οχυρό». Από τη δεκαετία όμως του 1970 και έπειτα η εισροή των γυναικών στην οδοντιατρική αποκτά μεγάλη δυναμική, υποβοηθούμενη από την μεγάλη ορμή του δεύτερου κύματος του φεμινιστικού κινήματος, κάνοντας πολλούς να μιλούν για τις απαρχές της «θηλυκοποίησης» του οδοντιατρικού επαγγέλματος (Adams, 2005).

Προτού δούμε τα δεδομένα που αφορούν στην συμμετοχή των γυναικών στην οδοντιατρική στη χώρα μας, θα ήταν χρήσιμο να θυμηθούμε μερικούς σημαντικούς σταθμούς από την παγκόσμια ιστορία της εξέλιξης της οδοντιατρικής, που άνοιξαν το δρόμο για την κατάκτηση του χώρου της οδοντιατρικής από τις γυναίκες.

Ειδική μνεία γίνεται στη διεθνή βιβλιογραφία για τις πρώτες γυναίκες που αποφοίτησαν από οδοντιατρικές Σχολές. Στο **Ην. Βασίλειο**, η πρώτη γυναίκα οδοντίατρος αποφοίτησε το 1895 από την Οδοντιατρική Σχολή του Εδιμβούργου και χρειάστηκαν άλλα 17 χρόνια για την απονομή του πρώτου πτυχίου οδοντιατρικής σε γυναίκα από το Βασιλικό Κολλέγιο Χειρουργών της Αγγλίας (Stewart & Drummond, 2000:7). Στα χρόνια που ακολουθούν αρχίζει να παρατηρείται μια σημαντική αύξηση του ποσοστού των γυναικών οδοντιάτρων στο Ην. Βασίλειο, αν και οι κυβερνητικές πολιτικές για την προώθηση των γυναικών στον κλάδο υπήρξαν έντονα επηρεασμένες από τα έμφυλα στερεότυπα, με αποτέλεσμα η «ευαίσθητη γυναικεία φύση» να υπαγορεύει την επιλογή του οδοντιατρικού γνωστικού αντικειμένου. Έτσι, οι γυναίκες οδοντίατροι παροτρύνονται να ασχοληθούν με την παιδοδοντιατρική (Stewart & Drummond, 2000).

Στη **Β. Αμερική** ήταν ευρέως διαδεδομένη η πεποίθηση ότι οι γυναίκες δεν έχουν τη φυσική δύναμη και τα λοιπά προσόντα που απαιτούνται για την επιτέλεση των οδοντιατρικών καθηκόντων (Ring, 1985). Η κυριαρχία αυτής της άποψης έχει ως αποτέλεσμα μέχρι και τις αρχές του 19ου αιώνα καμία από τις οδοντιατρικές σχολές των ΗΠΑ να μην δέχεται γυναίκες προς φοίτηση. Η πρώτη γυναίκα οδοντίατρος που αποφοίτησε από Οδοντιατρική Σχολή στην Αμερική ήταν η **Lucy Beaman Hobbs Taylor**, η οποία έλαβε το πτυχίο της από το Ohio College of Dental Dentistry τον Φεβρουάριο του 1866 (Giangrego, 1988). Η Hobbs θεωρείται μια αληθινή πρωτοπόρος της εποχής της, η οποία «άνοιξε» το δρόμο σε πάρα πολλές γυναίκες οι οποίες επιθυμούσαν να σπουδάσουν και να ασκήσουν την οδοντιατρική (Loevy & Kowitz, 1998:92). Μάλιστα, προς τιμήν της, η AAWD θέσπισε το 1983 το βραβείο Lucy Hobbs Taylor, που αποτελεί την ύψιστη διάκριση που μπορεί να απονεμηθεί σε μέλος της Ένωσης για την αναγνώριση της πολύτιμης συνεισφοράς του στην οδοντιατρική.

Η **Henriette Hirschfeld** από το Βερολίνο, έγινε η πρώτη φοιτήτρια από το εξωτερικό που ολοκλήρωσε την εκπαίδευσή της στην οδοντιατρική σε Αμερικανικό Πανεπιστήμιο και η δεύτερη γυναίκα που αποφοίτησε από Οδοντιατρική Σχολή, μετά την Hobbs (Shaker & Babgi, 2009:105).

Η **Dr. M. Evangeline Jordan**, η οποία έγινε η πρώτη πρόεδρος της AAWD, καθώς και η **Dr. Gillette Hayeden**, η οποία ίδρυσε την Αμερικανική Ακαδημία Περιοδοντολογίας και εξελέγη Πρόεδρος της το 1916, είναι μερικά μόνο από τα ονόματα των εμβληματικών γυναικών που στιγμάτισαν το «άνοιγμα» της οδοντιατρικής στις γυναίκες στις ΗΠΑ (Giangrego, 1988).

Η πρώτη γυναίκα που άσκησε το οδοντιατρικό επάγγελμα στην **Ελλάδα** ήταν η **Ελίζα Καρακατσάνη**, η οποία έλαβε άδεια ασκήσεως του επαγγέλματος το 1895 (Μήτσης,1993:300).

Η Ελένη Καρώνη-De Ross συνιστά μια ακόμη περίπτωση αξιόλογης γυναικείας παρουσίας στο χώρο της Οδοντιατρικής, η οποία σπούδασε Οδοντιατρική στην Σχολή του Temple της Φιλαδέλφειας και αποφοίτησε το 1907. Η αποφοίτησή της προβλήθηκε με σχετικό δημοσίευμα στον Τύπο, στο οποίο δίνεται ιδιαίτερη έμφαση στην ελληνική της καταγωγή (Μήτσης, 1993:302-303).

Στο σχετικό του κεφάλαιο για την παρουσία της γυναίκας στην Οδοντιατρική στο βιβλίο του *«Αναδρομές και Μνήμες από το Οδοιπορικό της Ελληνικής Οδοντιατρικής»*, ο Ομότιμος Καθηγητής, κ. **Φώτης Μήτσης** αναφέρεται και σε άλλα ονόματα γυναικών που κοσμούν το οδοντιατρικό επάγγελμα και μάλιστα διαπρέπουν στην άσκηση της οδοντιατρικής. Χαρακτηριστική είναι η αναφορά στο έργο της οδοντιάτρου Όλγας Σουλιώτου, η οποία όπως εξιστορεί ο Καθηγητής Μήτσης από το 1907 φαίνεται να ασχολείται με την επανεμφύτευση δοντιών, *«πράξη αληθινά τολμηρή για την εποχή της»* (1993:303).

Αργότερα στην πρώτη περίοδο υποτυπώδους λειτουργίας του Οδοντιατρικού Σχολείου, αναφέρονται τα ονόματα τριών γυναικών που απεφοίτησαν το 1920 και 1921. Πρόκειται για τις Πατεράκη Σοφία, Μακρή Θεώνη και Παναγιώτου Βασιλική, οι οποίες είναι και από τις πρώτες που έχουν εγγραφεί στον Ο.Σ.Α (Μήτσης,1993:304).

Το 1925 από τους 75 πρώτους πτυχιούχους του Οδοντιατρικού Σχολείου οι 24 είναι γυναίκες, ενώ τρία χρόνια αργότερα στον «Οδηγό» του Ιγγλέση σε κατάλογο 250 οδοντιάτρων οι 30 είναι γυναίκες. Ο μεγάλος αριθμός των γυναικών αποφοίτων ερμηνεύεται, όπως μας εξηγεί στο βιβλίο του, ο Καθηγητής Μήτσης, από το γεγονός ότι, το 1923 επί δικτατορίας Παγκάλου με σχετικό διάταγμα δόθηκε η δυνατότητα εγγραφής στο Οδοντιατρικό Σχολείο, χωρίς εξετάσεις, σε γυναίκες πρόσφυγες, αποφοίτους του Διδασκαλείου θηλέων (1993:305). Όπως σχολιάζει ο Μήτσης, η πράξη αυτή εκτός από κατά-

[1] Όταν ο δείκτης GCI ισούται με 1, σημαίνει ότι οι γυναίκες με τους άνδρες έχουν ίσες ευκαιρίες επαγγελματικής ανέλιξης. Αν ο GCI λαμβάνει τιμές μικρότερες της μονάδας σημαίνει ότι οι γυναίκες εκπροσωπούνται περισσότερο στην βαθμίδα Α΄ από ότι γενικά στις υπόλοιπες θέσεις της ακαδημαϊκής ιεραρχίας. Αν ο δείκτης πάρει τιμή μεγαλύτερη της μονάδας υποδηλώνεται η ύπαρξη του glass ceiling effect, δηλαδή ότι οι γυναίκες υπο-εκπροσωπούνται στην βαθμίδα Α΄ απ' ότι στις υπόλοιπες βαθμίδες της Ακαδημίας.

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

Εξουσιοδοτημένοι διανομείς

Ελλάδας

Oral Vision
- Μάγερ 13 / 104 38 Αθήνα / τηλ: 210 77 55 900 /
- Τσιμισκή 34 / 546 23 Θεσσαλονίκη / τηλ: 2310 253 800 / www.oralvision.gr

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

Κύπρου

Dentalcon
- Λ. Λάρνακα 57 / 1643 Λευκωσία / τηλ: 22 466 000 / www.dentalcon.com.cy

ivoclar vivadent®
passion vision innovation

φωρα σκανδαλώδης, είναι και άκρως ενδεικτική της περιρρέουσας αντίληψης εκείνης της εποχής σχετικά με την Οδοντιατρική Επιστήμη, η οποία εθεωρείτο υποδεέστερη άλλων επιστημών: *«Γιατί ποιος αλήθεια θ' αποτολμούσε να επιτρέψει να εγγράφονται χωρίς απολυτήριο Γυμνασίου λ.χ. στην Ιατρική ή τη Νομική Σχολή;»*, αναρωτιέται χαρακτηριστικά, ο ίδιος (1993:306).

Το 1928 συναντούμε στην «Ο.Ε» την πρώτη επιστημονική δημοσίευση με γυναικεία υπογραφή. Πρόκειται για άρθρο της Αγγ. Σαχπέρογλου-αριστούχου οδοντιάτρου- με τίτλο Παιδοδοντία. Το 1932 στο ίδιο περιοδικό δημοσιεύονται δύο επιστημονικές εργασίες γυναικών, ενώ στο Πανελλήνιο Οδοντιατρικό Συνέδριο του 1936 υπάρχει μεγάλη συμμετοχή γυναικών 85 γυναίκες στο σύνολο 400 συνέδρων, ενώ στο ίδιο συνέδριο πραγματοποιήθηκε και η πρώτη ανακοίνωση από γυναίκα (Μήτσης, 1993:307).

Ωστόσο, το συγγραφικό έργο των γυναικών οδοντιάτρων αρχίζει να ανθεί μετά το 1960. Η πρώτη διδακτορική διατριβή γυναίκας οδοντιάτρου ανήκει στην Ε. Βιλιώτου-Παπαντωνοπούλου και χρονολογείται το 1958. Οι πρώτες υφηγεσίες εμφανίστηκαν πολύ αργότερα, στο 1977, από τις κ.κ. Μ. Σπυροπούλου και Α. Πατρικίου, ενώ πρώτη καθηγήτρια Οδοντιατρικής έγινε η Μ. Σπυροπούλου το 1981, και λίγο αργότερα η Α. Ξενιώτου. Μετά την ψήφιση του νόμου 1268/82 αρχίζει η ακαδημαϊκή αναγνώριση των γυναικών, με αρκετές να αναρριχώνται στη βαθμίδα τόσο της αναπληρώτριας καθηγήτριας όσο και της επίκουρης και να αρχίζουν πλέον να στελεχώνουν τα Πανεπιστήμια Αθήνας και Θεσσαλονίκης (Μήτσης, όπ., π.).

Διαφέρει η άσκηση της Οδοντιατρικής από τις γυναίκες;

Τα τελευταία χρόνια η αναλογία των γυναικών οδοντιάτρων αυξάνεται συνεχώς, ενώ σε επίπεδο φοιτητών οδοντιατρικής υπάρχουν χώρες όπου ο αριθμός των γυναικών σπουδαστών ξεπερνά τον αντίστοιχο των ανδρών (McKay & Quionez, 2012). Ωστόσο, η είσοδος των γυναικών στο οδοντιατρικό επάγγελμα συνοδεύτηκε και από την εμφάνιση μιας συζήτησης σχετικά με τις αλλαγές που θα σηματοδοτούσε η γυναικεία παρουσία στο ίδιο το επάγγελμα, με κάποιους να κάνουν λόγο για «θηλυκοποίηση» της οδοντιατρικής. Το ωράριο εργασίας των γυναικών, οι αμοιβές τους, η σχέση τους με τους ασθενείς, η κλινική τους φιλοσοφία και η εξειδίκευση των οδοντιατρείων τους αποτέλεσαν μερικά μόνο από τα σημεία που τέθηκαν στο επίκεντρο του σχετικού διαλόγου και αποτέλεσαν αντικείμενο ερευνών.

Ένας αρκετά διαδεδομένος ισχυρισμός είναι ότι οι γυναίκες οδοντίατροι εργάζονται λιγότερο από τους άνδρες. Σύμφωνα με έρευνα που διενεργήθηκε στον Καναδά, οι γυναίκες φαίνεται να διάγουν μια πιο σύντομη επαγγελματική καριέρα στον κλάδο (20 χρόνια), σε αντίθεση με τους άνδρες οι οποίοι κατά μέσο όρο εργάζονται για 35 χρόνια (Brown & Raborn, 2001). Άλλες έρευνες αποδεικνύουν ότι οι γυναίκες εργάζονται κατά μέσο όρο ίσο αριθμό ωρών με τους άντρες και οι όποιες διαφοροποιήσεις παρατηρούνται κατά τα χρόνια της πρώιμης νεότητας συνδέονται με τον έγγαμο βίο των γυναικών και τη δημιουργία οικογένειας (Adams, 2005). Στο ίδιο μήκος κύματος, έρευνες υπογραμμίζουν το γεγονός ότι οι γυναίκες σε μεγάλο ποσοστό εργάζονται σε καθεστώς μερικής απασχόλησης, γεγονός που θα πρέπει να συνδεθεί με τις αυξημένες υποχρεώσεις που πηγάζουν από την μητρότητα (Murray, 2002).

Αναφορικά με τον τρόπο άσκησης του επαγγέλματος, στη διεθνή βιβλιογραφία έχει καταγραφεί ότι οι γυναίκες οδοντίατροι έχουν αυξημένη ενσυναίσθηση και καλύτερες επικοινωνιακές δεξιότητες από τους άντρες συναδέλφους τους (Hannah, Lim and Ayers, 2009, Needham, 2017). Οι γυναίκες οδοντίατροι θεωρούνται ότι έχουν περισσότερες πιθανότητες να κάνουν τους ασθενείς τους να νιώσουν άνετα και αφιερώνουν πολύ χρόνο στο να συζητήσουν με τους ασθενείς τους τις στοματικές παθήσεις που τους ταλαιπωρούν (Smith & Dundes, 2008).

Ωστόσο, όσον αφορά στις συνθήκες και στην άσκηση του κλινικού τους έργου δεν παρατηρούνται διαφοροποιήσεις, με εξαίρεση το εισόδημα που εμφανίζεται να είναι αισθητά χαμηλότερο στις γυναίκες και στο είδος της επαγγελματικής σύμβασης. Πιο συγκεκριμένα, οι γυναίκες φαίνεται να δουλεύουν περισσότερο ως συνεργάτες σε οδοντιατρεία, ενώ οι άνδρες απεικονίζονται να διατηρούν την μερίδα του λέοντος στα solo οδοντιατρεία (Adams, 2005).

Διαφοροποιήσεις έχουν καταγραφεί ανάμεσα στα δύο φύλα και στις ειδικότητες που επιλέγουν. Διεθνώς παρατηρείται μια τάση οι γυναίκες να ασχολούνται περισσότερο με την Παιδοδοντία και σε μικρότερο βαθμό να κατευθύνονται στις ειδικότητες της Στοματικής και Γναθοπροσωπικής Χειρουργικής και στην Ενδοδοντία (Adams, 2005, Rostami, Ahmed, Best and Laskin, 2010).

Τέλος, ο «σεξιστικός πύργος» της οδοντιατρικής είναι επαρκώς τεκμηριωμένος στη διεθνή βιβλιογραφία (Tandon, Kohli and Bhalla, 2007, Adams, 1998, Tillman, 1979, Linn,1971), οι γυναίκες εμφανίζονται να κατέχουν λιγότερες ηγετικές θέσεις σε οδοντιατρικές επιστημονικές εταιρείες και φορείς (Solana, 2016), να αντιμετωπίζουν δυσκολίες στην ανέλιξή τους στην ακαδημαϊκή ιεραρχία (Yuan et al., 2010 Whelton and Wardman, 2015), να υφίστανται σεξουαλική παρενόχληση στο εργασιακό τους περιβάλλον (Nesbitt, Inglehart and Sinkford, 2003) και να υπολείπονται σε μεγάλο βαθμό του αριθμού των δημοσιεύσεων των ανδρών (Yuan et al., 2010).

Οι Ελληνίδες οδοντίατροι στην ακαδημία

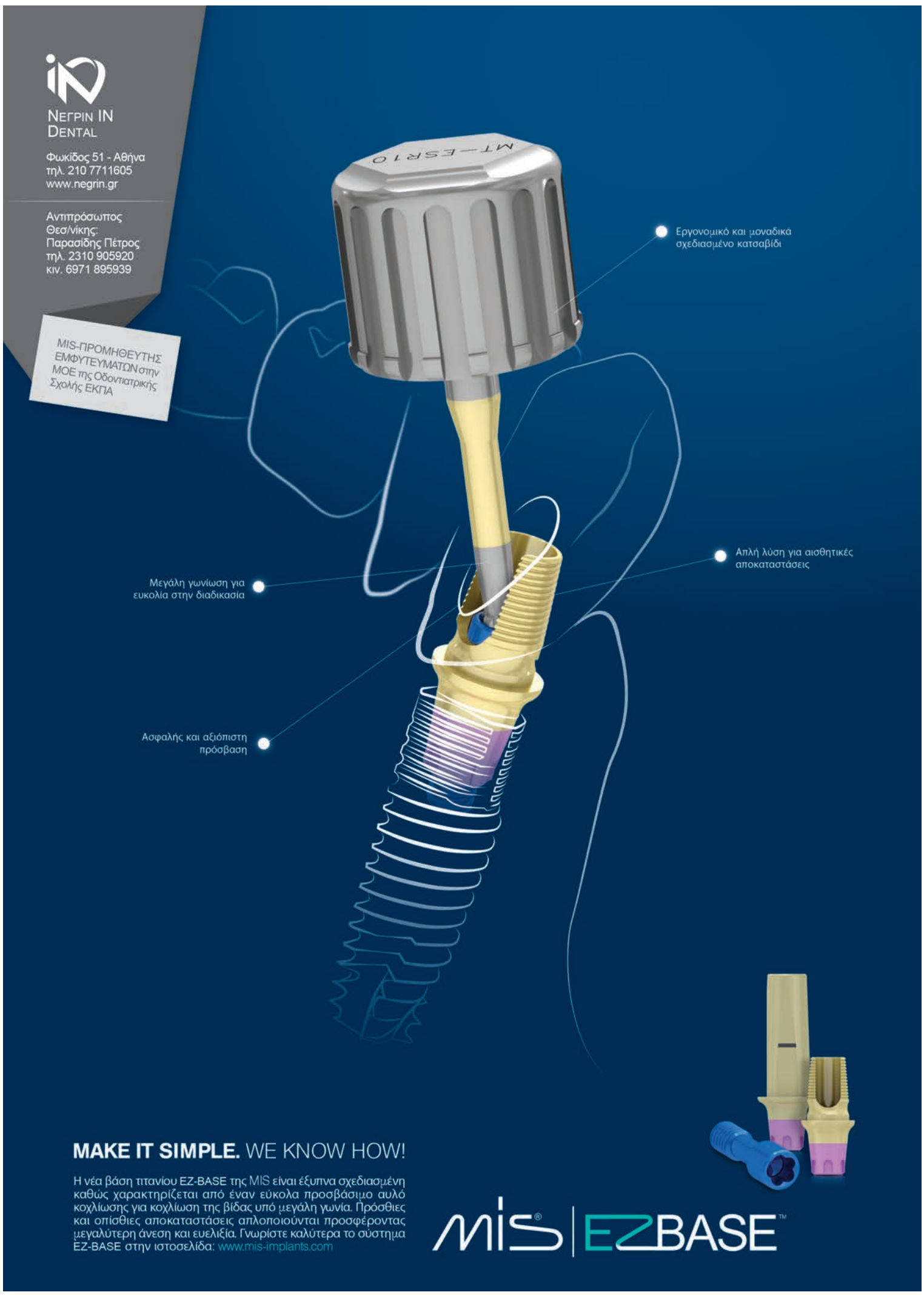
Για τις ανάγκες του παρόντος άρθρου πραγματοποιήσαμε μια ποσοτική καταγραφή των μελών ΔΕΠ ανά βαθμίδα και φύλο στις δύο Οδοντιατρικές Σχολές της χώρας.

Στην Οδοντιατρική σχολή Θεσσαλονίκης παρατηρούμε ότι 45 άνδρες στελεχώνουν το διδακτικό προσωπικό της Σχολής, ενώ ο αντίστοιχος αριθμός των γυναικών είναι 25. Στην Οδοντιατρική Σχολή Αθηνών το χάσμα μεταξύ γυναικών και ανδρών μεγαλώνει ακόμη περισσότερο με συνολικά 30 γυναίκες να περιλαμβάνονται στα μέλη ΔΕΠ, ενώ οι άνδρες διδάσκοντες ανέρχονται σε 58[2] ***(Σχήμα 1)***.

Πιο συγκεκριμένα, στην **Οδοντιατρική Σχολή Θεσσαλονίκης**, η έμφυλη κατανομή διδασκόντων ανά επιστημονικό τομέα έχει ως εξής:

1. Τομέας Στοματικής-Γναθοπροσωπικής, Πα-

[2] Τα στοιχεία για την Οδοντιατρική σχολή ΕΚΠΑ, προέρχονται από την επίσημη ιστοσελίδα της Οδοντιατρικής Σχολής (προσπελάστηκε στις 6 Σεπτεμβρίου 2017). Τα στοιχεία που αφορούν την Οδοντιατρική Σχολή Θεσσαλονίκης, προέρχονται από την Γραμματεία της Σχολής και αφορούν τον ενημερωμένο κατάλογο ΔΕΠ για την ακαδημαϊκή χρονιά 2016-2017.



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
Συκαράς Νικήτας
Επίκουρος Καθηγητής 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

θολογίας, Χειρουργικής και Ακτινολογίας: 14 Άνδρες, 5 Γυναίκες
2. Τομέας Προσθετικής: 6 Άνδρες, 7 Γυναίκες
3. Τομέας Ορθοδοντικής, Παιδοδοντιατρικής, Προληπτικής και Περιοδοντολογίας: 11 Άνδρες, 8 Γυναίκες
4. Τομέας Παθολογίας και Θεραπευτικής Οδοντικών Ιστών: 14 Άνδρες, 5 Γυναίκες.

Στην **Οδοντιατρική Σχολή Αθηνών** η έμφυλη κατανομή του διδακτικού προσωπικού με βάση το επιστημονικό τους πεδίο διαμορφώνεται ως εξής:

1ος Τομέας- Εργαστήριο Ορθοδοντικής, Παιδοδοντιατρικής, Προληπτικής και Κοινωνικής Οδοντιατρικής: 7 Άνδρες, 4 Γυναίκες
2ος Τομέας- Εργαστήριο Οδοντικής Χειρουργικής, Εργαστήριο Ενδοδοντίας, Εργαστήριο Περιοδοντολογίας, Κλινική Αντιμετώπισης Στοματοπροσωπικού Πόνου: 20 Άνδρες, 10 Γυναίκες
3ος Τομέας- Εργαστήριο Προσθετικής: 13 Άνδρες, 6 Γυναίκες
4ος Τομέας- Εργαστήριο Στοματολογίας, Κλινική Στοματικής και Γναθοπροσωπικης Χειρουργικής, Κλινική Διαγνωστικής και Ακτινολογίας Στόματος, Κλινική Νοσοκομειακής Οδοντιατρικής: 15 Άνδρες, 9 Γυναίκες
5ος Τομέας- Εργαστήριο Βιοϋλικών, Εργαστήριο Βασικών Ιατροβιολογικών Επιστημών: 3 Άνδρες, 1 Γυναίκα

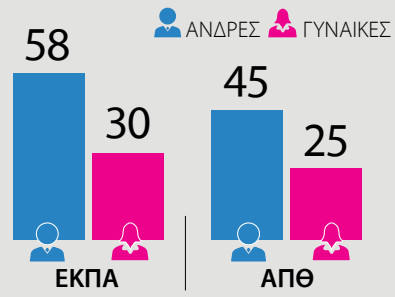
Η κατανομή των διδασκόντων ανά γνωστικό πεδίο επιβεβαιώνει την τάση που καταγράφεται σε έρευνες του εξωτερικού (Stewart & Drummond, 2000), η οποία αποτυπώνει την σταθερά μικρή παρουσία των γυναικών στον τομέα της Στοματικής και Γναθοπροσωπικής Χειρουργικής και την μεγαλύτερη παρουσία τους σε γνωστικά αντικείμενα, όπως η Παιδοδοντιατρική και η Προληπτική και η Κοινωνική Οδοντιατρική.

Από τα γραφήματα γίνεται εμφανές ότι τόσο στο **ΕΚΠΑ** ***(Σχήμα 2)*** όσο και στο **ΑΠΘ** ***(Σχήμα 3)***, η κατανομή των γυναικών στις ακαδημαϊκές βαθμίδες επιβεβαιώνει την ύπαρξη του «glass ceiling effect» και μάλιστα με τον αριθμό των ανδρών να εμφανίζεται σχεδόν διπλάσιος σε όλες τις βαθμίδες (επίκουρος, αναπλ, καθηγητής και καθηγητής) πλην της βαθμίδας του λέκτορα, όπου ο αριθμός των γυναικών φαίνεται να κινείται στα ίδια επίπεδα με τον αντίστοιχο των ανδρών (και μάλιστα στην περίπτωση του ΕΚΠΑ οι γυναίκες να υπερβαίνουν τους άνδρες λέκτορες).

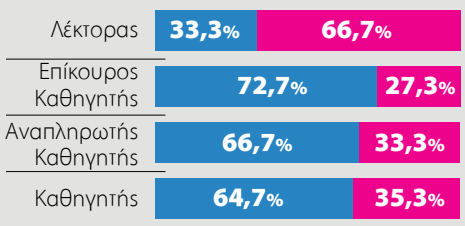
Επιπλέον καταγράφοντας τη συμμετοχή των γυναικών (κλινικών και ακαδημαϊκών) που προσκλήθηκαν ως ομιλήτριες στα ετήσια επιστημονικά συνέδρια επτά εκ των μεγαλύτερων επιστημονικών εταιρειών στο χώρο της Οδοντιατρικής (Ελληνική Ενδοδοντική Εταιρεία, Στοματολογική Εταιρεία Βορείου Ελλάδος, Ελληνική Εταιρεία Στοματικής και Γναθοπροσωπικής Χειρουργικής, Στοματολογική Εταιρεία Ελλάδος, Ορθοδοντική Εταιρεία Ελλάδος, Ελληνική Περιοδοντολογική Εταιρεία και Ελληνική Παιδοδοντική Εταιρεία) κατά την τελευταία τετραετία διαπιστώθηκε ότι το ποσοστό των γυναικών που συμμετέχουν στο επιστημονικό πρόγραμμα των συνεδρίων ανέρχεται στο 27,1% έναντι 72,9 % των ανδρών. Η τάση αυτή αντανακλάται και σε συνέδρια του εξωτερικού, καθώς απ' ότι φαίνεται τα «brand names» που δίνουν κύρος στα συνέδρια είναι ανδρικού φύλου (Misch-Dietsh, 2010).

Όπως φαίνεται από το ***σχήμα 4***, οι περισσότερες εταιρείες «επενδύουν» στην συντριπτική τους πλειοψηφία σε άνδρες ομιλητές στα συνέδριά τους, τάση που αντανακλάται ιδιαίτερα στην Εταιρεία Στοματικής και Γναθοπροσωπικής Χειρουργικής και στην Ελληνική Περιοδοντολογική Εταιρεία. Αντίθετα, μεγαλύτερη ισορροπία ανδρών και γυναικών παρατηρείται στα συνέδρια της ΣΕΒΕ και της Ελληνικής Παιδοδοντικής Εταιρείας, με τις γυναίκες να αποτελούν το 44,4% των ομιλητών και 42,2%, αντίστοιχα. Τα αποτελέσματα αυτά για μια ακόμη φορά επιβεβαιώνουν τάσεις ήδη καταγεγραμμένες στη διεθνή βιβλιογραφία που αποτυπώνουν τις γυναίκες να προσανατολίζονται σε ειδικότητες, οι

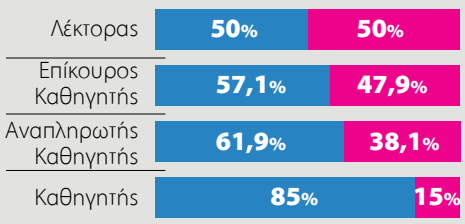
Σχήμα 1
Έμφυλη κατανομή μελών ΔΕΠ στις Οδοντιατρικές Σχολές ΕΚΠΑ και ΑΠΘ



Σχήμα 2
Έμφυλη κατανομή μελών ΔΕΠ Οδοντιατρικής Σχολής ΕΚΠΑ ανά βαθμίδα



Σχήμα 3
Έμφυλη κατανομή μελών ΔΕΠ Οδοντιατρικής Σχολής ΑΠΘ ανά βαθμίδα



Σχήμα 4
Ποσοστό γυναικών ως προσκεκλημένες ομιλήτριες στα ετήσια συνέδρια αθροιστικά σε βάθος τετραετίας επτά επιστημονικών οδοντιατρικών εταιρειών

οποίες στο κοινωνικό φαντασιακό μοιάζουν να είναι πιο κατάλληλες για την «ευαίσθητη γυναικεία φύση»- και σε πολύ μικρότερο βαθμό να επιλέγουν την ειδικότητα της γναθοπροσωπικής χειρουργικής, η οποία παραδοσιακά θεωρείται ανδρικό «προπύργιο».

Στο σύνολο των 241 ομιλητών που συμμετείχαν σε όλα τα υπό ανάλυση συνέδρια και προέρχονται από την ακαδημία (βαθμίδα επίκουρου και άνω) οι 177 ήταν άνδρες και μόλις 64 γυναίκες. Η ίδια ανισορροπία παρατηρείται και στην αναλογία εκπροσώπων των δύο φύλων από το κλινικό κομμάτι της Οδοντιατρικής. Στο σύνολο των 177 ομιλητών που δεν έχουν μόνιμη επαγγελματική σχέση με το Πανεπιστήμιο, οι 132 είναι άντρες και μόλις οι 45 γυναίκες.

Τέλος, μελετώντας την παρούσα σύνθεση των Διοικητικών Συμβουλίων των ανωτέρω επιστημονικών εταιρειών διαπιστώσαμε ότι σε μόλις μία Εταιρεία, η προεδρεία ανήκει σε γυναίκα. Αξίζει να αναφερθεί ότι στις Η.Π.Α, τρεις από τις μεγαλύτερες επιστημονικές εταιρείες (Αμερικανική Εταιρεία Στοματικών και Γναθοπροσωπικών Χειρουργών, Αμερικανική Εταιρεία Ορθοδοντικών και Αμερικανική Εταιρεία Παιδοδοντιατρικής) δεν είχαν ποτέ γυναίκα πρόεδρο (Yuan et al., 2010).

Συμπεράσματα

Τα ευρήματα αυτά αν και αποτελούν μια πρώτη απόπειρα χαρτογράφησης της γυναικείας παρουσίας στην ακαδημαϊκή ιεραρχία και της αποδοχής που απολαμβάνουν οι γυναίκες ως απόρροια του κύρους τους στους κόλπους της οδοντιατρικής κοινότητας, είναι ενδεικτικά ενός ευρύτερου κλίματος στην αγορά εργασίας και στην επιστημονική κοινότητα που μοιάζει να μην έχει πειστεί ακόμη για την «επάρκεια» των γυναικών ως προς την επιτέλεση απαιτητικών καθηκόντων.

Σύμφωνα με τα στοιχεία που κατόπιν αιτήματός μας, μάς παραχώρησε η Ελληνική Οδοντιατρική Ομοσπονδία, από το 1970 έως και το 2014 η αναλογία ανδρών και γυναικών που ασκούν το οδοντιατρικό επάγγελμα διαχρονικά εμφανίζει ισορροπία. Συνεπώς, οι όποιες διαφοροποιήσεις αναπτύχθηκαν στις πιο πάνω γραμμές δεν μπορούν να δικαιολογηθούν από το μεγαλύτερο πλήθος των ανδρών στο σύνολο της οδοντιατρικής κοινότητας, αλλά θα πρέπει να ιδωθούν στο πλαίσιο μιας κοινωνικής προκατάληψης προς τις γυναίκες οδοντιάτρους.

Στο άρθρο της, *«Γυναικείο προσωπικό στην Τριτοβάθμια Εκπαίδευση: Εμποδισμένες από την Ακαδημία»*, η Dana Christman (2003:9) υποστηρίζει ότι οι γυναίκες ακαδημαϊκοί, ιδίως στα πρώτα βήματα της καριέρας τους, βιώνουν την απομόνωση καθώς *«περιπλανούνται σε ένα τελετουργικό που είναι σχεδιασμένο για άντρες»*. Με άλλα λόγια, οι γυναίκες νιώθουν ότι βρίσκονται στο περιθώριο της διαδικασίας κοινωνικοποίησης που συντελείται στο επαγγελματικό και ερευνητικό τους περιβάλλον, καθώς οι άντρες συχνά αρνούνται να τις δεχτούν. Πρόκειται για το «αόρατο κολέγιο», όπως το ονομάζει ο Price (1963), ένα κοινωνικό δίκτυο άτυπων σχέσεων και προσωπικής εξοικείωσης που συνδέει τους αναγνωρισμένους άντρες επιστήμονες σε ένα δεδομένο επιστημονικό πεδίο, παρέχοντας στήριξη για τον σχεδιασμό και την ολοκλήρωση επιστημονικών πονημάτων.

Οι άνδρες, ως «παροικούντες την Ιερουσαλήμ» της ακαδημίας, έχουν τη δυνατότητα να αποδεσμευτούν από τα στενά πλαίσια του πανεπιστημίου και ως κοινωνοί μιας διεθνούς επιστημονικής κοινότητας μπορούν να εκμεταλλευτούν τις ευκαιρίες δικτύωσης που παρουσιάζονται στο πλαίσιο διεθνών συνεδρίων και επιστημονικών εκδηλώσεων και να αναπτύξουν συνεργασίες με συναδέλφους από άλλες χώρες. Με άλλα λόγια, σε ένα ανδροκρατούμενο περιβάλλον, οι άνδρες «συσσωρεύουν» αξία (Κουτμερίδου, 2006:52). Στον αντίποδα, οι γυναίκες κατορθώνουν με μεγαλύτερη δυσκολία να εισέλθουν σε αυτό το κοινωνικό δίκτυο επαφών και αλληλο-υποστήριξης και είναι πιο πιθανό να μην έχουν τις ίδιες ευκαιρίες επαγγελματικής και επιστημονικής ανέλιξης.

Από την πλευρά τους, οι Chiu και Leicht (1999) επισημαίνουν ότι η φύση του επαγγέλματος και ιδίως το πλαίσιο των επαγγελματικών αλλαγών εντός του οποίου λαμβάνει χώρα η είσοδος των γυναικών σε έναν δεδομένο επαγγελματικό χώρο, καθορίζει το αν θα οδηγηθούμε σε μια «γκετοποίηση» των γυναικών μέσα στο επάγγελμα, η οποία θα συντηρεί και θα αναπαράγει την ανισότητα των φύλων, ή θα οδηγηθούμε σε μια «επιτυχή» και πιο «ολοκληρωμένη» ενσωμάτωση των γυναικών στην εκάστοτε επαγγελματική κουλτούρα. Εξάλλου, όπως σημειώνει η Adams (2005) η είσοδος των γυναικών σε διάφορους επαγγελματικούς χώρους δεν συνεπάγεται διαφοροποιήσεις στην άσκηση του επαγγέλματος, καθώς στο τέλος της ημέρας οι γυναίκες δεν επιζητούν την αλλαγή, αλλά εισέρχονται στην αγορά εργασίας ορμώμενες από τα ίδια κίνητρα που κατευθύνουν και το κυνήγι καριέρας από τους άνδρες: επαγγελματικό κύρος, εργασιακή ασφάλεια, γνώση και αυτοπραγμάτωση. *«Καθώς οι αλλαγές στο ευρύτερο περιβάλλον της αγοράς εργασίας υποδηλώνουν ότι η επαγγελματική αλλαγή πλανιέται στον ορίζοντα και η θηλυκοποίηση των επαγγελμάτων υπονοεί τον ενεργό ρόλο των γυναικών στην υλοποίηση αυτή της αλλαγής, οι στόχοι των γυναικών μπορεί να μην διαφέρουν ουσιαστικά από τους αντίστοιχους των ανδρών συναδέλφων τους»* (όπ., π., σελ. 91).

Η σύντομη ανασκόπηση της άσκησης της οδοντιατρικής που παραθέσαμε πιο πάνω αποδεικνύει ότι οι γυναίκες οδοντίατροι δεν ασκούν με λιγότερο επιστημονικό τρόπο την οδοντιατρική ούτε στερούνται εγγενώς- όπως υποστήριζαν κάποιοι στις αρχές του περασμένου αιώνα των απαραίτητων δεξιοτήτων και σωματικών χαρακτηριστικών για την άσκηση του επαγγέλματος. Αν κάτι διαφορετικό έφεραν οι γυναίκες στην Οδοντιατρική, αυτό σίγουρα είναι μια αυξημένη ενσυναίσθηση. Οι περισσότερες έρευνες καταγράφουν ότι οι ασθενείς αξιολογούν θετικά τις επικοινωνιακές δεξιότητες των γυναικών που με τη σειρά τους συμβάλλουν στην οικοδόμηση σχέσεων εμπιστοσύνης με τους ασθενείς. Σε κάθε περίπτωση όμως το να πιστεύει κανείς ότι οι γυναίκες οδοντίατροι είναι εγγενώς ανώτερες από τους άνδρες συναδέλφους τους είναι εξίσου σεξιστικό με το να αναπαράγει κάποιος τους μύθους περί έμφυτης κατωτερότητας των γυναικών.

Κλείνοντας θα ήθελα να παραθέσω τα λόγια της Viviane Redding, πρώην Επιτρόπου της ΕΕ για τη Δικαιοσύνη, τα Θεμελιώδη Δικαιώματα και την Ιθαγένεια: *«Η Ευρώπη δεν έχει την πολυτέλεια να σπαταλήσει την οικονομική συνεισφορά των γυναικών στο σχεδιασμό της μακροπρόθεσμης ανάκαμψης. Αυτό απαιτεί πολιτικές οι οποίες διευκολύνουν τις γυναίκες να πραγματώσουν πλήρως τις οικονομικές τους δυνατότητες. Η ανισότητα από οικονομικής πλευράς είναι μια ανοησία».* Η βελτίωση της άσκησης της οδοντιατρικής συνεπάγεται την εξάλειψη όλων των εμποδίων που αποτελούν τροχοπέδη για την επαγγελματική ανέλιξη ανδρών και γυναικών. Μόνο στο πλαίσιο αυτής της λογικής, μπορεί να αναπτυχθεί περαιτέρω τόσο η ίδια η επιστήμη, όσο και να εξυπηρετηθούν με πιο αποτελεσματικό τρόπο οι ανάγκες των ασθενών.

Ενδεικτική βιβλιογραφία:

Adams, T.L. (2005) «Feminization of Professions: The Case of Women in Dentistry», Canadian Journal of Sociology, 30:71-94.
European Commission (2016) She Figures 2015: gender in research and innovation, Luxembourg: Publications Office of the European Union.
Harding, S. (2006) «Θα μπορούσαν ποτέ οι γυναίκες να είναι νεωτερικές; Ζητήματα επιστήμης και τεχνολογίας», Κριτική/Επιστήμη & Εκπαίδευση, τομ.3:3-12.
Κουτμερίδου, Μ. (2006) Η διάσταση του φύλου στην Εκπαίδευση: Γυναίκες Ακαδημαϊκοί (1974-2004), Διπλωματική Εργασία στο πλαίσιο του Διατμηματικού Μεταπτυχιακού Προγράμματος στην Παιδαγωγική της Ισότητας των Φύλων, Θεσσαλονίκη, ΑΠΘ.
Μαράτου-Αλιπράντη, Λ., Δαφνά, Κ., Γιαννακοπούλου, Λ., Κυμπέρη, Ζ., & Ρέπα, Π. (2002). Γυναίκες και επιστήμη: Έκθεση για την κατάσταση στην Ελλάδα, ΓΓΕΤ-ΕΚΚΕ.
McKay, J.C. & Quionez, C.R. (2012) «The feminization of dentistry: implications for the profession», J Can Dent Assoc, 78:1.
Μήτσης, Φ (1993) Αναδρομές και Μνήμες: Από το Οδοιπορικό της Ελληνικής Οδοντιατρικής, Αθήνα, Omni Press.
Ρεντετζή, Μ. (2006) «Φύλο και φυσικές επιστήμες: έμφυλα στερεότυπα και εκπαιδευτικές στρατηγικές υπονόμευσής τους», Θέματα στην Εκπαίδευση, τομ.7(1): 97-120.
Stewart, F.M., & Drummond, J.R. (2000) «Women and the world of dentistry», British Dental Journal, 188(1):7-8.
Whelton, H. & Wardman, M.J. (2015) «The landscape for women leaders in dental education, research, and practice» J Dent Educ, 79 (5 Suppl):7-12.
Yuan, J.C., Lee, D.J., Kongkiatkamon, S., Ross, S., Prasad,S., Koerber, A., & Sukotjo, C. (2010) «Gender Trends in Dental Leadership and Academics: A Twenty-Two-Year Observation», Journal of Dental Education, 74 (4): 372-380.

**Ευχαριστούμε θερμά τον Καθηγητή κ. Φώτη Μήτση για την άδειά του να αναδημοσιεύσουμε αποσπάσματα από το βιβλίο του «Αναδρομές και Μνήμες από το Οδοιπορικό της Ελληνικής Οδοντιατρικής».*
**Θερμές ευχαριστίες στην Ελληνική Οδοντιατρική Ομοσπονδία και στην Γραμματεία της Οδοντιατρικής Σχολής Θεσσαλονίκης για τη βοήθεια που μας παρείχαν για τη διεκπεραίωση της παρούσας έρευνας.*

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

Εξουσιοδοτημένοι διανομείς

Ελλάδας

Oral Vision
- Μάγερ 13 / 104 38 Αθήνα / τηλ: 210 77 55 900 /
- Τσιμισκή 34 / 546 23 Θεσσαλονίκη / τηλ: 2310 253 800 / www.oralvision.gr

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

Κύπρου

Dentalcon
- Λ. Λάρνακα 57 / 1643 Λευκωσία / τηλ: 22 466 000 / www.dentalcon.com.cy

ivoclar vivadent®

passion vision innovation

ΕΛΣΤΑΤ: Σε πτωτική πορεία ο αριθμός των οδοντιάτρων στο σύνολο της χώρας

Μείωση παρουσιάζει ο συνολικός αριθμός οδοντιάτρων στο σύνολο της χώρας, καθώς σύμφωνα με την ετήσια έρευνα της ΕΛΣΤΑΤ, ο αριθμός των εγγεγραμμένων οδοντιάτρων στους συλλόγους της χώρας ανήλθε σε 13.225 άτομα το 2016, παρουσιάζοντας μείωση 0,6% σε σχέση με το προηγούμενο έτος. Αν μάλιστα συγκρίνει κανείς τα δεδομένα με το 2009, χρονιά έναρξης της οικονομικής κρίσης, συνειδητοποιεί ότι μέσα σε αυτά τα χρόνια ο αριθμός των οδοντιάτρων ακολουθεί διαρκώς πτωτική πορεία, καθώς το 2009 οι εγγεγραμμένοι οδοντίατροι ανέρχονταν σε 14.774. Σε μεγάλο βαθμό η μείωση του συνόλου των οδοντιάτρων στην ελληνική επικράτεια θα πρέπει να ιδωθεί στο πλαίσιο της αναζήτησης επαγγελματικής στέγης στο εξωτερικό, τάση η οποία λαμβάνει ολοένα και μεγαλύτερες διαστάσεις, με τους περισσότερους νέους επιστήμονες να επιλέγουν ως επαγγελματική διέξοδο την φυγή στο εξωτερικό.

Η μεγαλύτερη ποσοστιαία αύξηση παρατηρήθηκε στη Στερεά Ελλάδα κατά 10,3% και στη Δυτική Μακεδονία κατά 2,6%, ενώ μεγαλύτερη μείωση υπήρξε στα Ιόνια Νησιά και στην Ήπειρο κατά 5,6% και 3,1%, αντίστοιχα.

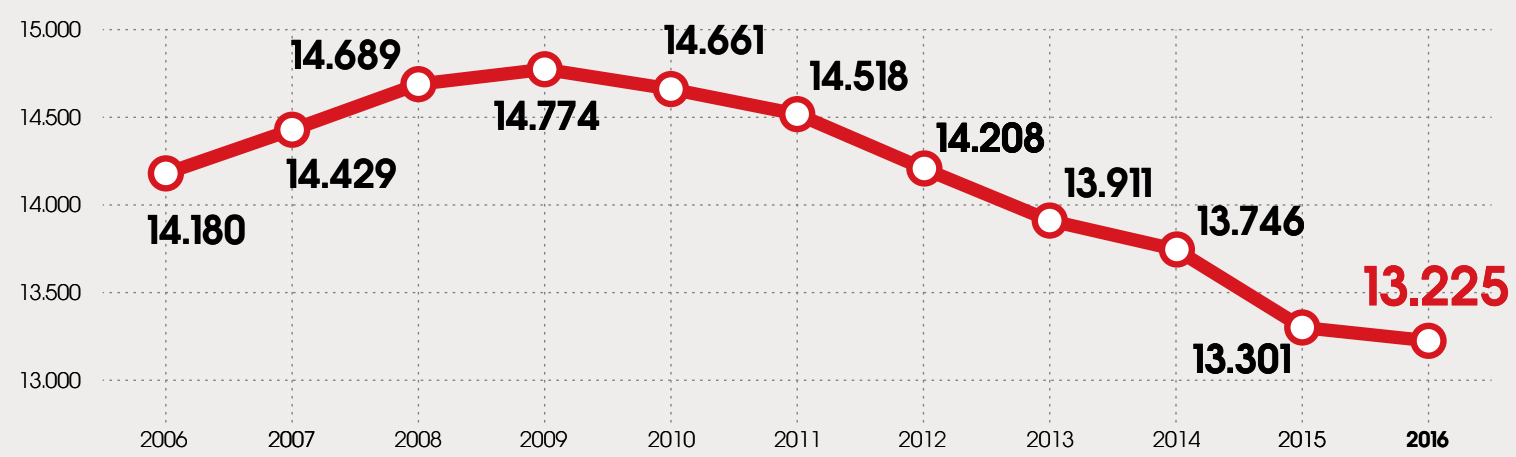
Από την ανάλυση κατά φύλο, παρατηρείται ότι ο αριθμός των ανδρών παρουσιάζει μείωση 2,6%, ενώ ο αριθμός των γυναικών παρουσιάζει αύξηση 1,6%.

Συγκρίνοντας την μεταβολή του αριθμού των ανδρών οδοντιάτρων σε μεγάλες γεωγραφικές περιοχές κατά την περίοδο 2010-2016 παρατηρούμε ότι ο αριθμός των ανδρών παρουσιάζει σταθερά πτωτική πορεία στην Βόρεια Ελλάδα και στην Αττική, ενώ εμφανίζει ελαφρώς ανοδική τάση στην Κεντρική Ελλάδα. Κατά την ίδια χρονική περίοδο, ο αριθμός των γυναικών οδοντιάτρων παρουσιάζει πτωτική πορεία στην Βόρεια Ελλάδα, ενώ σχετικά σταθερή με μικρή αυξητική τάση καταγράφεται στην Κεντρική Ελλάδα και την Αττική.

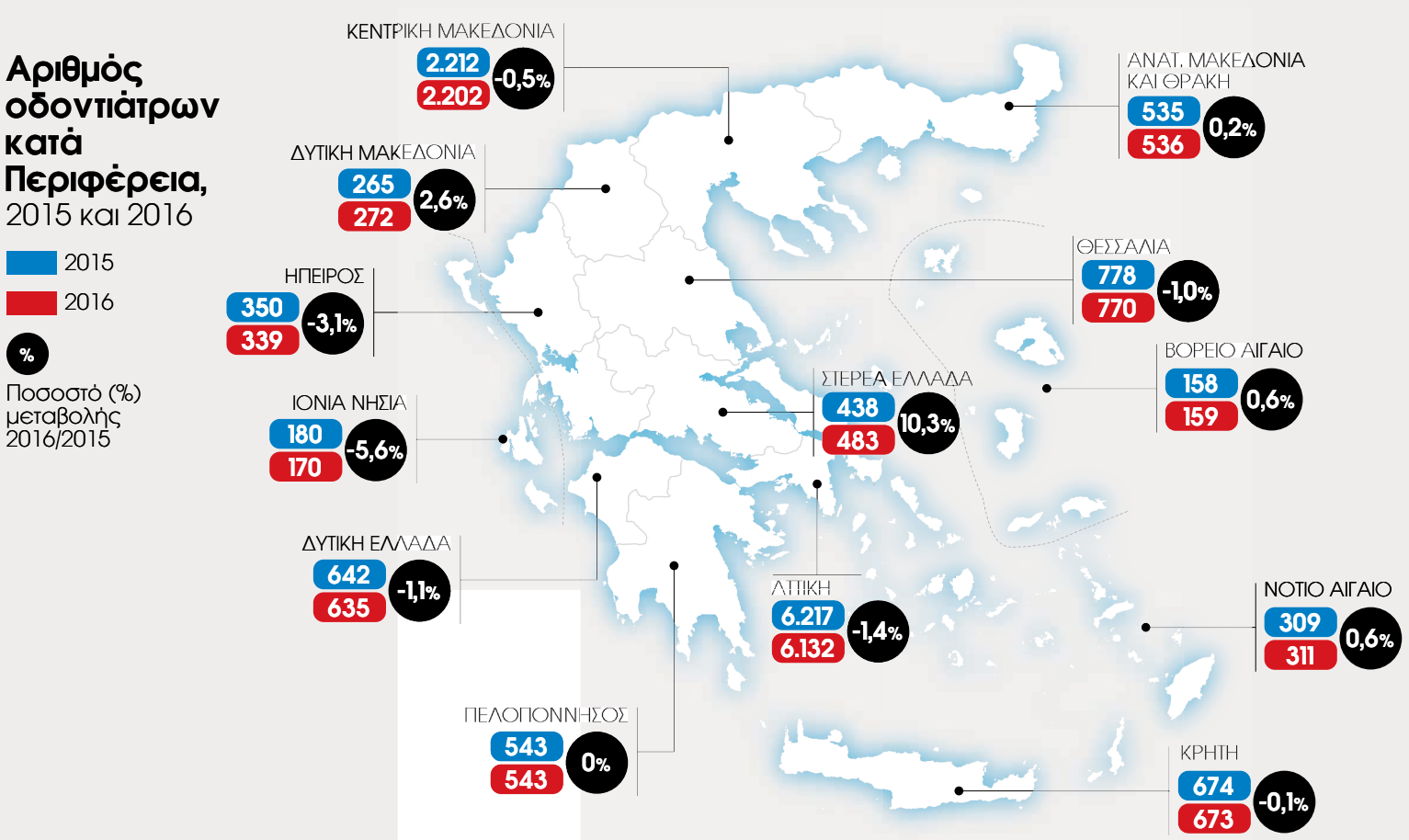
Ταυτότητα έρευνας

Η έρευνα ιατρών και οδοντιάτρων παρακολουθεί, σε ετήσια βάση, τον αριθμό των ιατρών και οδοντιάτρων που είναι εγγεγραμμένοι στους συλλόγους της χώρας, καλύπτοντας όλη την ελληνική επικράτεια. Τα στοιχεία της έρευνας που δημοσιεύτηκαν τον Δεκέμβριο του 2017 αφορούν το 2016 και προέρχονται από δεδομένα που συλλέγονται από τους κατά τόπους ιατρικούς και οδοντιατρικούς συλλόγους της χώρας. Περισσότερες πληροφορίες σχετικά με την εν λόγω έρευνα είναι διαθέσιμες στην ιστοσελίδα της ΕΛΣΤΑΤ στον σύνδεσμο: Στατιστικές >Πληθυσμός Κοινωνικές Συνθήκες > Ιατροί και Οδοντίατροι.

Σύνολο οδοντιάτρων, 2006-2016



Αριθμός οδοντιάτρων κατά Περιφέρεια, 2015 και 2016



Οδοντίατροι κατά Γεωγραφική Περιφέρεια και Νομό 2016

ΓΕΝΙΚΟ ΣΥΝΟΛΟ	**13.225**
ΑΤΤΙΚΗ	**6.132**
ΣΤΕΡΕΑ ΕΛΛΑΔΑ	**483**
Βοιωτίας	92
Εύβοιας	203
Ευρυτανίας	47
Φθιώτιδας	118
Φωκίδας	23
ΔΥΤΙΚΗ ΕΛΛΑΔΑ	**635**
Αιτωλίας και Ακαρνανίας	188
Αχαΐας	344
Ηλείας	103
ΠΕΛΟΠΟΝΝΗΣΟΣ	**543**
Αργολίδας	88
Αρκαδίας	79
Κορινθίας	136
Λακωνίας	71
Μεσσηνίας	169
ΘΕΣΣΑΛΙΑ	**770**
Καρδίτσας	101
Λάρισας	333
Μαγνησίας	222
Τρικάλων	114
ΗΠΕΙΡΟΣ	**339**
Άρτας	58
Θεσπρωτίας	34
Ιωαννίνων	185
Πρέβεζας	62
ΑΝΑΤ. ΜΑΚΕΔΟΝΙΑ & ΘΡΑΚΗ	**536**
Δράμας	106
Καβάλας	113
Έβρου	124
Ξάνθης	92
Ροδόπης	101
ΚΕΝΤΡΙΚΗ ΜΑΚΕΔΟΝΙΑ	**2.202**
Ημαθίας	122
Θεσσαλονίκης	1.525
Κιλκίς	50
Πέλλης	114
Πιερίας	159
Σερρών	160
Χαλκιδικής	72
ΔΥΤΙΚΗ ΜΑΚΕΔΟΝΙΑ	**272**
Γρεβενών	25
Καστοριάς	47
Κοζάνης	172
Φλωρίνης	28
ΙΟΝΙΑ ΝΗΣΙΑ	**170**
Ζακύνθου	27
Κέρκυρας	86
Κεφαλληνίας	38
Λευκάδας	19
ΒΟΡΕΙΟ ΑΙΓΑΙΟ	**159**
Λέσβου	78
Σάμου	34
Χίου	47
ΝΟΤΙΟ ΑΙΓΑΙΟ	**311**
Δωδεκανήσου	203
Κυκλάδων	108
ΚΡΗΤΗ	**673**
Ηρακλείου	376
Λασιθίου	56
Ρεθύμνης	67
Χανίων	174

Άνδρες οδοντίατροι, κατά μεγάλες γεωγραφικές περιοχές, 2015 και 2016

	2015	2016	Μεταβολή (%) 2016/2015
Βόρεια Ελλάδα	1.821	1.718	-5,7
Κεντρική Ελλάδα	1.382	1.388	0,4
Αττική	3.052	2.970	-2,7
Νησιά Αιγαίου, Κρήτη	659	661	0,3
Σύνολο	**6.914**	**6.737**	**-2,6**

Άνδρες, κατά μεγάλες γεωγραφικές περιοχές, 2010-2016

Γυναίκες οδοντίατροι, κατά μεγάλες γεωγραφικές περιοχές, 2015 και 2016

	2015	2016	Μεταβολή (%) 2016/2015
Βόρεια Ελλάδα	1.541	1.631	5,8
Κεντρική Ελλάδα	1.199	1.213	1,2
Αττική	3.165	3.162	-0,1
Νησιά Αιγαίου, Κρήτη	482	482	0,0
Σύνολο	**6.387**	**6.488**	**1,6**

Γυναίκες, κατά μεγάλες γεωγραφικές περιοχές, 2015-2016

Η θεραπευτική προσέγγιση των λειτουργικών διαταραχων του στοματογναθικού συστήματος

Βύρων Δρούκας
Καθηγητής ΕΚΠΑ

Στο τεύχος 112 του Οδοντιατρικού Βήματος, υπό τον τίτλο «Η Μυθολογία του Νάρθηκα», δημοσιεύθηκε μία κριτική ανασκόπηση της βιβλιογραφίας, σχετικής με τους νόμους και του ρυθμούς που διέπουν τον τρόπο λειτουργίας τους, τη θεραπευτική τους δράση, τους τύπους κλπ.
Κίνητρο της δημοσίευσης ήταν και ατυχώς εν πολλοίς παραμένει η άποψη ή η πεποίθηση ότι οι νάρθηκες αποτελούν θεραπευτική Πανάκεια του συνόλου των επώδυνων ή μη δυσλειτουργικών συνδρόμων, παραβλέποντας σημαντικές παραμέτρους (παθολογικές, κλινικές, διαγνωστικές κλπ), οι οποίες προκαθορίζουν τη μορφή και το είδος της θεραπευτικής προσέγγισης καθώς και το συνδυασμό τους με τα λοιπά θεραπευτικά μέσα και μεθόδους.
Το παρόν άρθρο έρχεται να συμπληρώσει και τα λοιπά θεραπευτικά μέσα και σχήματα τα οποία σε συνδυασμό κατά περίπτωση με τους διαφόρους τύπους ναρθήκων που λεπτομερώς περιγράφηκαν, συναποτελούν ολοκληρωμένα το θεραπευτικό φάσμα της προσέγγισης των λειτουργικών διαταραχών του Στοματογναθικού συστήματος.

Ανεξαρτήτως των διαφορετικών απόψεων που υπεισέρχονται στο σχέδιο θεραπείας και στα μέσα που θα χρησιμοποιηθούν, πρωτίστως θα πρέπει να καταστήσουμε σαφές στον ασθενή, ότι η ενδεχόμενη χρονιότητα του προβλήματός του, δεν αποτελεί απειλή για τη ζωή του τονίζοντας τον καλοήθη χαρακτήρα που χαρακτηρίζει το μεγαλύτερο ποσοστό των διαταραχών αυτού του τύπου. Σχετικές έρευνες κατέδειξαν τη σημαντική βελτίωση των ασθενών μετά την ολοκλήρωση της θεραπείας.[1,2]
Συμπερασματικά, στα αρχικά στάδια της θεραπείας, ο εφησυχασμός του ασθενούς που αποτελεί μέρος των ψυχολογικών μεθόδων θεραπείας, σε συνδυασμό με τα λοιπά θεραπευτικά μέσα (φυσικές μέθοδοι θεραπείας, κινησιοθεραπεία, φάρμακα κλπ.), έχουν συνήθως θετικά αποτελέσματα σε ένα μεγάλο αριθμό ασθενών.
Μετά την πάροδο μερικών εβδομάδων, ο ασθενής επαναξιολογείται και εφ' όσον δεν έχουμε τα αναμενόμενα αποτελέσματα, επαναπροσδιορίζουμε τόσον την αρχική διάγνωση, όσο και την θεραπευτική μας προσέγγιση.[3]
Το θεραπευτικό σχήμα που ακολουθείται χωρίς προκαθορισμένη σειρά έχει ως ακολούθως:
Α) Οδοντιατρικές μέθοδοι θεραπείας
Β) Φυσικές μέθοδοι θεραπείας
Γ) Θεραπεία βασιζόμενη σε ψυχολογικά σχήματα
Δ) Φαρμακευτικές μέθοδοι θεραπείας
Ε) Χειρουργική θεραπεία.

Οδοντιατρικές μέθοδοι θεραπείας

Κορυφαίο μέσον αποτελούν οι διάφοροι τύποι ναρθήκων στους οποίους διεξοδικώς έχουμε ήδη αναφερθεί στο 112 τεύχος του Οδοντιατρικού Βήματος. Στις λοιπές οδοντιατρικές μεθόδους θεραπείας υπάγονται:
1) Η συγκλεισιακή εξισορρόπηση
2) Η προσθετική αποκατάσταση και η
3) Ορθοδοντική και Ορθογναθική θεραπεία.

septodont

Η Οδοντιατρική Εξαγωγή με μια Καθολική Λύση

Κατανοώντας ότι η εξαγωγή των οδόντων παραμένει μια διαδικασία με πολλές προκλησεις, η οποία περιλαμβάνει πόνο και αιμορραγία, η Septodont σας προσφέρει μια Καθολική Λύση με μιας. Η Καθολική Λύση αυτή περιλαμβάνει τη διαχείριση της αιμορραγίας, το οστικό μόσχευμα και θεραπευτικά προϊόντα ώστε να βοηθά στη διαχείριση του πόνου και στην αντιμετώπιση πιθανών επιπλοκών.

Χάρη στη Septodont η καθολική λύση επιτυγχάνει να:
• Ελαχιστοποιεί τον πόνο και τις επιπλοκές κατά τη διάρκεια και μετά την εξαγωγή των δοντιών.
• Αποφεύγεται η απορρόφηση της φατνιακής ακρολοφίας και διατηρούνται οι διαστάσεις του οστού.
• Διατηρείται έπειτα η δυνατότητα μιας επιτυχούς θεραπείας.
• Αποφεύγει τις αρνητικές επιπτώσεις της εξαγωγής των δοντιών από αισθητική και λειτουργική άποψη.

Εξαγωγή

Αναισθησία

Ως ο παγκόσμιος ηγέτης στη διαχείριση του οδοντιατρικού πόνου, η Septodont διανέμει στην αγορά εξαιρετικά ασφαλή και αποτελεσματικά προϊόντα. Προχωράμε περαιτέρω ώστε να βοηθήσουμε στην επιτυχή διαχείριση του πόνου στην καθημερινή οδοντιατρική πράξη.

Septodont Τοπικά Αναισθητικά
• Ποικιλία σε τοπικά αναισθητικά για να ταιριάζουν στις κλινικές ανάγκες των οδοντιάτρων.
• Μοναδική διαδικασία παραγωγής που συμπεριλαμβάνει το τελικό στάδιο της αποστείρωσης
• 100% χωρίς λάτεξ (προϊόν και κατασκευή)

Διαχείριση αιμορραγίας

Η φυσική διαδικασία της αιμορραγίας απαιτεί τον ικανοποιητικό έλεγχο της. Η Septodont προσφέρει ένα μεγάλο χαρτοφυλάκιο αιμοστατικών προϊόντων με ποικίλη προέλευση και ενδείξεις για να ταιριάζει με τις ανάγκες σας στις διαφορετικές κλινικές περιπτώσεις.

Hemocollagene
• Υποστηρίζει την τοπική αιμόσταση στο εσωτερικό του φατνίου μετά την εξαγωγή και μπορεί να χρησιμοποιηθεί και με άλλες μεθόδους.
• Είναι καθολικά απορροφήσιμο, αποστειρωμένο και βιοσυμβατό.
• Μπορεί να εισαχθεί και να κρατηθεί μέσα στο φατνίο.
• Το κολλαγόνο προάγει την προσκόλληση και συσσωμάτωση των αιμοπεταλίων.

Φυσικό, μη μετουσιωμένο, από ξήρανση με ψύξη βόειο κολλαγόνο σε σπόγγους

Gelopack
• Βοηθά στην αιμόσταση και γεμίζει τον κενό χώρο που δημιουργείται από την εξαγωγή των δοντιών, την ακρορριζεκτομή και την αφαίρεση των κυστών, όγκων και έγκλειστων οδόντων.

100% κεκαθαρμένη ζελατίνη χοίρου σε σπόγγους

Resorcell Powder
• Σταματά την αιμορραγία των τριχοειδών αγγείων και εμποδίζει την αιμορραγία αμέσως μετά τη χειρουργική επέμβαση.

100% άλας υδροξειδίου ασβεστίου οξειδωμένης κυτταρίνης (οκόνη)

Οστικά Μοσχεύματα

Όταν συζητείται η απομάκρυνση ενός δοντιού, είναι σημαντικό να διατηρήσουμε τις διαστάσεις του οστού και να διαμορφώσουμε το δρόμο για μελλοντικά επιτυχή σχέδια θεραπείας. Η Septodont σας προμηθεύει με μεγάλη ποικιλία προϊόντων οστικών μοσχευμάτων.

Υλικά οστικών μοσχευμάτων
• Υψηλής καθαρότητας φωσφορικό β-τριασβέστιο
• Πλήρως απορροφήσιμο και οστεοσυμβατό
• Προάγει τη δημιουργία ισχυρού νέου οστού
• Εμποδίζει την αυτόματη απορρόφηση ακρολοφίας
• Διατηρεί τον όγκο και την ακεραιότητα του οστού μέσα σε 3-6 μήνες

R.T.R Cone
• Απλοποιημένη διαδικασία
• Εξαιρετικά βελτιωμένος χειρισμός
• Επικαλυμμένος με κολλαγόνο
• Μπορεί να χρησιμοποιηθεί δίχως μεμβράνη

R.T.R. Syringe
Μια κυρτή σύριγγα για
• Εύκολο χειρισμό για ενυδάτωση
• Μεγάλη ακρίβεια στην τοποθέτηση
• Ιδανική διανομή πάνω στο έλλειμμα

R.T.R. Granules
• Μεγάλος όγκος σωματιδίων μοσχεύματος για την κάλυψη μεγάλων οστικών ελλειμμάτων (2cm^3)

Διαχείριση των επιπλοκών

Μετά την εξαγωγή, οι πρώτες ημέρες είναι σημαντικές και υπάρχει κίνδυνος για την εμφάνιση επώδυνου ξηρού φατνίου. Ως ο παγκόσμιος ηγέτης στη διαχείριση του οδοντιατρικού πόνου, η Septodont δεσμεύεται στην παροχή ικανοποιητικών μετεξακτικών λύσεων για επιτυχή επούλωση και ανακούφιση από τον πόνο.

Alveogyl
Το ιδανικό προϊόν επικάλυψης ξηρού φατνίου μετά τις εξαγωγές των δοντιών με τις ίνες Penghawar.
• Εξασφαλίζει την εύκολη έμφραξη του φατνίου
• Βοηθά στην άμεση ανακούφιση του πόνου
• Προάγει την αιμόσταση μέσω της συμπίεσης
• Προστατεύει από την επιμόλυνση
• Αποτελεί θεραπεία ενός σταδίου αυτοαποκλεισμού του πόνου
• Δεν απαιτείται ιδιαίτερη προσοχή παρά μόνο η παρακολούθηση της διαδικασίας επούλωσης

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

Συγκλεισιακή εξισορρόπηση

Ιστορικώς, απετέλεσε μέθοδο εκλογής για τη θεραπεία της δυσλειτουργίας των κροταφογναθικών διαρθρώσεων. Κατά το παρελθόν, αρκετά εγχειρίδια περιγράφουν διάφορες τεχνικές συγκλεισιακής εξισορρόπησης, υποστηρίζοντας την αποτελεσματικότητά της στη θεραπεία περιπτώσεων προσβολής των μασητήριων μυών και των κροταφογναθικών διαρθρώσεων.[4-6]

Οι θέσεις τους βασίζονται στην κλινική τους εμπειρία στερούμενες παντελώς επιστημονικής τεκμηρίωσης. Ο ρόλος των συγκλεισιακών παραγόντων στην αιτιολογία των λειτουργικών διαταραχών αμφισβητείται σθεναρά.

Οι συσχετισμοί μεταξύ συγκλεισιακών παραμέτρων και των σημείων και συμπτωμάτων δυσλειτουργίας ήσαν αντιφατικοί, σε γενικές γραμμές, ασθενείς ή ανύπαρκτοι, τόσο στις κλινικές, όσο και στις επιδημιολογικές έρευνες.[7-13]

Ως εκ τούτου, δεν υφίστανται επιστημονικές αποδείξεις που να υποστηρίζουν την άποψη ότι η συγκλεισιακή εξισορρόπηση μπορεί να θεραπεύσει τη δυσλειτουργία των κροταφογναθικών διαρθρώσεων ή να σταματήσει το νυχτερινό βρυγμό.[14,15]

Υπό το φως της σύγχρονης γνώσης, η συγκλεισιακή εξισορρόπηση δεν αποτελεί θεραπεία εκλογής για την πλειονότητα των ασθενών με δυσλειτουργία.[3]

Ενδεχομένως, σε κάποιες επιλεγμένες περιπτώσεις όπως οι παρεμβολές στη μη λειτουργούσα πλευρά, η συγκλεισιακή εξισορρόπηση να αποβαίνει αποδεκτή. Επίσης, σε περιπτώσεις σκελετικής πρόσθιας ανοιχτής δήξης, οφειλόμενης σε οξεία φάση οστεοαρθρίτιδας των κροταφογναθικών διαρθρώσεων, η οποία προκαλεί απώλεια οστικής ουσίας, συχνά σε συνδυασμό με προσθετική αποκατάσταση σε περιόδους ύφεσης των συμπτωμάτων.[16,17]

Ακόμα, μπορεί να ενδείκνυται σε συνδυασμό με ορθοδοντική ή ορθογναθική θεραπεία, με στόχο τη σταθεροποίησή της ή ως επιστέγασμα οδοντιατρικών επανορθωτικών εργασιών.

Ενδείξεις Συγκλεισιακής Εξισορρόπησης

Θα πρέπει να εφαρμόζεται, με ιδιαίτερη προσοχή, στις ακόλουθες περιπτώσεις και εφ' όσον τα συντηρητικά μέσα θεραπείας έχουν αποτύχει.

1) Συγκλεισιακές παρεμβολές άμεσα και αποδεδειγμένα σχετιζόμενες με συμπτώματα δυσλειτουργίας.

2) Συγκλεισιακές παρεμβολές σχετιζόμενες με αυξανόμενη αποτριβή των δοντιών (φασέτες αποτριβής) οι οποίες αποδεδειγμένα έχουν προκληθεί από την παρεμβολή.

3) Παρεμβολές σχετιζόμενες με τραυματική σύγκλειση και οι οποίες ενέχουν τον κίνδυνο επιδείνωσης υπάρχουσας περιοδοντικής νόσου.

4) Τέλος, για λόγους ορθής σχεδίασης σε περιπτώσεις ολικής στοματικής αποκατάστασης.

Προϋποθέσεις συγκλεισιακής εξισορρόπησης

Η συγκλεισιακή εξισορρόπηση αποβλέπει στην απόδοση σταθερής σύγκλεισης, η οποία θα εξασφαλίζει ομαλές λειτουργικές κινήσεις της κάτω γνάθου, δημιουργώντας:

1) Αμφοτερόπλευρες επαφές σε περισσότερα κατά το δυνατόν δόντια στη μέγιστη συγγόμφωση.

2) Αμφοτερόπλευρες επαφές στους προγομφίους στην κεντρική σχέση.

3) Μικρή διαφορά απόστασης μεταξύ κεντρικής σχέσης-μέγιστη συγγόμφωση με αμφοτερόπλευρες επαφές κατά τη διάρκεια της επολίσθησης.

4) Ομαλές πλαγιολισθήσεις με επαφές μόνον στα δόντια της λειτουργούσας πλευράς είτε με τη μορφή της κυνοδοντικής προστασίας, είτε με τη μορφή της ομαδικής συνέργειας.

5) Αμφοτερόπλευρες επαφές κατά την προολίσθηση στις περιοχές των προσθίων δοντιών.

Προφυλακτική εφαρμογή της συγκλεισιακής εξισορρόπησης

Ενδείκνυται σπανίως και μόνον στις ακόλουθες δύο περιπτώσεις:

1) Στην εξάλειψη ιατρογενών παρεμβολών, οι οποίες ενδεχομένως προκύπτουν κατά τη διάρκεια μιας στοματικής αποκατάστασης.

2) Σε περιπτώσεις με ορατές αποτριβές (βρυγμοφασέτες) ως αποτέλεσμα παρεμβολής και εφ' όσον ο ασθενής συμφωνήσει μετά από λεπτή ενημέρωση.

Αντενδείξεις συγκλεισιακής παρεμβολής

1) Συγκλεισιακή νεύρωση ή Phantom bite syndrome, η οποία ενδεχομένως θα ενεργοποιήσει ψυχωσικές καταστάσεις.[18]

2) Μειωμένη κάθετη διάσταση οφειλόμενη σε εκτεταμένες αποτριβές των δοντιών.

3) Μεγαλύτερη των 2 mm απόσταση μεταξύ μέγιστης συγγόμφωσης-κεντρικής σχέσης.

4) Σε οξείες φάσεις εκφυλιστικών και φλεγμονωδών παθήσεων οι οποίες προσβάλλουν και τις κροταφογναθικές διαρθρώσεις. Στις περιπτώσεις αυτές, οι συγκλεισιακές παρεμβολές πιθανώς οφείλονται στο οίδημα της κροταφογναθικής που δημιουργείται από τη φλεγμονή.

Προσθετική Αποκατάσταση

Η Προσθετική όσο και η Ορθοδοντική αποτελούν αποκαταστατικές διαδικασίες οι οποίες ενδεχομένως να υφίστανται ως μία επιπλέον παθολογική παράμετρος, στον δυσλειτουργικό ασθενή.

Ενίοτε, η συγκλεισιακή εξισορρόπηση από μόνη της δεν επαρκεί για την απόδοση λειτουργικής και, ως εκ τούτου, φυσιολογικής σύγκλεισης, οπότε η προσθετική αποκατάσταση, μέσα από τις διάφορες μορφές της (κινητές-ακίνητες, συνδυασμός αυτών, εμφυτεύματα κλπ.), αποτελεί θεραπεία εκλογής.

Μετά την ολοκλήρωση και την επιτυχή έκβαση και άρση των δυσλειτουργικών συμπτωμάτων, ακολουθεί και η προσθετική αποκατάσταση, εφ' όσον αυτή αποτελεί, όπως ανεφέρθη, μέρος της παθολογίας του δυσλειτουργικού ασθενούς.

Μεταξύ των δύο αυτών μορφών θεραπείας, θα πρέπει να μεσολαβεί χρονικό διάστημα 2-3 μηνών κατά το οποίο ο ασθενής θα πρέπει να παραμένει ασυμπτωματικός.

Η μορφή αυτή πρόληψης κρίνεται ιδιαιτέρως απαραίτητη στις περιπτώσεις εκείνες οι οποίες απαιτούν επαναπροσδιορισμό της κάθετης διάστασης του ασθενούς.

Η απόδοσή της θα πρέπει να γίνεται σταδιακά επειδή ο νευρομυϊκός μηχανισμός που ελέγχει τις συγκλεισιακές επαφές είναι ευαισθητοποιημένος, επειδή η αύξηση της κάθετης διάστασης προϋποθέτει ελάττωση του μεσοφραγματικού χώρου.

Η ανωτέρω άποψη τεκμηριώνεται από αξιόπιστες κλινικές έρευνες αξιολόγησης της κάθετης διάστασης.[19]

Εάν η ελάττωση της κάθετης διάστασης προέκυψε ως αποτέλεσμα της απώλειας δοντιών υποστήριξης, ο ασθενής διατρέχει σοβαρό κίνδυνο εμφάνισης εκφυλιστικών διεργασιών στις κροταφογναθικές διαρθρώσεις με τη μορφή οστεοαρθρίτιδος.

Ορθοδοντική και Ορθογναθική Θεραπεία

Στη Βόρειο Αμερική σε πληθυσμιακή έρευνα, διαπιστώθηκε ότι το 70%-80% του μελετηθέντος δείγματος παρουσίαζε ορθοδοντικές ανωμαλίες. Η πλειοψηφία των ατόμων διέθετε φυσιολογική σύγκλειση και συνεπώς δεν απαιτούσε ορθοδοντική θεραπεία. Σύμφωνα με τις κρατούσες απόψεις δεν υφίστανται ενδείξεις σύμφωνα με τις οποίες οι μορφολογικές ανωμαλίες της σύγκλεισης, όπως αυτές καθιερώθηκαν από τον Angle, προκαλούν είτε νόσο του περιοδοντίου, είτε δυσλειτουργία των κροταφογναθικών διαρθρώσεων.[6]

Συνεπώς, η Ορθοδοντική ως μέρος των θεραπευτικών σχημάτων που ακολουθεί η κλινική φυσιολογία του Στοματογναθικού συστήματος και σε συνδυασμό ορισμένες φορές με την προσθετική και την ορθογναθική χειρουργική, αποβλέπει στην αποκατάσταση ή στην βελτίωση συγκλεισιακών ανωμαλιών, οι οποίες ενδεχομένως εμπλέκονται άμεσα ή έμμεσα στη δυσλειτουργία του στοματογναθικού συστήματος.

Αναφορικά με τη σχέση της ορθογναθικής χειρουργικής και της δυσλειτουργίας του στοματογναθικού συστήματος θα πρέπει να επισημάνουμε τα εξής:

Οι περιπτώσεις δυσλειτουργικών ασθενών οι οποίοι παράλληλα εμφανίζουν και ορθογναθικό πρόβλημα θα πρέπει να αξιολογούνται με ιδιαίτερη προσοχή.

Η ορθογναθική χειρουργική ως θεραπευτική προσέγγιση ασθενών με σκελετική ασυμμετρία, ανωμαλίες ανάπτυξης και πόνο οφειλόμενο σε δυσλειτουργία, σπανίως ενδείκνυται για την ανακούφιση ή την άρση των επώδυνων συμπτωμάτων.

Σε παρόμοιες περιπτώσεις, η προσεκτική αξιολόγηση και των λοιπών εμπλεκομένων παραγόντων θα πρέπει να στρέφει την προσοχή μας και προς άλλες μορφές θεραπείας, με εξαίρεση εκείνους τους ασθενείς οι οποίοι επιζητούν κυρίως βελτίωση της αισθητικής τους εμφάνισης,είτε καλύτερη συγκλεισιακή σταθερότητα, έχοντας πάντα υπ' όψιν ότι η χειρουργική θεραπεία, όπως και η ορθοδοντική, ανήκουν κατά κύριο λόγο στα μη αντιστρεπτά είδη θεραπείας.[20]

Αποτελεί αξίωμα ότι οι διάφορες αποκαταστατικές μορφές θεραπείας, πάντοτε έπονται της λειτουργικής αποκατάστασης του Στοματογναθικού συστήματος και σε καμία περίπτωση δεν αποτελούν ένδειξη θεραπείας για την άρση των δυσλειτουργικών συμπτωμάτων.

Φυσικές μέθοδοι θεραπείας

Ο πόνος στις κροταφογναθικές διαρθρώσεις και στην ευρύτερη περιοχή του Στοματογναθικού συστήματος συχνά είναι αποτέλεσμα υπερλειτουργίας των μυών της περιοχής. Η χρόνια υπερλειτουργία των μασητήριων μυών αρχικά σε σπασμό και ακολούθως σε πόνο με συνακόλουθο αποτέλεσμα τη βράχυνσή τους και αδυναμία ανταπόκρισης στις λειτουργικές τους υποχρεώσεις. Ο τρόπος αυτός αντίδρασης θεωρείται ως αντισταθμιστική ενέργεια αποβλέπουσα στην προστασία της άρθρωσης με αναστολή ή περιορισμό των λειτουργικών κινήσεων. Οι φυσικές μέθοδοι θεραπείας αποτελούν χρήσιμο μέσον εντασσόμενο στο ευρύτερο θεραπευτικό οπλοστάσιο της Παθολογικής Φυσιολογίας του Στοματογναθικού συστήματος. Έχουν ευρεία εφαρμογή και εφαρμόζονται παράλληλα και σε συνδυασμό με τα διάφορα άλλα θεραπευτικά μέσα.

Στις φυσικές μεθόδους θεραπείας υπάγονται:

- Η κινησιοθεραπεία
- Η αναισθησία
- Οι διαδερματικές ηλεκτρικές νευρικές διεγέρσεις
- Η διαθερμία και η υπέρηχοι
- Η ιοντοφόρηση και ο
- Βελονισμός

Κινησιοθεραπεία

Αποτελεί δημοφιλές μέσον αποκαταστατικής θεραπείας ή βελτίωσης των δυσλειτουργικών συμπτωμάτων, όχι μόνον του Στοματογναθικού συστήματος, αλλά και στη θεραπεία μεγαλυτέρων ομάδων του υπολοίπου μυοσκελετικού συστήματος.[21]

- Οι ασκήσεις αποβλέπουν:
- Στη χαλάρωση των τεταμένων μυών
- Στη συντονισμένη επαναλειτουργία των μυών
- Στην αύξηση της κινητικότητας της κάτω γνάθου (ισότονες ασκήσεις)
- Στην αύξηση του μήκους των μυών.[22]

Η κινησιοθεραπεία εκτός από τη συμβολή της στη συμμετρική ελάττωση μυϊκής συστολής, χρησιμοποιείται και ως μέσον εξάλειψης ή περιορισμού των διαφόρων μορφών πρόσθιας μετατόπισης του διαρθρίου δίσκου (locking), καθώς και στον υπερκερασμό της κάτω γνάθου από τη μέση γραμμή. Εφαρμόζεται επίσης μετά από χειρουργικές επεμβάσεις για προφανείς λόγους.

Τα πορίσματα ερευνών σχετικών με το θέμα καταλήγουν στα εξής:

Α) Τα αποτελέσματα της κινησιοθεραπείας κατά τεκμήριο επέρχονται μακροπροθέσμως.

Β) Οι ασκήσεις δεν γίνονται εύκολα αποδεκτές από τους ασθενείς, όταν πρέπει να εφαρμόζονται για μεγάλο χρονικό διάστημα

Γ) Η μεμονωμένη του ωφέλεια είναι δύσκολο να προσδιοριστεί.

Η χαλάρωση των μασητήριων μυών επιτυγχάνεται με την εκτέλεση κινήσεων μικρής έκτασης στο οριζόντιο και στο κατακόρυφο επίπεδο στηριζόμενη στην αρχή της αντανακλαστικής χάλασης. Συνεπώς, η κατάσπαση της κάτω γνάθου με αντίσταση χαλαρώνει τους ανασπώντες που βρίσκονται σε συστολή ***(Εικ. 1)***, ενώ η ανάσπαση με αντίσταση χαλαρώνει τους κατασπώντες ***(Εικ. 2)***.

Εικ. 1: Κατάσπαση της κάτω γνάθου με αντίσταση.

Εικ. 2: Ανάσπαση της κάτω γνάθου με αντίσταση.

Οι ίδιες αρχές ισχύουν και για τις πλαγιολισθήσεις της κάτω γνάθου ***(Εικ. 3Α,Β)***. Σε περιπτώσεις μειωμένης κατάσπασης, εφαρμόζουμε εκτατικές ασκήσεις ***(Εικ. 4)***, ενώ για τις περιπτώσεις απόκλισης από τη μέση γραμμή, εφαρμόζουμε ειδική

Εικ. 3Α,Β: Πλαγιολίσθηση της κάτω γνάθου, δεξιά-αριστερά, με αντίσταση.

Εικ. 4: Ενεργητική κατάσπαση της κάτω γνάθου.

άσκηση αποσκοπούσα στο συντονισμό των μυών αμφοτερόπλευρα (κυρίως των δύο μοιρών του έξω πτερυγοειδούς). ***(Εικ. 5)***

Εικ. 5: Άσκηση συντονισμού των μυών (κυρίως των έξω πτερυγοειδών).

Εννοείται ότι το πρόγραμμα των ασκήσεων, μικρό μέρος των οποίων απεικονίζονται, εφαρμόζονται κατά περίπτωση, για παράδειγμα σε περιπτώσεις πρόσθιας μετατόπισης του διαρθρίου δίσκου (locking) χωρίς επαναφορά. Η εφαρμογή ενεργητικής κατάσπασης της κάτω γνάθου ενέχει άμεσο κίνδυνο διάτρησης του διαρθρίου δίσκου.

Αναισθησία

Όπως είναι γνωστό, ο μυϊκός σπασμός μπορεί να δημιουργήσει ζώνες διέγερσης σε περιοχές του μυός από τις οποίες ο εκλυόμενος πόνος μπορεί να εμπλέξει παρακείμενους μύες. Σε αυτές τις περιπτώσεις η εφαρμογή κινησιοθεραπείας με τη μορφή εκτατικών κινήσεων δημιουργεί δυσανεξία. Η εφαρμογή στην πάσχουσα περιοχή αναισθητικού με τη μορφή ψεκασμού αυξάνει το εύρος κίνησης του πάσχοντος μυός. Συνεπώς, η χρήση αναισθητικών εφαρμόζεται ως βοηθητικό μέσον στην κινησιοθεραπεία καταστέλλοντας τις ζώνες διέγερσης και άλλες πηγές πόνου.

Σε περιπτώσεις σοβαρού μυϊκού πόνου και για μεγαλύτερης διάρκειας αποτελέσματα ενδείκνυται η ενδομυϊκή χορήγηση τοπικού αναισθητικού το οποίον εξασφαλίζει χρονική διάρκεια αναλγησίας 2-3 ώρες.[23]

Το χρησιμοποιούμενο τοπικό αναισθητικό είναι συνήθως διάλυμα 1% λιδοκαΐνης ή 0,5% υδροχλωρικής μεπιβακαΐνης χωρίς αγγειοσυσπαστικές ουσίες.

Της εμπάρσεως της βελόνας (23-25G) προηγείται προσεκτική ψηλάφηση του πάσχοντος μυός για τον ακριβή εντοπισμό της ζώνης διέγερσης. Η ποσότητα που ενίεται είναι 1-2 ml για μικρές σε έκταση περιοχές του μυός ή 10 ml σε μεγαλύτερες ομάδες μυών.

Διαδερματικές Ηλεκτρικές Νευρικές Διεγέρσεις
(Transcultneous Electrical Nerve Stimulation T.E.N.S.)

Ενδείξεις εφαρμογής της μεθόδου αποτελούν οι κάτωθι περιπτώσεις:

Α) Μυοπροσωπικός πόνος
Β) Άτυπη προσωπαλγία
Γ) Νευραλγία τριδύμου
Δ) Ερπητική νευραλγία
Ε) Οποιαδήποτε μορφή δυσλειτουργίας των κροταφογναθικών διαρθρώσεων για την καταστολή του πόνου που σχετίζεται με αυτές.
ΣΤ) Για επώδυνα κρανιοπροσωπικά άλγη και σύνδρομα παράλληλα και συμπληρωματικά, με την ακολουθούμενη νευρολογική θεραπεία κατά περίπτωση.

Η λειτουργία της μεθόδου στηρίζεται και εξηγείται με τη θεωρία της πύλης εισόδου του πόνου "gate control theory"[24], και την απελευθέρωση φυσικών οπιοειδών, όπως εγκεφαλινών και ενδορφινών. Η περιοχή όπου εφαρμόζεται διεγείρεται με ρεύμα υψηλής συχνότητας 80-100 Hz ή χαμηλής συχνότητας από 2 Hz και άνω. Το ηλεκτρικό ρεύμα διεγείρει ποικιλία υποδοχέων χαμηλού οδού διέγερσης, εντοπιζόμενων στο δέρμα, στις αρθρώσεις και στους μύες.

Η ηλεκτρική διέγερση προκαλεί τη μεταβίβαση νευρικών ώσεων μέσω κεντρομόλων ινών μεγάλης διαμέτρου (Α-α-β), οι οποίες εμποδίζουν την είσοδο των επώδυνων ώσεων με τη μεσολάβηση ινών μικρότερης διαμέτρου (Α-δ και C) μέσω ενδονευρώνων στη σύναψη.[25]

Διαθερμία

Η χρήση της βασίζεται στη διαπίστωση ότι η αύξηση της κυκλοφορίας του αίματος στην πάσχουσα περιοχή, μετακινεί μεταβολίτες οι οποίοι ευθύνονται για τον μυϊκό πόνο. Η σεροτονίνη, ως αγγειοσυσπαστική ουσία, μετέχει στον αγγειόσπασμο τον οποίον παρατείνει. Η διαθερμία, με την αγγειοδιαστολή που προκαλεί, ανταγωνίζεται τη δράση της. Η εφαρμογή, με οποιαδήποτε μορφή, αποβαίνει ωφέλιμη όταν εφαρμόζεται πριν από την εκτέλεση του προγράμματος της κινησιοθεραπείας. Η χρήση υπερήχων αποτελεί επίσης ένα αποτελεσματικό μέσον θεραπείας ιδιαιτέρως σε περιπτώσεις τραυματισμού των κροταφογναθικών διαρθρώσεων. Η αποτελεσματικότητά τους οφείλεται στην αύξηση της θερμοκρασίας σε μεγαλύτερο βάθος ιστών καθώς και στην αύξηση της ελαστικότητας των συνδετικών ιστών.[26] Η εφαρμογή τους στη θεραπεία των δυσλειτουργιών του Στοματογναθικού συστήματος στηρίζεται στην αύξηση της θερμοκρασίας που προκαλείται τοπικά στην περιοχή των μασητήριων μυών καθώς και στις κροταφογναθικές διαρθρώσεις, προκαλώντας ανακούφιση από τον πόνο. Η δράση τους στηρίζεται στο περιηλεκτρικό φαινόμενο.[22]

Βελονισμός

Μελέτες της δεκαετίας του 70, απέδειξαν την επίδραση του βελονισμού στα κεντρομόλα νευρικά στελέχη, υπεύθυνα για την ελάττωση του πόνου.[27]

Η θεραπευτική δράση του βελονισμού στον πόνο και στη δυσλειτουργία, όπως και στην περίπτωση των T.E.N.S. εξηγείται μέσω νευρικών και βιοχημικών διεργασιών που σχετίζονται με τη θεωρία της πύλης εισόδου του πόνου (gate control theory) και την απελευθέρωση νευροχημικών παραγόντων, όπως οι ενδογενείς μορφίνες. Πάραυτα, ο ακριβής μηχανισμός δράσης του δεν είναι απολύτως γνωστός. Πιθανώς, διαφορετικοί νευροφυσιολογικοί μηχανισμοί δρουν ταυτοχρόνως. Σε περιπτώσεις πόνου συνεπεία οστεοαρθρίτιδος ή ρευματοειδούς αρθρίτιδος των Κροταφογναθικών διαρθρώσεων, η εφαρμογή του επέφερε αξιόλογα αποτελέσματα.[28] Επί του παρόντος, η έλλειψη ισχυρών κλινικών και ερευνητικών δεδομένων, περιορίζουν τη χρήση του στη θεραπεία των λειτουργικών διαταραχών του Στοματογναθικού συστήματος.

Θεραπεία βασιζόμενη σε ψυχολογικά σχήματα

Αποτελεί κοινή παραδοχή το γεγονός ότι η συναισθηματική διέγερση είναι σημαντικός παράγων πρόκλησης δυσλειτουργίας. Η εφαρμογή ψυχολογικών μεθόδων αντιπροσωπεύει αποτελεσματική θεραπευτική προσέγγιση, η οποία μειώνει τον πόνο του ασθενούς σε ανεκτά επίπεδα.[23]

Οι συγκινησιακές καταστάσεις και οι καταστάσεις συμπεριφοράς σχετίζονται άμεσα με τον χρόνιο πόνο. Σε αυτή την ομάδα ασθενών η εφαρμογή ψυχολογικών μεθόδων θεωρείται θεραπεία εκλο-

γής, η οποία αποσκοπεί στην τροποποίηση της συμπεριφοράς του ασθενούς που δρα ως πηγή άγχους, επιβαρύνοντας την κατάστασή του. Σύμφωνα με την ψυχολογική θεωρία, η σύσπαση των μασητήριων μυών και η πρόκληση στοματοπροσωπικού πόνου οφείλεται μεταξύ άλλων και στην υπερλειτουργία τους, συνεπεία παραλειτουργικών έξεων. Συνεπώς, η ελάττωση ή και εξάλειψη των έξεων αυτών αποτελεί πρωταρχικής σημασίας ενέργεια. Ο στόχος αυτός μπορεί να επιτευχθεί με ενεργό ψυχοθεραπεία καθώς και με τη βοήθεια διαφόρων μεθόδων από τον ίδιο τον ασθενή, όπως η βιοανάδραση (biofeedback), η κατ' επανάληψη άσκηση, η αυτοπαρακολούθηση και έλεγχος, η τεχνική της αντιστροφής, και η μέθοδος της απώθησης.[29]

Ο οδοντίατρος χωρίς να εμπλέκεται σε ψυχιατρικές τεχνικές θα πρέπει να περιορίζεται σε ανάλογες οδοντιατρικές συμβουλές που αποβλέπουν στο να εξηγήσει στον ασθενή με τον απλούστερο τρόπο, αφ' ενός τον καλοήθη χαρακτήρα της πάθησής του και αφ' ετέρου τη σχέση του προβλήματός του με την ψυχοσωματική του κατάσταση. Για ορισμένους ασθενείς με χρόνιο πόνο και έντονα συμπτώματα άγχους, μετά από επανειλημμένες θεραπευτικές αποτυχίες, θεωρείται απαραίτητη η παραπομπή τους σε ψυχίατρο. Η καθοδήγηση από τον οδοντίατρο και τον ψυχίατρο αποβλέπει στην υιοθέτηση ειδικής συμπεριφοράς, η οποία αποσκοπεί στην καλύτερη αντιμετώπιση του πόνου και των αδυναμιών που συχνά συνοδεύουν τη δυσλειτουργία του Στοματογναθικού συστήματος. Έτσι ο ασθενής εκπαιδεύεται κατάλληλα, έτσι ώστε μέσω της χαλάρωσης, της περίσκεψης και άλλων αυτοβοηθητικών μεθόδων, να μπορέσει να βελτιώσει την ανοχή του στον πόνο.

Βιοανάδραση (Biofeedback)

Μεταξύ των διαφόρων ψυχοτεχνικών μεθόδων, όπως η χαλάρωση, η ύπνωση κλπ. που αποτελούν αποτελεσματικά μέσα θεραπείας ή ελέγχου του πόνου ασθενών με δυσλειτουργία του Στοματογναθικού συστήματος, προτείνονται και τεχνικές αυτοελέγχου όπως είναι η βιοανάδραση, την οποία ελέγχει ο ίδιος ο ασθενής.

Η εφαρμογή της βιοανάδρασης στην κλινική πράξη αποδείχθηκε εξαιρετικά αποτελεσματική για την ελάττωση της μυϊκής λειτουργίας ιδιαίτερα στα άτομα με ημερήσιο βρυγμό.[23,30] Η τεχνική βασίζεται στην αρχή ότι αν γίνει συνείδηση σε ένα άτομο μία υποσυνείδητη διεργασία, το άτομο μπορεί να την ελέγξει. Μέσω ειδικής συσκευής, η ηλεκτρομυογραφική δραστηριότητα ενισχύεται και μετατρέπεται σε ακουστικό ή οπτικό σήμα που αυξομειώνεται ανάλογα με το επίπεδό της και συγχρόνως, απεικονίζεται στην οθόνη της συσκευής.[31] Μετά από μερικά μαθήματα, διάρκειας 20-30 λεπτών, ο ασθενής αφήνεται να κάνει τις ασκήσεις χαλάρωσης σπίτι του. Η επιτυχία εξαρτάται από το κατά πόσον ο ασθενής εφαρμόζει σωστά την τεχνική. Εκτός από τον τύπο της συσκευής βιοανάδρασης στο χώρο του ιατρείου, στο εμπόριο διατίθενται διάφοροι τύποι φορητών συσκευών, κατάλληλες για κατ' οίκον χρήση από τον ίδιο τον ασθενή.

Μέθοδος της κατ' επανάληψιν άσκησης

Αποσκοπεί στην συνειδητοποίηση της βλαβερής έξης από τον ασθενή επικεντρώνοντας την προσοχή του στους μυς και τα δόντια κατά τη διάρκεια της παραλειτουργικής, δραστηριότητας. Στις περιπτώσεις βρυγμομανών, ο ασθενής σφίγγει τα δόντια του όσο το δυνατόν περισσότερο για ένα διάστημα. Ακολούθως, ξεκουράζεται και κατόπιν ξανασφίγγει τα δόντια για μεγαλύτερο διάστημα, ξεκουράζεται εκ νέου κ.ο.κ. Οι επαναλήψεις εφαρμόζονται 5 συνεχείς φορές και χαρακτηρίζονται ως μία θεραπευτική δέσμη επαναλαμβανόμενη 5-6 φορές την ημέρα και για διάστημα 2 εβδομάδων. Σχετικές έρευνες έδειξαν ότι το 75% 33 βρυγμομανών που πήραν μέρος στην έρευνα, παρουσίασε βελτίωση μέχρι και έναν χρόνο μετά τη θεραπεία.

Αυτοπαρακολούθηση και έλεγχος

Θεωρείται από τις περισσότερο αποτελεσματικές μεθόδους αλλαγής της συμπεριφοράς από τον ίδιο τον ασθενή, ο οποίος καταγράφει τις ανεπιθύμητες έξεις καθημερινά σε ημερολόγιο. Κατ' αυτόν τον τρόπο, ο ασθενής καθίσταται ικανός να ελέγχει την εκδήλωση της παραλειτουργικής έξης και συγχρόνως δίνεται η δυνατότητα στον Οδοντίατρο να εκτιμά την πρόοδο του ασθενούς.[31]

Τεχνική της αντιστροφής

Αποβλέπει στην απαλλαγή του ασθενούς από τη βλαβερή του έξη, αντικαθιστώντας την με άλλη λιγότερο βλαβερή, π.χ. αντικατάσταση της απομύζησης του αντίχειρα με τη χρήση θηλάστρου.[32]

Μέθοδος της απώθησης

Η μέθοδος αποσκοπεί στην απόρριψη της παραλειτουργικής έξης, καθιστώντας την δυσβάστακτη ή κρίνοντάς την αρνητική όπως π.χ. η αφαίρεση πώματος φιάλης με τα δόντια (συμπεριφορά κατακριτέα), καθώς και η τοποθέτηση κιτρικού οξέος (αρνητικός ενισχυτής) στο στόμα μετά από σφίξιμο των δοντιών.[29]

Φαρμακοθεραπεία

Αποτελεί από τα πλέον προσφιλή μέσα καταστολής του πόνου στο Στοματογναθικό σύστημα και στην ευρύτερη περιοχή του γενικότερα.

Η χορήγηση φαρμάκων θα πρέπει να γίνεται υπό τις εξής προϋποθέσεις.

- Αναγνώριση της αιτιολογίας του πόνου
- Εντόπιση των πρωτοπαθών εστιών του πόνου

Η φαρμακευτική αγωγή διαφέρει εξαρτώμενη από τον εάν ο πόνος είναι αγγειακός, ή μυϊκός ή ενδοαρθρικός. Τα φάρμακα επιλογής που χρησιμοποιούνται στις επώδυνες περιπτώσεις δυσλειτουργίας του Στοματογναθικού συστήματος είναι τα τοπικά αναισθητικά, τα αναλγητικά, τα αγχολυτικά, τα αντιφλεγμονώδη, τα αντικαταθλιπτικά και τα μυοχαλαρωτικά.

Τοπικά αναισθητικά

Ήδη έγινε σχετική αναφορά. Η δράση τους οφείλεται στην παροδική αναστολή της γένεσης και μεταβίβαση των νευρικών ώσεων δια των νευραξόνων.

Στην κατηγορία των τοπικών αναισθητικών υπάγονται η λιδοκαϊνη, η βουπιβακαϊνη, η λιβουκαϊνη, η προκαϊνη κλπ.

Αναλγητικά

Διαδραματίζουν σημαντικό ρόλο στις επώδυνες δυσλειτουργικές καταστάσεις. Ο Halpren[33] διακρίνει τις ακόλουθες κατηγορίες:

- Αναλγητικά προκαλούντα ισχυρό εθισμό
- Αναλγητικά προκαλούντα μέτριο και
- Αναλγητικά που δεν προκαλούν εθισμό

Η μορφίνη και τα παράγωγά της ανήκουν στην πρώτη κατηγορία. Δυνατόν να χορηγηθούν σε έξαρση του μυοσκελετικού πόνου, ιδιαίτερα όταν συνυπάρχουν νεοπλασματικές, τραυματικές ή λοιμώδεις καταστάσεις. Η χρήση της πρέπει να αποφεύγεται για τις γνωστές της παρενέργειες.

Στη δεύτερη κατηγορία υπάγονται φαρμακευτικές ουσίες οι οποίες χορηγούνται σε μετατραυματικές καταστάσεις όπου ο πόνος υποχωρεί μετά την επούλωση.

Στην τρίτη ανήκουν τα αντιφλεγμονώδη μη στεροειδή αναλγητικά, τα οποία είναι:

Σαλικυλικά οξέα, η ιβουπροφαίνη, η ινδομεθακίνη, το μεφαιναμικό οξύ, τα ενολικά οξέα, η πιροξικάμη και η παρακεταμόλη. Σε περιπτώσεις προσβολής των κροταφογναθικών διαρθρώσεων από ρευματοειδή αρθρίτιδα ή εκφυλιστική αρθροπάθεια, φάρμακα εκλογής είναι τα σαλικυλικά λόγω του συνδυασμού των αναλγητικών και αντιρευματικών ιδιοτήτων τους.[23]

Ως γνωστόν, τα φάρμακα αυτής της κατηγορίας εμφανίζουν ορισμένες ανεπιθύμητες ενέργειες όπως αιμορραγία, ερεθισμό και έλκος του στομάχου μετά από παρατεταμένη χρήση. Ο ερεθισμός του γαστρεντερικού οφείλεται στην εξουδετέρωση της προσταγλανδινικής προστασίας του γαστρικού βλεννογόνου.

Αγχολυτικά

Κύριοι εκπρόσωποι είναι οι βενζοδιαζεπίνες. Χορηγούνται σε επώδυνες φάσεις δυσλειτουργίας, οι οποίες εκδηλώνονται συνήθως μετά από την εκδήλωση έντονου άγχους. Αναστέλλουν τις διανευρωτικές συνάψεις, με αποτέλεσμα τη μυοχάλαση, ιδιαίτερα όταν λόγω άγχους υπάρχει αυξημένος μυϊκός πόνος. Δεν έχουν αντικαταθλιπτική και αντιψυχωσική δράση. Δρουν στον υποθάλαμο και ανταγωνίζονται τα συμπτώματα ανταπόκρισης στις κακουχίες-stress (ταχυκαρδία, υπέρταση, έλκος στομάχου κ.ά). Χρησιμοποιούνται ευρύτατα σε καθημερινή βάση ιδιαίτερα σε νευρώσεις και ως κατασταλτικά συγκινησιακών εκτροπών κλπ.

Η μακρόχρονη χρήση τους ενέχει τον κίνδυνο ανάπτυξης αντοχής και εξάρτησης.[34]

Αντιφλεγμονώδη

Στην ομάδα αυτή, ανήκουν τα μη στεροειδή αντιφλεγμονώδη τα οποία αναφέρθηκαν στην κατηγορία των αναλγητικών καθώς και τα κορτικοστεροειδή.

Η ενδοαρθρική χορήγηση στεροειδών διαλυμάτων στην κροταφογναθική ενδείκνυται σε περιπτώσεις ασθενών οι οποίοι ανεπιτυχώς και για μεγάλο χρονικό διάστημα υπεβλήθησαν σε θεραπεία με τα κλασικά συντηρητικά μέσα. Επίσης, η χρήση τους ενδείκνυται σε περιπτώσεις με σοβαρούς μώλωπες και οίδημα στην άρθρωση ως επακόλουθο σοβαρών τραυματισμών της άρθρωσης (τραυματική αρθρίτις). Επίσης, σε ασθενείς με οξεία αρθροθυλακίτιδα και σε ασθενείς με οξεία παρόξυνση ρευματοειδούς αρθρίτιδας εφ' όσον η κροταφογναθική αποτελεί την κύρια εστία του πόνου.[35] Μακροπρόθεσμα, τα αποτελέσματα χορήγησής τους, σε περιπτώσεις οστεοαρθρίτιδος των κροταφογναθικών διαρθρώσεων, υπήρξαν πολύ ενθαρρυντικά.

Αντικαταθλιπτικά

Η χορήγησή τους ενδείκνυται σε περιπτώσεις όπου η κατάθλιψη είναι δυνατόν να προκαλεί ή να διατηρεί τον χρόνιο στοματοπροσωπικό πόνο.

Οι σημαντικότεροι τύποι αντικαταθλιπτικών φαρμάκων είναι τα τρικυκλικά, οι αναστολείς της μονοαμινο-οξειδάσης και τα άλατα του λιθίου.

Τα τρικυκλικά είναι τα πλέον χρησιμοποιούμενα. Εμποδίζουν την επαναπρόσληψη της νοραδρεναλίνης από τους νευρώνες, αυξάνοντας έτσι τη συγκέντρωση των αμινών στο συναπτικό χάσμα. Η ενέργεια αυτή θεωρείται ως η βασική αιτία για την αντικαταθλιπτική τους δράση.

Μυοχαλαρωτικά

Τα φάρμακα της κατηγορίας αυτής δρουν έμμεσα μέσω επίδρασης στον περιφερικό νευρομυϊκό μηχανισμό, προκαλώντας αναστολή στη σύνθεση της ακετυλοχολίνης στις απολήξεις των κινητικών νευρών με συνέπεια την αδυναμία μεταβίβασης του ερεθίσματος από το νεύρο προς τον υποδοχέα, προκαλώντας κατ' αυτόν το τρόπο μυϊκή χάλαση.

Το ευρύ φαρμακευτικό φάσμα που χρησιμοποιείται στη θεραπεία των λειτουργικών διαταραχών του Στοματογναθικού συστήματος δρα κατά κύριο λόγο ανακουφιστικά, δηλαδή συμπτωματικά και όχι αιτιολογικά. Συνεπώς, η χρήση των φαρμάκων θα πρέπει να εφαρμόζεται μέσα στα πλαίσια ενός ευρύτερου και πλέον εξειδικευμένου προγράμματος θεραπείας κατά περίπτωση.

Όπως ήδη επισημάνθηκε, μέσα στα διάφορα θεραπευτικά μέσα, συμπεριλαμβάνεται και η χειρουργική της Κροταφογναθικής διάρθρωσης. Ανήκει στα μη αντιστρεπτά θεραπευτικά μέσα. Οι ενδείξεις, οι αντενδείξεις, οι επιπλοκές και η ποικιλία των τεχνικών κατά περίπτωση, συνιστούν ένα ιδιαίτερο κεφάλαιο, μία επιπλέον ξέχωρη ανασκόπηση.

Με αυτές τις σκέψεις, δεν συμπεριελήφθη στην παρούσα εργασία, επιφυλασσόμενος, σε μελλοντική αναφορά.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1) Mejersjo C. Long term development after treatment of mandibular dysfunction and osteoarthorsis. A clinical – radiographic follow-up and animal experimental study. Swed Dent J. Suppl.22, 1984.
2) Wedel A. Heterogeneity of patients with craniomandibular disorders. A longitudinal Study. Swed Dent Suppl. 55, 1988.
3) Zarb GA, Carlsson GE, Ruhgh JD. Clinical management in: Zarb GA, Carlsson GE, Sessle BJ, Mohl ND (eds). Temporomandibular joint and masticatory muscle disorders. Muuksgaard. Compenhagen 1994. 529-49.
4) Rosselt V. Physiology of occlusion and rehabilitation. 2nd ed. Publ. Blackwell Scientific Oxford 1968.
5) Dawson PE. Evaluation, diagnosis and treatment of occlusal problems. CV Mosby Co. St. Louis 1974.
6) Ramfjord SP, Ash MM 3rd ed., WB Saunders Co., Philadelphia, 1983.
7) The American Academy of Orofacial Pain. De Leew WR (ed.) Orofacial pain. Guidelines for assessment, diagnosis, and management. 4th ed. Chicago: Quintessence 2008.
8) De Boever JA, Carlsson GE, Klineberg IJ. Need for occlusal therapy and prosthodontic treatment in the management of termporomandibular disorders. Part I. Occlusal interferences and occlusal adjustment. J. Oral Rehabil. 2000. 27:367-79.
9) Droukas B, Lindee C, Carlsson GE. Occlusion and mandibular dysfunction: A clinical study of patients referred for functional disturbances of the masticatory system. J Prosthet Dent. 1985. 3:402-6.
10) Carlsson GE, Droukas B. Dental occlusion and the health of the masticatory system. J. Craniomandib. Pract. 1984. 2:141-7.
11) Mc Namara JA Jr., Seligman DA, Okeson JP. Occlusion, Orthodontic treatment and temporomandibular disorders: a review J. Orofac. Pain 1995. 9:73-90.
12) Magnusson T, Egermark I, Carlsson GE. A prospective investigation over two decades on signs and symptoms of temporomandibular disorders and associated variables. A final summary. Acta Odontol Scand. 2005. 63:99-109.
13) Marklund S. Wanman A. Century of controversy regarding the benefit or detriment of occlusal contacts of the mediotrusive side. J. Oral Rehail. 2000. 27:533-62..
14) Green CS, Laskin DM. Long term evaluation of treatment for myofacial pain-dysfunction syndrome: A comparative analysis. J Am Dent. Assoc. 1983. 107:235-8.
15) Wenneberg B, Nystrom T, Carlsson GA. Occlusal equilibration and other stomatognathic dysfunction and headache. J Prosthet. Dent. 1988, 59:478-83.
16) Selligman DA, Pullinger AG. The Role of functional occlusal relationships in temporomandibular disorders: A review. J. Craniomandib. Disord. Facial Oral Pain 1991, 5:265-79.
17) Kopp S. Rheumatoid arthritis in: Zaarb GA, Carlsson GE, Sessle BJ, Mohl ND (eds). Temporomandibular Joint and masticatory muscle disorders. 2nd ed. Munksgaard. Copenhagen,1994. 346-66.
18) Marbach J. Phantom and bite syndrome. Am J. Psychiatry. 1978, 134:476-9.
19) Hickey JC, Zarb GA, Bolender CL. Boucher's prosthodontic treatment for edentulous patients. 9th ed. St. Louis. CV Mosby Co. 1988.
20) Okeson JP. Orofacial Pain. Guidlines for Assessment Diagnosis and Management. Quitessence, 1996.
21) Gardiner MD. The principles of exercise therapy. 3rd ed. London. G. Bell 1983, 41-61.
22) Abramovitch K, Langlais RP, Brandey GR. Physical therapy. In Mohl, Zarb, Carlsson, Rugh (eds). Text book of occlusion. Publ. Quintessence Co. Inc. 1988, 339-50.
23) Δρούκας Β., Lindee C. Κριτική ανασκόπηση των βασικών αρχών θεραπείας των λειτουργικών διαταραχών του στοματογναθικού συστήματος. Οδοντοστοματολ. Πρόοδος, 1984. 38:5-20
24) Melzack R, Wall PD. Pain mechanism: a new theory science, 1965, 150:971-979.
25) Kepp S. Pain and functional disturbances of the masticatory system - a review of etiology and principles of treatment. Swed. Dent. J 1982, 6:49-60.
26) Lehman JF, De Lateur BJ, Warren CG et al. Heating of joint structures by ultrasound. Arch. Phys. Med. Rehabil. 1968, 49:28.
27) List T. Acupuncture in the treatment of patients with craniomandibular disorders. Comparative, longitudinal and methodological studies. Thesis. Goteborg, 1992.
28) Corcos J., Brandwein A. Treatment of temporomandibular joint pain by acupuncture. Am J. Acupuncture. 1976, 4:157-60.
29) Carlsson GE, Magnusson T. Κλινική Φυσιολογία του Στοματογναθικού Συστήματος για το γενικό Οδοντίατρο. Μετάφραση Δρούκας Β,, Κοιλιαρίδης Σ. Ε.Π. Εκδ. Παρισιάνος. Αθήνα, 1984.
30) Dahlstrom L, Carlsson SG. Treatment of mandibular dysfunction: the clinical usefulness of biofeedback in relation to splint therapy. J. Oral. Rehagil. 1984, 11:277-84.
31) Rugh JD. Behavioral therapy in: Mohl, Zarb, Carlsson, Rugh (eds). A text book of occlusion. Pub. Quitessence Co. Inc. 1988, 329-38.
32) Popovich F, Thompson GW. Thumb and finger sucking: Its relation to malocclusion. Am J. Orthod. 1973, 63:148-55.
33) Halpren LM. Analesic drugs in management of pain Arch. Surg. 1977, 112:861-9.
34) Rail TW. Hypnotics and sedatives ethanolin: Goodman and Grilinds (eds). The pharmacological basis of therapeutics. Publ. Mc Graw Hill, 1991, 346-58.
35) Kopp S, Wenneberg B. Effects of occlusal treatment and intrarticular injection on temporomandibular joint pain and dysfunction. Acta Odontol. Scand. 1981, 39:87-96.

Οι εικόνες προέρχονται από το αρχείο της Κλινικής της Φυσιολογίας του Στοματογναθικού Συστήματος, της Οδοντιατρικής Σχολής του Πανεπιστημίου του Götebörg, Σουηδίας.

Η στήλη της
ΕΛΛΗΝΙΚΗΣ ΕΤΑΙΡΙΑΣ ΚΛΙΝΙΚΗΣ ΣΤΟΜΑΤΟΛΟΓΙΑΣ

Ερυθρές Βλάβες στη Γλώσσα

Ιστορικό

Η περίπτωση που περιγράφεται αφορά σε γυναίκα 50 ετών με ιστορικό ήπιας αγχώδους διαταραχής υπό αγωγή, η οποία προσήλθε για αξιολόγηση βλαβών της γλώσσας, τις οποίες περιέγραφε ως «κοκκινίλες στη γλώσσα» κι είχε αποδώσει μόνη της την ύπαρξή τους σε λοίμωξη από μύκητες. Η ασθενής είχε λάβει μόνη της αγωγή με τοπικά αντιμυκητιασικά σκευάσματα. Ανέφερε δε ότι δεν της προσέφεραν ανακούφιση. Υπολόγιζε πως οι βλάβες εμφανίστηκαν δυο περίπου μήνες πριν την επίσκεψη, είχε παρατηρήσει να υποχωρούν λίγες μέρες και να εμφανίζονται μετά σε άλλη θέση. Ανέφερε ότι οι βλάβες δεν την ανάγκαζαν να περιορίσει τη λήψη τροφής εντούτοις ορισμένες τροφές της δημιουργούσαν «δυσάρεστο αίσθημα ερεθισμού στη γλώσσα».

Από την κλινική εξέταση *(βλ. φωτογραφία)* παρατηρήθηκε κατά τόπους απώλεια των τριχοειδών θηλών της γλώσσας. Οι τριχοειδείς θηλές που αφόριζαν την περιοχή της απώλειας ήταν ελαφρώς επηρμένες και είχαν πολύ ήπια ερυθρότητα στη βάση τους.

Ποια είναι η διάγνωσή σας

Α. ερυθηματώδης καντιντίαση
Β. γεωγραφική γλώσσα
Γ. ομαλός λειχήνας
Δ. βλάβες ψωρίασης στο στόμα

Απάντηση

Η σωστή απάντηση είναι το Β. Η ασθενής έχει τυπική εικόνα γεωγραφικής γλώσσας.

Η γεωγραφική γλώσσα είναι μια αθώα διαταραχή της γλώσσας που απαντά στο 1-5% του γενικού πληθυσμού, εξίσου σε άντρες και γυναίκες. Οι βλάβες μπορεί να εμφανιστούν από τη βρεφική ηλικία ή σε ενήλικες.

Η αιτιολογία δεν είναι γνωστή. Παρατηρείται οικογενής εμφάνιση. Κλινικά ευρήματα είναι η περιοδική και περιοχική απώλεια των τριχοειδών θηλών της γλώσσας με ήπια φλεγμονή, που δημιουργεί τις χαρακτηριστικές στρογγυλές ή ωοειδείς ερυθρές κηλίδες ή πλάκες, οι οποίες περιβάλλονται από λευκή ή λευκοκίτρινη ελαφρά επηρμένη άλω, πλάτους 1-2 χιλ. Συνυπάρχει συχνά με αυλακωτή γλώσσα. Οι ασθενείς μπορεί να αναφέρουν ήπια ενόχληση στη λήψη τροφών ή καρυκευμάτων. Σπάνια μπορεί να υπάρχουν ανάλογες βλάβες και στον υπόλοιπο στοματικό βλεννογόνο (γεωγραφική στοματίτις).

Η διάγνωση τίθεται κλινικά.

Η διαφορική διάγνωση περιλαμβάνει τις στοματικές βλάβες της ψωρίασης, και του συνδρόμου Reiter, τις συφιλιδικές βλεννώδεις πλάκες τη μέση ρομβοειδή γλωσσίτιδα και την ερυθηματώδη καντιντίαση.

Η γεωγραφική γλώσσα δε χρειάζεται θεραπεία. Ενδείκνυται η σωστή ενημέρωση και καθησύχαση του ασθενούς.

Ενδεικτική βιβλιογραφία

1. COLOR ATLAS OF ORAL DISEASES: DIAGNOSIS AND TREATMENT, 4th edn G Laskaris Thieme, 2017 ISBN 978 3 13717 004 4
2. http://www.aaom.com/geographic-tongue Prepared by L. Radfar and the AAOM Web Writing Group Reviewed 13 May 2015

Για επικοινωνία:

Ελένη Γεωργακοπούλου
Στοματολόγος, Ιατρός, Οδοντίατρος
Διδάκτωρ Ιατρικής Σχολής ΕΚΠΑ
Master of Science in Oral Medicine
Eastman Dental Institute , University College London
Email: egddsmd@yahoo.gr

Κάντε κλικ στην ηλεκτρονική μας διεύθυνση
www.odvima.gr

Focus on Implantology
www.iti.org

ITI International Team for Implantology

Υβριδικές Αποκαταστάσεις Ολικού Τόξου

Προκόπης Αντωνέλλης
Χειρουργός Οδοντίατρος – Προσθετολόγος
ITI Member

Μάιρα Αρβανίτη
Χειρουργός Οδοντίατρος
ITI Member

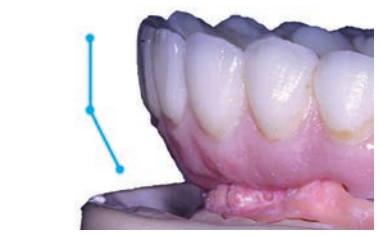
Νικήτας Σ. Συκαράς
Επίκουρος Καθηγητής Προσθετολογίας ΕΚΠΑ
ITI Fellow and Registered Speaker

Ο όρος Υβριδικές Αποκαταστάσεις Ολικού Τόξου χρησιμοποιείται στην κλινική πράξη για να περιγράψει ακίνητες, κατά κανόνα κοχλιούμενες, αποκαταστάσεις της άνω ή της κάτω γνάθου. Επιπλέον, ο όρος «Υβριδικές» αναφέρεται έμμεσα και στο υλικό κατασκευής αυτών των αποκαταστάσεων, το οποίο αρχικά ήταν ένας συνδυασμός - υβρίδιο κλασικών υλικών ακίνητης και υλικών κινητής προσθετικής. Τα υλικά αυτά ήταν ένας μεταλλικός σκελετός, ακρυλικό βάσεων ολικών οδοντοστοιχιών και προκατασκευασμένα πλαστικά δόντια οδοντοστοιχιών. Με την εξέλιξη της τεχνολογίας διαφορετικά υλικά όπως η Ζιρκονία εχουν χρησιμοποιηθεί με επιτυχία. Ο πλέον δόκιμος όρος που χρησιμοποιείται σήμερα είναι ο όρος Ακίνητη Ολική Οδοντοστοιχία επί Εμφυτευμάτων (Implant Fixed Complete Denture - IFCD).

Οι αποκαταστάσεις αυτές μπορούν να κατασκευαστούν είτε σε επίπεδο εμφυτευμάτων (fixture level), είτε σε επίπεδο στηριγμάτων (abutments). Ο προεγχειρητικός σχεδιασμός μπορεί να πραγματοποιηθεί και οι διεγχειρητικοί οδηγοί μπορούν να κατασκευαστούν με διάφορα πρωτόκολλα, είτε αναλογικά είτε ψηφιακά, είτε για νωδούς είτε για ασθενείς με καταδικασμένο φραγμό. Επιπλέον η τοποθέτηση των εμφυτευμάτων μπορεί να πραγματοποιηθεί είτε πλήρως καθοδηγούμενα είτε με μη περιοριστικούς οδηγούς. Ο στόχος είναι σε κάθε περίπτωση η τοποθέτηση ικανού αριθμού εμφυτευμάτων, με ικανοποιητική διασπορά για να υποστηρίζουν μια ακίνητη αποκατάσταση ολικού τόξου. Υπό προϋποθέσεις και όταν εξασφαλίζεται επαρκής αρχική σταθερότητα μπορεί να πραγματοποιηθεί άμεση φόρτισή τους με μια προσωρινή ακρυλική γέφυρα. Αυτή μετά την οστεοενσωμάτωση των εμφυτευμάτων αντικαθίσταται από την τελική πρόσθεση.

Βασική αρχή του συγκεκριμένου πρωτοκόλλου ακίνητων αποκαταστάσεων είναι η εξασφάλιση ικανού προσθετικού χώρου. Αυτό μπορεί να περιλαμβάνει και οριζόντια αφαίρεση οστού στη φατνιακή ακρολοφία για λόγους αντοχής των υλικών μεταβατικής και τελικής αποκατάστασης, αλλά και για την απόκρυψη του σημείου μετάβασης από την πρόσθεση στην υπολειπόμενη ακρολοφία σε περιπτώσεις άνω γνάθου. Με αυτή τη λογική τα εμφυτεύματα τοποθετούνται κατά κανόνα χωρίς αναπλάσεις των ακρολοφιών και με προϋπολογισμένες αποκλίσεις από τον επιμήκη άξονα που έχουν φυσιολογικά τα δόντια, ώστε να εκμεταλλευτούν περιοχές με ήδη υπάρχον πυκνό οστό για αρχική σταθερότητα. Οι προϋπολογισμένες αποκλίσεις των εμφυτευμάτων διορθώνονται στη συνέχεια με την τοποθέτηση των κατάλληλων abutments. Τέλος, η ιστική επιφάνεια της πρόσθεσης πρέπει να είναι κυρτή ή επίπεδη ώστε να επιτρέπει την πρόσβαση για καθαρισμό της περιοχής από τον ασθενή. Η απόδοση κοίλης ιστικής επιφάνειας με τη μορφή εφιππίων στην μεταβατική ή και τη μόνιμη αποκατάσταση είναι αποτέλεσμα ανεπαρκούς προεγχειρητικού σχεδιασμού, καθιστά αδύνατο τον καθαρισμό της περιοχής και μακροπρόθεσμα καταδικάζει την πρόσθεση και τα εμφυτεύματα.

1 Ο ελάχιστος προσθετικός χώρος που απαιτείται για την κατασκευή μιας υβριδικής αποκατάστασης είναι 12-14 χιλ. Για το λόγο αυτό απαιτείται επακριβής προσδιορισμός της κάθετης διάστασης και ανάρτηση στον αρθρωτήρα με τα κατάλληλα μέσα καταγραφών.



2 Η roz αισθητική αναπληρώνει προσθετικά σκληρούς και μαλακούς ιστούς αποτελώντας μια τεχνητή φατνιακή ακρολοφία που επιτρέπει τη σωστή διευθέτηση και κλίση των δοντιών.

3 Οι υβριδικές αποκαταστάσεις αποτελούν ιδανική και ευκολότερη λύση σε περιπτώσεις αποκλίσεων και μη ιδανικής διασποράς των εμφυτευμάτων. Δίνουν επίσης τη δυνατότητα να χρησιμοποιηθούν και εμφυτεύματα μικρότερων διαστάσεων, μέσω της ναρθηκοποίησής τους με μεγαλύτερα.

4 Για τη διόρθωση των αποκλίσεων και την απλοποίηση των κλινικών σταδίων, η αποκατάσταση μπορεί να γίνει σε επίπεδο multi-base abutments επιλέγοντας την κατάλληλη γωνιακή διόρθωση και το κατάλληλο διαβλεννογόνιο ύψος ανάλογα με το πάχος των ιστών.

5 Όταν χρησιμοποιούνται στηρίγματα τύπου multi-base, η σύνδεση μετατρέπεται σε εξωτερική. Η καταπόνηση της μικρότερης προσθετικής βίδας συγκράτησης πρέπει να ελέγχεται με την διατοξική ναρθηκοποίηση των εμφυτευμάτων και την παθητική έδραση της αποκατάστασης.

6 Λόγω της μικρότερης κυκλοτερούς επιφάνειας επαφής, είναι πιο εύκολο να επιτύχουμε παθητική έδραση (χωρίς ανάπτυξη τάσεων) σε περιπτώσεις πολλαπλών και αμφοτερόπλευρων εμφυτευμάτων.

7 Η συγκράτηση της πρόσθεσης απευθείας στα εμφυτεύματα επιτρέπει τη διατήρηση της εσωτερικής σύνδεσης και το μηχανικό πλεονέκτημα ισχυρότερης βίδας σταθεροποίησης.

8 Η προσθιο-οπίσθια διασπορά των εμφυτευμάτων (X) καθορίζει το μήκος της προβολικής επέκτασης (1.5X) λαμβάνοντας συμπληρωματικά υπόψιν τις διαστάσεις των εμφυτευμάτων, τον ανταγωνιστή φραγμό, τη σχεδίαση του σκελετού και τα υλικά κατασκευής.

9 Οι μεταλλοακρυλικές υβριδικές προσθέσεις, επιτρέπουν επακριβώς τη διατήρηση της θέσης των δοντιών, όπως αυτή επιβεβαιώνεται στο στάδιο της δοκιμής σύνταξης και τη μεταφορά τους στην τελική πρόσθεση.

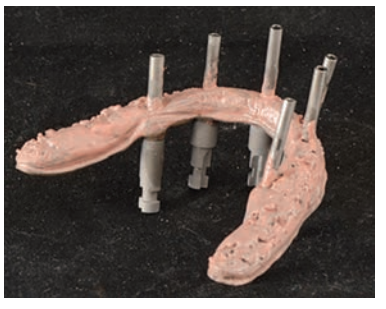
10 Ο μεταλλικός σκελετός είναι απαραίτητος για την ενίσχυση της πρόσθεσης και τη συγκράτηση των δοντιών και η σχεδίασή του θα πρέπει να ισορροπεί ανάμεσα στην αντοχή και την αισθητική.

11 Οι αποκαταστάσεις αυτού του είδους είναι κυρίως κοχλιούμενες με προσπάθεια η έξοδος των βιδών να γίνεται υπερώια. Σε μεταλλο-ακρυλικές προσθέσεις, αν υπάρχει ειδικός λόγος κατασκευής για προστομιακή έξοδο των βιδών, αυτή μπορεί να καλυφθεί με σύνθετη ρητίνη.

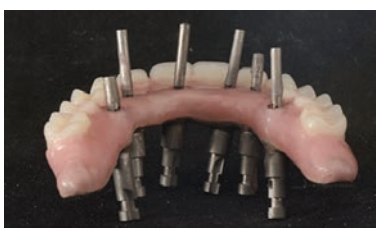
12 Έξοδος βίδας προστομιακά στον #23 η οποία έχει καλυφθεί με σύνθετη ρητίνη. Η απόληξη της roz αισθητικής (όριο μετάπτωσης από roz υλικό σε βλεννογόνο) δεν θα πρέπει να είναι ορατή κατά την ομιλία ή το χαμόγελο.

13 Η μετατροπή επένθετης ΟΟ σε ακίνητη υβριδική έχει τα πλεονεκτήματα της βελτιωμένης σταθερότητας και μικρότερης κάλυψης των ιστών. Προσοχή πρέπει να δίνεται στην καταπόνηση των προβόλων και στην εφαρμογή στοματικής υγιεινής στη διεπιφάνεια βλεννογόνου-πρόσθεσης που εξακολουθεί να είναι μεγάλη.

14 Ένα από τα συχνά προβλήματα της κλασσικής υβριδικής είναι ότι τα πλαστικά υλικά που αρχικά προορίζονταν για ολικές οδοντοστοιχίες φθείρονται σχετικά γρήγορα όταν χρησιμοποιούνται για ακίνητες αποκαταστάσεις. Ως αποτέλεσμα η αντικατάστασή τους επί του ίδιου, αρχικού σκελετού είναι απαραίτητη ανά διαστήματα που ποικίλουν ανάλογα με τον ασθενή.



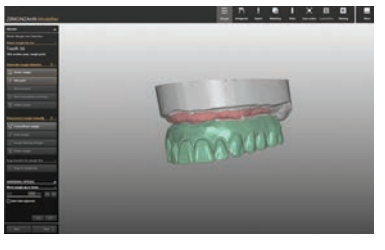
15 Τα δόντια οδοντοστοιχίας και το ακρυλικό βάσεων οδοντοστοιχιών καίγονται με φλόγιστρο και αποσπώνται από το μεταλλικό σκελετό. Στη συνέχεια ο σκελετός καθαρίζεται και επενδύεται με opaquer roz απόχρωσης.



16 Πραγματοποιείται νέα σύνταξη δοντιών και ενδοστοματική δοκιμή. Ο μεταλλικός σκελετός χρησιμοποιείται εν είδει αποτυπώματος για την κατασκευή εκμαγείου μετά την προσαρμογή των κατάλληλων αναλόγων και guide pins.

17 Εκτός από γενικευμένη φθορά που απαιτεί ολική αντικατάσταση των δοντιών, ασθενής και οδοντίατρος θα πρέπει να είναι προετοιμασμένοι για έκτακτες συνεδρίες για αντικατάσταση πλαστικών δοντιών που συχνά υφίστανται κατάγματα και αποκολλήσεις.

18 Σύνταξη δοντιών οδοντοστοιχιών σε κερί και κοχλιούμενες βασικές πλάκες.



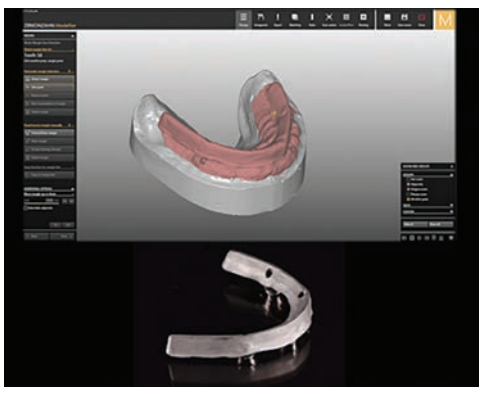
19 Σάρωση των εκμαγείων και της νέας σύνταξης δοντιών στο πρόγραμμα σχεδιασμού Modellier της ZIRKONZAHN.

20 Κοπή μεταβατικών αποκαταστάσεων σε milled PMMA από το CAD/CAM σύστημα της ZIRKONZAHN.

21 Οι μεταβατικές αποκαταστάσεις, μετά την επένδυση ούλων επιτρέπουν τον έλεγχο της αισθητικής, της φώνησης και της λειτουργίας των τελικών αποκαταστάσεων που θα κατασκευαστούν από Zirconia. Ο έλεγχος της σύγκλεισης πραγματοποιείται στις milled PMMA μεταβατικές και έπειτα ακολουθεί νέα σάρωσή τους, μετά τις ρυθμίσεις, για την κατασκευή της τελικής αποκατάστασης από Zirconia.

22 Έλεγχος της σύγκλεισης στις μεταβατικές. Άνω Γνάθος.

23 Έλεγχος της σύγκλεισης στις μεταβατικές. Κάτω Γνάθος.



24 Σχεδιασμός δοκού milled cobalt chromium. Οι τελικές αποκαταστάσεις Zirconia θα συγκολληθούν επί μεταλλικής δοκού ώστε να μην υπάρχει ανησυχία για θράυση των άπω προβόλων ή για αποκόλληση των στυλίσκων τιτανίου που χρησιμοποιούνται κλασσικά για την έδραση της αποκατάστασης.

25 Αποκατάσταση Milled PMMA επί της υπάρχουσας δοκού.

26 Milled PMMA αποκατάσταση ενισχυμένη με δοκό σε περιορισμένο προσθετικό χώρο.

27 Η συγκόλληση αντίστοιχων δοκών μπορεί να γίνει και σε μεταβατικές ή και τελικές milled PMMA αποκαταστάσεις σε περιπτώσεις περιορισμένου προσθετικού χώρου. Το αρχικό ψηφιακό αρχείο σχεδίασης της αποκατάστασης χρησιμοποιείται για την κοπή μιας νέας πριν καν αφαιρεθεί η φθαρμένη από το στόμα του ασθενούς.

28 Στην ίδια συνεδρία μπορεί να έρθει τελειωμένη από το εργαστήριο η νέα αποκατάσταση, να αφαιρεθεί από το στόμα η παλαιά και φθαρμένη και να καθαριστεί η υπάρχουσα δοκός.

29 Στη συνέχεια η δοκός συγκολλάται επί της υπάρχουσας μπάρας στην ίδια συνεδρία στο ιατρείο.

30 Τελική ακίνητη ολική οδοντοστοιχία επί εμφυτευμάτων, από μονολιθική Zirconia ενισχυμένη με δοκό.

31 Αποκατάσταση Zirconia που επιτρέπει τον καθαρισμό του σημείου μετάβασης ιστού-πρόσθεσης, το οποίο βρίσκεται μακρυά από το επίπεδο του χαμόγελου. Σχεδιασμός με επίπεδη ή κυρτή ιστική επιφάνεια πρόσθεσης, χωρίς εφίππια.

32 Αποκατάσταση Zirconia στην άνω γνάθο που κατασκευάστηκε με πρωτόκολλο ψηφιακού προεγχειρητικού σχεδιασμού, περιοριστικών χειρουργικών οδηγών, άμεσης φόρτισης και CAD/CAM μεταβατικές και τελικές αποκαταστάσεις.

33 Συγκριτική παρουσίαση υβριδικών προσθέσεων ανάλογα με τα υλικά κατασκευής.

	Monolithic Zr	PFZr	PFM	Metal-acrylic
Δεσμός διεπιφάνειας υλικών	✓	?	✓	✗
Επιδιόρθωση	✗	?	✓	✓
Ρύθμιση σύγκλεισης	✗	✓	✓	✓
Πρόβολοι	?	?	?	✓
Ευκολία	✗	?	✓	✓
Μακροχρόνια σταθερότητα	?	✓	✓	✗
Κόστος	✗	✗	✗	✓

✓ Ισχυρό / Εύκολο / Ναι ? Έλλειψη μακροχρόνιων δεδομένων / Ανάλογα με την περίπτωση ✗ Αδύναμο / Δύσκολο / Όχι

DENTAL 2018:

Το μεγαλύτερο οδοντιατρικό γεγονός της χρονιάς ανοίγει τις πύλες του στο ΜΕΟ Παιανίας από 18-20 Μαΐου

Λία Παπάζογλου

Η 20η Πανελλήνια Οδοντιατρική και Οδοντοτεχνική Έκθεση, η DENTAL 2018, είναι και πάλι προ των πυλών και αναμένεται για μια ακόμη φορά να αποτελέσει το σημαντικότερο οδοντιατρικό γεγονός της χρονιάς. Η DENTAL 2018 θα πραγματοποιηθεί από την Παρασκευή 18 έως την Κυριακή 20 Μαΐου 2018 στο εκθεσιακό κέντρο ΜΕΟ Παιανίας υπό την αιγίδα του Πανελλήνιου Συνδέσμου Εμπόρων Εισαγωγέων Οδοντιατρικών-Οδοντοτεχνικών Ειδών (ΠΣΕΕΟΟΕ), ο οποίος μετρά περισσότερα από 35 χρόνια ζωής και παρουσίας στην αγορά. Στη μεγάλη «γιορτή» της οδοντιατρικής θα συμμετάσχουν περισσότερες από 60 ελληνικές εταιρείες που για τρεις ημέρες θα παρέχουν δωρεάν ενημέρωση και πληροφόρηση για όλες τις τεχνολογικές καινοτομίες του κλάδου. Το «ΟΒ» έχει την χαρά να φιλοξενεί την πρόεδρο του ΠΣΕΕΟΟΕ, κ. Λία Παπάζογλου σε μια συζήτηση αναφορικά με τους στόχους και τις καινοτομίες της φετινής διοργάνωσης.

Κυρία Παπάζογλου, ο θεσμός της Πανελλήνιας Οδοντιατρικής και Οδοντοτεχνικής Έκθεσης έχει εγγραφεί στους κόλπους της οδοντιατρικής κοινότητας ως το μεγαλύτερο εμπορικό γεγονός της Οδοντιατρικής στη χώρα. Η φετινή διοργάνωση, πιστεύετε ότι θα κατορθώσει να διατηρήσει επάξια αυτόν τον τίτλο;

Η Dental '18 είναι η 20η διοργάνωση, «θεσμός» πλέον, που ξεκινάει 40 περίπου χρόνια πριν.

Είναι γνωστό ότι πάντα οι επαγγελματικές εκθέσεις αποτελούν ιδανική ευκαιρία για ενημέρωση των πελατών μας, αλλά και δικτύωση κι ανάπτυξη ή σύσφιγξη συνεργασιών.

Πιστεύουμε λοιπόν, τόσο εγώ όσο και το υπόλοιπο Δ.Σ. κι η τριμελής Οργανωτική Επιτροπή, που έχει αναλάβει και το μεγαλύτερο και κοπιώδες έργο της κατ'εξοχήν οργάνωσης της Dental '18, ότι η φετινή διοργάνωση θα είναι από τις πλέον επιτυχημένες.

Μια από τις καινοτομίες της Dental 2018 είναι ότι για πρώτη φορά δημιουργήθηκε ένας ειδικά διαμορφωμένος ιστότοπος για την καλύτερη πληροφόρηση για την Έκθεση. Ποιοι λόγοι σας οδήγησαν σε αυτή την απόφαση;

Τα τελευταία χρόνια βλέπουμε ότι μεγάλο μέρος της πληροφόρησης κι ενημέρωσης του κλάδου μας μετατοπίζεται προς τα -όχι πια και τόσο- "νέα" μέσα. Ήταν επιτακτική η ανάγκη να υπάρχει μια πιο λειτουργική πλατφόρμα ενημέρωσης για την Έκθεση, από τις βασικότερες πληροφορίες (πρόσβαση στο εκθεσιακό κέντρο, ωράριο λειτουργίας, λίστα εκθετών), ως και την ηλεκτρονική προεγγραφή των επισκεπτών, ώστε να εκμεταλλευτούμε τη δυνατότητα όσο το δυνατόν απρόσκοπτης ροής κατά τη διάρκεια της Έκθεσης.

Ωστόσο, πέραν των ψηφιακών εφαρμογών, θα υπάρχουν και οι παραδοσιακοί τρόποι προβολής, προώθησης, ενημέρωσης, εγγραφής….

Κατά παράδοση η Dental, απολαύει μαζικής συμμετοχής και αποδοχής από την οδοντιατρική κοινότητα. Πού ακριβώς στηρίζεται η επιτυχία του θεσμού και ποια τα οφέλη για καθεμία από τις εμπλεκόμενες πλευρές (εμπόρους/κοινό);

Η Dental είναι η μοναδική έκθεση από τη δεκαετία του '80 του οδοντιατρικού /οδοντοτεχνικού χώρου, η οποία πραγματοποιείται ανά διετία. Άρα, πλέον, αποτελεί ένα καλά εδραιωμένο θεσμό.

Οι εξελίξεις στο χώρο μας είναι τόσο γρήγορες που για την ορθή προβολή και ανάδειξή τους θα ήταν δικαιολογημένη ενδεχομένως και ετήσια διεξαγωγή της Dental με εναλλαγή Αθήνας – Θεσσαλονίκης.

Μπορεί στη ψηφιακή εποχή μας η ενημέρωση μέσω του διαδικτύου να είναι εφικτή και ποικίλη, όμως η αμεσότητα της επικοινωνίας και η πληρότητα της ενημέρωσης εξυπηρετείται ιδανικά μέσω της Dental.

Με τον τρόπο αυτό ο κλάδος προβάλλει όλες τις νεότερες τεχνικές εξελίξεις και τεχνολογίες προς όφελος των ενδιαφερομένων.

Συνεπώς, υπάρχει αμοιβαίο όφελος εκθετών και επισκεπτών, αλλά εν τέλει και του κοινωνικού συνόλου γενικότερα, που εξυπηρετείται από την ενσωμάτωση καινοτόμων οδοντιατρικών κι οδοντοτεχνικών πρακτικών.

Πόσο σημαντική είναι για την επιτυχία, αλλά και τη συνέχιση του θεσμού, η αγαστή συνεργασία μεταξύ των μελών του ΠΣΕΕΟΟΕ; Από το «τιμόνι» του ΠΣΕΕΟΟΕ ποιές πρωτοβουλίες έχετε αναλάβει, ώστε να διασφαλίζεται η αποτελεσματική εκπροσώπηση των συμφερόντων του κλάδου;

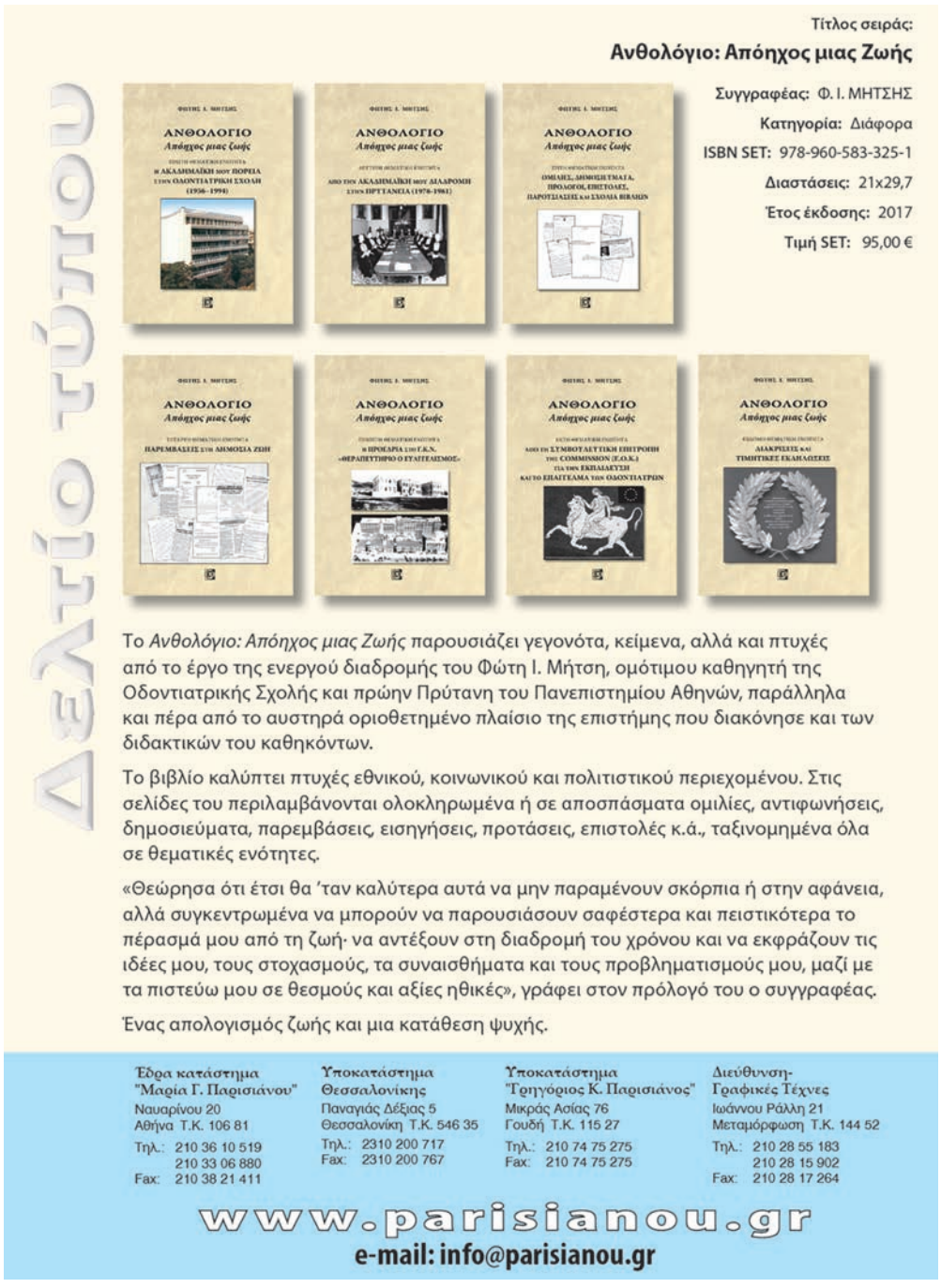
Το παρόν Δ.Σ., προς υλοποίηση των αποφάσεων της Γενικής Συνέλευσης των μελών του ΠΣΕΕΟΟΕ, μεριμνεί για τη βέλτιστη δυνατή διοργάνωση της Dental και την εξασφάλιση της μέγιστης δυνατής προβολής της επ' ωφελεία του συνόλου του κλάδου.

Πέραν όμως της Dental, έχουμε προγραμματίσει την ενημέρωση όλων των μελών μας για τη νομοθεσία και τις τρέχουσες ρυθμίσεις που αφορούν τη λειτουργία της αγοράς -η οποία εμφανίζει ιδιαιτερότητες και ειδικότερο θεσμικό πλαίσιο σε σχέση με το γενικό εμπόριο, ως αγορά ιατροτεχνολογικών προϊόντων- και προσπαθούμε να παρεμβαίνουμε προς τους δημόσιους φορείς που ρυθμίζουν την αγορά για την προώθηση των συμφερόντων του κλάδου μας και τη βελτίωση των όρων δραστηριοποίησής μας.

Ποιο μήνυμα θα θέλατε να απευθύνετε στους αναγνώστες μας εν όψει της επικείμενης Έκθεσης;

Το μήνυμα είναι ένα και μοναδικό: ***Επισκεφθείτε τη Dental '18. Οι εξελίξεις δεν περιμένουν!***

Είμαστε έτοιμοι όλοι να σας εξυπηρετήσουμε!



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

Ενδοδοντική θεραπεία με έναν κώνο γουταπέρκας, χρησιμοποιώντας πυριτικό τριασβέστιο ως μόνιμο εμφρακτικό υλικό

Randall G. Cohen
DDS

Η πλάγια και η κάθετη συμπύκνωση γουταπέρκας έχει χρησιμοποιηθεί ευρέως στις ενδοδοντικές θεραπείες για δεκαετίες. Ιστορικά μιλώντας, αυτή η συμπύκνωση της γουταπέρκας είναι απαραίτητη, γιατί τα εμφρακτικά υλικά μεμονωμένα ήταν ανεπαρκή. Αυτά είναι υδρόφοβα, με ασταθείς διαστάσεις, μη βιοσυμβατά, είναι επιρρεπή στην αποδόμηση και ερεθίζουν τον περιοδοντικό ιστό, αν εξέλθουν πέρα από το ακρορρίζιο. Αναλόγως, αυτές οι τεχνικές συμπύκνωσης (πλάγια, κάθετη συμπύκνωση και οι εν θερμώ τεχνικές) αναπτύχθηκαν για να ελαχιστοποιηθεί ο όγκος του εμφρακτικού υλικού. Είναι γνωστό ότι μεγαλύτερη ποσότητα εμφρακτικού υλικού σημαίνει μεγαλύτερη συρρίκνωση, περισσότερη διαρροή και μεγαλύτερος ερεθισμός. Έτσι, αναπτύχθηκαν τεχνικές για να ελαχιστοποιηθεί το πάχος του εμφρακτικού υλικού.
Σ' αυτό το άρθρο, ο συγγραφέας κάνει ανασκόπηση στους στόχους μιας ενδοδοντικής θεραπείας και στις κυριότερες μεθόδους ενδοδοντικής έμφραξης. Έπειτα περιγράφει μια απλοποιημένη τεχνική, στην οποία χρησιμοποιεί έναν μόνο κώνο γουταπέρκας με το νέο εμφρακτικό υλικό, το οποίο ξεπερνά τις ελλείψεις των παλαιότερων γενεών ενδοδοντικών εμφρακτικών υλικών.

Οι στόχοι μιας ενδοδοντικής θεραπείας

Η ενδοδοντική τριάδα της βιοχημικής προετοιμασίας, του μικροβιακού ελέγχου και η οριστική έμφραξη των ριζικών σωλήνων δημιουργεί τη βάση για μια ενδοδοντική θεραπεία[1]. Ο χώρος που καταλαμβάνει ο πολφός, ο πολφικός θάλαμος και οι ριζικοί σωλήνες θα πρέπει να καθαρίζονται σχολαστικά από τα υπολείμματα ιστού και να διαμορφώνεται το σχήμα τους ικανοποιητικά. Αυτό γίνεται με μηχανικούς και χημικούς τρόπους και όταν ολοκληρωθεί, αφήνει ένα ριζικό σωλήνα χωρίς μολύνσεις και έτοιμο προς την οριστική έμφραξή του.
Μια καλή έμφραξη του ριζικού σωλήνα καταστρέφει τα εναπομείναντα βακτήρια, αφού τους στερεί την προμήθεια σε φαγητό και εκείνα είναι ανίκανα να πολλαπλασιαστούν. Επιπρόσθετα, το εμφρακτικό υλικό θα πρέπει να είναι αντιμικροβιακό, έτσι ώστε να μην υποστηρίζει την περαιτέρω βακτηριακή ανάπτυξη. Επίσης, είναι σημαντικό να εμφράσσεται ο ριζικός σωλήνας από την στοματική κοιλότητα και από την περιακροριζική περιοχή, ώστε νέα βακτήρια να μην προκαλέσουν επιμόλυνση.
Για να επιτύχουμε αυτούς τους στόχους, χρησιμοποιούμε κώνους γουταπέρκας, ένα συμπαγές πυρηνικό υλικό, που έχει τις απαιτούμενες ιδιότητες στο να μην είναι απορροφήσιμο, να έχει ελάχιστη αντίδραση στον ιστό του ξενιστή, να είναι καλά ανεκτό από το σώμα, να διαλύεται σε διαλύτες, όποτε απαιτείται και να έχει σταθερές διαστάσεις.
Ο άλλος παράγοντας σε μια ενδοδοντική έμφραξη είναι η εμφρακτική κονία που λειτουργεί με τη γουταπέρκα, οι απαιτήσεις της οποίας είναι οι ακόλουθες:

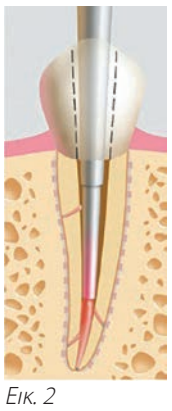
1. Εύκολα να εισάγεται στο ριζικό σωλήνα
2. Θα πρέπει να εμφράσσει πλάγια και ακρορριζικά
3. Δεν θα πρέπει να συρρικνώνεται μετά την εισαγωγή της
4. Θα πρέπει να είναι αδιαπέραστη από την υγρασία
5. Θα πρέπει να είναι βακτηριοστατική
6. Θα πρέπει να είναι ακτινοσκιερή
7. Δεν θα πρέπει να προκαλεί δυσχρωμίες στον οδοντικό ιστό
8. Δεν θα πρέπει να ερεθίζει τους περιρριζικούς ιστούς
9. Θα πρέπει πολύ εύκολα να αποστειρώνεται αμέσως πριν την εφαρμογή της
10. Θα πρέπει εύκολα να αφαιρείται από το ριζικό σύστημα αν είναι απαραίτητο[2].

Οι σύγχρονες τεχνικές της ενδοδοντικής έμφραξης

Υπάρχουν διάφορες σύγχρονες τεχνικές για την έμφραξη των ριζικών σωλήνων, οι οποίες περιλαμβάνουν τη χρήση γουταπέρκας.
Η πρώτη ονομάζεται Εν ψυχρώ Πλάγια Συμπύκνωση, όπου ο οδοντίατρος έχει παραδοσιακά διαμορφώσει το σχήμα του ριζικού σωλήνα μέσω της step back τεχνικής. Ο κύριος κώνος καλύπτεται από το εμφρακτικό υλικό και προσαρμόζεται στο μήκος, και έπειτα χρησιμοποιώντας έναν συμπυκνωτή, ο οδοντίατρος συμπυκνώνει μερικούς συμπληρωματικούς κώνους γουταπέρκας μέχρι να πιστέψει ότι ο χώρος μεταξύ του κύριου κώνου γουταπέρκας και των τοιχωμάτων του ριζικού σωλήνα έχει πλήρως εμφραχθεί.

Εικ.1: Πλάγια συμπύκνωση

Μια άλλη μέθοδος είναι η Κάθετη συμπύκνωση, η οποία αρχικά περιγράφηκε από τον Schilder[3], όπου ο κύριος κώνος της γουταπέρκας προσαρμόζεται στο μήκος του ριζικού σωλήνα, καλύπτεται με εμφρακτικό υλικό και εισάγεται μέσα στο ριζικό σωλήνα. Η αυθεντική μέθοδος περιελάμβανε τη θέρμανση του συμπυκνωτή μέχρι να αποκτήσει κόκκινο χρώμα και έπειτα την άμεση συμπύκνωση της γουταπέρκας, αφήνοντας πίσω ένα θερμοπλαστικό υλικό, το οποίο συμπιέζεται με τον συμπυκνωτή. Αυτή η μέθοδος παρατηρήθηκε ότι παράγει υδραυλικές δυνάμεις που μπορούν να εμφράξουν πλάγιους ριζικούς σωλήνες και όλες τις ανωμαλίες του συστήματος των ριζικών σωλήνων. Τα μυλικά δύο τρίτα του κύριου κώνου βγαίνουν έξω όταν απομακρύνεται το ζεστό εργαλείο, δημιουργώντας μια στερεή ακρορριζική έμφραξη, έτσι ώστε η έμφραξη με μαλακή γουταπέρκα να είναι ελεγχόμενη. Πολλά πλεονεκτήματα υπήρχαν όσο αφορά αυτή τη μέθοδο, όμως είναι δύσκολο να επιτευχθεί με τα προβλήματα που σχετίζονται με την πλάγια συμπύκνωση. Ένα θέμα είναι η ανάγκη να εισάγεις το ζεστό συμπυκνωτή μέσα στα 4mm από το ακρορρίζιο, αφού κρίνεται απαραίτητη η απομάκρυνση της περίσσειας οδοντίνης από τα μυλικά δύο τρίτα του ριζικού σωλήνα.



Εικ. 2

Ένα άλλο μειονέκτημα είναι η έλλειψη ομοιογένειας, η μεγάλη αναλογία εμφρακτικού υλικού στο ακρορρίζιο, η ασθενής προσαρμογή στα τοιχώματα του ριζικού σωλήνα και η ακρορριζική εξώθηση της γουταπέρκας[4].
Ζωτικής σημασίας για τη μακροβιότητα του δοντιού είναι η στρατηγική διατήρηση της μυλικής οδοντίνης του ριζικού σωλήνα. Αυτό σημαίνει ότι όχι μόνο θα πρέπει να γίνεται όσο το δυνατό μικρό άνοιγμα στον πολφικό θάλαμο και στον ριζικό σωλήνα, αλλά επίσης να σεβόμαστε τη μυλική οδοντίνη, όταν δημιουργούμε την τελική αποκατάσταση. Δυστυχώς και οι δύο αυτές μέθοδοι ενδοδοντικής έμφραξης έχουν ως αποτέλεσμα την προετοιμασία των ριζικών σωλήνων, αφαιρώντας αρκετή μυλική οδοντίνη και δημιουργώντας αδυναμία στη δομή του οδοντική ιστού.

Έμφραξη με τη χρήση ενός κώνου γουταπέρκας

Πρόσφατα παρατηρήθηκε μια αύξηση στη χρήση ενός κύριου κώνου γουταπέρκας, ειδικά σε περιπτώσεις μεγάλων κώνων με μεγαλύτερα μεγέθη διεύρυνσης, που ταιριάζουν στη γεωμετρία των μηχανοκίνητων συστημάτων νικελίου-τιτανίου (NiTi).[5] Το σύστημα αυτό δεν απαιτεί συμπληρωματικούς κώνους, πλάγια συμπύκνωση ή εν θερμώ κάθετη συμπύκνωση. Προτιμότερο οι ριζικοί σωλήνες να διαμορφώνονται με μηχανοκίνητες ρίνες νικελίου-τιτανίου και να εμφράσσονται με έναν κύριο κώνο γουταπέρκας όπου θα ταιριάζει με το τελευταίο εργαλείο που έχει χρησιμοποιηθεί. Αυτός ο συνδυασμός του ενός κώνου με το κατάλληλο ενδοδοντικό εμφρακτικό υλικό προκαλεί μια ομοιόμορφη μάζα, η οποία εμποδίζει τις αποτυχίες που προκύπτουν γύρω από τους πολλαπλούς κώνους. Αυτή η τεχνική είναι πιο σύντομη όταν γίνεται με μηχανοκίνητα NiTi εργαλεία, κοπιάζει λιγότερο ο οδοντίατρος, είναι ευκολότερη για τον ασθενή και εξαλείφει την πλάγια πίεση στη ρίζα.

Εικ.3: Τεχνική ενός κώνου γουταπέρκας

Εργαλεία Ενδοδοντίας

Η χρήση των NiTi μηχανοκίνητων εργαλείων οδηγεί σε μια απλοποιημένη τεχνική έμφραξης των ριζικών σωλήνων, επιτυγχάνοντας την εισαγωγή άνετα ενός μόνου κώνου γουταπέρκας στο σωστό μήκος (ανάλογα με το τελευταίο εργαλείο που χρησιμοποιήθηκε). Όταν αυτή η τεχνική συνδυάζεται με ένα βιοενεργό, βιοσυμβατό εμφρακτικό υλικό που δεν συρρικνώνεται, οι απαιτήσεις για μια επιτυχή παρασκευή, απολύμανση, διαμόρφωση σχήματος και έμφραξη συναντώνται, αποφεύγοντας την αλόγιστη αφαίρεση οδοντίνης και οδηγώντας σε υψηλότερο επίπεδο μακρόχρονης επιτυχίας.

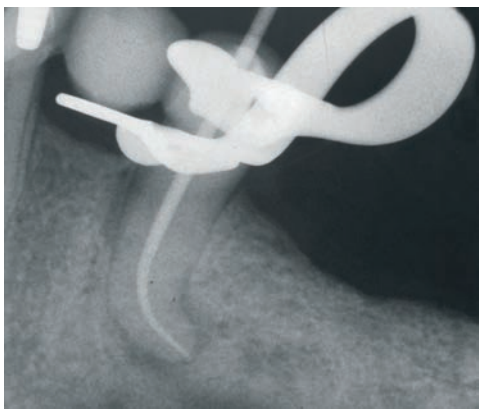
Το πυριτικό τριασβέστιο ως ενδοδοντικό εμφρακτικό υλικό

Ένα ενδοδοντικό εμφρακτικό υλικό, πυριτικού τριασβεστίου, το BioRoot™ RCS (Septodont, Inc), συγκεντρώνει πολλές βελτιώσεις συγκριτικά με τα παλαιότερα υλικά. Το αλκαλικό του pH (προσδίδοντας αντιμικροβιακές ιδιότητες) απελευθερώνει ιόντα ασβεστίου και η κατάλληλη ακτινοσκιερότητα και τα χαρακτηριστικά ρευστότητάς του αποτελούν πλεονεκτήματα σε σχέση με τα παλαιότερα σκευάσματα. Το εμφρακτικό αυτό υλικό έχει σταθερότητα διαστάσεων, είναι βιοσυμβατό, υδρόφιλο, ενεργοποιεί την οστική αναγέννηση και δίνει έναν αξιόπιστο δεσμό της οδοντίνης με την οδοντίνη της ρίζας.

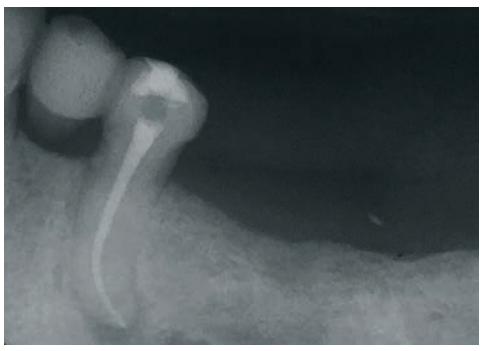
Κλινικό Περιστατικό

Η ασθενής, 68 χρονών γυναίκα, προσήλθε στο ιατρείο διαμαρτυρόμενη για πόνο και ευαισθησία στο κάτω αριστερό τεταρτημόριο. Μου δήλωσε ότι έπαιρνε Augmentin (αντιβιοτικό), όπως της συνταγογραφήθηκε από τον ιατρό της. Η ενδοστοματική ακτινογραφία φανέρωσε μια περιακρορριζική σκίαση και διαγνώστηκε περιακρορριζικό απόστημα στο 35 δόντι.
Έγινε πρόσβαση του ριζικού σωλήνα και μηχανική επεξεργασία μέχρι το 30.06 μικροεργαλείο. Ακολούθησε απολύμανση με 5% διάλυμα υποχλωριώδους νατρίου. Ο ριζικός σωλήνας καθαρίστηκε με αναισθητικό διάλυμα (Septocaine, Septodont) και ακολούθησε πλύση με EDTA/χλωρεξιδίνη. Ύστερα από μια άλλη πλύση με αναισθητικό διάλυμα, ο ριζικός σωλήνας εμποτίστηκε με 5% διάλυμα υποχλωριώδους νατρίου.
Η δοκιμή και το μήκος του 30.06 κύριου κώνου γουταπέρκας επαληθεύτηκε, έπειτα η εμφρακτική κονία (BioRoot™ RCS, Septodont, Inc) αναμείχθηκε, σύμφωνα με τις οδηγίες του κατασκευαστή. Ο ριζικός σωλήνας στεγνώθηκε σχολαστικά χρησιμοποιώντας κώνους χάρτου και ο κύριος κώνος της γουταπέρκας σκεπάστηκε με εμφρακτικό υλικό και τοποθετήθηκε στο ριζικό σωλήνα στο σωστό μήκος, χρησιμοποιώντας τη γουταπέρκα για να καλυφθούν τα τοιχώματα του ριζικού σωλήνα με εμφρακτικό υλικό BioRoot™ RCS. Ο κύριος ριζικός σωλήνας αποσύρθηκε, ξανακαλύφθηκε από το υλικό και τοποθετήθηκε στο σωστό μήκος. Η γουταπέρκα τελειώνει στο επίπεδο του πολφικού θαλάμου μ' ένα ζεστό συμπυκνωτή και η έμφραξη ολοκληρώθηκε χρησιμοποιώντας μια στρογγυλή φρέζα #2. ***(Εικ.4-7)***

Εικ. 4: Αρχική ακτινογραφία: Σημειώστε την περιριζική αλλοίωση.



Εικ. 5: Μηχανική επεξεργασία του ριζικού σωλήνα, ο κύριος κώνος της γουταπέρκας προσαρμόζεται στο μήκος.



Εικ. 6: Ο κύριος κώνος γουταπέρκας καλύπτεται με BioRoot™ RCS, συγκολλάται και ολοκληρώνεται η έμφραξη με ζεστό συμπυκνωτή στο στόμιο.

Εικ. 7: Ένα χρόνο μετεγχειρητικά φαίνεται η καθολική περιακρορριζική επούλωση.

Συζήτηση

Η επιτυχία της ενδοδοντικής θεραπείας απαιτεί τον καθολικό καθαρισμό (μηχανικά και χημικά) των ριζικών σωλήνων και επιπλέον μια λεία, παράλληλη διαμόρφωση του σχήματος, ώστε να ξεκινήσει σωστά η οριστική έμφραξή τους.

Τα ενδοδοντικά εμφρακτικά υλικά εμφανίζουν διάφορα μειονεκτήματα, όπως συρρίκνωση, αποδόμηση και ερεθισμό των ιστών. Επομένως, οι παραδοσιακές μέθοδοι έμφραξης των ριζικών σωλήνων περιλαμβάνουν τη συμπίεση του συμπαγούς πυρηνικού εμφρακτικού υλικού (γουταπέρκας) για να μετακινηθεί όσο το δυνατό περισσότερο ενδοδοντικό εμφρακτικό υλικό. Δυστυχώς, αυτές οι τεχνικές είναι χρονοβόρες, εξαρτώνται από τον οδοντίατρο, κουράζουν τον ασθενή και τον ιατρό και είναι πιθανώς επικίνδυνες, γιατί μπορεί να προκαλέσουν κάταγμα ρίζας λόγω της ασκούμενης πίεσης. Μια καινούργια μέθοδος εισήχθη στην καθημερινή οδοντιατρική πράξη, η οποία περιλαμβάνει τη χρήση ενός μόνο κύριου κώνου γουταπέρκας σε συνδυασμό με το εμφρακτικό υλικό πυριτικού τριασβεστίου, το οποίο υπερισχύει των προβλημάτων που σχετίζονται με τα παλαιότερα υλικά. Αυτό το εμφρακτικό υλικό πυριτικού τριασβεστίου είναι αντιμικροβιακό, αντιφλεγμονώδες, συγκολλάται με την οδοντίνη και οι διαστάσεις του παραμένουν σταθερές, έτσι ώστε συναντά τους προαναφερόμενους στόχους των ενδοδοντικών εμφρακτικών υλικών. Δεν απαιτείται η άσκηση επιπρόσθετης δύναμης για τη συμπύκνωση της γουταπέρκας στον παρασκευασμένο ριζικό σωλήνα, αφού το εμφρακτικό υλικό θα γεμίσει τα κενά και θα εμποδίσει τη δημιουργία βακτηριακών αποικιών. Επίσης, η γουταπέρκα που χρησιμοποιείται σ' αυτή τη τεχνική γλιστρά συστηματικά καθ' όλο το μήκος, κάνοντας την έμφραξη απλούστερη και με λιγότερες πιθανότητες να προκληθεί κάταγμα ρίζας.

Επιπρόσθετα, αφού δε χρειάζεται να σχηματιστεί μεγάλη παραλληλότητα στα τοιχώματα ενισχύεται το δόντι, διατηρώντας τη μυλική οδοντίνη της ρίζας κατά την παρασκευή των ριζικών σωλήνων.

Συμπέρασμα

Όταν ο ριζικός σωλήνας έχει κατάλληλα καθαριστεί, στεγνώσει και διαμορφωθεί το σχήμα του, ο κύριος κώνος της γουταπέρκας που αντιστοιχεί στο τελευταίο εργαλείο διαμόρφωσης του ακρορριζίου καλύπτεται από BioRoot™ RCS, ενδοδοντικό εμφρακτικό υλικό, εισάγεται κατά μήκος και τελειώνει μ' ένα ζεστό συμπυκνωτή στο επίπεδο του ακρορριζικού τρήματος. Αυτό το υλικό και η τεχνική συναντά τους στόχους μιας καλής ενδοδοντικής έμφραξης, εμποδίζοντας τις επαναλαμβανόμενες επιμολύνσεις, αποφεύγοντας τα ατυχήματα κατά τη διάρκεια της ενδοδοντικής θεραπείας, δημιουργώντας μια σταθερή, μακρόχρονη έμφραξη και διατηρώντας τη μυλική οδοντίνη. Συνοψίζοντας, αυτές οι μέθοδοι θα διατηρήσουν το δόντι για μεγαλύτερο χρονικό διάστημα, ειδικά όταν συνδυαστούν με μια λογική προσέγγιση διατήρησης του δοντιού κατά την επανορθωτική οδοντιατρική.

Βιβλιογραφία

1. Cohen S, Hargreaves K. Pathways of the Pulp 9th ed. Mosby, St. Louis, MO, 2006.
2. Cohen S, Hargreaves K. Pathways of the Pulp 9th ed. Mosby, St. Louis, MO, 2006.
3. Schilder H. Filling root canals in three dimension, Dent Clin of North Amer 1967;723-44.
4. Tasdemir T, Er K, Yildirim T, Buruk K, elik D, Cora S, et al. Comparison of the Sealing Ability of Three Different Techniques in Canals Shaped with Two Different Rotary Systems:a Bacterial Leakage Study Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod. 2009 Sep;108(3):e129-34.
5. Pereira CA, et. al: Single-Cone Obturation Technique:a literature review. RBSO Oct-Dec 9(4):442-7 2012.

Randall G. Cohen
Ο Dr. Cohen ασκεί τη γενική, επανορθωτική οδοντιατρική με έμφαση στην ενδοδοντία και τη χειρουργική, από τότε που αποφοίτησε από το Πανεπιστήμιο Τέμπλ το 1982.
Είναι εκπαιδευτής στο Alleman-Deliperi Κέντρο της Βιομιμητικής Οδοντιατρικής και έχει συγγράψει πολλά επιστημονικά άρθρα και έχει κάνει πολλές ομιλίες σ'ολόκληρη την Αμερική.
Μπορείτε να έρθετε σ'επαφή μαζί του, στέλνοντάς του email: rgc7157@gmail.com.

Ομαδική Εργασία

Καθοδηγούμενη φιλοσοφία στην αισθητική ζώνη

Μια ανασκόπηση των χειρουργικών και προσθετικών παραμέτρων

Ένα άρθρο από τους Dr **Stefen Koubi**, Μασσαλία/Γαλλία και **Girald Ubassy**, Rochefort du Gard/Γαλλία

Σε περιστατικά με σύνθετες αποκαταστάσεις στην πρόσθια περιοχή, μια ακριβής και στοχευμένη θεραπεία αποτελεί την προτιμώμενη θεραπευτική επιλογή προκειμένου να επιτευχθούν προβλέψιμα και αναπαραγώγιμα αποτελέσματα.

Εισαγωγή

Η αποκαταστατική θεραπεία των πρόσθιων δοντιών αποτελεί συχνά σημαντική πρόκληση για τους γενικούς οδοντιάτρους. Ο στόχος είναι να επιτυγχάνεται πάντοτε το καλύτερο δυνατό αποτέλεσμα. Μια σωστά καθοδηγούμενη προσέγγιση είναι απαραίτητη προκειμένου να επιτευχθεί το προβλεπόμενο αποτέλεσμα. Ο ακριβής σχεδιασμός και ένα συνεπές πρωτόκολλο είναι απαραίτητα. Η σύγχρονη οδοντιατρική έχει απλοποιήσει τους τρόπους και τα μέσα για την επίτευξη αισθητικών αποτελεσμάτων. Παρ' όλα αυτά, η επιτυχία της θεραπείας, ιδιαίτερα στην πρόσθια περιοχή, εξαρτάται σε μεγάλο βαθμό από τον πολύ προσεκτικό σχεδιασμό, ο οποίος περιλαμβάνει λεπτομερή ανάλυση του χαμόγελου του ασθενούς, καθώς και την κατασκευή ενός εκμαγείου εργασίας. Το εκμαγείο αυτό χρησιμοποιείται για τον σχεδιασμό και την αναπαραγωγή με απόλυτη ακρίβεια του σχήματος και του περιγράμματος της μελλοντικής αποκατάστασης. Το παρόν άρθρο περιγράφει μια συγκριτικά απλή θεραπευτική τεχνική με βάση ένα κλινικό περιστατικό. Το αρχικό αισθητικό σχέδιο θεραπείας καταστρώθηκε από κοινού από τον οδοντοτεχνίτη και τον οδοντίατρο. Χρησίμευσε ως οδηγός ή «GPS» για όλα τα κλινικά στάδια και βοήθησε την οδοντιατρική ομάδα να «κατευθυνθεί» με επιτυχία στη θεραπεία.

Παρουσίαση κλινικού περιστατικού

Μια γυναίκα γύρω στα 40 επισκέφθηκε το ιατρείο μας λόγω της έντονης κινητικότητας των προσθίων δοντιών, τα οποία είχαν προκαλέσει αισθητικά προβλήματα ***(Εικ. 1** και **2)***. Τα δόντια είχαν μετακινηθεί προς τα μπρος και το επίπεδο της γραμμής του χαμόγελου είχε πέσει. Λόγω της προχωρημένης περιοδοντίτιδας, τα άνω πρόσθια δόντια έδειχναν σημαντική υποχώρηση των ούλων ***(Εικ. 3)***. Μια λεπτομερής εξέταση αποκάλυψε ότι τα τέσσερα άνω πρόσθια δόντια δεν μπορούσαν να σωθούν και έπρεπε να εξαχθούν. Το σχέδιο ήταν να τοποθετηθούν δύο εμφυτεύματα στα φατνία των #12 και #22 μετά τις εξαγωγές. Ακολούθως, να κατασκευασθεί μία επιεμφυτευματική γέφυρα που θα εκτείνεται από τον #12 έως τον #22, ενώ τα #13 και #23 να αποκατασταθούν με μονήρεις στεφάνες. Ο κύριος στόχος ήταν να αποκατασταθεί η αρμονική εμφάνιση της γραμμής του χαμόγελου και το κυρτό σχήμα των ούλων. Το χαμόγελο της ασθενούς αναλύθηκε μέσω φωτογραφιών. Επιπλέον, έγινε λήψη αποτυπωμάτων. Με βάση αυτές τις πληροφορίες, θα κατασκευαστεί μια προσωρινή γέφυρα από υλικό PMMA (Telio® CAD), που θα εκτείνεται από τον #13 έως τον #23 και θα ενσωματώνει τις αισθητικές και λειτουργικές ρυθμίσεις.

Χειρουργική διαδικασία

Κατά τη δεύτερη θεραπευτική συνεδρία, εξήχθησαν οι τέσσερις άνω τομείς. Οι κυνόδοντες #13 και #23 παρασκευάστηκαν για να δεχθούν την προσωρινή γέφυρα ***(Εικ. 4)***. Κατά τη διάρκεια της ίδιας συνεδρίας, τοποθετήθηκαν δύο εμφυτεύματα (V3, MIS Implants Technologies) στα μετεξακτικά φατνία των δοντιών #12 και #22. Αυτά θα χρησιμεύσουν ως στηρίγματα της επιεμφυτευματικής γέφυρας. Η χειρουργική επέμβαση περιελάμβανε επίσης δύο μοσχεύματα συνδετικού ιστού στην περιοχή των #11 και #21 προκειμένου να αυξηθεί ο όγκος του οστού σε οριζόντιο επίπεδο. Η αύξηση του ιστού της φατνιακής ακρολοφίας βοήθησε στην αποκατάσταση του κυρτού σχήματος του οδοντικού τόξου και δημιούργησε μια υγιή βάση για την ανάπτυξη ενός «φυσικού» προφίλ ανάδυσης. Για τον σκοπό αυτό, τα φατνία των #11 και #21 πληρώθηκαν με υποκατάστατο οστού (ξενομόσχευμα, Bio Oss) για να αποφευχθεί η κατάρρευση των ουλικών ιστών μετά τις εξαγωγές των δοντιών.

Μετά τη χειρουργική διαδικασία, τοποθετήθηκε η προσωρινή γέφυρα ***(Εικ. 5)***. Η προσωρινή αποκατάσταση διαδραματίζει σημαντικό ρόλο σε αυτό το είδος θεραπείας και επηρεάζει σημαντικά το αποτέλεσμά της. Μια ρευστή ρητίνη εφαρμόστηκε στη βάση της προσωρινής γέφυρας για να προετοιμάσει τον ουλικό ιστό να διαμορφώσει το επιθυμητό προφίλ ανάδυσης. Η κατάλληλη φροντίδα των ούλων βοηθά στη διατήρηση του όγκου των ιστών.

Εικ. 1: Η ασθενής ήταν δυσαρεστημένη με το χαμόγελό της.

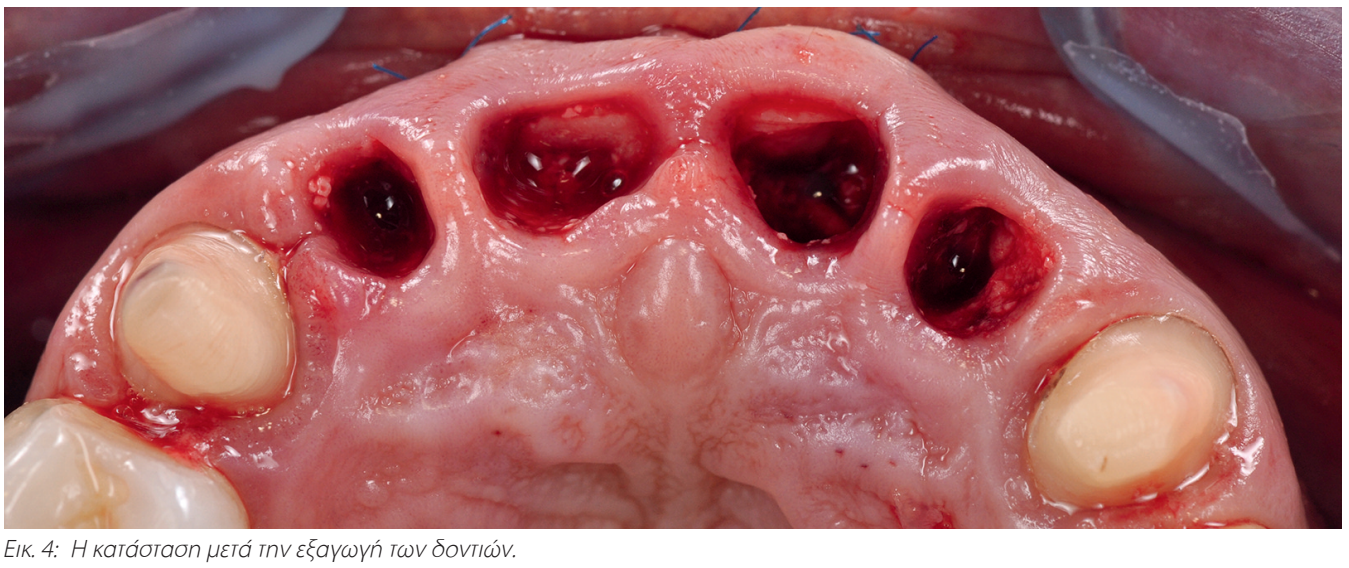
Εικ. 2: Τα πρόσθια δόντια υπέστησαν ζημιά λόγω περιοδοντίτιδας και είχαν μετακινηθεί μπροστά.

Σημείωση: Όταν κατασκευάστηκε το εκμαγείο για την προσωρινή αποκατάσταση στο οδοντοτεχνικό εργαστήριο, τα φατνία έπρεπε να προετοιμαστούν κατάλληλα. Δεδομένου ότι αυτός ο τύπος ελάχιστης χειρουργικής παρέμβασης απέτρεψε την ανάγκη για χειρουργική επέμβαση με κρημνό, το τραύμα επουλώθηκε καθαρά και γρήγορα, χωρίς μετεγχειρητικά παράπονα.

Έξι μήνες αργότερα

Όταν αφαιρέθηκε η προσωρινή γέφυρα, η προετοιμασία των ούλων αποδείχθηκε επιτυχής ***(Εικ. 6** και **7)***. Ακόμη και οι θηλές μεταξύ των εμφυτευμάτων της άνω γνάθου ήταν όμορφα διαμορφωμένες. Η κατάσταση αυτή αποτελεί ιδανική βάση για την ομαλή και αισθητική ενσωμάτωση των μόνιμων ολοκεραμικών απο-

Εικ. 3: Ενδοστοματική άποψη. Η σοβαρή περιοδοντίτιδα είχε προκαλέσει υφίζηση των ούλων στους δύο κεντρικούς τομείς της άνω γνάθου.



Εικ. 4: Η κατάσταση μετά την εξαγωγή των δοντιών.

Εικ. 5: Τοποθέτηση των προσωρινών κατά τη διάρκεια της συνεδρίας τοποθέτησης των εμφυτευμάτων.

Εικ. 6: Η κατάσταση μετά από έξι μήνες.

καταστάσεων *(Εικ. 8)*. Δεδομένου ότι η οστική απορρόφηση ήταν σε προχωρημένο στάδιο στην πρόσθια ζώνη λόγω σοβαρής περιοδοντίτιδας, έπρεπε να χρησιμοποιηθούν γωνιώδη εμφυτεύματα: μια κοχλιούμενη οδοντοστοιχία δεν θα αποτελούσε βιώσιμη επιλογή στο περιστατικό αυτό.

Κατασκευή της μόνιμης αποκατάστασης

Μετά τη διαδικασία λήψης τελικών αποτυπωμάτων, δημιουργήθηκε ένα εικονικό εκμαγείο προσωρινής αποκατάστασης. Οι σκελετοί μειώθηκαν ώστε να δημιουργηθεί μια κατάλληλη βάση για τις κεραμικές αποκαταστάσεις. Τα στηρίγματα κατασκευάστηκαν με IPS e.max® Press χρησιμοποιώντας την τεχνική πρεσσαρίσματος. Αυτά συνδέθηκαν εξωστοματικά με τις βάσεις συγκόλλησης τιτανίου με την αξιόπιστη ρητινώδη κονία Multilink® Hybrid Abutment *(Εικ. 9)*. Οι σκελετοί οξειδίου του ζιρκονίου για τη γέφυρα, καθώς και για τις στεφάνες των #13 και #23 κατασκευάστηκαν με IPS e.max ZirCAD MT: ένα υλικό που χαρακτηρίζεται από υψηλή ημιδιαφάνεια και εξαιρετικές αισθητικές ιδιότητες *(Εικ. 10* και *11)*. Οι σκελετοί χαρακτηρίστηκαν και επενδύθηκαν εξατομικευμένα με το εξαιρετικά αισθητικό κεραμικό διαστρωμάτωσης IPS e.max Ceram *(Εικ. 12* και *13)*.

Έδραση των αποκαταστάσεων

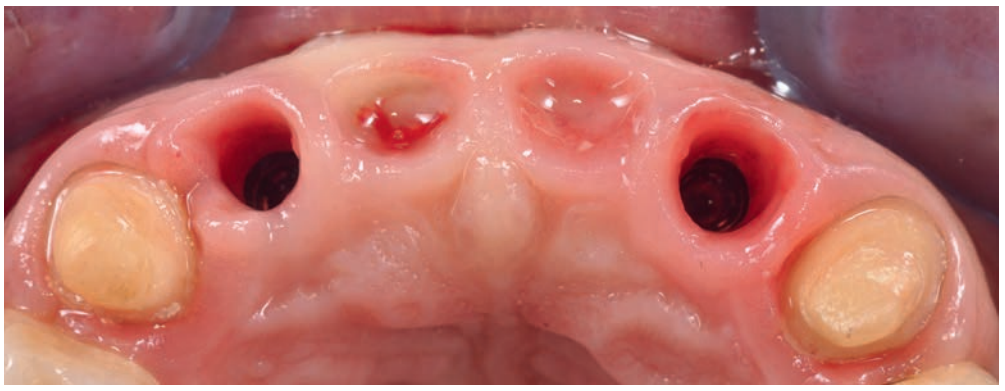
Η δοκιμή έδειξε ξανά ότι οι μαλακοί ιστοί ήταν καλά διαμορφωμένοι *(Εικ. 14* και *15)*. Οι αποκαταστάσεις από οξείδιο του ζιρκονίου τοποθετήθηκαν με τη βοήθεια της αυτο-συγκολλούμενης ρητινώδους κονίας SpeedCEM® Plus. Για τον σκοπό αυτό, τα στηρίγματα από διπυριτικό λίθιο IPS e.max Press αδροποιήθηκαν με υδροφθορικό οξύ και στη συνέχεια σιλανοποιήθηκαν με Monobond Plus, προκειμένου να προετοιμαστούν για τη διαδικασία συγκόλλησης της γέφυρας. Οι μόνιμα τοποθετημένες στεφάνες οξειδίου του ζιρκονίου και η γέφυρα εμφάνισαν επίπεδο ημιδιαφάνειας παρόμοιο με εκείνο του διπυριτικού λιθίου *(Εικ. 16 έως 18)*. Το αποτέλεσμα σε αυτή την περίπτωση ήταν εξαιρετικά αισθητικό: η σχέση μεταξύ των αποκαταστάσεων και των μαλακών ιστών φαίνεται αρμονική και «φυσική» *(Εικ. 19 έως 21)*.

Συμπέρασμα

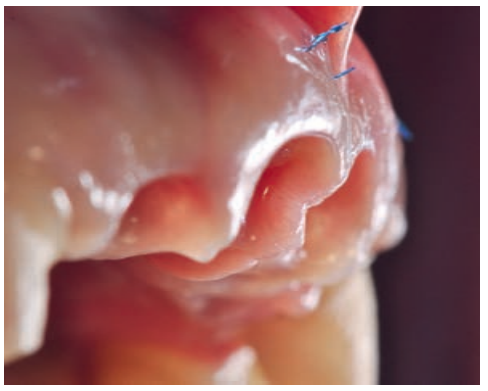
Ο ακριβής σχεδιασμός και η άριστη συνεργασία μεταξύ των μελών της οδοντιατρικής ομάδας είναι απαραίτητα για τη θεραπεία σύνθετων περιστατικών, καθώς είναι σημαντικό να διεξάγονται προσεκτικά και σταδιακά οι χειρουργικές παρεμβάσεις. Αυτό συμβάλλει σημαντικά στην τελική αισθητική έκβαση. Η δυνατότητα χρήσης ημιδιαφανούς οξειδίου του ζιρκονίου στην περιοχή των προσθίων δοντιών, λόγω των ιδιαίτερα ελκυστικών οπτικών ιδιοτήτων του υλικού αυτού, παρέχει εντελώς νέες αισθητικές δυνατότητες. Σε σύνθετες αποκαταστατικές διαδικασίες στην πρόσθια ζώνη, τα απλά, καλά προγραμματισμένα και ψηφιοποιημένα πρωτόκολλα θεραπείας αποτελούν τη μέθοδο επιλογής για τη λήψη προβλέψιμων και αναπαραγώγιμων αποτελεσμάτων.

Dr Stefen Koubi
L'institut de la facette
51 bis, rue Saint Sébastien
13006 Marseille
France
koubi-dent@wanadoo.fr
www.linstitutdelafacette.com

Gérald Ubassy
Centre de Formation International
Route de Tavel – Impasse des Ormeaux
30650 Rochefort du Gard
France
contact@ubassy.com
www.ubassy.com



Εικ. 7: Μασητική άποψη μετά την αφαίρεση της προσωρινής αποκατάστασης.



Εικ. 8: Εξαιρετική προετοιμασία των μαλακών ιστών. Λόγω των καλά κατασκευασμένων προσωρινών, διαμορφώθηκαν επιτυχώς οι μεσοδόντιες θηλές.

Εικ. 9: Υβριδικά στηρίγματα κατασκευασμένα από πρεσσαριστό κεραμικό (IPS e.max Press) στο εκμαγείο.

Εικ. 10: Στεφάνες και σκελετός γέφυρας κατασκευασμένα με IPS e.max ZirCAD MT (ημιδιαφανές οξείδιο ζιρκονίου).

Εικ. 11: Η ημιδιαφάνεια του οξειδίου του ζιρκονίου.

Εικ. 12: Επένδυση του σκελετού με το κεραμικό υλικό διαστρωμάτωσης IPS e.max Ceram.

Εικ. 13: Οι αποκαταστάσεις πριν από την τοποθέτηση.

Εικ. 14: Τα ολοκεραμικά στηρίγματα στο στόμα.

Εικ. 15: Ενσωμάτωση της γέφυρας στο περιοδόντιο.

Εικ. 16: «Φυσικό» προφίλ ανάδυσης.

Εικ. 17: Έλεγχος των λειτουργικών παραμέτρων.

Εικ. 18: Μασητική άποψη. Το κυρτό σχήμα των ούλων έχει αποκατασταθεί.

Εικ. 19: Το χαμόγελο. Ιδανικές οπτικές ιδιότητες.

Εικ. 20: Πρόσθια όψη της γραμμής των χειλέων, ενώ η ασθενής χαμογελάει.

Εικ. 21: Η ευτυχισμένη ασθενής.

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)
Πρόεδρος Ελληνικής Εταιρείας Κλινικής Στοματολογίας

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

ΛΟΙΜΩΞΕΙΣ ΣΤΟΜΑΤΟΣ ΑΠΟ ΙΟΥΣ COXSACKIES

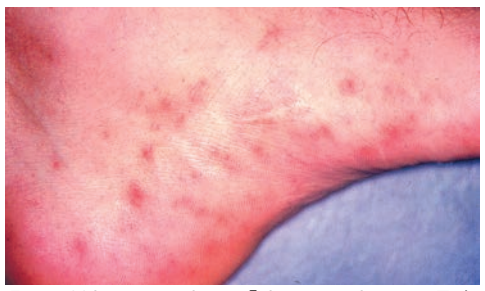
Οι ιοί **Coxsackies** ταξινομούνται στην ομάδα των non-polio εντεροϊών και χωρίζονται σε δύο βασικούς τύπους, τον Α και τον Β, που περιλαμβάνουν συνολικά 64 υποτύπους. Η ομάδα των εντεροϊών προκαλεί αρκετά νοσήματα με χαρακτηριστικό γνώρισμα εξανθήματα στο δέρμα και μερικά ενανθήματα στο στόμα. Οι ιοί αυτοί μεταδίδονται από άνθρωπο σε άνθρωπο μέσω των κοπράνων, στόματος, κολυμβητικών δεξαμενών ή από σταγονίδια μέσω της αναπνευστικής οδού, ή ακόμη σε νήπια από τη μολυσμένη μητέρα κατά τη φάση της γαλουχίας. Όλα τα νοσήματα της ομάδος αυτής προσβάλλουν κατά προτίμηση παιδιά και εφήβους, και είναι πιο συχνά το καλοκαίρι, το φθινόπωρο και την αρχή του χειμώνα. Στο στόμα, τρία είναι τα βασικά νοσήματα που προκαλούνται από ιούς Coxsackies: **α) η νόσος Χειρών-Ποδών και Στόματος, β) η Ερπητική Κυνάγχη, και γ) η Οξεία Λεμφοζώδης Φαρυγγίτις.**
Οι βλάβες στο στόμα και στα 3 νοσήματα είναι συχνές και χαρακτηριστικές, και αποτελούν σταθερά, κλινικά, διαγνωστικά κριτήρια. Παρά το γεγονός ότι, κατά κανόνα, είναι ήπια, καλοήθη, αυτοϊώμενα νοσήματα, από το 1998 και μετά έχουν καταγραφεί, κυρίως σε παιδιά, καρδιολογικές, πνευμονολογικές και νευρολογικές επιπλοκές, ακόμη δε και θάνατοι. Ως εκ τούτου, ο ρόλος του Στοματολόγου είναι σημαντικός στην έγκαιρη διάγνωση και των 3 νόσων, και η συνεργασία με τον Παιδίατρο ή τον Λοιμωξιολόγο, για διασφάλιση της υγείας των ασθενών και την πρόληψη πιθανών επιπλοκών.

Οι ιοί Coxsackies, αποτελούν ομάδα, μέσα στο πλαίσιο των non-polio εντεροϊών, που ταξινομούνται σε 2 βασικούς τύπους Α και Β, και περίπου 64 υποτύπους. Οι ιοί αυτοί μολύνουν τα επιθήλια του στοματοφάρυγγα και του κατώτερου τμήματος του πεπτικού συστήματος και αναπαράγονται στο λεμφικό ιστό προκαλώντας ιαιμία. Στη συνέχεια, αναδίπλωση (replication) του ιού, μπορεί να γίνει και σε άλλα όργανα, όπως: το δέρμα, τους βλεννογόνους, τον καρδιακό μυ, το αναπνευστικό σύστημα, το ΚΝΣ, το ήπαρ, τους ενδοκρινείς αδένες, κ.α. Ο βλεννογόνος του στόματος αποτελεί στόχο των ιών Coxsackies με εκδήλωση 3 νόσων: *I. τη νόσο χειρών-ποδών-στόματος, II. την ερπητική κυνάγχη, και III. την οξεία λεμφοζώδη φαρυγγίτιδα,* τα κύρια χαρακτηριστικά των οποίων αναλύονται στη συνέχεια.

I. Νόσος χειρών-ποδών-στόματος: πρόκειται για την πιο συχνή και πιο καλά μελετημένη νόσο της ομάδος. Είναι οξεία λοίμωξη που οφείλεται σε διάφορα στελέχη του ιού Coxsackie, κυρίως ο Α16, και λιγότερο συχνά ο Α5, Α9, Α10. Προσβάλλει παιδιά και σπανιότερα νεαρά άτομα, μπορεί δε να έχει επιδημικό χαρακτήρα.
Κλινικά, στο βλεννογόνο του στόματος σχηματίζονται μικρές φυσαλλίδες, συνήθως 5-30 σε αριθμό, που γρήγορα σπάζουν καταλείποντας αβαθείς ελκώσεις, με ερυθρή άλω και διάμετρο 2-6 χιλ. ***(Εικ. 1)***. Οι βλάβες εντοπίζονται σε κάθε περιοχή του στόματος, εκτός από τα ούλα. Χαρακτηριστικά, στο δέρμα σχηματίζονται μικρές, θολερές, φυσαλίδες, 1-50 τον αριθμό, κυρίως στα δάκτυλα και τα πλάγια των παλαμών ***(Εικ. 2)*** και των πελμάτων, ενώ, πιο σπάνια, έχουμε βλάβες στους γλουτούς, και άλλες περιοχές ***(Εικ. 3)***.
Η διαδρομή της νόσου είναι, συνήθως, ήπια με μικρή πυρετική κίνηση και γενικά συμπτώματα. Διαρκεί 5-8 ημέρες και υποχωρεί αυτόματα χωρίς θεραπεία. Παρά ταύτα, από το 1998 και μετά έχουν καταγραφεί περιπτώσεις της νόσου με σοβαρές επιπλοκές από το μυοκάρδιο και περικάρδιο, το αναπνευστικό, καθώς και νευρολογικές επιπλοκές, ιδιαίτερα σε παιδιά. Η διαφορική διάγνωση, κλινικά, περιλαμβάνει τα νοσήματα που είναι ταξινομημένα στον ***Πίνακα I.*** Η διάγνωση στηρίζεται κυρίως στην κλινική εικόνα και το ιστορικό. Παρά ταύτα, μερικές φορές είναι αναγκαία η ανίχνευση του ιού με καλλιέργεια ή με την τεχνική "PCR". Η θεραπεία της νόσου είναι συμπτωματική, αφού αυτοϊάται και η πρόγνωση συνήθως είναι καλή. Εντούτοις, σε ορισμένες ομάδες πληθυσμού, π.χ. νεογνά, ανοσοκατασταλμένα άτομα, συνιστάται η χορήγηση pleconaril για πρόληψη επιπλοκών.

Εικ. 1: Νόσος χειρών-ποδών και στόματος. Αβαθείς ελκώσεις στο πλάγιο χείλος της γλώσσας.

Εικ. 2: Νόσος χειρών-ποδών και στόματος. Μικρή φυσαλλίδα σε δάκτυλο του χεριού.



Εικ. 3: Νόσος χειρών-ποδών και στόματος. Πολλαπλές φυσαλλίδες στο πέλμα και τα πλάγια του άκρου ποδός.

Πίνακας I . Διαφορική διάγνωση

- Ερπητική κυνάγχη
- Ερπητόμορφα έλκη
- Μικρές άφθες
- Δευτεροπαθής έρπης

II. Ερπητική Κυνάγχη: Η ερπητική κυνάγχη, είναι οξεία λοιμώδης νόσος, που οφείλεται σε ιό Coxsackie της ομάδας Α, τύποι 1-6, 8, 10, 22 και σπάνια άλλα στελέχη. Εμφανίζεται συνήθως το καλοκαίρι και το φθινόπωρο, ενώ προσβάλλει, πιο συχνά, παιδιά και νεαρούς ενηλίκους.
Κλινικά, έχει οξεία έναρξη και χαρακτηρίζεται από πυρετό, κεφαλαλγία, τάση για έμετο, μυαλγίες, κακουχία, ενώ μέσα σε 24 έως 48 ώρες παρουσιάζεται οξεία φλεγμονή στο οπίσθιο μέρος του στόματος και το στοματοφάρυγγα με ταυτόχρονη εμφάνιση μικρών φυσαλλίδων διαμέτρου 2-5 χιλ. Οι φυσαλίδες, που συρρέουν, σπάζουν γρήγορα καταλείποντας εξαιρετικά επώδυνες ελκώσεις, που επουλώνονται περίπου σε 8-12 ημέρες ***(Εικ. 4)***. Υπάρχει έντονη δυσκαταποσία και δυσφαγία. Παθογνωμονική είναι η εντόπιση των βλαβών στη μαλακή υπερώα και τη σταφυλή, την περιοχή των αμυγδαλών και το οπίσθιο τοίχωμα του στοματοφάρυγγα, ενώ, σπάνια, μπορεί να προσβληθεί και το οπίσθιο μέρος της γλώσσας. Χαρακτηριστική είναι η απουσία βλαβών από τα χείλη, τα ούλα, την παρειά και το έδαφος του στόματος. Η κλινική διαφορική διάγνωση περιλαμβάνει τα νοσήματα που είναι ταξινομημένα στον ***Πίνακα II***. Η διάγνωση στηρίζεται σε κλινικά κριτήρια και το ιστορικό.
Ιστολογικά παρατηρείται, δημιουργία ενδοεπιθηλιακών φυσαλλίδων, με κυτταρικό οίδημα και σπογγίωση. Καλλιέργεια ιστών για απομόνωση του ιού γίνεται μόνο σε ειδικές περιπτώσεις, καθώς και ορολογικός προσδιορισμός του τίτλου των αντισωμάτων ή PCR-αντίδραση. Η θεραπεία είναι συμπτωματική. Στις περισσότερες περιπτώσεις η νόσος αυτοϊάται χωρίς επιπλοκές.

Εικ. 4: Ερπητική κυνάγχη. Πολυάριθμες φυσαλλίδες και ελκώσεις στη μαλακή υπερώα.

Πίνακας II . Διαφορική διάγνωση

- Πρωτοπαθής ερπητική ουλοστοματίτις
- Ερπητόμορφα έλκη
- Νόσος χειρών-ποδών-στόματος
- Στρεπτοκοκκική στοματίτις και φαρυγγίτις
- Πολύμορφο ερύθημα
- Γονοκοκκική στοματίτις
- Οξεία λεμφοζώδης φαρυγγίτις

III. Οξεία Λεμφοζώδης Φαρυγγίτις: Η οξεία λεμφοζώδης φαρυγγίτις ή στοματοφαρυγγίτις είναι σχετικά σπάνια, οξεία, λοιμώδης νόσος, που οφείλεται σε ιό Coxsackie, κυρίως ο τύπος Α10. Η νόσος, πιο συχνά, προσβάλλει παιδιά και νεαρούς ενηλίκους.
Κλινικά, αρχίζει με πυρετό, ελαφρά κεφαλαλγία, επώδυνα παρίσθμια, ακολουθεί δε, μετά 2-3 ημέρες, η εμφάνιση πολλαπλών ελαφρά επηρμένων μικρών οζιδίων, διαμέτρου 3-6 χιλ., χρώματος λευκοκίτρινου ή λευκορόδινου ***(Εικ. 5)***. Χαρακτηριστικά, οι βλάβες εντοπίζονται στη μαλακή υπερώα, τη σταφυλή, τις αμυγδαλικές πτυχές και το οπίσθιο τοίχωμα του φάρυγγα. Το υπόστρωμα των οζιδίων είναι αθροίσεις λεμφικού ιστού, υποχωρούν δε αυτόματα σε 4-15 ημέρες. Η κλινική διαφορική διάγνωση περιλαμβάνει τα νοσήματα που είναι ταξινομημένα στον ***Πίνακα III***. Η διάγνωση στηρίζεται αποκλειστικά στο ιστορικό και την κλινική εικόνα. Εργαστηριακές εξετάσεις συνήθως δεν χρειάζονται. Η θεραπεία είναι συμπτωματική.

Εικ. 5: Οξεία λεμφοζώδης στοματοφαρυγγίτις. Πολυάριθμα ερυθρά οζίδια στην υπερώα.

Πίνακας III . Διαφορική διάγνωση

- Ερπητική κυνάγχη
- Λεμφοϋπερπλαστικές βλάβες
- Ερπητική λοίμωξη

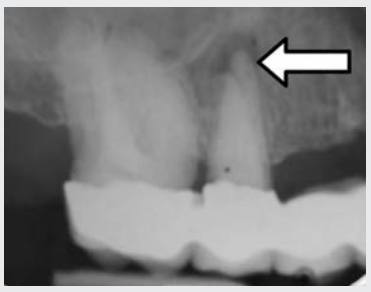
Συμπερασματικά, και τα τρία νοσήματα του στόματος που οφείλονται σε ιούς Coxsackies, έχουν χαρακτηριστική κλινική εικόνα και καλοήθη, συνήθως, πορεία. Εντούτοις όμως, πέραν των τοπικών, στο στόμα, προβλημάτων, είναι δυνατόν να προκαλέσουν βλάβες, λόγω της ιαιμίας, σε απομεμακρυσμένα όργανα-στόχους, όπως είναι το μυοκάρδιο και περικάρδιο, το νευρικό και αναπνευστικό σύστημα, σε ορισμένες πληθυσμιακές ομάδες, π.χ. ανοσοκατασταλμένοι, αιτιολογικά ή όχι, ασθενείς, εξασθενημένα άτομα, που μπορεί να οδηγήσουν στη συνέχεια σε σοβαρά προβλήματα, ακόμη και θάνατο.
Ως εκ τούτου, ο ρόλος του Στοματολόγου, για πρώιμη διάγνωση, και συνεργασία με τον Παιδίατρο ή τον Λοιμωξιολόγο ιατρό, είναι καθοριστικός για διασφάλιση της υγείας των ασθενών.

Παρασκευή των ριζικών σωλήνων

με MANI Micro Files – για μια ιδιαίτερα απτή εμπειρία

Αναφορά κλινικού περιστατικού από τον Markus Ludolph, Ενδοδοντιστή, Ντόρτμουντ / Γερμανία

Αυτή η αναφορά περιγράφει έναν ασθενή με κατεστραμμένους ριζικούς σωλήνες, ο οποίος απευθύνθηκε σε χειρουργό για να κάνει ακρορριζεκτομή και έμφραξη ριζικού σωλήνα.



Ο χειρουργός αποφάσισε να μην αντιμετωπίσει το περιστατικό αυτό, αλλά απευθύνθηκε στην κλινική μας που εξειδικεύεται στην ενδοδοντία, για μια εξέταση του κλινικού περιστατικού και για την περαιτέρω θεραπεία του 15 δοντιού. Λάβαμε την ενδοστοματική ακτινογραφία η οποία έδειξε μια σκίαση γύρω από το ακρορρίζιο (δείτε την ακτινογραφία αριστερά).
Ο ασθενής είναι 43 ετών, άντρας με ελεύθερο ιατρικό ιστορικό.
Το δόντι 15 συμμετέχει ως στήριγμα σε μια γέφυρα από το 11 ως το 16 δόντι. Η κλινική εξέταση έδειξε ένα διανοιγμένο δόντι, κλειστό με προσωρινό εμφρακτικό υλικό. Σ'αυτήν την αρχική κλινική εξέταση ο ασθενής εμφάνιζε πόνο κατά τη μάσηση. Ο έλεγχος ζωτικότητας του δοντιού ήταν αρνητικός. Έπειτα τοποθετήθηκε ελαστικός απομονωτήρας γύρω από το 15 δόντι και αφαιρέθηκε το προσωρινό εμφρακτικό υλικό από το σημείο της διάνοιξης. Ήταν ολοφάνερο ότι μόνο ένα τμήμα του πολφικού θαλάμου είχε διανοιχθεί και η ορατότητα των ριζικών τρημάτων δεν ήταν ικανοποιητική. Λόγω της στενής διάνοιξης και του περιορισμένου ανοίγματος του στόματος του ασθενή, ήταν εξαιρετικά δύσκολο να δούμε τους δύο ριζικούς σωλήνες δίχως τη χρήση χειρουργικού μικροσκοπίου. Πιθανόν αυτή θα πρέπει να ήταν και η δυσκολία που αντιμετώπισαν οι δύο οδοντίατροι που είχαν προηγουμένως προσπαθήσει να θεραπεύσουν τον ασθενή.
Συνεπώς εισήγαμε υδροξειδίο του ασβεστίου $Ca(OH)_2$ στις 1 Αυγούστου και 15 Αυγούστου 2016. Από την 1η Αυγούστου 2016, ο ασθενής ήταν χωρίς πόνο. Στις 15 Αυγούστου δεν είχαν ακόμη στεγνώσει οι ριζικοί σωλήνες. Γι αυτό αναβλήθηκε η μόνιμη έμφραξη των ριζικών σωλήνων για τις 30 Αυγούστου.

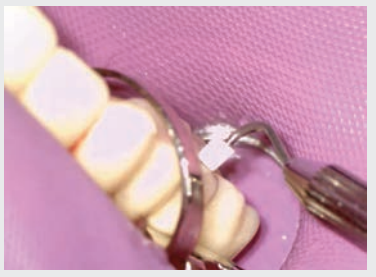
1. Αρχική κατάσταση

Το 15 δόντι με τον ελαστικό απομονωτήρα και τη διάνοιξη καλυμμένη με προσωρινό εμφρακτικό υλικό.

2. Κάτοψη του τρήματος του παρειακού ριζικού σωλήνα

Η κατάσταση μετά την αφαίρεση του προσωρινού εμφρακτικού υλικού. Κάτοψη του τρήματος του παρειακού ριζικού σωλήνα

3. Ανιχνεύοντας τους ριζικούς σωλήνες



Η ανίχνευση των ριζικών σωλήνων με MANI Micro Files δείχνουν ότι δεν είναι κατεστραμμένοι.
Η χρήση του MANI Endo Holder ήταν πλεονεκτική, αφού δεν υπήρχαν δάχτυλα να εμποδίζουν την ορατότητα του χειρουργικού πεδίου, ενώ εισήγαμε τα MANI Micro Files.

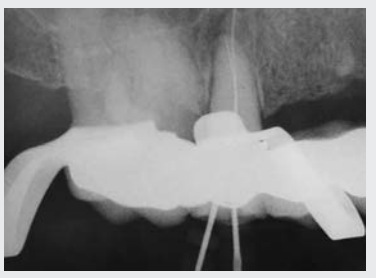
4. Οπτικοακουστικός έλεγχος

Το MANI Endo Holder έχει συνδεθεί με ένα ενδομετρικό σύστημα. Υπάρχουν δηλαδή οπτικά και ακουστικά σήματα, μια μονάδα που μας δίνει πολύτιμες πληροφορίες για τη θέση του ριζικού σωλήνα καθ'όλη τη διάρκεια της θεραπείας.

5. Το Micro File Σύστημα

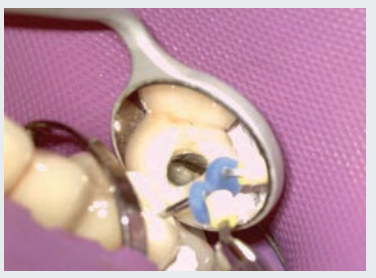
Το πλεονέκτημα αυτού του συστήματος είναι ότι τα MANI Micro Files μπορούν να αλλαχθούν ξεχωριστά αντί να πρέπει να αντικατασταθεί ολόκληρο το Endo Holder.

6. Η ενδοστοματική ακτινογραφία για μέτρηση



Το μήκος καθορίζεται με τη βοήθεια του ενδομετρικού συστήματος, μεταφέρεται σε δύο MANI RT-Files (#15, 0.02) και η ακτινογραφία πάρθηκε για τη μέτρηση. IAF ISO 15, p:22mm Rp υπερώιο φύμα, b: 19mm Rp παρειακό φύμα.

7. Παρασκευή ISO 20



Κατά τη διάρκεια της διαδικασίας παρασκευής χρησιμοποιούμε όλες τις τιμές που έχουν προσδιοριστεί με τη βοήθεια του ενδομετρικού συστήματος. Οι ριζικοί σωλήνες παρασκευάζονται μόνο με την κίνηση των ρινών, η περιστροφή των ρινών είναι πραγματικά αδύνατη με το Endo Holder. Το ενδομετρικό σύστημα είναι συνδεδεμένο με το Endo Holder κατά τη διάρκεια ολόκληρης της διαδικασίας, ακόμη κατά τη διάρκεια της χειροκίνητης προετοιμασίας. Αυτό μας προσδίδει επιπρόσθετο έλεγχο του μήκους εργασίας.

8. Διακλυσμός με κιτρικό οξύ

Ως συνήθως, το κάθε βήμα της διαδικασίας παρασκευής ακολουθεί διακλυσμός με NaOCl και κιτρικό οξύ. Αυτό γίνεται για να εμποδίσουμε την απόφραξη του ριζικού σωλήνα και να απομακρυνθούν τα οργανικά και ανόργανα υπολείμματα.

9. Ενεργοποίηση του διαλύματος των διακλυσμών

Το διάλυμα διακλυσμών ενεργοποιείται με υπερήχους.

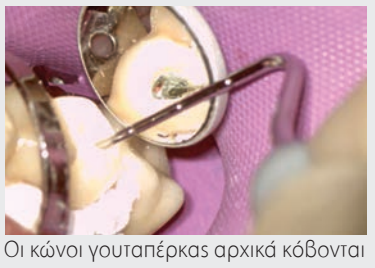
10. Στέγνωμα ριζικών σωλήνων

Αφού οι ριζικοί σωλήνες έχουν ξεπλυθεί, στεγνώνονται με κώνους χάρτου διαστάσεων ανάλογα με το μέγεθος της παρασκευής.

11. Έμφραξη των ριζικών σωλήνων

Αφού στεγνώσουν, οι ριζικοί σωλήνες εμφράσσονται μόνιμα με πλάγια συμπύκνωση με τη βοήθεια συμπυκνωτή.

12. Συμπίεση με συμπυκνωτή



Οι κώνοι γουταπέρκας αρχικά κόβονται και έπειτα συμπυκνώνονται με κατεύθυνση ανάστροφης έμφραξης.

13. Ακτινολογικός έλεγχος

Η ενδοστοματική ακτινογραφία πάρθηκε στις 30 Αυγούστου 2016, για να γίνει ανασκόπηση του περιστατικού.

Συμπέρασμα

Ο ασθενής επέστρεψε στον οδοντίατρό του για την ολοκλήρωση της θεραπείας. Αυτό το κλινικό περιστατικό δείχνει τις πιθανότητες της παρασκευής του ριζικού σωλήνα μ' ένα σύγχρονο χειροκίνητο σύστημα παρασκευής υπό τον συνεχή ενδομετρικό έλεγχο, το οποίο δεν ήταν προηγουμένως δυνατό να γίνει χωρίς ένα αυτόματο σύστημα παρασκευής των ριζικών σωλήνων. Στην Ιαπωνία, η οποία είναι η χώρα προέλευσης, αυτό το σύστημα είναι ευρέως διαδεδομένο μεταξύ των ενδοδοντιστών λόγω των υποδομών της αγοράς και της υπάρχουσας ενδοδοντικής κοινότητας.
Ο έλεγχος της ορατότητας όταν εργαζόμαστε με χειρουργικό μικροσκόπιο αποτελεί ένα σημαντικό πλεονέκτημα, αφού τα δάκτυλα του οδοντιάτρου δεν εμποδίζουν την ορατότητα του χειρουργικού πεδίου. Επίσης η εργονομία του Endo Holder είναι ευνοϊκή, αφού επιτρέπει μεγαλύτερους χρόνους εργασίας με τα εργαλεία χειρός.

MANI®

Micro Files K, H, F & micro D finders

Ιδανικά για ενδοδοντιστές που εργάζονται με χειρουργικό μικροσκόπιο. Ταιριάζουν απόλυτα στο MANI Endo Holder. **Τεχνικά χαρακτηριστικά:** • Το μήκος εργασίας (L =23 mm) • Το λειτουργικό άκρο για τα Micro K-Files & Micro Flare Files =16mm • Το λειτουργικό άκρο για Micro H-Files = 13 mm • Η αναγνώριση του μεγέθους από χρωματιστούς σωληνίσκους. **Σημείωση:** Οι χρωματιστοί σωληνίσκοι δεν πρέπει να χρησιμοποιούνται ως stopper. Παρακαλώ τοποθετείστε τους ξεχωριστά. **Χρήση:** να χρησιμοποιούνται ως files

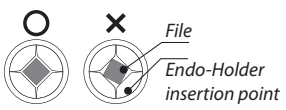
Type / Size	€18,00 Microfiles K	€15,00 Microfiles H	€20,50 Microfiles F
	Υποκαθιστούν τις ρίνες τύπου K	Είναι από ανοξείδωτο ατσάλι, χρησιμοποιούνται για τη διεύρυνση ριζικού σωλήνα ή την απομάκρυνση κονίας, γουταπέρκας και άλλων υπολειμμάτων υλικού.	Είναι από ανοξείδωτο ατσάλι, για τον έλεγχο της καμπυλότητας ή τη διεύρυνση ριζικού σωλήνα
	Normal K-Files .02 κωνικότητα	Normal H-Files .02 κωνικότητα	Normal Flare Files K-Files with .05 κωνικότητα
#15	L 16 mm, L = 23 mm	L 16 mm, L = 23 mm	L 13 mm, L = 23 mm
#20	L 16 mm, L = 23 mm	L 16 mm, L = 23 mm	L 13 mm, L = 23 mm
#25	L 16 mm, L = 23 mm	L 16 mm, L = 23 mm	L 13 mm, L = 23 mm
#30	L 16 mm, L = 23 mm	L 16 mm, L = 23 mm	L 13 mm, L = 23 mm
#35	L 16 mm, L = 23 mm	L 16 mm, L = 23 mm	
#40	L 16 mm, L = 23 mm	L 16 mm, L = 23 mm	

€36,00
MicroFinders
Ιδανικοί για πρόσβαση σε ενασβεστιωμένους ριζικούς σωλήνες

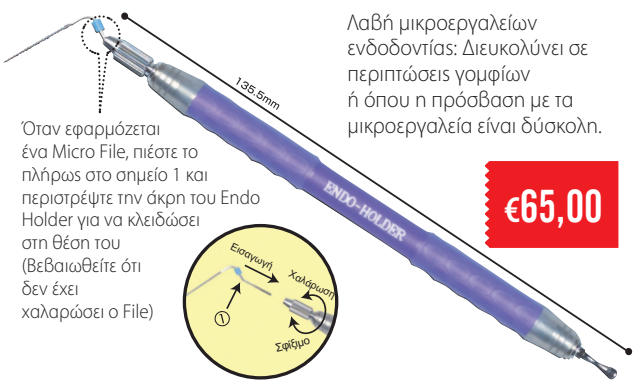
Grain Size	S (standard)	F (fine)
1 (#15)	L 13 mm, L = 23 mm	L 13 mm, L = 23 mm
3 (#25)	L 13 mm, L = 23 mm	L 13 mm, L = 23 mm

*1 (#15) and 3 (#25) surfaces include diamonds

Endo – Holders



Λαβή μικροεργαλείων ενδοδοντίας: Διευκολύνει σε περιπτώσεις γομφίων ή όπου η πρόσβαση με τα μικροεργαλεία είναι δύσκολη.



Όταν εφαρμόζεται ένα Micro File, πιέστε το πλήρως στο σημείο 1 και περιστρέψτε την άκρη του Endo Holder για να κλειδώσει στη θέση του (Βεβαιωθείτε ότι δεν έχει χαλαρώσει ο File)

€65,00

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

Η πιεζοχειρουργική και οι επαναστατικές εφαρμογές της στην σύγχρονη οδοντιατρική

Χρήστος Κωνσταντινίδης
Οδοντίατρος - M.Sc (Προσθετ.)

Στις 25 Νοεμβρίου 2017, οι **Medicodent-Πρέτσιος** και **Medical Compass** διοργάνωσαν από κοινού στο ξενοδοχείο«Royal Olympic» ημερίδα με θέμα «Θεραπεία της Ατροφικής Γνάθου – μια συνεχής πρόκληση. Διαφορετικές προσεγγίσεις με τη βοήθεια της Πιεζοχειρουργικής και Βιολογικών Πρωτοκόλλων» και κεντρικούς ομιλητές τους κ.κ.Till Gerlach και Ugo Gambardella. Με αφορμή την οργάνωση της ημερίδας, για την οποία θα έχει τη δυνατότητα να διαβάσετε το αναλυτικό ρεπορτάζ στις γραμμές που ακολουθούν, σας παρουσιάζουμε την ιστορική εξέλιξη της πιεζοχειρουργικής, τα πλεονεκτήματα καθώς και τις αντενδείξεις της μεθόδου, αλλά και τις εφαρμογές της στην θεραπεία της ατροφικής γνάθου.

Στις αρχές του 2000 υπήρξαν πολλές εφευρέσεις που εισήχθησαν στην οδοντιατρική όπως το CBCT, οι νέες επιφάνειες εμφυτευμάτων και φυσικά η πιεζοχειρουργική. Αυτές οι καινοτομίες έφεραν δραματική επανάσταση στην εμφυτευματολογία .

Η πιεζοχειρουργική σήμερα χρησιμοποιείται στην χειρουργική και την εμφυτευματολογία, αλλά και σε άλλες ειδικότητες της ιατρικής. Πλεονεκτεί για την απλότητα, την ασφάλεια στην χρήση, την ακρίβεια στις τομές, την επιλεκτική της δράση στους σκληρούς ιστούς μόνον και την ευρύτητα των εφαρμογών της σε τεχνικές όπως η ανύψωση ιγμορείου, λήψη blocks, διάσχιση ακρολοφίας, κλειστή ανύψωση, μεταφορά κ. φατνιακού νεύρου.

Ιστορία της Πιεζοχειρουργικής

Η λέξη «πίεζο» έχει προέλευση από την Ελληνική λέξη πίεση.

Οι Jacque and Pierre Curie το 1880 πρώτοι παρατήρησαν την δυνατότητα των υπερήχων να δρούν επί του οστού.Το ηλεκτρικό ρεύμα οταν περνά μέσα από κεραμικά υλικά και κρυστάλλους δημιουργεί παλίνδρομες κινήσεις υψηλής συχνότητος. Το φαινόμενο αυτό το όρισαν πιεζοηλεκτρισμό. Οι μικρο-δονήσεις που δημιουργούνται από το πιεζοηλεκτρικό φαινόμενο κατά την την διέλευση του ηλεκτρισμού μέσα από κεραμικά και κρύσταλλα προξενενούν παραμόρφωση με υπέρηχη συχνότητα. Οι δονήσεις ενισχύονται και μεταφέρονται σε ενα άκρο και με την πίεση αυτού στο οστούν δημιουργείται σπηλαίωση της επιφάνειας. Ο Vercelloti το 1988 πρωτοεισήγαγε την τεχνική της πιεζοχειρουργικής, βασιζόμενος στην ήδη υπάρχουσα τεχνολογία των συσκευών υπερήχων.

Η Συσκευή

Η συσκευή αποτελείται από πιεζοηλεκτρικό μεταφορέα που ενεργοποιείται από μια γεννήτρια υπερήχων. Η λειτουργία αυτή (δόνηση) μεταφέρεται μέσω μιας χειρολαβής (που ψύχεται με υγρό) σε ένα άκρο που δονείται γραμμικά.

Ο Gabriel Lippmann (1881) μελέτησε το converse πιεζοηλεκτρικό φαινόμενο. Αργότερα ο Catuna (1953) εξέλιξε ένα τρύπανο υπερήχων για παρασκευή υπερήχων σε ανθρώπινα δόντια. Οι Richman (1957) και Mazzarow (1960) εξέλιξαν τη χειρουργική χρήση στην χειρουργική του οστού και χειρουργική ενδοδοντία. Οι Mcfall και συν. (1961), Torella (1998) σε συγκριτικές μελέτες της πιεζοχειρουργικής με την κλασική χειρουργική (πρώτης γενιάς συσκευές) βρήκαν πλεονεκτικότερη επούλωση στην πιεζοχειρουργική. Το 1999 ο Thomas Vercelloti σε συνεργασία με την Mectron Spa ανακάλυψε την σύγχρονη (τρέχουσα) μορφή πιεζοχειρουργικής και δημοσίευσε εργασίες το 2000.

Το 2001 εισήχθη ο όρος piezosurgery® και το 2002 η πρώτη συσκευή εισήχθη για κλινική χρήση στην Γερμανία.

Το 2003, ο Vercelloti βρήκε τις ιδεώδεις συχνότητες για ενδοδοντική, ορθοπεδική, νευρολογική, περιοδοντολογική και χειρουργική χρήση.

Το 2005, το FDA ενέκρινε την χρήση τους στη χειρουργική του οστού.

Μηχανισμός Δράσης

Οι υπέρηχοι στην ακουστική σχετίζονται με δονήσεις ήχου που υπερβαίνουν το φάσμα των συχνοτήτων που αντιλαμβάνεται το ανθρώπινο αυτί (>20KHz). Δημιουργούνται με 3 τρόπους:

- Mechanical Μέθοδος– up to 100 kHz
- Μαγνητοστατική – 18–25 kHz
- Πιεζοηλεκτρική δράση– 25–50 kHz

Η Πιεζοχειρουργική δράση δημιουργείται όταν ηλεκτρικό ρεύμα αναγκάζει πιεζοκεραμικούς δακτυλίους να παραμορφωθούν και μέσω ενός μετατροπέα να μεταφερθεί η δόνησή τους σε ένα άκρο, το οποίο με παλινδρομικές κινήσεις μπορεί να δημιουργήσει σπηλαίωση σε σκληρούς ιστούς. Η σπηλαίωση είναι ένα φαινόμενο κατά το οποίο με την δόνηση από την πιεζοχειρουργική δράση έχουμε τον βρασμό των υγρών που περιέχονται στο οστό. Έτσι δημιουργούνται φυσαλλίδες που τελικά διασπώνται, οδηγώντας στην διάλυση της δομής του (οστού). Διαθέτει και αντιβακτηριδιακή δράση μια και διασπά την κυτταρική μεμβράνη των βακτηρίων, βελτιστοποιώντας την επούλωση των ιστών. Οι σημερινές συσκευές δουλεύουν σε συχνότητα 25–29 kHz, διαθέτοντας πολλά inserts για διαφορετικές χειρουργικές τεχνικές του οστού.

Το εύρος της γραμμικής δόνησης των inserts (tips) είναι 60–200 μm, παράμετρος που ρυθμίζεται, όπως και η παροχή του φυσιολογικού ορού στο tip. Η ισχύς των συσκευών κυμαίνεται περί τα 5 W.

Ενδείξεις

Η πιεζοχειρουργική σήμερα χρησιμοποιείται σε διάφορες οδοντιατρικές εφαρμογές όπως χειρουργική επιμήκυνση μήλης, αύξηση ακρολοφίας, λήψη μοσχεύματος, ανύψωση ιγμορείου, εξαγωγή τρίτου γομφίου αλλά και αγκυλωμένων δοντιών, ακρορριζεκτομή, μεταφορά του κάτω φατνιακού νεύρου, ορθοδοντική κορτικοτομία, κ.λ.π. Επίσης, χρησιμοποιείται και στην χειρουργική του κρανίου, ρινοπλαστική και χειρουργική του ωτός.

Αντενδείξεις

- Καρδιοπάθεια
- Μη ελεγχόμενος διαβήτης
- Ασθενείς με βηματοδότη, ασθενείς υπό ακτινοθεραπεία

Θεραπεία της ατροφικής γνάθου

Η απώλεια της φατνιακής απόφυσης σε κάθετη και οριζόντια διάσταση είναι ιδιαίτερα έντονη τους πρώτους 3 μήνες μετά την εξαγωγή, και σταδιακά μειούται μέχρι τον 1ο χρόνο. Οδηγεί σε απώλεια που είναι μεγαλύτερη σε οριζόντια διάσταση παρά σε κάθετη. Είναι πλέον έντονη στην κάτω γνάθο και ιδιαίτερα στις οπίσθιες περιοχές. Έτσι στην τοποθέτηση εμφυτευμάτων το μειωμένο εύρος, ύψος αλλά και η παρουσία του κάτω φατνιακού νεύρου δημιουργεί συχνά μεγάλο πρόβλημα.

Με δεδομένο το ελάχιστο πάχος 1,5 mm των οστικών τοιχωμάτων μια λύση είναι η χρήση μικρής διαμέτρου εμφυτευμάτων (<3,4mm), αλλά και κοντών (<8mm).Η GBR παραμένει ο χρυσός κανόνας που μας επιτρέπει προσθετικά επιλεγμένες θέσεις, αλλά και διαστάσεις εμφυτευμάτων.

Η άλλη λύση που θεωρείται και πιο lege artis είναι η GBR .Στα οριζόντια ελλείμματα οι προτεινόμενες λύσεις είναι:

1) Διάσχιση ακρολοφίας. Εισήχθη από τον Tatum Jr. (1986), εξελίχθηκε από τον Summers (1994).Το 1992, ο Simion πρότεινε την δημιουργία καθέτων μικροκαταγμάτων στο οστούν για μεγαλύτερη οριζόντια διεύρυνση. Έχει ποσοστό επιτυχίας 98% και πλεονεκτεί στο ότι δεν έχει 2ο χειρουργικό πεδίο για δότρια περιοχή και καθιστά εφικτή την ταυτόχρονη τοποθέτηση των εμφυτευμάτων.

2) Επένθετο (onlay) bone block graft. Πλεονεκτήματα είναι η δυνατότητα εφαρμογής σε οριζόντια και κάθετα ελλείμματα ακόμη και με ασύμμετρη μορφολογία. Μειονεκτήματα είναι η απορρόφηση του μοσχεύματος σε κάποιο βαθμό, η 2η χειρουργική περιοχή, η πιθανότητα διάνοιξης των κρημνών και απώλειας του μοσχεύματος.

3) Μετατόπιση του κάτω φατνιακού νεύρου. Είναι δύσκολη και συχνά δημιουργεί κάποιου βαθμού επιπλοκές (υπαισθησία).

Το 2000 ο Vercellotti εισήγαγε την πιεζοχειρουργική για την θεραπεία της ατροφικής γνάθου. Άμεσα έγινε φανερή η υπεροχή της πιεζοχειρουργικής στις ως άνω τεχνικές.

Έτσι:

Στην διάσχιση ακρολοφίας πλεονεκτεί για την ακρίβεια του σχήματος, αλλά και του βάθους της οστεοτομίας, την προστασία των μαλθακών ιστών, αλλά και ριζών.

Στην λήψη block πλεονεκτεί για την ακρίβεια στην μορφή της οστεοτομίας, ανεξαρτήτως τύπου του οστού (I-IV) και την προστασία γειτονικών ριζών.

Στην μετατόπιση του κάτω φατνιακού νεύρου είναι πολύ ασφαλέστερη, ελαχιστοποιώντας τις επιπλοκές.

Στην ανοικτή ανύψωση ιγμορείου πλεονεκτεί στην μείωση των διατρήσεων της μεμβράνης του ιγμορείου.

Στην κλειστή ανύψωση πλεονεκτεί για την ακριβέστερη, αλλά και ατραυματικότερη διαδικασία με μικρότερο κίνδυνο διατρήσεων της μεμβράνης.

Πλεονεκτήματα της πιεζοχειρουργικής

- Έχει ιδεώδη συχνότητα λειτουργίας με αποτέλεσμα την αποτελεσματική κοπή, ασφάλεια για τους μαλθακούς ιστούς.
- Οι Vercellotti και συν., καθώς και οι Seoane και συν., βρήκαν μείωση των διατρήσεων της μεμβράνης του Schneider στο (5%) σε σχέση με το 5%- 56% της κλασικής ανοικτής ανύψωσης ιγμορείου. Οι Sohn και συν. έδειξαν ότι η επανατοποθέτηση του πλάγιου οστικού παραθύρου είναι εφικτή με τη χρήση της πιεζοχειρουργικής.
- Μπορεί να λειτουργεί με λιγότερη πίεση, βελτιώνοντας έτσι τη χειρουργική αίσθηση, την ασφάλεια, αλλά και την αποφυγή υπερθέρμανσης του χειρουργικού πεδίου.
- Η πιεζοχειρουργική ελαχιστοποιεί την διαταραχή της κυκλοφορίας του αίματος στο οστούν σε σχέση με την κλασική χειρουργική (Stoetzer et al, Esteves et al). Λόγω μειωμένης αιμορραγίας προσφέρει βελτιωμένη ορατότητα, και μικρότερο μεταχειρουργικό οίδημα και πόνο. Οι Mouraret και συν., καθώς και οι Miron και συν. βρήκαν μειωμένη καταστροφή των οστεοκυττάρων σε σχέση με την κλασική τεχνική, συμβάλλοντας έτσι σε ταχύτερη επούλωση.
- Η ποικιλία tips δίνει τεράστια ευελιξία σε μεγάλο αριθμό χειρουργικών τεχνικών, καθιστώντας την πιεζοχειρουργική το pass partout της GBR. Επιπλέον το σχήμα των tips δίνει τη δυνατότητα δημιουργίας του επιθυμητού σχήματος οστεοτομίας (Majewski και συν.)
- Δίνει δυνατότητα χειρουργικής προσέγγισης σε δύσκολες περιοχές, παρέχοντας ταυτόχρονα ασφάλεια για τα παρακείμενα δόντια.
- Λόγω μειωμένου θορύβου και γενικότερα τρόπου λειτουργίας δημιουργεί μικρότερο stress στον ασθενή.

Περιορισμοί της πιεζοχειρουργικής

- Πολύ βραδύτερη διαδικασία σε σχέση με την κλασική τεχνική και σχετικά technique sensitive.
- Η αύξηση της πίεσης και χρόνου εφαρμογής (προτιμότερο η αύξηση της ταχύτητας και η μη χρήση φθαρμένων tips) αυξάνουν την παραγόμενη θερμότητα.
- Υπάρχει δυσκολία εφαρμογής σε οστεοτομίες μεγάλου βάθους λόγω αδυναμίας αποτελεσματικής ψύξης και δόνησης του tip.
- Γρήγορη φθορά των (ακριβών) tips.

Η ημερίδα: Θεραπεία της ατροφικής γνάθου

Στο Royal Olympic, στις 25 Νοεμβρίου 2017, οι Medicodent-Πρέτσιος και Medical Compass διοργάνωσαν από κοινού ημερίδα για το φλέγον αυτό θέμα, αλλά με μια διαφορετική προσέγγιση, με την χρήση της πιεζοχειρουργικής. Ομιλητές ήταν οι Till Gerlach και Ugo Gambardella.

Ο **U. Gambardella** αναφέρθηκε στην προσθετική αποκατάσταση της ατροφικής γνάθου.

Σημαντική παράμετρος στην ατροφική γνάθο είναι η διατήρηση του μετεξακτικού φατνίου, καθώς μας δίνει τη δυνατότητα ελαχιστοποίησης της GBR.

Η βελτίωση των φυσικομηχανικών ιδιοτήτων των επιφανειών των εμφυτευμάτων καθιστά σε πολλές περιπτώσεις εφικτή την πλήρη αποφυγή της GBR με τη χρήση κοντών εμφυτευμάτων 5-8 mm. Σύμφωνα με μελέτες (Renouard, κ.α) τα κοντά εμφυτεύματα είναι μια τεκμηριωμένη εναλλακτική λύση στην ανύψωση ιγμορείου. Η εξέλιξη αυτή μάλιστα έχει βελτιώσει και τη μορφολογία των σπειρών, αλλά και τη διαβαθμισμένη αδρότητα επιφανειών, με πιο «λείο» αυχένα (μικρότερος κίνδυνος περιεμφυτευματίτιδας) και αυξημένη αδρότητα στις σπείρες. Η ενσωμάτωση ιόντων Ca (Bti) αυξάνει έτι περισσότερο την υδροφιλικότητα.

Για την ανύψωση έδειξε το ειδικό σετ της Bti flat head τρυπανιού που δεν τρυπά τη μεμβράνη, συνιστώντας χαμηλές στροφές (100-150 Rpm) χωρίς χρήση φυσιολογικού ορού για ευκολότερη συλλογή οστού.

Η ανύψωση της μεμβράνης συνδυάζεται με την συμπύκνωση ακρορριζικά PRGF. Σε περιπτώσεις διάτρησης της μεμβράνης συνιστάται η αρχική χρήση μεμβράνης κολλαγόνου πριν την τοποθέτηση PRGF ή άλλο οστικό υποκατάστατο. Το PRGF μειώνει τη φλεγμονή, βελτιώνει την αγγειογένεση και έχει βακτηριοστατικές ιδιότητες.

Ακολούθως έδειξε άλλο σετ τρυπανιών για εμφύτευση στη κάτω γνάθο, που δίνουν τη δυνατότητα τοποθέτησης σε επαφή με το κ. φατνιακό νεύρο.

Σε μειωμένη οριζόντια διάσταση της ακρολοφίας η διάσχιση με ή χωρίς κάθετες τομές δίνει δυνατότητες δημιουργίας εύρους ικανού για εμφυτεύματα (›6 mm) (Gluckman, Salama).

Σε τελευταίες μελέτες φαίνεται ότι η τεχνική socket shield, δηλαδή η διατήρηση παρειακά τμήματος της ρίζας του δοντιού, έχει κάποιες ενδείξεις και σε αυτές ελαχιστοποιεί την απορρόφηση του παρειακού πετάλου.

Ο **T. Gerlach** μίλησε για τις αυξητικές τεχνικές του οστού με την πιεζοχειρουργική. Αναφέρθηκε στη βιολογία του οστού και την επούλωση γύρω από το εμφύτευμα, κάνοντας λόγο για τρεις βασικές φάσεις: την αρχική με την αύξηση της σύνθεσης κολλαγόνου, αύξηση της αγγειογένεσης και προσκόλληση των οστεοβλαστών. Η δεύτερη φάση είναι η οστεοκαθοδηγητική με διασπορά των οστεοβλαστών στην εμφυτευματική επιφάνεια και την αρχική οργάνωση του οστού. Στην τρίτη φάση ακολουθεί η προσαρμοστική οργάνωση του οστού. Έτσι, από την αρχική σταθερότητα του εμφυτεύματος καταλήγουμε στη δευτερογενή σταθεροποίησή του με την επούλωση του οστού που ονομάζουμε οστεοενσωμάτωση.

Η πιεζοχειρουργική δίνει νέα διάσταση στην χειρουργική του οστού με τις εξαιρετικής ακρίβειας τομές και την ασφάλεια στην αποφυγή τραυματισμού μαλακών ιστών. Η επούλωση είναι ταχύτερη και ενδείκνυται σε λήψη blocks, ακρορριζεκτομές, διάσχιση ακρολοφίας, sinus lift, intra lift, χειρουργικές εξαγωγές, λήψη bone chips, orthodontic corticotomy.

Στην οριζόντια και κάθετη αύξηση η ακριβής λήψη του block με την πιεζοχειρουργική διευκολύνει τη διαδικασία. Το block σταθεροποιείται με βίδες, πληρούνται τα κενά με αυτογενές μόσχευμα και γίνεται κάλυψη με μεμβράνη. Στην τεχνική Khoury η πίεζο αντικαθιστά το microshaw, λαμβάνοντας πολύ λεπτού πάχους block με ακρίβεια και ασφάλεια για το κάτω φατνιακό από την έξω λοξή γραμμή (κλάδο). Ανάλογα στην περίπτωση η πίεζο είναι πιο χρηστική και λιγότερο technique sensitive από τις άλλες τεχνικές λήψης.

Στο armamentarium του οδοντιάτρου υπάρχει μεγάλη ποικιλία 300 και πλέον εταιρειών εμφυτευμάτων που προβάλλουν σαν συγκριτικό πλεονέκτημα κάποιο ή κάποια χαρακτηριστικά τους, όπως είναι η επιφάνειά τους, οι σπείρες, η κωνικότητα, η σύνδεσή τους με το abutment, το προφίλ τους. Στην πραγματικότητα, οι βάσεις της επιτυχίας στην εμφυτευματολογία πέρα από το marketing παραμένουν οι ίδιες, δηλαδή η επάρκεια του οστού, τα χαρακτηριστικά των μαλακών ιστών η σωστή θέση τοποθέτησής τους και η φάση της επούλωσης. Αυτή διακρίνεται στην αρχική φάση (1 μήνας) με παραγωγή και προσκόλληση μορίων στην επιφάνεια του εμφυτεύματος, αύξηση της σύνθεσης κολλαγόνου, διείσδυση αιμοφόρων αγγείων και προσκόλληση οστεοβλαστών στην επιφάνεια του εμφυτεύματος. Στη φάση της οστεοκαθοδήγησης (2-3 μήνες) έχουμε δημιουργία των οστεοβλαστών στην επιφάνεια του εμφυτεύματος και διοργάνωση του οστού. Στην τρίτη φάση ολοκληρώνεται η προσαρμογή του οστού. Όταν η επάρκεια του οστού δεν υπάρχει σε πλάγια διάσταση προβαίνουμε σε GBR με ή χωρίς ταυτόχρονη εμφύτευση, ανάλογα με το αν δύναται να επιτευχθεί αρχική σταθερότητα. Συνιστάται μετά την τοποθέτηση οστικού υποκατάστατου η κάλυψη με μεμβράνη, γιατί έτσι επιτυγχάνεται καλύτερο αποτέλεσμα (+5mm vs 3,5mm χωρίς) με πλεονέκτημα στην αύξηση στις μη απορροφούμενες, αλλά μεγαλύτερο ποσοστό αποκαλύψεων. Σκόπιμο είναι η GBR να υπερβαίνει 1-2 mm το επιθυμητό, λόγω της επικείμενης απορρόφησης. Σε οριζόντια ελλείμματα, άλλη λύση δίνεται με την πιεζοχειρουργική και ονομάζεται διάσχιση ακρολοφίας. Ενδείκνυται όταν το κάθετο ύψος είναι επαρκές.

Η πιεζοχειρουργική δίνει λύση και σε κάθετα ελλείμματα στην περιοχή του ιγμορείου. Σε ύψος >7 mm ενδείκνυται η κλειστή ανύψωση (ευκολότερη στην περίπτωση flat εδάφους), ενώ σε ύψος <6 mm ενδείκνυται η τεχνική του πλάγιου παραθύρου. Επιπλοκές στην ανοικτή είναι η διάτρηση της μεμβράνης του Schneider, η αιμορραγία της αρτηρίας του ιγμορείου, η παρουσία διαφραγμάτων. Γενικά, η ανοικτή είναι πιο προβλέψιμη από την κλειστή. Η εσωτερική σε συνδυασμό με κοντά εμφυτεύματα έχουν τη χειρότερη πρόγνωση.

Άλλη ένδειξη της πιεζοχειρουργικής είναι η λήψη block grafts π(σε οριζόντια ή κάθετα ελλείμματα), αλλά και λεπτών blocks, τα οποία χρησιμοποιούνται για την 3D GBR ή αλλιώς τεχνική κελιού (F. Khoury- Η τεχνική αυτή αν κι έχει πολλούς οπαδούς, θεωρείται ότι έχει προβλήματα). Απαραίτητη η καλή διαχείριση κρημνού (σύγκλειση του χειρουργικού πεδίου χωρίς τάσεις) και τέλεια σταθεροποίηση του block.

Το hands on που ακολούθησε έφερε τους συμμετέχοντες σε μεγαλύτερη επαφή με την πιεζοχειρουργική συσκευή που φαίνεται ότι γρήγορα και σταθερά δίνει νέες λύσεις στην GBR και εγκαθίσταται σαν απαραίτητη τεχνολογική προσθήκη στο σύγχρονο armamentarium του επαγγέλματός μας.

Βιβλιογραφία

1. Schropp L., Wenzel A., Kostopoulos L., Karring T. Bone healing and soft tissue contour changes following single-tooth extraction: a clinical and radiographic 12-month prospective study. International Journal of Periodontics and Restorative Dentistry. 2003;23(4):313–323.
2. Tallgren A. The continuing reduction of the residual alveolar ridges in complete denture wearers: a mixed-longitudinal study covering 25 years. Journal of Prosthetic Dentistry. 2003;89(5): 427–435.
3. Knezović-Zlatarić D., Čelebić A., Lazić B. Resorptive changes of maxillary and mandibular bone structures in removable denture weares. Acta Stomatologica Croatica. 2002;36(2)
4. Araújo M. G., Sukekava F., Wennström J. L., Lindhe J. Tissue modeling following implant placement in fresh extraction sockets. Clinical Oral Implants Research. 2006;17(6):615–624.
5. Sennerby L., Carlsson G. E., Bergman B., Warfvinge J. Mandibular bone resorption in patients treated with tissue-integrated prostheses and in complete-denture wearers. Acta Odontologica Scandinavica. 1988;46(3):135–140.
6. Reich K. M., Huber C. D., Lippnig W. R., Ulm C., Watzek G., Tangl S. Atrophy of the residual alveolar ridge following tooth loss in an historical population. Oral Diseases. 2011;17(1):33–44.
7. Pietrokovski J., Massler M. Alveolar ridge resorption following tooth extraction. The Journal of Prosthetic Dentistry. 1967;17(1):21–27.
8. Bidra A. S. Surgical and prosthodontic consequences of inadequate treatment planning for fixed implant-supported prosthesis in the edentulous mandible. Journal of Oral and Maxillofacial Surgery. 2010;68(10):2528–2536.
9. Dietrich U., Lippold R., Dirmeier T., Behneke N., Wagner W. Statistische Ergebnisse zur Implantatprognose am Beispiel von 2017 IMZ-Implantaten unterschiedlicher Indikation der letzten 13 Jahre. Zeitschrift für Zahnärztliche Implantologie. 1993;9:9–18.

Με προσεγμένη θεματολογία και καταξιωμένους ομιλητές το HAOMS 2018 «κλέβει» για μια ακόμη χρονιά τις εντυπώσεις...

Η Ελληνική Εταιρεία Στοματικής και Γναθοπροσωπικής Χειρουργικής (ΕΕΣΓΠΧ), πιστή στη δέσμευσή της για προσφορά επιστημονικής γνώσης υψηλού επιπέδου, χάρισε στους συνέδρους μια τριήμερη διοργάνωση διεθνών προδιαγραφών. Στο πλαίσιο του 29ου Πανελληνίου Συνεδρίου Στοματικής και Γναθοπροσωπικής Χειρουργικής που πραγματοποιήθηκε από τις 25 έως 27 Ιανουαρίου στο συνεδριακό κέντρο του Μεγάρου Μουσικής, οι συμμετέχοντες είχαν την δυνατότητα να ενημερωθούν για τις τελευταίες εξελίξεις της επιστήμης τους, παρακολουθώντας ομιλίες που έφεραν τη «σφραγίδα» κύρους διεθνώς αναγνωρισμένων και καταξιωμένων επιστημόνων όπως οι κ.κ. Thuau Henry, Fouad Khoury, Odel Nahlieli, Nils Claudius Gellrich, κ.α.

Το πλούσιο επιστημονικό πρόγραμμα του συνεδρίου το οποίο κάλυπτε μια ευρεία γκάμα θεμάτων, τα master classes και τα workshops που «έτρεχαν» παράλληλα με το κεντρικό πρόγραμμα, το πλήθος ελεύθερων ανακοινώσεων που έδωσε «βήμα» στην παρουσίαση του έργου νέων επιστημόνων, καθώς και η πλούσια εμπορική έκθεση που λειτούργησε στο περιθώριο του συνεδρίου αποτέλεσαν, ένα απόλυτα επιτυχημένο «forum» ανταλλαγής επιστημονικής γνώσης, με τους γόνιμους διαλόγους να συνεχίζονται συχνά και έξω από τις συνεδριακές αίθουσες.

Το Μέγαρο Μουσικής φιλοξένησε στις εγκαταστάσεις του το HAOMS 2018.

Η οδοντιατρική κοινότητα για άλλη μια χρονιά τίμησε το συνέδριο της ΕΕΣΓΠΧ, με πλήθος συνέδρων να δίνει δυναμικά το «παρών» καθ' όλη τη διάρκεια της τριήμερης διοργάνωσης, αποδεικνύοντας τη στήριξή της σε επιστημονικές διοργανώσεις που θέτουν τις γνωστικές ανάγκες του μαχόμενου κλινικού στο επίκεντρό τους.

Το «Ο.Β» συνάντησε τον Πρόεδρο της Οργανωτικής Επιτροπής του συνεδρίου, τον Στοματικό και Γναθοπροσωπικό Χειρουργό, κ. **Ιωάννη Μελακόπουλο**, ο οποίος μας μίλησε για την επιτυχία της φετινής διοργάνωσης, αλλά και τους λόγους που ο οδοντιατρικός κόσμος στηρίζει διαχρονικά τις επιστημονικές εκδηλώσεις της ΕΕΣΓΠΧ.

Από αριστερά διακρίνουμε τους κ.κ. Λ. Βασιλείου, Ι. Μελακόπουλο, Α. Πατρικίου, Α. Κατσίκη και Π. Χριστόπουλο.

Ο πρόεδρος της ΕΕΣΓΠΧ κ. Γ. Ράλλης με τον κ. Γ. Παπαναστασίου.

Οι κ.κ. Ι. Ιατρού, Ν. Παπαδογεωργάκης, Ν. Καλαβρέζος, Θ. Ράπης και Σ. Βασιλείου.

Οι κ.κ. Κ. Τσιχλάκης, Μ. Μεζίτης, Α. Σκλαβούνου, Γ. Λαγογιάννης και Φ. Μαδιανός.

Οι κ.κ. Α. Μυλωνάς, Φ. Τζέρμπος, Ι. Φακίτσας και Δ. Ζαμπάρας.

Κύριε Μελακόπουλε, επιχειρώντας μια αποτίμηση του 29ου Πανελληνίου Συνεδρίου Στοματικής και Γναθοπροσωπικής Χειρουργικής, σε ποια συμπεράσματα καταλήγετε; Το συνέδριο είχε την απήχηση και την επιτυχία που περιμένατε;

Θεωρώ πως ήταν ένα πολύ πετυχημένο συνέδριο. Και για να μιλήσουμε με νούμερα 487 σύνεδροι, 30 εταιρείες ως εκθέτες, 85 ελεύθερες ανακοινώσεις και poster, χωρίς να συμπεριλάβουμε τους ομιλητές του κατευθυνόμενου προγράμματος νομίζω πως από πλευράς συμμετοχής είμαστε απολύτως ευχαριστημένοι. Οι γνώμες και οι κριτικές των συναδέλφων που συμμετείχαν ήταν εξαιρετικές τόσο για το επιστημονικό πρόγραμμα όσο και για την οργάνωση και τον πολύ όμορφο χώρο διεξαγωγής του συνεδρίου.

Τί πιστεύετε ότι διακρίνει τις επιστημονικές διοργανώσεις της ΕΕΣΓΠΧ, οι οποίες διαχρονικά απολαύουν της αποδοχής της οδοντιατρικής κοινότητας;

Οι συνάδελφοι, αλλά και οι εμπορικές εταιρείες επιβραβεύουν με τη συμμετοχή τους τις επιλογές για το κατευθυνόμενο πρόγραμμα που γίνεται τα τελευταία χρόνια στα συνέδριά μας. Το υψηλού επιπέδου και επίκαιρο επιστημονικό πρόγραμμα πάντα γίνεται αποδεκτό με χαρά από την οδοντιατρική κοινότητα ακόμα και εάν η θεματολογία είναι ειδική, όπως πολλές φορές στα συνέδριά μας.

Ολοκλήρωση του 9ου Group Μετεκπαιδευτικού Προγράμματος Εμφυτευματολογίας

Με επιτυχία ολοκληρώθηκε στην Νέα Υόρκη ο 9ος κύκλος σπουδών του Μετεκπαιδευτικού Προγράμματος Εμφυτευματολογίας με κλινική συμμετοχή που διοργάνωσε το Ινστιτούτο Μέριμνα σε συνεργασία με το NYU College of Dentistry Linhart Continuing Dental Education Program. Το εκπαιδευτικό πρόγραμμα είχε διάρκεια 1 έτος (215 διδακτικές ώρες). Ξεκίνησε από τις εγκαταστάσεις του Ινστιτούτου Μέριμνα στην Ελλάδα με το προχειρουργικό και χειρουργικό μέρος που περιελάμβανε διαλέξεις, workshops, παρακολουθήσεις live χειρουργείων και την τοποθέτηση 5 εμφυτευμάτων από κάθε συμμετέχοντα σε ασθενείς, για να καταλήξει στο Πανεπιστήμιο της Νέας Υόρκης με προχωρημένη εμφυτευματολογία. Η εκπαίδευση πραγματοποιήθηκε από 38 καταξιωμένους εκπαιδευτές της διεθνούς κοινότητας στο τομέα της εμφυτευματολογίας όπως οι Dr. Dean C. VAFIADIS, Prof. Nikolaos DONOS, Prof. Georgios E. ROMANOS, Dr. John N. KALLIS, Dr. Nikos MARDAS, Dr. Konstantina DINA DEDI, Dr. Stephen WALLACE ... Το Ινστιτούτο Μέριμνα ευχαριστεί θερμά τους οδοντίατρους τόσο από την Ελλάδα όσο και από την Κύπρο που συμμετείχαν στο μετεκπαιδευτικό πρόγραμμα.

Συμμετέχοντες του 9ου Group, του προγράμματος εμφυτευματολογίας, κατά την αποφοίτησή τους στο πανεπιστήμιο της Νέας Υόρκης.

Το Ινστιτούτο Μέριμνα είναι το μοναδικό οδοντιατρικό εκπαιδευτικό κέντρο εγκεκριμένο και αδειοδοτημένο από τον ΕΟΠΠΕΠ ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΠΑΙΔΕΙΑΣ, ΕΡΕΥΝΑΣ ΚΑΙ ΘΡΗΣΚΕΥΜΑΤΩΝ Ε.Ο.Π.Π.Ε.Π. Αρ. Αδείας Κε.Δι.Βι.Μ.1 2101624

Δωρεάν Διαδραστικά Webinars για οδοντιάτρους

Το **Ινστιτούτο Μέριμνα** θέλοντας να προχωρήσει στην κάλυψη των αναγκών του σύχρονου οδοντιάτρου και στην online εκπαίδευση, δημιούργησε την ΔΩΡΕΑΝ ΓΙΑ ΟΛΟΥΣ πλατφόρμα διαδραστικών webinars. Σκοπός του **www.webinars.edu.gr** είναι να γίνει ένα ενδιαφέρον γνωστικό εργαλείο για τον σύγχρονο οδοντίατρο, πραγματοποιώντας νέα διαδραστικά live σεμινάρια, αναδεικνύοντας ταυτόχρονα, ενδιαφέροντα οδοντιατρικά βίντεο, εύκολα και γρήγορα προσβάσιμα από τον συνάδελφο.

Τα τελευταία δύο Live Webinars κέρδισαν το ενδιαφέρον οδοντιάτρων, τόσο από την Ελλάδα όσο και από το παγκόσμιο χώρο και είχαν σαν θέματα Live Surgery «Full mouth Placement of implants with Osseodensification technique» και Live Surgery Webinar «Full mouth implants, ALL-ON-4 Upper & Lower». Το Ινστιτούτο Μέριμνα ευχαριστεί την χειρουργική ομάδα και συγκεκριμένα τους Costa NICOLOPOULOS BDS, cum laude, FFD (SA) Specialist Oral & Maxillofacial Surgeon, Petros YUVANOGLU D.M.D. summa cum laude, Cert. Prosth. (TUFTS U.S.A.) Prosthodontist , Athanasios STRATOS DMD, Prosthodontist, Tuffts, Boston και Christos TSAMIS MDS, Oral surgery, Implantology. Ο νέος κύκλος των Δωρεάν Live Webinars έχει προγραμματιστεί να ξεκινήσει το Φεβρουάριο του 2018.

ΙΝΣΤΙΤΟΥΤΟ ΜΕΡΙΜΝΑ: Λ. Βουλιαγμένης 272Α, Αγ. Δημήτριος, Αθήνα, Τηλ. 2109734000, www.merimnaseminars.gr

Συγκροτήθηκε σε σώμα το νέο Δ.Σ. της Ελληνικής Παιδοδοντικής Εταιρείας

Το Σάββατο, 9 Δεκεμβρίου 2017, πραγματοποιήθηκε η Γενική Συνέλευση των μελών της Ελληνικής Παιδοδοντικής Εταιρείας, με κύρια θέματα τον διοικητικό και οικονομικό απολογισμό της τριετίας 2015-2017 και τις αρχαιρεσίες για ανάδειξη νέου Διοικητικού Συμβουλίου.

Στις 13 Ιανουαρίου 2018 συνήλθαν σε συνεδρίαση τα Μέλη του νέου Διοικητικού Συμβουλίου της Ελληνικής Παιδοδοντικής Εταιρείας, μετά από πρόσκληση της Προέδρου κ. Γκέκη. Η Πρόεδρος πρότεινε την παρακάτω σύνθεση για το νέο ΔΣ, η οποία έγινε ομόφωνα αποδεκτή από όλα τα μέλη του:

- Πρόεδρος: **Γκέκη Σοφία**
- Μέλλων Πρόεδρος: **Βαδιάκας Γιώργος**
- Απερχόμενος Πρόεδρος: **Λυγιδάκης Νικόλαος**
- Γεν. Γραμματέας: **Συρράκου Έφη**
- Ταμίας: **Τριανταφύλλου Τριαντάφυλλος**
- Μέλη: **Αγουρόπουλος Ανδρέας, Αποστολοπούλου Δάφνη, Γκουρτσογιάννη Σοφία, Λυρατζοπούλου Δώρα**
- Επιστημονικοί Υπεύθυνοι Περιοδικού «Παιδοδοντία»: **Γκιζάνη Σωτηρία, Βαδιάκας Γιώργος**
- Διαχειριστής Ιστοτόπου Ελληνικής Παιδοδοντικής Εταιρείας: **Λυρατζοπούλου Δώρα**
- Στην ομάδα του web συμμετάσχουν και οι: **Αποστολοπούλου Δάφνη, Γκουρτσογιάννη Σοφία**

ΙΝΣΤΙΤΟΥΤΟ ΜΕΡΙΜΝΑ

Μετεκπαιδευτικά Προγράμματα 2018

Μετεκπαιδευτικό Πρόγραμμα
Εμφυτευματολογίας
με κλινική συμμετοχή
16 ΗΜΕΡΕΣ ΕΛΛΑΔΑ - 10 ΗΜΕΡΕΣ ΝΕΑ ΥΟΡΚΗ
2018-2019
10th Group

σε συνεργασία με
NYU | DENTISTRY
Linhart Continuing Dental Education Program

Πλεονεκτήματα

- **215 διδακτικές ώρες**: διαλέξεις, ζωντανά χειρουργεία και πρακτική εξάσκηση.
- Πρακτική εξάσκηση στην **τοποθέτηση πέντε εμφυτευμάτων σε ασθενείς**
- **Πάνω από 35 ομιλητές** από την διεθνή κοινότητα
- **Αεροπορικά εισητήρια** μετ' επιστροφής Αθήνα-Νέα Υόρκη-Αθήνα.
- **13 διανυκτερεύσεις** σε δίκλινο δωμάτιο σε Ξενοδοχείο της Νέας Υόρκης.
- **15 Εμφυτεύματα** και η αντίστοιχη χειρουργική κασετίνα
- Τα 5 εμφυτεύματα, τα μοσχεύματα και όλα τα αναλώσιμα κατά την διάρκεια της πρακτικής εξάσκησης στην τοποθέτηση εμφυτευμάτων σε ασθενείς.
- **Πιστοποιητικό Ολοκλήρωσης** από το New York University-College of Dentistry Linhart Continuing Dental Education Program.

Έναρξη ΜΑΪΟΣ 2018

Περιο**Προσθετική**
Μετεκπαιδευτικό Πρόγραμμα Περιο-Προσθετικής
από απλά σε πολύπλοκα περιστατικά
5 ΕΝΟΤΗΤΕΣ - 15 ΗΜΕΡΕΣ

CPD CERTIFIED
The CPD Certification Service

Σκοπός του μετεκπαιδευτικού προγράμματος Περιο-Προσθετικής είναι η εκτεταμένη θεωρητική και πρακτική εκπαίδευση συναδέλφων, στην **αποκατάσταση περιοπροσθετικών περιστατικών**. Η εκπαίδευση θα είναι προσωποποιημένη ανάλογα με την εμπειρία κάθε συμμετέχοντα.

ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΕΣ

Γιώργος ΠΑΠΑΒΑΣΙΛΕΙΟΥ DDS, MSc, PhD, FICD
Επίκουρος Καθηγητής Προσθετικής, ΕΚΠΑ
Σπυρίδων ΣΙΛΒΕΣΤΡΟΣ DDS, PhD, FICD
Επίκουρος Καθηγητής Προσθετικής,ΕΚΠΑ
Φώφη ΚΑΜΠΟΣΙΩΡΑ DDS, MSc, PhD, FICD
Επίκουρη Καθηγήτρια Προσθετικής, ΕΚΠΑ

ΕΝΟΤΗΤΕΣ

#1 – ΑΠΡΙΛΙΟΣ 20-21-22, 2018
#2 – ΜΑΪΟΣ 18-19-20, 2018
#3 – ΙΟΥΝΙΟΣ 8-9-10, 2018
#4 – ΙΟΥΛΙΟΣ 6-7-8, 2018
#5 – ΣΕΠΤΕΜΒΡΙΟΣ 7-8-9, 2018

ΙΝΣΤΙΤΟΥΤΟ ΜΕΡΙΜΝΑ
ΚΕΝΤΡΟ ΔΙΑ ΒΙΟΥ ΜΑΘΗΣΗΣ 1
Λ.Βουλιαγμένης 272Α, Αγιος Δημήτριος, Αθήνα

Για περισσότερες πληροφορίες καλέστε μας 2109734000 ή επισκεφθείτε μας www.merimnaseminars.gr
Το Ινστιτούτο Μέριμνα είναι το μοναδικό οδοντιατρικό εκπαιδευτικό κέντρο εγκεκριμένο και αδειοδοτημένο από τον ΕΟΠΠΕΠ ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΠΑΙΔΕΙΑΣ, ΕΡΕΥΝΑΣ ΚΑΙ ΘΡΗΣΚΕΥΜΑΤΩΝ Ε.Ο.Π.Π.Ε.Π. Αρ. Αδείας Κε.Δι.Βι.Μ.1 2101624

Δυναμικό το «παρών» των οδοντιάτρων στην ημερίδα που συνδιοργάνωσαν Ο.Σ. Κορινθίας και Ελληνική Εταιρία Κλινικής Στοματολογίας

Με απόλυτη επιτυχία στέφθηκε η ημερίδα Στοματολογίας και Περιοδοντολογίας που συνδιοργάνωσαν την Κυριακή, 10 Δεκεμβρίου 2017, ο Οδοντιατρικός Σύλλογος Κορινθίας και η Ελληνική Εταιρία Κλινικής Στοματολογίας με θέμα «Διαγνωστικά & θεραπευτικά διλήμματα σε τοπικά και συστηματικά νοσήματα των ούλων». Η ημερίδα πραγματοποιήθηκε στο Κινηματογράφο «Φλοίσβο», στην Κόρινθο, αφήνοντας τις καλύτερες εντυπώσεις στους οδοντιάτρους που «αγκάλιασαν» με την συμμετοχή τους την επιστημονική εκδήλωση.

Στην εναρκτήρια ομιλία του, ο Πρόεδρος του ΟΣΚ κ. **Επαμεινώνδας Κατσούλας** ευχαρίστησε την Πρόεδρο της Ελληνικής Εταιρείας Κλινικής Στοματολογίας κα **Ελεάνα Στουφή** για την ανταπόκρισή της στην πρόσκληση για συνδιοργάνωση της ημερίδας, τον κ. **Λάσκαρη** για τη συμμετοχή του, τις κυρίες **Μαρίνα Δούκα-Αλεξίου** και

Στο φωτογραφικό στιγμιότυπο διακρίνονται από αριστερά οι κ.κ. Σ. Ζησόπουλος, Ε. Στουφή, Λ. Παπαγεωργίου, Ε. Γεωργακοπούλου, Μ. Δούκα-Αλεξίου, Α. Παράσχης και στο κέντρο του τραπεζιού οι καθηγητές κ. Ι. Ιατρού, Γ. Λάσκαρης και ο πρόεδρος του ΟΣΚ κ. Ε. Κατσούλας.

Ελένη Γεωργακοπούλου, στοματολόγους, όπως και τους κυρίους **Ανδρέα Παράσχη** και **Σωτήρη Ζησόπουλο**, περιοδοντολόγους, που ανέλαβαν

Ο κ. Κατσούλας τιμά τον κ. Λάσκαρη για την προφορά του στην Οδοντιατρική και Ιατρική Επιστήμη.

σημαντικές εισηγήσεις στο επιστημονικό πρόγραμμα της ημερίδας.

Αναφέρθηκε επίσης στην παρουσία του Ομότιμου Καθηγητή ΣΓΠΧ της Οδοντιατρικής Σχολής ΕΚΠΑ κ. **Ιωάννη Ιατρού** λέγοντας: *«Ο κ. Ιατρού έχει ήδη ανακηρυχθεί επίτιμο μέλος του Συλλόγου μας για τις πολυάριθμες και υψηλού επιπέδου εισηγήσεις του στις επιστημονικές εκδηλώσεις μας. Ευχαρίστως δέχθηκε να συμμετάσχει και στην σημερινή ημερίδα και να προσφωνήσει τον κ. Λάσκαρη αναφερόμενος στο επιστημονικό έργο του κατά την απονομή τιμητικών διακρίσεων. Τον ευχαριστώ για την συνπαράσταση και την υποστήριξη προς τον Σύλλογό μας για μια ακόμη φορά».*

Ο κ. Κατσούλας ολοκλήρωσε την ομιλία του, διευκρινίζοντας τους λόγους που οδήγησαν στην επιλογή της συγκεκριμένης θεματολογίας για την ημερίδα.

Ο ΟΣΚ τίμησε τον Καθηγητή Γ. Λάσκαρη

Ο κ. Κατσούλας στην αρχή της προσφώνησής του, αναφέρθηκε στην γνωριμία του με τον «Δάσκαλο», όπως τον αποκαλεί, μια γνωριμία που χρονολογείται από τα φοιτητικά του χρόνια που διατηρήθηκε και ενισχύθηκε για περισσότερο από 40 χρόνια … και συνέχισε …

«Ο Γ. Λάσκαρης ποτέ δεν αρνήθηκε να συμμετάσχει στις επιστημονικές εκδηλώσεις του Συλλόγου μας, σε Παμπελοποννησιακά Συνέδρια, σε σεμινάρια και σε πολλές ημερίδες που διοργάνωσε ο Σύλλογός μας, ήταν παρών. Η συνεργασία μας ήταν πάντοτε αρμονική με εύστοχες παρατηρήσεις και εποικοδομητικές προτάσεις από μέρους του, στην κατάρτιση των επιστημονικών προγραμμάτων. Είναι ο Πανεπιστημιακός δάσκαλος με τις περισσότερες συμμετοχές στις εκδηλώσεις μας, με εισηγήσεις υψηλού επιπέδου, από τις οποίες πάντοτε είχαμε να κερδίσουμε ουσιαστικές γνώσεις.

Το Διοικητικό Συμβούλιο του Οδοντιατρικού Συλλόγου Κορινθίας σαν ελάχιστη ανταπόδοση της τιμής που μας έκανε, όλα αυτά τα χρόνια, να συμμετέχει στις επιστημονικές μας εκδηλώσεις, αποφάσισε ομόφωνα να τον ανακηρύξει επίτιμο μέλος του. Ομόφωνα αποφάσισε επίσης να τον τιμήσει για την τεράστια προσφορά του στην οδοντιατρική και την Ιατρική Επιστήμη στη χώρα μας και παγκοσμίως με τιμητική πλακέτα», ανέφερε χαρακτηριστικά ο κ Κατσούλας.

Μεταξύ άλλων, ο κ. Κατσούλας αναφέρθηκε στη διεθνή αναγνώριση που ο κ. Λάσκαρης έχει κερδίσει με την αξία του, σημειώνοντας χαρακτηριστικά:

«Ο Γιώργος Λάσκαρης δεν είναι από αυτούς που διάβηκε «τη στράτα ακούραστος» - κι ο ίδιος άλλωστε για δύσκολα μονοπάτια μιλάει – αφού κάποια Οδοντιατρικά Πανεπιστημιακά κατεστημένα, προσπάθησαν να του κλείσουν τη στράτα της ακαδημαϊκής του εξέλιξης . Όμως αυτός με την αξία του και όχι με "ξένες πλάτες", κατάφερε να φτάσει "στου παλατιού τη θύρα τη χρυσή" και να είναι στο χώρο των Επιστημών Υγείας ο πλέον αναγνωρίσιμος Έλληνας Επιστήμονας ΔΙΕΘΝΩΣ».

Κλείνοντας την ομιλία του, ο Πρόεδρος του ΟΣΚ, αφιέρωσε στον κ. Λάσκαρη μερικούς στίχους του Γ. Δροσίνη:

«Δε θέλω του κισσού το πλάνο ψήλωμα
σε ξένα αναστηλώματα δεμένο
ας είμαι ένα καλάμι, ένα χαμόδεντρο
Μα όσο ανεβαίνω, μόνος ν' ανεβαίνω»

«Βέβαια ο Γιώργος Λάσκαρης δεν είναι ένα "χαμόδεντρο", αλλά ένας τεράστιος πλάτανος που στη σκιά του ξαποσταίνουν τόσοι και τόσοι οδοιπόροι της επιστήμης.

Δάσκαλε, είμαστε υπερήφανοι, όσοι υπήρξαμε μαθητές σου, αλλά και όσοι είχαμε την τύχη να σε γνωρίσουμε αργότερα ή να παρακολουθήσουμε έστω, κάποια διάλεξή σου. Είμαστε υπερήφανοι που βρίσκεσαι σήμερα εδώ μαζί μας», κατέληξε ο κ. Κατσούλας.

Ο ΟΣΚ, πιστός στις αρχές της δια βίου μάθησης, προσέφερε στους οδοντιάτρους μια ακόμη άρτια οργανωτικά και θεματικά επιστημονική εκδήλωση, η οποία δίκαια μπορεί να συμπεριληφθεί στον κατάλογο των επιτυχημένων εκδηλώσεων του Συλλόγου.

Ξεπέρασε κάθε προσδοκία η συμμετοχή στην ημερίδα που διοργάνωσαν ο Οδοντιατρικός Σύλλογος Μεσσηνίας και ο Οδοντιατρικός Σύλλογος Ηλείας

Ο Οδοντιατρικός Σύλλογος Μεσσηνίας με τον Οδοντιατρικό Σύλλογο Ηλείας διοργάνωσαν επιστημονική ημερίδα στην Κυπαρισσία την Κυριακή 21 Ιανουαρίου 2018 με θέμα «*Η αναισθησία στο οδοντιατρείο για μικρούς και μεγάλους ασθενείς*».

Ήταν μια πρωτότυπη ιδέα η συνεργασία δύο συλλόγων της Πελοποννήσου, της Μεσσηνίας και της Ηλείας, σε μία προσπάθεια αποκέντρωσης και ενίσχυσης και άλλων πόλεων και όχι μόνο των πρωτευουσών των νομών. Η προσέλευση των οδοντιάτρων ξεπέρασε κάθε προσδοκία και η ημερίδα πραγματοποιήθηκε με μεγάλη επιτυχία στην αίθουσα του Δημοτικού Συμβουλίου του Δημοτικού Καταστήματος Κυπαρισσίας. Η επιστημονική αυτή εκδήλωση είναι η απαρχή για την συνεργασία γειτονικών Οδοντιατρικών Συλλόγων με σκοπό την επιμόρφωση των μελών τους.

Ομιλητές της εκδήλωσης ήταν ο κ. **Νταμπαράκης Νικόλαος**, Αναπληρωτής Καθηγητής ΑΠΘ και ο κ. **Αραποστάθης Κωνσταντίνος**, Επίκουρος Καθηγητής ΑΠΘ.

Από αριστερά διακρίνονται: ο κ. Νταμπαράκης Νικόλαος, Αναπληρωτής Καθηγητής ΑΠΘ, ο κ. Αραποστάθης Κωνσταντίνος, Επίκουρος Καθηγητής ΑΠΘ, η κ. Θεοδωροπούλου Γεωργία, Πρόεδρος Οδοντιατρικού Συλλόγου Μεσσηνίας, ο κ. Γαλανόπουλος Αλέκος, Πρόεδρος του Οδοντιατρικού Συλλόγου Ηλείας και ο Δήμαρχος Τριφυλίας κ. Κατσίβελας Παναγιώτης.

Την έναρξη της ημερίδας κήρυξε ο Δήμαρχος Τριφυλίας κ. **Κατσίβελας Παναγιώτης** και στο τέλος απένειμε αναμνηστικά δώρα στους ομιλητές της ημερίδας καθώς και στους Προέδρους των Οδοντιατρικών Συλλόγων Μεσσηνίας και Ηλείας.

Ο Οδοντιατρικός Σύλλογος Μεσσηνίας εδώ και χρόνια προσπαθεί να προσφέρει στα μέλη του, αλλά και στους οδοντιάτρους όλης της Πελοποννήσου υψηλού επιπέδου επιστημονικές εκδηλώσεις και σε σχετικό Δελτίο Τύπου εξέφρασε τις θερμές του ευχαριστίες προς τον Δήμο Τριφυλίας και τον Δήμαρχο, κ. Κατσίβελα για την αρωγή τους στην διοργάνωση της ημερίδας αυτής:

«Ο Δήμος Τριφυλίας από την πρώτη στιγμή αγκάλιασε την ιδέα και την εκδήλωση αυτή, αποδεικνύοντας ότι η Περιφέρεια και θέλει και μπορεί να ανταποκριθεί επάξια στην διοργάνωση τέτοιων εκδηλώσεων. Η δε φιλοξενία που προσέφερε στους συμμετέχοντες της ημερίδας ήταν εξαιρετική, αφήνοντάς τους όλους πολύ ικανοποιημένους».

«Αξίζει να σημειωθεί ότι οι εκδηλώσεις αυτές, πέρα από τον επιμορφωτικό τους ρόλο, αποτελούν και μία πρώτης τάξης ευκαιρία για πολλούς οδοντιάτρους εκτός Μεσσηνίας να επισκεφθούν και να γνωρίσουν τον νομό μας και τις πόλεις του», καταλήγει η ανακοίνωση του Οδοντιατρικού Συλλόγου Μεσσηνίας.

Με επιτυχία διεξήχθη η ημερίδα των Οδοντιατρικών Συλλόγων Μεσσηνίας και Ηλείας.

18ο Παμπελοποννησιακό Οδοντιατρικό Συνέδριο

Ο Πύργος υποδέχεται το περιφερειακό συνέδριο-«θεσμό» στην συνεχιζόμενη εκπαίδευση των οδοντιάτρων

Το 18ο Παμπελοποννησιακό Οδοντιατρικό Συνέδριο, το Περιφερειακό Συνέδριο-«θεσμός» στην συνεχιζόμενη εκπαίδευση των οδοντιάτρων, μετρώντας ήδη δεκαεπτά επιτυχημένες διοργανώσεις, επιστρέφει στον Πύργο Ηλείας και υπόσχεται μια επιστημονική εκδήλωση υψηλών προδιαγραφών. Από τις 29 Ιουνίου έως και την 1η Ιουλίου 2018 οι πύλες του Συνεδριακού Κέντρου Περιφερειακής Ενότητας Ηλείας θα ανοίξουν για να υποδεχθούν οδοντιάτρους από την Πελοπόννησο, αλλά και ολόκληρη την Ελλάδα. Την διοργάνωση του φετινού συνεδρίου έχει αναλάβει ο Οδοντιατρικός Σύλλογος Ηλείας με συν-διοργανωτές, όπως είθισται, όλους τους Συλλόγους Πελοποννήσου και Αιτωλοακαρνανίας. Το επιστημονικό κομμάτι του συνεδρίου θα περιλαμβάνει πέραν του κατευθυνόμενου προγράμματος, πρακτικά σεμινάρια σε θέματα που απασχολούν τον σύγχρονο οδοντίατρο.

Παράλληλα, το Παμπελοποννησιακό Οδοντιατρικό Συνέδριο, στοχεύοντας στην ανάδειξη και την στήριξη του έργου των νέων επιστημόνων, έχει καθιερώσει εδώ και χρόνια συνεδρίες αφιερωμένες σε ελεύθερες ανακοινώσεις. Στις γραμμές που ακολουθούν, οι οδοντίατροι που επιθυμούν να παρουσιάσουν το έργο τους με τη μορφή ελεύθερης ανακοίνωσης στη φετινή 18η διοργάνωση του θεσμού, θα βρουν χρήσιμες οδηγίες για την συγγραφή των περιλήψεων των εργασιών τους. Υπενθυμίζεται ότι τα τελευταία χρόνια έχει καθιερωθεί εις μνήμη και προς τιμή του εκλιπόντος ιδρυτή του «ΟΒ», Ιωάννη Καρκατζούλη, βραβείο καλύτερης ελεύθερης ανακοίνωσης, που απονέμεται μετά από κρίση της αρμόδιας Επιτροπής στην εργασία που ξεχώρισε στο συνέδριο.

Σας περιμένουμε όλους στο 18ο Παμπελοποννησιακό Οδοντιατρικό Συνέδριο, στον Πύργο Ηλείας, γιατί η συμμετοχή σας είναι η καλύτερη επιβεβαίωση της επιστημονικής συνεισφοράς του συνεδρίου στην εκπαίδευση του οδοντιατρικού κόσμου.

ΠΡΟΣΚΛΗΣΗ ΓΙΑ ΣΥΜΜΕΤΟΧΗ ΜΕ ΕΛΕΥΘΕΡΗ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΗ

Οι ενδιαφερόμενοι θα πρέπει να υποβάλουν τις περιλήψεις (abstracts) των εργασιών τους **έως και τις 20/04/2018**. Ο χρόνος που θα διατεθεί για την παρουσίαση ελεύθερων ανακοινώσεων έχει οριστεί στα 10 λεπτά.

Οδηγίες

Οι περιλήψεις των ελεύθερων ανακοινώσεων υποβάλλονται σε μορφή κειμένου Word, γραμμένου σε γραμματοσειρά Times New Roman μεγέθους 12. Το κυρίως κείμενο της περίληψης δεν πρέπει να ξεπερνά τις 250 λέξεις.

Οι περιλήψεις έχουν την ακόλουθη μορφή:

1. Τίτλος (μέχρι 12 λέξεις, σε Bold)
2. Ονόματα συγγραφέων (αρχικό μικρού ονόματος και επώνυμο, σε περίπτωση περισσότερων του ενός συγγραφέων τα ονόματα χωρίζονται με «,»), με υπογραμμισμένο το όνομα του ομιλητή.
3. Ιδιότητα του ομιλητή (π.χ. προπτυχιακός/ μεταπτυχιακός φοιτητής, μέλος ΔΕΠ κ.λπ.)
4. Ίδρυμα ή εργαστήριο (από το οποίο προέρχεται η εργασία)
5. Χαρακτηρισμός Εργασίας
   - Ερευνητική, κλινική ή πειραματική
   - Ανασκόπηση σε θέματα ευρύτερου ενδιαφέροντος από τον χώρο των οδοντιατρικών επιστημών
   - Ενδιαφέρουσα περίπτωση
   - Νέες διαγνωστικές ή θεραπευτικές τεχνικές
6. Περίληψη

   Για τις ερευνητικές εργασίες:
   - Σκοπός
   - Υλικό και Μέθοδος
   - Αποτελέσματα
   - Συμπεράσματα

   Για τις ανασκοπήσεις:
   - Εισαγωγή
   - Σκοπός
   - Συμπεράσματα

   Για τις ενδιαφέρουσες περιπτώσεις και τις νέες διαγνωστικές ή θεραπευτικές τεχνικές:
   - Σκοπός
   - Περιγραφή Περίπτωσης/Τεχνικής
   - Συμπεράσματα

Πρόεδρος Οργανωτικής Επιτροπής
Γαλανόπουλος Αλέκος
Πρόεδρος Οδοντιατρικού Συλλόγου Ηλείας

Υπεύθυνοι Επιστημονικού Προγράμματος
Κούρτης Στέφανος, Αναπλ. Καθηγητής ΕΚΠΑ
Ρούσσου Ίλεια, Επίκ. Καθηγήτρια ΕΚΠΑ
Συκαράς Νικήτας, Επίκ. Καθηγητής ΕΚΠΑ

Δικαίωμα συμμετοχής

Με προεγγραφή (έως 20/6/2018)

Οδοντίατροι	70 €
Φοιτητές-Μεταπτυχιακοί	40 €

Εγγραφή κατά τη διάρκεια του Συνεδρίου

Οδοντίατροι	90 €
Φοιτητές-Μεταπτυχιακοί	50 €

Οργάνωση:
Οδοντιατρικό Βήμα Μ.Ε.Π.Ε.

Για περισσότερες πληροφορίες επικοινωνήστε: **Τηλ. 210 3814 939, e-mail: odvima@otenet.gr**

ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΕΤΑΙΡΙΑ ΚΛΙΝΙΚΗΣ ΣΤΟΜΑΤΟΛΟΓΙΑΣ
2018
ΗΜΕΡΙΔΑ ΣΤΟΜΑΤΟΛΟΓΙΑΣ
ΜΕ ΔΙΕΘΝΗ ΣΥΜΜΕΤΟΧΗ
ΕΠΙΠΕΓΜΕΝΑ ΣΤΟΜΑΤΟΛΟΓΙΚΑ ΘΕΜΑΤΑ
ΤΙ ΝΕΟΤΕΡΟ
ΑΘΗΝΑ
Σάββατο 19 Μαΐου 2018 | Ξενοδοχείο
Ώρα 09:45 π.μ. - 15:00 μ.μ. | Divani-Caravel
Η ΣΥΜΜΕΤΟΧΗ ΕΙΝΑΙ ΔΩΡΕΑΝ

ΕΠΙΠΕΓΜΕΝΑ ΣΤΟΜΑΤΟΛΟΓΙΚΑ ΘΕΜΑΤΑ
ΤΙ ΝΕΟΤΕΡΟ

ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ
Σάββατο, 19 Μαΐου 2018 | 09:45-15:00

09:45 - 10:00 Προσφωνήσεις
Λάσκαρης Γ.: Πρόεδρος Ελλην. Εταιρίας Κλινικής Στοματολογίας Συντονιστής Επιστημονικού Προγράμματος
Κίττας Χ. : Καθ. Ιατρικής, τέως Πρύτανης Παν. Αθηνών

10:00 - 12:30 ΜΕΡΟΣ Ι
ΠΡΟΕΔΡΟΙ : Αντωνίου Χ. – Νικητάκης Ν.
ΟΜΙΛΗΤΕΣ
- Porter S. : Το Στόμα ως στόχος Συστηματικών Παθήσεων
- Γιαμαρέλλου Ε. : Προβλήματα από την αντοχή μικροβίων στα αντιβιοτικά στην Ελλάδα
- Σωτηριάδης Δ.: Ειδικές χειλίτιδες: Διάγνωση-Θεραπεία
- Λάσκαρης Γ. : Δυνητικά κακοήθεις βλάβες στόματος: (Λευκοπλακία-Ερυθροπλακία): Κλινική και εργαστηριακή προσέγγιση και επιλογή θεραπείας
- Μαλάμος Δ. : Διαγνωστικό δίλημμα: Έλκος στη ράχη της γλώσσας

Συζήτηση

12:30 - 13:00 Διάλειμμα

13:00 - 15:00 ΜΕΡΟΣ ΙΙ
ΠΡΟΕΔΡΟΙ : Πουλόπουλος Α. – Λούμου Π.
ΟΜΙΛΗΤΕΣ
- Γεωργακοπούλου Ε.: Ο ρόλος της χρόνιας φλεγμονής στην καρκινογένεση του στόματος
- Carrozzo M. : Εκδηλώσεις στο στόμα σε λοίμωξη με τον ιό της Ηπατίτιδας C
- Παπαδογεωργάκης Ν.: Κακοήθεις όγκοι μικρών σιαλογόνων αδένων στόματος. Διάγνωση-Θεραπεία
- Στουφή Ε. : Ο ρόλος των ιών HPV στην παθογένια νόσων του στόματος. Αλήθειες και υπερβολές
- Δούκα Μ. : Θεραπευτικό δίλημμα: Υπαισθησία κάτω χείλους μετά από εξαγωγή 3ου κάτω Γομφίου

Συζήτηση

Θα υπάρχει ταυτόχρονη μετάφραση των ξένων ομιλητών, από τα Αγγλικά στα Ελληνικά
ΘΑ ΧΟΡΗΓΗΘΕΙ ΠΙΣΤΟΠΟΙΗΤΙΚΟ ΠΑΡΑΚΟΛΟΥΘΗΣΗΣ

ΟΜΙΛΗΤΕΣ
PORTER STEPHEN
Καθηγητής Στοματολογίας Παν. Λονδίνου
CARROZZO MARCO
Καθηγητής Στοματολογίας Παν. New Castle
ΓΙΑΜΑΡΕΛΛΟΥ ΕΛΕΝΗ
Καθηγήτρια Παθολογίας Παν. Αθηνών
ΣΩΤΗΡΙΑΔΗΣ ΔΗΜΗΤΡΙΟΣ
Καθηγητής Δερματολογίας Παν. Θεσ/νίκης
ΛΑΣΚΑΡΗΣ ΓΙΩΡΓΟΣ
Αν. Καθηγητής Στοματολογίας Παν. Αθηνών
ΠΑΠΑΔΟΓΕΩΡΓΑΚΗΣ ΝΙΚΟΣ.
Καθηγητής Γναθοχειρουργικής Παν. Αθηνών
ΓΕΩΡΓΑΚΟΠΟΥΛΟΥ ΕΛΕΝΗ
Στοματολόγος
ΣΤΟΥΦΗ ΕΛΕΑΝΑ
Στοματολόγος
ΜΑΛΑΜΟΣ ΔΗΜΗΤΡΙΟΣ
Στοματολόγος
ΔΟΥΚΑ-ΑΛΕΞΙΟΥ ΜΑΡΙΝΑ
Στοματολόγος

ΠΡΟΕΔΡΟΙ
ΑΝΤΩΝΙΟΥ ΧΡΙΣΤΙΝΑ
Καθηγήτρια Δερματολογίας Παν. Αθηνών
ΝΙΚΗΤΑΚΗΣ ΝΙΚΟΣ
Αν. Καθηγητής Στοματολογίας Παν. Αθηνών
ΠΟΥΛΟΠΟΥΛΟΣ ΑΘΑΝΑΣΙΟΣ
Αν. Καθηγητής Στοματολογίας Παν. Θεσ/κης
ΛΟΥΜΟΥ-ΠΑΝΑΓΙΩΤΟΠΟΥΛΟΥ ΠΑΝΑΓΙΩΤΑ
Στοματολόγος

Νέος Οδοντιατρικός Κατάλογος 2018 της εταιρείας Μ. Βιτσαρόπουλος Α.Ε.

Για να σας αποσταλεί αντίτυπο του καταλόγου 2018 της εταιρείας Μ. Βιτσαρόπουλος Α.Ε., επικοινωνήστε με το **τηλ.: 210 65 41 340** ή στείλτε email στο: **info@vitsaropoulos.gr** και θα σας αποσταλεί άμεσα.

Το 55ο Ετήσιο Συνέδριο της ΣΕΕ «ανοίγει τις πύλες του» από τις 6-8 Σεπτεμβρίου 2018

Το 55ο Ετήσιο Συνέδριο της Στοματολογικής Εταιρείας της Ελλάδας θα διεξαχθεί φέτος από τις 6 έως και 8 Σεπτεμβρίου 2018 σε συνεργασία με τον Οδοντιατρικό Σύλλογο Αργολίδας στην όμορφη και πλούσια σε ιστορία αργολική γη. Το κατευθυνόμενο πρόγραμμα αποφασίστηκε, κατόπιν πρότασης των μελών του ΟΣ Αργολίδος, να επικεντρωθεί σε θέματα κλινικού προσανατολισμού, τα οποία θα βοηθή-

σουν τους οδοντιάτρους στη βελτίωση των παρεχομένων υπηρεσιών στους ασθενείς και θα λύσουν προβλήματα και απορίες της καθημερινότητάς τους. Στο πλαίσιο του κυρίως θέματος του συνεδρίου **«Ποιες ψηφιακές εφαρμογές και τεχνολογίες άλλαξαν την κλινική άσκηση της Οδοντιατρικής»**, οι εισηγητές θα παρουσιάσουν λύσεις που μπορούν εύκολα να υλοποιηθούν στο ιατρείο. Τέλος, το Ετήσιο Συνέδριο της ΣΕΕ για μια ακόμη χρονιά θα δώσει «βήμα» στους νέους επιστήμονες να παρουσιάσουν το έργο τους μέσα από ειδική συνεδρία ελεύθερων ανακοινώσεων και posters.

Κατευθυνόμενο μέρος

ΚΥΡΙΟ ΘΕΜΑ

• Ποιες ψηφιακές εφαρμογές και τεχνολογίες άλλαξαν την κλινική άσκηση της Οδοντιατρικής.
Εισηγητές: *Γκρίτζαλης Π., Ραβάνης Π., Σπανοπούλου Μ.*

KEYNOTE LECTURE

• Η επίπτωση της άσκησης της Οδοντιατρικής στη σπονδυλική στήλη.
Εισηγητής: *Βουγιούκας Β.*
• Η αναγκαιότητα της διατήρησης της υγείας του περιοδοντίου στον καρδιολογικό ασθενή.
Εισηγητής: *Μαδιανός Φ.*

ΚΛΙΝΙΚΑ ΘΕΜΑΤΑ

• Στην Αισθητική Οδοντιατρική
Εισηγήτριες: *Παξιμαδά Χ., Καφετζή Δ., Ζαππή Α., Μολδοβάνη Δ.*
• Στην Περιοδοντολογία
Εισηγητές: *Ζησόπουλος Σ., Παράσχης Α.*
• Στη Στοματολογία
Εισηγητές: *Πιπέρη Ε., Θερμός Γ., Θεοφίλου Β.*
• Στη Χειρουργική του Στόματος
Εισηγητές: *Χριστόπουλος Π., Καλφαρέντζος Ε., Χούπης Κ.*

ΕΙΣΗΓΗΣΕΙΣ

• Είναι η οστεοενσωμάτωση των εμφυτευμάτων δεδομένη; Προσθετολογική θεώρηση και διαχείριση.
Εισηγητής: *Γκρους Α.*
• Συμπεράσματα από την εμπειρία 30 ετών στην Εμφυτευματολογία.
Εισηγητής: *Ζαμπάρας Δ.*
• Η Στοματολογία στο facebook.
Εισηγήτρια: *Καλογήρου Ε.*
• Η ενσωμάτωση των ψηφιακών τεχνικών στην εμφυτευματική αποκατάσταση.
Εισηγητής: *Παπάζογλου Σ.*
• Επιλογή περιπτώσεων για ενδοδοντική θεραπεία: ένας σημαντικός παράγοντας επιτυχίας/αποτυχίας.
Εισηγητής: *Συκαράς Χ.*

MASTER CLASS

Κρανιογναθικές διαταραχές.
Εισηγητής: *Λομβαρδάς Π.*

ΠΡΑΚΤΙΚΟ ΣΕΜΙΝΑΡΙΟ

Προσθετική επί εμφυτευμάτων.
Εισηγητής: *Ραβάνης Π.*

ΥΠΟΒΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΩΝ ΕΡΓΑΣΙΩΝ

Δήλωση συμμετοχής στο επιστημονικό πρόγραμμα με ελεύθερη ανακοίνωση ή poster γίνεται με την υποβολή περιλήψεων πρωτότυπων εργασιών οι οποίες δεν έχουν παρουσιαστεί σε άλλο Συνέδριο. Οι περιλήψεις πρέπει να υποβληθούν στη Γραμματεία της ΣΕΕ το αργότερο μέχρι τις **22 Απριλίου 2018**.

Δικαίωμα συμμετοχής

• Οδοντίατροι, Ιατροί: 80 ευρώ
• Μέλη ΣΕΕ: 50 ευρώ
• Οδοντίατροι, Ιατροί (προεγγραφές): 60 ευρώ
• Φοιτητές (προπτυχιακοί): Δωρεάν
• Νοσηλευτικό προσωπικό – Βοηθοί οδοντιάτρων: 30 ευρώ

Περισσότερες πληροφορίες
Στοματολογική Εταιρεία Ελλάδος,
τηλ. 210-9214325
email: stomsoc@otenet.gr
www.stomatologia.gr

Κάντε κλικ στην ηλεκτρονική μας διεύθυνση
www.odvima.gr

Enjoy Easy Endo
VDW® ENDODONTIC SYNERGY

K-Files STERILE
Αποστειρωμένες ρίνες Κ για προπαρασκευή και λείανση του ριζικού σωλήνα με το χέρι.
• Ανοξείδωτες στα 21, 25 και 31mm
• Εξαιρετικής αντοχής και κοπτικής ικανότητας
• Με ανατομική λαβή χειρός για αποφυγή ερεθισμού στο χέρι

C-Pilot Files STERILE
Η έξυπνη ρίνη για ανατομικά δύσκολους και ενασβεστιωμένους ριζικούς σωλήνες.
• Χρησιμοποιείται για τη διευκόλυνση διεύρυνσης του ριζικού σωλήνα
• Έχει μεγάλη αντοχή σε κάμψη
• Διατίθεται σε καρτέλα των 6 τεμαχίων, αποστειρωμένα

Gates Enlargers STERILE
Αποστειρωμένες φρέζες – τρυπάνια για την αρχική διάνοιξη του ριζικού σωλήνα.
• Ανοξείδωτες στα 19mm
• Διατίθεται σε καρτέλα blister 6 τεμαχίων μεμονωμένα ή assorted

2Seal
Φύραμα έμφραξης ριζικού σωλήνα βασισμένο στην επόξυ-αμιδική ρητίνη.
• Εξαιρετικής βιοσυμβατότητας και πολύ χαμηλής συρρίκνωσης
• Ακτινοσκιερό και εύκολο στη χρήση
• Διατίθεται και σε μορφή πάστα-πάστα

dental 2018
18-20 ΜΑΪΟΥ 2018
Μεσογειακό Εκθεσιακό Κέντρο | M.E.C. Παιανίας | Λεωφ. Λουρίου 301 Τ.Κ. 190 02 Παιανία Αττικής
ΠΕΡΙΠΤΕΡΟ Α9

BeeFill® 2 in 1
Ενούρματη συσκευή θερμοπλαστικής γουταπέρκας για κάθετη συμπύκνωση και έμφραξη ριζικών σωλήνων
• Εύκολος και άνετος χειρισμός λόγω της λεπτής χειρολαβής και του μακρινού ρύγχους της φύσιγγας της γουταπέρκας
• Οπτικός και ακουστικός έλεγχος ασφαλής λειτουργίας
• Ακριβής, και ορατός έλεγχος της ροής της γουταπέρκας
• Διατίθενται και με Obturation kit που περιλαμβάνει παρελκόμενα εργαλεία, αμπούλες γουταπέρκας, φύραμα κ.α.
• **12 μήνες εγγύηση**

mtwo® NiTi system

Raypex® 6
Νέας γενιάς, touch screen εντοπιστής ακροριζίου με δυνατότητα έγχρωμης απεικόνισης της ρίνης σε όλο το μήκος του ριζικού σωλήνα και λειτουργίας σε στεγνό και υγρό περιβάλλον.
Εύκολος και φιλικός στη χρήση με μεγάλη διάρκεια αυτονομίας.

VDW Silver Reciproc®
Μοτέρ με περιστροφική και παλινδρομική κίνηση (reciproc) χωρίς ενσωματωμένο εντοπιστή ακρορριζίου

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

Επικοινωνήστε μαζί μας,
για μια φιλική και εξαιρετικά οικονομική λύση
σ' οποιοδήποτε πρόβλημα

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

Νέος Οδοντιατρικός Κατάλογος 2018 της εταιρείας Μ. Βιτσαρόπουλος Α.Ε.

Μόλις κυκλοφόρησε ο ετήσιος κατάλογος της εταιρείας Μ. Βιτσαρόπουλος Α.Ε για το 2018. Ο κατάλογος 2018 έχει διαιρεθεί σε 13 θεματικές ενότητες της οδοντιατρικής κλινικής πράξης στις οποίες έχουν ενταχθεί τα σχετικά με την κάθε ενότητα προϊόντα της εταιρείας. Οι ενότητες έχουν χρωματική κωδικοποίηση για την εύκολη αναζήτησή τους. Σε κάθε ενότητα, θα βρείτε με τη σήμανση **ΝΕΟ** όλα τα νέα προϊόντα της εταιρείας.

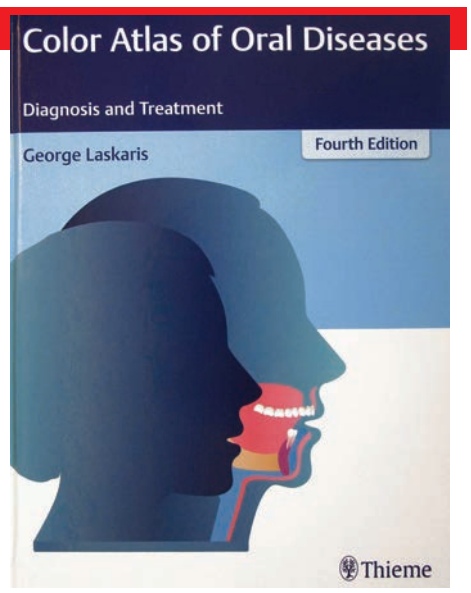
Στα αναλυτικά περιεχόμενα του καταλόγου μπορείτε επίσης να αναζητήσετε απευθείας την κατηγορία προϊόντος που επιθυμείτε. Ο σχεδιασμός του καταλόγου διευκολύνει τον οδοντίατρο στην ανεύρεση των προϊόντων που τον ενδιαφέρουν και του επιτρέπει να δει στην ίδια κατηγορία, προϊόντα από διάφορους οίκους και να ενημερωθεί συνοπτικά για τις ιδιότητες και ενδείξεις των προϊόντων καθώς και τις τρέχουσες προσφορές.

Για να σας αποσταλεί αντίτυπο του καταλόγου 2018 της εταιρείας Μ. Βιτσαρόπουλος Α.Ε., επικοινωνήστε με το τηλ.: 210 65 41 340 ή στείλτε email στο: info@vitsaropoulos.gr και θα σας αποσταλεί άμεσα.

Βιβλιοκριτική

Color Atlas of Oral Diseases: Diagnosis and Treatment

by George Laskaris



Διαβάζοντας τον τίτλο της νέας συγγραφικής δημιουργίας του Γιώργου Λάσκαρη "Color Atlas of Oral Diseases: Diagnosis and Treatment" (4th edition), αναρωτήθηκα για το τι μας επιφυλάσσει πάλι ο πολυγραφότατος και πολυμεταφρασμένος ΔΑΣΚΑΛΟΣ της Στοματολογίας. Μελετώντας τον Άτλαντα, ή μάλλον καλύτερα το σύγγραμμα, μπορώ από την αρχή να δηλώσω ότι ο Καθηγητής Γιώργος Λάσκαρης ξεπέρασε και τον ίδιο του τον εαυτό. Στη διάθεση των απανταχού στον κόσμο Στοματολόγων, αλλά και των Οδοντιάτρων και Ιατρών όλων των ειδικοτήτων, βρίσκεται ένα εντυπωσιακό πόνημα στην Αγγλική γλώσσα, στο οποίο αντικατοπτρίζεται η βαθιά γνώση του συγγραφέα στο πεδίο της Στοματολογίας και όχι μόνο, αλλά και το πάθος του να μεταδώσει όσο πιο απλά γίνεται, ό,τι εκείνος με απόλυτη αφοσίωση, πολύ κόπο, και πειθαρχία κατέκτησε, σε όσο το δυνατόν περισσότερους συναδέλφους του. Αλλά δεν είναι μόνον αυτοί που ευεργετούνται, κυρίως ωφεληνμένοι είναι οι πάσχοντες από ασθένειες του στόματος, ανά την οικουμένη, οι οποίοι θα καρπωθούν τα αποτελέσματα της μετάδοσης αυτής της συσσωρευμένης γνώσης.

Το βιβλίο των 709 σελίδων, τα 43 κεφάλαια, 1 μεγάλο παράρτημα, και πάνω από 500 κλινικές οντότητες που εκδηλώνονται στο στόμα και οι οποίες παρατίθενται με εκπληκτικό και ευκολοδιάβαστο τρόπο, ως κείμενο, με τις απαραίτητες πληροφορίες που περιλαμβάνονται στα υποκεφάλαια με: βασικά χαρακτηριστικά/keywords, εισαγωγή, κλινικά χαρακτηριστικά, διαφορική διάγνωση, ιστοπαθολογία και άλλες εργαστηριακές εξετάσεις, και τέλος θεραπεία, καλύπτει πλήρως τις ανάγκες των Στοματολόγων, Οδοντιάτρων, Δερματολόγων, Ωτορινολαρυγγολόγων, Παθολόγων και άλλων ιατρικών ειδικοτήτων. Το κείμενο συνοδεύεται από 1003 εκπληκτικές έγχρωμες φωτογραφίες που πάρθηκαν με την ιστορική Nikon Medical Camera από τον δεύτερο εαυτό του συγγραφέα, αυτού του προικισμένου φωτογράφου. Είναι εξαιρετικά δύσκολο να μετατρέψεις ένα επιστημονικό σύγγραμμα σε ένα ευκολοδιάβαστο βιβλίο και ο συγγραφέας του έργου το κατάφερε και πάλι. Και πρωτοτυπώντας στο «στήσιμο» του βιβλίου, τα βασικά χαρακτηριστικά και η διαφορική διάγνωση κάθε νόσου παρατίθενται σε ειδικώς σημασμένες παραγράφους-κλειδιά, ενώ στο τέλος του βιβλίου υπάρχει ένα εκπληκτικής έμπνευσης παράρτημα με πίνακες διαφορικής διάγνωσης των νόσων του στόματος ταξινομημένων με βάση τη μορφολογία και το χρώμα των αλλοιώσεων που αυτές προκαλούν. Ως παθολογοανατόμος, δεν μπορώ παρά να εκφράσω την απόλυτη ικανοποίησή μου, αλλά και να ευχαριστήσω τον Γ. Λάσκαρη που συμπεριέλαβε ένα ολοκληρωμένο κεφάλαιο με τις ενδείξεις και αντενδείξεις λήψεως μιας βιοψίας, αλλά και τις οδηγίες για σωστή διενέργεια της πράξης, την επιλογή της κατάλληλης θέσης για τη μικροεπέμβαση, οδηγίες τόσο κρίσιμες για την κατάλληλη στη συνέχεια, από εμάς τους παθολογοανατόμους, επεξεργασία του υλικού, αλλά και για την ορθή ιστοπαθολογική διάγνωση, καθώς και τη σωστή αξιολόγηση της ιστολογικής έκθεσης από τον κλινικό ιατρό.

Κλείνοντας την κριτική μου θα ήταν παράλειψη να μην αναφέρω ότι σε αυτό το βιβλίο έχουν συμπεριληφθεί όλες οι νέες κλινικές οντότητες και γενικώς ό,τι πιο σύγχρονο υπάρχει στο πεδίο της Στοματολογίας διεθνώς.

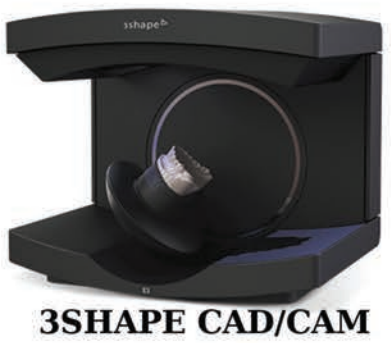
Συμπερασματικά, ο αναγνώστης που μελετά αυτό το ξεχωριστό βιβλίο, ενός ιδιαίτερα προικισμένου συγγραφέα, επιστήμονα και ανθρώπου, που βρίσκεται στις βιβλιοθήκες, ως βιβλίο αναφοράς, των μεγαλύτερων Πανεπιστημίων του κόσμου, για πάνω από 30 συνεχή χρόνια, είμαι βέβαιος πως θα συμφωνήσει μαζί μου ότι πρόκειται γα ένα μοναδικό έργο προσφοράς, που βάζει, αξιοκρατικά, τον συγγραφέα στην πρώτη σειρά στον παγκόσμιο χάρτη της Στοματολογίας και ταυτόχρονα προβάλλει τη χώρα μας.

Χρήστος Ν. Κίττας
Καθηγητής Ιατρικής Παν. Αθηνών
πρώην Πρύτανης του Εθνικού &
Καποδιστριακού Πανεπιστημίου Αθηνών

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

3SHAPE CAD/CAM νέας γενιάς!

Το μέλλον στην ψηφιακή τεχνολογία είναι εδώ.
Συμβατό με ενδοστοματικό scanner.
Ακρίβεια μέχρι 5 micron.
Δίνει τη δυνατότητα εντυπωσιακών αποκαταστάσεων ζιρκονίας & μεταλλοπορσελάνης.


3SHAPE CAD/CAM

Κοπτικό VHF K5 πέντε αξόνων υψηλής ακρίβειας.

CNC VHF K5

Φυσικές αποκαταστάσεις με την εγγύηση τής
KATANA™ ZIRCONIA
Ultra Translucent Multi Layered κυβική ζιρκονία 4 στρωμάτων
Η μεγαλύτερη φωτοδιαπερατότητα σε Zirconia, ίδια με τα ολοκεραμικά (e.max Press LT)
Για αποκαταστάσεις που χρειάζονται υψηλή φωτοδιαπερατότητα και αισθητική σε όλα τα χρώματα τού χρωματολόγιου Vita.

30% μεγαλύτερη αντοχή από τα ολοκεραμικά

Ελεγχόμενη συρρίκνωση: Μειωμένος αριθμός χρωστικών, μοναδική τεχνολογία χρώσης.
Ομαλή διαβάθμιση από το ένα στρώμα στο άλλο: Χάρη στην ειδική διαδικασία κατασκευής.

Super Translucent Multi Layered κυβική ζιρκονία 4 στρωμάτων
Διαβάθμιση χρωματική και φωτοδιαπερατή σε όλα τα χρώματα τού χρωματολόγιου Vita.

Αφιερωμένη στα Εμφυτεύματα η νέα ημερίδα του Ο.Σ. Κορινθίας

Κόρινθος (Σικυώνα) 21 Απριλίου 2018

Ο Οδοντιατρικός Σύλλογος Κορινθίας διοργανώνει το Σάββατο, 21 Απριλίου 2018, ημερίδα με τίτλο «Οδοντικά εμφυτεύματα από το Α στο Ω».

Η αυγή του 21ου αιώνα βρήκε την Οδοντιατρική επιστήμη ενισχυμένη με την μεγάλη επιτυχία και παγκόσμια αποδοχή των οδοντικών εμφυτευμάτων. Σύμφωνα με τελευταίους υπολογισμούς τοποθετούνται παγκοσμίως 20.000.000 εμφυτεύματα κατ' έτος. Το μερίδιο που αναλογεί στη χώρα μας υπολογίζεται σε 40.000. Ακόμη αναφέρεται ότι η αύξηση της χρησιμοποίησής τους πραγματοποιείται με ρυθμό 5% τον χρόνο, ενώ ο ρυθμός αυτός προβλέπεται να διατηρηθεί τουλάχιστον μέχρι το 2020. Οι αριθμοί αυτοί είναι όντως εντυπωσιακοί, ενώ η προστιθέμενη γνώση και η εμπειρία αυξάνονται και δεν αφήνουν κανένα Οδοντίατρο αδιάφορο.

Ο Οδοντιατρικός Σύλλογος Κορινθίας παρακολουθώντας τις εξελίξεις αυτές και αναγνωρίζοντας την σημασία τους στην σύγχρονη άσκηση της Οδοντιατρικής, αποφάσισε την πραγματοποίηση ημερίδας, προσκαλώντας έμπειρους αλλά και νεώτερους ομιλητές, να παρουσιάσουν διεξοδικά και με επάρκεια το θέμα των Οδοντικών εμφυτευμάτων, όπως έχει διαμορφωθεί σήμερα, από τις βασικές, πιο απλές μέχρι τις πιο προχωρημένες περιπτώσεις.

Αναλυτικά, το πρόγραμμα της ημερίδας διαμορφώνεται ως εξής:

09:00-09:30 Προσέλευση συνέδρων –Εγγραφές- Καλωσόρισμα

Α' Μέρος

Πρόεδροι: *Ε. Κατσούλας Ι. Ιατρού*

09:30-09:50 Βασικές αρχές Οδοντικών Εμφυτευμάτων, *Β. Κατσούλας*

09:50-10:10 Τα απλά εμφυτεύματα, *Ο. Σχοινοχωρίτη*

10:10-10:45 Τεχνολογικές εξελίξεις στην Χειρουργική των Εμφυτευμάτων, *Ι. Ιατρού*

10:45-11:30 Σύγχρονη Ακτινολογική Διερεύνηση στην Εμφυτευματολογία, *Κ. Τσιχλάκης*

11:30-12:00 Διάλειμμα – Καφές

Β' Μέρος

Πρόεδροι: *Κ. Τσιχλάκης, Λ. Παπαγεωργίου*

11:30-12:15 Η Προσθετική επί Εμφυτευμάτων, *Σ. Πελεκάνος*

12:15-13:00 Θεραπεία Περιεμφυτευματίτιδας, *Ι. Καρούσης*

13:00-13:30 Συζήτηση σε όλα τα θέματα

13:30-14:00 Λήξη ημερίδας-Απονομές διπλωμάτων

Πληροφορίες: Οδοντιατρικός Σύλλογος Κορινθίας, τηλ. 27410 20439

Κάντε κλικ στην ηλεκτρονική μας διεύθυνση

www.odvima.gr

PERIOTEST M

Μετρητής οστεονσωμάτωσης & κινητικότητας φυσικών δοντιών

Ένας Μετρητής διαφορετικός από τους άλλους!

Η τάση για άμεση φόρτιση και γρήγορους χρόνους αποκατάστασης, βρίσκει την λύση με το Periotest M, συσκευή με απλή και εύκολη χρήση για την αντικειμενική και αξιόπιστη μέτρηση της οστεοενσωμάτωσης εμφυτευμάτων, αλλά και της κινητικότητας των δοντιών.

Διευκολύνει με αυτό τον τρόπο τη λήψη αποφάσεων ειδικά σε περιπτώσεις που οι συνθήκες δεν είναι ιδανικές και ταυτόχρονα βοηθά στην πρόληψη επιπλοκών.

Το Periotest M δίνει αντικειμενικές και αξιόπιστες μετρήσεις για όλα τα συστήματα εμφυτευμάτων χωρίς να απαιτούνται έξτρα αναλώσιμα.

Κατασκευάζεται από την εταιρεία Medizintechnik Gulden στην Γερμανία.

Εφαρμογές:

- Αξιολόγηση οστεονσωμάτωσης εμφυτευμάτων σε όλα τα στάδια της διαδικασίας εμφύτευσης
- Διάγνωση και αξιολόγηση περιοδοντικών παθήσεων
- Αξιολόγηση μασητικού φορτίου και δυνατότητα παρακολούθησης της θεραπευτικής διαδικασίας σε φυσικά δόντια.

Πληροφορίες: ΝΕΓΡΙΝ ΙΝ Dental – 210 7711605

ApaCare

Υγρή Αδαμαντίνη

Επιδιορθώνει, συντηρεί, προστατεύει και δυναμώνει τους οδοντικούς ιστούς.

Με το σύστημα οδοντικής φροντίδας *ApaCare* επιτυγχάνεται:

- *Μείωση της τερηδόνας*
- *Αποκατάσταση αρχόμενης τερηδόνας (επανασβεστίωση)*
- *Επανασβεστίωση των δοντιών*
- *Αποκατάσταση μηχανικών - χημικών διαβρώσεων*
- *Ελάττωση της οδοντικής ευαισθησίας*
- *Μείωση της οδοντικής πλάκας*
- *Στίλβωση των δοντιών*

Τα σωματίδια του **νανο υδροξυαπατίτη (υγρή αδαμαντίνη)** εισχωρούν στις μικρές σχισμές και λειαίνουν τις αδρές επιφάνειες. Τα μικροσκοπικά σωματίδια δημιουργούν ένα προστατευτικό στρώμα στις επιφάνειες της μύλης των δοντιών και τις επιφάνειες των ριζών.

1 **ApaCare Οδοντόκρεμα Επανασβεστίωσης**
2-3 φορές καθημερινά
Η οδοντόκρεμα ApaCare περιέχει, εκτός από φθοριούχο νάτριο (1450 ppmF-), υδροξυαπατίτη- το κύριο συστατικό της αδαμαντίνης σε υγρή μορφή. Αυτό το πολύ ενεργό άλας ενισχύει τα δόντια και σκληραίνει την αδαμαντίνη των δοντιών. Η οδοντική ευαισθησία μειώνεται σημαντικά.

2 **ApaCare & Repair ζελέ για Αποκαταστάσεις Δοντιών**
μετά το βούρτσισμα
Η υγρή αδαμαντίνη καλύπτει τα δόντια σχηματίζοντας ένα πολύ λεπτό προστατευτικό στρώμα. Τα δόντια καλύπτονται από ένα επίστρωμα λείο, που απωθεί τα βακτηρίδια και την οδοντική πλάκα. Οι αρχόμενες τερηδόνες αποκαθίστανται, οι πόροι και οι διαβρώσεις αποκαθίστανται και προστατεύονται τα δόντια από την εμφάνιση λευκών κηλίδων.

3 **Υγρό Αντιβακτηριδιακό Βάλσαμο ApaCare**
2 φορές την ημέρα για 20 δευτερόλεπτα κάθε φορά.
Η υγρή αδαμαντίνη δημιουργεί ένα προστατευτικό επίστρωμα για τα δόντια σας. Σφραγίζονται οι σχισμές των δοντιών, επίσης τα βακτηρίδια που προκαλούν την τερηδόνα και την περιοδοντική νόσο μειώνονται σε μόνιμη βάση.
Το Διάλυμα της ApaCare δεν περιέχει αλκοόλη.

4 **Επαγγελματική πάστα στίλβωσης δοντιών στο σπίτι ApaCare**
1-2 φορές την εβδομάδα
Τα δόντια μπορούν να καθαριστούν και να στιλβωθούν στο σπίτι με την Επαγγελματική πάστα στίλβωσης ApaCare. Η πάστα στίλβωσης ApaCare περιέχει εκτός από φθόριο (1450 ppmF-) και υδροξυαπατίτη, ειδικούς παράγοντες στίλβωσης με υψηλή δύναμη καθαρισμού (RDA περίπου 180). Συστήνεται ιδιαίτερα για τον καθαρισμό κηλίδων από καφέ, τσάι, κόκκινο κρασί και λεκέδες νικοτίνης.

ΣΤΑ ΦΑΡΜΑΚΕΙΑ
Made in Germany

PlacControl®
Προϊόντα Στοματικής Υγιεινής

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

Αναζήτησεις Λόγου και Τέχνης

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

Έλληνες Ποιητές 19ου αιώνα 4

Κωστής Παλαμάς
(1859 – 1943)

Έλληνας ποιητής, δοκιμιογράφος, κριτικός λογοτεχνίας, διηγηματογράφος και θεατρικός συγγραφέας, από τις σπουδαιότερες πνευματικές φυσιογνωμίες του νέου Ελληνισμού. Αποτέλεσε κεντρική μορφή της λογοτεχνικής «γενιάς του 1880» και της αποκαλούμενης «Νέας Αθηναϊκής Σχολής», η οποία συσπείρωνε νέους ποιητές που αντιδρούσαν στις υπερβολές του αθηναϊκού ρομαντισμού και ενδιαφέρονταν για την καθιέρωση της δημοτικής στον ποιητικό λόγο. Στο ποιητικό του έργο, που ξεπερνά τις είκοσι συλλογές, κυριαρχεί η Ελλάδα ως ιδανικό και αντικείμενο αγάπης, η πορεία του ελληνικού έθνους μέσα στους αιώνες, η προσπάθεια δημιουργικής αφομοίωσης του αρχαιοελληνικού πνεύματος και της λαϊκής παράδοσης και το πνεύμα της οικουμενικότητας του ελληνικού πολιτισμού.

Ο Κωστής Παλαμάς γεννήθηκε στην Πάτρα στις 13 Ιανουαρίου του 1859 και καταγόταν από παλαιά μεσολογγίτικη οικογένεια. Σε ηλικία επτά ετών έμεινε ορφανός από πατέρα και μητέρα και πήγε να ζήσει στο Μεσολόγγι με τον θείο του Δημήτριο Παλαμά. Στο Μεσολόγγι, που τόσο αγάπησε και τραγούδησε νοσταλγικά, έζησε έως το 1875, οπότε έφυγε για την Αθήνα και γράφτηκε στη Νομική Σχολή. Δεν άργησε να καταλάβει, πως η πραγματική του κλίση ήταν η ποίηση και εγκαταλείποντας τις σπουδές του αφοσιώθηκε ολόψυχα στην τέχνη του λόγου και ιδιαίτερα του ποιητικού. Άλλωστε, από τα εννιά του χρόνια έγραφε στίχους και διάβαζε Έλληνες και ξένους ποιητές.

Το 1879 άρχισε να δημοσιογραφεί στις εφημερίδες και τα περιοδικά του καιρού του και το 1886 τύπωσε την πρώτη του ποιητική συλλογή με τίτλο *Τραγούδια της Πατρίδος μου*. Στο βιβλίο αυτό, όπως και στα άλλα δύο που ακολούθησαν, *Ο Ύμνος στην Αθηνά* (1889) και *Τα μάτια της ψυχής* (1892), ο Παλαμάς φανερώνει τις πρώτες νεανικές του προσπάθειες, προικισμένος με πλούσια ευγένεια και ευαισθησία. Μαζί με τον Δροσίνη, τον Πολέμη και άλλους ποιητές της Νέας Σχολής, χρησιμοποιεί τη δημοτική γλώσσα, σε αντίθεση με τους ρομαντικούς καθαρευουσιάνους ποιητές, Σούτσο, Βασιλειάδη, Παράσχο και άλλους.

Στις 27 Δεκεμβρίου του 1887 παντρεύτηκε τη Μαρία Βάλβη, γόνο πολιτικής οικογένειας του Μεσολογγίου, με την οποία απέκτησε τρία παιδιά, τον Λέανδρο, τη Ναυσικά και τον Άλκη. Στις 15 Οκτωβρίου 1897, ο Παλαμάς διορίστηκε γραμματέας του Πανεπιστημίου Αθηνών, σε ένδειξη τιμής για το ποιητικό του έργο. Γι' αυτό και οι εφημερίδες του καιρού , επαίνεσαν ζωηρότατα την απόφαση του τότε Υπουργού Παιδείας, Ανδρέα Παναγιωτόπουλου, βρίσκοντας την ευκαιρία να εγκωμιάσουν τον ποιητή. Λέγεται ότι, όταν ο Παλαμάς παρουσιάστηκε να αναλάβει υπηρεσία, ο τότε πρύτανης του Πανεπιστημίου, Αλκιβιάδης Κρασσάς, του είπε: *«Ελπίζω, κύριε Παλαμά, τώρα που έχετε μια αξιοπρεπή θέση, ότι θα παύσετε... να γράφετε ποιήματα»*. Ευτυχώς, η ελπίδα του διαπρεπούς αστικολόγου της εποχής διαψεύστηκε και η ελληνική τέχνη κέρδισε μια κορυφαία ποιητική φυσιογνωμία.

Τον ίδιο χρόνο με τον διορισμό του εκδίδει τη συλλογή *Ίαμβοι και Ανάπαιστοι,* που αποτελεί σταθμό στο έργο του. Στο μικρό αυτό βιβλίο, ο ποιητής δείχνει πιο ώριμος, έχει προσωπικό τόνο, δίνει λιτά και επιγραμματικά τις συγκινήσεις που του χαρίζει ο κόσμος της ιστορίας και της ζωής, όπως επισημαίνει η ποιήτρια Σοφία Μαυροειδή-Παπαδάκη. Ο θάνατος του μικρού παιδιού του, του Άλκη, συντρίβει την πατρική του καρδιά, που ζητά τη λύτρωση στην ποίηση. Γράφει τότε τον *Τάφο* (1898), *«τα λυρικά αυτά δάκρυα, που αποκρυσταλλώθηκαν σε σταλακτίτες»*, όπως γράφει ο κριτικός Ανδρέας Καραντώνης.

Το 1904 ο Παλαμάς κυκλοφορεί την ποιητική συλλογή *Ασάλευτη Ζωή*, έργο ωριμότητας του ποιητή, όπου η αγνή συγκίνηση δένεται σφιχτά με το στοχασμό και τη γλαφυρότητα του στίχου. Ακολουθούν ποιητικές συλλογές, όπως *Οι καημοί της λιμνοθάλασσας, Πολιτεία και Μοναξιά, Οι Βωμοί* και οι δύο μεγάλες επικές συνθέσεις του *Ο δωδεκάλογος του γύφτου* (1907) και *Η φλογέρα του Βασιλιά* (1910), που τον ανεβάζουν στην κορυφή του ποιητικού Παρνασσού. Τελευταία του ποιητική συλλογή *Οι νύχτες του Φήμιου* (1935).

Εκτός από ποίηση, ο Παλαμάς έγραψε ένα θεατρικό έργο, την *Τρισεύγενη* (1903), που ξεχωρίζει για τη γνήσια ποιητική συγκίνηση, μια σειρά διηγημάτων με καλύτερο τον *Θάνατο του Παλληκαριού* και πλήθος κριτικών δοκιμίων. Το 1926 έγινε μέλος της Ακαδημίας Αθηνών και το 1930 πρόεδρός της. Το 1934 ήταν υποψήφιος για το Νόμπελ Λογοτεχνίας, καθώς η φήμη του είχε προ πολλού διαβεί τα σύνορα του ελληνικού κράτους. Ιδιαίτερα τον απασχόλησε το Γλωσσικό Ζήτημα. Υπήρξε ένθερμος υποστηρικτής της δημοτικής και κορυφαία μορφή του δημοτικιστικού κινήματος με το κύρος του, αλλά και με τις κυρώσεις που υπέστη για τον γλωσσικό του αγώνα (προσωρινή απομάκρυνσή του από το πανεπιστήμιο). Αξιοσημείωτη ήταν η στάση του στα Ευαγγελικά και τα Ορεστειακά.

Ο Κωστής Παλαμάς πέθανε στις 27 Φεβρουαρίου του 1943 και η κηδεία του την επομένη στο Α' Νεκροταφείο Αθηνών εξελίχθηκε σε αντικατοχικό συλλαλητήριο.

Ύμνος τῶν Αἰώνων

Μητέρα μας πολύπαθη, ὦ ἀθάνατη,
δὲν εἶναι μόνο σου στολίδι οἱ Παρθενῶνες·
τοῦ συντριμμοῦ σου τὰ σπαθιὰ στὰ κάμανε
φυλαχτὰ καὶ στεφάνια σου οἱ αἰῶνες.

Καὶ οἱ πέτρες ποὺ τὶς ἔστησε στὸ χῶμα σου
τὸ νικηφόρο χέρι τοῦ Ῥωμαίου,
κ᾽ ἡ σταυροθόλωτη ἐκκλησιὰ ἀπὸ τὸ Βυζάντιο,
στὸν τόπο τοῦ πολύστυλου ναοῦ τοῦ ἀρχαίου,

Κι αὐτὸ τὸ κάστρο ποὺ μουγγρίζει μέσα του
τῆς Βενετιᾶς ἀκόμη τὸ λιοντάρι,
κι ὁ μιναρὲς ποὺ στέκει, τῆς ὁλόμαυρης
καὶ τῆς πικρότατης σκλαβιᾶς ἀπομεινάρι,

Καὶ τοῦ Σλάβου τὸ διάβα ἀντιλαλούμενο
στ᾽ ὄνομα ποὺ μᾶς ἔρχεται στὸ στόμα
-μὲ τὸ γάλα τῆς μάννας ποὺ βυζάξαμε-
σὰν ξένη ἀνθοβολιὰ στὸ ντόπιο χῶμα,

Ὅλα ἕνα νύφης φόρεμα σοῦ ὑφαίνουνε,
σοῦ πρέπουνε, ὦ βασίλισσα, σὰ στέμμα,
στὴν ὀμορφάδα σου ὀμορφιὰ ἀπιθώσανε
κ᾽ εἶναι σὰ σπλάχνα ἀπ᾽ τὸ δικό σου τὸ αἷμα.

Ὦ τίμια φυλαχτά, στολίδια ἀταίριαστα,
ὦ διαβατάρικα, ἀπὸ σᾶς πλάθετ᾽ αἰώνια,
κόσμος ἀπὸ παλιὰ κοσμοσυντρίμματα,
ἡ νέα τρανὴ Πατρίδα ἡ παναρμόνια!

Ποιητικό έργο
- Τραγούδια της πατρίδος μου (1886)
- Ύμνος εις την Αθηνάν (1889)
- Τα μάτια της ψυχής μου (1892)
- Ίαμβοι και ανάπαιστοι (1897)
- Ο Τάφος (1898)
- Οι χαιρετισμοί της Ηλιογέννητης (1900)
- Η ασάλευτη ζωή (1904)
- Ο Δωδεκάλογος του Γύφτου (1907)
- Η φλογέρα του Βασιλιά (1910)
- Οι καημοί της λιμνοθάλασσας (1912)
- Σατιρικά Γυμνάσματα (1912)
- Η πολιτεία και η μοναξιά (1912)
- Βωμοί (1915)
- Τα παράκαιρα (1919)
- Τα δεκατετράστιχα (1919)
- Οι πεντασύλλαβοι και Τα παθητικά κρυφομιλήματα- Οι λύκοι- Δυο λουλούδια από τα ξένα (1925)
- Δειλοί και σκληροί στίχοι (1928)
- Ο κύκλος των τετράστιχων (1929)
- Περάσματα και χαιρετισμοί (1931)
- Οι νύχτες του Φήμιου (1935)
- Βραδινή φωτιά (1944, μεταθανάτια έκδοση επιμελημένη από τον γιό του Λέανδρο)
- Η Κασσιανή

Διηγήματα
- Ένας ψηφοφόρος (1887)
- Το τέλος του ανεμόμυλου (1887)
- Το σκολειό και το σπίτι (1888)
- Παθήματα δικαστικού 1888
- Παλιό τραγούδι του νέου καιρού (1890)
- Θάνατος Παλληκαριού (1891)
- Το σπίτι του γραμματικού (1891)
- Το μήνυμα (1895)
- Φιλήμων και Βαύκις (1895)
- Τα μάτια του Κουνάλα (1897)
- Ευφορίων (18980
- Ο κερένιος άγγελος (1899)
- Ένας άνθρωπος σ' ένα χωριό (1900)
- Πώς μεταμορφώθηκε ο Σάτυρος (1900)
- Το σκάψιμο για το άγαλμα (1900)
- Τα μάρμαρα (1903)
- Αγάπη (1917)

Κριτική-Δοκίμια
- Το έργο του Κρυστάλλη (1894),
- Σολωμός Η ζωή και το έργο του (1901)
- Γράμματα (2 τόμοι, 1904 - 1907)
- Ηρωικά πρόσωπα και κείμενα (1911)
- Τα πρώτα κριτικά (1913)
- Αριστοτέλης Βαλαωρίτης (1914)
- Βιζυηνός και Κρυστάλλης (1916)
- Ιούλιος Τυπάλδος (1916)
- Πως τραγουδούμε τον θάνατο της κόρης (1918)
- Πεζοί δρόμοι (3 τόμοι 1929 - 1933)
- Ο Γκαίτε στην Ελλάδα (1932)
- Τα χρόνια μου και τα χαρτιά μου (1933)
- Η ποιητική μου (1933)
- Πεζοί δρόμοι. Κάποιων νεκρών η ζωή (1934)
- Τα χρόνια μου και τα χαρτιά μου 2ος τόμ. (1940)

Κωνσταντίνος Καβάφης
(1863 – 1933)

Ο Κωνσταντίνος Καβάφης γεννήθηκε στην Αλεξάνδρεια της Αιγύπτου στις 17 Απριλίου 1863 (29 Απριλίου με το νέο ημερολόγιο). Ήταν το ένατο και τελευταίο παιδί του μεγαλέμπορου βαμβακιού Πέτρου-Ιωάννου Καβάφη, με καταγωγή από την Κωνσταντινούπολη.

Τα πρώτα παιδικά του χρόνια τα πέρασε στη γενέτειρά του, στην αριστοκρατική οδό Σερίφ, μέσα σ' ένα πλούσιο περιβάλλον με Γάλλο παιδαγωγό και Αγγλίδα τροφό. Με τον θάνατο του πατέρα του το 1870 αρχίζει η παρακμή της οικογένειάς του. Δύο χρόνια αργότερα, η μητέρα του Χαρίκλεια Καβάφη (το γένος Φωτιάδη) υποχρεώνεται να φύγει από την Αλεξάνδρεια και να μετακομίσει με τα παιδιά της, πρώτα στο Λονδίνο και μετά στο Λίβερπουλ.

Στα έξι χρόνια της διαμονής του στην Αγγλία ο νεαρός Κωνσταντίνος θα μάθει σε βάθος την Αγγλική γλώσσα και θα καλλιεργήσει την έμφυτη ροπή του προς τα Γράμματα. Το 1878 η οικογένειά του αντιμετωπίζει εκ νέου οικονομικά προβλήματα, εξαιτίας της Κρίσης του 1873 και επιστρέφει στην Αλεξάνδρεια. Ο δεκαπενταετής Κωνσταντίνος μελετά κατ' οίκον και το 1881 συνεχίζει τις σπουδές του στο εμπορικό λύκειο Ο Ερμής, που ιδρύεται εκείνη τη χρονιά από τον Κωνσταντίνο Παπαζή.

Τον επόμενο χρόνο, η οικογένειά του θα μετακομίσει εκ νέου, αυτή τη φορά στην Κωνσταντινούπολη, εξαιτίας των εθνικιστικών ταραχών στην Αίγυπτο, που καθιστά επισφαλή τη θέση των Ευρωπαίων. Ο αγγλικός στόλος βομβαρδίζει την Αλεξάνδρεια και η οικία Καβάφη γίνεται παρανάλωμα του πυρός. Η οικογένειά του θα φιλοξενηθεί επί τριετία από τον παππού του Γεωργάκη Φωτιάδη.

Την περίοδο της παραμονής του στην Πόλη εκδηλώνονται οι πρώτες συστηματικές προσπάθειές του στην ποίηση. Η ατμόσφαιρα και το τοπίο της φαίνεται να τον εμπνέουν και αυτό διαπιστώνεται στα ποιήματά του *Ο Βεϊζαδές προς την ερωμένη του* (1884), *Dünya Güzeli* (1884), *Νιχώρι* (1885) και το πρώτο του πεζό *Μια νυξ στο Καλντέρι* (1884).

Πάντως, το πρώτο κείμενο που σώζεται στο αρχείο του γράφτηκε το 1882. Πρόκειται για ένα ημερολόγιο σε αγγλική γλώσσα, με τον τίτλο Constantipoliad-En Epic (Κωνσταντινοπουλιάς - Ένα έπος), στο οποίο περιγράφονται οι προετοιμασίες για την αναχώρηση της οικογένειας από την Αλεξάνδρεια, το πολεμικό κλίμα των ημερών εκείνων και το ταξίδι ως την Κωνσταντινούπολη.

Τον Οκτώβριο του 1885 επιστρέφει στην Αλεξάνδρεια, μαζί με τη μητέρα του και τα δυο αδέλφια του, Αλέξανδρο και Παύλο, αφού πήραν αποζημίωση για τις καταστροφές του 1882. Μία από τις πρώτες αποφάσεις του είναι να αποκτήσει την ελληνική υπηκοότητα. Αρχί-

ζει να εργάζεται πρώτα ως δημοσιογράφος και στη συνέχεια ως μεσίτης στο Χρηματιστήριο Βάμβακος. Το 1889 προσλαμβάνεται αρχικά ως άμισθος γραμματέας στην Υπηρεσία Αρδεύσεων και από το 1892 ως έμμισθος υπάλληλος, θέση στην οποία θα παραμείνει έως το 1922, φθάνοντας στον βαθμό του υποτμηματάρχη.

Το 1891 θεωρείται σημαντική χρονιά για τον Καβάφη. Εκδίδει το πρώτο αξιόλογο ποίημά του *(Κτίσται)* και δημοσιεύει μερικά από τα σπουδαιότερα πεζά κείμενά του *(Ολίγα περί στιχουργίας, Ο Σακεσπήρος περί της ζωής, Ο καθηγητής Βλάκη περί της νεοελληνικής και δύο κείμενα για τα Ελγίνεια).*

Από το 1893 έως το τέλος του αιώνα γράφει μερικά από τα σημαντικότερα ποιήματά του, όπως τα: *Κεριά* (1893), *Τείχη* (1896), *Περιμένοντας τους Βαρβάρους* (1899). Το 1896 συνεργάζεται με την εφημερίδα Phere d' Alexandrie. Ο δημοσιογράφος και συγγραφέας Γεώργιος Τσοκόπουλος τον χαρακτηρίζει *«Σκεπτικιστής, φιλοσοφικός, μελαγχολικός, με ειρωνική πικρία»*. Τον επόμενο χρόνο επισκέπτεται το Παρίσι και το Λονδίνο.

Το 1899 φεύγει από τη ζωή η μητέρα του Χαρίκλεια, την οποία υπεραγαπούσε. Είχαν προηγηθεί οι θάνατοι του παιδικού του φίλου Μικέ Ράλλη (1889), του αδελφού του Πέτρου-Ιωάννη (1891) και του παππού του Γεωργάκη Φωτιάδη (1896).

Το 1902 ταξιδεύει για πρώτη φορά στην Ελλάδα και συγκεκριμένα την Αθήνα, όπου γνωρίζεται με τους ομοτέχνους του Γρηγόριο Ξενόπουλο και Ιωάννη Πολέμη. Σε μια επιστολή του αναφέρει ότι στην Αθήνα αισθανόταν, όπως ένας πιστός που πηγαίνει προσκυνητής στη Μέκκα. Τον επόμενο χρόνο επισκέπτεται και πάλι την Αθήνα, ενώ στις 30 Νοεμβρίου της ίδιας χρονιάς ο Ξενόπουλος γράφει στο περιοδικό Παναθήναια το ιστορικό άρθρο *Ένας Ποιητής*, που αποτελεί την πρώτη εγκωμιαστική παρουσίαση του καβαφικού έργου στο ελλαδικό κοινό. Το 1904 θα γράψει ένα από τα σπουδαιότερα ποιήματά του, το *Περιμένοντας τους Βαρβάρους*. Το 1905 επισκέπτεται για τρίτη φορά την Αθήνα για την κηδεία του αδελφού του Αλέξανδρου.

Τον Δεκέμβριο του 1907 εγκαθίσταται στο σπίτι της οδού Λέψιους 10, όπου και θα περάσει το υπόλοιπο της ζωής του, δημιουργώντας το σημαντικότερο τμήμα του έργου του. Η φήμη του διαρκώς εξαπλώνεται και στο διαμέρισμά του τον επισκέπτονται προσωπικότητες της λογοτεχνίας από την Ελλάδα και το εξωτερικό, όπως ο φουτουριστής Τομάσο Μαρινέτι, ο Αντρέ Μαλρό, ο Νίκος Καζαντζάκης, ο Κώστας Ουράνης και η Μυρτιώτισσα.

Το 1911 θα γράψει το περίφημο ποίημά του *Ιθάκη*. Το 1914 γνωρίζεται με τον σπουδαίο Άγγλο μυθιστοριογράφο Έντουαρντ Μόργκαν Φόρστερ και συνδέεται μαζί του με φιλία. Πέντε χρόνια αργότερα, ο Φόρστερ θα συστήσει τον Καβάφη στο αγγλικό κοινό.

Το 1917 γνωρίζεται με τον Αλέκο Σεγκόπουλο, κατ' άλλους νόθο γιο του, κατ' άλλους ερωτικό του σύντροφο, πάντως μετέπειτα γενικό κληρονόμο του. Τον Απρίλιο του 1922 παραιτείται από την Υπηρεσία Αρδεύσεων για να αφοσιωθεί στο ποιητικό του έργο. *«Επιτέλους απελευθερώθηκα από αυτό το μισητό πράγμα»*, γράφει κάπου. Τον επόμενο χρόνο πεθαίνει ο τελευταίος εν ζωή αδελφός του, ο Τζον Καβάφης, ο οποίος υπήρξε ο πρώτος θαυμαστής και μεταφραστής του έργου του.

Το 1926 η κυβέρνηση του δικτάτορα Πάγκαλου του απονέμει το παράσημο του Φοίνικος, διάκριση την οποία ο ποιητής αποδέχεται, υποστηρίζοντας ότι *«το παράσημο μού το απένειμε η Ελληνική Πολιτεία, γι' αυτό και το κρατώ»*. Το 1930 αρχίζει να υποφέρει από τον λάρυγγά του. Οι γιατροί διαπιστώνουν καρκίνο. Ο Καβάφης δεν μπορεί να μιλήσει και το 1932 υποβάλλεται σε τραχειοτομία στην Αθήνα.

Το 1933 επιστρέφει στην Αλεξάνδρεια, με την υγεία του διαρκώς να χειροτερεύει. Στις αρχές Απριλίου μεταφέρεται στο Ελληνικό Νοσοκομείο και στις 2 το πρωί της 29ης Απριλίου ο ποιητής αφήνει την τελευταία του πνοή, σε ηλικία 70 ετών.

Λογοτεχνικό ανθολόγιο

- Che fece... il gran rifiuto
- Άγε, Ω Βασιλεύ Λακεδαιμονίων
- Αλεξανδρινοί βασιλείς
- Απιστία
- Απολείπειν ο Θεός Αντώνιον
- Ας φρόντιζαν
- Δέησις
- Δημητρίου Σωτήρος (162-150 π.Χ.)
- Διακοπή
- Εις το φως της ημέρας
- Εν δήμω της Μικράς Ασίας
- Εν μεγάλη ελληνική αποικία, 200 π.Χ.
- Εν Πόλει της Οσροηνής
- Εν πορεία προς την Σινώπην
- Εν Σπάρτη
- Ενας Θεός των
- Εύνοια του Αλεξάνδρου Βάλα
- Η διορία του Νέρωνος
- Η δυσαρέσκεια του Σελευκίδου
- Η Πόλις
- Η Σατραπεία
- Ηγεμών εκ Δυτικής Λιβύης
- Θερμοπύλες
- Ιθάκη
- Ιωνικόν
- Καισαρίων
- Κεριά
- Λάνη Τάφος
- Μονοτονία
- Ο Δαρείος
- Ο Δημάρατος
- Οροφέρνης
- Όσο μπορείς
- Περιμένοντας τους Βαρβάρους
- Πρέσβεις απ' την Αλεξάνδρεια
- Στα 200 π.Χ.
- Τα Άλογα του Αχιλλέως
- Τα Βήματα
- Τα Παράθυρα
- Τείχη
- Τελειωμένα
- Το Πρώτο Σκαλί
- Τρώες
- Φιλέλληνν
- Φωνές

Δεκέμβρης του 1903

« Κι αν για τον έρωτά μου δεν μπορώ να πω-
αν δεν μιλώ για τα μαλλιά σου, για τα χείλη , για τα μάτια
όμως το πρόσωπό σου που κρατώ μες στην ψυχή μου,
ο ήχος της φωνής σου που κρατώ μες στο μυαλό μου,
οι μέρες του Σεπτέμβρη που ανατέλλουν στα όνειρά μου,
ταις λέξεις και ταις φράσεις μου πλάττουν και χρωματίζουν
εις όποιο θέμα κι'αν περνώ, όποιαν ιδέα κι αν λέγω.»

IPS e.max®

1 χιλ.
παρασκευή

500 MPa

Υψηλή Αντοχή, Υψηλή Αισθητική

Από την δημιουργία τού IPS e.max® Διπυριτικού Λιθίου, οι κορυφαίοι οδοντίατροι παγκοσμίως εμπιστεύονται την υψηλή αντοχή του και την υψηλή αισθητική του. Τώρα, μετά από 10 χρόνια συνεχούς ελέγχου της ποιότητας, το IPS e.max έχει επιδείξει κατά μέσο όρο διαξονική αντοχή στην κάμψη 500 MPa*. Με αυτή την τεκμηριωμένη αντοχή ρεκόρ, η εταιρεία Ivoclar Vivadent συνιστά πλέον 1 χιλ.** μείωση μασητικής επιφάνειας στις ελάχιστα επεμβατικές αποκαταστάσεις με χρήση ρητινώδους κονίας.

Το γνωστό σας IPS e.max®, ακόμη καλύτερο!

- **Ελάχιστο πάχος παρασκευής 1 χιλ.**
- **Νέες δυνατότητες φωτοδιαπερατότητας.**
- **500 MPa για μέγιστη εμπιστοσύνη.**

Για το επόμενο περιστατικό σας επιλέξτε το πιο αξιόπιστο, το περισσότερο συνταγογραφημένο ολοκεραμικό του κόσμου, επιλέξτε e.max... επειδή το καλύτερο μετράει.

IPS e.max®
τώρα ακόμη καλύτερο!

* Ivoclar Vivadent δεδομένα αρχείου
** Παρασκευή 1 χιλ. κατάλληλη για συγκόλληση με ρητινώδη κονία.

www.ivoclarvivadent.gr

Εξουσιοδοτημένοι διανομείς

Ελλάδας

Oral Vision
- Μάγερ 13 / 104 38 Αθήνα / τηλ: 210 77 55 900 /
- Τσιμισκή 34 / 546 23 Θεσσαλονίκη / τηλ: 2310 253 800 / www.oralvision.gr

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

Κύπρου

Dentalcon
- Λ. Λάρνακα 57 / 1643 Λευκωσία / τηλ: 22 466 000 / www.dentalcon.com.cy

ivoclar vivadent®
passion vision innovation