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 2020 | ΤΕΥΧΟΣ 132

20ο
19-21
06·2020
παμπελοποννησιακό
οδοντιατρικό συνέδριο
«ΟΤΑΝ Η ΓΝΩΣΗ ΤΟΥ ΧΘΕΣ ΣΥΝΑΝΤΑ ΤΙΣ ΥΠΟΣΧΕΣΕΙΣ ΤΟΥ ΑΥΡΙΟ»
Τόπος διεξαγωγής
Nafplia Palace Hotel/Ναύπλιο
Διοργανωτής
Οδοντιατρικός Σύλλογος Αργολίδας

ΟΒ ΕΚΔΟΣΕΙΣ
Οργάνωση συνεδρίου
ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΙΚΟ ΒΗΜΑ
Σκουφά 64 • 10680 Αθήνα
Τ 210 3814939
www.odvima.gr/20ops
email: odvima@otenet.gr

20η Μαρτίου: Παγκόσμια Ημέρα Στοματικής Υγείας

Η Παγκόσμια Ημέρα Στοματικής Υγείας (ΠΗΣΥ) έχει καθιερωθεί να εορτάζεται παγκοσμίως την 20η Μαρτίου με δράσεις ευαισθητοποίησης του κοινού για τη σημασία και την προώθηση της στοματικής υγείας. Το φετινό μήνυμα του παγκόσμιου εορτασμού της Ημέρας Στοματικής Υγείας είναι ***«Κάνε Ααα! Ενωμένοι για ένα υγιές στόμα»*** και στοχεύει στο να καταδείξει ότι χρειάζεται συλλογική προσπάθεια, υπόσχεση και δέσμευση για να απολαμβάνουμε μια χαρούμενη ζωή γεμάτη υγεία. Το «ΟΒ» βρέθηκε στα γραφεία της ΕΟΟ και συνομίλησε με τον Πρόεδρο της ΕΟΟ, κ. **Αθανάσιο Δεβλιώτη** και τη Γενική Γραμματέα, κ. **Μαρία Μενενάκου,** για το φετινό μήνυμα της ΠΗΣΥ, αλλά και για τις δράσεις που έχει αναλάβει η ΕΟΟ, προκειμένου να συμβάλει, από τη πλευρά της, στην ανάδειξη της συσχέτισης μεταξύ στοματικής και γενικής υγείας, αλλά και στην προώθηση της στοματικής υγείας του ελληνικού πληθυσμού. ***Σελ. 4-7***

Ιατρικό Ιστορικό: Το πρώτο βήμα στην πρόληψη επιπλοκών στο οδοντιατρείο

Η λήψη και η αξιολόγηση ενός ιατρικού ιστορικού είναι η καλύτερη στρατηγική για την πρόληψη επιπλοκών στο οδοντιατρείο είτε υπό την μορφή του ιατρικού επείγοντος είτε υπό την μορφή της μετεγχειρητικής επιπλοκής. Το ιατρικό-οδοντιατρικό ιστορικό σε έντυπη ή ηλεκτρονική μορφή μας παρέχει μια ολοκληρωμένη εικόνα του ασθενούς και αποτελεί ένα σημείο αναφοράς για μελλοντικές οδοντιατρικές θεραπείες στον ασθενή. Στο σημερινό του άρθρο που φιλοξενείται στη στήλη της ΕΟΕ, ο Αναπληρωτής Καθηγητής ΕΚΠΑ, κ. **Φώτης Τζέρμπος** μας παρουσιάζει τους τρόπους, αλλά και τους βασικούς άξονες πάνω στους οποίους πρέπει να δομείται η σωστή λήψη του ιατρικού ιστορικού, υπογραμμίζοντας τον ρόλο του θεράποντος στην καλλιέργεια ενός κλίματος εμπιστοσύνης που θα επιτρέψει στον ασθενή να απαντά με απόλυτη ειλικρίνεια στις απαραίτητες ερωτήσεις. ***Σελ. 26-27***

Πόσο σημαντικές είναι οι συγκλεισιακές παρεμβολές στις μυϊκού τύπου διαταραχές του Στοματογναθικού συστήματος;

Ο όρος «σύγκλειση» υποδηλώνει την πράξη του «συναρμόζειν» ή του «κεκλεισμένου». Στην Οδοντιατρική βιβλιογραφία, ο όρος αφορά και τις δύο έννοιες. Δηλαδή, την συναρμογή των οδοντικών φραγμών κατά τη διάρκεια των λειτουργικών κινήσεων της κάτω γνάθου (Κ.Γ.).Τα περισσότερα άτομα παρουσιάζουν διαφόρων βαθμών αποκλίσεις από τις «ιδανικές» ή «φυσιολογικές» καταστάσεις όπως αυτές προσδιορίζονται. Οι πρόωρες επαφές και οι συγκλεισιακές παρεμβολές συνιστούν οδοντικές ανωμαλίες, οι οποίες, κατά τη διάρκεια των λειτουργικών κινήσεων της Κ.Γ., παρεμβάλλονται μεταξύ των ανταγωνιστών, προκαλώντας ποικίλου τύπου δυσαρμονίες και παθολογικές καταστάσεις στην ευρύτερη περιοχή του Σ.Σ. Στο σημερινό του άρθρο, ο Καθηγητής ΕΚΠΑ, κ. **Βύρων Δρούκας** εξετάζει τον ρόλο των συγκλεισιακών παρεμβολών στις μυϊκού τύπου διαταραχές του Στοματογναθικού συστήματος. ***Σελ. 16-21***

ΕΕΕ: **Ενδοδοντική προσέγγιση κεντρικού τομέα της άνω γνάθου με σύντηξη με έγκλειστο μεσόδοντα**
Του **Γιώργου Δεχουνιώτη** ..... ***Σελ. 8-10***

ΕΠΕ: **Εξωτερική αυχενική οδοντική απορρόφηση: Μια διακριτή κλινική οντότητα. Διάγνωση, επίδραση στο περιοδόντιο, αντιμετώπιση**
Της **Πηνελόπης Πανή** ..... ***Σελ. 12-15***

ITI: **Η ψηφιακή ροή εργασίας στην εμφυτευματολογία**
Των **Παναγιώτη Τσιρογιάννη** και **Αλέξανδρου Μπέτα** ..... ***Σελ. 22-23***

ΕΕΚΣ: **Διαγνωστικοί αλγόριθμοι. Λευκές βλάβες**
Της **Μαρίνας Δούκα** ..... ***Σελ. 28***

Οξεία εμπύρετος ουδετεροφιλική δερματοπάθεια: Συχνός στόχος το Στόμα
Του **Γιώργου Λάσκαρη** ..... ***Σελ. 30***

Προσθετικές παρεμβάσεις με αναφορά στην αρχική αισθητική εικόνα
Του **Ηρακλή Καρκαζή** ..... ***Σελ. 31***

Η τοπική αναισθησία στην Οδοντιατρική
Του **Χρήστου Κωνσταντινίδη** .... ***Σελ. 36***

Ανταύγειες Λόγου και Τέχνης
Του **Γεράσιμου Δουβίτσα** ..... ***Σελ. 46-47***

MK UNIMEDICA
• Οδοντιατρικός εξοπλισμός • Service
• OsteoCare® • «Κατ' οίκον» Οδοντιατρική
Anya

...όταν οι λέξεις βρίσκουν την έννοιά τους...
Anya Mikata Dental
Manufacture of dental chair
www. unimedica.gr
email: info@unimedica.gr
Αρκαδίας 61-63
Τηλ.: 210 7777 936

20ο Παμπελοποννησιακό Οδοντιατρικό Συνέδριο

«Όταν η γνώση του χθες συναντά τις υποσχέσεις του αύριο»

Ναύπλιο, 19-21 Ιουνίου 2020

Ο συνεδριακός «θεσμός» του Παμπελοποννησιακού Οδοντιατρικού Συνεδρίου, που φέτος συμπληρώνει 20 χρόνια επιτυχημένων διοργανώσεων, θα διεξαχθεί στην όμορφη πόλη του Ναυπλίου, από τις 19 έως και 21 Ιουνίου, με διοργανωτή τον Οδοντιατρικό Σύλλογο Αργολίδας και συνδιοργανωτές όλους τους Συλλόγους Πελοποννήσου και Αιτωλοακαρνανίας. Με κεντρικό τίτλο *«Όταν η γνώση του χθες συναντά τις υποσχέσεις του αύριο»*, το 20ο Παμπελοποννησιακό Οδοντιατρικό Συνέδριο υπόσχεται να προσφέρει στους συνέδρους μια μοναδική ευκαιρία απόκτησης νέων γνώσεων και επαναξιολόγησης των υφιστάμενων στη βάση των σύγχρονων δεδομένων.

Τόσο ο Πρόεδρος της Οργανωτικής Επιτροπής και Πρόεδρος του Οδοντιατρικού Συλλόγου Αργολίδας, κ. **Δημήτρης Παπαδημόπουλος**, όσο και ο Συντονιστής του Επιστημονικού Προγράμματος, Δρ. **Ιωάννης Μελακόπουλος** έχουν καταβάλλει κάθε προσπάθεια ώστε να διοργανώσουν μια άρτια επιστημονικά και οργανωτικά εκδήλωση που θα ανταποκρίνεται στις υψηλές προσδοκίες που έχει καλλιεργήσει ο θεσμός του Παμπελοποννησιακού συνεδρίου όλα αυτά τα χρόνια. Φυσικά, πολύτιμος «σύμμαχός» τους σε αυτή την προσπάθεια είναι μια εκλεκτή ομάδα καταξιωμένων πανεπιστημιακών και κλινικών που εγγυώνται με το κύρος τους την επιτυχία του επιστημονικού μέρους του συνεδρίου.

Πέραν του κατευθυνόμενου προγράμματος, το 20ο Παμπελοποννησιακό Οδοντιατρικό Συνέδριο, πιστό στην παράδοση της προβολής και της προώθησης του έργου των νεότερων επιστημόνων, θα φιλοξενήσει συνεδρίες ελεύθερων ανακοινώσεων και *e-posters*. **Οι ενδιαφερόμενοι που επιθυμούν να συμμετάσχουν με παρουσίαση ελεύθερης ανακοίνωσης ή *e-poster* καλούνται να υποβάλουν έως και την 1η Μαΐου 2020** την περίληψη της εργασίας τους, σύμφωνα με τις προδιαγραφές που έχουν καθοριστεί. Η ελεύθερη ανακοίνωση, καθώς και το *e-poster* που θα ξεχωρίσουν θα τιμηθούν με το αντίστοιχο βραβείο.

Παράλληλα, μια καινοτομία του φετινού 20ου Παμπελοποννησιακού Οδοντιατρικού Συνεδρίου είναι η προσθήκη κλινικών φροντιστηρίων, στο πλαίσιο των οποίων θα πραγματοποιείται σφαιρική και σε βάθος ανάπτυξη ενός κλινικού θέματος από τους ομιλητές.

Όπως πάντα, στο πλαίσιο του συνεδρίου θα λειτουργήσει εμπορική έκθεση, όπου οι σύνεδροι θα έχουν την ευκαιρία να ενημερωθούν από παλαιούς και νέους συνεργάτες για τα τελευταία προϊόντα και τις εξελίξεις της οδοντιατρικής αγοράς.

Στο περιθώριο της επιστημονικής εκδήλωσης, οι σύνεδροι θα έχουν την ευκαιρία να ανακαλύψουν την ιστορία και τις φυσικές ομορφιές του Ναυπλίου, της «Νάπολης της Ανατολής» όπως το ονόμασαν οι Ενετοί θαλασσοκράτες, απολαμβάνοντας τις βόλτες τους στα λιθόστρωτα σοκάκια και την πλατεία Συντάγματος που παραμένουν ανέγγιχτα από το χρόνο. Η βαρκάδα στο Μπούρτζι, το μικρό κάστρο που αγκαλιάζει το λιμάνι της πόλης του Ναυπλίου και η ξενάγηση στο επιβλητικό Παλαμήδι αποτελούν δύο μόνο από τα πολλά αξιοθέατα που αξίζει να γνωρίσετε από κοντά κατά την επίσκεψη σας στο Ναύπλιο. Σας περιμένουμε όλους στο Ναύπλιο, στις επιβλητικές εγκαταστάσεις του **«Nafplia Palace»** για ένα παραγωγικό τριήμερο επιστημονικής γνώσης, αλλά και απόδρασης στις όμορφες παραλίες, τους αρχαιολογικούς χώρους και τις φυσικές ομορφιές της Αργολικής γης.

ΠΡΟΣΩΡΙΝΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ

Στρογγυλά τραπέζια

- Ψηφιακή ροή στην επανορθωτική οδοντιατρική: Από τον σχεδιασμό του περιστατικού στην τελική αποκατάσταση. Συντονιστής: *Π. Λαμπρόπουλος*. Συμμετέχουν: *Φ. Λατίνος, Ν. Κουρνέτας, Π. Λαμπρόπουλος, Γ. Κουβελιώτης*
- Εξελίξεις στη στοματολογία, μετάβαση από τον 20ο στον 21ο αιώνα. Συνεδρία αφιερωμένη στον καθηγητή Γ. Λάσκαρη. *Α. Πουλόπουλος, Ε. Στουφή, Γ. Λάσκαρης, Ε. Χρυσομάλη, Σ. Διαμαντή*
- Αποκατάσταση διαβρώσεων. *Χ. Παξιμαδά*
- Αισθητική των μαλακών ιστών. *Φ. Μαδιανός, Σ. Βασιλόπουλος, Ν. Ρούσσος*
- Νεώτερα δεδομένα στο οδοντιατρικό επάγγελμα
  Αστική ευθύνη - Νομικά θέματα. *Μ. Φαράντος*
  Ασφαλιστικά θέματα. *Σ. Τσέκερης*
  Ανοικτή συζήτηση

Εισηγήσεις

- Η ουσία της αισθητικής του προσώπου. *Χρ. Περισανίδης*
- Το πρόβλημα του βρυγμού για το γενικό οδοντίατρο. *Μ. Κούτρης*
- Η συμβολή της ορθοδοντικής στην αισθητική ζώνη. *Ε. Βασταρδή*
- «Ψηφιακή ακτινογραφία». Είκοσι χρόνια κλινικής εφαρμογής στην Οδοντιατρική. *Π. Γκριτζάλης*
- Οδοντινική υπερευαισθησία: Μία πρόκληση για τον οδοντίατρο και πώς μπορεί να αντιμετωπιστεί επιτυχώς. *Χ. Ραχιώτης*
- Στοματική υγεία και ΜΜΕ. *Στ. Πουλακιδάκος, Η. Γιαννούλη*

Κλινικά φροντιστήρια

- Αντιμετώπιση οδοντικού τραύματος σε παιδιά και εφήβους. Συντονιστής: *Ν. Λυγιδάκης*
- Διαχείριση βλαβών του Στοματογναθικού Συστήματος στο Ιατρείο. *Σ. Μερκουρέα, Κ. Χούπης, Ε. Καλφαρέντζος*
- Κλινικά προβλήματα και λύσεις στην ενδοδοντία. Συντονιστής: *Ν. Κερεζούδης*. Συμμετέχουν: *Ν. Κερεζούδης, Γ. Κωστούρος, Α. Προύντζος, Μ. Δέδε*
- Ασθενής με βεβαρυμένο ιατρικό ιστορικό: Πρόληψη και αντιμετώπιση επιπλοκών. *Φ. Τζέρμπος, Ι. Φακίτσας*
- "Minimal" αισθητικές παρεμβάσεις στην περιοχή του προσώπου. *Χ. Κρασαδάκης, Δ. Παπαδάκης*
- Πρακτικές λύσεις σε θέματα κινητής προσθετικής *Ν. Πολυχρονάκης, Ν. Συκαράς*

Πρακτικά σεμινάρια

- Η Σύγχρονη προσέγγιση στη θεραπεία της Περιοδοντίτιδας και Περιεμφυτευματίτιδας *Ι. Φουρμούζης*
- Κατευθυνόμενη εμφυτευματολογία *Θ. Τασόπουλος, Γ. Κουβελιώτης*
- Πρακτικό ψηφιακής αποτύπωσης *Π. Λαμπρόπουλος*
- Προσθετικές λύσεις σε εμφυτεύματα *Ν. Συκαράς*

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

Tetric® Prime

Σύνθετη ρητίνη καθολικής χρήσης για την πρόσθια και οπίσθια περιοχή

NEO:
Εξαιρετικός χειρισμός

Διαμορφούμενη σύνθετη ρητίνη του συστήματος Tetric

- Άριστη διαμόρφωση και χειρισμός
- Εξαιρετική εφαρμογή στα όρια
- Εύπλαστη σύσταση

Efficient Esthetics

Απομόνωση | Συγκόλληση | Αποκατάσταση | Πολυμερισμός

www.ivoclarvivadent.gr

Επίσημοι 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. Αναστασιάδη 1 / 2012 Λευκωσία / τηλ: 22 466 000 /
www.dentalcon.com.cy
www.ivoclarvivadent.com

Ivoclar Vivadent AG
Bendererstr. 2 | 9494 Schaan | Liechtenstein |
Tel. +423 235 35 35 | Fax +423 235 33 60

ivoclar vivadent®
passion vision innovation

20η Μαρτίου: Παγκόσμια Ημέρα Στοματικής Υγείας

Φέτος, *«Κάνουμε Αααα!»* και αναλαμβάνουμε τη δέσμευση να μείνουμε *«ενωμένοι για ένα υγιές στόμα»*

Η Παγκόσμια Ημέρα Στοματικής Υγείας (ΠΗΣΥ) έχει καθιερωθεί να εορτάζεται παγκοσμίως την 20η Μαρτίου με δράσεις ευαισθητοποίησης του κοινού για τη σημασία της στοματικής υγείας, οι οποίες συντονίζονται σε παγκόσμιο επίπεδο από την Παγκόσμια Οδοντιατρική Ομοσπονδία (FDI). Η Ελληνική Οδοντιατρική Ομοσπονδία (ΕΟΟ) γίνεται αρωγός αυτής της προσπάθειας σε εθνικό -και μέσω της συνεργασίας της με τους κατά τόπους Οδοντιατρικούς Συλλόγους- σε τοπικό επίπεδο, ώστε να μεταφερθεί σε κάθε γωνιά της χώρας το μήνυμα της πρόληψης και της προαγωγής της στοματικής υγείας.

Το φετινό μήνυμα του παγκόσμιου εορτασμού της Ημέρας Στοματικής Υγείας είναι *«Κάνε Αααα! Ενωμένοι για ένα υγιές στόμα»* και στοχεύει στο να καταδείξει ότι χρειάζεται συλλογική προσπάθεια, υπόσχεση και δέσμευση για να απολαμβάνουμε μια χαρούμενη ζωή γεμάτη υγεία. Το «ΟΒ» βρέθηκε στα γραφεία της ΕΟΟ και συνομίλησε με τον Πρόεδρο της ΕΟΟ, κ. **Αθανάσιο Δεβλιώτη** και τη Γενική Γραμματέα, κ. **Μαρία Μενενάκου**, για το φετινό μήνυμα της ΠΗΣΥ, αλλά και για τις δράσεις που έχει αναλάβει η ΕΟΟ, προκειμένου να συμβάλλει από τη πλευρά της στην ανάδειξη της συσχέτισης μεταξύ στοματικής και γενικής υγείας, αλλά και στην προώθηση της στοματικής υγείας του ελληνικού πληθυσμού.

Συνέντευξη στην **Ηλιάνα Γιαννούλη** δημοσιογράφο

Θα θέλατε να μας μιλήσετε για το φετινό μήνυμα της Παγκόσμιας Ημέρας Στοματικής Υγείας;

Αθ. Δεβλιώτης: Το φετινό μήνυμα της Παγκόσμιας Ημέρας Στοματικής Υγείας είναι «Κάνε Αααα! Ενωμένοι για ένα υγιές στόμα» και έχει πολύ μεγάλη σημασία κατ' εμέ αυτό το ενωμένοι για ένα υγιές στόμα, γιατί δείχνει την απαραίτητη συνεργασία μεταξύ γιατρών, ασθενών, αλλά και εκ μέρους της ηγεσίας της πολιτείας, προκειμένου να δημιουργηθούν οι προϋποθέσεις για να αποκτήσει ο Έλληνας μια καλύτερη στοματική υγεία.

Μ. Μενενάκου: Η Παγκόσμια Ημέρα Στοματικής Υγείας έχει καθιερωθεί να γιορτάζεται στις 20 Μαρτίου κάθε έτους. Συνήθως, οι εκστρατείες ενημέρωσης που συντονίζονται από την Παγκόσμια Οδοντιατρική Ομοσπονδία (FDI) έχουν τριετές πλάνο ανάπτυξης και τώρα είμαστε στο τρίτο κατά σειρά έτος όπου τρέχει αυτή η εκστρατεία, οπότε αυτός ο κύκλος κλείνει.

Ο τίτλος ο γενικότερος αυτής της καμπάνιας είναι «Κάνε Αααα!» που σημαίνει «ανοίγω το στόμα μου» είναι αυτό που μας ζητάει να κάνουμε ο παιδίατρος, ο ωτορινολαρυγγολόγος, ο παθολόγος, να «κάνουμε αααα», να ανοίξουμε το στόμα μας, για να μας εξετάσει. Στόχος αυτού του μηνύματος ήταν να δείξουμε τη σχέση της οδοντιατρικής με την ιατρική και να ενώσουμε ξανά το στόμα με το σώμα, γιατί έως τώρα ήταν σαν να είμαστε ένα ανεξάρτητο γνωστικό αντικείμενο, χωρίς να φαίνεται σαφώς η διασύνδεση που υπάρχει με τις άλλες ιατρικές ειδικότητες. Οπότε για μένα, η σωστή συνέχεια της πρότασης θα ήταν «κάνε αααα, επανένωσε το στόμα με το σώμα».

Όπως ήδη σας ανέφερε ο κ. Δεβλιώτης, το φετινό μήνυμα της παγκόσμιας εκστρατείας για την ΠΗΣΥ υπογραμμίζει ακριβώς αυτή την ανάγκη να υπάρχουν συνέργειες για την επίτευξη της στοματικής υγείας. Η ίδια η έννοια του «ενωμένοι» έχει πολλές προεκτάσεις:

α) Ο οδοντίατρος ενώνεται με τον ασθενή του,

β) Ο ασθενής επανενώνεται με την ανάγκη να έχει μια υγιή στοματική κοιλότητα,

γ) Ο ιατρικός κλάδος συνασπίζεται με τον οδοντιατρικό και περιβάλλει με τη φροντίδα του την οδοντιατρική επιστήμη στη λογική της συνοσηρότητας, καθώς υπάρχουν πάρα πολλές ασθένειες, οι οποίες εκδηλώνονται στο στόμα, των οποίων η πορεία καθώς και μια ενδεχόμενη επιδείνωσή τους είναι συνάρτηση της υγείας του στόματος. Αυτές λοιπόν, οι περιπτώσεις αποτελούν το σημείο τομής της μεταξύ μας συνεργασίας και θα πρέπει οι παιδίατροι, οι καρδιολόγοι, οι ενδοκρινολόγοι να μας βοηθήσουν και να καταδείξουν όλα αυτά που μας κρατάνε στο ίδιο επίπεδο συνεννόησης για την υγεία του ασθενούς και τέλος,

δ) Η έννοια του «ενωμένοι» αφορά την επανένωση της οδοντιατρικής περίθαλψης με το σύστημα κοινωνικής ασφάλισης, από την οποία η οδοντιατρική κάλυψη αγνοείται συστηματικά, διότι είναι ακριβή.

Ας μου επιτρέψετε μια παρένθεση εδώ. Το υψηλό κόστος των οδοντιατρικών υπηρεσιών συνίσταται στο ότι χρειαζόμαστε ακριβά υλικά, ακριβό εξοπλισμό, έχουμε ανάγκη να ανανεώνουμε διαρκώς τις γνώσεις μας, πρόκειται δηλαδή, για ανελαστικές δαπάνες, οι οποίες όμως είναι και αυτές που εγγυώνται την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών. Δυστυχώς, δεν έχουμε περιθώρια και μάλιστα στη τελευταία Γενική Συνέλευση επικαιροποιήθηκε και η διαδικασία τιμολόγησης των οδοντιατρικών πράξεων, μια εργασία καθαρά τεχνοκρατική που αποδεικνύει πέρα από κάθε αμφιβολία ότι η οδοντιατρική οφείλει να είναι ακριβή. Πρέπει λοιπόν, να καταλήξουμε σε κάποιες κοινώς αποδεκτές παραδοχές με τον ΕΟΠΥΥ, ότι η ανάγκη ασφαλιστικής κάλυψης προϋποθέτει εκταμίευση χρημάτων και πρέπει να αρχίσουμε να βάζουμε χρήματα σε ένα κορβανά από τον οποίο θα μπορέσουμε να εκταμιεύσουμε για να αρχίσουμε να καλύπτουμε τις πραγματικές ανάγκες περίθαλψης του πληθυσμού.

Και μέσα σε αυτό το πλαίσιο της επανένωσης της στοματικής με τη γενική υγεία, ο καθένας μπορεί να δεσμευτεί με μια υπόσχεση-pledge, όπως είναι ο αγγλικός όρος που προωθείται από την παγκόσμια καμπάνια της FDI-, η οποία στο μέτρο που του αναλογεί θα συμβάλλει στην προώθηση της στοματικής υγείας;

Αθ.Δ: Κοιτάξτε, γίνονται κάθε χρόνο πολλές προσπάθειες μέσω της FDI και των τοπικών ομοσπονδιών να δημιουργηθούν αυτές οι δράσεις που θα βελτιώσουν τη στοματική υγεία του πολίτη και δεν είναι μόνο ελληνικό φαινόμενο, τελικά, ότι η πολιτεία δεν στηρίζει την οδοντιατρική. Απλά εδώ έχουμε φτάσει στο απόλυτο μηδέν. Η FDI λοιπόν, προσπαθεί παγκοσμίως να ανεβάσει την οδοντιατρική και τη στοματική υγεία των πολιτών. Οπότε έχω την εντύπωση ότι προσπαθούν κάθε φορά να βρουν εκείνο το κίνητρο που θα φέρει πολύ κοντά τον κόσμο. Γιατί όταν έχεις κοντά σου τον κόσμο, μπορείς να δημιουργήσεις τέτοιου είδους δράσεις με ευαισθητοποιημένους πληθυσμούς που θα αγγίξουν περισσότερο και την πολιτεία και την ηγεσία των υγειονομικών συστημάτων. Κατά τη γνώμη μου, με αυτή την εκστρατεία του «pledge», που ουσιαστικά θέλει να κάνει κοινωνό της προσπάθειας και συμμέτοχο τον ίδιο τον ασθενή -με αυτή την υπόσχεση που δίνει κάποιος, με αυτή τη δέσμευση, την προσωπική, που παίρνει κάποιος ότι θα κάνει κι αυτός τα απαραίτητα για τη στοματική υγεία- και όλοι μαζί βέβαια, ενωμένοι, όπως είναι και το κεντρικό μήνυμα της φετινής ΠΗΣΥ, η FDI προσδοκά ότι θα αυξήσει την αποτελεσματικότητα αυτών των δράσεων.

Μ.Μ.: Ας υποθέσουμε ότι «ενωνόμαστε» με στόχο την επίτευξη ενός υγιούς στόματος. Τί ακριβώς σημαίνει αυτή η ένωση;

Σε πρώτο επίπεδο σημαίνει ότι εγώ ως οδοντίατρος δεσμεύομαι να δώσω στον ασθενή μου τις συμβουλές που εκπορεύονται από τα σύγχρονα πρωτόκολλα και τις γνώσεις μας για την πρόληψη των νόσων του στόματος, ώστε να μπορέσει να φροντίσει σωστά το στόμα του, να βοηθήσει στη διατήρηση της στοματικής υγείας των παιδιών του, να μπορέσει να συνειδητοποιήσει ότι δικαιούται να έχει ικανότητα μάσησης, ότι δικαιούται να μην είναι κοινωνικά αποκλεισμένος, επειδή το χαμόγελό του δεν είναι πλέον κοινωνικά αποδεκτό, καθώς ένα χαμόγελο νωδό, με έλλειψη δοντιών μπορεί να οδηγήσει σε κοινωνική απομόνωση, έχοντας επιπτώσεις ακόμη και στην αγορά εργασίας. Ως εκ τούτου, θα πρέπει εμείς, η οδοντιατρική κοινότητα, να του δώσουμε αυτές τις γνώσεις, απλές συμβουλές, όπως τη σημασία τού να βουρτσίζω τα δόντια μου πρωί και βράδυ, ότι θα πρέπει να ξεκινήσω να βουρτσίζω τα δόντια του μωρού μου από τότε που εμφανίζεται το πρώτο δόντι, ότι θα πρέπει να προσέχω τη διατροφή μου και να μην αμελώ τους προληπτικούς ελέγχους στον οδοντίατρο, οι οποίοι έχουν χαμηλό κόστος, ώστε να δημιουργήσουμε μια γενιά που να είναι ελεύθερη από τερηδόνα και ουλίτιδα. Ξεκινάμε λοιπόν, με το ότι η οδοντιατρική κοινότητα υπόσχεται να δίνει αυτές τις γνώσεις στην κοινωνία, αλλά και ο κάθε οδοντίατρος στον ασθενή του. Ο ίδιος όμως ο ασθενής πρέπει να αξιοποιήσει αυτή τη γνώση και πρέπει να την αξιοποιήσει με το να υποσχεθεί στον εαυτό του ότι θα βουρτσίζει τα δόντια του πρωί και βράδυ, ότι θα τα προσέχει σαν τα μάτια του και ότι θα έχει λόγους για να χαμογελάει. Γιατί το χαμόγελο είναι ο καθρέφτης της ψυχής και θα πρέπει να αποτυπώνει την αυτοεκτίμησή μας. Είναι θέμα αυτοεκτίμησης τα δόντια μας να

22η ΠΑΝΕΛΛΗΝΙΑ
ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΙΚΗ &
ΟΔΟΝΤΟΤΕΧΝΙΚΗ
ΕΚΘΕΣΗ

dental 2020

8-10 ΜΑΪΟΥ

ΜΕΣ ΠΑΙΑΝΙΑΣ

ΟΡΓΑΝΩΤΗΣ

Πανελλήνιος Σύνδεσμος Εμπόρων
& Εισαγωγέων Οδοντιατρικών,
Οδοντοτεχνικών Ειδών
e-mail: pseeooe@otenet.gr

www.expodent.gr

είναι υγιή, όπως είναι θέμα αυτοεκτίμησης να ακολουθούμε μια υγιεινή και ισορροπημένη διατροφή, να αθλούμαστε, να εξασκούμε το μυαλό μας με ένα καινούριο βιβλίο, μια καινούρια θεατρική παράσταση. Είναι θέμα γενικής ευεξίας, η οποία σίγουρα εξαρτάται από την ποιότητα και την ομορφιά του χαμόγελού μας, από την υγεία του στόματός μας και από την ικανότητά μας για μάσηση. Οπότε είναι μια υπόσχεση που θα πρέπει να τηρήσει ο ασθενής, κατανοώντας πόσο σημαντική είναι για εκείνον. Και χρειαζόμαστε και μια υπόσχεση από την πολιτεία.

Υπάρχουν ασθενείς που λόγω της κρίσης απομακρύνθηκαν από τη βασική παροχή της οδοντιατρικής περίθαλψης και έχουμε φτάσει σε ένα σημείο που είμαστε πάνω σε μια "βόμβα", όρος που χρησιμοποιώ καθ'υπερβολήν, αλλά πραγματικά το πρώτο πράγμα που οι πολίτες περιέκοψαν τα χρόνια της κρίσης, και που αποδεικνύεται και από τα στοιχεία της ΕΛΣΤΑΤ, είναι η οδοντιατρική περίθαλψη. Και η χρόνια παραμέληση έχει οδηγήσει σε μια κατάσταση, η οποία είναι πολλές φορές μη αντιστρεπτή, καθώς έχουμε πλέον κάποιες γενιές που έχουν οδηγηθεί σε απώλεια της μασητικής τους ικανότητας. Εκεί λοιπόν, πρέπει να παρέμβουμε και να ενισχυθεί η πρόσβαση των ασθενών αυτών στην περίθαλψη. Η πολιτεία πρέπει να υποσχεθεί στον πληθυσμό της χώρας μας ότι ακούει την ανάγκη αυτή και ότι φροντίζει στο βαθμό που μπορεί και σιγά-σιγά να εντάξει την οδοντιατρική περίθαλψη στη δημόσια ασφάλιση.

Η δημοσιογράφος του «ΟΒ» κ. Ηλιάνα Γιαννούλη, βρέθηκε στα γραφεία της Ελληνικής Οδοντιατρικής Ομοσπονδίας και συνομίλησε με τον Πρόεδρο της ΕΟΟ, κ. Αθ. Δεβλιώτη και τη Γενική Γραμματέα κ. Μ. Μενενάκου σχετικά με τις φετινές δράσεις της ΕΟΟ εν όψει του εορτασμού της Παγκόσμιας Ημέρας Στοματικής Υγείας στις 20 Μαρτίου.

Ας περάσουμε στις φετινές εκδηλώσεις-δράσεις ευαισθητοποίησης της κοινής γνώμης για τη σημασία της στοματικής υγείας τις οποίες έχει προγραμματίσει η ΕΟΟ και που εντάσσονται στο πλαίσιο του εορτασμού της ΠΗΣΥ...

Αθ.Δ.: Η Ελληνική Οδοντιατρική Ομοσπονδία το έχει πάρει πάρα πολύ "ζεστά" αυτό το θέμα και φέτος θέλουμε να κάνουμε μια "επίθεση", ας μου επιτραπεί ο όρος, αναλαμβάνοντας σημαντικές πρωτοβουλίες.

Έχουμε ήδη την θετική ανταπόκριση του Υπουργείου Υγείας σε ό,τι αφορά στην αρωγή και στη στήριξη αυτή της εκστρατείας. Παράλληλα, έχουμε έρθει σε επαφή με την ΚΕΔΕ, η οποία θέλει και αυτή και με τη σειρά της να στηρίξει τη φετινή εκστρατεία ενημέρωσης για την σημασία της στοματικής υγείας. Αποφασίσαμε λοιπόν, να φωταγωγήσουμε με το λογότυπο της FDI για την ΠΗΣΥ δημόσια κτήρια, όπως τα δημαρχεία και βέβαια άλλα κεντρικά σημεία των διαφόρων πόλεων, γεγονός που προϋποθέτει τη συνεννόηση μεταξύ των τοπικών Οδοντιατρικών Συλλόγων και των Δήμων. Όπως αντιλαμβάνεστε, θέλουμε πραγματικά να δώσουμε πανελλαδική διάσταση στην Παγκόσμια Ημέρα Στοματικής Υγείας.

Επίσης, έχουμε προγραμματίσει μια μεγάλη, κεντρική Συνέντευξη Τύπου της Ελληνικής Οδοντιατρικής Ομοσπονδίας στις 12 Μαρτίου στην Αίγλη Ζαππείου, όπου περιμένουμε εφόσον μας έχουν δώσει την αρωγή και τη στήριξή τους να μετάσχει είτε ο υπουργός, είτε ο υφυπουργός Υγείας. Μετά από την 12η Μαρτίου, οπότε και θα λάβει χώρα η κεντρική συνέντευξη Τύπου της ΕΟΟ, περιμένουμε και από τους Οδοντιατρικούς Συλλόγους κατά τόπους να οργανώσουν συνεντεύξεις Τύπου, να στείλουν Δελτία Τύπου για την προώθηση της εκστρατείας, αλλά και να προχωρήσουν σε δράσεις σε συνεργασία με εθελοντές οδοντιάτρους. Αυτό το κομμάτι θέλουμε να το αφήσουμε πάνω στον κάθε Οδοντιατρικό Σύλλογο, ώστε μέσα από τους πόρους και τα μέσα που διαθέτει να συμβάλει στην καλύτερη διάχυση του μηνύματος της φετινής εκστρατείας σε επίπεδο τοπικής κοινωνίας.

Επιπλέον, θα αναρτήσουμε αφίσες, σε στάσεις στο μετρό, σε στάσεις λεωφορείων, για το ζήτημα αυτό περιμένουμε απάντηση από το υπουργείο Μεταφορών.

Τέλος, αποφασίσαμε να διεξάγουμε ένα διαγωνισμό φωτογραφίας, όπου θα δώσουμε την ευκαιρία σε ενδιαφερόμενους συναδέλφους από κάθε γωνιά της πατρίδας να στείλουν μια φωτογραφική πρόταση που να συνδέει τις ομορφιές της Ελλάδας με την καθημερινή προσπάθεια να διατηρήσουν το χαμόγελο των ασθενών τους. Και για το λόγο αυτό έχουμε ζητήσει και την στήριξη του υπουργείου Τουρισμού.

Όπως βλέπετε, αυτό το Διοικητικού Συμβούλιο δεν στερείται εμπνεύσεως και μάλιστα αποτελεί για μας προτεραιότητα η εξωστρέφεια σε όλα τα επίπεδα. Αποτελεί πάγια θέση δική μου και των υπόλοιπων μελών του Δ.Σ., ότι προκειμένου να είμαστε σε θέση να διεκδικήσουμε στήριξη και πόρους από τα αρμόδια υπουργεία και φορείς, θα πρέπει πρώτα απ' όλα εμείς να δείξουμε πόσο δυνατοί και αποφασισμένοι είμαστε να προωθήσουμε τη στοματική υγεία.

Μ.Μ.: Εγώ αυτό που θα ήθελα να τονίσω είναι ότι φέτος, το Δ.Σ. αποφάσισε να δώσει μια διάρκεια στην εκστρατεία για την ΠΗΣΥ, με μια σειρά δράσεων που εκτείνονται χρονικά πέραν της μιας ημέρας, δηλαδή θεωρούμε ότι το μήνυμα που θέλουμε να περάσουμε δεν μπορούσε να επιτευχθεί σε μία μόνο ημέρα. Ξεκινήσαμε λοιπόν, μια εκστρατεία ενημέρωσης, η οποία δεδομένου ότι η ΠΗΣΥ γιορτάζεται στις 20/3, θα διαρκέσει 20 μέρες και προχωρήσαμε στο να προκηρύξουμε ένα διαγωνισμό φωτογραφίας, ο οποίος έχει τίτλο "Στην Ελλάδα έχουμε 1.000 λόγους να χαμογελάμε" και εκεί βάζουμε και τη δική μας υπόσχεση ότι εμείς ως οδοντιατρική κοινότητα υποσχόμαστε να φροντίζουμε το χαμόγελό σου, τη στοματική σου υγεία και εσύ πρέπει να τηρήσεις τη δική σου υπόσχεση. Ο καθένας μπορεί να στείλει τη δική του υπόσχεση, π.χ. ότι υπόσχεται να επισκέπτεται πιο τακτικά τον οδοντίατρο, ότι θα βουρτσίζει

Ενημερωθείτε για τις νέες τιμές μας!!!

(έκπτωση 30% στα προσθετικά εξαρτήματα
μέχρι και 30/3/20)

NOW PART OF ANKYLOS ASTRA TECH IMPLANT SYSTEM XiVE DENTSPLY SIRONA

DentsplySirona Implants, XiVE, Ankylos, Astra Tech EV

Αυθεντικά κολοβώματα. Πραγματικά αποτελέσματα!!!

Δουλεύοντας με επιστημονική ακρίβεια σημαίνει ότι όλες οι παράμετροι μετρούνται και υπολογίζονται, ώστε να σχεδιαστούν, με απόλυτη συνέπεια ως προς τις βιολογικές και μηχανικές αρχές, τα εξαρτήματα των εμφυτευματικών συστημάτων **DentsplySirona Impalnts** με απώτερο σκοπό την **άριστη συμπεριφορά και αποτέλεσμα.**

Αντικαθιστώντας ένα αυθεντικό κολόβωμα με ένα αντίγραφο διακυβεύεται η ποιότητα και η αξιοπιστία της θεραπείας σας. Τα αυθεντικά κολοβώματα της **DentsplySirona Implants,** συμπεριλαμβανομένων και των εξατομικευμένων κολοβωμάτων **Atlantis**, προσφέρουν την **ακρίβεια** και την **ασφάλεια** που χρειάζεστε, **προστατεύοντας την φήμη και το συμφέρον του ιατρείου σας. Γιατί η λεπτομέρεια κάνει τη διαφορά!!!**

Dentsply Sirona Implants Warranty

Δ.ΜΑΥΡΑΕΙΔΟΠΟΥΛΟΣ Α.Ε.
ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΙΚΑ ΕΙΔΗ

ΤΖΩΡΤΖ 12, ΑΘΗΝΑ 106-77, τηλ.: 210 3830432, 210 3837334
e-mail: mavraid@otenet.gr, Web: www.mavraidopoulos.gr

Dentsply Sirona Implants

τα δόντια του σωστά, και πάρα πολλές άλλες δεσμεύσεις-ιδέες υπάρχουν πολλές στο site της FDI. Κι εφόσον ο Μάρτιος είναι ο τρίτος μήνας του έτους, θα έχουμε τρία βραβεία που θα δοθούν στις καλύτερες από αυτές τις φωτογραφίες.

Παράλληλα, σε συνεργασία με τους τοπικούς Οδοντιατρικούς Συλλόγους, εξετάζουμε το ενδεχόμενο να πραγματοποιηθούν κάποιες επιπλέον δράσεις για την ενημέρωση του κοινού, όπως για παράδειγμα να γίνουν κάποια κουκλοθέατρα ή θεατρικές παραστάσεις, οι οποίες θα περνάνε σχετικά μηνύματα στο κοινό, αλλά καθώς είναι ακόμη υπό διαμόρφωση δεν θα ήθελα να πω περισσότερα έως ότου λάβουν την τελική τους μορφή.

Υπάρχει κάποιο εργαλείο αξιολόγησης της διάχυσης που έχουν τα μηνύματα που προωθείτε, όταν τρέχουν τέτοιες καμπάνιες ενημέρωσης του κοινού;

Αθ.Δ.: Δεν θεωρούμαι ειδικός σε αυτό το κομμάτι, αλλά σίγουρα το ερώτημα είναι σημαντικό να αξιολογήσουμε την προσπάθεια αυτή. Την αξιολόγηση πάντως, εγώ την αφουγκράζομαι και την αισθάνομαι. Όταν δεν υπάρχει η Ομοσπονδία, όταν δεν υπάρχουν οι Σύλλογοι, όταν δεν είναι σε επαφή με τους πολίτες φαίνεται αυτό. Ήμουν πολλά χρόνια Πρόεδρος στον Οδοντιατρικό Σύλλογο Θεσσαλονίκης. Μετά από κάθε συνέντευξη Τύπου με έπαιρναν απλοί πολίτες τηλέφωνο και το ένιωθα και το αφουγκραζόμουν. Όποτε βγαίνουμε έξω, όποτε δείχνουμε εξωστρέφεια, οι πολίτες έρχονται σε εμάς, έρχονται κοντά μας, απευθύνονται σε εμάς. Όταν είχαμε τις εφημερίες των ιδιωτικών οδοντιατρείων τη θερινή περίοδο, ανταποκρινόταν θετικά ο κόσμος, σας λέω ένα πολύ απλό παράδειγμα. Όταν έχεις δράσεις και όταν τις προβάλλεις σωστά αυτές τις δράσεις, τότε έχεις και feedback, τότε αξιολογείσαι, τότε αφουγκράζεσαι μια επιτυχία και αυτό είναι το κίνητρο για να συνεχίσεις.

Μ.Μ.: Ως τώρα δεν είχαμε αξιολόγηση, αλλά στην επόμενη Επιτροπή Πρόληψης και Προαγωγής της Στοματικής Υγείας, το θέμα θα είναι η αξιολόγηση των δράσεων. Και επειδή εμείς έχουμε περιορισμένους πόρους σκεφτήκαμε αυτή την καμπάνια να την "τρέξουμε" κυρίως διαδικτυακά, δηλαδή να χρησιμοποιήσουμε ένα frame της ΠΗΣΥ, όπου ο καθένας θα μπορεί εύκολα από τον υπολογιστή του να ανεβάζει μια φωτογραφία με την αντίστοιχη υπόσχεση και να συμμετέχει στη δράση. Και θα απευθυνθούμε και σε οργανωμένες ομάδες, σε σχολεία, σε αυτοδιοίκηση και σε βουλευτές και στην κοινότητα την οδοντιατρική, ώστε κυρίως να διαδοθεί το μήνυμα με μοντέρνα μέσα, δηλαδή με διαδίκτυο, social media, και βέβαια μέσω της συνέντευξης Τύπου και τη σχετική προβολή της δράσης μας από τον έντυπο Τύπο.

Από εκεί και πέρα αυτή δεν θα είναι η μόνη εκστρατεία ενημέρωσης. Θα υπάρξουν πολύ περισσότερες. Κι αυτό φαίνεται από το γεγονός ότι δεν επιλέξαμε να κάνουμε το εύκολο. Το εύκολο θα ήταν να κάνουμε μια καμπάνια μια ημέρα και να είναι πολύ βατό για όλους μας, γιατί αυτή τη στιγμή υπάρχουν πολύ σημαντικά ζητήματα που απασχολούν τον κλάδο. Έχουμε το ασφαλιστικό, ανεβαίνει το νομοσχέδιο για τη δημόσια υγεία που απ' ότι βλέπουμε δεν υπάρχει τίποτα για τη στοματική υγεία. Είναι πραγματικά τόσα πολλά τα θέματα που μας "καίνε" αυτή την περίοδο, οπότε όλη αυτή η προσπάθεια γίνεται από το απόθεμα της καρδιάς μας.

Κλείνοντας αυτή τη συζήτηση, ποιο είναι το μήνυμα που θα θέλετε να μεταφέρετε στους συναδέλφους σας και αναγνώστες του «ΟΒ» με αφορμή την ΠΗΣΥ, ώστε και εκείνοι να βάλουν το δικό τους «λιθαράκι» σε αυτή τη συλλογική προσπάθεια προώθησης της στοματικής υγείας;

Αθ. Δ.: Η φετινή επέτειος της Παγκόσμιας Ημέρας Στοματικής Υγείας πρέπει να αποτελέσει την αφετηρία περίσκεψης και στις 20 Μαρτίου να δώσουν όλοι οι Έλληνες την υπόσχεση ότι το 2020 θα βρουν χρόνο για τον οδοντίατρο και θα φροντίσουν περισσότερο το στόμα τους.

Παράλληλα, η Ελληνική Οδοντιατρική Ομοσπονδία θα δώσει τον δικό της αγώνα για να ενημερώσει το κοινό, θα σχεδιάσει προγράμματα και ενημερωτικές δράσεις για τη στοματική υγεία και την εξάλειψη των στοματικών νόσων. Θέλουμε να βοηθήσουμε τους πολίτες να κατανοήσουν ότι η φροντίδα των δοντιών προσφέρει πολλά περισσότερα από ένα όμορφο χαμόγελο, καθώς η στοματική υγεία αποτελεί «όπλο» καλής υγείας.

Μ.Μ.: Για μένα το κύρος του οδοντιατρικού επαγγέλματος διασφαλίζεται από την αλληλεπίδρασή του με την κοινωνία και ο οδοντίατρος πρέπει να κατοχυρώνει το επαγγελματικό του κύρος έναντι των ασθενών του, δίνοντάς τους το μήνυμα ότι ενδιαφέρεται για τη διασφάλιση της στοματικής τους υγείας μακροπρόθεσμα. Κι αυτό μπορεί να γίνει με το να κινητοποιήσει τον ασθενή, καθιστώντας τον κοινωνό σε μια σχέση ζωής που αποσκοπεί στη διατήρηση της στοματικής του υγείας. Αυτό περιλαμβάνει τη σωστή μετάδοση μηνυμάτων πρόληψης από την πλευρά του θεράποντος, συνεχή επιμόρφωση του ασθενούς για τις σωστές συνήθειες στοματικής υγιεινής, υπενθύμιση για προγραμματισμένους επανελέγχους, κλπ. Για μένα, το οδοντιατρείο δεν μπορεί να είναι μόνο χώρος διαχείρισης επειγουσών καταστάσεων. Ο επιστήμονας που δίνει το 100% των δυνατοτήτων του, διεκδικεί μια σωστή σχέση με τον ασθενή του, στον πυρήνα της οποίας βρίσκεται η ανάγκη για συνεχή επιμόρφωση του ασθενή γύρω από τη σημασία της στοματικής υγείας, ώστε ο τελευταίος να γίνει συνειδητά οδοντιατρικός ασθενής. Μόνο με αυτό τον τρόπο, μπορούμε να οδηγηθούμε στον μακροπρόθεσμο στόχο μας που είναι να έχουμε ασθενείς ελεύθερους προβλημάτων. Με τον ίδιο τον ασθενή να έχει καθημερινές συνήθειες που να προστατεύουν τη στοματική του υγεία, με την αναζήτηση και τη λήψη έγκαιρης διάγνωσης, με την ενδεδειγμένη κατά περίσταση θεραπεία μπορούμε να φτιάξουμε ολόκληρες γενιές ασθενών που δεν θα έχουν πια προβλήματα.

Σας ευχαριστώ πολύ για αυτή τη συζήτηση και σας εύχομαι κάθε επιτυχία στις δράσεις σας για την προώθηση της στοματικής υγείας.

Και εμείς σας ευχαριστούμε για τη φιλοξενία.

Η σελίδα της Ελληνικής Ενδοδοντικής Εταιρείας

Ενδοδοντική προσέγγιση κεντρικού τομέα της άνω γνάθου με σύντηξη με έγκλειστο μεσόδοντα

Γεώργιος Δεχουνιώτης
DDS, MSc
Χειρουργός Οδοντίατρος-Ενδοδοντολόγος

Η σύντηξη αποτελεί μια ανωμαλία των οδοντικών ιστών με την ένωση δύο ή και περισσότερων οδοντικών σπερμάτων που οδηγεί στην ανάπτυξη δοντιών με μεγάλο μέγεθος μύλης και πολύπλοκη πολφική μορφολογία. Η σύντηξη μπορεί να γίνει σε οποιοδήποτε επίπεδο της μύλης ή και της ρίζας του δοντιού. Εμφανίζεται συχνότερα στο νεογιλό φραγμό παρά στο μόνιμο και κυρίως στον κεντρικό τομέα της άνω γνάθου. Η σύντηξη μόνιμου δοντιού με υπεράριθμο δόντι είναι ακόμη πιο σπάνια και οδηγεί στην δημιουργία ενός δοντιού με ευμεγέθη μύλη που στο σημείο της σύντηξης υπάρχει μια αύλακα. Συνήθως τα δόντια αυτά δημιουργούν αισθητικά προβλήματα και χρήζουν ορθοδοντικής θεραπείας.

Σκοπός της εργασίας είναι να παρουσιάσει ένα κλινικό περιστατικό που αφορά την ενδοδοντική θεραπεία σε έναν κεντρικό τομέα της άνω γνάθου, ο οποίος έχει ταυτόχρονα οδοντική σύντηξη με έναν έγκλειστο μεσόδοντα.

Περιγραφή περιστατικού

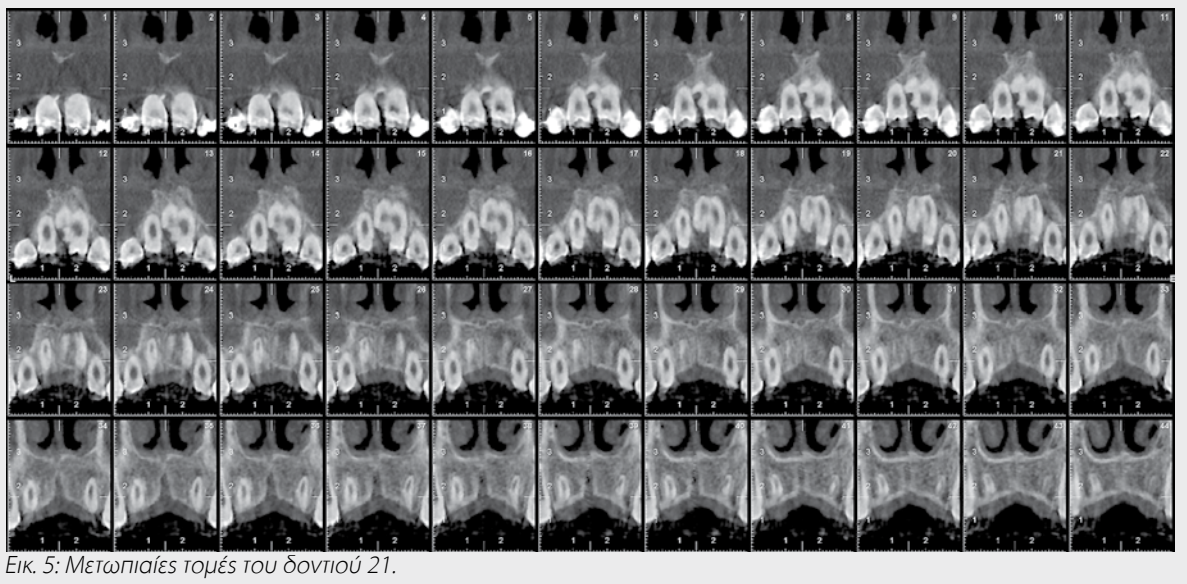
Ασθενής 13 χρονών με ελεύθερο ιατρικό ιστορικό προσήλθε για αντιμετώπιση έντονου οιδήματος στην παρειά και με πυρετό γύρω στους 38 °C. Από το οδοντιατρικό ιστορικό προκύπτει ότι ο ασθενής έχει ξεκινήσει πριν δυο χρόνια ορθοδοντική θεραπεία με στόχο την ευθυγράμμιση και επιπέδωση του άνω και κάτω οδοντικού φραγμού και την διόρθωση των μεσοδοντίων διαστημάτων με εγγύς μετακίνηση των δοντιών ***(Εικ. 1)***. Η μύλη του δοντιού 21 εμφάνιζε μεγαλύτερη εγγύς άπω διάσταση και ο ορθοδοντικός κατά την διάρκεια της ορθοδοντικής θεραπείας τρόχισε την εγγύς επιφάνεια του δοντιού, προκειμένου να αποδώσει καλύτερο αισθητικό αποτέλεσμα στην περιοχή των άνω προσθίων δοντιών. Επίσης ο ορθοδοντικός διαπίστωσε κακή στοματική υγιεινή του ασθενή και τον παρέπεμψε σε γενικό οδοντίατρο για αποτρύγωση και θεραπεία χρόνιας ουλίτιδας. Ένα μήνα μετά την θεραπεία της χρόνιας ουλίτιδας ο ασθενής εμφάνισε εκτεταμένο οίδημα εξωστοματικά στην αριστερή παρειά, το οποίο εκτεινόταν έως το κάτω αριστερό βλέφαρο ***(Εικ. 2)***.

Εικ. 1: Αρχική εικόνα της σύγκλεισης πριν την έναρξη της ορθοδοντικής θεραπείας, όπου παρατηρείται το μεγαλύτερο μέγεθος της μύλης του δοντιού 21 σε σύγκριση με το δόντι 11.

Εικ. 2: Έντονο οίδημα της αριστερής παρειάς έως το κάτω βλέφαρο.

Εικ. 3: Αρχική οπισθοφατνιακή ακτινογραφία του δοντιού 21.

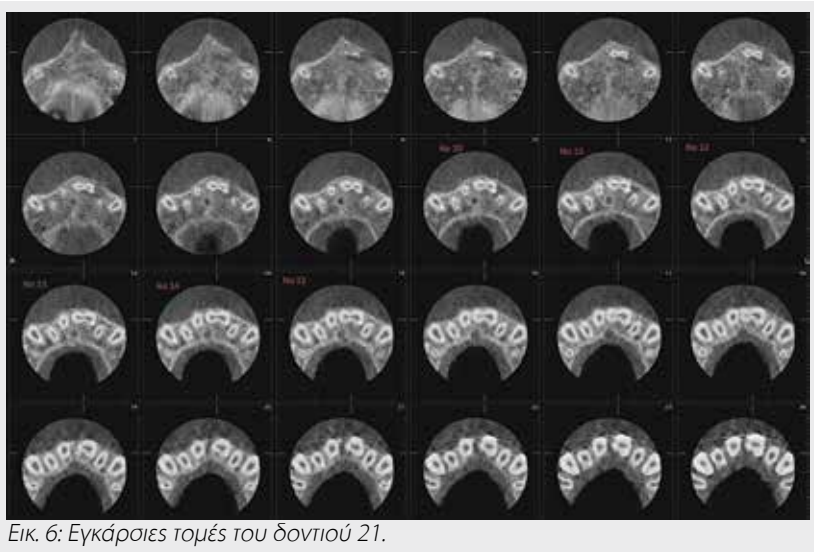
Εικ. 4: Οδοντική σύντηξη μεταξύ έγκλειστου μεσόδοντα με το δόντι 21.



Εικ. 5: Μετωπιαίες τομές του δοντιού 21.

Κατά την κλινική εξέταση εντοπίστηκε ευαισθησία στην ψηλάφηση ακρορριζικά του δοντιού 21, το οποίο ήταν ευαίσθητο στην οριζόντια επίκρουση και δεν αντιδρούσε στις δοκιμασίες ζωτικότητας του πολφού. Τα παρακείμενα πρόσθια δόντια αντιδρούσαν φυσιολογικά στις δοκιμασίες ζωτικότητας. Η περιακρορριζική ακτινογραφία του δοντιού 21 αποκάλυψε ακτινοδιαυγαστική περιοχή ακροορριζικά του δοντιού 21 αλλά και μια ασαφή εικόνα της ανατομίας της ρίζας του δοντιού ***(Εικ. 3)***.

Ο ασθενής παραπέμφθηκε για υπολογιστική τομογραφία κωνικής δέσμης του δοντιού 21, η οποία αποκάλυψε την ύπαρξη οδοντικής σύντηξης μεταξύ έγκλειστου μεσόδοντα με το δόντι 21 ***(Εικ. 4)***. Πιο συγκεκριμένα από τις μετωπιαίες και εγκάρσιες τομές διαπιστώνεται σύντηξη μεταξύ έγκλειστου μεσόδοντα και της ρίζας του δοντιού 21 ***(Εικ. 5,6)***. Από τις μετωπιαίες τομές φαίνεται ότι η σύντηξη ξεκινά από την μεσότητα της ρίζας του δοντιού 21 και εκτείνεται μέχρι και το ακρορριζικό τριτημόριο. Επίσης από τις εγκάρσιες τομές Νο 10 έως Νο 15 προκύπτει ότι ο ριζικός σωλήνας του δοντιού 21 επικοινωνεί άμεσα χωρίς την παρεμβολή οδοντικού τοιχώματος με τον ριζικό σωλήνα του μεσόδοντα και αυτή η άμεση επικοινωνία διακόπτεται μόνο στα τελευταία χιλιοστά του ακρορριζικού τριτημορίου, όπου δόντι 21 και μεσόδοντας εκβάλλουν με χωριστά ακρορριζικά τρήματα.



Εικ. 6: Εγκάρσιες τομές του δοντιού 21.

Εικ. 7: Ενδιάμεση οπισθοφατνιακή ακτινογραφία.

Η παραπάνω ακτινογραφική αξιολόγηση καθιστά απαγορευτική την συνηθισμένη θεραπευτική προσέγγιση, η οποία περιλαμβάνει την χειρουργική αφαίρεση του μεσόδοντα και την αποκοπή του από τον μόνιμο κεντρικό τομέα, διότι σε αυτή την περίπτωση μεγάλο μέρος της εγγύς πλαγιορριζικής επιφάνειας της ρίζας του 21 θα παρέμενε εκτεθειμένο στο περιοδόντιο με δυσκολία έμφραξής του. Στην συγκεκριμένη περίπτωση αποφασίστηκε να γίνει αρχικά συντηρητική ενδοδοντική θεραπεία στο δόντι 21 και σε δεύτερη φάση να πραγματοποιηθεί χειρουργείο κατά την διάρκεια του οποίου θα πραγματοποιηθεί ενδοδοντική θεραπεία στον μεσόδοντα. Με βάση λοιπόν τα παραπάνω την ημέρα παραπομπής του ασθενή ξεκίνησε η συντηρητική ενδοδοντική θεραπεία του δοντιού 21 με αναισθητοποίηση της περιοχής, διάνοιξη του μυλικού θαλάμου και εντοπισμό του στομίου του ριζικού σωλήνα. Επιβεβαιώθηκε η νέκρωση του πολφού, πραγματοποιήθηκε προσδιορισμός του μήκους εργασίας και χημικομηχανική επεξεργασία με μηχανοκινούμενα εργαλεία Ni-Ti και εργαλεία χειρός ανοξείδωτου χάλυβα ***(Εικ. 7)***. Ο ριζικός σωλήνας ήταν ευρύς και το κύριο ακρορριζικό εργαλείο ήταν το Νο 60. Δεν παρατηρήθηκε εκροή πύου κατά την διάρκεια της επεξεργασίας ούτε

AIRFLOW® PROPHYLAXIS MASTER

Οδοντεμπορική
...The absolute DEPOT!
ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΙΚΑ ΕΙΔΗ & ΜΗΧΑΝΗΜΑΤΑ
Π. Τσαλδάρη 211
17676 Καλλιθέα
Τηλ.: 210 95 72 770, 771
Fax: 210 95 77 557
email: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
MAKE ME SMILE.

με το τελικό στέγνωμα με κώνους χάρτου. Τοποθετήθηκε υδροξείδιο του ασβεστίου για 3 εβδομάδες ως ενδορριζικό φάρμακο, προσωρινό εμφρακτικό υλικό στην μύλη του δοντιού και συνταγογραφήθηκε αμοξυκιλλίνη 500mg κάθε 8 ώρες για 5 μέρες. Στις τρεις επόμενες μέρες το οίδημα και τα συμπτώματα υποχώρησαν σημαντικά, όπως και ο πυρετός του ασθενή. Στην δεύτερη συνεδρία μετά από 3 εβδομάδες εμφράχθηκε ο ριζικός σωλήνας με κάθετη συμπύκνωση, έγχυση θερμοπλαστικοποιημένης γουταπέρκας και φύραμα εποξικής ρητίνης ***(Εικ. 8)***.

Ύστερα από μια εβδομάδα από την έμφραξη του ριζικού σωλήνα προγραμματίστηκε η χειρουργική επέμβαση που σκόπευε στην αποκάλυψη του έγκλειστου μεσόδοντα και την διενέργεια ενδοδοντικής του θεραπείας κατά την διάρκεια του χειρουργείου. Ο ασθενής αναισθητοποιήθηκε παρειακά και υπερώια στα πρόσθια δόντια με αρτικαΐνη και αδρεναλίνη 1/100000 για καλύτερο έλεγχο της αιμορραγίας και πραγματοποιήθηκε τομή φακέλου στα παρειακά ούλα από το δόντι 12 έως το δόντι 22. Μετά την ανάπεταση του κρημνού αποκαλύφθηκε το στόμιο του ριζικού σωλήνα με την βοήθεια του ενδοδοντικού ανιχνευτήρα και διανοίχθηκε αρχικά με στρογγύλη φρέζα μικρομότορ ***(Εικ. 9)***. Ο πολφός του μεσόδοντα ήταν αιμορραγικός και για την μηχανική επεξεργασία χρησιμοποιήθηκαν μηχανοκινούμενα εργαλεία Ni-Ti. Αρχικά προσδιορίστηκε το μήκος εργασίας με ενδιάμεση ακτινογραφία ***(Εικ. 10)***, ενώ για τους διακλυσμούς χρησιμοποιήθηκε αραιό διάλυμα υποχλωριώδους νατρίου 0,5% για αποφυγή ερεθισμού του φατνιακού οστού. Η διεύρυνση του ριζικού σωλήνα έγινε μέχρι το No 50 5% και στην συνέχεια ο ριζικός σωλήνας του μεσόδοντα στέγνωσε με κώνους χάρτου. Ως υλικό έμφραξης ολόκληρου του ριζικού σωλήνα επιλέχθηκε το MTA εξαιτίας της άριστης βιοσυμβατότητάς του και της ικανοποιητικής εμφρακτικής του ικανότητας ως υλικό ανάστροφης έμφραξης ***(Εικ. 11)***. Τέλος έγινε η συρραφή του κρημνού με ράμματα μεταξιού 4/0.

Μετά από μια εβδομάδα έγινε η αφαίρεση των ραμμάτων και η αποκατάσταση της μύλης του δοντιού με σύνθετη ρητίνη ***(Εικ. 12)***.

Ο κλινικός και ακτινογραφικός επανέλεγχος σε έξι μήνες και έναν χρόνο μετά την ενδοδοντική θεραπεία του δοντιού 21 φανερώνει φυσιολογικούς περιοδοντικούς και περιακρορριζικούς ιστούς και ο ασθενής παραμένει ασυμπτωματικός εδώ και τρία χρόνια ***(Εικ. 13,14)***.

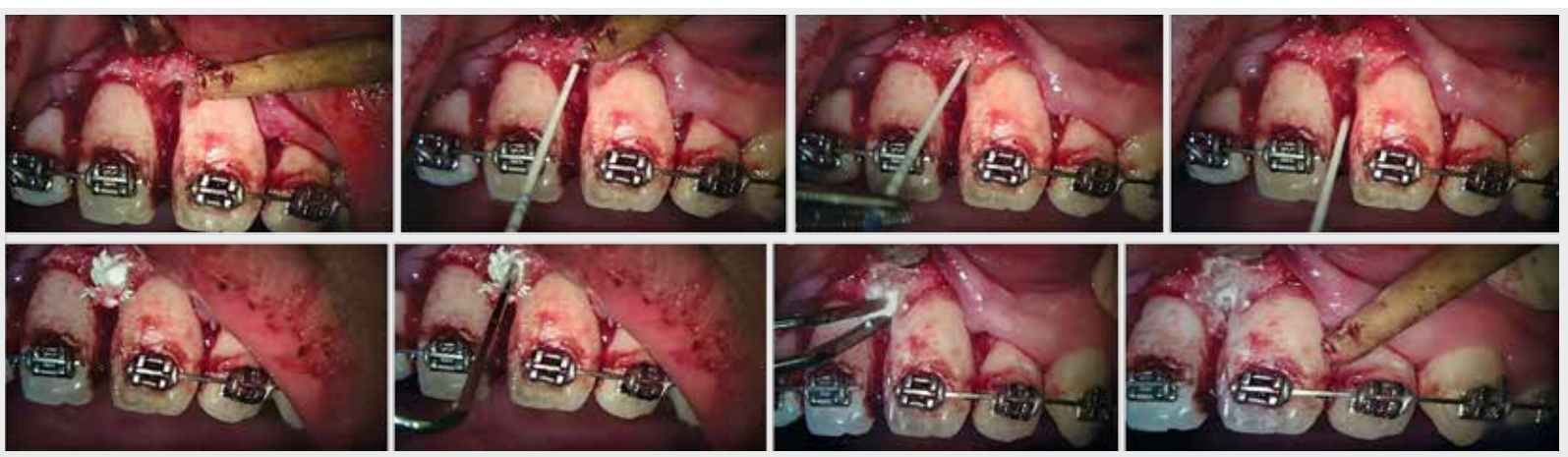
Εικ. 8: Έμφραξη του ριζικού σωλήνα του δοντιού 21 με πλαγιορριζική έξοδο φυράματος.

Εικ. 9: Χειρουργική αποκάλυψη του μεσόδοντα και εντοπισμός του στομίου του ριζικού του σωλήνα.

Συμπεράσματα

Η οδοντική σύντηξη αποτελεί αναπτυξιακή ανωμαλία τον σκληρών οδοντικών ιστών που οδηγεί στην δημιουργία δοντιών με πολύπλοκη ανατομία τόσο της μύλης όσο και της πολφικής κοιλότητας. Τα παραπάνω δόντια συνιστούν μια πρόκληση για τον κλινικό οδοντίατρο εφόσον χρειαστούν ενδοδοντική ή και ορθοδοντική θεραπεία. Με την χρήση της υπολογιστικής τομογραφίας κωνικής δέσμης είναι δυνατό να αποσαφηνιστεί σε μεγάλο βαθμό το επίπεδο της σύντηξης και να υπάρχει μια σαφής εικόνα για την ιδιαιτερότητα της πολφικής κοιλότητας. Επίσης η χρήση του οπτικού μικροσκοπίου βοηθάει τον κλινικό να επιβεβαιώσει τις ανατομικές παραλλαγές και να επιτύχει μια άρτια ενδοδοντική θεραπεία. Επομένως ενδοδοντικά θεραπευμένα δόντια με οδοντική σύντηξη μπορούν να διατηρηθούν στο φραγμό λειτουργικά για σημαντικό χρονικό διάστημα.

Εικ. 10: Ενδιάμεση ακτινογραφία κατά την διάρκεια του χειρουργείου για τον προσδιορισμό του μήκους εργασίας στο μεσόδοντα.



Εικ. 11: Στέγνωμα του ριζικού σωλήνα του μεσόδοντα με κώνους χάρτου και τοποθέτηση MTA.

Εικ. 12: Τελική εικόνα της έμφραξης με MTA του μεσόδοντα και ακτινογραφικός έλεγχος της έμφραξης.

Εικ. 13: Ακτινογραφικός επανέλεγχος του δοντιού 21 έξι μήνες μετά την χειρουργική επέμβαση.

Εικ. 14: Ακτινογραφικός επανέλεγχος του δοντιού 21 ένα χρόνο μετά την χειρουργική επέμβαση.

ΕΝΔΕΙΚΤΙΚΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

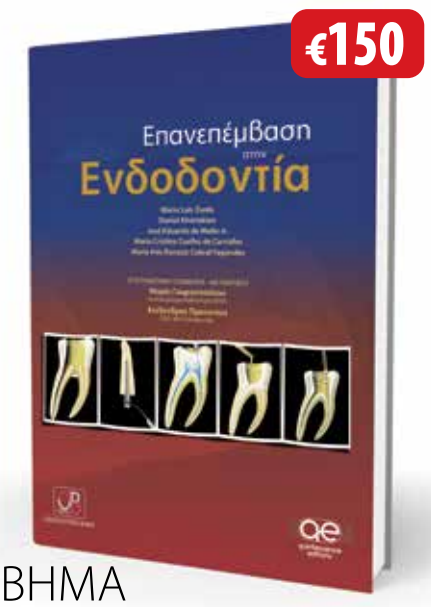
1. Steinbock N. et al, Fusion of Central Incisors with Supernumerary Teeth: A 10-year Follow-up of Multidisciplinary Treatment. J Endod 2014;40:1020–1024
2. Sachdeva G. S. et al, Endodontic management of mandibular central incisor fused to a supernumerary tooth associated with a talon cusp: a case report. International Endodontic Journal, 45, 590–596, 2012
3. Hiilsmann M et al, Hemisection and vital treatment of a fused tooth -literature review and case report. Endod Dent Traumatol 1997; 13: 253 -258
4. Sawyer M. et al, Endodontic therapy in an unusual case of fusion. J Endod 1980; 6: 796-798

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

+ **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

+ **Δώρο** Λεξικό Ενδοδοντολογικών Όρων

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

Variolink® Esthetic

Η αισθητική ρητινώδης κονία

Εκπληκτικά απλή απόδοση αισθητικής

Η ρητινώδης κονία για επίτευξη εξαιρετικής αισθητικής με εύκολη και φιλική διαδικασία

- Ισορροπημένο και συνοπτικό σύστημα απόδοσης των αποχρώσεων
- Άριστη σταθερότητα αποχρώσεων χάρη στη σύνθεση χωρίς αμίνες
- Εύκολη και ελεγχόμενη απομάκρυνση περίσσειας

Ιδανικό για Tetric® CAD

Ιδανικό για IPS e.max® CAD/Press

www.ivoclarvivadent.gr

Επίσημοι 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. Αναστασιάδη 1 / 2012 Λευκωσία / τηλ: 22 466 000 /
www.dentalcon.com.cy
www.ivoclarvivadent.com

Ivoclar Vivadent AG
Bendererstr. 2 | 9494 Schaan | Liechtenstein |
Tel. +423 235 35 35 | Fax +423 235 33 60

ivoclar vivadent®
passion vision innovation

Η στήλη της
ΕΛΛΗΝΙΚΗΣ ΠΕΡΙΟΔΟΝΤΟΛΟΓΙΚΗΣ ΕΤΑΙΡΕΙΑΣ

Εξωτερική αυχενική οδοντική απορρόφηση: Μια διακριτή κλινική οντότητα. Διάγνωση, επίδραση στο περιοδόντιο, αντιμετώπιση

Πηνελόπη Πανή
DDS, MSc
Περιοδοντολόγος
Diplomate, American Board of Periodontology
Clinical Assistant Professor, Boston University

Η εξωτερική αυχενική απορρόφηση είναι ένας πολύπλοκος και δυναμικός τύπος απορρόφησης που αναπτύσσεται στην αυχενική περιοχή της ρίζας και δύναται να οδηγήσει σε απώλεια δοντιών. Η παθολογία αυτή έχει προσελκύσει σημαντικό κλινικό και επιστημονικό ενδιαφέρον, καθώς η συχνότητα εμφάνισής της έχει αυξηθεί σημαντικά τις τελευταίες δεκαετίες. Επειδή είναι συχνά ασυμπτωματική, η διάγνωσή της πολλές φορές βασίζεται σε ένα καθαρά τυχαίο κλινικό ή/και ακτινολογικό εύρημα και μπορεί να επηρεάσει μεμονωμένα ή πολλαπλά δόντια στον φραγμό οδηγώντας στην πρόωρη απώλειά τους. Για τη θεραπεία της εξωτερικής απορρόφησης έχουν προταθεί πολλές τεχνικές, είτε χειρουργικές, είτε πιο συντηρητικές. Η προσέγγιση με συνδυασμό ενδοδοντικής θεραπείας – χειρουργικής περιοδοντίου συνήθως απαιτείται για την αναχαίτιση της αυχενικής απορρόφησης και την αποκατάσταση πιθανών περιοδοντικών βλαβών στα προσβεβλημένα δόντια.

Για πολλούς κλινικούς, οι οδοντικές απορροφήσεις παραμένουν πολύπλοκες, μυστηριώδεις και αινιγματικές. Ιστορικά, η απορρόφηση ρίζας ταξινομείται βάσει εντόπισης σε εσωτερική ή εξωτερική με τη δεύτερη να ταξινομείται περαιτέρω σε απορρόφηση επιφάνειας, φλεγμονώδη απορρόφηση και απορρόφηση αντικατάστασης[1]. Τις τελευταίες δεκαετίες, ένας αυξανόμενος αριθμός μελετών και αναφορών περιστατικών (case reports) περιγράφουν την ξεχωριστή διακριτή κλινική οντότητα της εξωτερικής αυχενικής απορρόφησης. Συχνά, η παθολογία αυτή αναφέρεται ως «επιθετική αυχενική ριζική απορρόφηση» (invasive cervical root resorption), όπως πρωτοχρησιμοποιήθηκε από τον Heithersay GS που τη μελέτησε εκτενώς και καλλιέργησε τη σύγχρονη αντίληψη και γνώση γύρω από αυτή τη διακριτή κλινική οντότητα[2].

Η εξωτερική αυχενική απορρόφηση ρίζας ανήκει –βάσει της πρόσφατης ταξινόμησης των περιοδοντικών νοσημάτων – στους τοπικούς οδοντικούς παράγοντες που μπορούν να δημιουργήσουν την προδιάθεση για περιοδοντική νόσο καθώς και στις ενδο-περιοδοντικές βλάβες με καταστροφή της ρίζας[3,4]. Μπορεί να οδηγήσει σε επικοινωνία με το υποουλικό μικροβιακό οικοσύστημα με αποτέλεσμα η κατακράτηση πλάκας σε τέτοιες περιοχές να οδηγήσει σε ουλίτιδα οφειλόμενη στην οδοντική μικροβιακή πλάκα ή σε περιοδοντίτιδα[4].

Στην περίπτωση της αυχενικής εξωτερικής απορρόφησης, τα εξειδικευμένα κύτταρα (φαινότυπος) υπεύθυνα για την αποδόμηση των οργανικών και ανόργανων συστατικών των σκληρών οδοντικών ιστών προέρχονται από το προσπεφυκός επιθήλιο. Για αυτόν τον λόγο, η βλάβη παρατηρείται συνήθως στην αυχενική περιοχή του δοντιού. Εξαιρέσεις αποτελούν δόντια με κλινική απώλεια πρόσφυσης όπου το επίπεδο πρόσφυσης είναι πιο ακρορριζικά ***(Εικ. 1)***.

Εικ. 1: (α) CBCT απεικόνιση εξωτερικής αυχενικής απορρόφησης εγγύς του #33. Παρατηρείται η διαύγαση αυχενικά-παρειακά και οστική απώλεια εγγύς του δοντιού. (β) Κλινική εικόνα της ίδιας βλάβης με εμφανή διόγκωση στη μεσοδόντια θηλή των #32-33. (γ) Μετά την αφαίρεση του όγκου και τη χειρουργική αποκάλυψη της βλάβης. Παρατηρείται η απώλεια πρόσφυσης εγγύς. (δ) Κλινική μετεγχειρητική εικόνα μετά από 2 μήνες. Η βλάβη αντιμετωπίστηκε με υαλοϊονομερή κονία τροποποιημένη με ρητίνη (Geristore). Η ιστολογική εξέταση του όγκου επιβεβαίωσε τη διάγνωση του ινώματος.

Αιτιολογία

Διαφορετικοί όροι έχουν παρουσιαστεί στη βιβλιογραφία προκειμένου να περιγραφεί ο συγκεκριμένος τύπος απορρόφησης, γεγονός που υποδεικνύει διάσταση απόψεων γύρω από τη φύση και την αιτιοπαθογένειά του. Παρ'όλα αυτά έχουν αναγνωριστεί κάποιοι προδιαθεσικοί / αιτιολογικοί παράγοντες, όπως η ορθοδοντική μετακίνηση, το τραύμα, η περιοδοντική θεραπεία (μη χειρουργική ή χειρουργική), η χρήση παραγόντων εσωτερικής λεύκανσης των δοντιών, η φλεγμονή, και οι αναπτυξιακές βλάβες[5,6]. Θεωρείται ότι οι περισσότεροι από αυτούς τους παράγοντες προκαλούν βλάβες στην οστεΐνη στην αυχενική περιοχή της ρίζας. Η χρήση συστημικών διφωσφονικών έχει επίσης συσχετιστεί με την αυχενική απορρόφηση, με πιθανή συσχέτιση του τροποποιημένου μεταβολισμού του οστού και της αλλοιωμένης οδοντοκλαστικής δράσης των κυττάρων[7]. Επίσης, πρόσφατες αναφορές έχουν συσχετίσει την αυχενική εξωτερική απορρόφηση με τον ερπητοϊό 1 της γάτας (Feline Herpesvirus 1 – FeHV-1). Μια μικρή μελέτη έδειξε ότι 100% των ενταγμένων στη μελέτη ασθενών με εξωτερική απορρόφηση σε πολλαπλά δόντια ήταν θετικοί στον FeHV-1, προτείνοντας πιθανή ιική αιτιολογία / συσχέτιση της αυχενικής απορρόφησης στους ανθρώπους[8]. Παρόλα αυτά η βλάβη θεωρείται συνήθως ιδιοπαθής μιας και το πραγματικό ερέθισμα για την εμφάνισή της δεν είναι ακόμη κατανοητό και πολλοί ασθενείς εμφανίζουν τη βλάβη χωρίς κάποιον από τους προαναφερθέντες αιτιολογικούς παράγοντες. Κάποιες αναφορές δείχνουν επίσης και μια συσχέτιση με το γενετικό υπόβαθρο[9].

Διάγνωση – Κλινική και ακτινογραφική εικόνα

Η κλινική και ακτινογραφική εικόνα της εξωτερικής αυχενικής απορρόφησης μπορεί να ποικίλει, ανάλογα με την τοποθεσία και τη φύση της (αποκατάσταση της απορροφημένης οδοντικής ουσίας με οστό ή όχι). Οι περισσότερες βλάβες είναι ασυμπτωματικές και η διάγνωσή τους πολλές φορές βασίζεται σε ένα καθαρά τυχαίο κλινικό ή/και ακτινολογικό εύρημα. Καθώς ο πολφός δεν επηρεάζεται από την αυχενική απορρόφηση, με εξαίρεση βλάβες μεγάλης έκτασης, οι δοκιμασίες ζωτικότητάς του κυμαίνονται σε φυσιολογικά όρια και δεν παρατηρείται πόνος κατά την επίκρουση και ψηλάφηση του δοντιού.

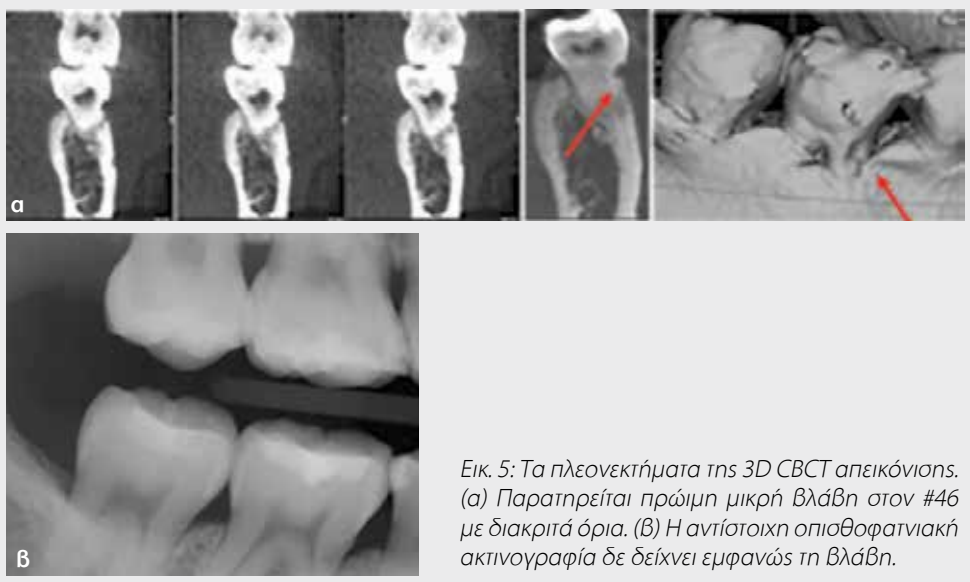
Σε χρόνιες αυχενικές απορροφήσεις, η αδαμαντίνη εμφανίζει στην περιοχή της βλάβης μια ελαφρώς ροδόχρου όψη (pink spot) ***(Εικ. 2)***. Η αυχενική απορρόφηση εμφανίζεται συνήθως υποουλικά με τα ούλα να εισέρχονται συχνά στη βλάβη και να παρατηρείται αιμορραγία στην ανίχνευση με τον περιοδοντικό ανιχνευτήρα. Σε χρόνιες φλεγμονώδεις βλάβες σε περιοδοντικούς ασθενείς μπορεί να παρατηρηθεί και απώλεια οστού (οριζόντια ή γωνιώδης βλάβη) και απώλεια κλινικής πρόσφυσης με δημιουργία θυλάκου ***(Εικ. 3)***. Η ακτινογραφική εικόνα ποικίλλει και συνήθως εντοπίζεται ως μια ακτινοδιαύγαση στην αυχενική περιοχή του δοντιού ***(Εικ. 4)***.

Η 3D απεικόνιση με υπολογιστική τομογρα-

Εικ. 2: Κλινική απεικόνιση της εξωτερικής αυχενικής απορρόφησης. Παρατηρείται η ροδόχρους όψη (pink spot) της αδαμαντίνης αυχενικά στα #11, 12, 21, η άθικτη αδαμαντίνη με αιχμηρά όρια γύρω από τη βλάβη αυχενικά, καθώς και η μυλική μετατόπιση των ούλων μέσα στη βλάβη με αιμορραγία στην ανίχνευση (#22).

Εικ. 3: Εξωτερική αυχενική απορρόφηση άπω του #42 σε περιοδοντικό ασθενή. Παρατηρείται μικρή οστική βλάβη άπω του #42. Κλινικά, η βλάβη βρίσκεται υποουλικά με δημιουργία θυλάκου 5 χιλ.

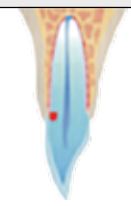
Εικ. 4: Ακτινογραφική απεικόνιση της εξωτερικής αυχενικής απορρόφησης. Διακρίνονται οι ακτινοδιαυγάσεις με ακανόνιστα όρια αυχενικά, ο άθικτος ριζικός σωλήνας των δοντιών καθώς και η ακέραιη φατνιακή ακρολοφία.



Εικ. 5: Τα πλεονεκτήματα της 3D CBCT απεικόνισης. (α) Παρατηρείται πρώιμη μικρή βλάβη στον #46 με διακριτά όρια. (β) Η αντίστοιχη οπισθοφατνιακή ακτινογραφία δε δείχνει εμφανώς τη βλάβη.

Ύψος	Περιφερειακή επέκταση	Εγγύτητα με τον ριζικό σωλήνα
1: Στο επίπεδο της αδαμαντινοοστεϊνικής ένωσης ή υπερουλικά **2:** Εκτείνεται στο αυχενικό τριτημόριο της ρίζας και υπερουλικά **3:** Εκτείνεται στο μέσο τριτημόριο της ρίζας **4:** Εκτείνεται στο ακρορριζικό τριτημόριο της ρίζας	A: ≤90˚ B: >90˚ to ≤180˚ C: >180˚ to ≤270˚ D: >270˚	**οδοντίνη:** Βλάβη εντοπισμένη στην οδοντίνη **πολφός:** Πιθανή επικοινωνία της βλάβης με τον πολφό

Πίνακας 1: Τρισδιάστατη ταξινόμηση της εξωτερικής αυχενικής απορρόφησης. Patel et al. 2018[11]

Class I	Class II	Class III	Class IV
Ρηχή διείσδυση της βλάβης στην οδοντίνη	Επέκταση της βλάβης στην οδοντίνη	Η βλάβη εκτείνεται στο πρώτο τριτημόριο της ρίζας	Η βλάβη επεκτείνεται ακρορριζικά και προς τον ριζικό σωλήνα
			

Πίνακας 2: Δισδιάστατη ταξινόμηση της εξωτερικής αυχενικής απορρόφησης. Heithersay GS 1999, Heithersay GS 2007[2,10]

φία κωνικής δέσμης (CBCT) θεωρείται απαραίτητη για τη διαφορική διάγνωση και την αξιολόγηση του τύπου της απορρόφησης. Πιο συγκεκριμένα, το σημείο έναρξης, η τοποθεσία, η απόσταση από την πολφική κοιλότητα και η ύπαρξη μιας ανθεκτικής στιβάδας γύρω από το ριζικό σωλήνα, η τρισδιάστατη έκταση, η αποκατάσταση της κοιλότητας με οστό καθώς και η ύπαρξη διασυνδέσεων ανάμεσα στην κοιλότητα και την περιοδοντική μεμβράνη (υπερφατνιακοί μαλακοί ιστοί) μπορούν να απεικονιστούν με ακρίβεια ***(Εικ. 5)***. Η χρήση της CBCT απεικόνισης οδήγησε σε μια πρόσφατη νέα τρισδιάστατη ταξινόμηση της αυχενικής απορρόφησης[10] ***(πίνακας 1)*** καλύπτοντας τα κενά της προηγούμενης και επί πολλών ετών χρησιμοποιούμενης ταξινόμησης του Heithersay GS[2,11] ***(πίνακας 2)***.

Θεραπευτική προσέγγιση

Όσον αφορά στη θεραπευτική προσέγγιση των περιστατικών με αυχενική απορρόφηση, οι πιθανές επιλογές χωρίζονται σε δύο μεγάλες ομάδες, τη χειρουργική και τη συντηρητική, και οι δύο με στόχο την απενεργοποίηση και την εξαίρεση του παθολογικού ιστού που προκαλεί την απορρόφηση ***(Εικ. 6)***. Σε πολλά περιστατικά η θέση, η έκταση, η σο-

Εικ. 6: Κλινική εικόνα του περιστατικού της εικόνας 5. (α) Παρατηρείται φυσιολογικό βάθος θυλάκων με αιμορραγία στην ανίχνευση. (β) Αναπέταση κρημνού ολικού πάχους φανερώνει την εντοπισμένη εξωτερική αυχενική απορρόφηση στην εγγύς ρίζα του #46. (γ) Απενεργοποίηση της βλάβης και κάλυψη με τροποποιημένη με ρητίνη υαλοϊονομερή κονία (Geristore) (δ) Συρραφή του κρημνού. (ε) Κλινική και ακτινογραφική εικόνα μετά από έναν χρόνο.

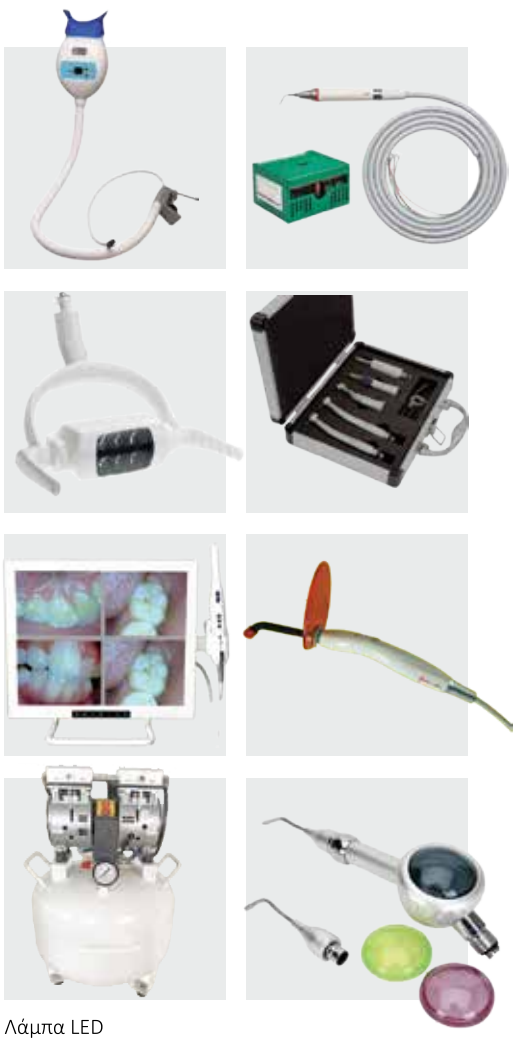
news

Πλήρες οδοντιατρικό πακέτο εξοπλισμού

4000,00 €

από οδοντίατρους
για οδοντίατρους...

ΠΡΟΔΙΑΓΡΑΦΕΣ
Τάση τροφοδοσίας 220V 50Hz
Πίεση αέρα> 0,55Mpa
Πίεση νερού 0.2Mpa-.04Mpa
Χαμηλότερη θέση καρέκλας 440mm
Υψηλότερη θέση καρέκλας 860mm
Κάθισμα-υψηλότερη κλίση πλάτης 5 °
Κάθισμα- χαμηλότερη κλίση πλάτης 85 °



Λάμπα LED
Γραμμές με στάνταρ εξαρτήματα (3 σετ)
Υδροαεροσύριγγα (2 σειρές)
Σιελαντλία νερού (με διακόπτη) (1set)
Εγκατάσταση ισχυρής αναρρόφησης (1 σετ κάθε μία)
Κεραμικό πτυελοδοχείο
Σύστημα καθαρού νερού με ενσωματωμένο μπουκάλι
X-film διαφανοσκόπιο
Καρεκλάκι οδοντιάτρου (1set)
Προσκέφαλο κατάλληλο για ενήλικες και παιδιά
Στρόγγυλο ποδόπληκτρο (1set)

Άλλες συσκευές

150,00 €
Θερμαντήρας ρητινών

125,00 €
Φωτοπολυμεριστής

90,00 €
Συσκευή κοπής γουταπέρκας

355,00 €
Συσκευή αποτρύγωσης LED

179,00 €
Συσκευή αλουμινοβολής

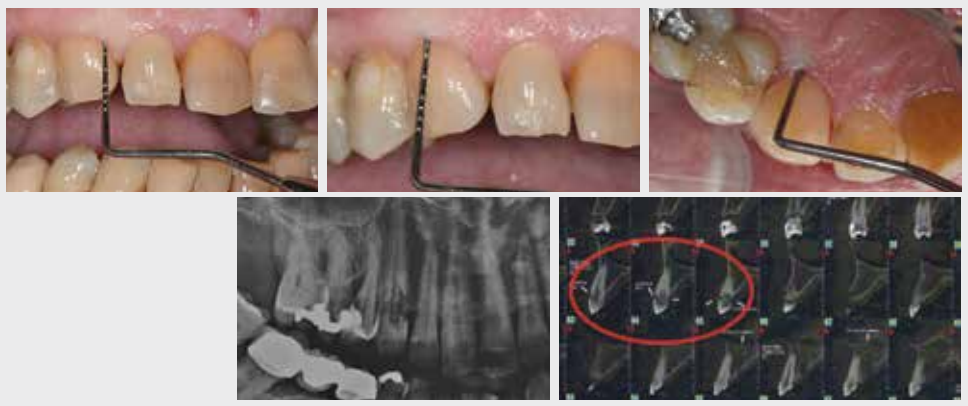
415,00 €
Συσκευή Vacuum

170,00 €
Συσκευή εντοπισμου΄ακροριζίου

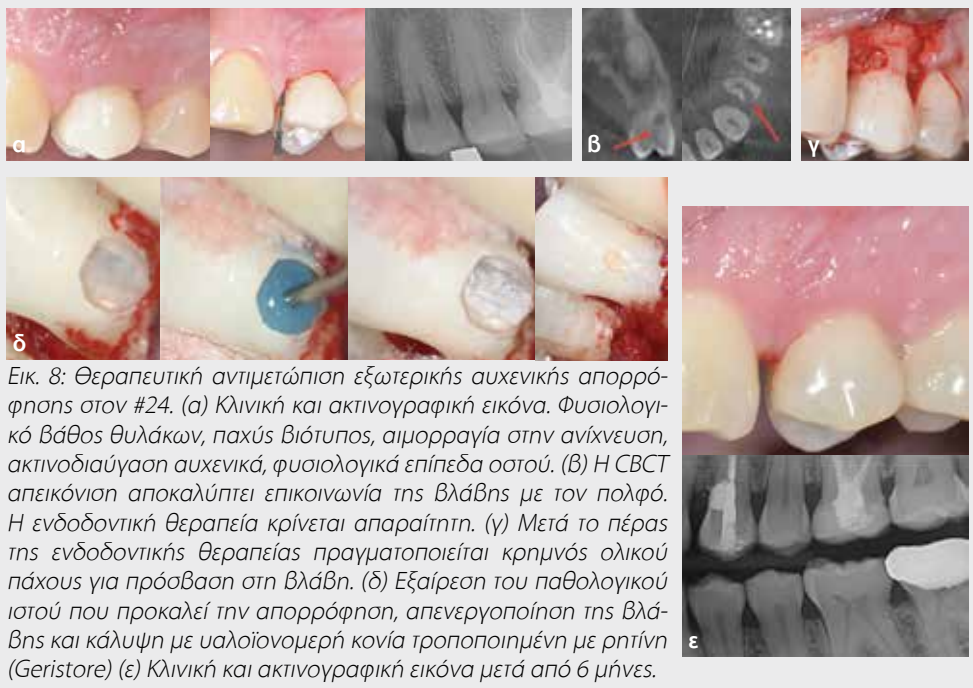
490,00 €
Αυτόματη ανάμιξη αποτυπωτικών

220,00 €
Σακουλοποιός

Οι τιμές δεν περιλαμβάνουν ΦΠΑ • τηλ. 2310 570 560



Εικ. 7: Κλινική και ακτινογραφική εικόνα του #13 με εκτεταμένη εξωτερική αυχενική απορρόφηση. Παρατηρείται βαθύς θύλακος υπερώια και εκτεταμένη ακτινοδιαύγαση. Η CBCT απεικόνιση δείχνει την έκταση της βλάβης με μεγάλη ακρίβεια. Το δόντι δεν μπορεί να διατηρηθεί στον οδοντικό φραγμό και κρίνεται απαραίτητη η εξαγωγή του.



Εικ. 8: Θεραπευτική αντιμετώπιση εξωτερικής αυχενικής απορρόφησης στον #24. (α) Κλινική και ακτινογραφική εικόνα. Φυσιολογικό βάθος θυλάκων, παχύς βιότυπος, αιμορραγία στην ανίχνευση, ακτινοδιαύγαση αυχενικά, φυσιολογικά επίπεδα οστού. (β) Η CBCT απεικόνιση αποκαλύπτει επικοινωνία της βλάβης με τον πολφό. Η ενδοδοντική θεραπεία κρίνεται απαραίτητη. (γ) Μετά το πέρας της ενδοδοντικής θεραπείας πραγματοποιείται κρημνός ολικού πάχους για πρόσβαση στη βλάβη. (δ) Εξαίρεση του παθολογικού ιστού που προκαλεί την απορρόφηση, απενεργοποίηση της βλάβης και κάλυψη με υαλοϊονομερή κονία τροποποιημένη με ρητίνη (Geristore) (ε) Κλινική και ακτινογραφική εικόνα μετά από 6 μήνες.

βαρότητα αλλά και η δυνατότητα προσπέλασης της βλάβης, είναι οι παράγοντες που θα καθορίσουν και το είδος της θεραπείας. Οι πρώιμες βλάβες ανταποκρίνονται πιο προβλέψιμα στην εκάστοτε θεραπεία ενώ πιο προχωρημένες βλάβες μπορεί να μην αφήνουν περιθώρια επέμβασης πλην της εξαγωγής του προσβεβλημένου δοντιού[10] ***(Εικ. 7)***. Θεραπευτικά σχήματα αντιμετώπισης της αυχενικής απορρόφησης αποτελούν η χειρουργική ή/και η ορθοδοντική αποκάλυψη της απορρόφησης και εν συνεχεία η έμφραξή της, με πιθανή ταυτόχρονη καθοδηγουμένη ιστική αναγέννηση[12,13]. Σε περιπτώσεις εμπλοκής του πολφού, θεραπεία εκλογής αποτελεί η ενδοδοντική θεραπεία ακολουθούμενη με χειρουργική προσπέλαση της βλάβης ***(Εικ. 8)***. Η εφαρμογή των ποικίλων θεραπευτικών τεχνικών μέχρι και σήμερα, δείχνει ότι καμιά από αυτές δεν μπορεί να εγγυηθεί προβλέψιμα θεραπευτικά αποτελέσματα, αφού σε κάθε περίπτωση υπάρχει η πιθανότητα υποτροπής και επανεμφάνισης της βλάβης.

Βιβλιογραφία

1. Andeasen JO. External root resorption: its implications in dental traumatology, pedodontics, periodontics, orthodontics and endodontics. Int J Endod. 1985;8:109–118.
2. Heithersay GS. Invasive cervical resorption: An analysis of potential predisposing factors. Quintessence Int 1999;30:83-95.
3. Herrera D, Retamal-Valdes B, Alonso B, Feres M. Acute periodontal lesions (periodontal abscesses and necrotizing periodontal diseases) and endo-periodontal lesions. J Clin Periodontol. 2018 Jun;v45 Suppl 20:S78-S94.
4. Ercoli C, Gaton JG. Dental prostheses and tooth related factors. J Periodontol. 2018;89(Suppl 1):S223–S236.
5. Patel S, Kanagasingam S, Pitt Ford T. External cervical resorption: a review. J Endod. 2009;35:616–625.
6. Tronstad L. Root resorption – etiology, terminology and clinical manifestations. Endod Dent Traumatol 1988; 4: 241–52.
7. Patel S, Saberi N. External cervical resorption associated with the use of bisphosphonates: a case series. J Endod. 2015;41(5):742-748.
8. von Arx T, Schawalder P, Ackermann M, Bosshardt DD. Human and feline invasive cervical resorptions: the missing link? - Presentation of four cases. J Endod. 2009; 35(6):904-913.
9. Neely AL, Gordon SC. A familial pattern of multiple idiopathic cervical root resorption in a father and son: a 22-year follow-up. J Periodontol. 2007;78(2): 367-371.
10. Heithersay GS. Management of tooth resorption. Australian Dental Journal Supplement 2007;52:(1 Suppl):S105-S121
11. Patel S, Foschi F, Mannocci F, Patel K. External cervical resorption: a three-dimensional classification. International Endodontic Journal 2018:51, 206–214.
12. Kim Y, Lee CY, Kim E, Roh BD. Invasive cervical root resorption: treatment challenges. Restor Dent Endod. 2012;37(4):228–231.
13. White C, Bryant N. Combined therapy of mineral trioxide aggregate and guided tissue regeneration in the treatment of external root resorption and an associated osseous defect. J Periodontol, 2002;73:1517-1521.

Πόσο σημαντικές είναι οι συγκλεισιακές παρεμβολές στις μυϊκού τύπου διαταραχές του Στοματογναθικού συστήματος;

Βύρων Δρούκας
Καθηγητής ΕΚΠΑ

Ο όρος «σύγκλειση» υποδηλώνει την πράξη του «συναρμόζειν» ή του «κεκλεισμένου». Στην Οδοντιατρική βιβλιογραφία, ο όρος αφορά και τις δύο έννοιες.

Δηλαδή, την συναρμογή των οδοντικών φραγμών κατά τη διάρκεια των λειτουργικών κινήσεων της κάτω γνάθου (Κ.Γ.)[1]

Υπό την ευρύτερη έννοια, η σύγκλειση περιλαμβάνει και την κινησιολογία της Κ.Γ. καθώς και τη σχέση της με τις κροταφογναθικές διαρθρώσεις (Κ.Γ.Δ.), σε στατική ή δυναμική και λειτουργική θέση. Κατά τη διάρκεια των λειτουργικών κινήσεων της Κ.Γ., η έκταση των επαφών των ανταγωνιστών δοντιών σε επιφάνεια και αριθμό, δεν παραμένει σταθερή μεταβαλλόμενη, δημιουργώντας τοπογραφική εξάρτηση με την άνω γνάθο. Εκτός από τις βασικές θέσεις της Κ.Γ. (μέγιστη συγγόμφωση, κεντρική σχέση, θέση ανάπαυσης κλπ.), επαφές ανταγωνιστών υπάρχουν και σε άλλες θέσεις. Οι θέσεις αυτές αναπαριστούν το λειτουργικό αποτέλεσμα της μετακίνησης της Κ.Γ. κατά τη διάρκεια των διαφόρων δραστηριοτήτων της. Το είδος αυτό της σύγκλεισης ονομάζεται λειτουργική σύγκλειση.

Διευρύνοντας έτι περαιτέρω τον όρο «σύγκλειση», πραγματοποιείται μεταξύ των μεσοσυγκλεισιακών σημείων επαφής των ανταγωνιστών και στη στατική και στη δυναμική ή λειτουργική σύγκλειση.[2]

Στην Κλινική οδοντιατρική πράξη, η προσπάθεια του θεράποντος αποβλέπει κυρίως στη συντήρηση και αποκατάσταση των δοντιών.

Ο ρόλος των επιμέρους χαρακτηριστικών γνωρισμάτων της σύγκλεισης, περιγράφεται με πολλές αντιτιθέμενες γνώμες και απόψεις.

Πρόωρες επαφές - Συγκλεισιακές παρεμβολές

Τα περισσότερα άτομα παρουσιάζουν διαφόρων βαθμών αποκλίσεις από τις «ιδανικές» ή «φυσιολογικές» καταστάσεις όπως αυτές προσδιορίζονται.

Θα πρέπει να επισημανθεί ότι οι οδοντικές ανωμαλίες σπάνια σχετίζονται με τις λειτουργικές διαταραχές του Στοματογναθικού Συστήματος (Σ.Σ.)[3]

Προφανώς, η σύγκλειση ενός ατόμου δυνατόν να αποκλίνει σημαντικά από τα Ορθοδοντικά δεδομένα της «φυσιολογικής σύγκλεισης» και παρόλα αυτά, το άτομο να αισθάνεται λειτουργικά άνετα ***(Εικ. 1-4)***.

Οι πρόωρες επαφές και οι συγκλεισιακές παρεμβολές συνιστούν οδοντικές ανωμαλίες, οι οποίες, κατά τη διάρκεια των λειτουργικών κινήσεων της Κ.Γ., παρεμβάλλονται μεταξύ των ανταγωνιστών, προκαλώντας ποικίλου τύπου δυσαρμονίες και παθολογικές καταστάσεις στην ευρύτερη περιοχή του Σ.Σ.

Κατά την άποψη του γράφοντος και προς διάκριση μεταξύ των δύο τύπων παρεμβολών, η πρόωρη επαφή αφορά την παράτυπη επαφή τμήματος δοντιού με τον ανταγωνιστή του κατά την μετάβαση από την καθ' έξιν σύγκλειση, στην κεντρική σχέση, εφόσον αυτές δεν συμπίπτουν.

Αντιθέτως, η συγκλεισιακή παρεμβολή χαρακτηρίζει την επίσης παράτυπη επαφή τμήματος δοντιού με τον ανταγωνιστή του, εντοπιζόμενη στη μη λειτουργούσα πλευρά ή αντιρροπούσα, κατά τη διάρκεια των λειτουργικών κινήσεων της Κ.Γ.

Αρκετοί συγγραφείς, διαχρονικά, υποστήριζαν τη συσχέτιση των παρεμβολών με τη δυσλειτουργία του Σ.Σ.

Όμως, η συντριπτική πλειοψηφία της έρευνας κατέληξε σε διαφορετικά συμπεράσματα, απορρίπτοντας τον πρωτεύοντα χαρακτήρα της σύγκλεισης στην αιτιοπαθογένεια των λειτουργικών διαταραχών του Σ.Σ.

Αυτές ακριβώς οι αντιθέσεις απετέλεσαν το υπόβαθρο για τις αμφιλεγόμενες απόψεις αναφορικά με τις επιζήμιες συνέπειες που διαδραματίζουν οι παρεμβολές.[4]

Οι τύποι των παρεμβολών που θα πρέπει να αξιολογούνται είναι οι εξής:[5,6]

Α) Μία ευρεία διαφορά ή πλαγιολίσθηση μεταξύ κεντρικής σχέσης (RP) και κεντρικής σύγκλεισης (IP), όπως επίσης και ετερόπλευρη επαφή στην κεντρική σχέση.

Ο τύπος αυτής της παρεμβολής ονομάζεται «παρεμβολή στην κεντρική σχέση» ***(Εικ. 5-8)***.

Ο τύπος αυτής της παρεμβολής σχετίζεται με ευρεία προσθιοπίσθια απόσταση μεταξύ μέγιστης συγγόμφωσης και κεντρικής σχέσης.

Η διαφορά αυτή υποδηλώνει ότι οι κόνδυλοι δεν εδράζονται στο κέντρο της κροταφικής γλήνης.[7]

Άλλες απόψεις υποστηρίζουν ότι η κεντρική έδραση των κονδύλων αποτελεί εχέγγυο ομαλής λειτουργίας του Σ.Σ.

Όμως, τομογραφικές έρευνες σε άτομα που δεν παρουσίαζαν σημειολογία συμβατή με δυσλειτουργία, έδειξαν ποικιλία διαφορετικών τοπογραφικών θέσεων των κονδύλων μέσα στην κροταφική γλήνη.[8,9]

Β) Οδοντικές επαφές στη μη εργαζόμενη πλευρά, οι οποίες προκαλούν λειτουργικά προβλήματα κατά τη διάρκεια των κινήσεων της Κ.Γ. στην εργαζόμενη ή λειτουργούσα πλευρά. Το είδος αυτό της παρεμβολής ονομάζεται συγκλεισιακή παρεμβολή και, κατά την άποψη του γράφοντος, είναι το πλέον επιζήμιο, όπως στη συνέχεια θα καταδειχθεί.

Σχετικές έρευνες αναβιβάζουν το είδος αυτό της παρεμβολής σε ποσοστό 8-10 σε ενήλικες.[7,10]

Αντιθέτως, σε ηλικίες παίδων 7-15, παρατηρήθηκε μείωση εμφάνισης αυτού του τύπου παρεμβολής.[11] Πιθανώς, αυτή η ελάττωση να οφείλεται στην πλήρη ανάπτυξη του προσθίου αρθρικού φύματος αφενός, και της τομικής τροχιάς αφετέρου.

Οι εν λόγω παράγοντες συμβάλλουν άμεσα στην αποσυναρμογή των δοντιών της μη εργαζόμενης ή αντιρροπούσας πλευράς, κατά τη διάρκεια των προσθιοπλαγίων κινήσεων της Κ.Γ.

Γ) Απόκρημνα επικλινή επίπεδα φυμάτων στην εργαζόμενη πλευρά ή λειτουργούσα, που εμποδίζουν την ομαλή πλαγιολίσθηση των λειτουργικών κινήσεων της Κ.Γ.

Το είδος αυτό της παρεμβολής ονομάζεται παρεμβολή της λειτουργούσας ή εργαζόμενης πλευράς.

Θεωρίες περί συγκλείσεως - Σύνοψη

Ήδη από την πρώτη δεκαετία του 19ου αιώνα, ο τύπος των οδοντικών επαφών που θα έπρεπε να αποδίδονται κατά την αποκατάσταση μιας αποδιοργανωμένης σύγκλεισης, απετέλεσε έντονο πεδίο αντιπαράθεσης τόσο μεταξύ των ειδικών, αλλά και μέσα στον ευρύτερο χώρο της μαχόμενης οδοντιατρικής.

Δύο ήταν οι βασικές θεωρίες ή σχολές που ξεχώρησαν:

1) Η θεωρία της ισόρροπης σύγκλεισης και

2) Η θεωρία της αμοιβαίας προστασίας.

Η πρώτη εκπροσωπήθηκε από τη σχολή των γναθολόγων.

Η δεύτερη από τη σχολή της Φλώριδας, γνωστής και ως PMS από τα αρχικά των ιδρυτών της (Pankey-Man και Schyrer).

Το 1926, ο McCollum ιδρύει τη γναθολογική εταιρεία, στόχος της οποίας ήταν η «μελέτη των κινήσεων της Κ.Γ., η επιλεκτική τους μέτρηση, η αναπαραγωγή και η χρήση τους ως γνώμονας στη διάγνωση και τη θεραπεία της σύγκλεισης».[12]

«Στόχος της σχολής, η αποκατάσταση της ιδεώδους συγκλείσεως», πιστεύοντας ότι η φυσική οδοντοφυΐα, ως μη ανταποκρινόμενη στα πρότυπα που έθεταν, εχαρακτηρίζετο ως παθολογική.

Εν συνόψει, το σύμβολο της πίστεως των Γναθολόγων, συνοψίζεται ως ακολούθως:

Α) Σύμπτωση κεντρικής σχέσης–μέγιστης συγγόμφωσης με αμφοτερόπλευρες επαφές λειτουργούσας και αντιρροπούσας πλευράς κατά τη διάρκεια των λειτουργικών κινήσεων της Κ.Γ.

Β) Ο τύπος της σχέσεως των φυμάτων των ανταγωνιστών δοντιών πρέπει να είναι της τρισημειακής επαφής (δηλαδή, η σχέση της κορυφής του φύματος προς το βοθρίο του ανταγωνιστή, να πραγματοποιείται με τρία σημεία επαφής των τοιχωμάτων του βοθρίου, χωρίς η κορυφή του φύματος να έρχεται σε επαφή με τον πυθμένα του βοθρίου. Η σχέση αυτή ονομάζεται τριποδισμός ή τρισημειακή επαφή).

Στην πράξη, η εφαρμογή των γναθολογικών αρχών κατέστη δυνατή (;) με την κατασκευή μηχανικών ισοδυνάμων (αρθρωτήρες) των κροταφογναθικών διαρθρώσεων, τα οποία δυνητικά θα μπορούσαν να αναπαράγουν τις κινήσεις των κονδύλων.[13]

Οι απόψεις και μελέτες των γναθολόγων βασίστηκαν σε μελέτες προγενέστερων ερευνητών[14-16], οι οποίοι με τη βοήθεια των μαθηματικών, της γεωμετρίας και της μηχανικής, εξέτασαν τη σύγκλειση και την κινησιολογία της Κ.Γ., σε σχέση με την ανατομική μορφολογία της κροταφικής γλήνης.

Οι μελέτες τους βασίστηκαν στις ολικές οδοντοστοιχίες, παραβλέποντας τον νευρομυϊκό παράγοντα, θεώρησαν ότι οι αμφοτερόπλευρες συγκλεισιακές επαφές αποτελούν ιδανική λύση για την αποκατάσταση μιας αποδιοργανωμένης σύγκλεισης.

Τρία χρόνια αργότερα, μετά τη διακήρυξη του

1

2

3

4

Εικ. 1-4: Σύγκλειση ατόμου ηλικίας 65 ετών με υποκειμενικά εξαίρετη λειτουργία του ΣΣ, χωρίς σημεία και συμπτώματα δυσλειτουργίας από την ΚΓΔ. («Λειτουργία και δυσλειτουργία του Στοματογναθικού Συστήματος». Βύρων Δρούκας, 4η έκδοση.)

5

6

7

8

Εικ. 5-8: Συγκλεισιακές παρεμβολές μεταξύ κεντρικής σχέσης – μέγιστης συγγόμφωσης, οι οποίες προκαλούν προσθιοπλάγια και κάθετη μετατόπιση της Κ.Γ. 5 και 6 μέγιστη συγγόμφωση σε πρόσθια και πλάγια άποψη 7 και 8 κεντρική σχέση σε πρόσθια και πλάγια άποψη. («Λειτουργία και δυσλειτουργία του Στοματογναθικού Συστήματος». Βύρων Δρούκας, 4η έκδοση.)

SmartOPTIC

Αξεσουάρ και επιλογές

Σετ καλυμμάτων αυτοκαύστου
Περιστροφικός δακτύλιος της διόπτρας
Δυνατότητα επέκτασης βραχίονα
Μακρύς βραχίονας (αντί για στάνταρ)
Μονοφθαλμικός σωλήνας για βοηθό
Εξειδικευμένη Procam camera
Αντάπτορας ψηφιακής κάμερας
Φίλτρα χρωματισμού
Πλαστικό προστατευτικό φακών

Ανακλινόμενα προσοφθάλμια 195°

ΕΞΥΠΝΑ ΑΞΕΣΟΥΑΡ - ΠΛΗΘΩΡΑ ΒΕΛΤΙΩΣΕΩΝ

Επέκταση διόπτρας

Σε συνδυασμό με την ανακλινόμενη διόπτρα, σας επιτρέπει να διατηρείτε την άνετη όρθια στάση σας, μειώνοντας την μυϊκή καταπόνηση.
Σημαντική βελτίωση της εργονομίας.

Δαχτυλίδι περιστροφής της διόπτρας

Παρέχει επιπρόσθετη άνεση. Ακόμη κι όταν η κατεύθυνση του μικροσκοπίου είναι υπό γωνία, το δαχτυλίδι σας προσφέρει τη δυνατότητα να διατηρήσετε την όρθια θέση σας.

Εξειδικευμένη PROCAM ψηφιακή camera

Εξαιρετικά συμπαγής σχεδιασμός με εξειδικευμένο διαχωριστή δέσμης.
Αυτόματη ισορροπία λευκού.
Καθορισμός προβολής πλαισίου.
Κουμπί λήψης φωτογραφίας.

Ψηφιακή κάμερα SLR

Βασική εγγραφή video και υψηλής ανάλυσης φωτογραφίες για τεκμηρίωση, αρχειοθέτηση και εκπαιδευτικούς σκοπούς.
Εξατομικευμένοι αντάπτορες για SLRs και οι περισσότερες κάμερες είναι διαθέσιμες κατόπιν σχετικού αιτήματος.

Sony NEX 5

Η ψηφιακή κάμερα προτείνεται για τα μικροσκόπια SmartOPTIC. Ελαφριά, ισχυρή κάμερα με δυνατότητα εγγραφής σε υψηλή ανάλυση, αισθητήρα 14 MP. Live view output και λογική τιμή.

Βιντεοκάμερα

Υψηλής ανάλυσης προεπισκόπηση και δυνατότητα εγγραφής με την προσωπική σας βιντεοκάμερα, όπως η Handycam της SONY.

Σύστημα καταγραφής εικόνας, βίντεο και ήχου, ειδικά διαμορφωμένο ώστε να καλύπτει τις ανάγκες του οδοντιατρείου. Μικρή, φορητή μονάδα που μπορεί να χρησιμοποιηθεί με laptop ή υπολογιστή.

SELIGA MICROSCOPES

- **3-ετής εγγύηση**
- **30 ημέρες εγγύηση επιστροφής χρημάτων**
- **Εκπαίδευση στη χρήση μικροσκοπίου**

Dental Expert - Άννα Ελμάογλου Ε.Π.Ε.

Φειδιππίδου 30, 11527, Γουδή,
Τηλ.: 210 7770739, 210 7770749, Φαξ: 210 7770716, anna@dental-expert.gr

μανιφέστου των Γναθολόγων, ο τρίτος της τριάδας της Φλώριδας, Schyler, δήλωνε ότι «όλες οι αρχές περί συγκλείσεως, που αφορούν τις ολικές οδοντοστοιχίες, δεν είναι δυνατόν να αφορούν τη φυσική οδοντοφυΐα».
Όμως, οι δηλώσεις του Schyler, ελάχιστα επηρέασαν το χώρο της σύγκλεισης για τα επόμενα 50 χρόνια.
Το μανιφέστο της σχολής της Φλώριδας προτείνει:
Α) Επαφές ομαδικής συνέργειας των οπισθίων δοντιών της εργαζόμενης πλευράς, με ταυτόχρονη αποσυναρμογή των δοντιών της αντιρροπούσας πλευράς.
Β) Τα πρόσθια δόντια μπορούν να συγκλείνουν ή όχι. Η επίτευξη των επαφών γίνεται στο οβελιαίο επίπεδο με προολίσθηση της Κ.Γ. 0,2-1 mm (μακρά κεντρική σύγκλειση), μέχρι τη θέση μέγιστης συγγόμφωσης.
Γ) Η αποσυναρμογή των πίσω δοντιών επιτυγχάνεται με την επολίσθηση των προσθίων της Κ.Γ., στις γλωσσικές επιφάνειες των προσθίων της άνω.
Δ) Ο τύπος των επαφών στη μέγιστη συγγόμφωση, είναι κορυφή φύματος με το βοθρίο ή τη μασητική αγκάλη του ανταγωνιστή.
Ε) Η σύμπτωση κεντρικής σχέσης-μέγιστης συγγόμφωσης είναι επιθυμητή, όχι όμως απαραίτητα επιδιωκόμενη.
Στα χρόνια που ακολούθησαν, διαπιστώθηκε η αποτυχία της αντισταθμιζόμενης σύγκλεισης στα φυσικά δόντια.
Η αναθεώρηση των δογματικών απόψεων συνέπεσε με την εξέλιξη της Φυσιολογίας και της Παθοφυσιολογίας του Στοματογναθικού συστήματος όπου, μεταξύ άλλων, διαπιστώθηκε ότι η αντισταθμιζόμενη σύγκλειση δεν εξασφαλίζει επαρκώς τη μυϊκή χάλαση του Σ.Σ.
Οι συνεχείς αναθεωρήσεις οδήγησαν σε προσέγγιση των δύο σχολών, με κοινό σημείο την αμοιβαία προστασία (κυνοδοντική προστασία).
Και εδώ, όμως, διαμορφώθηκαν δύο διαφορετικές τάσεις ως προς το ποια δόντια ή ομάδες δοντιών θα επωμισθούν αυτήν την προστασία.[18,19]
Λοιπόν!!!
Προστασία ή ομαδική συνέργεια;
Συχνά, ο κλινικός διαχωρισμός είναι δύσκολος.
Συνοψίζοντας απόψεις και συμπεράσματα των δύο σχολών, θα μπορούσαμε να διατυπώσουμε τα ακόλουθα:
Η αμοιβαία προστασία είναι κοινώς αποδεκτή ως μέσον απόδοσης και αποκατάστασης μιας αποδιοργανωμένης σύγκλεισης.
Παραμένει το ερώτημα εάν το έργο της αποσυναρμογής θα το αναλάβουν αποκλειστικά οι κυνόδοντες ή ομάδες δοντιών.
Ερώτημα επίσης παραμένει εάν οι κυνόδοντες της εργαζόμενης πλευράς είναι σε θέση να παραμένουν σε επαφή, το ίδιο και οι προγόμφιοι και όλα επίσης τα δόντια της εργαζόμενης πλευράς.
Οι ανωτέρω προβληματισμοί σχετίζονται άμεσα με τα διαγνωστικά κριτήρια, τα οποία θα βαρύνουν στην επιλογή του συγκλεισιακού σχήματος, π.χ. η κατάσταση του περιοδοντίου, η έκταση της νωδής περιοχής, η κατάσταση των εναπομεινάντων δοντιών ή ριζών, τυχόν υπάρχουσες παραλειτουργικές έξεις, όπως ο βρυγμός κλπ.
Εν συνόψει, οι διαχρονικές θέσεις και αντιθέσεις οδήγησαν σταδιακά στη διαμόρφωση ενός ιδανικού συγκλεισιακού προτύπου, αποτελούμενο από 18 θέσεις, η παράθεση των οποίων εκφεύγει του παρόντος άρθρου.
Το μόνο το οποίο μετά λόγου γνώσεως θα πρέπει να τονίσουμε, είναι ότι στο σύνολό τους, οι 18 θέσεις απαρτίζουν ένα αυστηρότατο έως παράλογο πρωτόκολλο αρχών, βάσει των οποίων θα πρέπει ή όχι μια σύγκλειση να χαρακτηρίζεται ως φυσιολογική.
Στην πράξη, η εφαρμογή και η αναπαραγωγή των κρινόντων την ιδανική σύγκλειση, απεδείχθη ανέφικτη, παρά μόνον στην επί χάρτου σχεδίασή της.
Οι δογματικές απόψεις των Γναθολόγων και σε όσους πιστούς οδήγησαν σε βλάβες μη αντιστρεπτές σε στόματα οδοντιατρικών ασθενών καθώς, μεταξύ άλλων, αγνόησαν παράγοντες βιολογικούς – παράγοντες κεντρικής προελεύσεως, όπως π.χ. ο νευρομυϊκός και οι ψυχογενείς παράγοντες, η σημασία των οποίων και η βαρύτητα αποδείχθησαν στις δεκαετίες που ακολούθησαν.
Το πρότυπο της ιδανικής σύγκλεισης απετέλεσε το εφαλτήριο που μας προσγείωσε στη λογική του εφικτού, η οποία σήμερα αποδίδεται και προσδιορίζεται με τον όρο «Φυσιολογική σύγκλειση».
Τα κριτήρια της, καθ' όλα εφικτά και λογικά, βάσει των οποίων μία σύγκλειση μπορεί να χαρακτηριστεί ως φυσιολογική, είναι τα ακόλουθα:
1) Συγκλεισιακή σταθερότητα με τα δόντια να παραμένουν στη θέση τους, χωρίς μετακινήσεις, περιστροφή ή μετατόπιση.
2) Μασητική λειτουργία ικανοποιητική για τις ανάγκες του ατόμου.
3) Άρθρωση λόγου αποδεκτή από το άτομο και το περιβάλλον του.
4) Αισθητική εμφάνιση αποδεκτή από άτομο.
5) Υγιές περιοδόντιο σε σχέση με τις συγκλεισιακές δυνάμεις που ασκούνται κατά τη διάρκεια των λειτουργικών κινήσεων της Κ.Γ.
6) Απουσία σημειολογίας που παραπέμπει σε λειτουργικές διαταραχές του Σ.Σ.

Ειδικό μέρος

Η σύγκλειση και η σχέση της με τις λειτουργικές διαταραχές του Σ.Σ.

Επισημάναμε ήδη ότι, η σύγκλειση ενός ατόμου, δυνατόν και ποικιλοτρόπως να αποκλίνει από τα δεδομένα της φυσιολογικής σύγκλεισης και παρ' όλα αυτά, το άτομο να αισθάνεται εξαιρετικά άνετα με τη λειτουργική του ικανότητα και απόδοση.
Αντίθετα, άτομα με θαυμάσιες ανατομολειτουργικές σχέσεις να παρουσιάζουν σημειολογία συμβατή με δυσλειτουργία του Σ.Σ.
Διαχρονικώς, τρία είδη έρευνας επεδίωξαν να διαφωτίσουν την εν λόγω σχέση.
Α) Κλινικές και Ηλεκτρομυογραφικές Μελέτες.
Β) Πειραματικές Μελέτες.
Γ) Επιδημιολογικές Μελέτες.

Α) Κλινικές και Ηλεκτρομυογραφικές Μελέτες

Τα αποτελέσματά τους ποικίλουν.
Σε δύο από αυτές, κατεδείχθη ότι οι συγκλεισιακές παρεμβολές οδήγησαν σε αύξηση του μυϊκού τόνου και πόνου στις κροταφογναθικές διαρθρώσεις και δυνατόν και σε βρυγμό (κάτι που με τα σημερινά δεδομένα είναι εντελώς απορριπτέο).
Η εξάλειψη της συγκλεισιακής δυσαρμονίας συνοδεύτηκε από ελάττωση των συμπτωμάτων.
Ο Geering[23], εξετάζοντας 251 άτομα, διεπίστωσε ότι οι συγκλεισιακές παρεμβολές ανευρίσκοντο σχνότερα σε άτομα με δυσλειτουργία παρά σε άτομα που δεν είχαν.
Σε ανάλογη έρευνα που πραγματοποιήθηκε σε τρεις διαφορετικές κλινικές της Σουηδίας[24], διαπιστώθηκε ότι οι συγκλεισιακές παρεμβολές στην αντιρροπούσα πλευρά ήταν 30% απ' ότι σε νεαρούς ενήλικες 8% χωρίς δυσλειτουργία, ενδεικτικό της προσαμοστικότητας του Σ.Σ.
Μετά από συγκλεισιακή ρύθμιση[25] σε ασθενείς με δυσλειτουργία, διαπιστώθηκε ότι η διάρκεια της ηλεκτρομυογραφικής περιόδου σιωπής (EMG) και η αντανακλαστική κατάσπαση της Κ.Γ. ελαττώθηκαν αξιοσημείωτα.
Οι Mohlir και Kopp το 1978[26], διεπίστωσαν σημαντικά υψηλότερο ποσοστό συγκλεισιακών παρεμβολών στη μη λειτουργούσα πλευρά σε ασθενείς με δυσλειτουργία, ενισχύοντας την άποψη ότι οι συγκλεισιακές παρεμβολές αποτελούν σημαντικό παράγοντα στην αιτιολογία κάποιων μορφών δυσλειτουργίας.
Αντιθέτως, σε δείγμα νεαρών ενηλίκων με αυτού του τύπου παρεμβολές και δίχως αξιοσημείωτα συμπτώματα δυσλειτουργίας, τροποποιήθηκε το μασητικό πρότυπο, έτσι ώστε να προσαρμόζεται στις παρεμβολές.[27]
Μετά την εξάλειψη των παρεμβολών, δεν παρατηρήθηκε αλλαγή της μυϊκής δραστηριότητας, όπως έδειξε η ηλεκτρομυογραφική αξιολόγηση.
Προφανώς, το λειτουργικό πρότυπο της μάσησης στα άτομα αυτά, φαίνεται ότι ήταν τροποποιημένο και προσαρμοσμένο με τις συγκλεισιακές παρεμβολές.
Σε άλλη έρευνα[28], διαπιστώθηκε ότι οι παρεμβολές στην αντιρροπούσα πλευρά, είχαν ελάχιστη αιτιολογική σημασία σε ασθενείς με προβλήματα δυσλειτουργίας.
Σε δύο έρευνες Droukas και συν.[29,30], μία ομάδα 48 νεαρών ενηλίκων χωρίς συμπτώματα δυσλειτουργίας και μία δεύτερη 50 ασθενών με δυσλειτουργία, εξετάστηκε το σύνολο των συγκλεισιακών παραμέτρων σε σχέση με τη σημειολογία της δυσλειτουργίας του Σ.Σ.
Τα αποτελέσματα κατέδειξαν ότι, μολονότι οι συγκλεισιακές παράμετροι ποικίλουν ευρύτατα, δεν διαπιστώθηκαν αξιοσημείωτες συσχετίσεις μεταξύ αυτών και των σημείων και συμπτωμάτων δυσλειτουργίας σε καμία από τις δύο ομάδες.

Β) Πειραματικές Μελέτες

Η πειραματική πρόκληση συγκλεισιακών παρεμβολών έδωσε αποτελέσματα αντιφατικά.
Η τοποθέτηση χρυσού ενθέτου στον πρώτο γομφίο της Κ.Γ. σε κάθε ένα από τα 8 άτομα της έρευνας, προκάλεσε πλάγια παρεκτόπιση της Κ.Γ. και διαταραχή του μυϊκού προτύπου.
Το πείραμα διήρκεσε μία εβδομάδα, κατά τη διάρκεια της οποίας εκδηλώθηκε βρυγμός συνεχώς αυξανόμενος και δυσλειτουργία.
Σε παρόμοια έρευνα 11 ατόμων τοποθετήθηκε αμάλγαμα στον πρώτο γομφίο της άνω γνάθου, ύψους 0,5 mm, γεγονός που προκάλεσε αυξημένη μυϊκή δραστηριότητα στην πρόσθια μοίρα του κροταφίτη, ενώ στους μασητήρες μύς δεν παρατηρήθηκαν αξιοπρόσεκτες αλλαγές.[31]
Οι εν λόγω μελέτες, καθώς και άλλες παρόμοιες, κατέδειξαν τα πιθανά επιζήμια αποτελέσματα των συγκλεισιακών παρεμβολών σε αντίθεση με άλλες[32] οι οποίες δεν διαπίστωσαν ηλεκτρομυογραφικές αλλαγές στο μυϊκό πρότυπο των μασητήρων, όπως επίσης και στα συγκλείνοντα δόντια, κατά τη διάρκεια της μάσησης, μετά την τοποθέτηση παρεμβολών στη λειτουργούσα πλευρά, σε ομάδα εθελοντών.
Αξιοσημείωτη παρατήρηση κατά τη διάρκεια του πειράματος, ήταν η αύξηση του αριθμού των έκκεντρων επαφών των δοντιών, όπως επίσης και το γεγονός της μη προσπέλασης των παρεμβολών κατά τη διάρκεια της μάσησης.
Σε μία διπλή, τυφλή μελέτη[33], αποτελούμενη από δύο ομάδες, τοποθετήθηκαν παρεμβολές στην αντιρροπούσα πλευρά, στη μία ομάδα πραγματική, ενώ στη δεύτερη placebo.
Το τέλος της έρευνας σημειολογίας- δυσλειτουργίας, παρουσίασε άτομα και από τις δύο ομάδες, γεγονός που σύμφωνα με τα σχόλια των ερευνητών, η σχέση της δυσλειτουργίας με τις παρεμβολές δεν είναι απλή.
Σε ανάλογα αποτελέσματα κατέληξε παρόμοια έρευνα[34], όπου σε ομάδα φοιτητών τοποθετήθηκαν στην αντιρροπούσα πλευρά, παρεμβολές από χρυσοπλατίνα στους πρώτους κάτω γομφίους.
Τα συμπεράσματα, σε γενικές γραμμές με βάση τα αποτελέσματα των πειραματικών μελετών είναι ότι η αντίδραση των ατόμων στους τοπικούς παράγοντες δεν είναι μονοδιάστατη, εξαρτώμενη και από ποικίλους παράγοντες, με προεξάρχοντες τους ψυχολογικούς και τους κεντρικής αιτιολογίας παράγοντες.

Γ) Επιδημιολογικές έρευνες

Από το σύνολο των επιδημιολογικών ερευνών στις οποίες, μεταξύ άλλων παραμέτρων, μελετήθηκε επισταμένως και ο παράγων της σύγκλεισης, δεν κατέστη δυνατή η ανεύρεση

GT GRADIENT TECHNOLOGY

IPS e.max®

ZirCAD

Prime

Επαναπροσδιορισμός των ολοκεραμικών – με τεχνολογία διαβάθμισης – Gradient Technology:
Αισθητική υψηλών προδιαγραφών με 1200 MPa για όλες τις ενδείξεις *

All ceramic, all you need.

zircadprime.ipsemax.com

* από μονήρεις στεφάνες έως γέφυρες 14 τεμαχίων

www.ivoclarvivadent.gr

Επίσημοι 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. Αναστασιάδη 1 / 2012 Λευκωσία / τηλ: 22 466 000 /
www.dentalcon.com.cy

ivoclar vivadent®
passion vision innovation

ισχυρής συσχέτισης μεταξύ της δυσλειτουργίας του Σ.Σ. και παραγόντων της σύγκλεισης.

Ο Helkimo[35], με τη χρήση του αναμνηστικού (Ai) και του Κλινικού (Di) δείκτη δυσλειτουργίας, δεν βρήκε αξιοσημείωτη διαφορά ως προς τη συχνότητα των παρεμβολών μεταξύ των ατόμων με δυσλειτουργία και χωρίς, στις ομάδες που εξέτασε.

Διετύπωσε, λοιπόν, την άποψη ότι η αναποτελεσματική επίδραση των παρεμβολών, πιθανώς επικαλύπτεται από την κακή κατάσταση της υγείας των δοντιών που βρήκε να επικρατεί στον πληθυσμό που εξέτασε.

Σε μεταγενέστερες επιδημιολογικές έρευνες, κατά τη δεκαετία του '80[36,7,37], καταδείχτηκε αξιοπρόσεκτη παρουσία διαφόρων τύπων συγκλεισιακών παρεμβολών, οι οποίες όμως σχετίζονταν ασθενέστατα με δυσλειτουργική σημειολογία.

Οι διαπιστώσεις αυτές έγιναν σε παιδιά, σε νεαρούς ενήλικες και σε άνδρες και γυναίκες μέσης ηλικίας.

Η διαπίστωση ασθενούς συσχέτισης μεταξύ των συγκλεισιακών διαταραχών και των δυσλειτουργικών σημείων και συμπτωμάτων, ενίσχυσε κατά τρόπο σαφή την άποψη της πολυπαραγοντικής αιτιολογίας των διαταραχών αυτών.

Μπορεί ακόμα να είναι σημαντική για ορισμένα άτομα και ελάχιστης σημασίας για άλλα[38].

Κατά τη διάρκεια των λειτουργικών κινήσεων της Κ.Γ., οι συγκλεισιακές παρεμβολές στην αντιρροπούσα ή μη λειτουργούσα πλευρά, ασκούν στο περιοδόντιο, πλάγιες δυνάμεις λοξού τύπου.

Οι λοξές δεσμίδες της περιοδοντικής μεμβράνης παράγουν μεγαλύτερη αντίσταση, κυρίως στις κάθετες πιέσεις της μάσησης.

Είναι, συνεπώς, ικανές να αντισταθμίζουν δυνάμεις παράλληλες με τον επιμήκη άξονα του δοντιού, προκαλώντας εφελκυστική τάση στα τοιχώματα του φατνίου και όχι συνθλιπτική.

Εφόσον, λοιπόν, οι ασκούμενες δυνάμεις κατά τη μάσηση έχουν φορά οριζόντια ή πλάγια, όπως συμβαίνει στην περίπτωση των συγκλεισιακών παρεμβολών, υπερβαίνοντας το όριο ανοχής της περιοδοντικής μεμβράνης, την συνθλίβει μεταξύ της ρίζας και του φατνιακού πετάλου του δοντιού οδηγώντας, σε πρώτη φάση, σε περιοδοντικό τραυματισμό ή οστική απορρόφηση και νέκρωση.[39]

Υπό αυτές τις συνθήκες και εφόσον η συγκλεισιακή παρεμβολή δεν απαλειφθεί, εν δυνάμει, μπορεί να οδηγήσει σε μυϊκού τύπου δυσλειτουργία.

Οι ιατρογενείς συγκλεισιακές παρεμβολές (υψηλές στεφάνες, εμφράξεις, λανθασμένη μορφολογία γεφυρών, συγκλεισιακών σχημάτων κλπ.), κατά την άποψη του γράφοντος, δυναμικά εμπλέκονται στην αιτιοπαθογένεια πρόκλησης δυσλειτουργίας περισσότερο από κάθε άλλη παρά φύση επαφή της φυσικής οδοντοφυΐας.

Ο περαιτέρω μηχανισμός πρόκλησης δυσλειτουργίας εξαιτίας ιατρογενών παρεμβολών έχει ως ακολούθως:

Οι αισθητηριακές πληροφορίες από το εξωτερικό και εσωτερικό περιβάλλον, κεντρομόλως φθάνουν στο Κ.Ν.Σ. με τη βοήθεια αισθητηριακών υποδοχέων (σωμάτια Vater-Pacini, σωμάτια Rufini, ελεύθερες νευρικές απολήξεις, τενόντιο όργανο του Golgi).

Οι υποδοχείς είναι μεταλλάκτες ενέργειας και είναι εγκατεσπαρμένοι στον αρθρικό θύλακο, στην περιφέρεια του διάρθριου δίσκου και στον έξω πλάγιο σύνδεσμο της Κ.Γ.Δ., διαβιβάζοντας αισθητικές και κινητικές πληροροφίες.

Ως μεταλλάκτες ενέργειας μετατρέπουν τις διάφορες μορφές ενέργειας του περιβάλλοντος σε δυναμική ενέργεια των νευρώνων.[40]

Οι πληροφορίες προέρχονται από υποδοχείς της περιφέρειας που εντοπίζονται στις προαναφερθείσες περιοχές, μύες κλπ.

Εφόσον οι ιατρογενείς παρεμβολές διαταράσσουν την συνεργασία κέντρου και περιφέρειας, σταδιακά επέρχεται μεταβολή του συγκλεισιακού προγραμματισμού και της κιναισθητικής εικόνας.

Εάν η παρεμβολή είναι αμελητέα, το Κ.Ν.Σ. αντιδρά τροποποιώντας και αναπροσαρόζοντας τον συγκλεισιακό προγραμματισμό, στην προσπάθεια υπερκερασμού της παρεμβολής και ομαλοποίησης της λειτουργίας του Σ.Σ.

Εάν η προσπάθεια αποδειχθεί ανέφικτη, είναι πολύ πιθανή η εκδήλωση δυσλειτουργίας μυϊκού τύπου.

Συζήτηση

Παρά τις αντίθετες απόψεις για τον ρόλο που διαδραματίζουν οι συγκλεισιακές παρεμβολές στην αιτιοπαθογένεια των λειτουργικών διαταραχών του Σ.Σ., υπάρχουν ενδείξεις ότι ενδεχομένως μπορούν να διαταράξουν την εύρυθμη λειτουργία του Σ.Σ.

Οι διαφορετικές απόψεις μπορούν να εξηγηθούν από το γεγονός ότι οι παρεμβολές μπορούν ή όχι να επιδρούν αρνητικά στο Σ.Σ., ανάλογα με το πως αυτές χρησιμοποιούνται και πως ένα άτομο προσαρμόζεται και αντιδρά σε αυτές.

Αναμφίβολα, η συγκλεισιακή αστάθεια μπορεί να οδηγήσει σε νευρομυϊκή διαταραχή και τελικά σε δυσλειτουργία των Κ.Γ.Δ. και αν οι διαταραχές εξαλειφθούν, θα βελτιώσουν τη δυσλειτουργία.

Παρόλα αυτά, είναι απόλυτα φανερό ότι άλλες θεραπευτικές προσεγγίσεις που δεν συμπεριλαμβάνουν αλλαγές στη σύγκλειση, μπορούν να δώσουν ικανοποιητικά και μακράς διαρκείας αποτελέσματα.[41,42]

Οι εκτεταμένες συγκλεισιακές αποκαταστάσεις δεν μπορούν να αποτελούν το αρχικό στάδιο θεραπείας αυτών των διαταραχών.

Ακόμη και αν η δυσλειτουργία έχει πολυπαραγοντική αιτιολογία, η σύγκλειση, ως αιτιολογικός παράγων, μπορεί να ελέγχεται και να ρυθμίζεται εύκολα από τον οδοντίατρο.

Δεν υφίσταται στέραιη βάση για την ιδανική μορφολογία της σύγκλεισης, ούτε ακόμη για τις ιδανικές σχέσεις φόρμας δοντιών και λειτουργίας.

Συνεπώς, το ενδιαφέρον πρέπει να συγκεντρώνεται στις λειτουργικές σχέσεις παρά στις μορφολογικές.

Καλή σύγκλειση είναι η σύγκλειση η οποία δεν δημιουργεί παθολογικές καταστάσεις στο Σ.Σ. Η σύγκλειση αυτή ονομάζεται φυσιολογική, όσο και αν αποκλίνει από τη «φόρμα» και δεν απαιτεί θεραπευτικές παρεμβάσεις.(43)

Οι παραπάνω σκέψεις και θέσεις συνιστούν μιαν άποψη η οποία «μεγάλως» απέχει από δογματικές αντιλήψεις και θεωρίες οι οποίες θέλουν οπωσδήποτε τον συγκλεισιακό παράγοντα «πανταχού παρόντα».

Για να διαπιστώσουμε αν μια σύγκλειση είναι φυσιολογική, είναι αναγκαίο να εξετάζεται, όχι μόνον ο μορφολογικός της χαρακτήρας, αλλά επίσης οι οδοντικές επαφές κατά τη διάρκεια των λειτουργικών ατραπών κίνησης της Κ.Γ., χωρίς να παρεμβάλλονται στις λειτουργικές κινήσεις.

Επίσης, με τη βοήθεια της ψηλάφησης, θα πρέπει να εξετάζονται οι μύες του Σ.Σ., καθώς και οι Κ.Γ.Δ. Γνωρίζουμε ότι η σύγκλειση μεταβάλλεται δια βίου.

Καθώς, λοιπόν, είναι δύσκολη η πρόβλεψη της προσαρμοστικότητας της σύγκλεισης στις αλλαγές αυτές, τόσο στη φυσική οδοντοφυΐα, όσο και στην προσθετικώς θεραπευθείσα, οι ασθενείς θα πρέπει να υποβάλονται σε τακτά και σε περιοδικά διαστήματα ελέγχου.

Έτσι, λοιπόν, η ανάγκη μελλοντικών θεραπευτικών παρεμβάσεων καθίσταται ευκολότερη, έχοντας ως βάση την ασθενή συσχέτιση μεταξύ της σύγκλεισης και της γενικότερης υγείας του Σ.Σ., γεγονός που με τη σειρά του, καθιστά σπάνια την ένδειξη εκτεταμένων θεραπειών της σύγκλεισης, οι οποίες στοχεύουν στη θεραπεία των λειτουργικών διαταραχών του Σ.Σ.

Βιβλιογραφία

1) Ramfiord S.P. MM. 'Occlusion'. 2nd ed. W.B. Saunders Co. 1971, Philadelphia.
2) Δρούκας Β. 'Συμβολή στη μελέτη της αποκλίσεως της προωστικής κονδυλικής ατραπού και της σχέσεως αυτής προς την οριζόντια και κάθετη μεσοτομική απόσταση, εκφραζομένων και αξιολογουμένων επί αρθρωτήρος whip-mix'. Διατριβή επί Διδακτορία. Αθήνα 1978.
3) Berkowitz B.K.B., Holland GR, Moxhaim B.J: 'A colour Atlas and textbook of oral anatomy'. London, Wolpe Medical Publ. Ltd. 1978.
4) Carlsson, G.E. 'Consequences of occlusal interferences. In: Prosthodontic treatment of partially edentulous patients'. (Eds. Zarb GA, Bergman B, Clayton J.A., Mac-Kay H.F.) CV Mosby, St. Louis, 1978.
5) Posselt V. 'Physiology of Occlusion and Rehabilitation', 2nd ed. Blackwell Scientific Publ., Oxford England, 1968.
6) Ingervall B, Mohlin B. Thilander B., 'Prevalence of symptoms of functional disturbances of the masticatory system in Swedish men'. J. Oral Rehabil. 1980, 7: 185-197.
7) Ingerval B, 'Tooth contacts on the functional and non functional side in children and young adults'. Arch. Oral Biol. 1972, 17:191-200.
8) Blaschke D.D., Blaschke J.J. 'Normal TMJ bone relationships in centric occlusion'. J Dent Res. 1981, 60:98-104.
9) Pullinger A.G., Hollender L., Solberg W.K., Peterson A. 'A tomographic study of mandibular condyle position in an asymptomatic population'. J Prosthet Dent. 1985, 53: 706-13.
10) Mohlin B., 'Prevalence of Mandibular dysfunction and relation between malocclusion and mandibular dysfunction in a group of women in Sweden' Eur. J. Orthod., 1983, 5:115-23.
11) Egermark-Eriksson J, Carlsson GE, Ingerval B, 'Prevalence of mandibular dysfunction and orofacial parafunction in 7-11 and 15-year-old Swedish children'. Eur. J. Orthod. 1981, 3:163-72.
12) Kaplan RL. 'Gnathology as a basis for a concept of occlusion'. Dent. Clin. North Am. 1963, 577-90.
13) McCollum BB, Stuart CE, 'A research report', Scientific Press, South Pasadena, California 1955.
14) Bonwill WGA, 'Geometric and mechanical laws of articulation. Anatomical articulation'. Trans Odont. Soc. Penn. 1885, 119-33.
15) Walker WE. 'Prosthetic dentistry: the glenoid fossa, the movements of the mandible, the cusps of the teeth'. Dent. Cosmos 1896, 38:34-43.
16) Gysi A. 'The problem of articulation'. Dent. Cosmos, 1910, 52:1-19, 148-69, 403-18.
17) Monson GS, 'Occlusion of applied to crown and bridgeword', J Natl. Dent. Assoc.1920, 7:399-413.
18) D'amico A, 'Functional occlusion of the natural teeth in man'. J. Prosthet. Dent. 1961, 11:899-915.
19) Schuyler CH.'Factors contributing to traumatic occlusion.J Prosthet.Dent.1961, 11:708-15.
20) Ramfiord SP, 'Bruxism, a clinical and electromyographic study' JADA 1961, a, 62: 21-44.
21) Ramfiord SP, 'Dysfunctonal temporomandibular Joint and muscle pain',1961, b,11:353-74.
22) Geering A, 'Occlusal interferences and functional disturbances of the masticatory system' J Clin. Periodontol. 1974, 1:112-9.
23) Carlsson GE, 'Consequences of occlusal interferences' In: Zarb GA, Bergman B, Clayton JA, McKay HF (eds) 'Prosthodontic treatment for partially edentulous patients'. CV Mosby. St. Louis, 1978, 161-70.
24) Ingervalt B. 'Tooth contacts on the functional and non functional sid in children and young adults'. Arch Oral Biol. 1972, 17:191-200.
25) McNamara DC. 'Occlusal adjustment for physiologically balanced occlusion'. J. Prosthet. Dent., 1977, 38:284-93.
26) Mohlin B, Kopps, 'A clinical study of relationship between malocclusion, occlusal intereferences and mandibular pain dysfunction'. Swed. Dent. J. 1978, 2: 105-112.
27) Ingervall B, Carlsson GE, 'Masticatory activity before and after elimination of balancing side occlusal interference'. J. Oral Rehab. 1982, 9:183-92.
28) De Boever J, Adrianes PA, 'Occlusal relationship in patients with pain-dysfunction symptoms in the temporomandibular joints'. J. Oral Rehabil., 1983, 10:1-7.
29) Droukas B, Lindee C, Carlsson GE, 'Relationship between occlusal factors and signs and symptoms of mandibular dysfunction. A clinical study of 48 dental students'. Acta Odontol. Scand. 1984, 42:277-83.
30) Droukas B, Lindee C, Carlsson GE, 'Occlusion and mandibular dysfunction: a clinical study of patients referred for functional disturbances of the masticatory system. 1985, 53:402-96.
31) Ricse C, Sheikeholeslam A. 'The influence of experimental interfering occlusal contacts on the postural activity of the anterior temporal and masseter muscles in young adults'. J Oral Rehab. 1982, 9:419-25.
32) Scharer P, Stallard R., 'The effect of an occlusal interference on the tooth contact occurence during mastication'. Hel Odontol. Acta, 1966, 10:49-56.
33) Magnusson T., Enbom L., 'Signs and symptoms of mandibular dysfunction after introduction of experimental balancing-side interferences'. Acta Odontol. Scand. 1984, 42:129-35
34) Καραγκιάννης Α., 'Πειραματική πρόκληση δυσλειτουργίας στο στοματογναθικό σύστημα μετά από τοποθέτηση συγκλισιακών παρεμβολών'. Διδακτορική διατριβή. Αθήνα, 1988,
35) Helkimo M., 'Studies on function and dysfunction of the masticatory system III. Analyses of dysfunction with the aid of indices'. Swed. Dent., J. 1974, 67:165-82.
36) Egermark-Eriksson I., 'Mandibular dysfunction in children and in individuals with dual bite'. Swed. Dent. J. 1982, Supp. Lo.
37) Mohlin B., 'Prevalence of mandibular dysfunction and relation between malocclusion and mandibular dysfunction in a group of women in Sweden. Eur. J. Orthod., 1983, 5:115-23.
38) Carlsson GE, Droukas B., 'Dental occlusion and the health of the masticatory system'. J. Craniomandib. Pract., 1984:141-7.
39) Αδάμ Α., 'Στοιχεία ακινήτου οδοντικής προσθετικής'. Επιστημονικές εκδ. Παρισιάνος. Αθήνα, 1971.
40) Canone WF., 'Ιατρική Φυσιολογία', 1ος τόμος. 11η έκδοση. Μετάφραση: Σπανός Β., Επιστημονικές εκδ. Παρισιάνος. Αθήνα, 1985.
41) Greene CS., 'Myofacial pain dysfunction syndrome: non surgical treatment in: Temporomandibular joint. A biological basis for clinical practice' (Eds. Jarnat B.S., Laskin D.M.). C.C. Thomas. Publ. Springfield, 1979, pp. 315-334.
42) Mejersjö C., Carlsson GE., 'Long term effect of treatment of TMT pain dysfunction'. J. prosthet. Dent. 1983.
43) Mohl N.D., 'Concepts of occlusion. Physiologic and pathologic occlusion: an overview, In: A textbook of occlusion' (Eds. Mohl N.D., Zarb G.A., Carlsson G.E., Rugh J.D.). Publ. Quintessence Co Inc. (Chicago, 1988, 179-84).

Focus on Implantology
www.iti.org

ITI International Team for Implantology

Η ψηφιακή ροή εργασίας στην εμφυτευματολογία

Παναγιώτης Τσιρογιάννης
Οδοντίατρος, Προσθετολόγος
ITI Member

Αλέξανδρος Μπέτας
Οδοντικός Τεχνολόγος
ITI Member

Τα ψηφιακά συστήματα έχουν γνωρίσει ραγδαία εξέλιξη τα τελευταία χρόνια στο χώρο της οδοντιατρικής. Τόσο σε χειρουργικό όσο και σε επίπεδο προσθετικής αποκατάστασης έχουν διεισδύσει υπολογιστικά συστήματα και λογισμικά που αντικαθιστούν πλήρως τις συμβατικές μεθόδους. Παραδοσιακά για την τοποθέτηση εμφυτευμάτων θα χρειαζόταν η κατασκευή ενός ακτινογραφικού νάρθηκα, η μετατροπή του σε χειρουργικό νάρθηκα οδηγό μόνο για τον προσδιορισμό της θέσης των εμφυτευμάτων και ακολούθως για την προσθετική αποκατάσταση θα χρειαζόταν ένα συμβατικό αποτύπωμα, η κατασκευή και διαμόρφωση ενός γύψινου εκμαγείου εργασίας και η κατασκευή της αποκατάστασης με κλασικές μεθόδους. Η ανάπτυξη των λογισμικών ψηφιακής τοποθέτησης εμφυτευμάτων εξασφαλίζει πλέον την εκτύπωση χειρουργικών ναρθήκων με τη βοήθεια των οποίων γίνεται η τοποθέτηση των εμφυτευμάτων με απόλυτη ακρίβεια στις προκαθορισμένες θέσεις και με ελάχιστα επεμβατική προσέγγιση.

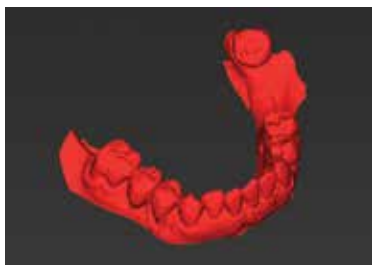
Η καθιέρωση της τεχνολογίας CAD/CAM από την άλλη μεριά δίνει τη δυνατότητα ψηφιακής σχεδίασης και κατασκευής αποκαταστάσεων σε ένα εικονικό περιβάλλον, ενώ η ενδοστοματική σάρωση επιταχύνει τις διαδικασίες αποτύπωσης και επικοινωνίας με το εργαστήριο. Η ψηφιακή ροή εργασίας έχει σαν σκοπό την επιτάχυνση και την αύξηση της ακρίβειας των θεραπευτικών διαδικασιών. Πλέον είναι εφικτή η πλήρης χειρουργική και προσθετική αποκατάσταση των ασθενών με ψηφιακά μέσα περιορίζοντας κατ' αυτόν τον τρόπο τυχόν ανακρίβειες, επιπλοκές και τη δυσαρέσκεια των ασθενών που θα προέκυπτε με συμβατικές μεθόδους. Τα ψηφιακά συστήματα περιορίζουν την πιθανότητα λάθους και εξασφαλίζουν επαναληψιμότητα και την σταθερή ποιότητα τελικού προϊόντος καθώς όλες οι διαδικασίες γίνονται ρομποτικά. Για την ορθή χρήση όμως των ψηφιακών συστημάτων απαραίτητη προϋπόθεση είναι η βαθειά γνώση και κατανόηση τόσο από τον κλινικό, όσο και από το εργαστήριο των αναλογικών τεχνικών. Στο περιστατικό που ακολουθεί παρουσιάζεται η ψηφιακή ροή και τα στάδια εργασίας στην καθημερινή κλινική πράξη.

1 | Το σχέδιο θεραπείας στον ασθενή προέβλεπε την εξαγωγή των #44,46 και την άμεση ψηφιακά καθοδηγούμενη τοποθέτηση εμφυτευμάτων στις θέσεις #45,47,36 με χειρουργικό νάρθηκα.

2 | Ο ασθενής εμφανίζει βρυγμό που αποκαλύπτεται από τις βρυγμοφασέτες στον ανταγωνιστή φραγμό. Επιπλέον, ο διαθέσιμος μεσοφραγματικός χώρος στη μέγιστη κατάσπαση δεν έδινε τη δυνατότητα για απρόσκοπτους χειρισμούς στην οπίσθια περιοχή. Για το λόγο αυτό επιλέχθηκε η θεραπεία να γίνει με ψηφιακά μέσα.

3 | Όπως φαίνεται στην ακτινογραφία η τοποθέτηση των εμφυτευμάτων μετά τις εξαγωγές των #44,46 επιλέχθηκε να γίνει στις θέσεις #45,47 λόγω των φλεγμονωδών διεργασιών που εμφάνιζαν τα δόντια #44,46.

4 | Στη θέση #36 η τοποθέτηση του εμφυτεύματος έγινε με κλίση παράλληλη προς το παρακείμενο δόντι. Το περιστατικό σχεδιάστηκε να αποκατασταθεί με εμφυτεύματα Straumann Bone Level RC 4,1x10mm.



5 | Για να μπορέσει να γίνει η τοποθέτηση των εμφυτευμάτων με τη χρήση χειρουργικού νάρθηκα έπρεπε να ληφθεί ψηφιακό αποτύπωμα με ενδοστοματικό σαρωτή. Το αρχείο αυτό επαλληλίζεται με την αξονική τομογραφία ώστε να τοποθετηθούν εικονικά τα εμφυτεύματα και να κατασκευαστεί ο χειρουργικός νάρθηκας.

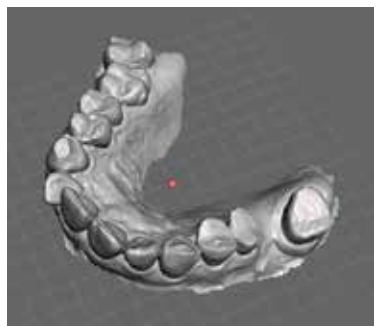
6 | Πριν το σχεδιασμό του νάρθηκα, έπρεπε το ψηφιακό αρχείο του αποτυπώματος να επεξεργαστεί κατά τέτοιον τρόπο, ώστε να αφαιρεθούν τα δόντια #44,45. Το #46 επιλέχθηκε να διατηρηθεί για μεγαλύτερη σταθερότητα του νάρθηκα και να εξαχθεί μετά την τοποθέτηση των εμφυτευμάτων.

7 | Ο σχεδιασμός του νάρθηκα επιβάλλει την έδραση του πάνω από τη μέγιστη περίμετρο των δοντιών, ώστε να υπάρχει απρόσκοπτη φορά ένθεσης και αποφυγή μπλοκαρίσματος σε υποσκαφές. Ιδιαίτερη σημασία πρέπει να δοθεί στη δημιουργία παραθύρων επιθεώρησης της έδρασης του νάρθηκα σε τέτοια σημεία ώστε να εξασφαλίζεται παράλληλα η εύκολη διέλευση των χειρουργικών εργαλείων.

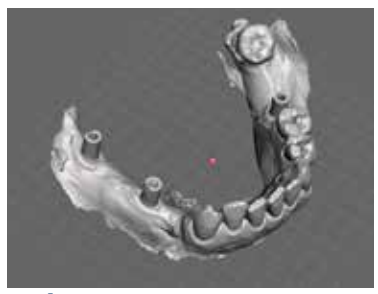
8 | Οι δακτύλιοι απ' όπου θα γίνουν οι τρυπανισμοί θα πρέπει να περιβάλλονται από ικανοποιητικό πάχος ρητίνης τουλάχιστον 2mm για την αποφυγή καταγμάτων του νάρθηκα στα σημεία αυτά καθώς είναι οι πιο ευπαθείς περιοχές.

9 | Στο συγκεκριμένο περιστατικό δεν ήταν δυνατή η ενδοστοματική δοκιμή έδρασης του νάρθηκα πριν τη χειρουργική διαδικασία καθώς δεν είχαν εξαχθεί τα δόντια #44,45. Για την εξασφάλιση σίγουρης έδρασης επιλέχθηκε το offset του νάρθηκα να γίνει στα 0,30mm αντί για 0,10mm που επιλέγουμε συνήθως.

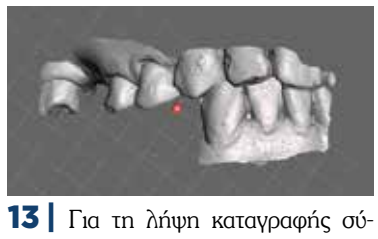
10 | Η ψηφιακά καθοδηγούμενη τοποθέτηση εμφυτευμάτων έχει αποδειχθεί ότι εξασφαλίζει μεγαλύτερη ακρίβεια, μεγαλύτερη ταχύτητα, λιγότερες μετεγχειρητικές επιπλοκές, ταχύτερη επούλωση των ιστών λόγω της συντηρητικής παρασκευής κρημνού και μεγαλύτερη ευχαρίστηση ασθενών συγκριτικά με συμβατική χειρουργική προσέγγιση.



11 | Η ενδοστοματική σάρωση μπορεί να εξασφαλίσει μεγαλύτερη ακρίβεια από αυτήν ενός συμβατικού αποτυπώματος, ενώ είναι εύκολη η λήψη διορθωτικού σκαναρίσματος σημειακά χωρίς να απαιτείται επανάληψη ολόκληρου του αποτυπώματος. Σε γενικές γραμμές συστήνεται η σάρωση ολόκληρου του φραγμού ακόμα και σε περιπτώσεις μονήρους αποκατάστασης.

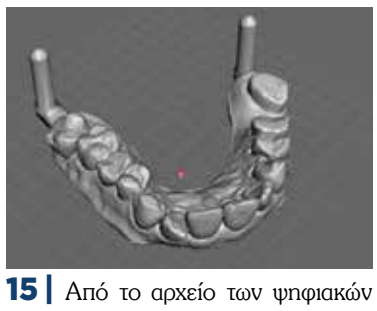


12 | Οι ψηφιακοί άξονες αποτύπωσης στο μυλικό τους κομμάτι εμφανίζουν μια δίεδρη επιφάνεια την οποία «διαβάζει» ο σαρωτής και αναγνωρίζει τη θέση του εμφυτεύματος. Για ευκολία χειρισμών συνιστάται η δίεδρη αυτή επιφάνεια να βρίσκεται προστομιακά. Σε αποτύπωση εμφυτευμάτων θα πρέπει να λαμβάνεται και ένα ψηφιακό αποτύπωμα χωρίς άξονες αποτύπωσης για την σωστότερη απόδοση του προφίλ ανάδυσης.



13 | Για τη λήψη καταγραφής σύγκλεισης σε περιπτώσεις μερικής νωδότητας θα πρέπει η σάρωση να γίνει σε περιοχή όπου συγγομφώνουν δόντια ακόμα και πρόσθια και να σκαναριστεί από τη νωδή περιοχή μέρος των προσπεφυκότων ούλων.

14 | Τα περισσότερα λογισμικά που συνοδεύουν ενδοστοματικούς σαρωτές αναγνωρίζουν αυτόματα τις σκαναρισμένες γνάθους και τις τοποθετούν σε άρθρωση. Εάν αυτό δε γίνει αυτόματα, τότε υπάρχει πάντα η δυνατότητα του χειροκίνητου καθορισμού της σύγκλεισης.



15 | Από το αρχείο των ψηφιακών αποτυπωμάτων προκύπτει με την κατάλληλη επεξεργασία ένα αρχείο από το οποίο θα τυπωθούν σε τρισδιάστατο εκτυπωτή τα εκμαγεία εργασίας. Τα εκμαγεία αυτά διαθέτουν συνδέσμους σταθεροποίησης οι οποίοι εξασφαλίζουν σταθερή στατική άρθρωση των εκμαγείων χωρίς τη χρήση αρθρωτήρα.

16 | Σε επιεμφυτευματικές αποκαταστάσεις προεπιλέγεται ο τύπος του εμφυτεύματος ώστε να δημιουργηθούν κατά την εκτύπωση του εκμαγείου οι αντίστοιχες υποδοχές για την τοποθέτηση των ψηφιακών αναλόγων. Στο σχεδιαστικό πρόγραμμα του εκμαγείου εργασίας υπάρχει δυνατότητα σχεδιασμού και εκτύπωσης της μάσκας ούλων.

17 | Παράμετροι όπως το είδος της αποκατάστασης και το είδος του αντίθετου φραγμού είναι απαραίτητο να εισαχθούν στο σχεδιαστικό πρόγραμμα πριν το σχεδιασμό της αποκατάστασης.

18 | Στο συγκεκριμένο περιστατικό επιλέχθηκε να γίνει κοχλιούμενη μεταλλοκεραμική αποκατάσταση πάνω σε βάσεις τιτανίου καθώς οι θέσεις και οι κλίσεις των εμφυτευμάτων ήταν ιδανικές. Ψηφιακά καθορίζονται το πάχος του μεταλλικού σκελετού, ο απαιτούμενος χώρος για το χτίσιμο της πορσελάνης και το πάχος των συνδέσμων.

19 | Μετά το σχεδιασμό της τελικής αποκατάστασης το σχεδιαστικό πρόγραμμα κάνει αυτόματα τη συρρίκνωση και συνθέτει την τελική μορφολογία του μεταλλικού σκελετού.

20 | Μετά το σχεδιασμό ακολουθεί η ξηρή κοπή του σκελετού με το σύστημα Ceramill Sintron της Amann Girrbach. Το σύστημα αυτό δίνει τη δυνατότητα ξηρής κοπής πεπιεσμένης πούδρας χρωμιοκοβαλτιούχου κράματος η οποία συντήκεται εν συνεχεία δίνοντας στο κράμα τις τελικές του ιδιότητες.

21 | Η ανάρτηση των εκμαγείων σε συμβατικό αρθρωτήρα δίνει τη δυνατότητα για έλεγχο και ρύθμιση τόσο της στατικής σύγκλεισης όσο και της δυναμικής. Σε περίπτωση που είχαμε κάποια μονολιθική αποκατάσταση το στάδιο της ανάρτησης σε συμβατικό αρθρωτήρα θα μπορούσε να παραλειφθεί, αν και αυτό δε συνιστάται, μιας και σχεδόν πάντα υπάρχουν μικροαποκλίσεις που πρέπει να ρυθμιστούν αναλογικά.

22 | Η δοκιμή του μεταλλικού σκελετού γίνεται για τη διασφάλιση της καλής εφαρμογής και για τον έλεγχο του διαθέσιμου χώρου. Ο σχεδιασμός του μεταλλικού σκελετού πρέπει να γίνει με τέτοιο τρόπο, ώστε να αποδίδεται μια ανατομικότητα στα κολοβώματα και να μπορεί να υποστηριχτεί επαρκώς η πορσελάνη.

23 | Η διαστρωμάτωση του κεραμικού υλικού πρέπει να κυμαίνεται μεταξύ 0,8mm και 1,2mm. Αυτά είναι τα περιθώρια ασφαλείας, ώστε το κεραμικό να αποδώσει το καλύτερο αισθητικό αποτέλεσμα χρωματικά και να εμφανίσει τη μέγιστη αντοχή.

24 | Τα ψηφιακά ανάλογα διαφέρουν από τα αναλογικά ως προς την ανατομία τους. Στην πρώτη περίπτωση τα ανάλογα κουμπώνουν στο ψηφιακό εκμαγείο, ενώ τα αναλογικά συγκρατούνται μέσα στο γύψινο εκμαγείο από τις εγκοπές τις οποίες διαθέτουν. Ένα μεγάλο πλεονέκτημα της ψηφιακής προσέγγισης είναι η απουσία ανθρώπινου παράγοντα κατά τη σύνδεση των αναλόγων με τους άξονες αποτύπωσης όπως γίνεται στα συμβατικά αποτυπώματα.

25 | Η συγκόλληση της βάσης τιτανίου ενδείκνυται να γίνεται εργαστηριακά πάνω στο εκμαγείο ώστε να είναι ρυθμισμένα ακριβώς τα σημεία επαφής, οι μασητικές πρόωρες επαφές και να αφαιρεθούν αποτελεσματικά οι περίσσειες κονίας, μακριά από το υγρό περιβάλλον της στοματικής κοιλότητας.

26 | Στην περίπτωση προβόλου δίπλα σε εμφύτευμα προτιμούμε ο σχεδιασμός του να έχει γίνει με βάση την υγιεινή και όχι τόσο την αισθητική. Ένας ιδανικός σχεδιασμός είναι ο πρόβολος να καταλήγει σε ωοειδές σχήμα προς την παρυφή των ούλων και να εξασφαλίζει την απρόσκοπτη λειτουργία των μεσοδόντιων βουρτσών.

27 | Στο συγκεκριμένο περιστατικό προτιμήθηκε να διατηρηθεί η σταυροειδής σύγκλειση που εμφανίζει ο ασθενής λόγω σκελετικής ανωμαλίας (στενή άνω γνάθος) και όχι λόγω έκτοπης θέσης δοντιών.

28 | Οι οπές κοχλίωσης σφραγίζονται με σύνθετη ρητίνη. Σε περιπτώσεις που είναι επιθυμητό να μη γίνονται άμεσα αντιληπτές μπορούν να χρησιμοποιηθούν opaque ρητίνες και stains ώστε να γίνει μια προσομοίωση φυσικού δοντιού. Σε περιπτώσεις όμως που είναι επιθυμητός ο εύκολος και άμεσος εντοπισμός των καναλιών θα πρέπει να επιλέγεται μια διαφανής ρητίνη διαφορετικού χρώματος από αυτό της αποκατάστασης.

ΕΤΗΣΙΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΕΜΦΥΤΕΥΜΑΤΟΛΟΓΙΑΣ ITI, 2020-2021

ITI CURRICULUM

Το πρόγραμμα εμφυτευματολογίας ITI είναι ένα διεθνές τυποποιημένο πρόγραμμα σπουδών που απευθύνεται σε οδοντιάτρους με ελάχιστη εμπειρία στην οδοντική εμφυτευματολογία. Οι οδοντίατροι που θα εγγραφούν στο πρόγραμμα σπουδών Εμφυτευματολογίας ITI, θα λάβουν μια πλήρη και υψηλού επιπέδου εκπαίδευση, βασισμένη στις αρχές και τη φιλοσοφία της ITI για τεκμηριωμένη θεραπευτική αντιμετώπιση με εμφυτεύματα.

Βασική εκπαίδευση (Foundation Level)

- 4 μήνες διάρκεια
- 6 Θεματικές ενότητες
- 35 Γνωστικά αντικείμενα
- Online όλο το εκπαιδευτικό υλικό για εξατομικευμένο ρυθμό εκμάθησης
- 2 ημέρες Χειρουργικής και Προσθετικής πρακτικής άσκησης
- Online τελικές εξετάσεις
- ITI Certificate in Implant Dentistry: Foundation Level

Κλινική εμπειρία (Intermediate Level)

- 8 μήνες διάρκεια
- 10 ημέρες κλινικής άσκησης
- 8 ημέρες εργαστηριακής άσκησης και θεωρητικής ενημέρωσης
- 4 Θεματικές ενότητες θεωρητικής κατάρτισης
- 18 Γνωστικά αντικείμενα
- Online εκπαιδευτικό υλικό για εξατομικευμένο ρυθμό εκμάθησης
- Χειρουργική τοποθέτηση και προσθετική αποκατάσταση 5 εμφυτευμάτων σε ασθενείς
- Online τελικές εξετάσεις
- Παρουσίαση κλινικών περιστατικών
- ITI Certificate in Implant Therapy: Intermediate Level

Εξατομικευμένη κλινική καθοδήγηση (Mentoring)

Κατά τη διάρκεια του προγράμματος θα υπάρχει η δυνατότητα ατομικής καθοδήγησης για τοποθέτηση και αποκατάσταση επιπλέον εμφυτευμάτων.

e-learning

Διδασκαλία με φυσική παρουσία

Εργαστηριακές ασκήσεις και επιτραπέζιες επιδείξεις

Κλινική εμπειρία

Έναρξη προγράμματος
27 Απριλίου 2020

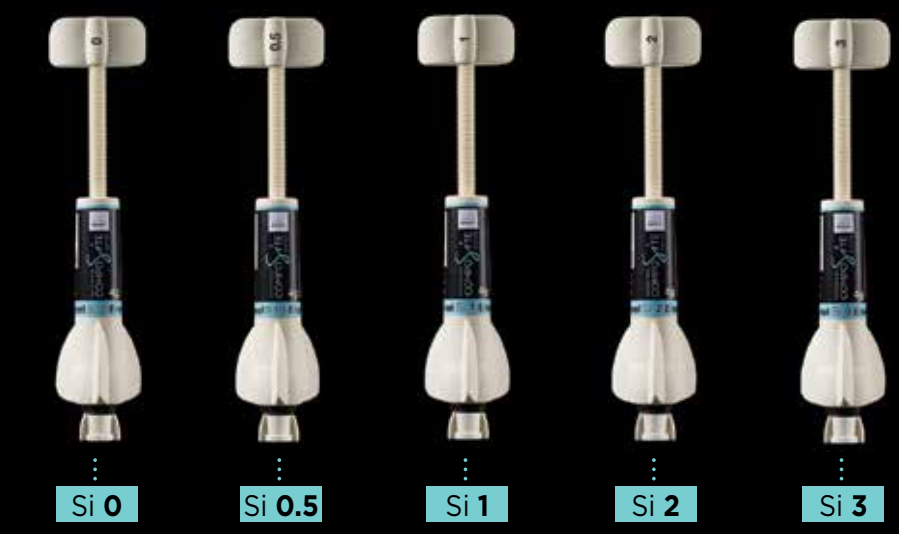
Μέγιστος αριθμός
συμμετοχών 15

ITI Certificate

Για περισσότερες πληροφορίες και δηλώσεις συμμετοχής: **www.iti-implantology.webnode.gr**

WHITE DENTAL BEAUTY

PROFESSIONAL COMPOSITE SYSTEM



SHADES OF WHITE

CHOSEN BY DENTISTS FOR DENTISTS

Monaldo Saracinelli

Murad Akhundov

Louis Hardan

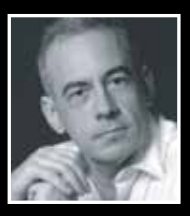
ACCREDITED & EDUCATED BY STYLE ITALIANO

"Στις μέρες μας, οι επιτυχημένες αποκαταστάσεις προσθίων δοντιών ικανοποιούν τόσο τους ασθενείς όσο και τους κλινικούς στην καθημερινή κλινική πράξη. Οι τεχνικές άμεσης αποκατάστασης έχουν πλέον απεριόριστες δυνατότητες στην αποκατάσταση της λειτουργίας και της αισθητικής, ενώ παράλληλα περιορίζεται στο ελάχιστο η αποκοπή σκληρών οδοντικών ιστών. Για το λόγο αυτό, η σύνθετη ρητίνη CompoSite by White Dental Beauty, powered by style italiano, είναι η αγαπημένη μου επιλογή για τους ασθενείς μου."

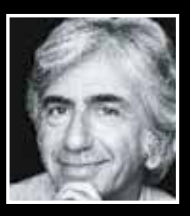
Monaldo Saracinelli - StyleItaliano honorary member

THE SIMPLE APPROACH TO WHITENING & RESTORATIVE CASES

STYLE ITALIANO™ SHADE GUIDES



Walter Devoto



Angelo Putignano

PROFESSIONAL COMPOSITE SYSTEM

WHITE DENTAL BEAUTY

WHITEDENTALBEAUTY.COM

Wild Sashimi, Smoked Brie & Guinness Sourdough Slider

BECAUSE INGREDIENTS MATTER

UNIQUE COMES AS STANDARD

SERVED BY OPTIDENT

Τα συστατικά έχουν τον κύριο ρόλο στα συστήματα White Dental Beauty Professional Tooth Whitening Systems με την τεχνολογία NOVON® να είναι η καρδιά κάθε θεραπείας.

Η λίστα των υλικών μας περιλαμβάνει μια ποικιλία επιλογών για κάθε ασθενή, ακόμη και για αυτούς με πιο ειδικές ανάγκες.
Με την υποστήριξη των master classes και ειδικών event της Optident, διεθνώς αναγνωρισμένοι opinion leaders, θα σας βοηθήσουν να πάτε την τεχνική της λεύκανσης στο επόμενο επίπεδο!

WHITE DENTAL BEAUTY

Dental Expert - Άννα Ελμάογλου Ε.Π.Ε.

Φειδιππίδου 30, 11527, Αθήνα , Τηλ.: 210 7770739, 210 7770749, Φαξ: 210 7770716, e-mail: anna@dental-expert.gr

Η σελίδα της
ΕΤΑΙΡΕΙΑΣ **ΟΔΟΝΤΟΣΤΟΜΑΤΟΛΟΓΙΚΗΣ** ΕΡΕΥΝΗΣ

Ιατρικό Ιστορικό: Το πρώτο βήμα στην πρόληψη επιπλοκών στο οδοντιατρείο

Φώτης Τζέρμπος
Αναπληρωτής Καθηγητής
Σταματικής & Γναθοπροσωπικής
Χειρουργικής ΕΚΠΑ

Η λήψη και η αξιολόγηση ενός ιατρικού ιστορικού είναι η καλύτερη στρατηγική για την πρόληψη επιπλοκών στο οδοντιατρείο είτε υπό την μορφή του ιατρικού επείγοντος, είτε υπό την μορφή της μετεγχειρητικής επιπλοκής.

Αν και η γενική εκτίμηση της ιατρικής κατάστασης του οδοντιατρικού ασθενούς μπορεί να εκτιμηθεί με δύο – τρεις βασικές προφορικές ερωτήσεις εν τούτοις η ύπαρξη ενός ιατρικού – οδοντιατρικού ιστορικού σε έντυπη ή ηλεκτρονική μορφή πέρα από τους ιατρονομικούς λόγους που το επιβάλλουν, μας παρέχει μια ολοκληρωμένη εικόνα του ασθενούς καθώς επίσης αποτελεί και ένα σημείο αναφοράς για μελλοντικές οδοντιατρικές θεραπείες στον ασθενή.

Οι τρόποι για την λήψη του ιατρικού ιστορικού είναι βασικά δύο είτε με την μορφή συνέντευξης του ιατρού με τον ασθενή, τρόπος που ενισχύει την σχέση ιατρού ασθενούς αλλά είναι χρονοβόρος για τον ιατρό, είτε με την μορφή ενός λεπτομερούς ερωτηματολογίου που συμπληρώνει ο ασθενής. Στόχος του ερωτηματολογίου είναι εκτίμηση αφενός της γενικής κατάστασης του ασθενούς και αφετέρου του πιθανού κινδύνου εμφάνισης επιπλοκών από την πραγματοποίηση μιας συγκεκριμένης θεραπείας.

Κατά την λήψη του ιατρικού ιστορικού συστήνεται να έχουμε υπόψιν μας τους παρακάτω άξονες.

Καταρχάς θα πρέπει να απαντώνται όλες οι ερωτήσεις. Πολλές φορές είτε επειδή δεν καταλαβαίνει την ερώτηση, είτε επειδή αισθάνεται ότι παρεμβαίνουμε στην προσωπική του ζωή ο ασθενής δεν απαντά σε κάποιες ερωτήσεις. Η δική μας προσωπική παρέμβαση, είτε απλοποιώντας είτε επεξηγώντας τη σημασία της συγκεκριμένης ερώτησης για την ασφαλή παροχή της οδοντιατρικής θεραπείας και η οποία θεραπεία περιβάλλεται από απόλυτη εχεμύθεια σε όλες τις περιπτώσεις έχει σαν αποτέλεσμα την απάντηση στο αναπάντητο ερώτημα. Ένα παράδειγμα είναι το ερώτημα για πιθανή λήψη αντισυλληπτικών δισκίων. Στο εύλογο ερώτημα της ασθενούς γιατί θα πρέπει να ξέρει ο οδοντίατρος εάν παίρνω αντισυλληπτικά, η απάντηση είναι ότι με την λήψη των αυξάνεται η πιθανότητα εμφάνισης ξηρού φατνίου μετά από μία εργώδη εξαγωγή σωφρονιστήρα κυρίως της κάτω γνάθου και επιπρόσθετα θα έλεγα και για τον πιο σημαντικό λόγο ότι η πιθανή χορήγηση κάποιων από τα συνήθως χορηγούμενα αντιβιοτικά στην Οδοντιατρική όπως η Αμοξυκιλλίνη, έχει σαν αποτέλεσμα την αναστολή της δράσης των αντισυλληπτικών φαρμάκων.

> Οι τρόποι για την λήψη του ιατρικού ιστορικού είναι δύο: είτε με την μορφή συνέντευξης μεταξύ γιατρού και ασθενή, τρόπος που ενισχύει την μεταξύ τους σχέση, είτε με την μορφή ενός λεπτομερούς ερωτηματολογίου που συμπληρώνει ο ασθενής.

Ένας άλλος άξονας που θα πρέπει να ακολουθούμε είναι, ότι σε πιθανή θετική απάντηση σε μία ερώτηση απαιτείται η περαιτέρω διερεύνησή της. Πολλές φορές οι ασθενείς απαντούν θετικά στον αν έχουν κάποια αλλεργία σε κάποιο φάρμακο, κυρίως της κατηγορίας των αντιβιοτικών, χωρίς να την έχουν τεκμηριώσει με κάποια εκτίμηση από αλλεργιολόγο δυσχεραίνοντας έτσι την θεραπεία λόγω της μη ορθολογικής χορήγησης των φαρμάκων. Σε περαιτέρω διευκρινιστικές ερωτήσεις μας αναφέρεται ότι σε προηγούμενη λήψη του φαρμάκου «του έπεσε βαρύ στο στομάχι» και ως εκ τούτου πιστεύει ο ασθενής ότι έχει αλλεργία στο συγκεκριμένο φάρμακο.

Κατά την λήψη του ιστορικού δίνεται η δυνατότητα στον θεράποντα ιατρό από την συμπεριφορά και την στάση του ασθενούς, να εκτιμήσει σε συνδυασμό και με το ιατρικό ιστορικό, εάν ο ασθενής χρήζει κατάλληλης προεγχειρητικής αγωγής για την καταστολή του άγχους και την ασφαλή διεκπεραίωση της θεραπείας σε περιβάλλον οδοντιατρείου ή για ιδιαίτερα εκτεταμένες χειρουργικές επεμβάσεις σε νοσοκομειακό περιβάλλον υπο νευροληπταναλγησία.

Η επικαιροποίηση του ιατρικού ιστορικού είναι απαραίτητη όταν μεσολαβούν μεγάλα χρονικά διαστήματα από την αρχική λήψη

Ακίνητη Προσθετική

Παύλος Γαρέφης Ομότιμος Καθηγητής ΑΠΘ

Λειτουργία και αισθητική στις μεταλλοκεραμικές και ολοκεραμικές αποκαταστάσεις

- **Κλινικές διαδικασίες**
- **Συνεργασία με το οδοντοτεχνικό εργαστήριο**

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

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

του. Μπορεί ο ασθενής να είναι πλέον σε φαρμακευτική αγωγή για κάποια πάθηση ή να έχουν τροποποιηθεί κάποια φάρμακα που έπαιρνε. Είναι πιθανόν επίσης να έχουν εμφανιστεί αλλεργίες που δεν τις είχε στο παρελθόν, όπως, επίσης, στα πλαίσια ογκολογικής θεραπείας να έχουν χορηγηθεί ενδοφλέβια διφωσφονικά. Όλα αυτά θα πρέπει να αποτυπώνονται σε ένα νέο ιστορικό γιατί πιθανόν να επηρεάσουν το σχέδιο και την παροχή της οδοντιατρικής θεραπείας.

Τέλος, κατά την λήψη του ιστορικού να έχουμε στο μυαλό μας τον Σωκράτη και την μαιευτική του μέθοδο. Πολλές φορές οι ασθενείς άθελά τους δεν αναφέρουν την λήψη συγκεκριμένων φαρμάκων γιατί αναρωτιούνται τι τον νοιάζει τον οδοντίατρο το ότι παίρνω μια ασπιρίνη την ημέρα ή το ότι κάνω μία ένεση κάθε έξι μήνες και η οποία με έχει απαλλάξει από την καθημερινή ή εβδομαδιαία λήψη φαρμάκων για την οστεοπόρωση; Όλοι βέβαια πλέον γνωρίζουμε ότι ότι η λήψη ασπιρίνης για μεγάλο χρονικό διάστημα μπορεί να οδηγήσει σε παρατεταμένη μετεξακτική αιμορραγία, ενώ η λήψη φαρμάκων για οστεοπόρωση και η μη σωστή διαχείριση του ασθενούς μπορεί να οδηγήσει στην εμφάνιση φαρμακευτικής οστεονέκρωσης των γνάθων. Τα τελευταία χρόνια πληθαίνουν οι ασθενείς που προσέρχονται στο οδοντιατρείο για θεραπεία και αναφέρουν την λήψη συμπληρωμάτων διατροφής φυτικής προέλευσης – βοτάνων με ευεργετικά αποτελέσματα στην αντιμετώπιση διαφόρων παθήσεων. Ο οδοντίατρος θα πρέπει να διερευνά, να γνωρίζει για την πιθανή λήψη αυτών των σκευασμάτων και να συζητά την πιθανή προεγχειρητική διακοπή της λήψης των με δεδομένο ότι κάποια από αυτά δρουν είτε άμεσα προκαλώντας ανάμεσα στα άλλα επίταση της μετεγχειρητικής αιμορραγίας (Τζίνγκο Μπιλόμπα, Τζίνσεγκ) είτε έμμεσα επηρεάζοντας την φαρμακοκινητική (Χόρτο του Αγ. Ιωάννη) και φαρμακοδυναμική (Βαλεριάνα) διαφόρων φαρμάκων.

Η επικαιροποίηση του ιατρικού ιστορικού είναι απαραίτητη όταν μεσολαβούν μεγάλα χρονικά διαστήματα από την αρχική λήψη του.

Συμπερασματικά για την πρόληψη και αντιμετώπιση επιπλοκών και επειγουσών καταστάσεων στο οδοντιατρείο απαιτείται

1. Η λήψη ενός ολοκληρωμένου ιατρικού – οδοντιατρικού ιστορικού. Η διάθεση 5-10 λεπτών της ώρας που απαιτείται για την συμπλήρωσή του δεν αποτελεί χάσιμο χρόνου, αλλά ακρογωνιαίο λίθο στην lege artis όπως επιβάλλεται για ηθικούς και ιατρονομικούς λόγους σωστή θεραπεία.
2. Η σωστή διαβούλευση με τους άλλους θεράποντες ιατρούς του ασθενούς για την κατάλληλη περιεγχειρητική αγωγή.
3. Η συνεχής επιμόρφωση στην αναγνώριση και αντιμετώπιση επειγουσών καταστάσεων στο οδοντιατρείο μέσα από σεμινάρια επαγγελματικών και επιστημονικών φορέων του χώρου μας όπως η Εταιρεία της Οδοντοστοματολογικής Ερεύνης.

Είναι μάθηση η οποία:

α) Επιβάλλεται να γνωρίζουμε και να ευχόμαστε να μην χρειαστεί πότε να την εφαρμόσουμε.

β) Ανεβάζει την εικόνα μας στα μάτια των ασθενών μας και των συναδέλφων ιατρών.

γ) Θα μας δίνει το δικαίωμα να κοιμόμαστε ήσυχοι το βράδυ σκεπτόμενοι ότι κάναμε ό,τι ήταν δυνατό στη διαχείριση μιάς επιπλοκής γιατί τελικά επιπλοκές έχουμε όλοι.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Preventing Medical Emergencies, Use of the Medical History: F. Atherton Pickett, J Gurenlian; Lippincott Williams & Wilkins, 2nd Edition, Baltimore 2010.
2. Medical Emergencies in Dental Practice: O. Ogle, H. Dym, R. Weinstock; Quintessence Publishing Co, Inc, Chicago 2016
3. The Importance of a Thorough Medical and Pharmacological History Before Dental Implant Placement: Y Zadik et all; Aust Dental J 57(3), 388-392, 2012.
4. Dietary Supplement Interactions with Medications used Commonly in Dentistry: M. Donaldson, R. Touger-Decker, JADA 144(7), 787-94, 2013
5. Herbal Medicines and Perioperative Care: M. Ang-Lee, J. Moss, C. Yuan, JAMA 286(2), 208-16. 2001

septodont

Η Οδοντιατρική Εξαγωγή με μια Καθολική Λύση

Κατανοώντας ότι η εξαγωγή των οδόντων παραμένει μια διαδικασία με πολλές προκλήσεις, 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.

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

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 μία 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

Η σελίδα της
ΕΛΛΗΝΙΚΗΣ ΕΤΑΙΡΙΑΣ ΚΛΙΝΙΚΗΣ ΣΤΟΜΑΤΟΛΟΓΙΑΣ

Διαγνωστικοί αλγόριθμοι

Διαφορική διάγνωση σημείων και συμπτωμάτων τοπικών και συστηματικών νόσων της στοματικής κοιλότητας με αλγοριθμική προσέγγιση

Μαρίνα Δούκα
Οδοντίατρος-Στοματολόγος,
Υπεύθυνη Στοματολογικού Τμήματος
Ιατρικού Κέντρου Αθηνών,
Γραμματέας Ελληνικής Εταιρίας Κλινικής
Στοματολογίας doukasmaringr@yahoo.gr

Σύνοψη αλγορίθμων από το στρογγυλό τραπέζι της Ελληνικής Εταιρίας Κλινικής Στοματολογίας στο 39ο Πανελλήνιο Οδοντιατρικό Συνέδριο «Έξυπνη Στοματολογία»

Μέρος Δεύτερο: ΛΕΥΚΕΣ ΒΛΑΒΕΣ

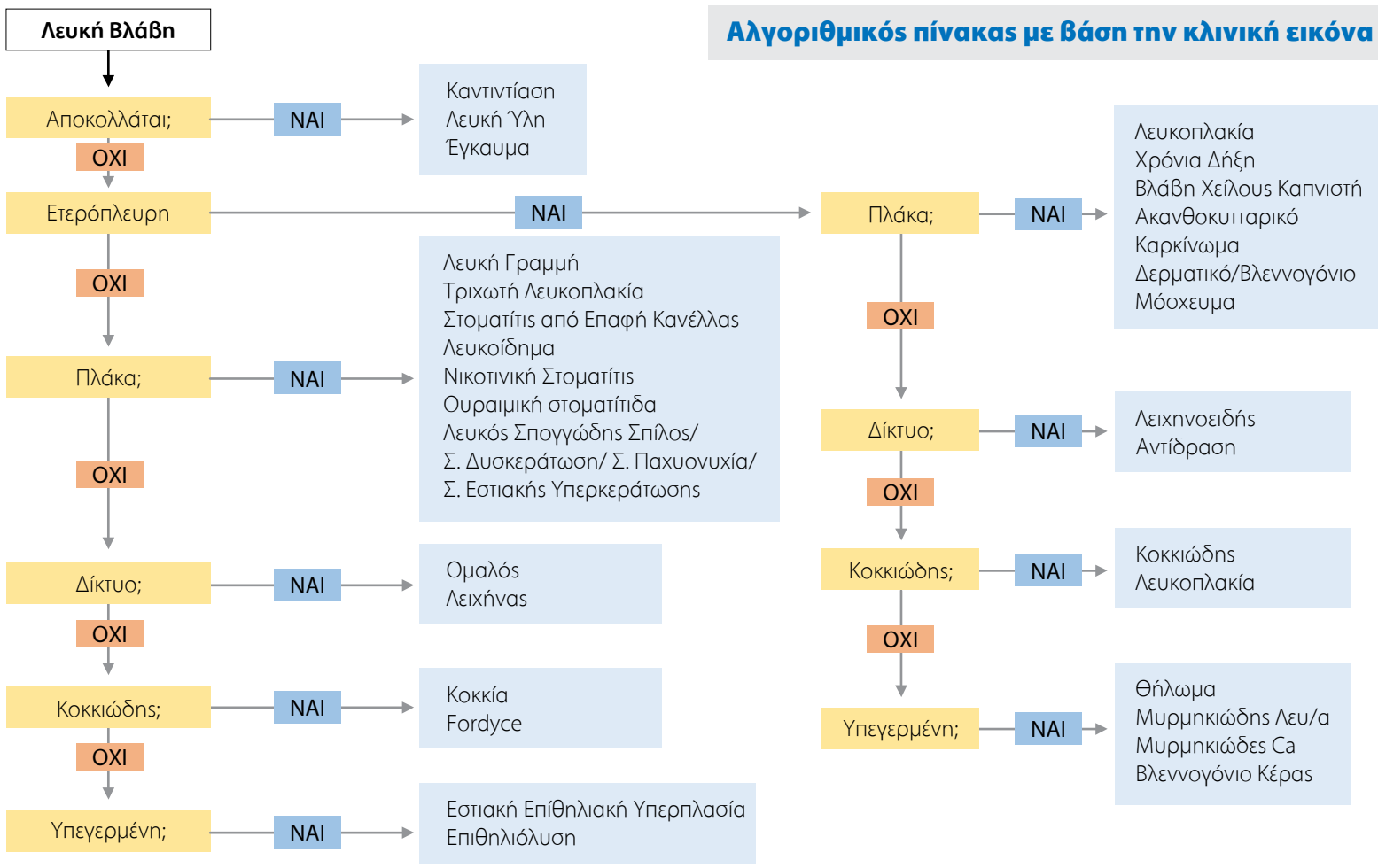
ΛΕΥΚΕΣ ΒΛΑΒΕΣ

• **Οι λευκές βλάβες του στοματικού βλεννογόνου** είναι ένα σύνολο από διαταραχές με μεγάλη ποικιλία ως προς την αιτία, τη θεραπευτική αντιμετώπιση και την πρόγνωση

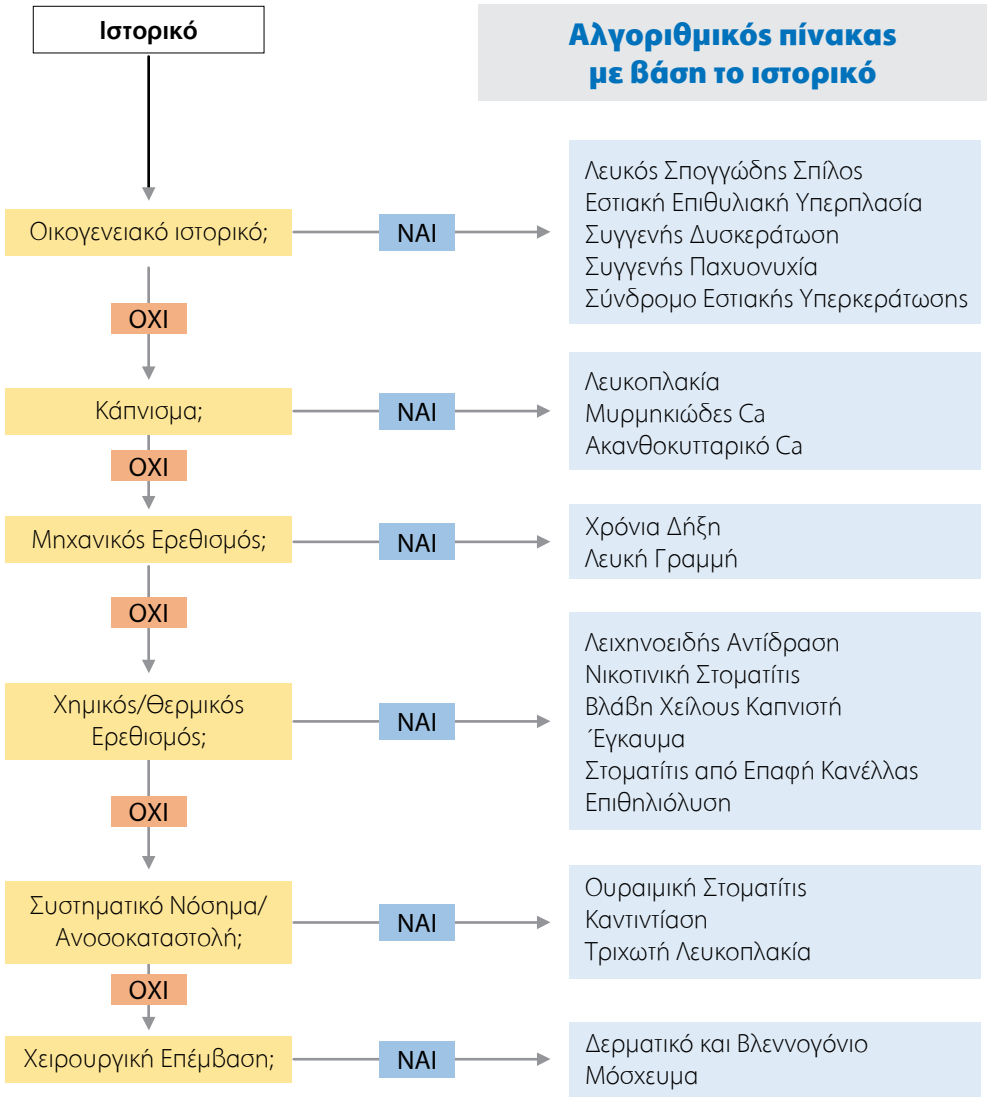
• **Η διάγνωση** των λευκών βλαβών γίνεται με βάση το ιατρικό ιστορικό, την κλινική εικόνα και τις εργαστηριακές εξετάσεις

• **Οι αλγοριθμικοί πίνακες** δίνουν τη δυνατότητα ομαδοποίησης και στη συνέχεια συνδυασμού των δεδομένων με σκοπό τη δημιουργία ενός **ασφαλούς μονοπατιού που οδηγεί από το εύρημα στη θεραπεία**

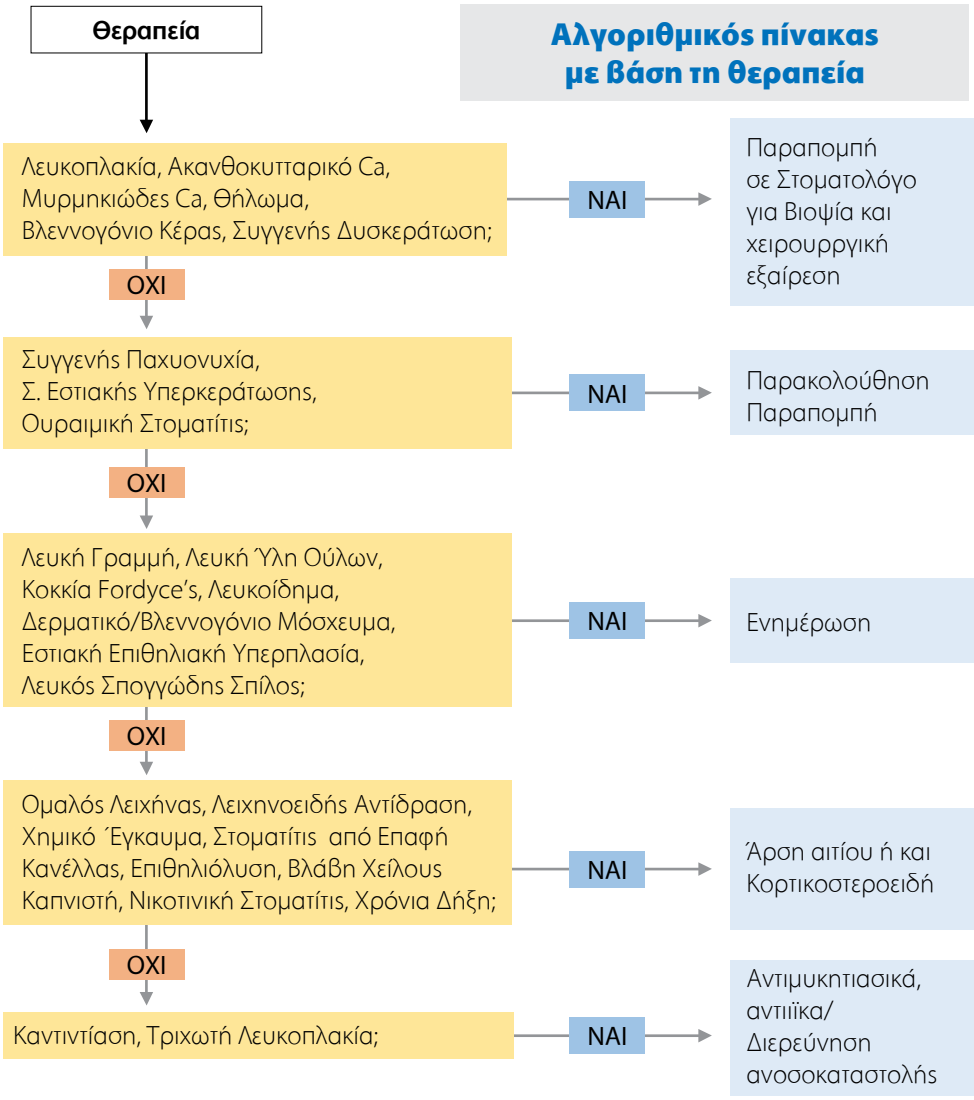
Αλγοριθμικός πίνακας με βάση την κλινική εικόνα



Αλγοριθμικός πίνακας με βάση το ιστορικό



Αλγοριθμικός πίνακας με βάση τη θεραπεία



Μοριοδοτείται
από το Ινστιτούτο
Επιστημονικών
Θεμάτων της Ε.Ο.Ο.

20ο

19-21
06 · 2020

παμπελοποννησιακό οδοντιατρικό συνέδριο

ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑΚΟ ΣΥΝΕΔΡΙΟ ΠΕΛΟΠΟΝΝΗΣΟΥ ΚΑΙ ΔΥΤΙΚΗΣ ΕΛΛΑΔΑΣ

«ΟΤΑΝ Η ΓΝΩΣΗ ΤΟΥ ΧΘΕΣ ΣΥΝΑΝΤΑ ΤΙΣ ΥΠΟΣΧΕΣΕΙΣ ΤΟΥ ΑΥΡΙΟ»

Διοργανωτής
Οδοντιατρικός Σύλλογος Αργολίδας

Πρόεδρος Οργανωτικής Επιτροπής
Παπαδημόπουλος Δημήτρης
Πρόεδρος Οδοντιατρικού Συλλόγου Αργολίδας

Συντονιστής Επιστημονικού Προγράμματος
Δρ. Μελακόπουλος Ιωάννης
Στοματικός και Γναθοπροσωπικός Χειρουργός

Τόπος διεξαγωγής
Nafplia Palace Hotel/Ναύπλιο

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

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

ΟΞΕΙΑ ΕΜΠΥΡΕΤΟΣ ΟΥΔΕΤΕΡΟΦΙΛΙΚΗ ΔΕΡΜΑΤΟΠΑΘΕΙΑ: Συχνός στόχος το Στόμα

Πρόκειται για σπάνιο σχετικά νόσημα που ταξινομείται στις ουδετεροφιλικές δερματοπάθειες. Κλινικά χαρακτηρίζεται από υψηλό πυρετό, δερματικές βλάβες, επιπεφυκίτιδα, ελκώσεις στο στόμα και γενικά συμπτώματα. Ταξινομείται σε 3 βασικούς τύπους: τον **κλασικό ή ιδιοπαθή**, τον **παρανεοπλασματικό** και το **φαρμακευτικό**. Χαρακτηρίζεται από ουδετεροφιλία τόσο στο περιφερικό αίμα όσο και ιστολογικά. Οι εκδηλώσεις στο στόμα αποτελούν συχνό και σταθερό εύρημα που μπορεί να εμφανισθούν είτε πρώιμα, πριν από τις δερματικές βλάβες, είτε όψιμα. Ασχέτως όμως του χρόνου εμφάνισης αποτελούν ένα σημαντικό διαγνωστικό κριτήριο για ένα νόσημα με αμφίβολη ή ακόμη και σοβαρή πρόγνωση. Η διαταραχή αυτή αποτελεί κλασικό παράδειγμα πολυσυστηματικής νόσου όπου εμπλέκονται πολλές ιατρικές ειδικότητες με συμμετοχή του Στοματολόγου στη διάγνωση και θεραπεία.

Η οξεία εμπύρετος ουδετεροφιλική δερματοπάθεια ή σύνδρομο Sweet, περιγράφηκε το 1964 απ τον Sweet. Πρόκειται για σπάνιο σχετικά νόσημα άγνωστης αιτιολογίας, που αναπτύσσεται μετά από λοίμωξη του ανώτερου αναπνευστικού ή του γαστρεντερικού. Προσβάλλει πιο συχνά γυναίκες, σχέση 4:1, ηλικίας 30-60 ετών. Σε ποσοστό πάνω από 20% συνυπάρχει με νεοπλασία (παρανεοπλασματική νόσος) κυρίως χρόνια λεμφοβλαστική λευχαιμία ή και άλλους όγκους. Επιπλέον, σχετικά συχνή είναι η συνύπαρξη με φλεγμονώδεις νόσους του εντέρου, εγκυμοσύνη (πρώτο και δεύτερο τρίμηνο της κύησης), λοιμώξεις και φάρμακα. Τα φάρμακα που έχουν σχετισθεί με τη νόσο είναι ο παράγοντας διέγερσης των κοκκιοκυττάρων (G-CSF), αντιβιοτικά (μινοκυκλίνη, τριμεθοπρίμη-σουλφαμεθοξαζόλη), αντιδιουρητικά, αντισυλληπτικά, αντιεπιληπτικά. Τέλος, σε ποσοστό 50-60% δεν συνυπάρχει κανένας από τους πιο πάνω παράγοντες. Με επιδημιολογικά και κλινικά κριτήρια το σύνδρομο Sweet ταξινομείται σε 3 βασικούς τύπους: τον κλασικό ή ιδιοπαθή, τον παρανεοπλασματικό και το φαρμακευτικό.

Εικ. 1: Σύνδρομο Sweet, οίδημα, φλύκταινες και ελκώσεις στο δέρμα των δακτύλων.

Εικ. 2: Σύνδρομο Sweet, έλκωση στο δέρμα του γόνατος.

Εικ. 3: Σύνδρομο Sweet, βαθιά έλκωση στο βλεννογόνο του κάτω χείλους.

Εικ. 4: Σύνδρομο Sweet, οίδημα και ελκώσεις στο κάτω χείλος.

Κλινικά των εκδηλώσεων του συνδρόμου Sweet προηγείται λοίμωξη του ανώτερου αναπνευστικού και σπανιότερα του γαστρεντερικού συστήματος. Τα βασικά κλινικά σημεία είναι αιφνίδιος υψηλός πυρετός 38°-39°C, αρθραλγίες, μυαλγίες, καταβολή δυνάμεων, δερματικό εξάνθημα, οφθαλμικές βλάβες και ελκώσεις στο στόμα. Στο δέρμα, πρώιμα, αναπτύσσονται οιδηματώδεις ερυθρές βλατίδες και πλάκες που συρρέουν και εμφανίζουν τάση επέκτασης. Μερικές από τις βλάβες έχουν τάση για νέκρωση και δημιουργία ελκώσεων ή και πομφολύγων και φλυκταινών ***(Εικ. 1, 2)***.

Πιο συχνά οι δερματικές βλάβες εντοπίζονται στην περιοχή κεφαλής και τραχήλου, και τα άκρα. Η δοκιμασία παθεργίας είναι συνήθως θετική. Στους οφθαλμούς παρατηρείται επιπεφυκίτις, αιμορραγίες, επισκληρίτις, ιριδοκυκλίτις. Στο στόμα δημιουργούνται βαθιές επώδυνες ελκώσεις, που προσομοιάζουν με μεγάλες άφθες, μεγέθους από 1 έως πολλά εκατοστά ***(Εικ. 3)***. Στο χείλος παρατηρείται έντονο οίδημα και ελκώσεις που καλύπτονται από αιμορραγικές εφελκίδες ***(Εικ. 4)***. Οι κλινικές εκδηλώσεις διαρκούν, χωρίς θεραπεία, 1-3 μήνες και υποτροπιάζουν στο 30% των ασθενών. Εντούτοις, εάν αρχίσει πρώιμα η ορθή θεραπεία οι βλάβες υποχωρούν σε 1-2 εβδομάδες. Η διάγνωση στηρίζεται σε κλινικά κυρίως κριτήρια. Πρέπει όμως να τεκμηριωθεί και εργαστηριακά. Η κλινική διαφορική διάγνωση περιλαμβάνει τα νοσήματα που υπάρχουν στον ***Πίνακα 1***.

Πίνακας 1
Διαφορική Διάγνωση

- Σύνδρομο Αδαμαντιάδη-Behçet
- Σύνδρομο RFAPA
- Αυτοάνοσα νοσήματα του κολλαγόνου
- Πολύμορφο ερύθημα
- Φλεγμονώδεις νόσοι του εντέρου
- Βλαστική πυοστοματίτις
- Γαγγραινώδες πυόδερμα
- Άλλες ουδετεροφιλικές δερματοπάθειες
- Οξείες λευχαιμίες
- Mn-Hodgkin's λέμφωμα

Εργαστηριακά, στο περιφερικό αίμα παρατηρείται λευκοκυττάρωση με χαρακτηριστική επικράτηση των ουδετεροφίλων (60-80%). Επιπλέον, είναι αυξημένη η ΤΚΕ, η CRP και η α2-σφαιρίνη. Ιστολογικά, παρατηρείται λεμφοκυτταρική διήθηση με έντονη επικράτηση ουδετεροφίλων στο χόριο, που συχνά μεταναστεύουν και στην επιδερμίδα σχηματίζοντας μικροαποστηματία. Χαρακτηριστικό, εξάλλου, εύρημα είναι η περιαγγειακή ουδετεροφιλική διήθηση χωρίς παρουσία αγγειίτιδας.

Θεραπευτικά, φάρμακο πρώτης επιλογής είναι τα κορτικοστεροειδή με εντυπωσιακά καλό αποτέλεσμα. Χορηγείται πρεδνιζολόνη 0,5-1 mg/kg την ημέρα για 2-3 εβδομάδες και μετά σταδιακή μείωση και διακοπή μέσα σε 2-3 εβδομάδες. Δεύτερης επιλογής φάρμακα είναι η κολχικίνη (1-1,5 mg την ημέρα), η δαψόνη (100-200 mg την ημέρα) και η θαλιδομίδη (100-200 mg την ημέρα).

Συμπερασματικά, η οξεία εμπύρετος ουδετεροπενική δερματοπάθεια ή σύνδρομο Sweet, αποτελεί ένα δύσκολο διαγνωστικό και θεραπευτικό πρόβλημα που μερικές φορές μπορεί να υποκρύπτει κακοήθεια. Οι βλάβες στο στόμα είναι συνήθως συχνές και αυτό αναδεικνύει το σημαντικό ρόλο του Στοματολόγου σε ένα νόσημα που εμπλέκονται πολλές ιατρικές ειδικότητες.

Υπό την Αιγίδα του ***Υπουργείου Υγείας***
και της ***Ελληνικής Οδοντιατρικής Ομοσπονδίας (ΕΟΟ)***

ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΕΤΑΙΡΙΑ ΚΛΙΝΙΚΗΣ ΣΤΟΜΑΤΟΛΟΓΙΑΣ

33 χρόνια
ΗΜΕΡΙΔΑ ΣΤΟΜΑΤΟΛΟΓΙΑΣ*
Πανηγυρική Εκδήλωση
Με Διεθνή Συμμετοχή

Συντονίστρια Εκδήλωσης: **Ελεάνα Στουφή**
Στοματολόγος, Επισκέπτρια Λέκτωρ Παν. Harvard

Μέρος Ι. Επιστημονικό Πρόγραμμα
Πρόεδροι: **Νικητάκης Νίκος,** Καθηγητής Στοματολογίας Παν. Αθηνών
Πουλόπουλος Αθανάσιος, Καθηγητής Στοματολογίας Παν. Θεσσαλονίκης
Ομιλητές: **Fedele Stefano,** Καθηγητής Στοματολογίας Παν. Λονδίνου, Αγγλία
Porter Stephen, Καθηγητής Στοματολογίας Παν. Λονδίνου, Αγγλία
Woo Sook-Bin, Καθηγήτρια Στοματολογίας Παν. Harvard, ΗΠΑ
Σούκος Νίκος, Καθηγητής-Ερευνητής Παν. Northeastern, ΗΠΑ
Λάσκαρης Γιώργος, Αν. Καθηγητής Στοματολογίας Ιατρικής Σχολής Παν. Αθηνών, Επισκέπτης Καθηγητής Παν. Λονδίνου

Μέρος ΙΙ. Τιμητική Εκδήλωση για τον Καθηγητή Γιώργο Λάσκαρη: 55 χρόνια δημιουργίας
Έλληνες και Ξένοι Καθηγητές, Ιατροί και Οδοντίατροι, θα παρουσιάσουν το επιστημονικό και ακαδημαϊκό έργο του τιμωμένου και την προσφορά του στην Ελλάδα και διεθνώς.

Σάββατο 23 Μαΐου 2020, 9:30-14:30 μ.μ.
Ξενοδοχείο DIVANI CARAVEL, Αθήνα
Συμμετοχή Δωρεάν

*Προκαταρκτικό Πρόγραμμα. Θα ακολουθήσει το Τελικό Πρόγραμμα τον Απρίλιο 2020.

Προσθετικές παρεμβάσεις με αναφορά στην αρχική αισθητική εικόνα

Ηρακλής Καρκαζής
Καθηγητής Κινητής Προσθετικής ΕΚΠΑ

Όπως έχουμε αναφέρει και παλιότερα, στην κλινική μας διαδρομή και όχι σπάνια, αντιμετωπίζουμε περιστατικά όπου η απ' ευθείας καταφυγή σε κινητές προσθετικές αποκαταστάσεις αποτελεί μονόδρομο.

Ασθενείς που επί χρόνια απολάμβαναν μια έστω φθίνουσα λειτουργική επάρκεια και υποκειμενική ασφάλεια με ακίνητες αποκαταστάσεις ή φυσικά δόντια, θα πρέπει εξαίφνης να μεταβούν, έστω και μεταβατικά, στη λύση της κινητής εργασίας. Στην πραγματικότητα βέβαια πρόκειται για την τελευταία πράξη μιας μακράς σειράς γεγονότων που υπακούουν στη σχέση αιτίου αποτελέσματος.

Εικ. 1: Η κλινική εικόνα του περιστατικού.

Εικ. 2: Εξαγωγή των δοντιών, τοποθέτηση σε πρώτο χρόνο των εμφυτευμάτων και κατασκευή μεταβατικής ολικής οδοντοστοιχίας διατηρώντας κατά το δυνατόν τα αισθητικά χαρακτηριστικά των απολεσθέντων φυσικών δοντιών.

Εικ. 3: Η οδοντοστοιχία τοποθετημένη στο στόμα με μαλακό επίστρωμα.

Εικ. 4: Τα εξατομικευμένα κολοβώματα αναρτημένα στα εμφυτεύματα. Η τοπογραφική αξιοποίηση των μετεξακτικών φατνίων για τον προσανατολισμό των εμφυτευμάτων, περιόρισε την αναγκαιότητα ψηφιακής καθοδήγησης. Η διατήρηση των 16 και 17 εξασφάλισε την πιστή αναπαραγωγή της καθ έξιν σύγκλεισης του ασθενούς (θέση θεραπείας) χωρίς αποδιοργάνωση του ΣΓΣ.

Η χρόνια και ανεπαρκώς ελεγχόμενη περιοδοντική προσβολή, η ολιγωρία στην τήρηση στοιχειωδών κανόνων στοματικής υγιεινής, οι κακότεχνες προσθετικές εργασίες, το κάπνισμα και τα διάφορα συστηματικά νοσήματα οδοντιατρικού ενδιαφέροντος είναι παράγοντες, των οποίων η συνεργική δράση μπορεί να οδηγήσει στο οριακό αυτό σημείο.

Εικ. 5: Η μεταλλοκεραμική εργασία.

Η συνήθως μακρόσυρτη εξέλιξη μιας φθίνουσας στοματικής υγείας θα οδηγήσει στην απώλεια όλων των δοντιών, όταν πια ο ασθενής μας θα βρίσκεται, ή έχει υπερβεί, το κατώφλι της τρίτης ηλικίας. Η σώφρων αξιοποίηση σμιλεμένων στο χρόνο και μη επιδεχόμενων αμφισβήτησης πρωτοκόλλων αποκατάστασης, μπορούν να προσφέρουν προβλέψιμη έκβαση και άριστες προοπτικές, εφόσον βεβαίως πληρούνται οι προϋποθέσεις και υπάρχει υπομονή.

Εικ. 6: Η κλινική εικόνα με την τελική αποκατάσταση.

Εικ. 7: Αποκατάσταση της αισθητικής του άνω χείλους. Αριστερά με την οδοντοστοιχία δεξιά με την επιεμφυτευματική γέφυρα.

Ο συγγραφέας δηλώνει την μη ύπαρξη σύγκρουσης συμφερόντων σε σχέση με το παρόν άρθρο.

Βιβλιογραφία

Σταύρος Γιαννικάκης, Ηρακλής Καρκαζής. Προσθετική σε εμφυτεύματα. Εργαστηριακή τεχνική. Αθήνα 2018. (Copyright Σ. Γιαννικάκης, Η. Καρκαζής) http://users.uoa.gr/~hkarkaz/vivlia-syggrammata.html

Διατήρηση του ύψους της φατνιακής ακρολοφίας στην αισθητική ζώνη της άνω γνάθου χρησιμοποιώντας τους R.T.R. κώνους και το Hémocollagène

Božidar Brkovic, DDS, MSc, PhD
Καθηγητής Χειρουργικής Στόματος, Οδοντικών Εμφυτευμάτων και Αναισθησίας Οδόντων, Οδοντιατρική Σχολή του Πανεπιστημίου του Βελιγραδίου, Σερβία.

Εισαγωγή

Η χρονική στιγμή τοποθέτησης εμφυτεύματος στην αισθητική ζώνη σχετίζεται στενά με τη μείωση του κινδύνου των αισθητικών επιπλοκών και της απόκτησης σταθερότητας του πρωτεύοντος εμφυτεύματος στη θέση 3D του εμφυτεύματος. Μετά την εξαγωγή του δοντιού, το εμφύτευμα μπορεί να τοποθετηθεί άμεσα, οπότε νωρίς, με την επούλωση του μαλακού ιστού και λαμβάνοντας υπόψη το ελλειμματικό οστό ή μετά την ολοκλήρωση της επούλωσης του οστού και για την αναδιαμόρφωση της φατνιακής ακρολοφίας.

Παρόλο που με την καθυστερημένη τοποθέτηση του εμφυτεύματος μπορεί να αποκτηθεί η αρχική σταθερότητα των εμφυτευμάτων και ικανοποιητική δομή και ποιότητα του υπολειπόμενου οστού, η πρώιμη τοποθέτηση του εμφυτεύματος καθορίζεται από το αυξανόμενο επίπεδο κυτταρικών οστεογενετικών δραστηριοτήτων στο εσωτερικό των τοιχωμάτων του φατνίου με την επούλωση του μαλακού ιστού ο οποίος μπορεί να προσφέρει ικανοποιητικό όγκο και να προσμετρά τον μαλακό ιστό με αρκετά κερατινοποιημένο ουλικό ιστό της αισθητικής ζώνης.

Από την άλλη πλευρά, η χρονική στιγμή της άμεσης τοποθέτησης εμφυτευμάτων ακολουθείται με αυστηρές ενδείξεις ανάλογα με τη μορφολογία των φατνίων και την πιθανότητα να καταλήξει σε πρώιμη σταθερότητα του εμφυτεύματος. Όμως όλα τα πρωτόκολλα για τη χρονική στιγμή τοποθέτησης των εμφυτευμάτων χαρακτηρίζονται σε μεγαλύτερη ή μικρότερη έκταση από ελαφρά ισοπέδωση μέχρι σημαντική απορρόφηση των τοιχωμάτων των φατνίων που απαιτούν αύξηση του περιγράμματος με τη χρήση υποκατάστατων οστού (Buser et al., 2007, Chen, Buser 2008).

Το β-φωσφορικό τριασβέστιο (betaTCP) έχει σύνθεση και δομή παρόμοια με εκείνη του φυσικού οστού που εξασφαλίζουν οστεοαγώγιμο και βιοδιασπώμενο αποτέλεσμα. Το BetaTCP μπορεί να προάγει τη διαφοροποίηση και τον πολλαπλασιασμό των οστεοβλαστών τα οποία είναι σε αύξηση σε συνδυασμό με τον τύπο I κολλαγόνου εξαιτίας της βιοσυμβατότητας με ποικιλία ανθρώπινων κυττάρων και πρωτεϊνών σε μια διαδικασία οστικής επούλωσης (Ormianer et al., 2006, Yang et al. 2013). Η βιοδραστικότητα του βήταTCP και του τύπου I κολλαγόνου (R.T.R. κώνου, Septodont, France) έχει επιβεβαιωθεί σε προηγούμενες κλινικές μελέτες, in vitro και vivo (Brkovic et al., 2008, Schwartz et aï. 2007, Zou et aï. 2005).

Η διατήρηση της φατνιακής ακρολοφίας αμέσως μετά την εξαγωγή των δοντιών μπορεί να προσφέρει αξιόπιστη στήριξη για να διατηρηθεί ο αρχικός όγκος και η μορφολογία του οστού και του μαλακού ιστού στην αισθητική ζώνη (Vignoletti κ.ά., 2012). Αυτή η διαδικασία είναι λιγότερο επεμβατική για την αύξηση της φατνιακής ακρολοφίας η οποία αλλάζει την αρχιτεκτονική δομή του αναγεννημένου οστού στο εσωτερικό του φατνίου και ελαχιστοποιεί την απορρόφηση του εξωτερικού ιστού. Γι αυτό η διατήρηση του όγκου της φατνιακής ακρολοφίας είναι σημαντική για να καταφέρουμε να κατασκευάσουμε μια επιτυχή και αισθητικά ικανοποιητική προσθετική αποκατάσταση εμφυτευμάτων στην αισθητική ζώνη.

Αφού δεν υπάρχουν δεδομένα που να δείχνουν την επίδραση της σύνθεσης του βήταTCP και του κολλαγόνου τύπου I (βήταTCP / Clg) στην αισθητική ζώνη της άνω γνάθου που χρησιμοποιείται για την άμεση διατήρηση του όγκου της φατνιακής ακρολοφίας μετά την εξαγωγή των δοντιών και για τη σταθεροποίηση του φατνιακού μαλακού ιστού με σπόγγους κολλαγόνου βόειας προέλευσης στα ίδια σημεία συντήρησης, ο σκοπός αυτής της αναφοράς ήταν να επισημάνει τα χειρουργικά βήματα, τα χαρακτηριστικά της μεθόδου και τα θετικά αποτελέσματα της αναγέννησης του οστού και των μαλακών ιστών.

Αναφορά Κλινικού Περιστατικού
(χειρουργικά βήματα και αποτελέσματα)

Μια 45 ετών υγιής γυναίκα προσήλθε για την τοποθέτηση εμφυτευμάτων στην αισθητική περιοχή της άνω γνάθου στις θέσεις #11, #12 λόγω περιοδοντικής νόσου ***(Εικ. 1)***. Έγινε μια ελαφρώς επεμβατική εξαγωγή των δοντιών με την ακόλουθη απομάκρυνση του κοκκιώδους ιστού και τον καθαρισμό των μετεξακτικών φατνίων. Μετά την εξαγωγή των δοντιών, η ανίχνευση των τοιχωμάτων των μετεξακτικών φατνίων έδειξαν έλλειμμα των 4 τοιχωμάτων του φατνίου στον κεντρικό τομέα και έλλειμμα των 2 τοιχωμάτων του φατνίου στον πλάγιο τομέα συνδεόμενα με μείωση των τοιχωμάτων του φατνιακού οστού ως αποτέλεσμα της περιοδοντικής νόσου ***(Εικ. 2).***

Ύστερα από την ελάχιστα επεμβατική εξαγωγή των δοντιών, έγινε καθαρισμός των τοιχωμάτων του φατνίου όσο αφορά τον περιακρορριζικό κοκκιώδες ιστό. Δύο κύβοι R.T.R. κώνοι κόπηκαν για να ταιριάξουν σωστά στα τοιχώματα του φατνίου χρησιμοποιώντας χειρουργικό μαχαίρι ή ψαλίδι ***(Εικ. 5)***. Σωματίδια από τους κομμένους κώνους συνδυάστηκαν με τη συμπαγή μορφή των κώνων και τοποθετήθηκαν στο εσωτερικό των φατνίων και σε επαφή με τον βλεννογονο-περιοστικό ιστό όπου η περιοδοντική νόσος κατέστρεψε τα οστικά τοιχώματα του φατνίου ***(Εικ. 3)***. Ο R.T.R. κώνος ήταν τοποθετημένος στο επίπεδο του πλησιέστερου ορίου της ακρολοφίας ***(Εικ. 4).***

Όσο αφορά την απουσία του παρειακού οστικού τοιχώματος και τη μείωση της φατνιακής ακρολοφίας, τα γεμισμένα φατνία καλύφθηκαν με σπόγγο κολλαγόνου (Hemocollagène, Septodont, Γαλλία) που προετοιμάστηκε για αυτή την ένδειξη. Ο κύβος κολλαγόνου χωρίστηκε σε δύο τεμάχια με ένα αποστειρωμένο ψαλίδι και στη συνέχεια τροποποιήθηκε πιέζοντάς το με το δάχτυλο σε μορφή μεμβράνης ενός στρώματος. Η μία πλευρά της μεμβράνης Hémocollagène τοποθετήθηκε κάτω από τον παρειακό ενώ από την άλλη πλευρά κάτω από τον υπερώιο προσκολλημένο ουλικό ιστό, ο οποίος προηγουμένως είχε ανυψωθεί κατά τη χειρουργική διερεύνηση των φατνίων. Το υλικό και ο ουλικός ιστός ασφαλίστηκαν με διακοπτόμενα ράμματα για 7 ημέρες, αφήνοντας το κεντρικό τμήμα που αντιστοιχεί στο άνοιγμα του φατνίου να θεραπευτεί αυθόρμητα ***(Εικ. 6)***.

Η διαδικασία της επιθηλιοποίησης της εξωτερικής επιφάνειας της μεμβράνης Hemocollagène ολοκληρώθηκε περίπου σε 20 ημέρες θεραπείας χρόνος αποδεκτός για την κλινικά ενδοστοματική επούλωση του φατνίου. Κατά τη διάρκεια αυτής της περιόδου δεν καταγράφηκαν παρενέργειες. Ύστερα από 4 μήνες αναγέννησης, η προφυλασσόμενη περιοχή ανοίχτηκε και εξερευνήθηκε για την εισαγωγή εμφυτεύματος (AstraTech TX Σύστημα εμφυτευμάτων) ***(Εικ. 7-11)***.

Συζήτηση

Η τοποθέτηση των εμφυτευμάτων στο πρόσθιο τμήμα της άνω γνάθου ήταν μια μεγάλη πρόκληση για τον χειρουργό λόγω του ανεπαρκούς οστικού όγκου στην αισθητική ζώνη της άνω γνάθου ως αποτέλεσμα της αναμενόμενης φυσιολογικής αναδιαμόρφωσης του οστού.

Διάφορες μελέτες έδειξαν ότι τα πρόσθια σημεία της άνω γνάθου ύστερα από εξαγωγή οδόντων φέρουν υψηλό ρίσκο για την αναδιαμόρφωση του οστού και την επακόλουθη μείωση λόγω των λεπτών και ευάλωτων παρειακών οστικών τοιχωμάτων (Morjaria et al., 2014). Παρουσιάστηκε ότι τα περισσότερα σημεία της αισθητικής ζώνης έχουν λιγότερο του 1mm πάχους του παρειακού οστικού τοιχώματος, ενώ σχεδόν το 50% των σημείων έχουν πάχος λιγότερο από 0,5 mm (Januario et al., 2011).

Επιπλέον, σημεία στην αισθητική ζώνη υφίστανται σημαντική κατακόρυφη μείωση μέσα στις 8 εβδομάδες επούλωσης με πάχος του παρειακού τοιχώματος του οστού λιγότερο από 1 mm, όπως φαίνεται στην ανάλυση CBCT (Chappuis κ.ά., 2013). Ένα άλλο ενδιαφέρον αποτέλεσμα τεκμηριώνεται στην αναδρομική μελέτη του Lee και Poon (2016) όπου αναφέρθηκε ότι η δευτερογενής αύξηση στην αισθητική ζώνη ήταν μικρότερη μετά τη συντήρηση της φατνιακής ακρολοφίας, από ότι μετά την αυθόρμητη μετεξακτική επούλω-

Εικ. 1: Περιοδοντική νόσος – ένδειξη για εξαγωγή.

Εικ. 2: Μετεξακτικά φατνία με ελλείμματα στα τοιχώματα των φατνίων.

Εικ. 3: Εισαγωγή R.T.R. κώνου για τη διατήρηση της φατνιακής ακρολοφίας στην αισθητική ζώνη της άνω γνάθου.

Εικ. 4: R.T.R. κώνος στο εσωτερικό των τοιχωμάτων του φατνίου.

Εικ. 5: Προετοιμασία του R.T.R. κώνου και του Hémocollagène.

Εικ. 6: Ο R.T.R. κώνος και το Hémocollagène ασφαλίστηκαν με ράμματα.

Εικ. 7: Διατήρηση της φατνιακής ακρολοφίας ύστερα από 4 μήνες

Εικ. 8: Το διατηρημένο χειρουργικό σημείο πριν την τοποθέτηση των εμφυτευμάτων, 4 μήνες επούλωση.

Εικ.9: CBCT κάτοψη στους 4 μήνες επούλωσης.

Εικ. 10: Τοποθέτηση των εμφυτευμάτων AstraTech TX στα διατηρημένα φατνία.

Εικ. 11: Ακτινογραφία των εισαγόμενων εμφυτευμάτων.

ση του φατνίου. Αυτά τα γεγονότα προκαλούν ιδιαίτερη ανησυχία ειδικά όταν οι εξαγωγές των δοντιών σχετίζονται με περιοδοντική νόσο όπου αντικειμενικά αναμένεται να υπάρχει αρχική μείωση του υπολειπόμενου οστού σε πλάτος και ύψος. Συνήθως η κατάσταση αυτή θεραπεύεται πριν από την οριζόντια και κάθετη αύξηση συμπεριλαμβανομένης της αρχής της κατευθυνόμενης οστικής αναγέννησης παρά με την συντηρητική μέθοδο.

Η χρήση του betaTCP με κολλαγόνο τύπου Ι για τη διατήρηση της φατνιακής ακρολοφίας είναι πλέον μια τυπική μέθοδος με πολλά υποσχόμενα αποτελέσματα. Έδειξε ότι η επούλωση των μετεξακτικών φατνίων οδήγησε σε περίπου 42% νέου οστού και μυελού οστού με 10% υπολειμματικό μόσχευμα, κατά τη διάρκεια της θεραπευτικής περιόδου των 9 μηνών (Brkovic et αϊ. 2012). Η χημική σύνθεση του betaTCP έχει επιρροή στην ενίσχυση της ενασβεστίωσης εξαιτίας της τοπικής αύξησης της συγκέντρωσης ιόντων νατρίου και φωσφόρου τα οποία άμεσα ενεργοποιούν τη δραστικότητα των οστεοβλαστών (Zerbo et 2005). Παρόμοια ιστομορφομετρικά αποτελέσματα δημιουργίας του νέου οστού αναφέρθηκαν από τους Szabo et al. (2005) χρησιμοποιώντας betaTCP σε ασθενείς που υποβλήθηκαν σε ανύψωση του ιγμορείου σε διάστημα επούλωσης 6 μηνών. Στο ίδιο χειρουργικό μοντέλο διαδικασίας ανύψωσης ιγμορείου, Perieira et αϊ. (2017) πρόσφατα αναφέρθηκε παρόμοια ποσότητα νέου σχηματιζόμενου οστού μετά από μεμονωμένη χρήση του βήταTCP ή σε συνδυασμό με το αυτογενές οστό (περίπου 45%) με θετική ανοσοχρώση των δειγμάτων του οστού που παρουσίασε υψηλή κυτταρική δραστηριότητα και για τα δύο υλικά. Όσον αφορά τη σταθερότητα της περιοχής των μοσχευμάτων, οι de O. Gorla et al (2015) έχουν δείξει ότι το βήταTCP μεμονωμένο ή σε συνδυασμό με αυτογενές οστό παρουσίασε ικανοποιητικά αποτελέσματα για τη διαδικασία ανύψωσης ιγμορείου της άνω γνάθου όσο αφορά τη διατήρηση του όγκου του μοσχεύματος κατά τη διάρκεια της επουλωτικής φάσης πριν από την εισαγωγή των εμφυτευμάτων, όπως αξιολογείται μέσω CBCT.

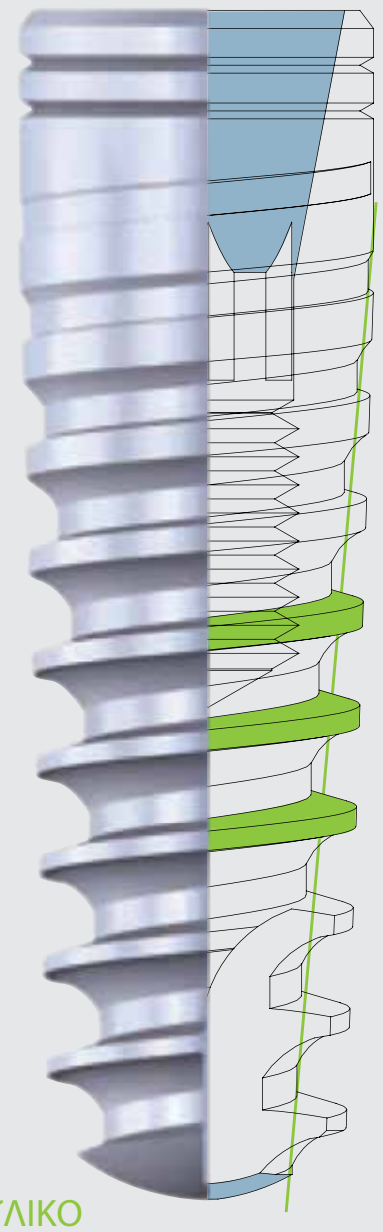
Ένα από τα σημαντικά αποτελέσματα που θα πρέπει να υπογραμμιστεί είναι οι επιδράσεις του κολλαγόνου όχι μόνο ως συστατικό του βήτα TCP σε R.T.R. κώνους, αλλά επίσης ως υλικό σταθεροποίησης για την επούλωση στο φατνίο σε μορφή σπόγγου Hémocollagène. Και συγκεκριμένα, η χρήση του κολλαγόνου τύπου Ι, κλινικά μπορεί να καλύψει και, σε άμεση επαφή με τον θρόμβο του αίματος συνδέει το άνοιγμα του φατνίου οπότε ασφαλίζει τα σωματίδια του υλικού κατά την πρώιμη φάση της επούλωσης. Από την άποψη της βιολογίας, η επιπρόσθετη χρήση τύπου Ι κολλαγόνου μπορεί να μειώσει το χρόνο ανάπτυξης του κολλαγόνου, να ενεργοποιήσει τα πρόδρομα κύτταρα, να αυξήσει τη δραστηριότητα των οστεοβλαστών και την ποιότητα της αναγέννησης (Zou et al 2005).

Βιβλιογραφία

1. Brkovic B, Prasad, H, Rohrer M, Konandreas G, Agrogianis G, Antunovic D, Sandor G. Beta-tricalcium phosphate/type I collagen cones with or without a barrier membrane in human extraction socket healing: clinical, histologic, histomorphometric, and immunohistochemical evaluation. Clin Oral Invest 2012;16:581-590.
2. Brkovic B, Prasad, H, , Konandreas G, Radulovic M, Antunovic D, Sandor G, Rohrer M. Simple preservation of a maxillary extraction socket using beta-tricalcium phosphate with type I collagen: preliminary clinical and histomorphometric observation. JCDA 2008;16:581-590.
3. Buser D, Belser U, Wismeier D. Implant therapy in the esthetic zone – single tooth replacement. Berlin, London. Quintessence, 2007.
4. Chappuis V, Engel O,Reyes M, Shahim K, Nolte LP, Buser D. Ridge alterations post-extraction in the esthetic zone: a 3D analysis with CBCT. J Dent Res 2013;92:195S-201S.
5. Chen S, Buser D. Implant placement in the post-extraction sites – treatment options. Berlin, London. Quintessence, 2008.
6. Januario AL, Duarte WR, Barriviera M. Dimension of the facial bone wall in the anterior maxilla: a conebeam computed tomography study. Clin Oral Impl Res 2011;22:1168-71.
7. Lee AMH, Poon CY. The clinical effectivness of alveolar ridge preservation in the maxillary anterior esthetic zone - a retrospective study. J Esthetic Restorative Dent 2017;29:137-145.
8. Morjaria K, Wilson R, Palmer R. Bone healing after tooth extraction with or without an intervention: a systemic review of randomized controlled trials. Clin Implant Dent Related Res 2014;16:1-20.
9. Ormianer Z, Palti A, Shifman A. Survival of immediately loaded dental implants in deficient alveolar bone sites augmented with beta-tricalcium phosphate. Implant Dent 2006;15:396-401.
10. Schwarz F, Herten M, Ferrari D, Wieland M, Schmitz L, Engelhardt E, Becker J. Guided bone regeneration at dehiscence-type defects using biphasic hydroxyapatite + beta tricalcium phosphate (Bone Ceramic) or a collagen-coated natural bone mineral (BioOss Collagen): an immunohistochemical study in dogs. Int J Oral Maxillofac Surg 2007;36:1198-206.
11. Szabo G, Huys L, Coulthard P, Maiorana C, Garagiola U, Barabas J et al. A prospective multicentar randomized clinical trial of autogenous bone versus beta-tricalcium phosphate graft alone for bilateral sinus elevation: histologic and histomorphometric evaluation. Int J oral Maxillofac Implants 2005;20:37-381.
12. Zerbo IR, Bronckers AL, de Lange G, Burger E. Localization of osteogenic cells and osteoplastic cells in porous beta-tricalcium phosphate particles used for human maxillary sinus floor elevation. Biomatrials 2005;26:1445-1451.
13. Zou C, Weng W, Deng X, Cheng K, Liu X, Du P et al. Preparation of characterization of porous betatricalcium phosphate/collagen composites with an integrated structure. Biomaterials 2005;26:5276-5284.
14. Vignoletti F, Matesanz P, Rodrigo D, Figuero E, Martin C, Sanz M. Surgical protocols for ridge preservation after tooth extraction. A systematic review. Clin Oral Implants Res 2012;23 Suppl 5:22-38.
15. Yang C, Unursaikhan O, Lee J, Jung U, Kim C, Choi S. Osteoconductivity and biodegradation of synthetic bone substitutes with different tricalcium phosphate contents in rabbits. J Biomed Mat Res 2013;6:1-9.

Bio3™

ΕΜΦΥΤΕΥΜΑ Bio3



ΥΛΙΚΟ

Τιτάνιο Grade 4

Bio3 IMPLANT PROGRESSIVE

Γκάμα κωνικών οδοντικών εμφυτευμάτων

ΚΩΝΙΚΗ ΣΥΝΔΕΣΗ — Η κωνική σύνδεση με εσωτερικό εξάγωνο προσφέρει ακρίβεια σύνδεσης εμφυτεύματος-abutment και επομένως, επηρεάζει τη διαδικασία σταθεροποίησης των μόνιμων προσθετικών αποκαταστάσεων. Η κωνικότητα 12° προσφέρει αυτή τη σύνδεση με άριστη εφαρμογή και σταθερότητα. Η κωνική σύνδεση είναι απόλυτα ανθεκτική έναντι των βακτηρίων και εμφανίζει άριστα αποτελέσματα στη μείωση της συμπίεσης στο αυχενικό τμήμα του εμφυτεύματος.

ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ — -Εμφύτευμα σπειροειδούς σχήματος με σπείρες επεμβατικού σχεδιασμού που αναπτύχθηκε για καλύτερη αρχική σταθερότητα, επομένως συστήνεται να χρησιμοποιηθεί σε οστικούς τύπους II, III και IV.
-Το κωνικό σώμα του εμφυτεύματος συνδυάζεται άριστα με το σχήμα του τρυπάνου για ακριβή προσαρμογή με το οστό.
-Η κωνικότητα του σώματος του εμφυτεύματος βελτιώνει το χαρακτηριστικό της αυτοπροσαρμογής. Το μη επεμβατικό ακρορριζικό τμήμα του εμφυτεύματος προλαμβάνει τη βλάβη ανατομικών μορίων κατά την ανύψωση ιγμορείου.
-Εναλλαγή πλατφόρμας.

ΑΚΡΟΡΡΙΖΙΚΟ ΤΜΗΜΑ — Λόγω του σχεδιασμού ακριβείας του ακρορριζικού τμήματος του εμφυτεύματος μπορεί να προληφθεί η βλάβη των ανατομικών οστικών δομών και να δοθεί η δυνατότητα στον εμφυτευματολόγο να μειώσει το χρόνο της χειρουργικής φάσης στης θεραπείας με εμφυτεύματα. Το εμφύτευμα Progressive δίνει τη δυνατότητα επίλυσης οποιονδήποτε κλινικών προβλημάτων ακόμη και σε πολύ σύνθετες περιπτώσεις.

Bio3 IMPLANT ADVANCED

Γκάμα κωνικών οδοντικών εμφυτευμάτων

ΚΩΝΙΚΗ ΣΥΝΔΕΣΗ — Η κωνική σύνδεση με εσωτερικό εξάγωνο προσφέρει ακρίβεια σύνδεσης εμφυτεύματος-abutment και επομένως, επηρεάζει τη διαδικασία σταθεροποίησης των μόνιμων προσθετικών αποκαταστάσεων. Η κωνικότητα 12° προσφέρει αυτή τη σύνδεση με άριστη εφαρμογή και σταθερότητα. Η κωνική σύνδεση είναι απόλυτα ανθεκτική έναντι των βακτηρίων και εμφανίζει άριστα αποτελέσματα στη μείωση της συμπίεσης στο αυχενικό τμήμα του εμφυτεύματος.

ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ — -Εμφύτευμα σπειροειδούς μορφολογίας με κλασικές τριγωνικές σπείρες δύο εναλλασσόμενων μηκών, αυτοπροσαρμοζόμενο. Αναπτύχθηκε για καλύτερη αρχική σταθερότητα. Μπορεί να χρησιμοποιηθεί σε διάφορους οστικούς τύπους.
-Το κωνικό σώμα του εμφυτεύματος συνδυάζεται άριστα με το σχήμα του τρυπάνου για ακριβή προσαρμογή με το οστό.
-Η κωνικότητα του σώματος του εμφυτεύματος βελτιώνει το χαρακτηριστικό της αυτοπροσαρμογής. Το μη επεμβατικό ακρορριζικό τμήμα του εμφυτεύματος προλαμβάνει τη βλάβη ανατομικών μορίων κατά την ανύψωση ιγμορείου.
-Εναλλαγή πλατφόρμας.

ΑΚΡΟΡΡΙΖΙΚΟ ΤΜΗΜΑ — Ένα ακρορριζικό τμήμα εμφανίζει οξείες σπείρες και αντιπεριστροφικές σχισμές. Λόγω της ειδικής μορφολογίας του ακρορριζικού τμήματος μπορεί να προλάβει τη βλάβη των ανατομικών οστικών δομών.

SBdent

Μάγερ 21, Αθήνα
4ος Όροφος
Τηλ: 216 8093450
Email: info@sbdent.gr

Bio3 Implants GmbH

Οδοντιατρική

Προεπεμβατικός ψηφιακός σχεδιασμός

Ροή εργασίας RAW: Η προσέγγιση ενός επαγγελματία για τον σχεδιασμό μονολιθικών αποκαταστάσεων σε μονήρη εμφυτεύματα

Μια αναφορά των **Florin Cofar**, DDS, Τιμισοάρα/Ρουμανία και Δρ. **Eric van Dooren**, Αμβέρσα/Βέλγιο

Ο ψηφιακός σχεδιασμός και η προετοιμασία παρέχουν υψηλό επίπεδο αξιοπιστίας στις εμφυτευτικές προσθετικές διαδικασίες. Προκαταρκτική εικονική προσομοίωση της χειρουργικής διαδικασίας μπορεί να προσφέρει την απαιτούμενη εμπιστοσύνη και σιγουριά για την πραγματοποίηση της πραγματικής χειρουργικής επέμβασης με ηρεμία. Δύο επαγγελματίες οδοντίατροι περιγράφουν τη διαδικασία που ακολουθούν.

Κάθε ροή εργασίας ξεκινά με μια άσκηση συλλογής πληροφοριών. Εάν ακολουθείται μια ψηφιακή ροή εργασίας, οι πληροφορίες αποτελούνται από δεδομένα, τα οποία μπορούν να υποστούν επεξεργασία από το λογισμικό που χρησιμοποιείται. Η ομάδα μας της προσθετικής χρησιμοποιεί ένα πρωτόκολλο με φωτογραφίες-βίντεο για να εξετάσει τη σχέση αισθητικής-λειτουργίας μεταξύ του χαμόγελου, της κατάστασης των δοντιών και του προσώπου του ασθενή. Εκτός από τη συμβατική φωτογραφική τεκμηρίωση και τις ακολουθίες βίντεο, χρησιμοποιούμε ψηφιακή τομογραφία (DVT) και ενδοστοματικές σαρώσεις για την αξιολόγηση των εμφυτευματικών προσθετικών περιστατικών. Με τη συγχώνευση όλων των πληροφοριών που συλλέγουμε αποκτάμε αυτό που αποκαλούμε «ψηφιακό αντίγραφο». Αυτά τα συνδυασμένα δεδομένα μας επιτρέπουν να σχεδιάσουμε όλα τα βήματα σε ένα εικονικό μοντέλο θεραπείας σαν να εργαζόμαστε σε ένα αντίγραφο του ασθενή. Παρακάτω παρουσιάζουμε τη μέθοδό μας, χρησιμοποιώντας το παράδειγμα μιας μονήρους επιεμφυτευτικής προσθετικής αποκατάστασης.

Δημιουργία ενός ψηφιακού αντιγράφου

Η διαδικασία ξεκινά με τη λήψη υψηλής ποιότητας φωτογραφίας πορτρέτου, τομογραφίας DVT και ενός αρχείου STL ***(Εικ. 1 έως 3)***. Στο περιστατικό που παρουσιάζεται εδώ, το #12 δεν μπορεί πλέον να διατηρηθεί και θα πρέπει να αντικατασταθεί από επιεμφυτευματική προσθετική αποκατάσταση. Ο σχεδιασμός της προσθετικής αποκατάστασης αποτελεί το πρώτο στάδιο του σχεδίου θεραπείας με εμφυτεύματα. Σε αυτό το περιστατικό, θα πρέπει να διατηρηθεί το σχήμα του υπάρχοντος δοντιού. Αν ακολουθηθεί μια αναλογική ροή εργασίας, η προϋπόθεση για το εμφύτευμα είναι η εξαγωγή του δοντιού. Αυτό το σενάριο αποτελεί επίσης το πρώτο βήμα στην ψηφιακή διαδικασία που περιγράφεται εδώ - ωστόσο, το δόντι εξάγεται «μόνο» εικονικά. Μπορούμε να εξαγάγουμε το δόντι «ψηφιακά» για να σχεδιάσουμε π.χ. το μελλοντικό φατνίο (προφίλ ανάδυσης) και να δημιουργήσουμε ένα βελτιστοποιημένο προφίλ ανάδυσης. Ένα μοντέλο φατνίου απαιτείται για:

1) σχεδίαση του χειρουργικού νάρθηκα (καθοδηγούμενη τοποθέτηση εμφυτεύματος) και
2) κατασκευή μιας προσωρινής αποκατάστασης/στηρίγματος πριν από τη χειρουργική διαδικασία.

Χρησιμοποιούμε μόνο αντίγραφα των αρχείων δεδομένων. Τα αρχικά σύνολα δεδομένων παραμένουν άθικτα. Μπορούν να χρησιμοποιηθούν αρκετές μέθοδοι για την εκτέλεση της εικονικής εξαγωγής δοντιών. Κατά την άποψή μας, η πιο αποτελεσματική προσέγγιση είναι η χρήση της διαδικασίας «Προσωρινό Γεφύρωμα» CAD και η σχεδίαση της φατνιακής ακρολοφίας, έτσι ώστε αυτή να έχει το βέλτιστο σχήμα. Θα πρέπει πάντα να εργάζεστε σε δύο επίπεδα κατά την εκτέλεση αυτού του σταδίου. Η επιφάνεια εργασίας αντιπροσωπεύει το πρώτο επίπεδο. Η αρχική επιφάνεια με το δόντι αντιπροσωπεύει το δεύτερο επίπεδο σε αυτό το σενάριο.

Προσθετικός σχεδιασμός εμφυτεύματος

Η επιεμφυτευματική στεφάνη έχει σχεδιαστεί (εικονικό κέρωμα). Στο συγκεκριμένο περιστατικό, το δόντι που θα αντικατασταθεί χρησιμεύει ως πρότυπο. Η στεφάνη αντανακλά τη θέση και τις αναλογίες του αρχικού δοντιού. Ένα αντίγραφο του αρχείου σάρωσης χρησιμοποιείται και πάλι ως αρχείο εργασίας, στο οποίο διενεργείται η εικονική εξαγωγή του δοντιού. Αυτό μας επιτρέπει να επιστρέφουμε στα αρχικά δεδομένα και να συγκρίνουμε με το αρχείο εργασίας. Ορίζουμε την ιδανική θέση τοποθέτησης του εμφυτεύματος και σχεδιάζουμε τα περιγράμματα των μαλακών περιεμφυτευματικών ιστών στην οθόνη, ώστε να εξασφαλίσουμε ένα ικανοποιητικό προφίλ ανάδυσης ***(Εικ. 4)***. Στη συνέχεια, ετοιμάζουμε έναν χειρουργικό νάρθηκα για την ασφαλή μεταφορά της θέσης του εμφυτεύματος στην στοματική κοιλότητα. Παρά το γεγονός ότι οι περισσότεροι οδοντίατροι είναι εξοικειωμένοι με αυτή τη διαδικασία, θα αναφέρουμε σύντομα τις βασικές αρχές. Βασικά, απαιτούνται τρία σύνολα δεδομένων για την προετοιμασία ενός χειρουργικού νάρθηκα:

1) μια σάρωση που δείχνει το «ψηφιακά εξαχθέν» δόντι,
2) ένα αρχείο δεδομένων της DVT και
3) μια σάρωση που δείχνει το σχέδιο CAD του δοντιού που αποκαθίσταται, στο συγκεκριμένο περιστατικό, αυτό σημαίνει την αρχική σάρωση του υπάρχοντος δοντιού.

Στο επόμενο βήμα, προσομοιώνουμε τη χειρουργική διαδικασία στην οθόνη. Το εμφύτευμα τοποθετείται ψηφιακά και στη συνέχεια εξάγεται από τη διαδικασία ένας νάρθηκας. Οι συνθήκες του φατνιακού οστού μπορούν να εκτιμηθούν, ώστε να προσδιοριστεί η καταλληλότητά του για τη σχεδιαζόμενη διαδικασία. Αν είναι απαραίτητο, το φατνιακό οστό μπορεί να διαμορφωθεί, για παράδειγμα με τον σχεδιασμό μιας οστικής μεταμόσχευσης. Εναλλακτικά, μπορεί να γίνει ένας συμβιβασμός και ίσως είναι προτιμότερο να επιλέξουμε μια συγκολλούμενη αποκατάσταση ή μια αλλαγή στον σχεδιασμό. Λαμβάνουμε όλες τις σημαντικές αποφάσεις στο στάδιο της τοποθέτησης του εικονικού εμφυτεύματος. Οι λεπτομέρειες μπορούν στη συνέχεια να μεταφερθούν στο στόμα, μέσω του χειρουργικού νάρθηκα. Η θέση του εμφυτεύματος καθορίστηκε με τη βοήθεια του κερώματος (3 έως 4 χιλ. βαθύτερα). Η γωνία και η θέση του εμφυτεύματος θα πρέπει να επιλέγονται έτσι ώστε το διαθέσιμο οστικό υπόστρωμα να μπορεί να χρησιμοποιηθεί για ένα βέλτιστο αποτέλεσμα, χωρίς να παρεκκλίνουμε πολύ από τις απαιτήσεις της προσθετικής αποκατάστασης. Στο συγκεκριμένο περιστατικό, ο στόχος ήταν να κατασκευάσουμε μια κοχλιούμενη αποκατάσταση. Χρησιμοποιούμε ακόμα το «ψηφιακό αντίγραφό» μας για να σχεδιάσουμε τα συγκεκριμένα βήματα. Αφού ολοκληρωθούν τα προπαρασκευαστικά βήματα, τυπώνεται ο χειρουργικός νάρθηκας ***(Εικ. 5)***. Επιπλέον, το αρχείο STL του μοντέλου του εμφυτεύματος, που περιλαμβάνει το βελτιστοποιημένο σχεδιασμό του φατνίου και την ψηφιακή σάρωση ***(Εικ. 6)*** είναι έτοιμα για τον σχεδιασμό της προσωρινής αποκατάστασης.

Σχεδιασμός προσωρινής αποκατάστασης

Το μοντέλο του εικονικού εμφυτεύματος ***(Εικ. 6)*** εισάγεται στο λογισμικό κατασκευής για να σχεδιαστεί το στήριγμα ή/και η προσωρινή αποκατάσταση. Η διεπιφάνεια

Εικ. 1: Φωτογραφία πορτρέτου πριν από την παρέμβαση

Εικ. 2: Το σύνολο των δεδομένων της DVT στο πρόγραμμα λογισμικού

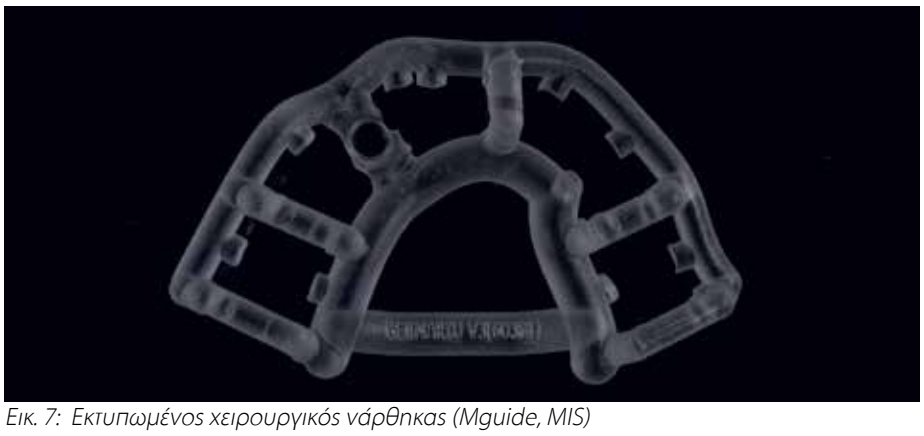
Εικ. 3: Επιφανειακή σάρωση αρχικής κατάστασης

Εικ. 4: «Εικονική εξαγωγή» του δοντιού που χρήζει θεραπείας

Εικ. 5: Σχεδιασμός χειρουργικού νάρθηκα

Εικ. 6: Ψηφιακός σχεδιασμός του φατνίου με σάρωση

Η προσωρινή αποκατάσταση τοποθετήθηκε στη βάση Ti με ελεύθερη περιστροφή, για την αποφυγή πιθανών προβλημάτων που προκαλούνται από τη θέση του δείκτη του εμφυτεύματος.


Εικ. 7: Εκτυπωμένος χειρουργικός νάρθηκας (Mguide, MIS)

Εικ. 8: Άμεση προσωρινή αποκατάσταση

Εικ. 9: Ατραυματική εξαγωγή του δοντιού

Εικ. 10: Τοποθέτηση του εμφυτεύματος (NP implant, MIS) με τον χειρουργικό νάρθηκα

Εικ. 11: Ο χειρουργικός νάρθηκας και το εμφύτευμα μετά την τοποθέτηση

Εικ. 12: Η προσωρινή αποκατάσταση μετά τη χειρουργική διαδικασία

στεφάνης-στηρίγματος πρέπει να τοποθετείται σε μια βέλτιστη θέση στο φατνίο που έχει ήδη προετοιμαστεί. Η βάση Ti σχεδιάστηκε κατά τον χρόνο που καθορίστηκε το βάθος του εμφυτεύματος στη διάρκεια του σταδίου σχεδιασμού του εμφυτεύματος. Στο περιστατικό αυτό, το εμφύτευμα είχε βάθος 3 έως 4 χιλ. Το βέλτιστο μήκος της βάσης Ti ήταν επομένως 1,5 χιλ.

Το κατά πόσον επιλέγεται κοχλιούμενη ή συγκολλούμενη αποκατάσταση είναι στην κρίση του οδοντιάτρου. Συνήθως προτιμούμε τις κοχλιούμενες αποκαταστάσεις. Ωστόσο, η τελική απόφαση για το ποια αποκατάσταση θα επιλεγεί μπορεί να ληφθεί μόνο στο σημείο που προγραμματίζεται η χειρουργική επέμβαση. Το αν η προσθετική αποκατάσταση κατασκευάζεται ως ένα κομμάτι ή ως υβριδική στεφάνη είναι επίσης στη διακριτική ευχέρεια του οδοντιάτρου. Οι υβριδικές αποκαταστάσεις συνήθως προτιμώνται σε περιστατικά με υψηλές αισθητικές απαιτήσεις και οι αποκαταστάσεις ενός τεμαχίου στην οπίσθια περιοχή.

Χειρουργική φάση

Όλα τα στοιχεία που απαιτούνταν για τη χειρουργική διαδικασία είχαν προετοιμαστεί και ήταν τώρα έτοιμα για χρήση: αυτά περιελάμβαναν τον εκτυπωμένο χειρουργικό νάρθηκα ***(Εικ. 7)*** και την προσωρινή επιεμφυτευματική αποκατάσταση ***(Εικ. 8)***. Το #12 εξήχθη πλέον ατραυματικά στον «πραγματικό κόσμο» ***(Εικ. 9)***. Αμέσως μετά, η εφαρμογή του χειρουργικού νάρθηκα ελέγχθηκε στη στοματική κοιλότητα και το εμφύτευμα τοποθετήθηκε σύμφωνα με το πρωτόκολλο τρυπανισμού ***(Εικ. 10)***. Τελικά, αφού πραγματοποιήθηκαν τα στάδια που είχαν σχεδιαστεί από την αρχή, κοχλιώθηκε η προσωρινή στεφάνη ***(Εικ. 11 και 12)***.

Προσθετική αποκατάσταση

Μετά από μια φάση επούλωσης τουλάχιστον οκτώ εβδομάδων, αφαιρέθηκε η προσωρινή αποκατάσταση και αντιγράφηκε το σχήμα της. Αυτή είναι η πρώτη φορά σε ολόκληρη τη διαδικασία που χρησιμοποιήθηκε το πραγματικό μοντέλο της σάρωσης ***(Εικ. 13)***. Το μοντέλο σάρωσης βοηθά στην καταγραφή της θέσης του εμφυτεύματος. Αυτή η θέση αντιστοιχεί στην αρχικά προγραμματισμένη θέση και αντικατοπτρίζει επίσης τη θέση του δείκτη του εμφυτεύματος. Η μέθοδος αυτή διασφαλίζει την ακρίβεια της διαδικασίας αποκατάστασης. Τα προσπεφυκότα ούλα είχαν ήδη διαμορφωθεί με τη χρήση της προσωρινής αποκατάστασης. Στο συγκεκριμένο περιστατικό, το πάχος του ιστού των ούλων χρειαζόταν να αυξηθεί. Για την τελική αποκατάσταση χρησιμοποιήθηκε βάση Ti του ίδιου μήκους με αυτή της προσωρινής αποκατάστασης. Αυτή τη φορά, ωστόσο, η βάση διέθετε μια αντιπεριστροφική διάταξη. Υπάρχει μεγάλη ποικιλία υλικών για την τελική αποκατάσταση. Συνήθως χρησιμοποιούμε υβριδικές αποκαταστάσεις για την αποκατάσταση μεμονωμένων εμφυτευμάτων. Εδώ, η αποκατάσταση αποτελείτο από ένα μονολιθικό στήριγμα οξειδίου του ζιρκονίου (Zenostar) και μια μονολιθική πολυστρωματική ολοκεραμική στεφάνη (IPS e.max ZirCAD MT Multi). Η αποκατάσταση χαρακτηρίστηκε με χρωστικές και ολοκληρώθηκε χωρίς σημαντικές τροποποιήσεις σχήματος ***(Εικ. 14 έως 16)***.

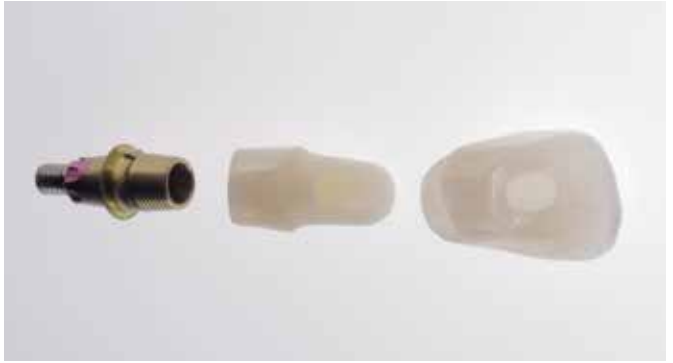
Συμπέρασμα

Τα σφάλματα μπορούν να αποφευχθούν προγραμματίζοντας την επέμβαση σε ένα «ψηφιακό αντίγραφο» και προετοιμάζοντας οποιεσδήποτε βοηθητικές και θεραπευτικές συσκευές πριν από την πραγματική χειρουργική διαδικασία. Εάν χρησιμοποιηθεί αυτή η προσέγγιση, οποιοδήποτε πρόβλημα στην τοποθέτηση του εμφυτεύματος – στο προσθετικό ή στο χειρουργικό σκέλος – μπορεί να εντοπιστεί και να διορθωθεί εκ των προτέρων. Επιπλέον, οι τυχόν αναγκαίες αυξητικές παρεμβάσεις στο οστό είναι ήδη εμφανείς στο στάδιο του σχεδιασμού και μπορούν να προετοιμαστούν ανάλογα. Με αυτόν τον τρόπο, οι «εκπλήξεις» κατά την παρέμβαση στον ασθενή μπορούν να αποφευχθούν όσο το δυνατόν περισσότερο. Αυτό προσφέρει ένα υψηλό επίπεδο αξιοπιστίας και σιγουριάς στη θεραπευτική διαδικασία.

Florin Cofar, DDS
S.C. DENTCOF s.r.l.
Simion Barnutiu Nr 62 etj. 5
300302 Timisoara
Romania
Florin.cofar@dentcof.ro

Dr Eric van Dooren
Tandartsenpraktijk van Dooren
Tavernierkaai 2, 8e verdieping
2000 Antwerp
Belgium

Εικ. 13: Κλινική εικόνα με το μοντέλο της σάρωσης


Εικ. 14: Προσθετική επιεμφυτευματική αποκατάσταση

Εικ. 15: Τελική αποκατάσταση

Εικ. 16: Φωτογραφία πορτρέτου μετά την ολοκλήρωση της αποκατάστασης

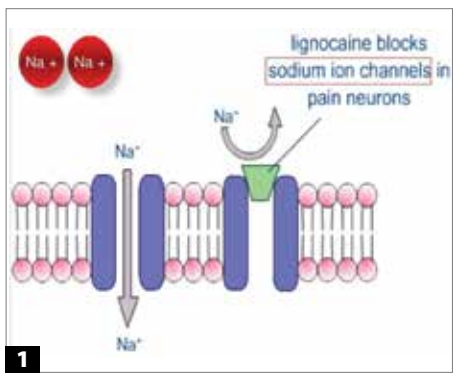
Η τοπική αναισθησία στην Οδοντιατρική

Χρήστος Κωνσταντινίδης
Οδοντίατρος - M.Sc (Προσθετ.)

Τοπική αναισθησία ορίζεται ως η μείωση της αισθητικότητας (χωρίς την απώλεια της συνείδησης), σε συγκεκριμένο μέρος του σώματος με επίδραση στις απολήξεις των νεύρων.
Οι μέθοδοι είναι με ανοξία, νευρολυτικούς και χημικούς παράγοντες που σήμερα αποτελούν τα τοπικά αναισθητικά.
Η τοπική αναισθησία στην οδοντιατρική έχει την ιστορική της βάση στην ανακάλυψη της κοκαΐνης από τον Nieman (1860). Το 1884 ο Koller παρουσίασε τις πρώτες κλινικές εφαρμογές της. Το 1905 ο Einborn εισήγαγε την χρήση της προκαΐνης, η οποία μετά την επιστημονική προσπάθεια του Biberfield εισήχθη σε κλινική εφαρμογή από τον Braun. Ο Lofgren ανακάλυψε την λιδοκαΐνη,η οποία εισήχθη σε κλινική πράξη από τον Gordh (1949).
Η δράση των σύγχρονων τοπικών αναισθητικών γίνεται στις αμύελες και εμμύελες νευρικές ίνες. Ως γνωστόν, η μετάδοση της νευρικής ώσης, ενώ στις αμύελες είναι βραδεία (1,2m/sec), στις εμμύελες είναι 100 φορές ταχύτερη.
Τα τοπικά αναισθητικά δρουν πάνω στην μεμβράνη των νεύρων μειώνοντας τον ρυθμό της εκπόλωσης και επιμηκύνοντας τον ρυθμό της επαναπόλωσης.

Οι θεωρίες δράσης είναι:

- Η απομάκρυνση του ασβεστίου από την μεμβράνη επιδρώντας στη διαπερατότητα του νατρίου.
- Επίδραση στην ακετυλχολίνη που είναι βασικός νευροδιαβιβαστής μεταξύ των συνάψεων.
- Αλλαγή στο ηλεκτρικό δυναμικό της κυτταρικής μεμβράνης (κάποια από τα μόρια του αναισθητικού έχουν θετικά φορτία (RNH + κατιόντα).
- Διάταση της κυτταρικής μεμβράνης, αυξάνοντας τον όγκο της με αποτέλεσμα την παρεμπόδιση της διαπερατότητας στα ιόντα νατρίου.
- Προσκόλληση στους υποδοχείς του νατρίου που υπάρχουν πάνω στην μεμβράνη,μειώνοντας την διαπερατότητα αυτής σε νάτριο ***(Εικ. 1).***



1

Σύμφωνα με την τελευταία αυτή θεώρηση έχουμε 4 κατηγορίες δράσης:

1. Αυτών που δρουν σε υποδοχείς στην εξωτερική πλευρά της μεμβράνης (Βιοτοξίνες:τετροδοτοξίνη, σαξιτοξίνη)
2. Αυτών που δρουν στην εσωτερική πλευρά της μεμβράνης (δηλητήριο του σκορπιού)
3. Αυτών που δρουν χωρίς να έχουν φυσικοχημική δράση στους υποδοχείς (βενζοκαΐνη)
4. Αυτών που έχουν μεικτή δράση (μεπιβακαΐνη, λιδοκαΐνη, πριλοκαΐνη)

Γενικά, διακρίνονται σε ενέσιμα και αλοιφές. Συνήθως, είναι άλατα (υδροχλωρίδια) που διαλύονται σε φυσιολογικό ορό περιέχοντας ιονισμένα και ουδέτερα μόρια. Η αναλογία αυτών καθορίζεται από τον νόμο του Henderson Hasselbach.
Συνήθως, τα τοπικά αναισθητικά (π.χ. ξυλοκαΐνη) μεταφέρονται στον ασθενή μαζί με κάποιο αγγειοσυσταλτικό για παρεμπόδιση της απορρόφησης του αναισθητικού από το αίμα (π.χ. αδρεναλίνη 1¨/100.000) και κάποιο συντηρητικό (methylparaben).

Τα αναισθητικά είναι:

1. Εστέρες, όπως βενζοκαΐνη,τετρακαΐνη,προκαΐνη κλπ). Προτιμώνται στις εγκύους.
2. Αμίδια, όπως λιδοκαΐνη,μεπιβακαΐνη ,πριλοκαΐνη και πιο πρόσφατο (2003) η αρτικαΐνη.

Η τοπική αναισθησία συνήθως γίνεται με κάποια σύριγγα που είναι

- πλαστική (μιας χρήσης, αλλά όχι εργονομική)
- μεταλλική με ή χωρίς αναρρόφηση(αποστειρώνεται, εργονομική)
- ενδοσυνδεσμική με μοχλό για πίεση

Οι ανωτέρω συσκευές χρησιμοποιούν βελόνα με μήκος 40mm (long), 20-25mm (short), 15mm (extra short)

- χωρίς βελόνα (jet)
- τα computer controlled συστήματα (Wand, STA, CCS). Αυτά έχουν ελεγχόμενη, συνεχή χορήγηση του αναισθητικού που είναι 1mL/Min (Malamed S.)
- τα συστήματα ενδοστικής αναισθησίας.

Η έμπαρση της βελόνης είτε αναισθητοποιεί τοπικά ή συνήθως κάποιο νευρικό block (άνω,μέσα οπίσθια, άνω παρειακά,-μείζον υπερώιο, τομικό, κάτω φατνιακό,γενειακό,τομικό),είτε είναι ενδοσυνδεσμική,είτε υποπεριοστική (παράλληλη με τον επιμήκη άξονα του δοντιού) ή ενδοστική. Στις υπερώιες αναισθησίες, η άσκηση πίεσης με cotton bud με τοπικό αναισθητικό μειώνει τον πόνο.
Εκτός από την συνήθη έμπαρση στο κάτω φατνιακό, έχουμε και τις τεχνικές Gow Gates και V. Akinozi.
Σήμερα, έχουμε την απόλυτη γενική αποδοχή της κλασικής τοπικής αναισθησίας με ελάχιστους μόνο περιορισμούς.
Υπάρχουν όμως και **μειονεκτήματα**.
Αυτά είναι:

- Ο μεγάλος χρόνος παρέλευσης της αναισθησίας
- Παράλυση (προσωρινή) του προσώπου
- Δυσκολία στην αναισθησία σε κάποια περιστατικά ιδιαίτερα στο κάτω φατνιακό
- Αδυναμία διάγνωσης κατά την συμπλησίαση σε νεύρα (κάτω φατνιακό) και άλλα ανατομικά μόρια (τοποθέτηση εμφυτευμάτων κοντά στο κάτω φατνιακό)
- Μυικός τραυματισμός, ακόμη και τριγμός λόγω της έμπαρσης της βελόνης.

Συνιστώνται θερμά επιθέματα, μυοχαλαρωτικά, φυσικοθεραπεία, αναλγητικά.

- Αιμάτωμα από τρώση αγγείου. Συνιστάται αναρρόφηση και σε περίπτωση τρώσης, πίεση αγγείου και πάγος
- Πόνος κατά την διαδικασία. Συνιστώνται καλής ποιότητος βελόνες
- Ανεπιθύμητη αναισθησία σε μεγαλύτερη περιοχή από την αναγκαία, ιδιαίτερα στο κάτω φατνιακό (Vincent's sign) και συχνά τραυματισμός σε μαλακούς ιστούς από δήξη
- Παραισθησία διαρκείας εβδομάδων ή μηνών, νεύρου λόγω τραυματισμού
- Κάταγμα βελόνας
- Προβλήματα από το αγγειοσυσπαστικό ιδιαίτερα σε ασθενείς με προβλήματα από το καρδιαγγειακό, ηλικιωμένους και εγκύους. Συνιστάται αναρρόφηση και δόση όχι μεγάλη (στα παιδιά όχι άνω των 4,5mg/Kg!!) .

Τα προβλήματα αυτά προσπαθεί να διαχειρισθεί η ενδοστική αναισθησία.

Ημερίδα για την ενδοστική αναισθησία από την Dental Expert

Η Dental Expert διοργάνωσε στις 11/1/2020 στον χώρο της Ακαδημίας Κλινικής Οδοντιατρικής μια ημερίδα με θέμα την συσκευή ενδοστικής αναισθησίας QuickSleeper5 ***(Εικ. 2)*** με ομιλητή τον *L. Berden* (Βέλγιο). Ο κ. Berden αναφέρθηκε στην συσκευή, η οποία θυμίζει στυλό (μεγάλο και βαρύ) με καλή εργονομία και αισθητική, αποδεκτή (δεν θυμίζει σύριγγα) ακόμη και από τα παιδιά. Χρησιμοποιεί ειδικές βελόνες της εταιρείας (needles DHT) διαστάσεων 30G (16mm / 9mm 0,30mm), 27G (16mm, 0,40mm). Αυτές μετά την

2

αρχική έμπαρση διατετραίνουν το φλοιώδες πέταλο και εγχύουν το αναισθητικό στο σπογγώδες ***(Εικ. 3)*** με ελεγχόμενη ταχύτητα, 1ml/min (Malamed S.) για ενδοσυνδεσμική ή ενδοστική αναισθησία. Η θέση έμπαρσης είναι συνήθως στο κέντρο της προς αναισθητοποίηση περιοχής με γωνία στην βάση της μεσοδόντιας θηλής και κατόπιν κάθετα στο φλοιώδες. Αν και συνήθως γίνεται παρειακά, κατά περιπτώσεις μπορεί να πραγματοποιηθεί και υπερώια, με γνώμονα πάντα την ανατομία των ριζών, ιδίως των γομφίων.

3

Ακολούθησε πρακτικό course σε ασθενή και γνάθους, στο οποίο φάνηκε η απλότητα και η ασφάλεια χρήσης της συσκευής, η απουσία πόνου και το βάθος της αναισθησίας, ικανό για τις περισσότερες οδοντιατρικές πράξεις.

Με επιτυχία πραγματοποιήθηκε η ημερίδα της Dental Expert.

Βιβλιογραφία

Handbook of local anesthesia Malamed S.
Local Anaesthetics Yagiela J.A. 1991

Το 16ο Ετήσιο Συνέδριο της Ελληνικής Ακαδημίας Αισθητικής Οδοντιατρικής

Το 16ο Ετήσιο Συνέδριο της Ελληνικής Ακαδημίας Αισθητικής Οδοντιατρικής (ΕΑΑΟ) θα πραγματοποιηθεί από τις **13 έως και τις 14 Μαρτίου 2020, στο ξενοδοχείο Makedonia Palace, Θεσσαλονίκη.**
Με μια ομάδα παγκοσμίου φήμης ομιλητών Prof. **W. Att**, Dr. **M. Beschnidt**, Dr. **S. Pelekanos**, **F. Khoury,** καθώς και εκπληκτικών νέων κλινικών, **D. Moldovani** και **D. Spagopoulos** στόχος του συνεδρίου είναι να προσδώσει με βάθος χρόνου την πλέον σύγχρονη κλινική και εργαστηριακή προσέγγιση κατά την αποκατάσταση της αισθητικής ζώνης με συνθετικά ή κεραμικά υλικά και μονήρη εμφυτεύματα (Παρασκευή 13/3) και τη συνολική, συμβατική και επιεμφυτευματική, αισθητική προσθετική αποκατάσταση του ασθενούς μέσα από τις πλέον αξιόπιστες οδούς της τεχνολογίας και της ψηφιακής Οδοντιατρικής (Σάββατο 14/3).
Παράλληλα, από αυτό το Συνέδριο εισάγεται η «Συνεδρία Νέων Μελών», η οποία θα λειτουργεί ως βήμα για τους νέους οδοντιάτρους, ενώ διατηρείται ζωηρό το ενδιαφέρον για τις διάφορες τεχνολογικές εξελίξεις, προτείνοντας ένα δορυφορικό συμπόσιο, μια εισήγηση αιχμής με ζωντανή επίδειξη και μια σειρά από χρήσιμα για την κλινική πράξη πρακτικά σεμινάρια.
Περισσότερες πληροφορίες για το πρόγραμμα και τους ομιλητές του συνεδρίου, καθώς και για τις προϋποθέσεις συμμετοχής μπορείτε να βρείτε στον σύνδεσμο:
https://mk-premium.com/el/event/16th-annual-meeting-of-the-hellenic-academy-of-esthetic-dentistry/.

OptraGate®

Απωθητήρας χειλιών και παρειών χωρίς λάτεξ

Η άνετη λύση για καλύτερο πεδίο

NEO: 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

2ήμερο Εκπαιδευτικό Σεμινάριο «Myofunctional Sciences for Prevention and Antiaging»

Στις **23** και **24 Ιανουαρίου 2020** ολοκληρώθηκε με επιτυχία το διήμερο εκπαιδευτικό σεμινάριο με θέμα **«Myofunctional Sciences for Prevention and Antiaging»** του Ινστιτούτου Μέριμνα- Κέντρο Δια Βίου Μάθησης επιπέδου 1, που πραγματοποιήθηκε στο Ινστιτούτο Μέριμνα!

Την πρώτη μέρα αναλύθηκε:

- Πώς συγκρίνουμε διαφορετικές συνδυαστικές μεθόδους για την θεραπεία του παιδικού OSAS.
- Πώς συμπεριλαμβάνουμε την ορθοδοντική στα σχέδια θεραπείας για το παιδιατρικό OSAS.
- Πώς να προσδιορίσουμε τη σχέση μεταξύ κακοπηθειών και SDB στα παιδιά και άλλα.

Την δεύτερη μέρα:

Το μάθημα είχε σχεδιαστεί για να κατανοήσουν οι συμμετέχοντες τους παράγοντες που οφείλονται στην έλλειψη πλήρους κρανιοπροσωπικής ανάπτυξης.

Τα μαλακά τρόφιμα στη διατροφή μας, η έλλειψη σωστού θηλασμού και ο μολυσμένος αέρας έχουν επηρεάσει τα πρόσωπα και τους αεραγωγούς μας τον 21ο αιώνα.

Το μάθημα είχε στόχο το πώς να αναγνωρίζουμε την έλλειψη ανάπτυξης του προσώπου σε ενήλικες ασθενείς. Πώς αυτό σχετίζεται με τον ύπνο, την αναπνοή, τα προβλήματα άρθρωσης των γνάθων και την πρόωρη γήρανση του προσώπου.

Ο στόχος ήταν να δοθεί ένα απλό πρωτόκολλο για την τόνωση των αεραγωγών και την ανάπτυξη του προσώπου με τη χρήση οδοντικής θεραπείας από το στόμα.

Εκπαιδευτές του προγράμματος ήταν οι: Dr. **Derek Mahony** από την Αυστραλία, Dr. **Ella Otis** από την Ρουμανία και η Dr. **Anastasia Vasileiou** από την Ελλάδα.

Μονοήμερο πρακτικό σεμινάριο «Laser Dentistry, Diode Laser Lecture, Workshop and Live Demonstration»

Το **Σάββατο 01 Φεβρουαρίου 2020** το Ινστιτούτο Μέριμνα πραγματοποίησε επιτυχώς στις εγκαταστάσεις του το μονοήμερο πρακτικό σεμινάριο **«Laser Dentistry, Diode Laser Lecture, Workshop and Live Demonstration»**.

Στο μονοήμερο αυτό πρακτικό σεμινάριο οι οδοντίατροι διδάχθηκαν:

Πώς να αποκτήσουν πολύτιμη εμπειρία στην Οδοντιατρική Laser με προηγμένες τεχνικές σε κλινικές και αισθητικές διαδικασίες. Το μονοήμερο μάθημα περιελάμβανε μια εισαγωγή των λέιζερ, από βασικές αρχές σε κλινικές διαδικασίες, live επίδειξη σε ασθενή, καθώς και πρακτική άσκηση το απόγευμα στις κλινικές διαδικασίες. Οι συμμετέχοντες διδάχθηκαν επίσης, βασικούς κανόνες ασφαλείας για τα laser, τις νομικές απαιτήσεις, τις λειτουργικές ρυθμίσεις ισχύος των λέιζερ, ενώ δόθηκαν και συμβουλές για την αγορά και την χρήση των λέιζερ, με σκοπό την επίτευξη κέρδους για τον οδοντίατρο.

Υπεύθυνος του προγράμματος ήταν ο Dr. **Χρήστος Τσάμης** MDS, Oral surgery, Implantology, σε συνεργασία με τον Dr. **Στυλιανός Ροδίου** MDS Periodontology.

Το Ινστιτούτο Μέριμνα ευχαριστεί θερμά όλους τους οδοντιάτρους για την συμμετοχή τους.

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

ΠΕΡΙΛΗΨΗ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΩΝ ΤΟΥ ΠΡΟΪΟΝΤΟΣ

1.ΟΝΟΜΑΣΙΑ ΤΟΥ ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΟΥ ΠΡΟΪΟΝΤΟΣ

Niflamol 250 mg σκληρά καψάκια

2.ΠΟΙΟΤΙΚΗ ΚΑΙ ΠΟΣΟΤΙΚΗ ΣΥΝΘΕΣΗ

Κάθε σκληρό καψάκιο περιέχει 250 mg νιφλουμικού οξέος. Έκδοχο με γνωστή δράση: Αζορουμπίνη καρμοϊζίνη (E122). Κάθε σκληρό καψάκια περιέχει 1.333 mg αζορουμπίνης καρμοϊζίνης. Για τον πλήρη κατάλογο των εκδόχων, βλ. παράγραφο 6.1.

3. ΦΑΡΜΑΚΟΤΕΧΝΙΚΗ ΜΟΡΦΗ

Σκληρό καψάκιο. Σκληρά καψάκια κρύσματος κόκκινου-λευκού.

4.ΚΛΙΝΙΚΕΣ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ:

4.2 Δοσολογία και τρόπος χορήγησης

Δοσολογία: • Παιδιά από 12 ετών και άνω: 2 έως 3 σκληρά καψάκια ανά 24 ώρες, σε διαιρεμένες δόσεις καθ' όλη την ημέρα, δηλ. 500 έως 750 mg νιφλουμικού οξέος ανά 24 ώρες. - Ενήλικες: η συνήθης δοσολογία είναι 3 έως 4 σκληρά καψάκια ανά 24 ώρες, σε διαιρεμένες δόσεις καθ' όλη την ημέρα, δηλ. 750 έως 1000 mg νιφλουμικού οξέος ανά 24 ώρες. Η δοσολογία αυτή μπορεί να αυξηθεί στα 1500 mg νιφλουμικού οξέος ανά 24 ώρες, σε διαιρεμένες δόσεις καθ' όλη την ημέρα, σε περίπτωση σοβαρών συμπτωμάτων φλεγμονής. Η αγωγή δεν θα πρέπει να υπερβαίνει σε διάρκεια τις 4 έως 5 ημέρες. Οι ανεπιθύμητες ενέργειες μπορούν να ελαχιστοποιηθούν, χρησιμοποιώντας την κατώτατη αποτελεσματική δόση για την πλέον μικρή διάρκεια θεραπείας που απαιτείται για τον έλεγχο των συμπτωμάτων (βλ. παράγραφο 4.4). Ασθενείς με νεφρική δυσλειτουργία: Η χρήση Niflamol αντενδείκνυται σε ασθενείς με σοβαρή νεφρική δυσλειτουργία (βλ. παράγραφο 4.3). Σε ασθενείς με ήπια έως μέτρια νεφρική δυσλειτουργία συνιστάται στενή παρακολούθηση της νεφρικής λειτουργίας και χρήση της κατώτατης αποτελεσματικής δόσης (βλ. παράγραφο 4.4). Πρέπει επίσης να παρακολουθούνται στενά ο όγκος των ούρων και η νεφρική λειτουργία σε ηλικιωμένους ασθενείς, σε αυτούς με κρόνια καρδιακή ανεπάρκεια ή ηπατική δυσλειτουργία, σε αυτούς που λαμβάνουν διουρητικά και σε αυτούς που υποβάλλονται σε μείζονα εγχείρηση που προκαλεί υποογκαιμία. Ασθενείς με ηπατική δυσλειτουργία: Η χρήση Niflamol αντενδείκνυται σε ασθενείς με σοβαρή ηπατική δυσλειτουργία (βλ. παράγραφο 4.3). Σε ασθενείς με ήπια έως μέτρια ηπατική δυσλειτουργία συνιστάται στενή παρακολούθηση της ηπατικής λειτουργίας και χρήση της κατώτατης αποτελεσματικής δόσης (βλ. παράγραφο 4.4). Παιδιατρικός πληθυσμός: Η χρήση του Niflamol αντενδείκνυται σε παιδιά μικρότερα από 12 ετών. Ηλικιωμένοι ασθενείς: Οι ηλικιωμένοι ασθενείς διατρέχουν αυξημένο κίνδυνο για ανεπιθύμητες ενέργειες που προκαλούνται από μη στεροειδή αντιφλεγμονώδη φάρμακα (ΜΣΑΦ). Συνιστάται στενή παρακολούθηση των ηλικιωμένων ασθενών και χρήση της κατώτατης Τρόπος χορήγησης: Από του στόματος χρόνο. Τα σκληρά καψάκια πρέπει να καταπίνονται ολόκληρα, με ένα ποτήρι νερό. Τα σκληρά καψάκια πρέπει να λαμβάνονται κατά τη διάρκεια των γευμάτων

4.3 Αντενδείξεις

Το Niflamol αντενδείκνυται στις ακόλουθες περιπτώσεις: – Υπερευαισθησία στη δραστική ουσία ή σε κάποιο από τα έκδοχα που αναφέρονται στην παράγραφο 6.1 - Ιστορικό αλλεργίας ή άσθματος που προκλήθηκε από τη χορήγηση νιφλουμικού οξέος ή ουσιών με παρόμοια δράση, όπως άλλα ΜΣΑΦ, συμπεριλαμβανομένου του ακετυλοσαλικυλικού οξέος - Κατά τη διάρκεια του τελευταίου τριμήνου της κύησης (βλ. παράγραφο 4.6) - Ενεργό ή ιστορικό πεπτικού έλκους ή γαστρεντερικής αιμορραγίας (με δύο ή περισσότερα επεισόδια αποδεδειγμένης εξέλκωσης ή αιμορραγίας) - Ιστορικό γαστρεντερικής αιμορραγίας ή διάτρησης σχετιζόμενης με προηγούμενη θεραπεία με ΜΣΑΦ, συμπεριλαμβανομένου του ακετυλοσαλικυλικού οξέος - Σοβαρή επηρεασμένη ηπατική λειτουργία – Σοβαρή επηρεασμένη νεφρική λειτουργία – Σοβαρή καρδιακή ανεπάρκεια – Παιδιά ηλικίας κάτω των 12 ετών.

4.4 Ειδικές προειδοποιήσεις και προφυλάξεις κατά τη χρήση:

Γενικές προειδοποιήσεις: Οι θεραπευτικές ενδείξεις του Niflamol βασίζονται στην αντιφλεγμονώδη δράση του νιφλουμικού οξέος, τη σοβαρότητα των αντιδράσεων δυσανεξίας τις οποίες προκαλεί το φάρμακο και τη θέση του στα φάσμα των αντιφλεγμονωδών φαρμάκων που διατίθενται σήμερα.Το Niflamol χρησιμοποιείται ως βοηθητική αγωγή σε μη ρευματολογικές διαταραχές. Οι κίνδυνοι από την αγωγή, ιδιαίτερα η παράταση ταυτόχρονης σπαστικής διαδικασίας, είναι οι ίδιοι με τους κινδύνους με άλλα ΜΣΑΦ. Οι κίνδυνοι θα πρέπει να εκτιμηθούν σε σχέση με το αναμενόμενο ανολγητικό όφελος. Το ΜΣΑΦ μπορεί να αυξήσουν τον κίνδυνο σοβαρών, συνηπικά θανατηφόρων, καρδιαγγειακών, αγγειοεγκεφαλικών και γαστρεντερικών ανεπιθύμητων ενεργειών. Ταυτόχρονη χρήση του Niflamol με άλλα ΜΣΑΦ πρέπει να αποφεύγεται (βλ. παράγραφο 4.5).Οι ανεπιθύμητες ενέργειες μπορούν να ελαχιστοποιηθούν χρησιμοποιώντας την κατώτατη αποτελεσματική δόση για την ελάχιστη μικρή διάρκεια θεραπείας που απαιτείται για τον έλεγχο των συμπτωμάτων (βλ. παράγραφο 4.2 και παρακάτω). Γαστρεντερικές επιδράσεις: Κατά τη διάρκεια θεραπείας με ΜΣΑΦ έχουν αναφερθεί γαστρεντερική αιμορραγία, εξέλκωση και διάτρηση, μερικές φορές θανατηφόρα. Θεραπεία συνδυασμού με προστατευτικούς παράγοντες (επί παραδείγματι μισοπροστόλη ή αναστολείς της αντλίας πρωτονίων) πρέπει να εξετάζεται σε ασθενείς με αυξημένο κίνδυνο γαστρεντερικής αιμορραγίας, όπως οι ηλικιωμένοι, καθώς και σε ασθενείς που απαιτούν ακετυλοσαλικυλικό οξύ χαμηλής δόσης ή άλλα φάρμακα που είναι πιθανόν να αυξάνουν τον κίνδυνο γαστρεντερικών ανεπιθύμητων ενεργειών (βλ. παρακάτω και παράγραφο 4.5). Οι ασθενείς πρέπει να αναφέρουν αμέσως οποιοδήποτε σύμπτωμα ανεπιθύμητης ενέργειας από τα γαστρεντερικά (π.χ. αιματηρή κένωση ή μαύρα κόπρανα), αιμοστέρεση, αίσθηση λιποθυμίας) στον ιατρό τους. Συνιστάται προσοχή σε ασθενείς που λαμβάνουν ταυτόχρονες θεραπείες που θα μπορούσαν να αυξήσουν τον κίνδυνο εξέλκωσης ή γαστρεντερικής αιμορραγίας, συμπεριλαμβανομένων από του στόματος αντιπηκτικών όπως η δικουμαρόλη, αντιαιμοπεταλιακών παραγόντων όπως το ακετυλοσαλικυλικό οξύ, από του στόματος κορτικοστεροειδών και εκλεκτικών αναστολέων επαναπρόσληψης της σεροτονίνης (SSRIs) (βλ. παράγραφο 4.5). Εάν παρουσιασθεί γαστρεντερική αιμορραγία ή εξέλκωση σε ασθενή που λαμβάνει Niflamol, η θεραπεία πρέπει να διακοπεί αμέσως. Τα ΜΣΑΦ πρέπει να χορηγούνται με προσοχή σε ασθενείς με ιστορικό ελκώδους κολίτιδας ή νόσου του Crohn, καθώς η θεραπεία με ΜΣΑΦ μπορεί να επιδεινώσει τα συμπτώματα. Καρδιαγγειακές και Αγγειοεγκεφαλικές επιδράσεις: Κλινικές μελέτες και επιδημιολογικά δεδομένα υποδηλώνουν ότι η χρήση ορισμένων ΜΣΑΦ μπορεί να σχετίζεται με έναν αυξημένο κίνδυνο αρτηριακών θρομβωτικών συμβαμάτων (π.χ. έμφραγμα του μυοκαρδίου ή εγκεφαλικό επεισόδιο), τα οποία μπορεί να είναι θανατηφόρα. Ο κίνδυνος αρτηριακών θρομβωτικών επεισοδίων αυξάνει σε υψηλές δόσεις και με θεραπεία μακράς διάρκειας, και έχει συσχετισθεί τόσο με COX-2 εκλεκτικά όσο και με μη-εκλεκτικά ΜΣΑΦ. Κατά συνέπεια, οι ασθενείς με μη ρυθμισμένη υπέρταση, συμφορητική καρδιακή ανεπάρκεια, εγκατεστημένη στεφανιαία νόσο, περιφερική αρτηριακή νόσο και/ή αγγειοεγκεφαλική νόσο πρέπει να θεραπεύονται με Niflamol μόνο μετά από προσεκτική εξέταση του προφίλ κινδύνου-οφέλους για τον συγκεκριμένο ασθενή. Πρέπει να δίδεται προσοχή στη χρήση του Niflamol σε ασθενείς που υποβάλλονται σε εγχείρηση στεφανιαίου παρακαμπτήριου μοσχεύματος (CABG) ή αμέσως πριν ή μετά από εγχείρηση καρδιάς, με ιδιαίτερη προσοχή στις ταυτόχρονες φαρμακευτικές αγωγές (βλ. παράγραφο 4.5). Νεφρικές επιδράσεις: Μακροχρόνια κορήγηση ΜΣΑΦ μπορεί μέσω αναστολής της αγγειοδιασταλτικής δράσης των νεφρικών προσταγλανδινών να έχει ως αποτέλεσμα νεφρική ανεπάρκεια λόγω μείωσης της σπειραματικής διήθησης. Αυτή η ανεπιθύμητη ενέργεια είναι δοσοεξαρτώμενη και μπορεί να οδηγήσει σε νέκρωση νεφρική θηλής και άλλη νεφρική κάκωση. Το Niflamol αντενδείκνυται σε ασθενείς με σοβαρή νεφρική δυσλειτουργία. Ηπατικές επιδράσεις: Σε μικρό ποσοστό ασθενών σε θεραπεία με ΜΣΑΦ μπορεί να παρουσιασθούν οριακές αυξήσεις στις τιμές των δοκιμασιών της ηπατικής λειτουργίας και απάνια αυξήσεις μεγαλύτερες από 3 φορές το άνω φυσιολογικό όριο, με ή χωρίς ανεπιθύμητες ενέργειες σχετιζόμενες με το ήπαρ. Το Niflamol αντενδείκνυται σε ασθενείς με σοβαρή ηπατική δυσλειτουργία. Δερματικές επιδράσεις: Έχουν αναφερθεί πολύ απάνια σοβαρές δερματικές αντιδράσεις, μερικές από τις οποίες μπορεί να είναι θανατηφόρες, συμπεριλαμβανομένων αποφολιδωτικής δερματίτιδας, συνδρόμου Stevens-Johnson και τοξικής επιδερμικής νεκρόλυσης (σύνδρομο Lyell), σε σχέση με θεραπεία με ΜΣΑΦ (βλ. παράγραφο 4.8). Οι ασθενείς φαίνεται να είναι σε μεγαλύτερο κίνδυνο στα πρώτα στάδια της θεραπείας: Στις περισσότερες περιπτώσεις, εντός του πρώτου μήνα της θεραπείας. Η θεραπεία με Niflamol πρέπει να διακόπτεται με την πρώτη εμφάνιση δερματικού εξανθήματος, βλαβών του βλεννογόνου ή οποιωνδήποτε άλλων σημείων υπερευαισθησίας. Συνεπώς, η χρήση Niflamol πρέπει να αποφεύγεται σε περιπτώσεις λοιμώξεων ιού ανεμοβλογιάς ζωστήρα Επιδράσεις στο αναπαροιητικό:Το Niflamol αντενδείκνυται σε ασθενείς με ιστορικό αλλεργίας ή άσθματος που προκλήθηκε από τη χορήγηση νιφλουμικού οξέος ή ουσιών με παρόμοια δράση, όπως άλλα ΜΣΑΦ, συμπεριλαμβανομένου του ακετυλοσαλικυλικού οξέος (βλ. παράγραφο 4.3).Λοιπές προειδοποιήσεις: ΤοNiflamol πρέπει να χρησιμοποιείται με προσοχή σε ασθενείς με προϋπάρχων άσθμα. Οι ασθματικοί ασθενείς με χρόνια ρινίτιδα, κρόνια παραρρινοκολπίτιδα και/ή ρινικούς πολύποδες είναι σε αυξημένο κίνδυνο για βρογκόσπασμο και αναφιλαξία όταν λαμβάνουν ΜΣΑΦ, συμπεριλαμβανομένου του Niflamol. Όπως συμβαίνει και με άλλα ΜΣΑΦ, το νιφλουμικό οξύ μπορεί να αναστείλει τη συσσωμάτωση αιμοπεταλίων και να επιμηκύνει τον χρόνο αιμορραγίας. Το Niflamol πρέπει να χρησιμοποιείται με προσοχή σε ασθενείς με ενεργό λοίμωξη ή σε κίνδυνο λοίμωξης, ακόμη και αν η λοίμωξη ελέγχεται καλά, καθώς η θεραπεία με Niflamol μπορεί να καλύψει τα σημεία και τα συμπτώματα της λοίμωξης. Τα σκληρά καψάκια Niflamol περιέχουν τη χρωστική ουσία αζορουμπίνη καρμοϊζίνη (E122), η οποία μπορεί να προκαλέσει αλλεργικές αντιδράσεις. Ηλικιωμένοι: Οι ηλικιωμένοι ασθενείς βρίσκονται σε αυξημένο κίνδυνο να παρουσιάσουν ανεπιθύμητες ενέργειες που προκαλούνται από τα ΜΣΑΦ, συμπεριλαμβανομένων νεφρικής ανεπάρκειας και γαστρεντερικής αιμορραγίας και διατρήσεων, που μπορεί να είναι θανατηφόρες, και είναι πιο πιθανόν να λαμβάνουν ταυτόχρονα άλλες θεραπείες. Η καπώτατη αποτελεσματική δόση πρέπει να χρησιμοποιείται στους ασθενείς αυτούς.

4.5 Αλληλεπιδράσεις με άλλα φαρμακευτικά προϊόντα και άλλες μορφές αλληλεπίδρασης

Συνδυασμοί που αντενδείκνυνται – Από του στόματος θρομβολυτικά, όπως βορφαρίνη, και μη κλασματοποιημένη ηπαρίνη, ηπαρίνες χαμηλού μοριακού βάρους και προϊόντα που σχετίζονται με αυτά – Άλλα ΜΣΑΦ, συμπεριλαμβανομένων του ακετυλοσαλικυλικού οξέος και άλλων σαλικυλικών σε μεγάλες δόσεις. – Λίθιο (κίνδυνος που αναφέρεται σε αρκετά ΜΣΑΦ). - Μεθοτρεξάτη, σε υψηλές δόσεις (15 mg/εβδομάδα ή περισσότερο). - Άλλα αντιαιμοπεταλιακά φάρμακα όπως τικλοπιδίνη, κλοπιδογρέλη, τροφιβάνη, επτιφιμπατίδη, αμπσιξιμάμπη και ιλοπρόστη. - Οι εκλεκτικοί αναστολείς επαναπρόσληψης σεροτονίνης (SSRIs) αυξάνουν τον κίνδυνο γαστρεντερικής αιμορραγίας. Σε περίπτωση που ο συνδυασμός δεν μπορεί να αποφευχθεί, απαιτείται στενή κλινική και εργαστηριακή παρακολούθηση. – Τα από του στόματος λαμβανόμενα γλυκοκορτικοστεροειδή (με εξαίρεση την υδροκορτιζόνη για θεραπεία υποκατάστασης) μπορεί να αυξήσουν τον κίνδυνο γαστρεντερικής εξέλκωσης και αιμορραγίας όταν συγχορηγούνται με ΜΣΑΦ, συμπεριλαμβανομένου του Niflamol. Συνδυασμοί που απαιτούν προφυλάξεις κατά τη χρήση: • Διουρητικά. • Μεθοτρεξάτη σε χαμηλές δόσεις (κάτω των 15 mg/εβδομάδα). – Πεντοξιφυλλίνη. - Ζιδοβουδίνη - Φαρμακευτικές αγωγές που μπορεί να προκαλέσουν υπερκαλιαιμία: αυξημένος κίνδυνος υπερκαλιαιμίας και νεφροτοξικότητας κατά τη διάρκεια της ταυτόχρονης θεραπείας με ΜΣΑΦ, συμπεριλαμβανομένου του Niflamol, και αγωγές όπως άλατα καλίου, καλιοπροστατευτικό διουρητικά, αναστολείς ΜΕΑ, ανταγωνιστές υποδοχέων της αγγειοτασίνης ΙΙ, κυκλοσπορίνη, τακρόλιμους και τριμεθοπρίμη. Συνδυασμοί στους οποίους θα πρέπει να δίδεται ιδιαίτερη προσοχή: - Αντιυπερτασικοί παράγοντες (όπως οι βήτα-αναστολείς, οι αναστολείς ΜΕΑ, τα διουρητικά), κατ' επέκταση αρχής γενομένης από την ινδομεθακίνη. – Ενδομήτρια σπειράματα (intrauterine contraceptive device IUDs).

4.6 Γονιμότητα, κύηση και γαλουχία

Κύηση: Κατά το πρώτο και δεύτερο τρίμηνο της κύησης, το Niflamol δεν θα πρέπει να χορηγείται, εκτός εάν είναι σαφώς απαραίτητο. Εάν το Niflamol χρησιμοποιηθεί από μία γυναίκα που προσπαθεί να συλλάβει ή κατά το πρώτο και δεύτερο τρίμηνο της κύησης, η δόση θα πρέπει να διατηρείται όσο το δυνατόν καμηλότερη και η διάρκεια της θεραπείας όσο το δυνατόν πιο σύντομη. Το Niflamol αντενδείκνυται κατά το τρίτο τρίμηνο της κύησης. Θηλασμός: Τα ΜΣΑΦ απεκκρίνονται στο μητρικό γάλα. Παρότι το διαθέσιμα δεδομένα δείχνουν ότι η χρήση ορισμένων ΜΣΑΦ από τη μητέρα δεν προκαλούν ανεπιθύμητες ενέργειες στα βρέφη που θηλάζουν, προληπτικά η χρήση του Niflamol πρέπει να αποφεύγεται κατά τη διάρκεια της γαλουχίας. Γονιμότητα: Οι αναστολείς σύνθεσης των προσταγλανδινών, συμπεριλαμβανόμενου του Niflamol, μπορεί να παρεμποδίζουν τη γονιμότητα των γυναικών και δεν συνιστώνται σε γυναίκες που προσπαθούν να συλλάβουν. Η διακοπή της θεραπείας με Niflamol πρέπει να εξετάζεται σε γυναίκες που λαμβάνουν Niflamol και έχουν δυσκολία να συλλάβουν ή ελέγκονται για στειρότητα.

4.7 Επιδράσεις στην ικανότητα οδήγησης και χειρισμού μηχανημάτων

Σε σπάνιες περιπτώσεις η χορήγηση του φαρμάκου αυτού μπορεί να προκαλέσει ζάγγα και υπνηλία.

4.8 Ανεπιθύμητες ενέργειες

Ο κίνδυνος για ανεπιθύμητες ενέργειες αυξάνεται με τη δόση και τη διάρκεια της θεραπείας. Οι πλέον συνηθισμένες αναφερόμενες ανεπιθύμητες ενέργειες που σχετίζονται με τη λήψη ΜΣΑΦ, συμπεριλαμβανομένου του Niflamol, προέρχονται από το γαστεντερικό. – Ενέργειες στο γαστρεντερικό: Πεπτικά έλκη, γαστρεντερικές διατρήσεις ή αιμορραγίες (λανθάνουσες ή εμφανείς), μερικές φορές θανατηφόρες, μπορεί να συμβούν, ιδιαίτερα σε ηλικιωμένους ασθενείς. Επίσης, υπήρξαν αναφορές γαστρεντερικών συμπτωμάτων όπως ναυτία, διάρροια, εμετός, επιγαστρικό άλγος, γαστρίτιδα, αιματέμεση, μέλαινα και αιμορραγική κολίτις. Οι ανεπιθύμητες έτερες ενέργειες είναι συνηθέστερες σε μεγαλύτερες δόσεις. - Αντιδράσεις υπερευαισθησίας: • Δερματικές: αγγειοίδημα, εξάνθημα, εξανθήματα, κνίδωση, κνησμός, πορφύρα. Σπάνιες περιπτώσεις πολύμορφου ερυθήματος, αποφολιδωτικής δερματίτιδας και πομφολυγώδους εξανθήματος (σύνδρομο Stevens Johnson, τοξική επιδερμική νεκρόλυση (σύνδρομο Lyell)). • Σε εξαιρετικές περιπτώσεις, υπάρχει κίνδυνος φωτοευαισθητοποίησης. • Αναπνευστικές: κρίσεις άσθματος μπορεί να παρατηρηθούν σε ορισμένους ασθενείς, ιδιαίτερα σε ασθενείς με αλλεργία στο ακετυλοσαλικυλικό οξύ ή άλλα ΜΣΑΦ. • Γενικές: η χ. γενική κακουχία, υπόταση, αναφυλακτικό σοκ.• Ενέργειες στο Κεντρικό Νευρικό Σύστημα: αίσθηση ιλίγγου (ιπόνια)- Ενέργειες στους νεφρούς: οξεία νεφρική ανεπάρκεια, διάμεση νεφρίτιδα, νεφρωσικό σύνδρομο σε εξαιρετικά σπάνιες περιπτώσεις. - Ενέργειες στα οστά: Λίγες περιπτώσεις φλεγμόνων των οστών έχουν καταγραφεί ύστερα από αγωγή με υψηλές δόσεις επί αρκετά κρόνια. - Μεταβολές στα εργαστηριακά αποτελέσματα: Σε εξαιρετικές περιπτώσεις, μη φυσιολογική λειτουργία του ήπατος ή θρομβοπενία – Δεδομένα από κλινικές δοκιμές και επιδημιολογικές μελέτες υποδεικνύουν ότι η χρήση κάποιων ΜΣΑΦ ιδιαίτερα σε υψηλές δόσεις και σε μακροκρόνιες θεραπείες) μπορεί να συσχετίζεται με έναν αυξημένο κίνδυνο για εμφάνιση θρομβωτικών αρτηριακών συμβαμάτων (π.χ. έμφραγμα του μυοκαρδίου ή εγκεφαλικό επεισόδιο), τα οποία μπορεί να είναι θανατηφόρα (βλ. παράγραφο 4.4). – Οίδημα, υπέρταση και καρδιακή ανεπάρκεια έχουν αναφερθεί σε σχέση με τη θεραπεία με ΜΣΑΦ.

4.9 Υπερδοσολογία

Σημεία υπερδοσολογίας: Οι κλινικές εκδηλώσεις της υπερδοσολογίας με ΜΣΑΦ, συμπεριλαμβανομένου του Niflamol, είναι δοσοεξαρτώμενες, με την πλειοφηφία των περιπτώσεων να χαρακτηρίζονται ως συμπτωματικές ή ήπιες. Τα συμπτώματα που προέρχονται από την υπερδοσολογία μορφών μη τροποποιημένης αποδέσμευσης συνήθως παρουσιάζονται εντός 4 ωρών από τη λήψη. Τα συνηθέστατα ήπιας τοξικότητας περιλαμβάνουν ναυτία, έμετο, διάρροια και κοιλιακό άλγος. Μπορεί επίσης να παρουσιασθεί ήπια καταστολή του ΚΝΣ ως υπνηλία (5% των περιπτώσεων) και κεφαλαλγία. Ένας ασθενής ο οποίας είχε λάβει 7,5 g νιφλουμικού οξέος παρουσίασε οξεία απειραματοτοφρίπιδα, η οποία αντιμετωπίσθηκε επιτυχώς χωρίς επακόλουθα. Σε περισσότερο προκυρηγμένη τοξικότητα μπορεί να παρουσιαστούν αυξημένες τιμές BUN, κρεατινίνης και δοκιμασιών ηπατικής λειτουργίας, αυξημένος χρόνος προθρομβίνης, θρομβοπενία, βραδυκαρδία ή υπόταση. Η έκδηλη υπνηλία σχετίζεται συνήθως με μεταβολική οξέωση. Η σοβαρή τοξικότητα από μαζική κατάποση καρακτηρίζεται από νεφρική ανεπάρκεια, μεταβολική οξέωση και νευρολογικά συμπτώματα, συμπεριλαμβανομένων σπασμών, υπνηλίας που εξελίσσεται σε κώμα καθώς και διαταραχές όρασης και ακοής. Η γαστρεντερική αιμορραγία σπάνια σχετίζεται με οξεία υπερδοσολογία. Θεραπεία: Τα ήπια συμπτώματα της υπερδοσολογίας των ΜΣΑΦ είναι συνήθως αυτοπεριορζόμενα. Η θεραπεία των συμπτωματικών ασθενών είναι κυρίως υποστηρικτική, συμπεριλαμβανόμενης της χορήγησης ενεργού άνθρακα εντός μιας ώρας από την κατάποση και θεραπεία με υγρά για να αποκατασταθεί η ενυδάτωση και το επίπεδο των ηλεκτρολυτών. Για την πιο προκυρηγμένη τοξικότητα πρέπει να ξεκινά ανάλογα με την περίπτωση κάθε μεμονωμένου ασθενή θεραπεία ειδική για τα συμπτώματα, όπως ενδοφλέβιο διττανθρακικό νάτριο για εμφάνουσα μεταβολική οξέωση, αντισπασμωδικά, υποστήριξη αεραγωγών, καρδιαγγειακή υποστήριξη, αντιεμετικά και αντιόξινα.

6. ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΕΣ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ

6.1 Κατάλογος εκδόχων

Άμυλο
Κεκαθαρμένος τάλκης
Στεατικό μαγνήσιο
Διοξείδιο του τιτανίου (E171)
Ζελατίνη
Αζορουμπίνη καρμοϊζίνη (E122)

6.2 Ασυμβατότητες

Δεν εφαρμόζεται.

6.3 Διάρκεια ζωής

36 μήνες

6.4 Ιδιαίτερες προφυλάξεις κατά τη φύλαξη του προϊόντος

Δεν υπάρχουν ειδικές οδηγίες διατήρησης για το προϊόν αυτό.

6.5 Φύση και συστατικό του περιέκτη

Κυψέλες PVC/Αλουμινίου. Κάθε συσκευασία περιέχει 20 σκληρά καψάκια
(2 κυψέλες των 10 σκληρών καψακίων η κάθεμία).

6.6 Ιδιαίτερες προφυλάξεις απόρριψης

Κάθε ακρησιμοποίητο φαρμακευτικό προϊόν ή υπόλειμμα πρέπει να απορρίπτεται σύμφωνα με τις κατά τόπους ισχύουσες σχετικές διατάξεις.

7. ΚΑΤΟΧΟΣ ΤΗΣ ΑΔΕΙΑΣ ΚΥΚΛΟΦΟΡΙΑΣ

Pharmatswiss Česká republika s.r.o.
Czech Republic

8. ΑΡΙΘΜΟΣ(ΟΙ) ΑΔΕΙΑΣ ΚΥΚΛΟΦΟΡΙΑΣ

0799703

9. ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΠΡΩΤΗΣ ΕΓΚΡΙΣΗΣ/ΑΝΑΝΕΩΣΗΣ ΤΗΣ ΑΔΕΙΑΣ

Ημερομηνία πρώτης έγκρισης: 03-05-1970
Ανανέωση άδειας: 28-07-2008

10. ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΑΝΑΘΕΩΡΗΣΗΣ ΤΟΥ ΚΕΙΜΕΝΟΥ

Νοέμβριος 2018

Το ΠΧΠ είναι συντετμημένο, για το πλήρες κείμενο παρακαλώ απευθυνθείτε στην εταιρεία.

Βοηθάστε να γίνουν τα φάρμακα πιο ασφαλή και **αναφέρετε ΟΛΕΣ** τις ανεπιθύμητες ενέργειες για **ΟΛΑ** τα Φάρμακα Συμπληρώνοντας την «**ΚΙΤΡΙΝΗ ΚΑΡΤΑ**»

«Οδηγίες επιβίωσης στον κόσμο της σύγχρονης αποκαταστατικής οδοντιατρικής»

Ο **Οδοντιατρικός Σύλλογος Κορινθίας** διοργανώνει σεμινάριο με θέμα ***«Οδηγίες επιβίωσης στον κόσμο της σύγχρονης αποκαταστατικής οδοντιατρικής»*** και κεντρικό ομιλητή τον Καθηγητή ΑΠΘ, κ. **Κοσμά Τολίδη**, το οποίο θα λάβει χώρα στο ξενοδοχείο "Sikyon", στο **Ξυλόκαστρο στις 14 Μαρτίου 2020.**

Η σύγχρονη αποκαταστατική / αισθητική οδοντιατρική προσφέρει μια πληθώρα επιλογών στον κλινικό οδοντίατρο με στόχο την αντιμετώπιση των προβλημάτων των ασθενών του. Νέα υλικά και τεχνικές προστίθενται συνεχώς στο οπλοστάσιο των οδοντιάτρων σε μια προσπάθεια ικανοποίησης των βιολογικών, λειτουργικών και αισθητικών προβλημάτων των σκληρών οδοντικών ιστών.

Η επιτυχής όμως εφαρμογή και η επίτευξη των επιθυμητών αποτελεσμάτων έχει ως βασική προϋπόθεση την πολύ καλή γνώση και εξοικείωση των οδοντιάτρων με τα υλικά και τις τεχνικές. Στο πλαίσιο λοιπόν της συνεχιζόμενης εκπαίδευσης των οδοντιάτρων, η συγκεκριμένη ημερίδα έχει ως στόχο την παρουσίαση και την επεξήγηση όλων των διαθέσιμων υλικών και τεχνικών, ξεδιαλύνοντας και απλοποιώντας τα δεδομένα, διευκολύνοντας έτσι την επιτυχή εφαρμογή τους. Η ημερίδα χωρίζεται σε δύο μέρη, στο πρώτο μέρος θα αναλυθούν όλα τα σύγχρονα δεδομένα που αφορούν στη σωστή χρήση των αισθητικών αποκαταστατικών υλικών με έμφαση στις σύνθετες ρητίνες (υλικά, διαδικασίες, κλινικά παραδείγματα, χρήση νημάτων κλπ). Στο δεύτερο μέρος θα ακολουθήσει πρακτικό σεμινάριο περιορισμένου ακροατηρίου όπου θα γίνει επίδειξη και εφαρμογή σύγχρονων αποκαταστατικών τεχνικών σε μια προσπάθεια εξοικείωσης των συμμετεχόντων με αυτές τις τεχνικές.

Αναλυτικότερα, το πρόγραμμα της ημερίδας διαμορφώνεται ως εξής:

09:30-10:00 Υποδοχή -Χαιρετισμός

10:00-11:30 Θεωρητικό μέρος

Το θεωρητικό μέρος είναι δωρεάν

- Ανάλυση των προβλημάτων που αντιμετωπίζουν οι οδοντίατροι στις άμεσες αποκαταστάσεις από ρητίνη
- Νέας τεχνολογίας εργαλεία για παρασκευή κοιλοτήτων
- Παρουσίαση των απαιτούμενων υλικών για μια επιτυχημένη αισθητική αποκατάσταση
- Πρωτόκολλο για μείωση του κινδύνου, μετεμφρακτικής ευαισθησίας και αποτυχίας δεσμού
- Ρευστές (flow) ρητίνες ως επίχρισμα: πότε, πού και πώς
- Συζήτηση για τις τεχνικές διαστρωμάτωσης για επίτευξη φυσικών αποκαταστάσεων από σύνθετη ρητίνη
- Παρουσίαση των τεχνικών για επιτυχημένες αισθητικές αποκαταστάσεις

11:30-11:45 Διάλειμμα – Καφές

11:45-13:15 Συνέχεια θεωρητικού μέρους

13:15-13:30 Διάλειμμα – Καφές

13:30-15:30 Πρακτικό σεμινάριο

Κόστος πρακτικού 50 ευρώ

- Διαστρωματική ανασύσταση μύλης τομέα σε κλειδί σιλικόνης
- Συγκόλληση άξονα και διαστρωματική ανασύσταση μύλης με σύνθετες ρητίνες, χρήση χρωμάτων ούλων

Αριθμός συμμετεχόντων στο πρακτικό μέρος έως 20 άτομα.

Τηλέφωνα επικοινωνίας κρατήσεων για πρακτικό μέρος: Οδοντιατρικός Σύλλογος Κορινθίας: **27410-20439**

Οι συμμετέχοντες στο θεωρητικό θα μοριοδοτηθούν με 3 μόρια

Οι συμμετέχοντες στο πρακτικό θα μοριοδοτηθούν με 4,5 μόρια

Το Νέο Δ.Σ. Της Ελληνικής Παιδοδοντικής Εταιρείας

Το Σάββατο 14 Δεκεμβρίου 2019, πραγματοποιήθηκε η Γενική Συνέλευση των μελών της Ελληνικής Παιδοδοντικής Εταιρείας, με κύρια θέματα τον Διοικητικό και Οικονομικό απολογισμό της τριετίας 2017-2019 και τις αρχαιρεσίες για ανάδειξη νέου Διοικητικού Συμβουλίου.

Στις 18 Ιανουαρίου 2020, συνήλθαν σε συνεδρίαση τα Μέλη του νέου Διοικητικού Συμβουλίου της Ελληνικής Παιδοδοντικής Εταιρείας, μετά από πρόσκληση του Προέδρου κ. Γ. Βαδιάκα. Ο Πρόεδρος πρότεινε την παρακάτω σύνθεση για το νέο ΔΣ η οποία έγινε ομόφωνα αποδεκτή από όλα τα μέλη του:

Πρόεδρος: **Βαδιάκας Γιώργος**
Μέλλων Πρόεδρος: **Κωνσταντίνος Αραποστάθης**
Απερχόμενη Πρόεδρος: **Σοφία Γκέκη**
Γεν. Γραμματέας: **Αποστολοπούλου Δάφνη**
Ταμίας: **Τριανταφύλλου Τριαντάφυλλος**
Μέλη: **Αριστείδης Αρχάκης, Σταματίνα (Τίνα) Λαμπρινάκη, Στέλα Παπανάκου, Ευάγγελος-Έντυ Φαρμάκης**
Επιστημονικός Υπεύθυνος Περιοδικού «Παιδοδοντία»: **Αγουρόπουλος Ανδρέας**
Διαχειριστής Ιστοτόπου Ελληνικής Παιδοδοντικής Εταιρείας: **Ευάγγελος- Έντυ Φαρμάκης**

Με επιτυχία ολοκληρώθηκε το 23ο Πανελλήνιο Συμπόσιο Ενδοδοντίας της ΕΕΕ

Το 23ο Πανελλήνιο Συμπόσιο Ενδοδοντίας της ΕΕΕ πραγματοποιήθηκε με μεγάλη επιτυχία στο Μέγαρο Μουσικής Θεσσαλονίκης από 1-2 Φεβρουαρίου του 2020, με τον κεντρικό ομιλητή της εκδήλωσης, τον καταξιωμένο κλινικό και ερευνητή, κ. **Domenico Ricucci** να «κλέβει» τις εντυπώσεις.

Το συνέδριο με κεντρικό τίτλο «Εκ βιολογίας άρξασθαι» είχε ως στόχο να καταδείξει τη σύνδεση της καθημερινής κλινικής πράξης με τις βιολογικές αρχές που διέπουν την ενδοδοντική θεραπεία. Τόσο ο κεντρικός ομιλητής του συνεδρίου όσο και οι υπόλοιποι εκλεκτοί ομιλητές της εκδήλωσης συνέβαλαν στην παρουσίαση ενός πλούσιου επιστημονικού προγράμματος που κέντρισε το ενδιαφέρον των συμμετεχόντων.

Ο κεντρικός ομιλητής Domenico Ricucci εντυπωσίασε το κοινό που παρέμενε καθηλωμένο σε κάθε του ομιλία.

Πιο συγκεκριμένα, ο κ. Ricucci αναφέρθηκε στα προβλήματα που σχετίζονται με τη διατήρηση της ζωτικότητας του πολφού, στους παράγοντες που σχετίζονται με την αποτυχία και επιτυχία της ενδοδοντικής θεραπείας, αλλά και στη χειρουργική ενδοδοντία. Με τη σειρά τους, οι υπόλοιποι ομιλητές κάλυψαν μια πλούσια γκάμα θεμάτων σχετικά με τη διάγνωση, τη χημειοπροφύλαξη, τις ενδοπεριοδοντικές βλάβες, την προπαρασκευή με μηχανοκίνητα μέσα, τους διακλυσμούς, τα ιατρογενή συμβάματα, την έμφραξη, την επανάληψη της ενδοδοντικής θεραπείας και τις αναγεννητικές τεχνικές.

Πλήθος συμμετεχόντων έδωσαν το «παρών» στο 23ο Πανελλήνιο Συμπόσιο Ενδοδοντίας της ΕΕΕ, η οποία για άλλη μια χρονιά προσέφερε στους συνέδρους ένα επιστημονικό πρόγραμμα υψηλών προδιαγραφών.

Παράλληλα και οι ομιλίες των νέων συναδέλφων, οι οποίοι είχαν την ευκαιρία να παρουσιάσουν το ερευνητικό και κλινικό τους έργο με ελεύθερες ανακοινώσεις και e-poster, καθώς και η παρουσίαση κλινικών περιστατικών από τις μεταπτυχιακές κλινικές των 2 οδοντιατρικών σχολών της χώρας, άφησαν τις καλύτερες εντυπώσεις στους συμμετέχοντες.

Για άλλη μια φορά, η ΕΕΕ κατόρθωσε να διοργανώσει μια εκδήλωση που αποτέλεσε γεγονός για το χώρο της Ενδοδοντολογίας και όχι μόνο, συνεχίζοντας την παράδοση των επιτυχημένων επιστημονικών εκδηλώσεων με σεβασμό στις γνωσιακές ανάγκες του σύγχρονου οδοντιάτρου.

Δύο νέες εγκαταστάσεις κοπτικών DGShape-Roland από την Atlas Digital

Δύο ακόμα οδοντοτεχνικά εργαστήρια μπήκαν στην ψηφιακή εποχή ολοκληρώνοντας τον εξοπλισμό τους με κοπτικό της DGShape-Roland. Συγκεκριμένα, το οδοντοτεχνικό εργαστήριο Artistic Dentlab στο Κερατσίνι επένδυσε στο DWX52DCi και το Jovolos Dental Lab στο Αίγιο στο κοπτικό DWX-52D.

Και τα δύο οδοντοτεχνικά εργαστήρια, ακολουθώντας τις εξελίξεις της τεχνολογίας και με στόχο την καλύτερη εξυπηρέτηση του πελάτη με υψηλής ποιότητας υπηρεσίες, αξιοποιούν πλέον πλήρως τις δυνατότητες της τεχνολογίας για ποιοτικά άριστα αποτελέσματα, ταχύτερη ανταπόκριση, ευελιξία και υψηλή αξιοπιστία.

Artistic Dentlab

Jovolos Dental Lab

Αντιπρόσωπος της DGShape-Roland στην Ελλάδα είναι η Atlas Digital AE, από τις πρώτες εταιρείες στην Ελλάδα που ασχολήθηκαν με την τεχνολογία CAD/CAM, με πολυετή τεχνογνωσία και εμπειρία στην ψηφιακή τεχνολογία.

Περισσότερες πληροφορίες για τα προϊόντα της DGShape μπορείτε να βρείτε στο www.dentaldigital.gr, τηλ: 210-9845771, fax: 210-9845081, e-mail: marketing@atlasdigital.gr

Μια ακόμη επιτυχημένη ημερίδα για τον Οδοντιατρικό Σύλλογο Κορινθίας

Με μεγάλη επιτυχία πραγματοποιήθηκε η ημερίδα με θέμα *«Ανεπιθύμητες καταστάσεις και συμβάματα κατά την άσκηση της Οδοντιατρικής: Πρόληψη και Αντιμετώπιση»* που διοργάνωσε ο Οδοντιατρικός Σύλλογος Κορινθίας το Σάββατο, 25 Ιανουαρίου 2020 στον κινηματογράφο «Φλοίσβο».

Στόχος της ημερίδας ήταν να παρουσιαστούν με τη βοήθεια έμπειρων και καταξιωμένων ομιλητών τα συμβάματα και η αντιμετώπισή τους, κατά σειράν στην ορθοδοντική, στην ενδοδοντία, στην προσθετική, καθώς και στον ιδιαίτερα ευαίσθητο τομέα της κατευθυνόμενης οστικής ανάπλασης για μελλοντική τοποθέτηση εμφυτευμάτων.

Αναλυτικότερα, η ημερίδα άρχισε με την ομιλία του ειδικού ορθοδοντικού, κ. **Ηλία Ανδρεόπουλου** αναφορικά με τα συμβάματα κατά την ορθοδοντική θεραπεία και τη διαχείρισή τους. Ακολούθησε η εισήγηση του οδοντιάτρου και επιστημονικού συνεργάτη ΕΚΠΑ, κ. **Αλέξανδρου Προύντζου** με θέμα «Από την πρόληψη του ανεπιθύμητου στη διαχείριση του απροσδόκητου στην Ενδοδοντία».

Στη συνέχεια ο Καθηγητής Προσθετολογίας της Οδ. Σχολής Αθηνών, κ. **Ηρακλής Καρκαζής** και ο Επ. Καθηγητής Προσθετολογίας Οδ. Σχολής ΕΚΠΑ, κ. **Νικήτας Συκαράς** μίλησαν για τις «Αστοχίες και επιπλοκές στην Κινητή και Ακίνητη Προσθετική Αποκατάσταση».

Η ημερίδα ολοκληρώθηκε με την ομιλία του Επ. Καθηγητή Περιοδοντολογίας της Οδ. Σχολής ΕΚΠΑ, κ. **Σπύρου Βασιλόπουλου** με θέμα «Σημεία Προσοχής και Συχνά Λάθη που μειώνουν την αναποτελεσματικότητα της κατευθυνόμενης οστικής ανάπλασης στην μελλοντική τοποθέτηση εμφυτευμάτων».

Το επιστημονικό μέρος της ημερίδας ακολούθησε σε εορταστικό κλίμα, η κοπή της πρωτοχρονιάτικης πίτας του Συλλόγου με εκπλήξεις και δώρα!

Για άλλη μια φορά, ο Ο.Σ. Κορινθίας, πιστός στην παράδοση επιτυχημένων επιστημονικών διοργανώσεων σε θέματα αιχμής, άφησε τις καλύτερες εντυπώσεις, προσφέροντας στους συμμετέχοντες ένα ενδιαφέρον επιστημονικό πρόγραμμα με την «υπογραφή» καταξιωμένων ομιλητών.

Ο Συντονιστής της ημερίδας, Καθηγητής κ. Ηρακλής Καρκαζής με τον Πρόεδρο του ΟΣΚ κ. Επ. Κατσούλα.

Ο κ. Νικόλαος Δέδες, Α΄ Αντιπρόεδρος της ΕΟΟ, απευθύνει χαιρετισμό από το βήμα της ημερίδας.

Στιγμιότυπο από την ημερίδα, όπου στο βήμα διακρίνεται ο Επικ. Καθηγητής, κ. Ν. Συκαράς.

Στιγμιότυπο από την κοπή της πρωτοχρονιάτικης πίτας. Στη φωτογραφία διακρίνονται σε εύθυμο κλίμα, η Αντιπρόεδρος του ΟΣΚ, κ. Λ. Παπαγεωργίου και ο Πρόεδρος, κ. Επ. Κατσούλας.

Έκλεψε την παράσταση το διήμερο συνέδριο «Meet the Legend» της ΑΚΟ

Με μεγάλη επιτυχία και αθρόα προσέλευση συμμετεχόντων ολοκληρώθηκε το διήμερο συνέδριο «Meet the Legends» που διοργάνωσε η Ακαδημία Κλινικής Οδοντιατρικής (ΑΚΟ) στις 15-16 Φεβρουαρίου 2020 με προσκεκλημένους ομιλητές τους Dr. **Walter Devoto** και Dr. **Fabio Gorni.**

Την ***πρώτη ημέρα*** του συνεδρίου ο Dr. Walter Devoto, ιδρυτικό μέλος του Style Italiano, με μεγάλη εμπειρία τον τομέα της Συντηρητικής Αισθητικής Οδοντιατρικής ανέπτυξε ζητήματα γύρω από το κεντρικό θέμα: Καμουφλάζ- το «πότε» και το «τι» να κάνετε σε ζωντανά κι ενδοδοντικά θεραπευμένα δόντια. Παράλληλα, η ομιλία του περιελάμβανε ζωντανή επίδειξη για την ανασύσταση μύλης με ενδορριζικό άξονα, όπου βήμα προς βήμα αναλύθηκαν τα κρίσιμα σημεία για κλινική επιτυχία και αντοχή. Αλλά και το δεύτερο ζωντανό κομμάτι της ομιλίας του Dr. Devoto με αντικείμενο την κάλυψη δυσχρωμικού δοντιού με σύνθετη ρητίνη, όπου αναπτύχθηκαν νέα σύνθετα υλικά και ιδέες για ιδεατό αποτέλεσμα, συγκέντρωσε το έντονο ενδιαφέρον των συμμετεχόντων.

Πλήθος συμμετεχόντων έδωσαν το «παρών» στην επιστημονική εκδήλωση της ΑΚΟ, με την αίθουσα να παραμένει ασφυκτικά γεμάτη καθ' όλη τη διάρκεια της διήμερης επιστημονικής διοργάνωσης.

Τη ***δεύτερη ημέρα*** του συνεδρίου ο Dr. Fabio Gorni, Επισκέπτης Καθηγητής στο Τμήμα Ενδοδοντίας στο S. Paolo Hospital στο Μιλάνο και ιδρυτής του Style Italiano Endodontics, μίλησε για το σχέδιο θεραπείας σε προβληματικά ενδοδοντικά θεραπευμένα δόντια, ενώ υπήρξε και ζωντανή επίδειξη με στόχο να υπογραμμιστεί η σημασία του σωστού εξοπλισμού στην αποτελεσματική κλινική πράξη. Το δεύτερο μέρος της ομιλίας του ήταν αφιερωμένο στο MTA & σπασμένα εργαλεία, με ζωντανή επίδειξη διαχείρισης διατρήσεων, μεταφοράς ακρορριζίου και ανοικτών ακρορριζίων.

Οι συμμετέχοντες είχαν τη δυνατότητα να περιηγηθούν στους χώρους της έκθεσης και να ενημερωθούν για όλες τις τρέχουσες εξελίξεις σε νέα προϊόντα και συσκευές.

Η ΑΚΟ προσέφερε μια άρτια επιστημονικά και οργανωτικά εκδήλωση, η οποία άφησε τις καλύτερες εντυπώσεις στους συνέδρους, αποδεικνύοντας ότι ο θεσμός του «Meet the Legends» ήρθε για να μείνει.

Έθεσε ψηλά τον πήχη η 1η ημερίδα της ΕΣΟ για το 2020

Τις καλύτερες εντυπώσεις άφησε η ημερίδα που πραγματοποίησε η Εταιρεία Σύγχρονης Οδοντιατρικής (ΕΣΟ) το Σάββατο, 8 Φεβρουαρίου 2020 στο Radisson Park Hotel, σχετικά με τη διάγνωση και τη διαχείριση καθημερινών περιστατικών στα ιατρεία. Η ημερίδα αυτή αποτέλεσε την πρώτη εκπαιδευτική δράση της ΕΣΟ για το 2020, η οποία έχει ετοιμάσει και για τη φετινή χρονιά ένα πλούσιο πρόγραμμα επιστημονικών εκδηλώσεων, ημερίδων και σεμιναρίων-πρακτικών και κλινικών, με σκοπό την ενημέρωση και επιμόρφωση του Κλινικού Οδοντιάτρου.

Το πρόγραμμα της ημερίδας έφερε τη σφραγίδα εγνωσμένου κύρους ομιλητών, οι οποίοι διατήρησαν αμείωτο το ενδιαφέρον των συμμετεχόντων καθ' όλη τη διάρκεια της επιστημονικής εκδήλωσης.

Αναλυτικότερα, η κα **Μ. Γεωργοπούλου**, Καθηγήτρια ΕΚΠΑ, μίλησε για την αξία της σωστής διάγνωσης, στοχεύοντας στην επίλυση των ενδοδοντικών προβλημάτων των ασθενών. Δύσκολα διαγνωστικά προβλήματα απαιτούν διαφορετική διαφορο-διαγνωστική προσέγγιση. Υπό αυτό το πρίσμα, ανέπτυξε τα βήματα που πρέπει να ακολουθήσει ο κλινικός, ώστε να διαγνώσει το πρόβλημα, για να το αντιμετωπίσει στην συνέχεια.

Από την πλευρά της, η κα **Α. Πατρικίου**, Αναπλ. Καθηγήτρια ΕΚΠΑ, μίλησε για την συνετή συνταγογράφηση αντιμικροβιακών-χημειοθεραπευτικών, αλλά και αναλγητικών. Πότε και πώς πρέπει να γίνεται η χορήγησή τους, σύμφωνα με τις σύγχρονες οδηγίες, ώστε να αποφύγουμε την αλόγιστη και άσκοπη λήψη φαρμάκων.

Οι νόσοι του Περιοδοντίου είναι πολυ-παραγοντικής αιτιολογίας και παρουσιάζουν διαφορές στην κλινική έκφραση, στην εξέλιξη αλλά και στην ανταπόκριση στην θεραπεία.

Ο Δρ. **Α. Παράσχης** αναφέρθηκε στην αιτιολογία και παθογένεια της Περιοδοντίτιδας, νόσου που ταλαιπωρεί μεγάλη μερίδα των ασθενών και τους παράγοντες κινδύνου για την εμφάνισή της. Μέσα από κλινικά περιστατικά έδειξε την αλληλουχία θεραπείας της νόσου, από την εξάλειψη της φλεγμονής, την προσπάθεια ανάπλασης των ιστών, και την τακτική παρακολούθηση, απαραίτητη για την διατήρηση του αποτελέσματος.

Τις καλύτερες εντυπώσεις άφησε η ημερίδα της ΕΣΟ, η οποία κατόρθωσε, συνδυάζοντας ένα επίκαιρο θέμα με ομιλίες εγνωσμένου κύρους ομιλητών, να κερδίσει το ενδιαφέρον των συμμετεχόντων.

Ο κος **Κ. Τόσιος**, Αναπλ. Καθηγητής ΕΚΠΑ, μίλησε για βλάβες στον στοματικό βλεννογόνο που είναι εκδήλωση ενός τοπικού νοσήματος ή εκδήλωση μιας συστηματικής νόσου. Πολλές φορές ο οδοντίατρος είναι ο πρώτος που θα παρατηρήσει βλάβες στον βλεννογόνο, και θα παραπέμψει τον ασθενή του στον ανάλογο γιατρό, προσφέροντας καθοριστική βοήθεια στην διάγνωση της νόσου. Όλα αυτά συζητήθηκαν μέσα από κλινικά περιστατικά στοματολογικών νοσημάτων που είναι συνηθισμένα στην κλινική πράξη.

Τέλος, πέραν των αμιγώς επιστημονικών εισηγήσεων, ιδιαίτερο ενδιαφέρον είχε η παρουσίαση της κας. **Μ. Αντωνιάδου**, Επικ. Καθηγήτριας ΕΚΠΑ, η οποία μίλησε για τη φιλοσοφία του dental coaching. Πρόκειται για ένα σημαντικό βοήθημα για την καθημερινότητα των οδοντιάτρων, τη διαχείριση καταστάσεων στο ιατρείο, αλλά και την επικοινωνία με τους ασθενείς.

Στιγμιότυπο από την 1η ημερίδα της ΕΣΟ για το 2020, όπου διακρίνονται η Καθηγήτρια ΕΚΠΑ, κ. Μαρία Γεωργοπούλου και η Αναπλ. Καθηγήτρια ΕΚΠΑ, κ. Άννα Πατρικίου.

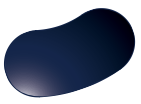
myQuickmat Forte

polydentia
swiss manufacture

Σύστημα τμηματικών τεχνητών τοιχωμάτων και δακτυλίου συγκράτησης, σχεδιασμένο να προσφέρει δυνατό διαχωρισμό των δοντιών, με σκοπό τη δημιουργία εξαιρετικών σημείων επαφής σε αποκαταστάσεις II ομάδας.

myTines

Αποστειρώσιμα στο αυτόκαυστο και αντικαταστάσιμα πλαστικά άκρα.



LumiContrast

Σκούρα μπλε τοιχώματα τα οποία αυξάνουν σημαντικά την αντίθεση και μειώνουν την ανακλώμενη λάμψη, ιδιαίτερα όταν χρησιμοποιούνται μεγεθυντικοί φακοί ή μικροσκόπιο.

myWedge

Σφήνα σχήματος V από πλαστικό υλικό υψηλής τεχνολογίας. Συμπιέζεται τέλεια και προσαρμόζεται στη μεσοδόντια ανατομία των δοντιών.

Συσκευασία

myRing Forte, 2 τεμ. • *myTines M*, 2 ζεύγη • *myTines S*, 1 ζεύγος • *myTines L*, 1 ζεύγος

Ακούμε τις ανάγκες σας 50 ΧΡΟΝΙΑ

Μιλτιάδης Βιτσαρόπουλος Α.Ε.

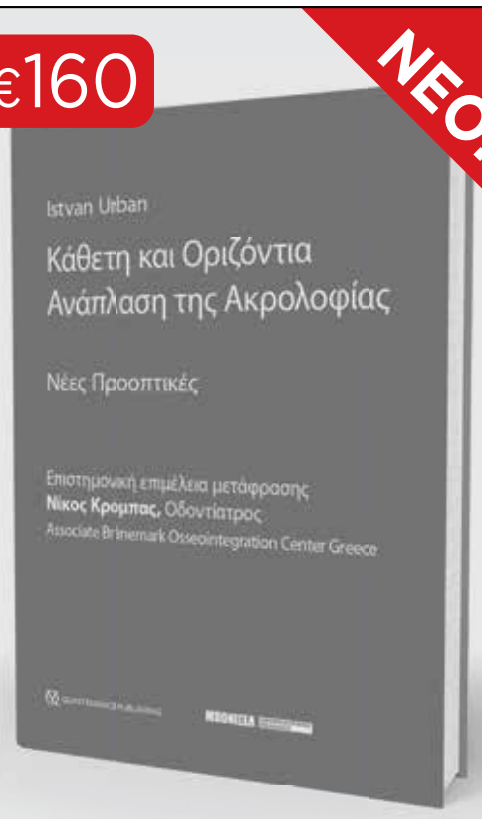
ΚΕΝΤΡΙΚΑ Μεσογείων 348, 153 41 Αγ. Παρασκευή, Αθήνα, **Τηλ:** 210 65 41 340, **Fax:** 210 65 41 618
ΥΠΟΚΑΤΑΣΤΗΜΑ Φειδιππίδου 55, 115 27 Γουδή, **Τηλ:** 210 77 95 747
www.vitsaropoulos.gr • e-mail: info@vitsaropoulos.gr • www.facebook.com/vitsaropoulos

Η 29η Πανθεσσαλική Οδοντοστοματολογική Σύνοδος θα πραγματοποιηθεί από τις **22 έως και 24 Μαΐου 2020** στο ξενοδοχείο **«Domotel Ξενία Βόλου»** με κεντρικό θέμα *«Η οδοντιατρική Επιστήμη στην κοινωνία του σήμερα»*.

Στόχος των διοργανωτών είναι να προσφέρουν ένα συνέδριο με ποικιλόμορφο επιστημονικό πρόγραμμα συνοδευόμενο με πρακτικά που θα επιμορφώσουν και θα ικανοποιήσουν και τους πιο απαιτητικούς συνέδρους.

Για περισσότερες πληροφορίες μπορείτε να αποστείλετε το μήνυμά σας στην ηλεκτρονική διεύθυνση: info@os-magnesia.gr, osmagnesias@gmail.com.

€160
ΝΕΟ!



Κάθετη και Οριζόντια Ανάπλαση της Ακρολοφίας

Istvan Urban

Επιστημονική επιμέλεια μετάφρασης
Νίκος Κρόμπας, Οδοντίαρος
Associate Branemark Osseointegration Center Greece

Το συναρπαστικό αυτό βιβλίο περιγράφει τις σημαντικότερες παραμέτρους της Οριζόντιας και Κάθετης Ανάπλασης της Φατνιακής Ακρολοφίας χρησιμοποιώντας την Καθοδηγούμενη Οστική Αναγέννηση. Περιλαμβάνει κεφάλαια επάνω στην Χειρουργική Ανατομία του Εδάφους του Στόματος, στην Περιγραφή των σταδίων βήμα προς βήμα για την οστική ανάπλαση με έμφαση στον τροποποιημένο Γλωσσικό κρημνό και την Προστασία του Γενειακού νεύρου κατά την διάρκεια της δημιουργίας των προωθητικών κρημνών. Περιγράφονται σε οκτώ κεφάλαια οι τεχνικές για ανάπλαση της μεσοδόντιας θηλής και σε μονήρες εμφύτευμα και για εκτεταμένη διόρθωση των μαλακών ιστών σε μεγάλη Κάθετη Ανάπλαση της Ακρολοφίας. Εξαιρετική είναι, η βήμα προς βήμα, περιγραφή της ταυτόχρονης Ανάπλασης της Οπίσθιας περιοχής της άνω γνάθου με Καθοδηγούμενη Οστική αναγέννηση σε συνδυασμό με την Ανύψωση του εδάφους του Ιγμορείου καθώς και οι επιπλοκές της αποκάλυψης των μεμβρανών και η αντιμετώπιση των μολύνσεων των μοσχευμάτων. Άξιο αναφοράς είναι το γεγονός ότι στο τέλος κάθε κεφαλαίου ο συγγραφέας παρουσιάζει το τμήμα με τα "Μαθήματα που πήρα", αναλύοντας τι θα μπορούσε να είχε γίνει διαφορετικά για να επιτευχθούν ακόμη καλύτερα αποτελέσματα.

€110

Τα Οδοντικά Εμφυτεύματα στην Κλινική Πράξη

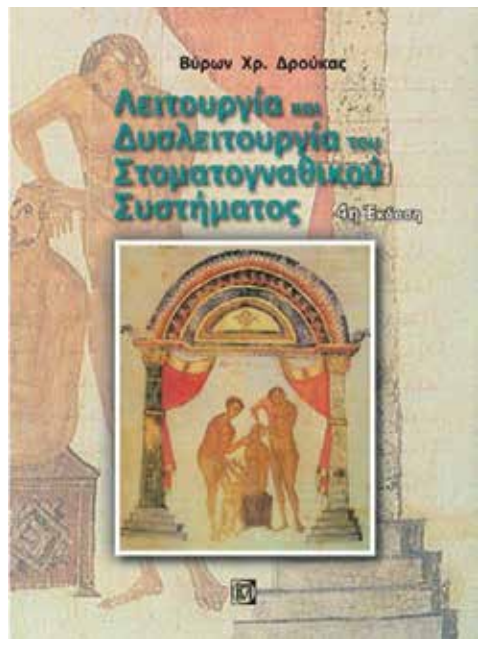
Αναστάσιος Τσίρλης,
Καθηγητής ΑΠΘ

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

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

ΒΙΒΛΙΟΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ

«Λειτουργία και δυσλειτουργία του στοματογναθικού συστήματος»



Η Οδοντιατρική, όπως και κάθε άλλος τομέας της ευρύτερης ιατρικής επιστήμης, εξελίσσεται παράλληλα με την πρόοδο της τεχνολογίας και βελτιώνεται με τη βοήθειά της. Ταυτόχρονα εμπλουτίζεται και αναβαθμίζεται η επιστημονική βιβλιογραφία που αφορά στην Οδοντατρική, με ωφέλεια τόσο για τους οδοντιάτρους, όσο κυρίως, για τους φοιτητές, που έρχονται σε επαφή με όλο και πιο εξελιγμένες μεθόδους εκμάθησης και εν συνεχεία άσκησης του επαγγέλματός τους.

Σε αυτό το πλαίσιο εντάσσεται και η «**Λειτουργία και δυσλειτουργία του στοματογναθικού συστήματος**» του οδοντιάτρου και Πανεπιστημιακού καθηγητή κ. **Βύρωνα Χρ. Δρούκα.** Πρόκειται για ένα έργο που γνωρίζει την **τέταρτη έκδοσή** του, ύστερα από την αρχική έκδοση του 2008-09 και δύο ακόμη επανεκδόσεις και έχει ως στόχο να μεταδώσει τις νέες γνώσεις που οφείλει να αποκομίσει ο φοιτητής της Οδοντιατρικής, αλλά και ο επαγγελματίας οδοντίατρος στο πλαίσιο της συνεχιζόμενης επιμόρφωσής του, αφού η γνώση είναι μια δυναμική και όχι στατική διαδικασία.

Η παρούσα έκδοση, εμπλουτισμένη με ένα επιπλέον κεφάλαιο (8ο) που άπτεται των λειτουργικών διαταραχών του στοματογναθικού συστήματος, διαθέτει -πέραν των πολύτιμων επιστημονικών πληροφοριών που μπορούν να γίνουν κτήμα και των μη εξειδικευμένων αναγνωστών- πλήθος εικόνων και διαγραμμάτων, καθώς και πλούσιο φωτογραφικό υλικό. Με αυτόν τον τρόπο η νέα γνώση αφομοιώνεται εύκολα και μένει στον νου του αναγνώστη, ενώ ταυτόχρονα το αισθητικό αποτέλεσμα είναι ακόμη πιο ποιοτικό.

Με λίγα λόγια η Λειτουργία και Δυσλειτουργία του στοματογναθικού συστήματος αποτελεί μια εξελισσόμενη επιστημονική προσπάθεια που παρακολουθεί τις εξελίξεις στον συγκεκριμένο τομέα της Ιατρικής και αφουγκράζεται τις απαιτήσεις των αναγνωστών που επιθυμούν να μάθουν ό,τι νέο συμβαίνει στον χώρο της Οδοντιατρικής και των συναφών κλάδων που ασχολούνται με το στόμα – αυτό το τόσο σημαντικό για την επιβίωσή μας τμήμα του ανθρώπινου σώματος.

Κυκλοφορεί από τις εκδόσεις «ΠΑΡΙΣΙΑΝΟΣ»

Ολοκληρωμένη γκάμα καινοτόμων προϊόντων για τη στοματική υγιεινή με τη σφραγίδα ποιότητας της Froika

Η Froika παρουσιάζει τη νέα σειρά προϊόντων στοματικής υγιεινής που συμβάλλουν στην προστασία και τη φροντίδα της στοματικής κοιλότητας:

Νέα σειρά FROIDENT FROIPLAK PVP action με χλωρεξιδίνη 0,2% και 0,12%, PVP (ένα πολυμερές που δεσμεύει τις χρωστικές από τα δόντια) και Υαλουρονικό οξύ
• FROIPLAK PLUS 0,2 PVP action. Στοματικό διάλυμα 250 ml
• FROIDENT PLUS 0,2 PVP action. Οδοντόκρεμα 75 ml
• FROIPLAK 0,12 PVP action. Στοματικό διάλυμα 250 ml
• FROIDENT 0,12 PVP action. Οδοντόκρεμα 75 ml

Νέα σειρά FROISEPT με ενεργό οξυγόνο και υαλουρονικό οξύ
• FROISEPT MOUTHWASH
• FROISEPT GEL
• FROISEPT TOOTHPASTE
• FROIDENT SUCRA GEL ανάπλασης και βαθιάς ενυδάτωσης της στοματικής κοιλότητας με Σουκραλφάτη 1%, Υαλουρονικό Οξύ 0,2% και Τρεχαλόζη 3%

Περισσότερες πληροφορίες: www.froika.com

Κάντε κλικ στην ηλεκτρονική μας διεύθυνση
www.odvima.gr

Ρωτήστε τον τεχνικό:
Περισσότερο Φως!!!

από τον **Δημήτρη Κατσιγιάννη**
Μηχανικό Βιοϊατρικής, Διευθυντή της Unimedica

Καθώς ο οδοντίατρος είναι υποχρεωμένος να δουλεύει στον πολύ περιορισμένο χώρο της στοματικής κοιλότητας, ο σωστός φωτισμός αποτελεί έναν από τους βασικότερους παράγοντες που συμβάλλουν τόσο στην ορθή διάγνωση και θεραπεία του ασθενή, όσο και στην ανετότερη εκτέλεση της εργασίας του.

Προβολείς

Ο προβολέας αποτελεί ένα από τα σημαντικότερα εξαρτήματα του οδοντιατρικού μηχανήματος, και καθώς η τεχνολογία εξελίσσεται ο οδοντίατρος αντιμετωπίζει το δίλημμα αν θα πρέπει να αντικαταστήσει τον παλιό του προβολέα με έναν καινούριας γενιάς.

*Τα **βασικά χαρακτηριστικά** ενός προβολέα είναι:*

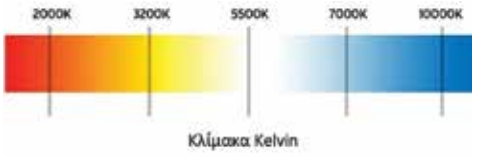
• ο τύπος των λαμπτήρων που διαθέτει (αλογόνου ή led)

• η ισχύς του φωτός που εκπέμπει και η οποία προσμετράται σε μονάδες lux

• η θερμοκρασία χρώματος που μας δείχνει πόσο θερμή (κιτρινωπή) ή ψυχρή (προς το μπλε) είναι η απόχρωση του λευκού φωτός που εκπέμπει ο προβολέας. Η μονάδα μέτρησης είναι οι βαθμοί Kelvin (K) οι οποίοι κυμαίνονται από 2000 έως10.000. Όσο πιο χαμηλή είναι η θερμοκρασία χρώματος τόσο πιο θερμή είναι η απόχρωση. Ως πιο ξεκούραστο και πιο ουδέτερο όσο αφορά στην ανάδειξη των χρωμάτων θεωρείται το φως που η θερμοκρασία χρώματος του κυμαίνεται μεταξύ 4000 – 6000K και χαρακτηρίζεται ως φως ημέρας.

Οι παλαιότερης τεχνολογίας προβολείς χρησιμοποιούσαν λαμπτήρες αλογόνου, διέθεταν ισχύ που έφτανε έως τα 35.000 lux και είχαν θερμοκρασία χρώματος 4.500K.

Οι προβολείς νέας γενιάς διαθέτουν λαμπτήρες led με διαβαθμιζόμενη ισχύ έως 100.000 lux και ρυθμιζόμενη θερμοκρασία χρώματος 4000 -6000K προσφέροντας έτσι μεγαλύτερη ευελιξία στον οδοντίατρο.



Κλίμακα Kelvin

***Δευτερεύοντα χαρακτηριστικά** που μπορεί να έχει ένας προβολέας είναι:*

• να διαθέτει φωτοκύτταρο ώστε να μην χρειάζεται ο οδοντίατρος να τον ανοιγοκλείνει με το χέρι,

• να δημιουργεί φωτεινό πεδίο ¨καθαρό¨ από σκιές,

• αποσπώμενες χειρολαβές που να μπορούν να πλυθούν ή και να κλιβανιστούν,

• κατοπτρική επιφάνεια, κ.α.

Χειρολαβές με φως

Εκτός από τον προβολέα όμως, φως στην στοματική κοιλότητα παρέχουν πλέον και οι χειρολαβές. Παλαιότερα στις χειρολαβές η φωτεινή πηγή (είτε αλογόνου είτε led που είναι πολύ πιο ισχυρή) βρισκόταν στο στέλεχος της χειρολαβής και το φως μεταφερόταν στην κεφαλή της με οπτική ίνα. Αυτό είχε το μειονέκτημα ότι το unit έπρεπε να διαθέτει ειδική εγκατάσταση γι΄αυτό τον σκοπό. Αν δεν την είχε ο οδοντίατρος δεν μπορούσε να χρησιμοποιήσει τέτοιου τύπου χειρολαβές.Οι σύγχρονες χειρολαβές διαθέτουν led φωτισμό στην κεφαλή που δεν απαιτεί ειδική εγκατάσταση.

Για περισσότερες διευκρινίσεις μπορείτε να επικοινωνήσετε μαζί μας
*στο **210 7777936***
ή να μας στείλετε τις απορίες σας
*στο **unimedica.hellas@gmail.com***

Panavia SA Cement Universal

Η Kuraray Noritake Dental παρουσιάζει τη PANAVIA SA Cement Universal τη νέα ακτινοσκιερή, αυτοσυγκολλούμενη κονία ρητίνης διπλού πολυμερισμού (φωτο- και/ή αυτο-πολυμεριζόμενη) που εκλύει ιόντα φθορίου, για αποκαταστάσεις κεραμικών υλικών (διπυριτικό λίθιο, ζιρκονία, κ.λ.π.), σύνθετης ρητίνης και μετάλλου. Η χημική σύσταση της PANAVIA SA Cement Universal περιλαμβάνει το πρωτοποριακό **LCSi μονομερές** που δημιουργεί ισχυρό χημικό δεσμό με την πορσελάνη, το διπυριτικό λίθιο και τη σύνθετη ρητίνη. Παράλληλα η μεγάλη περιεκτικότητα στο αυθεντικό **MDP μονομερές** δημιουργεί έναν ισχυρό χημικό δεσμό με το κράμα μετάλλου, το ζιρκόνιο, την αδαμαντίνη και την **οδοντίνη**.

Η κονία **PANAVIA SA Cement Universal ενδείκνυται για ολες τις προσθετικές αποκαταστάσεις** στεφανών, γεφυρών, ενθέτων και επενθέτων με μια απλή διαδικασία ενός σταδίου χωρίς να απαιτείται ενεργοποιητής συγκόλλησης.

Συσκευασία: 1 σύριγγα αυτοανάμιξης 8g (4.6ml) και 20 ρύγχη ανάμιξης σε 3 διαθέσιμες αποχρώσεις A2, Λευκό και Διαφανές

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

Προσφορές για οδοντιάτρους!

Από την Plac Control

Επαγγελματικά νήματα
με dispenser από πολυπροπυλένιο

• **Dispenser & Teflon PTFE 250m λευκό** € 30,00
• **Ανταλλακτικό λευκό** € 15,00
• **Dispenser & Νάυλον λεπτό 250m λευκό** € 23,00
• **Ανταλλακτικό λευκό** € 8,00

30 τεμάχια TePe GOOD™ Οδοντόβουρτσες
Νέες οδοντόβουρτσες Select TePe GOOD™ φτιαγμένες από ανανεώσιμες πρώτες ύλες όπως ζαχαροκάλαμο και καστορέλαιο. Regular soft, σε 4 χρώματα.
ΔΩΡΟ 15 φακελάκια TePe EasyPick XS/S και 15 φακελάκια M/L
€ 24,60

• Υπέροχη γεύση μέντας και οσμή.
• Αιμοστατική δράση.
• Συσκευασία 3 φιαλιδίων.

Protexin - Συμπυκνωμένο στομ. διάλυμα με χλωριούχο ψευδάργυρο. Μία έως τρεις σταγόνες στο κυπελλάκι είναι αρκετές. Μπορεί να χρησιμοποιηθεί και πριν τη λήψη αποτυπωμάτων. Το κάθε μπουκαλάκι αντιστοιχεί σε 9 λίτρα αραιωμένου στομ/ματος.
ΔΩΡΟ 10 οδ/ρτσες TePe Select
€ 25,00

40 Οδοντόβουρτσες ταξιδίου
Δυνατότητα εκτύπωσης με το λογότυπό σας
Minimum 100τεμ.
ΔΩΡΟ επιπλέον άλλες 10 οδοντόβουρτσες ταξιδίου
€ 32,00

12 TePe Μεσοδόντια βουρτσάκια
Δυνατότητα επιλογής χρώματος
ΔΩΡΟ 2 φακελάκια
€ 30,00

125 TePe Μεσοδόντια βουρτσάκια
με καπάκι. Συσκευασία οδοντιατρείου. Δυνατότητα επιλογής χρώματος.
ΔΩΡΟ κασετίνα
€ 42,00

Ελάχιστη χρέωση παραγγελίας € 25

Στις τιμές δεν περιλαμβάνεται ο Φ.Π.Α.

PlacControl® Προϊόντα Στοματικής Υγιεινής

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

OXYSAFE Professional

Τεχνολογία Ενεργού Οξυγόνου για αποτελεσματική θεραπεία Περιοδοντίτιδας και της Περιεμφυτευματίτιδας

Το OXYSAFE Gel Professional με την πατενταρισμένη τεχνολογία Ardox-X, η οποία βασίζεται στο ενεργό οξυγόνο (υδρογονανθρακικό-οξοβορικό σύμπλεγμα), λειτουργεί από έξω προς τα μέσα και διεισδύει γρήγορα στο βιοφίλμ στα ούλα. Τα αναερόβια βακτήρια καταστρέφονται και η αναγεννητική επίδραση ενεργοποιείται στον φλεγμονώδη ιστό.

Το OXYSAFE Gel Professional δεν είναι κυτταροτοξικό και δεν χρησιμοποιεί υπεροξείδια ή ρίζες που θα μπορούσαν να επηρεάσουν δυσμενώς την στοματική χλωρίδα. Σε συνδυασμό με το OXYSAFE Liquid Professional στοματικό διάλυμα, το μακροχρόνιο ενεργό οξυγόνο απελευθερώνεται στους θυλάκους των ούλων, αποφεύγοντας τον κίνδυνο επανεμφάνισης της φλεγμονής. Το OXYSAFE Professional λειτουργεί εξίσου καλά με τους καπνιστές και τους μη καπνιστές.

Πλεονεκτήματα

- Γρήγορη μείωση του βάθους των περιοδοντικών θυλάκων και απολύμανσή τους
- Χωρίς αντιβιοτικά, χωρίς χλωρεξιδίνη
- Μακρόχρονη επίδραση
- Επιστημονικά και κλινικά ελεγμένο

Συσκευασία

Το OXYSAFE Gel Professional 1 ml χρησιμοποιείται αποκλειστικά από τον οδοντίατρο και εφαρμόζεται μέσα στους περιοδοντικούς θυλάκους. Το OXYSAFE Liquid Professional 250 ml είναι ένα στοματικό διάλυμα που χρησιμοποιείται στο σπίτι από τους ασθενείς, αμέσως μετά την ολοκλήρωση της θεραπείας ως συντήρηση. Εξασφαλίζει την παραμονή ικανοποιητικής ποσότητας ενεργού οξυγόνου στο στόμα, διατηρώντας την αντιμικροβιακή του δράση και υποστηρίζοντας την επιθυμητή επούλωση των ιστών.

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

Dentsply Sirona: το νέο κοπτικό CEREC® Primemill σας φέρνει πιο κοντά στην Αριστεία

Το CEREC κάνει ένα ακόμα μεγάλο βήμα μπροστά, με την εισαγωγή του CEREC Primemill, το εντελώς καινούργιο κοπτικό μηχάνημα από την Dentsply Sirona. Η κατασκευή των αποκαταστάσεων θα γίνει σύντομα ευκολότερη και σημαντικά ταχύτερη. Χάρη στην τεχνολογία τελευταίας γενιάς, τώρα μπορεί να κατασκευαστεί ένα ευρύ φάσμα αποκαταστάσεων με μεγαλύτερη ταχύτητα και εξαιρετικά αποτελέσματα. Μαζί με το ενδοστοματικό σκάνερ CEREC Primescan και το λογισμικό CEREC, το CEREC Primemill ολοκληρώνει το ψηφιακό οδοντιατρείο και παρέχει πιο προβλέψιμα αποτελέσματα σε μια ολοκαίνουργη εμπειρία για τον οδοντίατρο και τον ασθενή.

Το CEREC Primemill, το καινούργιο κοπτικό μηχάνημα Dentsply Sirona, παράγει εντυπωσιακές αποκαταστάσεις με λεπτομερή όρια και πολύ λεία επιφάνεια, χρησιμοποιώντας εξελιγμένα διπλά μοτέρ παράλληλης κοπής. Το CEREC Primemill διαθέτει οθόνη αφής 7 ιντσών, ενσωματωμένη κάμερα για σάρωση μπλοκ και σαρωτή RFID για ανάγνωση των εργαλείων κοπής των υλικών. Λειτουργεί επίσης με ένα ευρύ φάσμα υλικών. Ο νέος σχεδιασμός προσφέρει πολύ πιο ομαλή λειτουργία.

«Το CEREC Primemill αλλάζει το παιχνίδι σε ολόκληρη τη ροή εργασίας», δήλωσε η Δρ. Gertrud Fabel, οδοντίατρος στο Μόναχο (Γερμανία). *«Τα πάντα λειτουργούν σημαντικά ταχύτερα από πριν, η ποιότητα των αποκαταστάσεων είναι εγγυημένη χάρη στα πολύ ωραία όρια και τις ομαλές επιφάνειες και ο χειρισμός είναι κάτι περισσότερο από απλός: η ομάδα προσφέρει τέλεια υποστήριξη και έτσι επιταχύνει ολόκληρη τη ροή εργασίας για να την κάνει ακόμη πιο ευχάριστη για τον ασθενή».*

Καθοδηγούμενη λειτουργία για μέγιστη ευκολία

Κατά το σχεδιασμό του νέου CEREC Primemill, δόθηκε ιδιαίτερη προσοχή στη φιλικότητα προς τον χρήστη: Η μεγάλη επιφάνεια αφής καθοδηγεί τον χρήστη μέσω όλων των διαδικασιών ροής εργασιών. Κάθε βήμα ροής εργασιών εμφανίζεται με σειρά και δείχνει, για παράδειγμα, ποια εργαλεία χρησιμοποιούνται για την επιλεγμένη επιλογή υλικού και μηχανουργικής επεξεργασίας. Τα εργαλεία είναι εξοπλισμένα με έναν κωδικό χρώματος ανάλογα με το προς επεξεργασία υλικό και επομένως είναι εύκολο να γίνει διάκριση. Κάθε εργαλείο περιέχει επίσης μια μικρή ετικέτα αναγνώρισης ραδιοσυχνοτήτων (RFID) που μπορεί να διαβαστεί από έναν ενσωματωμένο σαρωτή στο CEREC Primemill. Το μηχάνημα ενημερώνει τον χρήστη για την κατάσταση του εργαλείου και εάν ή πότε πρέπει να αντικατασταθεί με ένα νέο. Με αυτές τις δυνατότητες η χρήση του κοπτικού από την ομάδα του ιατρείου γίνεται πιο εύκολη από ποτέ.

CEREC Primemill: Γρήγορη ταχύτητα κοπής, εξαιρετική ποιότητα και εύκολος χειρισμός.

Εξοικείωση με τη νέα οθόνη αφής. Η εύκολη και καθοδηγούμενη διαδικασία επιταχύνει τα ραντεβού σας.

Το ανανεωμένο σύστημα CEREC. Το νέο κοπτικό αλλάζει ριζικά το παιχνίδι.

Για επιπλέον ευκολία, τα μπλοκ υλικών μπορούν να σαρωθούν με την ενσωματωμένη κάμερα. Με αυτόν τον τρόπο καταγράφονται οι πληροφορίες του μπλοκ, το ποσοστό σύνθλιψης, το μέγεθος και το χρώμα. Η φωτεινή λωρίδα LED του κοπτικού ενημερώνει επίσης τον χρήστη σχετικά με την κατάστασή του, με εναλλαγή χρωμάτων, π.χ. γίνεται πράσινο όταν ολοκληρωθεί η κοπή. Επιπλέον, η οθόνη του κοπτικού καθοδηγεί το χρήστη για της διαδικασίες συντήρησής του, διευκολύνοντας την εύκολη συντήρηση του CEREC Primemill.

Υψηλότερη αισθητική, ταχύτητα .. απλώς άριστο!

Με το CEREC Primemill, οι αποκαταστάσεις, ειδικά αυτές που κατασκευάζονται από ζιρκονία, κόβονται ακόμα πιο γρήγορα χάρη σε νέα εργαλεία και βελτιωμένη τεχνολογία. Ο χρόνος που απαιτείται για την κατασκευή μιας στεφάνης ζιρκονίας έχει μειωθεί κατά περισσότερο από το μισό: Μπορεί να κοπεί από περίπου 10-12 λεπτά σε μόλις 5 λεπτά χρησιμοποιώντας τη νέα λειτουργία Super Fast.

Τα αποτελέσματα μιλούν από μόνα τους. Χρησιμοποιώντας τα νέα πολύ λεπτά εργαλεία (0,5 mm) στη λειτουργία κοπής Extra Fine, η μονάδα επιτυγχάνει υψηλό επίπεδο λεπτομέρειας στα φύματα καθώς στους συνδέσμους στις γέφυρες, δίνοντας προβλέψιμα αποτελέσματα πρώτης κατηγορίας.

Οδοντιατρική εμπειρία ανώτερης ποιότητας

Το σύστημα CEREC προχωρά σε νέα διάσταση με το κοπτικό CEREC Primemill. Για όσους θέλουν τώρα να μπουν στον κόσμο CAD / CAM, με το ολοκαίνουργιο CEREC αποκτούν ένα πλήρες σύστημα με μεγάλη ευελιξία για αξιόπιστα αποτελέσματα. Οι οδοντίατροι που ήδη χρησιμοποιούν με επιτυχία το CEREC στην πρακτική τους θα εκτιμήσουν το σύστημα με το νέο επίπεδο ταχύτητας, υψηλού επιπέδου ποιότητας και ευκολίας που παρέχει το CEREC Primemill. *«Ήταν σημαντικό για εμάς να δημιουργήσουμε πραγματική προστιθέμενη αξία με το CEREC Primemill, τόσο για τον νέο οδοντίατρο CEREC όσο και για όλους του φανατικούς χρήστες CEREC εδώ και χρόνια»*, εξήγησε ο Δρ. Alexander Völcker, Αντιπρόεδρος του Ομίλου CAD / CAM & Ορθοδοντική στη Dentsply Sirona. *«Έχουμε αισθητά αυξήσει την ταχύτητα της διαδικασίας, ενώ παράλληλα έχουμε εξαιρετικά αποτελέσματα στις αποκαταστάσεις. Η ποικιλία των υλικών καλύπτει όλα τα περιστατικά και η λειτουργία της μονάδας δεν ήταν ποτέ ευκολότερη. Το πλήρες σύστημα δεν απαιτεί εισαγωγές ή εξαγωγές δεδομένων. Όλες οι διαδικασίες συντονίζονται μεταξύ τους παρέχοντας μια εξαιρετική και απρόσκοπτη εμπειρία στα ραντεβού».*

€180
536 σελίδες
©2013

Οστική Ανάπλαση στην Οδοντιατρική Εμφυτευματολογία

Το παγκόσμιο best seller του Fouad Khoury

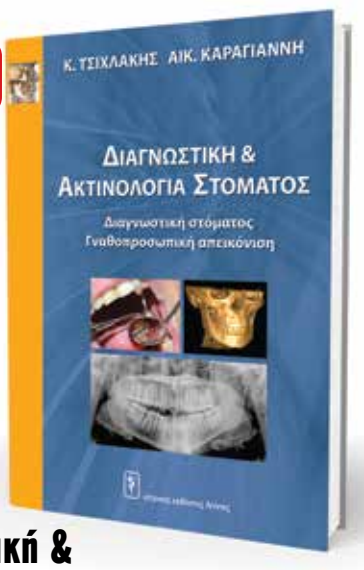
Επιστημονική επιμέλεια:
Νικήτας Σ. Συκαράς Επίκουρος Καθηγητής Οδοντιατρικής Σχολής ΕΚΠΑ
Μετάφραση:
Ευστάθιος Κ. Καρατζογιάννης Οδοντίατρος, Διδάκτωρ Παν/μίου Χαϊδελβέργης

€200
835 σελίδες
©2018

Εμφυτεύματα στην Αισθητική Ζώνη

Μία βήμα προς βήμα στρατηγική θεραπείας
UELI GRUNDER
Επιστημονική επιμέλεια μετάφρασης
Νίκος Κρόμπας, Οδοντίαρος
Associate Branemark Osseointegration Center Greece

€150
728 σελίδες
©2018



Διαγνωστική & Ακτινολογία Στόματος

Διαγνωστική στόματος
Γναθοπροσωπική απεικόνιση
Κ. ΤΣΙΧΛΑΚΗΣ - ΑΙΚ. ΚΑΡΑΓΙΑΝΝΗ

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

ΠΕΡΙΕΜΦΥΤΕΥΜΑΤΙΤΙΔΑ

από τη Διάγνωση στην Αντιμετώπιση

ΙΩΑΝΝΗΣ Κ. ΚΑΡΟΥΣΗΣ
ΑΝΑΠΛΗΡΩΤΗΣ ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ ΠΕΡΙΟΔΟΝΤΟΛΟΓΙΑΣ
ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟΥ ΑΘΗΝΩΝ

Συνεργασία
Δρ. **ΠΑΝΑΓΙΩΤΑ Ε. ΝΤΟΚΟΥ**
ΠΕΡΙΟΔΟΝΤΟΛΟΓΟΣ

ΝΕΑ ΚΥΚΛΟΦΟΡΙΑ

Το βιβλίο αυτό αποτελεί μια μονογραφία
στο πολύ ενδιαφέρον και επίκαιρο θέμα
της περιεμφυτευματίτιδας,
το οποίο απασχολεί έντονα την Οδοντιατρική κοινότητα
σε διεθνές επίπεδο.
Ο συγγραφέας, Αναπληρωτής Καθηγητής
του Εργαστηρίου Περιοδοντολογίας της Οδοντιατρικής
Σχολής ΕΚΠΑ, Ιωάννης Κ. Καρούσης
προσεγγίζει το θέμα
της περιεμφυτευματικής παθολογίας
μέσα από την εικοσαετή εμπειρία
και ενασχόλησή του σε κλινικό και ερευνητικό επίπεδο
και παραθέτει το σύνολο των πληροφοριών
που πρέπει να γνωρίζει ο φοιτητής και ο Οδοντίατρος,
είτε γενικός είτε εξειδικευμένος
για το πολύ σύγχρονο αυτό ζήτημα το οποίο αφορά
εκατομμύρια ασθενείς σε παγκόσμια κλίμακα.
Η συγγραφή, έγινε με τη συνεργασία
της Περιοδοντολόγου, αποφοίτου του Μεταπτυχιακού
Προγράμματος Περιοδοντολογίας
της Οδοντιατρικής Σχολής ΕΚΠΑ,
Δρ. Παναγιώτας Ντόκου.

ΕΚΔΟΣΗ: 2020 • ΣΕΛΙΔΕΣ: 500 • ΦΩΤΟΓΡΑΦΙΕΣ: 1.180

ΤΙΜΗ: €140

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

1. Ανατομία περιοδοντικών και περιεμφυτευματικών ιστών
2. Επούλωση των περιεμφυτευματικών ιστών μετά την τοποθέτηση των εμφυτευμάτων
3. Ταξινόμηση των περιεμφυτευματικών νόσων
4. Αιτιολογικός παράγοντας και παράγοντες κινδύνου για την εγκατάσταση περιεμφυτευματικών νόσων
5. Επιδημιολογία περιεμφυτευματικών νόσων
6. Επιτυχία και επιβίωση των εμφυτευμάτων
7. Διάγνωση των περιεμφυτευματικών νόσων
8. Θεραπευτική αντιμετώπιση των περιεμφυτευματικών νόσων. Αθροιστική παρεμβατική υποστηρικτική θεραπεία
9. Φάση ελέγχου της φλεγμονής
10. Ταξινόμηση των περιεμφυτευματικών οστικών βλαβών
11. Φάση αποκατάστασης των βλαβών: Ανοικτή απομάκρυνση εναποθέσεων - Δημιουργία νέας πρόσφυσης με τη βοήθεια laser - Αφαιρετικές τεχνικές
12. Φάση αποκατάστασης των βλαβών: Αναπλαστικές τεχνικές
13. Αποκαταστατική χειρουργική μαλακών ιστών
14. Αποτελεσματικότητα της περιεμφυτευματικής θεραπείας
15. Εξαγωγή εμφυτεύματος
16. Εφαρμογές laser στη θεραπεία της περιεμφυτευματίτιδας
17. Διατήρηση του θεραπευτικού αποτελέσματος σε ασθενείς με εμφυτεύματα
18. Διάβρωση του τιτανίου και περιεμφυτευματικές βλάβες που οφείλονται σε αυτή
19. Βιβλιογραφικές παραπομπές
20. Ευρετήριο

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

Ανταύγειες Λόγου και Τέχνης

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

Σύγχρονοι Έλληνες Ποιητές 3

Κατερίνα Αγγελάκη-Ρουκ
(1939-2020)

Γεννήθηκε στην Αθήνα τον Φεβρουάριο του 1939. Γονείς της οι Γιάννης Αγγελάκης και Ελένη Σταμάτη. Είναι πνευματική κόρη του Νίκου Καζαντζάκη, που διατηρούσε φιλικές σχέσεις με τον πατέρα της. Μόλις στα 17 της χρόνια δημοσιεύει στο περιοδικό Καινούργια εποχή το ποίημά της *«Μοναξιά»* μετά από παρότρυνση του Νίκου Καζαντζάκη, ο οποίος έστειλε γράμμα στον Γιάννη Γουδέλη, τον διευθυντή της Καινούργιας εποχής γράφοντας: *«Παρακαλώ, δημοσιεύστε αυτό το ποίημα, το έχει γράψει μία κοπέλα που δεν έχει βγάλει ακόμα το γυμνάσιο. Είναι το ωραιότερο ποίημα που διάβασα ποτέ!»*.
Από τότε άνοιξε ο δρόμος για την ενασχόληση της με την ποίηση και τη μετάφραση. Όπως αναφέρει και η ίδια ήταν μεγάλη η είσοδος της στην ποίηση.
Άρθρα για την ποίηση και την μετάφραση της ποίησης έχουν δημοσιευτεί σε περιοδικά και εφημερίδες. Το έργο της έχει μεταφραστεί σε περισσότερες των δέκα γλωσσών και ποιήματα της εμπεριέχονται σε λογοτεχνικές ανθολογίες. Αρχή και τέλος για εκείνη η ποίηση του Κ.Π. Καβάφη. Σπούδασε ξένες γλώσσες στην Αθήνα, τη Γαλλία και την Ελβετία. Ήταν διπλωματούχος μεταφράστρια-διερμηνέας. Είχε μεταφράσει, μεταξύ άλλων, Αλεξάντρ Σεργκέγεβιτς Πούσκιν, Βλαντιμίρ Βλαντιμίροβιτς Μαγιακόβσκι, Ουίλλιαμ Σαίξπηρ κ.ά. Η ποίησή της διακρίνεται από μια έντονη καταφυγή σε φανταστικές χώρες.
Το 1962 τιμήθηκε με το Α΄ Βραβείο Ποίησης της πόλης της Γενεύης (Prix Hensch). Το 1985 τιμήθηκε με το Β΄ Κρατικό Βραβείο Ποίησης. Είχε δώσει διαλέξεις και διάβασε ποιήματά της σε Πανεπιστήμια των ΗΠΑ και Καναδά (Harvard, Cornell, Darmouth, N.Y.State, Princeton, Columbia κ.α.) Το 2000 τιμήθηκε με το βραβείο Κώστα και Ελένης Ουράνη (Ακαδημία Αθηνών). Το 2014 βραβεύτηκε με το Μεγάλο Βραβείο Γραμμάτων για το σύνολο του έργου της.

Το έργο της
Πρωτοδημοσίευσε στην Καινούργια εποχή το 1956. Έργα της είναι:
- Λύκοι και σύννεφα (1963)
- Ποιήματα 63-69, (1971)
- Μαγδαληνή, το μεγάλο θηλαστικό (1974)
- Τα σκόρπια χαρτιά της Πηνελόπης (1977)
- Ο θρίαμβος της σταθερής απώλειας (1978)
- Ενάντιος έρωτας (1982)
- Οι μνηστήρες (1984)
- Όταν το σώμα (1988)
- Επίλογος αέρας (1990)
- Άδεια φύση (1993)
- Λυπιού (1995)
- Ωραία έρημος ωραία η σάρκα (1996)
- Η Ύλη Μόνη (2001)
- Μεταφράζοντας σε έρωτα της ζωής το τέλος (2003)
- Στον ουρανό του τίποτα με ελάχιστα (2005)
- Η ανορεξία της ύπαρξης (2011)
- Ποίηση 1963-2011 (ανθολογία), εκδ. «Καστανιώτη», Αθήνα 2014.
- Της μοναξιάς διπρόσωποι μονόλογοι, 2016 εκδόσεις «Καστανιώτη».
- Των αντιθέτων διάλογοι και με τον ανήλεο χρόνο, 2018 Εκδόσεις «Καστανιώτη»

Πλούσιο και το μεταφραστικό της έργο:
- Α. Φασιανός, Κέδρος, 1980
- Σβαρτς, Ε., Ο δράκος, Κάλβος, 1981
- Σύγχρονοι αμερικανοί ποιητές, Ύψιλον [ανθολόγηση, μετάφραση], 1983
- Δημήτρης Μυταράς, Κέδρος, 1984
- Layton, Irving, Εδώ αγάπησε φλεγόμενη η Σαπφώ, Libro, 1985
- Στην Αστόρια, Νέα Υόρκη, Κέδρος,1987
- Mayakovsky, Vladimir, Πως φτιάχνονται τα ποιήματα, Ύψιλον,1988
- Σπανίδου, Ειρήνη, Το φίδι του Θεού, Κέδρος,1988
- Thomas, Dylan Marlais, 1914-1953, Κάτω από το γαλατόδασος, Ερμείας, 1990
- Gronowicz, Antoni, Garbo, Libro,1991
- Drot, Jean - Marie, Η επιστροφή του κουλού Οδυσσέα, Μέδουσα, 1992
- Mackridge, Peter, 1946-, Διονύσιος Σολωμός, Εκδόσεις Καστανιώτη, 1995
- Heaney, Seamus, 1939-2013, Τα ποιήματα του βάλτου, Εκδόσεις Καστανιώτη [μετάφραση, ανθολόγηση], 1996
- Plath, Sylvia, 1932-1963, Το κοστούμι «δε με μέλει», Εκδόσεις Πατάκη, 1996
- Lacarriere, Jacques, 1925-2005, Τα παιδικά χρόνια του Ίκαρου και άλλα ποιήματα, Εκδόσεις Πατάκη, 1997
- Lermontov, Michail, Ένας ήρωας του καιρού μας, Εκδόσεις Καστανιώτη, 1998
- Puskin, Aleksandr Sergeevic, 1799-1837, Ευγένιος Ονέγκιν, Εκδόσεις Καστανιώτη, 2000
- Art and Landscape, Ίδρυμα Παναγιώτη και Έφης Μιχελή, 2001
- Ξεινός, Γεώργιος, Εις την Πόλιν, Ιδιωτική Έκδοση, 2001
- Σταθόγιαννης, Πάνος, Νότια θηρία, Διεθνές Κέντρο Συγγραφέων και Μεταφραστών Ρόδου, 2002
- March, Michael, Εξαφάνιση, Άγρα, 2003
- Brodsky, Joseph, 1940-1996, Τα ποιήματα της Θείας Γέννησης, Εκδόσεις Καστανιώτη, 2003
- Bellow, Saul, 1915-2005, Άδραξε τη μέρα, Εκδόσεις Καστανιώτη, 2004
- Σπαθάρη, Ελισάβετ, Ευ αγωνίζεσθαι, Ιδιωτική Έκδοση, 2004
- Η αρχαία πατρίδα των ποιημάτων, Μεταίχμιο, 2004
- Pelevine, Victor, Το κίτρινο βέλος, Άγρα, 2004
- March, Michael, Υπόσχεση μόνο, Άγρα, 2005
- Άναλις, Δημήτρης Τ., 1938-2012, Άνθρωποι της άλλης όχθης, Εκδοτικός Οίκος Α. Α. Λιβάνη, 2006
- Walcott, Derek Alton, 1930-, Ποιήματα, Εκδόσεις Καστανιώτη, 2006
- Χρόνης, Βαγγέλης, Youth in Hades, Εκδόσεις Καστανιώτη, 2008
- Ράλλη, Ιωάννα, Αρχέτυπα του θηλυκού, Cube Art Editions [Κύβος Εκδόσεις Τέχνης], 2008
- Εικόνες περιπλάνησης, Εκδ. Καστανιώτη, 2008
- Bellow, Saul, 1915-2005, Η μοναδική. Άδραξε τη μέρα, εκδ.. Καστανιώτη, 2010
- Andreyev, Leonid, 1871-1919, Η σκέψη. Ο κυβερνήτης, εκδ. Άγρα, 2010
- March, Michael, Ο δρόμος της επιστροφής, εκδ. Άγρα, 2010
- Andreyev, Leonid, 1871-1919, Εκείνος και Το κόκκινο γέλιο,εκδ. Άγρα, 2011
- Puskin, Aleksandr Sergeevic, 1799-1837, Ευγένιος Ονέγκιν, εκδ. Καστανιώτη, 2011
- Grossman, Vasily Semyonovich, 1905-1964, Μαντόνα Σιξτίνα. Η αιώνια ανάπαυση,εκδ. Άγρα, 2011
- Heaney, Seamus, 1939-2013, Τα ποιήματα του βάλτου, εκδ. Καστανιώτη, 2013
- March, Michael, Αυτό που όλα στοχεύουν, εκδ. Άγρα, 2013
- Shalamov, Varlam, Οι βιβλιοθήκες μου, εκδ. Άγρα, 2014
- March, Michael, Τα καμένα στολίδια του καλοκαιριού, εκδ. Άγρα 2015
- Mayakovsky, Vladimir, Πως φτιάχνονται τα ποιήματα, εκδ. Ύψιλον 2015

Μοναξιά

Αν ενώσεις το βροχόνερο με το δάκρυ σου
το γέλιο σου με τον ήλιο
το σίφουνα, τον αγέρα με την ξεσηκωμένη αγανάκτησή σου.

Αν κλάψεις για τα παιδάκια με τις ρόδινες ανταύγειες
του δειλινού στο πρόσωπο, που πλαγιάζουν
με τα χεριά αδειανά, με τα πόδια γυμνά
θα βρεις τη μοναξιά σου.

Αν σκύψεις στους συνανθρώπους σου
μες στα αδιάφορα μάτια τους θα ‘ναι γραμμένη
απελπιστική, ολοκληρωτική η μοναξιά σου.

Κι αν πάλι τους δείξεις το δρόμο της δύναμης
και τους ξεφωνίσεις να πιστέψουν μόνο τον εαυτό τους
θα τους δώσεις μια πίκρα παραπάνω
γιατί δε θα το μπορούν, θα ‘ναι βαρύ γι’ αυτούς
και θα ‘ναι πάλι η μοναξιά σου.

Αν φωνάξεις την αγάπη σου
θα ‘ρθει πίσω άδεια, κούφια, η ίδια σου η φωνή
γιατί δεν είχε το κουράγιο να περάσει όλες
τις σφαλισμένες πόρτες, όλα τα κουρασμένα βήματα
όλους τους λασπωμένους δρόμους.
Θα γυρίσει πίσω η φωνή που την έστειλες τρεμάμενη
λαχταριστή, με άλλα λόγια που δεν την είχες προστάξει εσύ
τα λόγια της μοναξιάς σου.

Θεέ μου, τι θα γίνουμε;
Πώς θα πορευτούμε;
Πώς θα πιστέψουμε; Πώς θα ξεγελαστούμε;
Μ’ αυτή την αλλόκοτη φυγή των πραγμάτων
των ψυχών από δίπλα μας;

Ένας δρόμος υπάρχει, ένας τρόπος.
Μια θα ‘ναι η Νίκη:
αν πιστέψουμε, αν γίνουμε, αν πορευτούμε.
Μόνοι μας.

Μάνος Ελευθερίου
(1938-2019)

Γεννήθηκε και μεγάλωσε στην Ερμούπολη της Σύρου. Ο πατέρας του ήταν ναυτικός. Σε ηλικία 14 ετών έρχεται με την οικογένειά του από την Σύρο στην Αθήνα και τα πρώτα χρόνια κατοικούν στο Χαλάνδρι. Το 1955 γνωρίζεται με τον Άγγελο Τερζάκη ο οποίος τον ωθεί να παρακολουθήσει μαθήματα στη δραματική σχολή του Εθνικού Θεάτρου ως ακροατής. Το 1956 γράφεται στο τμήμα θεάτρου της Σχολής Σταυράκου με καθηγητές τον Χρήστο Βαχλιώτη, Γιώργο Θεοδοσιάδη και Γρηγόρη Γρηγορίου. Το 1960 στα Ιωάννινα όπου βρέθηκε για να εκτελέσει την στρατιωτική του θητεία αρχίζει να γράφει θεατρικά έργα και ποιήματα. Το 1962 σε ηλικία μόλις 24 ετών δημοσιεύει την πρώτη του ποιητική συλλογή με τίτλο *«Συνοικισμός»,* με δικά του χρήματα αλλά δεν είχε την αναμενόμενη επιτυχία. Την ίδια εποχή στα Ιωάννινα γράφει τους πρώτους στίχους, ανάμεσα στους οποίους ήταν και *«Το τρένο φεύγει στις 8:00»* που αργότερα μελοποίησε ο Μίκης Θεοδωράκης.
Τον Οκτώβριο του 1963 ξεκινά να εργάζεται στο «Reader’s Digest» όπου και παρέμεινε για τα επόμενα δεκαέξι χρόνια. Στο μεταξύ κυκλοφορούν τα δύο πρώτα του βιβλία με διηγήματα, *«Το διευθυντήριο»* (1964) και *«Η σφαγή»* (1965) για τα οποία γράφτηκαν εξαιρετικές κριτικές. Το 1964 παρουσιάζεται στην ελληνική δισκογραφία. Συνεργάζεται με το συνθέτη Χρήστο Λεοντή καθώς και τον Μίκη Θεοδωράκη (1967) με τον οποίο η συνεργασία διακόπηκε λόγω της Δικτατορίας. Τα συγκεκριμένα τραγούδια πρωτοκυκλοφόρησαν το 1970 στο Παρίσι. Συνεργάστηκε με τον Δήμο Μούτση (*«Άγιος Φεβρουάριος»*, 1971) και με τον Γιάννη Μαρκόπουλο στον δίσκο *«Θητεία»* του οποίου η ηχογράφηση άρχισε το Νοέμβριο του 1973, διακόπηκε από τα γεγονότα του Πολυτεχνείου και τελικά κυκλοφόρησε το 1974 με την Μεταπολίτευση. Κατά καιρούς συνεργέστηκε σχεδόν με όλους τους Έλληνες συνθέτες, όπως με τον συνθέτη Σταύρο Κουγιουμτζή και τον τραγουδιστή Γιώργο Νταλάρα καθώς και με το Θανάση Γκαϊφύλλια στην *Ατέλειωτη Εκδρομή* (1975), τον Μάνο Χατζιδάκι, τον Γιάννη Σπανό, τον Γιώργο Ζαμπέτα, τον Σταμάτη Κραουνάκη, τον Λουκιανό Κηλαηδόνη, τον Γιώργο Χατζηνάσιο, τον Αντώνη Βαρδή και πολλούς άλλους.
Παράλληλα έγραφε και εικονογραφούσε παραμύθια για παιδιά και επιμελείται την έκδοση λευκωμάτων με θέμα την Σύρο: *«Ενθύμιον Σύρας», «Θέατρο στην Ερμούπολη»* κ.α. Την δεκαετία του ‘90 αρθρογραφεί και συγχρόνως κάνει ραδιοφωνικές εκπομπές στον Αθήνα 9,84 και στο Δεύτερο Πρόγραμμα. Το 1994 εκδίδει τη πρώτη του νουβέλα με τίτλο *«Το άγγιγμα του χρόνου»*. Το 2004 δημοσιεύει το πρώτο του μυθιστόρημα *«Ο Καιρός των Χρυ-*

σανθέμων» που τιμήθηκε με το Κρατικό Βραβείο Λογοτεχνίας 2005. Το 2013 ο Μάνος Ελευθερίου, βραβεύθηκε για την συνολική προσφορά του από την Ακαδημία Αθηνών.

Βραβεύσεις
- Κρατικό Βραβείο Λογοτεχνίας για το μυθιστόρημά του «Ο καιρός των χρυσανθέμων», 2005
- Βραβείο ιδρύματος Κώστα και Ελένης Ουράνη για το σύνολο του έργου του, Ακαδημία Αθηνών, 2013

Δισκογραφικές επιτυχίες
- Το παλληκάρι έχει καημό (Μ. Θεοδωράκης)
- Σ' αυτή τη γειτονιά (Μ. Θεοδωράκης)
- Ο Άγιος Φεβρουάριος (Δ. Μούτσης)
- Η σούστα πήγαινε μπροστά (Δ. Μούτσης)
- Άλλος για Χίο τράβηξε (Δ. Μούτσης)
- Ο χάρος βγήκε παγανιά (Δ. Μούτσης)
- Θητεία (Γ. Μαρκόπουλος)
- Μαλαματένια λόγια (Γ. Μαρκόπουλος)
- Τα λόγια και τα χρόνια (Γ. Μαρκόπουλος)
- Παραπονεμένα λόγια (Γ. Μαρκόπουλος)
- Κάτω απ'τη μαρκίζα (Γ. Σπανός)
- Οι ελεύθεροι κι ωραίοι (Στ. Κουγιουμτζής)
- Στα χρόνια της υπομονής (Στ. Κουγιουμτζής)
- Άμλετ της Σελήνης (Θ. Μικρούτσικος)
- Δεν είμαι άλλος (Θ. Μικρούτσικος)
- Είναι αρρώστια τα τραγούδια (Στ. Ξαρχάκος)
- Έρημοι σταθμοί (Δ. Τσακνής)
- Θα σε ξανάβρω στους μπαξέδες (Ηλ. Ανδριόπουλος)
- Η Διαθήκη (Χρ. Νικολόπουλος)
- Ποιος τη ζωή μου, ποιος την κυνηγά (Μ. Θεοδωράκης)
- Το σπίτι γέμισε με λύπη (Χρ. Λεοντής)
- Στων αγγέλων τα μπουζούκια (Χρ. Νικολόπουλος)
- Μη χτυπάς σ' ένα σπίτι κλειστό (Λ. Κηλαηδόνης)
- Ατέλειωτη εκδρομή (Θ. Γκαϊφύλλιας)
- Γνωριμία (Θ. Γκαϊφύλλιας)

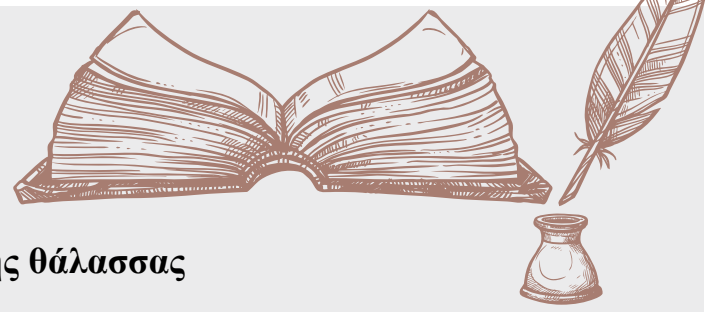
Ποίηση
- Μαύρα μάτια, Μεταίχμιο, 2013
- Τα λόγια και τα χρόνια, Μεταίχμιο, 2013
- Ο νοητός λύκος, Μεταίχμιο, 2010
- Αγρυπνία για το σκοτεινό τρυγόνι στην εκκλησία του προφήτη Ελισσαίου, Εκδόσεις Καστανιώτη, 2009
- Βλέμματα από την Ελλάδα, Μεταίχμιο, 2008
- Παραμονή Πρωτοχρονιάς, Άμμος, 2008
- Το άγγιγμα του χρόνου, Εκδόσεις Καστανιώτη, 2006
- Το νεκρό καφενείο, Εκδόσεις Καστανιώτη, 2006
- Ένα καράβι, καραβάκι..., Σχολή Ι. Μ. Παναγιωτόπουλου, 2005
- Ο καιρός των χρυσανθέμων, Μεταίχμιο, 2005
- Ο καιρός των χρυσανθέμων, Μεταίχμιο, 2004
- Η πόρτα της Πηνελόπης, Γαβριηλίδης, 2003
- Είναι αρρώστια τα τραγούδια, Εκδόσεις Καστανιώτη, 2002
- Ο ίσκιος της Αθήνας, Ποταμός, 2002
- Η γάτα που ήθελε να γίνει πουλί, Ελληνικά Γράμματα, 2000
- Του Γενάρη το φεγγάρι, Κέδρος [κείμενα, εικονογράφηση], 1998
- Ένα καράβι μια φορά, Ωκεανίδα, 1997
- Το νεκρό καφενείο, Εκδόσεις Καστανιώτη, 1997
- Το άγγιγμα του χρόνου, Εκδόσεις Καστανιώτη, 1994
- Αναμνήσεις από την Όπερα, εκδόσεις Γνώση, 1987
- Το μυστικό πηγάδι, εκδόσεις Γνώση, 1983
- Μαθήματα μουσικής/Τα ξόρκια,1972 Επανέκδοση από τις εκδόσεις Ύψιλον, 1980
- Τα όρια του μύθου, εκδόσεις Γνώση, 1978
- Αγρυπνία για το σκοτεινό τρυγόνι στην εκκλησία του προφήτη Ελισσαίου, Αμοργός, 1975
- Τα ξόρκια, Ύψιλον, 1973
- Μαθήματα μουσικής, 1972
- Συνοικισμός, 1962

Νίκος Πλουμπίδης

Σε τούτη την πατρίδα τί γυρεύω,
με μισθοφόρους και πραιτωριανούς,
τη δόξα σου γονατιστός να ζητιανεύω,
και να χτυπώ την πόρτα σου στους ουρανούς.

Σαν ψίχουλα είναι τούτα τα στιχάκια,
από συμπόσια και ξενύχτια ποιητών,
τα ψιθυρίζουν οι χαφιέδες στα σοκάκια,
εκεί που πάω σαν το ψάρι να πιαστώ,
τα ψιθυρίζουν οι χαφιέδες στα σοκάκια,
εκεί που πάω σαν το ψάρι να πιαστώ.

Κινήσαμε για μακρινό ταξίδι
κι η νύχτα φαρμακώνει τα φιλιά
ποιος κόσμος μας κρατάει και ποιο σανίδι
απόψε που δικάζουν τον Πλουμπίδη.
Οι λύκοι αγκαλιά με τα σκυλιά.



Τα παγώνια της θάλασσας

Τον άγγελο που ντύθηκες με νύχτα
τον είδα να φυλάει μια σκεπή.
Στα πόδια φώτα και στα χέρια νύχτα,
σημάδευε τα λόγια στη σιωπή,
πουλί μαλαματένιο μες στα δίχτυα.

Της θάλασσας παλεύουν τα παγώνια,
τον ύπνο φαρμακώνουν του ψαρά.
Μετάξι φέρνουν απ' την Καρχηδόνα
και της παράδεισός μου τα νερά
βουλιάξανε κι ετούτο τον αιώνα.

Ποιος είναι ο φονιάς και ποιος δικάζει,
ποιος λιγοστεύει τ' άνθος απ' τη γη;
Ποιος ρήμαξε στου κόσμου το μαράζι
και στα βαθιά τον πήρε η ζωή
να μάθει καθαρά να λογαριάζει;

Στα χέρια σου κεντήσανε καράβι
για να ξεχνάς του πόντου τ' ανοιχτά.
Σε σκοτεινό σε ρίξανε πηγάδι
μ' Απρίλη μήνα και με θανατά
να βρεις την πληρωμή μες στο σκοτάδι.

Οι τελευταίες εξελίξεις στα πρωτόκολλα
CHOUKROUN PRF™
A-PRF CHOUKROUN | S-PRF™ CHOUKROUN | A-PRF™ CHOUKROUN Liquid | i-PRF™+ CHOUKROUN
NEO: Sticky bone & Facial aesthetics
Η ιδέα του CHOUKROUN PRF™
(ινώδους πλούσιου σε αιμοπετάλια)
βασίζεται στη φυγοκέντρηση του ολικού αίματος
απουσία αντιπηκτικών παραγόντων.
CERTIFIED MEDICAL DEVICE Class IIa
CE 2797
Centrifuge MD Class IIa - CE 2797
Programs: i-PRF M, i-PRF+, i-PRF, A-PRF Liquid, A-PRF+, Custom, Manual
• Συσκευή φυγοκέντρησης PRF DUO Quattro
• Ειδικά σχεδιασμένη για τα 6 διαφορετικά PRF πρωτόκολλα
• Διαθέτει πρόσθετη θέση χειροκίνητης ρύθμισης ώστε να επιλέξετε και να αποθηκεύσετε τις παραμέτρους που επιθυμείτε.
• 2 χρονιά εγγύηση
Νέο PRF BOX με τεφλόν θήκη διαμόρφωσης μεμβρανών
Ενδείξεις
• Χειρουργική στόματος
- Εμφυτευματολογία
- Οστικά μοσχεύματα
- Ανύψωση ιγμορείου
- Πλαστική χειρουργική μαλακών ιστών
- Αποκατάσταση φατνίου
• Ορθοπεδική
• Αναγεννητική ιατρική
• Δερματολογία
• Αισθητική του προσώπου
• Διαχείριση πόνου αρθρώσεων
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
SYFAC 9th World Meeting on Growth Factors
11-12 June 2020
Menton, French Riviera (close to Monte-Carlo)

Η **νέα παγκόσμια κορυφή** στην ψηφιακή αποτύπωση

CEREC® Primescan

ΑΝΟΙΧΤΟ Σύστημα

ΧΩΡΙΣ Ετήσια Συνδρομή

Βάθος σάρωσης 20mm

Ασυναγώνιστη ταχύτητα

50.000 images/sec

Τιμή από €6.000*

*Με το πρόγραμμα χρηματοδότησης της

DENTICA
210-7488333

Dentsply Sirona