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 | ΜΑΡΤΙΟΣ - ΑΠΡΙΛΙΟΣ 2020 | ΤΕΥΧΟΣ 133

## Δεύτερη γνώμη: Πλήγμα ή ενδυνάμωση της σχέσης γιατρού-ασθενούς;

Η εμπιστοσύνη είναι η βάση πάνω στην οποία οικοδομείται η σχέση γιατρού - ασθενούς, γεγονός που προϋποθέτει την ανοιχτή επικοινωνία μεταξύ τους. Η αναζήτηση δεύτερης ιατρικής γνώμης κερδίζει έδαφος διεθνώς, αν και σε μεγάλο βαθμό επηρεάζεται από την πολιτική του ισχύοντος υγειονομικού συστήματος, αλλά και από την κουλτούρα που χαρακτηρίζει τη σχέση των δύο μερών στη θεραπευτική διαδικασία.

Σε κάθε περίπτωση, οι γιατροί θα πρέπει να αντιληφθούν ότι στην εποχή της ελεύθερης διακίνησης της ιατρικής πληροφορίας, η οποία καθίσταται άμεσα προσβάσιμη με ένα

κλικ στον υπολογιστή μας, η «αυθεντία» τους τελεί υπό την αίρεση της «ετυμηγορίας» του "Dr Google", γεγονός που υπογραμμίζει την αναγκαιότητα της τεκμηρίωσης των θεραπευτικών επιλογών που συστήνουν στους ασθενείς τους, αλλά και της εκπαίδευσης των ασθενών στην αναζήτηση της έγκυρης ιατρικής πληροφορίας.

Στο σημερινό άρθρο, θα προσπαθήσουμε να διερευνήσουμε τι ακριβώς σηματοδοτεί η αναζήτηση δεύτερης γνώμης για τη σχέση θεράποντος - ασθενούς κι αν μπορεί να ιδωθεί εν τέλει ως μια νέα ευκαιρία για την περαιτέρω ενίσχυση των ήδη υφιστάμενων δεσμών. Επιπλέον, επιχειρούμε να καταγράψουμε τις απόψεις οδοντιάτρων, με διαφορετικό αντικείμενο εξειδίκευσης, πάνω στο «ευαίσθητο» θέμα της β΄ ιατρικής γνώμης. ***Σελ. 6-11***

## Οδηγίες για μέτρα πρόληψης και αντιμετώπισης οδοντιατρικών προβλημάτων κατά την περίοδο της πανδημίας

Μεσούσης της πανδημίας του νέου κορωνοϊού, τα μέλη της οδοντιατρικής ακαδημαϊκής κοινότητας έχουν ζωτικής σημασίας ρόλο στην ενημέρωση των οδοντιάτρων για τα απαραίτητα μέτρα προφύλαξης στο οδοντιατρείο, αλλά και στην εκπαίδευση του γενικού πληθυσμού αναφορικά με τα μέτρα που συμβάλλουν στην προάσπιση της στοματικής υγείας.

Στο πλαίσιο αυτό, τρεις εγνωσμένου κύρους ακαδημαϊκοί, ο Καθηγητής **Ιωάννης Τζούτζας**, ο Καθηγητής **Βασίλειος Πανής** και ο Αναπλ. Καθηγητής **Ιωάννης Κ. Καρούσης,** ανέλαβαν την πρωτοβουλία να συντάξουν μια σειρά χρήσιμων οδηγιών, οι οποίες απευθύνονται τόσο στα μέλη της ακαδημαϊκής κοινότητας και στους φοιτητές, όσο και στο ευρύ κοινό, με σκοπό να αποφευχθεί η επιβάρυνση της στοματικής υγείας του πληθυσμού, η οποία αποδεδειγμένα θα έχει συνέπειες και στη γενική υγεία σε μακροπρόθεσμη προοπτική.

***Σελ. 12-13***

## Ενεργοποίηση των υγρών διακλυσμού – ναι, αλλά πώς;

Η ενεργοποίηση των υγρών διακλυσμού αποτελεί ένα μέρος της μοντέρνας Ενδοδοντίας, καθώς και ένα αποφασιστικό βήμα της ενδοδοντικής θεραπείας που μπορεί να καθορίσει την επιτυχία της. Γι' αυτό ακριβώς το λόγο έχει θέση στην καθημερινή κλινική πράξη και δεν περιορίζεται στην εξειδικευμένη Ενδοδοντία.

Στο σημερινό της άρθρο, που φιλοξενείται στη στήλη της ΕΕΕ, η Δρ. **Μαίρη Δέδε**, εξειδικευθείσα στην Ενδοδοντολογία, μας ενημερώνει για τους τρόπους ενεργοποίησης των υγρών διακλυσμού. ***Σελ. 16-17***

## Μη χειρουργική τεχνική ελάχιστης παρέμβασης με εφαρμογή παραγώγου αδαμαντινικής θεμέλιας ουσίας για την αντιμετώπιση ενδοστικής βλάβης

Οι περιοδοντικές οστικές βλάβες χωρίζονται σε υπεροστικές και ενδοστικές. Ο ρόλος των ενδοστικών βλαβών στην εξέλιξη της περιοδοντικής νόσου φαίνεται να είναι σημαντικός σε περιπτώσεις που οι βλάβες αυτές δεν δεχθούν θεραπεία. Οι θεραπευτικές προσεγγίσεις που έχουν προταθεί για την αποκατάσταση των βλαβών αυτών είναι κυρίως χειρουργικές. Οι μη χειρουργικές τεχνικές έχουν αναφερθεί ελάχιστα στη βιβλιογραφία. Στο παρόν άρθρο, η κ. **Στέλλα Ανοιξιάδου**, Χειρουργός Οδοντίατρος, παρουσιάζει κλινικό περιστατικό στο οποίο πραγματοποιήθηκε μη χειρουργική τεχνική ελάχιστης παρέμβασης με εφαρμογή παραγώγου αδαμαντινικής θεμέλιας ουσίας για την αντιμετώπιση ενδοστικής βλάβης. ***Σελ. 18-19***

## Κακοσμία του Στόματος

Η κακοσμία στόματος (Κ.Σ.) είναι ένα κοινό σύμπτωμα που προκαλεί αμηχανία και επηρεάζει την κοινωνική εικόνα του ατόμου. Η συχνότητα της κακοσμίας στόματος στον πληθυσμό δεν είναι σαφής, καθώς η εκτίμηση της παρουσίας της είναι σε μεγάλο βαθμό υποκειμενική. Η Οδοντίατρος-Στοματολόγος, κ. **Μαρίνα Δούκα** μας παρουσιάζει μια ταξινόμηση της Κ.Σ. ανάλογα με τα αίτια εκδήλωσής της, ενώ μας ενημερώνει για τις υφιστάμενες θεραπευτικές επιλογές.

***Σελ. 20***

**ΕΕΚΣ:** Οι αλγόριθμοι στη διάγνωση των στοματικών ελκώσεων
Του **Δημήτρη Μαλάμου** ..... ***Σελ. 14***

**ITI:** Προσθετικές Παράμετροι Ακίνητης Αποκατάστασης
Του **Νικήτα Σ. Συκαρά** ..... ***Σελ. 22-24***

ΠΕΜΦΙΓΑ: Ένα νόσημα με σοβαρή πρόγνωση που κερδίσαμε τη μάχη
Του **Γιώργου Λάσκαρη** ..... ***Σελ. 26-27***

Η λειτουργική μοναδικότητα της κροταφογναθικής διάρθρωσης
Των **Βύρωνα Δρούκα** και **Χαρά Χατζηχαλεπλή** ..... ***Σελ. 28-30***

Ανταύγειες Λόγου και Τέχνης
Του **Γεράσιμου Δουβίτσα** ..... ***Σελ. 38***

# Αναβάλλεται το 20ό Παμπελοποννησιακό Οδοντιατρικό Συνέδριο

Στο πλαίσιο της πρόληψης διάδοσης του COVID-19 και με αίσθημα ευθύνης απέναντι στον κάθε οδοντίατρο-σύνεδρο ξεχωριστά, το «Οδοντιατρικό Βήμα» και η Οργανωτική Επιτροπή του 20ού Παμπελοποννησιακού Οδοντιατρικού Συνεδρίου είναι στη δυσάρεστη θέση να ανακοινώσουν την αναβολή της φετινής 20ής διοργάνωσης του θεσμού στο Ναύπλιο.

Αν και το διαδίκτυο και οι νέες τεχνολογίες παρέχουν τη δυνατότητα εξ αποστάσεως διεξαγωγής συνεδρίων και κάθε είδους δραστηριοτήτων που στοχεύουν στη δια βίου εκπαίδευση των οδοντιάτρων, παραμένει πάγια θέση μας ότι η δια ζώσης εκπαιδευτική διαδικασία είναι αναντικατάστατη. Η φυσική παρουσία των συνέδρων στον ίδιο χώρο συχνά συνεπάγεται και την συνέχιση της εκπαιδευτικής διαδικασίας και εκτός αιθουσών, όταν στα διαλείμματα «στήνονται» πηγαδάκια, όπου σχολιάζονται και ανταλλάσσονται απόψεις σχετικά με τα ενδιαφέροντα σημεία των ομιλιών και των παρουσιάσεων που ακούστηκαν μέσα στις αίθουσες.

Επιπλέον, το Παμπελοποννησιακό Οδοντιατρικό Συνέδριο, ως θεσμός που στηρίζει τους νέους επιστήμονες, μέσα από μια σειρά συνεδριών στις οποίες φιλοξενούνται ελεύθερες ανακοινώσεις και e-posters δίνει βήμα στους νέους οδοντιάτρους, αποτελώντας ταυτόχρονα μια πρώτης τάξεως ευκαιρία να εξοικειωθούν με τις επιστημονικές παρουσιάσεις σε συνέδρια, εμπειρία που μπορεί να τους φανεί ιδιαίτερα χρήσιμη, καθώς τους προετοιμάζει ψυχολογικά και για την «έκθεσή» τους σε μεγαλύτερης εμβέλειας διοργανώσεις.

Παράλληλα, στο πλαίσιο της εμπορικής έκθεσης που λειτουργεί καθ' όλη τη διάρκεια του συνεδρίου, οι σύνεδροι έχουν τη δυνατότητα να ενημερωθούν για τα νέα προϊόντα και τις υπηρεσίες ενός μεγάλου αριθμού εμπορικών εταιρειών που διαχρονικά στηρίζουν το θεσμό του Παμπελοποννησιακού. Υπό αυτό το πρίσμα, το συνέδριο δίνει ταυτόχρονα την ευκαιρία στους εμπόρους να ενδυναμώσουν τους δεσμούς συνεργασίας τους με υφιστάμενους πελάτες και παράλληλα να δημιουργήσουν τις συνθήκες ώστε να οικοδομηθούν νέες σχέσεις.

Για αυτούς τους λόγους κρίναμε ότι η αναβολή του συνεδρίου και η πραγματοποίησή του σε μεταγενέστερο χρόνο είναι η πλέον ενδεδειγμένη απόφαση, ώστε ο θεσμός να παραμείνει πιστός στους σκοπούς που εδώ και είκοσι χρόνια υπηρετεί με συνέπεια, ήθος και σεβασμό προς τα μέλη της οδοντιατρικής κοινότητας.

*Με την ευχή αυτή η «περιπέτεια» να τελειώσει γρήγορα και να βγούμε όλοι υγιείς και δυνατοί, ανανεώνουμε το «ραντεβού» μας για τον ερχόμενο Ιούνιο, οπότε και ελπίζουμε να σας έχουμε και πάλι μαζί μας για να συμβάλλουμε από κοινού στην επιτυχία της διοργάνωσης.*

**«ΟΒ»**

Salvador Dali. Η εμμονή της μνήμης (1931)

# ΧΡΟΝΟΣ ΚΑΙ ΚΑΡΑΝΤΙΝΑ
## DISTENTIO ANIMI

**Ηρακλής Καρκαζής**
Καθηγητής Κινητής Προσθετικής ΕΚΠΑ

Σωτήριον έτος 2020. Μεσούντος του Ελαφηβολιώνος μηνός, Δευτέρα. Τα εμπορικά έκλεισαν η κυκλοφορία απαγορεύτηκε. *«Δεχθήκαμε επίθεση από ένα λοιμό αγνώστων αιτιών ... μέχρι χτες ήμασταν ελεύθεροι, όμως από σήμερα είμαστε σε καραντίνα.»*[1]

Σαν το κακό που αναβλύζει από το μύθο. Μια αέναη αναπαραγωγή ενός πεπρωμένου, πειθαρχημένου στο αρχέγονο σύμβολο του κύκλου.

Ανατολή και δύση. Μέρες, μήνες, χρόνια, εποχές, συμβάντα. Ξανά και ξανά. Αιώνια ανακύκληση. *«πῦρ ἀείζωον ἁπτόμενον μέτρα καὶ ἀποσβεννύμενον μέτρα.»*[2]

Όμως, στον ιστορικό ορίζοντα της νεωτερικότητας, το ευθύγραμμο βέλος του χρόνου που φαινομενικά ακαταμάχητο επελαύνει στο μέλλον, φαίνεται τώρα να βραδυπορεί.

Ο χρόνος μοιάζει ξαφνικά να σταμάτησε. Μια βίαιη εισβολή. Σύγχυση και σιωπή. Υπάρχει προοπτική;

Εγκλωβισμένοι στο χωροχρονικό παράθυρο της βιοτής μας, συντροφιά με απεικάσματα της αληθινής εικόνας.

*«Μέσα σου πνεύμα μου μετρώ το χρόνο. Βιώνουμε το χρόνο μέσα από τα ίχνη που τα αισθητά καταλείπουν στην ανθρώπινη ψυχή.»*[3]

*Distentio animi.* Διάταση ψυχής. Αναστροφή στο είναι. Χρόνος εσωτερικός.[3]

Τα παρόντα του παρελθόντος ζωντανεύουν στη μνήμη και του μέλλοντος στη φαντασία, σε ένα ατέλειωτο τώρα.

Χρόνος, ενοποιό στοιχείο της συνείδησης

Χρόνος. Τι είναι τελικά;

*Αν δεν με ρωτήσει κανείς γνωρίζω. Αν όμως προσπαθήσω να το εξηγήσω σε κάποιον που ρωτά... δεν γνωρίζω.*[3]

---

[1] Eugene Ionesco. Το παιχνίδι της σφαγής
[2] Ηράκλειτος ο Εφέσιος
[3] Aurelius Augustinus Hipponensis.. Εξομολογήσεις

**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

# 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 καλή υγεία δεν είναι δικαίωμα μόνον τον ασθενών μας

Dr. **Μαρία Μενενάκου**
Γεν. Γραμματέας
της Ελληνικής Οδοντιατρικής Ομοσπονδίας

Αγαπητοί συνάδελφοι, μπορείτε να φέρετε στο νου σας την τρισχαριτωμένη ηθοποιό Ελένη Κοκκίδου στη διαφήμιση γνωστής πολυβιταμίνης;

Παραπονιέται: *«Υποφέρω από κόπωση, κατάπτωση, κακή μνήμη, κακή ψυχολογία...».*
Την ακούω και ταυτίζομαι.
Ειδικά από τον Μάρτιο, τελούσα σε οικονομική αγρανάπαυση, διαβάζω για την νέα νόσο. Όσο διαβάζω τόσο καταλαβαίνω ότι όπου να 'ναι, δεν μπορεί, θα εισπνεύσω και εγώ αυτόν το νέο ιό.
Θα τον εισπνεύσω, γιατί δουλεύω σε απόσταση 20 εκ. από το στόμα και την μύτη του ασθενή μου και γιατί συνήθως όταν δουλεύω δημιουργώ αερόλυμα*. Στη διεθνή βιβλιογραφία επιβεβαιώθηκε ο φόβος μου. Σε κράτη με διευρυμένη οδοντιατρική ομάδα, τα τέσσερα από τα πέντε επαγγέλματα με τον πιο αυξημένο κίνδυνο μόλυνσης από τον ιό είναι σχετιζόμενα με την οδοντιατρική.

*Η φωτογραφία προέρχεται από την εκστρατεία ενημέρωσης #dentisteapoil των Γάλλων οδοντιάτρων που με τρόπο εμφατικό αναδεικνύει την γύμνια τους λόγω έλλειψης ΜΑΠ.*

**Πρώτο** σε επικινδυνότητα είναι αυτό των υγειονολόγων λόγω του αερολύματος κατά τη χρήση των υπερήχων και **δεύτερο** των γενικών οδοντιάτρων.
Σαν συμπέρασμα, αγαπητοί συνάδελφοι, συνειδητοποιώ ότι τον Ιανουάριο του 2020 στον κόσμο των οδοντιάτρων προστέθηκε άλλος ένας επαγγελματικός κίνδυνος.
Ένας νέος κίνδυνος που χρειάζεται επαναξιολόγηση και επανεκπαίδευση στη χρήση μέσων ατομικής προστασίας (ΜΑΠ).
*Αλήθεια, πότε εκπαιδευτήκαμε, επιμορφωθήκαμε και πιστοποιηθήκαμε στη χρήση ΜΑΠ; -μήπως ποτέ;*
Η πανδημία μάς άνοιξε τα μάτια. Αυτά τα μάτια που κινδυνεύουν να τραυματιστούν, να μολυνθούν, να πάθουν αλλεργία, να ακτινοβοληθούν.
Από το εξαιρετικό πόνημα «Guidance on Occupational Hazards in Dentistry, Health and Safety Authority, Ireland 2016», παραθέτω μεταφρασμένο τον πίνακα των ενεργειών που μπορούν να αποτελέσουν κίνδυνο κατά την καθημερινή άσκηση του οδοντιατρικού επαγγέλματος:

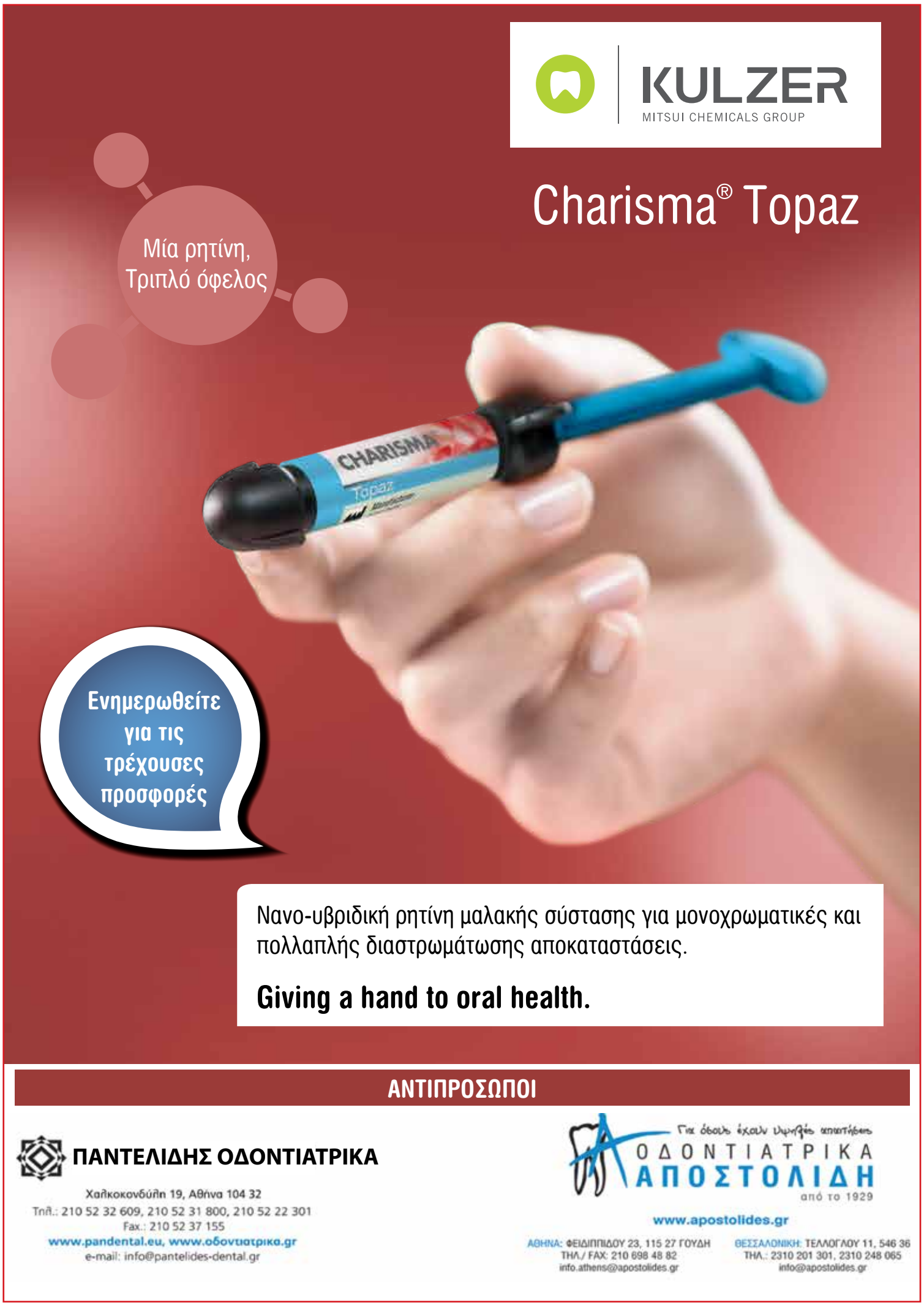
**1. Φυσικές απειλές:**
α) Μυοσκελετική καταπόνηση
β) Ιονίζουσα ακτινοβολία
γ) Μη ιονίζουσα ακτινοβολία
δ) Μηχανήματα που λειτουργούν υπό πίεση

**2. Χημικές απειλές:**
α) Αναισθητικά αέρια (στις χώρες με διαδεδομένη την χρήση πρωτοξειδίου του αζώτου)
β) Αμάλγαμα
γ) Ακρυλικό και τα συστατικά του
δ) Αέρια υπό πίεση
ε) latex

**3. Βιολογικές απειλές**
α) Αίμα, σάλιο, θραύσματα δοντιού
β) Αιχμηρά
γ) Μολυσματικά
δ) Legionella

**4. Ψυχοκοινωνικές απειλές**
α) Άγχος σχετιζόμενο με το επάγγελμα
Επίσης, ειδική αναφορά γίνεται στα αυξημένα επίπεδα θορύβου, την επαφή με ηλεκτροφόρα καλώδια, τη γενικότερη επαφή με τους ασθενείς, το bullying στο εργασιακό περιβάλλον.
*Αγαπημένοι μου συνάδελφοι,*
*Το θέμα της ασφάλειας κατά την άσκηση του επαγγέλματός μας και της προστασίας της σωματικής και της ψυχικής μας υγείας δεν είναι μόνον ατομική ευθύνη.*
***Ο κορονοϊός ανέδειξε όσο τίποτα άλλο ότι η προστασία των οδοντιάτρων μάς αφορά και σαν κλάδο και οφείλουμε να την κατατάξουμε ψηλά στις κλαδικές μας προτεραιότητες.***
*Αυτή η τελευταία πρόταση επιθυμώ να είναι και η καταληκτική στο σύνολο των προβληματισμών που ανέφερα.*

*Wikipedia: Αερόλυμα χαρακτηρίζεται οποιαδήποτε μετασταθές αιώρημα ενός πληθυσμού σωματιδίων εγκλωβισμένων στον όγκο ενός αερίου μέσου.*

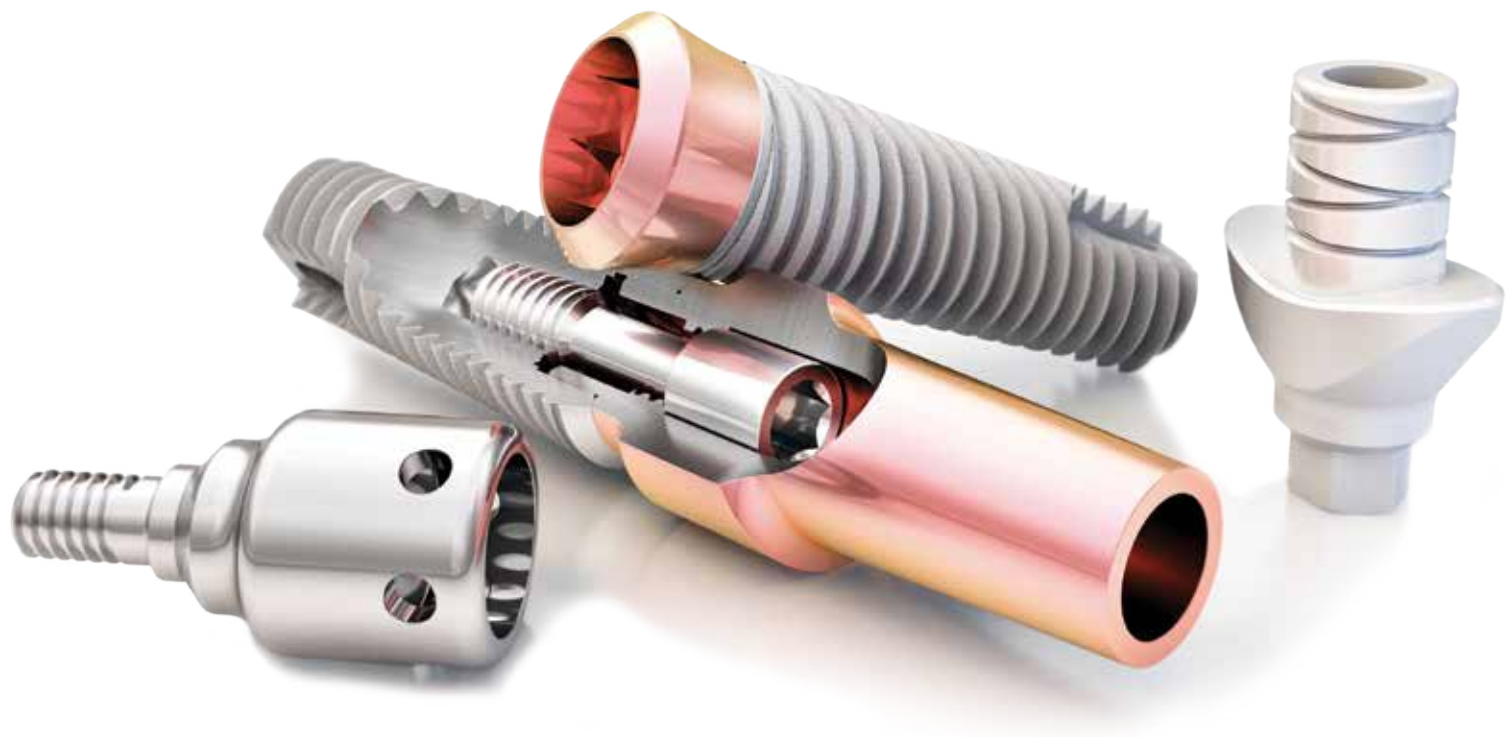


ADM-1st Choice Medicals
smart & quality solutions at a reasonable price

TRI dental implants
100% Swiss Quality

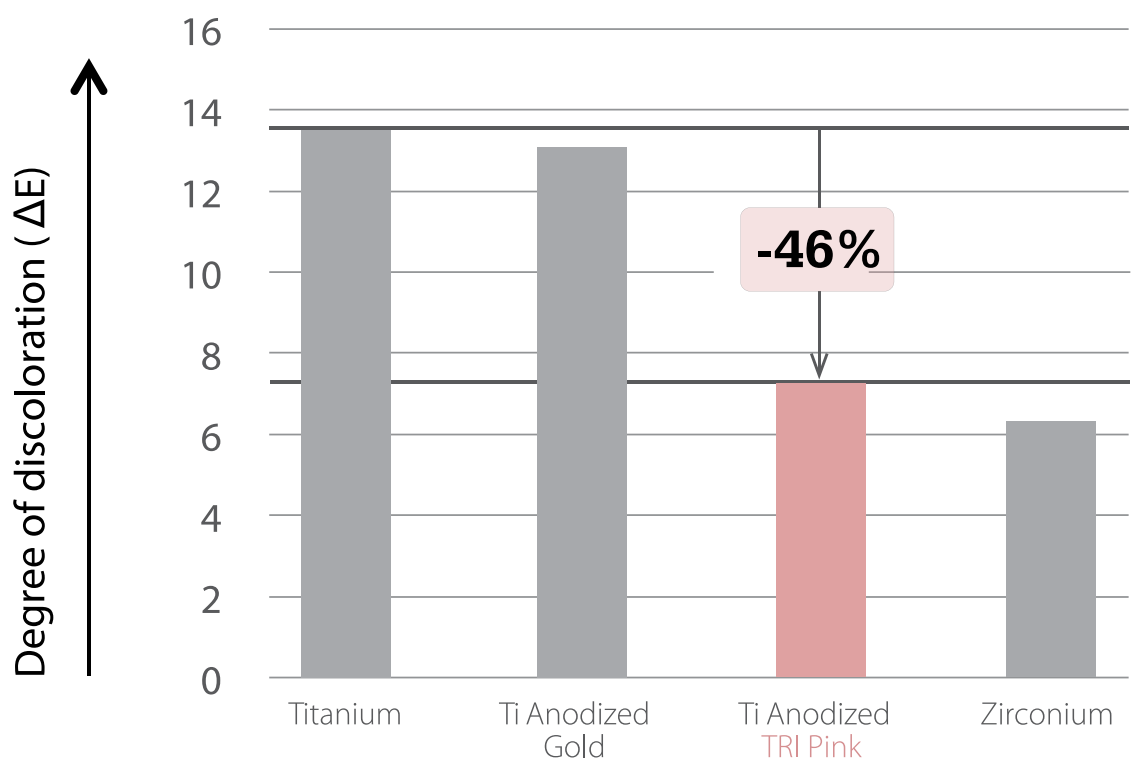
# TRI® Esthetic Line

## UNIQUE ESTHETIC RESULTS.



## THINK PINK!

Study Update TRI® Octa:
University of Zurich




www.tri.swiss

#1 DIGITAL IMPLANT COMPANY

Tel.: (+30) 211 1158340 - for Cyprus: (+357) 97740827
e-mail: adm1stchoicemedicals@gmail.com - www.adm1stchoicemedicals.com
ADM - 1st Choice Medicals

# Δεύτερη γνώμη: Πλήγμα ή ενδυνάμωση της σχέσης γιατρού-ασθενούς;

Δρ. **Ηλιάνα Γιαννούλη**
Τμήμα Επικοινωνίας και ΜΜΕ, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών

Η εμπιστοσύνη είναι η βάση πάνω στην οποία οικοδομείται η σχέση γιατρού - ασθενούς, γεγονός που προϋποθέτει την ανοιχτή επικοινωνία μεταξύ τους. Η αναζήτηση δεύτερης γνώμης κερδίζει έδαφος διεθνώς, αν και σε μεγάλο βαθμό επηρεάζεται από την πολιτική του ισχύοντος υγειονομικού συστήματος, αλλά και από την κουλτούρα που χαρακτηρίζει τη σχέση των δύο μερών στη θεραπευτική διαδικασία. Σε κάθε περίπτωση, οι γιατροί θα πρέπει να αντιληφθούν ότι στην εποχή της ελεύθερης διακίνησης της ιατρικής πληροφορίας, η οποία καθίσταται άμεσα προσβάσιμη με ένα κλικ στον υπολογιστή μας, η «αυθεντία» τους τελεί υπό την αίρεση της «ετυμηγορίας» του "Dr Google", γεγονός που υπογραμμίζει την αναγκαιότητα της τεκμηρίωσης των θεραπευτικών επιλογών που συστήνουν στους ασθενείς τους, αλλά και της εκπαίδευσης των ασθενών στην αναζήτηση της έγκυρης ιατρικής πληροφορίας.

Παράλληλα, δεν είναι λίγες οι περιπτώσεις που οι ασθενείς θα αναζητήσουν σκόπιμα δεύτερη γνώμη από κάποιον άλλο ειδικό, όταν η προτεινόμενη θεραπευτική λύση τους φαντάζει είτε εξαιρετικά κοστοβόρα, είτε προκαλεί μεγάλη ταλαιπωρία και αναστάτωση στην καθημερινή τους ρουτίνα. Αναφορικά με την ελληνική περίπτωση, δεν θα ήταν υπερβολή να πούμε ότι η δυσπιστία απέναντι στην ιατρική κοινότητα οφείλεται σε μεγάλο βαθμό και στον τρόπο λειτουργίας ορισμένων ΜΜΕ, τα οποία έχοντας αναγάγει τον «κιτρινισμό» σε κυρίαρχη ιδεολογία, μεγεθύνουν προς άγραν εντυπώσεων περιπτώσεις malpractice που παρεκκλίνουν από τον κανόνα, οδηγώντας στην απαξίωση του ιατρικού επαγγέλματος αδιακρίτως.

Στο σημερινό άρθρο, θα προσπαθήσουμε να διερευνήσουμε τι ακριβώς σηματοδοτεί η αναζήτηση δεύτερης γνώμης για τη σχέση θεράποντος - ασθενούς κι αν μπορεί να οδηγήσει στην εμπέδωση ακόμη μεγαλύτερης εμπιστοσύνης ανάμεσά τους, ώστε να ιδωθεί εν τέλει ως μια νέα ευκαιρία για την περαιτέρω ενίσχυση των ήδη υφιστάμενων δεσμών. Επιπλέον, επιχειρήσαμε να καταγράψουμε τις απόψεις οδοντιάτρων με διαφορετικό αντικείμενο εξειδίκευσης αναφορικά με το θέμα, αλλά και το πώς χειρίστηκαν οι ίδιοι ανάλογα περιστατικά.

## Γιατί οι ασθενείς αναζητούν δεύτερη γνώμη

Αρχικά, θα πρέπει να τονίσουμε ότι είναι αναφαίρετο δικαίωμα των ασθενών να αναζητούν δεύτερη και τρίτη γνώμη από κάποιον άλλο γιατρό για το πρόβλημά τους, καθώς είναι πλήρως δικαιολογημένη η ανησυχία και η ανασφάλεια των ασθενών που καλούνται να αποφασίσουν για μια χειρουργική επέμβαση ή μακροχρόνια θεραπεία. Όταν λοιπόν, βρίσκονται μπροστά σε μια νέα συνθήκη, που ενδέχεται να μεταβάλλει τα μέχρι τώρα δεδομένα της ζωής τους, είναι φυσιολογικό να νιώθουν την ανάγκη να μάθουν περισσότερα για την πάθησή τους, ιδίως σε περιπτώσεις που αντιμετωπίζουν μια δυσκολία στο να αποδεχθούν την κατάσταση όπως τους την παρουσίασαν ή όταν ο γιατρός τους δεν κατόρθωσε να απαντήσει επιτυχώς και ικανοποιητικά στις απορίες τους και να κατευνάσει την ανησυχία τους.

Σε κάθε περίπτωση, ο ασθενής δεν θα πρέπει να νιώθει τύψεις και είναι καλό να ενημερώνει τον θεράποντα ιατρό του ότι ήδη έλαβε ή σκοπεύει να προβεί σε αναζήτηση δεύτερης γνώμης. Στο σημείο αυτό, θα πρέπει να σημειώσουμε ότι η υφιστάμενη κουλτούρα στο σύστημα υγείας μπορεί να λειτουργήσει είτε ενισχυτικά, είτε αποθαρρυντικά προς την κατεύθυνση της αναζήτησης δεύτερης γνώμης. Για παράδειγμα σε σχετική μελέτη του ο Yazaki (2005, σ.157) αναφέρει πως στην Ιαπωνία οι θεράποντες ιατροί για χρόνια εκδήλωναν πατερναλιστικές συμπεριφορές, αποτρέποντας τους ασθενείς να ζητούν διευκρινίσεις και να εκφράζουν τις απορίες τους στο γιατρό, θέμα που τέθηκε προς συζήτηση στο δημόσιο διάλογο στα τέλη της δεκαετίας του '90.

Στον αντίποδα, στις ΗΠΑ η αναζήτηση δεύτερης γνώμης έχει καθιερωθεί στο σύστημα υγείας από τη δεκαετία του '80, καταγράφοντας μακροπρόθεσμα οφέλη τόσο ως προς την εξασφάλιση πόρων στο σύστημα υγείας, όσο και ως προς την εμπέδωση ενός κλίματος εμπιστοσύνης και διαφάνειας ανάμεσα στον γιατρό και τον ασθενή του (Yazaki, 2005, σσ.155-156).

## Πόσο ωφέλιμη είναι η δεύτερη γνώμη

Εξετάζοντας το πόσο ωφέλιμη μπορεί να είναι η αναζήτηση και η απόκτηση της δεύτερης ιατρικής γνώμης, τα συμπεράσματα σχετικών ερευνών είναι διφορούμενα. Σχετική μετα-ανάλυση *(Continuity of care with doctorsa matter of life and death? A systematic review of continuity of care and mortality)* που δημοσιεύθηκε στο επιστημονικό περιοδικό «British Medical Journal» κατέληξε στο συμπέρασμα ότι εκείνοι που εμπιστεύονται τον γιατρό τους έχουν χαμηλότερα ποσοστά θνησιμότητας. Στον αντίποδα, παλαιότερη έρευνα που φέρει την υπογραφή της Mayo Clinic[1] υποστηρίζει ότι η δεύτερη γνώμη αποδεικνύεται σε κάποιες περιπτώσεις σωτήρια. Σύμφωνα με την εν λόγω μελέτη, από τους ασθενείς που επισκέφθηκαν την Mayo Clinic για να λάβουν δεύτερη ιατρική γνώμη, το 88% έφυγε με μια νέα ή τροποποιημένη διάγνωση - αλλάζοντας το σχέδιο περίθαλψής τους και ενδεχομένως τη ζωή τους. Αντίθετα, μόνο το 12%, έλαβε επιβεβαίωση ότι η αρχική διάγνωση ήταν πλήρης και σωστή.

Πρόσφατη μελέτη[2] που πραγματοποιήθηκε στην Ελλάδα από το Ινστιτούτο Επικοινωνίας και Αλφαβητισμού στην Υγεία και στα ΜΜΕ (ΗΙΤ), φανέρωσε ότι ένα ποσοστό της τάξης του 27,7% των ασθενών αναζητά και δεύτερη γνώμη. Σχολιάζοντας τα ευρήματα αυτά στο «ΟΒ», η Πρόεδρος του ΗΙΤ και Αναπλ. Καθηγήτρια Επικοινωνίας και ΜΜΕ στη Δημόσια Υγεία, στην Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας, κ. **Έφη Σίμου** είχε ταχθεί υπέρ της δεύτερης γνώμης, τονίζοντας ότι αποτελεί μέσο που διασφαλίζει την υγεία των ασθενών, προστατεύοντας από τα ιατρικά λάθη. Μάλιστα μας είχε εξηγήσει πώς τα ιατρικά λάθη σε μεγάλο ποσοστό απορρέουν από την κακή επικοινωνία μεταξύ θεράποντος ιατρού και ασθενούς: *«Μπορώ όμως να σας πω ότι στο κομμάτι που με αφορά, στο κομμάτι δηλαδή της επικοινωνίας, υπάρχουν πάρα πολλές μελέτες που αποδεικνύουν ότι τα ιατρικά λάθη οφείλονται σε ποσοστό 60-70% στην κακή επικοινωνία, όχι με την έννοια του τι επικοινωνεί ο γιατρός στον ασθενή, αλλά υπό την ευρύτερη έννοια της πληροφόρησης, δηλαδή λάθη που έχουν να κάνουν με τη ροή της πληροφορίας από τη στιγμή που μπαίνει ο ασθενής στο ιατρείο, λάθη κατά την λήψη του ιατρικού ιστορικού. Άρα, το ζήτημα της επικοινωνίας δεν εξαντλείται στην καλλιέργεια καλών σχέσεων με τους ασθενείς μας, είναι ένα θέμα ουσίας που μπορεί να φέρει σημαντικές αλλαγές στην εξοικονόμηση πόρων και στην εξυγίανση της ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης»* (Έφη Σίμου στο Οδοντιατρικό Βήμα, Τεύχος 128).

> Μεγάλη μερίδα ασθενών στρέφεται στον «Dr Google» για μια πρώτη ιατρική γνώμη, μόλις εμφανίσουν κάποιο ανησυχητικό σύμπτωμα. Η «ετυμηγορία» του «Dr Google» συχνά αποτελεί την αξιολογική βάση της προτεινόμενης θεραπείας από τον ειδικό.

## Ποια είναι η θέση του γιατρού

Η επίσκεψη σε δεύτερο γιατρό δεν θα πρέπει να θίγει την επιστημονική υπόσταση του πρώτου γιατρού, ούτε να εκλαμβάνεται ως ένδειξη «απόρριψης» από τον ασθενή του. Ο γιατρός μπορεί να έχει απόλυτα ήσυχη τη συνείδησή του εφόσον λειτούργησε με βάση τους κανόνες της τεκμηριωμένης και βασισμένης σε ενδείξεις ιατρικής επιστήμης. Είναι απολύτως λογικό να υπάρχουν διαφορετικές προσεγγίσεις για την θεραπευτική αντιμετώπιση ενός ιατρικού προβλήματος και ο κάθε γιατρός έχει το δικαίωμα να προκρίνει μια μέθοδο έναντι κάποιας άλλης. Αποτελεί όμως, και υποχρέωσή του να παρουσιάσει στους ασθενείς του όλο τα φάσμα των διαθέσιμων θεραπευτικών επιλογών και με επιχειρήματα να τους τεκμηριώσει τη λύση που προκρίνει ο ίδιος. Με άλλα λόγια, το ζήτημα της ενημερωμένης συναίνεσης του ασθενούς είναι καταλυτικής σημασίας τόσο για την νομική κατοχύρωση του θεράποντος, όσο και για τη διατήρηση μιας αμοιβαίας σχέσης εμπιστοσύνης μεταξύ τους. Μια επικοινωνιακή τεχνική που χρησιμοποιούν συχνά οι γιατροί στην Αμερική, όταν οι ασθενείς τους προσέρχονται «διαβασμένοι» στο ιατρείο τους και τους ρωτούν για εναλλακτικά σχέδια θεραπείας για τα οποία έχουν ενημερωθεί είτε από το διαδίκτυο είτε από το φιλικό/συγγενικό περιβάλλον με παρόμοια προβλήματα, είναι να τους κατευθύνουν σε επιστημονικές δημοσιεύσεις σε έγκριτα επιστημονικά περιοδικά που αποδεδειγμένα συνηγορούν υπέρ της αποτελεσματικότητας της θεραπείας που προτείνουν οι ίδιοι.

Από την πλευρά του, ο γιατρός, στον οποίο καταφεύγει για δεύτερη ιατρική άποψη ο ασθενής, οφείλει επίσης να τεκμηριώσει την άποψή του και να αποθαρρύνει τυχόν κατηγορίες ή υπονοούμενα για τον πρώτο γιατρό από την πλευρά του ασθενούς. Δεν χρειάζεται να προβεί σε σχόλια εναντίον του πρώτου γιατρού, σε μια προσπάθεια να «κερδίσει» τον ασθενή, καθώς αυτό συνιστά αντιδεοντολο-

# 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.

γική συμπεριφορά. Σε περιπτώσεις ωστόσο, που από τις μαρτυρίες του ασθενούς προκύπτουν στοιχεία ότι ένας γιατρός ασκεί πλημμελώς την ιατρική με σκοπό την οικονομική εκμετάλλευση του ασθενούς θα πρέπει να προσφύγει στα αρμόδια ελεγκτικά όργανα.

Στις επόμενες γραμμές, ακολουθούν οι απόψεις οδοντιάτρων με διαφορετικό αντικείμενο εξειδίκευσης, οι οποίοι μας δίνουν ένα «στίγμα» για το πόσο συχνά έρχονται οι οδοντίατροι αντιμέτωποι με το θέμα της β΄ ιατρικής γνώμης, αλλά και για το πώς εκτιμούν οι ίδιοι ότι δύναται να επηρεάσει τη θεραπευτική σχέση με τους ασθενείς τους.

## Η αναζήτηση β΄ γνώμης ως μια γνώριμη συνθήκη για τους οδοντιάτρους

Οι συνεντευξιαζόμενοι κατέστησαν σαφές από τις απαντήσεις τους ότι η προσέλευση ασθενών στο οδοντιατρείο για δεύτερη γνώμη είναι μια σχεδόν καθημερινή κατάσταση. Ωστόσο, μια σημαντική παράμετρος είναι αν ο ασθενής παραπέμπεται για δεύτερη γνώμη από τον γενικό οδοντίατρο σε κάποιον συνάδελφό του, ειδικευθέντα στο πρόβλημα που αντιμετωπίζει ο ασθενής, ή αν ο τελευταίος προσέρχεται αυτοβούλως:

*«Μπορούμε να διαχωρίσουμε δύο κατηγορίες: τους ασθενείς που έρχονται απευθείας με παραπομπή από συνάδελφο και αυτούς που αναζήτησαν τη συμβουλή μας με προσωπική πρωτοβουλία, ασχέτως του τρόπου που τους είμαστε γνωστοί (προσωπική εμπειρία, σύσταση από κάποιο φίλο ή γνωστό, διαδίκτυο κ.α.). Στην πρώτη κατηγορία, τα πράγματα είναι συνήθως πιο απλά, καθώς ο γενικός οδοντίατρος έχει καθοδηγήσει τον ασθενή να λάβει τη γνώμη του ειδικού, ενώ συχνά έχει προηγηθεί και επικοινωνία μαζί του. Τα πράγματα είναι κάπως πιο περίπλοκα στη δεύτερη περίπτωση, οπότε συνήθως δε γνωρίζουμε τη διάγνωση και το προτεινόμενο σχέδιο θεραπείας από τον συνάδελφο. Η γενική κατευθυντήρια γραμμή, κατά την γνώμη μου, είναι πως η προτεραιότητά μας είναι πάντοτε αυτό που θεωρούμε εμείς καλύτερο για τον ασθενή, έχοντας όμως κατά νου να μη διαταράξουμε τις σχέσεις ασθενή-οδοντιάτρου»*, αναφέρει χαρακτηριστικά ο **Α.Π.**, οδοντίατρος εξειδικευθείς στην ενδοδοντία.

Όπως φανερώνουν και τα αποσπάσματα των συνεντευξιαζόμενων που ακολουθούν, πολλές φορές οι ασθενείς αποκρύπτουν το γεγονός ότι προσέρχονται στο οδοντιατρείο, έχοντας ήδη λάβει διάγνωση από κάποιον άλλο οδοντίατρο, γεγονός που γίνεται στην πορεία αντιληπτό από τον γιατρό από τον οποίο ζητείται η β΄ γνώμη, είτε μέσα από τις εξειδικευμένες εξετάσεις που προσκομίζουν, είτε γιατί στην πορεία οι ασθενείς νιώθουν πιο άνετα, ώστε να το ομολογήσουν:

*«Από την έως τώρα σταδιοδρομία μου στο οδοντιατρικό επάγγελμα ασφαλώς και μου έχουν έλθει ασθενείς, οι οποίοι με άμεσο ή έμμεσο τρόπο περιήλθε στην αντίληψή μου ότι ζητούσαν μία δεύτερη γνώμη στο πρόβλημα που είχαν. Η συντριπτική πλειοψηφία αυτών των ασθενών, αν όχι όλοι, ερχόντουσαν για πρώτη φορά στο ιατρείο μου (δεν ήταν δηλαδή, τακτικοί μου ασθενείς) και οι περισσότεροι από αυτούς δεν μου ανέφεραν εξαρχής ότι αναζητούσαν μια δεύτερη γνώμη στο πρόβλημά τους. Μέσα από την κλινική εξέταση και την επακόλουθη συζήτηση επί του προβλήματος και του προτεινόμενου σχεδίου θεραπείας, περιερχόταν στην αντίληψή μου ότι οι συγκεκριμένοι ασθενείς ίσως να είχαν ήδη επισκεφθεί και άλλους συναδέλφους. Μερικοί από αυτούς (τους ασθενείς) όντως προχωρούσαν στην ομολογία ότι είχαν ήδη επισκεφθεί άλλον ή άλλους συναδέλφους και ήθελαν μια δεύτερη ή τρίτη γνώμη επί των προβλημάτων τους και του τρόπου αντιμετώπισής τους»*, δηλώνει ο **Α.Τ.**, γενικός οδοντίατρος.

*«Αρκετές φορές έρχονται ασθενείς στο ιατρείο ζητώντας μια δεύτερη γνώμη. Το καταλαβαίνεις τις περισσότερες φορές κατά τη λήψη ιστορικού ή από τις ακτινογραφίες ή τις εξετάσεις που έχουν μαζί τους. Σπανιότερα σου το λένε από την αρχή ότι έχουν πάει αλλού. Νομίζω στην περίπτωση αυτή οφείλεις να προτείνεις ένα σχέδιο θεραπείας, γιατί είναι δικαίωμα του ασθενή να επιλέξει ιατρό και θεραπεία (…). Προφανώς η πολιτική του ιατρείου είναι τελείως διαφορετική, εάν ο ασθενής έχει ήδη ξεκινήσει τη θεραπεία και ζητάει γνώμη κατά τη διάρκειά της. Στην περίπτωση αυτή, πολλές φορές ακόμα και χωρίς εξέταση, ο ασθενής παραπέμπεται πίσω στον θεράποντα ιατρό»*, αναφέρει χαρακτηριστικά, ο **Γ.Μ.**, στοματικός και γναθοπροσωπικός χειρουργός.

Στο ίδιο μήκος κύματος, ένας ακόμη συνεντευξιαζόμενος, ο **Μ.Π.**, χειρουργός οδοντίατρος ειδικευθείς στην Προσθετική, θα αναφερθεί στο αναφαίρετο δικαίωμα των ασθενών να ζητούν δεύτερη γνώμη και πως σε κάθε περίπτωση ο οδοντίατρος στον οποίο καταφεύγουν για μια δεύτερη συμβουλή, θα προσφέρει την επιστημονική του άποψη στη βάση όσων ο ίδιος κρίνει ως καλύτερη επιλογή για τον ασθενή: *«Αρκετοί ασθενείς με έχουν επισκεφτεί κατά καιρούς, ζητώντας τη γνώμη μου για ένα σχέδιο θεραπείας που τους έχει προταθεί από τον οδοντίατρό τους ή για κάποιο πρόβλημά τους που δεν έχει επιλυθεί. Και στις δύο περιπτώσεις τους ζητώ να προσκομίσουν όσα περισσότερα διαγνωστικά στοιχεία έχουν (ακτινογραφίες κ.λπ.), έτσι ώστε να έχω μια σαφή άποψη για το τί έχει προηγηθεί και προσπαθώ να είμαι όσο το δυνατόν πιο αντικειμενικός στη γνωμάτευσή μου. Ταυτόχρονα, στόχος μου είναι να απαντήσω ξεκάθαρα και αναλυτικά στις ερωτήσεις τους, για να έχουν μια σαφή άποψη της κατάστασής τους και να μπορούν να ταξινομήσουν σωστά τα δεδομένα που ίσως έχουν μπερδεμένα στο μυαλό τους. Αυτό εξάλλου, θα τους βοηθήσει να πάρουν και τη σωστή απόφαση για το ποιο θεραπευτικό σχέδιο θα ακολουθήσουν τελικά»*.

## Τι γίνεται όμως όταν αντιστρέφονται οι όροι;

Στις παραπάνω γραμμές είδαμε πόσο συχνά οι οδοντίατροι δέχονται ασθενείς στο οδοντιατρείο τους, οι οποίοι έρχονται για να ζητήσουν από αυτούς μια δεύτερη γνώμη για το πρόβλημά τους. Τι γίνεται όμως όταν ο οδοντίατρος γίνεται γνώστης της απόφασης του ασθενούς του να αναζητήσει μια δεύτερη γνώμη από κάποιον άλλο ειδικό; Σε αυτές τις περιπτώσεις, όπως μας εξήγησαν οι συνεντευξιαζόμενοι, ο θεράπων ιατρός μπορεί να βγάλει τον ασθενή από τη δύσκολη θέση, προτείνοντάς του ο ίδιος την επιλογή να λάβει δεύτερη γνώμη, όταν ο ασθενής φαίνεται εμφανώς προβληματισμένος με τη διάγνωση και το σχέδιο θεραπείας που εκείνος του προτείνει:

> Είναι σημαντικό όμως να γίνει κατανοητό ότι η αναζήτηση μιας πιο οικονομικής λύσης per se δεν έχει απολύτως καμία σχέση με την ουσία της «δεύτερης γνώμης» και πως η κοστολόγηση των οδοντιατρικών πράξεων από τον κάθε οδοντίατρο εμπεριέχει πολλές μεταβλητές, γεγονός που τις κάνει πρακτικά μη συγκρίσιμες μεταξύ τους.

*«Είναι κάτι που συναντάμε σπανιότερα, ίσως και επειδή ο ασθενής μπορεί να μην εκφράσει ανοιχτά την επιθυμία του αυτή, αλλά απλά να 'ζητήσει χρόνο για να πάρει την απόφασή του'. Θεωρώ πως είναι θεμιτό ακόμη και εμείς οι ίδιοι, σε τέτοιες περιπτώσεις να καθιστούμε σαφές στον ασθενή πως είναι απόλυτο δικαίωμά του να αναζητήσει δεύτερη και τρίτη γνώμη, αν το επιθυμεί, και να δώσουμε όλες τις απαραίτητες πληροφορίες και αρχεία σε πνεύμα συνεργασίας. Η τελική απόφαση για τη θεραπεία καθώς και ο οδοντίατρος που θα επιλέξει είναι, και πρέπει να είναι, δική του»*, σημειώνει ο **Α.Π.**, κληθείς να τοποθετηθεί επί του ζητήματος.

*«Έχω παραπέμψει ασθενείς σε εξειδικευμένους συναδέλφους άλλων ειδικοτήτων, ώστε να έχουν μια εγκυρότερη γνώμη για την κατάστασή τους, όταν αυτή ξεφεύγει από το γνωστικό μου αντικείμενο. Επίσης, έχω προτείνει σε ασθενείς μου να αναζητήσουν μια δεύτερη γνώμη, όταν διαπίστωσα ότι υπήρχαν επιφυλάξεις, προβληματισμοί ή σκεπτικισμός ως προς το προτεινόμενο σχέδιο θεραπείας μου. Εδώ θα πρέπει να τονιστεί ότι οι παραπομπές αναφέρονται και συστήνονται στον κώδικα δεοντολογίας και θα πρέπει από όλους μας να θεωρείται αυτονόητο πως κάθε ασθενής διατηρεί αναφαίρετο δικαίωμα στην αναζήτηση πληροφοριών και την περαιτέρω ενημέρωσή του, ιδίως για εκτεταμένα και πολύπλοκα σχέδια θεραπείας. Η διαδικασία αυτή τον βοηθά τόσο στην καλύτερη εκτίμηση των επιλογών που έχει στη διάθεσή του, όσο και στη δόμηση ενός κλίματος εμπιστοσύνης με τον θεράποντα ιατρό που θα επιλέξει τελικά. Αυτό που τους επισημαίνω όμως, είναι να απευθυνθούν για τη δεύτερη γνώμη σε συνάδελφο εγνωσμένης αξίας και εμπειρίας, σχετιζόμενης με το οδοντιατρικό τους πρόβλημα»*, δηλώνει από την πλευρά του, ο **Μ.Π.**, ο οποίος υπογραμμίζει ότι αυτή η ανοιχτή επικοινωνία μεταξύ των δύο μερών μιας θεραπευτικής σχέσης συμβάλλει στην καλλιέργεια αμοιβαίου κλίματος εμπιστοσύνης.

Ανάλογη είναι και η «γραμμή» που ακολουθεί και ο επόμενος συνεντευξιαζόμενος-γναθοπροσωπικός χειρουργός, θέλοντας να δώσει χρόνο σε ασθενείς που εμφανίζονται προβληματισμένοι: *«Σε ασθενείς που έρχονται για πρώτη φορά στο ιατρείο, ιδιαίτερα σε πιο δύσκολα περιστατικά, πολλές φορές προτείνω ο ίδιος στους ασθενείς μου να πάρουν και μια ακόμη γνώμη πριν επιλέξουν ιδιαίτερα, αν έχουν πολλά ερωτηματικά ή είναι δύσπιστοι»*.

## Τι τελικά οδηγεί τους ασθενείς στην αναζήτηση β΄ γνώμης;

Είναι μόνο το οικονομικό κριτήριο καθοριστικός παράγοντας για την επιλογή θεραπευτικού σχεδίου; Οι απαντήσεις που ακολουθούν υποδηλώνουν ότι αν και η οικονομική παράμετρος δεν είναι αμελητέα, οι ασθενείς μπορεί να αναζητούν β΄ γνώμη και για άλλους λόγους:

*«Από την εμπειρία μου μπορεί να ζητηθεί δεύτερη γνώμη για οποιονδήποτε λόγο, οικονομικό ή μη. Κυρίως είναι η έλλειψη επικοινωνίας μεταξύ γιατρού και ασθενή»*, διευκρινίζει ο **Θ.Γ.**, οποίος εξειδικεύεται στην προσθετική.

*«Χωρίς όμως, να θέλω να μειώσω την οικονομική παράμετρο, ειδικότερα στις μέρες μας, πεποίθησή μου είναι πως πολύ συχνότερα η αναζήτηση δεύτερης γνώμης εκκινεί από την εύρεση διαφορετικής θεραπευτικής προσέγγισης. Πολλές φορές οι ασθενείς αναζητούν μια θεραπευτική λύση πιο κοντά στη δική τους φιλοσοφία και οπτική, ενώ σημαντικό είναι να μη λησμονούμε πως κάποιες φορές, όλοι μας, ψάχνουμε μέχρι να ακούσουμε τελικά αυτό που είχαμε ήδη διαμορφωμένο στο μυαλό μας ως επιλογή…»*, αναφέρει από την πλευρά του ο **Α.Π.**, υπογραμμίζοντας τον ρόλο που παίζει για τον ασθενή η δυνατότητα επιλογής ενός σχεδίου θεραπείας που να ανταποκρίνεται στις προσδοκίες του.

Την αναζήτηση δεύτερης γνώμης ως πολυπαραγοντικό φαινόμενο εκλαμβάνει από την πλευρά του και ο επόμενος συνεντευξιαζόμενος: *«…Η εμπειρία έχει δείξει πως η συμφωνία για την εφαρμογή του τελικού σχεδίου θεραπείας πάντοτε θα εξαρτηθεί από παράγοντες που αφορούν τις ανάγκες του ασθενούς και τις δυνατότητες αυτού στο να ανταποκριθεί επιτυχώς στα προτεινόμενα στάδια της θεραπείας. Ένας μείζων παράγοντας που ασφαλώς επηρεάζει την απόφαση του ασθενούς να ακολουθήσει τη μία ή την άλλη γνώμη (όσον αφορά διαφορετικά σχέδια θεραπείας) είναι και ο οικονομικός. Είναι γεγονός πως η εποχή που διανύουμε χαρακτηρίζεται από οικονομική αστάθεια και βαθιά ύφεση, ιδιαίτερα και λόγω της υπάρχουσας κατάστασης του COVID-19, η οποία επηρεάζει στο μέγιστο τη δυνατότητα των ασθενών να ανταποκριθούν σε πολυδάπανες θεραπείες. Θα*

**DENTAL** HI TEC

# 100% EFFICIENT

**QuickSleeper5** **SleeperOne5**

## Zero

pain - collateral numbness - stress

Electronic injection pens to perform osteocentral anesthesia for children and adolescents

**Dental Expert - Άννα Ελμάογλου Ε.Π.Ε.**

Φειδιππίδου 30, 11527, Αθήνα

Τηλ.: 210 7770739, 210 7770749 • Φαξ: 210 7770716

email: anna@dental-expert.gr

*έλεγα λοιπόν, πως υπάρχει μια αναλογικότητα όσον αφορά τους λόγους των ασθενών για την αναζήτηση της δεύτερης γνώμης. Όσο πιο απλή και εντοπισμένη τρόπον τινά είναι η περίπτωση τους τόσο η αναζήτηση δεύτερης γνώμης έχει να κάνει με τη διερεύνηση εναλλακτικών σχεδίων θεραπείας. Όσο όμως η περίπτωσή τους γίνεται πιο εκτεταμένη και συνολική, και κατά συνέπεια πιο οικονομικά απαιτητική από μέρους τους, τόσο η αναζήτηση της δεύτερης γνώμης έχει να κάνει με την διερεύνηση πιο 'φθηνών' σχεδίων θεραπείας που να ανταποκρίνονται στην κάλυψη κατά το όσο το δυνατόν μεγαλύτερου ποσοστού των αναγκών τους».*

Ωστόσο, κάποιοι συνεντευξιαζόμενοι υπογράμμισαν τη σημασία που έχει η τελική απόφαση του ασθενούς να απευθυνθεί σε έναν ειδικό να είναι πρωτίστως αποτέλεσμα της εμπιστοσύνης που αισθάνεται προς τον θεράποντα ιατρό: *«Κακά τα ψέματα τις περισσότερες φορές είναι θέμα κόστους. Σπανιότερα, οι ασθενείς ψάχνουν τον ιατρό που θα τους πει αυτά που θέλουν να ακούσουν και όχι αυτό που πρέπει. Νομίζω ότι ο ασθενής που θα επιλέξει το ιατρείο, επειδή εμπιστεύεται τον ιατρό και όχι για λόγους κόστους ή επειδή άκουσε αυτό που ήθελε είναι ο ασθενής που όλοι θέλουμε στο ιατρείο μας»*, δηλώνει χαρακτηριστικά ο **Γ.Μ.**

Αντίστοιχα, ο **Μ.Π.**, χειρουργός οδοντίατρος ειδικευθείς στην Προσθετική, θα υπογραμμίσει το πώς ο οικονομικός παράγοντας δεν θα πρέπει να παρεισφρέει στην εξίσωση της δεύτερης γνώμης και πώς η έμφαση στην προσπάθεια αξιολόγησης από τους ασθενείς των πιθανών σχεδίων θεραπείας θα πρέπει να δίνεται σε επιστημονικά κριτήρια: «Ο ασθενής αποζητά πρωτίστως την επιβεβαίωση της αρχικής διάγνωσης, πιθανές εναλλακτικές λύσεις ή προσεγγίσεις που θα του δώσουν περισσότερες επιλογές και ταυτόχρονα ένα μέτρο σύγκρισης για το κόστος αυτών. Θεωρώ πως στις μέρες μας η χρήση του διαδικτύου έχει κάνει τους ασθενείς μας πιο ενημερωμένους σε θέματα στοματικής υγείας και θεραπείας, συμβάλλοντας έτσι στην ενίσχυση του οδοντιατρικού τους IQ, με αποτέλεσμα να έχουν περισσότερα ερωτηματικά και να χρειάζονται περαιτέρω διευκρινίσεις (...) *Παρατηρείται όμως πως, ενώ ο ασθενής θα πρέπει πρωτίστως να διερευνά την επιστημονική πλευρά της περίπτωσής του, στις μέρες μας το κόστος της θεραπείας αποτελεί παράμετρο πρωταρχικής σημασίας, ιδίως μετά από την οικονομική κρίση των τελευταίων ετών. Όλοι μας άλλωστε γνωρίζουμε το φαινόμενο του οδοντιατρικού τουρισμού, όπου ασθενείς δε διστάζουν να ταξιδέψουν πολύ μακριά, προκειμένου να πάρουν την καλύτερη διαθέσιμη τιμή. Είναι σημαντικό όμως να γίνει κατανοητό ότι η αναζήτηση μιας πιο οικονομικής λύσης per se δεν έχει απολύτως καμία σχέση με την ουσία της 'δεύτερης γνώμης' και πως η κοστολόγηση των οδοντιατρικών πράξεων από τον κάθε οδοντίατρο εμπεριέχει πολλές μεταβλητές, γεγονός που τις κάνει πρακτικά μη συγκρίσιμες μεταξύ τους».*

> Η υφιστάμενη κουλτούρα στο σύστημα υγείας μπορεί να λειτουργήσει είτε ενισχυτικά είτε αποθαρρυντικά προς την κατεύθυνση της αναζήτησης β΄ γνώμης.

### Ρήξη ή εμπέδωση της εμπιστοσύνης;

Το βασικό ερώτημα είναι αν και κατά πόσο η αναζήτηση δεύτερης γνώμης από τον ασθενή αυτομάτως οδηγεί σε μια ρήξη στη θεραπευτική σχέση ή αν υπό προϋποθέσεις μπορεί να συμβάλει στην εμπέδωση περαιτέρω κλίματος εμπιστοσύνης. Στο ερώτημα αυτό οι απαντήσεις των συνεντευξιαζόμενων ποικίλουν, με κάποιους να κάνουν λόγο για ρήξη και κάποιους άλλους να θεωρούν ότι μπορεί να προάγει την υφιστάμενη θεραπευτική σχέση.

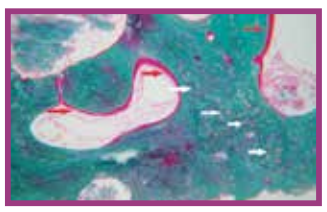
«Ανάλογα με τη περίσταση, συνήθως οδηγεί σε ρήξη. Συνήθως οι ασθενείς που έχουν πάρει αρκετές προτάσεις σχεδίων θεραπείας είναι μπερδεμένοι και δεν καταλήγουν πάντα να επιλέγουν το πιο αντικειμενικά κατάλληλο», σημειώνει από την πλευρά του ο **Θ.Γ.**, οδοντίατρος-προσθετολόγος, καταδεικνύοντας το πώς η απουσία επιστημονικών γνώσεων από τους ασθενείς οδηγεί σε μια σύγχυση, όταν οι τελευταίοι λαμβάνουν διαφορετικές απόψεις για το πρόβλημά τους με την τελική επιλογή να μην είναι η αντικειμενικά (με επιστημονικούς όρους) ενδεδειγμένη.

Από την πλευρά του, ο **Α.Π.**, θα υπογραμμίσει τον καθοριστικό ρόλο που παίζει για την έκβαση της θεραπευτικής σχέσης το πώς θα χειριστεί το θέμα ο θεράπων οδοντίατρος, ο οποίος δεν θα πρέπει να εκλάβει την πρόθεση του ασθενή του να αναζητήσει δεύτερη γνώμη ως προσωπικό πλήγμα για την επιστημονική του επάρκεια: *«Θεωρώ πως το να αποφευχθεί οποιαδήποτε ρήξη εξαρτάται σε μέγιστο βαθμό από τη δική μας προσέγγιση. Στην περίπτωση που ασθενής μας αναζητά δεύτερη γνώμη πρέπει να απεμπολήσουμε οποιεσδήποτε σκέψεις προσωπικής 'αυθεντίας', ενώ όταν βρισκόμαστε στην άλλη πλευρά του φάσματος μπορούμε να ενημερώσουμε τον ασθενή για την κατάστασή του, αλλά και τις πιθανές θεραπευτικές επιλογές αποφεύγοντας περιττά σχόλια ή κριτική για περιστατικά που, σε τελική ανάλυση, δε γνωρίζουμε υπό ποιες συνθήκες αντιμετωπίστηκαν».*

Για τον **Μ.Π.**, χειρουργό οδοντίατρο-προσθετολόγο, το αποτέλεσμα της θεραπευτικής σχέσης θα καθοριστεί από το κατά πόσον οι γνώμες που θα λάβει ο ασθενής κατά το στάδιο της διερεύνησης του προβλήματός του θα επιβεβαιώσουν την αρχική διάγνωση του γιατρού του ή όχι: *«Η απάντηση σε αυτό το ερώτημα δεν είναι εύκολη, προσωπικά πιστεύω πως εξαρτάται από το ίδιο το αποτέλεσμα της εν λόγω διερευνητικής διαδικασίας. Αν για*


# Οστική ανάπλαση στην οδοντιατρική εμφυτευματολογία

## Το παγκόσμιο best seller του Fouad Khoury τώρα και στα ελληνικά



Επιστημονική επιμέλεια:
Νικήτας Σ. Συκαράς
Επίκουρος Καθηγητής Οδοντιατρικής Σχολής ΕΚΠΑ

Μετάφραση:
Ευστάθιος Κ. Καρατζογιάννης
Οδοντίατρος, Διδάκτωρ Πανεπιστημίου Χαϊδελβέργης

Το οστικό μόσχευμα αποτελεί σήμερα ένα από τα πιο βασικά κεφάλαια στην οδοντιατρική εμφυτευματολογία.

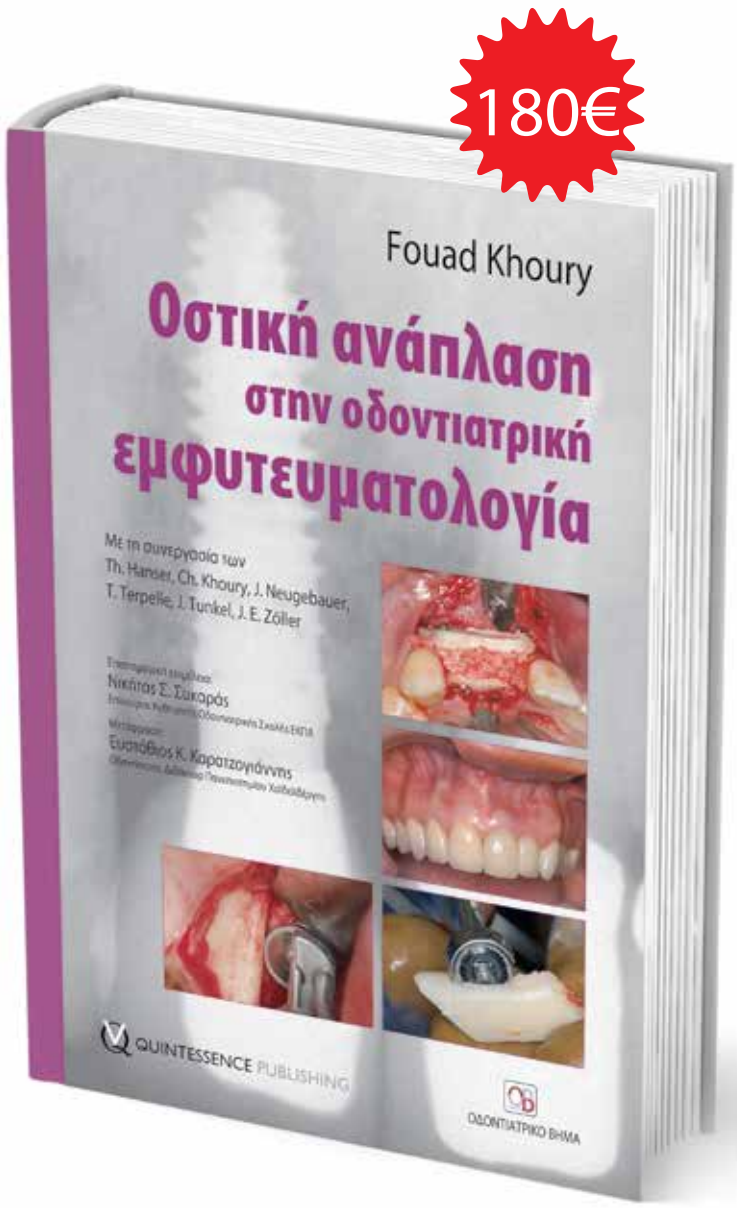
Το βιβλίο Οστική ανάπλαση στην οδοντιατρική εμφυτευματολογία των εκδόσεων Quintessence, με **536 σελίδες** και **1.800 έγχρωμες φωτογραφίες**, περιγράφει και αναλύει τις πιο σύγχρονες τεχνικές μεταμόσχευσης στη χειρουργική των εμφυτευμάτων. Για το λόγο αυτό αποτελεί ένα εγχειρίδιο πραγματικά μοναδικό.

Κυκλοφορεί στην ελληνική γλώσσα από τις εκδόσεις «Ο.Β.». Μάλιστα, η ελληνική μετάφραση βασίζεται στην τελευταία γερμανική έκδοση Augmentative Verfahren in der Implantologie του συγγραφέα Fouad Khoury, η οποία κυκλοφόρησε το 2009.

Στο βιβλίο αναλύονται:
- Οι βιολογικές βάσεις της οστικής μεταμόσχευσης και της οστεοενσωμάτωσης των εμφυτευμάτων
- Η διάγνωση και το σχέδιο θεραπείας των επεμβάσεων
- Η διαχείριση των μαλακών ιστών στη χειρουργική των οστικών μοσχευμάτων και των εμφυτευμάτων
- Η μεταμόσχευση με ενδοστοματικά και εξωστοματικά οστικά μοσχεύματα και η οστεογένεση
- Η ενσωμάτωση μετά από σύνθετες εμφυτευματικές και προσθετικές αποκαταστάσεις
- Οι επιπλοκές και οι κίνδυνοι που ενδέχεται να προκύψουν

Το βιβλίο Οστική ανάπλαση στην οδοντιατρική εμφυτευματολογία αποτελεί σημείο αναφοράς για κάθε εμφυτευματολόγο, γναθοχειρουργό και, φυσικά, για κάθε οδοντίατρο που ενδιαφέρεται για το συγκεκριμένο επιστημονικό πεδίο.

**Η τιμή του βιβλίου στη Αγγλική έκδοση ανέρχεται σε 280 ευρώ.**




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

Τώρα μπορείτε να κάνετε τις αγορές σας με πιστωτική κάρτα και άτοκες δόσεις απευθείας από τον προσωπικό σας υπολογιστή, μέσω του www.odvima.gr

*παράδειγμα, προκύψει μια επιβεβαίωση της αρχικής διάγνωσης και το αρχικό προτεινόμενο σχέδιο θεραπείας είναι μέσα σε λογικά πλαίσια, τότε συνήθως ο ασθενής επιστρέφει στον οδοντίατρό του για τη συνέχιση και ολοκλήρωση της θεραπείας του.*

*Αν, αντίθετα, υπάρχει αμφισβήτηση ή ακόμη και ανατροπή της αρχικής διάγνωσης ή αν ο δεύτερος οδοντίατρος εμπνεύσει μεγαλύτερη εμπιστοσύνη στον ασθενή, τότε τα πράγματα περιπλέκονται και προκύπτει το ενδεχόμενο ο τελευταίος να τον εμπιστευτεί, ως πιο ειδικό ή κατάλληλο για να τον αναλάβει. Εδώ όμως υπάρχει και άλλο ένα κρίσιμο σημείο, που δεν πρέπει να παραβλέπεται. Ο κύριος στόχος της αναζήτησης της δεύτερης γνώμης, θα πρέπει να είναι για τον ασθενή η συγκέντρωση όλων των απαραίτητων πληροφοριών έτσι, ώστε να φτάσει σε μια συνειδητή, ώριμη και υπεύθυνη απόφαση και όχι η επιλογή της πιο φθηνής ή εύκολης λύσης. Από την άλλη μεριά, αυτός που παρέχει τη δεύτερη γνώμη επιβάλλεται να είναι αμερόληπτος και να μην προσπαθεί με αντιδεοντολογικούς χειρισμούς και επικοινωνιακά τεχνάσματα να κερδίσει την εύνοια του ασθενή, αποδομώντας τον προηγούμενο συνάδελφο. Η οποιαδήποτε παροχή συμβουλευτικής ή οδοντιατρικών υπηρεσιών θα πρέπει να διέπεται από κανόνες ηθικής και σεβασμού και να έχει ως μοναδικό γνώμονα την προαγωγή της υγείας των ασθενών».*

## Είναι πιο δύσκολη η αναζήτηση β΄ γνώμης στην επαρχία;

Θα μπορούσε κάποιος να υποθέσει ότι στην επαρχία λόγω του πιο κλειστού χαρακτήρα των τοπικών κοινωνιών και των πιο προσωπικών επαφών που καλλιεργούνται σε επίπεδο κοινότητας, οι ασθενείς θα αποθαρρύνονταν ακόμη περισσότερο να αναζητήσουν δεύτερη γνώμη από λεπτότητα ή και φόβο να διαταράξουν την υφιστάμενη σχέση με το γιατρό τους. Ωστόσο, όπως μας διευκρινίζει ο **Α.Τ.**, οδοντίατρος που δραστηριοποιείται σε μεγάλη επαρχιακή πόλη, το πόσο στενό ή όχι είναι το κοινωνικό πλαίσιο στο οποίο ζουν ασθενείς και γιατροί δεν επηρεάζει το φαινόμενο της αναζήτησης και λήψης β΄ ιατρικής γνώμης:

*«Είναι γεγονός πως στα μεγάλα αστικά κέντρα οι σχέσεις των ανθρώπων είναι πιο χαλαρές και 'επιφανειακές' σε σχέση με τα αστικά κέντρα της επαρχίας και γενικότερα τις πιο μικρές και κλειστές κοινωνίες. Η περιοχή του στόματος και της περιστοματικής περιοχής είναι μια άκρως 'προσωπική' περιοχή του ανθρωπίνου σώματος, στην οποία έχουν δικαίωμα την πρόσβαση μόνο συγκεκριμένα άτομα (π.χ. ερωτικός σύντροφος), μεταξύ των οποίων και ο θεράπων ιατρός, ο οδοντίατρος, ο οποίος αποτελεί τον καθ' ύλην αρμόδιο και έχει τη νομιμοποίηση να παρεμβαίνει και να επεμβαίνει για την πρόληψη και τη θεραπεία νοσημάτων που αφορούν στη στοματική περιοχή. Διαφαίνεται λοιπόν, από το παραπάνω πως προκειμένου να διενεργηθεί η οδοντιατρική πράξη και να είναι επιτυχής, θα πρέπει να υπάρχει άρρηκτη σχέση εμπιστοσύνης μεταξύ του θεράποντος και του ασθενούς και η οποία ενδυναμώνεται μέσα από τις τακτικές επισκέψεις του ασθενούς στο οδοντιατρείο. Αυτή η αμοιβαία σχέση, η προσωπική σχέση εμπιστοσύνης, μεταξύ τού θεράποντος και του ασθενούς είναι πολύ ισχυρή και δεν επηρεάζεται κατά τη γνώμη μου από το ποιόν της συνεκτικότητας των γενικότερων διαπροσωπικών σχέσεων μέσα στο κοινωνικό σύνολο, αν δηλαδή διαμορφώνεται μέσα σε ένα μεγάλο αστικό κέντρο ή σε μία μικρότερη κοινωνική ομάδα της επαρχίας. Κατά συνέπεια, η αναζήτηση της δεύτερης γνώμης δεν θα έλεγα ότι είναι πιο σπάνια στην επαρχία και περισσότερο πιθανή στην πρωτεύουσα ή στα μεγάλα αστικά κέντρα της χώρας, αλλά έχει να κάνει με το βαθμό εμπιστοσύνης και συνεργασίας μεταξύ του θεράποντος και του ασθενούς».*

> Ο γιατρός, στον οποίο καταφεύγει για β΄ γνώμη ο ασθενής, οφείλει επίσης να τεκμηριώσει την άποψή του και να αποθαρρύνει τυχόν κατηγορίες ή υπονοούμενα για τον πρώτο γιατρό.

## Συμπερασματικά

Εν κατακλείδι, το ζήτημα της δεύτερης ιατρικής γνώμης είναι ένα πολυπαραγοντικό φαινόμενο, η διαχείριση του οποίου μπορεί να είναι από πολύ απλή -όταν για παράδειγμα η δεύτερη γνώμη αφορά στην παραπομπή του ασθενούς από τον ίδιο τον οδοντίατρό του σε κάποιον συνάδελφο εξειδικευθέντα στο πρόβλημα που αντιμετωπίζει ο ασθενής- μέχρι ιδιαίτερα «λεπτό» ζήτημα, όταν ο ασθενής προτίθεται να διερευνήσει εναλλακτικές θεραπείες και να συγκρίνει κόστη για το ίδιο πρόβλημα. Σε κάθε περίπτωση, οι οδοντίατροι κατέστησαν σαφές ότι ο ασθενής θα πρέπει να παροτρύνεται να αναζητά δεύτερη ή και τρίτη γνώμη, αν έχει απορίες ή νιώθει προβληματισμένος, καθώς ο ασθενής θα πρέπει να επιλέξει τον θεράποντα ιατρό που του γεννά εμπιστοσύνη, η οποία αναδεικνύεται και σε ακρογωνιαίο λίθο της θεραπευτικής σχέσης.

**Θα θέλαμε να ευχαριστήσουμε θερμά τον Αναπληρωτή Καθηγητή στο School of Communication and Information του Rutgers University στις Η.Π.Α, κ. **Μάνθο Ματσαγγάνη** για την πολύτιμη καθοδήγησή του στο παρόν θέμα, καθώς και όλους τους συνεντευξιαζόμενους που αποδέχτηκαν την πρόσκλησή μας και απάντησαν στις ερωτήσεις μας.*

1. "Mayo Clinic researchers demonstrate value of second opinions". Προσβάσιμο εδώ: https://newsnetwork.mayoclinic.org/discussion/mayo-clinic-researchers-demonstrate-value-of-second-opinions/.
2. Έρευνα με θέμα "Επικοινωνία Γιατρού-Ασθενούς-Αλφαβητισμός στην Υγεία-Συμμετοχή των Ασθενών στη Λήψη Αποφάσεων". Προσβάσιμη εδώ: https://medandme.gr/
3. Yazaki, Y. (2005). Second Opinion. MAJ, 48(3), pp.155–159.

Η σελίδα της
ΕΤΑΙΡΕΙΑΣ **ΟΔΟΝΤΟΣΤΟΜΑΤΟΛΟΓΙΚΗΣ** ΕΡΕΥΝΗΣ

# Οδηγίες για μέτρα πρόληψης και αντιμετώπισης οδοντιατρικών προβλημάτων κατά την περίοδο της πανδημίας

Μεσούσης της πανδημίας του νέου κορωνοϊού, τα μέλη της οδοντιατρικής ακαδημαϊκής κοινότητας έχουν ζωτικής σημασίας ρόλο στην ενημέρωση των οδοντιάτρων για τα απαραίτητα μέτρα προφύλαξης στο οδοντιατρείο, αλλά και στην εκπαίδευση του γενικού πληθυσμού αναφορικά με τα μέτρα που συμβάλλουν στην προάσπιση της στοματικής υγείας. Στο πλαίσιο αυτό, τρεις εγνωσμένου κύρους ακαδημαϊκοί, ο Καθηγητής **Ιωάννης Τζούτζας** Πρόεδρος Επιτροπής Ελέγχου Διασποράς Λοιμώξεων Οδοντιατρικής Σχολής, Πρόεδρος Επιστημονικής Επιτροπής ΟΣΑ, ο Καθηγητής **Βασίλειος Πανής** Αναπληρωτής Πρόεδρος Οδοντιατρικής Σχολής, Μέλος Επιστημονικής Επιτροπής ΟΣΑ και ο Αναπλ. Καθηγητής **Ιωάννης Κ. Καρούσης** Πρόεδρος της Εταιρείας Οδοντοστοματολογικής Ερεύνης, Μέλος Επιστημονικής Επιτροπής ΟΣΑ, ανέλαβαν την πρωτοβουλία να συντάξουν μια σειρά χρήσιμων οδηγιών, οι οποίες απευθύνονται τόσο στα μέλη της ακαδημαϊκής κοινότητας και στους φοιτητές, όσο και στο ευρύ κοινό, με σκοπό να αποφευχθεί η επιβάρυνση της στοματικής υγείας του πληθυσμού, η οποία αποδεδειγμένα θα έχει συνέπειες και στη γενική υγεία σε μακροπρόθεσμη προοπτική. Όπως επισημαίνεται στις γραμμές που ακολουθούν, στις κρίσιμες αυτές στιγμές, είναι πράξη ατομικής ευθύνης να υιοθετήσουμε συνήθειες που προασπίζουν τη γενική, αλλά και τη στοματική υγεία.

Η μετάδοση της λοίμωξης από τον ιό COVID-19 εκτιμάται ότι πραγματοποιείται μέσω των βλεννογόνων του στόματος, της μύτης ή των οφθαλμών και με σταγονίδια τα οποία αποβάλλονται από μολυσμένο άτομο μέσω της ομιλίας, του βήχα, του φτερνίσματος, αλλά και μέσω σταγονιδίων και αερολυμάτων που παράγονται κατά την εκπόνηση σειράς οδοντιατρικών πράξεων. Ο λόγος γι' αυτό είναι ότι ο COVID-19 εντοπίζεται στα ρινοφαρυγγικά και στοματοφαρυγγικά εκκρίματα και στο σάλιο των ασθενών που έχουν προσβληθεί από τον κορωνοϊό και συνεπώς το σάλιο διαδραματίζει σημαντικό ρόλο στη μετάδοση του ιού από άνθρωπο σε άνθρωπο. Μέχρι στιγμής δεν έχουν δημοσιευθεί επιστημονικά δεδομένα για τον κίνδυνο μετάδοσης του κορωνοϊού σε οδοντιάτρους και οδοντιατρικούς ασθενείς.

Ο κίνδυνος διασταυρούμενης λοίμωξης από προηγούμενο οδοντιατρικό ασθενή στον επόμενο που θα δεχθεί την οδοντιατρική φροντίδα, αντιμετωπίζεται εφόσον τηρούνται στο έπακρο οι κανόνες ασηψίας-αντισηψίας και τα σύγχρονα πρωτόκολλα πρόληψης μετάδοσης λοιμώξεων. Καθίσταται σαφές ότι ο οδοντίατρος καθώς και το προσωπικό των οδοντιατρικών μονάδων, διατρέχει υψηλό κίνδυνο να μολυνθεί, εάν έρθει σε επαφή με ασθενείς που φέρουν τον ιό, ιδιαίτερα στην περίπτωση που οι ασθενείς αυτοί δεν εμφανίζουν συμπτώματα. Ο υψηλός κίνδυνος νόσησης για όσους προσφέρουν οδοντιατρική φροντίδα, έχει επιβάλει αυστηροποίηση των μέτρων που απαιτούνται να ακολουθεί το προσωπικό κάθε οδοντιατρικής μονάδας. Συνεπώς, η υψηλή μεταδοτικότητα του COVID-19 και το γεγονός ότι υπάρχει άγνωστος αριθμός ασθενών οι οποίοι δεν θα εκδηλώσουν ποτέ συμπτώματα, καθιστά αναγκαία την υπόθεση ότι όλοι μας, ασθενείς και οδοντίατροι, θα πρέπει να θεωρούμαστε δυνητικά φορείς του ιού.

Η Οδοντιατρική Σχολή του ΕΚΠΑ και πιο συγκεκριμένα η Επιτροπή Ελέγχου Διασποράς Λοιμώξεων, βρίσκεται σε συνεχή, στενή και παραγωγική συνεργασία με την Επιστημονική Επιτροπή του Οδοντιατρικού Συλλόγου Αττικής για τη μελέτη των πληροφοριών που αφορούν στην πανδημία από τον COVID-19, τη διεξαγωγή συμπερασμάτων από τα επιστημονικά δεδομένα που έρχονται στο φως της δημοσιότητας και την ενημέρωση επιστημόνων και ασθενών σε θέματα που αφορούν στην Οδοντιατρική.

Για τη λειτουργία των οδοντιατρείων, ο Οδοντιατρικός Σύλλογος Αττικής υιοθέτησε την πρόταση της Επιστημονικής Επιτροπής και ανακοίνωσε πρόσφατα πρωτόκολλο για αυξημένη επαγρύπνηση στο Οδοντιατρείο καθώς και οδηγίες και λοιπά ενημερωτικά έντυπα για τον κορωνοϊό, μεταξύ των οποίων και τον οδηγό

για τα *«Μέτρα πρόληψης διασποράς λοιμώξεων»* που εκδόθηκε από την Οδοντιατρική Σχολή του Εθνικού και Καποδιστριακού Πανεπιστημίου Αθηνών (Αθήνα 2017).

Επιπλέον, η Ελληνική Οδοντιατρική Ομοσπονδία λαμβάνοντας υπόψη τις οδηγίες του Εθνικού Οργανισμού Δημόσιας Υγείας για τον περιορισμό της διασποράς του ιού COVID-19 και Κώδικα Οδοντιατρικής Δεοντολογίας (Π. Δ. 39/2009, ΦΕΚ Α΄55, 1-4-2009) δημοσίευσε τρείς φορές επικαιροποιημένες κατευθυντήριες οδηγίες προς ασθενείς και οδοντιάτρους.

Δυστυχώς όμως, η συντριπτική πλειονότητα των οδοντιατρικών πράξεων που απαιτεί τη χρήση συσκευών και τεχνικών οι οποίες δημιουργούν σταγονίδια ή αερόλυμα και διευκολύνουν τη διασπορά του ιού, ΕΠΙΒΑΛΛΟΥΝ την αντιμετώπιση στο οδοντιατρείο ΜΟΝΟ επειγόντων περιστατικών. Ως επείγουσα νοείται, σύμφωνα με την American Dental Association (ADA), αλλά και πολλές Ευρωπαϊκές Οδοντιατρικές Ομοσπονδίες ή συναρμόδιους φορείς, η κατάσταση που απαιτεί άμεση αντιμετώπιση και περιλαμβάνει την αιμορραγία, τον έντονο πόνο, κάταγμα, μετατόπιση και εκγόμφωση δοντιών λόγω τραύματος, κάταγμα γνάθων, μετατόπιση της κροταφογναθικής άρθρωσης, τραυματισμό μαλακών ιστών (ούλων, χειλέων, γλώσσας, παρειών) και οξεία φάση λοιμώξεων (αποστήματα, νεκρώσεις μαλακών ιστών).

Ο περιορισμός των οδοντιατρικών πράξεων σε όσες κρίνονται απολύτως απαραίτητες εφόσον έχουν το χαρακτήρα του επείγοντος, με ταυτόχρονη αποφυγή κάθε πράξης που παράγει αερόλυμα, έχει πρακτικά αναστείλει την άσκηση Οδοντιατρικής. Όσο διαρκεί η πανδημία, το σύνολο των οδοντιατρικών ασθενών βρίσκεται σε αναστολή θεραπειών, με το αναπόφευκτο αποτέλεσμα να αυξάνεται ο αριθμός των συνανθρώπων μας που έχουν ανάγκη οδοντιατρικής φροντίδας, να αυξάνεται ο αριθμός των οδοντιατρικών πράξεων που απαιτούνται ανά ασθενή και να επιβαρύνεται η στοματική υγεία σε επίπεδο κοινότητας.

Η ανάγκη λοιπόν για ανάληψη ατομικής ευθύνης, δεν περιορίζεται στην αποφυγή μόλυνσης από τον κορωνοϊό ή στην αποφυγή πράξεων και δραστηριοτήτων που θα μπορούσαν να αυξήσουν τα περιστατικά που χρήζουν νοσοκομειακής φροντίδας και να προκαλέσουν έτσι επιπλέον επιβάρυνση του Συστήματος Υγείας. Η ατομική ευθύνη συμπεριλαμβάνει και τον ενστερνισμό συνηθειών που προασπίζουν τη διατήρηση της γενικής υγείας και της καλής φυσικής κατάστασης. Είναι πολλές οι συμβουλές που έχουν δοθεί από έγκριτους επιστήμονες για αποφυγή υπερβολών στη διατροφή, για αποφυγή καπνίσματος και για εφαρμογή καθημερινής σωματικής άσκησης, σε συνδυασμό με μια ισορροπημένη διατροφή και υιοθέτηση στάσεων και συμπεριφορών για αποφυγή επιβάρυνσης της ψυχολογικής κατάστασης.

Το Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, έχει προχωρήσει σε μια σειρά από δράσεις για την υποστήριξη του ακαδημαϊκού, ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού στη μάχη κατά του κορωνοϊού (σχετικό mail: 31 Μαρτίου 2020 - 2:55:56 μμ EEST με θέμα: *Επικαιροποίηση των δράσεων του Εθνικού και Καποδιστριακού Πανεπιστημίου Αθηνών στη μάχη για τον Κορωνοϊό*). Μεταξύ αυτών, αναπτύχθηκαν και σημαντικές πρωτοβουλίες, απευθυνόμενες στο ευρύ κοινό για την ψυχολογική και ιατρική υποστήριξή του.

Από οδοντιατρικής πλευράς, μέχρι σήμερα δεν υπάρχει καμία αναφορά σε επιπτώσεις του κορωνοϊού στη στοματική κοιλότητα. Ωστόσο, είναι απολύτως επιβεβλημένο να δοθούν ορισμένες οδηγίες για την πρόληψη εμφάνισης ή επιδείνωσης των οδοντιατρικών προβλημάτων στο γενικό πληθυσμό, όχι από τον COVID-19, αλλά από τις αλλαγές στην καθημερινότητα που έχουν εκ των πραγμάτων επιβληθεί, προκειμένου να περιορισθεί η εξάπλωση της επιδημίας. Οι αλλαγές αυτές περιλαμβάνουν παραμονή στο σπίτι, περιορισμό μεγάλου μέρους των καθημερινών δραστηριοτήτων, αποφυγή κοινωνικών δραστηριοτήτων και επαφών, ακόμα και περιορισμό ή και αναστολή εργασιακών δραστηριοτήτων στη συντριπτική πλειοψηφία του πληθυσμού. Το γεγονός αυτό επηρεάζει την ψυχολογία των ανθρώπων, αυξάνοντας το άγχος και το φόβο και προκαλώντας αισθήματα ματαίωσης, μοναξιάς και αβεβαιότητας. Επιπλέον, η παραμονή επί μακρόν στο σπίτι οδηγεί σε περιορισμό της σωματικής άσκησης, αύξηση του αριθμού των γευμάτων, της ποσότητας της προσλαμβανόμενης τροφής και των γλυκών, ενώ είναι συχνό το φαινόμενο του περιορισμού της συχνότητας και της διάρκειας εφαρμογής στοματικής υγιεινής.

Δεδομένου του γεγονότος ότι η παρούσα κατάσταση ενδέχεται να διαρκέσει αρκετούς μήνες, επιβάλλεται να δοθούν ορισμένες οδηγίες στα μέλη της ακαδημαϊκής κοινότητας του Πανεπιστημίου μας, στους φοιτητές και στο ευρύ κοινό, με σκοπό να αποφευχθεί η επιβάρυνση της στοματικής υγείας του πληθυσμού, η οποία αποδεδειγμένα θα επιφέρει επιβάρυνση και στη γενική υγεία σε μακροχρόνια προοπτική.

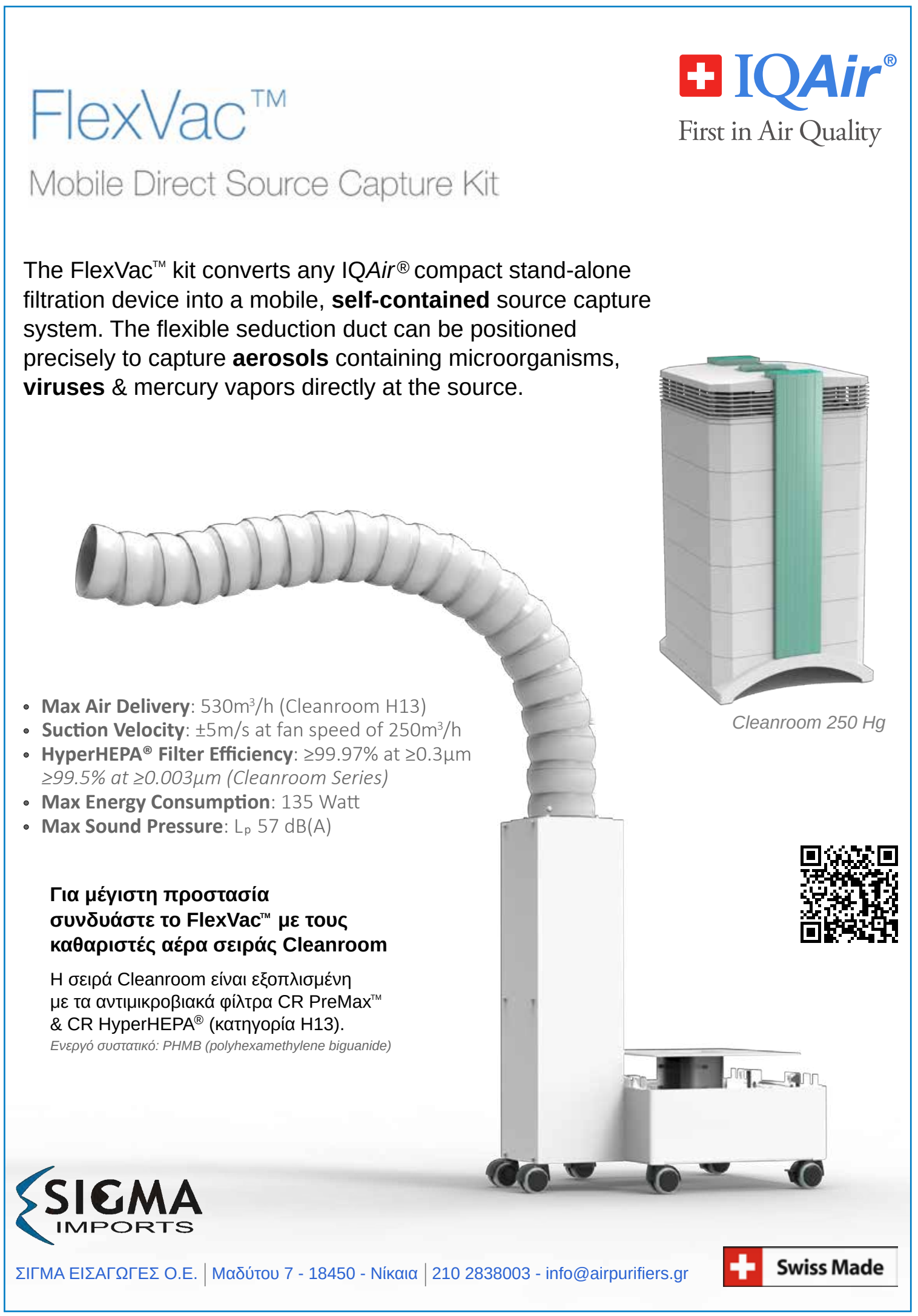
Η διατήρηση της στοματικής υγείας είναι επιβεβλημένη, ώστε να μην αντιμετωπίσουμε αργότερα μεγάλη αύξηση εμφάνισης της τερηδόνας και των νόσων των ούλων (ουλίτιδα και περιοδοντίτιδα), που αφορούν στο σύνολο του πληθυσμού, ανεξαρτήτως ηλικίας.

## Σημαντικές πληροφορίες για όλους

- Η μόλυνση από τον οδοντίατρο είναι εξαιρετικά απίθανη, εφόσον τηρούνται τα απαραίτητα μέτρα αντισηψίας, αποστείρωσης και απολύμανσης.
- Η τερηδόνα προέρχεται από μικρόβια τα οποία μεταβολίζουν υδατάνθρακες και παράγουν οξέα που καταστρέφουν τους σκληρούς οδοντικούς ιστούς. Οι νεότερες ηλικίες εμφανίζουν τερηδόνα στο τμήμα του δοντιού που καλύπτεται από αδαμαντίνη (αυτό που φαίνεται στο στόμα), ενώ οι ηλικιωμένοι ασθενείς προσβάλλονται συχνότερα από τερηδόνα της ρίζας.
- Η εφαρμογή σχολαστικής στοματικής υγιεινής με οδοντόβουρτσα, τουλάχιστον δύο φορές την ημέρα, ο μεσοδόντιος καθαρισμός με οδοντικό νήμα ή μεσοδόντια βουρτσάκια και η χρήση οδοντόπαστας που περιέχει φθόριο, είναι απολύτως επιβεβλημένες πρακτικές για περιορισμό της επίπτωσης τερηδόνας.
- Η ουλίτιδα είναι φλεγμονή που οφείλεται σε μικρόβια και εκδηλώνεται ως αιμορραγία των ούλων κατά τη λήψη τροφής ή με το βούρτσι-

σμα. Δεν είναι όμως υπεύθυνη η οδοντόβουρτσα για την πρόκληση της αιμορραγίας, αλλά η παραμέληση της στοματικής υγιεινής. Η καθημερινή εφαρμογή μεσοδόντιου καθαρισμού με οδοντικό νήμα (τουλάχιστον μία φορά την ημέρα) και οδοντόβουρτσα (τουλάχιστον δύο φορές την ημέρα), είναι επιβεβλημένη ώστε να ελαττωθεί η αιμορραγία των ούλων, να περιοριστεί η φλεγμονή και να ελαττωθεί η πιθανότητα εξέλιξης της ουλίτιδας στη βαρύτερη μορφή της περιοδοντικής νόσου που ονομάζεται περιοδοντίτιδα.

- Η περιοδοντίτιδα είναι ασθένεια η οποία επίσης οφείλεται σε μικρόβια και προσβάλει τα ούλα και το φατνιακό οστούν που συγκρατεί και στηρίζει τα δόντια. Σε προχωρημένες καταστάσεις, η οστική καταστροφή οδηγεί σε κινητικότητα και ενδεχομένως σε απώλεια του δοντιού.
- Για ασθενείς που βρίσκονται υπό θεραπεία περιοδοντίτιδας η οποία δεν πρόλαβε να ολοκληρωθεί, λόγω της έναρξης της πανδημίας, η εφαρμογή αποτελεσματικής στοματικής υγιεινής είναι ιδιαίτερης σημασίας, ώστε να αποφευχθεί η επιδείνωση της νόσου, ως τη στιγμή που θα επιστρέψουμε στην κανονικότητα και θα μπορέσει να ολοκληρωθεί η θεραπεία.
- Ασθενείς οι οποίοι παρακολουθούν ένα προληπτικό πρόγραμμα επισκέψεων στον οδοντίατρο, είτε έχουν θεραπευθεί από ουλίτιδα ή περιοδοντίτιδα, επιβάλλεται να επισκέπτονται τον θεράποντα σε τακτά διαστήματα που καθορίζει ο οδοντίατρος ανάλογα με την περίπτωση, για τη διατήρηση της στοματικής υγείας. Εφόσον αυτές οι συνεδρίες έχουν αναβληθεί επ' αόριστον, λόγω της πανδημίας, ο κίνδυνος υποτροπής είναι σημαντικά μεγαλύτερος. Η μόνη δυνατότητα να περιοριστεί ο κίνδυνος αυτός στο μεγαλύτερο δυνατό βαθμό, είναι και πάλι η εφαρμογή σχολαστικής στοματικής υγιεινής.
- Το οριζόντιο βούρτσισμα όπως και η άσκηση μεγάλης δύναμης, μόνο ζημία μπορεί να προκαλέσει και πρέπει να αποφεύγονται. Αυτό που χρειάζεται είναι η αύξηση του χρόνου που αφιερώνουμε στην εφαρμογή του οδοντικού νήματος και της οδοντόβουρτσας.
- Η οδοντόβουρτσα, χειροκίνητη ή μηχανοκίνητη, πρέπει να έχει μαλακές ή μέτριας σκληρότητας νάυλον τρίχες, ισοϋψείς και με πυκνή διάταξη.
- Γενικά, παρά το γεγονός ότι αυτό εξατομικεύεται σύμφωνα με τις ανάγκες κάθε ασθενούς και σύμφωνα με τις οδηγίες του οδοντιάτρου, η εφαρμογή 10 καθέτων παλινδρομικών κινήσεων του νήματος ή του νήματος που είναι ενσωματωμένο σε συγκρατητήρα, το οποίο πρέπει να αγκαλιάζει την όμορη (μεσοδόντια) οδοντική επιφάνεια, θεωρείται αρκετή. Ο αριθμός των αντίστοιχων κινήσεων της μεσοδόντιας οδοντόβουρτσας είναι κατ'ελάχιστον δέκα, αλλά η κίνηση γίνεται «μέσα – έξω» και σε όλη την έκταση της βούρτσας.
- Ασθενείς οι οποίοι φέρουν εμφυτεύματα, πρέπει να ακολουθούν εφ' όρου ζωής προληπτικά προγράμματα για διατήρηση της υγείας των περιεμφυτευματικών ιστών και προστασία των εμφυτευμάτων τους. Οι επισκέψεις στον οδοντίατρο ή στον περιοδοντολόγο πρέπει να γίνονται ανά 3-4 μήνες, διότι ο κίνδυνος εμφάνισης περιεμφυτευματίτιδας είναι μεγαλύτερος από τον κίνδυνο εμφάνισης περιοδοντίτιδας στο γενικό πληθυσμό. Παράγοντες που αυξάνουν τον κίνδυνο εμφάνισης περιεμφυτευματίτιδας είναι το κάπνισμα, το ιστορικό περιοδοντίτιδας, ο σακχαρώδης διαβήτης, η αναποτελεσματική στοματική υγιεινή κ.α. Ιδιαίτερα αυτήν την περίοδο και μέχρι να αποκατασταθεί η δυνατότητα επίσκεψης στον θεράποντα μετά την αποδρομή της επιδημίας, η καθημερινή αποτελεσματική στοματική υγιεινή πρέπει να γίνεται το ίδιο σχολαστικά όπως και για τα δόντια.
- Ο κίνδυνος υποτροπής σε ασθενείς που έχουν θεραπευθεί από περιοδοντίτιδα είναι μεγαλύτερος σε καπνιστές, ενώ έχει παρατηρηθεί σημαντική επιβάρυνση της περιοδοντικής κατάστασης σε περιόδους έντονου stress.
- Περιοδοντικοί ασθενείς με επιβαρυμένη γενική υγεία οφείλουν να έχουν αυξημένη επιμέλεια, δεδομένης της συσχέτισης της στοματικής τους υγείας με τη συστημική τους νόσο (πχ καρδιαγγειακά νοσήματα, ασθενείς σε ανοσοκαταστολή, ασθενείς που λαμβάνουν θεραπεία για οστεοπόρωση με αντιοστεολυτικά π.χ. διφωσφονικά ή άλλα ενέσιμα φάρμακα κ.α.).
- Αυξημένη επιμέλεια οφείλουν να έχουν οι έγκυες για αποφυγή επιβάρυνσης της υγείας των ούλων κατά τη διάρκεια της κυήσεως.
- Τα μέσα στοματικής υγιεινής, ΑΠΑΓΟΡΕΥΕΤΑΙ να χρησιμοποιούνται από άλλο άτομο, ακόμα και της ίδιας οικογένειας.
- Ιδιαίτερα για τα παιδιά, οι γονείς πρέπει να εξηγήσουν την ανάγκη και τη χρησιμότητα της στοματικής υγιεινής, να παρακινούν τα μεγαλύτερα και να επιβλέπουν τα μικρότερα παιδιά και να θυμούνται ότι ο καλύτερος τρόπος να πειστούν τα παιδιά, είναι βλέποντας τους γονείς να φροντίζουν οι ίδιοι τα δόντια και τα ούλα τους.
- Ασθενείς με αυξημένο τερηδονικό κίνδυνο (συχνή επίπτωση τερηδόνας, πολλές εμφράξεις, ξηροστομία, άτομα που βρίσκονται σε ορθοδοντική θεραπεία, μεγάλες προσθετικές αποκαταστάσεις κ.α.) ωφελούνται από τη χρήση στοματοπλυμάτων ή gel που περιέχουν φθόριο σε υψηλή συγκέντρωση, συμπληρωματικά προς την εφαρμογή οδοντικού νήματος και οδοντόβουρτσας.
- Η χρήση στοματικών διαλυμάτων ΔΕΝ μπορεί να υποκαταστήσει τη μηχανική απομάκρυνση των μικροβίων, η οποία πραγματοποιείται με το οδοντικό νήμα, την οδοντόβουρτσα και τις μεσοδόντιες οδοντόβουρτσες.
- Η επίδειξη συνέπειας με την καθημερινή στοματική υγιεινή θα βοηθήσει στον περιορισμό των αναγκών για επείγουσα επίσκεψη στον οδοντίατρο, ελάττωση των πιθανοτήτων να απαιτηθεί εξαγωγή, αντιμετώπιση αποστημάτων, ενδοδοντικές θεραπείες κ.α. Επιπρόσθετα, ελαττώνεται η πιθανότητα να χρειαστεί μετακίνηση για την αντιμετώπιση οδοντιατρικών προβλημάτων, η πιθανότητα εγκατάστασης επώδυνων καταστάσεων, η ανάγκη λήψης αντιβίωσης, ενώ ταυτόχρονα διασφαλίζεται η πρόληψη από καταστάσεις που θα απαιτήσουν μετά την επιστροφή στην κανονικότητα, χρονοβόρες οδοντιατρικές θεραπείες.
- Σε περίπτωση επείγοντος περιστατικού ενημερώνουμε άμεσα τον Οδοντίατρό μας.
- Η λήψη φαρμάκων και ιδιαίτερα αντιβιοτικών η οποία γίνεται αυθαίρετα, χωρίς να έχει προηγηθεί και εγκριθεί από τον οδοντίατρο, είναι λανθασμένη και επικίνδυνη πρακτική και σε καμία περίπτωση δεν επιτρέπεται.
- Η πρόληψη, ιδιαίτερα αυτό το διάστημα είναι έκφραση υπευθυνότητας και προστατεύει την ατομική και τη Δημόσια Υγεία και την απώλεια δοντιών, χρόνου και χρημάτων.

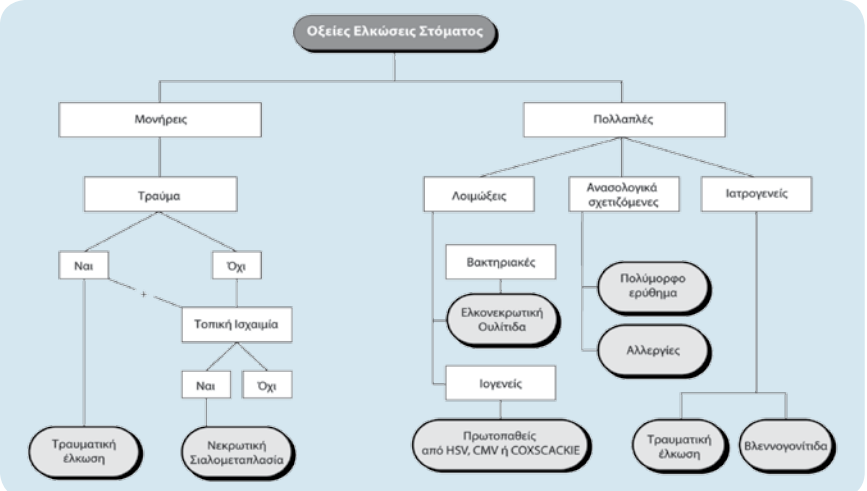


*Η σελίδα της*
**ΕΛΛΗΝΙΚΗΣ ΕΤΑΙΡΙΑΣ ΚΛΙΝΙΚΗΣ ΣΤΟΜΑΤΟΛΟΓΙΑΣ**

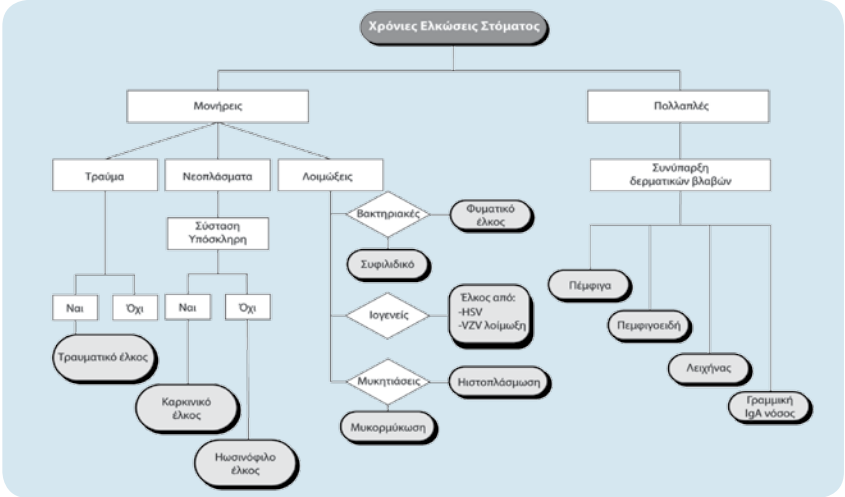
# Διαγνωστικοί αλγόριθμοι

## Οι αλγόριθμοι στη διάγνωση των στοματικών ελκώσεων

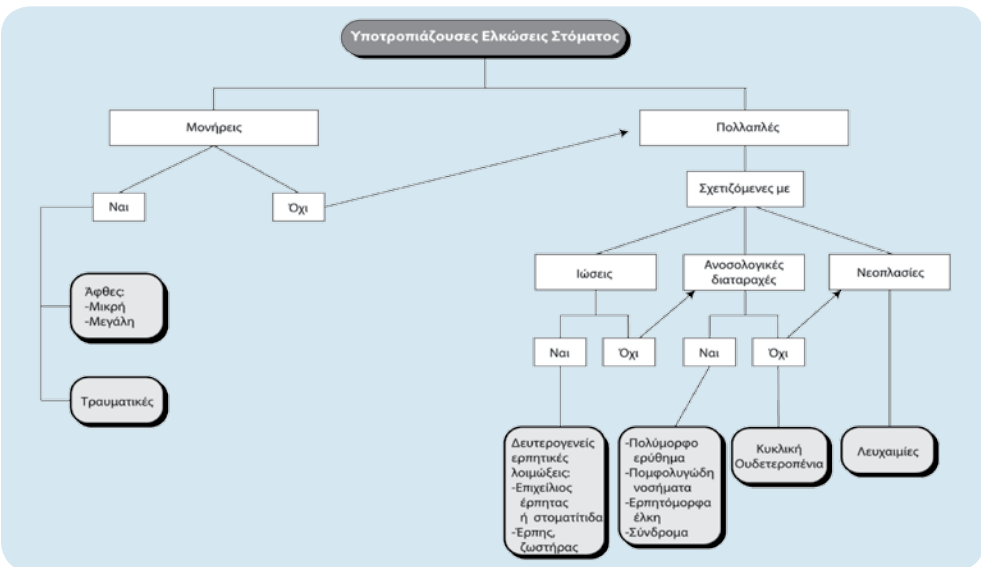
**Δημήτρης Μαλάμος**
Ειδικός Στοματολόγος DDS; MSc; PhD; Dip.O.M
Διπλωματούχος Ευρωπαϊκής Εταιρείας Στοματολογίας (EAOM)
Ταμίας Ελληνικής Εταιρίας Κλινικής Στοματολογίας
*Mail επικοινωνίας:*
dim.malamos@gmail.com



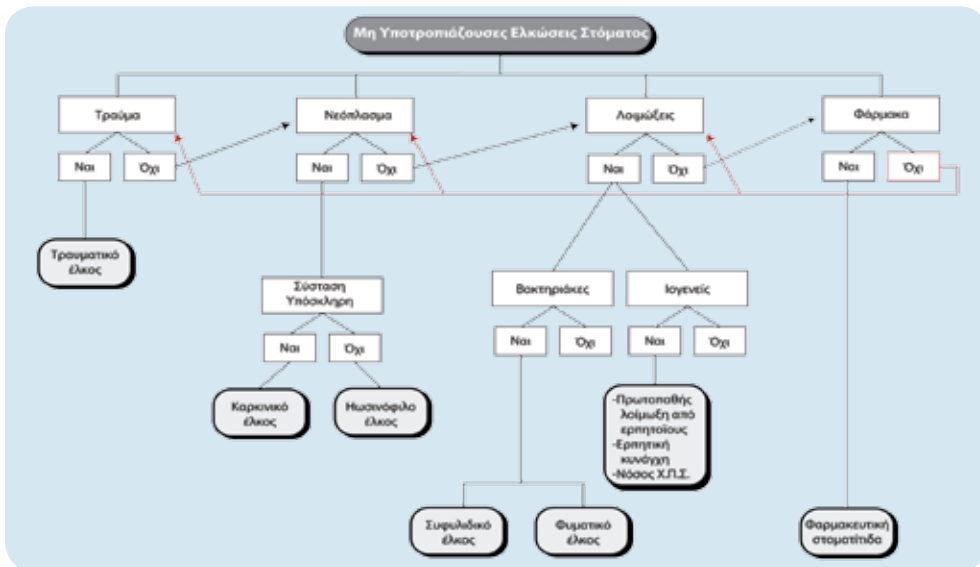

*Εικ. 1α: Αλγοριθμική προσέγγιση των οξείων ελκώσεων (< 2 εβδομάδων)*



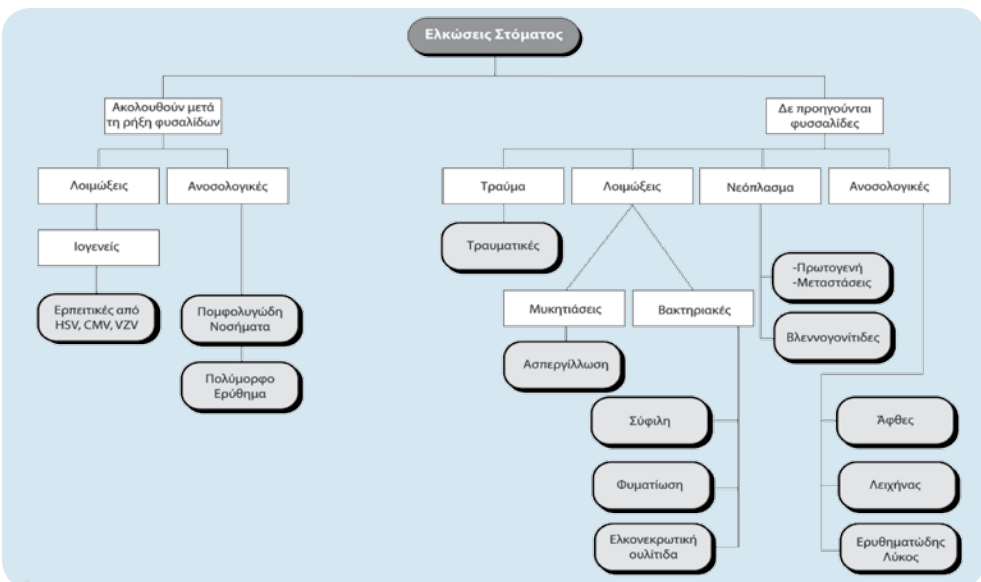

*Εικ. 1β: Αλγοριθμική προσέγγιση των χρονίων ελκώσεων (> 2 εβδομάδων)*



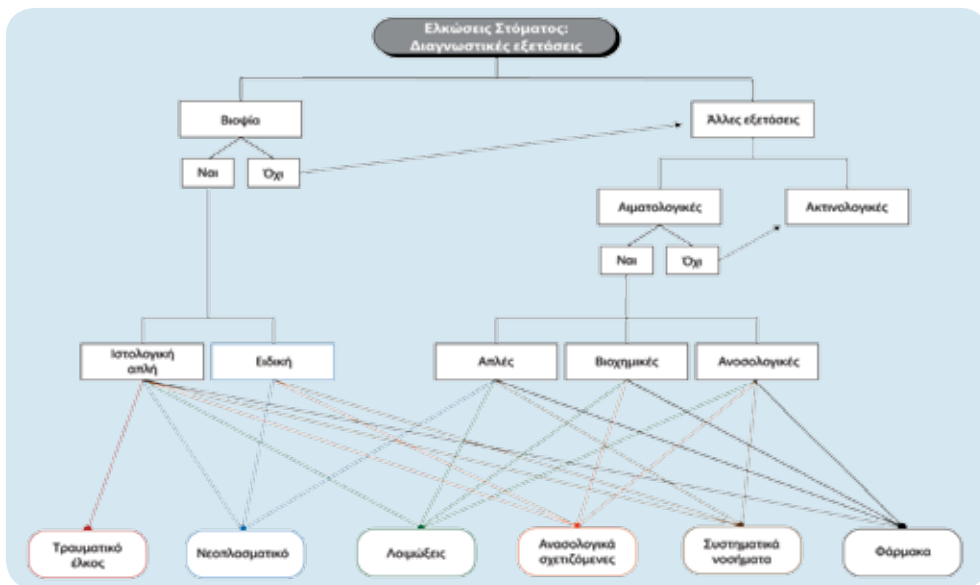

*Εικ. 2α: Αλγοριθμική προσέγγιση των υποτροπιαζουσών ελκώσεων*



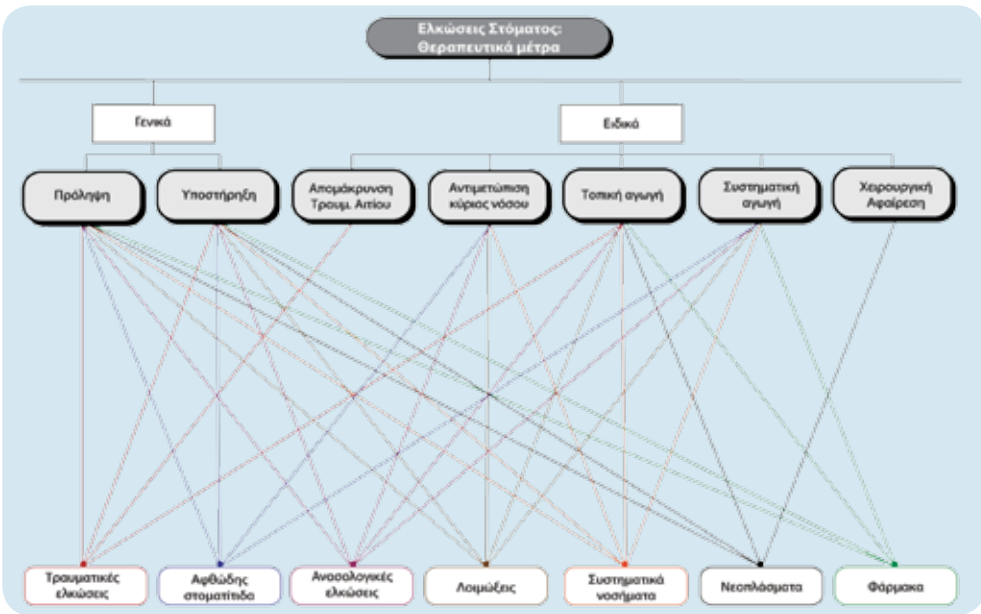

*Εικ. 2β: Αλγοριθμική προσέγγιση των μη υποτροπιαζουσών ελκώσεων*




*Εικ. 3: Αλγοριθμική προσέγγιση των ελκώσεων σχετιζόμενων με την εμφάνιση ή όχι φυσαλίδων*




*Εικ. 4: Αλγοριθμική προσέγγιση των ελκώσεων με εργαστηριακές εξετάσεις*




*Εικ. 5: Αλγοριθμική προσέγγιση στη θεραπεία των ελκώσεων στόματος*

Η ραγδαία εξέλιξη της τεχνικής νοημοσύνης τα τελευταία χρόνια με την εφαρμογή των αλγορίθμων στην Ιατρική, επιτρέπει την σωστή και έγκαιρη διάγνωση, πρόγνωση και θεραπεία διαφόρων νοσημάτων, επιλέγοντας τα κατάλληλα διαγνωστικά – θεραπευτικά μέσα. Οι αλγόριθμοι είναι μια σειρά βημάτων αυστηρά καθορισμένων, που στοχεύουν στην επίλυση ενός προβλήματος σε συγκεκριμένο χρόνο. Δυστυχώς η χρήση των αλγορίθμων στην Οδοντιατρική και ειδικότερα στη Στοματολογία είναι περιορισμένη και αφορά κυρίως την αντιμετώπιση του οδοντικού πόνου, καρκίνου και σε περιορισμένο βαθμό των αφθών και άλλων ελκώσεων.

Ελκώσεις είναι ανοικτές πληγές που χαρακτηρίζονται από την απώλεια του στοματικού βλεννογόνου πέρα από το χόριο ή ακόμη βαθύτερα στον υποβλεννογόνιο. Οι ελκώσεις στόματος διακρίνονται σε τραυματικές, υποτροπιάζουσες άφθες, νεοπλασματικές, βακτηριακές, ιογενείς ή μυκητιάσεις ή είναι αποτέλεσμα συστηματικών νοσημάτων ή φαρμάκων. Σύγχυση επικρατεί πολλές φορές στη διαφορική διάγνωση – θεραπεία των ελκώσεων και εδώ ο ρόλος του σύγχρονου Οδοντιάτρου είναι σημαντικός. Ο Οδοντίατρος καλείται να τις διαγνώσει το γρηγορότερο, ακολουθώντας μια σειρά βημάτων, με τη βοήθεια των αλγορίθμων αφού λάβει υπόψη τα κλινικά χαρακτηριστικά των ελκώσεων δηλαδή τον αριθμό τους και τη διάρκειά τους ***(Εικ.1α*** και ***β)*** την πρωτο-εμφάνιση τους ή όχι ***(Εικ. 2α*** και ***β)*** και τη συσχέτισή τους με άλλες βλάβες όπως φυσαλίδες ***(Εικ. 3)***. Η δε επιβεβαίωση της κλινικής τους διάγνωσης επιτυγχάνεται με μια σειρά εργαστηριακών εξετάσεων όπως αποτυπώνονται στον αλγόριθμο της ***Εικ. 4.*** Δειλά - δειλά οι αλγόριθμοι αρχίζουν να παίρνουν θέση και στην θεραπευτική αντιμετώπιση των ελκώσεων ***(Εικ. 5)*** και εδώ η συνεργασία του Οδοντιάτρου με τον στοματολόγο και με τον σχεδιαστή – προγραμματιστή αλγορίθμων είναι αναγκαία.

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
Ελληνικής Ενδοδοντικής Εταιρείας

# Ενεργοποίηση των υγρών διακλυσμού – ναι, αλλά πώς;

**Μαίρη Δέδε**
Διδάκτωρ Πανεπ. Δρέσδης
Χειρ. Οδοντίατρος, εξειδικευθείσα στην Ενδοδοντολογία

Ο κλασικός τρόπος χρήσης των υγρών διακλυσμού κατά τη διαδικασία της ενδοδοντικής θεραπείας είναι επαρκής; Τα πλεονεκτήματα του χημικού καθαρισμού έναντι του μηχανικού στο πολύπλοκο σύστημα των ριζικών σωλήνων είναι αποδεδειγμένα και ο κατάλληλος συνδυασμός που επιφέρει τα επιθυμητά αποτελέσματα. Τα μηχανικά μέσα δεν αρκούν στο να καθαρίσουν παράπλευρους ριζικούς σωλήνες και περίεργες μορφολογίες. Η πολυπλοκότητα του συστήματος των ριζικών σωλήνων και η παραμονή μικροβίων σε περιοχές που δεν φτάνουν τα μηχανικά μας μέσα επιβάλλουν την αναζήτηση της βελτίωσης της διαδικασίας του χημικού καθαρισμού. Η ενεργοποίηση των υγρών διακλυσμού συντελεί στη βελτίωση αυτής της διαδικασίας, αλλά ταυτόχρονα θα μπορούσε να πει κανείς ότι αποτελεί μια συχνά δαπανηρή διαδικασία.

Για να τη χρησιμοποιήσουμε με λογικό τρόπο και να τη διατηρήσουμε εντός των ορίων, είναι σκόπιμο να εξετάσουμε λεπτομερώς τις εκάστοτε αποδοτικές τεχνικές. Εκτός από την ενεργοποίηση των υγρών διακλυσμού που βασίζεται σε λέιζερ, η υδροδυναμική και αυτή με συσκευές υπερηχητικής ή ηχητικής ενεργοποίησης των υγρών διακλυσμού αποδεικνύουν συνεχώς την αποτελεσματικότητά τους.

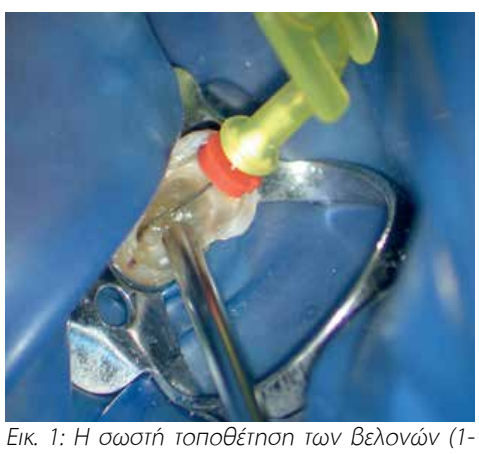
Η διαδικασία των διακλυσμών του συστήματος των ριζικών σωλήνων αποτελεί ένα ζήτημα καθημερινής κλινικής πράξης στην Ενδοδοντία, αναπόσπαστο από την έννοια της ίδιας της ενδοδοντικής θεραπείας. Στόχος της διαδικασίας των διακλυσμών σύμφωνα με την ευρωπαϊκή κοινότητα ενδοδοντολόγων (European Society of Endodontology 2006, Schäfer 2007) είναι:

1. Εξάλειψη μικροβίων - αντιμικροβιακή δράση
2. Εξάλειψη μικροβίων σε περιοχές που μένουν ανέπαφες από τη μηχανική επεξεργασία
3. Απομάκρυνση ρινισμάτων οδοντίνης
4. Διάλυση των πολφικών υπολειμμάτων
5. Λίπανση του ριζικού σωλήνα για διευκόλυνση της δράσης των μικροεργαλείων
6. Απομάκρυνση του οδοντινικού επιχρίσματος (smear layer)

Και όλα αυτά για να επιτύχουμε την τρισδιάστατη έμφραξη του πολύπλοκου συστήματος των ριζικών σωλήνων.

Σύμφωνα με ερωτηματολόγια που έχουν δοθεί σε συνέδρια (DGET 6. Jahrestagung 2016) ένας μόνο στους τέσσερις οδοντιάτρους ενεργοποιεί τα υγρά διακλυσμού κατά την διάρκεια της ενδοδοντικής θεραπείας. Αν και η ενεργοποίηση με υπερήχους των υγρών διακλυσμού είναι γνωστή και ερευνάται επιστημονικά εδώ και αρκετά χρόνια, οι κλινικοί αποφεύγουν την ενεργοποίηση των υγρών διακλυσμού.

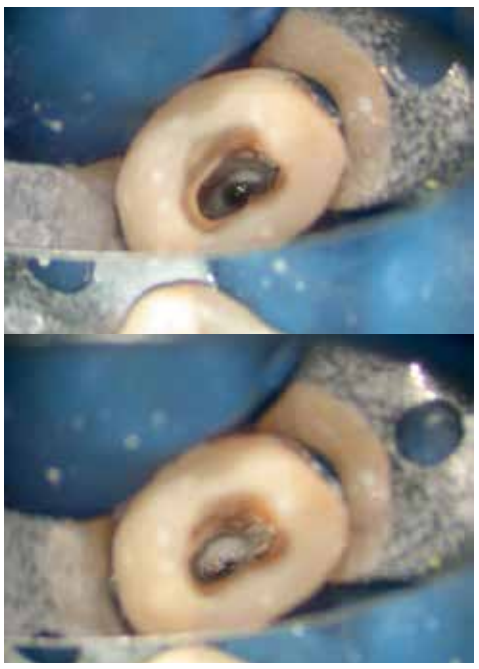
Πολλές έρευνες επιστημονικά τεκμηριωμένες αλλά και με κλινικό υπόβαθρο σε βάθος χρόνου έχουν γίνει, που αποδεικνύουν την αποτελεσματικότητα της ενεργοποίησης των υγρών διακλυσμού και τον καθοριστικό ρόλο που μπορεί να παίξει στην επιτυχία μιας ενδοδοντικής θεραπείας ***(Εικ. 1)***.



*Εικ. 1: Η σωστή τοποθέτηση των βελονών (1-2μμ από το μήκος εργασίας) κατά τη διαδικασία των διακλυσμών και η προσπάθεια για συνεχή ανακύκλωση του υγρού.*

### *Πότε η ενεργοποίηση των υγρών διακλυσμού έχει νόημα;*

Η ενεργοποίηση των υγρών διακλυσμού έχει νόημα μόνο όταν οι ριζικοί σωλήνες και το σύστημα αυτών είναι ήδη σωστά επεξεργασμένο, ώστε το υγρό να μπορεί να κυκλοφορήσει έως το ακρορριζικό τριτημόριο του συστήματος των ριζικών σωλήνων. Ως στόχος της μηχανικής επεξεργασίας πρέπει να θεωρείται και η δημιουργία επαρκούς χώρου ώστε να καταστεί δυνατή η χρήση υγρών διακλυσμών και η προώθηση αυτών σε όλο το σύστημα του ριζικού σωλήνα ***(Εικ. 2)***.



*Εικ. 2: Το υγρό διακλυσμού (NaOCl) μέσα στο ριζικό σώληνα πριν και μετά την ενεργοποίηση.*

Με την ενεργοποίηση των υγρών διακλυσμού ουσιαστικά προωθούνται τα χημικά μέσα σε περιοχές που το μικροεργαλείο δεν θα καταφέρει να φτάσει. Υπολείμματα ρυπαρού οδοντινικού επιχρίσματος και μολυσμένων πολφικών ιστών που έχουν παραμείνει μετά τη μηχανική επεξεργασία εμποδίζουν τη τοποθέτηση του υδροξειδίου του ασβεστίου, κάτι το οποίο θα μπορούσε να αποφευχθεί με την ενεργοποίηση των διακλυσμών. Αυτός είναι και ο μόνος τρόπος για να εξασφαλιστεί και η σωστή τοποθέτηση του υδροξειδίου του ασβεστίου σε όλο το μήκος του ριζικού σωλήνα και στα σημεία τα μη προσπελάσιμα από τα μηχανικά μέσα. Επιπρόσθετα, σε ήδη μολυσμένους ριζικούς σωλήνες με περιακρορριζικές αλλοιώσεις (ή και σε μολυσμένους παράπλευρους ριζικούς σωλήνες) η λεπτομερής απολύμανση του συστήματος των ριζικών σωλήνων είναι ιδιαιτέρως σημαντική. Τα βακτήρια μπορούν να εισχωρήσουν βαθιά στα οδοντινοσωληνάρια με αποτέλεσμα η απομάκρυνσή τους από εκεί να είναι ανέφικτη χωρίς τη χρήση της ενεργοποίησης των υγρών διακλυσμού. Η χρήση αυτή θα βοηθήσει στην εισχώρηση των υγρών διακλυσμού σε βάθος οδοντινοσωληναρίων, αφού αφαιρεθεί το ρυπαρό οδοντινικό επίχρισμα.

Η ενεργοποίηση του υγρού διακλυσμού για παράδειγμα του υποχλωριώδους νατρίου, που χρησιμοποιείται κατά κόρον, πολλαπλασιάζει την αντιμικροβιακή του δράση και με τη σειρά του μπορεί να βελτιώσει τη μακροπρόθεσμη επιτυχία της θεραπείας.

Σε δεύτερο χρόνο, το υδροξείδιο του ασβεστίου πρέπει να αφαιρεθεί εξ ολοκλήρου από το πολύπλοκο σύστημα των ριζικών σωλήνων, γεγονός που δεν είναι καθόλου εύκολο, λόγω της πολυπλοκότητας αυτής. Ιδιαιτέρως σε μορφολογίες όπως ισθμοί ή ακρορριζικά δέλτα η αφαίρεση του υδροξειδίου χωρίς ενεργοποίηση μπορεί να είναι έως και αδύνατη. Αυτό το δείχνουν διάφορες ex vivo έρευνες που έχουν γίνει με Micro CT.

Άρα η ενεργοποίηση των υγρών διακλυσμού πρέπει να γίνεται μετά τη μηχανική επεξεργασία και πριν την τοποθέτηση του υδροξειδίου του ασβεστίου καθώς και σε δεύτερο χρόνο για την αφαίρεση του υδροξειδίου του ασβεστίου πριν την έμφραξη των ριζικών σωλήνων.

### *Πώς μπορούμε (με ποιους τρόπους) να ενεργοποιήσουμε τα υγρά διακλυσμού;*

#### Laser

Η χρήση του laser στην Ενδοδοντία έχει συζητηθεί επανειλημμένα, αλλά αμφιλεγόμενα. Η υπεροχή της χρήσης του laser σε σχέση με το συμβατικό τρόπο χρήσης των υγρών διακλυσμού, όσον αφορά την αποτελεσματικότητα στην απολύμανση των ριζικών σωλήνων, δεν έχει αποδειχθεί επιστημονικά σε πληθώρα άρθρων. Ένας νέος ωστόσο τρόπος ενεργοποίησης με το ER:YAG-LASER, το «Photon Induced Photoacustic streaming» (PIPS) δείχνει να έχει αυξημένη θετική επίδραση στην ενεργοποίηση των διακλυσμών. Με τη βοήθεια των παλμών λέιζερ, τα κύματα σοκ υψηλής ενέργειας εκπέμπονται στο υγρό έκπλυσης, το οποίο αρχίζει να μετακινείται και εξαπλώνεται σε μορφή κυμάτων σε όλο το σύστημα των ριζικών σωλήνων (acoustic streaming). Ωστόσο περιμένουμε και κλινικά αυτή η μέθοδος να μας δείξει τα αναμενόμενα καλά αποτελέσματα, καθώς είναι ακόμα νωρίς. Φυσικά ένα μεγάλο μειονέκτημα της τεχνικής είναι η μεγάλη οικονομική δαπάνη.

#### Υδροδυναμική Ενεργοποίηση

Η υδροδυναμική ενεργοποίηση των υγρών διακλυσμού είναι ένας άλλος τρόπος που οδηγεί σε ανάπτυξη της ροής των υγρών, με αποτέλεσμα να αφαιρείται το ρυπαρό οδοντινικό επίχρισμα αποδεδειγμένα καλύτερα σε σύγκριση με το συμβατικό τρόπο. Η ανάπτυξη της ροής αυτής μπορεί να γίνει με συσκευές στροβιλο-ελεγχόμενες (Rins Endo) ή ακόμα και με τη κίνηση ενός εργαλείου χειρός ή του κύριου κώνου πάνω κάτω επαναλαμβανόμενα δημιουργώντας χειροκίνητα στροβιλισμό του υγρού. Ο τρόπος αυτός δείχνει θετικά αποτελέσματα κυρίως σε κεκαμμένους ριζικούς σωλήνες.

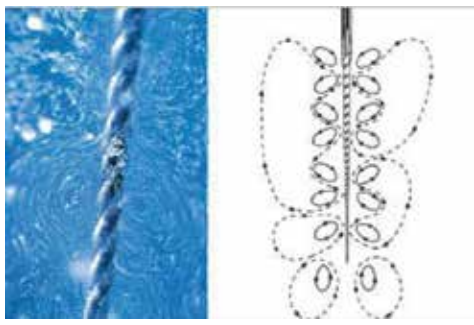
#### Υπέρηχοι

Η αντίστοιχη ενεργοποίηση με υπερήχους είναι η μέθοδος που επιστημονικά έχει ερευνηθεί περισσότερο από κάθε άλλη μέθοδο και έχουν πραγματοποιηθεί πολλές έρευνες που αποδεικνύουν την αποτελεσματικότητά της. Αποτελεί το gold standard για την ενεργοποίηση των υγρών διακλυσμού μέχρι σήμερα. Ένα μεγάλο πλεονέκτημα αυτής της τεχνικής είναι ότι οι περισσότεροι οδοντίατροι έχουν συσκευές υπερήχων στα ιατρεία τους. Οι συσκευές αυτές αρκεί να ρυθμίζονται στα 30.000 Hz. Έτσι με την αγορά μόνο των κατάλληλων ρύγχων ***(Εικ. 3)*** για την ενεργοποίηση των υγρών μπορούν να εφαρμόσουν αυτήν την τεχνική.

*Εικ.3: Μεταλλικό ρύγχος για τη χρήση σε συσκευή υπερήχων.*

Προσοχή χρειάζεται στην επιλογή των ρύγχων καθώς και στη χρήσης τους ώστε να αποφευχθεί η επαφή με τα τοιχώματα των ριζικών σωλήνων. Η επαφή αυτή μπορεί να επηρεάσει αρνητικά την ήδη υπάρχουσα επεξεργασία των ριζικών σωλήνων, όπως και να οδηγήσει στο σπάσιμο αυτών των μικροεργαλείων. Η χρήση τους μπορεί να είναι δύσκολη σε σωλήνες με έντονες κάμψεις. Η ενεργοποίηση με τη χρήση υπερήχων πρέπει να

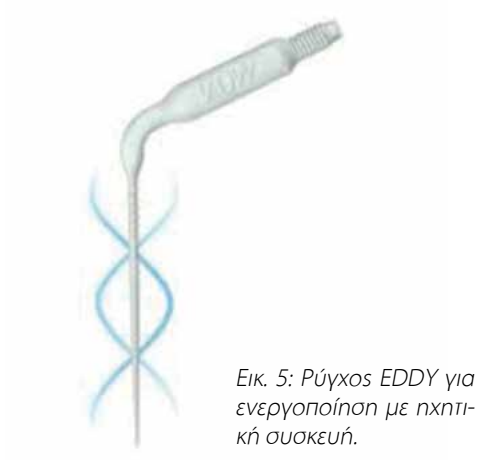
είναι παθητική και να μη συμμετέχει μηχανικά στην επεξεργασία του συστήματος των ριζικών σωλήνων. Έτσι αποφεύγονται τα συμβάματα, αλλά ταυτόχρονα προωθούνται τα αντιμικροβιακά υγρά στις περιοχές που δεν φτάνουν τα μηχανικά μας μέσα. Οι δονήσεις που προκαλούν οι υπέρηχοι δημιουργούν το λεγόμενο φαινόμενο της σπηλαιοποίησης και ακουστικής ροής με αποτέλεσμα να ενεργοποιούν τα υγρά με αυτό τον τρόπο και να αυξάνουν έτσι την αντιμικροβιακή τους δράση ***(Εικ. 4)***.



*Εικ.4: Σχηματικό σχέδιο της ακουστικής ροής (acoustic streaming) γύρω από ένα μικροεργαλείο (Ahmad et al. 1987).*

## Ήχοι

Με ενεργοποίηση των υγρών διακλυσμού μέσω δονήσεων μέχρι 20kHz τότε ονομάζουμε την ενεργοποίηση αυτή ηχητική. Προφανώς οι δονήσεις που προκαλούνται στο άκρο του εκάστοτε ρύγχους είναι χαμηλότερες και πιο αδύναμες (λιγότερα Hz) σε σχέση με αυτές των υπερήχων. Υπάρχουν στο εμπόριο πολλές ηχητικές συσκευές (Endoactivator) με προσαρμοσμένα ρύγχη με συγκεκριμένες κωνικότητες και μεγέθη. Η ιδέα όσον αφορά αυτό είναι το ρύγχος να ταιριάζει στην εκάστοτε διεύρυνση του ριζικού σωλήνα και να αποφευχθεί με αυτόν τον τρόπο η επαφή με τα τοιχώματα του ριζικού σωλήνα. Στη βιβλιογραφία η ηχητική ενεργοποίηση δεν δείχνει να υπερέχει έναντι της ενεργοποίησης με υπερήχους. Συνεχώς όμως η ανάπτυξη και η δημιουργία νέων ρύγχων κατάλληλων για ηχητικές συσκευές μπορεί να αλλάξει τα δεδομένα. Ένα σχετικά νέο μικροεργαλείο για ενεργοποίηση με ήχους των υγρών διακλυσμών είναι ένα ρύγχος από πολυαμίδη (EDDY) ***(Εικ. 5)***. Το εύκαμπτο, λείο αυτό ρύγχος με δυνατότητα πρόκαμψης πλεονεκτεί σε σύγκριση με τα μεταλλικά ρύγχη και ταυτόχρονα δονείται σε υψηλότερες συχνότητες (5000 - 6000 Hz) από ότι τα κλασικά ρύγχη των ηχητικών συσκευών. In vitro μελέτες που έχουν γίνει έχουν δείξει πολύ θετικά αποτελέσματα όσον αφορά την ενεργοποίηση των υγρών διακλυσμού, συνδυάζοντας τα πλεονεκτήματα των υπερήχων με την ευκαμψία – ευελιξία του συγκεκριμένου υλικού. Μπορεί να χρησιμοποιηθεί σε κεκαμμένους ριζικούς σωλήνες στο επιθυμητό μήκος 1-2 μμ από το μήκος εργασίας και να ενεργοποιήσει τα υγρά διακλυσμού. Η χρήση του είναι απλή και καθόλου πολύπλοκη και μπορεί να γίνει και με εφαρμογή σε μία χειρολαβή Airscaler ***(Εικ. 5)***.



*Εικ. 5: Ρύγχος EDDY για ενεργοποίηση με ηχητική συσκευή.*

## Συμπέρασμα

Η ενεργοποίηση των υγρών διακλυσμού αποτελεί ένα μέρος της μοντέρνας Ενδοδοντίας καθώς και ένα αποφασιστικό βήμα της ενδοδοντικής θεραπείας που μπορεί να καθορίσει την επιτυχία της. Για αυτό ακριβώς το λόγο έχει θέση στην καθημερινή κλινική πράξη και δεν περιορίζεται στην εξειδικευμένη Ενδοδοντία. Η επιλογή του τρόπου ενεργοποίησης είναι απόφαση του κάθε κλινικού, ο οποίος μπορεί να διαλέξει από αποδεδειγμένους τρόπους ενεργοποίησης (ύπερηχοι) μέχρι και πιο νέες τεχνολογικά μεθόδους (EDDY) που φέρουν εξίσου πολύ θετικά αποτελέσματα στην επίδραση της αντιμικροβιακής δράσης των υγρών διακλυσμού. Το μόνο σίγουρο είναι ότι η συμπληρωματική ενεργοποίηση των υγρών διακλυσμού υπερέχει σε σύγκριση με το συμβατικό, κλασικό τρόπο απλής έκπλυσης των ριζικών σωλήνων στηριζόμενοι αποκλειστικά στην αντιμικροβιακή δράση των υγρών διακλυσμού. Η ενεργοποίηση βοηθά στο να προωθηθεί το υγρό διακλυσμού σε περιοχές που τα μηχανικά μέσα υστερούν να φτάσουν. Σημεία που όμως, μπορούν να καθορίσουν την επιτυχία μιας ενδοδοντικής θεραπείας.

## Ενδεικτική Βιβλιογραφία


Gutierrez JH, Garcia J. Microscopic and macroscopic investigation on results of mechanical preparation of root canals. Oral Surg Oral Med Oral Pathol 1968;25: 108-116

Estrela, C., Estrela, C. R. A., Decurcio, D. A., Hollanda, A. C. B. and Silva, J. A. Antimicrobial efficacy of ozonated water, gaseous ozone, sodium hypochlorite and chlorhexidine in infected human root canals. Int Endod J 2007; 40: 85–93.

Haapasalo M, Endal U, Zandi H, Coil JM Eradication of endodontic infection by instrumentation and irrigation solutions. Endod. Topic 2005; 10(1).

Van der Sluis L, Versluis M, Wu M, Wesselink P. Passive ultrasonic irrigation of the root canal: A review of the literature. Int Endod J 2007;40:415-426

Van der Sluis L, Vogels M, Verhaagen B, Macedo R, Wesselink P. Study on the influence of refreshment/activation cycles and irrigants on mechanical cleaning efficiency during ultrasonic activation of the irrigant. J Endod 2010;36:737-740.

Gu LS, Kim JR, Ling J, Choi KK, Pashley DH. Review of contemporary irrigant agitation techniques and devices. J Endod 2009;35:791-804.

Beus C, Safavi K, Stratton J, Kaufman B. Comparison of the effect of two endodontic irrigation protocols on the elimination of bacteria from root canal system: a prospective, randomized clinical trial. J Endod 2012;38:1479-1483.

Bhuva B, Patel S, Wilson R, Niazi S, Beighton D, Mannocci F. The effectiveness of passive ultrasonic irrigation on intraradicular Enterococcus faecalis biofilms in extracted single-rooted human teeth. Int Endod J 2010;43:241-250.

Silva L.J.M, Pessoa O.F, Texeira M.G, Gouveia C.H, Braga R. Micro CT evaluation of calcium hydroxide removal through passive ultrasonic irrigation associated with or without an additional instrument. Int Endod J 2014;48 (8):768-73



Προτεραιότητα στην ασφάλεια!

Μάσκες υψηλής προστασίας από τον Κορονοϊό
Κατηγορίας KN95 / FFP2, με 4 φύλλα προστασίας

Πωλούνται σε κλειστή συσκευασία 2 τεμ.

Χειρουργικές αναλώσιμες μάσκες
Μίας χρήσης, με 3 φύλλα προστασίας

Κουτί των 50 τεμαχίων

Ασπίδα προσώπου (προσωπίδα)

Προσωπίδα φτιαγμένη από διάφανο PET. Καλύπτει μέχρι πριν από τα αυτιά και διαθέτει σφουγγαράκι memory foam για πολύωρη χρήση χωρίς να κουράζει. Εφαρμόζει στο κεφάλι, έχει ρυθμιζόμενο λάστιχο για να προσαρμόζεται εύκολα. Αφήνει χώρο για χρήση γυαλιών οράσεως.
Απολυμαίνει και καθαρίζεται με οινόπνευμα, αντισηπτικό και χλώριο.

05/2020

DENTALCOM Γ. ΠΑΠΑΖΟΓΛΟΥ Α.Ε.

ΚΑΡΥΟΦΥΛΛΗ 24, ΓΟΥΔΗ, 115 27 ΑΘΗΝΑ
ΤΗΛ.: 210.7775110, 210.7775929 e-mail: sales@dentalcom.gr - www.dentalcom.gr

Η στήλη της
ΕΛΛΗΝΙΚΗΣ ΠΕΡΙΟΔΟΝΤΟΛΟΓΙΚΗΣ ΕΤΑΙΡΕΙΑΣ

# Μη χειρουργική τεχνική ελάχιστης παρέμβασης με εφαρμογή παραγώγου αδαμαντινικής θεμέλιας ουσίας για την αντιμετώπιση ενδοστικής βλάβης: Παρουσίαση κλινικού περιστατικού

**Στέλλα Ανοιξιάδου**
Χειρουργός Οδοντίατρος, DDS - MSc
Μετεκπαιδευθείσα στην Περιοδοντολογία, Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης

Οι περιοδοντικές οστικές βλάβες χωρίζονται σε υπεροστικές βλάβες, που χαρακτηρίζονται από οριζόντια καταστροφή των περιοδοντικών ιστών και είναι οι πιο συχνά εμφανιζόμενες στους περιοδοντικούς ασθενείς[1], και στις ενδοστικές βλάβες, που ορίζονται ως «οι περιοδοντικές βλάβες εντός του οστού που περιβάλλονται από ένα, δύο ή τρία οστικά τοιχώματα ή και συνδυασμό αυτών»[2]. Ο ρόλος των ενδοστικών βλαβών αυτών στην εξέλιξη της περιοδοντικής νόσου φαίνεται να είναι σημαντικός σε περιπτώσεις που οι βλάβες αυτές δε δεχθούν θεραπεία[3]. Αντιθέτως, όταν οι βλάβες αυτές θεραπευθούν και στη συνέχεια ο ασθενής ακολουθήσει πρόγραμμα υποστηρικτικής περιοδοντικής θεραπείας, παύουν να αποτελούν παράγοντα κινδύνου για την εξέλιξη της περιοδοντικής νόσου[4].

Οι θεραπευτικές προσεγγίσεις που έχουν προταθεί για την αποκατάσταση των βλαβών αυτών είναι κυρίως χειρουργικές. Οι μη χειρουργικές τεχνικές έχουν αναφερθεί ελάχιστα στη βιβλιογραφία και δεν έχουν εμφανίσει σημαντική βελτίωση στις βλάβες αυτές (κέρδος πρόσφυσης 0,8 – 1,5 χιλ. και καθόλου έως ελάχιστη οστική πλήρωση)[5,6].

Στις χειρουργικές τεχνικές, η απλή χειρουργική περιοδοντική θεραπεία (κρημνός πρόσβασης) οδήγησε σε ένα κέρδος πρόσφυσης της τάξης του 1,6 χιλ., ενώ η οστική πλήρωση έφτανε το 1 χιλ.[7] Φάνηκε όμως ότι οι ενδοστικές βλάβες παρουσιάζουν υψηλό δυναμικό αναγέννησης και υπήρξαν περιπτώσεις με σημαντική οστική πλήρωση μετά τη θεραπεία. Προκειμένου να επιτευχθεί ένα καλύτερο αναγεννητικό αποτέλεσμα διερευνήθηκαν αναγεννητικές θεραπείες για την αντιμετώπιση των βλαβών αυτών. Η χειρουργική θεραπεία συνδυάστηκε με τη χρήση οστικών μοσχευμάτων ή τη χρήση μεμβρανών και την εφαρμογή Κατευθυνόμενης Ιστικής Αναγέννησης, τεχνικές που έδειξαν να υπερέχουν έναντι του απλού κρημνού πρόσβασης (κέρδος πρόσφυσης 2,6 – 3,4 χιλ.)[8,9].

Ένας αναγεννητικός παράγοντας που χρησιμοποιείται ευρύτατα τα τελευταία χρόνια είναι το παράγωγο αδαμαντινικής θεμέλιας ουσίας, το οποίο προέρχεται από χοίρεια οδοντικά σπέρματα. Το σκεύασμα κυκλοφορεί σε μορφή γέλης και διατίθεται στο εμπόριο με την ονομασία Emdogain.

Ο παράγοντας αυτός έχει φανεί πως προάγει την περιοδοντική αναγέννηση, τόσο με τη δράση του σε διάφορους κυτταρικούς πληθυσμούς (επιθηλιακά κύτταρα, οστεοβλάστες, οστεοκλάστες, κύτταρα του περιοδοντικού συνδέσμου), όσο και με τις αντιμικροβιακές και αντιφλεγμονώδεις ιδιότητές του. Η εφαρμογή του στη χειρουργική θεραπεία των ενδοστικών βλαβών οδήγησε σε πολύ καλά αποτελέσματα (3,6 χιλ. κέρδος πρόσφυσης)[10].

Στα μέσα της δεκαετίας του '90 η επιστημονική κοινότητα στράφηκε προς λιγότερο παρεμβατικές χειρουργικές τεχνικές, με την πρόταση συντηρητικότερων σχεδιασμών με περιορισμένη αναπέταση κρημνού και τη χρήση ειδικών λιγότερο επεμβατικών εργαλείων για μικρότερο τραυματισμό των γύρω ιστών. Οι τεχνικές αυτές προσέφεραν μεγαλύτερη σταθερότητα στην περιοχή, καλύτερη διατήρηση του θρόμβου και ελαχιστοποίηση των μετεγχειρητικών επιπλοκών που ίσως δρούσαν ανασταλτικά στο αναγεννητικό αποτέλεσμα[11]. Η εφαρμογή των τεχνικών αυτών οδήγησε σε σημαντικότερη κλινική και ακτινογραφική βελτίωση στη θεραπεία των ενδοστικών βλαβών σε σχέση με τις συμβατικές τεχνικές.

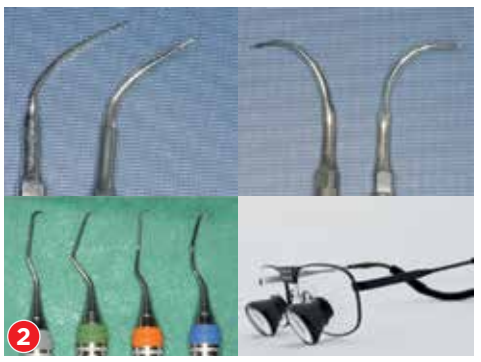
Σε αντιστοιχία με τις χειρουργικές τεχνικές ελάχιστης παρέμβασης προτάθηκε η μη χειρουργική τεχνική ελάχιστης παρέμβασης, που αποτελεί μία λιγότερο επεμβατική ριζική απόξεση. Η τεχνική αυτή χρησιμοποιήθηκε ως μονοθεραπεία ή σε συνδυασμό με Emdogain για την αντιμετώπιση ενδοστικών βλαβών και τα αποτελέσματα που προέκυψαν ήταν ισάξια με αυτά των αντίστοιχων χειρουργικών τεχνικών[12,13].

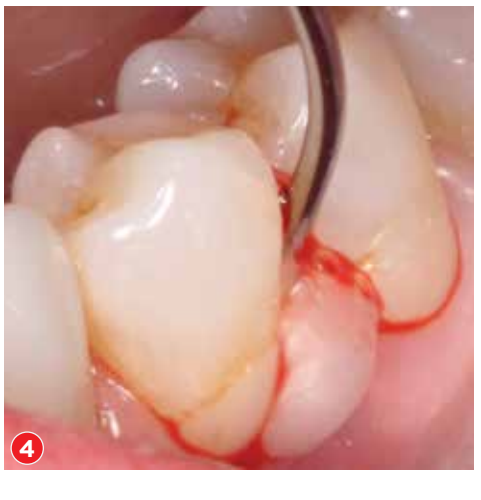
Στο περιστατικό που ακολουθεί επιλέχθηκε η εφαρμογή της τεχνικής αυτής για την αντιμετώπιση μιας βαθιάς ενδοστικής βλάβης.

Ασθενής 58 ετών, χωρίς ιατρικά προβλήματα, προσήλθε για θεραπεία περιοδοντίτιδας. Η περιοδοντική εξέταση κατέδειξε γενικευμένη περιοδοντίτιδα σταδίου III, βαθμού B (stage III, grade B). Στην άπω επιφάνεια του δοντιού #34 εμφάνιζε θύλακο 11 χιλ., με απώλεια πρόσφυσης 13 χιλ. και υφίζηση 2 χιλ. Ακτινογραφικά η περιοχή παρουσίαζε κάθετη φατνιολυσία με ενδοστικό βάθος θυλάκου 7 χιλ. ***(Εικ. 1)***.

Στην ασθενή έγινε αρχικά ενημέρωση για την περιοδοντική της κατάσταση και δόθηκαν οδηγίες στοματικής υγιεινής. Στη συνέχεια ακολούθησε η αρχική αιτιολογική περιοδοντική θεραπεία, με αποτρύγωση και ριζική απόξεση υπό τοπική αναισθησία σε όλο το φραγμό, ενώ στην περιοχή της ενδοστικής βλάβης του #34 εφαρμόστηκε μη χειρουργική τεχνική ελάχιστης παρέμβασης σε συνδυασμό με επιπρόσθετη εφαρμογή του παραγώγου αδαμαντινικής θεμέλιας ουσίας (Emdogain).

Αρχικά, πριν από τη θεραπευτική παρέμβαση, έγινε λείανση των ορίων της αυχενικής έμφραξης που έφερε το δόντι. Στη συνέχεια, πραγματοποιήθηκε ριζική απόξεση με χρήση ελάχιστα παρεμβατικών εργαλείων χειρός (Gracey mini-curettes) και λεπτών ξέστρων υπερήχων (PS, PL4, PL5 ultrasonic instruments) υπό μεγέθυνση (3x) ***(Εικ. 2,3)***. Ακολούθησε η εφαρμογή EDTA 24% για 2 λεπτά στο βάθος του θυλάκου ***(Εικ. 4)***,





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

έκπλυση του θυλάκου με φυσιολογικό ορό ***(Εικ. 5)***, και εφαρμογή Emdogain στο βάθος της βλάβης ***(Εικ. 6)***.

Μετά το πέρας της θεραπείας χορηγήθηκαν στην ασθενή οδηγίες για αποχή από τα μέσα στοματικής υγιεινής στην περιοχή του #34 και χρήση διαλύματος χλωρεξιδίνης 0.12% για 1 λεπτό, 2 φορές την ημέρα, για 2 εβδομάδες. Στη συνέχεια, συστάθηκε χρήση μαλακής οδοντόβουρτσας και χρήση μεσοδόντιων μέσων καθαρισμού με εφαρμογή gel χλωρεξιδίνης 0,2% μία φορά την ημέρα για τις δύο πρώτες εβδομάδες και τρεις φορές την εβδομάδα για το υπόλοιπο διάστημα μέχρι τον επανέλεγχο της ασθενούς.

Έξι μήνες μετά τη θεραπεία έγινε ο επανέλεγχος της ασθενούς όπου και πραγματοποιήθηκαν κλινικές και ακτινογραφικές μετρήσεις. Αυτές έδειξαν σημαντική βελτίωση της βλάβης σε κλινικό επίπεδο, με μείωση του βάθους θυλάκου από τα 11 χιλ. σε 4 χιλ., κέρδος πρόσφυσης 6 χιλ. και 2 χιλ. υφίζηση. Ακτινογραφικά η ενδοστική βλάβη παρουσίασε σημαντική οστική πλήρωση της τάξης των 4 χιλ. ***(Εικ. 7).***

Τα τελευταία χρόνια διαφαίνεται μία στροφή των θεραπευτικών προσεγγίσεων σε λιγότερο επεμβατικά πρωτόκολλα, τόσο σε χειρουργικές όσο και σε συντηρητικές τεχνικές. Το συγκεκριμένο μη χειρουργικό πρωτόκολλο ελάχιστης παρέμβασης που εφαρμόστηκε στο περιστατικό αυτό οδήγησε σε σημαντική κλινική και ακτινογραφική βελτίωση της περιοδοντικής βλάβης της ασθενούς. Είναι γεγονός ότι αυτή τη στιγμή δεν υπάρχουν πολλές μελέτες στη βιβλιογραφία που να έχουν διερευνήσει την αποτελεσματικότητα της συγκεκριμένης θεραπευτικής διαδικασίας, αποτελεί όμως μία αρκετά υποσχόμενη τεχνική που φαίνεται να συνδυάζει τα πολύ ευνοϊκά αποτελέσματα των χειρουργικών προσεγγίσεων με τις βελτιωμένες ανθρωποκεντρικές παραμέτρους των μη χειρουργικών θεραπειών.

**Βιβλιογραφία**

1. Papapanou, P. N., & Tonetti, M. S. (2000). Diagnosis and epidemiology of periodontal osseous lesions. Periodontology 2000, 22(1), 8–21.
2. Adams, D. F. (1996). The American Academy of Periodontology. Journal of Periodontology, 67(2), 177–179.
3. Papapanou, P. N., & Wennström, J. L. (1991). The angular bony defect as indicator of further alveolar bone loss. Journal of Clinical Periodontology, 18(5), 317–322.
4. Pontoriero, R., Nyman, S., & Lindhe, J. (1988). The angular bony defect in the maintenance of the periodontal patient. Journal of Clinical Periodontology, 15(3), 200–204.
5. Renvert, S., Nilvéus, R., & Egelberg, J. (1985). Healing after treatment of periodontal intraosseous defects: V. Effect of root planing versus flap surgery. Journal of Clinical Periodontology, 12(8), 619–629.
6. Nibali, L., Pometti, D., Tu, Y. K., & Donos, N. (2011). Clinical and radiographic outcomes following non-surgical therapy of periodontal infrabony defects: A retrospective study. Journal of Clinical Periodontology, 38(1), 50–57.
7. Lang, N. P. (2000). Focus on intrabony defects - Conservative therapy. Periodontology 2000, 22(1), 51–58.
8. Reynolds, M. A., Aichelmann-Reidy, M. E., Branch-Mays, G. L., & Gunsolley, J. C. (2003). The efficacy of bone replacement grafts in the treatment of periodontal osseous defects. A systematic review. Annals of Periodontology / the American Academy of Periodontology, 8(1), 227–265.
9. Cortellini, P., & Tonetti, M. S. (2000). Focus on intrabony defects: Guided tissue regeneration. Periodontology 2000, 22(1), 104–132.
10. Miron, R. J., Sculean, A., Cochran, D. L., Froum, S., Zucchelli, G., Nemcovsky, C., Donos, N., Lyngstadaas, S. P., Deschner, J., Dard, M., Stavropoulos, A., Zhang, Y., Trombelli, L., Kasaj, A., Shirakata, Y., Cortellini, P., Tonetti, M., Rasperini, G., Jepsen, S., & Bosshardt, D. D. (2016). Twenty years of enamel matrix derivative: the past, the present and the future. Journal of Clinical Periodontology, 43(8), 668–683.
11. Cortellini, P. (2012). Minimally invasive surgical techniques in periodontal regeneration. Journal of Evidence-Based Dental Practice, 12(3 SUPPL.), 89–100. https://doi.org/10.1016/S1532-3382(12)70021-0
12. Ribeiro, F. V., Casarin, R. C. V., Palma, M. A. G., Jnior, F. H. N., Sallum, E. A., & Casati, M. Z. (2013). Clinical and microbiological changes after minimally invasive therapeutic approaches in intrabony defects: A 12-month follow-up. Clinical Oral Investigations, 17(7), 1635–1644.
13. Aimetti, M., Ferrarotti, F., Mariani, G. M., & Romano, F. (2017). A novel flapless approach versus minimally invasive surgery in periodontal regeneration with enamel matrix derivative proteins: a 24-month randomized controlled clinical trial. Clinical Oral Investigations, 21(1), 327–337.

# Κακοσμία του Στόματος

**Μαρίνα Δούκα**
Οδοντίατρος-Στοματολόγος,
Υπεύθυνη Στοματολογικού
Τμήματος Ιατρικού
Κέντρου Αθηνών

Η κακοσμία στόματος (Κ.Σ.) είναι ένα κοινό σύμπτωμα που προκαλεί αμηχανία και επηρεάζει την κοινωνική εικόνα του ατόμου. Η συχνότητα της κακοσμίας στόματος στον πληθυσμό δεν είναι σαφής καθώς η εκτίμηση της παρουσίας της είναι σε μεγάλο βαθμό υποκειμενική. Μελέτες υπολογίζουν τη συχνότητα στο 30 με 50%. (Tessier and Kulkarni, 1991; Sanz et al, 2001;Liu et al, 2006; Outhouse et al, 2006). Αποτελεί την τρίτη αιτία επίσκεψης στον οδοντίατρο μετά την τερηδόνα και την περιοδοντική νόσο. (Rayman and Almas, 2008).

## Είδη κακοσμίας στόματος

1. Φυσιολογική
2. Παθολογική από τοπικά αίτια
3. Παθολογική από συστηματικά αίτια
4. Ψυχογενής

## 1. Φυσιολογική Κακοσμία Στόματος

Η Κ.Σ. είναι κοινή το πρωί μετά το ξύπνημα, είναι παροδική και πιθανώς συνδέεται με την μειωμένη κατά τη διάρκεια της νύχτας παραγωγή σιέλου, την αυξημένη μεταβολική δραστηριότητα των αναερόβιων μικροβίων και την παραμονή νεκρών κυττάρων που προκύπτουν από την φυσιολογική αναγέννηση του επιθηλίου. Επίσης, φυσιολογική Κ.Σ. παρουσιάζεται και σε άτομα που έχουν παραλείψει κάποιο γεύμα.

Η φυσιολογική Κ.Σ. είναι ήπια και εφήμερη και υποχωρεί με φυσιολογικές καθημερινές δραστηριότητες, όπως η λήψη του πρωινού γεύματος, το βούρτσισμα των δοντιών, ο καθαρισμός της γλώσσας και το ξέπλυμα του στόματος με φρέσκο νερό.

Η Κ.Σ. αποτελεί ενίοτε συνέπεια του καπνίσματος, της κατανάλωσης αλκοόλ και τροφών όπως σκόρδο, κρεμμύδι, λάχανο και κουνουπίδι. Ειδικά ο καπνός περιέχει πτητικά θειούχα συστατικά και σε συνδυασμό με το ότι προδιαθέτει για ξηροστομία και περιοδοντική νόσο είναι προδιαθεσιακός παράγοντας για Κ.Σ. Η αποφυγή αυτών των συνηθειών και τροφίμων προλαμβάνει την Κ.Σ.

## 2. Παθολογική Κ. Σ. που οφείλεται σε τοπικά αίτια

*Τοπικά αίτια*
- Ουλίτιδα/Περιοδοντίτιδα
- Τερηδονισμένα, σπασμένα δόντια
- Φτωχή στοματική υγιεινή
- Ξηροστομία
- Προσθετικές αποκαταστάσεις
- Σχιστίες (υπερωιοσχιστία, χείλεοσχιστία)
- Νοσήματα του βλεννογόνου που προκαλούν ελκώσεις

Στο 85% των ασθενών, η παθολογική Κ.Σ. είναι μικροβιακής αιτιολογίας και οφείλεται σε τοπικά αίτια που ευνοούν τη συσσώρευση τροφής και μικροβιακής πλάκας σε συγκεκριμένες θέσεις, με αποτέλεσμα την ανάπτυξη αναερόβιων οικοσυστημάτων. Τοπικά παθολογικά αίτια είναι: ουλίτιδα/περιοδοντίτιδα, τερηδονισμένα/σπασμένα δόντια, φτωχή στοματική υγιεινή, ξηροστομία, προσθετικές αποκαταστάσεις, σχιστίες (υπερωιοσχιστία, χειλεοσχιστία), βλάβες του βλεννογόνου του στόματος.

Σε ένα στόμα υγιές, αλλά με κακοσμία, η αιτία συνήθως εντοπίζεται στη ραχιαία επιφάνεια της γλώσσας καθώς αυτή είναι η κύρια θέση όπου αναπτύσσονται πολλά από τα βακτήρια που ενοχοποιούνται για την Κ.Σ.

Τέτοια βακτήρια είναι τα Gram-αρνητικά αναερόβια χωρίς να έχει εντοπιστεί ένα συγκεκριμένο είδος μικροβίου που να είναι κατ'αποκλειστικότητα υπεύθυνο για την Κ.Σ. Τα βακτήρια αυτά διαθέτουν ενζυμα που διασπούν τα αμινοξέα που περιέχονται στην τροφή σε δυσώδεις πτητικές ενώσεις. Τα αμινοξέα που διασπώνται είναι η κυστεΐνη, η μεθιονίνη, η αργινίνη, και η λυσίνη. Οι δυσώδεις πτητικές ενώσεις που παράγονται είναι θειούχες πτητικές ενώσεις [(υδρόθειο (H2S) και μεθυλμερκαπτάνη (CH3 SH)], ινδόλες (ινδόλη, σκατόλη), πολυαμίνες (πουτρεσκίνη, κανταβερίνη) και λιπαρά οξέα βραχείας αλύσσου (ακετικό, προπιονικό, βουτυρικό, βαλερικό οξύ).

## 3. Παθολογική Κ. Σ. που οφείλεται σε συστηματικά αίτια

*Συστηματικά αίτια*
- Νοσήματα του αναπνευστικού
- Νοσήματα του γαστρεντερικού
- Νοσήματα του μεταβολισμού

Η Κ.Σ. πολύ σπάνια οφείλεται σε συστηματικά αίτια και στις περισσότερες περιπτώσεις εκδηλώνεται αφού έχει διαγνωσθεί το νόσημα. Τα συστηματικά αίτια εντοπίζονται σε νοσήματα του αναπνευστικού, γαστρεντερικού και μεταβολικού συστήματος.

***Νοσήματα του αναπνευστικού***

Τα νοσήματα του αναπνευστικού μπορούν να προκαλέσουν την παραγωγή αερίων με δυσώδη οσμή που αποβάλλονται στον αέρα από τη στοματική κοιλότητα και τη μύτη.

Νοσήματα όπως αμυγδαλικές κρύπτες, απόστημα και φλεγμονές αμυγδαλών, βρογχίτιδα ή βρογχιεκτασία και ο καρκίνος μπορεί να είναι υπεύθυνα για κακοσμία.

Τέλος, η λοίμωξη του αναπνευστικού με Ψευδομονάδα-aeruginosa προκαλεί Κ.Σ., λόγω της παραγωγής της πτητικής ουσίας 2-αμινοκετοφενόνη.

***Νοσήματα του γαστρεντερικού***

Η Κ.Σ μπορεί να αποτελέσει σύμπτωμα της νόσου της γαστροοισοφαγικής παλινδρόμησης. Σε ασθενείς με γαστροοισοφαγική παλινδρόμηση, βακτήρια όπως, Enterococcus faecalis και Helicobacter Pylori, ενίοτε εντοπίζονται σε περιοδοντικούς θυλάκους (Souto and Colombo, 2008).

***Νοσήματα του μεταβολισμού***

Ορισμένα μεταβολικά νοσήματα προκαλούν την κυκλοφορία στο αίμα πτητικών ενώσεων με συνέπεια αιματογενή δυσοσμία. Συγκεκριμένα οι πτητικές ουσίες μεταφέρονται από το αίμα στις κυψελίδες και στη συνέχεια απελευθερώνονται μέσω της μύτης και του στόματος στον αέρα. Παραδοσιακά έχουν αποδοθεί περιγραφικές ονομασίες σε έκαστε τύπο Κ.Σ, ανάλογα με την αιτιώμενη νόσο.

Η «οσμή σάπιου μήλου» είναι χαρακτηριστική σε ασθενείς με μη ρυθμισμένο σακχαρώδη διαβήτη και οφείλεται στην απελευθέρωση με την αναπνοή κετονικών ενώσεων.

Η «fetor hepaticus» είναι γλυκερή κοπρώδης οσμή που συναντάται στην αναπνοή ασθενών με προχωρημένη κίρρωση του ήπατος και οφείλεται στον ατελή καταβολισμό ενώσεων, όπως το διμεθυλοσουλφίδιο και οι κετόνες.

Η «ουραιμική αναπνοή» είναι χαρακτηριστική σε ασθενείς σε τελικό στάδιο χρόνιας νεφρικής ανεπάρκειας και οφείλεται στις υψηλές συγκεντρώσεις ενώσεων αμίνης (διμεθυλαμίνη και τριμεθυλαμίνη) στο αίμα.

Το «σύνδρομο οσμής ψαριού» ή τριμεθυλαμινουρία είναι γενετικό νόσημα κατά το οποίο γίνεται ατελής καταβολισμός και επακόλουθη απέκκριση τριμεθυλαμίνης. Συναντάται με διαφορετική βαρύτητα στο 1% του πληθυσμού.

Η Κ.Σ. μπορεί να είναι παρενέργεια φαρμάκων που περιέχουν διμεθυλοσουλφίδιο. Τα κυριότερα φάρμακα αυτής της κατηγορίας είναι η δισουλφιράμη που χορηγείται σε ασθενείς για την απεξάρτηση από το αλκοόλ και η κυστεαμίνη που χορηγείται στη θεραπεία της κυστίνωσης.

## 4. Ψυχογενής Κακοσμία Στόματος

Ψυχογενείς και ψυχοσωματικοί παράγοντες μπορεί να είναι η αιτία σε ασθενείς που παραπονούνται για Κ.Σ. Οι ασθενείς αυτοί παραπονούνται για δυσοσμία που δεν διαπιστώνεται κατά την κλινική εξέταση. Αυτή η ψευδο-κακοσμία είναι κλινικό δίλημμα. Πολλοί από αυτούς τους ασθενείς δεν πείθονται ότι δεν έχουν Κ.Σ. Συχνά εκλαμβάνουν τη συμπεριφορά άλλων ανθρώπων ως αντίδραση στην υποτιθέμενη δυσοσμία που πιστεύουν ότι προέρχεται από το στόμα τους. Καλύπτουν το στόμα τους όταν μιλούν , κρατούν απόσταση από τους συνομιλητές τους, χρησιμοποιούν προϊόντα συγκάλυψης της κακοσμίας ή καθαρίζουν με υπερβολή τη γλώσσα και το στόμα. Η κατάσταση αυτή παραμένει και μπορεί να αποδοθεί σε παραίσθηση ή μονοσυμπτωματική υποχονδρίαση

## Διάγνωση

Το εύρος των καταστάσεων που προκαλούν Κ.Σ. καταστά απαραίτητη τη λήψη καλού ιστορικού και τη λεπτομερή κλινική εξέταση καθώς και τη διερεύνηση ενίοτε με εξειδικευμένες εξετάσεις και συνεργασία με άλλες ιατρικές ειδικότητες.

Το πρώτο βήμα είναι **η εκτίμηση της οσμής του στόματος** καθώς οι περισσότεροι άνθρωποι δεν μπορούν να αξιολογήσουν σωστά αν έχουν δυσάρεστη οσμή στο στόμα τους. Υπάρχουν τρεις τρόποι εκτίμησης: Η αεριοχρωματογραφία (gas chromatography), η halimetry (sulphide monitoring) και η οργανοληπτική μέθοδος.

Οι δυο πρώτες μέθοδοι είναι δύσχρηστες, υψηλού κόστους και απαιτούν ειδική εκπαίδευση. Η **οργανοληπτική μέθοδος** είναι η πιο εύχρηστη και αποτελεί την κλασική μέθοδο εκτίμησης της κακοσμίας. Εκτελείται ως εξής: Ο γιατρός κλείνει τη μύτη του ασθενούς. Ο ασθενής εισπνέει αέρα και κλείνει το στόμα του. Εν συνεχεία ο ασθενής εισπνέει αέρα από τη μύτη με το στόμα κλειστό και ο γιατρός μυρίζει τον αέρα που ο ασθενής εκπνέει από τη μύτη με το στόμα κλειστό. Είναι σημαντικό να εκτιμάται η εκπνοή και από τη μύτη καθώς η δυσοσμία από τη μύτη, μόνο, προέρχεται από τη μύτη ή τους κόλπους ή από κάπου αλλού από την αναπνευστική ή από την γαστρεντερική οδό.

Πριν την εξέταση, συνιστάται ο ασθενής να μην έχει καταναλώσει τις τελευταίες 48 ώρες, τροφές που προκαλούν δυσοσμία, επίσης δεν πρέπει να έχει καταναλώσει καφέ, τσάι ή χυμό, να έχει καπνίσει ή να έχει χρησιμοποιήσει αποσμητικά. Αν η δυσοσμία δεν διαπιστώνεται, η εξέταση μπορεί να επαναληφθεί δύο ή τρεις φορές σε διαφορετικές μέρες και αν πάλι δεν υπάρχει Κ.Σ., τότε ο ασθενής παρουσιάζει κατά φαντασία Κ.Σ.

Για να συνοψίσουμε, η διάγνωση της Κ.Σ. είναι κατά βάση κλινική και βασίζεται στη λήψη ιστορικού και στην κλινική εκτίμηση του εκπνεόμενου αέρα, πρώτα από το στόμα με τη μύτη κλειστή και εν συνεχεία από τη μύτη με το στόμα κλειστό.

Αν προκύψει υποψία για συστηματικά αίτια ο ασθενής παραπέμπεται σε ειδικό.

## Θεραπεία

*1. Θεραπεία Κ.Σ. που οφείλεται σε **τοπικά** αίτια:*

Η αντιμετώπιση είναι **αιτιολογική.** Συνιστάται η αποφυγή καπνίσματος, τροφών και φαρμάκων που μπορεί να προκαλέσουν κακοσμία. Η ολοκλήρωση των γευμάτων με τροφή που περιέχει κυτταρίνη, όπως λαχανικά ή φρούτα μπορεί να συμβάλει στην πρόληψη της Κ.Σ.

Η καθιέρωση σωστής στοματικής υγιεινής και η θεραπεία περιοδοντικής/οδοντικής νόσου συμβάλλουν στην μείωση των υπολειμμάτων τροφής και μικροβιακής πλάκας, με συνέπεια τη μείωση του όγκου των αναερόβιων μικροβίων.

Ως προς τη στοματική υγιεινή ο ασθενής, πρέπει να ενημερωθεί και να εκπαιδευτεί ώστε να βουρτσίζει σωστά τα δόντια. Επίσης με βάση το γεγονός ότι, όπως προαναφέρθηκε, η ράχη της γλώσσας συγκεντρώνει τον κυρίως όγκο των αναερόβιων μικροβίων, απαιτείται τακτικός καθαρισμός της γλώσσας με νερό με τη χρήση κατά προτίμηση γλωσσικού ξέστρου κάθε πρωί μετά το βούρτσισμα των δοντιών.

Σε περίπτωση που η δυσοσμία επιμένει πάρα την αντιμετώπιση των τοπικών και συστηματικών αιτίων συστήνεται η χορήγηση μετρονιδαζόλης 500mg X 3 ημερησίως για μια εφτά ημέρες και παράλληλα χρήση οξυγονούχων σκευασμάτων πρωί - βράδυ για ένα μήνα.

*2. Θεραπεία Κ.Σ. που οφείλεται σε **συστηματικά** αίτια:*

Η θεραπεία Κ.Σ. που οφείλεται σε συστηματικά νοσήματα στηρίζεται στην αντιμετώπιση από ειδικό του υποκείμενου αιτίου.

*3. Θεραπεία Κ.Σ. που οφείλεται σε **ψυχογενή** αίτια:*

Ειδικά στην περίπτωση που δεν εντοπίζεται Κ.Σ. γίνεται ενημέρωση του ασθενούς. Σε ακραία περίπτωση επιμονής, παρά τη διαβεβαίωση τόσο από το γιατρό όσο και από άτομα που ασθενής εμπιστεύεται για την απουσία κακοσμίας, τότε συστήνεται η παραπομπή του ασθενούς σε ψυχολόγο ή σε ψυχίατρο.

**Πηγές:**

1. Γ.Χ. Λάσκαρης Θεραπευτική Νόσων Στόματος, 2005 σελ. 119
2. C Scully1, J Greenman Department of Oral Medicine, University of Bristol, Bristol, UK; 2Faculty of Health and Life Sciences, University of West of England, Bristol, UK Halitology (breath odour: aetiopathogenesis and management) Oral Diseases (2012) 18, 333–345 doi:10.1111/j.1601-0825.2011.01890.x 2011 John Wiley & Sons A/S
3. Nir Sterer, Mel Rosenberg Breath Odors: Origin, Diagnosis, and Management

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

Focus on Implantology
www.iti.org
ITI International Team for Implantology

# Προσθετικές Παράμετροι Ακίνητης Αποκατάστασης

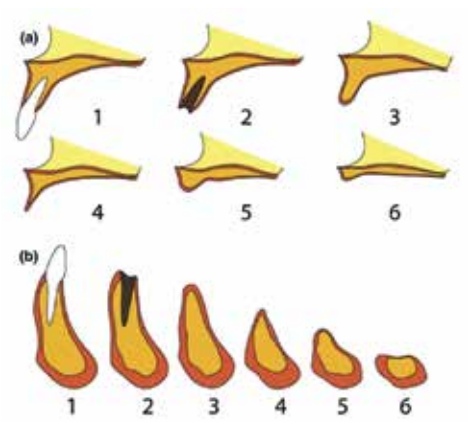
**Νικήτας Σ. Συκαράς**
Επίκουρος Καθηγητής Προσθετολογίας ΕΚΠΑ
ITI Fellow and Registered Speaker

Η αποκατάσταση της ολικά νωδής γνάθου αποτελεί πρόκληση για τον οδοντίατρο γιατί καλείται να προσδιορίσει την ιδανική θεραπευτική επιλογή λαμβάντας υπόψιν του διάφορες παραμέτρους από το ιατρικό, οδοντιατρικό και κοινωνικό ιστορικό του ασθενή. Η εμφυτευματική προσθετική αποκατάσταση της ολικής νωδότητας μπορεί να γίνει με διάφορους τύπους προσθέσεων που παρουσιάζουν μεγάλο εύρος σχεδιαστικών επιλογών ανάλογα με τον αριθμό των εμφυτευμάτων και τα υλικά που θα χρησιμοποιηθούν. Όταν στο σχέδιο θεραπείας προβλέπεται ακίνητη αποκατάσταση, η διαγνωστική μεθοδολογία αναγκαστικά περιλαμβάνει την ενδοστοματική αξιολόγηση μιας συμβατικής ολικής οδοντοστοιχίας (ΟΟ) για την επιβεβαίωση των οδοντικών χαρακτηριστικών αλλά και του αισθητικού αποτελέσματος.

Η ΟΟ παρέχει πληροφορίες σχετικά με την υποστήριξη του χείλους και της παρειάς, το μέγεθος και τη θέση των δοντιών και μπορεί να αποτελέσει ένα κοινό σημείο αναφοράς του τελικού στόχου, για τον ασθενή και τον οδοντίατρο. Η λεπτομερής καταγραφή στοιχείων και ευρημάτων από αυτή τη διαδικασία, βοηθούν στη διαμόρφωση ενός προσθετικά καθοδηγούμενου σχεδίου θεραπείας, περιορίζοντας τις αποκλίσεις και τα σφάλματα.

Στο σημερινό άρθρο, επιχειρείται μια παρουσίαση της διαγνωστικής μεθοδολογίας και σημείων προβληματισμού για τη σχεδίαση μιας ακίνητης εμφυτευματικής αποκατάστασης.

**1 |** Οι θεραπευτικές επιλογές για την αποκατάσταση της ολικής νωδότητας πρέπει να αξιολογούνται και να προτείνονται με σειρά ανάλογη των εξατομικευμένων αναγκών και προτιμήσεων κάθε ασθενή.




**2 |** Η οστική απορρόφηση των γνάθων μπορεί να επηρεάζει τη φατνιακή ακρολοφία και απόφυση διαμορφώνοντας μια κλινική ανατομία που περιγράφεται σε 6 στάδια κατά Caldwell-Luc. Η κεντρομόλος απορρόφηση της άνω γνάθου οδηγεί σταδιακά σε γνάθο μικρότερου εύρους, ενώ η φυγόκεντρος απορρόφηση της κάτω γνάθου διευρύνει την περίμετρό της και συνδυαστικά διαταράσσεται η φυσιολογική τρισδιάστατη συσχέτισή τους.

**3 |** Η απώλεια των δοντιών και η συνακόλουθη οστική απορρόφηση, επηρεάζει εκτός από τη λειτουργικότητα και την αισθητική με τη μειωμένη κάθετη διάσταση του προσώπου και την ελλιπή υποστήριξη χειλέων και παρειάς.

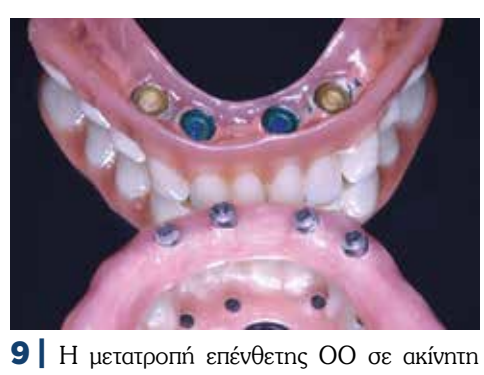
**4 |** Η ολική οδοντοστοιχία (ΟΟ) που φέρει ο ασθενής ενσωματώνει στα πτερύγια και σε μέρος της βάσης έδρασης, την αναπλήρωση σκληρών και μαλακών ιστών εξασφαλίζοντας όχι μόνο τη σωστή θέση των τεχνητών δοντιών αλλά και την υποστήριξη των μαλακών μορίων. Η ανάλυση των δεδομένων της λευκής και ροz αισθητικής προϋποθέτει μια ΟΟ εγκεκριμένης σχεδίασης από τον οδοντίατρο και αποδεκτής αισθητικής από τον ασθενή.

**5 |** Η καταγραφή της κεντρικής σχέσης στη σωστή κάθετη διάσταση με βασική πλάκα και κέρινο ύψος επιβάλλεται όταν η ΟΟ παρέχει εσφαλμένα στοιχεία και είναι αναγκαίος ο προσδιορισμός των θεραπευτικών παραμέτρων από την αρχή.

**6 |** Η ανάρτηση του εκμαγείου της νωδής γνάθου επιτρέπει την εκτίμηση του διαθέσιμου χώρου, διευκολύνει τη σωστή διαγνωστική σύνταξη, επιβεβαιώνει την ανάγκη διορθωτικής παρέμβασης στον ανταγωνιστή φραγμό και τελικά συμβάλλει στη μελέτη των εναλλακτικών θεραπευτικών σχεδίων.

**7 |** Οι διάφοροι τύποι προσθέσεων έχουν τις δικές τους απαιτήσεις χώρου προκειμένου να ενσωματωθούν στον προσθετικό χώρο τα εμφυτευματικά εξαρτήματα και τα υλικά κατασκευής. Ο ελάχιστος αναγκαίος χώρος υπολογίζεται από τον αυχένα του εμφυτεύματος μέχρι τη μασητική επιφάνεια του αντίθετου φραγμού.

**8 |** Όταν οι ανάγκες σχεδίασης της πρόσθεσης το επιβάλλουν, ο προσθετικός χώρος μπορεί ελεγχόμενα να μειωθεί ή να αυξηθεί. Η μείωση συνεπάγεται ελαττωμένη κάθετη διάσταση και ίσως συγκράτηση με κοχλίωση απευθείας στο εμφύτευμα. Η αύξηση συνεπάγεται αλλαγές στο μέγεθος των δοντιών ή χρήση ροz αισθητικής καθώς και τροποποίηση των σχετικών αναλογιών με εμβιομηχανικές συνέπειες κατά τη λειτουργία.



**9 |** Η μετατροπή επένθετης ΟΟ σε ακίνητη υβριδική αποκατάσταση, περιορίζει την κάλυψη των ιστών αλλά αυξάνει τη λειτουργική φόρτιση των εμφυτευμάτων καταργώντας την υποβοήθηση της βλεννογόνιας στήριξης και εισάγοντας προβολικές φορτίσεις. Η σχεδίαση του σκελετού και η ισχυρή συγκράτηση με απευθείας κοχλίωση στα εμφυτεύματα, αντιρροπούν τη λειτουργική καταπόνηση.

**10 |** Η σύνταξη των δοντιών σε βασική πλάκα χωρίς προστομιακό πτερύγιο…

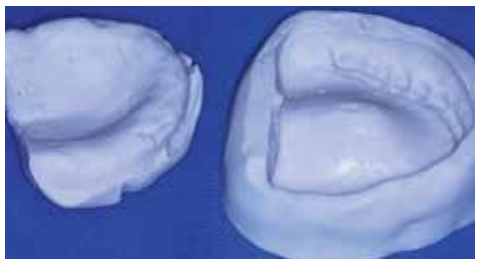
**11 |** …δίνει τη δυνατότητα αλλαγών στη θέση τους και επιτρέπει τη σταθερή μεταφορά τους…

**12 |** …για τον ενδοστοματικό έλεγχο. Στο στάδιο αυτό με την έλλειψη πτερυγίου, επιβεβαιώνονται 1) η σωστή θέση των δοντιών σε κατακόρυφη διάσταση 2) η σωστή κλίση των δοντιών 3) η ομαλή μετάβαση των δοντιών προς την υποκείμενη φατνιακή ακρολοφία.

**13 |** Η θέση των δοντιών καθορίζεται από την αισθητική, τη φώνηση, και τη σύγκλειση προσδιορίζοντας το κοπτικό άκρο ως οριακό σημείο απόληξης. Η φατνιακή ακρολοφία ως σημείο αφετηρίας, ελέγχει την κλίση της προστομιακής επιφάνειας, το χειλο-γλωσσικό εύρος, το προφίλ ανάδυσης, το αυχενο-κοπτικό ύψος των δοντιών, τη διαμόρφωση των γεφυρωμάτων, την ύπαρξη μεσοδοντίων θηλών, την ενσωμάτωση ροz αισθητικής και την ευκολία στοματικής υγιεινής.

**14 |** Εξωστοματικά επιβεβαιώνεται η βελτιωμένη ρινοχειλική γωνία, η υποστήριξη του χείλους, η απουσία ρυτίδας του χείλους κατά το χαμόγελο και τελικά η αποδοχή από τον ασθενή της διαμορφούμενης αισθητικής.

**15 |** Όταν η υφιστάμενη ΟΟ πληρεί τα κριτήρια αισθητικής, λειτουργικής και κατασκευαστικής αποδοχής, μπορεί να αντιγραφεί στο ιατρείο με σιλικόνη, ώστε να μεταφέρει στην αλυσίδα της διαγνωστικής ανάλυσης όλα τα στοιχεία που είναι επιθυμητά και στην τελική πρόσθεση.



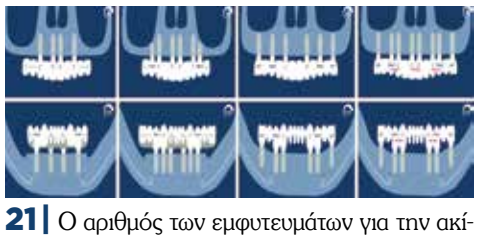
**16 |** Σε μια τέτοια περίπτωση, προκειμένου να επιταχυνθούν τα κλινικά στάδια, δεν είναι αναγκαίο το στάδιο των καταγραφών, αφού το εκμαγείο σιλικόνης που κατασκευάζεται στο στάδιο αντιγραφής της ΟΟ, μπορεί με τη βοήθεια αυτής να αναρτηθεί.

**17 |** Η αντιγραφή αποδεκτών ΟΟ με διαφανή θερμοπολυμεριζόμενη ακρυλική ρητίνη παράγει αντίγραφα εξαιρετικής ακρίβειας και αντοχής που μπορούν να συναρμόζουν με διαφορετικούς συνδυασμούς.

**18 |** Η χρήση διαφανών αντιγράφων επιτρέπει την εκτίμηση της θέσης δοντιών και νωδής ακρολοφίας καθώς και την έκταση της κάλυψης της ακρολοφίας από τα πτερύγια. Η εκτίμηση αυτή είναι σημαντική για την πρόβλεψη των διορθωτικών παρεμβάσεων στην προσπάθεια εξάλειψης ή περιορισμού της αναγκαίας ροζ αισθητικής.

**19 |** Η αποκοπή μέρους του πτερυγίου πρέπει να γίνεται σταδιακά και συμμετρικά, εκτιμώντας ταυτόχρονα το πάχος του ακρυλικού που παραμένει στις επιφάνειες τομής, γιατί αυτό καθορίζει την οριζόντια πρόταξη του αυχένα των δοντιών και τελικά διαμορφώνει "σκαλοπάτι" μετάβασης στην ακρολοφία ή υπαγορεύει αλλαγές στην κλίση των δοντιών με αρνητικές συνέπειες στην αισθητική.

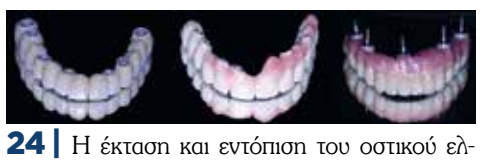
**20 |** Η νωδή φατνιακή ακρολοφία δεν πρέπει να αντιμετωπίζεται ως μονοσήμαντο κλινικό εύρημα αλλά να αναλύεται δυναμικά σε σχέση 1) με το μασητικό επίπεδο, 2) τη γραμμή χαμόγελου, 3) το βιότυπο των μαλακών ιστών και σε περίπτωση ροζ αισθητικής, 4) την οριοθέτηση της γραμμής μετάβασης στον βλεννογόνο (δεν θα πρέπει να είναι ορατή).



**21 |** Ο αριθμός των εμφυτευμάτων για την ακίνητη αποκατάσταση της ολικά νωδής γνάθου, καθορίζεται από τη διασπορά, τις διαστάσεις των εμφυτευμάτων, τον αριθμό των δοντιών, τη σχεδίαση της πρόσθεσης (ναρθηκοποίηση, υλικά, τρόπος συγκράτησης), τον ανταγωνιστή φραγμό και τις ασκούμενες λειτουργικές φορτίσεις.

**22 |** Η διασπορά των εμφυτευμάτων είναι το αντίβαρο της σχεδίασης γιατί μπορεί να αντιρροπήσει διακυμάνσεις στον αριθμό και τις διαστάσεις των εμφυτευμάτων. Η προσθιο-οπίσθια διασπορά καθορίζει το μήκος των άπω προβόλων ενώ η αμφίπλευρη ναρθηκοποίηση ισχυροποιεί τη συγκράτηση και περιορίζει τις μονόπλευρες συνιστώσες των πλάγιων φορτίσεων.

**23 |** Μετά την εξαγωγή δοντιών με καταληκτική περιοδοντική νόσο, είναι αναμενόμενη η διαμόρφωση κατακόρυφου ανατομικού ελλείμματος που διορθώνεται με οστική ανάπλαση ή ενσωμάτωση ροζ αισθητικής στην προσθετική αποκατάσταση.



**24 |** Η έκταση και εντόπιση του οστικού ελλείμματος μαζί με την ασυμμετρία μαλακών ιστών που συνεπάγεται, διαμορφώνει σχεδιαστικά 3 τύπους ακίνητης αποκατάστασης 1) Κλασική (λευκή αισθητική μόνο), 2) Τροποποιημένη (εντοπισμένη ροζ αισθητική), 3) Υβριδική (διατοξική ροζ αισθητική).


# 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

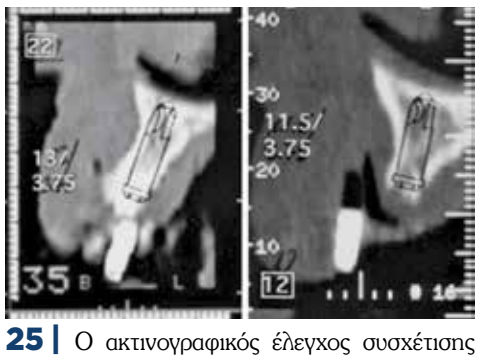
Κλινική εμπειρία

Έναρξη προγράμματος
27 Απριλίου 2020

Μέγιστος αριθμός
συμμετοχών 15

ITI Certificate

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



**25 |** Ο ακτινογραφικός έλεγχος συσχέτισης του δοντιού με τη θέση εμφύτευσης, επιτρέπει την προεγχειρητική εκτίμηση της ζώνης σύνδεσης αυχένα δοντιού- εμφυτεύματος. Έτσι διαμορφώνονται 4 επιλογές: 1) Ανάγκη ορθογναθικής χειρουργικής 2) Ανάγκη οστικής ανάπλασης 3) Χρήση ροz αισθητικής 4) Τροποποίηση προφίλ ανάδυσης.

**26 |** Η αποφυγή της ροz αισθητικής δεν είναι πάντα η καλύτερη λύση. Μπορεί να επιβάλλει αντιαισθητική αυχενική μορφολογία, να δημιουργεί προβολικές επεκτάσεις με κίνδυνο τεχνικών επιπλοκών και να δυσκολεύει την εφαρμογή στοματικής υγιεινής.

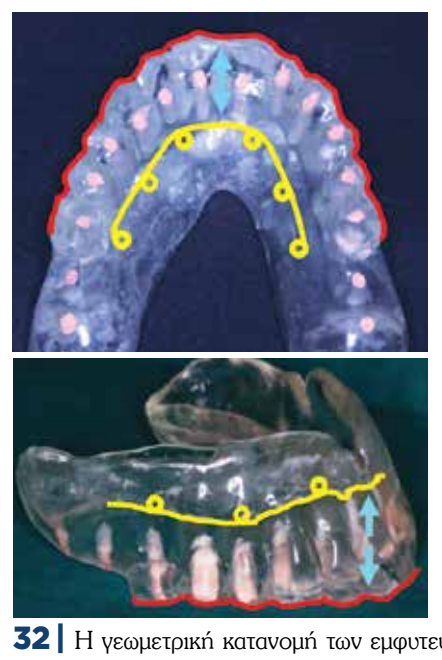
**27 |** Το κλειδί σιλικόνης από τη μεταβατική αποκατάσταση, επιτρέπει την εκτίμηση του ύψους της μύλης και διευκολύνει την επιλογή του κατάλληλου στηρίγματος (abutment) για τη βέλτιστη εμβιομηχανική εξισορρόπηση.

**28 |** Η κατασκευή σκελετών CAD-CAM, δίνει τη δυνατότητα επιλογής του τρόπου απόληξης και επαφής με την ιστική επιφάνεια για τον καλύτερο συνδυασμό αισθητικής, λειτουργικότητας και υγιεινής.

**29 |** Η επιλογή των υλικών κατασκευής επηρεάζει την ευκολία εργαστηριακής κατεργασίας επιδρώντας στη δυνατότητα διορθώσεων και απόδοσης λείας και στιλβωμένης επιφάνειας. Μεταλλικές επιφάνειες πρέπει να είναι σχεδίασης τύπου A, ενώ κεραμικές ή ρητινώδεις τύπου D.

**30 |** Υβριδική ολοκεραμική αποκατάσταση κάτω γνάθου. Η ροz αισθητική αποτελεί αρμονική συνέχεια της φατνιακής απόφυσης αναπληρώνοντας προσθετικά το οστικό υπόστρωμα και επιτρέποντας τη φυσιολογική και αισθητική διευθέτηση των δοντιών.

**31 |** Υβριδική μεταλλοακρυλική αποκατάσταση άνω γνάθου με ιστική απόληξη που διευκολύνει την εφαρμογή στοματικής υγιεινής και δεν δημιουργεί «ρητίδα» στο άνω χείλος.

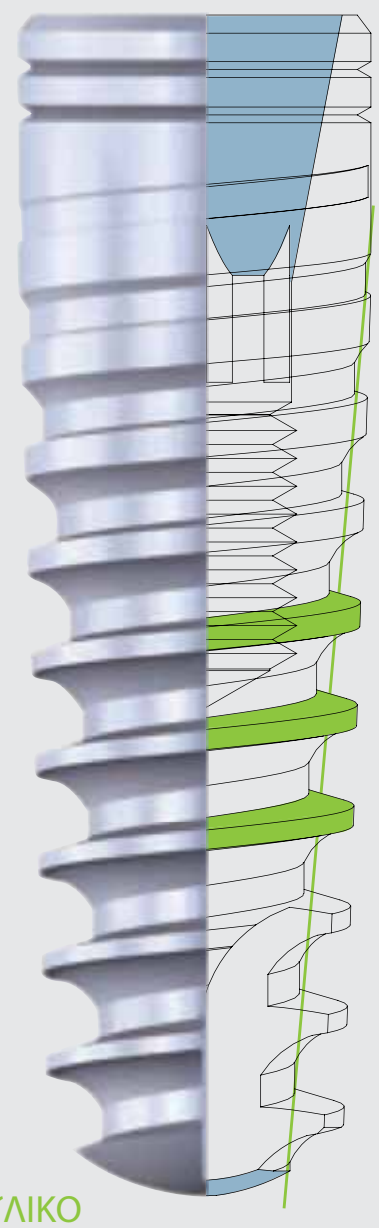


**32 |** Η γεωμετρική κατανομή των εμφυτευμάτων δημιουργεί τη χειρουργική περίμετρο, ενώ το μασητικό επίπεδο διαμορφώνει την προσθετική περίμετρο. Η ανοχή χειρουργικής και προσθετικής περιμέτρου αφορά στον περιορισμό των βλαπτικών επιδράσεων που δημιουργούν οι προβολικές αναλογίες σε κατακόρυφο και οριζόντιο επίπεδο.

**33 |** Η προσθετική αποκατάσταση κατά τη λειτουργία της, θα πρέπει να διατηρεί με ακρίβεια τη σύνδεσή της με τα εμφυτεύματα χωρίς να θέτει μακροχρόνια σε κίνδυνο τη δομική ακεραιότητα μηχανικών εξαρτημάτων και βιολογικών δομών. Για αυτό το λόγο 6 παράμετροι θα πρέπει να συνεκτιμηθούν: 1) Αναλογία μύλης-abutment 2) Πρόβολοι 3) Σχεδίαση abutment 4) Τύπος προσθετικού συνδέσμου 5) Ανταγωνιστής φραγμός 6) Γεωμετρία διασποράς εμφυτευμάτων.

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

# Made in Germany

orangedental
premium innovations
DDI inside

## opt–on® 2.7/3.3 TTL

The high end glasses with perfect wearing comfort

- >> 2.7 or 3.3 fold magnification
- >> Wide field of view 75 - 125 mm [2.7 TTL] / 60 - 80 mm [3.3 TTL]
- >> Weight of only 32 g
- >> Unique optics and depth of field
- >> Adjustable working angle and working distance

etc.

Variable working distance

Flattened geometry of oculars

## spot–on® nxt

Light system: High-Light

- >> Light weight of only 7 g
- >> Battery weight of only 85g
- >> Runtime of up to 9 hours
- >> Charging time of only 3 hours

Powerful rechargeable battery

## spot–on® cordfree

Light system: Smart-Light

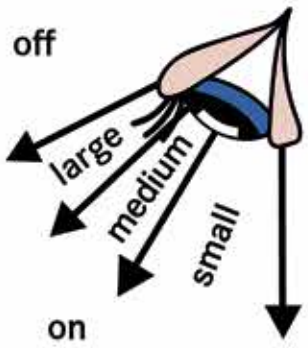
NEW

- >> cordfree = no cables
- >> Total weight of only 18 g
- >> Easy handling via touchbutton
- >> Instant battery change

Working position (head down):
The spot–on®cordfree shines

Work is interrupted (straight head):
The spot–on®cordfree turns off

- >> Light is configurable by tapping: on/off or angle related automatic switch-off (3 levels), increasing energy efficiency + glare protection



**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

# 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

## ΠΕΜΦΙΓΑ:
## Ένα νόσημα με σοβαρή πρόγνωση που κερδίσαμε τη μάχη

Η πέμφιγα κατέχει κορυφαία θέση στη Δερματολογική και Στοματολογική Παθολογία, λόγω της σοβαρότητας των κλινικών προβλημάτων που προκαλεί, την κακή πρόγνωση - αφού μέχρι τις αρχές της δεκαετίας του 1950, ήταν ένα θανατηφόρο νόσημα- καθώς και τις μεγάλες δυσκολίες που παρουσιάζει η θεραπευτική παρέμβαση. Η νόσος εκδηλώνει βλάβες στο δέρμα και στους βλεννογόνους. Το στόμα κατέχει κορυφαία θέση στην κλινική έκφραση της νόσου αφού είναι στόχος στο 80-90% των περιπτώσεων, ενώ σε ποσοστό πάνω από 75% οι βλάβες στο στόμα είναι τα πρώτα σημεία της νόσου. Σημαντικό εξάλλου είναι ότι οι Ελληνες μαζί με τους Εβραίους και άλλους λαούς περί τη Μεσόγειο θάλασσα βρίσκονται στην πρώτη γραμμή νοσηρότητας από τη νόσο.

Για τους λόγους αυτούς ο οδοντίατρος πρέπει να διαθέτει υψηλό δείκτη υποψίας για πέμφιγα, κυρίως όταν ασθενείς εμφανίζουν διαβρώσεις στο στόμα που επιμένουν και έχουν τάση για επέκταση. Η θεραπεία της νόσου είναι πολύ δύσκολη, αφού απαιτεί για πολλά χρόνια λήψη κορτικοστεροειδών και άλλων ανοσοκατασταλτικών φαρμάκων που μπορεί να έχουν σοβαρές παρενέργειες. Η ανάληψη αυτής της ευθύνης πρέπει να γίνεται μόνο από ειδικούς με βαθιές γνώσεις Στοματολογίας, Δερματολογίας, εσωτερικής Παθολογίας καθώς και μεγάλη θεραπευτική εμπειρία.

Στηριζόμενοι στην εμπειρία των τελευταίων 40 χρόνων, μπορούμε να πούμε ότι η μάχη με την πέμφιγα κερδήθηκε, με την προϋπόθεση της πρώιμης διάγνωσης και της ορθής θεραπείας και οι θάνατοι από τη νόσο είναι σήμερα σπάνιο φαινόμενο.

Ο όρος πέμφιξ (pemphigus) πηγάζει από την ελληνική λέξη πέμφιξ (pemphix) που σημαίνει «φούσκα-πομφόλυγα». Κάτω από τον όρο αυτόν ταξινομείται μια αυτοάνοση ομάδα που χαρακτηρίζεται από την εμφάνιση χρόνιων πομφολυγωδών εκδηλώσεων και διαβρώσεων στο δέρμα και στους βλεννογόνους με παρουσία αυτοαντισωμάτων που στρέφονται εναντίον συγκεκριμένων πρωτεϊνών (δεσμογλεΐνες 3 και 1) της κυτταρικής μεμβράνης των κερατινοκυττάρων (δεσμοσωμάτια) που έχει ως αποτέλεσμα την απώλεια επαφής των κυττάρων (ακανθόλυση). Η συχνότητα πέμφιγας κυμαίνεται από 0,1 έως 0,8 νέες περιπτώσεις ανά 100.000 ανθρώπους το χρόνο. Οι Ελλάδα, Ισραήλ, Ιταλία και άλλες μεσογειακές χώρες βρίσκονται στην κορυφή της συχνότητας. Παρά το γεγονός ότι δεν υπάρχουν ακριβή στοιχεία για την Ελλάδα, υπολογισμοί του γράφοντος, με εξέταση και αντιμετώπιση πάνω από 750 περιπτώσεων πέμφιγας στα 50 χρόνια ενασχόλησης με τη νόσο, είναι ότι στη χώρα μας καταγράφονται 50-60 νέες περιπτώσεις το χρόνο. Η νόσος προσβάλλει πιο συχνά γυναίκες παρά άνδρες σε σχέση 1,5:1 με αιχμή εμφάνισης μεταξύ 45 και 60 ετών ενώ είναι πολύ σπάνια σε παιδιά και εφήβους. Ο μικρότερος ασθενής που έχουμε διαγνώσει και ανακοινώσει μαζί με τη Στοματολόγο Ελεάνα Στουφή σε διεθνές περιοδικό (Oral Surg Oral Med Oral Pathol 69:609, 1990) είναι κορίτσι ηλικίας 6 ετών.

Με κλινικά, ιστολογικά και ανοσολογικά κριτήρια η πέμφιγα ταξινομείται σε 7 ποικιλίες ***(Πίνακας Ι).*** Από τη μεγάλη αυτή ομάδα η κοινή πέμφιγα είναι η πιο συχνή αφού αποτελεί το 90-95% των περιπτώσεων. Είναι χρήσιμο να γνωρίζουμε ότι στο 70-75% των περιπτώσεων της κοινής πέμφιγας οι βλάβες αρχίζουν από το στόμα και συχνά είναι μοναδικές για πολύ καιρό πριν επεκταθούν σε άλλους βλεννογόνους και το δέρμα, ενώ δεν είναι σπάνιο η νόσος να παραμείνει αποκλειστικά στόμα.

Η μεγάλη δραστηριότητα της πέμφιγας στο στόμα αναδεικνύει το σημαντικό ρόλο του οδοντιάτρου για πρώιμη διάγνωση και παραπομπή του ασθενούς σε στοματολόγο με μεγάλη εμπειρία για τη νόσο για τελική διάγνωση και θεραπεία που πάντα πρέπει να γίνεται σε συνεργασία με δερματολόγο που να διαθέτει ανάλογη εμπειρία. Η συχνή εμφάνιση της νόσου στο στόμα οφείλεται στο γεγονός ότι το υπεύθυνο αντιγόνο που τροποποιείται είναι το πεπτίδιο δεσμογλεΐνη 3 (Dsg3), το οποίο πυροδοτεί την παραγωγή αυτοαντισωμάτων, που απαντά κυρίως στα δεσμοσωμάτια των επιθηλιακών κυττάρων του βλεννογόνου του στόματος. Αντίθετα, όταν το υπεύθυνο αντιγόνο είναι η δεσμογλεΐνη 1 (Dsg1) που βρίσκεται κυρίως στην επιδερμίδα, έχουμε κλινική έκφραση με βλάβες στο δέρμα. Τέλος, όταν η τροποποίηση αφορά τις δεσμογλεΐνες 3 και 1, έχουμε κλινικές βλάβες στο στόμα και το δέρμα.

*Εικ. 1: Κοινή πέμφιγα, ερυθρότητα και διαβρώσεις στα ούλα με τη μορφή της αποφλοιωτικής ουλίτιδας.*

*Εικ. 2: Κοινή πέμφιγα, εκτεταμένες διαβρώσεις στην υπερώα.*

*Εικ. 3: Κοινή πέμφιγα, πολλαπλές διαβρώσεις που καλύπτονται από εφελκίδες στο δέρμα.*

Η βασική παθογεννετική διεργασία είναι τα IgG αντισώματα που στρέφονται εναντίων των κυττάρων της επιδερμίδας και του επιθυλίου με συνέπεια την απώλεια και τον σχηματισμό των πομφολύγων της νόσου.

Συμπερασματικά, ο κλινικός φαινότυπος της πέμφιγας έχει αντιγονική αντιστοιχία. Στον πίνακα Ι παρατίθενται τα υπεύθυνα αντιγόνα και αντισώματα στις διάφορες μορφές της νόσου. Κλινικά στο στόμα παρατηρούνται ακανόνιστες διαβρώσεις ***(Εικ. 1, 2)*** που καλύπτονται από λευκωπή ψευδομεμβράνη που αντιπροσωπεύει το κατεστραμμένο επιθήλιο και που χαρακτηριστικά έχουν την τάση για επέκταση, ενώ σπάνια βρίσκονται άθικτες πομφόλυγες. Ένα σημαντικό κλινικό σημείο είναι το «σημείο Nikolsky» που είναι η αποκόλληση φαινομενικά υγιούς επιθηλίου μετά από ήπια τριβή με το δάκτυλο ή σπάτουλα και έχει ως ιστολογικό υπόβαθρο την ακανθόλυση. Προσοχή, το σημείο Nikolsky μπορεί να παρατηρηθεί και στο πεμφιγοειδές των βλεννογόνων, το πομφολυγώδες πεμφιγοειδές, σε άλλα αυτοάνοσα πομφολυγώδη νοσήματα, τη νόσο του Darier, το πολύμορφο ερύθημα. Διαφορική διάγνωση κλινικά στο στόμα γίνεται από πολλά νοσήματα, τα πιο συχνά από τα οποία βρίσκονται ταξινομημένα στον ***πίνακα ΙΙ.*** Στο δέρμα η νόσος εκδηλώνεται με πομφόλυγες που γρήγορα σπάνε, καταλείποντας διαβρώσεις, που χαρακτηριστικά έχουν τάση για φυγόκεντρη επέκταση ***(Εικ. 3)***. Τέλος, βλάβες απαντούν σπανιότερα στο βλεννογόνο του οφθαλμού ***(Εικ. 4)***, της μύτης, του φά-

**Πίνακας Ι**
**Ταξινόμηση πέμφιγας με κλινικά, ιστολογικά και ανοσολογικά κριτήρια**

| ΠΟΙΚΙΛΙΑ ΠΕΜΦΙΓΑΣ | ΠΡΟΣΒΟΛΗ ΣΤΟΜΑΤΟΣ | ΠΡΟΣΒΟΛΗ ΔΕΡΜΑΤΟΣ | ΑΥΤΟ-ΑΝΤΙΣΩΜΑΤΑ | ΑΝΤΙΓΟΝΟ | ΜΟΡ. ΒΑΡΟΣ ΑΝΤΙΓΟΝΟΥ (KDa) |
|---|---|---|---|---|---|
| Κοινή | Πολύ συχνή | Συχνή | IgG | Δεσμογλεΐνη 3,1 | 130, 160 |
| Βλαστική | Συχνή | Πολύ συχνή | IgG | Δεσμογλεΐνη 1,3 | 130, 160 |
| Φυλλώδης | Σπάνια | Πολύ συχνή | IgG | Δεσμογλεΐνη 1 | 160 |
| Ερυθηματώδης | Σπάνια | Πολύ συχνή | IgG | Δεσμογλεΐνη 1 | 160 |
| Φαρμακευτική | Συχνή | Συχνή | IgG | Δεσμογλεΐνη 3,1 | 130, 160 |
| Παρα-νεοπλασματική* | Πολύ συχνή | Συχνή | IgG, IgA | Δεσμογλεΐνη 3,1 | 130, 160 |
| | | | | Δεσμοπλακίνη I,II | 250, 210 |
| | | | | BPAG1 | 230 |
| | | | | περιπλακίνη | 190 |
| | | | | ενδοπλακίνη | 210 |
| IgA πέμφιγα | Σπάνια | Πολύ συχνή | IgA | Δεσμοκολλίνη 1 | 110/100 |

*Συνυπάρχει κυρίως με χρόνια λεμφογεννή λευχαιμία και μη-Hodgkin λεύκωμα και σπάνια με άλλες νεοπλασίες.

**Πίνακας ΙΙ**
**Κλινική διαφορική διάγνωση πέμφιγας στόματος**

- Πεμφιγοειδές βλεννογόνων
- Πομφολυγώδες πεμφιγοειδές
- Γραμμική IgA νόσος
- Πεμφιγοειδές της εγκυμοσύνης
- Ερπητοειδής δερματίτις
- Επίκτητη πομφολυγώδης επιδερμόλυση
- Ομαλός λειχήνας (διαβρωτική και πομφολυγώδης μορφή)
- Ερυθηματώδης λύκος
- Πομφολυγώδης αιμορραγική κυνάγχη
- Πολύμορφο ερύθημα
- Σύνδρ. Stevens-Johnson
- Τοξική επιδερμική νεκρόλυση
- Ερπητική στοματίτις
- Άφθες
- Χρόνια ελκωτική στοματίτις
- Κοκκιωμάτωση Wegener
- Συφιλιδικές βλεννώδεις πλάκες
- Καλοήθης οικογενής πέμφιξ

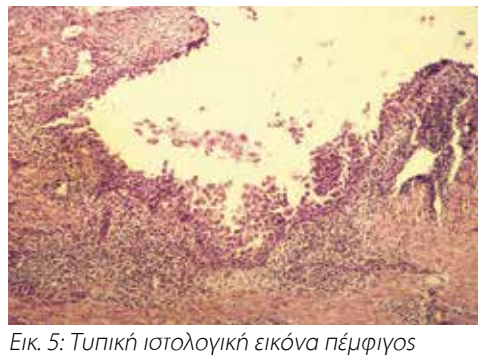
ρυγγα, του λάρυγγα, των γεννητικών οργάνων, προκαλώντας ανάλογα συμπτώματα.

Ένα από τα πιο χαρακτηριστικά κλινικά σημεία της πέμφιγας, ανεξάρτητα από τη μορφή της νόσου και την τοπογραφική δραστηριότητα, είναι η ήπια έναρξη των βλαβών, η τάση για επέκταση και η χρονιότητα. Η κλινική διάγνωση πρέπει πάντα να τεκμηριωθεί με διενέργεια βιοψίας και ιστολογική και ανοσολογική εξέταση. Ιστολογικά παρατηρείται ακανθόλυση και δημιουργία σχισμοειδών χώρων μέσα στο επιθήλιο και πάνω από τη βασική στιβάδα ***(Εικ. 5)***. Με τον άμεσο ανοσοφθορισμό παρατηρείται καθήλωση αυτοαντισωμάτων γύρω από τα επιθηλιακά κύτταρα που εκφράζονται με έντονο πράσινο φθορισμό, με τη μορφή πλέγματος και αντιστοιχούν στις θέσεις που ανευρίσκεται το υπεύθυνο αντιγόνο (δεσμογλεΐνη 3 για το επιθήλιο και δεσμογλεΐνη 1 για την επιδερμίδα) ***(Εικ. 6)***. Τέλος με την τεχνική του έμμεσου ανοσοφθορισμού, ανιχνεύονται ελεύθερα αντισώματα πέμφιγας (αντι-Dsg3 και 1) που ο τίτλος τους είναι ανάλογος με την κλινική δραστηριότητα της νόσου. Στο Στοματολογικό Τμήμα του Νοσ. «Α. Συγγρός» από το 1972 σχεδιάσαμε πρωτοποριακές μελέτες για την πέμφιγα που υλοποιήθηκαν στο Ανοσολογικό Τμήμα του Νοσοκομείου, υπεύθυνος του οποίου ήταν από το 1971 έως το 1998 ο καθηγητής δερματολογίας Αντ. Βαρελτζίδης, και είχαν ως αποτέλεσμα πολλές ανοσολογικές μελέτες που αποτέλεσαν και αποτελούν σημεία αναφοράς στη διεθνή βιβλιογραφία.

Σήμερα ο ποσοτικός προσδιορισμός στο αίμα των ασθενών με πέμφιγα των αντι-Dsg1και αντι-Dsg3 αντισωμάτων, με την τεχνική ELISA, έχει τεράστια διαγνωστική αξία και επιπλέον αποτελεί δείκτη προσδιορισμού της δραστηριότητας και της πορείας της νόσου και κατ' επέκταση κριτήριο και οδηγό καθορισμού του δοσολογικού θεραπευτικού σχήματος.

Η θεραπεία της πέμφιγας είναι ένα από τα πιο δύσκολα θέματα στη Στοματολογία και τη Δερματολογία. Ο ακρογωνιαίος λίθος στη θεραπευτική ήταν και παραμένουν τα κορτικοστεροειδή, που άλλαξαν κυριολεκτικά την πρόγνωση και μετέτρεψαν το νόσημα από θανατηφόρο (μέχρι το 1950) σε χρόνιο ελεγχόμενο πρόβλημα, με καλή έως άριστη ποιότητα ζωής για τους ασθενείς και σχεδόν μηδενική θνητότητα. Σημαντικό ρόλο στην αλλαγή της πρόγνωσης

*Εικ. 4: Κοινή πέμφιγα, διαβρώσεις στον επιπεφυκότα.*



*Εικ. 5: Τυπική ιστολογική εικόνα πέμφιγος*

*Εικ. 6: Άμεσος ανοσοφθορισμός με τυπική εικόνα πέμφιγος.*

έχουν και άλλα ανοσοκατασταλτικά φάρμακα, όπως η αζαθειοπρίνη, ο μυκοφαινολικός εστέρας, η κυκλοσπορίνη και άλλα, που χρησιμοποιούνται πάντα σε συνδυασμό με τα κορτικοστεροειδή. Τέλος, πρόσφατα, νέα φάρμακα όπως το Rituximab, που είναι μονοκλωνικό αντίσωμα έναντι του CD20 αντιγόνου, έχει δημιουργήσει ελπίδες για επιτυχή εναλλακτική θεραπεία της νόσου. Με την εμπειρία των τελευταίων 10 χρόνων το φάρμακο αυτό έχει δικαιωματικά καταλάβει σημαντική θέση στο θεραπευτικό οπλοστάσιο για την πέμφιγα. Πρέπει όμως να χορηγείται σε επιλεγμένες περιπτώσεις πέμφιγας που δεν ανταποκρίνονται καλά στα κορτικοστεροειδή και άλλα ανοσοκατασταλτικά φάρμακα. Επιπλέον, δεν στερείτε παρενεργειών με συνηθέστερες τις λοιμώξεις καθώς και το υψηλό οικονομικό κόστος.

Τελειώνοντας το άρθρο αυτό, πρέπει να τονίσουμε ότι πρώτον η θεραπεία της πέμφιγας του στόματος είναι η συστηματική χορήγηση κορτικοστεροειδών και άλλων φαρμάκων και όχι η τοπική εφαρμογή φαρμάκων που μπορεί να χρησιμοποιηθούν μόνο βοηθητικά, δεύτερον η λήψη των φαρμάκων είναι μακροχρόνια ή και εφ' όρου ζωής, που σημαίνει ότι ο ασθενής πρέπει να βρίσκεται σε συνεχή παρακολούθηση και συνεργασία με τον θεράποντα ιατρό για πρόληψη ή και αντιμετώπιση ανεπιθύμητων παρενεργειών.

## ΔΩΡΕΑΝ ΑΠΟΣΤΟΛΗ ΙΑΤΡΙΚΟΥ ΒΙΒΛΙΟΥ ΣΕ ΟΛΑ ΤΑ ΚΕΝΤΡΑ ΥΓΕΙΑΣ ΤΗΣ ΕΛΛΑΔΑΣ

Κατόπιν πρωτοβουλίας των συγγραφέων **Γιώργου Λάσκαρη** και **Ελεάνας Στουφή** και σε συνεννόηση με το Υπουργείο Υγείας και τους Διοικητές των 7 Υγειονομικών Περιφερειών της Ελλάδος, εστάλσαν 312 αντίτυπα του πρόσφατα εκδοθέντος βιβλίου «**Pocket Άτλας Νόσων του Στόματος**», για να διανεμηθούν δωρεάν σε όλα τα Πολυδύναμα Κέντρα Υγείας της χώρας.

Η δωρεάν αποστολή κατέστη δυνατή χάρις στην ευγενική χορηγία του κ. **Γεωργίου Κων/νου Αγγελόπουλου.**

Πιστεύουμε ότι οι υπηρετούντες Οδοντίατροι, καθώς και Ιατροί άλλων ειδικοτήτων στα Κέντρα Υγείας, θα έχουν στη διάθεσή τους ένα υπεύθυνο και πρακτικό βιβλίο, χρήσιμο για τη διάγνωση και τη θεραπεία των νόσων του στόματος, σε ασθενείς που προσέρχονται στα Κέντρα Πρωτοβάθμιας Περίθαλψης.

Η αποστολή αυτή στηρίζεται στην πεποίθησή των συγγραφέων ότι η συνεχής ιατρική εκπαίδευση αποτελεί τον ακρογωνιαίο λίθο για την αναβάθμιση και τη βελτίωση του επιστημονικού επιπέδου του Οδοντιάτρου και του Ιατρού στο χώρο της Υγείας, με αποδέκτη τον ασθενή.

Χωρίς καμία αμφιβολία πρέπει να συγχαρούμε τους συγγραφείς που πήραν την πρωτοβουλία αυτή και τον χορηγό για την προσφορά του.

*Ο.Β.*

# Η λειτουργική μοναδικότητα της κροταφογναθικής διάρθρωσης

**Βύρων Δρούκας**
Ομότιμος Καθηγητής ΕΚΠΑ

**Χαρά Χατζηχαλεπλή**
Master Παθοβιολογίας Στόματος

Ο δεύτερος εμβρυϊκός μήνας αποτελεί τη σημαντικότερη περίοδο για τη διαμόρφωση του κρανιοπροσωπικού συμπλέγματος. Η απαρχή των χαρακτηριστικών του προσώπου στον άνθρωπο σημειώνεται κατά τη διάρκεια της τρίτης εμβρυϊκής εβδομάδος, ενώ κατά την τέταρτη, εμφανίζονται ραβδώσεις οι οποίες σταδιακά θα σχηματίσουν τα έξι βραγχιακά τόξα[1].

Το πρώτο βραγχιακό τόξο συμβάλλει στη δημιουργία της Κροταφογναθικής διάθρωσης (ΚΓΔ) και της κάτω γνάθου (ΚΓ). Η ανάπτυξη της πρώτης γίνεται κατά τη διάρκεια της εβρυϊκής ζωής με βραδύ ρυθμό, κάνοντας την αρχική της εμφάνιση την έβδομη εμβρυϊκή εβδομάδα. Κατά την δωδέκατη με δέκατη τρίτη, αρχίζει ο σχηματισμός του διάρθριου δίσκου, αποτελούμενος από πυκνό ινώδη συνδετικό ιστό.

Καθώς η ανάπτυξη του δίσκου συνεχίζεται, ο κόνδυλος αυξάνεται αιματούμενος από τριχοειδή αγγεία που εισέρχονται από το κονδυλικό περιχόνδριο και η ΚΓΔ αρχίζει να λειτουργεί.

Εξελικτικά, ο χόνδρος του κονδύλου αντικαθίσταται από οστίτη ιστό και μέχρι τη γέννηση, παραμένει ένα λεπτό στρώμα χόνδρου κάτω από το πυκνό ινώδους συνδετικού ιστού αρθρικό στρώμα, για να εξαφανιστεί εντελώς κατά την ενηλικίωση του ατόμου.

Η λέξη «άρθρωση» (άρθρωση<άρθρωσε<αρχαία Ελληνική άρθρον<αραρίσκω<συνενώνω, συνάπτω), στην ιατρική ορολογία σημαίνει, «στη σύνδεση δύο επιμέρους οστών», η οποία ποικίλει σε σταθερότητα και επιτρέπει διαφορετικό ή καθόλου, κατά περίπτωση, βαθμό ελευθερίας κινήσεων σε συνεργασία με τους μύες που τις περιβάλλουν.

Στο μυοσκελετικό σύστημα του ανθρώπου, με βάση τη δομή και το μορφολογικό τους χαρακτήρα, οι αρθρώσεις διακρίνονται σε δύο μεγάλες κατηγορίες.

Α) Στις διαρθρώσεις και Β) Στις συναρθρώσεις.

Οι διαθρώσεις χωρίζονται στις εξής υποκατηγορίες:

I. Γωνιώδης ή γίγγλυμη
II. Τροχοειδής
III. Σφαιροειδής
IV. Εφιππιοειδής
V. Κονδυλοειδής ή ελλειψοειδής
VI. Επίπεδη ή ανώμαλη

Τα επιμέρους χαρακτηριστικά τους αφορούν σε:

- αρθρικές επιφάνειες
- τον αρθρικό χόνδρο ή δίσκο
- την αρθρική κοιλότητα
- το αρθρικό υγρό
- τον αρθρικό θύλακο
- τους συνδέσμους
- τους διάρθριους δίσκους και δισκοειδείς μηνίσκους
- τους επιχείλιους χόνδρους

Η δεύτερη κατηγορία χαρακτηρίζεται από τη μικρή έως καθόλου κινητικότητα και διαιρείται σε τρεις επιμέρους τύπους:

α) συνδεσμώσεις
β) συνχονδρώσεις
γ) συνοστεώσεις.

Η ΚΓΔ, συνδέει τους κονδύλους της ΚΓ με την κροταφική γλήνη του λεπιδοειδούς οστού.

Ανάμεσα, παρεμβάλλεται ο διάρθριος δίσκος ή χόνδρος, χωρίζοντας την ΚΓΔ σε δύο επιμέρους θαλάμους ή αρθρώσεις. Η σχέση της με το κρανίο είναι αμφοτερόπλευρη που σημαίνει ότι κατά τη διάρκεια των λειτουργικών κινήσεων της ΚΓ, λειτουργούν ταυτόχρονα και οι δύο αρθρώσεις, ενώ ποτέ δεν παρατηρείται σε φυσιολογικές καταστάσεις ετερόπλευρη λειτουργία[3].

Είναι δεδομένο ότι η μία άρθρωση μπορεί να επηρεάσει τη λειτουργία της άλλης.

Οι δύο ΚΓΔ διαφέρουν σε μέγεθος, σε σχήμα, ακόμη και στη λειτουργία.

Τα οστικά μέρη που την απαρτίζουν είναι:

α) Η κροταφική γλήνη, με το πρόσθιο αρθρικό φύμα.

β) Ο κόνδυλος της κάτω γνάθου, με τον διάρθριο δίσκο να παρεμβάλλεται.

Η άρθρωση περιβάλλεται από τον αρθρικό θύλακο, ο οποίος περιέχει το αρθρικό υγρό. Αναλυτικότερα, τα επιμέρους στοιχεία των ΚΓΔ έχουν ως εξής:

## Η Κροταφική Γλήνη

Το σχήμα της είναι ωοειδές, έτσι ώστε να παρέχει άνετη κινητικότητα στον εντός αυτής αρθρούμενο κόνδυλο.

Μέσω της Γλασέρειας σχισμής, χωρίζεται σε πρόσθια και οπίσθια μοίρα.

Η πρόσθια είναι μέρος του λεπιδοειδούς οστού, ενώ η οπίσθια του τυμπανικού.

Προς τα εμπρός, καταλήγει στο πρόσθιο αρθρικό φύμα, το οποίο βρίσκεται μέσα στον αρθρικό θύλακο.

Το πίσω τμήμα της καλύπτεται από πυκνό ινώδη συνδετικό ιστό.

Εμφανίζει, τέλος, τρεις επικλινείς επιφάνειες που αντιστοιχούν σε ανάλογες επιφάνειες του κονδύλου.

## Ο Κόνδυλος

Έχει σχήμα κυλινδρικό και προβάλλει προς τα έξω. Το σχήμα του διαφέρει.

Στο μετωπιαίο επίπεδο, η άνω επιφάνεια έχει σχήμα κυρτό σε αναλογία 58%, 25% επίπεδο, 12% γωνιώδες και 3% υποστρόγγυλο[4]. ***(Εικ. 1)***

Ανατομικά, αποτελείται από την κεφαλή και τον αυχένα. Η κεφαλή σχηματίζεται από τρεις επιφάνειες έξω, έσω και οπίσθια.

Η έσω και έξω σχηματίζουν δίεδρη γωνία που αντιστοιχεί σε οβελιαία αύλακα και την οπίσθια επιφάνεια του προσθίου αρθρικού φύματος.

Η οπίσθια φέτεται προς την πρόσθια επιφάνεια του προσθίου αρθρικού φύματος.

## Ο Διάρθριος Δίσκος

Έχει σχήμα ερυθροκυττάρου, με λεπτό κέντρο και παχιά περιφερικά χείλη.

Ιστολογικώς, αποτελείται από πυκνό δίκτυο κολλαγόνων ινών.

Το πίσω χείλος είναι παχύ και αμφίκοιλο, ενώ το πρόσθιο, παχύτερο και αμφίκοιλο προς τα πάνω.

Από τα ανατομικά στοιχεία που συνθέτουν τον διάρθριο δίσκο, το σημαντικότερο είναι η οπίσθια πρόσφυσή του, η οποία ονομάζεται δίστιβη ζώνη (bilaminar zone)[5].

Αποτελείται από δύο στιβάδες άνω και κάτω, μεταξύ των οποίων μεσολαβεί χαλαρός συνδετικός ιστός.

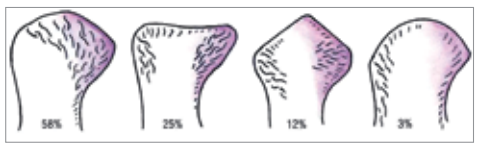
Με τη μεσολάβηση της άνω στιβάδος, ο δίσκος προσφύεται στο τυμπανικό πέταλο του κροταφικού οστού, ενώ με την κάτω, στον αυχένα του κονδύλου. ***(Εικ. 2,3)***

Η απώλεια πρόσφυσης του δίσκου με τα παρακείμενα μόρια, έχει ως αποτέλεσμα την μετατόπισή του και τη δημιουργία ηχητικών φαινομένων (clicking)[6].

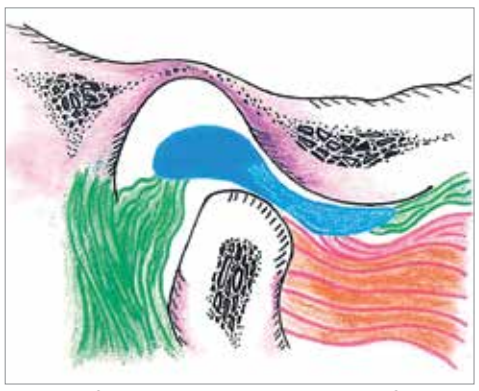
Προς τα εμπρός, προσφύεται στην άνω μοίρα του έξω πτερυγοειδούς κατά την κατάσπαση της ΚΓ, ενώ η άνω κατά την ανάσπαση.

Οι δύο μοίρες δρουν ανταγωνιστικά[7].

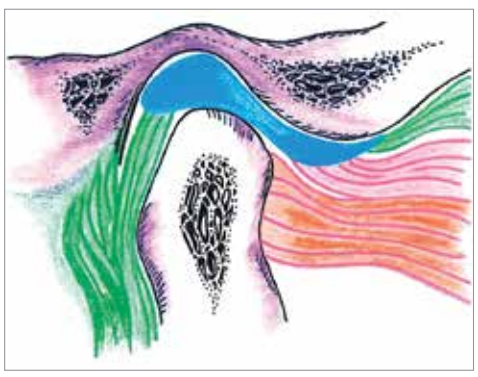
Συμπερασματικά, η φυσιολογική και απρόσκοπτη λειτουργία του συμπλέγματος κονδύλου-δίσκου, είναι το αποτέλεσμα της συνδυασμένης δράσης των δύο μοιρών του έξω πτερυγοειδούς και των ελαστικών ινών της δίστιβης ζώνης.




*Εικ. 1*



*Εικ. 2: Οβελιαία διατομή κροταφογναθικής διάρθρωσης. Ο κόνδυλος βρίσκεται σε θέση προολίσθησης. Η δίστιβη ζώνη βρίσκεται έξω από την κροταφική γλήνη ελκόμενη από το οπίσθιο χείλος του δίσκου.*



*Εικ. 3: Οβελιαία διατομή κροταφογναθικής διάρθρωσης. Ο κόνδυλος βρίσκεται μέσα στην κροταφική γλήνη, ενώ η δίστιβη ζώνη εκτείνεται από τη βάση της, (οπίσθιο τοίχωμα του αρθρικού θυλάκου) μέχρι το οπίσθιο χείλος του διάρθριου δίσκου.*

## Ο Αρθρικός Θύλακος

Είναι λεπτός και χαλαρός αποτελούμενος από ινώδη συνδετικό ιστό.

Προς τα κάτω, περιβάλλει τον κόνδυλο, φθάνοντας μέχρι τον αυχένα.

Προς τα άνω, προσφύεται στο πρόσθιο χείλος του προσθίου αρθρικού φύματος της λεπιδοτυμπανικής σχισμής και στα πλάγια χείλη της κροταφικής γλήνης.

Εμπρός, συνέχεται με τον διάρθριο δίσκο, προς τα πίσω, με τη δίστιβη ζώνη, επιτρέποντας την προς τα εμπρός κίνηση του συμπλέγματος κόνδυλος-δίσκος.

Λειτουργικά, σχετίζεται με την κατανομή του αρθρικού υγρού.

## Πρόσθιο Αρθρικό Φύμα

Από ανατομικής πλευράς, απαρτίζει την πρόσθια ρίζα της ζυγωματικής απόφυσης.

Το ύψος και η κυρτότητά του επηρεάζουν την κονδυλική απόκλιση του ατόμου.

Η διαπίστωση αυτή δεν αποτελεί κριτήριο ότι το σχήμα του σχετίζεται με τις συγκλεισιακές σχέσεις των δοντιών[8-10].

Κατά τη διάρκεια της πρώτης δεκαετίας, το πρόσθιο αρθρικό φύμα δεν έχει πλήρως διαπλασθεί. Συνεπώς, η κονδυλική απόκλιση είναι σχετικά αβαθής αν και στην ηλικία αυτή, η οδοντοφυΐα είναι μικτή. Έτσι, είναι δυνατόν να παρατηρηθεί δυσκολία στην αποσυναρμογή μεταξύ νεογιλών και μονίμων γομφίων κατά τη διάρκεια της προωστικής κονδυλικής ατράπου και των πλαγίων κινήσεων της ΚΓ[2].

## Οι Σύνδεσμοι

Ο σημαντικότερος είναι ο έξω πλάγιος (ισχυρός και τριγωνικός), εκφυόμενος από τη ζυγωματική απόφυση και καταφυόμενος στον αυχένα του κονδύλου, εμποδίζει την κίνηση του τελευταίου προς τον έξω ακουστικό πόρο.

Εμποδίζει επίσης τις υπέρμετρες πλάγιες κινήσεις.

Στην έσω πλευρά της ΚΓΔ, συναντούμε δύο ασθενέστερους, τον σφηνογναθικό και τον βελονογναθικό.

Τέλος, ο πτερυγογναθικός είναι τενοντώδης ταινία, εκφυόμενη από το πτερυγοειδές άγκιστρο του σφηνοειδούς στού και καταφυόμενη στον ΚΓ, όπισθεν του τρίτου γομφίου.

## Αιμάτωση και Νεύρωση της ΚΓΔ

Η αιμάτωση επιτελείται από την επιπολής κροταφική αρτηρία και την έσω γναθιαία.

Αμφότερα είναι ακρεμόνες κλάδοι της έξω καρωτίδος. Μεγαλύτερη είναι η έσω γναθιαία[11].

Η επιπολής κροταφική ξεκινά πίσω από τον κύνδυλο και εμπρός από το πτερύγιο του εντός χορηγώντας κλάδους στην ΚΓΔ.

Ακολούθως, ακολουθεί ανοδική πορεία, συμπορευόμενη με το ωτοκροταφικό νεύρο, όπου και διαιρείται σε κλάδους που κατανέμονται σε περιοχές του προσώπου και του κρανίου[12].

Η έσω γναθιαία αποτελείται από 4 μοίρες:

1) Κονδυλική
2) Πτερυγοειδή
3) Άνω γναθιαία
4) Πτερυγοϋπερώια[13]

Η νεύρωση της ΚΓΔ επιτελείται από το ωτοκροταφικό νεύρο, το οποίο είναι αμιγής αισθητικός κλάδος, εκπορευόμενος από το οπίσθιο στέλεχος του κάτω γναθικού.

Αναδύεται από το παρέγχυμα της παρωτίδος, με δύο ρίζες, μεταξύ των οποίων, περικλείεται η μέση μηνιγγική αρτηρία.

Φέρεται πίσω από την ΚΓΔ, την οποία διαδράμει κατά την μεσότητα και, στη συνέχεια, αποσχίζεται πλαγίως και αμφοτερόπλευρα, διασχίζοντας τον αυχένα του κονδύλου, διασπώμενο σε πολλούς κλάδους που νευρώνουν τον αρθρικό θύλακο και τον διάρθριο δίσκο, οπισθίως, πλαγίως και ενδιαμέσως.

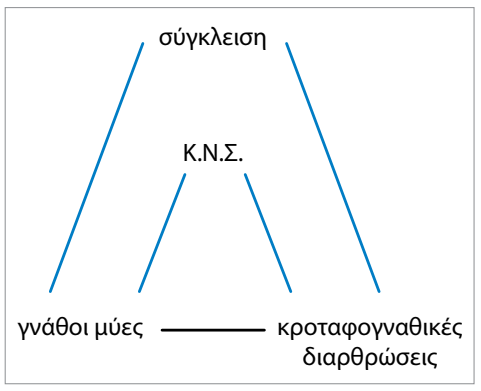
Κλάδος του μασητηρίου νεύρου και των εν τω βάθει κροταφικών, νευρώνουν το πρόσθιο τμήμα του αρθρικού θυλάκου.

Ανερχόμενος προς τα άνω, φέρει από το ωτικό γάγγλιο, παρασυμπαθητικές μεταγαγγλιακές ίνες για την παρωτίδα και δερματικούς κλάδους

για την κροταφική χώρα, το πτερύγιο του ωτός και τον έξω ακουστικό πόρο.
Λόγω των ανωτέρω ανατομικών σχέσεων με την ΚΓΔ, είναι δυνατόν να εκδηλώνονται συμπτώματα αντανακλαστικού άλγους στις ανωτέρω περιοχές, π.χ. λόγω φλεγμονής.

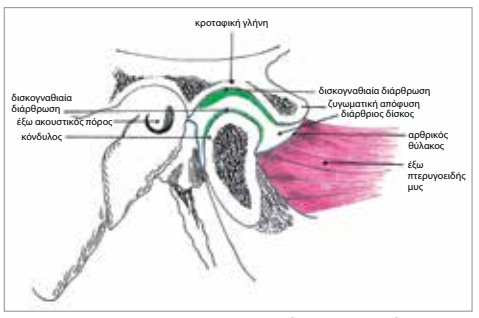
## Η Μοναδικότητα της ΚΓΔ

Το Στοματογναθικό σύστημα (ΣΣ), ειναι μία λειτουργική μονάδα της οποίας τα επιμέρους οργανικά στοιχεία (δόντια, γνάθος, μύες, γλώσσα, νεύρα, αγγεία κλπ.), συνεργαζόμενα μεταξύ τους, επεξεργάζονται την εύρυθμη λειτουργία του.
Η σχέση του με τα υπόλοιπα τμήματα του οργανισμού, είναι αρκετά πολύπλοκη. ***(Εικ. 4)***
Στην εικόνα, βλέπουμε το ΚΝΣ να δεσπόζει δορυφορούμενο από τις ΚΓΔ, το νευρομυϊκό σύστημα της περιοχής και τη σύγκλειση των δοντιών.




*Εικ. 4: Οι σχέσεις μεταξύ των κυριότερων στοιχείων του στοματογναθικού συστήματος και του Κεντρικού Νευρικού Συστήματος (Κ.Ν.Σ.).*

Ο σπουδαιότερος εταίρος του ΚΝΣ είναι οι δύο ΚΓΔ, για δύο λόγους.
Α) Η ΚΓΔ είναι η μοναδική άρθρωση στο μυοσκελετικό σύστημα του ανθρώπου που συνδυάζει κινήσεις γιγγλύμου αρθρώσεως και διαρθρώσεως.
Με τη μεσολάβηση του διαρθρίου δίσκου, χωρίζεται σε δύο επιμέρους αρθρώσεις ή θαλάμους ***(Εικ. 5)***, στην άνω ή δισκοκροταφική άρθρωση, η οποία σχηματίζεται από την κροταφική γλήνη και την άνω επιφάνεια του διαρθρίου δίσκου, και τον κάτω θάλαμο ή δισκογναθιαία άρθρωση, η οποία σχηματίζεται από την άνω επιφάνεια της κεφαλής του κονδύλου και την κάτω επιφάνεια του διαρθρίου δίσκου.




*Εικ. 5: Δομή της κροταφογναθικής διάρθρωσης.*

Στον άνω θάλαμο, επιτελούνται κινήσεις περιστροφής, ενώ στον κάτω, κινήσεις μετατόπισης. Στον άνω θάλαμο, ο οποίος έχει χαλαρή δομή, ο δίσκος και ο κόνδυλος λειτουργούν ως ενιαίο σύνολο, κατά τη διάρκεια των κινήσεων της ΚΓ[3].
Η ταυτόχρονη δράση αμφοτέρων των επιμέρους αρθρώσεων προκαλεί τις τόσο περίπλοκες κινήσεις της ΚΓ.
Σύμφωνα με τον Boucher[14], οι περιστροφικές κινήσεις της ΚΓ, γίνονται αποκλειστικά στον κάτω θάλαμο της ΚΓΔ, είτε σε κάθετο επίπεδο είτε σε οριζόντιο, αλλά πάντα σε συνδυασμό μεταξύ τους.
Β) Οι ΚΓΔ διαθέτουν πλούσιο δίκτυο αισθητηριακών υποδοχέων, οι οποίοι διαβιβάζουν πληροφορίες από το εσωτερικό και εξωτερικό περιβάλλον στο ΚΝΣ, κεντρομόλως.
Οι αισθητηριακοί υποδοχείς είναι μεταλλάκτες που μετατρέπουν διάφορες μορφές ενέργειας του περιβάλλοντος σε δυναμική ενέργεια των νευρώνων[2].
Οι υποδοχείς των ΚΓΔ (σωμάτια Vater-Pacini, σωμάτια Ruffini, ελεύθερες νευρικές απολήξεις, τενόντιο όργανο του Golgi), οι οποίοι ανευρίσκονται στον αρθρικό θύλακο, στην περιφέρεια του διαρθρίου δίσκου και στον έξω πλάγιο σύνδεσμο, διαβιβάζουν στο ΚΝΣ αισθητικές και κινητικές πληροφορίες, σχετικές με την θέση και την κίνηση της ΚΓ.
Οι πληροφορίες προέρχονται από υποδοχείς της περιφέρειας που εντοπίζονται στο περιοδόντιο και στους μύες[15].
Με τη βοήθειά τους, το ΚΝΣ συντονίζει τη λειτουργικότητα των ΚΓΔ και την κινητικότητα της ΚΓ.
Τα σωμάτια Vater-Pacini είναι υποδοχείς αφής, το ίδιο και οι ελεύθερες νευρικές απολήξεις.
Τα πρώτα ανιχνεύουν μηχανικές μεταβολές των επιμέρους στοιχείων των ΚΓΔ, ενώ οι δεύτερες ανιχνεύουν ερεθίσματα αφής και πίεσης[15].
Τέλος, τα όργανα του Golgi ειδικεύονται στην ανίχνευση χαμηλών τάσεων στο εσωτερικό της ΚΓΔ. Παρεμβαίνουν ανασταλτικά στη μυϊκή δραστηριότητα συντονίζοντας δυνάμεις όλων των τύπων.
Επίσης, η δραστηριότητά τους επηρεάζει και επηρεάζεται από το μηχανισμό του μυοτατικού αντανακλαστικού[16]. Με τον όρο «μυοτατικό αντανακλαστικό», εννοούμε πως οποτεδήποτε ένας μυς διατείνεται με τη διέγερση των μυϊκών του ατράκτων, προκαλείται αντανακλαστική συστολή του.
Το μυοτατικό αντανακλαστικό (jaw-jerk reflex), αποτελεί έναν από τους βασικότερους συντελεστές σταθεροποίησης της ΚΓ, σε σχέση με την άνω, κατά τη διάρκεια των διάφορων δραστηριοτήτων της τελευταίας, συμμετέχοντας στη διατήρηση της θέσης ανάπαυσης[18,19].
Η ΚΓ είναι σε θέση να κινείται κατά μήκος απεριορίστου αριθμού ατραπών κίνησης, οι οποίες είναι πολύπλοκες και μικτές. Η ανάλυσή τους, την οποία υπαγορεύει η ανατομική δομή της ΚΓΔ, καταλήγει σε δύο απλούστερες μορφές κίνησης, την περιστροφή και την μετατόπιση.
Περιστροφή είναι η κίνηση κατά την οποία υπάρχει μία ευθεία, ο άξονας περιστροφής και της οποίας όλα τα σημεία παραμένουν ακίνητα κατά τη διάρκεια της περιστροφής ενώ όλα τα υπόλοιπα σημεία του σώματος γύρω από τον άξονα έχουν διαφορετικές ταχύτητες ανάλογα με την απόσταση από τον άξονα.
Μετατόπιση είναι η κίνηση κατά την οποία όλα τα σημεία του σώματος έχουν την ίδια ταχύτητα και οι τροχιές τους είναι παράλληλες[20].
Κατά τη διάρκεια των κινήσεων της ΚΓ, ο ένας κόνδυλος μπορεί να εκτελεί περιστροφικές κινήσεις μόνον ενώ, την ίδια στιγμή, ο έτερος εκτελεί περιστροφή, κατολισθαίνοντας συνάμα κατά μήκος της κονδυλικής ατραπού.
Επίσης, είναι δυνατόν και οι δύο κόνδυλοι να περιστρέφονται ταυτόχρονα κατολισθαίνοντας συνάμα προς τα εμπρός και κάτω.
Το συμπέρασμα είναι ότι και οι δύο κόνδυλοι μπορούν να λειτουργούν ως μονάδες, ή αλληλοεξαρτώμενοι[21,22].
Κατά τη διάρκεια των διαφόρων κινήσεων της ΚΓ, οι κόνδυλοι ολισθαίνουν, διαγράφοντας

τροχιά επάνω στην επιφάνεια της κροταφικής γλήνης.

Η τροχιά ονομάζεται κονδυλική ατραπός κίνησης, η οποία ορίζει την προς τα εμπρός και κάτω κίνηση του διαρθρίου δίσκου, επί του βόθρου της γλήνης. Κατά την κίνηση αυτή, ο κόνδυλος και ο δίσκος ολισθαίνουν προς τα εμπρός και κάτω, επί του επικλινούς άνω τοιχώματος του γληνοειδούς βόθρου[21].

Προαστική ονομάζουμε την προς τα εμπρός κίνηση της ΚΓ.

Πλανητική ονομάζουμε την κίνηση που ακολουθεί ο κόνδυλος της πλευράς που δεν λειτουργεί όταν ο κόνδυλος έρχεται προς τα κάτω, εμπρός και μέσα, πλανόμενος περί του λειτουργούντα κονδύλου, ο οποίος περιστρέφεται περί κάθετο άξονα και αναπηδά προς τα έξω.

Κατά την πλαγιολίσθηση της ΚΓ, ο αντιρροπών κόνδυλος κινείται προς τα κάτω, εμπρός και μέσα, περιστρεφόμενος ταυτόχρονα στο διάρθριο δίσκο. Την ίδια στιγμή, ο εργαζόμενος κόνδυλος περιστρέφεται στο διάθριο δίσκο γύρω από κάθετο άξονα.

Όταν ο αντιρροπών κινείται προς τα κάτω, εμπρός και εντός της κροταφικής γλήνης, κατά τις πλάγιες κινήσεις της ΚΓ, η κίνησή του προς τα εντός, περιορίζεται από το έσω κράσπεδο της κροταφικής γλήνης.

Οι πλάγιες κινήσεις του αντιρροπούντος κονδύλου, οι οποίες πραγματοποιούνται απέναντι από το έσω τοίχωμα της κροταφικής γλήνης, προσδιορίζουν την κίνηση Bennett ή πλάγια αναπήδηση του κονδύλου της εργαζόμενης πλευράς. Θεωρείται ως διαρθωτική κίνηση, η οποία διευκολύνει την φυσιολογική προς τα έσω κίνηση του αντιρροπούντος κονδύλου.

Εάν ο κόνδυλος της εργαζόμενης πλευράς απλώς περιστρέφεται χωρίς να αναπηδά, τότε δεν υπάρχει κίνηση Bennett.

Η φορά της κίνησης δυνατόν να είναι ευθεία, πλάγια μετατόπιση ή πλάγια με ελαφρά απόκλιση προς τα εμπρός ή προς τα πίσω, εξαρτώμενη από την ανατομική δομή της κροταφικής γλήνης και τη συστολή του έξω πτερυγοειδούς μυός. Η κίνηση μπορεί επίσης να διαφέρει μεταξύ των δύο κονδύλων.

Κατά τους McCollum & Stuart[23], η κίνηση μπορεί να επιτελείται σε ευθεία γραμμή, απευθείας πλάγια. Πρόκειται όμως για εξαίρεση, δεδομένου ότι η κίνηση διαγράφεται σε κυρτή γραμμή. Η κατεύθυνσή της μπορεί να είναι προς τα έξω και εμπρός ή πίσω, ή προς τα έξω και άνω ή κάτω.

Η γωνία που σχηματίζει η τροχιά του αντιρροπούντος κονδύλου με το οβελιαίο επίπεδο, ονομάζεται γωνία Bennett[21,24].

Η πλάγια μετακίνηση μετρούμενη στο οριζόντιο επίπεδο, είναι κατά μέσον όρο 0,75 mm, ενώ η κίνηση Bennett, στο 80% των ατόμων, είναι 1,5 mm ή λιγότερο[25]

Η ΚΓ, ξεκινώντας από την αρχική της θέση (μέγιστη συγγόμφωση), μπορεί να κινείται κατά μήκος απεριορίστου αριθμού ατραπών κίνησης. Οι παράγοντες που ελέγχουν, καθορίζουν και επηρεάζουν την κινησιολογία τους, ονομάζονται ελεγκτικοί ή καθοριστικοί παράγοντες.

Είναι τέσσερις και διακρίνονται σε τρεις ανατομικούς και έναν φυσιολογικό. Οι ανατομικοί είναι τρεις και διακρίνονται σε δύο οπίσθιους και έναν πρόσθιο. Οι δύο οπίσθιοι είναι ο αριστερά και ο δεξιά ΚΓΔ. Χαρακτηρίζονται επίσης και ως γεωμετρικοί (κέντρα στροφής, άξονες περιστροφής).

Είναι αμιγώς μηχανικοί παράγοντες, καθοριστικοί για την κίνηση της ΚΓ.

Ο τρίτος καθοριστικός παράγων από τους ανατομικούς, δηλαδή ο πρόσθιος, είναι η σύγκλειση των δοντιών και αντιπροσωπεύεται από τα μεσοσυγκλεισιακά σημεία επαφής και από τα επικλινή επίπεδα των φυμάτων των ανταγωνιστών οδόντων όταν βρίσκονται σε συναρμογή.

Ο φυσιολογικός ελεγκτής των κινήσεων της ΚΓ, είναι το νευρομυϊκό σύστημα, το οποίο αποτελεί τον τέταρτο καθοριστικό παράγοντα των κινήσεων της ΚΓ.

Οι λειτουργικές κινήσεις της ΚΓ, λόγω της ανατομικής δομής και ιδιομορφίας της ΚΓΔ, λαμβάνουν χώρα στα τρία αναφορικά επίπεδα του χώρου, οριζόντιο, οβελιαίο και μετωπιαίο.

Εκτός από τις βασικές θέσεις και λειτουργικές κινήσεις, η ΚΓ έχει τη δυνατότητα να διαγράφει και κινήσεις πέραν των λειτουργικών. Οι κινήσεις αυτές ονομάζονται ακραίες ή οριακές.

Οι διαγραφόμενες τροχιές τους μελετώνται στα κλασικά διαγράμματα του Posselt στο οβελιαίο επίπεδο και, στο οριζόντιο, του Gysi[25,26].

Στο οβελιαίο επίπεδο, η θέση 1 του διαγράμματος, αντιστοιχεί στην κεντρική σχέση από την οποία ξεκινούν και καταλήγουν όλες οι κινήσεις της ΚΓ. Ο αριθμός 2, υποδηλώνει τη μέγιστη συγγόμφωση, αλλά στην περίπτωση σύμπτωσης της κεντρικής σχέσης με την μέγιστη συγγόμφωση, οι αριθμοί 1 και 2 ταυτίζονται.

Από τη θέση 1-5, τα κοπτικά χείλη των προσθίων της κάτω, διελαύνουν τις γλωσσικές επιφάνειες των αντιστοίχων δοντιών της άνω, έως ότου έλθουν σε θέση κοπτική προς κοπτική, η οποία στο διάγραμμα, παρίσταται με τον αριθμό 3.

Η περαιτέρω κίνηση της προολίσθησης, διαγράφει ευθύγραμμη τροχιά, που φέρνει την ΚΓ σε σχέση γλωσσικών επιφανειών των προσθίων της κάτω, προς τις προστομιακές επιφάνειες των προσθίων της άνω και αναπαρίστανται με τον αριθμό 4.

Ο αριθμός 5, αντιστοιχεί στο έσχατο σημείο-θέση της τροχιάς.

Άλλη ακραία θέση είναι η μέγιστη κατάσπαση που αντιστοιχεί στον αριθμό 6.

Από τη θέση αυτή, ξεκινά η ανάσπαση, που μπορεί να καταλήξει: Α) στην κεντρική σχέση αφού προηγουμένως περάσει από την ενδιάμεση θέση 7, ακολουθώντας σκελετική τροχιά 6, από την οποία η συνδυασμένη κίνηση μετατόπισης και περιστροφής, μεταπίπτει σε αμιγή περιστροφική κίνηση. Β) στη θέση 2 (μέγιστη συγγόμφωση), αφού περάσει από τη θέση που αντιστοιχεί στη θέση ανάσπασης, ακολουθώντας την προσαρμοζόμενη τροχιά Π. ***(Εικ. 6)***

Στο οριζόντιο επίπεδο, η μελέτη των κινήσεων γίνεται με την καταγραφή του γοτθικού τόξου, ή διαγράμματος του Gysi ***(Εικ. 7)***, καταγράφοντας τις πλάγιες και προσθιοπίσθιες κινήσεις της ΚΓ. Οι αριθμοί 1 και 2 αντιστοιχούν στη θέση «κεντρική σχέση-μέγιστη συγγόμφωση».

Όταν οι θέσεις αυτές συμπίπτουν, οι αριθμοί 1 και 2 συμπίπτουν.

Από τη θέση της κεντρικής σχέσης, η ΚΓ προολισθαίνει μέχρι τη θέση 3, η οποία αναπαριστά την οριακή θέση προολίσθησης της ΚΓ.

Κατά τις πλάγιες κινήσεις, η ΚΓ διαγράφει αμιγή πλάγια κίνηση αριστερά-δεξιά και φθάνει στις θέσεις 4 και 5 που αντιστοιχούν στις οριακές θέσεις πλαγιολίσθησης.

Ο χαρακτήρας του Γοτθικού τόξου διαφέρει μεταξύ των ατόμων, εξαρτώμενος από το σχήμα και το μέγεθος των κονδύλων και της κροταφικής γλήνης. Εξαρτάται επίσης από τα λειτουργικά χαρακτηριστικά των μυών και των συνδέσμων της περιοχής. Τα ίδια και για την καταγραφή των κινήσεων της ΚΓ, στο οβελιαίο και μετωπιαίο επίπεδο[28].***(Εικ. 8)***

Στο μετωπιαίο επίσης καταγράφονται οι οριακές κινήσεις της ΚΓ.

Όταν η ΚΓ κινείται αριστερά-δεξιά, ξεκινώντας από τη μέγιστη συγγόμφωση, με τα δόντια να εφάπτονται ελαφρώς, τα επικλινή επίπεδα των δοντιών της εργαζόμενης πλευράς (συνήθως οι κυνόδοντες), κατευθύνουν τη γνάθο προς τα πλάγια και κάτω.

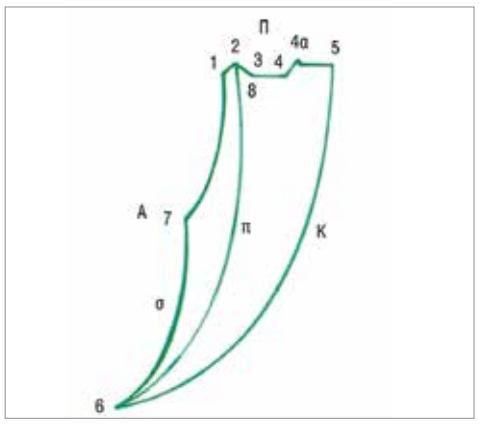
Ο βαθμός υπερκάλυψης συχνά καθορίζει τη γωνία της κίνησης προς τα κάτω.

Η ανάλυση των κινήσεων στο μετωπιαίο επίπεδο ποικίλει ευρέως μεταξύ των ατόμων. Επίσης και οι μέγιστες πλαγιολισθήσεις και η κατάσπαση.

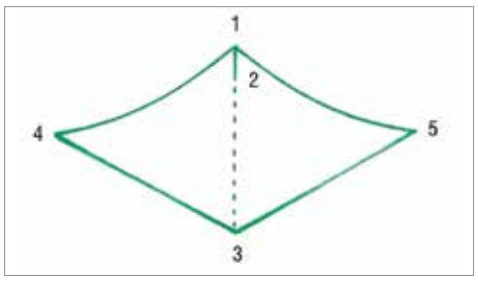
Η ικανότητα της ΚΓ κατά την πλαγιολίσθηση, υπαγορεύεται και πάλι από τη δομή της ΚΓΔ και των μυών.

## Συμπερασματικά

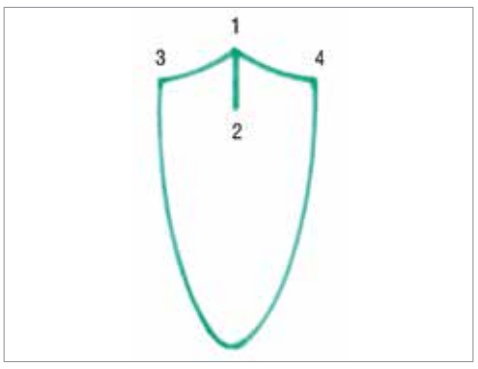
Οι οριακές κινήσεις της ΚΓ υπαγορεύονται από τα δόντια και συνεπώς διαφέρουν ανάλογα με το ανατομικό και συγκλεισιακό τους σχήμα, καθώς και την αποτριβή[24].




*Εικ. 6: **1.** Κεντρική σχέση **2.** Μέγιστη συγγόμφωση **3.** Θέση κοπτική προς κοπτική **4-4α.** Ευθύγραμμη τροχιά της σχέσης των γλωσσικών επιφανειών των κάτω προς τις προστομιακές επιφάνειες των άνω προσθίων. **5.** Μεγίστη προολίσθηση **6.** Μεγίστη κατάσπαση **7.** Θέση όπου η συνδυασμένη κίνηση της κάτω γνάθου μεταπίπτει σε αμιγή περιστροφική κίνηση **8.** Θέση ανάπαυσης*




*Εικ. 7: **1.** Κεντρική σχέση **2.** Μέγιστη συγγόμφωση **3.** Μέγιστη προολίσθηση **4-5.** Ακραίες θέσεις πλαγιολίσθησης*




*Εικ. 8: **1.** Κεντρική σχέση **2.** Θέση ανάπαυσης **3-4.** Οριακές θέσεις πλαγιολίσθησης δεξιά και αριστερά αντίστοιχα **5.** Μέγιστη κατάσπαση*

Κατά τη διάρκεια των λειτουργικών κινήσεων, η ΚΓ σπάνια ξεπερνά τα όρια που θέτουν οι ανατομικοί ελεγκτές, για να διαγράψει τροχιές που οδηγούν στις οριακές θέσεις που περιγράφηκαν.

Οι περισσότερες κινήσεις γίνονται μέσα στα λογικά όρια των τριών διαστάσεων του χώρου.

Οι πλάγιες κινήσεις της ΚΓ κατά τη διάρκεια της ομιλίας, είναι ελάχιστες σε αντίθεση με εκείνες που εκτελεί κατά τη μάσηση, στη διάρκεια της οποίας η ΚΓ έχει ως θέση επανόδου τη μέγιστη συγγόμφωση, στην οποία σπάνια έχουμε οδοντικές επαφές κατά τη διάρεια της ομιλίας.

Τα περισσότερα άτομα καταπίνουν με την ΚΓ σε θέση μέγιστης συγγόμφωσης.

Όταν το άτομο δεν μιλά, δεν μασά ή δεν καταπίνει, η ΚΓ βρίσκεται σε θέση ανάπαυσης. Στη θέση αυτή, η ΚΓ παρουσιάζει άνοιγμα 1-3 mm και 2 mm περίπου σε προολίσθηση από την πιο πίσω θέση.

Παλαιότερη άποψη υποστήριζε ότι η θέση αυτή υπογορεύεται από τους μύς της περιοχής ως αποτέλεσμα εξισορρόπησης μεταξύ βαρύτητας και της ελαστικότητας των μυών και των μαλακών ιστών της περιοχής.

Σήμερα, γνωρίζουμε ότι, εφόσον υπάρχει πραγματική χαλάρωση των μυών, η ΚΓ ανοίγει κατά προσέγγιση 8 mm.

Η μετάβαση της ΚΓ σε θέση ανάπαυσης, προϋποθέτει ότι ο μασητήρας μυς, ο κροταφίτης και πιθανώς ο έσω πτερυγοειδής, θα συσταλούν ελαφρά.

Το άνοιγμα των 8 mm, μετά από βαθειά χαλάρωση των μυών, θεωρείται ως ηλεκτρομυογραφική θέση ανάπαυσης, σε αντιδιαστολή με την κλινική θέση ανάπαυσης.

Τέλος, η κλινική της αξία χρησιμοποιείται ως σημείο αναφοράς για τον προσδιορισμό της κάθετης διάστασης.

Η εργονομική και λειτουργική δράση της Κροταφογναθικής διάρθρωσης, συγκρινόμενη με τις αντίστοιχες λειτουργικές επιδόσεις και δραστηριότητες όλων των υπολοίπων αρθρώσεων του μυοσκελετικού συστήματος του ανθρώπου, καταδεικνύει τη λειτουργική της μοναδικότητα.

**Βιβλιογραφία**

1. Moore K., "Βασική Εμβρυολογία και συγγενείς ανωμαλίες". Μετάφραση: Κοντόπουλος Α., Καραβίτη Λ. Ιατρικές εκδόσεις Λίτσας, Αθήνα 1978.
2. Mohl D.W., "The temporomandibular Joint in: Hohl, Zarb, Carlsson, Rugh (eds). A text book of occlusion. Publ. Quintessence Co. Inc., Chicago 1988, 81-96.
3. Δρούκας Β., Σταθόπουλος Α., "Στοιχεία Ακίνητης Προσθετικής", 1ος τόμος. Επ. Εκδ. Παρισιάνος, Αθήνα 1987.
4. Δημητρίου Π., Ζήσης Α., Καρκαλής Η., Πολυζώης Γ., Σταυράκης Γ., "Κινητή Προσθετική", Αθήνα 1988.
5. Rees L.A., "The structure and function of the mandibular Joint", Br. Dent. J, 1954, 96:125.
6. Mahan P.E., "Temporomandibular Joint in function and dysfunction". In: Solberk W.K., Clark G.T. (eds). "Temporomandibular Joint problems". Publ. Quintessence Co. Inc. Chicago 1980, 33.
7. McNamara J.A. Jr., "The independed functions of the two heads of the lateral pterygoid muscle". Am J Anat. 1973, 138:197.
8. Angle J.L., "Factors in temporomandibular Joint Form". Am J Anat. 1948, 83:223-46.
9. Ricketts A.M., "Variations of the temporomandibular joint as revealed by Chephalometric Laminography". Am J Orthd. 1950, 36:877-98.
10. Moffet B.C., "The temporomandibular joint". In: Sherry J.J. (eds). "Complete denture prosthodontics". McCraw-Hill. New York 1962.
11. "Gray's Anatomy", Williams P., Warnick R., Dyson M., Banister L. 37th ed. Churhill Livingstone, 1988.
12. Platzer W., "Μυοσκελετικό σύστημα", 1ος τόμος. Εγχειρίδιο ανατομικής του ανθρώπου με έγχρωμο άτλαντα των Kahle W., Leonhardt H., Platzer W. Μετάφραση: Παπαδόπουλος Ν., Ιατρικές εκδ. Λίτσας. Αθήνα 1985.
13. Frick H., Leonhardt H., Stark D., "Ειδική ανατομία". Μετάφραση: Νικηφόρος Ν., Επιστημονικές εκδ. Παρισιάνος, Αθήνα 1985.
14. Boucher C.O. "Occlusion in Prosthodontics", J. Prosth. Dent., 1953, 3:635
15. Canong W.F., "Ιατρική Φυσιολογία" 1ος τόμος. 11η έκδοση. Μετάφραση: Σπανός Β., Επιστημονικές εκδ. Παρισιάνος. Αθήνα 1985.
16. Bell E.W., "Temporomandibular disorders. Classification-diagnosis-management", 2nd ed. Publ. Year Book Med., Chicago 1986.
17. Guyton A., Hall J., "Ιατρική Φυσιολογία". Ένατη έκδοση. Δεύτερος τόμος. Επ. Εκδ. Γ. Παρισιάνος, Αθήνα 1998.
18. Harrison F., Gorbin K.B., "The central path way of the jaw jerk". Am J. Physiol. 1942, 135:439-445.
19. Καρκαζής Η., "Η επίδραση της σκληρότητας της τροφής στη δραστηριότητα του μασητήρα κατά τη μάσηση". Ηλεκτρομυογραφική μελέτη. Ερευνητική μονογραφία. Αθήνα 1995.
20. Αλεξόπουλος Α.Κ. "Γενική Φυσική", τόμος πρώτος, Βασιλάκης, Αθήνα 1960, 72-73.
21. Αδάμ Κ.Α., "Στοιχεία ακινήτου προσθετικής". Επιστημονικές εκδόσεις Γ. Παρισιάνος, Αθήνα 1971.
22. Δρούκας Χ.Β., "Συμβολή στη μελέτη της αποκλίσεως της προαστικής κονδυλικής ατράπου και της σχέσεως αυτής προς την οριζόντια και κάθετη μεσοτομική απόσταση εκφραζομένων και αξιολογουμένων επί αρθρωτήρος Whip mix". Διατριβή επί διδακτορίας, Αθήνα 1978.
23. McCollum B.B., Stuart C.E., "A research report". Scientific Press. South Pasadena, California 1955.
24. Rugh J.D., Johnson R.W., "Mandibular movements". In: Mohl, Zarb, Carlsson, Rugh (eds). A text book of occlusion. Publ. Quintessence co. Inc., Chicago 1988, 129-41.
25. Lundeen H.C., Shryock E.F., Gibbs C.H., "An evaluation of mandibular border movements: their character and significance. J Prosthet. Dent. 1978, 40:442-52.
26. Posselt V., "Studies on the mobility of the human mandibles". Acta Odontol., Scand. 1952, 10:1-150.
27. Gysi A., "The problem of articulation". Dent. Cosmos 1910, 52:1-19, 148-69, 403-18.
28. Mongini F., Carpuso V., "Factor influencing the pantographic tracing of mandibular border movements". J. Prosthet. Dent., 1982, 48:535.

# OptraGate®

Απωθητήρας χειλιών και παρειών χωρίς λάτεξ

## Η άνετη λύση για καλύτερο πεδίο

**ΝΕΟ:** τώρα διαθέσιμο σε μπλέ και ροζ

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

**www.ivoclarvivadent.gr**

**Εξουσιοδοτημένοι διανομείς**

**Ελλάδας**

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

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

**Κύπρου**

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

ivoclar vivadent®
passion vision innovation

# Μερική πολφοτομή σε μόνιμο κάτω τομέα με πολύπλοκο κάταγμα της μύλης και ανοιχτό ακρορρίζιο χρησιμοποιώντας Biodentine™. 13 μήνες επανέλεγχος: Αναφορά κλινικού περιστατικού

Συγγραφείς:

Guzman de Hoyos A.I.*,
Rodrvguez Villarreal O.,
Reyes Martell Casale P.,
Yapez Pırez C.,
Molina Montoya D.E.

*Μεταπτυχιακό στην Παιδοδοντία από το Universidad Autónoma de Coahuila U.T. Καθηγητής στο Universidad Autónoma de Durango Campus Monclova. Καθηγητής στο Universidad AME, Μοντερέι Νουέβο Λεόν.

Η τραυματολογία στην παιδοδοντία αποτελεί ένα σημαντικό θέμα λόγω της πρώιμης ανατολής της μόνιμης οδοντοφυΐας και των συνέπειών της. Το τραύμα στην παιδοδοντία συχνά περιλαμβάνει τα μόνιμα δόντια και η θεραπεία θα πρέπει να επιλέγεται προσεκτικά από τον κλινικό ιατρό. Υπάρχουν διάφοροι παράγοντες που είναι καθοριστικοί για την πρόγνωση και / ή την επιτυχία της θεραπείας, όπως η διάρκεια της έκθεσης του πολφού, τα συμπτώματα της μη αναστρέψιμης πολφίτιδας, η ανάπτυξη των ριζών και το κλινικό σενάριο[1,2].
Ο σκοπός αυτού του άρθρου είναι να παρουσιάσει ένα κλινικό περιστατικό τραυματισμού όπου εμπλέκεται ο μόνιμος κάτω τομέας. Λαμβάνοντας υπόψιν την ακτινογραφική ανάλυση και το ιστορικό αποφασίστηκε να γίνει μερική πολφοτομή. Το βιοϋλικό που χρησιμοποιήθηκε ήταν το Biodentine™ και το τμήμα του δοντιού επανατοποθετήθηκε. Υπάρχει και ο επανέλεγχος στους 13 μήνες της μερικής πολφοτομής.

## Εισαγωγή

Τα κατάγματα μύλης και οι εκγομφώσεις συμβαίνουν συχνότερα από όλους τους οδοντικούς τραυματισμούς. Η κατάλληλη διάγνωση και ένα σχέδιο θεραπείας είναι σημαντικά για την καλή πρόγνωση, η IADT (Διεθνής ένωση της οδοντιατρικής τραυματολογίας) έχει αναπτύξει εν κοινή συναινέσει, διαδικασίες που ενισχύουν την πρόγνωση και την επιτυχία της θεραπείας[4].

Τα πολύπλοκα κατάγματα μύλης θα πρέπει να διαχειρίζονται ως εξής:

Σε νεαρούς ασθενείς με ατελώς ανεπτυγμένα δόντια που συνεχίζει η ανάπτυξή τους, αποτελεί πλεονέκτημα η διατήρηση της ζωτικότητας του πολφού οπότε προτείνεται κάλυψη του πολφού ή μερική πολφοτομή. Επίσης αυτή είναι και θεραπεία επιλογής σε νέους ασθενείς με πλήρως σχηματισμένα δόντια[4].

Αν περάσει αρκετός χρόνος μεταξύ του ατυχήματος και της θεραπείας και ο πολφός γίνεται νεκρωτικός, ενδείκνυται η ενδοδοντική θεραπεία για τη διατήρηση του δοντιού στο φραγμό[4].

Η μερική πολφοτομή ορίζεται ως η αφαίρεση ενός μικρού τμήματος του μυλικού πολφικού ιστού μετά την αποκάλυψή του, ακολουθείται εφαρμογή του βιοϋλικού απευθείας πάνω στον υπολειπόμενο πολφικό ιστό πριν από την τοποθέτηση της μόνιμης αποκατάστασης[3].

Η μερική πολφοτομή είναι μια ζωντανή πολφική θεραπεία (VPT). Η ζωντανή πολφική θεραπεία των μη ανεπτυγμένων δοντιών γίνεται για την ενίσχυση της φυσιολογικής ανάπτυξης και σχηματισμού του ακρορριζίου και το κλείσιμο της ρίζας. Επίσης αυτή η διαδικασία αναφέρεται και ως γένεση του ακρορριζίου[5,6].

Ο στόχος της γένεσης του ακρορριζίου είναι η διατήρηση ενός ζωντανού υγιούς πολφικού ιστού ώστε να συνεχιστεί η ανάπτυξη της ρίζας με κλείσιμο του ακρορριζίου[6,7].

Ιστορικά, το υδροξείδιο του ασβεστίου ήταν το υλικό επιλογής σε θεραπεία με ζωντανό πολφό. Αργότερα, μετά την εισαγωγή των συσσωμάτων οξειδίου του τριοξειδίου (MTA), αυτό το βιοενεργό υλικό έγινε η χρυσή σταθερά. Πρόσφατα, μερικές άλλες κονίες πυριτικού ασβεστίου ανακαλύφθηκαν όπως η κονία με εμπλουτισμένο μίγμα ασβεστίου (CEM) και το Biodentine™, οι οποίες ευνοούν τη ζωντανή θεραπεία του πολφικού ιστού[6,7].

Το Biodentine™ (Septodont, Saint-Maur-des-Fossés, Γαλλία) είναι ένα υλικό με βάση το πυριτικό ασβέστιο και έχει πολλές κλινικές εφαρμογές. Το Biodentine™ είναι μια βιοενεργή κονία με ανόργανο πυριτικό ασβέστιο η οποία αυξάνει την ενασβεστίωση και τον πολλαπλασιασμό των πολφικών κυττάρων[8].

*Εικ. 1: Αρχική κατάσταση.*

*Εικ. 2: Αρχική κλινική εικόνα.*

*Εικ. 3: Αρχική ακτινογραφία.*

*Εικ. 4: Κλινική κατάσταση, κοπτική κάτοψη.*

Το Biodentine™ αποτελείται από σκόνη και υγρό. Η σκόνη περιέχει πυριτικό τριασβέστιο, πυριτικό διασβέστιο και οξείδιο του ασβεστίου. Το υγρό αποτελείται από χλωριούχο ασβέστιο και υδατοδιαλυτό πολυμερές με βάση καρβοξύλιο που λειτουργεί ως παράγοντας μείωσης του νερού[8].

Το Biodentine™ είναι ένα πολύ πρακτικό προϊόν, μετά από 12 λεπτά μπορεί να ολοκληρωθεί η τελική αποκατάσταση ώστε το δόντι να σφραγιστεί και να βελτιωθεί η πρόγνωσή του, αποφεύγοντας τις διαρροές και την επιμόλυνση του πολφού.

## Αναφορά Κλινικού Περιστατικού

Κορίτσι 7 ετών και 6 μηνών προσήλθε στο οδοντιατρείο με ιστορικό οδοντικού τραύματος. Αφού ενημερώθηκε ο γονέας και συναίνεσε γραπτώς, έγινε η κλινική αξιολόγηση του περιστατικού σύμφωνα με το πρωτόκολλο. Κατά την κλινική εξέταση βρέθηκε ο κάτω κεντρικός τομέας με πολύπλοκο κάταγμα μύλης, το οποίο έγινε πριν από 2 ώρες σύμφωνα με τη μαρτυρία της μητέρας ***(Εικ. 1, 2)***.

Στη συνέχεια, βγάλαμε μια ενδοστοματική ακτινογραφία και επιβεβαιώθηκε η επικοινωνία του πολφού και το ανοικτό ακρορρίζιο. Σύμφωνα με το IADT όταν παρουσιάζεται ένα πολύπλοκο κάταγμα της μύλης και δεν υπάρχουν ενδείξεις μη αναστρέψιμης πολφίτιδας θα πρέπει να διατηρήσουμε τη ζωτικότητα του πολφού κάνοντας μερική πολφοτομή. Σε αυτή την περίπτωση η μερική πολφοτομή έχει 2 στόχους: να διατηρηθεί η ζωτικότητα του πολφού και να προωθηθεί το κλείσιμο του ακρορριζίου ***(Εικ. 3, 4)***.

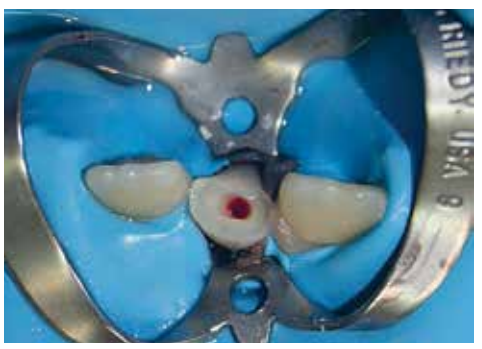
Μετά την εφαρμογή της αναισθησίας (Scandonest, Septodont), προχωρήσαμε στην απομόνωση του δοντιού με ελαστικό απομονωτήρα (Nictone, México) και αρπάγη Hu Friedy. Η μερική πολφοτομή πραγματοποιήθηκε με στρογγυλό διαμάντι υψηλών ταχυτήτων υπό κατιονισμό νερού. Η αιμορραγία ελέγχθηκε με αποστειρωμένα τολύπια βάμβακος. Η απολύμανση έγινε με υποχλωριώδες νάτριο για 1 λεπτό.

Χρησιμοποιήθηκε κάψουλα του Biodentine™ σύμφωνα με τις οδηγίες του κατασκευαστή: η κάψουλα τοποθετήθηκε στη λευκή υποδοχή της, ανοίχθηκε το υγρό και μετά χύθηκαν 5 σταγόνες στην κάψουλα, η κάψουλα αναμίχθηκε για 30 δευτερόλεπτα. Το Biodentine™ τοποθετήθηκε απευθείας στον υπόλοιπο πολφό και προσεκτικά, απαλά πιέστηκε με τολύπιο βάμβακος ***(Εικ. 5-8)***.

Μετά την εφαρμογή του Biodentine™, έγιναν οι διαδικασίες της συγκόλλησης, το τμήμα του σπασμένου δοντιού λοξοτομήθηκε με διαμάντι υψηλών ταχυτήτων για να ενισχυθεί η συγκράτηση, εφαρμόστηκε επιλεκτική αδροποίηση με φωσφορικό οξύ (Ultra Etch) για 15 δευτερόλεπτα, έπειτα ξέπλυμα και στέγνωμα, τοποθετήθηκε ο Premio Bond συγκολλητικός παράγοντας (GCAmerica) και μετά από 20 δευτερόλεπτα φωτοπολυμερίστηκε, η επανασυγκόλληση έγινε με υγρή ρητίνη (Brilliant Flow, Coltene) και η αποκατάσταση ολοκληρώθηκε με τη λείανση και τη στίλβωσή της ***(Εικ. 9-12)***.

Η πρώτη ακτινογραφία πάρθηκε αμέσως μετεγχειρητικά, η δεύτερη ακτινογραφία ύστερα από 30 ημέρες μετά τη θεραπεία.

*Εικ. 5: Επιτεύχθηκε η απομόνωση.*



*Εικ. 6: Μερική πολφοτομή.*

*Εικ. 7: Κάψουλα και υγρό του Biodentine™.*

*Εικ. 8: Το Biodentine™ πήζει μετά από 12 λεπτά.*

*Εικ. 9: Το δόντι λοξοτομείται.*

*Εικ. 10: Εφαρμογή του συγκολλητικού παράγοντα GC Premio μετά την επιλεκτική αδροποίηση της αδαμαντίνης.*

*Εικ. 11: Κλινική εικόνα μετά τον φωτοπολυμερισμό: προστομιακή κάτοψη.*

*Εικ. 12: Μετά τη λείανση και τη στίλβωση της αποκατάστασης.*

Τελικά ακτινογραφίες και φωτογραφίες επανελέγχου έγιναν μετά από 13 μήνες ***(Εικ. 13-16)***.

## Συζήτηση

Σύμφωνα με τη βιβλιογραφία, η πολύπλοκη θεραπεία καταγμάτων μύλης εξαρτάται από πολλούς παράγοντες όπως μεταξύ άλλων η ανάπτυξη των ριζών, η χρονική διάρκεια έκθεσης του πολφού, η μη αναστρέψιμη πολφίτιδα. Σε περιπτώσεις με ανοικτό ακρορρίζιο, υγιή πολφό και σύντομο χρόνο έκθεσης, η μερική πολφοτομή θα μπορούσε να γίνει με ένα βιοϋλικό όπως το Biodentine™, το οποίο προάγει την υγεία του πολφού, κλείνει το ακρορρίζιο και μας επιτρέπει να ολοκληρώσουμε την τελική αποκατάσταση πάνω από αυτό.

## Συμπέρασμα

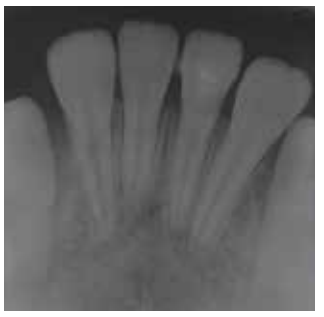
Το Biodentine™ είναι ένα βιοϋλικό με ποικίλες ενδείξεις, ειδικά σε περιπτώσεις τραυματισμού όταν ο εμπλεκόμενος πολφός μπορεί να χρησιμοποιηθεί για να διατηρηθεί η ζωτικότητά του και να επιτραπεί η σωστή ανάπτυξη του δοντιού. Σε αυτήν την περίπτωση, το Biodentine™ χρησιμοποιήθηκε σε μερική πολφοτομή στον κάτω κεντρικό τομέα και μετά από 13 μήνες επανελέγχου έχει ακολουθήσει το κλείσιμο του ακρορριζίου και διατηρήθηκε η ζωτικότητα του πολφού.
Η χρήση του Biodentine™ σε περιπτώσεις όπως αυτή μπορεί να γίνει με εξαιρετικά κλινικά και ακτινογραφικά αποτελέσματα.

### Βιβλιογραφία

1. Luca Boschini F, Home management of crown fractures of two Home management of crown fractures of two central incisors complicated by exposure of the pulp, Giornale Italiano di Endodonzia (2018) 32, 76-79
2. Viduskalne I, Care R. Analysis of the crown fractures and factors affecting pulp survival due to dental trauma. Stomatol Baltic Dent Maxillofac J 2010;12:109-15.
3. Duncan HF, Galler KM, Tomson PL, Simon S, El-Karim I, Kundzina R, Krastl G, Dammaschke T, Fransson H, Markvart M, Zehnder M, Bjψrndal L, European society of endodontology position statement: Management of deep caries and the exposed pulp. doi: 10.1111/iej.13080
4. Flores MT, Andersson L, Andreasen JO, Bakland LK, Malmgren B, Barnett F, Bourguignon C, DiAngelis A, Hicks L, Sigurdsson A, Trope M, Tsukiboshi M, von Arx T. Guidelines for the management of traumatic dental injuries. I. Fractures and luxations of permanent teeth.
5. Hengameh Ashraf, Afsaneh Rahmati and Neda Aminic, Vital Pulp Therapy with Calcium-Silicate Cements: Report of Two Cases, Iran Endod J. 2017 Winter; 12(1): 112–115. doi: 10.22037/iej.2017.23
6. Yazdani S, Jadidfard MP, Tahani B, Kazemian A, Dianat O, Alim Marvasti L. Health Technology Assessment of CEM Pulpotomy in Permanent Molars with Irreversible Pulpitis. Iran Endod J. 2014;9(1):23-9.
7. Asgary S, Fazlyab M, Sabbagh S, Eghbal MJ. Outcomes of different vital pulp therapy techniques on symptomatic permanent teeth: a case series. Iran Endod J. 2014;9(4):295-300.
8. Khoshkhounejad M, Shokouhinejad N, Pirmoazen S. Regenerative Endodontic Treatment: Report of Two Cases with Different Clinical Management and Outcomes. J Dent (Teh) 2015;12(6):460.

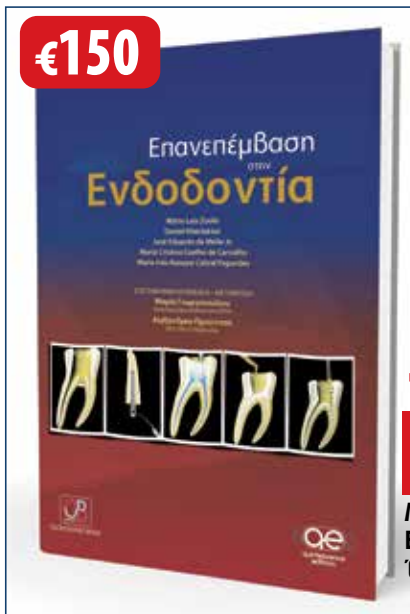
*Εικ. 13: Αμέσως μετά τη θεραπεία.*

*Εικ. 14: Μετά από 30 ημέρες.*



*Εικ. 15: 13 μήνες ακτινογραφικός έλεγχος.*

*Εικ. 16: 13 μήνες κλινικός έλεγχος.*




## 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

Αυτό το βιβλίο βοηθά τους επαγγελματίες της στοματικής υγείας να περιηγηθούν με επιτυχία σε κάθε στάδιο της ενδοδοντικής επαναθεραπείας ξεκινώντας από την κατανόηση των ενδείξεων για την επανάληψη της θεραπείας και φτάνοντας στην βέλτιστη επανέμφραξη του ριζικού σωλήνα. Έχοντας την υπογραφή μιας ομάδας έμπειρων ειδικών, αυτό το εξαιρετικό βιβλίο διερευνά τις διάφορες επιλογές και προσεγγίσεις επαναθεραπείας και βασίζεται σε στοιχεία από τη βιβλιογραφία και την εμπειρία από την κλινική πράξη για να κάνει συστάσεις για τα πιο προβλέψιμα πρωτόκολλα και τεχνικές.

Οι συγγραφείς αναλύουν τις παραμέτους για την αρχική επιτυχία στην ενδοδοντική θεραπεία και παρουσιάζουν τα νέα υλικά και εργαλεία, καθώς και τα τεχνολογικά μέσα που είναι διαθέσιμα για την επανάληψη της ενδοδοντικής θεραπείας. Καλύπτουν τη διαχείριση των επιπλοκών κατά την πρώτη θεραπεία, με έμφαση στη σωστή εκ νέου πρόσβαση στους ριζικούς σωλήνες, ακόμη και όταν αυτοί είναι ενασβεστιωμένοι.

+ **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

Το βιβλίο «Πρακτικά Μαθήματα Ενδοδοντίας», είναι κατά κύριο λόγο ένας λεπτομερής πρακτικός οδηγός. Αποτελείται από 6 μέρη, με 42 μαθήματα συνολικά, όπου αναλύεται οτιδήποτε αφορά την παροχή ενδοδοντικής θεραπείας υψηλού επιπέδου. Αρχίζοντας από την εξέταση του ασθενούς και τη διάγνωση του προβλήματος, τα «Πρακτικά Μαθήματα Ενδοδοντίας» καταλήγουν στην τελική έμφραξη του ριζικού σωλήνα. Επιπρόσθετα, περιγράφονται με κάθε λεπτομέρεια πώς γίνεται η κατάρτιση του σχεδίου θεραπείας, ποιος είναι ο απαραίτητος τεχνικός εξοπλισμός και τι περιλαμβάνει μια άρτια χημικομηχανική επεξεργασία, από τις πρώτες ενέργειες για την πρόσβαση στο ριζικό σωλήνα έως τις τελευταίες, πριν την οριστική έμφραξη. Τέλος, υπάρχει μια ολόκληρη ενότητα αφιερωμένη στα επείγοντα περιστατικά και σε ειδικά ενδοδοντικά προβλήματα που μπορεί να συναντήσει ο κλινικός οδοντίατρος.

+ **Δώρο**
**Λεξικό Ενδοδοντολογικών Όρων**

Στις τιμές περιλαμβάνονται τα έξοδα αποστολής και ο ΦΠΑ

ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΙΚΟ ΒΗΜΑ
ΕΚΔΟΣΕΙΣ

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


## Αναβάλλεται η 29η Πανθεσσαλική Οδοντοστοματολογική Σύνοδος

Μετά από σύμφωνη απόφαση και των τεσσάρων Οδοντιατρικών Συλλόγων Θεσσαλίας, αλλά και της Στοματολογικής Εταιρείας Θεσσαλίας, η Οργανωτική Επιτροπή του συνεδρίου ανακοινώνει την ακύρωση της φετινής Πανθεσσαλικής Συνόδου τον Μάϊο στον Βόλο.

*«Η πανδημία του Covid - 19 και η εύκολη εξάπλωσή του είναι απειλή για την υγεία μας, αλλά και για κάθε διοργάνωση που έχει προγραμματιστεί για τους επόμενους μήνες.*

*Οι φθινοπωρινοί μήνες (Σεπτέμβριος, Οκτώβριος και Νοέμβριος) είναι ήδη κλεισμένοι από Ευρωπαϊκά, Πανελλήνια και Διεθνή Συνέδρια, δεν θέλουμε να διακινδυνεύσουμε, αμαυρώνοντας τον θεσμό της Πανθεσσαλικής, με μια αποτυχία»,* αναφέρεται στη σχετική ανακοίνωση της Οργανωτικής Επιτροπής.

Το συνέδριο θα πραγματοποιηθεί το 2021 το Μάϊο στον Βόλο.

**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**
Σκληρά καψάκια. Σκληρά καψάκια κρύματος 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 υπογκαιμία. 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 χρήση. Τα σκληρό 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 κύησεως (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 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 διαθέτανται σήμερα.Το Niflamol χρησιμοποιείται ως βοηθητική αγωγή σε μη ρευματολογικές διαταραχές. Οι κίνδυνοι από την αγωγή, ιδιαίτερα η παράταση ταυτόχρονης σηπτικής διαδικασίας, είναι οι ίδιοι με τους κινδύνους με άλλα ΜΣΑΦ. Οι κίνδυνοι θα πρέπει να εκτιμηθούν σε σχέση με το αναμενόμενο ανοφελητικό όφελος. Το ΜΣΑΦ μπορεί να αυξήσουν τον κίνδυνο σοβαρών, δυνητικά 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 πλέον 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 το γαστρεντερικό (π.χ. αιματηρή κένωση ή μαύρα κόπρανα, αιματέμεση, 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 έλκωση σε ασθενή που λαμβάνει Niflamol, η θεραπεία πρέπει να διακοπεί αμέσως. Το 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 τάσο 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 εγγειοεγκεφαλική 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 παρακαμπτηρίου μοσχεύματος (CABG) ή αμέσως πριν ή μετά από εγχείρηση καρδιάς, με ιδιαίτερη προσοχή στις ταυτόχρονες φαρμακευτικές αγωγές (βλ. παράγραφο 4.5). Νεφρικές επιδράσεις: Μακροχρόνια χορήγηση ΜΣΑΦ μπορεί μέσω ανασταλής 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 θλίψη 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 ορισμένες αυξήσεις στις τιμές των δοκιμασιών της ηπατικής λειτουργίας και σπάνια 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 σπάνια 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 οποιουδήποτε άλλων σημείων υπερευαισθησίας. Συνεπώς, η χρήση Niflamol πρέπει να αποφεύγεται σε περιπτώσεις λοιμώξεων ιού ανεμοβλογιάς ζωστήρα Επιδράσεις στο ανοσοποιητικό.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) Άλλες προειδοποιήσεις: ΤοNiflamol πρέπει να χρησιμοποιείται με προσοχή σε ασθενείς με προϋπάρχον άσθμα. Οι ασθματικοί ασθενείς με χρόνια ριινίτιδα, χρόνια παραρρινοκολπίτιδα και/ή ρινικούς πολύποδες είναι σε αυξημένο κίνδυνο για βρογχόσπασμο και ανοφυλαξία όταν λαμβάνουν ΜΣΑΦ, συμπεριλαμβανομένου του Niflamol. Όπως συμβαίνει και με άλλα ΜΣΑΦ, το νιφλουμικό οξύ μπορεί να ανοστείλει 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 ελέγκεται 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 κατώτατη αποτελεσματική δόση πρέπει να χρησιμοποιείται στους ασθενείς αυτούς.
**4.5 Αλληλεπιδράσεις με άλλα φαρμακευτικά προϊόντα και άλλες μορφές αλληλεπίδρασης**
Συνδυασμοί που αντενδείκνυται: – Από του στόματος θρομβολυτικά, όπως βαρφαρίνη, και μη κλασματοποιημένη ηπαρίνες, 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, τιροφιβάνη, επτιφιματίδη, 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. – Το 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 προφύλαξεις κατά τη χρήση: - Διουρητικά. - Μεθοτρεξάτη σε χαμηλές δόσεις (κάτω των 15 mg/εβδομάδα). – Πενταξιφυλλίνη. - Ζιδοβουδίνη. - Φαρμακευτικές αγωγές που μπορεί να προκαλέσουν υπερκαλιαιμία: αυξημένος κίνδυνος υπερκαλιαιμίας και νεφροτοξικότητας κατά τη διάρκεια της ταυτόχρονης θεραπείας με Niflamol, συμπεριλαμβανομένου του Niflamol, και αγωγές όπως άλατα καλίου, καλιοπροστατευτικά διουρητικά, αναστολείς ΜΕΑ, ανταγωνιστές υποδοχέων της αγγειοτασίνης II, κυκλοσπορίνη, τακρόλιμους και τριμεθοπρίμη. Συνδυασμοί στους οποίους θα πρέπει να δίδεται ιδιαίτερη προσοχή: - Αντιυπερτασικοί παράγοντες (όπως οι βήτα-αναταλείς, 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 χαμηλότερη 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, συμπεριλαμβανομένου 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 ίλιγγο και υπνηλία.
**4.8 Ανεπιθύμητες ενέργειες**
Ο κίνδυνος για ανεπιθύμητες ενέργειες αυξάνεται με τη δόση και τη διάρκεια της θεραπείας. Οι πλέον συχνά παρατηρούμενες 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 κολίτιδα. Οι ανεπιθύμητες αυτές 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 εξωαγγειακές 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: π.χ. γενική κακουχία, υπόταση, αναφυλακτικό σοκ.• Ενέργειες στο Κεντρικό Νευρικό Σύστημα: αίσθηση ιλίγγου (σπάνια)- Ενέργειες στους νεφρούς: οξεία νεφρική ανεπάρκεια, διάμεση νεφρίτιδα, νεφρωσικό σύνδρομο σε εξαιρετικά σπάνιες περιπτώσεις. - Ενέργειες στο οστό: Λίγες περιπτώσεις φθορώσεως των οστών έχουν καταγραφεί ύστερα από αγωγή με υψηλές δόσεις επί πολλά έτη - 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 μακροχρόνιες θεραπείες) μπορεί να συσκετίζεται 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**
Συμπτώματα υπερδοσολογίας: Οι κλινικές εκδηλώσεις της υπερδοσολογίας με ΜΣΑΦ, συμπεριλαμβανομένου του Niflamol, είναι δοσοεξαρτώμενες, με την πλειοψηφία των περιπτώσεων να χαρακτηρίζονται ως ασυμπτωματικές ή ήπιες. Τα συμπτώματα που προέρχονται από την υπερδοσολογία μορφών μη τροποποιημένης αποδέσμευσης συνήθως παρουσιάζονται εντός 4 ωρών από τη λήψη. Τα συμπτώματα 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 οποίος είχε λάβει 7.5 g νιφλουμικού οξέος παρουσίασε οξεία απειραματονεφρίτιδα, η οποία αντιμετωπίσθηκε επιτυχώς χωρίς επακόλουθα. Σε περισσότερο προκαταρκτική 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 μεζική κατάπαση χαρακτηρίζεται 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, συμπεριλαμβανομένης της χορήγησης ενεργού άνθρακα εντός μιας ώρας από την κατάπαση και θεραπεία με υγρά για να αποκατασταθεί η ενυδάτωση και το επίπεδο των ηλεκτρολυτών. Για την πιο προκαταρκτική τοξικότητα πρέπει να ξεκινά ανάλογα με την περίπτωση κάθε μεμονωμένου ασθενή θεραπεία ειδική για τα συμπτώματα, όπως ενδοφλέβιο διττανθρακικό νάτριο για εμμένουσα μεταβολική οξέωση, αντισπασμωδικά, υποστήριξη αεραγωγών, καρδιαγγειακή υποστήριξη, αντιεμετικά και αντιάδινα.
**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 κυψελίδα).
**6.6 Ιδιαίτερες προφυλάξεις απόρριψης**
Κάθε αχρησιμοποίητο 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 συντεταγμένο, για το πλήρες κείμενο παρακαλώ απευθυνθείτε στην εταιρεία.**

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

# Το Διεθνές Συμπόσιο Ειδημόνων 2020 της Ivoclar Vivadent θα διεξαχθεί διαδικτυακά

**Η Ivoclar Vivadent μεταφέρει το Διεθνές Συμπόσιο Ειδημόνων 2020 (IES) στις 12 και 13 Ιουνίου σε ηλεκτρονική πλατφόρμα**

Επιτυγχάνοντας μαζί στην οδοντιατρική του αύριο (succeeding together in tomorrow's dentistry) – υπό αυτό το μότο, η Ivoclar Vivadent καλεί τους πελάτες και τους συνεργάτες της στο φετινό Διεθνές Συμπόσιο Ειδημόνων, το οποίο θα τους επιτρέψει να διερευνήσουν τις ευκαιρίες και τις δυνατότητες που προσφέρονται για την καθημερινή ροή εργασίας τους.

Σε ένα διαδικτυακό περιβάλλον, η γνώση για τα πιο επίκαιρα οδοντιατρικά θέματα θα παρέχεται με διαδραστικό και ψυχαγωγικό τρόπο: οι συμμετέχοντες μπορούν να αναμένουν νέες, συναρπαστικές απόψεις, έμπνευση και ενδιαφέροντα νέα δεδομένα- που παρουσιάζονται από οδοντιάτρους από όλο τον κόσμο. *«Είμαστε πεπεισμένοι ότι αυτή η απόφαση είναι ο σωστός δρόμος για εμάς. Ως καινοτόμος και αξιόπιστος συνεργάτης, θέλουμε να εκπληρώσουμε τη φιλοσοφία μας και να ανταποκριθούμε στις ανάγκες των πελατών μας παρέχοντας από πρώτο χέρι πληροφορίες σχετικά με τις τελευταίες τάσεις και εξελίξεις στον οδοντιατρικό κόσμο, ακόμη και σε αυτήν την δύσκολη εποχή. Φιλοξενώντας το IES 2020 ως μια διαδικτυακή εκδήλωση, λαμβάνουμε υπόψη την παρούσα κατάσταση και παράλληλα προσφέρουμε στους πελάτες και στους συνεργάτες μας μια ελκυστική πλατφόρμα»*, εξηγεί ο Διευθύνων Σύμβουλος της εταιρείας, κ. **Diego Gabathuler.**
*Πληροφορίες σχετικά με το Συμπόσιο θα βρείτε στο: www.ivoclarvivadent.gr*

# Η Ivoclar στηρίζει την εκπαίδευση των οδοντιάτρων μεσούσης της πανδημίας

Η Ivoclar Vivadent, θέλοντας να στηρίξει τους συνεργάτες της εν καιρώ πανδημίας, αποφάσισε να λανσάρει μια νέα διαδικτυακή πλατφόρμα, στην οποία οδοντίατροι και οδοντοτεχνίτες θα μπορούν επί 24ώρης βάσης να έχουν πρόσβαση σε εκπαιδευτικό υλικό.
Στην **Ivoclar Vivadent Academy,** ανάλογα με την ιδιότητά σας, μπορείτε να βρείτε ενδιαφέροντα webinars σε πληθώρα επιστημονικών θεμάτων (κάποια εξ αυτών μπορούν να σας προσφέρουν και μόρια συνεχιζόμενης εκπαίδευσης), case reports, εκπαιδευτικά βίντεο σχετικά με τη χρήση των προϊόντων της εταιρείας, αλλά και μια σειρά χρηστικών θεμάτων σχετικά με την καθημερινή λειτουργία του οδοντιατρείου, όπως για παράδειγμα η επάνοδος στο οδοντιατρείο μετά την κρίση του Covid-19.
Περισσότερες πληροφορίες σχετικά με την on-line βιβλιοθήκη εκπαιδευτικού περιεχόμενου της Ivoclar Vivadent, θα βρείτε στον ακόλουθο σύνδεσμο:
*https://resources.ivoclarvivadent.com/dentist/en/academy*

# 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**

SCAN ME

## 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

# Ρωτήστε τον τεχνικό:
# Σκοτώνοντας τους ιούς και όχι ... τα μηχανήματα!!!

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

Αν και οι οδοντίατροι πάντοτε φρόντιζαν τόσο για την αποστείρωση των εργαλείων τους, όσο και για την απολύμανση των οδοντιατρικών μηχανημάτων τους, την εποχή του κορωνοϊού αυτές οι διαδικασίες έχουν αποκτήσει ιδιαίτερη σημασία.

Για να έχει επιτυχία αυτή η προσπάθεια θα πρέπει ο οδοντίατρος να γνωρίζει τις ιδιαιτερότητες του εξοπλισμού του ώστε να προστατεύει τους ασθενείς του χωρίς να τον καταστρέφει.

## Χειρολαβές και Αυτόκαυστο

Μετά από κάθε περιστατικό οι χειρολαβές (υψηλών - χαμηλών) πρέπει να λειτουργήσουν για 3-4 δευτερόλεπτα με νερό και αέρα και στην συνέχεια για άλλα 3-4 δευτερόλεπτα μόνο με αέρα, ώστε να φύγει τελείως το νερό μέσα από την χειρολαβή. Στην συνέχεια και πριν μπουν στο αυτόκαυστο, θα πρέπει να λιπανθούν και να τοποθετηθούν σε ειδικό σακουλάκι. Οι χειρολαβές όταν βγουν από το αυτόκαυστο ενδείκνυται να ξαναλαδωθούν. Γι αυτό θα πρέπει να υπάρχει και δεύτερο λιπαντικό, για να μην έρχονται σε επαφή με το λιπαντικό που χρησιμοποιήθηκε πριν την αποστείρωση. Η χειρολαβή του υπέρηχου μπαίνει στο αυτόκαυστο χωρίς κάποια άλλη προεργασία.

## Οδοντιατρικά εργαλεία και εγγλυφίδες

Τα χρησιμοποιημένα εργαλεία πρέπει να τοποθετούνται σε δοχείο με κατάλληλο απολυμαντικό διάλυμα και στη συνέχεια να μεταφέρονται στο πλυντήριο (λουτρό υπερήχων) όπου θα γίνει ο μηχανικός καθαρισμός. Ο καθαρισμός με το χέρι δεν συνίσταται για την αποφυγή κάποιου τραυματισμού. Τα εργαλεία τοποθετούνται στον κλίβανο και αποστειρώνονται ανάλογα με τον χρόνο που δίνει ο κατασκευαστής.

Οι εγγλυφίδες πριν την αποστείρωση πρέπει να καθαριστούν πρώτα είτε με κάποια οδοντόβουρτσα είτε με κάποιο άλλο ειδικό εργαλείο (γομολάστιχα ή βουρτσάκι χρυσοχόων). Η πιο αποτελεσματική όμως μέθοδος είναι να καθαρίζονται και αυτές στο λουτρό υπερήχων. Ας έχουμε υπόψη μας ότι η συχνή αποστείρωση στον ξηρό κλίβανο μειώνει την κοπτική τους ικανότητα.

Τα εργαλεία ενδοδοντίας δεν μπαίνουν στον ξηρό κλίβανο. Τα τοποθετούμε είτε στο αυτόκαυστο είτε στον μικροαποστειρωτήρα.

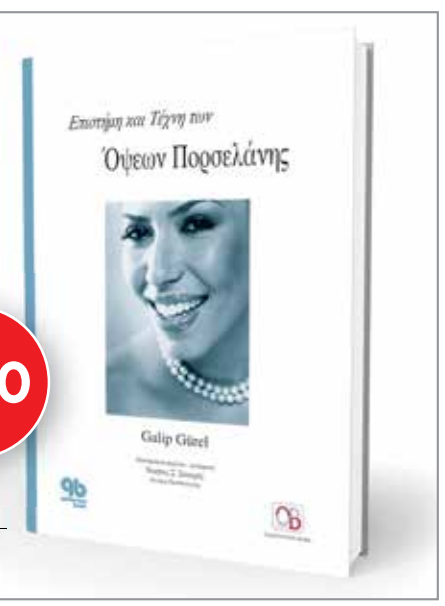
Πολλά εργαλεία, χειρολαβές και πλαστικά εξαρτήματα έχουν ειδική σήμανση που δείχνει ότι μπορούν να μπουν σε αυτόκαυστο χωρίς να καταστραφούν.

## Μεγάλες επιφάνειες και σωλήνες

Για τις μεγάλες επιφάνειες καλό είναι να χρησιμοποιείτε τα ειδικά απολυμαντικά για οδοντιατρικά μηχανήματα, σύμφωνα με τις οδηγίες του κατασκευαστή τους, ώστε να μην αλλοιωθούν τα χρώματα και γενικότερα η αισθητική τους.

Μετά το τέλος μια εργάσιμης μέρας συνιστάται να γίνεται καθαρισμός των σωλήνων αναρρόφησης από τα λύματα τους, με τα ειδικά υγρά που προτείνει ο κάθε κατασκευαστής.

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

**Επιστήμη και Τέχνη των Όψεων Πορσελάνης**
Galip Gürel
**Επιστημονική επιμέλεια-μετάφραση:**
Νικήτας Σ. Συκαράς
Επίκουρος Καθηγητής Οδοντιατρικής Σχολής ΕΚΠΑ
€210


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

**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**
- Υπέροχη γεύση μέντας και οσμή.
- Αιμοστατική δράση.
- Συσκευασία 3 φιαλιδίων.

ΑΠΟ ΤΟΥΣ ΕΞΑΙΡΕΤΙΚΗ ΑΠΟΔΟΧΗ ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΟΥΣ
€ 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

# Αναύγειες Λόγου και Τέχνης

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

## Σύγχρονοι Έλληνες Ποιητές 4

### Γιώργος Μαρκόπουλος

Γεννήθηκε στη Μεσσήνη Μεσσηνίας το 1951. Σπούδασε οικονομικά και στατιστική στην Α. Σ.Ο.Ε.Ε. και είναι διευθυντής στο Υπουργείο Πολιτισμού.

Είναι ένας από τους πρώτους ποιητές της λεγόμενης «ποιητικής Γενιάς του '70». Το 1996 τιμήθηκε στην Αλεξάνδρεια της Αιγύπτου με το Βραβείο Καβάφη και το 1999 με το Κρατικό Βραβείο Ποίησης για τη συλλογή του *«Μη σκεπάζεις το ποτάμι»*, η οποία, στη συνέχεια, ήταν υποψήφια για το Ευρωπαϊκό Αριστείο του 2000. Επίσης το 2012 για δεύτερη φορά με το Κρατικό Βραβείο Ποίησης για τη συλλογή του *«Κρυφός Κυνηγός»*. Το 2011 βραβεύτηκε με το Βραβείο της Ακαδημίας Αθηνών (Ίδρυμα Κώστα και Ελένης Ουράνη) για το σύνολο του έργου του. Παράλληλα με την ποίηση γράφει λογοτεχνικές κριτικές και άλλα κείμενα σε περιοδικά και εφημερίδες. Είναι μέλος της Εταιρείας Συγγραφέων από το 1982, ενώ κατά το διάστημα 1984-1986 υπηρέτησε και ως μέλος του Διοικητικού της Συμβουλίου.

**Ποιητικά έργα**

- Έβδομη Συμφωνία, Αθήνα 1968
- Οκτώ συν ένα εύκολα κομμάτια και η κλεφτουριά του κάτω κόσμου, Αθήνα 1973, εκδόσεις Κούρος
- Η θλίψις του προαστίου, Αθήνα 1976, εκδόσεις Κέδρος
- Οι πυροτεχνουργοί, Αθήνα 1979, εκδ, Εγνατία/Τραμ
- Ποιήματα 1968-1976, συγκεντρ. έκδοση Αθήνα 1980
- Η ιστορία του ξένου και της λυπημένης, Αθήνα 1987, εκδόσεις Υάκινθος
- Ποιήματα 1969-1987, συγκεντρ. έκδοση Αθήνα 1992
- Η φοβερή πατρίδα μου, Αθήνα 1994
- Μη σκεπάζεις το ποτάμι, Αθήνα 1998, εκδ. Κέδρος.
- Κρυφός Κυνηγός, Αθήνα 2010, εκδόσεις Κέδρος.

**Δοκίμια**

- Εκδρομή στην άλλη γλώσσα Α', 1991, εκδ. Ρόπτρον
- Εκδρομή στην άλλη γλώσσα Β', 1994, εκδόσεις Νεφέλη
- Λευτέρης Ιερόπαις - Μια παρουσίαση, 1999, εκδόσεις Γαβριηλίδης
- Ιστορικό κέντρο, 005
- Η ποίηση του Τάσου Λειβαδίτη, 2009, εκδόσεις Εκάτη

### Ἡ φοβερὴ πατρίδα μου

*Ἄθλιος καιρὸς στὴ φοβερὴ πατρίδα μου*
*καὶ λίβας ἀνελέητος σκληρὸς τοῦ Ἰουλίου!*

*Τὴν πεθαμένη ταξιδεύαμε τὴ μάνα μας*
*μὲ τὸ βαγόνι τῆς γραμμῆς*
*κόσμος πολὺς μέσα στὸ διάδρομο καὶ ἡ ἀποθήκη του γεμάτη*
*μὲ μπαοῦλο, οἰκοσκευές,*
*καὶ ἀνάμεσά τους, στὰ ψηλά, τὸ φέρετρό της*
*ἔτσι καθὼς πηγαίναμε παλιὰ κουτί, στῶν συγγενῶν μας,*
*μὲ κοῦκλες, τὰ παιδιά.*
*Τὸ κοιμητήριο ἥσυχο, ὅταν ἐφτάσαμε μετά,*
*τῆς φοβερῆς πατρίδας μου,*
*καὶ πρόσχαροι οἱ συμπατριῶτες μας καὶ γελαστοί τους ὅλοι*
*στὶς φωτογραφίες τους ἐπάνω στοὺς σταυροὺς*
*οἱ νεόκτιστες ἀνάμεσα βεράντες καθισμένοι καὶ ὀρτανσίες*
*ἐνῷ φυσοῦσε θάνατος στὴ μάντρα, ὁ ἥλιος τοῦ σπιτιοῦ*
*κι ἕνα κομμάτι ἀπὸ σῶμα ἑρπετοῦ*
*μυρμήγκια τὸ τραβοῦσαν στὴ φωλιά, μυρμήγκια τὸ τραβοῦσαν.*

*Ὁ Βιβάλντι κάποτε μικρὰ ἔφερνε, κοριτσάκια, στὸ σαλόνι*
*(σταθήκαμε γιὰ μία στιγμὴ ὅλοι θυμούμενοι καὶ πάλι)*
*μὲ κρινολίνα στὶς μαργαρῖτες χόρευαν,*
*καὶ χωράφια τῆς παιδικῆς εὐφροσύνης*
*μὲ σύννεφα καὶ χιλιάδες ἀρκαδίες, ὁ Μπρέγκελ, καὶ ζῷα,*
*καὶ ἀνάμεσά τους μιὰ ἀγελάδα εἰρηνικὴ*
*νὰ περνᾷ τὸ σούρουπο μόνη*
*μὲ τοὺς μαστούς της δυὸ λάμπες φωτοφόρες*
*τῶν ἑκατὸ κηρίων ἡ κάθε μία, καὶ κότες καὶ λίμνες,*
*καὶ σκάφες πλυσίματος μὲ χοντρὲς χωρικὲς ἔφερνε*
.
*Ἐκείνη ποὺ κατέβηκε στὸν ποταμὸ*
*μὲ τὸ λευκὸ χιτῶνα της νὰ βαπτισθεῖ*
*ἔχει τὰ πόδια της γυμνὰ κι ἔχει λαιμὸ γιὰ σφάξιμο*
*Τὰ παιδάκια τραγουδοῦσαν μὲ τὰ μαντολῖνα–*
*ἀγόρια τρέχουν ἀνυποψίαστα*
*νὰ πιάσουν στὰ νερὰ τὸ σταυρὸ*
*χρυσίζει σὰν ψάρι τὸ κρᾶμα στὴν κοίτη,*
*ἦρθα νὰ σὲ πάρω, τῆς λέει ἐκεῖνος ὁ ἄγνωστος,*
*μὰ εἶναι τὰ μάτια μου μπλὲ ὅπως ὁ οὐρανὸς*
*κι ὅπως αὐτὸς δὲν βλέπουν,*
*οἱ φωνὲς ἀπὸ τοὺς αἴνους λάμψη τὸ μεσημέρι*
*καὶ ὁ προδότης ἔχει ἀνήσυχο τὸ μάτι*
*τὶς κρύες φακές του στὸ χάνι, τρώγοντας, τῆς ὁσίας,*
*οἱ φλαμουριὲς ἔξω τὸν συντροφεύουν*
*καὶ τρέμουν οἱ λεῦκες σὰν τὸ κορμί του.»*

*Δύσκαμπτη πατρίδα, σικελική!*

*Βατομουριὲς σκονισμένες*
*καὶ σχοίνα ποὺ τὰ παντελόνια τραβολογοῦν!*

*Συναλλαγές, ψευτιές, ἐνῷ ὁ «Πάντσο» ἰδοὺ*
*στὴν ταινία τοῦ ὑπαίθριου*
*νὰ χτυπήσει τὸ Νότο λέει τὸ βράδυ κατεβαίνει*
*σέρνει μαζί του τομάρια*
*ἀπὸ ἐκεῖνα ποὺ τά 'χουν οἱ πόρνες σὰν ἀδελφάκια τους*
*κι ἔχουν οἱ ἴδιοι τὸ πιστόλι γιὰ παιχνίδι,*
*χαροτρομάζουν ἀκόμη καὶ αὐτὸν τὸν πατέρα τους,*
*τραυματίζουν τὴ μάνα τους γιὰ ἐπίδειξη*
*καὶ κάνουν τὸ γειτονόπουλό τους νὰ τρέχει σὰν τὸ κοκόρι,*
*βρωμᾶνε τὰ χνότα τους πιοτό,*
*ἀπὸ αὐγουστιάτικους κάμπους ποὺ καῖνε τὸ ἄχυρο*
*κι ἀπὸ μικρὰ φιλέρημα μέσα νεκροταφεῖα, περνοῦν.*

*Μιὰ φωνή μου φώναζε χθὲς στὸν ὕπνο*
*«Ἔλα νὰ δεῖς τὰ στέκια σου*
*ποὺ ἔτρεξες –μοῦ ἔλεγε– παιδί»,*
*«ἐγὼ δὲν ἠμπορῶ νὰ δῶ τὰ στέκια μου*
*γιατὶ εἶναι ἡ καρδιά μου κάρβουνο –τῆς ἀπαντοῦσα–*
*«ἔλα νὰ δεῖς τὰ πρῶτα σου τὰ χρόνια*
*καὶ τὶς πηγὲς τὶς δροσερές, ἔλα», μοῦ ξαναέλεγε ἡ φωνή!*

*Ἕναν τόπο ζητοῦσα ὅπου ὁ ἀρτοποιὸς θὰ κάνει τὸ ψωμὶ*
*ὅπως τότε ποὺ ὁ φοῦρνος μύριζε τὴ νύχτα,*
*τὰ ροῦχα θὰ πλένονται στὸν κῆπο*
*μὲ ὅλες τὶς ἀτέλειες ποὺ ἀφήνει τὸ χέρι*
*καὶ ὁ τεχνίτης τοῦ σίδερου*
*θὰ λιώνει τὸ μέταλλο μὲ πρωτόγονους τρόπους*
*–τοῦ γύρεψα ἕναν ἀναπτῆρα αὐτοσχέδιο γιὰ ἐνθύμιο,*
*ἔψαξε– «πᾶρε –μοῦ εἶπε– αὐτὸν*
*μπορεῖ καὶ νὰ τὸν ἔχει φτιάξει ὁ θεῖος σου*
*δούλευε κάποτε ἐδῶ, πέθανε καὶ δὲν τὸν γνώρισες»,*
*τὰ ἀπαιτούμενα τοῦ ἔβαλε, τὸν ἄναψε,*
*τὸ πρόσωπό του μέσα στὶς τσακμακιὲς ἔπαιζε, φωτίστηκε,*
*ὅπως ἄστραφτε, μικροί, τὸν Ὀκτώβριο,*
*πρὶν ἀρχίσουμε, δωδεκαετεῖς, τὸ σχολεῖο.*

*Ὦ πατρίδα, αἰώνια ταραχὴ τῆς πρώτης ἐρωμένης.*

*Ὦ ζωὴ κομμένη στὴ μέση,*
*καὶ ὦ νεότητα ἀπὸ τότε, τέλος, τραυματισμένη*
*σὰν ἕνα κοριτσάκι μὲ τὸ καλό του φόρεμα*
*ποὺ ἰσορροποῦσε πάνω στὴν ἐγκαταλειμμένη*
*γραμμὴ τοῦ τραίνου, ἰσορροποῦσε.*

### Μανόλης Πρατικάκης

Γεννήθηκε στο Μύρτο Ιεράπετρας τον Σεπτέμβριο του 1943. Θεωρείται σημαντικός Έλληνας σύγχρονος ποιητής. Σπούδασε Ιατρική στο Πανεπιστήμιο Αθηνών. Πρωτοπαρουσιάστηκε στα γράμματα γύρω στα 1970 με δημοσιεύσεις σε περιοδικά. Έχει γράψει 17 ποιητικές συλλογές, κριτικά κείμενα διηγήματα και άρθρα. Ποιήματά του έχουν μεταφραστεί σε πολλές γλώσσες. Έχει συνεργαστεί σε ανθολογίες και περιοδικά, ελληνικά και ξένα, και έχει συμμετάσχει σε πολλά συνέδρια.

Έχοντας διανύσει μια πορεία σχεδόν τεσσάρων δεκαετιών στον ποιητικό στίβο, από τη συλλογή *Ποίηση 1971-74* (1974) μέχρι το σύνθεμα *Κιβωτός* (2012), ο Μανόλης Πρατικάκης είναι σήμερα ένας από τους περισσότερο καταξιωμένους σύγχρονους Έλληνες ποιητές. Η «εκδοτική πρακτική» του, δηλαδή η διαχείριση των ποιημάτων του μέσα στον χρόνο, είναι ενδεικτική του τρόπου με τον οποίο αντιλαμβάνεται την ποιητική εξέλιξη και ωριμότητά του. Το 1999 ήταν υποψήφιος για το Ευρωπαϊκό Αριστείο Λογοτεχνίας με το έργο του *«Η Κοίμηση και η Ανάσταση των Σωμάτων του Δομήνικου»*. Ποιήματα από τη συλλογή του *«Λιβιδώ»* έχουν μελοποιηθεί από το συνθέτη Γιάννη Μαρκόπουλο και κυκλοφορούν σε CD με τίτλο «Αθέατος Σφυγμός».

Πρόσφατα ο ίδιος συνθέτης έγραψε συμφωνικό έργο βασισμένο στις ποιητικές συλλογές *«Γενεαλογία»*, *«Η Λήκυθος»* και *«Αφημένα ήσυχα στη χλόη»*, η παγκόσμια πρώτη του οποίου ανέβηκε στο Μέγαρο Μουσικής με τίτλο *«Η Συμφωνία της Ίασης»*.

Το 2003 τιμήθηκε με το Κρατικό Βραβείο Ποίησης για την ποιητική του συλλογή *«Το νερό»*. Το 2012 βραβεύτηκε από την Ακαδημία Αθηνών για το σύνολο του έργου του.

### Νήσος χρυσή

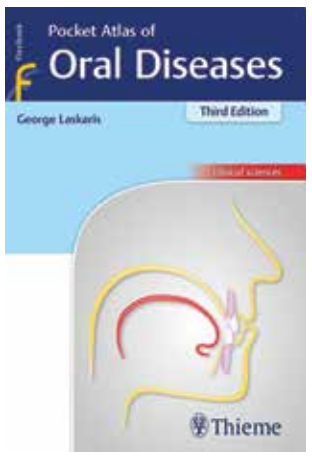
*Στον Τάσο Γουδέλη.*

Άμμος και πάλι άμμος. Με ελάχιστη πανίδα και χλωρίδα.
Εδώ έχουν όλα αυτοκρατορικό δικαίωμα στην τεμπελιά.
Κάαااااαθονται στις αμμουδερές τους ξαπλωτούρες.
Τεντώνονται, αποταβρίζονται ή χασμουριούνται στο θείο χασομέρι.
Και ιδού το αγριόσυκο στο αργυρό του φεγγαριού ταψάκι
στραφταλίζει. (Μια τσιμπιά εσύ, μια το ερημοπούλι, μέσα
μας). Σαν πανάρχαιο σκεύος από μπακίρινους τσιγγάνους
σμαλτωμένο. Γυρίζει από μόνος ο χερόμυλος. Κι αναλφάβητο
το τυλιγάδι τυλίγει τους ορίζοντες.
Θυγατέρες του πόντου μας μεθούν με τ' αλατένια μέλη
τους. Με την ευλύγιστη περπατησιά τους. Στις σχισμές
τους ευδοκιμούν θαλασσόχορτα. Στους ώμους τους φυτρώσαν στάμνες.
(Για μια στιγμή στη γαλάζια γαστέρα τους άστραψε ένα μικρό
δάσος κοραλλιών). Εδώ λες όλα είχαν βγει μόλις
από την αστρική τους σάουνα. Βρε εδώ τα πράγματα
πορεύονται ακόμη από μόνα τους. Δεν είμαστε καλά.
Κάτισχνα αλλά μόνα τους. Νωχελικά και νυσταλέα
σε νυχτοήμερη σιέστα. Με διχτυωτές κάλτσες της άμμου
και φωσφορικά λυχναράκια στα σφυρά.
Εδώ γυμνόστηθες μας επισκέφτονται οι στιγμές.
Βγαίνουν απ΄ τα θηκάρια τους σαν ξεσπαθώματα των
κρίνων. Βρε εδώ στα βάθη των δέντρων, πλαγιάζουνε
φωτιές προσδοκώντας κάποιο. μακρινό φεγγοβόλημα.
(Α τι μεγάλη μητέρα η βραδυπορία)
Κι όμως το ταπεινό αεράκι μες στο φτωχό καλάμι
διεκδικεί ευγενές στήθος. Κι ο πλάνητας βίος, εκ γενετής
χτυπημένος με τον άνεμο-πώς αλλιώς θα του φύτρωναν
φτερά. Τους τρόπους της θάλασσας θυμάται, έχοντας
από καταβολής κατοχυρώσει την υγρή της επικαρπεία. Εδώ
στο ξέφωτο. Στην αθόρυβη γιορτή της σιωπής. Μιλούν
τη γλώσσα των κυμάτων(Ο βαθύς λόγος-θυμηθείτε-έρχεται
από τα ναυάγια).
Βρε εδώ ακόμα και το πένθος υφαίνει το δικό του
πτέρωμα.

## POCKET ATLAS OF ORAL DISEASES

3rd edition, 2020, Thieme Publisher
by **George Laskaris** MD, DDS, PhD

Όταν μιλάμε για απόσταγμα, στο μυαλό μας έχουμε κάτι πολύτιμο, δύσκολο να συλλεχθεί και που έρχεται σε μικρές ποσότητες. Το νέο βιβλίο του καθηγητή Γιώργου Λάσκαρη έχει όλα αυτά τα στοιχεία με μια διαφορά. Ότι μας έχει δοθεί απλόχερα και πλούσια, όπως άλλωστε κάθε προηγούμενο έργο του. Το πόνημα τούτο είναι η τρίτη έκδοση που για 22 χρόνια αποτελεί "best seller" βιβλίο και κοσμεί τις βιβλιοθήκες των περισσοτέρων Πανεπιστημίων παγκοσμίως. Είναι για μια ακόμη φορά ένα υψηλής επιστημονικής αξίας σύγγραμμα καθότι στις σελίδες του αποτυπώνονται ατέλειωτες ώρες αφοσίωσης στη μελέτη της επιστήμης της Στοματολογίας σε συνδυασμό με την μοναδική κλινική εμπειρία του συγγραφέα και σίγουρα αποτελεί πολύτιμη προσθήκη στην παγκόσμια επιστημονική βιβλιογραφία.




Στις 436 σελίδες του με μεστό και περιεκτικό λόγο περιγράφονται τόσο τοπικά όσο και συστηματικά νοσήματα που εκδηλώνονται στο στόμα, ταξινομημένα σύμφωνα με τα κλινικά τους χαρακτηριστικά και συνοδευόμενα από 418 εκπληκτικά άρτιες φωτογραφίες παρατιθέμενες σε αντιστοιχία με το κείμενο καθιστώντας το ευκολοδιάβαστο ακόμη και από τον μη ειδικό. Συνοπτικά, αλλά χωρίς να φείδεται των απαραίτητων πληροφοριών για κάθε νόσημα περιλαμβάνεται εισαγωγή, κλινικά χαρακτηριστικά, διαφορική διάγνωση, απαιτούμενες εργαστηριακές εξετάσεις και θεραπευτική προσέγγιση.

Η νέα έκδοση καλύπτει μεγάλο φάσμα νοσημάτων της στοματικής κοιλότητας και είναι ανανεωμένο σε σχέση με την προηγούμενη έκδοση τόσο σε κείμενο όσο και σε φωτογραφικό υλικό κατά 90%. Είναι απόλυτα βέβαιο ότι το έργο αυτό δοσμένο με σύγχρονο τρόπο και γραμμένο από έναν Επιστήμονα και Δάσκαλο που πάντα είναι μπροστά από την εποχή μας, αποτελεί και θα αποτελεί σημείο αναφοράς για τις επερχόμενες δεκαετίες για τους Οδοντιάτρους, Στοματολόγους, προπτυχιακούς και μεταπτυχιακούς Φοιτητές, Ιατρούς πολλών κλινικών ειδικοτήτων, όπως Δερματολόγους, Ωτορινολαρυγγολόγους, Παθολόγους, Παιδιάτρους. Αποτελεί ένα τόσο πρακτικό και χρήσιμο βοήθημα που ανατρέχοντάς το στην διάρκεια της κλινικής πράξης, αισθάνεται ο κλινικός ιατρός ότι έχει δίπλα του τον καθηγητή Λάσκαρη να τον συμβουλεύει και να τον καθοδηγεί στο δύσκολο έργο της διάγνωσης.

Πιστεύω ακράδαντα ότι η διεθνής επιστημονική κοινότητα αναγνωρίζει και τιμά τον ακάματο υπηρέτη της επιστήμης για το συνολικό έργο που μας έχει προσφέρει και ειδικά για το τελευταίο του τούτο εξαιρετικό σύγγραμμα που επιβεβαιώνει για μια ακόμη φορά τη δικαιωματική θέση του Γιώργου Λάσκαρη στη πρώτη σειρά στο παγκόσμιο πάνθεον των Στοματολόγων σαν τον πρωτοπόρο που οριοθέτησε και διεύρυνε τη Στοματολογία τοποθετώντας την στο χώρο της ιατρικής και που ταυτόχρονα προβάλλει την χώρα μας διεθνώς.

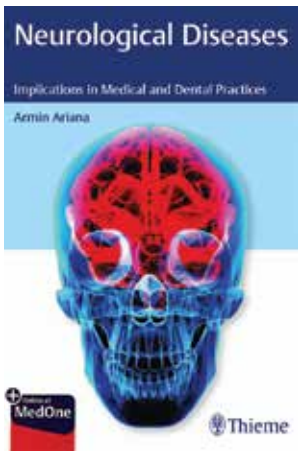
**Ελεάνα Στουφή,** DMD, MSc, PhD
Στοματολόγος – Οδοντίατρος
Επισκέπτρια Λέκτωρ Παν. Harvard, USA
Στοματολόγος Ευρωκλινικής Αθηνών

## NEUROLOGICAL DISEASES: Implications in Medical and Dental Practices

Thieme, 2020
by **Armin Ariana,** Senior Lecturer in Medical Education, School of Medicine and Dentistry, Griffith University, Australia

Είναι γνωστό ότι, τα νευρολογικά και νευροεκφυλιστικά νοσήματα, καλύπτουν σημαντικό κομμάτι της Ιατρικής Παθολογίας και έχουν σημαντικές επιπτώσεις στη λειτουργικότητα, την αυτοδύναμη υπόσταση του ατόμου και γενικότερα επηρεάζουν αρκετά ή σοβαρά την ποιότητα ζωής των ασθενών. Είναι εξάλλου γνωστό ότι τα νοσήματα αυτά λόγω των πολλαπλών εκδηλώσεων απαιτούν τη συμμετοχή και συνεργασία πολλών κλινικών ιατρικών ειδικοτήτων καθώς και Οδοντιάτρων, ώστε η βοήθεια προς τους ασθενείς να είναι πιο ουσιαστική και αποτελεσματική.

Το βιβλίο αυτό της Armin Ariana επιχειρεί να αποτυπώσει τις επιπτώσεις των νευρολογικών νόσων και να οριοθετήσει το ρόλο και τη συμβολή κυρίως του Οδοντιάτρου και του Στοματολόγου, και ιατρών συναφών ειδικοτήτων στη βοήθεια που μπορούν να προσφέρουν στο πλαίσιο της συνεργασίας στη θεραπευτική αντιμετώπιση. Η συγγραφέας με το βιβλίο αυτό πετυχαίνει απόλυτα το στόχο της γιατί πραγματικά περιγράφει με εξαιρετική σαφήνεια, βήμα-βήμα τα σημεία και συμπτώματα στο στόμα των ασθενών αυτών, καθώς και την αντιμετώπιση των στοματολογικών και καθαρά οδοντιατρικών προβλημάτων.




Το κείμενο αρχίζει με σύντομη εισαγωγή στα νευρολογικά νοσήματα και στη συνέχεια αναλύονται και συζητούνται εννέα (9) συχνά νοσήματα που ταξινομούνται στην ομάδα αυτή: α) Νόσος Parkinson, Πολλαπλή Σκλήρυνση, Πλάγια Αμυοτροφική Σκλήρυνση, Νόσος Alzheimer, Καρδιοεγκεφαλική Συμφόρηση (Stroke), Επιληψία, Βαριά Μυασθένεια και Πάρεση του Προσωπικού Νεύρου.

Σε κάθε νόσο παρατίθεται η επιδημιολογία, η αιτιολογία, η παθογένεση, το γενετικό υπόβαθρο, τα κλινικά σημεία και συμπτώματα, η διάγνωση, και τέλος η σύγχρονη θεραπευτική προσέγγιση με έμφαση στα οδοντιατρικά προβλήματα.

Συμπερασματικά, πρόκειται για ένα υπέροχο και χρήσιμο βιβλίο που απευθύνεται στον φοιτητή της Οδοντιατρικής και Ιατρικής, τον Γενικό και Ειδικευμένο Οδοντίατρο, καθώς και τον Γενικό Ιατρό.

**Γιώργος Λάσκαρης**
Αν. Καθηγητής Στοματολογίας
Ιατρικής Σχολής Παν. Αθηνών

# Tetric® Prime

Σύνθετη ρητίνη καθολικής χρήσης για την πρόσθια και οπίσθια περιοχή

**ΝΕΟ:**
Εξαιρετικός χειρισμός

# Διαμορφούμενη σύνθετη ρητίνη του συστήματος Tetric

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

**Efficient Esthetics**

**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