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 | ΜΑΪΟΣ - ΙΟΥΝΙΟΣ 2020 | ΤΕΥΧΟΣ 134

Κατευθυντήριες οδηγίες για την άσκηση της Ενδοδοντίας κατά τη διάρκεια της πανδημίας

Η Ελληνική Ενδοδοντική Εταιρεία (ΕΕΕ), εξειδικεύοντας τις γενικές κατευθυντήριες οδηγίες της Ελληνικής Οδοντιατρικής Ομοσπονδίας στην αντιμετώπιση ενδοδοντικών περιστατικών, προτείνει μια σειρά από μέτρα και συστάσεις που θα πρέπει να τηρούνται, ώστε να διασφαλίζεται η προστασία ασθενών και οδοντιάτρων. ***Σελ. 10-11***

Η χειρουργική αποκάλυψη κλινικής μύλης με σκοπό την προσθετική αποκατάσταση

Στο σημερινό της άρθρο στη στήλη της ΕΠΕ, η χειουργός-οδοντίατρος, κ. **Γεωργία Μαλαμούδη,** μας εξηγεί σε ποιες περιπτώσεις υπάρχει ένδειξη για χειρουργική αποκάλυψη κλινικής μύλης, παρουσιάζοντας τα πλεονεκτήματα και τα μειονεκτήματα των κύριων χειρουργικών τεχνικών. ***Σελ. 14-16***

57ο Ετήσιο Συνέδριο της Στοματολογικής Εταιρείας της Ελλάδος

Το 57ο Ετήσιο Συνέδριο της Στοματολογικής Εταιρείας της Ελλάδος (ΣΕΕ) θα πραγματοποιηθεί στην Κατερίνη, από τις 4 έως και τις 5 Σεπτεμβρίου 2020, σηματοδοτώντας την «επιστροφή στην κανονικότητα» στο χώρο των επιστημονικών συνεδρίων. Το "ΟΒ" συνάντησε τον Πρόεδρο της ΣΕΕ, Στοματικό και Γναθοπροσωπικό Χειρουργό, Δρ. **Ιωάννη Μελακόπουλο**, ο οποίος μας μίλησε για όλα όσα θα έχουμε την ευκαιρία να παρακολουθήσουμε στο φετινό συνέδριο. ***Σελ. 32***

Η ΕΟΕ ανακοινώνει την επανέναρξη των εκπαιδευτικών της δραστηριοτήτων

Η Εταιρεία Οδοντοστοματολογικής Ερεύνης βρίσκεται στην ευχάριστη θέση να ανακοινώσει στην Ελληνική Οδοντιατρική Οικογένεια ότι υπό τα νέα δεδομένα που επέφερε η πανδημία COVID-19, προετοιμάστηκε κατάλληλα και εξοπλίστηκε με ό,τι είναι απαραίτητο ώστε να συνεχίσει να προσφέρει στους οδοντιάτρους υψηλού επιπέδου συνεχιζόμενη εκπαίδευση, διασφαλίζοντας παράλληλα τη διαφύλαξη της υγείας των συμμετεχόντων στις εκδηλώσεις της, στον ιδιόκτητο χώρο όπου στεγάζεται. ***Σελ. 18-19***

Webinars vs Συνεδρίων vs Βιβλίων
Ποιο είναι το ιδεώδες μέσο εκπαίδευσης και γνώσης;

Στη σημερινή εποχή, ο οδοντίατρος έχει μια πληθώρα πηγών στη διάθεσή του, από τις οποίες μπορεί να αντλήσει νέα γνώση και να βελτιώνει συνεχώς τις δεξιότητές του. Από τα κλασικά βιβλία και τα συνέδρια, μέχρι τα σύγχρονα διαδικτυακά σεμινάρια, η δίψα για μάθηση μπορεί να καλυφθεί με διάφορους τρόπους, εξατομικευμένους στις ανάγκες και στο πρόγραμμα της καθημερινότητας του κάθε επαγγελματία της στοματικής υγείας.
Στο σημερινό του άρθρο, ο οδοντίατρος, κ. **Χρήστος Κωνσταντινίδης** μας αναλύει τα πλεονεκτήματα και τα μειονεκτήματα που συνοδεύουν καθεμία από τις εξετασμένες επιλογές δια βίου εκπαίδευσης που έχει στη διάθεσή του ο οδοντίατρος. Ιδιαίτερα, εν καιρώ πανδημίας, τα μέσα που εγγυώνται τη συνέχιση της μετάδοσης της γνώσης σε ένα ασφαλές περιβάλλον, όπως για παράδειγμα τα webinars, αναμένεται να γνωρίσουν μεγάλη άνθιση. ***Σελ. 4-6***

Νοσοκομειακή Οδοντιατρική: Αντικείμενο

Μια ακόμη σημαντική αναγνώριση της προσπάθειάς μας να προσφέρουμε έγκυρη επιστημονική ενημέρωση στο αναγνωστικό μας κοινό, έρχεται να προστεθεί στο βιογραφικό του «ΟΒ», το οποίο τα τελευταία χρόνια έχει κερδίσει την εμπιστοσύνη των μεγαλύτερων επιστημονικών εταιρειών του χώρου. Αρχής γενομένης από το παρόν φύλλο, θέματα που απασχολούν το αντικείμενο της νοσοκομειακής οδοντιατρικής θα φιλοξενούνται στη νέα στήλη της εφημερίδας που φέρει την υπογραφή της ΕΕΝΟ.
Στο σημερινό, πρώτο, άρθρο που φιλοξενείται στη στήλη της Ελληνικής Εταιρείας Νοσοκομειακής Οδοντιατρικής, η Πρόεδρος της ΕΕΝΟ, κ. **Φλώρα Ζερβού-Βάλβη**, μας συστήνει το αντικείμενο της νοσοκομειακής οδοντιατρικής. ***Σελ. 12***

Πεμφιγοειδές των Βλεννογόνων: Πολυσυστηματική νόσος που προσβάλλει συχνά το στόμα

Το πεμφιγοειδές των βλεννογόνων ενδιαφέρει κατ'εξοχήν το Στοματολόγο και τον Οδοντίατρο, αφού προσβάλλει πάνω από το 95% το βλεννογόνο του στόματος. Επιπλέον, συχνά προσβάλλει τα ούλα δημιουργώντας την κλινική εικόνα της αποφλοιωτικής ουλίτιδας. Ο Αν. Καθηγητής Στοματολογίας Ιατρικής Σχολής Παν. Αθηνών, κ. **Γιώργος Λάσκαρης** μας αναλύει όλα όσα πρέπει να γνωρίζουμε για την έγκαιρη διάγνωση και τη θεραπευτική προσέγγιση της νόσου.
Σελ. 20-21

Αντιμετώπιση περιεμφυτευματικών εμφυτευμάτων με τη χρήση PrP και PrF
Του **Γιώργου Γιακμή** ..... ***Σελ. 8***

ITI: Εμφυτευματικές Ακίνητες Αποκαταστάσεις Ολικής Νωδότητας
..... ***Σελ. 22-24***

ΕΕΚΣ: Διόγκωση των ούλων
Της **Παναγιώτας Λούμου-Παναγιωτοπούλου** ..... ***Σελ. 26***

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

Ανέλπιστα κέρδη από ανέλπιστες διαδρομές Σε μια γωνιά του μυαλού μας

Ανθούλα Διαμάντη-Κηπιώτη
Αναπλ. Καθηγήτρια ΕΚΠΑ

Ζούμε έχοντας μοιράσει τη ζωή μας στο επάγγελμα, στα ιατρεία μας κυρίως, στην οικογένεια και στο σπίτι μας, στις μετακινήσεις μας, στην όποια διασκέδασή μας με την οποιαδήποτε μορφή. Τρέχοντας και ασθμαίνοντας! Θα τολμήσω να πω ότι συνηθίσαμε να βαδίζουμε σε λεωφόρους πολύβουες και πολυπρόσωπες, φωτισμένες στο έπακρον τεχνητά με ένα ψεύτικο φως που μιμείται αυτό της ημέρας χωρίς να είναι. Συναντάμε αμέτρητους ανθρώπους χωρίς στην ουσία να τους βλέπουμε, χωρίς να τους μιλάμε, χωρίς να τους ακουμπάμε. Σπάνια σταματάμε για να κοιτάξουμε ψηλά, σχεδόν δεν βλέπουμε ουρανό και ίσως ξεχάσαμε ακόμη και την εικόνα του ήλιου. Πρόσφατα όλα στην ζωή μας άλλαξαν ριζικά και ακόμη πιο πρόσφατα οι συνθήκες σε όλα τα επίπεδα έχουν τροποποιηθεί. Η ψυχή μας γέμισε φόβο και ανασφάλεια!!

Στο επάγγελμα επιστρέψαμε μετά από απουσία μηνών με αμέτρητα πρέπει να έχουν παρεισφρήσει στην δουλειά μας. Θα πρέπει να φοράμε εκτός από τη μάσκα, ολόσωμη ποδιά, σκούφο, ποδονάρια και προσωπίδα. Φοράμε επίσης γυαλιά προστασίας σαν αυτά του υποβρύχιου ψαρέματος. Ντυθήκαμε σαν αστροναύτες και επιπλέον διαμορφώσαμε τον περιβάλλοντα χώρο ουδέτερο και μακρινό με επιφάνειες που είτε απολυμαίνονται ή σκεπάζονται με αποστειρωμένο ύφασμα. Εισβάλλουμε στο περιορισμένο-στο χώρο- επαγγελματικό μας πεδίο, το στόμα, που παρότι διαθέτει έναν ουρανό-ουρανίσκο δεν έχει ούτε αναζήτηση, ούτε και μυστικά. Όλα τα απαιτούμενα, οι εν ενεργεία συνάδελφοι τα εφαρμόζουν υπεύθυνα. Η αναφορά τους θα κατανάλωνε χρήσιμο χώρο και δεν είναι αυτός ο στόχος. Μπορούμε όμως να καταλήξουμε στο συμπέρασμα ότι ο απαιτούμενος χρόνος για κάθε πράξη είναι μεγαλύτερος, η κόπωση των εργαζομένων διπλάσια, τα έξοδα και η ένταση πολλαπλάσια.

Από την άλλη, όσοι ενδιαφερόμαστε για την σωστή επικοινωνία με τον ασθενή και την απαιτούμενη ενσυναίσθηση, είναι σίγουρο ότι την δυσκολέψαμε ή την απομακρύναμε. Δεν του σφίγγουμε το χέρι, δεν τον ακουμπάμε, δεν είμαστε διαχυτικοί και κοντινοί. Ούτε την γλώσσα του σώματος μπορεί να αποκωδικοποιήσει και αν του χαμογελάσουμε τρυφερά δεν το καταλαβαίνει, γιατί δεν βλέπει το χαμόγελο κάτω από τη μάσκα, ούτε το αντιλαμβάνεται από τα μάτια μας που είναι αποκλεισμένα πίσω από γυαλιά και προσωπίδες. Όλα για το καλό του γίνονται, αλλά η επαφή χάθηκε καθώς και το κοινωνικό κομμάτι που κάνει τη διαφορά και διασκεδάζει το άγχος του.

Στο σπίτι μας οι διαδικασίες και οι καταστάσεις είναι αλλιώτικες. Μπερδευτήκαμε από τον πολύ διαθέσιμο χρόνο μας και την παρατεταμένη επαφή με του οικείους και τους κοντινούς μας. Ίσως μας δόθηκε η ευκαιρία να τους επανανακαλύψουμε! Μαθημένοι στη φτήνια, στα μικρά, στα γρήγορα, στις φωνασκίες και τις μικρότητες, είχαμε ξεχάσει πιθανόν τι ορίζεται ως αληθινός πλούτος. Πλούτος αισθημάτων, συναισθημάτων, αρχών. Τελικά καταλήξαμε -κάποιοι- σε μια προσπάθεια δημιουργίας σχέσεων όχι φευγαλέων ή τυπικών, αλλά δομημένων και δουλεμένων. Σαν να προσπαθήσαμε να επαναξιολογήσουμε παλιές συντεταγμένες ζωής, παλιές προτεραιότητες, παλιά αισθήματα και αξίες.

Στον ελεύθερο χρόνο μας τα βρήκαμε λίγο «μπαστούνια» κατά την λαϊκή έκφραση. «Ενώπιος ενωπίω» δεν είναι και η ευκολότερη συνθήκη. Θα γίνω λίγο περισσότερο εξομολογητική και θα ακουμπήσω προσωπικές απόψεις. Πάντοτε ένιωθα μέσα μου ότι ο κάθε άνθρωπος έχει μια δική του μοναχική πορεία που την ακολουθεί σταθερά, συνεχίζοντας τον ίδιο ή παρόμοιο βηματισμό και την ίδια αναζήτηση στη διαδρομή του. Μια διαδρομή που λογοδοτεί στη συνείδησή του και ταλανίζεται από την συνεχή ανίχνευση της ατομικής γαλήνης. Η διαδρομή διακρίνεται από έναν μοναχισμό, όχι μονόχνοτο, αλλά αυτάρκειας και ταπεινοσύνης και κατακτιέται από αρχές, ήθος, επιείκεια και αγάπη προς τον συνάνθρωπο. Πριν από τον συνάνθρωπο όμως ας αγαπήσουμε τον άνθρωπο μέσα μας!

Χωματόδρομοι

Οφείλω να παραδεχτώ ότι στη ζωή μου υπήρξα τυχερή σε πολλές περιπτώσεις. Μια από αυτές ήταν το γεγονός ότι έκανα καλούς και σωστούς φίλους. Όχι μόνον με την έννοια της συντροφικότητας και της χαλαρής παρέας αλλά με την έννοια του «ανοίγω διάπλατα τα μάτια, ακονίζω τις αισθήσεις, μαθαίνω να ζω ουσιαστικά.» Ένας από τους ακριβούς αυτούς φίλους, επιστήμων με σημαντικές διεθνείς σπουδές και παγκόσμιας εμβέλειας γνώση αλλά και επιπλέον κοσμοπολίτης, όταν επανέκαμψε στην Ελλάδα αρέσκονταν να ταξιδεύει, παντού, οπουδήποτε στον κόσμο. Η παρέα μαζί του σε αυτές τις εξορμήσεις ήταν κάτι παραπάνω από απολαυστική. Ήταν «Μαθήματα Ζωής». Είχε εκπαιδεύσει τον εαυτό του να βλέπει το βάθος χωρίς να χάνει το εύρος, την ουσία χωρίς να παραβλέπει ή να αγνοεί την λεπτομέρεια. Έβλεπε και το δέντρο και το δάσος. Και όλα αυτά με μια παιχνιδιάρικη, αν όχι ζαβολιάρικη, διάθεση που στην μετέδιδε ώστε να φορέσεις τα δικά του «μάτια» και να τα ανακαλύψεις και εσύ. Τον γοήτευαν οι χωματόδρομοι που δεν ήξερε που οδηγούσαν. Λοξοδρομούσε κατά τη διαδρομή από το βασικό του προορισμό, για να ανακαλύψει την ομορφιά ή να απογοητευτεί από την ανυπαρξία της.

Με έμαθε να εκτιμώ ή και να αγαπώ τους χωματόδρομους και να τους ψάχνω. Αυτόν τον καιρό της «καραντίνας» τον έφερνα πολύ συχνά στο νου μου γιατί αισθανόμουν ότι αναζήτησα διαισθητικά και βρήκα τους δικούς μου χωματόδρομους. Θα εξηγήσω το γιατί! Οι πραγματικοί-φυσικοί χωματόδρομοι είναι πιθανό να σε οδηγήσουν σε ένα αδιέξοδο ή αντίθετα σε μια εκπληκτική θέα ενός βράχου, μιας ακρογιαλιάς, ενός φυσικού έξοχου τοπίου. Μπορείς να ανακαλύψεις λουλούδια σπάνιας ομορφιάς, φυτά εξωτικά, πηγές γάργαρες. Να απολαύσεις θέα, ησυχία, άσκηση, καθαρό αέρα, πυκνή βλάστηση, γαλανό ουρανό.

Οι νοητικοί χωματόδρομοι δεν θα σε βγάλουν ποτέ σε αδιέξοδο. Αυτούς τους χωματόδρομους τους περπατάς με ανοιχτά μάτια αλλά κυρίως με ανοιχτή ψυχή. Δεν ξέρεις τι θα βρεις ή τι θα ανακαλύψεις, απλά αναζητάς την ομορφιά και τη γαλήνη. Δεν είναι εύκολοι αλλά δεν είναι και αδιάβατοι!! Βάζεις το εγώ στην άκρη, την αυταρέσκεια, την έπαρση, την αδιαφορία και ψάχνεις. Εκεί θα βρεις το έξοχο βιβλίο, την ενδιαφέρουσα ταινία και θα απολαύσεις ουράνια μουσική από σημαντικές εκτελέσεις. Εκεί σε κάποια στροφή του προσωπικού σου χωματόδρομου θα δεις και θα νιώσεις την ομορφιά στην τέχνη, στη ζωγραφική, στα γλυπτά, στα αρχαία μάρμαρα. Νηφάλια και αισθαντικά θα αποτυπώσεις γράφοντας ή ζωγραφίζοντας, φωτογραφίζοντας ή απλά μελετώντας αυτό που θα δεις ή που θα αισθανθείς. Στην ησυχία του χωματόδρομου δεν θα νιώσεις ποτέ μόνος ή ανασφαλής. Θα έχεις ανακαλύψει πάλι τους φίλους και συντρόφους. Θα έχεις βρει επιτέλους και τον γνήσιο εαυτό σου. Μέσα από αυτές τις ανέλπιστες διαδρομές θα βρεις ανέλπιστα κέρδη!

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

Webinars vs Συνεδρίων vs Βιβλίων

Ποιο είναι το ιδεώδες μέσο εκπαίδευσης και γνώσης;

Χρήστος Κωνσταντινίδης
Οδοντίατρος - M.Sc (Προσθετ.)

Στη σημερινή εποχή, ο οδοντίατρος έχει μια πληθώρα πηγών στη διάθεσή του, από τις οποίες μπορεί να αντλήσει νέα γνώση και να βελτιώνει συνεχώς τις δεξιότητές του. Από τα κλασικά βιβλία και τα συνέδρια, μέχρι τα σύγχρονα διαδικτυακά σεμινάρια, η δίψα για μάθηση μπορεί να καλυφθεί με διάφορους τρόπους, εξατομικευμένους στις ανάγκες και στο πρόγραμμα της καθημερινότητας του κάθε επαγγελματία της στοματικής υγείας.

Στόχος του σημερινού άρθρου είναι να παρουσιάσουμε τις επιλογές δια βίου εκπαίδευσης που έχει στη διάθεσή του ο οδοντίατρος, προβάλλοντας τα πλεονεκτήματα και τα μειονεκτήματά τους. Ιδιαίτερα, εν καιρώ πανδημίας, τα μέσα που εγγυώνται τη συνέχιση της μετάδοσης της γνώσης σε ένα ασφαλές περιβάλλον, όπως για παράδειγμα τα webinars, αναμένεται να γνωρίσουν μεγάλη άνθιση.

Webinars: Εκπαίδευση "tailor-made"

Τα σεμινάρια Webinars είναι live, web-based video conferences. Το κοινό παρακολουθεί και ακούει το διαδικτυακό σεμινάριο on-line και μπορεί να έχει πρόσβαση σε αυτό από οπουδήποτε στον κόσμο (εφόσον έχει σύνδεση στο διαδίκτυο). Έχουν πλέον, εξελιχθεί σε ένα εργαλείο που μπορεί να συνδέσει τους ανθρώπους οπουδήποτε και οποτεδήποτε και μπορούν να χρησιμοποιηθούν από τις εταιρείες για να διευκολύνουν τη συνεργασία με τους πελάτες τους και να πουλήσουν προϊόντα και υπηρεσίες. Επιπλέον, μπορούν να χρησιμοποιηθούν ως εργαλεία κατάρτισης για τους εργαζόμενους, ειδικά εκείνους που εργάζονται εξ αποστάσεως. Σε αντίθεση με τα συνέδρια, όπου όλοι οι συμμετέχοντες επιτρέπεται να παρουσιάσουν, τα σεμινάρια webinars έχουν συνήθως έναν παρουσιαστή και όλοι παρακολουθούν και ακούνε το κοινό live. Η δεύτερη δυνατότητα είναι τα pre-recorded webinars, δηλαδή μαγνητοσκοπημένα από πριν, χωρίς την παρουσία του κοινού, τα οποία προβάλλονται συγκεκριμένη ώρα. Η τρίτη επιλογή είναι η εγγραφή των live webinars και η δυνατότητα αναπαραγωγής τους οποιαδήποτε στιγμή.

Τα πρώτα βήματα των webinars

Η τάση των webinars προφανώς δεν είναι σημερινή. Η ιστορία του Webinar ξεκίνησε στα 1989 και στην πραγματικότητα ήταν εφαρμογές μηνυμάτων κειμένου σε πραγματικό χρόνο, όπως το IRC. Στα μέσα της δεκαετίας του 1990 αναπτύχθηκαν οι συζητήσεις μέσω web και οι εφαρμογές άμεσων μηνυμάτων.

Το 1995, η PictureTel κυκλοφόρησε το λογισμικό LiveShare Plus, το οποίο επέτρεπε την κοινή χρήση της οθόνης κάποιου, παρέχοντας στον άλλο χρήστη απομακρυσμένη πρόσβαση στον υπολογιστή, καθώς και μεταφορά αρχείων και ανταλλαγή μηνυμάτων κειμένου. Η Microsoft, το Μάιο του 1996 έκανε διαθέσιμα τα πρώτα διαδικτυακά συνέδρια με το NetMeeting. Ήταν ένα ενσωματωμένο στοιχείο του προγράμματος περιήγησης Internet Explorer 3.0.Το NetMeeting επέτρεψε στους χρήστες να επικοινωνούν και να ανταλλάσσουν δεδομένα σε πραγματικό χρόνο. Η Xerox PARC το 1996 εισήγαγε το πρώτο λογισμικό webinar, το PlaceWare. Η εφαρμογή επέτρεπε σε έναν ή περισσότερους χρήστες να πραγματοποιήσουν μια παρουσίαση, την οποία θα μπορούσαν να παρακολουθήσουν εκατοντάδες ή ακόμη και χιλιάδες επισκέπτες από όλο τον κόσμο. Επιπλέον, η πλατφόρμα PlaceWare προσφέρει μια σειρά από άλλα χαρακτηριστικά: δημοσκόπηση, ιδιωτική συνομιλία, συμμετοχή ενός συμμετέχοντος στο webinar ως παρουσιαστής. Το 1998, ο Eric R. Korb κατέγραψε το εμπορικό σήμα «webinar», το οποίο τελικά κατακυρώθηκε στην InterCall. Το 1999, αναπτύχθηκε το λογισμικό WebEx Meeting Center, το οποίο αργότερα μετονομάστηκε σε WebEx και δίνει την δυνατότητα να φιλοξενούνται διαδικτυακά σεμινάρια για μέχρι 1.000 ταυτόχρονους συμμετέχοντες.

Η τεχνολογία διευκολύνει τη δημιουργία μιας ενδιαφέρουσας διαδικτυακής παρουσίασης που μπορεί να φτάσει σε οποιονδήποτε, οπουδήποτε και οποτεδήποτε.

Από το 2000 και μετά, όλο και περισσότεροι πάροχοι υπηρεσιών webinar άρχισαν να εμφανίζονται στην αγορά: GoToMeeting, GoToWebinar, ClickWebinar, MyOwnConference, JetWebinar, ClickMeeting, κ.α. Από χρόνο σε χρόνο, τα λογισμικά διοργάνωσης webinars γίνεται περισσότερα, πιο λειτουργικό και με περισσότερες δυνατότητες, όπως δυνατότητα παρακολούθησης σε δεύτερο χρόνο, στατιστικά παρακολούθησης, ειδοποίησης των συμμετεχόντων, συγχρονισμό με τα την ώρα διαφόρων χωρών. Η έκθεση του συνεδρίου MPI's Outlook Summer 2017 ανέφερε ότι η προσέλευση στις εξ αποστάσεως διοργανώσεις προβλέπεται να αυξηθεί κατά 2,4% τα επόμενα χρόνια.

Με την έλευση όμως του αποκλεισμού, λόγω της πανδημίας, η τάση αυτή έγινε ακόμη πιο επίκαιρη και μάλιστα για τη διάρκεια της καραντίνας, το μοναδικό όπλο συνεχιζόμενης εκπαίδευσης και διδασκαλίας. Είναι μάλιστα, τόσο μεγάλη η καθολική αποδοχή τους που το συνέδριο του Osteology Foundation, το οποίο πραγματοποιήθηκε από τις 18 έως 21 Ιουνίου 2020 με webinar και όχι live στο Σίδνεϊ της Αυστραλίας!

Είναι άραγε, η απόλυτη λύση και η σύγχρονη αντικατάσταση του κλασικού συνεδρίου και ακόμη περισσότερο, είναι σήμερα η απόλυτη πηγή γνώσης και ενημέρωσης, ακόμη και σε σχέση με το πατροπαράδοτο βιβλίο; Με τις προσιτές πλατφόρμες webinars σε άνοδο, ο καθένας πλέον μπορεί να γίνει παρουσιαστής από την άνεση του σπιτιού ή του γραφείου του. Είναι αυτή η τάση η αρχή του τέλους για τα ζωντανά συνέδρια, που θα καταστούν σύντομα "λείψανα" του παρελθόντος;

Ας προσπαθήσουμε όμως να βρούμε τις απαντήσεις μέσα από την αντικειμενική σύγκριση των webinars με τα συνέδρια και τα βιβλία:

Webinars

ΠΛΕΟΝΕΚΤΗΜΑΤΑ

- Είναι ένα βολικό εργαλείο, αφού οι άνθρωποι δεν χρειάζεται να ταξιδέψουν για να παρακολουθήσουν το γεγονός.
- Μπορεί να φτάσουν σε οποιονδήποτε, οπουδήποτε και οποτεδήποτε.
- Ενδείκνυνται για ανθρώπους με κινητικά προβλήματα ή που εξαιτίας άλλων παθήσεων δεν μπορούν να ταξιδέψουν.
- Έχουν μεγάλο περιθώριο εξέλιξης και σύντομα αναμένεται να γίνουν ακόμα πιο διαδραστικά.
- Η τεχνολογία διευκολύνει τη δημιουργία μιας ενδιαφέρουσας διαδικτυακής παρουσίασης που χρησιμοποιεί γραφικά και φωτογραφίες για να κρατήσει το κοινό ενθουσιασμένο και αφοσιωμένο.
- Εχουν χαμηλό κόστος ακόμη και με ακριβούς ομιλητές, εφόσον ελαχιστοποιείται η απώλεια χρόνου τους σε ταξίδια, διαμονή κ.λπ. Έτσι ακόμη και μικρές, με χαμηλό budget επιστημονικές και εμπορικές εταιρείες έχουν την δυνατότητα προβολής των δραστηριοτήτων και των προϊόντων τους.
- Δεν χρειάζεται να απομακρυνθούμε από τον χώρο μας.
- Είναι συμβατά με το πρόγραμμά μας, καθώς δεν αλλάζουν καθόλου την καθημερινότητα.
- Μπορούμε να τα παρακολουθήσουμε ζωντανά ή και σε δεύτερο χρόνο (live, prerecorded ή recorded).
- Είναι διαδραστικά και επιτρέπουν την υποβολή ερωτήσεων.
- Επιτρέπουν την προβολή videos, live χειρουργείων, ειδικών εφέ, πολλών εικόνων και συνοδεία μουσικής.
- Στα live υπάρχει κάποιος στοιχειώδης βαθμός προσαρμογής του ομιλητή με βάση τις γνωστικές ανάγκες του ακροατηρίου.
- Για κάποιους ομιλητές είναι λιγότερο στρεσογόνο να μιλούν εμπρός σε μία κάμερα, παρά σε ένα μεγάλο ακροατήριο.
- Στα pre-recorded έχουμε τεχνική τελειότητα.
- Σε περίπτωση αποτυχίας, οι οικονομικές επιπτώσεις είναι μικρές για τους διοργανωτές και μη αντιληπτές για τους συμμετέχοντες.

ΜΕΙΟΝΕΚΤΗΜΑΤΑ

- Στα live μπορεί να έχουν οιοδήποτε τεχνικό πρόβλημα με τον ήχο και την εικόνα (ανάγκη τέλειας υλικοτεχνικής υποδομής).
- Λόγω της διαφορετικής ώρας (time zone) του κάθε ακροατή είναι δύσκολο να κατανοήσει ο ομιλητής τις ανάγκες του κοινού, την κούρασή του.
- Η μη φυσική παρουσία του κοινού δημιουργεί απόσταση στη δύναμη της επίδρασης της προσωπικότητας του ομιλητή στο ακροατήριο.
- Η προσοχή ενός συνέδρου σε webinar αποσπάται εύκολα. Υπάρχουν εργαλεία που η πλατφόρμα καταγράφει ποιοι υπολογιστές είναι ανοικτοί, αλλά σε καμία περίπτωση δεν μπορεί να εγγυηθεί ότι ο ακροατής παρακολουθεί το webinar.
- Δεν είναι τόσο αξιόπιστο και αποτελεσματικό στην λήψη μορίων εκπαίδευσης.
- Συνήθως, τα webimars παρουσιάζουν μια ομιλία μόνο.

> ...Τα εργαλεία, καινούργια και παραδοσιακά είναι μόνον το μέσο, η αγάπη όμως, για την επιστήμη μας και την νέα γνώση είναι ο προορισμός...

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.

- Δεν έχουν εμπορική έκθεση.
- Δεν έχουν τη δυνατότητα ταξιδιού, ανάπαυσης και δημιουργίας της ευφορίας που δημιουργεί το live συνέδριο.
- Δεν έχουν ουσιαστική κοινωνικοποίηση.

Συνέδρια

ΠΛΕΟΝΕΚΤΗΜΑΤΑ

- Τα συνέδρια είναι μοναδικά, καθώς επιτρέπουν την αλληλεπίδραση του κοινού.
- Αποτελούν ευκαιρία να βρεθεί κανείς κοντά σε κορυφαίους ομιλητές παγκοσμίου φήμης και αναγνωρισιμότητας.
- Με το σκανάρισμα της εισόδου- εξόδου του συνέδρου καταγράφεται επακριβώς ο χρόνος παρακολούθησης κάθε ομιλίας και δίνεται η ορθή μοριοδότηση.
- Το ταξίδι και η αλλαγή περιβάλλοντος, που είναι μια όμορφη και ενδιαφέρουσα εμπειρία, δημιουργεί ανάπαυση, ευφορία και ιδεώδη προετοιμασία για λήψη και αφομοίωση της παρεχόμενης γνώσης που δίνει το live συνέδριο.
- Ο συνεδριακός τουρισμός έχει σαν δυνατό σημείο ότι ομορφαίνει την μονότονη επαγγελματική ζωή του οδοντιάτρου και δημιουργεί ευκαιρίες για να αποκτήσει νέες παραστάσεις, ξεφεύγοντας από τη ρουτίνα της καθημερινότητας.
- Στα συνέδρια υπάρχει πολύ μεγάλος βαθμός προσαρμογής του ομιλητή στις γνωστικές ανάγκες του ακροατηρίου.
- Επιτρέπουν την προβολή videos, live χειρουργείων, ειδικών εφέ, πολλών εικόνων και με συνοδεία μουσικής.
- Τυχόν τεχνικά προβλήματα διορθώνονται ταχύτερα και έχουν μικρότερες επιπτώσεις στην επιτυχία της παρουσίασης.
- Η φυσική παρουσία του κοινού δημιουργεί καλύτερες προϋποθέσεις θετικής επίδρασης της προσωπικότητας του ομιλητή στο ακροατήριο για καλύτερη διάχυση της γνώσης (trigger).
- Η φυσική παρουσία του κοινού δημιουργεί δυνατότητα στον ομιλητή να πρωτοτυπήσει και να μεταβάλλει την παρουσίαση του, ανάλογα με την κόπωση, το ενδιαφέρον και τις ανάγκες του κοινού.
- Όταν ένας σύνεδρος ευρίσκεται στην αίθουσα, παρακολουθεί με μεγαλύτερη προσοχή την παρουσίαση.
- Υπάρχει κοινωνικοποίηση και ευκαιρίες για δημόσιες σχέσεις,σύναψη συνεργασιών και συμφωνιών.
- Διαθέτουν έκθεση εμπορική, στην οποία ο σύνεδρος έχει την ευκαιρία να ενημερωθεί για τις τελευταίες εξελίξεις στην αγορά των οδοντιατρικών ειδών. Ως γνωστόν, η εμπορική έκθεση είναι πάρα πολύ σημαντική για την τεχνική κατάρτιση του οδοντιάτρου.
- Μπορούν να υπάρχουν ταυτόχρονα πολλές ομιλίες, κάτι που δίνει την δυνατότητα στον σύνεδρο να βρει ομιλίες μεγαλύτερου ενδιαφέροντος.

Η φυσική παρουσία του κοινού σε ένα συνέδριο, δημιουργεί καλύτερες προϋποθέσεις θετικής επίδρασης της προσωπικότητας του ομιλητή στο ακροατήριο για καλύτερη διάχυση της γνώσης.

ΜΕΙΟΝΕΚΤΗΜΑΤΑ

- Για κάποιους ομιλητές είναι πολύ στρεσογόνο να μιλούν μπροστά σε ένα μεγάλο ακροατήριο.
- Είναι πολύ ακριβά για τους διοργανωτές, ιδιαίτερα όταν οι ομιλητές έρχονται από μεγάλη απόσταση και το κόστος τους είναι πολύ υψηλό.
- Σε περίπτωση αποτυχίας (σε προσέλευση) οι οικονομικές επιπτώσεις είναι σοβαρές για τους διοργανωτές και από πλευράς ψυχολογίας και για τους συμμετέχοντες.
- Ανάγκη μεγάλης επένδυσης σε χρόνο και χρήμα για παρουσία στα live, ιδιαίτερα αν λαμβάνουν χώρα σε μακρινές χώρες.
- Συχνά είναι κουραστικά, ιδιαίτερα όταν η διοργάνωση περιλαμβάνει μεγάλους χώρους, πολλές συνεδριακές αίθουσες και εξωσυνεδριακές δραστηριότητες.
- Η εγγραφή (μαγνητοσκόπηση) των live συνεδρίων για αναπαραγωγή αργότερα, συχνά έχει προβληματικό ήχο και εικόνα, σε αντίθεση με τα webinars (αυτόματη ψηφιακή εγγραφή).

Τα βιβλία μας επιτρέπουν να εμπλουτίσουμε τις γνώσεις μας, όποια στιγμή το αποφασίσουμε, δίνοντάς μας παράλληλα τη δυνατότητα να κρατήσουμε σημειώσεις και να σταθούμε στα σημεία που μας ενδιαφέρουν περισσότερο.

Βιβλία

ΠΛΕΟΝΕΚΤΗΜΑΤΑ

- Εύκολη και συνεχής διαθεσιμότητα στον χώρο μας και δυνατότητα να τα έχουμε οποιαδήποτε στιγμή (π.χ. κατά τη διάρκεια μιας ιατρικής πράξης), γεγονός που αίρει τους περιορισμούς που συνεπάγονται οι μορφές εκπαίδευσης που απαιτούν τη χωρική ή και χρονική δέσμευση των συμμετεχόντων. Για τον λόγο αυτό, καθίστανται ιδανική επιλογή για τους ανθρώπους που αντιμετωπίζουν δυσκολίες στη μετακίνησή τους λόγω θεμάτων υγείας.
- Περιεκτικότερη και πιο εστιασμένη γνώση.
- Δυνατότητα γρήγορης επιλογής των σημείων ενδιαφέροντος και αυτών που δεν γνωρίζουμε.
- Εξοικονόμηση χρόνου σε σχέση με τις ομιλίες.
- Ευκολία στην τήρηση σημειώσεων.
- Δυνατότητα ανταλλαγής με συναδέλφους.
- Δίνουν επιστημονικότερη εικόνα.
- Ιδιαίτερα στην ηλεκτρονική τους μορφή, τα βιβλία, γνωστά και ως e-books, μας προσφέρουν άπειρες δυνατότητες, καθώς μπορούμε να τα έχουμε παντού, να κάνουμε αντιγραφή σε ηλεκτρονική μορφή φωτογραφιών, ακόμη και κειμένου, να κάνουμε εύκολα highlights, μετάφραση, να κρατάμε σημειώσεις και να βάζουμε σελιδοδείκτες για εύκολη ανεύρεση. Τέλος, τα e-books, μας δίνουν τη δυνατότητα αυτόματης ανάγνωσης, στοιχείο που βοηθά την καλύτερη απομνημόνευση, ενώ μπορούμε εύκολα να δημιουργήσουμε τη δική μας ηλεκτρονική βιβλιοθήκη, ακόμη και στο κινητό μας.

ΜΕΙΟΝΕΚΤΗΜΑΤΑ

- Δυσκολία/αδυναμία διαδραστικής εκπαίδευσης, αδυναμία κινούμενης εικόνας και video.
- Ογκώδη, δυσκολία στην αποθήκευση και ανεύρεσή τους.
- Φθείρονται.
- Καταναλώνουν χαρτί.
- Απουσιάζει η κοινωνικοποίηση, η οποία προκύπτει από τη συμμετοχή σε μια live ή έστω και ψηφιακή συνεύρεση.

Μέσα από τη σύντομη αυτή ανασκόπηση των διαθέσιμων επιλογών για την απόκτηση νέων γνώσεων πάνω στο αντικείμενο της οδοντιατρικής, έχει πλέον καταστεί σαφές ότι κάθε μέσο συνοδεύεται από συγκεκριμένα πλεονεκτήματα και μειονεκτήματα. Σε κάθε περίπτωση, η δια ζώσης εκπαίδευση είναι αναντικατάστατη, καθώς επιτρέπει στους οδοντιάτρους να κοινωνικοποιηθούν με συναδέλφους, δημιουργώντας ένα ιδανικό πλαίσιο για γόνιμο διάλογο και ανταλλαγή απόψεων, που συχνά συνεχίζεται και εκτός των αιθουσών διδασκαλίας. Επειδή οι οδοντίατροι περνάμε το μεγαλύτερο μέρος της επαγγελματικής μας ζωής μπροστά από μια μικρή κοιλότητα του ανθρώπινου σώματος, το στόμα, θα ήταν μάλλον αβάσταχτο να βλέπουμε την ζωή μας να περνά μπροστά από μια οθόνη... *We live only once, but if you do it right, once is enough* (Mae West).

Παρ' όλα αυτά, τα ψηφιακά μέσα αναμένεται και θα πρέπει να διαδραματίσουν πιο ενεργό ρόλο στην εκπαιδευτική διαδικασία, λειτουργώντας ως "ασπίδες" για τις πιθανές κρίσεις του μέλλοντος, όπως περίτρανα απέδειξε η πανδημία του νέου κορωνοϊού.

Σαν επίλογο του άρθρου, θα ανέφερα ότι η σημαντικότερη παράμετρος είναι η δίψα για μάθηση. Τα εργαλεία, καινούργια και παραδοσιακά είναι μόνον το μέσον, η αγάπη όμως, για την επιστήμη μας και την νέα γνώση είναι ο προορισμός.

Η γνώμη του κ. Μ. Σταυριδάκη

Στην Ελλάδα τα webinars ξεκίνησαν το 2012 από την Στοματολογική Εταιρεία της Ελλάδος και από τότε έγιναν εργαλείο πολλών επιστημονικών (ΕΠΕ), αλλά και εμπορικών εταιρειών. Το 2014, ο τότε Πρόεδρος της Εταιρείας Ενδομυλικής Αποκατάστασης, κ. Μίνως Σταυριδάκης κσθιέρωσε τα webinars σαν βασικό μέρος της εκπαίδευσης.

Ζητήσαμε την άποψη του κ. Σταυριδάκη, ο οποίος έχει τεράστια εμπειρία ως διοργανωτής κάθε τύπου εκπαιδευτικής δράσης.

Πόσο εύκολη είναι η διοργάνωση ενός webinar;

Από το 2015 έως και σήμερα που είμαι Πρόεδρος της ΑΚΟ έχω διοργανώσει περίπου 225 webinars με επιτυχία. Συνεπώς, είναι εύκολη η διοργάνωσή τους. Το σημαντικότερο όμως, είναι ότι είναι πολύ φθηνή. Χαρακτηριστικά τα webinars για 500 άτομα για έναν ολόκληρο χρόνο κοστίζουν περίπου 2.200 ευρώ, όταν η αντίστοιχη live διοργάνωση για 2 ημέρες μπορεί να φθάσει τα 10.000 ευρώ.

Προβληματίζει η απουσία εμπορικής έκθεσης;

Είναι κάτι που δεν αρέσει στους εμπόρους, γιατί κακά τα ψέμματα, κατά τη διάρκεια των συνεδρίων, οι οδοντίατροι έχουν πιο άμεσα ερεθίσματα αγοράς οδοντιατρικών.

Οικονομικά ποια διοργάνωση είναι πλέον συμφέρουσα για τους οργανωτές;

Οι έμποροι στα live συνέδρια σίγουρα προσφέρουν οικονομικά μεγάλα ποσά. Μεγάλα ποσά επίσης, δίνουν και οι σύνεδροι για να παρακολουθήσουν αυτά τα συνέδρια, ιδιαίτερα αν έχουν μεγάλα ονόματα και είναι σε ενδιαφέροντα γνωστικά αντικείμενα. Αντίθετα, πολλά webinars είναι δωρεάν ή τα παρακολουθείς απλά με την συνδρομή στην επιστημονική εταιρεία, άρα δεν αποδίδουν οικονομικά.

Ποια είναι η τάση του μέλλοντος, τα webinars ή τα live congresses;

Το webinar είναι εύκολο, φθηνό και ιδίως άμεσα προσβάσιμο από οιοδήποτε σημείο του κόσμου.

Πώς σχολιάζετε το μειονέκτημα της παρουσίασης μόνο μιας ομιλίας στα webinars σε σχέση με τις πολλαπλές αίθουσες των συνεδρίων;

Είναι όντως πρόβλημα και μάλιστα όχι το μόνο. Η αδυναμία ταυτόχρονης μετάφρασης είναι επίσης πρόβλημα. Επίσης, οι παρουσιάσεις μέσω skype, zoom, google δεν δίνουν την δυνατότητα για εμφάνιση πολλών ερωτήσεων. Στις σύγχρονες επαγγελματικές πλατφόρμες υπάρχει η δυνατότητα για ύπαρξη πολλών ερωτήσεων που υποβάλλονται στον mediator.

Ως μέσο συνεχιζόμενης εκπαίδευσης ποιο έχει περισσότερα πλεονεκτήματα; Τα βιβλία/περιοδικά, τα webinars ή τα συνέδρια;

Αν και οι οργανωτές των webinars βλέπουν ποια pc είναι συνδεδεμένα, κανείς δεν μπορεί να ξέρει αν κάποιος παρακολουθεί. Στην Αμερική έχουν βρει την λύση για την μοριοδότηση να υπάρχουν κάποιες ερωτήσεις /mini εξετάσεις στους παρακολουθούντες των webinars. Αντίθετα, οι συνδρομητές περιοδικών και οι συμμετέχοντες σε συνέδρια μοριοδοτούνται κανονικά.

Αν τα χρήματα δεν είναι πρόβλημα, τι θα προτιμούσατε να διοργανώσετε webinar ή live;

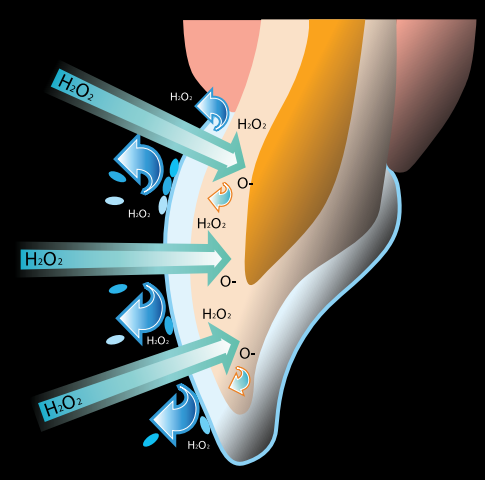
Ανεπιφύλακτα live. Η μαγεία και η αμεσότητα, η ατμόσφαιρα και η αίσθηση του ζωντανού δεν αντικαθίστανται με κανένα webinar.

WHITE
DENTAL
BEAUTY

ΕΝΑ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΟ
ΣΥΣΤΗΜΑ ΛΕΥΚΑΝΣΗΣ

Η ΔΙΠΛΗ ΛΕΥΚΑΝΤΙΚΗ ΔΡΑΣΗ ΤΟΥ WHITE DENTAL BEAUTY

ΑΦΑΙΡΕΙ ΕΠΙΦΑΝΕΙΑΚΕΣ ΧΡΩΣΤΙΚΕΣ ΚΑΙ ΛΕΥΚΑΙΝΕΙ ΤΑ ΔΟΝΤΙΑ ΕΣΩΤΕΡΙΚΑ



ΕΝΑ ΧΑΜΟΓΕΛΟ ΜΠΟΡΕΙ ΝΑ ΛΑΜΨΕΙ ΤΟ ΠΡΟΣΩΠΟ ΣΑΣ

Μόνο σε επαγγελματίες οδοντιάτρους επιτρέπεται νομικά να διενεργούν λευκάνσεις δοντιών. Θεραπείες και προϊόντα που προσφέρονται από μη επαγγελματίες (όπως σε ινστιτούτα αισθητικής / σαλόνια μαυρίσματος κλπ) θα μπορούσαν δυνητικά να προκαλέσουν ζημιά στα δόντια.

- Το White Dental Beauty χρησιμοποιεί το υψηλότερο επιτρεπόμενο ποσοστό λευκαντικών ουσιών, για την επίτευξη της μέγιστης λευκαντικής δράσης.

  Το White Dental Beauty διατίθεται σε:

  Υψηλές συγκεντρώσεις
  6% υπεροξείδιο υδρογόνου (30 λεπτά/ημέρα)
  16% υπεροξείδιο του καρβαμιδίου (60 λεπτά/ημέρα) για την επίτευξη της μέγιστης λευκαντικής δράσης

  Συνήθεις συγκεντρώσεις
  10% υπεροξείδιο του καρβαμιδίου
  (2-4 ώρες/νύχτα ή ημέρα) για αποφυγή ευαισθησίας

  Χαμηλές συγκεντρώσεις
  5% υπεροξείδιο του καρβαμιδίου
  (2-4 ώρες/νύχτα ή ημέρα) το μόνο κατάλληλο
  για «ιδιαίτερα ευαίσθητους» ασθενείς

- Το White Dental Beauty έχει αποδειχθεί ασφαλές, αποτελεσματικό και επιφέρει ορατά αποτελέσματα σε λιγότερο από μία εβδομάδα.

- Το White Dental Beauty έχει βοηθήσει χιλιάδες ασθενείς, κάθε ηλικίας και φύλου, να βελτιώσουν το φυσικό τους χαμόγελο.

ΠΡΙΝ

ΜΕΤΑ

ΠΡΙΝ

ΜΕΤΑ

Dental Expert - Άννα Ελμάογλου Ε.Π.Ε.
Ο Εξειδικευμένος Συνεργάτης του Οδοντιατρείου σας
Φειδιππίδου 30, 11527, Γουδή • Τηλ.: 210 7770739, 210 7770749 • Φαξ: 210 7770716 • e-mail: anna@dental-expert.gr

Αντιμετώπιση περιεμφυτευματικών εμφυτευμάτων με τη χρήση PrP και PrF

Γιώργος Γιακμής
Χειρουργός Οδοντίατρος
ICOI Diplomate, ITI Member,
EAO Member

Τα εμφυτεύματα, αν και αποτελούνται από τιτάνιο κινδυνεύουν από παθογόνα μικρόβια που προκαλούν φλεγμονή στους σκληρούς και μαλακούς ιστούς γύρω από το εμφύτευμα. Η φλεγμονή αυτή ονομάζεται Περιεμφυτευματίτιδα. Περισσότεροι από το 35% των ασθενών οι οποίοι έχουν επιλέξει την θεραπεία με εμφυτεύματα θα παρουσιάσουν φλεγμονή γύρω από ένα ή περισσότερα εμφυτεύματα.

Η αντιμετώπιση των περιεμφυτευματικών βλαβών μπορεί να είναι συντηρητική ή χειρουργική. Στη χειρουργική αντιμετώπιση εφαρμόζεται αφαίρεση του φλεγμαίνοντος ιστού, καθαρισμός του εμφυτεύματος, πλύση του με χλωρεξιδίνη, απολύμανση της επιφάνειας του εμφυτεύματος με τη χρήση Laser και τοποθέτηση οστικού μοσχεύματος με την μέθοδο PrP και PrF έτσι ώστε να αναπληρώσουμε την οστική βλάβη.

Η αναδόμηση των περιοδοντικών ιστών απαιτεί την τοποθέτηση ανθρώπινου μοσχεύματος, έτσι ώστε ο ασθενής να αποκτήσει εκ νέου την αναγκαία ποσότητα οστού. Η δυνατότητα ανάπλασης της περιοχής γίνεται με χρήση αυξητικών παραγόντων και μοσχευμάτων (PRP) και (PRF). Η διαδικασία γίνεται παίρνοντας μικρή ποσότητα αίματος από τον ασθενή. Από αυτό δημιουργείται μόσχευμα που προέρχεται από τον ίδιο του τον οργανισμό με τη βοήθεια ειδικού μηχανήματος φυγοκέντρισης. Ετσι ώστε να δημιουργηθεί το κατάλληλο πάχος και ύψος οστού στο σημείο που είναι απαραίτητο βάσει του σχεδίου θεραπείας. Όλη η διαδικασία είναι απόλυτα φιλική με τον ανθρώπινο οργανισμό.

Στο περιστατικό που ακολουθεί η ασθενής παρουσιάστηκε με μεγάλη οστική κάκωση λόγω περιεμφυτευματίτιδας στην περιοχή των 46 και 47, έγινε καθαρισμός της περιεμφυτευματικής περιοχής και τοποθέτηση οστικού μοσχεύματος με PrP και μεμβάνη PrF. Τα εμφυτεύματα έμειναν χωρίς προσθετική εργασία για μια περίοδο έξι μηνών.

Ενδεικτική Βιβλιογραφία

1. M. Roccuzzo, F. Bonino, M. Aglietta, and P. Dalmasso, "Ten-year results of a three arms prospective cohort study on implants in periodontally compromised patientspart 2: clinical results," Clinical Oral Implants Research, vol. 23, no. 4, pp. 389–395, 2012
2. O. Carcuac and L. Jansson, "Peri-implantitis in a specialist clinic of periodontology. Clinical features and risk indicators," Swedish Dental Journal, vol. 34, no. 2, pp. 53–61, 2010.
3. G. Serino and C. Ström, "Peri-implantitis in partially edentulous patients: association with inadequate plaque control," Clinical Oral Implants Research, vol. 20, no. 2, pp. 169–174, 2009.
4. C. Wadhwani, D. Rapoport, S. la Rosa, T. Hess, and S. Kretschmar, "Radiographic detection and characteristic patterns of residual excess cement associated with cement-retained implant restorations: a clinical report," Journal of Prosthetic Dentistry, vol. 107, no. 3, pp. 151–157, 2012.
5. B. Balevi, "Implant-supported cantilevered fixed partial dentures," Evidence-Based Dentistry, vol. 11, no. 2, pp. 48–49, 2010.
6. S. Renvert, A. Aghazadeh, H. Hallström, and G. R. Persson, "Factors related to peri-implantitisa retrospective study," Clinical Oral Implants Research, vol. 25, no. 4, pp. 522–529, 2014.

Εικ. 1: Αρχική ακτινογραφία.

Εικ. 2: Ενδοστοματική εικόνα με την φλεγμένουσα περιοχή γύρω από τα εμφυτεύματα.

Εικ. 3: Κοκκιώδης ιστός στο σπείρωμα των εμφυτευμάτων.

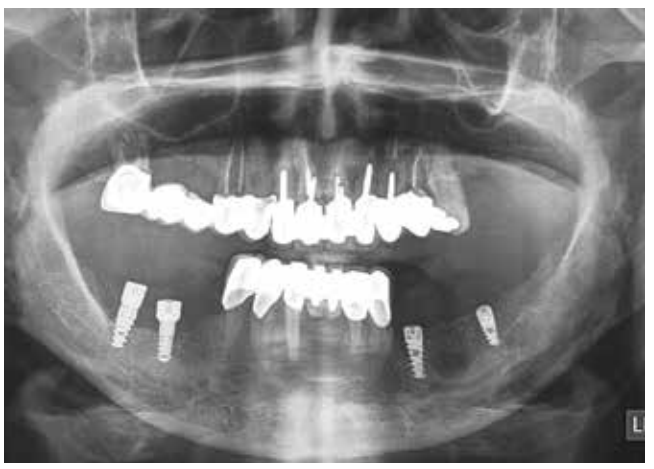
Εικ. 4: PrP.

Εικ. 5: Τοποθέτηση του μοσχεύματος.

Εικ. 6: Η μεμβράνη PrF.

Εικ. 7: Τοποθέτηση της μεμβράνης.

Εικ. 8: Συρραφή του κρημνού.



Εικ. 9: Ακτινογραφία με την πάροδο έξι μηνών.

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

Η στήλη της
Ελληνικής Ενδοδοντικής Εταιρείας

Κατευθυντήριες οδηγίες για την άσκηση της Ενδοδοντίας κατά τη διάρκεια της πανδημίας Covid-19

Η Ελληνική Ενδοδοντική Εταιρεία (ΕΕΕ) εξειδικεύοντας τις γενικές κατευθυντήριες οδηγίες της Ελληνικής Οδοντιατρικής Ομοσπονδίας στην αντιμετώπιση ενδοδοντικών περιστατικών προτείνει μια σειρά από μέτρα και συστάσεις που θα πρέπει να τηρούνται τόσο πριν την προσέλευση των ασθενών, όσο και κατά την οδοντιατρική εργασία, διασφαλίζοντας την προστασία τόσο των ασθενών, όσο και των οδοντιάτρων και του βοηθητικού προσωπικού.

Α. Πριν την προσέλευση ασθενών:

- Κατά την τηλεφωνική επικοινωνία με τον ασθενή, εκτός από τις ερωτήσεις που σχετίζονται με τον COVID, ερωτήσεις σχετικές με το ενδοδοντικό του πρόβλημα κρίνονται ιδιαίτερα χρήσιμες για τον προγραμματισμό των ραντεβού. Θα πρέπει να γίνεται κατανοητό στους ασθενείς ότι θα προηγηθούν όσοι έχουν επείγουσα ανάγκη με κύρια κριτήρια την ύπαρξη οιδήματος και πόνου μη ανταποκρινόμενου στα αναλγητικά, χωρίς αυτό να σημαίνει πως δεν θα προγραμματισθούν κατά το δυνατόν έγκαιρα και τα υπόλοιπα περιστατικά.
- Ο **προγραμματισμός των ραντεβού** γίνεται έτσι, ώστε να μεσολαβούν 30' ανάμεσα στα ραντεβού, για να αερίζεται επαρκώς ο χώρος εργασίας και να αποφεύγεται ο συγχρωτισμός ασθενών στην αίθουσα αναμονής.
- Οι ασθενείς που ανήκουν **σε ευπαθείς ομάδες** να αντιμετωπίζονται στην αρχή της ημέρας.

Κατά την τηλεφωνική επικοινωνία με τον ασθενή, εκτός από τις ερωτήσεις που σχετίζονται με τον COVID, διευκρινίσεις σχετικές με το ενδοδοντικό του πρόβλημα, κρίνονται ιδιαίτερα χρήσιμες για τον προγραμματισμό των ραντεβού, καθώς θα πρέπει να δοθεί προτεραιότητα στους ασθενείς που χρήζουν επείγουσας θεραπείας.

Β. Κατά την εργασία:

- Προηγείται στοματόπλυμα με **διάλυμα** υπεροξειδίου του υδρογόνου 1% ή ιωδιούχου ποβιδόνης 0.2 % για 1'. Η χλωρεξιδίνη δεν είναι αποτελεσματική.
- **Ο ελαστικός απομονωτήρας χρησιμοποιείται ΑΠΑΡΕΓΚΛΙΤΑ** σε όλα τα στάδια της ενδοδοντικής θεραπείας **με κάλυψη και της μύτης του ασθενούς.**
- Μετά την εφαρμογή του ελαστικού απομονωτήρα γίνεται **απολύμανση δοντιού, αρπάγης, ελαστικού** με διάλυμα υπεροξειδίου του υδρογόνου 3% και στη συνέχεια με διάλυμα υποχλωριώδους νατρίου 2,5%.
- **Η ποσότητα καταιονισμού νερού κατά τη χρήση του αερότορ περιορίζεται** και όπου είναι δυνατόν χρησιμοποιείται μικρομότορ.
- Χρησιμοποιείται, εάν υπάρχει η δυνατότητα, **διπλή χειρουργική αναρρόφηση,** μια για το σάλιο του ασθενούς και μια ξεχωριστή για τους διακλυσμούς και την αναρ-

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

ΣΕΛΙΔΕΣ: 334, ΤΙΜΗ: €150

ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΙΚΟ ΒΗΜΑ
ΕΚΔΟΣΕΙΣ

Στις τιμές περιλαμβάνονται τα έξοδα αποστολής και ο ΦΠΑ

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

ρόφηση υγρών τουλάχιστον κατά τη χρήση αερότορ.

- Αποφυγή ή ελαχιστοποίηση της χρήσης της υδραεροσύρριγας. Η έκπλυση είναι προτιμότερο να γίνεται με σύριγγα διακλυσμών και φυσιολογικό ορό, ενώ το στέγνωμα με βύσματα βαμβακιού.
- Η χρήση των υπερήχων να περιορίζεται στην απολύτως απαραίτητη (απομάκρυνση ενασβεστιώσεων, αφαίρεση σκληρών εμφρακτικών υλικών).
- Η **χρήση μικροσκοπίου** κατά τη διάρκεια παραγωγής αερολύματος να γίνεται λελογισμένα, λαμβάνοντας υπ' όψιν τη δυσκολία απολύμανσης των επί μέρους τμημάτων του. Όταν δεν δημιουργείται αερόλυμα, το μικροσκόπιο μπορεί να χρησιμοποιηθεί κανονικά.
- **Η ολοκλήρωση της ενδοδοντικής θεραπείας σε μία συνεδρία** όπου δεν αντενδείκνυται είναι η προτιμητέα προσέγγιση, με την προϋπόθεση πως δεν θα υπονομεύεται η ποιότητα της παρεχόμενης θεραπείας.
- Υπενθυμίζεται ότι η αντιμετώπιση εκτάκτων περιστατικών απαιτεί συνήθως τον ίδιο ή και περισσότερο χρόνο από ένα προγραμματισμένο ραντεβού. Κατά συνέπεια θα πρέπει να εξασφαλίζεται η χρονική διαθεσιμότητα ώστε να μην παρεμβάλλονται μεταξύ των προκαθορισμένων ραντεβού, διαταράσσοντας την τήρηση των μέτρων προστασίας.
- Η χειρουργική ενδοδοντική θεραπεία μπορεί να πραγματοποιείται, προϋποθέτει όμως, παρουσία βοηθού.
- Οι επανεξετάσεις αναβάλλονται, και μάλιστα όταν ο ασθενής αναφέρει κατά την τηλεφωνική επικοινωνία πως δεν έχει κανένα πρόβλημα με το υπό εξέταση δόντι.
- Μετά την ολοκλήρωση της ενδοδοντικής θεραπείας, η επικοινωνία μεταξύ συναδέλφων (αποστολή ακτινογραφιών και αναφοράς ενδοδοντικής θεραπείας) πραγματοποιείται με ηλεκτρονικά μέσα.

> Ο ελαστικός απομονωτήρας χρησιμοποιείται ΑΠΑΡΕΓΚΛΙΤΑ σε όλα τα στάδια της ενδοδοντικής θεραπείας με κάλυψη και της μύτης του ασθενούς.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Al-Amad SH, Awad MA, Edher FM, Shahramian K, Omran TA. The effect of rubber dam on atmospheric bacterial aerosols during restorative dentistry. J Infect Public Health 2017; 10(2):195–200.

Ather A, Patel B, Ruparel NB, Diogenes A, Hargreaves KM. Coronavirus Disease 19 (COVID-19): Implications for Clinical Dental Care. J Endod 2020; 46, in press.

Eggers, M, Koburger-Janssen, T, Ward, LS, Newby, C, Müller, S. Bactericidal and virucidal activity of povidone-iodine and chlorhexidine gluconate cleansers in an in vivo hand hygiene clinical simulation study. Infect Dis Ther 2018; 7(2):235–247.

Harrel SK, Molinari J. Aerosols and splatter in dentistry. J Am Dent Assoc 2004; 135: 429 – 437.

Helmis CG, Tzoutzas J, Flocas HA, Halios CH, Stathopoulou OI, Assimakopoulos VD, Panis V, Apostolatou M, Sgouros G, Adam E. Indoor air quality in a dentistry clinic. Sci Total Environ. 2007:377; 349–365.

Izzetti R, Nisi M, Gabriele M, Graziani F. COVID-19 Transmission in Dental Practice: Brief Review of Preventive Measures in Italy. J Dent Res 2020; in press.

Kampf G, Todt D, Pfaender S, Steinmann E. Persistence of coronaviruses on inanimate surfaces and their inactivation with biocidal agents. J Hosp Infect 2020; 104: 246-251.

List N. EPA's registered antimicrobial products for use against novel coronavirus SARS-CoV-2, the cause of COVID-19. Washington, DC: United States Environmental Protection Agency. Available at: https://www.epa.gov/pesticide-registration/list-n-disinfectants-use-against-sarscov- Accessed March 18, 2020.

Meng L, Hua F, Bian Z. 2020. Coronavirus disease 2019 (COVID-19): emerging and future challenges for dental and oral medicine. J Dent Res 2020; 99: 481–487.

Ng Y-l, Spratt D, Sriskantharajah S, Gulabivala K. Evaluation of Protocols for Field Decontamination Before Bacterial Sampling of Root Canals for Contemporary Microbiology Techniques. J Endod 2003; 29: 317-320.

Peng X, Xu X, Li Y, Cheng L, Zhou X, Ren B. Transmission routes of 2019-nCoV and controls in dental practice. Int J Oral Sci 2020; 12(1):1-6.

Sebastiani FR, Dym H, Kirpalani T. Infection control in the dental office. Dent Clin North Am 2017; 61(2):435–457.

Su Y, Wang C, Ye L. Healing Rate and Post-obturation Pain of Single- versus Multiple-visit Endodontic Treatment for Infected Root Canals: A Systematic Review. J Endod 2011; 37:125–132.

Wheeler SQ, Greenberg ME, Mahlmeister L, Wolfe N. Safety of clinical and nonclinical decision makers in telephone triage: a narrative review. J Telemed Telecare. 2015; 21(6):305–322.

Yu J, Zhang T, Zhao D, Haapasalo M, Shen Y. Characteristics of Endodontic Emergencies during COVID-19 Outbreak in Wuhan. J Endod 2020; 46(6): in press.

Zemouri C, de Soet H, Crielaard W, Laheij A. A scoping review on bio-aerosols in healthcare and the dental environment. PLoS One 2017; 12:e0178007.

Το Δ.Σ. της ΕΕΕ θα ήθελε να εκφράσει τις θερμές του ευχαριστίες στη συνάδελφο και μέλος της ΕΕΕ κ. ***Αγάπη Ζερβάκη*** *για την επιμέλεια του παραπάνω κειμένου!*

Η σελίδα της
ΕΛΛΗΝΙΚΗΣ ΕΤΑΙΡΕΙΑΣ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΗΣ ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΙΚΗΣ

Νοσοκομειακή Οδοντιατρική: Αντικείμενο

Φλώρα Ζερβού-Βάλβη
Δρ Οδοντ, MPhil Med
Πρόεδρος της Ελληνικής Εταιρείας Νοσοκομειακής Οδοντιατρικής
Συντ. Διευθύντρια του Οδοντιατρικού Τμήματος - Ειδικής Μονάδας ΑμεΑ ΓΝ «Ασκληπιείο» Βούλας και Διευθύντρια Ιατρικής Υπηρεσίας

Η Νοσοκομειακή Οδοντιατρική (Hospital Dentistry) αποτελεί Οδοντιατρική Ειδικής Φροντίδας.
Με τον όρο «Οδοντιατρική Ειδικής Φροντίδας (Special Care Dentistry)» ή Οδοντιατρική Ειδικών Αναγκών (Special Needs Dentistry) ορίζεται ο κλάδος εκείνος της Οδοντιατρικής του οποίου αντικείμενο είναι η πρόληψη και η θεραπεία των παθήσεων του στόματος, δηλ. η βελτίωση της στοματικής υγείας, ατόμων ή κοινωνικών ομάδων που αδυνατούν να δεχθούν τη συνήθη οδοντιατρική περίθαλψη εξαιτίας φυσικής, νοητικής, ιατρικής, συναισθηματικής, αισθητηριακής, ψυχικής ή κοινωνικής δυσλειτουργίας ή αναπηρίας ή εξαιτίας συνδυασμού διαφόρων παραγόντων από τους προαναφερθέντες.
Ο ορισμός αυτός λαμβάνει υπόψη την ταξινόμηση ICF (International Classification of Functioning) του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας, που χρησιμοποιεί για τον καθορισμό της λειτουργικής ικανότητας του ατόμου την δομή και λειτουργία του σώματος, την προσωπική δραστηριότητα και τη συμμετοχή στην κοινωνία. Σύμφωνα με αυτήν την ταξινόμηση η αναπηρία καθορίζεται από τη δυνατότητα του ατόμου να είναι λειτουργικό μέσα στο περιβάλλον του, δηλ. από τη δυνατότητά του να εκπληρώνει τον κοινωνικό του ρόλο ανεξάρτητα από το ιατρικό του πρόβλημα.

Τα άτομα που χρειάζονται την Οδοντιατρική Ειδικής Φροντίδας είναι εκείνα που εμφανίζουν περιορισμό της λειτουργικότητάς τους και είθισται να αναφέρονται ως «ειδικοί ασθενείς» ή «ασθενείς με ειδικές ανάγκες - ΑμεΑ» ή «άτομα με αναπηρία - ΑμεΑ». Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας το ποσοστό των ατόμων με αναπηρία ανέρχεται στο 15,6-19,4% του πληθυσμού, ποσοστό αυξημένο σε σχέση με προηγούμενες δεκαετίες (π.χ. το 1970 ανερχόταν στο 10%) εξαιτίας μίας πλειάδας παραγόντων, όπως της γήρανσης του πληθυσμού, με συνέπεια την αύξηση των ατόμων που θα αναπτύξουν αναπηρία ως αποτέλεσμα συνεπειών του γήρατος, και της προόδου της Ιατρικής που έχει ως συνέπεια την επιμήκυνση του προσδόκιμου επιβίωσης ανθρώπων με πολλαπλή παθολογία.
Ο περιορισμός της λειτουργικότητας των ειδικών ασθενών άμεσα ή έμμεσα επηρεάζει δυσμενώς τη στοματική τους υγεία. Δυσμενώς την επηρεάζουν επίσης και ο ανεπαρκής αριθμός ειδικευμένων οδοντιάτρων και οι δυσκολίες στη διαθεσιμότητα και προσβασιμότητα των σχετικών υπηρεσιών υγείας. Έτσι, οι ειδικοί οδοντιατρικοί ασθενείς έχουν πτωχότερη στοματική υγεία από τον γενικό πληθυσμό. Εμφανίζουν αυξημένο δείκτη τερηδόνας, αυξημένα προβλήματα από το περιοδόντιο, περισσότερες και βαρύτερες ορθοδοντικές ανωμαλίες, περισσότερα ελλείποντα δόντια και εν γένει μεγαλύτερες θεραπευτικές και αποκαταστατικές ανάγκες.
Ένα ποσοστό των ειδικών ασθενών έχει τέτοια επιβάρυνση υγείας και περιορισμό λειτουργικότητας που για την οδοντιατρική αντιμετώπιση έχει ανάγκη από τη στήριξη του νοσοκομειακού περιβάλλοντος. Στο Νοσοκομείο δέχεται τις υπηρεσίες της Νοσοκομειακής Οδοντιατρικής. Εκεί, με τη συνεργασία του θεράποντος οδοντιάτρου κατά περίπτωση με ιατρούς διαφόρων ειδικοτήτων και με την χρήση της εξειδικευμένης υλικοτεχνικής υποδομής, η οδοντιατρική περίθαλψη παρέχεται με τη μεγαλύτερη δυνατή ασφάλεια. Ως Νοσοκομειακή Οδοντιατρική (ΝΟ), επομένως, ορίζεται η παροχή Οδοντιατρικής Ειδικής Φροντίδας στο Νοσοκομείο σε εκείνους που για την αντιμετώπισή τους χρειάζονται τη στήριξη του νοσοκομειακού περιβάλλοντος.
Η ΝΟ αποτελεί μία συνθετική, πολύκλαδη και οριζόντια ειδικότητα η οποία ενσωματώνει και αξιοποιεί γνώσεις και δεξιότητες πολλών πεδίων της Οδοντιατρικής και Ιατρικής Επιστήμης προκειμένου να αντιμετωπίζει με ασφάλεια και ολοκληρωμένα τους πλέον βεβαρημένους ειδικούς ασθενείς. Η αντιμετώπιση των οδοντιατρικών αναγκών αυτών των ασθενών βασίζεται σε μία ολιστική και συχνά διεπιστημονική προσέγγιση προκειμένου να ανταποκριθεί στις σύνθετες απαιτήσεις που προκύπτουν από το συνδυασμό οδοντιατρικών αναγκών και αναπηρίας. Η προσέγγιση αυτή απαιτεί ειδικές γνώσεις, δεξιότητες, στάσεις και συμπεριφορές που μόνο στα πλαίσια της ειδικότητας μπορεί να αποκτηθούν μέσω οργανωμένης θεωρητικής εκπαίδευσης και κυρίως καθημερινής τριετούς κλινικής πράξης και εξάσκησης σε όλες τις δραστηριότητες που η ΝΟ αναπτύσσει, με τη διασφάλιση του ελέγχου και της πιστοποίησης.
Στην χώρα μας η Δευτεροβάθμια αυτή Οδοντιατρική Περίθαλψη παρέχεται κυρίως από τα Νοσοκομεία του ΕΣΥ. Βάση παροχής της είναι η σχετική Υπουργική Απόφαση του 1990 (Α3β/3984 /ΦΕΚ 239 6-4-1990). Σύμφωνα με την συγκεκριμένη ΥΑ, αντικείμενο της Δευτεροβάθμιας / Νοσοκομειακής Οδοντιατρικής Περίθαλψης στο ΕΣΥ αποτελεί η παροχή οδοντιατρικής περίθαλψης κυρίως σε ασθενείς με γενικά νοσήματα (π.χ. καρδιοπάθειες, κυκλοφορικά, μεταβολικά και ενδοκρινών αδένων, αιμορραγικές διαθέσεις, ψυχικά νοσήματα ή χρόνιες νευρολογικές παθήσεις, ασθενείς ή φορείς AIDS κ.ά.) και ειδικούς ασθενείς που δεν συνεργάζονται με τον οδοντίατρο (π.χ. αυτιστικούς, με εγκεφαλική παράλυση, με σύνδρομο Down κ.ά.) ή/και χρειάζονται γενική αναισθησία και γενικά σε όσους προκειμένου να αντιμετωπισθούν έχουν ανάγκη νοσοκομειακού περιβάλλοντος. Η ΝΟ, επομένως, παρέχοντας οδοντιατρική φροντίδα στους έχοντες ιδιαίτερες ανάγκες, έχει υψηλή κοινωνική αποστολή.
Η θέσπιση της οδοντιατρικής ειδικότητας της ΝΟ, της οποίας η εκπαίδευση περιγράφηκε στο ΦΕΚ 2775/Β/4.7.2019 και για την οποία η Εταιρεία μας, η Ελληνική Εταιρεία Νοσοκομειακής Οδοντιατρικής, αγωνίσθηκε επί σειρά πολλών ετών, αποτέλεσε ένα μνημειώδες βήμα για την οδοντιατρική περίθαλψη του ειδικού ασθενούς και όχι μόνον.
Μέσω της καθιέρωσης της ειδικότητας της ΝΟ διασφαλίζεται η διαθεσιμότητα, προσβασιμότητα, ποιότητα και αποδεκτότητα των παρεχόμενων οδοντιατρικών υπηρεσιών στα άτομα με αναπηρία, όπως οι Αρχές προστασίας των ανθρωπίνων δικαιωμάτων ορίζουν. Η διαθεσιμότητα και προσβασιμότητα των ειδικών ασθενών σε ποιοτικές οδοντιατρικές υπηρεσίες αποτελούν τη νέα, σύγχρονη πρόκληση της Οδοντιατρικής.
Επίσης, λόγω της ειδικότητας, μεταξύ άλλων, αναμένεται η μείωση της συγκέντρωσης των ασθενών και του χρόνου αναμονής στα Νοσοκομεία που παρέχουν τις υπηρεσίες αυτές σήμερα, αφού πολύ περισσότερα Νοσοκομεία θα τις παρέχουν, καθώς και η ελάττωση των μετακινήσεων, της ταλαιπωρίας και του κόστους των ασθενών και των οικογενειών τους προς αναζήτηση οδοντιατρικής περίθαλψης για τη λήψη υπηρεσιών. Επιπλέον, θα αμβλυνθούν ή/και θα απαλειφθούν οι διαφορές που παρατηρούνται στην παρεχόμενη περίθαλψη στους ειδικούς ασθενείς μεταξύ των διαφόρων Νοσοκομείων της χώρας, διασφαλίζοντας υψηλού επιπέδου οδοντιατρικές υπηρεσίες προς όλους όσοι τις έχουν ανάγκη.
Σημειώνεται, επίσης, ότι με την ειδικότητα θα αρθεί η ασυμμετρία μεταξύ καθηκόντων/επιστημονικών απαιτήσεων των οδοντιάτρων και της εκπαίδευσής τους και θα αναβαθμισθεί ο ρόλος της Οδοντιατρικής ως αναπόσπαστου κρίκου της ιατρικής αλυσίδας.
Μέσα από το Εθνικό Σύστημα Υγείας παρέχονται και στους ειδικούς ασθενείς σημαντικές εξειδικευμένες οδοντιατρικές υπηρεσίες. Η θέσπιση της ειδικότητας προοιωνίζεται ένα καλύτερο μέλλον. Ο οδοντίατρος πλέον θα είναι οπλισμένος εξαρχής με τη θεωρητική κατάρτιση και κλινική εμπειρία που χρειάζεται για να καλύψει όλο το εύρος της άσκησης της ΝΟ στο Νοσοκομείο, χρησιμοποιώντας τα μέσα που αυτό του παρέχει προς όφελος και για την ασφάλεια των ασθενών.

> Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας το ποσοστό των ατόμων με αναπηρία ανέρχεται στο **15,6-19,4%** του πληθυσμού, ποσοστό αυξημένο σε σχέση με προηγούμενες δεκαετίες εξαιτίας μίας πλειάδας παραγόντων, όπως της γήρανσης του πληθυσμού, και της προόδου της Ιατρικής που έχει ως συνέπεια την επιμήκυνση του προσδόκιμου επιβίωσης ανθρώπων με πολλαπλή παθολογία.

PERFORMANCE.PRICE.
TECHNOLOGY.

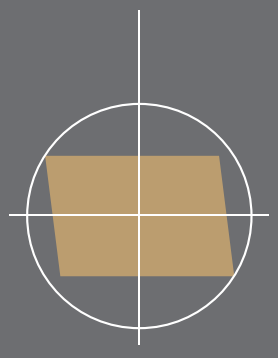
EDGEONE
FIRE™

Heat Treated Firewire™ NiTi

12 mm handle length
(gold plated)

Variable taper

ISO Identifi cation Band



Parallelogram shaped
cross-section

Silicon stop and calibration rings

Available in 3 lengths: 21, 25, 31mm

Heat Treated Firewire

Variable tapered design reduces Maximum Flute Diameter and screw in effect.

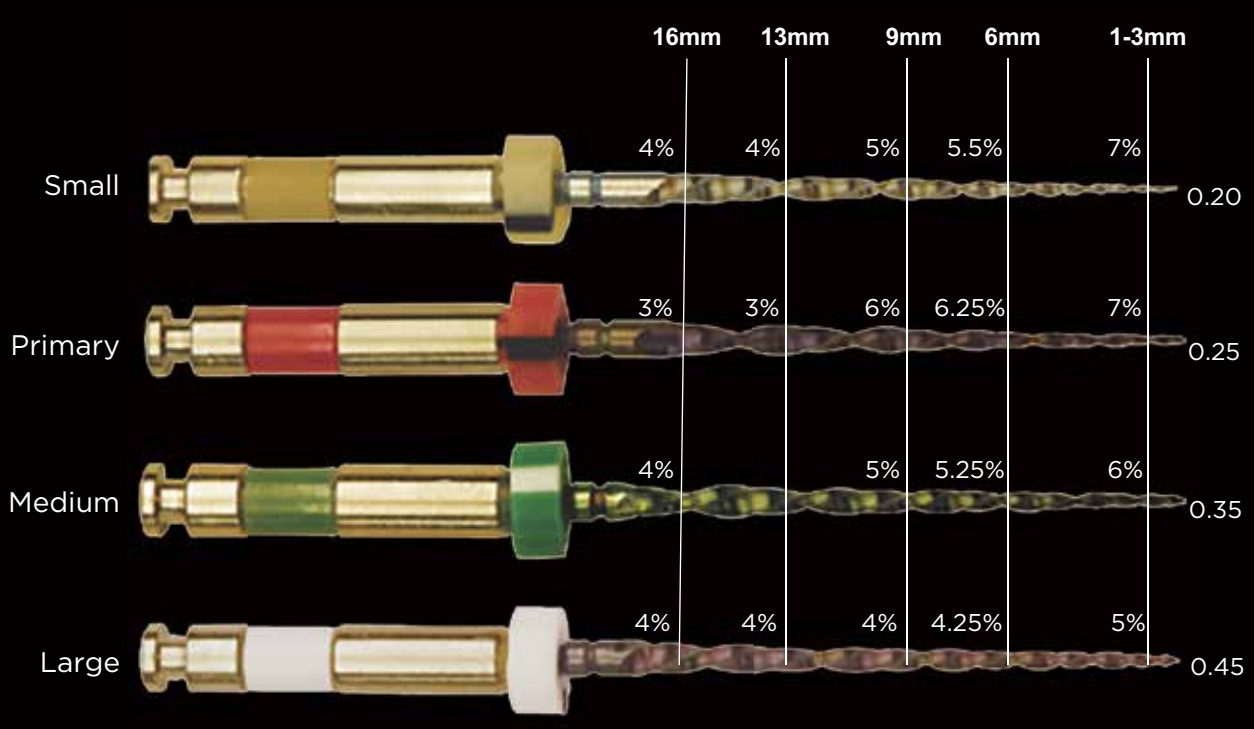
Highly
flexible

No bounce
back

High
strength

FireWire™ NiTi Strength

Edge Endo® FireWire™ NiTi fi les are an innovation in rotary fi les. It makes our fi les more fl exible and increases signifi cantly its resistance to cyclic fatigue. FireWire™ NiTi enables EdgeEndo® fi les to not “bounce back,” preserving canal anatomy, dentin and carefully follow the canal as they go down smooth and easy. EdgeEndo® fi les give you effi ciency, speed and security in your treatment



HENRY SCHEIN®
DENTAL

Rely on Us™

EDGEENDO®

Dental Expert - Άννα Ελμάογλου Ε.Π.Ε.

Ο Εξειδικευμένος Συνεργάτης του Οδοντιατρείου σας

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

Η στήλη της
ΕΛΛΗΝΙΚΗΣ ΠΕΡΙΟΔΟΝΤΟΛΟΓΙΚΗΣ ΕΤΑΙΡΕΙΑΣ

Η χειρουργική αποκάλυψη κλινικής μύλης με σκοπό την προσθετική αποκατάσταση

Γεωργία Μαλαμούδη
Χειρουργός Οδοντίατρος, DDS -MSc, Μετεκπαιδευθείσα στην Περιοδοντολογία και Βιολογία Εμφυτευμάτων, Α.Π.Θ, Επιμελήτρια Περιοδοντολογικού τμήματος 251 Γενικού Νοσοκομείου Αεροπορίας

Η περιοδοντική υγεία αποτελεί βασική προϋπόθεση για τη μακροβιότητα μίας προσθετικής αποκατάστασης και διασφαλίζεται με την παρασκευή ευδιάκριτων υπερουλικών ή ενδοσχισμικών ορίων που διευκολύνουν την αποτελεσματική απομάκρυνση της μικροβιακής πλάκας. Υπάρχουν ωστόσο κλινικές καταστάσεις (κατάγματα, υποουλικές τερηδόνες, διατρήσεις ρίζας, υπερευαισθησία, αυξημένες αισθητικές απαιτήσεις κ.α) που μειώνουν την ποσότητα διαθέσιμης οδοντικής ουσίας και καθιστούν αδύνατη την τήρηση των προϋποθέσεων για εξασφάλιση της περιοδοντικής υγείας. Η υποουλική τοποθέτηση των ορίων μίας προσθετικής αποκατάστασης, αν και υιοθετείται συχνά σε περιπτώσεις δοντιών με ανεπαρκείς διαστάσεις κλινικής μύλης, έχει καταστροφικές συνέπειες για τους περιοδοντικούς ιστούς καθώς παραβιάζει την περιοδοντική πρόσφυση. Οι περιπτώσεις αυτές αποτελούν ένδειξη για χειρουργική αποκάλυψη κλινικής μύλης, η οποία πραγματοποιείται με στόχο να εκθέσει μεγαλύτερη ποσότητα υγιούς οδοντικής ουσίας υπερουλικά. Οι κύριες χειρουργικές τεχνικές αποκάλυψης κλινικής μύλης είναι η ουλεκτομή και ο ακρορριζικά μετατοπιζόμενος κρημνός με ή χωρίς οστεκτομή. Οι τεχνικές αυτές είναι αποτελεσματικές, ωστόσο παρουσιάζουν μία σειρά από μειονεκτήματα όπως η μετεγχειρητική ασυμμετρία του ουλικού περιγράμματος, η αύξηση της κινητικότητας των δοντιών και η επιπέδωση των μεσοδόντιων θηλών στην περιοχή της επέμβασης. Η επιλογή της καταλληλότερης τεχνικής καθορίζεται από το ποσοστό οστικής στήριξης των δοντιών, την επάρκεια κερατινοποιημένων ιστών και την αισθητική στην περιοχής παρέμβασης. Μετά από χειρουργική αποκάλυψη μύλης έχει παρατηρηθεί μία εκ νέου μυλική μετατόπιση των ιστών των ούλων που μειώνει, χωρίς να εκμηδενίζει, το αρχικό κέρδος σε ύψος οδοντικής ουσίας. Η τελική θέση της ουλικής παρυφής εξαρτάται από ανατομικούς και τεχνικούς παράγοντες ενώ απαιτείται ένα σημαντικό χρονικό διάστημα μέχρι τη σταθεροποίησή της. Συμπερασματικά, η χειρουργική αποκάλυψη κλινικής μύλης είναι μία αποτελεσματική μέθοδος για την αποκατάσταση δοντιών με μειωμένες διαστάσεις, η οποία μπορεί να παρατείνει σημαντικά την παραμονή του δοντιού στο φραγμό.

Εισαγωγή

Κλινική μύλη αποκαλείται το τμήμα του δοντιού που αφορίζεται ακρορριζικά από την παρυφή των ελευθέρων ούλων και μυλικά από το κοπτικό άκρο / μασητική επιφάνεια. Οι διαστάσεις της κλινικής μύλης διαχρονικά δεν παραμένουν σταθερές αλλά υπόκεινται σε φυσιολογικές και παθολογικές μεταβολές. Καταστάσεις όπως οι εκτεταμένες τερηδόνες και εμφράξεις, τα κατάγματα μύλης, η εξωτερική αυχενική ριζική απορρόφηση, η διάτρηση ρίζας και η οδοντική αποτριβή οδηγούν σε κλινικές μύλες με μειωμένες διαστάσεις. Στις παραπάνω περιπτώσεις η πρόγνωση των δοντιών κρίνεται επιφυλακτική και ο οδοντίατρος καλείται να αποφασίσει αν θα αποκαταστήσει ή θα εξάγει τα δόντια αυτά. Ενώ η απώλεια ενός δοντιού μπορεί να αντιμετωπιστεί με την τοποθέτηση ενός οστεοενσωματούμενου εμφυτεύματος, βιβλιογραφικά αποδεικνύεται ότι οι προσθετικές αποκαταστάσεις επί δοντιών έχουν υψηλότερα ποσοστά επιβίωσης, χαμηλότερη συχνότητα εμφάνισης βιολογικών και τεχνικών επιπλοκών και μικρότερο κόστος συγκριτικά με τις αντίστοιχες επιεμφυτευματικές[1]. Από τα παραπάνω γίνεται σαφές ότι η προσπάθεια για διατήρηση των φυσικών δοντιών στο φραγμό είναι μείζονος σημασίας.

Περιοδόντιο και προσθετικές αποκαταστάσεις

Η οριοθέτηση των προσθετικών αποκαταστάσεων επηρεάζει την υγεία των περιοδοντικών ιστών[2]. Η υπερουλική τοποθέτηση του αυχενικού ορίου προτιμάται για λόγους ευκολίας παρασκευής και αποτύπωσης και για διευκόλυνση του ασθενή στην απομάκρυνση της μικροβιακής πλάκας[3,4]. Η τοποθέτηση των ορίων της αποκατάστασης ισοϋψώς με τα ούλα είναι επίσης αποδεκτή, ωστόσο σε δόντια με τερηδόνα ρίζας, υπερευαισθησία ή εντός της αισθητικής ζώνης προτείνεται η ενδοσχισμική οριοθέτηση. Ενδοσχισμική χαρακτηρίζεται η οριοθέτηση μίας προσθετικής αποκατάστασης εντός της ουλοδοντικής σχισμής ενώ υποουλική, αυτή που επεκτείνεται εντός του προσπεφυκότος επιθηλίου ή/και του υπεροστικού συνδετικού ιστού.

Χειρουργική αποκάλυψη κλινικής μύλης, του #14 με Ακρορριζικά Μετατοπιζόμενο Κρημνό ολικού πάχους σε συνδυασμό με οστεκτομη με περιστρεφόμενα κοπτικά μέσα. Η τομή επεκτείνεται στα παρακείμενα δόντια με σκοπό την απόδοση θετικής αρχιτεκτονικής μετά από την οστεκτομή και οστεοπλαστική.

Χειρουργική αποκάλυψη κλινικής μύλης με την τεχνική της ουλεκτομής στα #23,#24,#25 σε ασθενή 13 ετών με εντοπισμένη υπερπλασία και ψευδοθυλάκους.

Η υποουλική οριοθέτηση υιοθετείται συχνά σε περιπτώσεις δοντιών με ανεπαρκή κλινική μύλη. Αυτό δημιουργεί δυσμενείς περιοδοντικές συνθήκες εντός της ουλοδοντικής σχισμής[5] λόγω της παραβίασης των ανατομικών δομών που απαρτίζουν την υπεροστική ιστική πρόσφυση (supracrestal tissue attachment). Ο όρος υπεροστική ιστική πρόσφυση, έχει υιοθετηθεί σε αντικατάσταση του παλαιότερου όρου «βιολογικό εύρος πρόσφυσης»[6] και περιγράφει τις διαστάσεις του υπεροστικού συνδετικού ιστού και του προσπεφυκότος επιθηλίου.[7]

Όταν η υπεροστική ιστική πρόσφυση παραβιάζεται, προκαλείται περιοδοντική φλεγμονή, δημιουργία θυλάκων και υφιζήσεων[2,8,9]. Η τοποθέτηση αδρών αποκαταστατικών υλικών εντός των ουλικών ιστών, η αδυναμία ελέγχου της εφαρμογής των ορίων της αποκατάστασης, ο τραυματισμός της υπεροστικής πρόσφυσης κατά τον εκτροχισμό και την αποτύπωση και η αδυναμία του ασθενούς να απομακρύνει τη μικροβιακή πλάκα από το βάθος της ουλοδοντικής σχισμής μπορούν να οδηγήσουν σε απώλεια συνδετικού ιστού και οστική απορρόφηση.[8,10,11,12]

Αποκάλυψη κλινικής μύλης- Τεχνικές

Η αποκάλυψη κλινικής μύλης έχει ως στόχο να εκθέσει μεγαλύτερη ποσότητα υγιούς οδοντικής ουσίας υπερουλικά σε δόντια με ανεπαρκές ύψος κλινικής μύλης προκειμένου να είναι εφικτή μία αισθητικά και βιολογικά αποδεκτή αποκατάσταση.

Η χειρουργική αποκάλυψη κλινικής μύλης είναι η πιο συνηθισμένη μέθοδος για την αύξηση του ύψους ενός δοντιού[13]. Αποτελεί συνήθη λόγο παραπομπής στον περιοδοντολόγο[14] αλλά μπορεί να πραγματοποιηθεί και από τον γενικό οδοντίατρο[15]. Σύμφωνα με την Αμερικάνικη Ακαδημία Περιοδοντολογίας εκτιμάται ότι η χειρουργική αποκάλυψη

Χειρουργική αποκάλυψη κλινικής μύλης του #15 με Ακρορριζικά Μετατοπιζόμενο Κρημνό ολικού πάχους σε συνδυασμό με οστεκτομή. Είναι εμφανής η επιδείνωση της υφίζησης του #16 με την πάροδο του χρόνου εξαιτίας της αφαιρετικής τεχνικής.

κλινικής μύλης αντιπροσωπεύει το 10% των περιοδοντικών χειρουργείων. Τα δόντια που χρειάζονται συχνότερα αποκάλυψη κλινικής μύλης είναι οι γομφίοι της άνω γνάθου (25%), με συνηθέστερη ένδειξη την τερηδόνα ακτινογραφικού σταδίου D3 (15,6%) σε όμορες επιφάνειες[16].

Οι κύριες χειρουργικές τεχνικές αποκάλυψης μύλης είναι η ουλεκτομή και ο ακρορριζικά μετατοπιζόμενος κρημνός με ή χωρίς οστεκτομή[17].

Η ουλεκτομή επιλέγεται όταν υπάρχει επάρκεια κερατινοποιημένων ιστών, ινώδης υπερπλασία, ψευδοθύλακοι ή σε περιοδοντικό φαινότυπο με αυξημένες διαστάσεις υπεροστικής ιστικής πρόσφυσης. Δύναται να πραγματοποιηθεί με τη χρήση νυστεριού ή laser.

Ο ακρορριζικά μετατοπιζόμενος κρημνός ολικού πάχους αποτελεί την τεχνική επιλογής διότι προσφέρει τη δυνατότητα καλύτερης διευθέτησης των ιστών επιτυγχάνοντας ταυτόχρονα τη διατήρηση της ακεραιότητας των προσπεφυκότων ούλων[18]. Συχνά συνοδεύεται από οστεκτομή η οποία υλοποιείται με περιστρεφόμενες εγγλυφίδες[17], με πιεζοτόμο ή με Er:YAG laser[19].

Η χειρουργική αποκάλυψη μύλης, ως αφαιρετική τεχνική, μπορεί να οδηγήσει σε απώλεια πρόσφυσης στα δόντια εντός του χειρουργικού πεδίου και να προκαλέσει την εμφάνιση μαύρων τριγώνων, επιμηκυσμένων κλινικών μυλών και επιπεδωμένων θηλών[20,21]. Επιπρόσθετα, η οστεκτομή μπορεί να εκθέσει περιοχές ευαίσθητες στη συσσώρευση μικροβιακής πλάκας όπως η περιοχή της συμβολής των ριζών αλλά και αύξηση της κινητικότητας του υπό θεραπεία δοντιού μετεγχειρητικά λόγω δυσμενούς αναλογίας μύλης-ρίζας. Η ακρορριζική μετατόπιση των ιστών στην περιοχή της επέμβασης οδηγεί επίσης σε δυσαρμονία στο περίγραμμα των ούλων. Στις περιπτώσεις που το αισθητικό διακύβευμα είναι μεγάλο, ως μέθοδος εκλογής προτείνεται η ορθοδοντική υπερέκφυση.

Η επιλογή της καταλληλότερης τεχνικής καθορίζεται από το ποσοστό οστικής στήριξης του υπό θεραπεία δοντιού, την επάρκεια κερατινοποιημένων ιστών και την αισθητική.

Σταθερότητα του αποτελέσματος και χρόνος προσθετικής αποκατάστασης

Η χειρουργική επιμήκυνση κλινικής μύλης οδηγεί σε σημαντική αποκάλυψη υγιούς οδοντικής ουσίας της τάξης των 1.32-2.5 χιλιοστών[22]. Μακροπρόθεσμα, ωστόσο, έχει παρατηρηθεί μία μετεγχειρητική μυλική μετατόπιση των ιστών των ούλων που μειώνει το αρχικό κέρδος σε ύψος οδοντικής ουσίας[23,24]. Η τελική θέση της παρυφής των ελεύθερων ούλων δύναται να διαφέρει σημαντικά από την άμεση μετεγχειρητική της θέση και καθορίζεται από τεχνικούς και ανατομικούς-παράγοντες[22] όπως:

1. Ο περιοδοντικός φαινότυπος, ο οποίος όταν κατατάσσεται ως παχύς παρουσιάζει μεγαλύτερη μυλική επαναφορά σε σχέση με το λεπτό[23,25]
2. Η θέση συρραφής του κρημνού σε σχέση με την κορυφή της φατνιακής ακρολοφίας. Όσο πιο κοντά στην κορυφή της φατνιακής ακρολοφίας γίνεται η συρραφή, τόσο μεγαλύτερη είναι η μυλική επαναφορά των ιστών μετεγχειρητικά[23,24]
3. Η ποικιλομορφία στις διαστάσεις της υπεροστικής ιστικής πρόσφυσης[20,26,27]
4. Η έκταση της οστεκτομής[28] και η επίτευξη θετικής οστικής αρχιτεκτονικής μετά από την οστεκτομή, με οστεοπλαστική στα παρακείμενα δόντια[24]
5. Ο οστικός ανασχηματισμός μετά από χειρουργική επέμβαση με κρημνό ολικού πάχους[29,30,31,32]
6. Η εμπειρία του κλινικού επεμβαίνοντος[28]
7. Η επουλωτική ικανότητα σε συνδυασμό με τις συνήθειες στοματικής υγιεινής του ασθενούς[24]

Η τελική διαμόρφωση επομένως των περιοδοντικών ιστών μετά από τη χειρουργική αποκάλυψη κλινικής μύλης απαιτεί ένα χρονικό διάστημα πριν ακολουθήσει προσθετική αποκατάσταση. Το χρονικό αυτό διάστημα ποικίλλει ανάλογα με την ένδειξη για αποκάλυψη, την περιοχή της επέμβασης και το είδος της αποκατάστασης. Ο προτεινόμενος χρόνος αναμονής για προσθετική αποκατάσταση έχει προκύψει ως επί των πλείστων από προοπτικές κλινικές μελέτες μέγιστης διάρκειας 6 μηνών. Μία βιβλιογραφική ανασκόπηση[33] αναφέρει ότι για τη σταθεροποίηση του μετεγχειρητικού αποτελέσματος απαιτούνται ›6 μήνες, ενώ σύμφωνα με μία άλλη συστηματική ανασκόπηση αρκούν 4 εβδομάδες αναμονής για τις οπίσθιες περιοχές και 6 εβδομάδες για την αισθητική ζώνη[34]. Στην περίπτωση δοντιών εντός της αισθητικής ζώνης, έχει προταθεί η έναρξη της αποκατάστασης αφού διαπιστωθεί με κλινική παρακολούθηση η σταθεροποίηση της ουλικής παρυφής[25].

Επίλογος-Συμπεράσματα

Η χειρουργική αποκάλυψη κλινικής μύλης είναι μία αποτελεσματική μέθοδος αποκάλυψης υγιούς οδοντικής ουσίας σε δόντια με ανεπαρκείς διαστάσεις η οποία βελτιώνει τις ανατομικές συνθήκες και διευκολύνει την προετοιμασία του δοντιού για προσθετική αποκατάσταση. Το ποσοστό επιβίωσης των δοντιών που έχουν δεχθεί ενδοδοντική θεραπεία, αποκάλυψη μύλης και προσθετική αποκατάσταση κυμαίνονται στο 83-98% στα 3-10 έτη[35]. Συμπερασματικά, δόντια με μειωμένες διαστάσεις κλινικής μύλης είναι δυνατόν να διατηρηθούν στο φραγμό και να παραμείνουν λειτουργικά για σημαντικό χρονικό διάστημα.

Δηλώσεις/Ευχαριστίες

Η συγγραφέας δηλώνει ότι δεν υπάρχουν οικονομικές ή άλλες αντιθέσεις συμφερόντων σε σχέση με το παρόν άρθρο.

Βιβλιογραφία

1. Pjetursson BE, Tan K, Lang NP, Brägger U, Egger M, Zwahlen M. A systematic review of the survival and complication rates of fixed partial dentures (FPDs) after an observation period

of at least 5 years: I. Implant-supported FPDs. Clin Oral Implants Res. 2004;15(6):625–42.
2. Reitemeier B, Hänsel K, Walter MH, Kastner C TH, MH W, C K, Toutenburg. Effect of posterior crown margin placement on gingival health. J Prosthet Dent. 2002;(Feb;87(2)):167–72.
3. Orkin DA, Reddy J, Bradshaw D. The relationship of the position of crown margins to gingival health. J Prosthet Dent. 1987;57(4):421–4.
4. Kosyfaki P, del Pilar Pinilla Martn M SJ. Relationship between crowns and the periodontium: a literature update. Quintessence Int. 2010;(Feb;41(2)):109–26.
5. Bader JD, Rozier RG, McFall WT Jr, Ramsey DL BJ. Effect of crown margins on periodontal conditions in regularly attending patients. J Prosthet Dent. 1991;65(1):75-79
6. Jepsen S, Caton JG, Albandar JM, Bissada NF, Bouchard P, Cortellini P, et al. Periodontal manifestations of systemic diseases and developmental and acquired conditions: Consensus report of workgroup 3 of the 2017 World Workshop on the Classification of Periodontal and Peri-Implant Diseases and Conditions. J Clin Periodontol. 2018;45(December 2017):S219–29.
7. Ingber JS, Rose LF, Coslet JG. The «biologic width»--a concept in periodontics and restorative dentistry. The Alpha Omegan. 1977 Dec;70(3):62-65
8. Lang, N.P., Kiel, R.A. and Anderhalden, K. (1983), Clinical and microbiological effects of subgingival restorations with overhanging or clinically perfect margins. Journal of Clinical Periodontology, 10: 563-578. doi:10.1111/j.1600-051X.1983.tb01295.x
9. Maynard JG, Wilson RDK. Physiologic Dimensions of the Periodontium Significant to the Restorative Dentist. J Periodontol [Internet]. 1979;50(4):170–4.
10. Silness, J. (1970), Periodontal conditions in patients treated with dental bridges. Journal of Periodontal Research, 5: 219-224. doi:10.1111/j.1600-0765.1970.tb00720.x
11. Newcomb, G.M. (1974), The Relationship Between the Location of Subgingival Crown Margins and Gingival Inflammation. Journal of Periodontology, 45: 151-154. doi:10.1902/jop.1974.45.3.151
12. Skurow HM, Nevins M. The intracrevicular restorative margin, the biologic width, and the maintenance of the gingival margin. Int J Periodontics Restor Dent. 1984;
13. American Academy of Periodontology Practice Profile Survey 2003
14. Halemani SH, Patil S, Jalli V. Perception Regarding Factors Related To Periodontal Therapy Among General Dental Practitioners of Belgaum City - A Questionnaire Survey. Oral Heal Prev Dent. 2014; No. 2 (03.06.2014) Page 183-189, doi:10.3290
15. Ghiabi E.;Mathiews D. Periodontal Practice and Referral Profile of General Dentists in Nova Scotia, J Can Dent Assoc 2012;78:c55
16. MacGary R, Franc J, Chui S, Kim CS, Boehm TK. Crown Lengthening Needs and Outcomes in Adults Attending a Predoctoral Clinic. J Calif Dent Assoc. 2017;45(2).
17. Palomo F, Kopczyk RA. Rationale and methods for crown lengthening. J Am Dent Assoc. 1978; Rationale and methods for crown lengthening, The Journal of the American Dental Association, Volume 96, Issue 2, 257 - 260
18. Padbury A, Eber R, Wang HL. Interactions between the gingiva and the margin of restorations. J Clin Periodontol. 2003;30(5):379–85.
19. Chen C-K, Wu Y-T, Chang N-J, Lan W-H, Ke J-H, Fu E, et al. Er:YAG Laser for Surgical Crown Lengthening: A 6-Month Clinical Study. Int J Periodontics Restorative Dent [Internet]. 2017;37(2):e149–53.
20. Shobha KS, Mahantesha, Seshan H, Mani R KK. Clinical evaluation of the biological width following surgical crown-lengthening procedure: A prospective study. J Indian Soc Periodontol. 2010;(Jul;14(3):):160–7.
21. Pontoriero R, Celenza F Jr, Ricci G CG. Rapid extrusion with fiber resection: a combined orthodontic-periodontic treatment modality. Int J Periodontics Restor Dent. 1987;(7(5)):30–43.
22. Pilalas I, Tsalikis L, Dn T. Pre-restorative crown lengthening surgery outcomes: a systematic review. J Clin Periodontol. 2016;1094–108.
23. Arora R, Narula SC, Sharma RK, Tewari S. Evaluation of Supracrestal Gingival Tissue After Surgical Crown Lengthening. 2012;84(7).
24. Deas DE, Moritz AJ, Mcdonnell HT, Powell CA, Mealey BL. Osseous surgery for crown lengthening: A 6-Month Clinical study. J Periodontol. 2004;75(9).
25. Pontoriero R, Carnevale G. Surgical Crown Lengthening : A 12-Month. J Periodontol. 2001;(July):841–8.
26. Smukler H., Chaibi M. Periodontal and dental considerations in clinical crown extension: a rational basis for treatment. Int J Periodontics Restorative Dent. 1997 Oct;17(5):464-77.
27. Lanning SK, Waldrop TC, Gunsolley JC, Maynard JG. Surgical Crown Lengthening : Evaluation of the Biological Width. J Periodontol. 74(4).
28. Herrero F, Scott JBPS. Clinical Comparison of Desired Versus Actual Amount of Surgical Crown Lengthening. J Periodontol 1995;66:568-571.
29. Wilderman MN, Pennel BM, King K, Barron JM. Histogenesis of Repair Following Osseous Surgery. J Periodontol [Internet]. 1970;41(10):551–65.
30. Donnenfeld OW, Hoag PM, Weissman DP. A clinical study on the effects of osteoplasty. J Periodontol [Internet]. 1970;41(3):131–41.
31. Bragger U. Surgical lengthening of the clinical crown. J Clin Periodontol. 1992;58–63.
32. Oakley DDS E, Rhyu DOS ln-C, Karatzas S, Gandini-Sanfioga DDS Uh, Nevins DDS M, Caton DDS JM. Formation of the Biologic Widthi Following Crown Lengthening in Nonhunnan Primates. Int J Periodontics Restor Dent J Periodontics Restor Dent. 1999;19:529–41.
33. Abou Araj R, Majzoub ZAK, Holmes CM, Geisinger ML, Geurs NC. Healing Time for Final Restorative Therapy After Surgical Crown Lengthening Procedures: A Review of Related Evidence Focused Clinical Question. Clin Adv Periodontics. 2015;5(2):131–139.
34. Planciunas L, Puriene A, Mackeviciene G. Surgical lengthening of the clinical tooth crown. 2006;8(3):88–95.
35. Moghaddam AS, Radafshar G, Taramsari M, Darabi F. Long-term survival rate of teeth receiving multidisciplinary endodontic, periodontal and prosthodontic treatments. J Oral Rehabil. 2014;41(3):236–42.

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

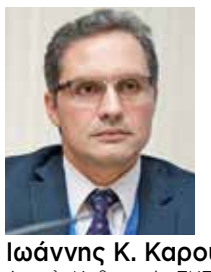
ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

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

Η στήλη της
ΕΤΑΙΡΕΙΑΣ **ΟΔΟΝΤΟΣΤΟΜΑΤΟΛΟΓΙΚΗΣ** ΕΡΕΥΝΗΣ

Η ΕΟΕ ανακοινώνει την επανέναρξη των εκπαιδευτικών της δραστηριοτήτων



Ιωάννης Κ. Καρούσης
Αναπλ. Καθηγητής ΕΚΠΑ,
Πρόεδρος Εταιρείας
Οδοντοστοματολογικής Ερεύνης

Η Εταιρεία Οδοντοστοματολογικής Ερεύνης βρίσκεται στην ευχάριστη θέση να ανακοινώσει στην Ελληνική Οδοντιατρική Οικογένεια ότι υπό τα νέα δεδομένα που επέφερε η πανδημία COVID-19, προετοιμάστηκε κατάλληλα και εξοπλίστηκε με ό,τι είναι απαραίτητο ώστε να συνεχίσει να προσφέρει στους οδοντιάτρους υψηλού επιπέδου συνεχιζόμενη εκπαίδευση, διασφαλίζοντας παράλληλα τη διαφύλαξη της υγείας των συμμετεχόντων στις εκδηλώσεις της, στον ιδιόκτητο χώρο όπου στεγάζεται, υπηρετώντας το καθήκον της συνεχούς εξύψωσης του επιστημονικού κύρους της Οδοντιατρικής και της διαφύλαξης του υψίστου αγαθού, αυτού της υγείας του κοινωνικού συνόλου.

Η ΕΟΕ ακολούθησε πιστά τις οδηγίες των αρμοδίων φορέων: ΕΟΔΥ, ΕΟΟ και Επιστημονικής Επιτροπής ΟΣΑ. Η προσπάθεια αυτή αναγνωρίσθηκε από το Ινστιτούτο Επιστημονικών Θεμάτων της Ελληνικής Οδοντιατρικής Ομοσπονδίας, το οποίο επέτρεψε την επαναλειτουργία των δραστηριοτήτων της.

Τα μέτρα τα οποία λάβαμε είναι τα ακόλουθα:

1) Αντιμικροβιακοί τάπητες στις εισόδους
2) Ποδονάρια μιας χρήσεως
3) Απολυμαντικά χεριών σε όλους τους χώρους πρόσβασης στην Εταιρεία
4) Μάσκες και ποδιές μίας χρήσεως για τις πρακτικές επιδείξεις και ασκήσεις
5) Χειροπετσέτες στα μπάνια
6) Αερισμός από παράθυρα και μπαλκονόπορτες
7) Συντήρηση κλιματιστικών
8) Θέσεις παρακολούθησης σεμιναρίων σε αποστάσεις 1,5 μέτρων μεταξύ τους
9) Μέγιστος αριθμός συμμετεχόντων: 15 οδοντίατροι
10) Κάθε ομιλητής θα παρίσταται μόνο κατά τη διάρκεια της ομιλίας του
11) Απολυμαντικά επιφανειών που χρησιμοποιούνται σε οδοντιατρεία
12) Θερμομέτρηση πριν την είσοδο στην Εταιρεία
13) Λήψη και υπογραφή ιστορικού από κάθε εισερχόμενο

Επιπλέον όλων αυτών, η Εταιρεία Οδοντοστοματολογικής Ερεύνης, έχει προβεί στην

14) αγορά δύο μηχανημάτων νοσοκομειακών προδιαγραφών για απολύμανση του αέρα και κατακράτηση αιωρούμενων σωματιδίων ›0,3μm των οποίων η συνολική απόδοση ξεπερνάει την απολύμανση 700 κυβικών μέτρων αέρα /h!

Καθίσταται σαφές ότι έχουν ακολουθηθεί μέτρα για λειτουργία ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΕΙΟΥ, γεγονός το οποίο σε συνδυασμό ότι απευθυνόμαστε σε παρόχους υγείας επιβεβαιώνει ότι έχει πραγματοποιηθεί ό,τι είναι δυνατόν για τη διαφύλαξη της ασφάλειας όλων.

Το επιστημονικό δυναμικό της Εταιρείας πάντα στις επάλξεις, προσφέρει και πάλι τις γνώσεις και την εμπειρία του. Κλείνοντας αυτή τη δυσάρεστη παρένθεση που όλοι βιώσαμε, αλλά παραμένοντας πάντα σε επαγρύπνηση και τηρώντας τα πλέον αποτελεσματικά και ασφαλή πρωτόκολλα καλωσορίσαμε στην επανέναρξη των δραστηριοτήτων μας το Σάββατο 13/6/2020, στο σεμινάριο την **«Συρραφή. Πρακτική εκπαίδευση στη συρραφή των περιοδοντικών ιστών»** 15 συναδέλφους.

Συντονιστής του σεμιναρίου ήταν ο Επίκουρος Καθηγητής Οδοντιατρικής Σχολής ΕΚΠΑ κ. **Σ. Σιλβέστρος** και μαζί του δίδαξε η περιοδοντολόγος, ειδικευθείσα στο Πανεπιστήμιο

Φωτογραφικά στιγμιότυπα από το σεμινάριο που πραγματοποιήθηκε στην ΕΟΕ τηρώντας όλα τα πρωτόκολλα και τα μέτρα ασφαλείας για την προστασία των συμμετεχόντων.

Tufts, ΗΠΑ κ. **Χρύσα Γιώτα**. Στο θεωρητικό μέρος του σεμιναρίου παρασχέθηκαν όλες οι θεωρητικές γνώσεις και οι πρακτικές κλινικές συμβουλές για τη διενέργεια τομών, την αναπέταση κρημνών διαφόρων τύπων, καθώς και ό,τι χρειάζεται να γνωρίζει κάθε Χειρουργός Οδοντίατρος για να προχωρήσει σε επιτυχή συρραφή. Όλα τα παραπάνω μέσα από το πρίσμα που η Περιοδοντολογία προσεγγίζει τη χειρουργική των περιοδοντικών ιστών με σκοπό είτε την καθήλωση είτε την μυλική μετατόπιση ή τέλος την ακρορριζική ή πλάγια μετατόπιση κρημνών.

Επεξηγήθηκαν περαιτέρω οι ενδείξεις καθώς και οι επιλογές όχι μόνο των διαφόρων τεχνικών συρραφής αλλά και των υλικών που πρέπει να επιλέγει ο επεμβαίνων εξειδικευμένα για κάθε διαφορετική κλινική περίπτωση.

Στη συνέχεια, οι συμμετέχοντες στο μετεκπαιδευτικό σεμινάριο, έχοντας αποκτήσει όλο το θεωρητικό υπόβαθρο, και έχοντας κατανοήσει σε βάθος κάθε λεπτομέρεια που αφορά στην κλινική επιλογή, συμμετείχαν σε δύο πρακτικές ασκήσεις, οι οποίες ομολογουμένως άφησαν τις καλύτερες εντυπώσεις. Αφότου προηγήθηκαν πρακτικές επιδείξεις από τους εξαίρετους διδάσκοντες, οι συνάδελφοι-παρακολουθήσαντες ασκήθηκαν σε αυτιά χοίρων στην παρασκευή

- Κρημνών μερικού πάχους
- Στην οριζόντια ραφή εφαπλωματοποιών
- Στην κάθετη ραφή εφαπλωματοποιών
- Στην εσωτερική κάθετη ραφή εφαπλωματοποιών
- Στην εξωτερική κάθετη ραφή εφαπλωματοποιών
- Καθώς και στη συνεχόμενη συρραφή

Στην επόμενη πρακτική άσκηση οι παρακολουθήσαντες ασκήθηκαν σε γουρουνοκεφαλές στα ακόλουθα:

- Πραγματοποίηση ενδοσχισμικών τομών
- Στην κάθετη ραφή εφαπλωματοποιών
- Στην εσωτερική κάθετη ραφή εφαπλωματοποιών
- Καθώς και εξωτερική κάθετη ραφή εφαπλωματοποιών

Η πρακτική άσκηση η οποία διήρκησε επί περίπου 4,5 ώρες έδωσε την ευκαιρία όχι μόνο να αποκτηθεί εμπειρία και δεξιότητα σε διαφορετικές τεχνικές και εργαλεία συρραφής αλλά και να βιώσουν οι οδοντίατροι τη μεταφορά όλης της θεωρητικής γνώσης απευθείας στην κλινική προσομοίωση. Ταυτόχρονα, δόθηκε η δυνατότητα να τεθούν και να απαντηθούν πολυάριθμες ερωτήσεις επί διαφόρων ενδιαφερόντων κλινικών προβληματισμών, γεγονός το οποίο οδήγησε τελικά σε μία αίσθηση πληρότητας και ικανοποίησης διδασκόντων και διδασκομένων, εφόσον κατά γενική ομολογία το σεμινάριο καθώς και η πρακτική εκπαίδευση στη συρραφή των περιοδοντικών ιστών πέτυχε απολύτως το σκοπό για τον οποίο είχε σχεδιαστεί.

Η Εταιρεία Οδοντοστοματολογικής Ερεύνης επί 74 χρόνια συνεχούς επιστημονικής-εκπαιδευτικής δραστηριότητας διήλθε πολλές φορές από δύσκολες καταστάσεις που έβαλαν σε δοκιμασία όχι μόνο την ΕΟΕ αλλά και ολόκληρη την ελληνική κοινωνία. Πάντα όμως, στηριζόμενη στο όραμα και στο μεράκι των Εταίρων της στεκόταν όρθια και δραστήρια παρά τις όποιες αντιξοότητες.

Σήμερα, καλούμαστε όλοι να στηρίξουμε την πατρίδα, τα οδοντιατρεία μας, τους συνανθρώπους μας και η ΕΟΕ επιπλέον να μείνει πιστή στη συνεχή επιμόρφωση των οδοντιάτρων σε σύγχρονα επιστημονικά θέματα και στην έκδοση της Οδοντοστοματολογικής Προόδου, το 1ο τεύχος (για το 2020) της οποίας βρίσκεται ήδη ανά χείρας των συνδρομητών, παρά τις δυσκολίες που επέφερε η πανελλήνια καραντίνα.

Τα σεμινάρια τα οποία ακολουθούν αφορούν:

1) **Περιεμφυτευματίτιδα «η νόσος των εμφυτευμάτων». Διάγνωση, Πρόληψη, Αντιμετώπιση. Θεωρητικό και πρακτικό σεμινάριο, στις 27 Ιουνίου 2020 (Σάββατο)**

2) **Θεωρητικό και πρακτικό σεμινάριο για την αποτελεσματική θεραπεία περιοδοντικών ιστών για τον γενικό οδοντίατρο στις 10-11 Ιουλίου 2020 (Παρασκευή και Σάββατο)**

Οφείλουμε να ενημερώσουμε ότι για τα σεμινάρια αυτά, υπάρχει ήδη σημαντική εκδήλωση ενδιαφέροντος από συναδέλφους και λόγω τους περιορισμένου αριθμού συμμετεχόντων που οι νέοι κανόνες επιβάλλουν, θα τηρηθεί αυστηρά σειρά προτεραιότητας.

Μένουμε ασφαλείς και παραμένουμε οδοντίατροι!

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

Πεμφιγοειδές των Βλεννογόνων: Πολυσυστηματική νόσος που προσβάλλει συχνά το στόμα

Το πεμφιγοειδές των βλεννογόνων ταξινομείται σε μια μεγάλη ομάδα δερματοβλεννογόνιων νόσων που χαρακτηρίζεται από τη δημιουργία υποεπιθηλιακής πομφόλυγας και παρουσία αντισωμάτων που στρέφονται εναντίον πρωτεϊνικών στόχων (αντιγόνων) της βασικής μεμβράνης του επιθηλίου και των ημιδεσμοσωματίων των κυττάρων της βασικής στιβάδας. Πρόσφατα δεδομένα στηριζόμενα στη μοριακή βιολογία, ενισχύουν την κλινική παρατήρηση ότι υπάρχουν πολλές ποικιλίες (ανοσολογική ετερογένεια) πεμφιγοειδούς των βλεννογόνων με ιδιαιτερότητα στην κλινική έκφραση (φαινότυπο) της νόσου.

Το πεμφιγοειδές των βλεννογόνων ενδιαφέρει κατ'εξοχήν το Στοματολόγο και τον Οδοντίατρο αφού προσβάλλει πάνω από το 95% το βλεννογόνο του στόματος. Επιπλέον, συχνά προσβάλλει τα ούλα δημιουργώντας την κλινική εικόνα της αποφλοιωτικής ουλίτιδας. Η προσβολή εξάλλου και άλλων βλεννογόνων απαιτεί τη συνεργασία με τον Οφθαλμίατρο, τον Ωτορινολαρυγγολόγο και το Δερματολόγο. Τέλος, η θεραπευτική προσέγγιση της νόσου πέραν της συστηματικής θεραπείας, που είναι έργο του Στοματολόγου, απαιτεί και τοπική αγωγή για τήρηση υψηλής στάθμης στοματικής υγιεινής που είναι έργο του Περιοδοντολόγου και του γενικού Οδοντιάτρου.

Το πεμφιγοειδές των βλεννογόνων ή ουλωτικό πεμφιγοειδές είναι χρόνια αυτοάνοση νόσος με σχηματισμό υποεπιθηλιακής πομφόλυγας και χαρακτηρίζεται κυρίως από προσβολή των βλεννογόνων και τάση να δημιουργεί ουλώδη ατροφία στις θέσεις προσβολής. Η νόσος δεν θεωρείται ως μοναδική κλινική οντότητα αλλά ως κλινικός φαινότυπος με σημαντική κλινική ετερογένεια και αντιγονική αντιστοιχία. Ετσι σήμερα αναγνωρίζονται 6 ποικιλίες της νόσου ανάλογα με την κλινική έκφραση και τον αντιγονικό στόχο ***(Πίνακας Ι)***. Ο Γάλλος Δερματολόγος Civatte (1949) και ο Αμερικανός Δερματολόγος-Ιστοπαθολόγος δέρματος Lever (1953) είναι εκείνοι που ξεχώρισαν αρχικά τη νόσο από άλλα χρόνια πομφολυγώδη νοσήματα. Περαιτέρω πρόοδος στη μελέτη της νόσου επετεύχθη με την τεχνική του ανοσοφθορισμού (Beutner 1964), ενώ σημαντική ήταν και η δική μας συμβολή με ανοσολογικές μελέτες του βλεννογόνου του στόματος που έγιναν στο Ανοσολογικό Τμήμα του Νοσοκομείου «Α.Συγγρός» και δημοσιεύθηκαν σε διεθνή περιοδικά (J Oral Pathol 1981, 10:398, Oral Surg Oral Med Oral Pathol 1981, 51:48 και 1982, 54:656). Τέλος, πολύ πρόσφατα, μελέτες με μοριακές τεχνικές συνέτειναν στην παγίωση της αντιγονικής ετερογένειας και την αντίστοιχη κλινική έκφραση των διαφόρων ποικιλιών της νόσου.

Η επιδημιολογία του πεμφιγοειδούς των βλεννογόνων δεν έχει πλήρως μελετηθεί. Υπολογίζεται όμως ότι είναι 3-5 φορές πιο συχνό από την πέμφιγα και καταγράφονται 4-8 νέες περιπτώσεις ανά 100.000 κατοίκους το χρόνο. Προσβάλλει πιο συχνά γυναίκες παρά άνδρες, σχέση 1,5-2:1 με μέση ηλικία έναρξης τα 66 χρόνια, δηλ. 10 χρόνια αργότερα από την πέμφιγα. Πολύ σπάνια η νόσος προσβάλλει παιδιά με μόνη εντόπιση στο στόμα. Κλινικά έχουμε βλάβες στο βλεννογόνο του στόματος σε ποσοστό πάνω από 95% και ακολουθούν σε χαμηλότερη συχνότητα οι επιπεφυκότες και οι βλεννογόνοι της μύτης, του φάρυγγα, του λάρυγγα, του οισοφάγου, των γεννητικών οργάνων και του πρωκτού ενώ η προσβολή του δέρματος είναι σπάνια (5-10%). Υπό το φως των τελευταίων ανοσολογικών ευρημάτων με την απομόνωση συγκεκριμένων αντιγόνων στην περιοχή της βασικής μεμβράνης του επιθηλίου και των ημιδεσμοσωματίων των κυττάρων της βασικής στιβάδος (αντιγονική ετερογένεια) ερμηνεύεται και η κλινική ετερογένεια της νόσου με τις ποικίλες κλινικές προτιμήσεις και εκφάνσεις. Ετσι έχουν καταγραφεί τουλάχιστον 6 ποικιλίες πεμφιγοειδούς των βλεννογόνων, πιθανά και 7η, που είναι συγκεντρωμένες στον πίνακα Ι. Ιδιαίτερο ενδιαφέρον παρουσιάζει η ποικιλία 2, που συνδέεται με αντιγονικό στόχο την **λαμινίνη 5**, αφού έχουν καταγραφεί περιπτώσεις που

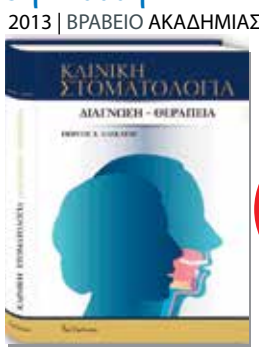
Πίνακας Ι
Πεμφιγοειδές βλεννογόνων. Κλινικές ποικιλίες (φαινότυπος) και ανοσολογικές αντιστοιχίες (ετερογένεια)

Κλινικός φαινότυπος	Κλινική έκφραση	Κύρια αντιγόνα	Αντισώματα IgG, C3		Ανάδραση προς BP αντιγόνο
			Καθηλωμένα	Κυκλοφορούντα	
Πεμφιγοειδές στόματος*	Μόνο στόμα	λαμινίνη 5 & 6, α6 ιντεργρίνη, BP1, BP2, 168 Da	Ναι	Σπάνια	Όχι
Πεμφιγοειδές με λαμινίνη 5	Βλεννογόνους & σπάνια δέρμα	λαμινίνη 5	Ναι	Ναι	Σπάνια
Πεμφιγοειδές με BP αντιγόνο	Στόμα και δέρμα με ή χωρίς άλλους βλεννογόνους	BP1, BP2, λαμινίνη 5, β4 ιντεργρίνη	Ναι	Ναι	Ναι
Πεμφιγοειδές οφθαλμού	Οφθαλμός με ή χωρίς στόμα	λαμινίνη 5, 205 kDa (β4 ιντεργρίνη)	Σπάνια	Σπάνια	Όχι
Πεμφιγοειδές, πέμπτη ποικιλία	Αυτοαντισώματα έναντι περισσότερων από 1 αντιγόνα ← Υπό μελέτη →				
Πεμφιγοειδές με αντι-p200 αντισώματα	Αυτοαντισώματα έναντι 200 kDa αντιγόνου ← Υπό μελέτη →				

*Από κλινικές παρατηρήσεις μας, φαίνεται να υπάρχει μια ακόμη κλινική υποποικιλία της νόσου που εντοπίζεται αποκλειστικά **μόνο στα ούλα**. Η μελλοντική έρευνα πρέπει να στραφεί στον εντοπισμό ειδικών αντιγονικών στοιχων σε αυτή την κλινική έκφραση της νόσου.

Τελευταίες Εκδόσεις Βιβλίων Γιώργου Λάσκαρη

3η Έκδοση
2013 | ΒΡΑΒΕΙΟ ΑΚΑΔΗΜΙΑΣ ΑΘΗΝΩΝ

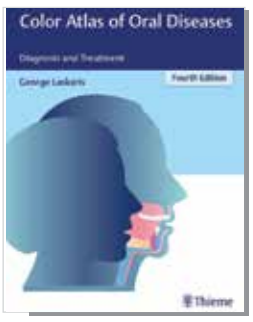


€100
Εκδόσεις ΛΙΤΣΑΣ
ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΓΛΩΣΣΑ

Κλινική Στοματολογία /Διάγνωση-Θεραπεία

2013 «... Χωρίς κανένα δισταγμό το πλέον έγκυρο βιβλίο αναφοράς στο είδος του στο χώρο της Στοματολογίας και της Δερματολογίας. Διεκδικεί τα πρωτεία στον παγκόσμιο χάρτη της Στοματολογίας.»
Ρηγόπουλος Δημήτριος,
Καθηγητής Δερματολογίας Παν. Αθηνών

4th Edition 2017

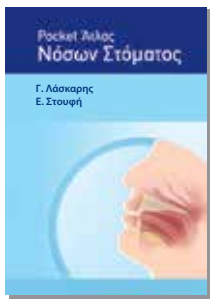


€180
Εκδόσεις Thieme
ΑΓΓΛΙΚΗ ΓΛΩΣΣΑ

Color Atlas of Oral Diseases

2017 «. . . Απίστευτο έργο. Ανεπιφύλακτα το χαρακτηρίζω ως τη "Βίβλο" της Στοματολογίας».
Prof. Isaäc van der Waal *,*
Καθηγητής Παθολογίας Στόματος και Χειρουργικής, Παν. Amsterdam, Ολλανδία

1η Έκδοση 2019

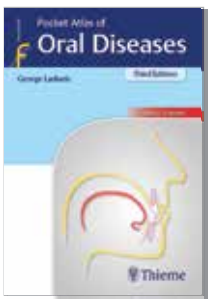


€45
Εκδόσεις ΛΙΤΣΑΣ
ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΓΛΩΣΣΑ

Pocket Άτλας Νόσων Στόματος

2019. «. . . Μια από τις καλύτερες και εξαιρετικά χρήσιμες εκδόσεις "Ιατρικού Βιβλίου τα τελευταία χρόνια στη χώρα μας....».
Γιαμαρέλλου Ε.,
Καθηγήτρια Παθολογίας Παν. Αθηνών

3rd Edition 2020



€50
Εκδόσεις Thieme
ΑΓΓΛΙΚΗ ΓΛΩΣΣΑ

Pocket Atlas of Oral Diseases

2020. «. . . Διεθνές Best Seller μεταφρασμένο σε 7 ακόμη γλώσσες.....».
Thieme Verlag

ΔΙΑΘΕΣΗ: ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΙΚΟ ΒΗΜΑ • Σκουφά 64 • Αθήνα • τ. **210 3814939** • email: odvima@otenet.gr

Εικ. 1: Πεμφιγοειδές των βλεννογόνων, αιμορραγική πομφόλυγα στα ούλα και αποφλοιωτική ουλίτις.

Εικ. 2: Πεμφιγοειδές των βλεννογόνων, αποκόλληση του επιθηλίου σε έδαφος αποφλοιωτικής ουλίτιδας μετά από μηχανική τριβή.

Εικ. 3: Πεμφιγοειδές των βλεννογόνων, συμβλέφαρο, συνέχειες και έναρξη θολερότητας του κερατοειδή χιτώνα.

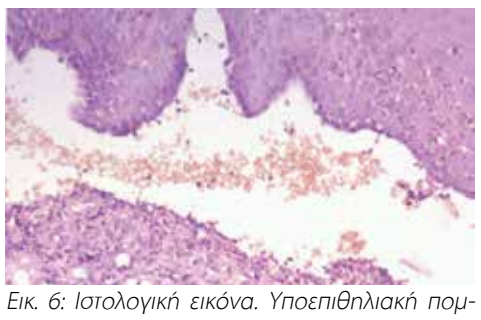
Εικ. 4: Πεμφιγοειδές των βλεννογόνων, ουλώδης ατροφία στα μεγάλα χείλη του αιδοίου.

Εικ. 5: Πεμφιγοειδές των βλεννογόνων, εντοπισμένη ουλώδης ατροφία στο δέρμα του μετώπου.

αναπτύσσονται σε έδαφος νεοπλασίας **(παρανεοπλασματική νόσος)**.

Κλινικά στο στόμα εμφανίζονται πομφόλυγες που γρήγορα σπάζουν αφήνοντας ακανόνιστες επώδυνες ελκώσεις ***(Εικ. 1)***. Πιο συχνά προσβάλλονται η παρειά, η υπερώα και ο φατνιακός βλεννογόνος, ενώ συχνή (πάνω από 60%) είναι η προσβολή των ούλων με την χαρακτηριστική εικόνα της **αποφλοιωτικής ουλίτιδας *(Εικ. 2)***. **Μερικές φορές μάλιστα η προσβολή των ούλων είναι η μοναδική εντόπιση της νόσου.** Στο μάτι το φάσμα των κλινικών βλαβών περιλαμβάνει, επιπεφυκίτιδα, συνβλέφαρο, συνέχειες, εντρόπιο, τριχίαση, ξηρότητα και ελκώσεις στον κερατοειδή που μπορεί να οδηγήσουν σε τύφλωση ***(Εικ. 3)***. Συχνή εξάλλου είναι η προσβολή και άλλων βλεννογόνων όπως των γεννητικών οργάνων ***(Εικ. 4)***, του λάρυγγα, φάρυγγα και οισοφάγου, που μπορεί να οδηγήσει σε στένωση και αδυναμία κατάποσης. Η προσβολή του δέρματος είναι σπάνια και εντοπίζεται κυρίως στην περιοχή της κεφαλής ***(Εικ. 5).***

Η κλινική διαφορική διάγνωση των βλαβών του στόματος περιλαμβάνει σημαντική ομάδα νόσων που βρίσκονται ταξινομημένες στον ***πίνακα ΙΙ.*** Η κλινική διάγνωση πρέπει να τεκμηριωθεί με διενέργεια βιοψίας και ιστολογική και ανοσολογική εξέταση. Ιστολογικά παρατηρείται υποεπιθηλιακή αποκόλληση και σχηματισμό πομφόλυγας και χρόνια φλεγμονή ***(Εικ. 6)***. Με τον άμεσο ανοσοφθορισμό παρατηρείται γραμμοειδής καθήλωση αντισωμάτων IgG και C3 στην περιοχή της βασικής μεμβράνης ***(Εικ. 7)***. Ενώ ο έμμεσος ανοσοφθορισμός για ελεύθερα κυκλοφορούνται αντισώματα στο αίμα είναι θετικός μόνο σε ποσοστό 20-30% και πάντα σε χαμηλούς τίτλους. Η θεραπεία της νόσου στηρίζεται κυρίως σε 2 παραμέτρους: **πρώτον, στην εντόπιση της νόσου** (στόμα, οφθαλμοί, άλλοι βλεννογόνοι, δέρμα) και **δεύτερον, στη δραστηριότητα και έκταση των βλαβών.** Τα κορτικοστεροειδή σε συστηματική χορήγηση, δοσολογία 30-60 mg την ημέρα, είναι το φάρμακο πρώτης επιλογής. Σε επίμονες μορφές μπορεί βοηθητικά να χρησιμοποιηθούν και άλλα ανοσοκατασταλτικά φάρμακα, η σουλφαπυριδίνη, η δαψόνη, οι τετρακυκλίνες, η θαλιδομίδη κ.α. Τοπική θεραπεία ενδείκνυται σε ήπιες μορφές που μερικές φορές είναι αρκετή για τον έλεγχο της νόσου. **Είναι σημαντικό, σε περιπτώσεις προσβολής πολλών βλεννογόνων και δέρματος, να υπάρξει συνεργασία του Στοματολόγου, με τον Οφθαλμίατρο, τον Ωτορινολαρυγγολόγο και το Δερματολόγο ιατρό. Τέλος, καθοριστικός είναι ο ρόλος του Περιοδοντολόγου και Οδοντίατρου, σε περιπτώσεις προσβολής των ούλων (αποφλοιωτική ουλίτις), με τη διατήρηση υψηλού επιπέδου στοματικής υγιεινής και ορθής ψήκτρησης των δοντιών με πολύ μαλακή οδοντόβουρτσα, ώστε να αποφεύγεται ο μηχανικός τραυματισμός των ούλων που αποτελεί λόγο έξαρσης της νόσου.**


Εικ. 6: Ιστολογική εικόνα. Υποεπιθηλιακή πομφόλυξ.

Εικ. 7: Άμεσος ανοσοφθορισμός. Εναπόθεση IgG, με τη μορφή συνεχούς πράσινης γραμμής κατά μήκος της βασικής μεμβράνης του επιθηλίου.

Πίνακας ΙΙ
Κλινική διαφορική διάγνωση Πεμφιγοειδούς Βλεννογόνων

- Πομφολυγώδες πεμφιγοειδές
- Νόσος με γραμμική IgA καθήλωση
- Πεμφιγοειδές εγκυμοσύνης
- Επίκτητη πομφολυγώδης επιδερμόλυση
- Ερπητοειδής δερματίτις
- Πέμφιγα
- Χρόνια ελκωτική στοματίτις
- Πομφολυγώδης αιμορραγική κυνάγχη
- Ομαλός λειχήνας (διαβρωτική και πομφολυγώδης μορφή)
- Ερυθηματώδης λύκος

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ
1. Ragot JP, Monti T, Macciocchi A.: Controlled clinical investigation of acute analgesic activity of nimesulide in pain after oral surgery. Drugs. 1993;46 Suppl 1:162-7.
2. Περίληψη Χαρακτηριστικών του Προϊόντος
3. Galyna Maleeva, Franck Peiretti, Boris S. Zhorov and Piotr Bregestovski.: Voltage-Dependent Inhibition of Glycine Receptor Channels by Niflumic Acid. Niflumic Acid. Front. Mol. Neurosci. 10:125.

BAUSCH Health #4 ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ ΕΥΧΑΡΙΣΤΟΥΜΕ ΤΟΥΣ ΑΝΘΡΩΠΟΥΣ ΜΑΣ!
Great Place To Work. Best Workplaces™ HELLAS 2019
Improving people's lives through our healthcare products
Λ. Πεντέλης 53, 152 35 Βριλήσσια, Τηλ.: 210 81 08 460
www.bauschhealth.gr | www.bausch.gr
NIF-GR-200200

Focus on Implantology
www.iti.org

ITI International Team for Implantology

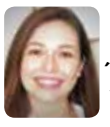
Εμφυτευματικές Ακίνητες Αποκαταστάσεις Ολικής Νωδότητας

Εύα Ζερβού*

Καλλιόπη Κωνσταντοπούλου*

Δημόκριτος Παπαλεξόπουλος*

Άσπα Παχιού*

Άννα Στριγκόνη*

Έλενα Υψηλάντη*

Νικήτας Σ. Συκαράς**

*Χειρουργός Οδοντίατρος - ΜΤΠΧ Φοιτ. Προσθετικής ΕΚΠΑ, **Επίκουρος Καθηγητής Προσθετολογίας ΕΚΠΑ, ITI Fellow and Registered Speaker

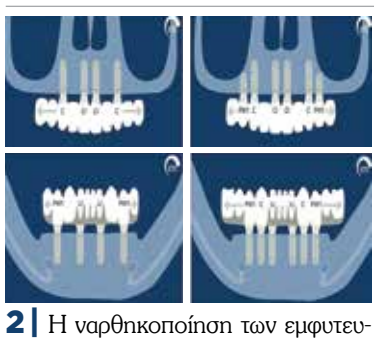
Η αποκατάσταση της ολικά νωδής γνάθου αποτελούσε πάντα πρόκληση για τον κλινικό οδοντίατρο, ο οποίος καλείται μέσα από μία καλά δομημένη διαγνωστική πορεία να καταλήξει στην εξατομικευμένα βέλτιστη προσθετική επιλογή. Ο συγκερασμός των στοιχείων του ιστορικού, τόσο του ιατρικού όσο και του οδοντιατρικού, με τις απαιτήσεις και το κοινωνικό υπόβαθρο του εκάστοτε ασθενούς θεωρείται απαραίτητη διαδικασία.

Οι προσθετικές μας επιλογές χωρίζονται πρωταρχικά σε ακίνητες και κινητές αποκαταστάσεις με ποικιλότητα επιλογών σε ό,τι αφορά στις ενδείξεις και τα χαρακτηριστικά της πρόσθεσης. Ασφαλώς, η προσομοίωση στη φυσική οδοντοφυΐα και η σταθερότητα που προσφέρουν οι ακίνητες αποκαταστάσεις τις καθιστούν την πρώτη επιλογή τόσο των κλινικών όσο και των ασθενών, εφόσον φυσικά πληρούνται οι προϋποθέσεις γενικής υγείας, ανατομίας της περιοχής και συνθηκών του στοματογναθικού συστήματος και δεν υπάρχει ανάγκη υποστήριξης των μαλακών μορίων μέσω πτερυγίων.

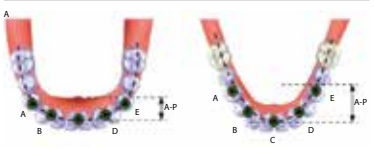
Ακόμη και αν επιλεγεί η ακίνητη αποκατάσταση, μια σειρά από ερωτήματα προκύπτουν σχετικά με τα χαρακτηριστικά τα οποία αυτή θα έχει. Η απάντηση στα ερωτήματα αυτά θα καθορίσει σε σημαντικό βαθμό το σχεδιασμό ο οποίος πρέπει να προηγείται κάθε επεμβατικής μεθόδου, ενώ η εκάστοτε επιλογή μας θα επηρεάσει και τη μακροχρόνια συμπεριφορά της πρόσθεσης σε επίπεδο τεχνικών και βιολογικών επιπλοκών, τη δυνατότητα για επισκεψιμότητα και τη συχνότητα των απαιτούμενων παρεμβάσεων.

Στο σημερινό άρθρο επιχειρείται η παράθεση των επιλογών που διαθέτει ο κλινικός στις παραμέτρους που χαρακτηρίζουν μια ακίνητη διατοξική εμφυτευματική αποκατάσταση, καθώς και των ιδιαίτερων χαρακτηριστικών που παρουσιάζει καθεμία από αυτές.

1 | Η ναρθηκοποίηση βρίσκει ιδιαίτερη εφαρμογή σε περιπτώσεις εμφυτευμάτων τα οποία δεν έχουν ιδανικό αριθμό, διασπορά και διαστάσεις προκειμένου να στηρίξουν μία ακίνητη αποκατάσταση. Ωστόσο, η επιλογή αυτή δεν αναιρεί τη σημασία του σωστού προεγχειρητικού σχεδιασμού για την τοποθέτηση των εμφυτευμάτων στις ενδεδειγμένες θέσεις. Η ναρθηκοποίηση με ακίνητη αποκατάσταση ολικού τόξου προσφέρει αμφίπλευρη σταθεροποίηση και περιορίζει τις τάσεις των καταστροφικών για τα εμφυτεύματα πλάγιων φορτίσεων. Σε ενδεχόμενη αποτυχία κάποιου εμφυτεύματος η αποκατάσταση μπορεί να εξακολουθήσει να είναι λειτουργική (επιβίωση).



2 | Η ναρθηκοποίηση των εμφυτευμάτων επιτρέπει την παρουσία προβόλων υπό προϋποθέσεις σχετιζόμενες με την υπακοή των διαστάσεων του σκελετού στο νόμο των δοκών, την προσθιοπίσθια διασπορά των εμφυτευμάτων, το υλικό της πρόσθεσης και τον ανταγωνιστή φραγμό.



3 | Το μήκος των προβόλων δε θα πρέπει να ξεπερνά κατά 1,5 φορές την απόσταση της προσθιοπίσθιας διασποράς των εμφυτευμάτων λαμβάνοντας υπ' όψιν και το σχήμα του τόξου. Στον τετράγωνο τύπο, η προσθιοπίσθια διασπορά των εμφυτευμάτων είναι συνήθως μικρότερη, συνεπώς περιορίζει το μήκος των προβόλων, ενώ τριγωνικό σχήμα τόξου μπορεί να επιτρέπει το μεγαλύτερο μήκος.

4 | Οι τμηματικές γέφυρες αποτελούν πιο απλές προσθέσεις εμφανίζοντας πλεονεκτήματα τα οποία σχετίζονται με τον τρόπο κατασκευής και την εφαρμογή τους. Προσφέρουν, επίσης, τη δυνατότητα τμηματικής εφαρμογής υλικών και τεχνικών κατασκευής, χρησιμοποιώντας μονολιθικά υλικά στις οπίσθιες περιοχές και περισσότερο αισθητικά υλικά στις πρόσθιες.

5 | Οι κλασσικές ακίνητες εμφυτευματικές αποκαταστάσεις έχουν μόνο λευκή αισθητική και προσομοιάζουν με τις κλασσικές γέφυρες οδοντικής στήριξης. Εφαρμόζονται όταν υπάρχει επάρκεια μαλακών και σκληρών ιστών. Ιδιαίτερη σημασία έχει η δυναμική διαμόρφωση των μαλακών ιστών για την τελική ενσωμάτωση της πρόσθεσης και το άριστο αισθητικό αποτέλεσμα.

6 | Η διαμόρφωση αυτή επιτυγχάνεται με την τοποθέτηση μίας μεταβατικής αποκατάστασης και τη δυναμική τροποποίηση του υλικού κάθε 1-2 εβδομάδες για την σταδιακή ωρίμανση της ιστικής επιφάνειας των γεφυρωμάτων. Κάθε φορά που γίνεται προσθήκη, παρατηρείται λεύκανση των ιστών λόγω πίεσης, η οποία όμως σύντομα παρέρχεται. Το χρονικό διάστημα που απαιτείται για τη διαμόρφωση του προφίλ ανάδυσης διαφέρει ανά περίπτωση και ποικίλλει από 1-2 έως και 6 μήνες.

7 | Η προσθήκη poz αισθητικής εντοπισμένα σε ορισμένα σημεία για την επίτευξη του ιδανικότερου αισθητικού αποτελέσματος μετατρέπει την κλασική ακίνητη σε τροποποιημένη. Εάν το χαμόγελο του ασθενούς το επιτρέπει και οι οδοντικές αναλογίες διαμορφώνονται εντός αποδεκτών αποκλίσεων, ενδεχομένως αισθητικά να υπερτερεί η παρουσία αποκλειστικά λευκής αισθητικής από το συνδυασμό λευκής με λεπτή poz αισθητική.

8 | Τα υλικά για την απόδοση της poz αισθητικής μπορεί να είναι κεραμικά ή ρητινώδη ή συνδυασμός αυτών. Σε προσθέσεις με μεταλλικό σκελετό, έχει προταθεί η τοποθέτηση poz σύνθετης ρητίνης σε απόχρωση ανάλογη της αντίστοιχης των ούλων του ασθενούς στο αυχενικό άκρο του σκελετού κατά το στάδιο της δοκιμής, η οποία θα αποτελέσει για τον οδοντικό τεχνολόγο έναν εξατομικευμένο οδηγό απόχρωσης κατά το χτίσιμο της poz πορσελάνης.

9 | Όταν υπάρχει απώλεια σκληρών και μαλακών ιστών, ενδείκνυται η υβριδική αποκατάσταση η οποία συνδυάζει την λευκή με την poz αισθητική. Μεγάλη απορρόφηση οστού συνεπάγεται τοποθέτηση εμφυτευμάτων με μειωμένο μήκος και μεγάλη αναλογία πρόσθεσης-στηρίγματος με συνέπεια να προκαλούνται μεγάλοι μοχλοβραχίονες οι οποίοι μπορούν να οδηγήσουν σε αυξημένη συσσώρευση τάσεων στο σημείο συγκράτησης και σε καταπόνηση του υλικού της πρόσθεσης.

10 | Ένα από τα μειονεκτήματα των υβριδικών αποκαταστάσεων είναι η ενδεχόμενη δυσχέρεια στην εφαρμογή στοματικής υγιεινής. Για το λόγο αυτό είναι ιδιαίτερης σημασίας η απόδοση της κατάλληλης κυρτότητας στην ιστική επιφάνεια της πρόσθεσης, ώστε η εφαρμογή στοματικής υγιεινής να καθίσταται κατά το δυνατόν ευνοϊκή. Η σχεδίαση αυτή ασκεί ελαφρά πίεση στους μαλακούς ιστούς και εμποδίζει την κατακράτηση πλάκας κάτω από την πρόσθεση. Αντιθέτως, μία κοίλη διαμόρφωση της ιστικής επιφάνειας ευνοεί τη συσσώρευση εναποθέσεων.

11 | Η κοχλιούμενη αποκατάσταση παρέχει το πλεονέκτημα της επισκεψιμότητας και δεν ενέχει τον κίνδυνο της τυχαίας απόσπασης. Ως μειονεκτήματα αναφέρονται η δυσκολότερη απόδοση παθητικής εφαρμογής, η πολυπλοκότητα της διαδικασίας κατασκευής και τα μεγαλύτερα ποσοστά τεχνικών επιπλοκών.

12 | Οι συγκολλούμενες αποκαταστάσεις εμφανίζουν λιγότερες τεχνικές επιπλοκές. Στα μειονεκτήματα των συγκολλούμενων αποκαταστάσεων συγκαταλέγονται η περίσσεια κονίας στους ιστούς με αποτέλεσμα τα μεγαλύτερα ποσοστά βιολογικών επιπλοκών και η δυσκολία στην επισκεψιμότητα.

13 | Ανάλογα με την κωνικότητα, το ύψος των κολοβωμάτων και τον αριθμό τους, η αρχική συγκράτηση μπορεί να ελεγχθεί με μία προσωρινή κονία και, εφόσον συμβαίνει συχνή αποκόλληση της αποκατάστασης, σταδιακά η συγκόλληση να γίνει με μία ισχυρότερη κονία.

14 | Οι αποκαταστάσεις με απευθείας σύνδεση με τα εμφυτεύματα πλεονεκτούν ως προς τις μικρότερες απαιτήσεις προσθετικού χώρου. Η επίτευξη παθητικής έδρασης αποτελεί δυσκολία σε περιπτώσεις μη παραλληλότητας των εμφυτευμάτων και σε περιπτώσεις ανακρίβειας στην αποτύπωση, έχοντας ως συνέπεια τη συσσώρευση τάσεων στα εμφυτεύματα. Στις αποκαταστάσεις αυτές με συγκράτηση 1 βίδας, είναι ιδιαίτερα σημαντική η διασφάλιση της εργοστασιακής συναρμογής στον προσθετικό σύνδεσμο. Θα πρέπει να επιλέγονται εξαρτήματα τα οποία να εφαρμόζουν σωστά και με ακρίβεια μέσα στο εμφύτευμα δημιουργώντας ένα ισχυρό σύμπλοκο υπερκατασκευής-abutment-εμφυτεύματος.

15 | Σε περίπτωση ύπαρξης κλίσεων μεταξύ των εμφυτευμάτων είναι προτιμότερη η χρήση διαβλεννογόνιων στηριγμάτων (multi abutments) τα οποία θα διορθώσουν τις διαφορές στην κλίση μεταξύ των εμφυτευμάτων. Τα multi abutments ιδανικά τοποθετούνται μία φορά και είναι ευκολότερος ο έλεγχος της εφαρμογής της αποκατάστασης, ενώ δίνεται και η δυνατότητα γρηγορότερης ωρίμανσης των μαλακών ιστών περιμετρικά.

16 | Με τη χρήση των abutments, η εσωτερική σύνδεση γίνεται εξωτερική με παράλληλη μετατόπιση της προσθετικής πλατφόρμας μυλικότερα. Στη σύνδεση σε επίπεδο abutment, τα προβλήματα στην εφαρμογή εκδηλώνονται στη διεπιφάνεια abutment-πρόσθεσης. Το είδος κράματος και ενδεχόμενα φαινόμενα διάβρωσης ή διμεταλλισμού, αλλά και ατέλειες εφαρμογής της πρόσθεσης δε βρίσκονται κοντά στην ευαίσθητη περιοχή του αυχένα του εμφυτεύματος.

17 | Μία μεταλλοκεραμική αποκατάσταση αποτελεί επιλογή η οποία προσφέρει μακροχρόνια σταθερότητα και δυνατότητα επιδιόρθωσης. Αποτελούν μέχρι και σήμερα το χρυσό κανόνα των εμφυτευματικών ακίνητων γεφυρών και εμφανίζουν πολύ υψηλό ποσοστό επιβίωσης, το οποίο στην πενταετία φτάνει στο 98,7%.

18 | Ο μεταλλικός σκελετός πέραν της συμβατικής τεχνικής του χυτηρίου, μπορεί να κατασκευαστεί και με τεχνολογία CAD/CAM (milling ή laser sintering). Υπάρχει η δυνατότητα κατασκευής του σκελετού με κοπή (milling) ο οποίος στη συνέχεια θα συγκολληθεί στα Ti-base abutments, καθώς και η δυνατότητα να κοπεί ο σκελετός μαζί με τα τμήματα που εφαρμόζουν στα εμφυτεύματα, με αποτέλεσμα την αποφυγή δημιουργίας διεπιφάνειας συγκόλλησης.

19 | Οι περιορισμοί της ακρίβειας στην κοπή είναι ανάλογοι των διαστάσεων των φρεζών των μηχανών κοπής. Όσον αφορά στην επίδραση της τεχνικής κατασκευής στην εφαρμογή του σκελετού υπάρχουν κενά στη βιβλιογραφία. Είναι αντικρουόμενα τα αποτελέσματα των μελετών σχετικά με τις διαφορές στην οριακή και εσωτερική εφαρμογή μεταξύ των μεταλλικών σκελετών κατασκευασμένων με τη συμβατική τεχνική και των αντίστοιχων με τεχνολογία CAD/CAM.

20 | Οι μεταλλοακρυλικές αποκαταστάσεις αποτελούν έναν ευρέως χρησιμοποιούμενο, εύκολα επιδιορθώσιμο και σχετικά οικονομικό τύπο ακίνητης εμφυτευματικής αποκατάστασης ολικής νωδότητας. Η μηχανική συγκράτηση της ακρυλικής ρητίνης στο μεταλλικό σκελετό είναι καθοριστικής σημασίας για την αποφυγή αποκολλήσεων. Ο σκελετός απαιτεί προσεκτική σχεδίαση και διαμορφώνεται σε δεύτερο χρόνο ύστερα από το στάδιο της σύνταξης των δοντιών αφήνοντας τους κατάλληλους χώρους προκειμένου να ενσωματωθεί και να υποστηριχθεί σωστά το αισθητικό υλικό.

21 | Με τις μεταλλοακρυλικές προσθέσεις είναι δυνατή η κατασκευή προβόλων με μεγαλύτερο μήκος, λόγω του χαμηλότερου μέτρου ελαστικότητας συγκριτικά με τις κεραμικές αποκαταστάσεις οι οποίες εμφανίζουν ψαθυρότητα.

22 | Η διαμόρφωση του σκελετού στις μεταλλορητινώδεις αποκαταστάσεις προσομοιάζει περισσότερο της αντίστοιχης των σκελετών των μεταλλοκεραμικών αποκαταστάσεων. Η ανάπτυξη τεχνικών συγκόλλησης της σύνθετης ρητίνης με το μεταλλικό σκελετό και η προεργασία του σκελετού με χημικούς παράγοντες μετατρέπει τη μικρομηχανική συγκράτηση σε χημική. Για παράδειγμα, το σιλάνιο περιέχει 2 ενεργές ομάδες, η μία εκ των οποίων αντιδρά με τις μεθακρυλικές ομάδες των ρητινών. Ωστόσο, η αντοχή του δεσμού μεταξύ μετάλλου-σύνθετης ρητίνης είναι μικρότερη από την αντίστοιχη του μεταλλοκεραμικού δεσμού και κυμαίνεται περίπου από 19 έως 38 MPa σύμφωνα με in vitro μελέτες.

23 | Οι μεταλλορητινώδεις αποκαταστάσεις προσφέρουν ικανοποιητικότερη αισθητική συγκριτικά με τις μεταλλοακρυλικές. Υπάρχει η δυνατότητα εξατομίκευσης της μορφολογίας και της χρωματικής απόδοσης του κάθε δοντιού και, επομένως, βελτιώνεται η αισθητική απόδοση της εργασίας, ενώ είναι εύκολη και η επιδιόρθωσή της.

24 | Οι αποκαταστάσεις με σκελετό ζιρκονίας και επικάλυψη πορσελάνης διευκολύνουν τους κλινικούς χειρισμούς όσον αφορά στο στάδιο των καταγραφών και στη ρύθμιση της σύγκλεισης. Ένα μειονέκτημα συγκριτικά με το μεταλλικό σκελετό είναι η αδυναμία επιδιόρθωσης και η εκ νέου κατασκευή του σε περίπτωση διαπίστωσης σφάλματος κατά τη δοκιμή. Εμφανίζουν χαμηλότερο ποσοστό πενταετούς επιβίωσης (93%), και μεγαλύτερη συχνότητα στην αποφλοίωση και στα κατάγματα της πορσελάνης συγκριτικά με τις μεταλλοκεραμικές προσθέσεις.

iti.org Discover the possibilities for yourself!

25 | Η ζιρκονία αποτελεί υλικό με υψηλή βιοσυμβατότητα, χαμηλή επιφανειακή προσκόλληση των βακτηρίων, αντοχή στην κάμψη και σκληρότητα. Οι μονολιθικές αποκαταστάσεις ζιρκονίας διαθέτουν εξαιρετικές μηχανικές ιδιότητες και αισθητική με αποτέλεσμα να μη χρήζουν υλικού επικάλυψης, αποφεύγοντας τον κίνδυνο αποφλοίωσης.

26 | Η δυσκολία στα στάδια κατασκευής, στη ρύθμιση της σύγκλεισης, η αδυναμία επιδιόρθωσης, οι τυχόν αποτριβές του ανταγωνιστή φραγμού καθώς και το αυξημένο κόστος είναι σημεία που χρήζουν αξιολόγησης. Ο ρόλος της μεταβατικής αποκατάστασης στις μονολιθικές αποκαταστάσεις είναι κεφαλαιώδους σημασίας για την αντιρρόπηση της αδυναμίας επιδιόρθωσης. Γίνεται διαμόρφωση της μεταβατικής εργασίας ως προς μορφολογία και ρύθμιση της σύγκλεισης, ώστε να μην απαιτούνται τροποποιήσεις. Στη συνέχεια, πραγματοποιείται η σάρωσή της με εργαστηριακό ή ενδοστοματικό scanner και ακολουθεί η κοπή της τελικής εργασίας.

27 | Υπάρχουν και κάποιοι ειδικοί τύποι αποκαταστάσεων με μεταλλικό σκελετό ή σκελετό ζιρκονίας, ο οποίος είναι κοχλιούμενος και επί αυτού συγκολλούνται μονήρεις στεφάνες. Πλεονεκτήματα αποτελούν η αισθητική κάλυψη της μη ευνοϊκής φοράς κοχλίωσης, η δυνατότητα της επισκεψιμότητας λόγω του κοχλιούμενου σκελετού, καθώς και η εύκολη επιδιόρθωση των τεχνικών επιπλοκών των μονήρων στεφανών.

28 | Το PEEK (πολυ-αιθερ-αιθερ-κετόνη) φαίνεται ένα πολλά υποσχόμενο υλικό. Εμφανίζει πληθώρα πλεονεκτημάτων μεταξύ των οποίων είναι η υψηλή αντοχή στα κατάγματα, το χαμηλό ειδικό βάρος, η βιοσυμβατότητα, η απουσία μετάλλου και το παρόμοιο με το οστούν μέτρο ελαστικότητας. Οι ιδιότητες αυτές το καθιστούν υλικό κατάλληλο για την κατασκευή σκελετών εμφυτευματικών αποκαταστάσεων, οι οποίοι προκύπτουν από κοπή (milling) δίσκων που διατίθενται σε αποχρώσεις που προσομοιάζουν τόσο στους σκληρούς, όσο και στους μαλακούς ιστούς.

29 | Ρητινώδεις αποκαταστάσεις με σκελετό από PEEK διαθέτουν πολύ καλές μηχανικές ιδιότητες με τασεοθραυστική δράση και μικρό βάρος. Σύμφωνα με in vitro μελέτες, η αντοχή δεσμού μεταξύ του σκελετού PEEK και διάφορων ρητινών επικάλυψης εξαρτάται από το είδος της ρητίνης και της προεργασίας του σκελετού και κυμαίνεται από 13-57 MPa. Η πολυπλοκότητα της χημικής σύνθεσης των διαφόρων συγκολλητικών παραγόντων, καθώς και πιθανοί συνδυασμοί τους, καθιστούν δύσκολες τις γενικές συστάσεις και την υιοθέτηση ενός συγκεκριμένου πρωτοκόλλου συγκόλλησης. Οι κατασκευαστές των επικαλυπτικών αυτών ρητινών θα πρέπει να παρέχουν λεπτομερείς οδηγίες, καθώς και να εστιάζουν σε υλικά των οποίων η χρήση έχει τεκμηριωθεί επιστημονικά.

Ταξινόμηση Εμφυτευματικών Ακίνητων Αποκαταστάσεων Ολικής Νωδότητας

1. Ναρθηκοποίηση	Ναρθηκοποιημένη ☐		Τμηματική ☐
2. Ροζ αισθητική	Κλασσική ☐	Τροποποιημένη ☐	Υβριδική ☐
3. Συγκράτηση	Κοχλιούμενη ☐		Συγκολλούμενη ☐
4. Επίπεδο σύνδεσης	Επίπεδο εμφυτεύματος ☐ Προκατασκευασμένο abutment ☐		Επίπεδο abutment ☐ Εξατομικευμένο abutment ☐
5. Υλικό κατασκευής	Μεταλλοκεραμική ☐ Μεταλλορητινώδης ☐ Ρητινώδης ☐		Μεταλλοακρυλική ☐ Ολοκεραμική ☐
6. Υλικό σκελετού Μέταλλο ☐ Ζιρκονία ☐ PEEK ☐	**7. Κατασκευή σκελετού** Χύτευση ☐ CAD-CAM-Milling ☐ CAD-CAM-Laser sintering ☐ Θερμοσυμπίεση ☐		**8. Υλικό επικάλυψης** Πορσελάνη ☐ Ζιρκονία ☐ Ακρυλική ρητίνη ☐ Σύνθετη ρητίνη ☐

30 | Ο παρών πίνακας περιλαμβάνει την ταξινόμηση των ακίνητων εμφυτευματικών αποκαταστάσεων ολικής νωδότητας και μπορεί να βοηθήσει τον κλινικό κατά τη διαμόρφωση του σχεδίου θεραπείας προσδιορίζοντας όλα τα επιμέρους τεχνικά και σχεδιαστικά χαρακτηριστικά της πρόσθεσης που πρόκειται να κατασκευαστεί, καθώς και στην αποτελεσματικότερη επικοινωνία με τον οδοντικό τεχνολόγο. *(Από κάθε κατηγορία 1-8 πρέπει να γίνει μια επιλογή).*

OSTEOGENICS BIOMEDICAL
CYTOPLAST Titanium-Reinforced Membranes

ΑΝΑΓΝΩΡΙΣΜΕΝΟΣ ΗΓΕΤΗΣ
στην Καθοδηγούμενη Οστική Αναγέννηση

Με παραπάνω από 15 χρόνια κλινικών αποτελεσμάτων, οι μεμβράνες Cytoplast Titanium Reinforced d-PTFE άντεξαν το τεστ του χρόνου. Εκτός από την εισαγωγή του d-PTFE στην οδοντιατρική αγορά, πρωτοποριακά προϊόντα όπως η Regentex επιφάνεια, η ultra-λεπτή μεμβράνη Ti-150 και η νέα μεμβράνη T² "με φτερά" αποδεικνύουν τη δέσμευσή μας στη συνεχή βελτίωση στον τομέα της καθοδηγούμενης οστικής αναγέννησης. Σε συνεργασία με καταξιωμένους κλινικούς, συνεχίζουμε να σχεδιάζουμε και να αναπτύσσουμε πρωτοποριακές λύσεις για τη βελτίωση της προβλεψιμότητας και της χειρουργικής απόδοσης. Επισκεφτείτε την ιστοσελίδα www.osteogenics.com για περισσότερες πληροφορίες στις τεχνικές GBR.

Το παραδοσιακό πλαίσιο, σε συνδυασμό με τις λεπτές και στρατηγικά τοποθετημένες ράβδους τιτανίου, έχει πάνω από 25 χρόνια κλινικής ιστορίας κι επιτυχημένης χρήσης στη GBR

- Λιγότερος όγκος τιτανίου επιτρέπει μεγαλύτερη ευελιξία στη διαμόρφωση και στην τοποθέτηση
- Λεπτή, ελαφριά μεμβράνη, εύκολη στη διαμόρφωση, συμμορφούμενη ως προς τους μαλακούς ιστούς
- Σκελετός τιτανίου Grade 1, διαμορφώνεται εύκολα τρισδιάστατα, δεν έχει μνήμη, επιτρέποντας έτσι την παθητική εφαρμογή

Ronda M, Rebaudi A, Torelli L, Stacchi C. Expanded vs. dense polytetrafluoroethylene membranes in vertical ridge augmentation around dental implants: a prospective randomized controlled clinical trial. Clin. Oral Impl. Res. 2014 Jul;25(7):859-66.
Urban IA, Lozada JL, Jovanovic SA, Nagursky H, Nagy K. Vertical Ridge Augmentation with Titanium-Reinforced, Dense-PTFE Membranes and a Combination of Particulated Autogenous Bone and Anorganic Bovine Bone-Derived Mineral: A Prospective Case Series in 19 Patients. Int J Oral Maxillofac Implants. 2014 Jan-Feb;29(1):185-93.

ΑΠΟΚΛΕΙΣΤΙΚΟΣ ΑΝΤΙΠΡΟΣΩΠΟΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ: Δ. ΜΑΥΡΑΕΙΔΟΠΟΥΛΟΣ Α.Ε.,
ΤΖΩΡΤΖ 12, 106 77 ΑΘΗΝΑ ΤΗΛ.: 210 3837 334,
mavraid@otenet.gr, www.mavraidopoulos.gr www.osteogenics.com

SmartOPTIC

Αξεσουάρ και επιλογές

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

Ανακλινόμενα προσοφθάλμια 195°

ΕΞΥΠΝΑ ΑΞΕΣΟΥΑΡ - ΠΛΗΘΩΡΑ ΒΕΛΤΙΩΣΕΩΝ

Επέκταση διόπτρας

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

Δακτυλίδι περιστροφής της διόπτρας

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

Εξειδικευμένη PROCAM ψηφιακή camera

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

Ψηφιακή κάμερα SLR

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

Sony NEX 5

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

Βιντεοκάμερα

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

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

SELIGA MICROSCOPES

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

Dental Expert - Άννα Ελμάογλου Ε.Π.Ε.

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

Η σελίδα της
ΕΛΛΗΝΙΚΗΣ ΕΤΑΙΡΙΑΣ ΚΛΙΝΙΚΗΣ ΣΤΟΜΑΤΟΛΟΓΙΑΣ

Διόγκωση των ούλων

Ιστορικό

Γυναίκα 67 ετών προσήλθε λόγω έντονα διογκωμένων ούλων τα οποία αιμορραγούσαν εύκολα. Από το ιατρικό ιστορικό ανέφερε αρτηριακή υπέρταση και κατάθλιψη υπό αγωγή. Επίσης δεν είχε καπνίσει ποτέ και έκανε σπάνια χρήση αλκοόλ. Η κλινική εξέταση αποκάλυψε ούλα έντονα διογκωμένα τόσο προστομιακά όσο και γλωσσικά στην άνω και στην κάτω γνάθο, τα οποία αιμορραγούσαν στην ήπια πίεση ***(Εικόνες 1,2)***.

Ποια είναι η πιθανή διάγνωση

1. Χρόνια υπερπλαστική ουλίτις
2. Διόγκωση ούλων λόγω λήψης φαρμάκων
3. Λευχαιμία
4. Στοματοπροσωπική κοκκιωμάτωση

Απάντηση

Η σωστή απάντηση είναι το 2. Η γενική αίματος ήταν φυσιολογική. Η ασθενής δεν παρουσίαζε άλλα σημεία και συμπτώματα. Η ασθενής ανέφερε στο ιστορικό ότι λάμβανε αντιυπερτασική αγωγή. Ένα από τα φάρμακα που λάμβανε ήταν αναστολέας διαύλων ασβεστίου. Οι ανταγωνιστές ασβεστίου παρεμποδίζουν την είσοδο ιόντων ασβεστίου από τους διαύλους των κυτταρικών μεμβρανών. Η δράση αυτή ασκείται κυρίως στον καρδιακό μυ και τις λείες μυϊκές ίνες των αγγείων. Κοινές ανεπιθύμητες ενέργειες των φαρμάκων αυτών είναι οι εξάψεις και η κεφαλαλγία καθώς και

το οίδημα των κάτω άκρων. Ένα ποσοστό μεταξύ 10-30% των ασθενών υπό αγωγή με αναστολείς διαύλων ασβεστίου εμφανίζει διογκωμένα ούλα.

Άλλα φάρμακα που προκαλούν διόγκωση των ούλων είναι η κυκλοσπορίνη και η φαινυτοΐνη.

Πολλοί όροι έχουν χρησιμοποιηθεί για να περιγράψουν την διόγκωση ούλων

Υπερπλασία *(hyperplasia)*: «Μη φυσιολογική αύξηση του αριθμού των φυσιολογικών κυττάρων».

Υπερτροφία *(hypertrophy)*: «Υπερβολική ανάπτυξη οργάνου λόγω της αύξησης του μεγέθους των κυττάρων του».

ΔΙΟΓΚΩΣΗ **(Overgrowth, enlargement)** είναι ο γενικός όρος που περιγράφει καλύτερα αυτή την ιατρογενή κατάσταση.

Η παθογένεση δεν είναι πλήρως κατανοητή. Έχει πολυπαραγοντική φύση και επηρεάζεται από παράγοντες όπως ηλικία, δημογραφικές μεταβλητές, γενετική προδιάθεση, **κατάσταση στοματικής υγιεινής**, φαρμακοκινητικές μεταβλητές μοριακές και κυτταρικές μεταβολές στους ιστούς των ούλων. Η διόγκωση των ούλων συνήθως ξεκινά από τις θηλές κυρίως στα πρόσθια δόντια. **Τα κλινικά χαρακτηριστικά είναι πολύ παρόμοια, ανεξάρτητα από το φάρμακο που εμπλέκεται Τα ούλα μπορεί να είναι σκληρά και λιγότερο ερυθρά λόγω του εμφανούς ινώδους συστατικού, ή να χαρακτηρίζονται από οζιδιακή λοβωτή σπογγώδη όψη και δευτερογενή φλεγμονή που μπορεί να προκαλέσουν οίδημα, έλκωση και αιμορραγία κατά το βούρτσισμα.**

Η διάγνωση βασίζεται στην κλινική εμφάνιση των ούλων και στο ιατρικό ιστορικό. Τα ιστοπαθολογικά χαρακτηριστικά είναι ο πολλαπλασιασμός μορφολογικά φυσιολογικών ινοβλαστών και από αυξημένη ποσότητα κολλαγόνου στο συνδετικό ιστό με λίγα ή καθόλου φλεγμονώδη εξιδρώματα. Ο συνδετικός ιστός επίσης είναι πολύ αγγειακός και υπάρχουν εστιακές συσσωρεύσεις φλεγμονωδών διηθήσεων. Βασική οδηγία είναι η διατήρηση καλής στοματικής υγιεινής και πλύσεις με χλωρεξιδίνη. Συχνές αποτρυγώσεις θα μπορούσαν να βοηθήσουν στη μείωση του βαθμού της διόγκωσης των ούλων. Μπορεί να γίνει συνεννόηση για τη διακοπή της θεραπείας ή αντικατάσταση των φαρμάκων με το θεράποντα ιατρό. Η παρακολούθηση 6-12 μηνών είναι σημαντική για την αξιολόγηση της ανάγκης για αφαίρεση των υπερπλαστικών ιστών με περιοδοντική χειρουργική. Οι υποτροπές είναι συχνές, ιδιαίτερα σε ασθενείς με κακή στοματική υγιεινή και όταν δεν μπορούν να τροποποιηθούν ή να μειωθούν τα θεραπευτικά σχήματα.

Βιβλιογραφία

1) Marshall RI, Bartold PM. Medication induced gingival overgrowth. Oral Diseases, 1998; 4:130-151.
2) Camargo PM, Melnick PR, Pirih FQM, Lagos R, Takei HH. Treatment of drug-induced gingival enlargement: aesthetic and functional considerations. Periodontology 2000, 2001; 27:131-138.
3) Seymour RA, Ellis JS, Thomason JM. Risk factors for drug-induced gingival overgrowth. J ClinPeriodontol 2000; 27:217-223.
4) Seymour RA, Thomason JM, Ellis JS. The pathogenesis of drug-induced gingival overgrowth. J Clin Periodontol 1996; 23:165-175.
5)http://www.eaom.eu/pdf/content/DRUG_INDUCED_GINGIVAL_OVERGROWTH.pdf

Για επικοινωνία:

Παναγιώτα Λούμου-Παναγιωτοπούλου
Οδοντίατρος-Ιατρός
Διδάκτωρ Στοματολογίας
Πανεπιστημίου Αθηνών
Επιστημονική συνεργάτης
Νοσ. «Αττικόν»», Β΄ Κλινική
Αφροδισίων και Δερματικών Νόσων
ploumou@yahoo.gr

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. Εκδοχο με γνωστή δράση: Αζορουμπίνη καρμοϊζίνη (E122). Κάθε σκληρό καψάκιο περιέχει 1.333 mg αζορουμπίνης καρμοϊζίνης. Για την πλήρη κατάλογο των εκδόχων, βλ. παράγραφο 6.1.
3. ΦΑΡΜΑΚΟΤΕΧΝΙΚΗ ΜΟΡΦΗ
Σκληρό καψάκιο. Σκληρά καψάκια χρώματος 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 περιπτώση 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 την 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 χρόνια 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 δόσης χορήγησης. Από του στόματος χρήση: Το σκληρό καψάκιο πρέπει να καταπίνεται αλώβητο, με ένα ποτήρι νερό. Το σκληρό 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 οκτυλοσαλικυλικού 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 οκτυλοσαλικυλικού οξέος - Σοβαρή επηρεασμένη ηπατική λειτουργία - Σοβαρή επηρεασμένη νεφρική λειτουργία - Σοβαρή καρδιακή ανεπάρκεια - Παιδιά ηλικίας κάτω των 12 ετών.
4.4 Ειδικές προειδοποιήσεις και προφυλάξεις κατά τη χρήση:
Γενικές προειδοποιήσεις: Οι θεραπευτικές ενδείξεις του Niflamol βασίζονται στην ανταφλεγμονώδη δράση του νιφλουμικού οξέος, τη σοβαρότητα των αντιδράσεων δυσανεξίας τις οποίες προκαλεί το φάρμακο και τη θέση του στο φάσμα των αντιφλεγμονωδών φαρμάκων που διατίθενται σήμερα.Το Niflamol χρησιμοποιείται ως βοηθητική αγωγή σε μη ρευματολογικές διαταραχές. Οι κίνδυνοι από την αγωγή, ιδιαίτερα η παράταση ταυτόχρονης ανηπτικής διαδικασίας, είναι οι ίδιοι με τους κινδύνους με άλλα ΜΣΑΦ. Οι κίνδυνοι θα πρέπει να εκτιμηθούν σε σχέση με το αναμενάμενο αναλγητικό 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 μισοπροστάλη 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 αυξήσουν 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 βικουμαρόλη, αντιαιμοπετάλιακών παραγόντων όπως το ακετυλοσαλικυλικό οξύ, από του στόματος κορτικοστεροειδών και εκλεκτικών αναστολέων επαναπρόσληψης της σεροτονίνης (SSRIs) (βλ. παράγραφο 4.5). Εάν παρουσιασθεί γαστρεντερική αιμορραγία ή εξέλκωση σε ασθενή που λαμβάνει Niflamol, η θεραπεία πρέπει να διακοπεί αμέσως. 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 λογχοεγκεφαλικές επιδράσεις: Κλινικές μελέτες και επιδημιολογικά δεδομένα υποδεικνύουν ότι η χρήση ορισμένων ΜΣΑΦ μπορεί να σχετίζεται με έναν αυξημένο κίνδυνο αρτηριακών θρομβωτικών συμβαμάτων (π.χ. έμφραγμα του μυοκαρδίου ή εγκεφαλικό επεισόδιο), το οποίο μπορεί να είναι θανατηφόρο. Ο κίνδυνος αρτηριακών θρομβωτικών επεισοδίων αυξάνει σε υψηλές δόσεις και με θεραπεία μακράς διάρκειας, και έχει συσχετισθεί τόσο με COX-2 εκλεκτικά όσο και με μη-εκλεκτικά ΜΣΑΦ. Κατά συνέπεια, οι ασθενείς με μη ρυθμισμένη υπέρταση, συμφορητική καρδιακή ανεπάρκεια, εγκατεστημένη στεφανιαία νόσο, περιφερική αρτηριακή νόσο και/ή αγγειοεγκεφαλική νόσο πρέπει να θεραπεύονται με Niflamol μόνο μετά από προσεκτική εξέταση του προφίλ κινδύνου-οφέλους για τον συγκεκριμένο ασθενή. Πρέπει να δίδεται προσοχή στη χρήση του Niflamol σε ασθενείς που υποβάλλονται σε εγχείρηση στεφανιαίου παρακαμπτήριου μοσχεύματος (CABG) ή αμέσως πριν ή μετά από εγχείρηση καρδιάς, με ιδιαίτερη προσοχή στις ταυτόχρονες φαρμακευτικές αγωγές (βλ. παράγραφο 4.5). Νεφρικές επιδράσεις: Μακροχρόνια χορήγηση ΜΣΑΦ μπορεί μέσω αναστολής της αγγειοδιαστολικής 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 νεφρικού βηλής 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 ορισμές αυξήσεις στις τιμές των δοκιμασιών της ηπατικής λειτουργίας και σπάνια αύξήσεις 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 οποιωνδήποτε άλλων σημείων υπερευαισθησίας. Συνεπώς, η χρήση Niflamol πρέπει να αποφεύγεται σε περιπτώσεις λαιμώξεων ιού ανεμοβλογιάς ζωστήρα.Επιδράσεις στο αναπαραγωγικό: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 οκτυλοσαλικυλικού οξέος (βλ. παράγραφο 4.3). Λοιπές πρεσεδοσεδήσεις: ΤοNiflamol πρέπει να χρησιμοποιείται με προσοχή σε ασθενείς με προϋπάρχον άσθμα. Οι ασθματικοί ασθενείς με χρόνια ρινίτιδα, κρόνια παραρρινοκολπίτιδα και/ή ρινικούς πολύποδες είναι σε αυξημένο κίνδυνο για βρογχόσπασμο και αναφυλαξία έναν λαμβάνουν ΜΣΑΦ, συμπεριλαμβανομένου του Niflamol. Όπως συμβαίνει και με άλλα ΜΣΑΦ, το νιφλουμικό οξύ μπορεί να ανοστείλει τη σοσσιμάτωση αιμοπετάλων και να επιμηκύνει τον χρόνο αιμορραγίας. Το Niflamol πρέπει να χρησιμοποιείται με προσοχή σε ασθενείς με ενεργό λοίμωξη ή σε κίνδυνο λοίμωξης, ακόμη και αν η λοίμωξη ελέγχεται καλά, καθώς η θεραπεία με Niflamol μπορεί να καλύψει τα σημεία και τα συμπτώματα της λοίμωξης. Το σκληρό 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 διάτρησεων, 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 θρομβωτικά, όπως βαρφαρίνη, και μη κλασματοποιημένη ηπαρίνη, ηπαρίνες χαμηλού μοριακού βάρους και προϊόντα που σχετίζονται με αυτά - Άλλα ΜΣΑΦ, συμπεριλαμβανομένων του οκτυλοσαλικυλικού οξέος και άλλων σαλικυλιών σε μεγάλες δόσεις - Λίθιο (κίνδυνος που αναφέρεται σε σχετικά ΜΣΑΦ). - Μεθοτρεξάτη, σε υψηλές δόσεις (15 mg/εβδομάδα ή περισσότερα) - Άλλα αντιαιμοπετάλιακά φάρμακα όπως τικλοπιδίνη, κλοπιδογρέλη, τιροφιβάνη, επτιφιματίδη, αρπιπιβιμάπη 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 υποκαταστάσεως) μπορεί να αυξήσουν τον κίνδυνο γαστρεντερικής εξέλκωσης και αιμορραγίας όταν συγχορηγούνται με ΜΣΑΦ, συμπεριλαμβανομένου του Niflamol. Συνδυασμοί που απαιτούν προφυλάξεις κατά τη χρήση: - Μεθοτρεξάτη σε χαμηλές δόσεις (κάτω των 15 mg/εβδομάδα). – Πεντοξιφυλλίνη. - Ζιδοβουδίνη. - Φαρμακευτικές αγωγές που μπορεί να προκαλέσουν υπερκαλιαιμία: αυξημένος κίνδυνος υπερκαλιαιμίας και νεφροτοξικότητας κατά τη διάρκεια της ταυτόχρονης θεραπείας με ΜΣΑΦ, συμπεριλαμβανομένου του Niflamol, και αγωγές όπως άλατα καλίου, καλιοπροστατευτικά διουρητικά, αναστολείς ΜΕΑ, ανταγωνιστές υποδοχέων της αγγειοτασίνης Ι, κυκλοσπορίνη, τακρόλιμους και τιμεθοπρίμη. Συνδυασμοί στους οποίους θα πρέπει να δίδεται ιδιαίτερη προσοχή: - Αντιπηκτικοί παράγοντες (όπως οι βήτα-αναστολείς, οι αναστολείς ΜΕΑ, τα διουρητικά), κατ' επέκταση αρχής γενομένης από την ινδομεθακίνη. - Ενδομήτρια συσκευάματα (intrauterine contraceptive device IUDs).
4.6 Γονιμότητα, κύηση και γαλουχία
Κύηση: Κατά τα πρώτα 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 τα 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 στο 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 ελέγχονται για στειρότητα.
4.7 Επιδράσεις στην ικανότητα οδήγησης και κειρισμού 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 κολίτις. 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 εξαιρετικές περιπτώσεις, υπάρχει κίνδυνος φωτοευαισθητοποίησης. • Αναπνευστικές: κρίσεις άσθματος μπορεί να παρατηρηθούν σε ορισμένους ασθενείς, ιδιαίτερα σε ασθενείς με αλλεργία στο ακετυλοσαλικυλικό οξύ ή άλλα ΜΣΑΦ. • Γενικές: π.χ. γενικά κακουσία, υπόταση, αναφυλακτικά 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 ωστό: Λίγες περιπτώσεις φθορώδους των ωστών έχουν καταγραφεί ύστερα από αγωγή με υψηλές δόσεις επί αρκετά κρόνια. - Μεταβολές στα εργαστηριακά αποτελέσματα: Σε εξαιρετικές περιπτώσεις, μη φυσιολογική λειτουργία του ήπατος ή θρομβοπενία - Δεδομένα από κλινικές δοκιμές και επιδημιολογικές μελέτες υποδεικνύουν ότι η χρήση κάποιων ΜΣΑΦ (ιδιαίτερα σε υψηλές δόσεις και σε μακροκρόνιες θεραπείες) μπορεί να συσχετίζεται με έναν αυξημένο κίνδυνο για εμφάνιση θρομβωτικών αρτηριακών συμβαμάτων (π.χ. έμφραγμα του μυοκαρδίου ή εγκεφαλικό επεισόδιο), το οποίο μπορεί να είναι θανατηφόρο (βλ. παράγραφο 4.4). - Οίδημα, υπέρταση και καρδιακή ανεπάρκεια έχουν αναφερθεί σε σχέση με τη θεραπεία με ΜΣΑΦ.
4.9 Υπερδοσολογία
Τοπεία 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 σπειραματονεφρίτιδα, η οποία αντιμετωπίσθηκε επιτυχώς χωρίς επακόλουθο. Σε περισσότερα προχωρημένη τοξικότητα μπορεί να παρουσιαστούν αυξημένες τιμές BUN, κρεατινίνης και δοκιμασιών ηπατικής λειτουργίας, αυξημένος χρόνος προθρομβίνης, θρομβοπενία, βραδυκαρδία ή υπόταση. Η έκδηλη υπνηλία σχετίζεται συνήθως με μεταβολική οξέωση. Η σοβαρή τοξικότητα από μαζική κατάποση 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 αντιστρεπτόζόμενα. Η θεραπεία των συμπτωματικών ασθενών είναι κυρίως υποστηρικτική, συμπεριλαμβανομένης της χορήγησης ενεργού άνθρακα εντός μιας ώρας από την κατάποση και θεραπεία με υγρά για να αποκατασταθεί η ενυδάτωση και το επίπεδο των ηλεκτρολυτών. Για την πιο προχωρημένη τοξικότητα πρέπει να ξεκινά ανάλογα με την περίπτωση κάθε μεμονωμένου ασθενή θεραπεία ειδική για τα συμπτώματα, όπως ενδοφλέβιο διττανθρακικό νάτριο για εμφάνουσα μεταβολική οξέωση, αντισπασμωδικά, υποστήριξη αναπνευστών, καρδιαγγειακή υποστήριξη, αντιεμετικά και αντιάδεια.
5. ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΕΣ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ
5.1 Κατάλογος εκδόχων
Άμυλο
Κεκαθαρμένος τάλκης
Στεατικό μαγνήσιο
Διοξείδιο του τιτανίου (E171)
Ζελατίνη
Αζορουμπίνη καρμοϊζίνη (E122)
5.2 Ασυμβατότητες
Δεν εφαρμόζεται
5.3 Διάρκεια ζωής
36 μήνες
5.4 Ιδιαίτερες προφυλάξεις κατά τη φύλαξη του προϊόντος
Δεν υπάρχουν ειδικές οδηγίες διατήρησης για το προϊόν αυτό.
5.5 Φύση και συστατικά του περιέκτη
Κυψέλες PVC/Αλουμινίου. Κάθε συσκευασία περιέχει 20 σκληρά καψάκια
(2 κυψέλες των 10 σκληρών καψακίων ή κοθεμία).
5.6 Ιδιαίτερες προφυλάξεις απόρριψης
Κάθε ακρησιμοποίητο φαρμακευτικό προϊόν ή υπόλειμμα πρέπει να απορρίπτεται σύμφωνα με τις κατά τόπους ισχύουσες σχετικές διατάξεις.
7. ΚΑΤΟΧΟΣ ΤΗΣ ΑΔΕΙΑΣ ΚΥΚΛΟΦΟΡΙΑΣ
Pharmaswiss Česká republika s.r.o.
Czech Republic
8. ΑΡΙΘΜΟΣ(ΟΙ) ΑΔΕΙΑΣ ΚΥΚΛΟΦΟΡΙΑΣ
0799703
9. ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΠΡΩΤΗΣ ΕΓΚΡΙΣΗΣ/ΑΝΑΝΕΩΣΗΣ ΤΗΣ ΑΔΕΙΑΣ
Ημερομηνία πρώτης έγκρισης: 03-05-1970
Ανανέωση άδειας: 28-07-2008
10. ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΑΝΑΘΕΩΡΗΣΗΣ ΤΟΥ ΚΕΙΜΕΝΟΥ
Νοέμβριος 2018

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

Βοηθήστε να γίνουν τα φάρμακα πιο ασφαλή και **αναφέρετε ΟΛΕΣ** τις ανεπιθύμητες ενέργειες για **ΟΛΑ** τα Φάρμακα Συμπ

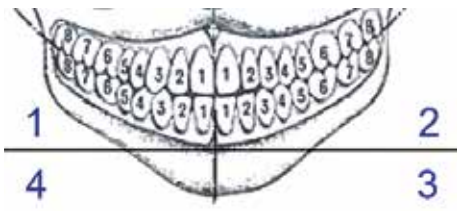
Το ερευνητικό Πανεπιστήμιο Université Libre de Bruxelles απέδειξε αυξημένη αποτελεσματικότητα της λεύκανσης μετά από προ-θεραπεία με το Cavex StainLess

Στην Ευρωπαϊκή Ένωση, τα προϊόντα λεύκανσης των δοντιών περιορίζονται σε μέγιστη συγκέντρωση υπεροξειδίου του υδρογόνου 6% (16% υπεροξείδιο του καρβαμιδίου). Καθώς οι προσδοκίες των ήδη απαιτητικών ασθενών αυξάνονται, οι αναζητήσεις του οδοντιάτρου για προϊόντα που προσφέρουν ταχύτερη και αποτελεσματικότερη λεύκανση αυξάνονται γρήγορα. Προκειμένου να αναπτυχθούν τέτοια προϊόντα χωρίς να τεθεί σε κίνδυνο οποιαδήποτε από τις προφυλάξεις ασφαλείας, η Cavex ανέπτυξε το Cavex Bite & White ABC Masterkit. Χρησιμοποιώντας το μέγιστο επιτρεπόμενο υπεροξείδιο του καρβαμιδίου 16% σε συνδυασμό με μια οδοντόκρεμα ενεργοποίησης που αυξάνει το pH της στοματικής κοιλότητας, οδηγεί σε ταχύτερη και πιο πλήρη απελευθέρωση του υπεροξειδίου του καρβαμιδίου και έτσι σε αποτελεσματικότερη λεύκανση.

Για να δείξει τις αυξημένες ιδιότητες λεύκανσης, διεξήχθη μια μελέτη από το Université Libre de Bruxelles του Βελγίου.

Υλικά και μέθοδος

Τριάντα φοιτητές της οδοντιατρικής σχολής επιλέγονται και χωρίζονται σε δύο ομάδες των δεκαπέντε ατόμων. Μετά από μια λεπτομερή αξιολόγηση της στοματικής κατάστασης, πάρθηκαν αποτυπώματα προκειμένου να κατασκευαστούν ατομικά δισκάρια λεύκανσης. Η πρώτη ομάδα έλαβε όλα τα απαραίτητα προϊόντα για τη θεραπεία της λεύκανσης (Cavex Bite & White 16% CP) καθώς και την οδοντόπαστα ενεργοποίησης της Cavex StainLess. Η δεύτερη ομάδα έλαβε το υλικό για τη θεραπεία της λεύκανσης (Cavex Bite & White 16% CP) και μια τυπική οδοντόκρεμα (Oral-B). Οι συμμετέχοντες φορούσαν τα ατομικά δισκάρια με το υπεροξειδίο του καρβαμίδιου για 1 ώρα για ένα διάστημα των δύο εβδομάδων. Το χρώμα των πρόσθιων δοντιών καταγράφηκε τέσσερις φορές χρησιμοποιώντας το ηλεκτρονικό VITA Easyshade (πριν, μετά από επτά ημέρες, μετά από δεκαπέντε ημέρες και δεκαπέντε ημέρες μετά την ολοκλήρωση της θεραπείας).



Αποτελέσματα

Η αλλαγή χρώματος που υπολογίζεται σε Delta E αποτελέσματα λεύκανσης των δύο ομάδων των συμμετεχόντων συνδυάστηκαν και έγινε αξιολόγηση των συνδυασμένων αποτελεσμάτων της στους κεντρικούς τομείς (11, 21, 31, 41) και στους πλάγιους τομείς (12, 22, 32, 42). Τα αποτελέσματα που βρέθηκαν για τους κυνόδοντες ήταν ασυνεπή λόγω σφάλματος μέτρησης και γι αυτό εξαιρούνται.

Οι πρώτες παρατηρήσεις δείχνουν σημαντική διαφορά (Delta E) μεταξύ των στοιχείων που έχουν προηγουμένως επεξεργαστεί με το Cavex StainLess και χωρίς αυτό το στάδιο ενεργοποίησης του pH. Ένα άλλο αξιοσημείωτο αποτέλεσμα ήταν ότι οι άνω τομείς έδειξαν ισχυρότερα αποτελέσματα σε σύγκριση με την κάτω γνάθο. Χρησιμοποιήθηκε ωστόσο εκτεταμένη στατιστική ανάλυση, βέβαια αυτό αποκαλύπτει ότι η ομάδα δοκιμών είναι πολύ μικρή για την κατάλληλη στατιστική συνάφεια.

Delta E whitening.
Measured for central incisors, lateral incisors and canines, with and without Cavex StainLess pretreatment.

	12		11		21		22		Mean Delta E change	
	with StainLess	no activator	with StainLess	no activator	with StainLess	no activator	with StainLess	no activator	with StainLess	no activator
7 days	**2,93**	2,13	**2,27**	1,00	**2,07**	1,47	**2,33**	1,53		
15 days	**4,13**	3,27	**3,07**	2,67	**3,07**	2,53	**3,8**	1,73	**1,1**	1,0
15 days + 15 days	**3,9**	3,3	**3,5**	3,2	**3,1**	2,5	**3,9**	2,0	**0,1**	0,2

	32		31		41		42		42,0	
	with StainLess	no activator	with StainLess	no activator	with StainLess	no activator	with StainLess	no activator	with StainLess	no activator
7 days	**3,27**	2,33	**2,2**	2,27	**1,6**	2,4	**2,67**	3,27		
15 days	**4,53**	3,13	**3,27**	2,53	**3,27**	2,87	**4,8**	4,6	**1,5**	0,7
15 days + 15 days	**4,5**	3,8	**3,3**	2,6	**3,3**	2,8	**4,9**	4,2	**0,1**	0,1

Συμπέρασμα

Η αυξημένη αποτελεσματικότητα λεύκανσης που επιτυγχάνεται με την προθεραπεία με την Cavex Bite & White StainLess απεικονίζεται ολοφάνερα. Απαιτούνται επιπρόσθετες κλινικές αξιολογήσεις για να πραγματοποιηθεί πλήρη στατιστική ανάλυση.

Αναφορά

Συγκριτική μελέτη της αποτελεσματικότητας της οδοντικής λεύκανσης με και χωρίς προηγούμενη ενεργοποίηση αυξάνοντας το ενδοστοματικό pH.

Πανεπιστήμιο Libre de Bruxelles, Ιατρική Σχολή – Dr. Alan Lacombe 2019

Cavex Bite&White ABC system
ACTIVATE - BRIGHTEN - CONDITION
«Η λεύκανση δεν θα πρέπει να είναι τρομακτική»

Μια αποτελεσματική, ασφαλής και δίχως πόνο διαδικασία λεύκανσης σε 3 απλά στάδια:

1. Ενεργοποίηση με το Cavex Bite & White Stainless
   - Η δροσιστική πάστα σχολαστικά αφαιρεί τις χρωστικές και την οδοντική πλάκα, ενώ αυξάνει το pH της στοματικής κοιλότητας.
2. Λεύκανση με το Cavex Bite & White
   - Η λευκαντική γέλη περιέχει 16% υπεροξείδιο του καρβαμιδίου (ισοδύναμο με 6% υπεροξείδιο του υδρογόνου) και επιπλέον φθοριούχο νάτριο.
   - Γρήγορα αποτελέσματα μετά από 30 λεπτά.
3. Φροντίδα με το Cavex Bite & White ExSense
   - Εγγυάται τη μακρόχρονη απουσία ευαισθησίας λόγω του επαναστατικού συνδυασμού του 2% καθαρού υδροξυαπατίτη και μιας γέλης υδρο-διασποράς.

Περιεχόμενο της κασετίνας Cavex Bite & White ABC:
- 1 σωληνάριο Cavex Bite&White Stainless απομάκρυνσης χρωστικών 50g/35ml
- 3 σύριγγες των 3ml λευκαντικού παράγοντα Cavex Bite & White
- 1 σωληνάριο Cavex Bite & White ExSense προστατευτικό δοντιών 50g/42ml
- 1 φυλλάδιο οδηγιών χρήσεως

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

Οδοντιατρική

Μονήρεις ολοκεραμικές αποκαταστάσεις για τη θεραπεία της κατεστραμμένης αδαμαντίνης των δοντιών

Μακροπρόθεσμα αποτελέσματα σε ασθενείς με και χωρίς ατελή αδαμαντινογένεση

Από τους Δρ. **Andrea Klink**, Δρ. **Fabian Huttig**, από το Tubingen/Γερμανία, και από τον Δρ. **Martin Groten**, Reutlingen/Γερμανία

Τα δόντια που έχουν υποστεί εκτεταμένη φθορά ή εμφανίζουν γενετική διαταραχή μπορούν να αποκατασταθούν επιτυχώς με ολοκεραμικές αποκαταστάσεις που συγκολλώνται με ρητινώδη κονία. Το άρθρο που ακολουθεί συνοψίζει τα αποτελέσματα μιας σειράς σύνθετων κλινικών περιστατικών.

Δύο διαφορετικές ομάδες ασθενών χρειάζονται αποκατάσταση του συνόλου των προσβεβλημένων δοντιών τους:

1. Οι ασθενείς των οποίων τα δόντια παρουσιάζουν εκτεταμένη διάβρωση ή αποτριβή, που προκαλείται από τη διατροφή τους (π.χ. κατανάλωση ενεργειακών ποτών) και/ή την υπερβολική χρήση των δοντιών (π.χ. τρίξιμο δοντιών)
2. Οι ασθενείς που εμφανίζουν γενετική διαταραχή, η οποία επηρεάζει τη δομή των δοντιών και τη σύσταση της αδαμαντίνης τους (π.χ., ατελής αδαμαντινογένεση, AI) ***(Εικ. 1 έως 3)***

Οι ασθενείς της πρώτης ομάδας συνήθως αρχίζουν να αντιμετωπίζουν προβλήματα (π.χ. πόνο και μειωμένη αισθητική εμφάνιση) στην τέταρτη και πέμπτη δεκαετία της ζωής τους. Τα δόντια γίνονται κοντύτερα και δείχνουν κιτρινωπά, τμήματα της υπάρχουσας δομής των δοντιών γίνονται εύθραυστα και εμφανίζεται απώλεια κάθετης διάστασης. Οι ασθενείς με γενετικό πρόβλημα της αδαμαντίνης γενικώς χρειάζονται θεραπεία όταν βρίσκονται στην εφηβεία τους. Τα σύγχρονα προηγμένα ολοκεραμικά και τα συγκολλητικά συστήματα επιτρέπουν την ελάχιστα επεμβατική προετοιμασία των δοντιών και εξασφαλίζουν ανθεκτικές, λειτουργικές και αισθητικές αποκαταστάσεις.

Πριν από τη θεραπεία των ασθενών με οδοντική διάβρωση, είναι σημαντικό να λαμβάνετε πλήρες ιατρικό ιστορικό (π.χ. νευρογενής βουλιμία ή ανάρροια γαστρικού περιεχομένου) και να γνωρίζετε τις διατροφικές τους συνήθειες. Εάν είναι δυνατόν, ο γενικός γιατρός θα πρέπει επίσης να συμμετέχει στη θεραπεία. Εάν ο ασθενής αντιμετωπίζει λειτουργικά προβλήματα, αυτά θα πρέπει να αντιμετωπίζονται πριν από τη θεραπευτική φάση. Σε ασθενείς με συγγενή ανωμαλία της οδοντικής δομής, η λεπτομερής κλινική και ακτινογραφική εξέταση είναι ύψιστης σημασίας, δεδομένου ότι εκτός από τα προβλήματα της αδαμαντίνης ***(Εικ. 4 και 5)***, τα άτομα αυτά μπορεί να υποφέρουν επίσης από θυλακιώδεις κύστεις, ανώμαλη ανατολή δοντιών ή προβληματικό σχηματισμό δοντιών, ανοιχτή δήξη ή ενασβεστίωση του οδοντικού πολφού ***(Εικ. 6 έως 8)***. Η διαταραχή συνδέεται επίσης με την ουλίτιδα και την περιοδοντική νόσο. Αυτό θα πρέπει να ληφθεί υπόψη κατά την αρχική θεραπεία της μειωμένης σε περιεκτικότητα αλάτων και σε σκληρότητα αδαμαντίνης. Ανάλογα με τη σοβαρότητα της βλάβης στη φάση σχηματισμού της αδαμαντίνης, ένας συγκολλητικός δεσμός μπορεί να είναι πολύ ασθενέστερος από τον αντίστοιχο σε υγιή αδαμαντίνη. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα, στις περισσότερες περιπτώσεις ο δεσμός να επιτυγχάνεται με την οδοντίνη ***(Εικ. 9)***.

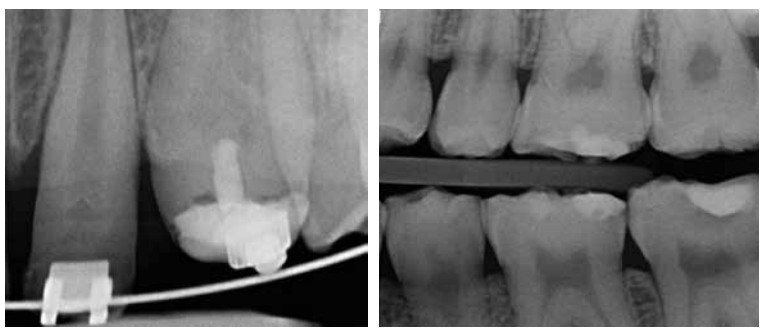
Μέχρι σήμερα, δεν υπάρχουν κατευθυντήριες οδηγίες ή επιστημονικές εκθέσεις για πρωτόκολλο βασισμένο σε τεκμηρίωση που να αφορά τη θεραπεία ασθενών με AI. Σε μια μακροχρόνια μελέτη που διεξήχθη στο Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο του Tubingen, εντοπίσαμε τον τύπο των επιπλοκών που θα μπορούσαν να προκύψουν μετά τη συγκόλληση με αδροποίηση μονήρων ολοκεραμικών αποκαταστάσεων, σε ομάδες ασθενών με το παραπάνω πρόβλημα.

Βάση δεδομένων και εξετάσεις

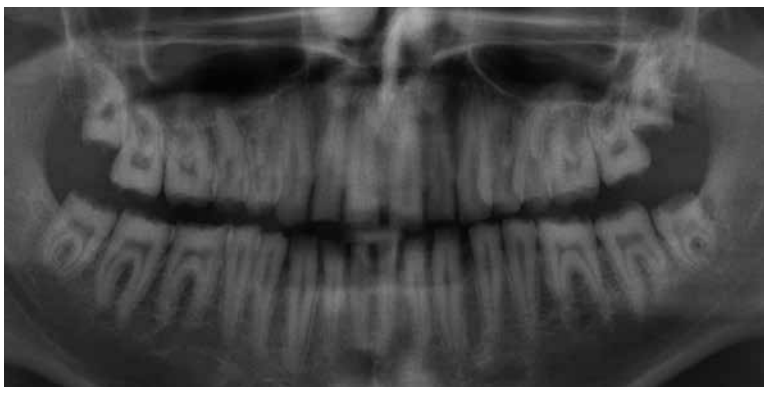
Για τη μελέτη μας, επιλέξαμε ασθενείς οι οποίοι προσέρχονταν τακτικά στους επανε-

Εικ. 1-3: Τρεις φαινότυποι της αυτοσωμικής επικρατούσας κληρονομούμενης ατελούς αδαμαντινογένεσης στα πρόσθια δόντια τριών αδελφών.

Εικ. 4,5: Τα οπίσθια δόντια των ασθενών με AI δείχνουν επίσης διαφορετικούς τύπους βλαβών στην αδαμαντίνη. Η στοιβάδα της αδαμαντίνης μπορεί να απουσιάζει εντελώς.



Εικ. 6,7: Ολόκληρη η μύλη στον #23 απουσιάζει (Εικ. 6). Η ακτινογραφία δήξεως (Εικ. 7) δείχνει φυσιολογικά σχηματισμένη οδοντίνη: τμήματά της είναι ακάλυπτα, ενώ άλλα τμήματα καλύπτονται μόνο από ένα λεπτό στρώμα αδαμαντίνης.



Εικ. 8: Η πανοραμική ακτινογραφία δείχνει σοβαρή μορφή AI. Κανένα από τα δόντια δεν εμφανίζει κάλυψη από αδαμαντίνη.

Εικ. 9: Σε πολλές περιπτώσεις, το χρώμα της οδοντίνης αποκλίνει σημαντικά από το κανονικό. Επομένως, είναι σημαντικό να επιλέξετε τη σωστή απόχρωση δοντιών για ένα αισθητικό αποτέλεσμα των μονολιθικών στεφανών.

GT GRADIENT TECHNOLOGY

IPS e.max®

ZirCAD

Prime

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

All ceramic, all you need.

zircadprime.ipsemax.com

* από μονήρεις στεφάνες έως γέφυρες 14 τεμαχίων

www.ivoclarvivadent.gr

Επίσημοι διανομείς

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

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

Κύπρου
Dentalcon
• Λ. Αναστασιάδη 1 / 2012 Λευκωσία / τηλ: 22 466 000 /
www.dentalcon.com.cy

ivoclar vivadent®
passion vision innovation

Εικ. 10: Αποφλοίωση 3ου βαθμού της πρόσθιας στεφάνης από IPS Empress II μετά από 16 χρόνια. Η αποκατάσταση επιδιορθώθηκε με συγκόλληση μετά από αδροποίηση του θραύσματος στη θέση του.

Εικ. 11: Κλασσικό κάταγμα σε στεφάνη γομφίου (στο περιστατικό αυτό κεραμικό πυριτίου Celay, Vita Zahnfabrik) μετά από 14 χρόνια. Η στεφάνη αφαιρέθηκε και μια νέα αποκατάσταση τοποθετήθηκε μετά από ελάχιστη προετοιμασία του δοντιού.

Εικ. 12: Φωτογραφία των αποκαταστάσεων που τοποθετήθηκαν στον ασθενή το στόμα του οποίου απεικονίζεται στην Εικ. 2, μετά από πέντε χρόνια χρήσης.

λέγχους και οι οποίοι αντιμετωπίστηκαν ως εξής:

Τοποθετήθηκαν μονήρεις (στεφάνες ολικής και μερικής επικάλυψης) αποκαταστάσεις, κατασκευασμένες από κεραμικό πυριτίου (Si) ή δισιλικικού λιθίου (LiDi), οι οποίες συγκολλήθηκαν μετά από αδροποίηση. Ο ***Πίνακας 1 (κώδικας QR στη σελίδα 7)*** περιέχει μια λίστα από τα υλικά που χρησιμοποιήθηκαν.

Οι ασθενείς είχαν χάσει το πολύ τέσσερα δόντια. Τα ελλείποντα δόντια είχαν αποκατασταθεί με ολοκεραμικές γέφυρες έως τριών μονάδων ή με μονήρεις ολοκεραμικές επιεμφυτευματικές στεφάνες. Οι ασθενείς των οποίων η κατακόρυφη διάσταση της σύγκλεισης έπρεπε να αυξηθεί περισσότερο από 4 χιλ., έλαβαν έναν νάρθηκα, τον οποίο έπρεπε να φορούν ολόκληρο το 24ωρο, για τουλάχιστον τέσσερις μήνες πριν από τη θεραπεία. Η ταχεία ανάπτυξη στον τομέα των ολοκεραμικών υλικών συνεχίζει να παρέχει νέες θεραπευτικές επιλογές. Αρχικά, όμως, τα αστριούχα κεραμικά και τα ενισχυμένα με λευκίτη κεραμικά πυριτίου φρεζάρονταν, ώστε να αντιγράψουμε αισθητικές μονήρεις στεφάνες, οι οποίες θα μπορούσαν να χρησιμοποιηθούν σε οπίσθια δόντια και να συγκολληθούν με ρητινώδη κονία.

Το IPS Empress® II της πρώτης γενιάς κεραμικών LiDi μείωσε τον κίνδυνο κατάγματος, λόγω βελτιωμένων μηχανικών ιδιοτήτων. Ακολούθησε το βελτιστοποιημένο IPS e.max® Press.

Ένα πρόγραμμα κλινικού ελέγχου ξεκίνησε προκειμένου να παρακολουθήσουμε την ποιότητα του θεραπευτικού αποτελέσματος. Ως εκ τούτου, η κατάσταση των δοντιών, το βάθος των θυλάκων, ο δείκτης αιμορραγίας, καθώς και η ποιότητα όλων των αποκαταστάσεων αξιολογήθηκαν και κατηγοριοποιήθηκαν ανά έτος, σύμφωνα με τα κριτήρια Ryge. Τα μη επιδιορθώσιμα κατάγματα, η απώλεια δοντιών και οι θύλακες μεγάλου βάθους έλαβαν τον χαρακτηρισμό «απόλυτη αποτυχία». Εάν η ποιότητα μιας αποκατάστασης δεν ήταν υψηλή, αλλά δεν απαιτείτο η κατασκευή νέας αποκατάστασης, αυτή χαρακτηρίστηκε ως «σχετική αποτυχία» (π.χ. αποφλοίωση, θραύση του κεραμικού).

Ασθενείς, παρατηρήσεις και αποτελέσματα

Η μελέτη περιελάμβανε 17 ασθενείς, ηλικίας 12 έως 69 ετών (κατά την περίοδο τοποθέτησης της αποκατάστασης) και συνολικά 450 αποκαταστάσεις ***(Πίνακας 1 – κωδικός QR στη σελίδα 7)***. Εννέα από τους ασθενείς εμφάνιζαν κάποια μορφή AI. Η περίοδος παρακολούθησης των ασθενών έφθασε έως και τα 17 έτη. Κατά τη διάρκεια αυτής της περιόδου, καταγράφηκαν επιπλοκές σε 44 αποκαταστάσεις (10%), σε 11 ασθενείς (65%):

- Έντεκα από τις 44 αποκαταστάσεις ταξινομήθηκαν ως «απόλυτες αποτυχίες», που μεταφράζονται σε συνολικό ποσοστό επιβίωσης 99,8% μετά από τρία χρόνια και 91,4% μετά από δέκα χρόνια. Δεν παρατηρήθηκαν σημαντικές διαφορές μεταξύ ασθενών με ή χωρίς AI.
- Τριάντα τρεις από τις «σχετικές αποτυχίες» προκλήθηκαν από αποφλοίωση (25). Είναι ενδιαφέρον να σημειωθεί ότι 11 από τις «αποφλοιώσεις» καταγράφηκαν σε έναν μόνο ασθενή. Παρά τις παρατηρούμενες επιπλοκές, το ποσοστό επιτυχίας ήταν 95,7% μετά από τρία χρόνια και 81,4% μετά από δέκα χρόνια. Διαπιστώθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ ασθενών με και χωρίς AI. Το ποσοστό επιτυχίας των ασθενών με AI ήταν σημαντικά υψηλότερο.

Συζήτηση

Η μακροπρόθεσμη απόδοση των διαφόρων υλικών, που παρουσιάζεται στους ***Πίνακες 1 και 2 (κωδικός QR στη σελίδα 7)***, αξιολογήθηκε με βάση μονήρεις αποκαταστάσεις που συγκολλήθηκαν μετά από αδροποίηση.

Κατά τη διάρκεια περιόδου παρατήρησης δέκα ετών, διαπιστώσαμε ότι οι θραύσεις μονήρων κεραμικών αποκαταστάσεων πυριτίου εμφανίζονταν καθ' όλη τη διάρκεια της περιόδου παρακολούθησης ***(Εικ. 10 και 11)***, ενώ οι αποτυχίες των στεφανών δισιλικικού λιθίου τείνουν να εμφανίζονται προς το τέλος της περιόδου παρακολούθησης. Τα αποτελέσματα αυτά είναι συγκρίσιμα με αντίστοιχα της βιβλιογραφίας. Ωστόσο, πρέπει να σημειωθεί ότι παρά το γεγονός ότι ο αριθμός των αποκαταστάσεων που χρησιμοποιήθηκαν στη μελέτη μας ήταν υψηλός, ο αριθμός των ασθενών ήταν σχετικά χαμηλός. Κατά συνέπεια, τα συμπεράσματά μας είναι περιορισμένα όσον αφορά την εγκυρότητά τους. Ωστόσο, μας επιτρέπουν να προσδιορίσουμε ορισμένες τάσεις.

Οι αποκαταστάσεις των γομφίων έσπαζαν συχνότερα: μετά από περίπου πέντε χρόνια χρήσης και κυρίως σε ασθενείς των οποίων η κάθετη διάσταση δεν είχε αυξηθεί. Ο τύπος του υλικού που χρησιμοποιήθηκε μπορεί να ήταν υπεύθυνος για τις θραύσεις ή ίσως οι αποκαταστάσεις ήταν πολύ λεπτές. Προκαλεί έκπληξη το γεγονός ότι οι ασθενείς με AI είχαν λιγότερες επιπλοκές από τους ασθενείς χωρίς AI. Είχαμε κάνει αρχικά την υπόθεση ότι οι αποκαταστάσεις τους δεν θα λειτουργούσαν εξίσου καλά, λόγω των «δυσμενών» συνθηκών για την ανάπτυξη ισχυρού συγκολλητικού δεσμού. Η ηλικία μπορεί να έχει διαδραματίσει κάποιο ρόλο σε αυτό το εύρημα, καθώς οι ασθενείς με AI ήταν κατά μέσο όρο περίπου 24 χρόνια νεότεροι σε σύγκριση με τους υπόλοιπους ασθενείς. Επιπροσθέτως, τα αποτελέσματα των ασθενών με AI έδειξαν ότι οι συγκολλούμενες ολοκεραμικές αποκαταστάσεις δεν προκαλούν ενδοδοντικά προβλήματα. Ως εκ τούτου, μπορούν να ταξινομηθούν ως μακροπρόθεσμη θεραπευτική επιλογή. Παρόλα αυτά, τα δόντια ασθενών με AI απαιτούν κυκλοτερή προετοιμασία για να προλάβουμε ασθενείς περιοχές, όπως είναι τα όρια συγκόλλησης και για να αποκαταστήσουμε τη λειτουργία και την ανατομία των δοντιών.

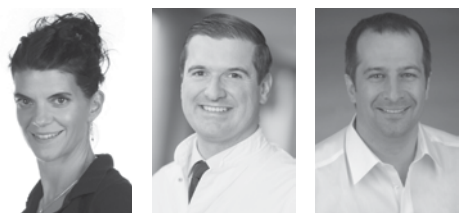
Περίληψη

Οι συγκολλούμενες με αδροποίηση μονήρεις ολοκεραμικές αποκαταστάσεις επιτυγχάνουν εξαιρετικά κλινικά αποτελέσματα, ανεξάρτητα από την αρχική κατάσταση ***(Εικ. 12)***. Ωστόσο, οι ασθενείς με ιστορικό λειτουργικών προβλημάτων αναμένεται να έχουν υψηλότερο ποσοστό τεχνικών επιπλοκών. Συνολικά, είναι πιθανό ότι περίπου δύο στις εκατό στεφάνες κάθε χρόνο θα παρουσιάσουν κάποιου είδους επιπλοκή μετά από πέντε έως δέκα χρόνια χρήσης και ότι θα εμφανίσουν θραύσεις κυρίως οι αποκαταστάσεις σε γομφίους. Ως εκ τούτου, συνιστούμε τουλάχιστον έναν επανέλεγχο ετησίως, προκειμένου να αντιμετωπιστούν τυχόν επιπλοκές όσο το δυνατόν νωρίτερα και κατά συνέπεια να ελαχιστοποιηθεί ο κίνδυνος αποτυχίας.

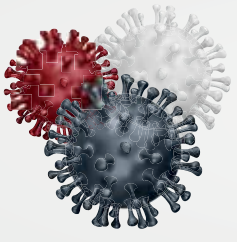
Σχόλιο

Τα αποτελέσματα της παρούσας εργασίας έχουν δημοσιευτεί στο παρακάτω άρθρο: Groten M, Huettig F; Complete rehabilitation of compromised full dentitions with adhesively bonded all-ceramic single-tooth restorations: Long-term outcome in patients with and without amelogenesis imperfecta. J Dent. 2018 Mar;70:51-58. doi: 10.1016/j.jdent.2017.12.011. Epub 2017 Dec 21.

Πίνακες 1+2 διαδικτυακά

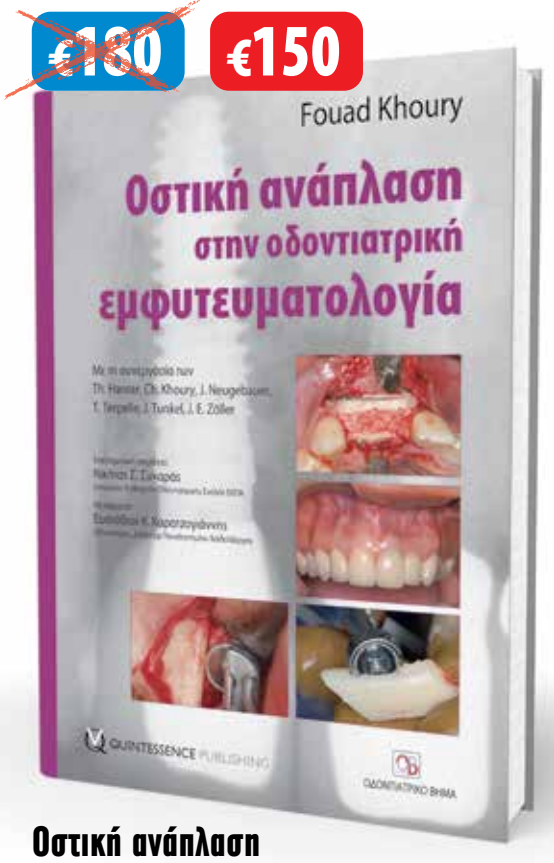


Διεύθυνση αλληλογραφίας:
Dr Andrea Klink, Dr Fabian Hüttig, PD Dr Martin Groten
Universitätsklinikum Tübingen (Universitätsklinik für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde / Center for Dentistry, Oral Medicine, and Maxillofacial Surgery)
Osianderstraçe 2-8
72076 Tübingen/Germany
andrea.klink@med.uni-tuebingen.de
www.medizin.uni-tuebingen.de

ΑΣ ΜΗΝ ΑΦΗΣΟΥΜΕ ΕΝΑΝ ΙΟ ΝΑ ΣΚΟΤΩΣΕΙ ΤΟΝ ΤΥΠΟ
ΤΑ ΠΕΡΙΟΔΙΚΑ & Ο ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑΚΟΣ ΤΥΠΟΣ ΑΞΙΖΕΙ ΝΑ ΜΕΙΝΟΥΝ «ΖΩΝΤΑΝΑ»

ΖΗΤΑΜΕ ΤΩΡΑ
ΜΕΤΡΑ ΣΤΗΡΙΞΗΣ ΓΙΑ ΟΛΟΥΣ, ΧΩΡΙΣ ΕΞΑΙΡΕΣΕΙΣ
ΕΝΩΣΗ ΔΗΜΟΣΙΟΓΡΑΦΩΝ ΙΔΙΟΚΤΗΤΩΝ ΠΕΡΙΟΔΙΚΟΥ ΤΥΠΟΥ

ΕΙΔΙΚΕΣ ΤΙΜΕΣ ΚΑΛΟΚΑΙΡΙ 2020

~~€180~~ €150



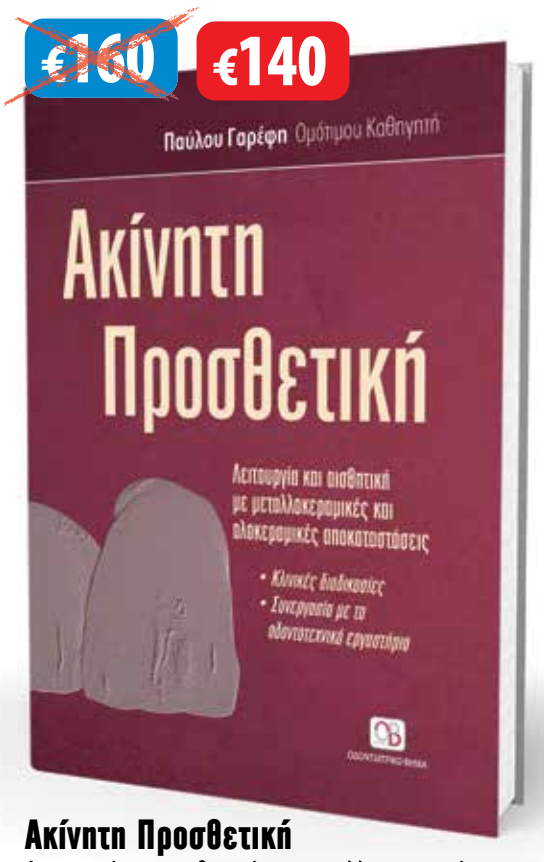
Οστική ανάπλαση στην οδοντιατρική εμφυτευματολογία

Το παγκόσμιο best seller του Fouad Khoury τώρα και στα ελληνικά

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

Μετάφραση:
Ευστάθιος Κ. Καρατζογιάννης
Οδοντίατρος, Διδάκτωρ Πανεπιστημίου Χαϊδελβέργης

~~€160~~ €140



Ακίνητη Προσθετική

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

Παύλος Γαρέφης
Ομότιμος Καθηγητής ΑΠΘ

~~€90~~ €70

Άτλας Αισθητικών Αποκαταστάσεων Σύνθετης Ρητίνης

Engin Taviloğlu

Επιστημονική επιμέλεια-μετάφραση:
Παύλος Γαρέφης

~~€210~~ €160

Επιστήμη και Τέχνη των Όψεων Πορσελάνης

Galip Gürel

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

~~€60~~ €45

Προβλήματα Οδοντιατρικής Χειρουργικής
Διάγνωση και θεραπεία

Χρήστος Σ. Μάρτης
Κυριακή Χρ. Μάρτη

~~€95~~ €80

Σύγκλεισιν. Από τη θεωρία στην καθημερινή οδοντιατρική πράξη

Robert Wassell, Amar Naru
Jimmy Steele , Francis Nohl

Επιστημονική επιμέλεια-μετάφραση:
Παύλος Γαρέφης

Μετάφραση:
Μαρία Κοκοτή

~~€80~~ €65

Λεύκανση των δοντιών

Γεράσιμος Π. Δουβίτσας

Συνεργασία:
Χαρίκλεια Παξιμαδά,
Μαρία Αντωνιάδου

~~€117~~ €95

Πρακτικά μαθήματα ενδοδοντίας

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

Επιστημονική επιμέλεια-μετάφραση:
Γιώργος Ι. Σίσκος
Αναπληρωτής Καθηγητής ΕΚΠΑ

Μετάφραση:
Γιώργος Δ. Κωστούρος
MSc Ενδοδοντίας

~~€80~~ €65

Επιπλοκές και Αποτυχίες Εμφυτευμάτων: Αίτια και Τρόποι Αντιμετώπισης

Hans-Jürgen Hartmann,
Thomas Weischer, Cornelius G. Wittal

Επιστημονική επιμέλεια-μετάφραση:
Νίκος Καφούσιας

Εισαγωγή στην Προσθετική των Εμφυτευμάτων

Προσθήκη για την ελληνική έκδοση:
Νίκος Καφούσιας

~~€90~~ €70

Άτλας Εφαρμογών Laser στην Οδοντιατρική

Donald J. Coluzzi, Robert A. Convissar

Επιστημονική επιμέλεια-μετάφραση:
Δημήτρης Στράκας

~~€60~~ €45

Η Ακτινογραφία στην Ενδοδοντία

Θ. Λαμπριανίδης
Ι. Μολυβδάς
Ε. Μαζίνης

~~€85~~ €50

Χειρουργική Οδοντικών Εμφυτευμάτων
Βήμα προς βήμα οι διαδικασίες

Daniel Buser, Jun- Young Cho
Alvin B. K. Yeo

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

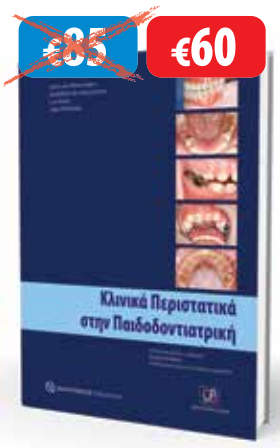
~~€90~~ €70

Θεραπευτική με laser

Jan Tuner
Lars Hodel

Επιστημονική επιμέλεια-μετάφραση:
Δημήτρης Στράκας,
Αντώνης Καλλής

~~€85~~ €60



Κλινικά Περιστατικά στην Παιδοδοντιατρική

Evert van Amerongen,
Maddelon de Jong- Lenters,
Luc Marks, Jaap Veerkamp

Επιστημονική επιμέλεια-μετάφραση:
Γιώργος Βαδιάκας

~~€60~~ €40

Παιδοδοντιατρική Διαχείριση Ασθενούς

Νικόλαος Ι. Κοτσάνος

ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΙΚΟ ΒΗΜΑ

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

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

57ο Ετήσιο Συνέδριο της ΣΕΕ

Ιωάννης Μελακόπουλος
Στοματικός και Γναθοπροσωπικός Χειρουργός

Σύμφωνα με τα ισχύοντα δεδομένα, τα οποία αντικατοπτρίζουν την καλή επιδημιολογική πορεία της χώρας, μέχρι και τη στιγμή που γράφονται αυτές οι γραμμές, το 57ο Ετήσιο Συνέδριο της Στοματολογικής Εταιρείας της Ελλάδος (ΣΕΕ) θα πραγματοποιηθεί στην **Κατερίνη,** από τις **4 έως και τις 5 Σεπτεμβρίου 2020**, σηματοδοτώντας την "επιστροφή στην κανονικότητα" στο χώρο των επιστημονικών συνεδρίων. Το "ΟΒ" συνάντησε τον Πρόεδρο της ΣΕΕ, Στοματικό και Γναθοπροσωπικό Χειρουργό, Δρ. **Ιωάννη Μελακόπουλο**, ο οποίος μας μίλησε για όλα όσα θα έχουμε την ευκαιρία να παρακολουθήσουμε στο φετινό συνέδριο, αλλά και για τα μέτρα που θα ισχύσουν κατά τη διάρκεια της επιστημονικής διοργάνωσης, διασφαλίζοντας την προστασία της υγείας συνέδρων και ομιλητών.

Συνέντευξη στην **Ηλιάνα Γιαννούλη** δημοσιογράφο

Κε Μελακόπουλε, η ΣΕΕ, δεδομένων των μέχρι στιγμής ενθαρρυντικών στοιχείων για την πορεία της επιδημίας του νέου κορωνοϊού στη χώρα μας, αποφάσισε να μην αναβάλει το ετήσιο συνέδριό της που έχει προγραμματιστεί από τις 4-5 Σεπτεμβρίου στην Κατερίνη. Φαντάζομαι, όμως, πως στο συνέδριο θα υπάρχουν αυξημένα μέτρα για την ασφάλεια των συνέδρων. Θέλετε να μας δώσετε περισσότερες πληροφορίες για το πώς το δόγμα του "Μένουμε Ασφαλείς" θα γίνει πράξη στο συνέδριό σας;

Η αλήθεια είναι πως ήταν μια δύσκολη απόφαση για το Δ.Σ. της ΣΕΕ και το Δ.Σ. του Ο.Σ. Πιερίας. Όμως, στο πλαίσιο του «ανοίγματος» της χώρας και εφόσον από τις 2 Ιουλίου θα επιτρέπεται η διεξαγωγή συνεδρίων, αποφασίστηκε να πραγματοποιηθεί το συνέδριο στην Κατερίνη. Το ΔΣ του συλλόγου Πιερίας εξασφάλισε τον χώρο Εκάβη, που διαθέτει 2 αίθουσες 400 και 160 ατόμων, μεγάλη αίθουσα για έκθεση και αίθουσες για πρακτικά σεμινάρια. Αναμένουμε τις κατευθυντήριες οδηγίες για τον επιτρεπόμενο αριθμό ατόμων ανά αίθουσα, καθώς και για τη διάρκεια κάθε συνεδρίας, ενώ έχει ληφθεί μέριμνα για καθημερινή παρουσία συνεργείου καθαρισμού και απολύμανσης στο χώρο του συνεδρίου. Το τελικό πρόγραμμα του συνεδρίου θα αναρτηθεί στο διαδίκτυο, μόλις ανακοινωθούν οι ακριβείς οδηγίες από τον ΕΟΔΥ.

Ας περάσουμε στη θεματολογία του 57ου Ετήσιου Συνεδρίου της ΣΕΕ. Ποιες είναι οι κεντρικές θεματικές που θα καλυφθούν στο φετινό πρόγραμμα του συνεδρίου;

Όπως γνωρίζετε, τα συνέδρια της ΣΕΕ είναι πολυθεματικά. Στόχος είναι να καλυφθεί κατά το δυνατόν το σύνολο του φάσματος της Οδοντιατρικής, δίνοντας έμφαση σε νέες τεχνολογίες και τεχνικές. Όπως θα διαπιστώσετε από το κατευθυνόμενο πρόγραμμα, έχουμε τη χαρά να φιλοξενούμε πολλούς συναδέλφους από τα Πανεπιστήμια Αθήνας και Θεσσαλονίκης, καθώς και καταξιωμένους επιστήμονες από το ελεύθερο επάγγελμα.

Στα master class και πρακτικά σεμινάρια που παραδοσιακά εντάσσεστε στο πρόγραμμα του συνεδρίου, τι θα έχουμε την ευκαιρία να παρακολουθήσουμε φέτος;

Αποτελεί πάγια θέση της ΣΕΕ ότι η εκπαίδευση σε μικρές ομάδες είναι πολύ βοηθητική για τον οδοντίατρο, δεδομένου ότι η δουλειά μας έχει πολλά κλινικά μυστικά, τα οποία είναι δύσκολο να παρουσιαστούν ή να συζητηθούν σε μεγάλες ομάδες. Για το λόγο αυτό, τα master class και τα πρακτικά σεμινάρια αποτελούν αναπόσπαστο τμήμα των συνεδρίων μας. Αυτή τη χρονιά θα έχουμε τη χαρά να παρακολουθήσουμε θέματα σχετικά με τις ψηφιακές τεχνολογίες στην Προσθετική, τα Εμφυτεύματα και τη Σύγκλειση, αλλά και τις χειρουργικές τεχνικές στην Εμφυτευματολογία.

Γνωρίζοντας ότι η ΣΕΕ διαχρονικά στηρίζει το έργο των νέων επιστημόνων, θεωρώ δεδομένο ότι και φέτος θα υπάρχει ελεύθερο πρόγραμμα στο συνέδριο. Πείτε μας λίγα λόγια για την πορεία των συμμετοχών μέχρι τώρα.

Μέχρι τις 15 Ιουνίου έχουμε 40 ελεύθερες ανακοινώσεις και e -poster. Έχει δοθεί άτυπη παράταση μέχρι το τέλος του μήνα και μόλις, όπως ανέφερα και πριν, δοθούν οι οδηγίες του ΕΟΔΥ, θα ανακοινώσουμε το αναλυτικό πρόγραμμα.

Κλείνοντας, ποιο είναι το μήνυμα που θέλετε να απευθύνετε στους αναγνώστες μας εν όψει του συνεδρίου σας;

Σας περιμένουμε στην Κατερίνη για να ξεκινήσουμε την «επιστροφή στην κανονικότητα» στα Οδοντιατρικά Συνέδρια. Η Πιερία είναι ένας ιδιαίτερα όμορφος τόπος, στην αγκαλιά του βουνού των Θεών, όπου η επιμόρφωση μπορεί να συνδυαστεί με σύντομες διακοπές, που τόσο απαραίτητες είναι για όλους μας, ιδιαίτερα αυτήν τη δύσκολη χρονιά.

> Τα συνέδρια της ΣΕΕ είναι πολυθεματικά, δίνοντας έμφαση σε νέες τεχνολογίες και τεχνικές.

ΠΡΟΚΑΤΑΡΚΤΙΚΟ ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ

ΣΤΡΟΓΓΥΛΑ ΤΡΑΠΕΖΙΑ

- **Ψηφιακές εφαρμογές στην Προσθετική.**
  Συντονιστής: Λαμπρόπουλος Π.
  Συμμετέχουν: Κουβελιώτης Γ, Κουρνέτας Ν, Τασόπουλος Θ.
- **Ενδοστοματικές εκδηλώσεις νοσημάτων με θορυβώδη ή μη συμπτωματολογία. Τι προβληματίζει τον οδοντίατρο;**
  Συντονιστής: Πουλόπουλος Α.
  Συμμετέχουν: Ανδρεάδης Δ, Καλλιφατίδης Α, Παπαδόπουλος Π, Παρχαρίδης Ε, Πουλόπουλος Α, Χατζηβασιλείου Κ.
- **Ποιος θεραπεύει τις περιακρορριζικές αλλοιώσεις; Ένα συχνό ερώτημα με προφανή απάντηση.**
  Συντονιστής: Χριστόπουλος Π.
  Συμμετέχουν: Ζερβάκη Α, Νταγιάντης Γ, Παπαδοπούλου Χ, Προύντζος Α, Χλιαουτάκης Α.
- **Επιβιώνοντας στον κόσμο της αποκαταστατικής Οδοντιατρικής.**
  Συντονιστής: Τολίδης Κ.
  Συμμετέχουν: Κούρος Π, Νάκα Ο.

ΚΛΙΝΙΚΟ ΘΕΜΑ

- **Απεικόνιση της ανατομίας και παθολογίας της στοματογναθοπροσωπικής περιοχής στην υπολογιστική τομογραφία κωνικής δέσμης.**
  Αγγελόπουλος Χ.

ΕΙΣΗΓΗΣΕΙΣ

- **Ατομική ή ομαδική άσκηση της Οδοντιατρικής τον 21ο αιώνα;**
  Αργυρόπουλος Ν.
- **Περιεμφυτευματίτιδα: τι έχει αλλάξει στην ταξινόμηση και την αντιμετώπιση.**
  Μαδιανός Φ.

MASTER CLASS

- **Σύγκλειση και Εμφυτευματολογία.**
  Κατσούπας Α, Λομβαρδάς Π.

ΠΡΑΚΤΙΚΑ ΣΕΜΙΝΑΡΙΑ

- **Διαχείριση όγκου φατνιακής απόφυσης για τοποθέτηση εμφυτευμάτων.**
  Βενέτης Γ, Μπανίκας Β, Τάτσης Δ.
- **Ψηφιακές εφαρμογές στην προσθετική επί εμφυτευμάτων.**
  Λαμπρόπουλος Π.

Άμεσα μέτρα στήριξης του κλάδου ζητά η Ε.Ο.Ο.

Η Ελληνική Οδοντιατρική Ομοσπονδία διοργάνωσε τον περασμένο μήνα συνέντευξη Τύπου, ζητώντας από την πολιτεία να ληφθούν άμεσα μέτρα στήριξης του οδοντιατρικού κλάδου, εκφράζοντας παράλληλα την αγωνία των οδοντιάτρων για τη στοματική υγεία των Ελλήνων, η οποία έχει εγκαταλειφθεί πλήρως. *«Το γεγονός, ότι η Πολιτεία αγνόησε την αυξημένη επικινδυνότητα που αντιμετωπίζουν οι οδοντίατροι κατά την άσκηση του επαγγέλματός τους και ότι τα αρμόδια υπουργεία δεν έπραξαν τα δέοντα για να εξασφαλίσουν στον οδοντιατρικό κλάδο τα απαραίτητα μέσα ατομικής προστασίας, ήταν η σταγόνα που ξεχείλισε το ποτήρι»*, δήλωσε στο πλαίσιο της συνέντευξης Τύπου, ο Πρόεδρος της Ε.Ο.Ο., κ. **Αθανάσιος Δεβλιώτης.**

Σύμφωνα με την ενημέρωση που παρείχε η Ε.Ο.Ο., οι οδοντίατροι ακόμη και σήμερα αδυνατούν να προμηθευτούν εύκολα τα μέσα ατομικής προστασίας που απαιτούνται για την προστασία των ιδίων, αλλά και των ασθενών τους. Εξακολουθούν να παρατηρούνται ελλείψεις στην αγορά, με αποτέλεσμα, όταν βρεθεί ο απαραίτητος προστατευτικός εξοπλισμός, οι τιμές να είναι αυξημένες και οι οδοντίατροι να μην μπορούν να ανταποκριθούν, χωρίς την αύξηση της τιμολόγησης των οδοντιατρικών πράξεων.

Πιο συγκεκριμένα, τα αιτήματα του οδοντιατρικού κλάδου προς την πολιτεία είναι τα εξής:

- Μηδενικό ΦΠΑ για τα μέσα ατομικής προστασίας, ρύθμιση που προβλέπεται, εξάλλου, από τις οδηγίες της Ε.Ε. και διασφάλιση της επάρκειάς τους.
- Δωρεάν τεστ αντισωμάτων για τον κορωνοϊό για τους οδοντιάτρους.
- Ουσιαστική ενίσχυση των ευπαθών ομάδων οδοντιάτρων με διαπιστωμένη αδυναμία άσκησης του επαγγέλματος.
- Ένταξη σε ΕΣΠΑ ειδικού σκοπού για την επικαιροποίηση εξοπλισμού και υποδομών. Στο ΕΣΠΑ πρέπει να έχουν δικαίωμα υποβολής αίτησης όλοι οι οδοντίατροι χωρίς προϋποθέσεις, με ποσοστό χρηματοδότησης 100%. Επισημαίνεται ότι τα μέλη της Ε.Ο.Ο. απέστειλαν, σε συνεργασία με άλλους επιστημονικούς φορείς, επιστολή στον πρωθυπουργό Κυριάκο Μητσοτάκη, ζητώντας τη χορήγηση της αποζημίωσης ειδικού σκοπού, μηνός Μαΐου, ύψους 800 ευρώ.
- Ένταξη των οδοντιάτρων στα μέτρα ανακούφισης των επιχειρήσεων, επέκταση του μέτρου της επιστρεπτέας προκαταβολής και γενναία μείωση της προκαταβολής φόρου.
- Μείωση του υψηλού ποσοστού προμήθειας που εισπράττουν τα τραπεζικά ιδρύματα για το σύνολο των συναλλαγών που πραγματοποιούνται με χρεωστικές και πιστωτικές κάρτες μέσω των συσκευών POS, οι οποίες επιβαρύνουν τελικά το κόστος θεραπείας.
- Συμμετοχή εκπροσώπου των οδοντιάτρων στον ΕΟΔΥ
- Πρόσληψη προσωπικού μέσω ΟΑΕΔ με απόλυτη επιδότηση και άμεση αναγνώριση των επαγγελματικών προσόντων των βοηθών οδοντιατρείου.
- Ένταξη της οδοντιατρικής στο γενικό σχεδιασμό της υγείας και ενίσχυση των δημόσιων δομών, με πλήρη στελέχωση και εκσυγχρονισμό των υποδομών.
- Παροχές ταμείου ανεργίας για την ανεργία και την υποαπασχόληση στον κλάδο.

Πάγιο αίτημα η αύξηση δαπανών για την οδοντιατρική περίθαλψη

Ο κ. Δεβλιώτης επανέλαβε για μια ακόμη φορά την ανάγκη η οδοντιατρική περίθαλψη να βρει τη θέση που της αξίζει στα υγειονομικά συστήματα. Η εξαίρεση της οδοντιατρικής από τη δημόσια ασφάλιση έχει επιφέρει δυσμενείς επιπτώσεις στην υγεία των ασθενών, οι οποίοι αντιμετωπίζουν πλέον μόνο τις επείγουσες ανάγκες που προκύπτουν.

Η πολιτεία πρέπει να καλύψει τη στοιχειώδη οδοντιατρική περίθαλψη των ασφαλισμένων, δήλωσε ο κ. Δεβλιώτης επισημαίνοντας την άρρηκτη σχέση γενικής και στοματικής υγείας. Η πρόληψη στην οδοντιατρική είναι ένας «*εμβολιασμός*», ανέφερε χαρακτηριστικά ο Πρόεδρος της Ε.Ο.Ο., τονίζοντας την ανάγκη για προληπτικό έλεγχο στον οδοντίατρο δύο φορές τον χρόνο.

Μεταξύ άλλων, ο πρόεδρος της Ε.Ο.Ο. εξήρε το επιστημονικό επίπεδο των Ελλήνων οδοντιάτρων, οι οποίοι έχουν πιστέψει, όπως χαρακτηριστικά σημείωσε ο ίδιος, στον θεσμό της συνεχιζόμενης εκπαίδευσης, έχοντας συνειδητοποιήσει τη συσχέτιση της οδοντιατρικής επιστήμης με τις τεχνολογικές εξελίξεις που εγγυώνται συνεχώς βελτιούμενες θεραπείες. Το ζήτημα, ωστόσο, παραμένει κατά πόσο οι Έλληνες ασθενείς μπορούν να ανταποκριθούν οικονομικά στο κόστος αυτών των υπηρεσιών, όταν δεν υπάρχει καμία μέριμνα από την πολιτεία.

Μετάθεση της Dental για τον Μάϊο του 2021

Λόγω της πανδημίας του νέου κορωνοϊού, ο Πανελλήνιος Σύνδεσμος Εμπόρων Εισαγωγέων Οδοντιατρικών Ειδών κατόπιν ψηφοφορίας είχε με συντριπτική πλειοψηφία αποφασίσει την μετάθεση της Πανελλήνιας Οδοντιατρικής & Οδοντοτεχνικής Έκθεσης για το χρονικό διάστημα 25-27 Σεπτεμβρίου 2020.

Ωστόσο, λόγω των υφιστάμενων δυσκολιών στην διαχείριση της πανδημίας, τελεί ακόμη σε ισχύ η απαγόρευση της διεξαγωγής εμπορικών εκθέσεων, χωρίς να μπορεί να υπάρξει καμία πρόβλεψη για το τι θα ισχύσει τον Σεπτέμβριο.

Για το λόγο αυτό, αποφασίστηκε η εκ νέου αναβολή της έκθεσης και η πραγματοποίησή της από **21 έως 23 Μαΐου 2021**, με την ελπίδα ότι οι συνθήκες θα επιτρέπουν απρόσκοπτα τη διεξαγωγή της Έκθεσης χωρίς περιορισμούς, αλλά και με πολύ καλύτερη ψυχολογία για όλους τους συμμετέχοντες.

MEDIMARK SCIENTIFIC

Απλοποιημένη, Αποτελεσματική Απολύμανση

Spray επιφανειών
Φιαλ.750 ml

Υγρό συμπυκνωμένο
εργαλείων και επιφανειών
Φιαλ. 1 Lt

Απολυμαντικά μαντηλάκια
Πακ. 200 τεμ.

MICROBIOLOGICAL EFFICACY
CHEM**GENE** **HLD$_4$H** has been tested effective against:

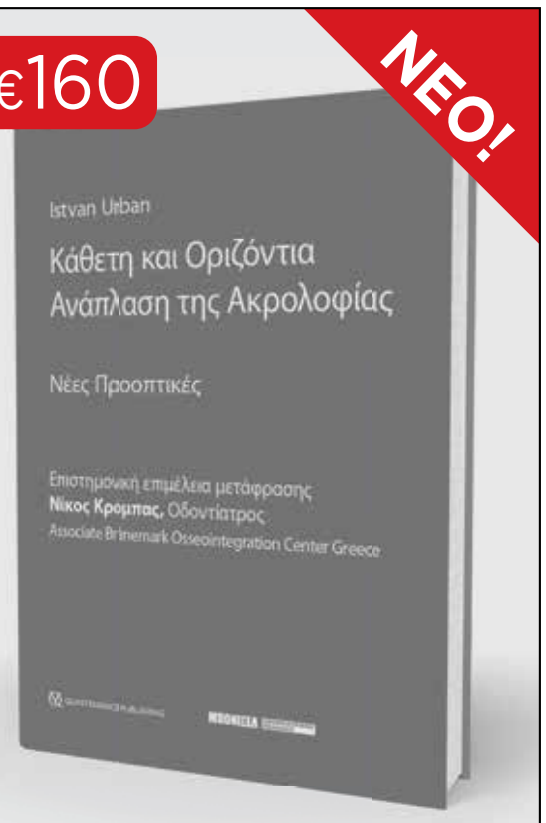
FUNGICIDAL ACTIVITY *Trichophyton rubrum* *Candida albicans* **VIRUCIDAL ACTIVITY** Hepatitis B Herpes Simplex Norovirus Vaccinia Adenovirus **BACTERIOPHAGE ACTIVITY** *Lactococcus lacti*	**MYCOBACTERICIDAL ACTIVITY** *Mycobacterium terrae* *Mycobacterium avium* **BACTERICIDAL ACTIVITY** *Pseudomonas aeruginosa* *Escherichia coli* *Staphylococcus aureus* *Enterococcus hirae* *Legionella pneumophila* *Salmonella typhimurium* *Listeria monocytogenes* Methicillin-resistant *Staphylococcus aureus* Methicillin-resistant *Staphylococcus pseudointermedius*

ΑΠΟΛΥΜΑΝΤΙΚΟ
- Βακτηριδιοκτόνο, ιοκτόνο, μυκητοκτόνο, εξουδετερώνει το μικρόβιο της φυματίωσης
- Καθαρίζει και απολυμαίνει
- Χωρίς αλκοόλη, αλδεΰδες, χλώριο, φαινόλες ή αλογόνα
- Κατάλληλο για επιφάνειες, εργαλεία, αποτυπώματα
- Ενδείκνυται για λουτρό υπερήχων.

04/2020

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

€160
ΝΕΟ!



Κάθετη και Οριζόντια Ανάπλαση της Ακρολοφίας

Istvan Urban
Επιστημονική επιμέλεια μετάφρασης
Νίκος Κρόμπας, Οδοντίατρος
Associate Branemark Osseointegration Center Greece

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

€110

Τα Οδοντικά Εμφυτεύματα στην Κλινική Πράξη

Αναστάσιος Τσίρλης,
Καθηγητής ΑΠΘ

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

ΟΒ ΕΚΔΟΣΕΙΣ

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

Νέος κύκλος Μετεκπαιδευτικών Μαθημάτων Εμφυτευματολογίας από την Ε.Ε.Χ.Σ.

Η Ε.Ε.Χ.Σ. διεξάγει νέο Κύκλο Μετεκπαιδευτικών Μαθημάτων Εμφυτευματολογίας για προχωρημένους. Τα μαθήματα θα διαρκέσουν από τον *Σεπτέμβριο του 2020 έως τον Φεβρουάριο του 2021* και περιλαμβάνουν 100 ώρες διδασκαλίας.

Σκοπός του Προγράμματος είναι η πρακτική και κυρίως κλινική εκπαίδευση των συμμετεχόντων σε εξειδικευμένες χειρουργικές τεχνικές για τη διαχείριση του οστικού υποστρώματος πριν από την τοποθέτηση εμφυτευμάτων (ανύψωση του εδάφους του ιγμορείου, τεχνική της διάσχισης, λήψη αυτογενούς οστικού μοσχεύματος, παρασκευή αυτόλογου οστικού μοσχεύματος, τεχνικές προπροσθετικής χειρουργικής κ.ά.). **ΟΙ ΣΥΜΜΕΤΕΧΟΝΤΕΣ ΘΑ ΠΡΑΓΜΑΤΟΠΟΙΗΣΟΥΝ ΟΙ ΙΔΙΟΙ 2 ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΕΣ ΕΠΕΜΒΑΣΕΙΣ Ο ΚΑΘΕΝΑΣ ΣΕ ΔΙΚΟΥΣ ΤΟΥ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΤΗΝ ΚΑΘΟΔΗΓΗΣΗ ΤΩΝ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΩΝ ΤΟΥ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΟΣ.** Δικαίωμα συμμετοχής έχουν μόνο πτυχιούχοι οδοντίατροι οι οποίοι έχουν παρακολουθήσει οπωσδήποτε ένα βασικό πρόγραμμα Εμφυτευματολογίας διάρκειας τουλάχιστον 6 – 12 μηνών

Για το *Σάββατο 24 Οκτωβρίου 2020* έχει προγραμματιστεί η έναρξη του 8ου κύκλου Μετεκπαιδευτικών Μαθημάτων Εμφυτευματολογίας της Ε.Ε.Χ.Σ.

Το Πρόγραμμα έχει διάρκεια 240 ώρες και απευθύνεται σε πτυχιούχους οδοντιάτρους οι οποίοι θα έχουν τη δυνατότητα **ΝΑ ΤΟΠΟΘΕΤΗΣΟΥΝ ΟΙ ΙΔΙΟΙ 5 ΟΣΤΕΟΕΝΣΩΜΑΤΟΥΜΕΝΑ ΕΜΦΥΤΕΥΜΑΤΑ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ** καθώς και να ασκηθούν στην προσθετική επιεμφυτευματική αποκατάσταση με την καθοδήγηση των εκπαιδευτών του Προγράμματος. Η εκπαιδευτική διαδικασία περιλαμβάνει συνεχή θεωρητική εξάσκηση και βιβλιογραφική ενημέρωση, κλινική και ακτινογραφική αξιολόγηση ασθενών, διαμόρφωση σχεδίου θεραπείας, παρουσίαση περιστατικών, παρακολούθηση βιντεοσκοπημένων και ζωντανών χειρουργικών επεμβάσεων, πρακτική εξάσκηση σε μοντέλα γνάθων και κεφαλές χοίρων, κλινική άσκηση σε ασθενείς.

Το Προγράμματα πλαισιώνονται από καταξιωμένους και εξειδικευμένους στο χώρο καθηγητές και κλινικούς οδοντιάτρους, ελληνικών και ξένων πανεπιστημίων της Ευρώπης και της Αμερικής.

Για περισσότερες πληροφορίες παρακαλούμε επισκεφθείτε την ιστοσελίδα της Ε.Ε.Χ.Σ. www.ssos.gr ή επικοινωνήστε τηλεφωνικά με τον κ. Φ. Φραγκίσκο (6945-951699) ή την κ. Π. Παπανικολάου (6977-822154).

Παγκόσμια διάκριση για την Ε.Ο.Ο.

Μια σημαντική διάκριση απέσπασε η Ελληνική Οδοντιατρική Ομοσπονδία (Ε.Ο.Ο.), η οποία βραβεύθηκε για την εκστρατεία ενημέρωσης και ευαισθητοποίησης του κοινού για τη στοματική υγεία, στο πλαίσιο των δράσεων που κάθε χρόνο οι εθνικές οδοντιατρικές ομοσπονδίες σχεδιάζουν και διεκπεραιώνουν με αφορμή την Παγκόσμια Ημέρα Στοματικής Υγείας (ΠΗΣΥ).

Στιγμιότυπο από τη φωταγώγηση της Βουλής με το λογότυπο της ΠΗΣΥ, στο πλαίσιο της καμπάνιας.

Η Ελληνική Οδοντιατρική Ομοσπονδία είχε συμπεριληφθεί στον πίνακα αξιολόγησης υποψηφίων για το βραβείο "Best Media Campaign" για FDI Members και για την WOHD 2020.

Η αρμόδια επιτροπή αξιολογεί το κατά πόσο οι προς κρίσην υποψηφιότητες κατόρθωσαν μέσω της στρατηγικής επιλογής νέων και παραδοσιακών μέσων επικοινωνίας να θέσουν τα μηνύματα που συνοδεύουν την καμπάνια για την ΠΗΣΥ στο επίκεντρο του δημόσιου διαλόγου, συμβάλλοντας κατ' αυτόν τον τρόπο στην ευαισθητοποίηση του κοινού για τη στοματική υγεία και τα οφέλη της.

Το βραβείο "Best Media Campaign" έρχεται ως επιστέγασμα της προσπάθειας της Ε.Ο.Ο. να εφαρμόσει μια πολιτική "εξωστρέφειας" με στόχο να φέρει τους επαγγελματίες της στοματικής υγείας και το κοινό πιο κοντά, προωθώντας τη στοματική υγεία του γενικού πληθυσμού.

CelGro by Orthocell: Αποδεδειγμένη επιτυχία στην καθοδηγούμενη οστική αναγέννηση

Η μεμβράνη CelGro™ προσφέρει εξαιρετική κλινική απόδοση στην καθοδηγούμενη οστική αναγέννηση, χάρη στα μοναδικά χαρακτηριστικά της:

- «Native» Μεμβράνη Κολλαγόνου (native collagen - Non crosslinked or otherwise modified), Διπλής Διαστρωμάτωσης.
- «Οστεοκαθοδηγητική» (osteocoductive): Βοηθά στη δημιουργία έως 26% καλύτερης ποιότητας οστού, από το βασικό ανταγωνιστή & leader της αγοράς (poster P-PB-064, EAO 2019, Lisbon)
- Εύκολος χειρισμός
- «Μέσος» χρόνος απορρόφησης (4-5 μήνες)

(Διαθέσιμη σε μέγεθος 30mm x 40mm).

Προσφορά Γνωριμίας: Η μεγάλη μεμβράνη 30x40 με Έκπτωση 30%!! (από 150+φπα -->105+φπα)

Περισσότερες πληροφορίες:
ADM – 1st Choice Medicals
τηλ. 211 1158340
Για την Κύπρο: (+357) 977 40827

DENTAPEN

Η ΤΕΛΕΙΑ ΕΠΙΛΟΓΗ για το ιατρείο

• ΗΛΕΚΤΡΟΝΙΚΗ ΣΥΡΙΓΓΑ
• ΑΣΥΡΜΑΤΗ
• ΧΩΡΙΣ ΠΡΟΣΠΑΘΕΙΑ • ΧΩΡΙΣ ΠΟΝΟ

Ενδείξεις

Καθημερινή εφαρμογή της τοπικής οδοντικής αναισθησίας

Πλεονεκτήματα και πλεονεκτήματα

• Εργονομική και ελαφριά λαβή 40 gr
• Συμβατή με οποιοδήποτε τύπο βελόνας επιλέξετε
• Δύο διαφορετικές λαβές μας επιτρέπουν να την κρατάμε όπως μια συμβατική σύριγγα ή ως λαβή στυλό
• Ασύρματη, λειτουργεί με μπαταρίες χωρίς πεντάλ ή κονσόλα
• 3 ταχύτητες έγχυσης αναισθητικού για την καλύτερη διαχείριση των ενέσεών σας
• 2 τύποι λειτουργίας (συνεχής ροή ή σταδιακά αυξανόμενη)

Ανταποκρίνεται στις προτιμήσεις των ασθενών σας: σταθερή ροή για τη μείωση του πόνου, καθησυχαστική εμφάνιση.

Ανταποκρίνεται στις ανάγκες σας: άνεση και επαναληψημότητα των ενέσεων σας καθόλη τη διάρκεια της ημέρας.

Αντιστοιχεί στις συνήθειές σας: χωρίς εκπαίδευση, η σύριγγα και η χειρολαβή όπως ενός στυλό, συμβατό με οποιαδήποτε βελόνα.

Συσκευασία

Dentapen kit περιλαμβάνει 5 λαβές συμβατικές, 2 τύπου στυλό, 7 θήκες αναισθητικής φύσιγγας, 3 μπαταρίες και 25 προστατευτικά μιας χρήσεως.

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

TePe®

Υπηρεσία τυπώματος με το λογότυπό σας

33 ΧΡΟΝΙΑ
Φροντίζουμε το χαμόγελο των Ελλήνων

Η υπηρεσία τυπώματος της PLAC CONTROL προσφέρει προϊόντα στοματικής υγιεινής για την προσωπική σας επαγγελματική προώθηση. Η χρήση του λογότυπου είναι μια καταπληκτική ευκαιρία για marketing μέσα στα οδοντιατρεία.

TePe Supreme™ — Τιμή μονάδος 1,00 euro — Τύπωμα στην πίσω όψη.

TePe Nova x-soft / soft / medium — Τιμή μονάδος 0,82 euro — Τύπωμα στην πίσω όψη.

TePe Classic™ x-soft / soft — Τιμή μονάδος 0,62 euro — Τύπωμα στην πίσω όψη.

TePe Select™ x-soft / soft / medium — Τιμή μονάδος 0,62 euro — Τύπωμα στην πίσω όψη.

TePe Select™ Compact (Kid) x-soft / soft / medium — Τιμή μονάδος 0,62 euro — Τύπωμα στην πίσω όψη.

TePe Mini™ x-soft — Τιμή μονάδος 0,62 euro — Τύπωμα στην πίσω όψη.

TePe Implant Care™ — Τιμή μονάδος 1,00 euro — Τύπωμα στην πίσω όψη.

TePe Implant/ Orthodontic Brush — Τιμή μονάδος 0,85 euro — Τύπωμα στην πίσω όψη.

TePe Special Care™ — Τιμή μονάδος 1,00 euro — Τύπωμα στην πίσω όψη.

TePe Compact Tuft™ — Τιμή μονάδος 1,00 euro — Τύπωμα στην πίσω όψη.

TePe Interspace™ — Τιμή μονάδος 2,90 euro — Τύπωμα στην πίσω όψη.

TePe Gentle Care™ xx-soft — Τιμή μονάδος 0,79 euro — Τύπωμα στην πίσω όψη.

TePe Οδοντ/τσα Οδοντοστοιχιών — Τιμή μονάδος 0,60 euro — Τύπωμα στην πίσω όψη.

Made in Sweden

1. Με μελάνι

Η νέα υπηρεσία δίνει τη δυνατότητα να τυπωθεί το όνομά σας, το logo ή το μήνυμά σας σε όποια οδοντόβουρτσα επιθυμείτε.
Το τύπωμα γίνεται με ένα **χρώμα - μπλε σκούρο.** Μπορείτε να βάλετε το σήμα και τα στοιχεία σας σε 1, 2 ή 3 σειρές

ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ **Δρ. Ιωάννης Παππάς** www.pappasdent.gr
ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ **Δρ. Αθανάσιος Παπαδιαμάντης**

ή απλά μόνο τα στοιχεία σας.

ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ **Δρ. Ιωάννης Παππάς** www.pappasdent.gr
ΧΕΙΡΟΥΡΓΟΣ ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΟΣ **ΑΜΑΛΙΑ ΒΑΛΙΑΝΟΥ** Τσιμισκή 25, Θεσσαλονίκη, Τηλ. 2310 204 445

2. Με χρυσή ταινία

Η υπηρεσία παρέχει επίσης τη δυνατότητα τυπώματος του ονόματος κάποιων πληροφοριών σε χρυσό. Τα στοιχεία πρέπει να είναι σε μια σειρά και γραμμένα με μια απλή γραμματοσειρά. **Οι οδοντόβουρτσες στις οποίες τυπώνεται το χρυσό είναι:** TePe Classic™, Select™, Select™ Compact (Kid), Mini™, Implant Care™, Implant/Orthodontic Brush, Special Care™, Compact Tuft™, Interspace™, Gentle Care™ και Οδοντοστοιχιών PR.

Δρ. ΕΥΑΓΓΕΛΟΣ ΔΗΜΟΥ 210 89 66 287
Δρ. ΜΑΡΙΑ ΛΕΧΟΥ 210 33 55 125
SMILE ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ 210 87 42 001

Παραγγελίες

Η παραγγελία σας μπορεί να περιλαμβάνει διάφορες οδοντόβουρτσες. Η κάθε μια έχει minimum ποσότητα τεμαχίων και η τιμή διαμορφώνεται ανάλογα. Οι περισσότερες οδοντόβουρτσες διατίθενται σε διάφορα χρώματα.

1. Οδοντόβουρτσες με κυλινδρική λαβή όπως Tepe Supreme™ και TePe Nova έχουν **minimum παραγγελία 120 τεμάχια με δυνατότητα ανάμιξης.**
2. Οδοντόβουρτσες με πλατιά λαβή TePe Classic™, Select™, Select™ Compact και Mini™ **minimum παραγγελία 150 τεμάχια με δυνατότητα ανάμιξης.**
3. Ειδικές οδοντόβουρτσες με πλατιά λαβή **με δυνατότητα ανάμιξης** για πληροφορίες επικοινωνήστε με την εταιρία.

Για μεγάλες ποσότητες ισχύουν χαμηλότερες τιμές.

Θήκη Ταξιδίου για Μεσοδόντια Βουρτσάκια

Minimum ποσότητα 150 τεμ. — Τιμή μονάδος 0,44 euro

Οδοντόβουρτσα ταξιδίου

Minimum ποσότητα 100 τεμ. — Τιμή μονάδος 0,80 euro
Ποικιλία χρωμάτων

Θήκες οδοντοστοιχειών, ορθοδοντικών και μηχανημάτων

Minimum ποσότητα 100 τεμ. — Τιμή μονάδος 0,90 euro — Τιμή μονάδος 0,70 euro
Ποικιλία χρωμάτων — Οδοντοστοιχειών — ορθοδοντικών

Για πληροφορίες επικοινωνήστε με την εταιρία.
Στις παραπάνω τιμές δεν συμπεριλαμβάνεται 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

Με αφορμή την επικείμενη επέτειο Εθνογένεσης

«...και διηγώντας τα να κλαις»

Του **Φοίβου Προύντζου**

Ο μεμψίμοιρος τίτλος του κειμένου που ακολουθεί απηχεί ίσως και την γενικότερη κατήφεια των ημερών που διανύουμε. Ένας υπερμικροσκοπικός ιός έχει ταρακουνήσει συθέμελα θεωρούμενα αδιασάλευτα υγειονομικά συστήματα, δοκιμάσει την οικονομία κραταιών χωρών και κλονίσει την αίσθηση παντοκρατορίας του ανθρώπου, αποδεικνύοντας ότι ο βρυχηθμός του δεν ήταν παρά επιθανάτιος ρόγχος. Ο παρατεταμένος εγκλεισμός και η αβεβαιότητα για το «αύριο» ανακαλεί την παροδικότητα του «χτες» όμοια με τραίνο που η ατμομηχανή του σέρνει τα βαγόνια του γι΄ αλλού, αλλά ο καπνός της ίδιας πισωστρέφει.

Σε λίγους μήνες -αν έχουμε επιζήσει- γιορτάζοντας τη συμπλήρωση δύο αιώνων από την εθνογένεσή μας, θα έχουμε την ευκαιρία αναστοχαστικά να επαναφέρουμε στην οθόνη του μνημονικού μας και γεγονότα που κάθε φορά για την μια ή την άλλη σκοπιμότητα αντιπαρερχόμαστε.

Πολλά απ΄ αυτά που επιβράδυναν την απελευθέρωση απ΄ τον κατακτητή και η σκιά τους συνόδεψε ανασχετικά τις μετέπειτα εξελίξεις είχαν αφετηρία την αμοιβαία αντιπαλότητα των πρωταγωνιστών τους.

Στα σχολικά μας εγχειρίδια έχουμε διαβάσει πολλά για τις μεγαλοσύνες, αλλά σχεδόν τίποτα για τις μικρότητες, τους φατριασμούς, τις τοπικιστικές διαμάχες και την αδυναμία συνεννόησης μεταξύ τους.

Το νόημα των επετειακών εκδηλώσεων όμως δεν περιορίζεται στην ομαδική μόνο συμμετοχή σε φιέστες. Αποσκοπεί και σε περισυλλογή με προοπτική το μέλλον που είναι ανέφικτη δίχως τη συνολική αποτίμηση των συμβάντων κριτική ανάλυση της αιτιολογίας τους.

Ένας λαός χωρίς γνώση και επίγνωση των λαθών που έγιναν στο παρελθόν τα επαναλαμβάνει στο μέλλον και ιστορικά είναι καταδικασμένος σε εξαφάνιση.

Συνηθίζουμε να λέμε ότι η ιστορία επαναλαμβάνεται σαν φάρσα. Αν επιχειρήσουμε όμως μια αναδρομή στα γεγονότα της εποχής του ’21, οι συνειρμοί θα μας φέρουν στα σημερινά με την πικρή διαπίστωση πως πρόκειται για τραγωδία, τραγωδία διαχρονική που κάθε φορά μόνο τα πρόσωπα αλλάζουν.

Όπως «τότε», έτσι και «τώρα» όταν οι περιστάσεις υπαγορεύουν συστράτευση οι ταγοί μας δεν εναρμονίζουν τον βηματισμό τους κάτω απ΄ την ίδια σημαία.

Οι μισοί βλέπουν μαύρο εκεί που οι άλλοι μισοί διακρίνουν άσπρο, τεντώνοντας το σκοινί αδιάφοροι αν αντέχει. Με ετερόκλητες συμμαχίες από πρόσωπα πολιτικά πεθαμένα μάταια προσπαθούν να κρατήσουν στη ζωή θεσμούς που ψυχορραγούν. Οι «νικητές» βαφτίζουν όσιο το ανόσιο και οι «νικημένοι» αδημονούν από διωκόμενοι να γίνουν διώκτες με το γύρισμα του τροχού. Οι λιγοστές περιπτώσεις εκεχειρίας που μπαίνουν στην άκρη οι διαφορές για να αντιμετωπίσουν κοινό κίνδυνο είναι αναλαμπές που σβήνουν σύντομα. Μόλις ο κίνδυνος παρέλθει ξαναθυμούνται τις διαφορές και συνεχίζουν τις εχθροπραξίες.

Θα νόμιζε κανείς ότι η φαγωμάρα που οδήγησε τον Διον. Σολωμό σε μια από τις 158 στροφές του Ύμνου εις την ελευθερία να γράψει «αν μισούνται ανάμεσά τους, δεν τους πρέπει ελευθεριά» είναι παθογένεια καταγωγική και όχι επείσακτη. Δεν είναι ίσως τυχαίο ότι σαν λαός έχουμε καταφέρει να βλέπουμε σαν τόπο διχόνοιας ακόμη και την πλατεία Ομόνοιας.

Όλοι ίσως το καλό της πατρίδας ήθελαν, αλλά ο καθένας με τον δικό του τρόπο έχει πει σε ομιλία του στην Πνύκα ο Κολοκοτρώνης και αλήθεια είναι ότι τρία μόλις χρόνια μετά την εξέγερση του ’21 η μέχρι τότε μισοαπελευθερωμένη χώρα είχε ήδη ταυτόχρονα δύο αλληλομαχόμενες κυβερνήσεις. Το πρόσωπο που τον Γενάρη του 1822 είχε διαβάσει επίσημα

> *...Ο καθένας διατηρεί*
> *το δικαίωμα να έχει την άποψή του*
> *αρκεί αυτή να συμφωνεί*
> *με την δική μου*
>
> Κάφκα (Η Δίκη)

την διακήρυξη ανεξαρτησίας δεν προερχόταν απ΄ τους μπαρουτοκαπνισμένους που είχαν ματώσει γι΄ αυτήν. Ερχόταν απ΄ έξω σπουδαγμένος, αλλά χωρίς να έχει μυρίσει ποτέ μπαρούτι σε κάνη ντουφεκιού. Απόλεμο το ίδιο με τις εξουσίες του πολέμου στα χέρια του την μοναδική φορά που τέθηκε επικεφαλής οδήγησε τους Έλληνες και Φιλέλληνες σε συντριβή στο χουνέρι της μάχης του Πέτα.

Δυστυχώς το αντιζύγιασμα πολιτικάντη και μαχητή είναι σαραφιάτικο. Στην εξουσία δεν φτάνουν όσοι μάτωσαν αλλά κείνοι που ραδιούργησαν και όσα είχαν κερδηθεί με αίμα χάνονται από μελάνι.

Από τα οχτώ περίπου χρόνια Αγώνα για την ανεξαρτησία τα μισά περίπου σπαταλήθηκαν σε «αγώνες» με τα όπλα Ελλήνων στραμμένα κατά συνελλήνων.

Πολλοί από τους εθνικούς μας ήρωες δεν «πήγαν» από βόλι εχθρικό σε πεδίο μάχης. Εξοντώθηκαν ανελέητα από ομόφυλους, ομόγλωσσους και ομόθρησκους. Σπουδαίοι αγωνιστές σύρθηκαν στις φυλακές χλευαζόμενοι από συμπολεμιστές, ενώ άλλοι που είχαν δώσει την ψυχή τους για την πατρίδα γεύτηκαν απ΄ αυτήν το φαρμάκι της καταφρόνιας.

Τα χέρια των Μαυρομιχαλαίων εκτέλεσαν στο Ναύπλιο τον πρώτο κυβερνήτη του νεοσύστατου κράτους που είχε κληθεί να το οργανώσει αλλά το όνειδος έχει διάσταση εθνική. Όταν ο Αυγουστίνος κυνηγημένος απ΄ τον Κωλέτη έφυγε για την Κέρκυρα παίρνοντας μαζί του το ταριχευμένο λείψανο του αδικοχαμένου αδελφού του δεν βρήκε στην γενέτειρά του πρόθυμα χώματα να το δεχτούν με τις τιμές που του άξιζαν. Οι αρχές προφασιζόμενες πληροφορίες για ταραχές δεν επέτρεψαν η ταφή να γίνει στο φως της ημέρας. Έτσι «το φέρετρον διεκομίσθη κατά τας προχωρημένας νυκτερινάς ώρας δια μέσου της κοιμωμένης και αγνοούσης το γεγονός πόλεως με μόνην συνοδείαν την ώρα της ταφής του αδελφούς του και νεκρικά φώτα τους λαμπυρισμούς των άστρων».

Έλληνες δικαστές έβαλαν την υπογραφή τους στη ντροπιαστική απόφαση που έκρινε ένοχους για εθνική προδοσία τους Κολοκοτρώνη και Πλαπούτα με τον Κωλέτη να απαιτεί άμεση εκτέλεσή τους.

Στημένο απ΄ τον Μαυροκορδάτο ήταν το «στρατοδικείο» που κήρυξε τον Καραϊσκάκη «επίβουλο προδότη της πατρίδος του» και καλοπληρωμένοι παρακεντέδες του Γκούρα γκρέμισαν απ΄ την Ακρόπολη τον «επικηρυγμένο» απ΄ την Κυβέρνηση Ανδρούτσο. Ανοσιούργημα αντεθνικό παραμένει η αποσιωπημένη πυρπόληση του Εθνικού στόλου από τον Μιαούλη στον Πόρο και γιός του Κούτση Βγένη ήταν ο Γιάννης που σημαδεύοντας στο ανοιχτό παράθυρό της την Μπουμπουλίνα την άφησε στον τόπο στις Σπέτσες.

Με υπόδειξη Υδραίων πλοιοκτητών και ανοχή του Υψηλάντη δολοφονήθηκε στον Ξεριά του Άργους ο Αντώνης Οικονόμου, από Κουμανιώτες πρόκριτους στην Μονή Ομπλού ο Παναγιώτης Καρατζάς και από τον εταίρο του Δημητρόπουλο στα μουλωχτά ο Φιλικός Γαλάτης στην Ερμιόνη.

Ρουμελιώτικο ήταν το λεφούσι μισθοφόρων που σαν βάρβαρος κατακτητής γονάτισε τον Μοριά για να τον αποτελειώσει ο Ιμπραήμ βρίσκοντας τον πολεμικά ανέτοιμο με τους ηγέτες του φυλακισμένους σε εκκλησιαστικό χώρο διαμορφωμένο σε κελί με κάγκελα στην Ύδρα.

Αποτροπιασμό προκαλεί η μεταχείριση του Νικηταρά που τυφλώθηκε φυλακισμένος στην Αίγινα και πέρασε τα στερνά του στον Πειραιά ζητιανεύοντας μπροστά στην Ευαγγελίστρια με σκεπασμένο το πρόσωπο για να μην τον αναγνωρίζουν οι περαστικοί.

Μαύρη – κατάμαυρη σελίδα στην ιστορία της εκκλησιαστικής ηγεσίας παραμένει ο αφορισμός των πρωτεργατών της εξέγερσης και κατράμι η Πατριαρχική εγκύκλιος προς τους εξεγερμένους με την απειλή ότι έρχονταν σε αντίθεση με το θέλημα του Θεού που τους είχε στείλει για κράτος τους το Οθωμανικό με βασιλιά τον Σουλτάνο.

Συμπολεμιστής του Κολοκοτρώνη υπήρξε ο Κανέλος Δεληγιάνης που σε ηλικία εβδομηντατεσσάρων ετών στα απομνημονεύματά του έγραψε γι΄ αυτόν το λίβελο: «Ποιος Κολοκοτρώνης; Από παιδείαν; Από γνώσεις επιστημονικάς, από νουν, από φώτα ή από αγωγήν που δεν είχεν; Γίνεται ποτέ άνθρωπος αναλφάβητος, θρασύδειλος, κούφος, να οινοποτεί μάλιστα άνδρας των αιώνων ή του Αγώνος; Και η Κοσκινού τον άνδρα της με τους πραγματευτάς;»

Προσπάθησα «ιχνηλατώντας» σε παρασιωπημένες σελίδες της ιστοριογραφίας να ανασύρω μερικά μόνο ζοφερά συμβάντα απ΄ την περίοδο του ’21, με πρόθεση την αυτογνωσία σε μέρες προετοιμασίας για την Εθνική μας επέτειο που συμπίπτει με την προσπάθεια ανασυγκρότησης της χώρας μας μετά τον κορωνοϊό.

Ο κόσμος που ξέραμε έχει τελειώσει και αυτός που θα τον διαδεχτεί μας είναι άγνωστος. Σε κάθε περίπτωση όμως, η επόμενη μέρα θα πρέπει να ξημερώσει μέσα από νέα οπτική. Δίχως το βάρος των παλαιών διχασμών με βάση τις μεταξύ μας σχέσεις.

Ο Βιργίλιος οδηγώντας τον Δάντη στην Κόλαση με την προτροπή του «κοίτα και προσπέρνα» του συνιστούσε έμμεσα να κάνει γρήγορα, γιατί τον περιμένουν χειρότερα.

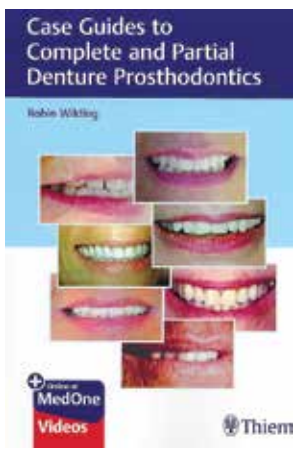
Στον δικό μας δύσκολο δρόμο δεν θα υπάρξουν ίσως χειρότερα αν ο καθένας μας μελετώντας κριτικά την ιστορία μας αποκτήσει αυτογνωσία μαθαίνοντας να θεωρεί εθνικό ότι είναι αληθινό. Η εθνική μας ύπαρξη απαιτεί συνύπαρξη που προϋποθέτει υπέρβαση ατομικότητας. Το στοίχημα της επιστροφής στην «κανονικότητα» δεν κερδίζεται αν στο ιστορικό μας πάνθεο, δίπλα σ΄ αυτούς που «πληρώθηκαν» δεν βρεθούν κι αυτοί που «πλήρωσαν» για την ανέγερσή του.

Διαφορετικά με αναπαραγωγή στερεότυπων από τηλεοπτικούς παραθυρόβιους που ευαγγελίζονται το «εμείς» έχοντας για προσωπικό ευαγγέλιο το «εγώ», θα έχει χαθεί μια ακόμη ευκαιρία για ένα βήμα μπροστά. Πολύ περισσότερο αν αρκεστούμε σε πανηγυρικούς από μονοπωλητές πατριωτισμού που παραπέμπουν σε άλλες εποχές επικαιροποιώντας το στίχο του Κώστα Βάρναλη *«Τα πάντα πράξε και πάντα πούλα / αν έχεις του εθνικόφρονα τη Βούλα / τα πάντα πράξε και τα πάντα φτύσε / μονάχα μαύρε μου κόκκινος μην είσαι»*.

ΒΙΒΛΙΟΚΡΙΣΙΑ

Case Guides to Complete and Partial Denture Prosthodontics

By **Robin Wilding**
Εκδόσεις Thieme 2020.



Κλινικός οδηγός (130 σελίδων), κατηγοριοποίησης περιστατικών μερικής και ολικής νωδότητας.

Το πιο ενδιαφέρον στοιχείο αυτού του οδηγού, σε σχέση με παλαιότερους, είναι η καταγραφή των οδηγιών προς το συνεργάτη Οδοντοτεχνολόγο, θέτοντας έτσι τις βάσεις για καλύτερη επικοινωνία. Χάρη στις γνώσεις και την κλινική εμπειρία του συγγραφέα, το βιβλίο δε σταματά απλώς στις οδηγίες. Στόχος του είναι η κατανόηση των κλινικών και εργαστηριακών σταδίων σε όλες τις πιθανές περιπτώσεις της κατασκευής κινητής προσθετικής αποκατάστασης. Όπως δηλώνει και ο ίδιος ο συγγραφέας στον πρόλογό του, ο αριθμός των βιβλίων που σχετίζονται με προσθετικές αποκαταστάσεις στηριζόμενες σε εμφυτεύματα συνεχώς αυξάνεται. Επιπλέον, ολοένα και περισσότερο φθίνει η θεωρητική εκπαίδευση των φοιτητών Οδοντιατρικής και δίνεται έμφαση στην πρακτική εξάσκηση.

Σε αυτό το βιβλίο περιγράφονται βήμα προς βήμα τα κλινικά στάδια, ξεκινώντας από τα αυτονόητα μέχρι τα «μυστικά» της καθημερινής κλινικής πράξης που αποτελούν δομικές αρχές επιτυχίας οποιασδήποτε προσθετικής παρέμβασης στο στόμα. Ύστερα από το βασικό μέρος περιγραφής των κλινικών σταδίων, ακολουθεί παράρτημα λεπτομερούς παρουσίασης όλων των οδοντοτεχνικών παραμέτρων σε περίπτωση που ο οδοντίατρος θέλει να εντρυφήσει στην ορθή κατασκευή ολικών οδοντοστοιχιών.

Ως κλινικός οδηγός, όλες οι περιγραφές υποστηρίζονται από την αντίστοιχη φωτογραφική παρουσίαση (66 φωτογραφίες και 25 σχήματα), που ενθαρρύνει τον κάθε κλινικό να εισάγει την Οδοντιατρική φωτογραφία στην κλινική καθημερινότητα, ανεξαρτήτως των μέσων που διαθέτει.

Συμπερασματικά πρόκειται για ένα πολύ χρήσιμο βιβλίο που θα αποτελέσει πολύτιμο βοηθό σε όλα τα στάδια της Οδοντιατρικής καριέρας, από φοιτητές Οδοντιατρικής μέχρι έμπειρους κλινικούς, καθώς μπορεί να μελετηθεί ξανά και ξανά, ανακαλύπτοντας κάτι καινούριο κάθε φορά.

Θεοδώρα Διαμαντάτου
Οδοντίατρος-Προσθετολόγος

Ρωτήστε τον τεχνικό

Επιλέγοντας οδοντιατρική μονάδα

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

Η αγορά οδοντιατρικής μονάδας εκτός από τη χαρά που δίνει σε κάθε οδοντίατρο, αποτελεί μια καθοριστική πράξη για το μέλλον του. Ο νέος οδοντίατρος πρέπει να προσέξει όλα εκείνα τα στοιχεία που θα τον διευκολύνουν στη δουλειά του, θα του μειώσουν το άγχος κατά την αρχή της καριέρας του, αλλά και θα δημιουργήσουν ένα όμορφο εργασιακό περιβάλλον τόσο για τον ίδιο όσο και για τους ασθενείς του.

Για τον έμπειρο οδοντίατρο έρχεται κάποια στιγμή η ώρα, που η «κουρασμένη» έδρα του βγάζει φθορές και προβλήματα που προστίθενται στην ήδη υπάρχουσα κούραση του, με όχι και …ασήμαντο κόστος. Ταυτόχρονα, μετά από 15 - 20 χρόνια δουλειάς, ο οδοντίατρος χρειάζεται μια αλλαγή για τον ίδιο αλλά και για τους ασθενείς του.

Κριτήρια επιλογής οδοντιατρικής μονάδας

• **Εργονομία:** Πρόκειται για τον πιο σημαντικό παράγοντα. Η άνετη και **απρόσκοπτη πρόσβαση** στα κοπτικά, τη σιελαντλία, τον προβολέα, αλλά και η σωστή θέση εργασίας, βοηθούν τον οδοντίατρο στο να επικεντρωθεί στο θεραπευτικό του έργο.

Η **μεγάλη ταμπλέτα** επιτρέπει στον οδοντίατρο να έχει κοντά του όλα τα απαραίτητα εργαλεία που χρειάζεται σε κάθε περιστατικό ενώ η ταμπλέτα βοηθού είναι σημαντική καθώς δίνει στον βοηθό τη δυνατότητα να ρυθμίζει τη θέση της έδρας, να έχει τον έλεγχο του πτυελοδοχείου, του ποτηριού καθώς και του κουδουνιού.

Ο προβολέας LED νέας τεχνολογίας θεωρείται πλέον απαραίτητος, καθώς παρέχει άπλετο και σωστό φωτισμό της στοματικής κοιλότητας, επιδέχεται ρύθμιση της θερμοκρασίας χρώματος, και ταυτόχρονα δεν κουράζει τον ασθενή.

Σημαντικό ρόλο παίζει και **η καρέκλα του οδοντίατρου** μια και η σωστή θέση του σώματος, θα τον γλιτώσει από πιθανά μυοσκελετικά προβλήματα. Ένα οδοντιατρικό καρεκλάκι, εκτός από λειτουργικότητα πρέπει να έχει και αντοχή, μιας και επιβαρύνεται αρκετά κατά τη χρήση του.

• **Αξιοπιστία:** Σχετίζεται με το **εργοστάσιο παραγωγής,** το οποίο εξασφαλίζει τη ποιότητα κατασκευής και πολλές φορές είναι ανεξάρτητο από τη χώρα κατασκευής, μιας και αρκετά μέρη ή τμήματα του μηχανήματος, μπορεί να κατασκευάζονται σε διαφορετικές χώρες. Πολύ σημαντικό ρόλο παίζει και ο **αποκλειστικός αντιπρόσωπος** στην Ελλάδα, που θα εγγυηθεί τη σωστή εγκατάσταση και την απρόσκοπτη υποστήριξη και συντήρηση του μηχανήματος, με άμεση ανταπόκριση σε πιθανές βλάβες του μέλλοντος.

• **Αισθητική:** Οι σύγχρονες αισθητικές απαιτήσεις πρέπει να συνδυάζονται με τη ποιότητα των υλικών, τόσο στα πλαστικά μέρη του μηχανήματος όσο και στο δέρμα ή τη δερματίνη της έδρας, για να απολαμβάνετε το ίδιο αισθητικό αποτέλεσμα και τα …επόμενα χρόνια.

• **Κόστος:** Τις εποχές που ζούμε, το κόστος παίζει σημαντικό ρόλο, πάντα σε συνάρτηση με την ποιότητα του οδοντιατρικού μηχανήματος και χρειάζεται μια **δυναμική ισορροπία** ανάμεσά τους. Ταυτόχρονα δεν πρέπει να ξεχνάμε και το **πιθανό κόστος των ανταλλακτικών** που θα χρειαστούν τα επόμενα χρόνια.

Η επιλογή ενός οδοντιατρικού μηχανήματος χρειάζεται ιδιαίτερη προσοχή, για να σας συντροφεύει **η χαρά της αγοράς για πολλά …πολλά χρόνια.!!!**

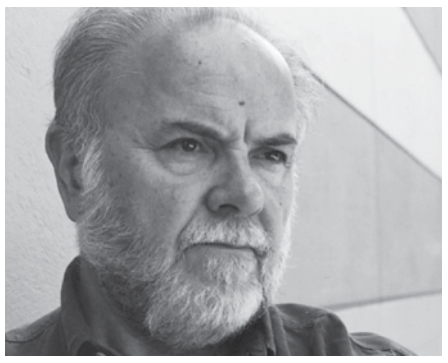
*Για περισσότερες διευκρινίσεις μπορείτε να επικοινωνήσετε μαζί μας στο **210 7777936** ή να μας στείλετε τις απορίες σας στο **unimedica.hellas@gmail.com***

Αναζήτησεις Λόγου και Τέχνης

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

Σύγχρονοι Έλληνες Ποιητές 5

Μιχάλης Γκανάς



Γεννήθηκε στον Τσαμαντά Θεσπρωτίας το 1944 και έζησε τα πρώτα χρόνια της ζωής του σε χώρες της Ανατολικής Ευρώπης. Φοίτησε στη Νομική Σχολή του Πανεπιστημίου Αθηνών. Εργάστηκε ως βιβλιοπώλης, ως επιμελητής τηλεοπτικών και ραδιοφωνικών εκπομπών και ως κειμενογράφος. Πολλά ποιήματά του έχουν μελοποιηθεί από σημαντικούς Έλληνες και ξένους μουσικοσυνθέτες όπως ο Μίκης Θεοδωράκης, ο Θανάσης Γκαϊφύλλιας, ο Δημήτρης Παπαδημητρίου, ο Ara Dinkjian, κ.ά. Το 1994 τιμήθηκε με το Β΄ Κρατικό Βραβείο ποίησης για το έργο του Παραλογή και το 2011 βραβεύτηκε για το σύνολο του ποιητικού του έργου από την Ακαδημία Αθηνών.

Ποίηση
- Χριστουγεννιάτικη ιστορία, Μελάνι, 2014
- Ποιήματα 1978-2012. Αθήνα, Μελάνι, 2013.
- Ο Άψινθος. Αθήνα, Μελάνι, 2012.
- Γυναικών: μικρές και πολύ μικρές ιστορίες. Αθήνα, Μελάνι, 2010.
- Μητριά πατρίδα: αφήγημα. Αθήνα, Μελάνι, 2007. (1η έκδ.: Κείμενα, 1981) (Επανέκδοση: Καστανιώτης, 1989)
- Μαύρα λιθάρια. Αθήνα, Καστανιώτης, 2007. (1η έκδοση: Κείμενα, 1980) (Επανέκδοση: Καστανιώτης, 1993)
- Άσμα ασμάτων. Αθήνα, Μελάνι, 2005.
- Γυάλινα Γιάννενα: ποιήματα. Αθήνα, Καστανιώτης, 2004.
- Ο ύπνος του καπνιστή. Αθήνα, Καστανιώτης, 2003.
- Στίχοι. Αθήνα, Μελάνι, 2002.
- Τα μικρά: 1969-1999: άγνωστα και γνωστά ποιήματα. Αθήνα, Καστανιώτης, 2000.
- Ακάθιστος δείπνος. Αθήνα, Καστανιώτης, 1994. (1η έκδοση: Κείμενα, 1978)
- Παραλογή. Αθήνα, Καστανιώτης, 1993.

Άλλες Εκδόσεις *(Συλλογικά έργα)*
- Τα ποιήματα του 2007. Αθήνα, Κοινωνία των (δε)κάτων, 2008.
- Μέρες ποίησης: Θερινό ηλιοστάσιο 2007: «Διαδρομές». Αθήνα, Γαβριηλίδης, 2007.
- Σωτήρης Σόρογκας: προσεγγίσεις στη ζωγραφική του. Αθήνα, Ελληνικά Γράμματα, 2007.
- Τα ποιήματα του 2006. Αθήνα, Κοινωνία των (δε)κάτων, 2007.
- Ο δρόμος για την Ομόνοια. Αθήνα, Καστανιώτης, 2005.
- Μικρή ζωολογία. Αθήνα, Πατάκης, 1998.
- Santé: 15 συγγραφείς και ένα μυθικό τσιγάρο. Αθήνα, Ύψιλον, 1998.
- Ανθοδέσμη: ποιήματα και τραγούδια για μια νύχτα. Αθήνα, Άγρα, 1993.
- Ποίηση. Αθήνα, Καστανιώτης, 1975.

Μεταφράσεις έργων του
Στα αλβανικά:
- Ganas, Mihalis. Shiu i zbathur: poezi. [tr.by]: Niko Kacalidha. Tiranë: Toena, 2008.

Στα γαλλικά:
- Ganas, Mihàlis. Ballade. [tr.by]: Michel Volkovitch. Paris: Desmos / Cahiers grecs, 1996.
- Ganas, Michalis. Pierres noirs. [tr.by]: Michel Volkovitch. Paris: Cahiers grecs, 1995.

Στα γερμανικά:
- Ganas, Michalis. Gläsernes Jannena. [tr.by]: Nelly Weber. Köln: Romiosini Verlag, 1995.
- Ganas, Michalis. Stiefmutter Heimat: eine Erzählung und Gedichte. [tr.by]: Nelly Weber. Köln: Romiosini Verlag, 1985.

Βουβά χτυπήματα

Είναι κάτι να ξέρεις τις δυσκολίες σου,
ν΄αρθρώνεις την ψυχή σου
σαν δύσκολο σταυρόλεξο,
πότε κάθετα πότε οριζόντια,
περνώντας κάθε τόσο
από μεγάλα σκοτεινά τετράγωνα,
σκοντάφτοντας πάνω σε ξεχασμένους φίλους.
Επιφυλακτικοί συνήθως και κάποτε ανειλικρινείς,
γεμάτοι σημάδια από βουβά χτυπήματα.
Ρωτάς πώς έγινε
άλλος σου λέει πως γλίστρησε στο μπάνιο,
άλλος σου λέει πως γλίστρησε στο δρόμο,
γέμισε ο τόπος πεπονόφλουδες.

Το μπλε που σε τυλίγει

Το μπλε που σε τυλίγει
είναι η στάχτη
του καμένου χρόνου.
Φυσάει ένας αέρας,
φέρνει φωτογραφίες και τετράδια.
Από τα κάτω χρόνια.
Εδώ γελάς, εδώ σωπαίνεις,
εδώ σας πήρανε με φλας
φοράς το μαύρο φωτοστέφανο.
Το μπλε που σε τυλίγει
είναι το φως
που εκτοπίζει ο θάνατος.
Κανένας δεν το βλέπει.
Κι όμως υπάρχει
και πληθαίνει.

Άντεια Φραντζή

Η Καλλιόπη-Άντεια Φραντζή γεννήθηκε στην Αθήνα το 1945. Είναι Ελληνίδα ποιήτρια, φιλόλογος και πανεπιστημιακός.
Είναι απόφοιτος του Αμερικανικού Κολλεγίου Ελλάδος (Pierce College). Σπούδασε στο Τμήμα Ιστορίας και Αρχαιολογίας του Πανεπιστημίου Αθηνών και είναι διδάκτωρ της Νεοελληνικής Φιλολογίας με μεταπτυχιακές σπουδές στο Πανεπιστήμιο Παρίσι IV στην Σορβόννη. Δίδαξε Νεοελληνική Λογοτεχνία στο τμήμα Φιλολογίας του Πανεπιστημίου Θεσσαλονίκης (1985-2012). Έκτοτε είναι ομότιμη καθηγήτρια στο ίδιο πανεπιστήμιο. Συνεργάστηκε με το τμήμα Θεάτρου του ΑΠΘ και διετέλεσε προσκεκλημένη καθηγήτρια στο Τμήμα Βυζαντινών και Νεοελληνικών Σπουδών του Πανεπιστημίου της Κύπρου. Εργάστηκε ερευνητικά στο New York University και στο Columbia University της Νέας Υόρκης, Η.Π.Α. Στα γράμματα εμφανίστηκε το 1975 με την συμμετοχή της στην ποιητική συλλογή «Ποίηση 7» (Μετά τη σιωπή). Υπήρξε τακτική συνεργάτρια και συμμετείχε στην συντακτική επιτροπή του περιοδικού Αντί από το 1975 έως την διακοπή της έκδοσής του το 2008. Έχει επιμεληθεί ειδικά τεύχη αφιερώματα και από το 1982 έως το 1985 είχε την ευθύνη για τη σειρά «Νεοελληνικές ψηφίδες» των εκδόσεων «Πολύτυπο». Από το 1995 έως το 2008 συμμετείχε στην οργανωτική επιτροπή και συντόνισε την έκδοση Αίμος. Ανθολογία Βαλκανικής Ποίησης, (6 τόμοι στις εξής γλώσσες: αλβανικά, βοσνιακά, βουλγαρικά, ελληνικά, ρουμανικά, σερβικά), εκδ. «Φίλοι του περιοδικού Αντί», 2006-2008. Είναι μέλος του Σωματείου «Θεατρική Συντεχνία», της «Εταιρείας Συγγραφέων», της Πολιτιστικής Εταιρείας «Οι φίλοι του περιοδικού Αντί», της μη κερδοσκοπικής Εταιρείας «Μανόλης Αναγνωστάκης» και των «Αρχείων Σύγχρονης Κοινωνικής Ιστορίας».

Ποίηση
- Ποίηση 7 (Συλλογική έκδοση), «Μετά τη σιωπή», σ.75 - 85, Αθήνα, Καστανιώτης, 1975.
- Η περιπέτεια μιας περιγραφής, Θεσσαλονίκη, Εγνατία-Τραμ,1978.
- Μεταποίηση υλικών, Θεσσαλονίκη, Μπαρμπουνάκης, 1982.
- Μεταγραφή ημερολογίου, Αθήνα, Βιβλιοπωλείον της Εστίας, 1984.
- Σχεδόν αίνιγμα, Αθήνα, Υάκινθος, 1987.
- Στεφάνι, Αθήνα, Κέδρος, 1993.
- Τελετή στο κύμα, Αθήνα, Νεφέλη, 2002.
- Φευγαλέα. Ποιήματα 1975-2010, Αθήνα, Ύψιλον/Βιβλία, 2010.
- 7 Νυχτερινά Σονέτα + 1 Στροφή, (εκτός εμπορίου), Αθήνα, Ενδυμίων, 2012.
- Στιχάρι, Αθήνα, Γαβριηλίδης, 2014.

Παιδικό βιβλίο
- Η αχιναλεπού, Αθήνα, Γνώση,1985

Δοκίμια και φιλολογικές μελέτες
- Ούτως ή άλλως: Αναγνωστάκης, Εγγονόπουλος, Καχτίτσης, Χατζής, Αθήνα, Πολύτυπο, 1988.
- Ερωτικές μεταμορφώσεις: Αντίδωρο στην Μάτση Χατζηλαζάρου, Αθήνα, Πολύτυπο, 1989.
- Μισμαγιά: Ανθολόγιο Φαναριώτικής ποίησης, Αθήνα, Βιβλιοπωλείον της Εστίας, 1993, Δεύτερη έκδοση, 2008.
- Έντουαρντ Έβερετ: Σελίδες ημερολογίου από την Ελλάδα του 1819, Αθήνα, Τροχαλία, 1996.
- Μ. Καραγάτσης: Περιπλάνηση στον κόσμο. Ταξιδιωτικές εντυπώσεις, (Επιλογή, εισαγωγή, επιμέλεια), Αθήνα, Βιβλιοπωλείον της Εστίας, 2002.
- Έμενε ποίημα: Μια περιδιάβαση στο ποιητικό «δάσος» της Ελένης Βακαλό, Αθήνα, Νεφέλη, 2005.
- Μ. Καραγάτσης, Ο κίτρινος φάκελλος, (εισαγωγή), Αθήνα, Βιβλιοπωλείον της Εστίας, 2008, σ. 13-27.

της καρδιάς

Μ' έκλεισαν μέσα στο στήθος μου
που ψάλλει αηδόνι
που τρέμει σπουργίιτι.
Ανοίγω τώρα το στήθος μου
μέσα απ' το στέρνο μου
μια πέτρα κατρακυλάει
χτυπά την καρδιά μου.
Το αηδόνι σπαθίζω
το σπουργίτι τσακίζω
η καρδιά μου κλωτσάει
σπαράζει..

της λύπης

στην Κατερίνα Αγγελάκη-Ρουκ

Στη μεγάλη χώρα της λύπης
συνάντησα τη μάγισσα Λυπιού.
Κρατούσε στα χέρια της το μήλο
της αμαρτίας και φύτρωναν στους ώμους της
τα φτερά της ελπίδας.
Η ποίηση έλαμπε στο πρόσωπό της
κι ένα φωτοστέφανο την τριγύριζε
και την έκανε αγνή ξανά.
Της λύπης η λάμψη
φώτιζε τόν δρόμο προς τον αγαπημένο μου
σημάδι βάζοντας την άμμο της θάλασσας
που γράφει και σβήνει
που ζει και πεθαίνει
ζωή στην άλλη ζωή
πέρα απ' τα κύματα.

της φυγής

Μαζεύω τώρα τα χαρτιά, τα βιβλία,
τα όνειρα δεν ξέρω πού να τ' ακουμπήσω.
Να τα κάψω θα μείνουν οι στάχτες τους
να στοιχειώνουν τις νύχτες μου.
Το φεγγάρι θ' ανοίγει τις σκόρπιες σελίδες
θα φωτίζει τα όνειρα θα γίνουν
άγνωστες όλες οι λέξεις.
Όποιο χαρτί και να σκίσω
όποιο βιβλίο και να σβήσω
'αρρητα όνειρα θα τριγυρίζουν φαντάσματα
τις μέρες και τις νύχτες μου.
Θα με σκοτώσουν ή θα τα σκοτώσω.

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

Η **νέα παγκόσμια κορυφή** στην ψηφιακή αποτύπωση

CEREC® Primescan

ΑΝΟΙΧΤΟ Σύστημα

ΧΩΡΙΣ Ετήσια Συνδρομή

Ασυναγώνιστη ταχύτητα

Τιμή από €6.000*

Βάθος σάρωσης 20mm

50.000 images/sec

One visit dentistry

- **Ταχύτητα**
  Μονή στεφάνη ζιρκονίου σε 5'
- **Άνεση**
  Οθόνη αφής
- **Ευελιξία**
  Η μεγαλύτερη γκάμα υλικών
- **Ποιότητα**
  Εξαιρετική εφαρμογή

Κοπτικό ιατρείου CEREC Primemill

Ζιρκόνιο σε μια συνεδρία!

Παγκόσμια καινοτομία
Φούρνος ιατρείου

*Με το πρόγραμμα χρηματοδότησης της

DENTICA
210-7488333

ΓΕΝΙΚΗ ΑΝΤΙΠΡΟΣΩΠΕΙΑ της Dentsply Sirona

www.dentica.gr