ISSN: 2585-2868

Οδοντιατρικο Βημα

ΔΙΜΗΝΙΑΙΑ ΕΚΔΟΣΗ | Σκουφά 64 106 80 Αθήνα | Τηλ. 210 3814 939 | Fax 210 3803 327 | e-mail: odvima@otenet.gr | www.odvima.gr | ΝΟΕΜΒΡΙΟΣ-ΔΕΚΕΜΒΡΙΟΣ 2020 | ΤΕΥΧΟΣ 137

Οι μηχανικοί παράγοντες που διέπουν την κατασκευή των ακινήτων προσθέσεων και τα εμφυτεύματα

Διαχρονικά αλλά και ιστορικά, κάθε επαναστατική αλλαγή η οποία εισηγείται νέα επιστημονικά θέσφατα, εκ παραλλήλου, γεννά ερωτήματα και σκέψεις. Πόση γνώση άραγε αποκομίζει ο σημερινός φοιτητής και αυριανός οδοντίατρος από την ακαδημαϊκή φοίτηση και διδασκαλία, για τις δυνάμεις π.χ. που επενεργούν κατά τη διάρκεια της μάσησης και των λοιπών λειτουργικών κινήσεων της κάτω γνάθου; Πόση γνώση, άραγε, για τους ίδιους λόγους, αποκομίζει αναφορικά με τους μηχανικούς παράγοντες που διέπουν την κατασκευή των ακινήτων προσθέσεων; Μήπως τα σημερινά δεδομένα καθιστούν περιττή, άρα και κουραστική, την παραπάνω γνώση; Τα δύο πρώτα ερωτήματα αποτελούν το κεντρικό θέμα της δημοσίευσης των **Βύρωνα Δρούκα**, Καθηγητή ΕΚΠΑ και **Απόστολου Σταθόπουλου** Επικ. Καθηγητή ΕΚΠΑ. Ο σκοπός όμως της ανασκόπησης, μεταξύ άλλων, είναι η υπενθύμιση αρχών που, για διάφορους λόγους, έχουν παραμείνει εκτός διδασκαλίας. ***Σελ. 6-12***

Εξωστρέφεια, Ενημέρωση, Συνεργασία

Το 30ο Πανελλήνιο Συνέδριο Στοματικής και Γναθοπροσωπικής Χειρουργικής (Haoms 2021) θα πραγματοποιηθεί από τις **22 έως τις 24 Ιανουαρίου 2021**, διαδικτυακά.

Για τις προκλήσεις και τα πλεονεκτήματα του επόμενου Haoms, τους βασικούς άξονες του συνεδρίου αλλά και όλα όσα θα αποκομίσουν οι σύνεδροι μιλάει στο Οδοντιατρικό Βήμα ο πρόεδρος της οργανωτικής επιτροπής Haoms 2021, κ. **Σταύρος Τομπρής** MD, PhD, DDS, Διευθυντής Κλινικής Στοματικής και Γναθοπροσωπικής Χειρουργικής Ευρωκλινικής Αθηνών. ***Σελ. 29-31***

Μια νεωτεριστική προσέγγιση για τη διάγνωση και τον καθορισμό της ενεργού φάσης των περιοδοντικών και περιεμφυτευματικών νόσων

Παραδοσιακά η διάγνωση της περιοδοντικής κατάστασης ενός ασθενή στηρίζεται σε κλινική και ακτινογραφική εξέταση. Το βασικό μειονέκτημα των παραπάνω μεθόδων, είναι ότι αξιολογούν αναδρομικά την περιοδοντική καταστροφή, χωρίς να είναι σε θέση να δώσουν πληροφορίες για την ενεργότητα της νόσου ή την μελλοντική της εξέλιξη. Μια εναλλακτική προσέγγιση από τον Χειρουργό Οδοντίατρο **Ανδρέα Γρηγοριάδη,** για τη διάγνωση και καθορισμό της ενεργού φάσης των περιοδοντικών και περιεμφυτευματικών νόσων, αποτελεί η μέτρηση των επιπέδων της μεταλλοπρωτεϊνάσης MMP-8 στο χώρο του ιατρείου. ***Σελ. 16-17***

Ενδοδοντική διαχείριση σπάνιας περίπτωσης συνύπαρξης ατελούς οδοντικού διχασμού και σύντηξης με υπεράριθμο δόντι σε κεντρικό τομέα

Η οδοντική σύντηξη και ο οδοντικός διχασμός συνιστούν μορφολογικές ανωμαλίες που αφορούν στο σχήμα και το μέγεθος των δοντιών. Αρκετά συχνά συνδέονται με την εμφάνιση σύνθετων ενδοδοντικών, περιοδοντικών, συγκλεισιακών, ορθοδοντικών, λειτουργικών, προσθετικών και αισθητικών προβλημάτων.

Μέσα από τη στήλη της ΕΕΕ ο Οδοντίατρος **Χρίστος Σίσκος**, παρουσιάζει ένα τέτοιο περιστατικό που αφορά σε 11χρονο αγόρι. ***Σελ. 14-15***

Βλάβες στοματικού βλεννογόνου σε ασθενείς με Covid-19

Τα πρώτα συμπεράσματα συνηγορούν πως οι βλάβες του στοματικού βλεννογόνου είναι μάλλον επιγενείς της COVID-19, δηλαδή απότοκες της παθοφυσιολογίας της νόσου και σχετίζονται με τις καλά περιγραμμένες διαταραχές που παρατηρούνται στους μηχανισμούς αιμόστασης και ανοσολογικής απόκρισης. Είναι απαραίτητο να τεθεί η σωστή διάγνωση ώστε να έχουν την κατάλληλη αντιμετώπιση οι ασθενείς, αλλά και για να αξιολογηθούν κλινικά και προγνωστικά οι βλάβες συνολικά στο πλαίσιο της COVID-19.

Των **Ελένης Γεωργακοπούλου, Παναγιώτας Λούμου, Ελεάνας Στουφή** ..... ***Σελ. 26-27***

Επισκευαστικές παρεμβάσεις σε μερική επένθετη επιεμφυτευματική αποκατάσταση
Του **Ηρακλή Καρκαζή** ..... ***Σελ. 4***

ΕΕΝΟ: Ενδείξεις, περιορισμοί και αντενδείξεις χορήγησης γενικής αναισθησίας για την παροχή οδοντιατρικής θεραπείας
Των **Αγγελικής Γιαννοπούλου, Φλώρας Ζερβού-Βάλβη** ..... ***Σελ. 18-19***

Κακόηθες μελάνωμα στόματος: Ένα επιθετικό νεόπλασμα
Του **Γιώργου Χ. Λάσκαρη** .... ***Σελ. 20-21***

ITI: Σύστημα ταξινόμησης SAC
Η τοποθέτηση οστεοενσωματούμενων εμφυτευμάτων αποτελεί πλέον τη θεραπεία επιλογής σε μια πληθώρα κλινικών περιπτώσεων. Ωστόσο, θα πρέπει να αξιολογηθούν η πολυπλοκότητα των παραμέτρων που σχετίζονται με τη θεραπεία και ο κίνδυνος εμφάνισης επιπλοκών. Η κατηγοριοποίηση των περιστατικών που προτείνεται από την ITI ονομάζεται SAC και διαχωρίζει τα περιστατικά σε τυπικής, αυξημένης και σύνθετης δυσκολίας.
Των **Μαρίας Συκαρά, Νικήτα Σ. Συκαρά** ..... ***Σελ. 22-24***

ΕΟΕ: Ενα πλήρες Πρόγραμμα Επαγγελματικής Επιμόρφωσης στα Οδοντικά Εμφυτεύματα
Του **Ιωάννη Κ. Καρούση** ..... ***Σελ. 28***

Ανταύγειες Λόγου και Τέχνης
Του **Γεράσιμου Δουβίτσα** ..... ***Σελ. 42***

ΒΙΒΛΙΟΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ

ΔΗΜΗΤΡΗΣ ΜΑΥΡΑΕΙΔΟΠΟΥΛΟΣ

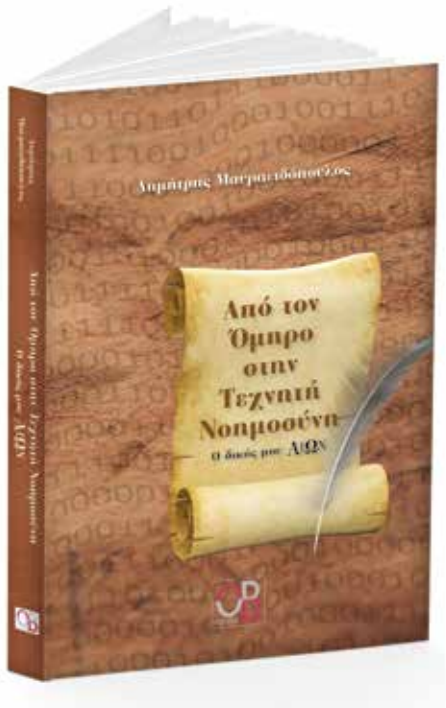
«Από τον Όμηρο στην Τεχνητή Νοημοσύνη. Ο δικός μου ΑΙΩΝ»

Ο Δημήτρης Μαυραειδόπουλος είναι ένας απ' τους μακροβιότερους εμπόρους οδοντιατρικών ειδών στην Ελλάδα. Κι ενώ πολλοί μπορεί να έχουν ακουστά γι' αυτόν μέσα από τη δραστηριότητά του, στο νέο του βιβλίο θα έχουν την ευκαιρία όχι μόνο να γνωρίσουν πτυχές της προσωπικής και επαγγελματικής του διαδρομής, αλλά και ανησυχίες και απόψεις γύρω από την καθημερινότητα.

Το βιβλίο του με τίτλο: «Από τον Όμηρο στην Τεχνητή Νοημοσύνη. Ο δικός μου ΑΙΩΝ», που κυκλοφόρησε πρόσφατα από τις εκδόσεις «Οδοντιατρικό Βήμα», δεν είναι μόνο ένα βιβλίο που απευθύνεται σε οδοντιάτρους και εμπόρους του κλάδου, αλλά ένα βιβλίο γεμάτο ιστορικές αναφορές και γλαφυρές περιγραφές των τελευταίων επτά δεκαετιών, όπως τις έζησε ο συγγραφέας.
Αν σε αυτές προσθέσουμε και τις αφηγήσεις μεγαλυτέρων που κρατά ζωντανές στη μνήμη του ο συγγραφέας, φτάνουμε αισίως στα 100 χρόνια, όπως μαρτυρά και ο τίτλος του βιβλίου.
Το νέο βιβλίο του Δημήτρη Μαυραειδόπουλου είναι ένα βιβλίο ιστορικό, λαογραφικό και παράλληλα αυτοβιογραφικό, κάνοντας συχνές αναφορές στην Αρκαδία, απ' όπου κατάγεται.

Το πρώτο μέρος του βιβλίου επιχειρεί να μας συστήσει την Αρκαδία μέσα από διάφορες φάσεις, από τη μυθολογία και την ιστορία της ελληνικής επανάστασης μέχρι τα νεότερα χρόνια και φυσικά μέσα από τις τοπικές παραδόσεις. Ξεχωριστή θέση κατέχει βέβαια το χωριό Ψάρι Ηραίας, η γενέτειρα του συγγραφέα.

Στο δεύτερο μέρος που είναι το αυτοβιογραφικό ο συγγραφέας περιγράφει τις εξελίξεις και τα δικά του βιώματα των τελευταίων επτά δεκαετιών, συνδεδεμένες πάντα με πολιτικά αλλά και επαγγελματικά



του χώρου του γεγονότα, μεταφέροντας το κλίμα της εκάστοτε εποχής με απλή αλλά συνάμα πυκνή αφήγηση.
Από τις συνολικά 350 σελίδες του βιβλίου πολλές είναι αφιερωμένες και στην Αθήνα. Με άξονα τη μετακόμισή του στην πρωτεύουσα ο συγγραφέας περιγράφει τη σταδιακή αλλαγή όχι μόνο ως προς τη δική του επαγγελματική εξέλιξη αλλά και μαζί πόσο άλλαζε η πόλη που πλέον ζει και βασικά γεγονότα της κάθε εποχής.

Στο τρίτο μέρος του βιβλίου αναδημοσιεύονται επιλεκτικά άρθρα του συγγραφέα στον Περιοδικό και Ημερήσιο Τύπο και κλείνει με μια συνοπτική ιστορική αναδρομή των τελευταίων 100 χρόνων των εμπόρων οδοντιατρικών ειδών.

Τα έσοδα του βιβλίου θα διατεθούν στον Ομίλο Οδοντιάτρων Λογοτεχνών Καλλιτεχνών και στο Σύλλογο Ψαραίων-Ηραίας.

ΔΙΑΘΕΣΗ ΒΙΒΛΙΟΥ:
Οδοντιατρικό Βήμα
Σκουφά 64, 10680 Αθήνα
Τηλ: 210 3814 939
Τιμή: 15 ευρώ

www.odvima.gr

Διαβάστε τα τελευταία τεύχη της εφημερίδας «Οδοντιατρικό Βήμα»

Αποκτήστε άμεση και έγκυρη πληροφόρηση για όλες τις επιστημονικές εκδηλώσεις και σεμινάρια

Μάθετε τα σημαντικότερα νέα του οδοντιατρικού κλάδου

Ενημερωθείτε για όλα τα βιβλία των εκδόσεών μας με δυνατότητα πλοήγησης στα περιεχόμενα και στις περιλήψεις τους και βρείτε πληροφορίες για όλα τα ξενόγλωσσα βιβλία των εκδόσεων «Quintessence»

Πραγματοποιήστε τις αγορές σας με πιστωτική κάρτα και άτοκες δόσεις απ' ευθείας από τον υπολογιστή σας

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:
Γεωργία Σάκκουλα
Ηλιάνα Γιαννούλη
Νότης Ρήγας

Υπεύθυνος λογιστηρίου:
Γιώργος Κάντζος

Νομικός Σύμβουλος:
Λάμπρος Ανδρ. Τσοπράς

Υπεύθυνος Τυπογραφείου:
PaperGraph
Βιοτεχνικό Πάρκο, 203 00 Λουτράκι
Τηλ. 27440 69550

ΕΝΩΣΗ ΔΗΜΟΣΙΟΓΡΑΦΩΝ ΙΔΙΟΚΤΗΤΩΝ ΠΕΡΙΟΔΙΚΟΥ ΤΥΠΟΥ

FIPP Federation International of Periodical Press

EMMA EUROPEAN MAGAZINE MEDIA ASSOCIATION

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.

Επισκευαστικές παρεμβάσεις σε μερική επένθετη επιεμφυτευματική αποκατάσταση

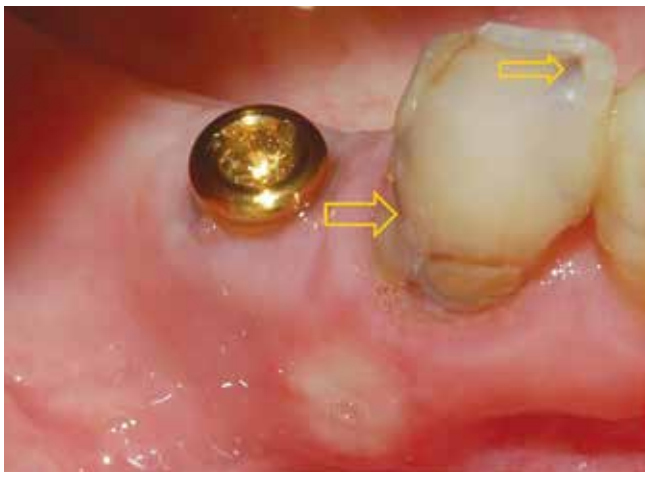
Ηρακλής Καρκαζής
Καθηγητής Κινητής Προσθετικής ΕΚΠΑ

Σε περιπατητικό γηροδοντιατρικό ασθενή με μερική επένθετη επιεμφυτευματική οδοντοστοιχία παρατηρείται βαθύς τερηδονισμός του 43 που αποτελεί δόντι υποδοχής ενός αγκίστρου τύπου roach, καθώς και απόσπαση του συγκρατητικού στοιχείου ενός locator στην απέναντι πλευρά. Μετά από την ενδεδειγμένη ενδοδοντική θεραπεία κατασκευάζεται μεταλλοκεραμική στεφάνη στις προδιαγραφές της υπάρχουσας κινητής εργασίας, αφαίρεση του παρειακού βραχίονα του αγκίστρου roach (για διευκόλυνση της φοράς ένθεσης και απάμβλυνση των φορτίσεων) και προσθήκη με αυτοπολυμεριζόμενη ακρυλική ρητίνη του απολεσθέντος συγκρατητικού στοιχείου του locator της απέναντι πλευράς.

Πλεονεκτήματα

1. Οικονομική και γρήγορη λύση χωρίς καμία αλλαγή στη μορφή της υπάρχουσας αποκατάστασης και με πλήρη αξιοποίηση των υφισταμένων οδοντικών και εμφυτευματικών δομών στήριξης (δόντια 36, 46, 32, 43 και locators στις θέσεις 34, 44).
2. Ενδεχόμενη μελλοντική απώλεια των πρόσθιων φυσικών δοντιών μπορεί εύκολα να αντιμετωπισθεί με σταδιακή προσθήκη ακρυλικών δοντιών στην υπάρχουσα κατασκευή.
3. Η εργασία πειθαρχεί στη βασική αρχή της γηροδοντιατρικής που προκρίνει σχέδια θεραπείας πρακτικά και ευέλικτα στηριγμένα στις ρεαλιστικές ανάγκες των ασθενών.

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



Εικ. 1, 2: Κλινική εικόνα του 43 που παρουσίαζε βαθειές τερηδονικές βλάβες.

Εικ. 3: Παρασκευασμένο κολόβωμα του 43 μετά την ενδοδοντική θεραπεία και ανασύσταση της μύλης.

Εικ. 4: Αποτύπωση του παρασκευασθέντος κολοβώματος με ταυτόχρονη ανάσυρση της μερικής οδοντοστοιχίας (μονοφασικό υλικό αποτύπωσης μέσης ρευστότητας). Η διαρροή υλικού κάτω από το ακρυλικό εφίππιο υποδηλώνει είτε την ανάγκη μεταγενέστερης αναπροσαρμογής είτε την μετακίνηση της οδοντοστοιχίας κατά την αποτύπωση που αξιολογούνται κατά περίπτωση.

Εικ. 5: Η μερική οδοντοστοιχία εδρασμένη στο εκμαγείο εργασίας. Εμφανείς οι προσφερόμενοι χώροι για την κατασκευή της στεφάνης. Η αφαίρεση του παρειακού βραχίονα του αγκίστρου roach διευκολύνει το κέρωμα της στεφάνης, χωρίς να επηρεάζει σοβαρά την ούτως ή άλλως τετραπλή συγκράτηση της οδοντοστοιχίας.

Εικ. 6: Γλωσσική άποψη της στεφάνης στον 43. Διακρίνεται η μεταλλική επιφάνεια υποδοχής του εναπομείναντος μασητικού και γλωσσικού τμήματος του αγκίστρου roach.

Εικ. 7: Η εργασία ολοκληρωμένη στο εκμαγείο εργασίας.

Εικ. 8: Προσθήκη με ψυχρό ακρυλικό του απολεσθέντος συγκρατητικού στοιχείου του locator της απέναντι πλευράς (δεξιά). Η εργασία αυτή γίνεται στο τέλος και αφού η επένθετη οδοντοστοιχία έχει καταλάβει την οριστική της θέση στο στόμα του ασθενή.

Εικ. 9: Τελική κλινική εικόνα.

www.odvima.gr
Διαβάστε την ηλεκτρονική έκδοση του «Οδοντιατρικού Βήματος»
Αποκτήστε άμεση και έγκυρη πληροφόρηση για όλες τις επιστημονικές εκδηλώσεις και σεμινάρια
Μάθετε τα σημαντικότερα νέα του οδοντιατρικού κλάδου
Ενημερωθείτε για όλα τα βιβλία των εκδόσεών μας

Για να δουλεύετε χωρίς στρες, να αντιμετωπίζετε αποτελεσματικά οξέα περιστατικά και να πραγματοποιείτε θεραπεία σε περισσότερα του ενός τεταρτημόρια με μεγαλύτερα ραντεβού, την εποχή του COVID-19, **υπάρχει λύση!**

MADE IN FRANCE

Deadline 28/2/2021

1 Δοκιμάστε το QuickSleeper5 ή το SleeperOne5 στο ιατρείο σας

- Δηλώστε μας το ενδιαφέρον σας.
- Εντελώς δωρεάν.
- Χωρίς καμμία υποχρέωση.

Εντελώς ανώδυνη αναισθησία
Δρα αμέσως
Αποτελεσματική
Χωρίς «μούδιασμα»

2 Επωφεληθείτε μιας προσωπικής εκπαίδευσης

- Χωρίς χρέωση
- Online στον χώρο σας

3 Κάντε το δικό σας!

- Στο τέλος της δοκιμαστικής περιόδου σας δίνετε η δυνατότητα να το υιοθετήσετε στην κλινική σας πράξη μόνο και εφόσον είσαστε απόλυτα ικανοποιημένοι.

Αποχαιρετήστε την στελεχιαία αναισθησία!

Dental Expert

DENTAL HI TEC

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

Οι μηχανικοί παράγοντες που διέπουν την κατασκευή των ακινήτων προσθέσεων και τα εμφυτεύματα

Βύρων Δρούκας
Καθηγητής ΕΚΠΑ

Απόστολος Σταθόπουλος
Επίκ. Καθηγητής ΕΚΠΑ

Αναμφίβολα, η εξέλιξη της σύγχρονης τεχνολογίας τόσο σε επίπεδο βιοϋλικών, π.χ. πολυμερή υψηλής απόδοσης, όσο και με την εφαρμογή εντυπωσιακών, πράγματι, κλινικών διαδικασιών όπως, π.χ. η ψηφιακή αποτύπωση με τη χρήση ενδοστοματικών σαρωτών, άλλαξε άρδην τα μέχρι προσφάτως ισχύοντα στην καθημέρα οδοντιατρική πράξη, ιδιαιτέρως δε, στο χώρο της Ακίνητης Προσθετικής και όχι μόνο.

Διαχρονικά αλλά και ιστορικά, κάθε επαναστατική αλλαγή η οποία εισηγείται νέα επιστημονικά θέσφατα, εκ παραλλήλου, γεννά ερωτήματα και σκέψεις. Στην περίπτωσή μας και καθώς η Οδοντιατρική ανελίσσεται μέσα στον κυκεώνα της σύγχρονης τεχνογνωσίας που συνεχώς διευρύνεται, αναιρείται άραγε η μέχρι προσφάτως ισχύουσα τεκμηριωμένη επιστημονική γνώση των βιολογικών και μηχανικών νόμων και ρυθμών που διέπουν την κατασκευή των Ακινήτων Προσθέσεων;

Και εάν ναι, μέχρι ποίου σημείου;

Πόση γνώση άραγε αποκομίζει ο σημερινός φοιτητής και αυριανός Οδοντίατρος από την Ακαδημαϊκή φοίτηση και διδασκαλία, για τις δυνάμεις π.χ. που επενεργούν κατά τη διάρκεια της μάσησης και των λοιπών λειτουργικών κινήσεων της κάτω γνάθου;

Πόση γνώση, άραγε, για τους ίδιους λόγους, αποκομίζει αναφορικά με τους μηχανικούς παράγοντες που διέπουν την κατασκευή των ακινήτων προσθέσεων;

Μήπως τα σημερινά δεδομένα καθιστούν περιττή, άρα και κουραστική, την παραπάνω γνώση;

Τα δύο πρώτα ερωτήματα αποτελούν το κεντρικό θέμα της δημοσίευσης.

Το τρίτο ερώτημα θα απαντηθεί στη συζήτηση της εργασίας.

Ο σκοπός όμως της ανασκόπησης, μεταξύ άλλων, είναι η υπενθύμιση αρχών που, για διάφορους λόγους, έχουν παραμείνει εκτός διδασκαλίας.

Τύποι δυνάμεων που ενεργούν κατά τη μάσηση

Τα δόντια είναι ταγμένα για να δέχονται δυνάμεις κάθετες και παράλληλες με τον επιμήκη άξονά τους. Κατ' αυτόν τον τρόπο, κινούνται προς τον πυθμένα των φαντίων προκαλώντας διάταση των περιοδοντικών ινών και μέσω αυτών μεταδίδονται τάσεις εφελκυσμού προς το ηθμοειδές πέταλο του φατνιακού οστού.

Βιολογικώς, οι δυνάμεις αυτές θεωρούνται ευνοϊκότερες από κάθε άλλη.

Οι κάθετες δυνάμεις, δρώντας παράλληλα με τον επιμήκη άξονα του δοντιού, θεωρούνται οι πλέον ανεκτές επειδή οι λοξές ίνες της περιοδοντικής μεμβράνης ανταποκρίνονται θετικά στις δυνάμεις αυτές, καλύπτοντας τις φυσιολογικές ανάγκες του δοντιού, αλλά και πρόσθετες εφόσον αυτές διακινούνται σε φυσιολογικά όρια.

Εκπληρώνεται έτσι, το φυσιολογικό αξίωμα «ανταπόκριση στην απαίτηση».

Άλλος ένας συνήθης τύπος δυνάμεως είναι ο διαγώνιος.

Η δύναμη αυτή εφαρμόζει σε κάποιο σημείο της μύλης του δοντιού, με λοξή φορά, σε σχέση με τον επιμήκη άξονα.

Όσον ασκείται η δύναμη αυτή, η μύλη του δοντιού ακολουθεί τη φορά της, ενώ το ακρορρίζιο του δοντιού ακολουθεί αντίθετη φορά. Το κέντρο περιστροφής του δοντιού δεν βρίσκεται στο ακρορρίζιο, αλλά σε σημείο που εντοπίζεται μεταξύ αυτού και της κλινικής ρίζας. Έτσι, λοιπόν, η περιοδοντική μεμβράνη χωρίζεται σε δύο μέρη.

Το πρώτο βρίσκεται κάτω από το το σημείο περιστροφής, ακρορριζικά, το δεύτερο πάνω από αυτό, αυχενικά.

Το κέντρο περιστροφής του δοντιού γύρω από νοητό άξονα, κάθετο προς τον επιμήκη άξονά του, είναι το σημείο που δεν παρουσιάζει πλάγια κίνηση κατά την περιστροφή.

Συχνά, αναφέρεται ως υπομόχλιο του δοντιού.

Ο επιμήκης άξονας ενός δοντιού θεωρείται, αυθαίρετα, η ευθεία που ενώνει το κέντρο περιστροφής του με το κέντρο βαρύτητας μιας επιφάνειας παράλληλης προς τη μασητική επιφάνεια του δοντιού.

Όταν μία δύναμη ασκείται προστομιακά ή παρειακά, τότε η παρειακή επιφάνεια θα βρίσκεται υψηλότερα του σημείου περιστροφής και θα δέχεται εφελκυστικές δυνάμεις, σε αντίθεση με γλωσσική που δέχεται συμπίεση.

Από το σημείο περιστροφής και κάτω, έχουμε, αντίστροφα, συμπίεση της περιοδοντικής μεμβράνης παρειακά, ενώ στη γλωσσική επιφάνεια, διάταση των ινών της περιοδοντικής μεμβράνης και ανάπτυξη εκφυλιστικών τάσεων στο φατνιακό πέταλο.

Οι διαπιστώσεις αυτές επιβεβαιώνουν την υπόθεση ότι το πάχος της περιοδοντικής μεμβράνης συμβαδίζει με την καλή λειτουργικότητα του δοντιού και είναι παχύτερη, όπου αυτό απαιτεί η φυσιολογική κίνηση.

Να μην ξεχνάμε ότι η περιοδοντική μεμβράνη αποτελεί θεμέλιο όλων των ακινήτων προσθετικών εργασιών, οι οποίες εδράζονται πάνω στα δόντια (teeth bearing), σε αντίθεση με τις κινητές οι οποίες εδράζονται επί του βλενογόννου των φατνιακών αποφύσεων (tissue bearing).

Η άσκηση πλαγίων δυνάμεων στα δίριζα δόντια με κατεύθυνση εγγύς-άπω, προκαλεί περιστροφική κίνηση της οποίας το κέντρο δεν εντοπίζεται στις ρίζες, αλλά σε κάποιο σημείο του μεσοφατνίου που βρίσκεται κάπου στη μέση.

Αν κατά τη διάρκεια της μάσησης συνεργούν δυνάμεις των οποίων η συνισταμένη έχει φορά προς τα άπω, τότε η ρίζα του δοντιού βυθίζεται μέσα στο φατνίο, ενώ η εγγύς ρίζα υπεγείρεται, συμπιέζοντας την περιοδοντική μεμβράνη στο μεσοφάτνιο,διατείνοντάς την, παράλληλα, προς το ακρορρίζιο.

Στην εγγύς επιφάνεια και των δύο ριζών, οι περιοδοντικές ίνες διατείνονται.

Αυτό συμβάινει κατά τη διάρκεια της μάσησης και με την προϋπόθεση ότι οι διαγώνιες δυνάμεις θα ενεργήσουν ταυτόχρονα με κατεύθυνση εγγύς-άπω, επάνω στα κεκλημμένα επίπεδα των φυμάτων του δοντιού.

Η βιολογική αντίδραση του οστού στους διαφόρους τύπους δυνάμεων δεν είναι πάντοτε η ίδια. Πιο ευνοϊκές δυνάμεις θεωρούνται οι εφελκυστικές, χωρίς να αποκλείεται η δυνατότητα αποτελεσματικής αντίδρασης στις δυνάμεις συμπίεσης, εφόσον είναι περιοδικές και μετρίας εντάσεως.

Σε αντίθετη περίπτωση, κατά την οποία είναι έντονες και παρατεταμένες, υπάρχει κίνδυνος οξείας ή χρονίας μορφής οστικής απορρόφησης ή δημιουργίας νεκρωτικών εστιών στη ρίζα του δοντιού.

Είναι ακόμη πιθανόν να προκληθεί κυκλοφορία και βλάβη του περιοδοντίου, με ενδεχόμενη την εγκατάσταση επιγενούς μόλυνσης, λόγω ελάττωσης της τοπικής αντίστασης στην τραυματική περιοχή.

Συμπερασματικά, η ύπαρξη ισορροπημένης μάσησης προϋποθέτει απόλυτη αρμονία ανάμεσα στους φυσικού νόμους που διέπουν τη λειτουργία της μάσησης και της φυσιολογικής αντίδρασης των ιστών.

Η εφαρμογή δυνάμεων ήπιας έντασης στους περιοδοντικούς ιστούς έχει προβλεφθεί από τη φάση να αντιρροπείται ικανοποιητικά.

Η σύγκλειση των δοντιών και οι λειτουργίες της μάσησης και της κατάποσης, προκαλούν στους περιοδοντικούς ιστούς τροφικά ερεθίσματα, αύξηση της κυκλοφορίας, αποτρέποντας την παθητική υπεραιμία.

Η φυσιολογική ή παθολογική αντίδραση των περιοδοντικών ιστών δεν εξαρτάται μόνον από τη φύση και την ένταση του ερεθίσματος, αλλά κυρίως από την ικανότητά τους να αντιρροπούν μία νέα κατάσταση.

Είναι, λοιπόν, δυνατόν σε ένα άτομο να μην προκληθεί σύνθλιψη των περιοδοντικών ιστών, ενώ σε άλλο, η ίδια κατάσταση να προκαλέσει βλάβη λόγω μειωμένης αντίστασης και ικανότητας επανόρθωσης και προσαρμογής.

Μία άλλη διάσταση από πλευράς ανάλυσης και εκτίμησης των δυνάμεων που ασκούνται, ούτως ή άλλως, στα δόντια και, κατ' επέκταση, στους στηρικτικούς ιστούς, είναι η γενικότερη παθολογική επίδραση που προκαλούν κυρίως οι διαγώνιες ή λοξού τύπου δυνάμεις στο στοματογναθικό σύστημα και στην ευρύτερη περιοχή του.

Ήδη, δεχτήκαμε ότι το περιοδόντιο είναι ταγμένο στην αντιρρόπηση δυνάμεων παραλλήλων με τον επιμήκη άξονα των δοντιών.

Τι συμβαίνει όμως στις περιπτώσεις όπου, σε μία ή περισσότερες περιοχές του οδοντικού φραγμού, ασκούνται υπέρμετρες ή παρά φύση δυνάμεις λόγω π.χ. παραλειτουργικών έξεων, όπως βρυγμός ή πλάγιες δυνάμεις στα δόντια της μη λειτουργούσας πλευράς κατά τη διάρκεια της μάσησης, κυρίως λόγω π.χ. μιας συγκλεισιακής παρεμβολής ή πρόωρης επαφής με τους ανταγωνιστές;

Μία μικρή υπενθύμιση, εκπορευόμενη από τις βασικές αρχές της λειτουργικής σύγκλεισης των δοντιών:

Κατά τη διάρκεια της μάσησης και ανεξαρτήτως συγλεισιακού σχήματος του ατόμου, φυσιολογικές επαφές των ανταγωνιστών πρέπει να πραγματοποιούνται μόνο στην εργαζόμενη ή λειτουργούσα πλευρά, ενώ στη μη εργαζόμενη ή αντιρροπούσα, πρέπει να επιτελείται αποσυναρμογή των ανταγωνιστών.

Λειτουργούσα ή εργαζόμενη, είναι η πλευρά προς την οποία πραγματοποιείται η μάσηση, ενώ αντιρροπούσα, η αντίθετη προς τη μάσηση πλευρά.

Εφόσον λοιπόν, για οιονδήποτε λόγο, υφίστανται αυτού του είδους συγκλεισιακές παρεμβολές, λόγω απώλειας, μετακίνησης ή περιστροφής των δοντιών, μεσοπρόθεσμα ή και ενωρίτερα και, ανάλογα με τον ουδό αντοχής του περιοδοντίου και των πέριξ ιστών, σε πρώτη φάση, προκύπτει περιοδοντικός τραυματισμός και, εφόσον το αίτιο δεν αίρεται, ακολουθεί μετά βεβαιότητας, μυϊκού τύπου δυσλειτουργία του Στοματογναθικού συστήματος και της ευρύτερης περιοχής του.

Η περιγραφείσα κατάσταση αποτελεί, ίσως, τη μοναδική αιτιολογική σχέση μεταξύ της σύγκλεισης των δοντιών και των λειτουργικών διαταραχών του Στοματογναθικού συστήματος.

Η μελέτη, συνεπώς, και η γνώση των δυνάμεων και ο τύπος των δυνάμεων που ενεργούν κατά τη μάσηση, συνδέεται άμεσα με τη βιωσιμότητα των ακινήτων προσθέσεων, παράλληλα με την εύρυθμη και φυσιολογική λειτουργία του Στοματογναθικού συστήματος.

Μπορούμε λοιπόν να υποστηρίξουμε ότι, υπεύθυνες μεταξύ άλλων παραμέτρων για την αποτυχία μιας ακίνητης πρόσθεσης, είναι κυρίως οι παρά φύση δρώσες δυνάμεις και όχι οι υπέρμετρες.

Άτομα με ανεπτυγμένο μυϊκό σύστημα έχουν ισχυρότερη μασητική ικανότητα, ενώ οι ισχυρότερες μασητικές δυνάμεις εμφανίζονται στις ηλικίες μεταξύ 20 και 40 ετών.

Οι μασητήριοι μύες αναπτύσσουν δυνάμεις κυμαινόμενες μεταξύ 200-300 λιβρών (περίπου 91-133 κιλά).

Η πίεση όμως που μεμονωμένα μπορεί να ασκήσει κάθε δόντι κατά τη διάρκεια της μάσησης, δεν ξεπερνά τις 100 λίβρες (περίπου 45,54 κιλά), εκτός σπανίων εξαιρέσεων.

Αυτό δεν οφείλεται σε αδυναμία των μασητήριων μυών, αλλά στο γεγονός ότι η περιοδοντική μεμβράνη, πέραν ενός ορισμένου σημείου, καθίσταται επώδυνη, δρώσα ως βαλβίδα ασφαλείας και ρυθμίζοντας τον ουδό αντοχής στις μασητικές πιέσεις.

Προϊόντος του χρόνου, η ικανότητά της αυξάνεται επιπλέον με τη συνεχή εφαρμογή, αλλά όχι παρά φύση πίεσης, π.χ. σωστά κατασκευασμένες ακίνητες προσθέσεις.

Υπό φυσιολογικές συνθήκες και ακέραιους οδοντικούς φραγμούς, ο μέσος όρος των μασητικών δυνάμεων υπολογίζεται στις 175 λίβρες (περίπου 81 κιλά).

Σε μερικούς ανόδοντες στους οποίους τοποθετήθηκε μόνιμη προσθετική αποκατάσταση, το ποσοστό μειώνεται στις 55 λίβρες, δηλαδή 24,91 κιλά περίπου, στις δε γυναίκες, σε 48 λίβρες.

Αντίστοιχα, στο φυσιολογικό ημιμόριο του φραγμού, κατά μέσο όρο φτάνει στις 64 λίβρες για τους άνδρες και 52 για τις γυναίκες.

Συνέχεια στη σελίδα 8

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

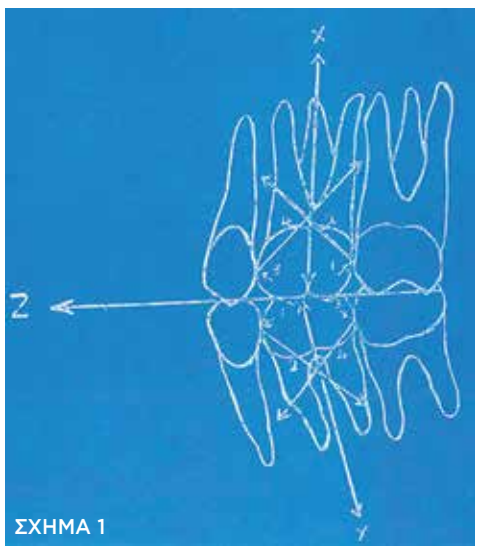
ivoclar vivadent®
passion vision innovation

Συνέχεια από τη σελίδα 6

Το πρώτο μέρος των μασητικών δυνάμεων, ολοκληρώνεται με μία σύντομη αναφορά στην ΠΡΟΣΘΙΑ ΣΥΝΙΣΤΑΜΕΝΗ ΤΩΝ ΔΥΝΑΜΕΩΝ ΣΥΓΚΛΕΙΣΕΩΣ.

Η συνισταμένη των δυνάμεων αυτών, δράστης συνεχώς κατά τη διάρκεια της μάσησης, έχει ιδιαίτερη κλινική σημασία και χαρακτηρίζει την πρόσθια ροπή των δοντιών κατά την εφαρμογή μασητικών δυνάμεων επάνω τους.

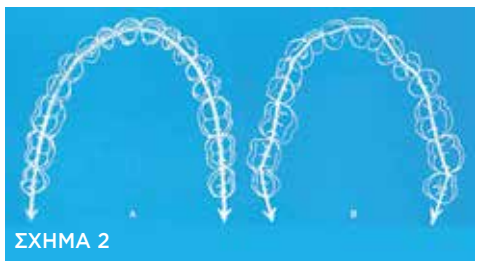
Στο ***σχήμα 1***, παρατηρούμε ότι ο επιμήκης άξονας Χ του πρώτου άνω γομφίου, συναντά τον επιμήκη άξονα του πρώτου κάτω γομφίου, με τέτοια κλίση ώστε να δημιουργείται το άνυσμα Ζ, με φορά προς τα εμπρός.



ΣΧΗΜΑ 1

Ακριβώς αυτή η συνισταμένη, η οποία ενεργεί μόλις τα δόντια αρθρώσουν μεταξύ τους, την καθοδηγεί σε πρόσθια απόκλιση.

Η αντιρρόπηση της πρόσθιας συνισταμένης από την ισομερισμένη δύναμη των μασητήριων μυών, η οποία επιτρέπει μία ισορροπία μεταξύ των δύο αυτών δυνάμεων που τεχνικά διαχέονται μέσω των σημείων επαφής των δοντιών, εφόσον αυτά είναι καλώς σχηματισμένα, με φυσιολογικές σχέσεις μεταξύ τους, η φορά της δυνάμεως παίρνει σχήμα τόξου, όπως φαίνεται στο ***σχήμα 2Α***. Αν όμως τα σημεία επαφής μεταξύ των δοντιών αποκλίνουν, όπως π.χ. σε περιπτώσεις στρεβλοδοντίας, ***(σχήμα 2Β)***, η κατεύθυνση της δυνάμεως παίρνει σχήμα τεθλασμένης γραμμής και ως εκ τούτου, οι δυνάμεις δεν αντιρροπούνται.


ΣΧΗΜΑ 2

Η προς τα εμπρός απόκλιση των προσθίων δοντιών, εξαιτίας της δράσεως της πρόσθιας συνισταμένης, έχει ως συνέπεια την απορρόφηση του φατνιακού οστού, στην εγγύς επιφάνεια των ριζών και συσσώρευση οστεοκλαστών, λόγω συνεχούς πιέσεως, ως μία φυσιολογική αντίδραση του οστού στην πίεση.

Αντίθετα, στην άπω περιοχή των ριζών όπου αναπτύσσονται εφελκυστικές δυνάμεις, αναπτύσσεται νεόπλαστος οστίτις ιστός.

Είναι αποδεκτό ότι το φατνιακό οστό αντιμετωπίζει ευνοϊκότερα δυνάμεις παράλληλες με τον επιμήκη άξονα των δοντιών οι οποίες, κατά τεκμήριο, θεωρούνται οι πλέον φυσιολογικές που ασκούνται κατά τη μάσηση.

Στο ***σχήμα 1***, αναλύονται διαγραμματικά, οι αναπτυσσόμενες δυνάμεις κατά τη σύγκλειση των δοντιών επί τοξοειδούς κινήσεως Α-Β.

Ο αριθμός 1 του σχεδιαγράμματος αντιπροσωπεύει τα σημεία ανάπτυξης της πίεσης.

Η αντίδραση στην πίεση εκδηλώνεται στα σημεία επαφής και σημειώνεται με τον αριθμό 2.

Κατά την πλήρη συγγόμφωση, αναπτύσσονται αντίθετες δυνάμεις προς εκείνες που σημειώνονται με τον αριθμό 1. Οι αντίθετες δυνάμεις σημειώνονται με τον αριθμό 3 και εκδηλώνονται στα σημεία επαφής των δοντιών, προκαλώντας τη γένεση αντιρρόπων δυνάμεων.

Η συνισταμένη τους σημειώνεται με τον αριθμό 4.

Η αντίρροπη αυτή δύναμη τείνει να μετακινήσει τα ακρορρίζια του άνω γομφίου, προς τα άπω και, αντίθετα, τα του κάτω, προς τα εγγύς.

Οι δυνάμεις 2 και 4 δρουν ανταγωνιστικά, και το άνυσμα της συνισταμένης τους αναπαρίσταται με τα βέλη Χ και Ζ, τα οποία είναι παράλληλα προς τον επιμήκη άξονα των δοντιών.

Το τελικό άνυσμα Ζ, παριστάνει την συνισταμένη των δυνάμεων Χ και Υ που είναι η πρόσθια συνισταμένη των μασητικών δυνάμων.

Μηχανικοί παράγοντες που διέπουν την κατασκευή των ακίνητων προσθέσεων

Η ανασκόπηση του δευτέρου ερωτήματος, δηλαδή των μηχανικών παραγόντων, αποτελεί προέκταση και γνωσιακή προϋπόθεση του πρώτου ερωτήματος των μασητικών δυνάμεων.

Ανάλογα με τον τύπο της ακίνητης γέφυρας, οι μηχανικές αρχές ματαβάλλονται.

Παράδειγμα:

Οι μηχανικές αρχές που διέπουν την κατασκευή μιας αμφίπακτης γέφυρας (ακίνητο-ακίνητη), είναι διαφορετικές από αυτές μίας ημισταθερής γέφυρας.

Το κεφάλαιο της Μηχανικής που ενδιαφέρει άμεσα την Ακίνητη κατά βάση προσθετική είναι:

Α) Η μηχανική των στερεών σωμάτων (κινηματική, στατική και δυναμική).

Β) Η μηχανική των συστημάτων (κρούση και απλές μηχανές) και

Γ) Οι μηχανικές ιδιότητες των στερεών (ελαστικότητα, μέτρου του Young, σκληρότητα, όριο αναλογίας, όριο θραύσεως).

Η επιτυχία μιας προσθετικής κατασκευής, με βάση τις προαναφερθείσες μηχανικές αρχές, δεν αποτελεί δεδομένο.

Εκτός από τους μηχανικούς παράγοντες που ορίζουν τις προσθετικές κατασκευές, υπεισέρχονται βιολογικοί που επενεργούν κατά τη διάρκεια λειτουργίας του Στοματογναθικού συστήματος.

Η επιτυχία της κατασκευής σπανίως είναι τυχαία και βασίζεται στη σωστή αξιολόγηση των βιολογικών και μηχανικών παραγόντων οι οποίοι, κατά περίπτωση, επηρεάζουν την κατασκευή.

Οι μηχανικοί παράγοντες μελετούν τα βάσει της αναλύσεως των δυνάμεων που αναπτύσσονται στα κεκλιμένα επίπεδα των φυμάτων μεμονωμένης τεχνητής μασητικής επιφάνειας, κατά τη διάρκεια λειτουργίας του Στοματογναθικού συστήματος.

Η αξιολόγηση προϋποθέτει τη μελέτη και ανάλυση των λοιπών παραμέτρων που συνθέτουν και συμβάλλουν στη λειτουργία του Στοματογναθικού συστήματος (κροταφογναθικές διαρθρώσεις, περιοδόντιο, σύγκλειση λειτουργικής και στατικής κλπ.)

Οι ανωτέρω προϋποθέσεις παραπέμπουν στη μελέτη των «Μηχανικών συστημάτων» στα οποία ανήκουν οι απλές μηχανικές, όπου η προσφερόμενη και η αποδιδόμενη ενέργεια εκφράζονται με τη μορφή μηχανικού έργου.

Μία ενδιαφέρουσα απλή μηχανή είναι ο μοχλός και το κεκλιμένο επίπεδο.

Σε κάθε απλή μηχανή ενεργούν δύο δυνάμεις, η «κινητήρια δύναμη» και η «αντίσταση», την οποία επιδιώκουμε να υπερνικήσουμε.

Ο μοχλός, λοιπόν, και το κεκλιμένο επίπεδο είναι οι δύο απλές μηχανές, οι αρχές των οποίων θα μας βοηθήσουν στην κατανόηση των μηχανικών προβλημάτων που απασχολούν την ακίνητη προσθετική.

Μελέτη των δυνάμεων που ασκούνται σε μεμονωμένη τεχνητή μασητική επιφάνεια

Ας υποθέσουμε ότι στη μασητική επιφάνεια ενός γομφίου, τοποθετούμε μία επένθετη ανασύσταση με καρφίδα ***(σχήμα 3)***.

Ας υποθέσουμε, επίσης, ότι μία λοξή δύναμη Δ ασκείται στην κορυφή του φύματος Φ της επένθετης κατασκευής.

Το υπομόχλιο βρίσκεται στο ακραίο όριο επαφής της ανασύστασης προς το δόντι Υ.

Η αντίσταση στην προκειμένη περίπτωση, αντιπροσωπεύεται από την καρφίδα Κ, η οποία κατασκευάστηκε στη μεγαλύτερη δυνατή απόσταση από το υπομόχλιο Υ.

Από το σχεδιάγραμμα, γίνεται αντιληπτό ότι η δύναμη, η αντίσταση και το υπομόχλιο δεν βρίσκονται σε ευθεία γραμμή και, επομένως, έχουμε έναν κεκαμμένο μοχλό.

Στο σχεδιάγραμμα, επίσης, φαίνεται ότι αν ελαττωθεί το ύψος του φύματος Φ και, συνεπώς, το πάχος της επένθετης κατασκευής, ελαττώνεται ο μοχλοβραχίονας της δύναμης ΥΟ, ο οποίος τείνει να ξεκολλήσει το επένθετο, ασκώντας παρά φύση δύναμη στο περιοδόντιο του δοντιού.

Συμπερασματικά:

Η συγκράτηση οιασδήποτε προσθετικής κατασκευής, μπορεί να ενισχυθεί με δύο τρόπους:

1) αυξάνοντας την αντίσταση και
2) ελαττώνοντας τον μοχλοβραχίονα της δύναμης (δύναμη απόσπασης).

Η μείωση της αντίστασης επιτυγχάνεται με την κατασκευή περισσοτέρων καρφίδων ή μεγαλυτέρων και, δεύτερον, αυξάνοντας το μήκος του βραχίονα αντίστασης.

Η ελάττωση του μοχλοβραχίονα αντίστασης επιτυγχάνεται, επίσης, με δύο τρόπους:

α) κατασκευάζοντας χαμηλού ύψους φύματα και β) με λιγότερο τροχισμό της μασητικής επιφάνειας 1,5 χιλιοστά, περίπου.

Αυξάνοντας το πάχος της μασητικής επιφάνειας, όχι μόνον δεν αυξάνουμε την αντοχή της αλλά, αντίθετα, ενισχύουμε τις δυνάμεις απόσπασης, λόγω αύξησης του μοχλοβραχίονα της δύναμης.

Κάθε δύναμη που ασκείται στα φύματα μιας προσθετικής κατασκευής, δεν σημαίνει απαραιτήτως την ανάπτυξη ανεπιθύμητης μοχλοβραχιόνιας δύναμης που ασκείται, π.χ. ότι αν στο παρειακό φύμα Φ ενός επενθέτου ***(σχήμα 4)*** σε γομφίο της άνω, ασκηθεί λοξή δύναμη Δ, αυτή τείνει να εκριζώσει την καρφίδα και εξαιτίας του μοχλοβραχίονα που αναπτύσσεται.

Η ίδια δύναμη, αν περιστραφεί γύρω από το ίδιο σημείο εφαρμογής με κατεύθυνση παρειακή, όσο περιστρέφεται, τόσο ο μοχλοβραχίονας της δύναμης ελαττώνεται, έως ότου η κατεύθυνση της δύναμης περάσει από το υπομόχλιο.

Η επίδραση της φοράς της δύναμης στο δόντι και στο περιοδόντιο γίνεται αντιληπτή σε περίπτωση που οι δυνάμεις, κατά τη μάσηση, είναι κρουστικές.

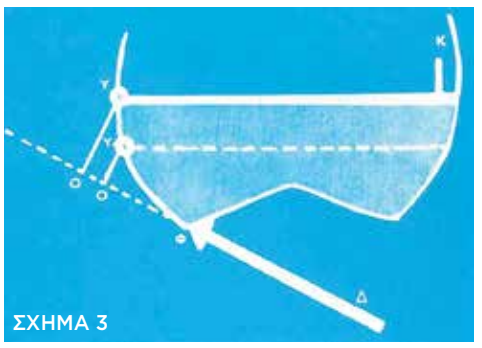
Εάν, κατά τη διάρκεια της μάσησης, παρεμβληθεί σκληρό αντικείμενο, τότε η φορά των δυνάμεων είναι λοξή και, εν δυνάμει, δυνατόν να προκληθούν τα ακόλουθα:

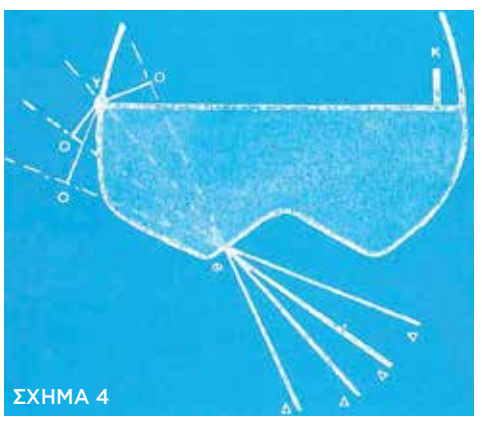
Α) σπάσιμο του σκληρού αντικειμένου, λόγω αυξημένης εντάσεως των δυνάμεων κρούσης,

Β) κάταγμα του φύματος και

Γ) έντονος πόνος στην περιοχή της περιοδοντικής μεμβράνης, εξαιτίας σύνθλιψης του φατνιακού οστού.

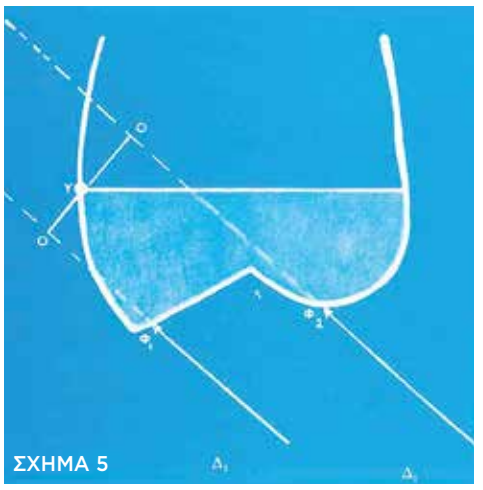
Εφόσον, όμως, η μάσηση γίνεται συνειδητά, το ίδιο σκληρό αντικείμενο, τοποθετημένο μεταξύ των δοντιών, σε σημείο όπου οι δυνάμεις δρουν παράλληλα με τον επιμήκη άξονά τους, μπορεί να σπάσει χωρίς πρόκληση έστω και ελάχιστου πόνου, επειδή η πίεση αντιρροπείται από τις λοξές ίνες της περιοδοντικής μεμβράνης.


ΣΧΗΜΑ 3


ΣΧΗΜΑ 4

Δυνάμεις που έχουν την ίδια ένταση και φορά, ανάλογα με το σημείο εφαρμογής τους, μπορούν να έχουν διαφορετικά αποτελέσματα.

Αν δύο δυνάμεις Δ1 και Δ2 εφαρμοσθούν σε δύο διαφορετικά σημεία Φ1 και Φ2 ***(σχήμα 5)*** του πρώτου σημείου, ευρισκομένου στο παρειακό φύμα της προσθετικής κατασκευής, σε γομφίο της κάτω γνάθου, και τα δεύτερα σημεία, στο γλωσσικό της φύμα, η δράση θα είναι διαφορετική.


ΣΧΗΜΑ 5

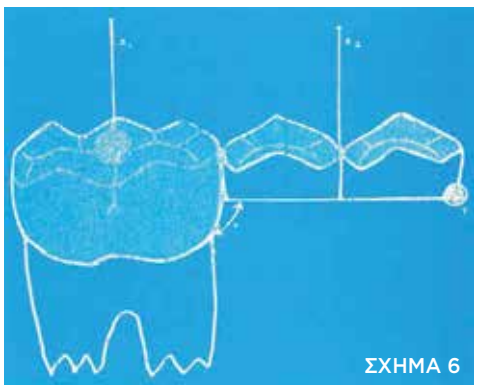
Η Δ1 θα τείνει να αποσπάσει την κατασκευή, λόγω του δημιουργούμενου μοχλοβραχίονα Υ-Ο, που πιέζει το ένθετο στη βάση του, ενώ αντιθέτως, η Δ2, εξαιτίας του μοχλοβραχίονα Υ-Ο, θα πιέζει το ένθετο στη βάση του.

Οι μασητικές δυνάμεις που ασκούνται στην επιφάνεια μιας γέφυρας διακρίνονται σε:

Α) Κάθετες
Β) Οριζόντιες και
Γ) Περιστροφικές

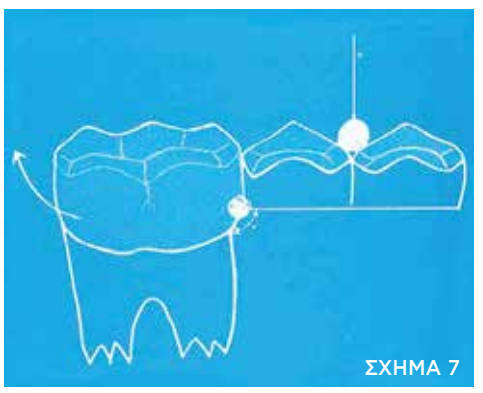
Α. Κάθετες δυνάμεις

Στο ***σχήμα 6***, η δύναμη Δ1 εφαρμοζόμενη στη μασητική επιφάνεια του γομφίου, κατά τη διάρκεια μασήματος σκληρής τροφής, βυθίζει τον γομφίο στο φατνίο του.


ΣΧΗΜΑ 6

Το γεφύρωμα όμως, που συγκρατείται σταθερό από το άλλο συγκράτημα, σταθερά ασκεί δύναμη Δ2, η οποία είναι αντίθετη προς τη Δ1, διευρύνοντας τη γωνία α που σχηματίζεται μεταξύ συγκρατήματος και γεφυρώματος.

Αντιθέτως, αν στη μασητική επιφάνεια του γεφυρώματος ***(σχήμα 7)*** ασκείται κάθετη δύναμη, τότε η δύναμη τείνει να μικρύνει τη γωνία α και να περιστρέψει το συγκράτημα της γέφυρας γύρω από το σημείο ένωσης με το γεφύρωμα.


ΣΧΗΜΑ 7

Οι τάσεις αυτές αντιρροπούνται από την αντίσταση των συγκρατημάτων, εφόσον αυτά διατηρούνται σε καλή φυσιολογική κατάσταση.

Συνέχεια στη σελίδα 10

Wild Sashimi, Smoked Brie & Guinness Sourdough Slider

BECAUSE INGREDIENTS MATTER

UNIQUE COMES AS STANDARD

SERVED BY OPTIDENT

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

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

WHITE DENTAL BEAUTY

Dental Expert - Άννα Ελμάογλου Ε.Π.Ε.

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

Συνέχεια από τη σελίδα 8

Β. Οριζόντιες δυνάμεις

Η άσκηση οριζόντιων δυνάμεων στα δόντια προέρχεται από τη γλώσσα, τα χείλη, τις παρειές ή από ξένα σώματα.

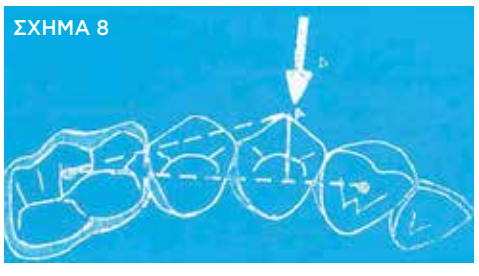
Παρόμοιες δυνάμεις μπορούν να ασκηθούν στους κυνόδοντες και προγόμφιους, σε περιπτώσεις αυξημένης κάθετης πρόταξης, όταν η κάτω γνάθος εκτελεί έκκεντρες οριακές κινήσεις. Ασκούμενες δε στο γεφύρωμα, τείνουν να περιστρέφουν το ακρόβαθρο γύρω από τον επιμήκη άξονα του δοντιού.

Στις αμφίπακτες γέφυρες, το πρόβλημα είναι αμελητέο, σε αντίθεση με τις γέφυρες με πρόβολο.

Στη δεύτερη περίπτωση, η δυσμενής επίδραση εξαρτάται από τον αριθμό των ναρθηκοποιημένων δοντιών, στηριγμάτων, καθώς και από τον τύπο των συγκρατημάτων, π.χ. σε περιπτώσεις με υπερσύγκλειση, η ανάρτηση του δευτέρου προγόμφιου από τον πρώτο γομφίο κρίνεται επισφαλής

Γ. Δυνάμεις περιστροφής

Το είδος αυτό των δυνάμεων αποτελεί μία ιδιαίτερη ομάδα σε σχέση με τις δύο προηγούμενες, επειδή η εφαρμογή της δεν γίνεται άμεσα στον επιμήκη άξονα του δοντιού, αλλά σε διαφορετική απόσταση από αυτόν κάθε φορά. Στο ***σχήμα 8***, αν ασκηθεί δύναμη στο σημείο Α, θα δημιουργηθεί ροπή στρέψεως της οποίας το ανυσματικό μέγεθος έχει μέτρο την ένταση της δύναμης επί την κάθετη απόσταση από τον επιμήκη άξονα της γέφυρας, τείνοντας να την περιστρέφει γύρω από τον επιμήκη άξονά της, με κατεύθυνση ανάλογη προς το σημείο εφαρμογής της.



Η ροπή στρέψεως αναπτύσσεται κυρίως κατά τη διάρκεια πλαγίων κινήσεων, καθιστάμενες πλέον επιβλαβείς σε γέφυρες με έντονη κυρτότητα του τόξου τους στο οριζόντιο επίπεδο. Θεωρούνται ως οι πλέον καταστροφικές, επειδή η ροπή στρέψεως τείνει να ξεκολλήσει τα συγκρατήματα της γέφυρας από τα στηρίγματα, περιστρέφοντάς τα, συνάμα, γύρω από το κέντρο περιστροφής τους, κατά γλωσσο-παρειακή ή αντίστροφη έννοια, ή να μετακινήσει τα δόντια.

Έχοντας υπ' όψιν ότι το πάχος της περιοδοντικής μεμβράνης είναι περίπου 0,20-0,35 χιλ., δυνατόν να προκληθεί κάκωση ή νέκρωσή της και δημιουργία απορροφητικών εξεργασιών στο οστό της φατνιακής απόφυσης και, ως εκ τούτου, χαλάρωση της συγκράτησης των στηριγμάτων στα φατνία τους.

Εφόσον λοιπόν, τα στηρίγματα μιας γέφυρας είναι «σταθερά πακτωμένα», οι κάθετες, οι οριζόντιες και οι λοξές δυνάμεις δεν επιδρούν δυσμενώς στην προσθετική κατασκευή, όταν είναι σωστά κατανεμημένες.

Οι μόνες δυνάμεις που εν δυνάμει μπορούν να προκαλέσουν αποκόλληση της γέφυρας, είναι οι ροπές στρέψεως, μεταξύ άλλων βεβαίως.

Αυτό, όμως, είναι δύσκολο να συμβεί, επειδή τα φυσικά δόντια διαθέτουν κινητικότητα η οποία καθιστά το πρόβλημα πολυπλοκότερο.

Σχεδιάζοντας μία προσθετική αποκατάσταση, θα πρέπει να έχουμε κατά νου ότι οι ρίζες των δοντιών δεν είναι ταγμένες να δέχονται επιπλέον φορτία τα οποία ασκούνται μέσω ακινήτων γεφυρών. Χαρακτηριστικό παράδειγμα είναι η σχεδίαση ευρείας μασητικής επιφάνειας γεφυρωμάτων που μπορούν να προκαλέσουν περισσότερο πόνο κατά τη διάρκεια της μάσησης που, προοδευτικά οδηγεί, μέσω του νευρομυϊκού συστήματος, σε μεταβολή του συγκλεισιακού προγραμματισμού σε άλλο τμήμα του οδοντικού φραγμού όπου ο ασθενής μπορεί να ασκήσει όλη του τη μυϊκή δραστηριότητα.

Μεσοπρόθεσμα, εγκαθίσταται μία καθ' έξιν μάσηση, η οποία ενδεχομένως μπορεί να εξελιχθεί σε μυϊκού τύπου διαταραχή του Στοματογναθικού συστήματος, όπως ήδη επισημάναμε σε άλλο σημείο της εργασίας. Διαφορετική άποψη υποστηρίζει ότι η σχεδίαση της μασητικής επιφάνειας των συγκρατημάτων θα πρέπει να υπολείπεται εκείνης των φυσικών δοντιών στήριξης. Το σύνολο της επιφάνειας των γεφυρωμάτων δεν μπορεί να υπερβαίνει το σύνολο της επιφάνειας των συγκρατημάτων.

Άλλη εκδοχή υποστηρίζει ότι οι μασητικές επιφάνειες των στηριγμάτων δεν θα πρέπει να ξεπερνούν τα 2/3 της επιφάνειας των φυσικών δοντιών που αντικαθιστούν. Ανεξαρτήτως, όμως του εύρους των μασητικών επιφανειών μιας γέφυρας, είναι δυνατόν, μετά την τοποθέτησή της, να προκληθεί πόνος λόγω προώρων επαφών, συνεπεία άσκησης μη φυσιολογικών πιέσεων. Εφόσον, λοιπόν, οι συγκλεισιακές επαφές δεν είναι εξεσημασμένες, μπορούν να διορθωθούν με εκλεκτικό τροχισμό.

Σε περιπτώσεις εξεσημασμένης κάθετης πρόταξης, της οποίας η σύγκλειση χαρακτηρίζεται από βαθειά συναρμογή των φυμάτων της γέφυρας με τους ανταγωνιστές, εμποδίζει τις προσθιοπλάγιες κινήσεις της κάτω γνάθου, δημιουργούνται αρθροσυγκλεισιακά προβλήματα. Αντίθετη ακριβώς περίπτωση, συνιστά η πλημελής άρθρωση της γέφυρας με τους ανταγωνιστές της, με συνέπεια την υπολειτουργία του τμήματος του φραγμού στον οποίο είναι τοποθετημένη και, ως εκ τούτου, έλλειψη τροφικών ερεθισμάτων στα δόντια στήριξης.

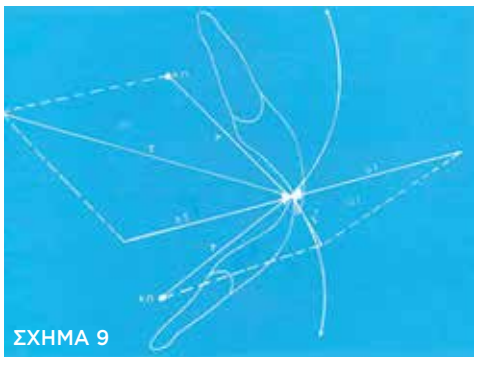
Κατανομή των δυνάμεων συγκλείσεως στα πρόσθια δόντια της άνω και κάτω γνάθου

Τα πρόσθια δόντια της άνω και κάτω γνάθου δέχονται, κατά τη διάρκεια της σύγκλεισης, δυνάμεις λοξού τύπου σε σχέση με τον επιμήκη άξονά τους.

Οι εν λόγω δυνάμεις, ενώ έχουν την ίδια διεύθυνση, δεν έχουν την ίδια ένταση και φορά, αναπτύσσοντας ροπές στρέψεως.

Οι δυνάμεις που ασκούνται στα επάνω πρόσθια δόντια, έχουν φορά γλωσσοπροστομιακή, ενώ της κάτω, προστομιογλωσσική.

Λόγω κυρτότητος του οδοντικού τόξου στα κάτω δόντια και της φοράς των δυνάμεων που ασκούνται, αναπτύσσεται σφηνοειδής δράση (παρόμοια εκείνης που αναπτύσσουν οι πέτρες μιας καμάρας), αλληλοϋποστηριζόμενη από τις όμορες επιφάνειες ***(σχήμα 9)***.



FROÏKA
ORAL CARE
DermoCosmetics
MEDICAL DEVICES CE
ANTISEPTIC PRODUCTS
ΟΛΟΚΛΗΡΩΜΕΝΗ ΣΤΟΜΑΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ
FROISEPT®
Mouth Wash
O_2
• Υπεροξείδιο του Υδρογόνου 1,5%
• Hyaluronic Acid
CE

Το **υπεροξείδιο του υδρογόνου** είναι ένα από τα αποδεδειγμένα συστατικά **κατά του κορωνοϊού COVID-19. Μειώνει το ιικό φορτίο σε 30 δευτερόλεπτα** στη στοματική κοιλότητα και μπορεί να χρησιμοποιηθεί από όλη την οικογένεια.
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ
• Peng, X., Xu, X., Li, Y. et al. Transmission routes of 2019-nCoV and controls in dental practice. Int J Oral Sci12, 9
• Guidance on preparing workplaces for Covid-19. Occupational Safety and Health Administration 3990-20-03 2020(OSHA).
• https://eoo.gr/odigies-profylaxis-gia-ergazomenous-se-adontiatreia-kai-astheneis/
FROIMED | Oral Care Products MEDICAL DEVICES-CE
Μητρομάρα 77, 13678, Αθήνα, Τηλ: 210 24 44 378, Fax: 210 24 40 973 **e-mail: info@froika.com • www.froika.com**

Σε περιπτώσεις ναρθηκοποίησης, έχουν ανάγκη μεγαλύτερης επέκτασης του νάρθηκα πέραν των κυνοδόντων.

Η θέση αυτή τεκμηριώνεται έτι περισσότερο, από την αμφίβολη πρόγνωση της ναρθηκοποίησης των έξι προσθέτων της άνω γνάθου, σε περιπτώσεις τοποθέτησης αμφοτερόπλευρης μερικής οδοντοστοιχίας με εφίππια ελευθέρου άκρου, όταν υπάρχουν τα φυσικά πρόσθια δόντια της κάτω γνάθου.

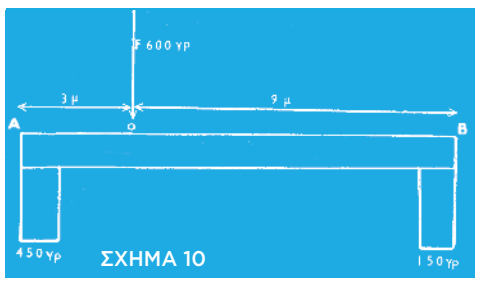
Συνεπώς, η επέκταση της ναρθηκοποίησης κρίνεται απαραίτητη μέχρι και τους πρώτους προγόμφιους σε περιπτώσεις κατασκευής ακινήτων προσθέσεων οι οποίες εκτείνονται από κυνόδοντα σε κυνόδοντα.

Μηχανικοί παράγοντες που επηρεάζουν την κατασκευή μιάς γέφυρας

Μία ακίνητη γέφυρα, συγκρινόμενη με αμφίπακτη δοκό ***(σχήμα 9)***, διέπεται από τις ίδιες μηχανικές αρχές και συμπεριφέρεται με τον ίδιο τρόπο έναντι των δυνάμεων που δρουν επάνω της.

Αν η δύναμη που δρα επάνω σε αμφίπακτη γέφυρα, ξεπεράσει το όριο θραύσεως του υλικού, σπάει συνήθως κατά τη μεσότητα ή σε άλλο αδύνατο σημείο της, έστω και αν ασκηθεί μικρότερη δύναμη (π.χ. ρόζος σε ξύλινη δοκό ή ανομοιογενής υφή του μετάλλου).

Αν σε μία οριζόντια αμφίπακτη δοκό ***(σχήμα 10)***, εφαρμοσθεί κάθετη πίεση στην άνω επιφάνεια, η πίεση που θα υποστούν τα στηρίγματα Α-Β θα εξαρτηθεί από την απόσταση του σημείου εφαρμογής από αυτά.



ΣΧΗΜΑ 10

Ας υποθέσουμε ότι το μήκος της δοκού είναι 12cm, το βάρος 600gr και το σημείο εφαρμογής της δύναμης F απέχει 3 cm από το Α και 9 από το Β, τότε θα έχουμε στα ακρόβαθρα Α και Β, τις εξής θλιπτικές τάσεις: Α= (600x9):12=450gr & Β= (600x3):12=150gr

Ως εκ τούτου, το ακρόβαθρο Α που απέχει από το σημείο εφαρμογής 0 της δυνάμεως F, κατά το 1/3 της αποστάσεως του ακρόβαθρου Β από το ίδιο σημείο, θα δεχτεί θλιπτική τάση τριπλάσια απο εκείνη του ακρόβαθρου Β. Η πιθανότητα θραύσης μιας γέφυρας σε σχέση με άλλη κατασκευασμένη από το ίδιο υλικό, είναι ανάλογη με το μήκος του γεφυρώματος και της διατομής του.

Παίρνοντας τη διατομή ως σταθερή, μία δοκός διπλάσια σε μήκος από άλλη, κάμπτεται οκτώ φορές δυσκολότερα από αυτή.

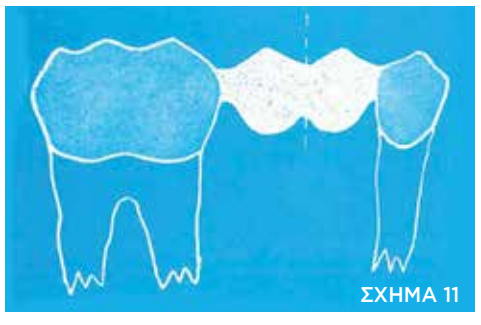
Αν το μήκος τριπλασιαστεί και η διατομή παραμένει σταθερή, η ευκαμπτότητα της γέφυρας, σε σχέση με την πρώτη, αυξάνει τρεις φορές.

Αν η διατομή μειωθεί κατά το ήμισυ, τότε η κάμψη της δοκού είναι οκτώ φορές μεγαλύτερη.

Συνεπώς, η αντίσταση μιας γέφυρας, σε σχέση με την ευκαμψία και τη θραύση, αυξάνεται, αυξανομένης της διατομής της δοκού και μειωμένου του μήκους της.

Προκειμένου για τις οδοντιατρικές γέφυρες, η αύξηση της ανθεκτικότητας της κατασκευής προϋποθέτει αύξηση της διατομής των γεφυρωμάτων.

Δεδομένου ότι το ευένδοτο σημείο μιας δοκού είναι το κέντρο της, η αύξηση της διατομής πρέπει να γίνεται στο σημείο αυτό ***(Σχήμα 11)***.

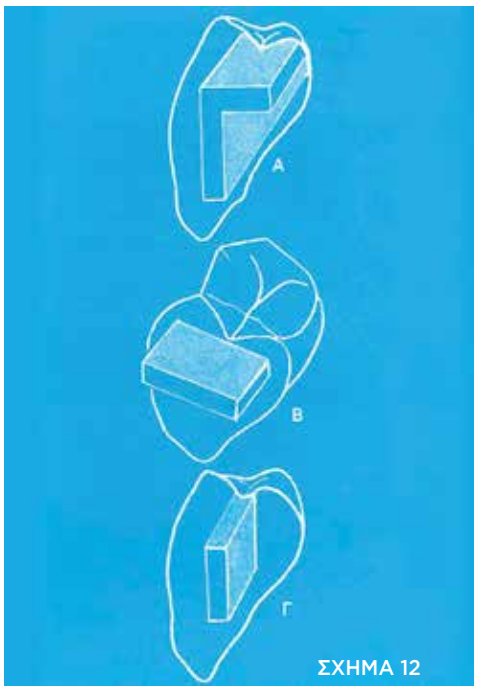

ΣΧΗΜΑ 11

Το γεφύρωμα του οποίου η δοκός κατασκευάζεται π.χ. κατά τρόπο γωνιώδη (Α), παρουσιάζει μεγάλη αντίσταση στη θραύση, ενώ αν η δοκός του γεφυρώματος με πεπλατυσμένη μορφή (Β), τότε η ανθεκτικότητά της υπολείπεται. Αν, αντίθετα, κατασκευαστεί με τη μορφή ορθίου παραλληλεπιπέδου (Γ), είναι ανθεκτικότερη της προηγούμενης ***(Σχήμα 12)***.

ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Διαχρονικά αλλά και ιστορικά, κάθε «επαναστατική αλλαγή» φέρνει μαζί της νέα θέσφατα αλλά, παράλληλα, ερωτήματα και σκέψεις.

Στο χώρο μας, τον Οδοντιατρικό, και καθώς αυτός ανελίσσεται μέσα στην κοσμογονία της σύγχρονης τεχνογνωσίας, συνεχώς διευρυνόμενης (ψηφιακή αποτύπωση, ενδοστοματικοί σαρωτές, βιοϋλικά υψηλής απόδοσης κλπ.), η «επαναστατική αλλαγή», αναμφίβολα, απογείωσε την καθημερινή μαχόμενη Οδοντιατρική,



ΣΧΗΜΑ 12

καθιστώντας την λιγότερο κοπιώδη και περισσότερο ακριβή και αποδοτική.

Αυτή ακριβώς η νέα τάξη σύγχρονης σκέψης και πράξης αναιρεί, άραγε, τη μέχρι προσφάτως τεμηριωμένη επιστημονική γνώση των Βιολογικών και Μηχανικών νόμων και ρυθμών που διέπουν, εν προκειμένω, την Ακίνητη Προσθετική και, κατ' επέκταση, τις ακίνητες προσθετικές κατασκευές;

Ο πλούτος της νέας γνώσης και των μέσων, οδήγησε σταδιακά σε μία γνωσιακή επιστημονική ραστώνη που έθεσε στο περιθώριο τις προαναφερθείσες αξίες και γνώσεις.

Για παράδειγμα, ποία είναι πλέον η πρακτική αξία των νόμων του Ante, της μυλοριζικής αναλογίας και του μήκους της νωδής περιοχής, όταν σε ένα εμφύτευμα μπορούν να αναρτηθούν τρία πρόβολα!!!

Ποία είναι η αξία, άρα και η χρησιμότητα, των θλιπτικών τάσεων που επενεργούν στα φατνία,

Συνέχεια στη σελίδα 12

FROISEPT® FROÏKA

EXTRA

ANTISEPTIC HAND GEL
ΒΙΟΚΤΟΝΟ ΑΡΙΘΜ. ΕΓΚΡ. ΕΟΦ: 72964/20-07-2020
ANTISEPTIC SPAY
ΒΙΟΚΤΟΝΟ ΑΡΙΘΜ. ΕΓΚΡ. ΕΟΦ: 73067/21-07-2020
80% v/v Ethyl Alcohol
0,125% v/v Hydrogen Peroxide
Εξουδετερώνει το 99,9% των μικροβίων,
Ενυδατώνει τα χέρια χάρη στους ενυδατικούς παράγοντες που περιέχει (Πανθενόλη, Aloe Vera, Γλυκερίνη)
Δερματολογικά ελεγμένο
(Δερματολογική Πανεπιστημιακή Κλινική Νοσοκομείου Α. Συγγρός, 30 εθελοντές)

ΧΕΡΙΑ-ΕΠΙΦΑΝΕΙΕΣ
ΜΕΛΕΤΕΣ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΙΚΟΤΗΤΑΣ

ΤΥΠΟΣ ΜΕΛΕΤΗΣ	ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΑ	ΧΡΟΝΟΣ
ΤΕΣΤ ΑΝΕΚΤΙΚΟΤΗΤΑΣ ΣΤΟ ΔΕΡΜΑ (Δερματολογική Πανεπιστημιακή Κλινική Νοσοκομείου Α. Συγγρός)	30 ΕΘΕΛΟΝΤΕΣ	
ΒΑΚΤΗΡΙΟΚΤΟΝΟΣ ΔΡΑΣΗ (Pseudomonas aeruginosa, Staphylococcus aureus, Escherichia coli K12 and Enterococcus hirae)	EN 1276:2019	30 sec
ΜΥΚΗΤΟΚΤΟΝΟΣ ΔΡΑΣΗ (Candida albicans)	EN 1650:2019	30 sec
ΙΟΚΤΟΝΟΣ ΔΡΑΣΗ ενάντια σε ιούς με περίβλημα και χωρίς περίβλημα (Adenovirus, Poliovirus, Murine Norovirus)	EN 14476:2013+A2:2019	1 min
ΦΥΜΑΤΙΟΚΤΟΝΟΣ ΔΡΑΣΗ (Mycobacterium terrae)	EN 14348	30 sec
ΜΥΚΟΒΑΚΤΗΡΙΟΚΤΟΝΟΣ ΔΡΑΣΗ (Mycobacterium avium, Mycobacterium terrae)	EN 14348	30 sec
ΥΓΙΕΙΝΗ ΑΝΤΙΣΗΨΙΑ ΧΕΡΙΩΝ	EN 1500:2013	30 sec
ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΑΝΤΙΣΗΨΙΑ ΧΕΡΙΩΝ	EN 12791	3 min
ΤΕΣΤ ΑΝΤΙΣΗΨΙΑΣ ΕΠΙΦΑΝΕΙΩΝ βακτηριοκτόνος κα μυκητοκτόνος δράση (Pseudomonas aeruginosa, Staphylococcus aureus, Escherichia coli K12 and Enterococcus hirae, Candida albicans)	EN 13697:2015+A1:2019	1 min

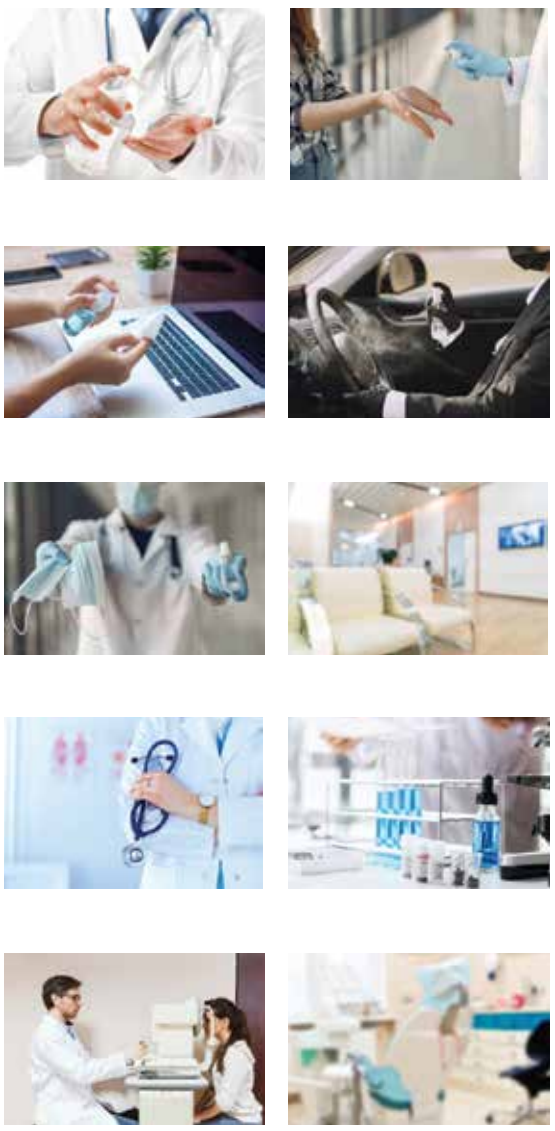
ΔΙΑΘΕΣΙΜΕΣ ΣΥΣΚΕΥΑΣΙΕΣ

FROISEPT EXTRA GEL ΧΕΡΙΩΝ

ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ	ΜΕΓΕΘΟΣ
FROISEPT EXTRA GEL (FLIP TOP)	50 ml
FROISEPT EXTRA GEL (FLIP TOP)	100 ml
FROISEPT EXTRA GEL (ΑΝΤΛΙΑ)	500 ml
FROISEPT EXTRA GEL (ΑΝΤΛΙΑ)	1000 ml
FROISEPT EXTRA GEL (ΠΩΜΑ ΑΣΦΑΛΕΙΑΣ)	5 Lt

FROISEPT EXTRA SPRAY ΧΕΡΙΩΝ-ΕΠΙΦΑΝΕΙΩΝ

ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ	ΜΕΓΕΘΟΣ
FROISEPT EXTRA SPRAY (ΑΝΤΛΙΑ ΨΕΚΑΣΜΟΥ)	100 ml
FROISEPT EXTRA SPRAY (ΑΝΤΛΙΑ ΨΕΚΑΣΜΟΥ)	250 ml
FROISEPT EXTRA SPRAY (ΑΝΤΛΙΑ ΨΕΚΑΣΜΟΥ)	500 ml
FROISEPT EXTRA SPRAY (ΑΝΤΛΙΑ ΨΕΚΑΣΜΟΥ)	1000 ml
FROISEPT EXTRA SPRAY (ΠΩΜΑ ΑΣΦΑΛΕΙΑΣ)	5 Lt



ΕΙΔΙΚΕΣ ΠΡΟΣΦΟΡΕΣ
ΤΗΛ.: +30 (210) 2444378 ext 118, 109

FROIMED
FROÏKA Oral Care Products MEDICAL DEVICES
77 Mitromara Str. - Aharnes 13678 - Athens
Tel: + 30 (210) 24.44.378, Tel: + 30 (210) 24.44.018
Fax: + 30 (210) 24.40.973
www.froika.com • e-mail: info@froika.com

Συνέχεια από τη σελίδα 10

ή η ροπή στρέψεως ή οι λοξές δυνάμεις, η δράση των οποίων άμεσα και καταλυτικά συνδέεται με τη ζωτικότητα της περιοδοντικής μεμβράνης, όταν τα εμφυτεύματα μέσω της οστεοενσωμάτωσης, καταργούν την ύπαρξη και παρουσία της!!!

Ακούσιοι, λοιπόν, παρόντες σε μία σταδιακή και συστηματική απομάκρυνση από τη διδασκαλία και τη γνώση όλων των μέχρι χθες παραδεδεγμένων αξιών.

Ίσως, σε πρώτη εκτίμηση, η θέση μας να απηχεί πεσημισμό, ίσως και αυστηρότητα.

Ίσως όμως και να αποπνέει καλή προαίρεση και ανάχωμα απέναντι σε μια επερχόμενη λήθη των αξιών, που μοιραία θα οδηγήσει σ' έναν άφατο εμπειρισμό.

Τι ακριβώς επιδιώκουμε, τι ακριβώς θέλουμε να διδάξουμε και να δώσουμε στον σημερινό φοιτητή και αυριανό Οδοντίατρο!!!

Μήπως, επίφαση επιστημονικής γνώσης και πλούσια σύγχρονη πρακτική εμπειρία η οποία, με άνεση, υπόσχεται άριστα κλινικά και θεραπευτικά αποτελέσματα;

Ποιος, αλήθεια, στις μέρες μας νοιάζεται για τη ροπή στρέψεως και την παραλληλότητα των δυνάμεων, σε σχέση με τον επιμήκη άξονα των δοντιών, όταν το εμφύτευμα και η ψηφιακή αποτύπωση, σε χρόνο απίστευτα μικρό, θα απογειώσουν ασθενή και ιατρό!

Είναι όμως έτσι;

Πόσο πραγματικά, τα σύγχρονα επιστημονικά θέσφατα μπορούν να καλύψουν τον οδοντιατρικό ασθενή ο οποίος, για διαφόρους και διαφορετικούς λόγους, αρνείται την τοποθέτηση εμφυτευμάτων, αναζητώντας λύση στο πρόβλημά του μέσω της παραδοσιακής θεραπευτικής θεώρησης.

Τι μέλλει γενέσθαι με τους οδοντιατρικούς ασθενείς οι οποίοι, λόγω γενικοτέρων παθολογικών καταστάσεων, αποκλείονται από την τοποθέτηση προσθετικών κατασκευών επί εμφυτευμάτων!!!

Ποία ακριβώς θα είναι η εξέλιξη των περιπτώσεων, όπου το εμφύτευμα θα πρέπει να τοποθετηθεί στην περιοχή των προσθίων της άνω (κυρίως των κυνοδόντων), όπου η ροπή στρέψεως στις περιοχές αυτές «οργιάζει», κυριολεκτικά; Εξ άλλου, εμφυτεύματα μήκους κάτω των 10mm, εμφανίζουν μεγαλύτερο ποσοστό αποτυχίας (το μήκος της μύλης των δοντιών είναι περίπου 8-12mm [εφαρμογή της μυλορινικής αναλογίας]). Εμφυτεύματα μήκους 8mm (κοντά εμφυτεύματα), πρέπει να ναρθηκοποιούνται.

Αντιθέτως, εμφυτεύματα μεγάλης διαμέτρου εμφανίζουν μεγαλύτερα ποσοστά επιτυχίας σε σχέση με τα εμφυτεύματα μικρότερης διαμέτρου (εμβαδό περιοδοντικής μεμβράνης). Τα ναρθηκοποιημένα εμφυτεύματα έχουν καλύτερη συμπεριφορά σε σχέση με τα μονήρη.

Σε περιπτώσεις εκτεταμένης αποκαταστάσεως, τα μονήρη, ως στηρίγματα οδοντοστοιχιών, είναι λιγότερο ανθεκτικά.

Επειδή τα εμφυτεύματα στερούνται ιδιοδεκτικού μηχανισμού, εν αντιθέσει με τα φυσικά δόντια, εύκολα μπορούν να υποστούν υπερβολική συγκλεισιακή φόρτιση, με αποτέλεσμα οστική απώλεια, αυξημένη κινητικότητα κλπ. Αναφορικά με το μήκος των προβόλων στα εμφυτεύματα, εφόσον αυτό ξεπερνά τα 15mm, δημιουργεί προβλήματα. Τούτων λεχθέντων, διαπιστώνουμε ότι οι δύο νόμοι του Ante (μυλοριζική αναλογία και εμβαδόν περιοδοντικής μεμβράνης), παραμένουν πάντα επίκαιροι, παρά τις περί του αντιθέτου πρώιμες δηλώσεις, όταν τα εμφυτεύματα άρχισαν σταθερά να αποτελούν μέρος της καθημερινής Οδοντιατρικής πράξης. Συνεπώς, οι νόμοι και οι ρυθμοί που διέπουν τις κλασσικές τεχνικές, αφορούν και τα εμφυτεύματα με λίγες και μικρές παρασπονδίες.

Άραγε, οι ενδοστοματικοί σαρωτές, η ψηφιακή αποτύπωση και η τρισδιάστατη 3D κατασκευή ενδοστοματικών ναρθήκων, είναι σε θέση να υπολογίσουν τα επιπλέον φορτία, τα προερχόμενα από την άμεση φόρτιση εμφυτευμάτων επί των οποίων, ενδεχομένως, θα εδραστούν οι νάρθηκες, όταν ελλείπει η γνώση της στηρικτικής αξίας των δοντιών;

Ο βρυγμός, κυρίως, αλλά και άλλες παραλειτουργικές έξεις κατά τη φάση REM του ύπνου, ασκούν φορτία που, κατά μέσο όρο, κυμαίνονται μεταξύ 70-90 κιλά ανά τετραγωνική ίντσα. Ακραίες τιμές έως 133 κιλά περίπου, πάντα σε σχέση με τον σωματότυπο του ατόμου.

Η άγνοια της στηρικτικής αξίας των δοντιών και όλων των προαναφερθέντων βιολογικών και μηχανικών παραγόντων που διέπουν την εύρυθμη λειτουργία του Στοματογναθικού συστήματος και της ευρύτερης περιοχής του, πώς ακριβώς θα αντιμετωπιστούν και, κατ' επέκταση, θα διαχειριστούν;

Οι απαντήσεις και οι θέσεις επί του θέματος αποπνέουν αοριστολογία.

Όμως, επί του προκειμένου, η συνεχής αντιπαράθεση ανάμεσα στο «παλιό» και στο καινούργιο είναι άνευ σημασίας.

Με κάθε καλή και ειλικρινή διάθεση, οι απόψεις μας δεν απηχούν άρνηση στην επελθούσα σύγχρονη τεχνολογία και τεχνογνωσία. Κάτι τέτοιο θα ισοδυναμούσε με σκοταδισμό και φανατισμό.

Αντίθετα, καλωσορίζουμε τη φρέσκια γνώση που τα μέγιστα προσφέρει στην καθημερινή μαχόμενη Οδοντιατρική.

Μήπως, λοιπόν, εν κατακλείδι, ο συγκερασμός της σύγχρονης τεχνογνωσίας, εμπλεκόμενος σε αρμονία με την αναμφίβολα παραδεδεγμένη επιστημονική γνώση, μας απαλλάξει από το επαπειλούμενο φάσμα του εμπειρισμού, άρα και του εμπειρικού Οδοντιάτρου;

Ενδεικτική Βιβλιογραφία

1. Brecker S.Ch., «Clinical Procedures in Occlusal Rehabilitation», W.B. Saunders company. Philadelphia 1958.
2. Hildebrand G.Y., «Studies in Dental Prosthetics». Stocholm, 1937, Fahlcrantz Vol.1.
3. Klaffenbach A.O. «Gnathodynamics», JADA 23:371, 1936.
4. Ramfjord and Ash, «Occlusion», Fifth Ed., W.B. Saunders Comp. Philadelphia-London 1968.
5. Tylman D.S., «Clinical and radiographic observation in fixed and semi-fixed bridge work». J.A. D.A14:1379, 1927.
6. Tylman D.S., «Crown and Bridge Prosthesis». 2nd Ed. CV Mosby comp., Saint Louis, 1974.
7. Tylman D.S., «Theory and practice of crown and bridge prosthodontics». Fifth edition. The CV Mosby Company, Saint Louis, 1970.
8. Αδάμ Α.Κ., «Στοιχεία Ακινήτου Οδοντικής Προσθετικής ΕΠ.» Εκδόσεις Γ. Παρισιάνος, Αθήνα 1971.
9. Αδάμ Α.Κ., Δρούκας Χρ. Βύρων, «Στοιχεία Ακινήτου Οδοντικής Προσθετικής, Οδοντικές Παρασκευές και Προσθετικές Κατασκευές», Επ. Εκδόσεις Γ. Παρισιάνος, Αθήνα 1981.
10. Αδάμ Κ.Α., «Οδοντιατρικά υλικά», Εκδ. Παρισιάνος, Αθήνα 1973.
11. Αδάμ Κ.Α., Μητσόπουλος Γ.Α., «Άτλας οδοντικών παρασκευών δι' ακινήτους προσθετικάς επανορθώσεις», Αθήναι 1975.
12. Γαρέφης Π., «Ακίνητη Προσθετική», Οδοντιατρικό Βήμα, Αθήνα 2013.
13. Δρούκας Χ.Β., «Ανάλυση της αντιμετώπισης ορισμένων μερικών ανοδοντιών». Οδοντιατρική, 9, 1976.
14. Δρούκας Χρ. Βύρων, Σταθόπουλος Αθ. Απόστολος, «Αριστοτέλους Αδάμ, Στοιχεία Ακίνητης Προσθετικής», Τόμος 1ος, Επιστημονικές εκδόσεις Γ. Παρισιάνος, Αθήνα 1987.
15. Καφούσιας Ν., «Η σχεδίαση των ακινήτων γεφυρών». Οδοντιατρική, τεύχος 8, 1970.
16. Λαμπροπούλου-Τζωρτζοπούλου Ε., «Σχέσεις προσθετικών εργασιών και περιοδοντίου Οδοντιατρικής», τόμος 9, 1976.
17. Μήτσης Φ., «Οδοντική Παθολογία και θεραπευτική», Επ. Εκδόσεις Παρισιάνος, 1979.
18. Μήτσης Φ., «Περιοδοντολογία», Εκδ. Παρισιάνος, Αθήνα 1980.
19. Παπαθανασίου Σ., «Μηχανικοί παράγοντες διέποντες την κατασκευή ακινήτων γεφυρών», Οδοντιατρική, τόμος Ε', τεύχος 6, Νοέμβριος- Δεκέμβριος 1970.
20. Παπαντωνίου Ε., «Οδοντική Προσθετική», Αθήναι 1933.
21. Σταμούλης Κ.Σ., «Προσθετική των στεφανών και γεφυρών». Θεσσαλονίκη, 1970.
22. Τσακανέλης Α., «Ένθετα, Στεφάναι, Γέφυραι». Αθήνα 1968.
23. Τσούτσος Α., Σταθόπουλος Α., Λαμπροπούλου-Τζωρτζοπούλου Ε., «Σχεδίασις ακινήτων προσθετικών κατασκευών». Οδοντιατρική, τόμος Ζ', 1973.
24. Κούρτης Σ., «Μακροχρόνια αποτελέσματα από τη χρήση οδοντικών εμφυτευμάτων». Κλινική ερευνητική μονογραφία. Αθήνα 2010.

Σημειώσεις

Τα σχήματα 1 και 2α,β της εργασίας, είναι από τον Tylman, σε μετασχεδίαση του Α.Κ. Αδάμ.

Όλες οι υπόλοιπες εικόνες είναι ίδιες σχεδιάσεις του Καθηγητού Α.Κ. Αδάμ, από το σύγγραμμα: «Στοιχεία Ακινήτου Οδοντικής Προσθετικής». Επ. Εκδόσεις Γ. Παρισιάνος, Αθήναι 1971, και από το σύγγραμμα των Β. Δρούκα και Α. Σταθόπουλου, «Αριστοτέλους Αδάμ, Στοιχεία Ακίνητης Προσθετικής», 1ος τόμος, Επ. Εκδόσεις Γ. Παρισιάνος, Αθήνα 1987.

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

Ενδοδοντική διαχείριση σπάνιας περίπτωσης συνύπαρξης ατελούς οδοντικού διχασμού και σύντηξης με υπεράριθμο δόντι σε κεντρικό τομέα

Χρίστος Σίσκος
Οδοντίατρος

Η οδοντική σύντηξη και ο οδοντικός διχασμός συνιστούν μορφολογικές ανωμαλίες που αφορούν στο σχήμα και το μέγεθος των δοντιών. Αρκετά συχνά συνδέονται με την εμφάνιση σύνθετων ενδοδοντικών, περιοδοντικών, συγκλεισιακών, ορθοδοντικών, λειτουργικών, προσθετικών και αισθητικών προβλημάτων. Η αντιμετώπιση τους απαιτεί συνολική διαχείριση από ομάδα ειδικών. Η ενδοδοντική προσέγγιση των δοντιών αυτών απαιτεί προσεκτική προεπεμβατική ανάλυση του περιστατικού και εξατομικευμένη θεραπευτική αντιμετώπιση, με τη χρήση των πιο κατάλληλων μέσων και τεχνικών.

Παρουσίαση περιστατικού

Το περιστατικό αφορά σε αγόρι ηλικίας 11 ετών. Στον ασθενή είχε ξεκινήσει ορθοδοντική θεραπεία πριν 2 έτη. Στο πλαίσιο της συνολικής αντιμετώπισης του, ο ασθενής προσήλθε στη Μεταπτυχιακή Κλινική της Ενδοδοντίας με σκοπό την αξιολόγηση του δοντιού #21. Το ιατρικό και οδοντιατρικό ιστορικό ήταν ελεύθερα.

Κλινική εξέταση: Κατά την προστομιακή επισκόπηση διαπιστώθηκε μορφολογική ανωμαλία στο σχήμα και στο μέγεθος του δοντιού #21. Συγκεκριμένα, το μήκος της μύλης του δοντιού #21 ήταν αυξημένο κατά την εγγύς-άπω διάσταση σε σχέση με τον παρακείμενο κεντρικό τομέα. Η μύλη του δοντιού εμφάνιζε χειλική απόκλιση και βρισκόταν σε ελαφριά υπερέκφυση σε σχέση με τα παρακείμενα δόντια. Χαρακτηριστική επίσης ήταν η παρουσία εντομής στο κοπτικό τριτημόριο της μύλης. Αντίστοιχη εντομή, μικρότερου όμως βάθους παρατηρήθηκε στους άνω πλάγιους τομείς ***(Εικ. 1,2,3)***. Η υπερώια επισκόπηση αποκάλυψε υπεράριθμο δόντι μικρού μεγέθους και κωνικού σχήματος σε σύντηξη με το #21 ***(Εικ. 4)***. Το δόντι ήταν ασυμπτωματικό και αντιδρούσε θετικά στη δοκιμασία ψυχρού.

Εικ. 1: Εξωστοματική επισκόπηση.

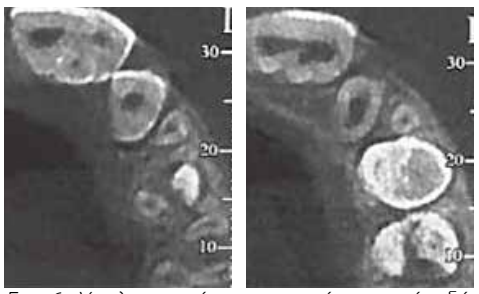
Εικ. 2: Εξωστοματική επισκόπηση-πλάγια όψη.

Εικ. 3: Προστομιακή επισκόπηση.

Εικ. 4: Υπερώια επισκόπηση μετά το πέρας της πρώτης συνεδρίας. Παρατηρούνται οι τρεις κοιλότητες διάνοιξης.

Ακτινογραφική εξέταση: Η οπισθοφατνιακή ακτινογραφία αποκάλυψε μορφολογική παραλλαγή στον #21. Το δόντι είχε μία πλήρως διαπλασμένη ρίζα με εύρος μεγαλύτερο του φυσιολογικού και ενιαία ευρεία πολφική κοιλότητα. Οι περιακρορριζικοί ιστοί δεν εμφάνιζαν παθολογικά ευρήματα ***(Εικ. 5).*** Στο CBCT που είχε ληφθεί προ διετίας διαπιστώθηκαν τρία πολφικά κέρατα σε μεγάλη απόσταση μεταξύ τους και ένας ενιαίος αποπλατυσμένος ριζικός σωλήνας ***(Εικ. 6).***

Εικ. 5: Οπισθοφατνιακή ακτινογραφία.



Εικ. 6: Υπολογιστική τομογραφία κωνικής δέσμης. Απεικονίζονται χαρακτηριστικές τομές από αυχενικό τριτημόριο (αριστερά) και ακρορριζικό τριτημόριο (δεξιά).

Το δόντι #21 είχε φυσιολογικό πολφό, ενώ η διάγνωση της μορφολογικής παραλλαγής του ήταν μερικός οδοντικός διχασμός (οδοντική διδυμία) και σύντηξη με υπεράριθμο δόντι. Η παρουσία του δοντιού σχετιζόταν με έλλειψη χώρου στο οδοντικό τόξο, ανώμαλη διευθέτηση των δοντιών και συγκλεισιακά προβλήματα. Επίσης ο νεαρός ασθενής επιθυμούσε βελτίωση της αισθητικής του χαμόγελου λόγω δυσαρμονίας του μεγέθους των δοντιών. Επομένως για την παραμονή του δοντιού στο φραγμό σε συνθήκες λειτουργικά και αισθητικά αποδεκτές ήταν αναγκαία η εκτεταμένη μείωση των διαστάσεων της μύλης και ο εκτροχισμός του υπερουλικού τμήματος του υπεράριθμου δοντιού ακολουθούμενη από μορφολογική αποκατάσταση της μύλης και ορθοδοντική θεραπεία. Για το σκοπό αυτό κρίθηκε απαραίτητη η σκόπιμη ενδοδοντική θεραπεία η οποία στη συγκεκριμένη περίπτωση παρουσίαζε σημαντικές ιδιαιτερότητες. Η διαδικασία που ακολουθήθηκε περιγράφεται αναλυτικά παρακάτω.

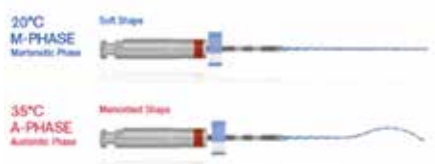
1η συνεδρία

Διάνοιξη μυλικού θαλάμου: Γίνεται εύκολα αντιληπτό ότι στο συγκεκριμένο περιστατικό μία τυπική διάνοιξη με αφαίρεση όλου του υπερπολφικού τοιχώματος θα οδηγούσε σε σημαντική εξασθένιση της μύλης. Πρόσφατα ερευνητικά δεδομένα αποδεικνύουν ότι η εξασθένιση της οδοντικής δομής κατά την παρασκευή κοιλότητας διάνοιξης αποτελεί τον πιο σημαντικό παράγοντα, εξαιτίας του οποίου τα ενδοδοντικά θεραπευμένα δόντια είναι επιρρεπή σε κατάγματα. Έτσι αποφασίστηκε να δημιουργηθούν τρεις ανεξάρτητες κοιλότητες διάνοιξης. Δεδομένου ότι σε φυσιολογικές συνθήκες η πολφική κοιλότητα αντανακλά μια μικρότερων διαστάσεων εκδοχή της εξωτερικής μορφολογίας του δοντιού, ήταν εύκολο να προσδιορίσουμε τη θέση των τριών πολφικών κεράτων παρατηρώντας την υπερώια επιφάνεια του δοντιού. Οι κοιλότητες διάνοιξης επεκτάθηκαν χρησιμοποιώντας εγγλυφίδα χωρίς κοπτικό άκρο, ώστε το τελικό τους περίγραμμα να είναι ελαφρώς μεγαλύτερο από αυτό των πολφικών κεράτων. Για την αφαίρεση του πολφικού ιστού στο αυχενικό τριτημόριο χρησιμοποιήθηκαν στρογγυλές εγγλυφίδες στη χειρολαβή χαμηλών ταχυτήτων.

Προσδιορισμός μήκους εργασίας: Το μήκος εργασίας υπολογίστηκε με τη χρήση ηλεκτρονικού εντοπιστή και επιβεβαιώθηκε ακτινογραφικά ξεχωριστά για τις τρεις κοιλότητες διάνοιξης στα 22.5 χιλ ***(Εικ. 7).***

Εικ. 7: Ενδιάμεση ακτινογραφία.

Χημικομηχανική επεξεργασία: Στόχος της μηχανικής επεξεργασίας ήταν η αφαίρεση του πολφικού ιστού και όχι η μορφοποίηση του ριζικού σωλήνα. Για το σκοπό αυτό χρησιμοποιήθηκαν ρίνες Hedstroem διαφορετικών μεγεθών για κάθε κοιλότητα διάνοιξης. Επιλέχθηκε το μεγαλύτερο δυνατό μέγεθος που είχε παθητική εφαρμογή στο μήκος εργασίας. Πραγματοποιήθηκαν μικρού εύρους περιστροφικές κινήσεις και έλξη με σκοπό την απομάκρυνση τμημάτων πολφικού ιστού, ακολουθούμενες από ήπια περιμετρική ρίνιση. Μεταξύ των εργαλείων γίνονταν άφθονοι διακλυσμοί υποχλωριώδους νατρίου. Η μηχανική επεξεργασία θεωρήθηκε ολοκληρωμένη όταν πια δεν ήταν ορατά υπολείμματα πολφικού ιστού κατά την παρατήρηση στο οπτικό μικροσκόπιο. Καθώς όμως ήταν αδύνατη η επισκόπηση της υποκείμενης του υπερπολφικού τοιχώματος πολφικής κοιλότητας, όπως και η προσπέλαση της περιοχής αυτής με τις ρίνες, ιδιαίτερη έμφαση δόθηκε στο χημικό καθαρισμό. Χρησιμοποιήθηκε μεγάλος όγκος διαλύματος υποχλωριώδους νατρίου σε συγκέντρωση 2.5%. Το χλώριο του διαλύματος καταναλώνεται πολύ γρήγορα κατά τη διαδικασία διάλυσης των ιστικών υπολειμμάτων, οπότε για να είναι το διάλυμα αποτελεσματικότερο γίνονταν συνεχείς διακλυσμοί. Οι διακλυσμοί εφαρμόστηκαν με βελόνα τυφλού άκρου διατομής No. 25. Το βάθος εισόδου της βελόνας διακλυσμού (μήκος εργασίας μείον 2.5 χιλιοστά) ελέγχθηκε με τη χρήση ελαστικού ανασχετικού δαχτυλίου. Για την αποτελεσματικότερη διάλυση των ιστικών υπολειμμάτων γινόταν περιοδικά εφαρμογή θερμότητας με τη χρήση συμπυκνωτήρα κάθετης συμπύκνωσης. Τέλος έγινε ενεργοποίηση του διαλύματος με τη ρίνη XP-endo Finisher για 1 λεπτό σε κάθε κοιλότητα σύμφωνα με τις οδηγίες του κατασκευαστή (1000 στροφές, 1Ncm) ***(Εικ. 8).***



Εικ. 8: Η ρίνη XP-endo Finisher (XP-endo Solutions - FKG Dentaire)

Η δράση της συγκεκριμένης ρίνης οφείλεται στην κρυσταλλική δομή του μετάλλου της επιτρέποντας τη μετάπτωση από μαρτενσίτη σε ωστενίτη με την μεταβολή της θερμοκρασίας, η οποία συμβαίνει κατά την εισαγωγή της στο ριζικό σωλήνα. Με αυτόν τον τρόπο η ρίνη υφίσταται παραμόρφωση λαμβάνοντας καμπύλη μορφολογία στο άκρο της. Κατά συνέπεια, καθώς περιστρέφεται έχει τη δυνατότητα να διαγράφει περιφερειακή κίνηση εύρους 3 χιλ. προσεγγίζοντας περιοχές οι οποίες ήταν απροσπέλαστες κατά τη μηχανική επεξεργασία. Επίσης η ενέργεια από την κίνησή της, ωθεί το υγρό διακλυσμού στις ανωμαλίες και τις υποσκαφές των τοιχωμάτων.

Τοποθέτηση ενδορριζικού φαρμάκου: Παρασκευάστηκε πάστα υδροξειδίου του ασβεστίου με την ανάμειξη της σκόνης με φυσιολογικό ορό. Η πάστα τοποθετήθηκε με τη χρήση βελόνης Lentulo σε διαδοχικές μικρές ποσότητες. Πριν από κάθε νέα τοποθέτηση συμπυκνωνόταν ακρορριζικά με εργαλεία κάθετης συμπύκνωσης. Το στάδιο αυτό θεωρήθηκε σημαντικό λόγω της διαλυτικής δράσης επί των οργανικών υπολειμμάτων του υδροξειδίου του ασβεστίου. Ακολούθησε προσωρινή έμφραξη των κοιλοτήτων. Η επόμενη συνεδρία ορίστηκε μετά από δύο εβδομάδες.

2η συνεδρία

Αφαίρεση ενδορριζικού φαρμάκου: Μετά την αφαίρεση της προσωρινής έμφραξης πραγ-

ματοποιήθηκαν άφθονοι διακλυσμοί με υποχλωριώδες νάτριο. Το διάλυμα ενεργοποιήθηκε με τη ρίνη XP-endo finisher όπως περιγράφηκε παραπάνω και ο σωλήνας στέγνωσε με χρήση κώνων χάρτου. Ακολούθησε διακλυσμός με 5ml EDTA 17% το οποίο παρέμεινε στο σωλήνα για 3 λεπτά και εκ νέου στέγνωμα του σωλήνα.

Έμφραξη ακρορριζίου: επιλέχθηκε η τεχνική έμφραξης με βύσμα 5 χιλ. MTA (MTA plug) (MTA Angelus). Για τη μεταφορά του υλικού χρησιμοποιήθηκε ειδικός φορέας (MAP System, Desply). Κατόπιν το MTA συμπυκνώθηκε με κάθετους συμπυκνωτήρες (B&L BIOTECH). Το αμβλύ άκρο ενός κώνου χάρτου μεγάλου μεγέθους χρησιμοποιήθηκε για την απορρόφηση της περίσσειας της υγρασίας ***(Εικ. 9).*** Επειδή για την πήξη του MTA απαιτούνται τουλάχιστον 3 ώρες, το δόντι εμφράχθηκε προσωρινά, αφού προηγουμένως τοποθετήθηκε υγρό βύσμα από βαμβάκι πάνω του.

Εικ. 9: Ακτινογραφικός έλεγχος της τοποθέτησης του βύσματος MTA.

3η συνεδρία

Έμφραξη μέσου και αυχενικού τριτημορίου: Την επόμενη μέρα επιβεβαιώθηκε η πήξη του MTA. Ακολούθησε επάλειψη των τοιχωμάτων του ρ.σ. με φύραμα εποξικής ρητίνης και έγχυση θερμοπλαστικοποιημένης γουταπέρκας με την τεχνική της βαθμιαίας οπισθοχώρησης (back-packing). Για το σκοπό αυτό χρησιμοποιήθηκε πιστόλι έγχυσης θερμοπλαστικοποιημένης γουταπέρκας με βελόνη 20G. Η γουταπέρκα συμπυκνώθηκε με προεπιλεγμένους συμπυκνωτήρες ***(Εικ. 10).***

Εικ. 10: Τελική ακτινογραφία.

Επανεξέταση

6 μήνες αργότερα το δόντι ήταν ελεύθερο συμπτωμάτων και ακτινογραφικά δεν παρατηρήθηκαν παθολογικά ευρήματα ***(Εικ. 11).***

Εικ. 11: Επανεξέταση.

Συζήτηση

Η μεγαλύτερη δυσκολία στην αντιμετώπιση του περιστατικού ήταν η πλήρης αφαίρεση του πολφικού ιστού. Η επιλογή της διατήρησης τμήματος του υπερπολφικού τοιχώματος είναι πιθανό να βελτίωσε τη δομική αντοχή του δοντιού, όμως οδήγησε σε αδυναμία μηχανικής προσπέλασης ενός μεγάλου τμήματος της πολφικής κοιλότητας. Έτσι, δόθηκε έμφαση στο χημικό καθαρισμό. Μεγάλη σημασία είχε η ενεργοποίηση του υποχλωριώδους νατρίου και η τοποθέτηση υδροξειδίου του ασβεστίου.

Κατά την ΧΜΕ δεν έγινε προσπάθεια μορφοποίησης του τρήματος. Στις περιπτώσεις αυτές η χρήση του MTA ενδείκνυται αφού καθώς συμπυκνώνεται ακρορριζικά καταλαμβάνει το διαθέσιμο χώρο, δημιουργώντας εξαιρετική έμφραξη. Η χρήση του MTA σε πρόσθια δόντια έχει συσχετιστεί με πρόκληση δυσχρωμίας, αλλά αυτό αφορά κυρίως σε εφαρμογή του στο αυχενικό τριτημόρια του ρ.σ. και όχι στο ακρορριζικό. Στην επανεξέταση, το χρώμα του δοντιού δεν παρουσίαζε μεταβολή.

Βιβλιογραφία

Tsesis, I., Steinbock, N., Rosenberg, E., & Kaufman, A. Y. (2003). Endodontic treatment of developmental anomalies in posterior teeth: Treatment of geminated/fused teeth - Report of two cases. International Endodontic Journal, 36(5), 372–379. https://doi.org/10.1046/j.1365-2591.2003.00666.x

Yücel, A. ., & Güler, E. (2006). Nonsurgical Endodontic Retreatment of Geminated Teeth: A Case Report. Journal of Endodontics, 32(12), 1214–1216. https://doi.org/10.1016/j.joen.2006.02.030

Braun, A., Appel, T., & Frentzen, M. (2003). Endodontic and surgical treatment of a geminated maxillary incisor. International Endodontic Journal, 36(5), 380–386. https://doi.org/10.1046/j.1365-2591.2003.00668.x

Shah, P., Chander, J. M. L., Noar, J., & Ashley, P. F. (2012). Management of "double teeth" in children and adolescents. International Journal of Paediatric Dentistry, 22(6), 419–426. https://doi.org/10.1111/j.1365-263X.2011.01209.x

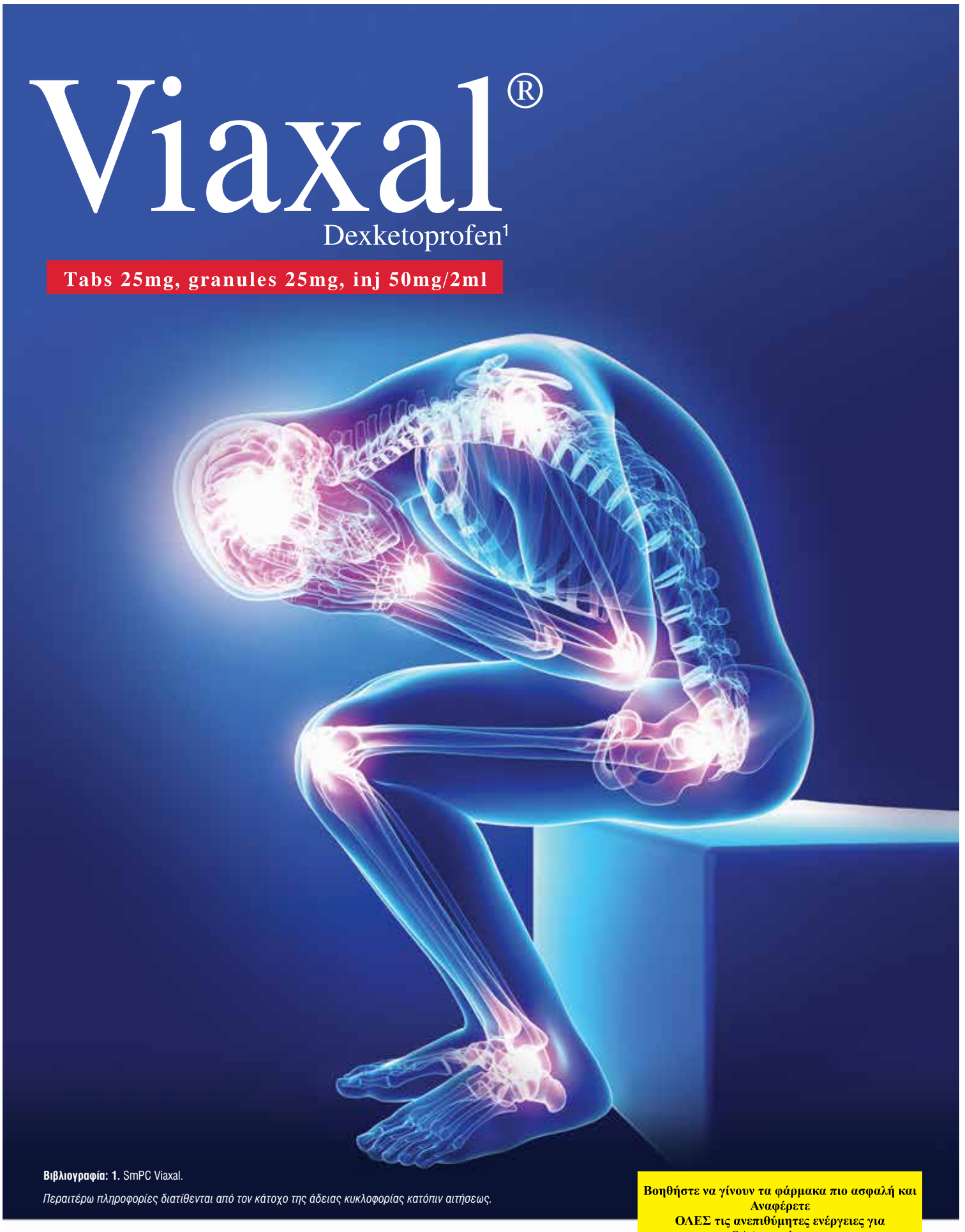
Pace, R., Giuliani, V., Pini Prato, L., Baccetti, T., & Pagavino, G. (2007). Apical plug technique using mineral trioxide aggregate: Results from a case series. International Endodontic Journal, 40(6), 478–484. https://doi.org/10.1111/j.1365-2591.2007.01240.x

Lolayekar, N., Bhat, S., & Hegde, S. (2009). Sealing ability of proroot MTA and MTA-angelus simulating a one-step apical barrier technique- an in vitro study. Journal of Clinical Pediatric Dentistry, 33(4), 305–310. https://doi.org/10.17796/jcpd.33.4.gp472416163h7818

Ulusoy, Savur, G., Alaçam, T., & elik, B. (2018). The effectiveness of various irrigation protocols on organic tissue removal from simulated internal resorption defects. International Endodontic Journal, 51(9), 1030–1036. https://doi.org/10.1111/iej.12919

Keskin, C., Sariyilmaz, E., & Sariyilmaz, Ö. (2017). Efficacy of XP-endo Finisher File in Removing Calcium Hydroxide from Simulated Internal Resorption Cavity. Journal of Endodontics, 43(1), 126–130. https://doi.org/10.1016/j.joen.2016.09.009

Φ.Ν. Συνοδινός, Γ.Ι. Σίσκος, Θ. Κουιμτζής, Σ. Γιαγτζής, Χ. Σ. Σ. (2009). Συνολική αντιμετώπιση της οδοντικής σύντηξης και του οδοντικού διχασμού: ανασκόπηση και παρουσίαση τυπικής περίπτωσης. Ενδοδοντολογία, 2(1), 121–130.



Menarini Hellas

Menarini Hellas A.E. - Αν. Δαμβέργη 7, 104 45 Αθήνα, Τ.: 210 8316111-13, F.: 210 8317343, info@menarini.gr, www.menarini.gr

GR-VIA-5-02-2020

Η στήλη της
ΕΛΛΗΝΙΚΗΣ ΕΤΑΙΡΕΙΑΣ ΠΕΡΙΟΔΟΝΤΟΛΟΓΙΑΣ ΚΑΙ ΟΔΟΝΤΙΚΩΝ ΕΜΦΥΤΕΥΜΑΤΩΝ

Μια νεωτεριστική προσέγγιση για τη διάγνωση και τον καθορισμό της ενεργού φάσης των περιοδοντικών και περιεμφυτευματικών νόσων

Ανδρέας Κ. Γρηγοριάδης
DDS, MSc, cPhD
Στρατιωτικός Χειρουργός Οδοντίατρος
Μετεκπαιδευθείς στην Περιοδοντολογία & Βιολογία Εμφυτευμάτων Α.Π.Θ.
Υποψήφιος Διδάκτωρ Οδοντιατρικής Σχολής Α.Π.Θ.

Παραδοσιακά η διάγνωση της περιοδοντικής κατάστασης ενός ασθενή στηρίζεται σε κλινική και ακτινογραφική εξέταση. Το βασικό μειονέκτημα των παραπάνω μεθόδων, είναι ότι αξιολογούν αναδρομικά την περιοδοντική καταστροφή, χωρίς να είναι σε θέση να δώσουν πληροφορίες για την ενεργότητα της νόσου ή την μελλοντική της εξέλιξη. Μια εναλλακτική προσέγγιση για τη διάγνωση και καθορισμό της ενεργού φάσης των περιοδοντικών και περιεμφυτευματικών νόσων, αποτελεί η μέτρηση των επιπέδων της μεταλλοπρωτεϊνάσης MMP-8 στο χώρο του ιατρείου.

Είναι γνωστό ότι η περιοδοντίτιδα αποτελεί μια χρόνια πολυπαραγοντική φλεγμονώδη νόσο, η οποία σχετίζεται με βιοϋμένια μικροβιακής πλάκας και χαρακτηρίζεται από σταδιακή καταστροφή των υποστηρικτικών ιστών των δοντιών[1]. Από το 2017 χρησιμοποιείται ένα νέο παγκόσμιο σύστημα ταξινόμησης της περιοδοντικής υγείας, των περιοδοντικών και περιεμφυτευματικών νοσημάτων και καταστάσεων[2]. Η νέα αυτή ταξινόμηση, η οποία προσομοιάζει με την ταξινόμηση όλων των ασθενειών που περιγράφονται από τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (Π.Ο.Υ.), περιλαμβάνει ένα σύστημα σταδιοποίησης και βαθμονόμησης για την περιοδοντίτιδα, υποδεικνύοντας σοβαρότητα και έκταση της νόσου.

Πιο συγκεκριμένα, η περιοδοντίτιδα διαχωρίζεται σε 4 στάδια, κυμαινόμενη από το Στάδιο 1 (ελάχιστα σοβαρή) ως το Στάδιο 4 (μέγιστα σοβαρή). Ο κίνδυνος και ο βαθμός επιδείνωσης της νόσου έχει κατηγοριοποιηθεί σε τρεις βαθμούς από τον ελάχιστο κίνδυνο επιδείνωσης (Βαθμός Α) στο μέγιστο (Βαθμός Γ). Η βαθμονόμηση λαμβάνει υπόψη παράγοντες κινδύνου όπως το κάπνισμα και την παρουσία συνακόλουθων ασθενειών, όπως ο σακχαρώδης διαβήτης. Βέβαια απαραίτητη προϋπόθεση για την κατάταξη των ασθενών στις παραπάνω κατηγορίες είναι η χρήση των κλασσικών κλινικών περιοδοντικών μετρήσεων (βάθος θυλάκου, απώλεια πρόσφυσης και αιμορραγία στην ψηλάφηση) και η ακτινογραφική αξιολόγηση.

> Η περιοδοντίτιδα διαχωρίζεται σε 4 στάδια, κυμαινόμενη από το Στάδιο 1 (ελάχιστα σοβαρή) ως το Στάδιο 4 (μέγιστα σοβαρή). Ο κίνδυνος και ο βαθμός επιδείνωσης της νόσου έχει κατηγοριοποιηθεί σε τρεις βαθμούς από τον ελάχιστο κίνδυνο επιδείνωσης (Βαθμός Α) στο μέγιστο (Βαθμός Γ).

Μειονέκτημα των μετρήσεων αυτών αποτελεί η ανάγκη μεγάλης εξάσκησης και εμπειρίας από τη μεριά του επεμβαίνοντος, καθώς επίσης το γεγονός ότι καταγράφουν αναδρομικά την ήδη υπάρχουσα περιοδοντική καταστροφή, χωρίς να λαμβάνουν υπόψη τη στιγμή που ξεκίνησε η καταστροφή του κολλαγόνου των περιοδοντικών ιστών. Έτσι ενώ μπορούν να μετρήσουν με μεγάλη επιτυχία την περιοδοντική καταστροφή του παρελθόντος, σε καμιά περίπτωση δεν μπορούν να προβλέψουν μελλοντική υποτροπή της νόσου[3]. Για αυτόν ακριβώς το λόγο κρίνεται αναγκαία η χρήση ευαίσθητων βιοδεικτών, οι οποίοι θα είναι δυνατόν να αναγνωρίζουν την εξέλιξη και ενεργότητα της νόσου, την αποτελεσματικότητα της θεραπείας, καθώς και την περίοδο της υποστηρικτικής περιοδοντικής θεραπείας[4].

Τα τελευταία χρόνια, τόσο το σάλιο, όσο και το υγρό της ουλοδοντικής σχισμής, έχουν διεξοδικά μελετηθεί για την εύρεση πιθανών διαγνωστικών για την περιοδοντική νόσο βιοδεικτών[5]. Ένας από τους πλέον μελετημένους, είναι η μεταλλοπρωτεϊνάση MMP-8 (ή κολλαγενάση 2 /κολλαγενάση ουδετεροφίλων)[6,7]. Πρόκειται για ένα ένζυμο, το οποίο είναι υπεύθυνο για την αποδόμηση του κολλαγόνου που παρατηρείται μεταξύ άλλων και στις φλεγμονώδεις νόσους των περιοδοντικών και περιεμφυτευματικών ιστών[8].

Βασικό χαρακτηριστικό γνώρισμα του συγκεκριμένου ενζύμου είναι ότι παρουσιάζει αύξηση των επιπέδων της ενεργοποιημένης του μορφής (aMMP-8) σε ενεργή περιοδοντική καταστροφή (η ενεργή φάση της περιοδοντικής νόσου), ενώ εμφανίζει διαφορετικές τιμές των επιπέδων του στην ουλίτιδα και στην περιοδοντίτιδα[9]. Μάλιστα τα τελευταία χρόνια έχει κατασκευαστεί δοκιμασία άμεσης (ταχείας) ανίχνευσης της aMMP-8 στο ιατρείο (PoC/ point-of-care test) με την ανοσοενζυμική μέθοδο της ανοσοχρωματογραφίας[10] και με χρήση του αντιδραστηρίου PerioSafe®immunotest και του αντίστοιχου ψηφιακού αναλυτή ORALyzer® της εταιρείας Dentognostics GmbH - Jena, Germany ***(Εικ. 1,2).*** Πρόκειται για μία πολύ απλή διαδικασία κατά την οποία ο ασθενής χρησιμοποιεί κατάλληλο στοματικό διάλυμα ***(Εικ. 3)*** για τη συλλογή σάλιου και υγρού ουλοδοντικής σχισμής, από το οποίο με τη βοήθεια του αντίστοιχου αντιδραστηρίου προσδιορίζονται τα επίπεδα της aMMP-8.

Το όριο στο οποίο διαχωρίζεται η περιοδοντική υγεία και η ουλίτιδα από την περιοδοντίτιδα είναι τα 20 ng/ml. Σε περίπτωση που τα επίπεδα της aMMP-8 είναι μεγαλύτερα από το παραπάνω όριο, εμφανίζονται στο διαγνωστικό τεστ 2 γραμμές, οπότε ο ασθενής θεωρείται θετικός. Αντίθετα σε μικρότερες τιμές θεωρείται αρνητικός και εμφανίζεται μόνο μία γραμμή ***(Εικ. 4,5).*** Με τη χρήση του κα-

Εικ. 1: Το αντιδραστήριο PerioSafe® immunotest και ο αντίστοιχος ψηφιακός αναλυτής ORALyzer®.

Εικ. 2: Ανάγνωση του barcode του τεστ από τον αναλυτή.

Εικ. 3: Στοματόπλυση για 30 δευτερόλεπτα με το στοματικό διαλυμα και τοποθέτηση του υγρού στο αντιδραστήριο.

Εικ. 4: Μέσα σε 5 λεπτά έχουμε την αλλαγή του χρώματος του αντιδραστηρίου και την εμφάνιση των αποτελεσμάτων.

Εικ. 5: Ανάλογα με τα επίπεδα της aMMP-8 εμφανίζονται μια γραμμή (<20ng/ml) ή δύο γραμμές (>20 ng/ml)

τάλληλου αναλυτή, είναι δυνατόν να προσδιοριστούν επακριβώς τα επίπεδα της ενεργοποιημένης μορφής της MMP-8 ***(Εικ. 6).*** Θα πρέπει να σημειωθεί ότι έχει κατασκευαστεί εξειδικευμένο αντιδραστήριο και για την περίπτωση των οδοντικών εμφυτευμάτων.

Στα πλεονεκτήματα της συγκεκριμένης μη επεμβατικής διαγνωστικής μεθόδου συγκαταλέγονται η ειδικότητα (96%) και η ευαισθησία (76-83%) της aMMP-8 να ανιχνεύσει την κολλαγενετική δράση του ενζύμου στο περιοδόντιο, καθώς και η ολοκλήρωση των αποτελεσμάτων μέσα σε λίγα λεπτά[11]. Επιπρόσθετα είναι δυνατόν να συμβάλει στη μείωση της υπερθεραπείας, των πολύπλοκων σχεδίων θεραπείας με αυξημένο κόστος και να αυξήσει τη συνεργασία και κατανόηση από τη μεριά των ασθενών αφού πρόκειται για μια ανώδυνη και απλή διαδικασία[12].

Μεγάλος αριθμός κλινικών μελετών αποδεικνύει την αποτελεσματικότητα του συγκεκριμένου βιομάρτυρα (κυρίως σε σύγκριση με άλλους βιοδείκτες) που ίσως στο μέλλον αποτελέσει σημαντικό υποβοηθητικό όπλο στην έγκαιρη διάγνωση ενεργού περιοδοντικής και περιεμφυτευματικής καταστροφής πριν ακόμη εμφανιστούν κλινικά τα αποτελέσματά της[4,13-15]. Παράλληλα ερευνάται η συσχέτιση των αυξημένων επιπέδων της aMMP-8 με συστηματικά νοσήματα που αποτελούν παράγοντες κινδύνου της περιοδοντικής νόσου όπως για παράδειγμα ο σακχαρώδης διαβήτης και η δυνατότητα εντοπισμού του προδιαβήτη ή του αδιάγνωστου διαβήτη στο χώρο του ιατρείου[16,17].

Εικ. 6: Με τη χρήση του αναλυτή προσδιορίζονται με ακρίβεια τα επίπεδα της aMMP-8.

Βιβλιογραφία

1. Papapanou PN, Sanz M, Buduneli N, et al. Periodontitis: Consensus report of workgroup 2 of the 2017 World Workshop on the Classification of Periodontal and PeriImplant Diseases and Conditions. J Periodontol 2018;89:S173-S182.
2. Tonetti MS, Greenwell H, Kornman KS. Staging and grading of periodontitis: Framework and proposal of a new classification and case definition. J Periodontol 2018;89:S159-S172.
3. Kinane D, Stathopoulou P, Papapanou P. Periodontal Diseases. Nat. Rev. Dis. Primers, 3, Article No. 17038. In, 2017.
4. Räisänen IT, Heikkinen AM, Siren E, et al. Point-of-Care/Chairside aMMP-8 analytics of periodontal diseases' activity and episodic progression. Diagnostics 2018;8:74.
5. Sorsa T, Alassiri S, Grigoriadis A, et al. Active MMP-8 (aMMP-8) as a Grading and Staging Biomarker in the Periodontitis Classification. Diagnostics 2020;10:61.
6. Sorsa T, Tjäderhane L, Konttinen YT, et al. Matrix metalloproteinases: contribution to pathogenesis, diagnosis and treatment of periodontal inflammation. Ann Med 2006;38:306-321.
7. Kiili M, Cox S, Chen H, et al. Collagenase2 (MMP8) and collagenase3 (MMP13) in adult periodontitis: molecular forms and levels in gingival crevicular fluid and immunolocalisation in gingival tissue. J Clin Periodontol 2002;29:224-232.
8. Lee W, Aitken S, Sodek J, McCulloch C. Evidence of a direct relationship between neutrophil collagenase activity and periodontal tissue destruction in vivo: role of active enzyme in human periodontitis. J Periodontal Res 1995;30:23-33.
9. Alassiri S, Parnanen P, Rathnayake N, et al. The ability of quantitative, specific, and sensitive point-of-care/chair-side oral fluid immunotests for aMMP-8 to detect periodontal and peri-implant diseases. Dis Markers 2018;2018.
10. Nwhator S, Ayanbadejo P, Umeizudike K, et al. Clinical correlates of a lateralflow immunoassay oral risk indicator. J Periodontol 2014;85:188-194.
11. Räisänen IT, Sorsa T, van der Schoor G-J, et al. Active matrix metalloproteinase-8 Point-of-Care (PoC)/chairside mouthrinse test vs. bleeding on probing in diagnosing subclinical periodontitis in adolescents. Diagnostics 2019;9:34.
12. Lähteenmäki H, Umeizudike KA, Heikkinen AM, et al. aMMP-8 Point-of-Care/Chairside Oral Fluid Technology as a Rapid, Non-Invasive Tool for Periodontitis and Peri-Implantitis Screening in a Medical Care Setting. Diagnostics 2020;10:562.
13. Sorsa T, Gieselmann D, Arweiler NB, Hernndez M. A quantitative point-of-care test for periodontal and dental peri-implant diseases. Nat Rev Dis Primers 2017;3:1-1.
14. Räisänen IT, Umeizudike KA, Pärnänen P, et al. Periodontal disease and targeted prevention using aMMP-8 point-of-care oral fluid analytics in the COVID-19 era. Med Hyp 2020;144:110276.
15. Raivisto T ST, Räisänen IT, et al. Active Matrix Metalloproteinase8 Chair Side Mouth Rinse Test, Health Behaviour and Oral Health in Finnish Adolescent Cohort. J Clin Diagn Res 2020;14:ZC35-ZC39.
16. Grigoriadis A, Sorsa T, Räisänen I, Pärnänen P, Tervahartiala T, Sakellari D. Prediabetes/diabetes can be screened at the dental office by a low-cost and fast chair-side/point-of-care aMMP-8 immunotest. Diagnostics 2019;9:151.
17. Grigoriadis A, Räisänen IT, Pärnänen P, Tervahartiala T, Sorsa T, Sakellari D. Prediabetes/diabetes screening strategy at the periodontal clinic. Clin Exp Dent Res 2020.

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

Η σελίδα της
ΕΛΛΗΝΙΚΗΣ ΕΤΑΙΡΕΙΑΣ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΗΣ ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΙΚΗΣ

Ενδείξεις, περιορισμοί και αντενδείξεις χορήγησης γενικής αναισθησίας για την παροχή οδοντιατρικής θεραπείας

Αγγελική Γιαννοπούλου
Γενική Γραμματέας Ελληνικής Εταιρείας Νοσοκομειακής Οδοντιατρικής

Φλώρα Ζερβού-Βάλβη
Πρόεδρος Ελληνικής Εταιρείας Νοσοκομειακής Οδοντιατρικής, Δρ Οδοντ., MPhil Med.

Η στοματική υγεία είναι ιδιαίτερα σημαντική για τη γενική υγεία του ατόμου. Η οδοντιατρική αντιμετώπιση για την αποκατάστασή της συνήθως γίνεται στο ιατρείο με τοπική αναισθησία, όμως ορισμένες φορές απαιτείται να γίνει στο χειρουργείο υπό γενική αναισθησία.
Γενική αναισθησία (Γ.Α.) είναι η αναστρέψιμη κατάσταση που επάγεται φαρμακευτικά και οδηγεί σε απώλεια συνείδησης, αμνησία, αναλγησία και ακινησία, ενώ παράλληλα διατηρείται η φυσιολογική ομοιόσταση του ασθενούς.
Στο παρελθόν η χρήση της Γ.Α. για οδοντοθεραπεία ήταν περιορισμένη, ωστόσο σήμερα όλο και συχνότερα επιλέγεται για ασθενείς με πολλαπλά προβλήματα υγείας.

Η Γ.Α. εμφανίζει σειρά πλεονεκτημάτων. Σε αυτά περιλαμβάνονται η άνεση στη διεκπεραίωση της οδοντιατρικής αποκατάστασης, τόσο από την πλευρά του ασθενούς, όσο και από την πλευρά του οδοντιάτρου. Επίσης, η διευκόλυνση του προγραμματισμού της εκτέλεσης των πράξεων, με πιθανή παράλληλη μείωση του κόστους όταν τα προβλήματα που χρήζουν αποκατάστασης είναι πολλά, αφού η συχνότητα των επισκέψεων ελαττώνεται..

Είναι απαραίτητο, όμως, εξ αρχής να τονίσουμε ότι η Γ.Α. αποτελεί ασφαλή μέθοδο εφόσον τηρούνται όλοι οι ενδεδειγμένοι κανόνες και προϋποθέσεις. Όμως, δεν είναι άμοιρη παρενεργειών και ανεπιθύμητων συμβαμάτων αν και τα ποσοστά που έχουν καταγραφεί είναι σχετικά μικρά, της δε θνητότητας ελάχιστα, ωστόσο υπαρκτά. Επομένως, πρέπει να χρησιμοποιείται μόνο σε περιπτώσεις στις οποίες άλλες τεχνικές λόγω ελλείμματος συνεργασίας ή ιατρικών προβλημάτων, έχουν αποτύχει ή δεν μπορούν να έχουν εφαρμογή.

Βασικά στοιχεία που πρέπει να λαμβάνονται υπόψη για τη διαμόρφωση της απόφασης για οδοντιατρική αντιμετώπιση υπό Γ.Α. είναι:

α) η αξιολόγηση της γενικής και στοματικής υγείας καθώς και της συμπεριφοράς του ασθενούς,
β) η έκταση της οδοντιατρικής αποκατάστασης,
γ) η ύπαρξη δυνατότητας αντιμετώπισης του ασθενούς με άλλες μεθόδους (π.χ. καταστολή με φαρμακευτική αγωγή από του στόματος),
δ) η ύπαρξη της ανάλογης εμπειρίας και υποδομής για την παροχή ασφαλούς και αποτελεσματικής περίθαλψης υπό γενική αναισθησία.

Ενδείξεις

Προκειμένου να αξιολογηθούν οι ενδείξεις για την οδοντιατρική αντιμετώπιση υπό Γ.Α. είναι απαραίτητο να ληφθούν υπόψη όλα τα στοιχεία του ιστορικού του ασθενούς. Τα κριτήρια μπορεί να είναι γενικά και οδοντιατρικά και αξιολογούνται μεμονωμένα ή σε συνδυασμό.

> Είναι απαραίτητο, εξ αρχής να τονίσουμε ότι η γενική αναισθησία αποτελεί ασφαλή μέθοδο εφόσον τηρούνται όλοι οι ενδεδειγμένοι κανόνες και προϋποθέσεις. Όμως, δεν είναι άμοιρη παρενεργειών και ανεπιθύμητων συμβαμάτων αν και τα ποσοστά που έχουν καταγραφεί είναι σχετικά μικρά, της δε θνητότητας ελάχιστα, ωστόσο υπαρκτά.

Οι κατηγορίες των ασθενών που η Γ.Α. αποτελεί μέθοδο επιλογής για την οδοντιατρική τους αντιμετώπιση μπορεί να ταξινομηθούν στις παρακάτω βασικές ομάδες:

1) Ασθενείς με νοητική υστέρηση μετά ή άνευ συστηματικής νόσου

Αποτελούν την κύρια ομάδα. Σε αυτήν περιλαμβάνονται άτομα με μέτρια νοητική και κυρίως βαρεία νοητική υστέρηση, η οποία σε πολλές περιπτώσεις αποτελεί μέρος συνδρόμου ή ψυχικών διαταραχών. Εάν συνυπάρχουν προβλήματα από διάφορα συστήματα και κυρίως από το καρδιαγγειακό, τότε χρειάζεται να ληφθεί ιδιαίτερη μέριμνα.

2) Ασθενείς με νευρολογική ή ψυχική νόσο μετά ή άνευ άλλης συστηματικής νόσου

Στην ομάδα αυτή υπάγονται άτομα με εγκεφαλική παράλυση, φυσική αναπηρία, επιληψία, αυτισμό, κατάθλιψη και λοιπές χρόνιες παθήσεις που καθιστούν επικίνδυνη την αντιμετώπιση στην οδοντιατρική έδρα.

3) Άτομα με αρνητική συμπεριφορά

Η συμπεριφορά αυτή μπορεί να είναι αποτέλεσμα φόβου και άγχους του ασθενούς προς την οδοντιατρική πράξη και μπορεί να συμβαίνει ανεξάρτητα από την ηλικία. Έλλειμμα ή απουσία συνεργασίας επίσης εμφανίζουν συχνά τα βρέφη και τα παιδιά μικρής ηλικίας, ιδιαίτερα μεταξύ 2 έως 9 ετών.

4) Ασθενείς με πολλαπλά οδοντιατρικά προβλήματα

Σε αυτή την ομάδα εντάσσονται άτομα με πολλαπλές και σύνθετες ανάγκες οδοντιατρικής αποκατάστασης. Τα άτομα αυτά μπορεί να είναι υγιή αλλά λόγω της μεγάλης έκτασης του οδοντιατρικού τους προβλήματος και συνεπώς του μεγάλου αριθμού συνεδριών που θα απαιτηθούν όταν η αποκατάσταση επιχειρηθεί με τοπική αναισθησία, μπορεί να εφαρμοσθεί η γενική αναισθησία. Εκτεταμένο οδοντιατρικό πρόβλημα μπορεί να παρουσιάζουν και άτομα με συστηματική νόσο, στα οποία μπορεί επίσης να εφαρμοσθεί γενική αναισθησία για την αποφυγή επανειλημμένης εφαρμογής ειδικών τροποποιήσεων όπως π.χ. σε ασθενείς με βαλβιδοπάθεια για την αποφυγή επανειλημμένης χορήγησης χημειοπροφύλαξης, σε ασθενείς που λαμβάνουν αντιπηκτικά και χρειάζονται τροποποίηση της αντιπηκτικής αγωγής κ.ά.

5) *Ασθενείς με διάφορα προβλήματα* όπως ιστορικό αλλεργικών αντιδράσεων στα τοπικά αναισθητικά, με έντονο αντανακλαστικό εμέτου, με διάφορες ανατομικές δυσμορφίες κ.ά.
6) *Άτομα με επείγον οδοντιατρικό πρόβλημα,* υγιή ή με επιβάρυνση της υγείας τους που προσέρχονται με επείγουσα κατάσταση η οποία χρήζει άμεσης αντιμετώπισης αλλά για διάφορους λόγους η εφαρμογή τοπικής αναισθησίας δεν είναι δυνατή ή δεν ενδείκνυται, όπως σε ορισμένες περιπτώσεις σοβαρής φλεγμονής ή βαρέος γναθοπροσωπικού τραύματος.

Αντενδείξεις

Δεν υπάρχουν απόλυτες ιατρικές αντενδείξεις για την οδοντιατρική περίθαλψη υπό Γ.Α. Σχετικές αντενδείξεις είναι η πολύ μεγάλη ηλικία, το πολύ βεβαρημένο καρδιολογικό, πνευμονολογικό, ενδοκρινολογικό, αναισθησιολογικό ιστορικό, καθώς και διάφοροι ανατομικοί λόγοι.

Γενικότερα θα πρέπει να ληφθεί υπόψη η σχέση οφέλους / κινδύνου. Επιβεβλημένη είναι η συνεργασία του οδοντιάτρου με τον αναισθησιολόγο, προκειμένου να γίνεται προσεκτική ανάλυση όλων των ιατρικών προβλημάτων που μπορεί να αντιπροσωπεύουν μία αντένδειξη.

Γενικοί Περιορισμοί

Πέραν των αντενδείξεων, γενικότεροι λόγοι εμποδίζουν την εφαρμογή Γ.Α. για οδοντοθεραπεία.

Ένας από τους κυριότερους λόγους είναι η ελλιπής εκπαίδευση και εμπειρία των οδοντιάτρων στο αντικείμενο. Η μέθοδος της οδοντοθεραπείας υπό Γ.Α. απαιτεί συντονισμένη φροντίδα της επεμβαίνουσας ομάδας, δηλ. του οδοντιάτρου, του αναισθησιολόγου, του νοσηλευτικού προσωπικού αλλά και των φροντιστών των ασθενών αυτών, ιδίως όταν πρόκειται για άτομα με αναπηρία (ΑμεΑ. Ο συντονισμός αποτελεί έργο του επεμβαίνοντος οδοντιάτρου. Εάν, επομένως, ο οδοντίατρος δεν διαθέτει επαρκή εκπαίδευση και εμπειρία, τότε οι επιπλοκές είναι πιο πιθανό να συμβούν και, εάν συμβούν, είναι λιγότερο πιθανό να αντιμετωπιστούν σωστά.

Άλλο εμπόδιο είναι η μικρή διαθεσιμότητα στα πλαίσια του ΕΣΥ και η χαμηλή προσπελασιμότητα τέτοιων υπηρεσιών σε αντίθεση με την υψηλή ζήτησή τους.

Αυτά τα εμπόδια προσδοκάται ότι θα παρακαμφθούν με την έναρξη της ειδικής εκπαίδευσης στο πλαίσιο της ειδικότητας της Νοσοκομειακής Οδοντιατρικής.

Άλλος περιορισμός είναι ότι με το δεδομένο της πραγματοποίησης της οδοντιατρικής αποκατάστασης υπό Γ.Α. σε μία συνεδρία, υπάρχει αδυναμία αξιοποίησης της επουλωτικής δυνατότητας, μέσω των διαδοχικών φάσεων θεραπείας - παρακολούθησης για την εξάλειψη τοπικών ή συστηματικών παραγόντων όπως επί περιοδοντίτιδας. Καθώς και αδυναμία πλήρους εκμετάλλευσης της συμβολής του ασθενούς στη διατήρηση της στοματικής υγιεινής.

Συμπερασματικά, είναι γεγονός ότι με την πάροδο του χρόνου έχει αυξηθεί η επίγνωση της ανάγκης για την οδοντιατρική περίθαλψη των ΑμεΑ και των ασθενών με βεβαρημένο ιατρικό ιστορικό. Η εφαρμογή της Γ.Α. για οδοντοθεραπεία σε υγιείς αλλά και σε αυτούς τους ειδικούς ασθενείς, είναι ασφαλής εφόσον τηρούνται όλοι οι ενδεδειγμένοι κανόνες και προϋποθέσεις, θεωρείται όμως σκόπιμο να ακολουθούνται αυστηρά οι ενδείξεις και η μέθοδος να εφαρμόζεται μόνο σε ασθενείς που δεν μπορούν να αντιμετωπισθούν με άλλο τρόπο. Παράλληλα, πρέπει πάντοτε να έχουμε κατά νου ότι για την παροχή οδοντιατρικής περίθαλψης υπό Γ.Α. απαιτούνται εξειδικευμένες γνώσεις, εμπειρία, συνεχής εκπαίδευση και συστηματική ενασχόληση του οδοντιάτρου καθώς και διεπιστημονική προσέγγιση.

ΕΝΔΕΙΚΤΙΚΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. El-Yousfi S, Jones K, White S, Marshman Z: A rapid review of barriers to oral healthcare for vulnerable people. Br Dent J 2019;227(2):143–51.
2. Brown EN, Lydic R, Schiff N.D: General anesthesia, sleep, and coma. N Engl J Med 2010;363:2638-2650.
3. Brailo V, Jankovic B, Lozic M, Gabric D, Kuna T, Stambolija V et al: Dental treatment under general anesthesia in a day care surgery setting. Acta Stomatol Croat 2019;53(1):64–71.
4. Γιαννοπούλου Α, Ζερβού–Βάλβη Φ, Δημητρίου Α, Φανδρίδης Ι: Άτομα με Αναπηρία: Στοματική Υγεία και Οδοντιατρική Πρόληψη. Ασκλ Χρον 2019;7(1):20-29.
5. Γιαννοπούλου Α, Ζερβού-Βάλβη Φ:Οδοντιατρική Αντιμετώπιση των Ατόμων με Αναπηρία υπό Γενική Αναισθησία. Ελλ Νοσ Οδοντ 2020;13:21-35-53.
6. Yung-Pan Chen Y, Yi Hsieh C, Yu Shih W: A 10-year trend of dental treatments under general-anesthesia of children in Taipei Veterans General Hospital. J Chin Med Assoc. 2017; 80:262268.
7. Kvist T, Zedren-Sunemo J, Graca E, Dahllof G: Is treatment under general anaesthesia associated with dental neglect and dental disability among caries active preschool children? Eur Arch Paediatr Dent 2014;15:327-332.
8. Krause M, L. Vainio S, Zwetchkenbaum R: Dental education about patients with special needs: a survey of U.S. and Canadian dental schools. J Dent Educ 2010;(74):1179-89.
9. Zhou X, Nanayakkara S, Songsiripradubboon S, Gao J, Neeta Prabhu N: A retrospective study on paediatric dental treatment under general anaesthesia at a tertiary public facility in Australia. 2020 Pediatr Dent J. Available online 24 July 2020. In Press.
10. Φραγκάκης Μ, Ζουριδάκη Θ, Μπογοσιάν Ε, Λεφάκη Τ, Μακατουνάκη Κ, Μικρούλης Σ και συν: Διαχείριση Οδοντιατρικών Ασθενών με Γενική Αναισθησία. Ελλ Στομ Χρον 2000;44:33-56.

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

ΚΑΚΟΗΘΕΣ ΜΕΛΑΝΩΜΑ ΣΤΟΜΑΤΟΣ: Ένα επιθετικό νεόπλασμα

Το μελάνωμα είναι κακόηθες νεόπλασμα που προέρχεται απο μελανινοκύτταρα. Προσβάλλει κυρίως το δέρμα και σπανιότερα βλεννογόνους και άλλες περιοχές. Τις τελευταίες 4 δεκαετίες παρατηρείται πολύ μεγάλη αύξηση του μελανώματος στο δέρμα, ενώ το μελάνωμα του βλεννογόνου του στόματος είναι σπάνιο.

Ανάλογα με τον τρόπο ανάπτυξης το μελάνωμα του δέρματος ταξινομείται σε 4 βασικούς τύπους: **α. το ozώδες, β. το επιπολής εξαπλούμενο, γ. το μελάνωμα που αναπτύσσεται σε έδαφος κακοήθους φακής** και **δ. το μελάνωμα των άκρων.** Η πρόγνωση του μελανώματος του δέρματος έχει βελτιωθεί σημαντικά, λόγω πρώιμης διάγνωσης, ενώ του στόματος όχι γιατί συνήθως η διάγνωση γίνεται καθυστερημένα.

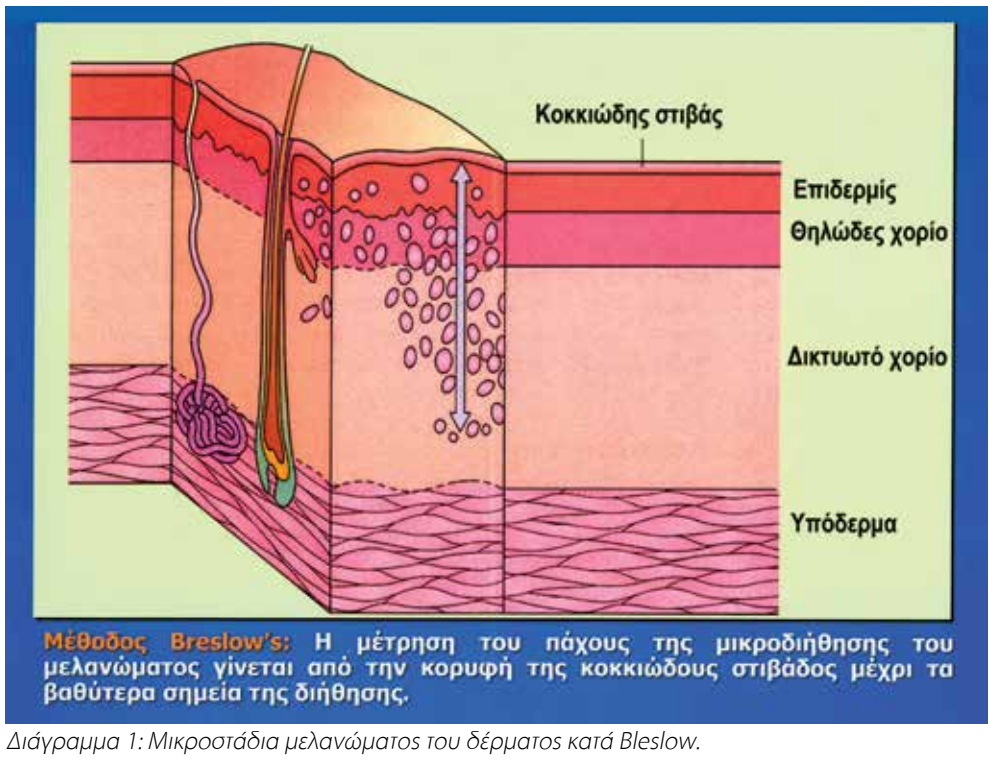
Το κακόηθες μελάνωμα προέρχεται από τα μελανινοκύτταρα, έχει κακή πρόγνωση και εμφανίζεται κυρίως στο δέρμα αλλά και σε κάθε περιοχή του σώματος που υπάρχει μελαγχρωματικός ιστός. Η συχνότητα του μελανώματος στο δέρμα παρουσιάζει τεράστια αύξηση τις τελευταίες 4 δεκαετίες σε όλο τον κόσμο. Στο διάστημα αυτό η συχνότητα του όγκου έχει αυξηθεί 10-15 φορές. Στην Αυστραλία, με το υψηλότερο ποσοστό μελανώματος, αντιστοιχούν 50-60 νέες περιπτώσεις ανά 100.000 κατοίκους, στις ΗΠΑ 15 ανά 100.000, στην Αγγλία 10-12 ανά 100.000 Δεκαπλάσια και πλέον αύξηση έχουμε και στην Ελλάδα όπου αντιστοιχούν 6-8 νέες περιπτώσεις ανά 100.000 κατοίκους το χρόνο. Η μεγάλη αύξηση αποδίδεται κυρίως στην παρατεταμένη έκθεση στην ηλιακή ακτινοβολία, κυρίως τους θερινούς μήνες με τα θαλάσσια μπάνια. Άλλοι παράγοντες κινδύνου είναι γενετικοί, το ηλιακό έγκαυμα στην παιδική ηλικία, οι προϋπάρχουσες μελαχρωματικές βλάβες, (σπίλοι, εφηλίδες, φακές). Το πρωτοπαθές μελάνωμα στο στόμα αντιπροσωπεύει το 0,5-1%του συνόλου των μελανωμάτων. Επιπλέον, αναπτύσσεται και σε άλλους βλεννογόνους (λάρυγγα, ρινοφάρυγγα, επιπεφυκότες, αμφιβληστροειδή χιτώνα, κόλπο και πρωκτό). Το νεόπλασμα αναπτύσσεται είτε σε έδαφος προϋπάρχουσας καλοήθους μελαγχρωματικής βλάβης ή de novo, από μελανινοκύτταρα φυσιολογικού δέρματος ή του βλεννογόνου. Τα κύτταρα του όγκου παρουσιάζουν ιστολογικά ανάπτυξη δύο κατευθύνσεων, α) την *οριζόντια ή ακτινωτή* και β) την *κάθετη ή κατά βάθος* και αυτό σχετίζεται με την επέκταση και την πρόγνωση του νεοπλάσματος. Επιπλέον, η πρόγνωση του μελανώματος στο δέρμα στηρίζεται στον τύπο του μελανώματος και το στάδιο κατά τη στιγμή της διάγνωσης (κλινικά και ιστολογικά). Υπάρχει κλίμακα 11 σταδίων, ιδιαίτερη όμως έμφαση δίνεται στο πάχος της διήθησης που στηρίζεται στη μέθοδο *Breslow (μέτρηση από την κοκκιώδη στιβάδα μέχρι το βαθύτερο άκρο της διήθησης)* ***(Διάγραμμα 1)***. Εντούτοις, τα πιο πάνω κριτήρια δεν έχουν ακόμη πρακτική για το μελάνωμα του στόματος.

Κλινικά, το κακόηθες μελάνωμα του στόματος απαντά σχεδόν εξίσου και στα δύο φύλα, πιο συχνά μεταξύ 50-60 ετών. Με κλινικά και ιστοπαθολογικά κριτήρια (τρόπος νάπτυξης του όγκου) το κακόηθες μελάνωμα του δέρματος ταξινομείται σε 4 βασικούς τύπους: 1. Το **ozώδες,** που παρουσιάζεται ως εξωφυτικό μελανό ή μελανόφαιο ozίδιο ή όγκος, που αυξάνει ταχύτατα, αιμορραγεί εύκολα και συχνά είναι ελκωμένο ***(Εικ. 1,2).*** Απαντάται αρκετά συχνά και στο στόμα και έχει τη χειρότερη πρόγνωση αφού αναπτύσσεται κατά την κάθετη διάσταση, 2. Το **επιπολής εξαπλούμενο,** που παρουσιάζεται ως περιγεγραμμένη επίπεδη ή ελαφρά επηρμένη μελανή πλάκα, που αυξάνει περιφερικά ***(Εικ. 3).*** Είναι σχετικά σπάνιο στο στόμα και έχει καλύτερη πρόγνωση από το ozώδες, επειδή αναπτύσσεται κυρίως κατά την οριζόντια διάσταση, 3. Το **μελάνωμα που αναπτύσσεται σε έδαφος κακοήθους φακής** είναι εξαιρετικά σπάνιο στο

Εικ. 1: Πρώιμο ozώδες μελάνωμα δέρματος.

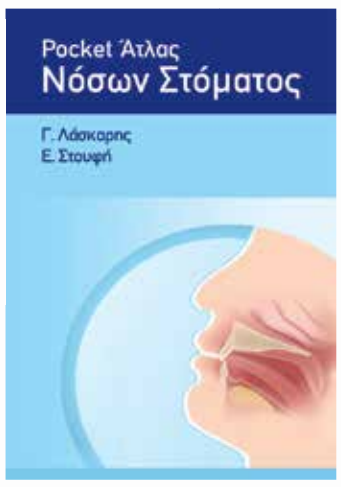
Εικ. 2: Πρώιμο ozώδες μελάνωμα ούλων.

Εικ. 3: Επιπολής εξαπλούμενο μελάνωμα ούλων και φατνιακού Βλεννογόνου.



Διάγραμμα 1: Μικροστάδια μελανώματος του δέρματος κατά Bleslow.

Pocket Άτλας **Νόσων Στόματος**
Απαραίτητο εξάρτημα "τσέπης"...
...της ιατρικής μας μπλούζας!



ΕΠΑΝΕΚΔΟΣΗ!!
Γιώργος Χ. Λάσκαρης
Στοματολόγος. Ιατρός-Οδοντίατρος.
- Αν. Καθηγητής Στοματολογίας Ιατρικής Σχολής Παν. Αθηνών
- Επισκέπτης Καθηγητής Παν. Λονδίνου
- Ιδρυτής και Δ/ντης Στοματολογικού Τμήματος Νοσ. «Α. Συγγρός» (1971-2008)
Ελεάνα Δ. Στουφή
Στοματολόγος- Οδοντίατρος
- Επισκέπτρια Λέκτωρ Παν. Harvard, USA,
- Στοματολόγος Ευρωκλινικής Αθηνών

Το βιβλίο Pocket Άτλας Νόσων Στόματος των Γεωργίου Λάσκαρη και Ελέανας Στουφή που εκδόθηκε στο τέλος του 2019, έτυχε ενθουσιώδους υποδοχής από τους Οδοντιάτρους και Ιατρούς καθώς και από τους φοιτητές, με αποτέλεσμα να εξαντληθεί η έκδοσις.

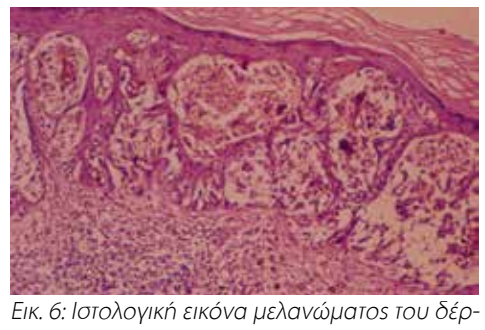
*Οι **Ιατρικές Εκδόσεις ΛΙΤΣΑΣ** μαζί με τις ευχαριστίες τους, ενημερώνουν τους Οδοντιάτρους και Ιατρούς ότι ετοιμάζεται επανέκδοση του βιβλίου και **σύντομα θα είναι διαθέσιμο σε όλα τα Ιατρικά βιβλιοπωλεία.***

472 σελίδες
ΤΙΜΗ €45 ΜΟΝΟ
436 έγχρωμες εικόνες

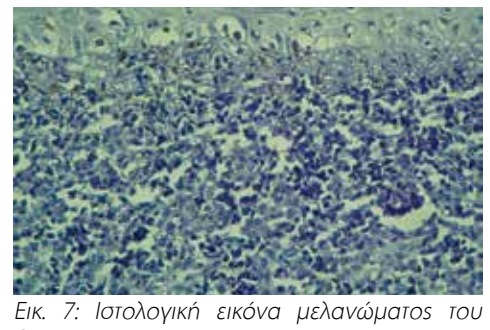
ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΙΚΟ ΒΗΜΑ
Σκουφά 64, 106 80 Αθήνα,
Τηλ. **210 3814 939**, www. odvima.gr

Εικ. 4: Μελάνωμα σε έδαφος κακοήθους φακής στη συγχειλία και το κάτω χείλος.

Εικ. 5: Μελάνωμα των άκρων στο δέρμα του πέλματος.



Εικ. 6: Ιστολογική εικόνα μελανώματος του δέρματος.



Εικ. 7: Ιστολογική εικόνα μελανώματος του βλεννογόνου του στόματος σε έδαφος κακοήθους φακής.

στόμα και έχει την πιο καλή πρόγνωση, επειδή έχει βραδεία εξέλιξη κατά την οριζόντια διάσταση ***(Εικ. 4),*** 4. Το **μελάνωμα των άκρων** που είναι σπάνιος τύπος (5-10%) και αναπτύσσεται, χαρακτηριστικά στις παλάμες, τα πέλματα και γύρω από τα νύχια. Τέλος, υπάρχει και το μελάνωμα χωρίς κλινική μελανή παρουσία που χαρακτηρίζεται ως το **αμελανωτικό μελάνωμα** και μπορεί ιστολογικά να ταξινομείται σε έναν από τους 4 βασικούς τύπους. *Πάνω από 80% των μελανωμάτων στο στόμα εντοπίζονται στην υπερώα, τα ούλα και το φατνιακό βλεννογόνο της άνω γνάθου.* Το υπόλοιπο 20% κατανέμεται στα ούλα της κάτω γνάθου, την παρειά, τη γλώσσα, το έδαφος του στόματος και τα χείλη. Η διάγνωση του μελανώματος στηρίζεται σε κλινικά κριτήρια, στο δέρμα υπάρχει το σύστημα ABCDE* αλλά κυρίως στην ιστολογική εξέταση. Η πρόγνωση του μελανώματος του βλεννογόνου του στόματος είναι χειρότερη εκείνης του δέρματος, κυρίως λόγω καθυστέρησης στη διάγνωση και των γρήγορων μεταστάσεων.

Η κλινική διαφορική διάγνωση στο στόμα περιλαμβάνει τα νοσήματα και βλάβες που είναι ταξινομημένα στον ***Πίνακα Ι.***

Πίνακας Ι
Διαφορική Διάγνωση

- Κακοήθης φακή
- Μελαγχρωματικοί σπίλοι
- Φακή
- Εφηλίδα
- Μελανοακάνθωμα
- Σάρκωμα Kaposi
- Βακτηριακή αγγειωμάτωση
- Εναπόθεση αμαλγάματος
- Φυσιολογική μελάγχρωση
- Σπραγγώδες αιμαγγείωμα

Η βιοψία και η ιστολογική εξέταση αποτελούν το πιο αξιόπιστο διαγνωστικό κριτήριο. Επιπλέον, η ιστοπαθολογική αξιολόγηση, που στηρίζεται στην αρχιτεκτονική εικόνα, την κυτταρομορφολογία, *το σύστημα Clark της διήθησης* και κυρίως η *μικροσταδιακή ταξινόμηση κατά Breslow,* που σχετίζεται με το πάχος της διήθησης από το ύψος της κοκκιώδους στιβάδας μέχρι το τελικό βάθος του όγκου, και οι δύο τελευταίοι παράμετροι αποτελούν ισχυρούς προγνωστικούς δείκτες. Όσο πιο βαθειά η διήθηση, τόσο πιο δυσμενής η πρόγνωση. Μικροσκοπικά παρατηρούνται άτυπα μελανινοκύτταρα με μεγάλους πυρήνες, πολλές μιτώσεις και κυτταρική πολυμορφία που σχηματίζουν φωλιές στην επιδερμίδα, στο δερμοεπιδερμιδικό όριο και στο χόριο ***(Εικ. 5, 6).*** Ανοσοϊστοχημικά ανιχνεύεται S-100 πρωτεΐνη και άλλοι αντιγονικοί δείκτες gp100/HMB45, Melan-A/MART-1 και tyrosinase, που χρησιμεύουν για την ιστολογική διαφορική διάγνωση.

Η θεραπεία πρώτης επιλογής είναι η χειρουργική εξαίρεση και η ανοσοθεραπεία. Επιπλέον χρησιμοποιούνται η κυτταροστατική θεραπεία και σε επιλεγμένες, μόνο, περιπτώσεις ως συμπληρωματική αγωγή η ακτινοθεραπεία.

Συμπερασματικά, το μελάνωμα του στόματος αν και σπάνιο, δημιουργεί έντονα διαγνωστικά προβλήματα στον Οδοντίατρο και τον Στοματολόγο, λόγω: α. Της ασυμπτωματικής του πορείας κατά την αρχική του φάση, β. Της κλινικής ομοιότητάς τους με άλλες αθώες μελαγχρωματικές βλάβες στο βλεννογόνο του στόματος, γ. Ιδιαίτερη προσοχή πρέπει να αποδίδεται στην εναπόθεση αμαλγάματος που είναι πολύ συχνή στο στόμα και που μιμείται κλινικά το μελάνωμα.

Έτσι λοιπόν, κάθε μελανή βλάβη του βλεννογόνου στο στόματος πρέπει να αξιολογείται κλινικά με ιδιαίτερη προσοχή και σε περιπτώσεις υποψίας πρέπει να υποβάλλεται σε βιοψία και ιστοπαθολογική εξέταση, σε έμπειρο παθολογοανατόμο.

Χωρίς αμφιβολία, η ευαισθητοποίηση του Οδοντιάτρου στις μελανές βλάβες του στόματος θα οδηγήσει σε πρώιμη διάγνωση του μελανώματος του στόματος και θα διευκολύνει το έργο του εξειδικευμένου Χειρουργού και του Ογκολόγου, στις ειδικές μονάδες θεραπείας μελανώματος που υπάρχουν σε αρκετά μεγάλα Νοσοκομεία της Ελλάδας. Η διαδικασία αυτή θα βελτιώσει την πρόγνωση της κακοήθειας.

*Σύστημα **ABCDE**: **A**symmetry (Ασυμμετρία), **B**order irregularity (Χείλη ανώμαλα), **C**olor variegation (Χρωματική ποικιλία), **D**iameter (Διάμετρος) >5 mm, **E**voiving (Ανάπτυξη).

Focus on Implantology

www.iti.org

ITI International Team for Implantology

Σύστημα ταξινόμησης SAC

Μαρία Συκαρά
Χειρουργός Οδοντίατρος
ITI Member

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

Η τοποθέτηση οστεοενσωματούμενων εμφυτευμάτων αποτελεί πλέον τη θεραπεία επιλογής σε μια πληθώρα κλινικών περιπτώσεων. Ωστόσο, προκειμένου να επιτευχθούν τα βέλτιστα λειτουργικά και αισθητικά αποτελέσματα, θα πρέπει να αξιολογηθούν η πολυπλοκότητα των παραμέτρων που σχετίζονται με τη θεραπεία και ο κίνδυνος εμφάνισης επιπλοκών. Η κατηγοριοποίηση των περιστατικών που προτείνεται από την ITI λαμβάνοντας υπόψιν όλες αυτές τις παραμέτρους έχει ως στόχο να απλουστεύσει τη διαγνωστική διαδικασία και να βοηθήσει στην επιλογή περιστατικών που συνάδουν με τις γνώσεις και τις δεξιότητες του εκάστοτε κλινικού. Η ταξινόμηση αυτή ονομάζεται SAC (S=Straightforward, A=Advanced, C=Complex) και διαχωρίζει τα περιστατικά σε τυπικής, αυξημένης και σύνθετης δυσκολίας.

Προτάθηκε για πρώτη φορά το 1999 σε ένα βιβλίο στοματικής χειρουργικής από τους Sailer και Pajarola και αφορούσε μια πληθώρα χειρουργικών επεμβάσεων όπως εξαγωγή τρίτων γομφίων. Σε ένα συνέδριο που πραγματοποιήθηκε το 2007, η ITI αναθεώρησε και βελτίωσε την ταξινόμηση SAC προκειμένου να εφαρμοσθεί στον τομέα της εμφυτευματολογίας.

1| Καθοριστικοί παράγοντες της ταξινόμησης SAC αποτελούν:

- Παράγοντες που αφορούν τον ασθενή
- Δυσκολία απόδοσης αισθητικής
- Παράγοντες που σχετίζονται με τις χειρουργικές ανάγκες
- Παράγοντες που αφορούν την προσθετική αποκατάσταση

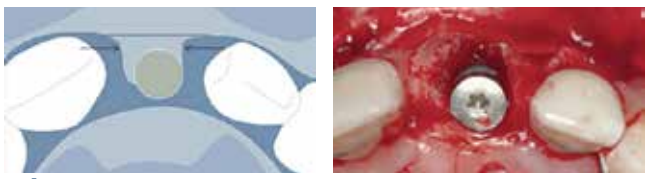
Το κάθε περιστατικό μπορεί να διαφέρει ως προς το βαθμό δυσκολίας του προσθετικά ή χειρουργικά, οι οποίοι συνυπολογίζονται προκειμένου να καθοριστεί συνολικά η πολυπλοκότητα.

2| Παράγοντες Αισθητικού Κινδύνου.
Η αξιολόγηση του αισθητικού αποτελέσματος λαμβάνει υπόψιν πληθώρα παραμέτρων που σκοπό έχουν να βοηθήσουν τον κλινικό να εκτιμήσει το επίπεδο δυσκολίας για τη σωστή απόδοση λευκής και ροζ αισθητικής.

	Level of Risk		
Esthetic Risk Factor	**Low**	**Moderate**	**High**
Medical status	Healthy, co-operative patient with an intact immune system		Reduced immune system
Smoking habit	Non-smoker	Light smoker (<10 cigs/day)	Heavy smoker (>10 cigs/day)
Patient's esthetic expectations	Low	Medium	High
Lip line	Low	Medium	High
Gingival biotype	Low scalloped, thick	Medium scalloped, medium thick	High scalloped, thin
Shape of tooth crowns	Rectangular		Triangular
Infection at implant site	None	Chronic	Acute
Bone level at adjacent teeth	≤ 5 mm to contact point	5.5 to 6.5 mm to contact point	≥ 7 mm to contact point
Restorative status of neighboring teeth	Virgin		Restored
Width of edentulous span	1 tooth (≥7 mm)	1 tooth (≤7 mm)	2 teeth or more
Soft tissue anatomy	Intact soft tissue		Soft tissue defects
Bone anatomy of alveolar crest	Alveolar crest without bone deficiency	Horizontal bone deficiency	Vertical bone deficiency

3| Λεπτός φαινότυπος ούλων που συνδέεται με τη δημιουργία υφιζήσεων ενέχει μεγαλύτερη δυσκολία ως προς την αντιμετώπιση και την απόδοση της αισθητικής. Επίσης, τετράγωνο σχήμα δοντιών με μεγάλες περιοχές επαφής μεταξύ των δοντιών οι οποίες εντοπίζονται ακρορριζικότερα, συχνά συνδυάζεται με παχιά ινώδη ούλα και παρουσιάζει λιγότερες δυσκολίες σε σχέση με τριγωνικό σχήμα μύλης ως προς την απόδοση αισθητικής.

4| Εφόσον υπάρχει έλλειμμα ιστών σε οριζόντιο ή κατακόρυφο επίπεδο, ο κλινικός θα πρέπει να γνωρίζει ότι είναι αναγκαίες παρεμβάσεις που πιθανόν να απαιτούν μια περισσότερο σταδιακή προσέγγιση και δεξιότητες από την πλευρά του επεμβαίνοντος, ενώ το περιστατικό κρίνεται αυξημένης ή σύνθετης δυσκολίας ανάλογα με τις χειρουργικές ανάγκες.



5| Σε περίπτωση που απαιτείται οριζόντια αύξηση του εύρους της φατνιακής ακρολοφίας και τα οστικά τοιχώματα της βλάβης είναι δύο, τότε η ανάπλαση μπορεί να πραγματοποιηθεί ταυτόχρονα με την εμφύτευση και το περιστατικό θεωρείται αυξημένης δυσκολίας (advanced).

6| Όταν πρόκειται για μεγαλύτερο οριζόντιο έλλειμμα και το εναπομείναν οστικό τοίχωμα της βλάβης είναι μόνο ένα, η ανάπλαση δεν μπορεί να πραγματοποιηθεί ταυτόχρονα με την εμφύτευση, ενώ θα πρέπει να ακολουθηθεί μια περισσότερο σταδιακή προσέγγιση με αποτέλεσμα το περιστατικό να θεωρείται σύνθετο (complex).

7| Οι τεχνικές αύξησης της νωδής ακρολοφίας όταν πρόκειται για κάθετο έλλειμμα περιλαμβάνουν περισσότερο περίπλοκες χειρουργικές διαδικασίες όπως ανύψωση του εδάφους του ιγμορείου που ενέχουν αυξημένο κίνδυνο χειρουργικών επιπλοκών. Ο κλινικός θα πρέπει να έχει υψηλό επίπεδο κλινικών δεξιοτήτων και εμπειρίας για την επιτυχή εκτέλεση αυτών των διαδικασιών με αποτέλεσμα τα περιστατικά αυτά να θεωρούνται σύνθετα (complex)

8| Παράγοντες που καθορίζουν τη δυσκολία προσθετικής αποκατάστασης είναι η στοματική υγεία, τα μεγέθη που αφορούν στον προσθετικό χώρο (μήκος, εύρος, ύψος) και τα χαρακτηριστικά των μαλακών ιστών.

	Degree of Difficulty		
Issue	**Low**	**Moderate**	**High**
Oral Environment			
General oral health	No active disease		Active disease
Condition of adjacent teeth	Restored teeth		Virgin teeth
Reason for tooth loss	Caries/Trauma		Periodontal disease of occlusal parafunction
Restorative Volume			
Inter-arch distance	Adequate for planned restoration	Restricted space, but can be managed	Adjunctive therapy will be necessary to gain sufficient space for the planned restoration
Mesio-distal space	Sufficient to fit replacements for missing teeth	Some reduction in size of number of teeth will be necessary	Adjunctive therapy will be needed to achieve a satisfactory result
Span of restoration	Single tooth	Extended edentulous space	Full arch
Volume and characteristics of the edentulous saddle	No prosthetic soft-issue replacement will be necessary		Prosthetic replacement of soft tissue will be needed for esthetics or phonetics

9| Το εύρος και η εντόπιση του νωδού διαστήματος επηρεάζουν τις διαστάσεις και τον αριθμό των εμφυτευμάτων που θα απαιτηθούν για την προσθετική αποκατάσταση. Ο σωστός προσδιορισμός αυτών των παραμέτρων υποβοηθείται από το διαγνωστικό κέρωμα και την εκτίμηση της λειτουργικής φόρτισης και διαμορφώνει τη δυσκολία στη σχεδίαση και εκτέλεση του σχεδίου θεραπείας.

10| Συμπληρωματικά στοιχεία που θα πρέπει να αξιολογούνται είναι το συγκλεισιακό σχήμα και οι συγκλεισιακές επαφές κατά τη λειτουργία, καθώς και οι παράμετροι που αφορούν στην μεταβατική αποκατάσταση (χρόνος φόρτισης, υλικά κατασκευής, ανάγκη διαμόρφωσης προφίλ ανάδυσης).

	Degree of Difficulty		
Issue	**Low**	**Moderate**	**High**
Occlusion			
Occlusal scheme	Anterior guidance		no guidance
Involvement in occlusion	Minimal involvement		Implant restoration is involved in guidance
Occlusal parafunction	Absent		Present
Provisional restorations			
During implant healing	None required	Removable	Fixed
Implant-supported provisionals needed	Not required	Restorative margin <3 mm apical to mucosal crest	Restorative margin >3 mm apical to mucosal crest
Loading Protocol	Conventional or early loading		Immediate loading
Materials/Menufacture	Resin-based materials ± metal reinforcement	Porcelain fused to metal	
Maintenance Needs	Low	Moderate	High

11 | Πρόσθιο μονήρες δόντι.
Η αποκατάσταση κεντρικού τομέα της άνω γνάθου μπορεί να αποτελεί σύνθετη διαδικασία όταν συν-/υπάρχει ασυμμετρία του χώρου, βαθύτερη υποουλική οριοθέτηση ή άμεση φόρτιση. Η αποκατάσταση άλλης ομάδας δοντιών μπορεί λόγω εντόπισης να παρέχει μεγαλύτερη ευελιξία προσθετικής διαχείρισης και επομένως να θεωρείται τυπική ή αυξημένης δυσκολίας.

	Anterior Single Tooth		
	Straightforward	Advanced	Complex
Maxillomandibutar relationship	Angle Class I and III	Angle Class II Div 1 and 2	Non-restorable without adjunctive preparatory therapy due to severe malocclusion
Mesio-distal space (maxillary central)		Symmetry ±1 mm of contra-lateral tooth	Asymetry greater than 1 mm
Mesio-distal space (maxillary laterals and canines)	Symmetry ±1 mm of contra-lateral tooth	Asymetry greater than 1 mm	
Mesio-distal space (mandibular anterior)	Symmetry ±1 mm of contra-lateral tooth	Asymetry greater than 1 mm	
Loading protocol	Conventional or early		Immediate
Esthetic risk	Low	Moderate	High
Occlusal para-function	Absent		Present
Provisional implant-supported restorations		Restorative margin <3 mm apical to mucosal margin	Restorative margin >3 mm apical to mucosal margin

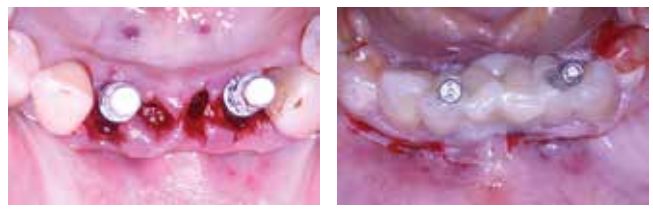
12 | Η αποκατάσταση των #12-11, είναι σύνθετης δυσκολίας διαδικασία επειδή αφορά γειτονικές μονήρεις κοχλιούμενες εμφυτευματικές στεφάνες, στις οποίες προηγήθηκε άμεση φόρτιση και επακόλουθη δυναμική διαμόρφωση των μαλακών ιστών.

13 | Οπίσθιο μονήρες δόντι.
Η δυσκολία προσπέλασης και οι πιθανοί περιορισμοί του προσθετικού χώρου είναι οι κυριότερες παράμετροι κατηγοριοποίησης του βαθμού δυσκολίας. Η άμεση φόρτιση και το βάθος οριοθέτησης αποτελούν και πάλι σημεία προσοχής αλλά επειδή η πιθανή εμφάνιση επιπλοκών δεν αφορά αισθητικές περιοχές, δεν θεωρούνται διαδικασίες σύνθετης κατηγοριοποίησης.

	Posterior Single Tooth		
	Straightforward	Advanced	Complex
Inter-arch distance	Ideal tooth height ±1 mm	Tooth height reduced by ≥ 2 mm	Non-restorable without adjunctive preparatory therapy due to severe over-eruption of opposing dentition
Mesio-distal space (Premolar)	Anatomic space corresponding to the missing tooth ±1 mm	Anatomic space corresponding to the missing tooth plus 2 mm or more	Non-restorable without adjunctive proparatory therapy due to severe space restriction ≤ 5 mm
Mesio-distal space (Molar)	Anatomic space corresponding to the missing tooth ±1 mm	Anatomic space corresponding to the missing tooth ± 2 mm or more	Non-restorable without adjunctive proparatory therapy due to severe space restriction ≤ 5 mm
Access	Adequate	Restricted	Access prohibits implant therapy
Loading protocol	Conventional or early	Immediate	
Esthetic risk	Low	Moderate	Maxillary first premolars in patients with high esthetic demands
Occlusal para-function	Absent	Present	
Provisional implant-supported restorations	Restorative margin <3 mm apical to mucosal margin	Restorative margin >3 mm apical to mucosal margin	

14 | Πρόσθια μερική νωδότητα.
Η εμπλοκή προσθίων δοντιών στη διαμόρφωση του πρόσθιου συγκλεισιακού οδηγού, οι περιορισμοί χώρου, ο σημαντικός ρόλος της μεταβατικής αποκατάστασης για την αισθητική αξιολόγηση και τη δυναμική διαμόρφωση μαλακών ιστών καθώς και η πιθανή άμεση φόρτιση, καθιστούν αυτές τις περιπτώσεις αυξημένης ή σύνθετης δυσκολίας.

	Anterior Extended Edentulous Spaces		
	Straightforward	Advanced	Complex
Esthetic risk	Low	Moderate	High
Intermaxillary relationship	Class I and III	Class II Div 1 and 2	Non-restorable without adjunctive proparatory therapy due to severe malocclusion
Mesio-distal space	Adequate for required tooth replacement	Insufficient space available for replacement of all missing teeth	Adjunctive therapy necessary to replace all missing teeth
Occlusion/articulation	Harmonious	Irregular, with no need for correction	Changes of existing occlusion necessary
Interim restorations during healing	RDP	Fixed	
Provisional implant-supported restorations		Restorative margin <3 mm apical to mucosal crest	Restorative margin >3 mm apical to mucosal crest
Occlusal para-function	Absent		Present
Loading protocol	Conventional or early		Immediate



15 | Η περίπτωση αποκατάστασης των τομέων της κάτω γνάθου με δύο εμφυτεύματα, είναι σύνθετη διαδικασία όταν συνδυάζεται η χωρίς κρημνό άμεση εμφύτευση με την άμεση φόρτιση σε περιοχή με μικρές ανοχές προσθετικού χώρου.

Συνέχεια στη σελίδα 24

ITI CURRICULUM

ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΕΜΦΥΤΕΥΜΑΤΟΛΟΓΙΑΣ ITI

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

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

Πολύ καλό πρόγραμμα τόσο σε θεωρητικό όσο και σε πρακτικό επίπεδο. Πολύ καλές διαλέξεις και hands on! Το προτείνω σε όσους ξεκινάνε τώρα τα βήματα τους στην εμφυτευματολογία αφού τους εξασφαλίζει πολύ σωστές βασεις! Περιμένουμε με ανυπομονησία το επόμενο curriculum!
Μ. Π.

Νομίζω ήταν η καλύτερη εκπαιδευτική «επένδυση» που έχω κάνει. Ένα αντίστοιχο πρόγραμμα στο εξωτερικό θα είχε έναν πολλαπλάσιο συντελεστή κόστους για τα δεδομένα της παρεχόμενης εκπαίδευσης. Συγχαρητήρια στους εκπαιδευτικούς που το τρέξανε και για τις πλάτες που βάλανε κυρίως την περίοδο που έπρεπε να ολοκληρωθεί το πρόγραμμα παρά τις αντιξοότητες που έφερε η συνθήκη της πανδημίας. Φάνηκε πως βάρυνε περισσότερο το ενδιαφέρον να μεταφέρουν την γνώση τους (που είναι ο,τι πιο ολοκληρωμένο και σύγχρονο προκρίνει η εμφυτευματολογια, τόσο στο χειρουργικό, όσο και στο προσθετικό κομμάτι) από το να επιδείξουν την επιστημοσύνη τους έναντι αντιτίμου. Και αυτό ήταν το πλέον συγκινητικό για μένα.
Π. Χ.

Ένα μεγάλο ευχαριστώ προς τους καθηγητές μας για την προθυμία τους στη μεταλαμπάδευση της γνώσης, τους συναδέλφους-συμμαθητές για την άψογη συνεργασία, τους συντελεστές της straumann για την απρόσκοπτη βοήθεια και τους υπαλλήλους της κλινικής για την καλή τους διάθεση. Το πρόγραμμα αυτό μου άνοιξε τη σκέψη και μου έλυσε τα χέρια. Συγχαρητήρια!
Μ. Κ.

Ένα πολύ άρτιο πρόγραμμα σε όλα τα επίπεδα!! Από το Α εως το Ω όλοι ήταν δίπλα μας τόσο σε υλικοτεχνικό όσο και σε θεωρητικο υπόβαθρο. Οι εκπαιδευτές πολύ καταρτισμένοι και μεταδοτικοί, οι γνώσεις που πήραμε ήταν άνω των αρχικών προσδοκιών και όπως και οι υπόλοιποι ανυπομονώ για το advanced!!
Κ. Π.

Ήταν πραγματικά ευχαρίστηση μας που παρακολουθήσαμε αυτό το πρόγραμμα. Πραγματικά καταπληκτικοί όλοι καθηγητές και όλοι πρόθυμοι να μας βοηθήσουν! Ανυπομονώ για το advanced επίπεδο!
Φ. Γ.

Το πρόγραμμα ήταν εξαιρετικό τόσο σε θεωρητικό όσο και σε πρακτικό επίπεδο όπως και όλοι οι εκπαιδευτες που πραγματικά κατέβαλλαν κάθε δυνατή προσπάθεια να μας στηρίξουν και να μας μεταδώσουν τις γνώσεις τους. Και εγώ ανυπομονώ να τα ξαναπούμε στο advanced!
Ε. Μ.

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

Συνέχεια από τη σελίδα 23

16 | Οπίσθια μερική νωδότητα.
Στις περιπτώσεις αυτές η πιθανή δυσκολία προέρχεται από τον περιορισμένο χώρο σε εγγύς-άπω διάσταση και την ανάγκη διόρθωσης του μασητικού επιπέδου. Οι υπόλοιποι συνήθεις προβληματισμοί για χώρο σε κατακόρυφο επίπεδο, άμεση φόρτιση ή κοχλιούμενη/συγκολλούμενη αποκατάσταση, διαχωρίζουν την τυπική από την αυξημένης δυσκολίας ταξινόμηση.

	Posterior Extended Edentulous Spaces		
	Straightforward	Advanced	Complex
Esthetic risk	Low	Moderate/High	
Access	Adequate	Restricted	Limited access does not allow for implant therapy
Inter-arch distance	>8 mm	<8 mm or >16 mm	
Mesio-distal space	Anatomic space corresponding to the missing teeth ±1 mm	Anatomic space corresponding to the missing teeth plus 2 mm or more, or space corresponding to a whole number of premolar units	Non-restorable without adjunctive proparatory therapy due to severe space restricion
Occlusion/articulation	Harmonious	Irregular with no need for correction	Changes to existing occlusion necessary
Interim restorations during healing	None needed	Removable/ fixed	
Occlusal para-function	Absent		Present
Loading protocol	Conventional or early	Immediate	
Cemented (Consensus Statement)	Accessible restorative margin	Sub-mucosal location of restorative margin	
Screw-retained	Multiple non-splinted implants	Multiple splinted implants	

17 | Σε ασθενή με βρουξισμό η διαδικασία της προσθετικής αποκατάστασης είναι σύνθετης δυσκολίας γιατί απαιτεί λεπτομερή ανάλυση και κλινική εφαρμογή πολλών παραμέτρων: διαστάσεων εμφυτευμάτων, τρόπου συγκράτησης, υλικών κατασκευής. Σε τέτοιες περιπτώσεις ενδείκνυται συγκολλούμενη μεταλλοακρυλική ή μονολιθική αποκατάσταση για τον περιορισμό κινδύνου θραύσης ή απόσπασης του υλικού επικάλυψης.

18 | Ακίνητη αποκατάσταση ολικά νωδής άνω γνάθου.
Η διαδικασία αυτή είναι αυξημένης ή σύνθετης δυσκολίας καθώς περιλαμβάνει αξιολόγηση λειτουργικών και τεχνικών παραμέτρων, απαιτεί όμως ταυτόχρονα και λεπτομερή διαγνωστική μεθοδολογία για τη σωστή σχεδίαση και κατασκευή της πρόσθεσης.

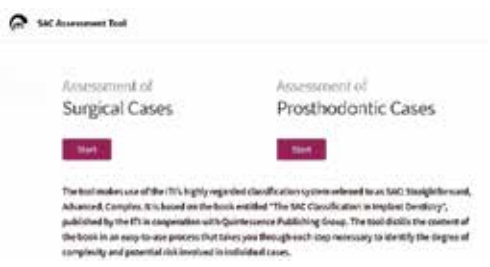
	Edentulous Maxilla - Fixed		
	Straightforward	Advanced	Complex
Inter-arch distance		Average	Space restricted for adequate restoration
Access		Adequate	Restricted
Loading protocol		Conventional or early	Immediate
Esthetic risk		Low	Moderate/ High
Interim restorations during healing		Removable	Fixed
Occlusal para-function		Absent	Present
Occlusal scheme/issues		Anterior guidance	No anterior guidance

19 | Ο σωστός προεγχειρητικός σχεδιασμός και η προσεκτική διεγχειρητική υποβοήθηση με τον χειρουργικό οδηγό, μπορούν να συμβάλλουν στη διαμόρφωση συνθηκών αυξημένης και όχι σύνθετης δυσκολίας για μια ακίνητη αποκατάσταση άνω γνάθου.

20 | Κινητή αποκατάσταση ολικά νωδής κάτω γνάθου.
Η αποκατάσταση της κάτω γνάθου με επένθετη ολική οδοντοστοιχία σε 2 μονήρη εμφυτεύματα αποτελεί μια τυπική διαδικασία. Στις περιπτώσεις που σχεδιάζεται ναρθηκοποίηση των εμφυτευμάτων η δυσκολία γίνεται μεγαλύτερη καθώς υπεισέρχεται η παράμετρος του απαιτούμενου χώρου και σχεδίασης της δοκού ναρθηκοποίησης.

	Edentulous Mandible - Removable		
	Straightforward	Advanced	Complex
Inter-arch distance (bar & clip retained)		>10 mm	<10 mm = not indicated
Inter-arch distance (Individual retentive elements)	>8 mm		<8 mm = not indicated
Number of implants	2	3 or more	
Loading protocol	Conventional/ early		Immediate
Esthetic risk	Low	Moderate/high (unrealistic expectations)	
Interim restorations during healing	Removable		
Occlusal para-function		Absent	Present
Occlusal scheme/issues (fixed opposing arch)		Anterior guidance	No anterior guidance
Occlusal scheme/issues (complete denture in opposing arch)		Balanced	Balanced occlusion not possible

21 | Η επένθετη οδοντοστοιχία σε 2 εμφυτεύματα είναι μια τυπική (αλλά όχι πάντα εύκολη) διαδικασία. Η ναρθηκοποίηση των εμφυτευμάτων στην κάτω γνάθο με δοκό, βελτιώνει τη στήριξη, συγκράτηση και σταθερότητα της κινητής πρόσθεσης, αυξάνοντας όμως τη δυσκολία σχεδίασης, εργαστηριακής κατασκευής και κλινικής εφαρμογής λόγω περιορισμών χώρου.



22 | Η ταξινόμηση SAC είναι ελεύθερα διαθέσιμη στην ιστοσελίδα **iti.org** προκειμένου να δοθεί η απαραίτητη βοήθεια στη διαγνωστική διερεύνηση του εκάστοτε περιστατικού ως προς το βαθμό δυσκολίας για τη χειρουργική ή την προσθετική διαδικασία αποκατάστασης.

23 | Μέσα από τη συμπλήρωση σύντομων ερωτήσεων υπολογίζονται μια πληθώρα παραμέτρων και προκύπτει ο συνολικός βαθμός δυσκολίας και ο κίνδυνος εμφάνισης επιπλοκών,ώστε να μπορεί ο κάθε κλινικός να υπολογίσει εάν αυτό εμπίπτει στο φάσμα της εκπαίδευσης και των δεξιοτήτων του και ταυτόχρονα να το παρουσιάσει στον ασθενή ως πρόσθετο στοιχείο ανάλυσης του σχεδίου θεραπείας.

ΠΕΡΙΕΜΦΥΤΕΥΜΑΤΙΤΙΔΑ
από τη Διάγνωση στην Αντιμετώπιση
ΙΩΑΝΝΗΣ Κ. ΚΑΡΟΥΣΗΣ
ΑΝΑΠΛΗΡΩΤΗΣ ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ ΠΕΡΙΟΔΟΝΤΟΛΟΓΙΑΣ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟΥ ΑΘΗΝΩΝ
Συνεργασία
Δρ. ΠΑΝΑΓΙΩΤΑ Ε. ΝΤΟΚΟΥ
ΠΕΡΙΟΔΟΝΤΟΛΟΓΟΣ

Το βιβλίο αυτό αποτελεί μια μονογραφία στο πολύ ενδιαφέρον και επίκαιρο θέμα της περιεμφυτευματίτιδας, το οποίο απασχολεί έντονατην 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.

ΤΙΜΗ: €140
ΕΚΔΟΣΗ: 2020
ΣΕΛΙΔΕΣ: 500 • ΦΩΤΟΓΡΑΦΙΕΣ: 1.180

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

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 στήλη της
ΕΛΛΗΝΙΚΗΣ ΕΤΑΙΡΙΑΣ ΚΛΙΝΙΚΗΣ ΣΤΟΜΑΤΟΛΟΓΙΑΣ

Βλάβες στοματικού βλεννογόνου σε ασθενείς με COVID-19

Σύντομη ανασκόπηση

Ελένη Γεωργακοπούλου
Στοματολόγος,
Ιατρός-Οδοντίατρος,
Διδάκτωρ Ιατρικής
Σχολής Αθηνών
Μέλος ΔΣ ΕΕΚΣ

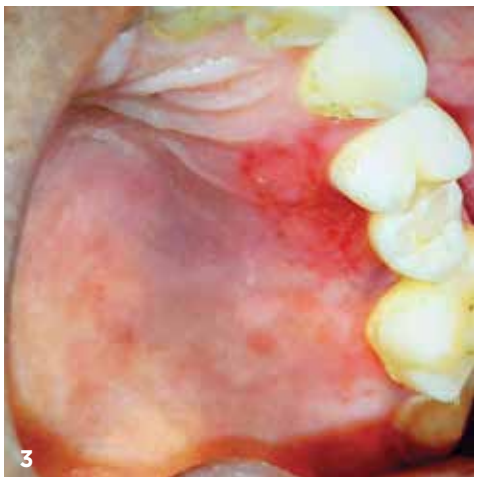
Παναγιώτα Λούμου
Στοματολόγος,
Ιατρός-Οδοντίατρος,
Διδάκτωρ Οδοντιατρικής
Σχολής Αθηνών
Μέλος ΔΣ ΕΕΚΣ

Ελεάνα Στουφη
Στοματολόγος,
Οδοντίατρος,
Διδάκτωρ Ιατρικής Σχολής Αθηνών
Επισκέπτρια Λέκτορας Στοματολογίας
Πανεπιστημίου Harvard
Αντιπρόεδρος ΕΕΚΣ

Τον Ιανουάριο του 2020, ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (ΠΟΥ) χαρακτήρισε τη νέα επιδημία πνευμονίας από κορωνοϊό ως έκτακτη ανάγκη, πανδημία. Ο ΠΟΥ ονόμασε τη νέα νόσο από κορωνοϊό ως Corona Virus Disease 2019 (COVID-19) και η Διεθνής Επιτροπή Ταξινόμησης Ιών ονόμασε το νέο κορωνοϊό ως Severe Acute Respiratory Syndrome (σοβαρό οξύ αναπνευστικό σύνδρομο) Coronavirus 2 (SARS-CoV-2). Η επιδημία εξαπλώθηκε ραγδαία σε όλη την Κίνα και τον κόσμο.

Πυρετός, βήχας και δύσπνοια μπορεί να εμφανιστούν σε ασθενείς με COVID-19, ωστόσο, το σύνδρομο οξείας αναπνευστικής ανεπάρκειας και οι λοιπές επιπλοκές της νόσου COVID-19 θα μπορούσαν να οδηγήσουν σε θάνατο.

Η κλινική πορεία του COVID-19 εξαρτάται από την ανοσολογική απόκριση του ξενιστή.



Εικ. 1-3: Βλάβες στοματικού βλεννογόνου σε ασθενείς με επιβεβαιωμένη COVID-19 (RT-PCR test). Στους ασθενείς των εικόνων 1,2 η υποψία της νόσου και η παραπομπή για εξετάσεις δρομολογήθηκε με βάση την αξιολόγηση των στοματικών βλαβών και το ιστορικό επαφών. Οι ασθενείς δεν είχαν τα τυπικά συμπτώματα της νόσου. Οι εικόνες είναι ευγενική παραχώρηση του στοματολόγου Aravindhan Karunakaran (Professor And Head of the Department of Oral Medicine and Radiology, KIMS Dental College, India).

Δυσγευσία, ανοσμία και ξηροστομία είναι συχνά συμπτώματα στους ασθενείς με COVID-19. Παρόμοια συμπτωματολογία έχουν πολλές ιογενείς λοιμώξεις, αν και η ένταση και διάρκεια ειδικά της δυσγευσίας αποτελεί ιδιαίτερο χαρακτηριστικό της COVID-19.

Πιο ειδικά βλάβες του στοματικού βλεννογόνου έχουν αναφερθεί σε μικρό αριθμό ασθενών με COVID-19.

Πρώτες αναφορές

Οι Galvn Casas et al περιέγραψαν δερματικά εξανθήματα και βλάβες του στοματικού βλεννογόνου που αναφέρονται ως «ιογενή ενανθήματα».

Οι Chaux Bodard et al και Martn Carreras Presas et al ανέφεραν ελκώσεις και πομφολυγώδεις βλάβες στην στοματική κοιλότητα

1. ΟΝΟΜΑΣΙΑ ΤΟΥ ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΟΥ ΠΡΟΪΟΝΤΟΣ
Niflamol 250 mg σκληρά καψάκια
2.ΠΟΙΟΤΙΚΗ ΚΑΙ ΠΟΣΟΤΙΚΗ ΣΥΝΘΕΣΗ
Κάθε σκληρό καψάκιο περιέχει 250 mg νιφλουμικού οξέος.
Έκδοχο με γνωστή δράση: Αζορουμπίνη καρμοϊζίνη (E122)
Κάθε σκληρό καψάκιο περιέχει 1,333 mg αζορουμπίνης καρμοϊζίνης.
Για τον πλήρη κατάλογο των εκδόχων, βλ. παράγραφο 6.1.
3.ΦΑΡΜΑΚΟΤΕΧΝΙΚΗ ΜΟΡΦΗ
Σκληρό καψάκιο
Σκληρά καψάκια χρώματος κόκκινου-λευκού.
4.ΚΛΙΝΙΚΕΣ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ
4.1Θεραπευτικές ενδείξεις
–Συμπτωματική ανακούφιση οξέων κρίσεων μικρής διάρκειας:
•αρθρίτιδας
•μη αρθριτικού ρευματισμού π.χ. τενοντίτιδα, θυλακίτιδα
–Συμπτωματική ανακούφιση του πόνου που σχετίζεται με φλεγμονώδεις παθήσεις στις περιοχές των ώτων, της μύτης, του λαιμού και του στόματος.
Το Niflamol ενδείκνυται για ενήλικες και παιδιά ηλικίας 12 ετών και άνω.
4.2Δοσολογία και τρόπος χορήγησης
Δοσολογία: – Παιδιά από 12 ετών και άνω: 2 έως 3 σκληρά καψάκια ανά 24 ώρες, σε διαιρεμένες δόσεις καθ' όλη την ημέρα, δηλ. 500 έως 750 mg νιφλουμικού οξέος ανά 24 ώρες. – Ενήλικες: η συνήθης δοσολογία είναι 3 έως 4 σκληρά καψάκια ανά 24 ώρες, σε διαιρεμένες δόσεις καθ' όλη την ημέρα, δηλ. 750 έως 1000 mg νιφλουμικού οξέος ανά 24 ώρες. Η δοσολογία αυτή μπορεί να αυξηθεί στα 1500 mg νιφλουμικού οξέος ανά 24 ώρες, σε διαιρεμένες δόσεις καθ' όλη την ημέρα, σε περίπτωση σοβαρών συμπτωμάτων φλεγμονής. Η αγωγή δεν θα πρέπει να υπερβαίνει σε διάρκεια τις 4 έως 5 ημέρες. Οι ανεπιθύμητες ενέργειες μπορούν να ελαχιστοποιηθούν, χρησιμοποιώντας την κατώτατη αποτελεσματική δόση για την πλέον μικρή διάρκεια θεραπείας που απαιτείται για τον έλεγχο των συμπτωμάτων (βλ. παράγραφο 4.4).
Ασθενείς με νεφρική δυσλειτουργία: Η χρήση Niflamol αντενδείκνυται σε ασθενείς με σοβαρή νεφρική δυσλειτουργία (βλ. παράγραφο 4.3). Σε ασθενείς με ήπια έως μέτρια νεφρική δυσλειτουργία συνιστάται στενή παρακολούθηση της νεφρικής λειτουργίας και χρήση της κατώτατης αποτελεσματικής δόσης (βλ. παράγραφο 4.4). Πρέπει επίσης να παρακολουθούνται στενά ο όγκος των ούρων και η νεφρική λειτουργία σε ηλικιωμένους ασθενείς, σε αυτούς με χρόνια καρδιακή ανεπάρκεια ή ηπατική δυσλειτουργία, σε αυτούς που δίνονται διουρητικά και σε αυτούς που υποβάλλονται σε μείζονα εγχείρηση που προκαλεί υποογκαιμία. Ασθενείς με ηπατική δυσλειτουργία: Η χρήση Niflamol αντενδείκνυται σε ασθενείς με σοβαρή ηπατική δυσλειτουργία (βλ. παράγραφο 4.3). Σε ασθενείς με ήπια έως μέτρια ηπατική δυσλειτουργία συνιστάται στενή παρακολούθηση της ηπατικής λειτουργίας και χρήση της κατώτατης αποτελεσματικής δόσης (βλ. παράγραφο 4.4). Παιδιατρικός πληθυσμός: Η χρήση του Niflamol αντενδείκνυται σε παιδιά μικρότερα από 12 ετών. Ηλικιωμένοι ασθενείς: Οι ηλικιωμένοι ασθενείς διατρέχουν αυξημένο κίνδυνο για ανεπιθύμητες ενέργειες που προκαλούνται από μη στεροειδή αντιφλεγμονώδη φάρμακα (ΜΣΑΦ). Συνιστάται στενή παρακολούθηση των ηλικιωμένων ασθενών και χρήση της κατώτατης αποτελεσματικής δόσης (βλ. παράγραφο 4.4). **Τρόπος χορήγησης** Από του στόματος χρήση. Τα σκληρά καψάκια πρέπει να καταπίνονται ολόκληρα, με ένα ποτήρι νερό. Τα σκληρά καψάκια πρέπει να λαμβάνονται κατά τη διάρκεια των γευμάτων.
4.3 Αντενδείξεις: Το Niflamol αντενδείκνυται στις ακόλουθες περιπτώσεις: – Υπερευαισθησία στη δραστική ουσία ή σε κάποιο από τα έκδοχα που αναφέρονται στην παράγραφο 6.1 – Ιστορικό αλλεργίας ή άσθματος που προκλήθηκε από τη χορήγηση νιφλουμικού οξέος ή ουσιών με παρόμοια δράση, όπως άλλα ΜΣΑΦ, συμπεριλαμβανομένου του ακετυλοσαλικυλικού οξέος – Κατά τη διάρκεια του τελευταίου τριμήνου της κύησεως (βλ. παράγραφο 4.6) – Ενεργό ή ιστορικό πεπτικού έλκους ή γαστρεντερικής αιμορραγίας (με δύο ή περισσότερα επεισόδια αποδεδειγμένης εξέλκωσης ή αιμορραγίας) – Ιστορικό γαστρεντερικής αιμορραγίας ή διάτρησης σχετιζόμενης με προηγούμενη θεραπεία με ΜΣΑΦ, συμπεριλαμβανομένου του ακετυλοσαλικυλικού οξέος – Σοβαρή επηρεασμένη ηπατική λειτουργία – Σοβαρή επηρεασμένη νεφρική λειτουργία – Σοβαρή καρδιακή ανεπάρκεια – Παιδιά ηλικίας κάτω των 12 ετών
4.4 Ειδικές προειδοποιήσεις και προφυλάξεις κατά τη χρήση: Γενικές προειδοποιήσεις: Οι θεραπευτικές ενδείξεις του Niflamol βασίζονται στην αντιφλεγμονώδη δράση του νιφλουμικού οξέος, τη σοβαρότητα των ανεπιδράσεων 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 σηπτικής διαδικασίας, είναι οι ίδιοι με τους κινδύνους με άλλα ΜΣΑΦ. Οι κίνδυνοι θα πρέπει να εκτιμηθούν σε σχέση με το αναμενόμενο αναλγητικό όφελος. Τα ΜΣΑΦ μπορεί να αυξήσουν τον κίνδυνο σοβαρών, δυνητικά θανατηφόρων, καρδιαγγειακών, αγγειοεγκεφαλικών και γαστρεντερικών ανεπιθύμητων ενεργειών. Ταυτόχρονη χρήση του Niflamol με άλλα ΜΣΑΦ πρέπει να αποφεύγεται (βλ. παράγραφο 4.5).
Οι ανεπιθύμητες ενέργειες μπορούν να ελαχιστοποιηθούν χρησιμοποιώντας την κατώτατη αποτελεσματική δόση για την πλέον μικρή διάρκεια θεραπείας που απαιτείται για τον έλεγχο των συμπτωμάτων (βλ. παράγραφο 4.2 και παρακάτω). Γαστρεντερικές επιδράσεις: Κατά τη διάρκεια θεραπείας με ΜΣΑΦ έχουν αναφερθεί γαστρεντερική αιμορραγία, εξέλκωση και διάτρηση, μερικές φορές θανατηφόρα. Θεραπεία συνδυασμού με προστατευτικούς παράγοντες (επί παραδείγματι μισοπροστόλη ή αναστολές της αντλίας πρωτονίων) πρέπει να εξετάζεται σε ασθενείς με αυξημένο κίνδυνο γαστρεντερικής αιμορραγίας, όπως οι ηλικιωμένοι, καθώς και σε ασθενείς που απαιτούν ακετυλοσαλικυλικό οξύ χαμηλής δόσης ή άλλα φάρμακα που είναι πιθανόν να αυξάνουν τον κίνδυνο γαστρεντερικών ανεπιθύμητων ενεργειών (βλ. παρακάτω και παράγραφο 4.5). Οι ασθενείς πρέπει να αναφέρουν αμέσως οποιοδήποτε σύμπτωμα ανεπιθύμητης ενέργειας από τα γαστρεντερικό (π.χ. αιματηρή κένωση ή μαύρα κόπρανα, αιματέμεση, αίσθηση λιποθυμίας) στον ιατρό τους. Συνιστάται προσοχή σε ασθενείς που λαμβάνουν ταυτόχρονες θεραπείες που θα μπορούσαν να αυξήσουν τον κίνδυνο εξέλκωσης ή γαστρεντερικής αιμορραγίας, συμπεριλαμβανομένων από του στόματος αντιπηκτικών όπως η δικουμαρόλη, αντιαιμοπεταλιακών παραγόντων όπως το ακετυλοσαλικυλικό οξύ, από του στόματος κορτικοστεροειδών και εκλεκτικών αναστολέων επαναπρόσληψης της σεροτονίνης (SSRIs) (βλ. παράγραφο 4.5). Εάν παρουσιασθεί γαστρεντερική αιμορραγία ή εξέλκωση σε ασθενή που λαμβάνει Niflamol, η θεραπεία πρέπει να διακοπεί αμέσως. Τα ΜΣΑΦ πρέπει να χορηγούνται με προσοχή σε ασθενείς με ιστορικό ελκώδους κολίτιδας ή νόσου του Crohn, καθώς η θεραπεία με ΜΣΑΦ μπορεί να επιδεινώσει τα συμπτώματα. Καρδιαγγειακές και Αγγειοεγκεφαλικές επιδράσεις: Κλινικές μελέτες και επιδημιολογικά δεδομένα υποδηλώνουν ότι η χρήση ορισμένων ΜΣΑΦ μπορεί να σχετίζεται με έναν αυξημένο κίνδυνο αρτηριακών θρομβωτικών συμβαμάτων (π.χ. έμφραγμα του μυοκαρδίου ή εγκεφαλικό επεισόδιο), τα οποία μπορεί να είναι θανατηφόρα. Ο κίνδυνος αρτηριακών θρομβωτικών επεισοδίων αυξάνει σε υψηλές δόσεις και με θεραπεία μακράς διάρκειας, και έχει συσχετισθεί τόσο με COX-2 εκλεκτικά όσο και με μη-εκλεκτικά ΜΣΑΦ. Κατά συνέπεια, οι ασθενείς με μη ρυθμισμένη υπέρταση, συμφορητική καρδιακή ανεπάρκεια, εγκατεστημένη στεφανιαία νόσο, περιφερική αρτηριακή νόσο και/ή αγγειοεγκεφαλική νόσο πρέπει να θεραπεύονται με Niflamol μόνο μετά από προσεκτική εξέταση του προφίλ κινδύνου-οφέλους για τον συγκεκριμένο ασθενή. Πρέπει να δίδεται προσοχή στη χρήση του Niflamol σε ασθενείς που υποβάλλονται σε εγχείρηση στεφανιαίου παρακαμπτήριου μοσχεύματος (CABG) ή αμέσως πριν ή μετά από εγχείρηση καρδιάς, με ιδιαίτερη προσοχή στις ταυτόχρονες φαρμακευτικές αγωγές (βλ. παράγραφο 4.5). Νεφρικές επιδράσεις: Μακροχρόνια χορήγηση ΜΣΑΦ μπορεί μέσω αναστολής της αγγειοδιασταλτικής δράσης των νεφρικών προσταγλανδινών να έχει ως αποτέλεσμα νεφρική ανεπάρκεια λόγω μείωσης της σπειραματικής διήθησης. Αυτή η ανεπιθύμητη ενέργεια είναι δοσοεξαρτώμενη και μπορεί να οδηγήσει σε νέκρωση νεφρική θηλής και άλλη νεφρική κάκωση. Το Niflamol αντενδείκνυται σε ασθενείς με σοβαρή νεφρική δυσλειτουργία. Ηπατικές επιδράσεις: Σε μικρό ποσοστό ασθενών σε θεραπεία με ΜΣΑΦ μπορεί να παρουσιασθούν ορισμένες αυξήσεις στις τιμές των δοκιμασιών της ηπατικής λειτουργίας και σπάνια αυξήσεις μεγαλύτερες από 3 φορές το άνω φυσιολογικό όριο, με ή χωρίς ανεπιθύμητες ενέργειες σχετιζόμενες με το ήπαρ. Το Niflamol αντενδείκνυται σε ασθενείς με σοβαρή ηπατική δυσλειτουργία. Δερματικές επιδράσεις: Έχουν αναφερθεί πολύ σπάνια σοβαρές δερματικές αντιδράσεις, μερικές από τις οποίες μπορεί να είναι θανατηφόρες, συμπεριλαμβανομένων αποφολιδωτικής δερματίτιδας, συνδρόμου Stevens-Johnson και τοξικής επιδερμικής νεκρόλυσης (σύνδρομο Lyell), σε σχέση με θεραπεία με ΜΣΑΦ (βλ. παράγραφο 4.8). Οι ασθενείς φαίνεται να είναι σε μεγαλύτερο κίνδυνο στα πρώτα στάδια της θεραπείας. Στις περισσότερες περιπτώσεις, εντός του πρώτου μήνα της θεραπείας. Η θεραπεία με Niflamol πρέπει να διακόπτεται με την πρώτη εμφάνιση δερματικού εξανθήματος, βλαβών του βλεννογόνου ή οποιωνδήποτε άλλων σημείων υπερευαισθησίας. Συνεπώς, η χρήση Niflamol πρέπει να αποφεύγεται σε περιπτώσεις λοιμώξεων 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 ακετυλοσαλικυλικού οξέος (βλ. παράγραφο 4.3). Λοιπές προειδοποιήσεις: Το Niflamol πρέπει να χρησιμοποιείται με προσοχή σε ασθενείς με προϋπάρχον άσθμα. Οι ασθματικοί ασθενείς με χρόνια ρινίτιδα, χρόνια παραρρινοκολπίτιδα και/ή ρινικούς πολύποδες είναι σε αυξημένο κίνδυνο για βρογχόσπασμο και αναφυλαξία όταν λαμβάνουν ΜΣΑΦ, συμπεριλαμβανομένου του Niflamol. Όπως συμβαίνει και με άλλα ΜΣΑΦ, το νιφλουμικό οξύ μπορεί να αναστέλει τη συσσωμάτωση αιμοπεταλίων και να επιμηκύνει τον χρόνο αιμορραγίας. Το Niflamol πρέπει να χρησιμοποιείται με προσοχή σε ασθενείς με ενεργό λοίμωξη ή σε κίνδυνο λοίμωξης, ακόμη και αν η λοίμωξη ελέγχεται καλά, καθώς η θεραπεία με Niflamol μπορεί να καλύψει τα σημεία και τα συμπτώματα της λοίμωξης. Το σκληρά καψάκια Niflamol περιέχουν τη χρωστική ουσία αζορουμπίνη καρμοϊζίνη (E122), η οποία μπορεί να προκαλέσει αλλεργικές αντιδράσεις. Ηλικιωμένοι: Οι ηλικιωμένοι ασθενείς βρίσκονται σε αυξημένο κίνδυνο να παρουσιάσουν ανεπιθύμητες ενέργειες που προκαλούνται από τα ΜΣΑΦ, συμπεριλαμβανομένων νεφρικής ανεπάρκειας και γαστρεντερικής αιμορραγίας και διατρήσεων, που μπορεί να είναι θανατηφόρες, και είναι 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 αντενδείκνυνται: – Από του στόματος θρομβολυτικά, όπως βαρφαρίνη, και μη κλασματοποιημένη ηπαρίνη, ηπαρίνες χαμηλού μοριακού βάρους και προϊόντα που σχετίζονται με αυτά – Άλλα ΜΣΑΦ, συμπεριλαμβανομένων του ακετυλοσαλικυλικού οξέος και άλλων σαλικυλικών σε μεγάλες δόσεις. – Λίθιο (κίνδυνος που αναφέρεται σε αρκετά ΜΣΑΦ). – Μεθοτρεξάτη, σε υψηλές δόσεις (15 mg/εβδομάδα ή περισσότερο). – Άλλα αντιαιμοπεταλιακά φάρμακα όπως τικλοπιδίνη, κλοπιδογρέλη, τιροφιβάνη, επτιφιματίδη, αμοσιξιμάμπη και ιλοπρόστη. – Οι εκλεκτικοί αναστολείς επαναπρόσληψης σεροτονίνης (SSRIs) αυξάνουν τον κίνδυνο γαστρεντερικής αιμορραγίας. Σε περίπτωση που ο συνδυασμός δεν μπορεί να αποφευχθεί, απαιτείται στενή κλινική και εργαστηριακή παρακολούθηση. – Τα από του στόματος λαμβανόμενα γλυκοκορτικοστεροειδή (με εξαίρεση την υδροκορτιζόνη για θεραπεία υποκατάστασης) μπορεί να αυξήσουν τον κίνδυνο γαστρεντερικής εξέλκωσης και αιμορραγίας όταν συγχορηγούνται με ΜΣΑΦ, συμπεριλαμβανομένου του Niflamol.
Συνδυασμοί που απαιτούν προφυλάξεις κατά τη χρήση: – Διουρητικά. – Μεθοτρεξάτη σε χαμηλές δόσεις (κάτω των 15 mg/εβδομάδα). – Πεντοξιφυλλίνη. – Ζιδοβουδίνη. – Φαρμακευτικές αγωγές που μπορεί να προκαλέσουν υπερκαλιαιμία: αυξημένος κίνδυνος υπερκαλιαιμίας και νεφροτοξικότητας κατά τη διάρκεια της ταυτόχρονης θεραπείας με ΜΣΑΦ, συμπεριλαμβανομένου του Niflamol, και αγωγές όπως άλατα καλίου, καλιοπροστατευτικά διουρητικά, αναστολείς ΜΕΑ, ανταγωνιστές υποδοχέων της αγγειοτασίνης II, κυκλοσπορίνη, τακρόλιμους και τριμεθοπρίμη. Συνδυασμοί στους οποίους θα πρέπει να δίδεται ιδιαίτερη προσοχή: – Αντιυπερτασικοί παράγοντες (όπως οι βήτα-αναστολείς, οι αναστολείς ΜΕΑ, τα διουρητικά), κατ' επέκταση αρχής γενομένης από την ινδομεθακίνη. – Ενδομήτρια σπειράματα (intrauterine contraceptive device IUDs).
4.6 Γονιμότητα, κύηση και γαλουχία
Κύηση: Κατά το πρώτο και δεύτερο τρίμηνο της κύησης, το Niflamol δεν θα πρέπει να χορηγείται, εκτός εάν είναι σαφώς απαραίτητο. Εάν το Niflamol χρησιμοποιηθεί από μία γυναίκα που προσπαθεί να συλλάβει ή κατά το πρώτο και δεύτερο τρίμηνο της κύησης, η δόση θα πρέπει να διατηρείται όσο το δυνατόν 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 τα διαθέσιμα δεδομένα δείχνουν ότι η χρήση ορισμένων ΜΣΑΦ από τη μητέρα δεν προκαλούν ανεπιθύμητες ενέργειες στα βρέφη που θηλάζουν, προληπτικά η χρήση του Niflamol πρέπει να αποφεύγεται κατά τη διάρκεια της γαλουχίας. Γονιμότητα: Οι αναστολείς σύνθεσης των προσταγλανδινών, συμπεριλαμβανομένου του Niflamol, μπορεί να παρεμποδίζουν τη γονιμότητα των γυναικών και δεν συνιστώνται σε γυναίκες που προσπαθούν να συλλάβουν. Η διακοπή της θεραπείας με Niflamol πρέπει να εξετάζεται σε γυναίκες που λαμβάνουν Niflamol και έχουν δυσκολία να συλλάβουν ή ελέγχονται για στειρότητα.
4.7 Επιδράσεις στην ικανότητα οδήγησης και χειρισμού μηχανημάτων
Σε σπάνιες περιπτώσεις η χορήγηση του φαρμάκου αυτού μπορεί να προκαλέσει ίλιγγο και υπνηλία.
4.8 Ανεπιθύμητες ενέργειες
Ο κίνδυνος για ανεπιθύμητες ενέργειες αυξάνεται με τη δόση και τη διάρκεια της θεραπείας. Οι πλέον συχνά παρατηρούμενες ανεπιθύμητες ενέργειες που σχετίζονται με τη λήψη ΜΣΑΦ, συμπεριλαμβανομένου του Niflamol, προέρχονται από το γαστεντερικό.
– Ενέργειες στο γαστρεντερικό: Πεπτικά έλκη, γαστρεντερικές διατρήσεις ή αιμορραγίες (λανθάνουσες ή εμφανείς), μερικές φορές θανατηφόρες, μπορεί να συμβούν, ιδιαίτερα σε ηλικιωμένους ασθενείς. Επίσης, υπήρξαν αναφορές γαστρεντερικών συμπτωμάτων όπως ναυτία, διάρροια, εμετός, επιγαστρικό άλγος, γαστρίτιδα, αιματέμεση, μέλανα και αιμορραγική κολίτις. Οι ανεπιθύμητες αυτές ενέργειες είναι συνηθέστερες σε μεγαλύτερες δόσεις. – Αντιδράσεις υπερευαισθησίας: • Δερματικές: αγγειοίδημα, ερύθημα, 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. γενική κακουχία, υπόταση, αναφυλακτικό σοκ. – Ενέργειες στο Κεντρικό Νευρικό Σύστημα: αίσθηση ιλίγγου (σπάνια) – Ενέργειες στους νεφρούς: οξεία νεφρική ανεπάρκεια, διάμεση νεφρίτιδα, νεφρωσικό σύνδρομο σε εξαιρετικά σπάνιες περιπτώσεις. – Ενέργειες στα οστά: Λίγες περιπτώσεις φθοριώσεως των οστών έχουν καταγραφεί ύστερα από αγωγή με υψηλές δόσεις επί αρκετά χρόνια. – Μεταβολές στα εργαστηριακά αποτελέσματα: Σε εξαιρετικές περιπτώσεις, μη φυσιολογική λειτουργία του ήπατος ή θρομβοπενία. – Δεδομένα από κλινικές δοκιμές και επιδημιολογικές μελέτες υποδεικνύουν ότι η χρήση κάποιων ΜΣΑΦ (ιδιαίτερα σε υψηλές δόσεις και σε μακροχρόνιες θεραπείες) μπορεί να συσχετίζεται με έναν αυξημένο κίνδυνο για εμφάνιση θρομβωτικών αρτηριακών συμβαμάτων (π.χ. έμφραγμα του μυοκαρδίου ή εγκεφαλικό επεισόδιο), τα οποία μπορεί να είναι θανατηφόρα (βλ. παράγραφο 4.4). – Οίδημα, υπέρταση και καρδιακή ανεπάρκεια έχουν αναφερθεί σε σχέση με τη θεραπεία με ΜΣΑΦ.
4.9 Υπερδοσολογία
Σημεία υπερδοσολογίας: Οι κλινικές εκδηλώσεις της υπερδοσολογίας με ΜΣΑΦ, συμπεριλαμβανομένου του Niflamol, είναι δοσοεξαρτώμενες, με την 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 επακόλουθα. Σε περισσότερο 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 αυτοπεριοριζόμενα. 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 εμμένουσα μεταβολική οξέωση, αντισπασμωδικά, υποστήριξη αεραγωγών, καρδιαγγειακή υποστήριξη, αντιεμετικά και αντιόξινα.
6.ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΕΣ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ
6.1 Κατάλογος εκδόχων
- Άμυλο - Κεκαθαρμένος τάλκης - Στεατικό μαγνήσιο - Διοξείδιο του τιτανίου (E171) - Ζελατίνη
- Αζορουμπίνη καρμοϊζίνη (E122)
6.2 Ασυμβατότητες Δεν εφαρμόζεται.
6.3 Διάρκεια ζωής 36 μήνες
6.4 Ιδιαίτερες προφυλάξεις κατά τη φύλαξη του προϊόντος
Δεν υπάρχουν ειδικές οδηγίες διατήρησης για το προϊόν αυτό.
6.5 Φύση και συστατικά του περιέκτη
Κυψέλες PVC/Αλουμινίου. Κάθε συσκευασία περιέχει 20 σκληρά καψάκια (2 κυψέλες των 10 σκληρών καψακίων η καθεμία).
6.6 Ιδιαίτερες προφυλάξεις απόρριψης
Κάθε ακρησιμοποίητο φαρμακευτικό προϊόν ή υπόλειμμα πρέπει να απορρίπτεται σύμφωνα με τις κατά τόπους ισχύουσες σχετικές διατάξεις.
7. ΚΑΤΟΧΟΣ ΤΗΣ ΑΔΕΙΑΣ ΚΥΚΛΟΦΟΡΙΑΣ
Bausch Health Ireland Limited, 3013 Lake Drive, Citywest Business Campus, Dublin, Ιρλανδία
Τοπικός Αντιπρόσωπος: Bausch Health Hellas. Α. Παντέλης 53, 15235 Βριλήσσια. Τηλ.: 210 8108460
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
Σεπτέμβριος 2020
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 Συμπληρώνοντας την «**ΚΙΤΡΙΝΗ ΚΑΡΤΑ**»

σε ασθενείς που είτε έπασχαν είτε ήταν ύποπτοι για τη νόσο COVID-19.

Οι Soares et al περιέγραψαν ιστολογικώς σε ελκώσεις στόματος σε ασθενείς με COVID-19, αιμορραγία και θρομβώσεις μικρών αιμοφόρων αγγείων.

Έως σήμερα όσες στοματικές εκδηλώσεις έχουν αναφερθεί είναι καταγεγραμμένες κυρίως ως αναφορές περιπτώσεων (case reports) και αφορούν σε: έλκώσεις, διαβρώσεις, πομφόλυγες, φυσαλίδες, λεία γλώσσα, μελάγχρωση, κακοσμία, λευκές βλάβες, αιμορραγική εφελκίδα στα χείλη, νεκρωτικού τύπου βλάβες, πετέχειες, οίδημα, ερύθημα και αυτόματη αιμορραγία.

Οι πιο συχνές εντοπίσεις σε φθίνουσα σειρά ήταν η γλώσσα, ο φατνιακός βλεννογόνος, η υπερώα, τα ούλα ο παρειακός βλεννογόνος, ο στοματοφάρυγγας.

Στη διαφορική διάγνωση περιλαμβάνονται άφθες-αφθώδη έλκη, ερπητικές βλάβες, καντιντίαση, αγγειίτιδα τύπου Kawasaki, άτυπο πολύμορφο ερύθημα, φαρμακευτική στοματίτις, νεκρωτική περιοδοντική νόσος, γωνιακή χειλίτιδα, άτυπο σύνδρομο Sweet.

Οι στοματικές βλάβες ήταν συμπτωματικές στην πλειοψηφία των περιπτώσεων.

Αναφερόμενος χρόνος εποίλωσης για τις στοματικές βλάβες ήταν μεταξύ 3 και 28 ημερών από την εμφάνιση. Διαφορετικοί τύποι θεραπειών, όπως στοματικό διάλυμα H_2O_2, χλωρεξιδίνης, νυστατίνη, φλουκοναζόλη, τοπικά ή συστηματικά κορτικοστεροειδή, συστηματικά αντιβιοτικά, συστηματική ακυκλοβίρη, και τεχνητό σάλιο χορηγήθηκαν ανάλογα με την αξιολόγηση των βλαβών.

Τα πρώτα συμπεράσματα συνηγορούν πως οι βλάβες του στοματικού βλεννογόνου είναι μάλλον επιγενείς της COVID-19, δηλαδή απότοκες της παθοφυσιολογίας της νόσου και σχετίζονται με τις καλά περιγραμμένες διαταραχές που παρατηρούνται στους μηχανισμούς αιμόστασης (τάση για θρόμβωση) και ανοσολογικής απόκρισης (ανοσοκαταστολή, φλεγμονώδης συνδρομή με αγγειίτιδα).

Είναι σημαντικό να ληφθεί υπόψη ότι οι βλάβες του στοματικού βλεννογόνου που έχουν περιγραφεί σε άτομα με COVID-19 θα μπορούσαν να αφορούν πολλές άλλες στοματικές βλάβες όπως αντιδραστικές, αγγειακές και ανοσολογικές διαταραχές.

Είναι απαραίτητο να τεθεί η σωστή διάγνωση ώστε και κατάλληλη αντιμετώπιση να έχουν οι ασθενείς, αλλά και για να αξιολογηθούν κλινικά και προγνωστικά οι βλάβες συνολικά στο πλαίσιο της COVID-19.

ΕΝΔΕΙΚΤΙΚΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Chaux-Bodard AG, Deneuve S, Desouttera.Oral manifestation of Covid-19 as an inaugural symptom?J Oral Med Oral Surg, 26 2 (2020) 18 DOI:https://doi.org/10.1051/mbcb/2020011

Cruz Tapia RO, Peraza Labrador AJ, Guimaraes DM, Matos Valdez LH. Oral mucosal lesions in patients with SARS-CoV-2 infection. Report of four cases. Are they a true sign of COVID-19 disease? Spec Care Dentist. 2020 Nov;40(6):555-560. doi: 10.1111/scd.12520. Epub 2020 Sep 3. PMID: 32882068.

Galvn Casas C, Català A, Carretero Hernndez G, Rodrguez-Jiménez P, Fernndez-Nieto D, Rodrguez-Villa Lario A, Navarro Fernndez I, Ruiz-Villaverde R, Falkenhain-Lpez D, Llamas Velasco M, Garca-Gavn J, Baniandrés O, Gonzlez-Cruz C, Morillas-Lahuerta V, Cubir X, Figueras Nart I, Selda-Enriquez G, Roman J, Fustà-Novell X, Melian-Olivera A, Roncero Riesco M, Burgos-Blasco P, Sola Ortigosa J, Feito Rodriguez M, Garca-Doval I. Classification of the cutaneous manifestations of COVID-19: a rapid prospective nationwide consensus study in Spain with 375 cases. Br J Dermatol. 2020 Jul;183(1):71-77. doi: 10.1111/bjd.19163. Epub 2020 Jun 10. PMID: 32348545; PMCID: PMC7267236.

Martn Carreras-Presas C, Amaro Snchez J, Lpez-Snchez AF, Jané-Salas E, Somacarrera Pérez ML. Oral vesiculobullous lesions associated with SARS-CoV-2 infection. Oral Dis. 2020 May 5:10.1111/odi.13382. doi: 10.1111/odi.13382. Epub ahead of print. PMID: 32369674; PMCID: PMC7267423.

Soares CD, Carvalho RAd, Carvalho KAd, Carvalho MGFd, Almeida OPd. Oral lesions in a patient with Covid-19. Med Oral Patol Oral Cir Bu-cal. 2020 Jul 1;25 (4):e563-4. Article Number: 24044

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.

Για περισσότερες πληροφορίες εσωκλείεται η Περίληψη Χαρακτηριστικών του Προϊόντος

BAUSCH Health #2
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-201202

Η στήλη της
ΕΤΑΙΡΕΙΑΣ **ΟΔΟΝΤΟΣΤΟΜΑΤΟΛΟΓΙΚΗΣ** ΕΡΕΥΝΗΣ

Η ΕΟΕ διοργανώνει ένα πλήρες Πρόγραμμα Επαγγελματικής Επιμόρφωσης στα Οδοντικά Εμφυτεύματα

Η Εταιρεία Οδοντοστοματολογικής Ερεύνης, συμπληρώνει φέτος 75 χρόνια αδιάλειπτης παρουσίας και προσφοράς στην πρόοδο της οδοντιατρικής επιστήμης και στην εκπαίδευση των οδοντιάτρων στη χώρα μας. Χτίζοντας πάνω στην πολυετή αυτή εμπειρία, κάθε χρόνο το πρόγραμμα εκπαιδευτικών δραστηριοτήτων της ανανεώνεται. Στα πλαίσια αυτά, το 2021

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

διοργανώνει για πρώτη φορά ένα πλήρες Πρόγραμμα Επαγγελματικής Επιμόρφωσης στα Οδοντικά Εμφυτεύματα. Στόχος του προγράμματος είναι η ουσιαστική επαγγελματική επιμόρφωση του σύγχρονου οδοντιάτρου στην Εμφυτευματολογία μέσα από μία δομημένη εκπαιδευτική μεθοδολογία. Το πρόγραμμα περιλαμβάνει συνολικά 25 ημέρες θεωρητικής εκπαίδευσης, επιδείξεων και πρακτικών ασκήσεων (hands-on) αλλά και κλινικής άσκησης των συμμετεχόντων συναδέλφων.

Το πρόγραμμα συνδυάζει:

1) θεωρητική γνώση με σαφή κλινικό προσανατολισμό και εμπλουτισμένη με πολλές χρήσιμες πληροφορίες,
2) λεπτομερείς επιδείξεις (ζωντανά ή σε video) και εφαρμογή με τη μορφή πρακτικών ασκήσεων (hands-on) και
3) κλινική άσκηση, που θα συνίσταται στη διάγνωση, το σχεδιασμό θεραπείας και την εκτέλεση τόσο του χειρουργικού όσο και του προσθετικού σκέλους της θεραπείας.

Με το συνδυασμό αυτό η θεωρητική κατάρτιση βρίσκει πρακτική εφαρμογή και είναι άμεσα αξιοποιήσιμη στην οδοντιατρική κλινική πράξη. Όλα αυτά με την καθοδήγηση και υπό την επίβλεψη καταξιωμένων εξειδικευμένων Ελλήνων εκπαιδευτών με βαθιά γνώση και εμπειρία στην Εμφυτευματολογία και μέσα από μία διαδικασία εξατομικευμένης διδασκαλίας με άμεση επικοινωνία διδάσκοντα-διδασκομένου (one-on-one).

Στα ισχυρά σημεία του προγράμματος περιλαμβάνονται επίσης:

- Παροχή συμβουλών και καθοδήγησης (mentoring) προς τους συμμετέχοντες από τους εκπαιδευτές του προγράμματος μέχρι και 6 μήνες μετά την ολοκλήρωσή του. Η υποστήριξη αυτή μπορεί να υποβοηθήσει σημαντικά τους συναδέλφους στην πραγματοποίηση των πρώτων περιστατικών στα ιατρεία τους.

- Εκπαίδευση τόσο στη συμβατική όσο και στην ψηφιακή μέθοδο σχεδιασμού και εκτέλεσης της θεραπείας.
- Πλήρης μοριοδότηση από το Ινστιτούτο Επιστημονικών Θεμάτων (ΙΕΘΕ) της Ελληνικής Οδοντιατρικής Ομοσπονδίας, όπως άλλωστε όλες οι εκπαιδευτικές δραστηριότητες της Εταιρείας Οδοντοστοματολογικής Ερεύνης
- Προσιτό κόστος συμμετοχής
- Σημαντικές προσφορές στην αγορά υλικών και εξοπλισμού από τις εταιρείες-χορηγούς του προγράμματος
- Πιστοποιημένο και απόλυτα ασφαλές περιβάλλον εκπαίδευσης και κλινικής άσκησης με βάση τις υγειονομικές απαιτήσεις. Έχουν επενδυθεί τόσο χρόνος στη διαμόρφωση πρωτοκόλλων προστασίας επιπέδου οδοντιατρείου όσο και κεφάλαιο για την αγορά του κατάλληλου εξοπλισμού βελτίωσης της ποιότητας του αέρα. Αυτά, σε συνδυασμό με την εφαρμογή και τήρηση των μέτρων ατομικής προστασίας, εξασφαλίζουν ένα ασφαλές περιβάλλον για εκπαιδευόμενους και εκεπαιδευτές.

Επιπλέον, θα χορηγηθούν:

- Εκπαιδευτικό υλικό: κλινικά άρθρα και βιβλιογραφικές ανασκοπήσεις δημοσιευμένες στην Οδοντοστοματολογική Πρόοδο, καθώς και το βιβλίο «Περιεμφυτευματίτιδα. Από τη διάγνωση στην αντιμετώπιση» Ι.Κ. Καρούσης, συνεργασία Π.Ε. Ντόκου, εκδ. ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΙΚΟ ΒΗΜΑ, Αθήνα 2020)
- Δωρεάν συνδρομή για ένα έτος στο περιοδικό «Οδοντοστοματολογική Πρόοδος»
- Πιστοποιητικό.

Η Εταιρεία Οδοντοστοματολογικής Ερεύνης, αφοσιωμένη στην υψηλής ποιότητας επιμόρφωση των οδοντιάτρων, θα δεχθεί περιορισμένο αριθμό συμμετεχόντων στο πρόγραμμα.

Έναρξη του προγράμματος: Μάρτιος 2021.
Οι προεγγραφές έχουν αρχίσει!

Πρόγραμμα Επαγγελματικής Επιμόρφωσης στα ΟΔΟΝΤΙΚΑ ΕΜΦΥΤΕΥΜΑΤΑ 2021

ΣΥΝΟΛΙΚΑ **25** ΗΜΕΡΕΣ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗΣ

17 ημέρες
θεωρητική εκπαίδευση με κλινικό προσανατολισμό, επιδείξεις και πρακτικές ασκήσεις (hands-on). - Τουλάχιστον 17 πρακτικές ασκήσεις

7 ημέρες
κλινική άσκηση

1 ημέρα
εξέταση, παρουσιάσεις των εκπαιδευομένων, απονομή πιστοποιητικών

Συντονιστής προγράμματος:
Κωνσταντίνος Παπαϊωάννου (Περιοδοντολόγος)

Συντονιστής χειρουργικής κλινικής άσκησης:
Ιωάννης Διαμάντης (Χειρουργός Στόματος)

Συντονιστής προσθετικής κλινικής άσκησης:
Θεόδωρος Τράκας (Προσθετολόγος)

ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ
Τηλ.: **210 7780671, 210 7716671**
www.proodoseoe.gr, e-mail: eoe@otenet.gr
Facebook: https://facebook.com/proodoseoe

ΟΜΙΛΗΤΕΣ - ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΕΣ

Αλεξανδρίδης Κ., Ομότιμος Καθηγητής Στοματικής και Γναθοπροσωπικής Χειρουργικής Πανεπιστημίου Αθηνών
Ανδριτσάκης Π., Προσθετολόγος, Ειδικευθείς στο Πανεπιστήμιο Tufts, Η.Π.Α.
Αποστολίδης Χ., Στοματικός και Γναθοπροσωπικός Χειρουργός, Ειδικευθείς στο Πανεπιστήμιο Tufts, Η.Π.Α.
Βήλος Γ., Στοματικός και Γναθοπροσωπικός Χειρουργός, Ειδικευθείς στο Πανεπιστήμιο Birmingham Alabama, Η.Π.Α.
Γιαννακόπουλος Χ., Προσθετολόγος, Ειδικευθείς στο Πανεπιστήμιο Boston, Η.Π.Α.
Γιώτα Χ., Περιοδοντολόγος, Ειδικευθείσα στο Πανεπιστήμιο Tufts, Η.Π.Α.
Γκόγκος Α., Περιοδοντολόγος, Ειδικευθείς στο Πανεπιστήμιο Αθηνών
Γκρούς Α., Προσθετολόγος, Ειδικευθείς στο Πανεπιστήμιο Tufts, Η.Π.Α.
Γούμενος Γ., Περιοδοντολόγος, Ειδικευθείς στο Πανεπιστήμιο Tufts, Η.Π.Α.
Δαμουλής Π., Περιοδοντολόγος, Ειδικευθείς στο Πανεπιστήμιο Tufts, Η.Π.Α.
Διαμάντης Ι., Χειρουργός Στόματος, Ειδικευθείς στο Πανεπιστήμιο Αθηνών
Ιατρίδης Φ., Προσθετολόγος, Ειδικευθείς στο Πανεπιστήμιο Tufts, Η.Π.Α.
Καλλής Α., Οδοντίατρος, MSc στα Laser
Καλύβας Δ., Αναπληρωτής Καθηγητής Χειρουργικής Στόματος Πανεπιστημίου Αθηνών
Καμποσιώρα Φ., Επίκουρη Καθηγήτρια Προσθετικής Πανεπιστημίου Αθηνών
Καρούσης Ι., Αναπληρωτής Καθηγητής Περιοδοντολογίας Πανεπιστημίου Αθηνών
Κορομάντζος Π., Περιοδοντολόγος, Ειδικευθείς στο Πανεπιστήμιο Αθηνών
Λαγού Α., Περιοδοντολόγος, Ειδικευθείσα στο Πανεπιστήμιο Tufts, Η.Π.Α.
Μακρής Ν., Οδοντίατρος, Ειδικευθείς στη Διαγνωστική & Ακτινολογία Στόματος στο Πανεπιστήμιο Αθηνών
Μανταλενάκης Κ., ΣΓΠΧ, Ειδικευθείς στο Πανεπιστήμιο Tufts, Η.Π.Α.
Μάρκου Ν., Περιοδοντολόγος, Διευθυντής Περιοδοντολογικού Τμήματος Οδοντιατρείου Φρουράς Αθηνών
Μάστορης Μ., Οδοντίατρος, Ειδικευθείς στη Διαγνωστική & Ακτινολογία Στόματος στο Karolinska Institutet, Σουηδία
Ξηροπαΐδης Α., Περιοδοντολόγος, Ειδικευθείς στο Πανεπιστήμιο Boston, Η.Π.Α.
Πανταζής Ν., Προσθετολόγος, Ειδικευθείς στο Πανεπιστήμιο Tufts, Η.Π.Α.
Παπαβασιλείου Γ., Επίκουρος Καθηγητής Προσθετικής Πανεπιστημίου Αθηνών
Παπαϊωάννου Β., Αναπληρωτής Καθηγητής Προληπτικής και Κοινωνικής Οδοντιατρικής Πανεπιστημίου Αθηνών
Παπαϊωάννου Κ., Περιοδοντολόγος, Ειδικευθείς στο Πανεπιστήμιο Tufts, Η.Π.Α.
Παράσχης Α., Περιοδοντολόγος, Ειδικευθείς στο Πανεπιστήμιο Tufts, Η.Π.Α.
Πεπελάση Ε., Καθηγήτρια Περιοδοντολογίας Πανεπιστημίου Αθηνών
Ποδαρόπουλος Λ., Χειρουργός Στόματος, Ειδικευθείς στο Πανεπιστήμιο Sheffield, Η.Β.
Ράπτης Ν., Προσθετολόγος, Ειδικευθείς στο Πανεπιστήμιο Tufts, Η.Π.Α.
Σαραφιανού Α., Επίκουρη Καθηγήτρια Προσθετικής Πανεπιστημίου Αθηνών
Σέργης Κ., Προσθετολόγος, Ειδικευθείς στο Πανεπιστήμιο Edinburg, Μ. Βρετανία
Σιλβέστρος Σ., Επίκουρος Καθηγητής Προσθετικής Πανεπιστημίου Αθηνών
Σπανού Α., Χειρουργός Στόματος, Ειδικευθείσα στο Πανεπιστήμιο Freiburg, Γερμανία
Σταυρόπουλος Δ., Προσθετολόγος, Ειδικευθείς στο Πανεπιστήμιο Columbia, Η.Π.Α.
Τζέρμπος Φ., Αναπληρωτής Καθηγητής Στοματικής και Γναθοπροσωπικής Χειρουργικής Πανεπιστημίου Αθηνών
Τράκας Θ., Προσθετολόγος, Ειδικευθείς στο Πανεπιστήμιο Tufts, Η.Π.Α.
Τριποδάκης Α., Αναπληρωτής Καθηγητής Προσθετικής Πανεπιστημίου Αθηνών
Τσιχλάκης Κ., Καθηγητής Ακτινολογίας και Διαγνωστικής Στόματος Πανεπιστημίου Αθηνών
Φακίτσας Ι., Στοματικός και Γναθοπροσωπικός Χειρουργός, Ειδικευθείς στο Πανεπιστήμιο Tufts, Η.Π.Α.
Φουρμούζης Ι., Επίκουρος Καθηγητής Περιοδοντολογίας Πανεπιστημίου Αθηνών
Χριστόπουλος Π., Επίκουρος Καθηγητής Στοματικής και Γναθοπροσωπικής Χειρουργικής Πανεπιστημίου Αθηνών

HAOMS 2021:
Εξωστρέφεια, Ενημέρωση, Συνεργασία

Σταύρος Τομπρής
MD, PhD, DDS,
Στοματικός και
Γναθοπροσωπικός
Χειρουργός

Με ένα πλούσιο πρόγραμμα, τόσο σε θεματολογία όσο και σε ομιλητές, το 30ο Πανελλήνιο Συνέδριο Στοματικής και Γναθοπροσωπικής Χειρουργικής (Haoms 2021) θα πραγματοποιηθεί φέτος από τις **22 έως τις 24 Ιανουαρίου 2021**. Μόνη διαφορά ότι αυτή τη φορά θα διεξαχθεί διαδικτυακά, αφού οι συνθήκες της πανδημίας δεν επιτρέπουν τέτοιου είδους εκδηλώσεις.

Για τις προκλήσεις και τα πλεονεκτήματα του φετινού Haoms, τους βασικούς άξονες του συνεδρίου αλλά και όλα όσα θα αποκομίσουν οι σύνεδροι μιλάει στο Οδοντιατρικό Βήμα ο πρόεδρος της οργανωτικής επιτροπής Haoms 2021, κ. **Σταύρος Τομπρής** MD, PhD, DDS, Διευθυντής Κλινικής Στοματικής και Γναθοπροσωπικής Χειρουργικής Ευρωκλινικής Αθηνών

Συνέντευξη στην **Γεωργία Σάκκουλα** δημοσιογράφο

Κύριε Τομπρή τι περιλαμβάνει το πρόγραμμα του 30ου Πανελληνίου Συνεδρίου Στοματικής και Γναθοπροσωπικής Χειρουργικής;

Το Πανελλήνιο Συνέδριο της Ελληνικής Εταιρείας Στοματικής και Γναθοπροσωπικής Χειρουργικής διεξάγεται κάθε τρία χρόνια. Είναι, πιστεύω, ένα ικανό χρονικό διάστημα για να παρουσιαστούν οι νεότερες εξελίξεις και δεδομένα στο επιστημονικό αντικείμενο της ειδικότητάς μας.

Όπως γνωρίζετε, η ειδικότητά μας έχει ένα ευρύτατο φάσμα που περιλαμβάνει τη χειρουργική του προσώπου, του τραχήλου και της στοματικής κοιλότητος.

Η οργανωτική επιτροπή κατέβαλε κάθε δυνατή προσπάθεια ούτως ώστε το επιστημονικό πρόγραμμα να συμπεριλάβει διαλέξεις που να καλύπτουν πλήρως το πεδίο της επιστημονικής ενασχόλησης των Στοματικών και Γναθοπροσωπικών Χειρουργών.

Ενδεικτικά θα αναφέρω την ογκολογία της κεφαλής και του τραχήλου, την αποκαταστατική χειρουργική, τη χειρουργική των σιελογόνων αδένων, το γναθοπροσωπικό τραύμα, την αντιμετώπιση παθήσεων της κροταφογναθικής, τις σχιστίες, την άπνοια κατά τον ύπνο, την ορθογναθική χειρουργική, τις αγγειακές δυσπλασίες του προσώπου, την αποκατάσταση των βλαβών του προσωπικού νεύρου, την αισθητική χειρουργική του προσώπου, την χειρουργική της βάσης του κρανίου κ.α.

Ταυτόχρονα θα αναπτυχθούν σε μία δεύτερη διαδικτυακή αίθουσα θέματα Στοματικής Χειρουργικής, όπως η σύγχρονη εμφυτευματολογία, η αντιμετώπιση των τραχηλοπροσωπικών λοιμώξεων και η αντιμικροβιακή θεραπεία, η διαχείριση των μαλακών ιστών, τα οστικά μοσχεύματα, οι αυξητικοί παράγοντες, η οστεονέκρωση των γνάθων, η χρήση της ψηφιακής τεχνολογίας στη χειρουργική του στόματος, η βιοψία, τα συστηματικά νοσήματα με ενδοστοματικές εκδηλώσεις, οι επιπλοκές και τα συμβάματα στη χειρουργική του στόματος, οι προσωπαλγίες και ο μυοπροσωπικός πόνος, κλπ.

Τέλος σημαντικό τμήμα στο επιστημονικό μας πρόγραμμα καταλαμβάνουν τόσο διαλέξεις μη επεμβατικής, αισθητικής Ιατρικής με τη χρήση των ενέσιμων νευροτοξινών, του υαλουρονικού οξέος και των Lasers , αλλά και πολύ ενδιαφέροντα επαγγελματικά θέματα που απευθύνονται στο σύνολο των επιστημόνων υγείας.

Λόγω των περιοριστικών μέτρων για την πανδημία του νέου κορονοϊού το Haoms 2021 θα γίνει για πρώτη φορά διαδικτυακά. Τι προκλήσεις αλλά και τι πλεονεκτήματα ενδεχομένως υπάρχουν από τον διαφορετικό τρόπο διεξαγωγής του συνεδρίου;

Όντως, για πρώτη φορά το συνέδριο μας θα

Συνέχεια στη σελίδα 30

Συνέχεια από τη σελίδα 29

διεξαχθεί διαδικτυακά, ως συνέπεια των περιοριστικών μέτρων λόγω της υγειονομικής κρίσης που βιώνει το σύνολο των χωρών.

Ταυτόχρονα, όμως, η επιστημονική πρόοδος, η ανάγκη για ενημέρωση και εκπαίδευση των ιατρών, η ανταλλαγή επιστημονικών απόψεων, εμπειριών, ιδεών, θα πρέπει να συνεχιστούν, με προσωρινή, έστω, προσαρμογή στις νέες συνθήκες.

Η μεγαλύτερη πρόκληση ήταν ότι κληθήκαμε να διοργανώσουμε μία εκδήλωση χωρίς την ύπαρξη προηγούμενης εμπειρίας ώς προς αυτόν τον τρόπο διεξαγωγής ενός συνεδρίου. Υπήρξαν πολλά αχαρτογράφητα πεδία, αλλά και πρακτικές δυσκολίες.

Χρησιμοποιώντας όμως τις ψηφιακές δυνατότητες καταφέραμε τελικά να μετατρέψουμε τις προκλήσεις σε ευκαιρίες.

Στο Συνέδριό μας έχουν κληθεί και θα συμμετάσχουν καταξιωμένοι Έλληνες ομιλητές αλλά και διακεκριμένοι ομιλητές από το εξωτερικό.

Θα ήταν πολύ δύσκολο να έχουμε όλους αυτούς τους άξιους εκπροσώπους της επιστημονικής μας ταυτότητας σε ένα συνέδριο με φυσική παρουσία.

Ταυτόχρονα δίδεται η δυνατότητα στον κάθε σύνεδρο, από τον υπολογιστή του σπιτιού του, χωρίς να μετακινηθεί, να επικοινωνήσει, να ακούσει, να ρωτήσει τον ομιλητή που θα βρίσκεται είτε μερικά χιλιόμετρα, είτε αρκετές χιλιάδες χιλιόμετρα μακριά.

Ας μην ξεχνάμε ότι ο ακρογωνιαίος λίθος της επιτυχίας ενός συνεδρίου είναι το επιστημονικό πρόγραμμα. Χωρίς να παραβλέπω την αξία και τη σημασία της φυσικής επαφής, πιστεύω ότι σε κάθε συνέδριο, ο συμμετέχων προσδοκά, αναζητά και εκτιμά πρωτίστως το επίπεδο της επιστημονικής του ενημέρωσης.

Ως πλεονέκτημα θα αναφέρω επίσης το μειωμένο κόστος της συνολικής οικονομικής επιβάρυνσης για τους συνέδρους, ειδικά σε όσους θα ταξίδευαν στην Αθήνα για να παρακολουθήσουν την επιστημονική εκδήλωση της εταιρείας μας. Χωρίς έξοδα εισιτηρίων, διαμονής και επιπροσθέτως με εξαιρετικά μειωμένο κόστος συμμετοχής σε σχέση με τα συνήθη, είναι μία πραγματική ευκαιρία για όλους μας να παρακολουθήσουμε σχεδόν 60 ώρες εξαιρετικής επιστημονικής θεματολογίας, από 64 καταξιωμένους επιστήμονες της Ελλάδας και του Εξωτερικού.

Φυσικά, ειδική μέριμνα έχει ληφθεί για τους φοιτητές μας, αλλά και για τους νέους συναδέλφους μας που βρίσκονται σε περίοδο ειδίκευσης ή εξειδίκευσης.

Συνολικά λοιπόν, θα έλεγα ότι το τρίπτυχο του υψηλού επιπέδου του επιστημονικού προγράμματος, σε συνδυασμό με το χαμηλό κόστος συμμετοχής και την ευκολία παρακολούθησης, είναι τα κύρια πλεονεκτήματα της διαδικτυακής διεξαγωγής.

Δεδομένης της διαδικτυακής διεξαγωγής του συνεδρίου, υπάρχει πρόβλεψη και για την παρουσία χορηγών και πώς θα μπορούσαν να ενημερώσουν σχετικά τους συνέδρους;

Μία σημαντική παράμετρος σε κάθε επιστημονικό συνέδριο είναι η ενημέρωση των συνέδρων για υλικά και προϊόντα που θα αναβαθμίσουν και θα διευκολύνουν το επίπεδο της παροχής των υπηρεσιών τους.

Οι εκθέσεις ήταν παραδοσιακά ο χώρος που ο κάθε σύνεδρος ερχόταν σε φυσική επαφή με το προϊόν και λάμβανε τις απαιτούμενες πληροφορίες για την χρήση του. Ήταν βέβαια και ένα τμήμα της συνολικής κοινωνικής δραστηριότητας στα πλαίσια ενός συνεδρίου.

Έπρεπε να βρούμε τους τρόπους να υποκαταστήσουμε αυτήν την δραστηριότητα, να εξυπηρετήσουμε την ανάγκη για ενημέρωση σε νέες τεχνολογίες και υλικά και να φέρουμε σε επαφή τις εταιρείες με τους συνέδρους.

Στο ψηφιακό λοιπόν περιβάλλον του συνεδρίου προβλέψαμε το ψηφιακό περίπτερο για κάθε χορηγό μας.

Στο περίπτερο αυτό θα διατίθενται όλα τα μέσα παρουσίασης και προβολής των προϊόντων: Βίντεο, ψηφιακό ενημερωτικό υλικό, διασύνδεση με την ιστοσελίδα του χορηγού, δυνατότητα επαφής με τον εκπρόσωπο του χορηγού, δυνατότητα συγκέντρωσης όλων των ενημερωτικών φυλλαδίων που προσέλκυσαν το ενδιαφέρον του συνέδρου σε «ψηφιακή τσάντα συνεδρίου» και παρακολούθηση των sponsored events που παρέχει ο χορηγός ανάλογα με το επίπεδο χορηγίας.

Είναι πράγματι πολύ ευχάριστο να σημειώσω ότι τα υψηλότερα χορηγικά πακέτα εξαντλήθηκαν μέσα σε λίγες ημέρες από την πρόσκληση προς τους χορηγούς, γεγονός που καταδεικνύει την εμπιστοσύνη των χορηγών μας ως προς την επιτυχία της εκδήλωσης, αλλά και την συμπαράστασή τους στην προσπάθειά μας.

Από τη σελίδα του HAOMS 2021 βλέπει κανείς ένα πλούσιο πρόγραμμα σε ομιλητές. Ποιοι είναι οι βασικοί άξονες του συνεδρίου;

Οι βασικοί άξονες είναι: Εξωστρέφεια, Ενημέρωση, Συνεργασία.

Είμαστε η πλέον μακροχρόνια ειδικότητα σε εκπαίδευση και οι πλέον καταρτισμένοι στις παθήσεις που καλούμαστε να αντιμετωπίσουμε.

Η διπλή μας επαγγελματική και επιστημονική υπόσταση μάς καθιστά αναπόσπαστα μέλη της Ιατρικής και της Οδοντιατρικής κοινότητας στη χώρα μας.

Το συνέδριο θα πρέπει να επικοινωνήσει τόσο προς τους Ιατρούς αλλά και προς τους Οδοντιάτρους το πραγματικό φάσμα, τις αληθινές δυνατότητες, τις προοπτικές και το επίπεδο άσκησης της Στοματικής και Γναθοπροσωπικής Χειρουργικής στην Ελλάδα.

Η ειδικότητά μας διαμορφώθηκε, σε σχέση με το νομικό πλαίσιο που την διέπει, τα τελευταία χρόνια. Εξελίχθηκε, μεγάλωσε, κατοχύρωσε νομικά και επαγγελματικά δικαιώματα με σαφή περιγραφή του ευρύτατου και πολυεπίπεδου φάσματός της.

Είναι μια νέα πραγματικότητα, που θεωρώ ότι ίσως δεν έχει γίνει ακόμη πλήρως αντιληπτή στον χώρο των επιστημόνων υγείας.

Το συνέδριό μας είναι η ευκαιρία να ενδυναμώσουμε τη θέση της Στοματικής και Γναθοπροσωπικής Χειρουργικής. με τον πιο απλό και αποδεκτό τρόπο στον χώρο της επιστήμης: με την παρουσίαση του έργου μας.

Πολλά από τα θέματα που θα διαπραγματευτούμε ενδιαφέρουν και άλλους ειδικούς.

Το συνέδριο στοχεύει στη συμμετοχή Ιατρών όμορων ειδικοτήτων με κοινό πεδίο επιστημονικής δραστηριότητας.

Είναι μακρά η παράδοση των Στοματικών και Γναθοπροσωπικών Χειρουργών να αποτελούν μέλη διεπιστημονικών ομάδων και να συνεργάζονται με σεμνότητα και αποτελεσματικότητα στα Νοσοκομειακά Ιδρύματα με συνάδελφους άλλων ειδικοτήτων.

Στοχεύει επίσης στη συμμετοχή των συναδέλφων μας Οδοντιάτρων, με τους οποίους μοιρα-

ζόμαστε, καθημερινά, θέματα που αφορούν την υγεία της στοματικής και περιστοματικής περιοχής. Για τον λόγο αυτό, όπως θα δείτε στο επιστημονικό μας πρόγραμμα, μία από τις δύο αίθουσες είναι αφιερωμένη κυρίως σε θέματα Στοματικής Χειρουργικής, που θα παρουσιαστούν με σκοπό τη διερεύνηση και συζήτηση για συχνές και σπανιότερες καταστάσεις που απασχολούν τον Οδοντίατρο στην καθημερινή άσκηση του έργου του.

Πέρα όμως από τη δυνατότητα να αναδείξουμε το έργο μας, τη διάθεση και τις δυνατότητες για συνεργασία με τους συναδέλφους μας, το συνέδριο στοχεύει στην επιστημονική ενημέρωση, στην αναζήτηση, στον προβληματισμό, στην ανάδειξη των δυσκολιών και στην αντιμετώπιση των προκλήσεων που αφορούν το σύνολο των Στοματικών και Γναθοπροσωπικών Χειρουργών.

Να αναδείξει τα επιτεύγματα, αλλά ταυτόχρονα να καταδείξει τις τυχόν αδυναμίες και ανάγκες για συνεχή βελτίωση και επιστημονική πρόοδο.

Θα μπορούσατε εν συντομία να μας πείτε λίγα λόγια για τους ομιλητές του HAOMS 2021;

Το επιστημονικό πρόγραμμα διαμορφώθηκε με πλουραλισμό, όχι μόνο ως προς τη θεματολογία αλλά και ως προς την επιλογή των ομιλητών.

Θεωρήσαμε ότι θα έπρεπε να συμμετάσχουν επιστήμονες από όλους τους χώρους και τα πεδία άσκησης της Στοματικής και Γναθοπροσωπικής Χειρουργικής, από διαφορετικά επαγγελματικά περιβάλλοντα, ούτως ώστε να διαμορφωθεί μία συνολική εικόνα του επιπέδου και του αντικειμένου της.

Στο συνέδριο λαμβάνουν το βήμα νέοι συνάδελφοι που αντανακλούν τον δυναμισμό της επερχόμενης γενιάς, αλλά και έμπειροι καταξιωμένοι ομιλητές που μεταφέρουν πολυετή εμπειρία και γνώση. Νοσοκομειακοί ιατροί από ιδρύματα της περιφέρειας, αλλά και από τα μεγάλα αστικά κέντρα της χώρας μας. Πανεπιστημιακοί καθηγητές, αλλά και ελεύθεροι επαγγελματίες. Έλληνες που διαπρέπουν στο εξωτερικό, αλλά και ευρέως αναγνωρισμένοι διεθνείς ομιλητές. Ιατροί και οδοντίατροι άλλων ειδικοτήτων, αλλά και μη υγειονομικοί επιστήμονες.

Με τον τρόπο αυτό εξυπηρετούνται οι στόχοι του συνεδρίου με τον καλύτερο τρόπο.

Εξωστρέφεια, Ενημέρωση, Συνεργασία.

Τι πιστεύετε ότι θα κερδίσουν οι συμμετέχοντες στο συνέδριο;

Η πρώτη και σημαντική παράμετρος είναι η επιστημονική ενημέρωση και γνώση, η οποία όπως προανέφερα, παρέχεται από ομιλητές που προέρχονται από διαφορετικά περιβάλλοντα άσκησης της ειδικότητας.

Έτσι ο ελεύθερος επαγγελματίας θα γνωρίσει το έργο του νοσοκομειακού ιατρού και αντίστροφα, ο χειρουργός που δραστηριοποιείται στη χώρα μας θα έχει την δυνατότητα να έρθει σε επαφή με τον χειρουργό που έφυγε από την Ελλάδα, ο πανεπιστημιακός να αξιολογήσει τη γνώση και την εμπειρία αντίστοιχων Ιδρυμάτων του εξωτερικού, ο ιατρός άλλης ειδικότητας και ο οδοντίατρος να ενημερωθούν για τις νέες εξελίξεις και τους τρόπους αντιμετώπισης θεμάτων που μας απασχολούν από κοινού, εδραιώνοντας τη συνεργασία μέσω της επιστημονικής συζήτησης και αναζήτησης.

Οι νεότεροι συνάδελφοι θα αποκομίσουν, εκτός από την γνώση, ίσως και ένα όραμα για τη συνέχεια, ενώ οι παλαιότεροι θα γνωρίσουν το σθένος και τη δυναμική της νέας γενιάς.

Συνολικά θα έλεγα ότι το συνέδριο πέρα, από την παροχή γνώσεων και την ενημέρωση για νέες μεθόδους, πρωτόκολλα και τεχνικές είναι και μια ευκαιρία για σύνθεση ιδεών, απόψεων, δημιουργίας και συνεργασίας. Μέσω της γνώσης μπορούμε όλοι να συνειδητοποιήσουμε καλύτερα αυτά που ενώνουν τους επιστήμονες, έστω κι αν θεωρητικά οι διαφορετικές ομάδες άσκησης της ειδικότητας εμφανίζουν, μερικές φορές, διαφορετικές προσεγγίσεις.

Η ψηφιακή πλατφόρμα του HAOMS 2021.

Και να προσθέσω και κάτι άλλο: Η επιτυχία σε ένα επιστημονικό αντικείμενο αντανακλάται εμμέσως σε όλα τα μέλη της επιμέρους επιστημονικής κοινότητας και λειτουργεί ως πρότυπο προόδου.

Συνεπώς, πέρα από την γνώση, πιστεύω πως οι σύνεδροι θα αποκομίσουν τα ερεθίσματα για περισσότερη δημιουργία, φαντασία, αποδοτικότητα και αποτελεσματικότητα στο έργο που ο καθένας επιτελεί.

Πόσο ικανοποιητικά κινείται μέχρι τώρα η δήλωση συμμετοχών;

Πολλοί συνάδελφοι έχουν ήδη εγγραφεί, λίγες μόνο μέρες μετά την πρώτη ανακοίνωση για την εκδήλωσή μας, προμηνύοντας έναν μεγάλο τελικό αριθμό συνέδρων.

Η εμπειρία των συνεδρίων καταγράφει τον κύριο όγκο των εγγραφών λίγο πριν από την ημερομηνία διεξαγωγής.

Φαίνεται όμως ότι μία απλή ανακοίνωση της θεματολογίας ήταν ικανή να στρέψει άμεσα το ενδιαφέρον των συναδέλφων προς την επιστημονική μας εκδήλωση.

Στο υπόλοιπο χρονικό διάστημα που απομένει μέχρι τις 22 Ιανουαρίου, η οργανωτική επιτροπή έχει προγραμματίσει την ολοκληρωμένη προβολή του συνεδρίου στα μέσα κοινωνικής δικτύωσης, στους συλλόγους και στην ευρύτερη επιστημονική κοινότητα.

Πιστεύω ότι θα ανταποκριθούμε πλήρως τόσο στις προσδοκίες των συνέδρων, όσο και στους στόχους που έχουμε θέσει.

Προσκαλώ όλους τους συναδέλφους να παρακολουθήσουν το συνέδριό μας με τη βεβαιότητα ότι όλοι μας θα αποκομίσουμε περισσότερα εφόδια για να συνεχίσουμε το έργο μας με δύναμη, με αποτελεσματικότητα, με όραμα, με επιτυχία.

Περισσότερες πληροφορίες σχετικά με το πρόγραμμα και τις εγγραφές συμμετοχής θα βρείτε στην σελίδα:* **https://www.haoms2021.org

OSTEOGENICS BIOMEDICAL
RTMPLUG™, RTMFOAM™ and RTMTAPE™

Απορροφήσιμα υλικά επούλωσης
- Βόειο κολλαγόνοType I & Type III
- Απορροφούνται μέσα σε 30 μέρες

Εφαρμογές:
- Χειρουργικά τραύματα
- Περιοδοντικά χειρουργικά τραύματα
- Μετεξακτικά φατνία
- Πληγές
- Στοματικά έλκη (μη φλεγμονώδη)
- Περιοχές συρραφών
- Εγκαύματα
- Τραυματικές πληγές

ΤΩΡΑ ΔΙΑΘΕΣΙΜΑ

Διαθέσιμα μεγέθη:

RTMPlug
1 cm x 2 cm
RTMPLUG10 (10 τμχ ανά συσκευασία)

RTMFoam
2 cm x 4 cm (3 mm πάχος)
RTMFOAM10 (10 τμχ ανά συσκευασία)

RTMTape
2.5 cm x 7.5 cm (1 mm πάχος)
RTMTAPE10 (10 τμχ ανά συσκευασία)

Δ.ΜΑΥΡΑΕΙΔΟΠΟΥΛΟΣ Α.Ε.
ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΙΚΑ ΕΙΔΗ

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

Κλινικό Περιστατικό με CLEARFIL MAJESTY™ Posterior

Αποκατάσταση οπίσθιων δοντιών / Άπω βαθιά αποκατάσταση στο 26 δόντι

Julian Leprince
Επικεφαλής του τμήματος Επανορθωτικής Οδοντιατρικής & Ενδοδοντίας στο Cliniques universitaires Saint-Luc (Βρυξέλλες, Βέλγιο), είναι αναπληρωτής καθηγητής στο UCLouvain και επικεφαλής της ερευνητικής ομάδας DRIM.

- Ο ασθενής δήλωσε ότι αισθανόταν περιστασιακά ευαισθησία στο ζεστό/κρύο.
- Έγινε προεγχειρητικά μια ακτινογραφία δήξεως. Φάνηκε τερηδόνα εγγύς και άπω στο 26 δόντι.
- Αποφασίστηκε να παρακολουθείται εγγύς το 26 δόντι (η τερηδόνα περιορίζονταν μόνο στην εξωτερική ζώνη της οδοντίνης >μόνο το 35% αυτών των αλλοιώσεων προκαλούν κοιλότητες, σύμφωνα με Hintze et al., Caries Res 1998).
- Στη συνέχεια αποφασίστηκε να θεραπευτεί άπω το 26 δόντι, η θεραπεία κατηγοριοποιήθηκε ως δύσκολη λόγω του περιορισμένου μεσοδόντιου χώρου.

- Κλινική προεγχειρητική κατάσταση.
- Τοποθετείται ελαστικός απομονωτήρας (αρπάγη στο 27 δόντι, νήματα στα 25-26-27 δόντια), περιορισμένη εγγύτητα στο ύψος του 27 υπερώια. Θεωρείται αποδεκτή λόγω της απουσίας του αίματος και του σάλιου.
- Ένας γκρι αποχρωματισμός παρατηρείται στο ύψος του εγγύς οριακού τοιχώματος (περιορισμένος) και άπω (εκτεταμένος). Μια παλιά έμφραξη σύνθετης ρητίνης φαίνεται στην άπω αύλακα.

- Τοποθέτηση ενός προστατευτικού συστήματος – ένας συνδυασμός από μια πλαστική σφήνα και ένα ευθύ μικρό μεταλλικό τεχνητό τοίχωμα – για να εμποδίζει την καταστροφή του παρακείμενου δοντιού κατά τη διάρκεια του τροχίσματος.

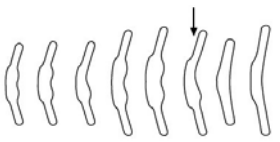
- Τροχίστηκε η αδαμαντίνη για να υπάρχει πρόσβαση στη μαλακή οδοντίνη, η οποία αφαιρέθηκε με εργαλείο χειρός.

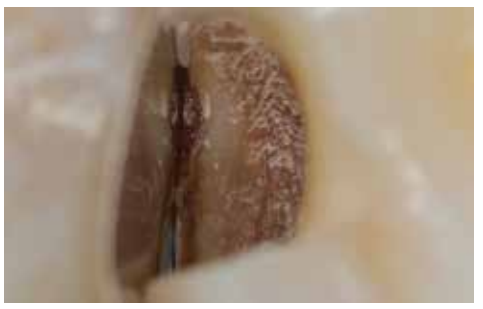
- Πρώτη φάση απομάκρυνσης της άπω αδαμαντίνης.

- Απομακρύνουμε την χωρίς στήριξη εγγύς αδαμαντίνη.
- Αφαιρούμε τη μαλακή οδοντίνη. Η διαφορά στην υφή είναι ότι η οδοντίνη είναι ορατή.
- Δείτε την καταστροφή στο προστατευτικό σύστημα, που δικαιώνει τη χρήση του.

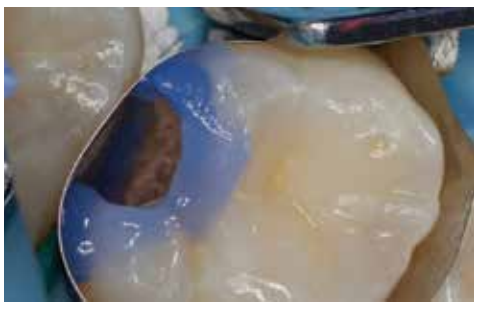
- Καθαρίστε την κοιλότητα αφού απομακρύνετε το προστατευτικό σύστημα.
- Οι σύγχρονες συστάσεις της ORCA (Ευρωπαϊκός Οργανισμός για την έρευνα στην Τερηδόνα) αναφέρουν ότι όπου η τερηδόνα είναι βαθιά, απαιτείται μερική αφαίρεση αλλά περιορίζεται μόνο στην μαλακή οδοντίνη. Όσον αφορά τον πολφό, θα πρέπει να γίνει εργασία ώστε να διασφαλιστεί ότι δεν υπάρχει αποκάλυψή του (Carvalho et al., Caries Res 2016). Οι επιτυχίες που έγιναν με αυτήν την προσέγγιση υπερτερούν εκείνων που έγιναν με πλήρη αφαίρεση. Αντίθετα, τα όρια της κοιλότητας (αδαμαντίνη και οδοντίνη· σύμφωνα με το JAD) αντιμετωπίζονται έτσι ώστε να υπάρχει μόνο σκληρός και υγιής ιστός, κάτι που ευνοεί την επαφή των ορίων.

- Τοποθέτηση τεχνητού τοιχώματος
- Μια ξύλινη σφήνα χρησιμοποιείται για να συγκρατηθεί το τεχνητό τοίχωμα στην υπερώια επιφάνεια του δοντιού, ενώ Teflon χρησιμοποιείται την παρειακή επιφάνεια.

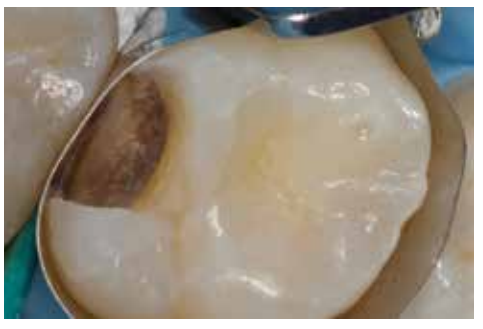




- Επαφή μεταξύ του τεχνητού τοιχώματος και του εδάφους της κοιλότητας εγγύς.
- Το τεχνητό τοίχωμα καλύπτει ακριβώς μέχρι το κάτω όριο της κοιλότητας.
- Η κοιλότητα είναι αρκετά βαθιά έτσι ώστε η καμπυλότητα μεταξύ της ρίζας είναι ορατή άπω-παρειακά και υπερώια.
- Η σύνδεση του τεχνητού τοιχώματος είναι ελλιπής λόγω της καμπυλότητας, αλλά η έμφραξη που επιτυγχάνεται από το τεχνητό τοίχωμα και βελτιώνεται από το Teflon θεωρείται επομένως επαρκής, καθώς δεν παρατηρείται επιμόλυνση. Έπειτα ξεκινά η διαδικασία συγκόλλησης.

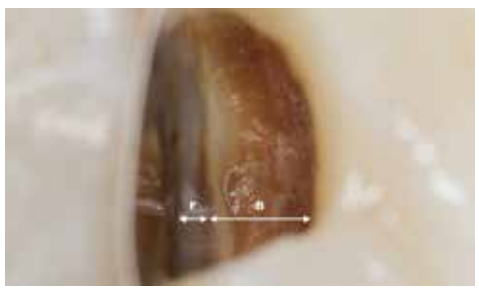


- Γίνεται επιλεκτική αδροποίηση της αδαμαντίνης με 37% φωσφορικό οξύ (K-Etchant Syringe) για 20 δευτερόλεπτα, ακολουθεί σχολαστικό ξέπλυμα με κατιονισμό νερού από την υδροσύριγγα.



- Μετά το στέγνωμα, η αδροποιημένη αδαμαντίνη έχει εμφάνιση κιμωλίας.
- Σε αυτό το κλινικό περιστατικό, η προτεινόμενη επιλογή ήταν να χρησιμοποιηθεί ένα αυτοαδροποιούμενο συγκολλητικό σύστημα (CLEARFIL™ SE BOND). Αυτό συμβαίνει επειδή η τεχνολογία που χρησιμοποιείται φαίνεται να έχει ευνοϊκό αποτέλεσμα όταν χρησιμοποιείται σε αδροποιημένη οδοντίνη, χάρη στην ικανότητα του MDP να συνδέεται χημικά με το ασβέστιο στην μερικώς ανοργανοποιημένη οδοντίνη (Perdigao, Dent Mater 2010).
- Αυτή η κλινική διαδικασία επιλέχθηκε για να δημιουργηθεί ένας βέλτιστος δεσμός.

- Είναι ολοκάθαρα ορατό το ύψος του ορίου της κοιλότητας, όπου επεκτείνεται η αφαίρεση της μαλακής οδοντίνης μέχρι να συναντήσουμε σκληρή οδοντίνη. Στην αξονική τομή, η αφαίρεση περιορίζεται μέχρι την μαλακή οδοντίνη για να μειωθεί ο κίνδυνος αποκάλυψης του πολφού.

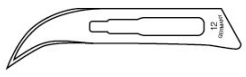


- Εφαρμόστε τον αυτοαδροποιούμενο ενεργοποιητή συγκόλλησης στην οδοντίνη για 20 δευτερόλεπτα, έπειτα στεγνώστε.
- Τοποθετείστε τον κυρίως συγκολλητικό παράγοντα (B), φωτοπολυμερίστε για 10 δευτερόλεπτα.
- Βάλτε μια μικρή ποσότητα λεπτόρρευστης σύνθετης ρητίνης (π.χ. CLEARFIL MAJESTY™ ES Flow), αποκλειστικά στην ριζική περιοχή.
- Δείτε την αλλαγή στην εμφάνιση της οδοντίνης, από ματ σε φωτεινή με γυαλάδα.

- Τοποθετείστε μια οριζόντια επίστρωση σύνθετης ρητίνης (μέγιστο τα 2 mm) για να αυξήσετε το εγγύς όριο.
- Φωτοπολυμερίστε την κάθε επίστρωση με 1,000 mW/cm² για 20 δευτερόλεπτα (Leprince et al., Oper Dent 2010).

- Τοποθετείστε ένα τμηματικό τεχνητό τοίχωμα, σε συνδυασμό με ένα δακτύλιο και μια ξύλινη σφήνα, για να επιτύχετε την ακριβή απόδοση της ανατομίας εγγύς της αποκατάστασης.
- Η σύνθετη ρητίνη εφαρμόζεται προσθέτοντας διαδοχικές επιστρώσεις των 2-mm (ο αριθμός των συγκολλούμενων επιφανειών θα πρέπει να είναι ο ελάχιστος).

- Αφού απομακρύνουμε το τεχνητό τοίχωμα, μπορεί να παρατηρηθούν ελαττώματα στο σχήμα (ελαφρώς υπερμέγεθες), αυτό διορθώνεται προσεκτικά μ'ένα κυρτό νυστέρι/ή εγγλυφίδα.
- Χρησιμοποιείται ένα ξέστρο, σε συνδυασμό με νήμα και μια λεπτόκοκκη ταινία λείανσης για να απομακρυνθούν περίσσειες από το συγκολλητικό παράγοντα, για παράδειγμα.



Τελική κατάσταση

- Η διόρθωση της ανατομίας ακολουθείται από την προσαρμογή της σύγκλεισης και τη στίλβωση.
- Η σύνθετη ρητίνη που επιλέχθηκε για την αποκατάσταση (CLEARFIL MAJESTY™ Posterior) έχει ένα υψηλό ποσοστό ενισχυτικών ουσιών (το ποσοστό κ.β. των ανόργανων ενισχυτικών ουσιών είναι >80%), το οποίο παράγει μέτρο ελαστικότητας >16 GPa, αυτές οι τιμές του μέτρου ελαστικότητας αναφέρονται στην οδοντίνη (Randolph et al., Dent Mater 2016).

kuraray
Noritake

Clearfil™ Majesty Posterior

2018 REALITY Four Star Award ★★★★
Ο πρωτεργάτης
για αξιόπιστες οπίσθιες
Αποκαταστάσεις

€48,00
3+1
ΔΩΡΟ

- Αντοχή στη θλίψη: 504 MPa,
- Αντοχή στην κάμψη: 177 MPa),
- Μακροβιότητα αποκαταστάσεων,
- Μεγάλο βάθος πολυμερισμού, χαμηλή συστολή πολυμερισμού (1,5%)
- Χαμηλός συντελεστής θερμικής διαστολής

Σύριγγα 4.9gr
Αποχρώσεις:
A2, A3, A3.5, B2, XL, OA3

Clearfil™ SE Bond 2

Η Χρυσή Σταθερά CLEARFIL SE BOND έγινε τώρα ένας πραγματικά Universal
Συγκολλητικός παράγοντας 2 σταδίων

€125,00

Με αγορά 1 συγκολλητικού παράγοντα
Clearfil SE Bond 2 EU 3270
ΔΩΡΟ
1 ρητίνη Clearfil Majesty™ ES Flow
σε αποχρώσεις A1, A2, A3, A3.5, A4, KA6, B1, B2, XW, W, A2D, A3D
αξίας €35,75

Χαρακτηριστικά και Πλεονεκτήματα
- Καθολικές κλινικές εφαρμογές με το **νέο** CLEARFIL DC Activator.
- Νέος καταλύτης για ισχυρότερη αντοχή του δεσμού.
- Εξαιρετική, απαράμιλλη, μακρόχρονη, στην Ομάδα V, κλινική έρευνα με τα αυτοαδροποιούμενα προϊόντα CLEARFIL (5 χρόνια - 10 χρόνια επανέλεγχοι 91% - 100% συγκράτηση).
- Μικρό πάχος φιλμ στις έμμεσες αποκαταστάσεις.
- Ιδανικό συγκολλητικό σύστημα στις ενός σταδίου αποκαταστάσεις (απορροφά την τάση και απομονώνει την οδοντίνη).
- Ιδανική επίστρωση συγκολλητικού παράγοντα για τις άμεσες αποκαταστάσεις.
- Δεν ανακινείται, δεν αναμιγνύεται, δεν απαιτείται τρίψιμο κατά την εφαρμογή του, δεν χρειάζονται πολλαπλές εφαρμογές.
- Το SE Primer 2 επεξεργάζεται αποκαταστάσεις από ζιρκόνιο και αλουμίνα.
- Δεν φωτοπολυμερίζεται στο εσωτερικό των έμμεσων αποκαταστάσεων.

Ενδείξεις
- Άμεσες αποκαταστάσεις χρησιμοποιώντας φωτοπολυμεριζόμενη σύνθετη ρητίνη.
- Επικάλυψη της κοιλότητας ως προεπεξεργασία για τις έμμεσες αποκαταστάσεις.
- Θεραπεία των εκτεθειμένων ριζικών επιφανειών.
- Θεραπεία δοντιών με ευαισθησία.
- Ενδοστοματική επιδιόρθωση σπασμένων αποκαταστάσεων.
- Συγκόλληση αξόνων χρησιμοποιώντας διπλού ή χημικού πολυμερισμού υλικό κολοβωμάτων.
- Ανασύσταση κολοβωμάτων χρησιμοποιώντας φωτο-, διπλού- ή χημικού πολυμερισμού υλικό κολοβωμάτων.
- Συγκόλληση ενθέτων, επενθέτων, στεφανών, γεφυρών και όψεων χρησιμοποιώντας ρητινώδεις κονίες.

Clearfil™ Twist DIA

Φυσικό αποτέλεσμα στίλβωσης σε 2 απλά βήματα

TRIAL KIT
2 ΤΕΜΑΧΙΩΝ
€18,00
ΤΟ ΚΑΘΕ ΣΕΤ

Pre polish
High shine

Το ειδικό σχήμα και η επικάλυψη διαμαντιού του στιλβωτικού, οδηγεί σε εκθαμβωτικές επιφάνειες σε σύντομο χρονικό διάστημα εφαρμογής. Και το καλύτερο είναι ότι αυτό το σύστημα στίλβωσης είναι κατάλληλο για κάθε επιφάνεια δοντιού –ακόμη και η στίλβωση της μασητικής επιφάνειας είναι σημαντικά απλοποιημένη!

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

Ομαδική εργασία

Ένα νέο χαμόγελο για την Andrea

Ψηφιακή παραγωγή προσωρινής αποκατάστασης σε ένα περιστατικό «πρόκληση»

Από τον **Eric D. Kukucka**, DD, Windsor/Καναδά

Στο σύνθετο περιστατικό της Andrea, μια ομάδα ειδικών προσθετολόγων έδειξε πώς μια νέα οδοντοστοιχία μπορεί κυριολεκτικά να αλλάξει τη ζωή ενός ασθενούς. Μια προσωρινή οδοντοστοιχία κατασκευάστηκε για τη νεαρή ασθενή, χρησιμοποιώντας τη διαδικασία «Ψηφιακή Οδοντοστοιχία» - Digital Denture.
Η λύση αυτή βελτίωσε εξαιρετικά την ευεξία και την ποιότητα ζωής της ασθενούς.

Το παρακάτω άρθρο περιγράφει τη διεπιστημονική θεραπευτική προσέγγιση, που υιοθετήθηκε για τη θεραπεία μιας νεαρής ασθενούς, η οποία αντιμετώπιζε σημαντικά σωματικά και ψυχολογικά προβλήματα, που προέκυψαν από την κατάσταση των δοντιών της ***(Εικ. 1)***. Για την αντιμετώπιση ενός τέτοιου περιστατικού, εκτός από την άριστη οδοντιατρική και εργαστηριακή εμπειρία και τις συντονισμένες τεχνικές κατασκευής, είναι απαραίτητη και η ομαλή συνεργασία του οδοντιατρείου και του οδοντοτεχνικού εργαστηρίου. Στο συγκεκριμένο περιστατικό, η λύση ξεκίνησε με μια προσωρινή οδοντοστοιχία, η οποία επέτρεψε στην ασθενή να ανακτήσει την «κανονική» λειτουργία της γνάθου και την αισθητική της εμφάνιση.

Ιστορικό της ασθενούς

Όταν η Andrea μας επισκέφτηκε για πρώτη φορά, σε ηλικία 25 ετών, υπέφερε ήδη από διάφορα συμπτώματα για αρκετά χρόνια. Τα παράπονά της προκλήθηκαν από δύο διαφορετικά προβλήματα, τα οποία είχαν σοβαρές συνέπειες, μεμονωμένα και σε συνδυασμό. Η νεαρή γυναίκα υπέφερε από μια γενετική διαταραχή, ένα από τα συμπτώματα της οποίας είναι η εξαιρετικά αδύναμη αδαμαντίνη των δοντιών.

Επιπλέον, η ασθενής έπασχε από ινομυαλγία, μια χρόνια διαταραχή πόνου που συνοδεύεται από τεράστιο ψυχολογικό στρες. Κατά συνέπεια, η ασθενής έκανε εμετό τρεις έως τέσσερις φορές την ημέρα κατά μέσο όρο για διάστημα αρκετών ετών. Έτσι, το όξινο περιβάλλον κατέστρεψε σε σημαντικό βαθμό τα ήδη φθαρμένα δόντια της ***(Εικ. 2)***.

Επιπτώσεις της ασθένειας

Η ασθενής ανέφερε ότι βιώνει αφόρητο πόνο και ότι εμφάνισε πολλαπλές φλεγμονές στο στόμα. Με τα χρόνια, η Andrea έπρεπε να λάβει «αμέτρητους» κύκλους αντιβιοτικών, η αποτελεσματικότητα των οποίων μειωνόταν με την πάροδο του χρόνου. Ως αποτέλεσμα των φλεγμονών εξήχθησαν πολλά δόντια. Η κακή στοματική υγεία της Andrea επέδρασε στην ικανότητά της να τρώει. Η απωθητική εμφάνιση των δοντιών της την επηρέασε συναισθηματικά. Κλονίστηκε η ψυχική της υγεία και η αυτο-εικόνα της. Περιέγραψε τις προηγούμενες επισκέψεις στον οδοντίατρο ως «τρομακτικές» εμπειρίες. Ως εκ τούτου, ήταν αρχικά απρόθυμη να συμφωνήσει με την προτεινόμενη σύνθετη θεραπεία. Ωστόσο, κατορθώσαμε να την πείσουμε για την αναγκαιότητα της διαδικασίας, με συζητήσεις που εξέπεμπαν μεγάλη αφοσίωση, φροντίδα και ενσυναίσθηση.

Θεραπευτικοί στόχοι

Μετά από πολλές συζητήσεις, ορίστηκε ένας αρχικός θεραπευτικός στόχος: Τα δόντια που δεν μπορούσαν να σωθούν θα έπρεπε να εξαχθούν και να κατασκευαστεί μια προσωρινή οδοντοστοιχία, ως μια μεταβατική λύση. Στη δεύτερη φάση της θεραπείας επρόκειτο να τοποθετηθούν εμφυτεύματα. Πρώτη προτεραιότητά μας, όμως, ήταν η βελτίωση της ποιότητας ζωής της ασθενούς. Επιλέξαμε να χρησιμοποιήσουμε τη διαδικασία της «Ψηφιακής Οδοντοστοιχίας» για να προσφέρουμε στην ασθενή μια «άνετη» θεραπευτική προσέγγιση και να εξασφαλίσουμε προβλέψιμα αποτελέσματα για την οδοντιατρική ομάδα. Δεδομένου ότι η ασθενής δεν επιθυμούσε να είναι χωρίς δόντια σε κάθε θεραπευτικό στάδιο, η προσωρινή οδοντοστοιχία έπρεπε να είναι έτοιμη στη συνεδρία εξαγωγής των δοντιών.

Θεραπευτική διαδικασία

Αρχικά, έγινε λήψη αποτυπωμάτων από την άνω και κάτω γνάθο και κατασκευάστηκαν τα αντίστοιχα εκμαγεία. Στη συνέχεια, τα εκμαγεία ψηφιοποιήθηκαν με έναν εργαστηριακό σαρωτή (3Shape). Τα αρχεία δεδομένων μεταφέρθηκαν στο πρόγραμμα λογισμικού «Ψηφιακή Οδοντοστοιχία», το οποίο μας επέτρεψε να κατασκευάσουμε μια σειρά οδοντοστοιχιών με SR IvoBase® CAD και SR Vivodent® CAD.

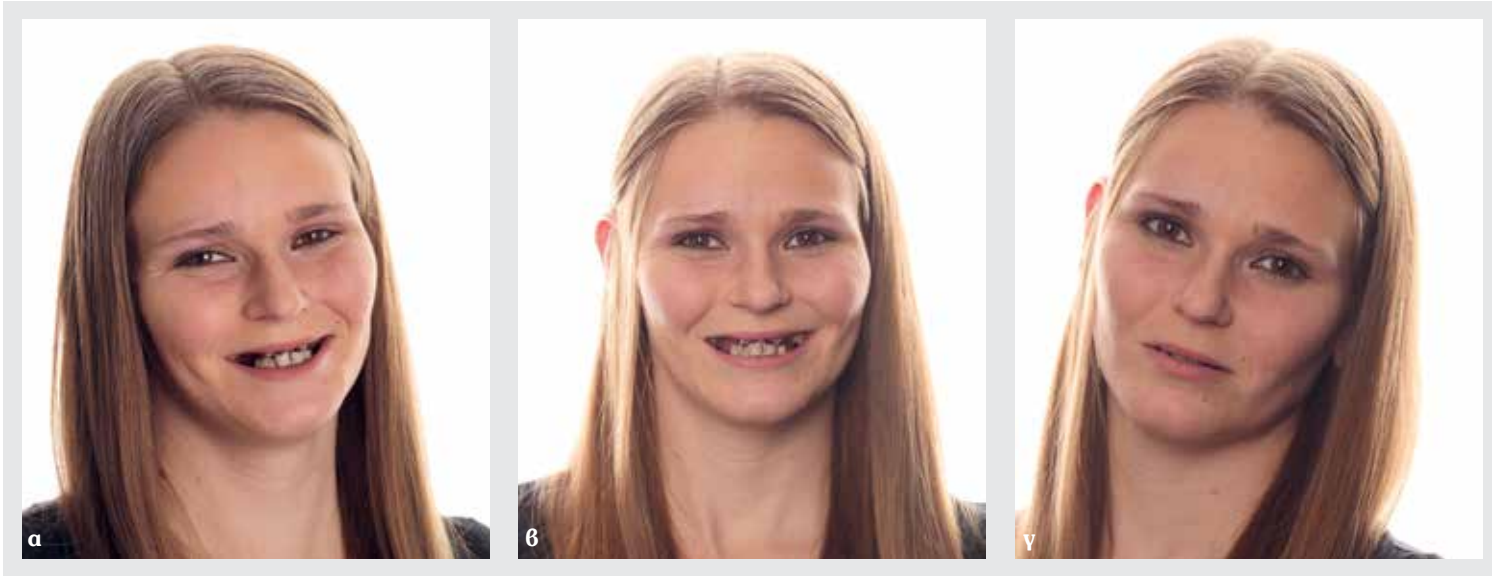
Πολλαπλές χρήσεις μιας αυτοματοποιημένης διαδικασίας κατασκευής CAD για την παραγωγή της προσωρινής οδοντοστοιχίας

Πριν σχεδιαστεί η προσωρινή οδοντοστοιχία, τα εναπομείναντα δόντια έπρεπε να απομακρυνθούν από το εικονικό εκμαγείο ***(Εικ. 3)***. Για τον σκοπό αυτό, το πρόγραμμα λογισμικού διαθέτει ένα εικονικό εργαλείο εξαγωγής. Το λογισμικό μας καθοδήγησε, μέσω της διαδικασίας ανάλυσης εκμαγείων, βήμα προς βήμα. Σημειώσαμε τα ανατομικά χαρακτηριστικά και καθορίσαμε τις σημαντικές παραμέτρους για την οδοντοστοιχία ***(Εικ. 4)***.

Με βάση την καταγραφή της σχέσης των γνάθων, η κατακόρυφη διάσταση αυξήθηκε κατά 5,5 χιλ. ***(Εικ. 5α)***. Οι κατάλληλες φόρμες δοντιών επελέγησαν από τη βιβλιοθήκη δοντιών της «Ψηφιακής Οδοντοστοιχίας» (Phonares® II B71-L50-N3) ***(Εικ. 5β)***. Το λογισμικό δημιούργησε αυτόματα μια πρόταση για τη σύνταξη των δοντιών που επιλέξαμε ***(Εικ. 6).*** Εάν το επιθυμούμε, η σύνταξη αυτή μπορεί να εξατομικευτεί. Στη συνέχεια, ελέγξαμε τις βασικές παραμέτρους (μήκος δοντιού, μέση γραμμή, δήξη κτλ.) και πραγματοποιήσαμε τις απαραίτητες ρυθμίσεις στο λογισμικό. Επιπλέον, ολοκληρώσαμε τη βάση της οδοντοστοιχίας και χαρακτηρίσαμε τα περιγράμματα των ούλων. Το λογισμικό προσφέρει διάφορα εργαλεία για την προσθήκη, την αφαίρεση ή την εξομάλυνση του οδοντιατρικού υλικού.

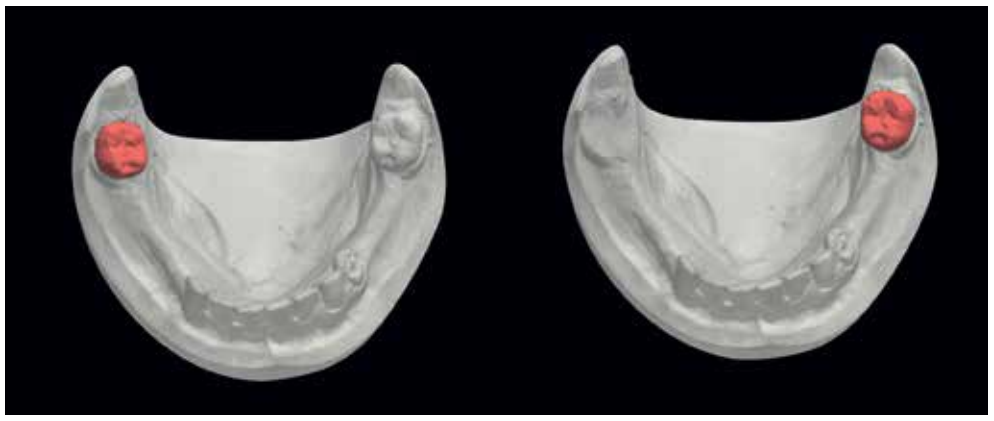
CAM κατασκευή της προσωρινής οδοντοστοιχίας

Το αρχείο CAD αποθηκεύτηκε και το λογισμικό παρήγαγε ένα CAM αρχείο εξόδου για το φρεζάρισμα του οδοντικού τόξου και της βάσης της οδοντοστοιχίας. Το οδοντικό τόξο

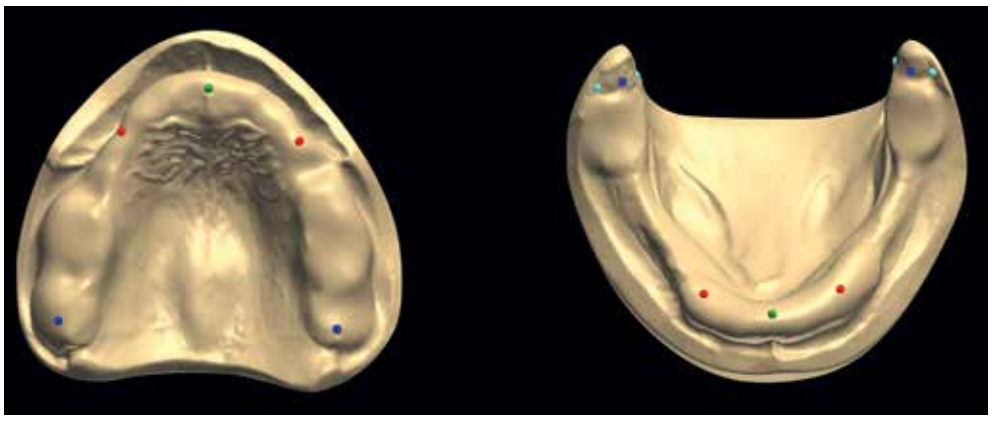


Εικ. 1: Αρχική κατάσταση: νεαρή ασθενής που υποφέρει σωματικά και συναισθηματικά.

Εικ. 2: Πολύ κατεστραμμένα εναπομείναντα δόντια.



Εικ. 3: Εικονική εξαγωγή των υπαρχόντων δοντιών στο λογισμικό.



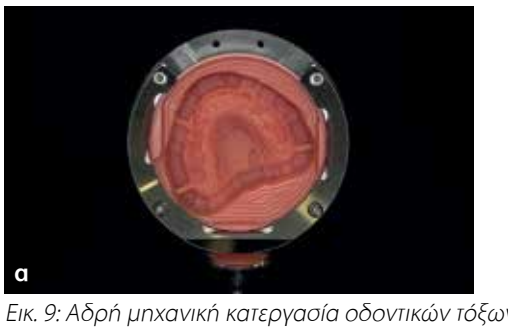
Εικ. 4: Ανάλυση του εικονικού εκμαγείου.

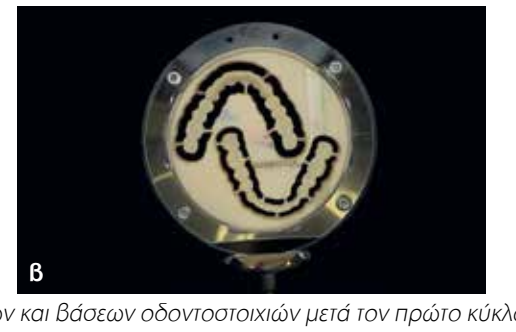
Εικ. 5: Αύξηση της κατακόρυφης διάστασης κατά 5,5 χιλ. και επιλογή φόρμας δοντιών από τη βιβλιοθήκη δοντιών της «Ψηφιακής Οδοντοστοιχίας».

Εικ. 6: Το λογισμικό δημιουργεί αυτόματα μια πρόταση για τη σύνταξη των δοντιών.

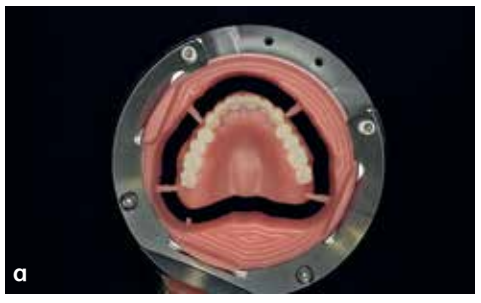
Εικ. 7: Ο δίσκος SR Vivodent CAD Multi τοποθετείται με τη σήμανση στραμμένη προς τα πάνω.

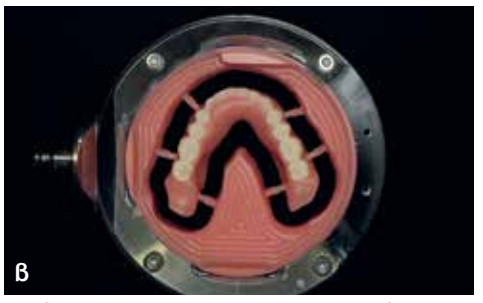
Εικ. 8: Ο δίσκος IvoBase CAD είναι τοποθετημένος για την κατασκευή της βάσης της οδοντοστοιχίας.





Εικ. 9: Αδρή μηχανική κατεργασία οδοντικών τόξων και βάσεων οδοντοστοιχιών μετά τον πρώτο κύκλο φρεζαρίσματος.





Εικ. 10: Άνω προσωρινή οδοντοστοιχία μετά την τοποθέτηση του οδοντικού τόξου στη βάση της οδοντοστοιχίας. Οι ημιδιαφανείς ιδιότητες της κοπτικής περιοχής είναι εντυπωσιακές.

Εικ. 11: Η προσωρινή οδοντοστοιχία μετά τη διαδικασία μηχανικής κατεργασίας ακριβείας.

Εικ. 12: Η ασθενής μία εβδομάδα μετά την εξαγωγή όλων των δοντιών της και την άμεση τοποθέτηση της προσωρινής οδοντοστοιχίας. πάνω.

Εικ. 13: Εντυπωσιακό κολάζ των πορτρέτων της ασθενούς, πριν και μετά τη θεραπεία. Σε μια συνέντευξη κατά τον επανέλεγχο που ακολούθησε, η ασθενής σχολίασε τη σημαντική βελτίωση της ποιότητας ζωής που της έδωσαν οι οδοντοστοιχίες.

φρεζαρίστηκε από ένα βιοσυμβατό, με υψηλή διασταυρούμενη ενίσχυση, πολυχρωματικό υλικό DCL, με βάση PMMA (SR Vivodent CAD Multi) ***[Εικ. 7]***. Αυτό χαρακτηρίζεται από το ιδιαίτερο Pearl Structure Effect (φαινόμενο δομής μαργαριταριού), που εξασφαλίζει μια ομαλή διαβάθμιση χρώματος. Επιλέξαμε την απόχρωση A1. Η πολυχρωματική βαθμίδωση χρώματος του δίσκου – κοπτική, οδοντίνη, αυχενική περιοχή – προσδίδει στα φρεζαρισμένα μονολιθικά δόντια μια πολύ φυσική εμφάνιση, που απαιτεί ελάχιστη διόρθωση. Το σύστημα της «Ψηφιακής Οδοντοστοιχίας» ενσωματώνει έναν αριθμό διαφορετικών δίσκων PMMA (IvoBase CAD) σε χρώμα ούλων. Οι αποχρώσεις των δίσκων αυτών ταιριάζουν με εκείνες των υλικών των βάσεων των οδοντοστοιχιών IvoBase (προτιμήστε Pink, Pink V, 34V) ***[Εικ. 8]***.

Η διαδικασία κατεργασίας από μεγαλύτερη μορφολογία σε μικρότερη

Σε ένα πρώτο βήμα, η συσκευή CAM (PrograMill PM7) έκανε αδρή μηχανική κατεργασία του οδοντικού τόξου. Το οδοντικό τόξο παρήχθη σε υπερμεγέθη μορφολογία και οι επιφάνειες της βάσης του φρεζαρίστηκαν με ακρίβεια, ώστε να προσαρμοστούν στη βάση των οδοντοστοιχιών (Εικ. 9). Στο επόμενο βήμα, το οδοντικό τόξο και η βάση της οδοντοστοιχίας συνδέθηκαν μεταξύ τους. Για τον σκοπό αυτό χρησιμοποιήθηκε ένας αποτελεσματικός, εύκολος στη χρήση, αυτοπολυμεριζόμενος, συγκολλητικός παράγοντας δύο συστατικών (IvoBase CAD Bond) ***[Εικ. 9]***. Το οδοντικό τόξο και η βάση της οδοντοστοιχίας ολοκληρώθηκαν με την ακόλουθη διαδικασία φρεζαρίσματος και φινιρίσματος ακριβείας ***(Εικ. 10 και 11)***.

Ολοκλήρωση των προσωρινών οδοντοστοιχιών

Οι ψηφιακά κατασκευασμένες οδοντοστοιχίες απαιτούσαν ελάχιστο φινίρισμα. Η μορφολογία των προστομιακών περιοχών - ένα μεικτό σύνολο κοίλων και κυρτών περιοχών - της βάσης των οδοντοστοιχιών αποθηκεύτηκε στο λογισμικό και στη συνέχεια έγινε μηχανική κατεργασία, σε αναλογία 1:1. Σε αυτό το στάδιο, εξατομικεύτηκε η μικρο-υφή των δοντιών και των ούλων. Προκειμένου να βελτιωθεί η φυσικότητα και η «ζωντάνια» της οδοντοστοιχίας, μπορείτε αν το επιθυμείτε να προσθέσετε λεπτότατες φασέτες αποτριβής. Στο συγκεκριμένο περιστατικό, η οδοντοστοιχία γυαλίστηκε αρχικά στο χέρι με εργαστηριακή χειρολαβή και στη συνέχεια γυαλίστηκε, μέχρι να αποκτήσει τελική υψηλή στιλπνότητα, σε συσκευή στίλβωσης, χρησιμοποιώντας ελαφρόπετρα και πάστα λείανσης καθολικής χρήσης και βαμβακερό δίσκο λείανσης.

Η εξαγωγή των δοντιών και το νέο χαμόγελο

Τα δόντια εξήχθησαν υπό πλήρη αναισθησία και έγινε ελαφριά οστεοπλαστική. Έτσι, δημιουργήθηκαν ιδανικές συνθήκες για την οδοντοστοιχία. Η ασθενής έφυγε από το ιατρείο μετά τη χειρουργική επέμβαση φορώντας τη νέα προσωρινή οδοντοστοιχία. Μια εβδομάδα αργότερα προσήλθε στο επόμενο ραντεβού για επανέλεγχο. Κατά τη διάρκεια αυτής της επίσκεψης διαπιστώσαμε ότι όχι μόνο η εμφάνισή της, αλλά και η συμπεριφορά της είχαν αξιοσημείωτη μεταβολή. Η ασθενής ακτινοβολούσε ζωτικότητα και αυτοπεποίθηση ***(Εικ. 12)***.

Συμπέρασμα

Η αρχική φάση θεραπείας αντιπροσωπεύει ένα σημαντικό μέρος της συνολικής αποκατάστασης. Η ασθενής απέκτησε ένα όμορφο χαμόγελο και μια μετρήσιμη βελτίωση στην ποιότητα ζωής της ***(Εικ. 13)***. Λόγω του συστήματος της «Ψηφιακής Οδοντοστοιχίας» (Digital Denture), η θεραπεία απαιτούσε σχετικά μικρό χρόνο και προσπάθεια. Σήμερα, η νεαρή γυναίκα είναι γενικά ευτυχισμένη, με αυτοπεποίθηση και κίνητρο, ώστε να κάνει το επόμενο βήμα για τη θεραπεία της.

Δείτε το άρθρο διαδικτυακά

Eric D. Kukucka, DD
The Denture Center
2601 Lauzon Parkway #750,
Windsor, ON N8T 3M4
Canada
erickukucka@gmail.com

Αναβάλλεται η έκθεση IDS 2021

Οι VDDI και Koelnmesse αναβάλλουν τη Διεθνή Οδοντιατρική Έκθεση IDS 2021 μέχρι το φθινόπωρο του 2021.

«Θύμα» της πανδημίας «έπεσε» και η Διεθνής Οδοντιατρική Έκθεση IDS 2021, που λόγω των εκτάκτων συνθηκών δεν θα πραγματοποιηθεί τελικά τον Μάρτιο, όπως ήταν προγραμματισμένη.

Η οργανωτική επιτροπή ανακοίνωσε πως λαμβάνοντας υπόψιν τις προκλήσεις της πανδημίας του κορονοϊού και την αναμενόμενη διάρκεια των περιοριστικών μέτρων στη Γερμανία, το διοικητικό συμβούλιο της VDDI, το Gesellschaft zur Förderung der Dental-Industrie mbH (GFDI) και η Koelnmesse αποφάσισαν να αναβάλουν την IDS.

Η εμπορική έκθεση, που αρχικά είχε προγραμματιστεί να πραγματοποιηθεί από τις 10 έως τις 13 Μαρτίου, θα πραγματοποιηθεί από τις **22 έως τις 25 Σεπτεμβρίου 2021**, με βάση τον νεότερο προγραμματισμό.

Όπως επισημαίνουν στη σχετική ανακοίνωση: οι διοργανωτές προχωρούν σε αυτό το βήμα απέναντι στην τρέχουσα διαχείριση της πανδημίας, μέτρα τα οποία μπορεί να παραταθούν στη Γερμανία το νέο έτος. Αναβάλλοντας την 39η διοργάνωση της IDS τον Σεπτέμβριο, οι διοργανωτές ελπίζουν ότι, λόγω της αναμενόμενης, βελτιωμένης κατάστασης υγείας και της χαλάρωσης των ταξιδιωτικών περιορισμών, περισσότεροι διεθνείς συνεργάτες και πελάτες θα μπορέσουν να ταξιδέψουν στην Κολωνία.

«Οι ισχύουσες απαραίτητες πολιτικές αποφάσεις που ελήφθησαν από την Ομοσπονδιακή Κυβέρνηση επηρεάζουν επίσης τις εμπορικές εκθέσεις στη Γερμανία. Σε αυτό το πλαίσιο έχουν αντίκτυπο και στην IDS» αναφέρουν επίσης οι διοργανωτές. Έτσι, θα πραγματοποιηθεί τον Σεπτέμβριο με τη νέα εμπορική ιδέα που σχεδιάστηκε για τον Μάρτιο, η οποία ενσωματώνει φυσικά και ψηφιακά στοιχεία.

Η ιδέα #B-SAFE4business, που προέκυψε λόγω της πανδημίας, θα συνοδεύει επίσης την IDS τον Σεπτέμβριο προκειμένου να προσφέρει στους εκθέτες και τους επισκέπτες το υψηλότερο δυνατό επίπεδο ασφάλειας.

«Η Ομοσπονδία της Γερμανικής Οδοντιατρικής Βιομηχανίας και η Koelnmesse παρακολουθούν εξαρχής στενά τις εξελίξεις της πανδημίας και έχουν αναλύσει τις πιθανές συνέπειες στις εμπορικές δραστηριότητες όλων των εμπλεκομένων. Η υγεία των εκθετών, των συνεργατών και των επισκεπτών μας αποτελεί κορυφαία προτεραιότητα για εμάς εδώ. Αφού αξιολογήσαμε τα τρέχοντα γεγονότα, έπρεπε να αποφύγουμε τη διοργάνωση της IDS τον Μάρτιο και να αναβάλλουμε την πάντα επιτυχημένη οδοντιατρική έκθεση μέχρι το φθινόπωρο του επόμενου έτους», εξηγούν ο Mark Stephen Pace, πρόεδρος του VDDI και ο Oliver O Freser, Διευθύνων Σύμβουλος της Koelnmesse GmbH.

Προτεραιότητα στην ασφάλεια!
Απλοποιημένη, Αποτελεσματική Απολύμανση
Με Απολυμαντικά MEDIMARK SCIENTIFIC

Spray επιφανειών
Φιαλ.750 ml

Υγρό συμπυκνωμένο
εργαλείων και επιφανειών
Φιαλ. 1 Lt

Απολυμαντικά μαντηλάκια
Πακ. 200 τεμ.

ΜΑΣΚΕΣ ΔΙΑΦΟΡΩΝ ΤΥΠΩΝ

Μάσκες υψηλής προστασίας από τον Κορονοϊό
Κατηγορίας KN95 / FFP2, με 4 φύλλα προστασίας
Πωλούνται σε κλειστή συσκευασία 2 τεμ.

Χειρουργικές αναλώσιμες μάσκες
Μίας χρήσης, με 3 φύλλα προστασίας
Κουτί των 40 τεμαχίων

Ασπίδα προσώπου (προσωπίδα)

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

11/2020

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

Πώς η κακή στοματική υγιεινή μπορεί να οδηγήσει σε μεταβολικό σύνδρομο

Ερευνητές του Πανεπιστημίου Ιατρικής και Οδοντιατρικής του Τόκιο ταυτοποίησαν ένα νέο μηχανισμό μέσω του οποίου η περιοδοντική νόσος μπορεί να προκαλέσει μεταβολικό σύνδρομο.

Μελετώντας ασθενείς με μεταβολικό σύνδρομο, οι ερευνητές παρουσίασαν υψηλά επίπεδα αντισωμάτων κατά του Porphyromonas gingivalis, του βακτηρίου που προκαλεί την περιοδοντική νόσο.

Κάνοντας ακολούθως έρευνα σε ποντίκια, οι ερευνητές διαπίστωσαν ότι η μόλυνση με αυτό το βακτήριο προκαλεί συστηματική αντίσταση στην ινσουλίνη και μεταβολική δυσλειτουργία στον σκελετικό μυ, μεταβάλλοντας το μικρόβιο των εντέρων.

Αυτή η μελέτη δείχνει την επίδραση της περιοδοντικής νόσου σε ολόκληρο το σώμα.

«Το μεταβολικό σύνδρομο έχει γίνει ένα διαδεδομένο πρόβλημα υγείας στον αναπτυγμένο κόσμο», λέει ο επικεφαλής συγγραφέας της μελέτης Kazuki Watanabe. *«Ο στόχος της μελέτης μας ήταν να διερευνήσουμε πώς η περιοδοντική βακτηριακή λοίμωξη μπορεί να οδηγήσει σε μεταβολικές μεταβολές του σκελετικού μυός και συνεπώς στην ανάπτυξη μεταβολικού συνδρόμου».*

www.odvima.gr
Κάντε κλικ
στην ηλεκτρονική μας
διεύθυνση

Cavex Oral Pre Rinse

Στοματικό διάλυμα που εφαρμόζεται πριν από την έναρξη της θεραπείας με 1,5% σταθεροποιημένο υπεροξείδιο του υδρογόνου

Εφαρμογή

Οι οδοντιατρικές οδηγίες δείχνουν ότι ξεπλένοντας το στόμα με διάλυμα από 1% ως 2% υπεροξείδιο του υδρογόνου για 30 ως 60 δευτερόλεπτα μειώνεται ο αριθμός των μικροοργανισμών στο στόμα. Έτσι, το ξέπλυμα βοηθά στη μείωση του αριθμού των μικροοργανισμών που μπορούν να διαφύγουν μέσω αερολυμάτων, πιτσιλίσματος ή άμεση επαφή κατά τη διάρκεια της θεραπείας.

Συνδυάζοντας τις επιστημονικές πληροφορίες με τα χρόνια εμπειρίας μας με το υπεροξείδιο του υδρογόνου και στα στοματικά διαλύματα, η Cavex Holland BV δημιούργησε ένα νέο προϊόν σε χρόνο ρεκόρ: το «Cavex Oral Pre Rinse», ένα στοματικό διάλυμα που χρησιμοποιείται πριν από την έναρξη της θεραπείας με υπεροξείδιο του υδρογόνου 1,5%. Αν οι ασθενείς ξεπλύνουν το στόμα τους για 30 ως 60 δευτερόλεπτα με Cavex Oral Pre Rinse πριν από τη θεραπεία, η πιθανότητα μόλυνσης από ιούς, συμπεριλαμβανομένου του Κορονοϊού, μειώνεται σημαντικά.

Συστατικά

- Η ερυθριτόλη έχει αντιβακτηριακή δράση και βελτιώνει το αποτέλεσμα του καθαρισμού
- Η γλυκερίνη δρα κατά της ξηροστομίας.
- Βιο-συγκολλητικό για το ιδανικό ιξώδες και σύσταση αφρού.
- Μέντα για ελαφρώς γλυκιά γεύση, ευχάριστο για τον ασθενή

Χαρακτηριστικά

- Περιέχει 1,5% σταθεροποιημένο υπεροξείδιο του υδρογόνου (σκοτώνει ιούς συμπεριλαμβανομένου του COVID-19).
- Είναι έτοιμο προς χρήση
- Αποτελεσματικό μέσα σε 30-60 δευτερόλεπτα
- Φιλικό προς τον ασθενή λόγω της ευχάριστης γεύσης
- Περιέχει 500 ml για περίπου 50 στοματοπλύσεις
- Το μπουκάλι έχει ενσωματωμένο δοσομετρικό κύπελο

Το Cavex Oral Pre Rinse είναι έτοιμο προς χρήση. Διατίθεται σε φιάλες των 500 ml με ενσωματωμένο δοσομετρικό κύπελο. Η μία φιάλη είναι αρκετή για 50 στοματοπλύσεις.

Πριν την έναρξη μίας συνεδρίας, ο ασθενής οφείλει να έχει βουρτσίσει προσεκτικά τα δόντια του και συστήνεται να ξεπλύνει το στόμα του με αραιωμένο διάλυμα υπεροξείδιου του υδρογόνου σε αναλογία 1 προς 2 μέρη νερού (1%) για περίπου 30 δευτερόλεπτα για να ελαχιστοποιήσουμε το ιικό φορτίο στη στοματική κοιλότητα.

Η αποτελεσματικότητα του Cavex Oral Pre Rinse κατά του Κορονοϊού

Στις 29 Ιουλίου 2020, δημοσιεύτηκε ένα άρθρο στο «The Journal of Infectious Diseases», στο οποίο αξιολογείται η αποτελεσματικότητα του Cavex Oral Pre Rinse.

Μαζί με 7 άλλα εμπορικά διαθέσιμα στοματικά διαλύματα με βάση διαφορετικές δραστικές ενώσεις μετρήθηκε η μείωση του ιού.

Συνοπτικά, το Cavex Oral Pre Rinse έδειξε επαρκή στοιχεία ότι ο Κορονοϊός μπορεί να απενεργοποιηθεί αποτελεσματικά σε σύντομο χρόνο έκθεσης των 30 δευτερολέπτων.

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

DENTALCOM
Γ. ΠΑΠΑΖΟΓΛΟΥ Α.Ε.

ΖΗΤΕΙΤΑΙ,
από εισαγωγική εταιρεία Οδοντιατρικών ειδών,
άτομο 25-30 ετών με γνώση αγγλικών
για αποθηκάριος & λήψη παραγγελιών
στο εμπορικό τμήμα της εταιρείας.
Απόφοιτος οδοντοτεχνικής θα προτιμηθεί.

Παρακαλώ αποστείλατε βιογραφικό, στο fax: **210-7770480**
ή στο e-mail: **sales@dentalcom.gr**

3D SYSTEMS

3D Printer

FabPro 1000 for Dental Applications

Εκτυπωτής για βασικές εργασίες όπως : α) εκτύπωση χειρουργικού νάρθηκα β) μοντέλου γ) splints.

Χρησιμοποιεί projector για το φωτοπολυμερισμό κάθε στρώματος ρητίνης και μεγαλύτερη ακρίβεια.

Διαθέτει το λογισμικό 3D Sprint,που παρέχει μεγάλη ευκολία στη τοποθέτηση μικρών αντικειμένων πάνω στη πλατφόρμα.

Πιστοποιημένα Βιοσυμβατά 3D υλικά εκτύπωσης

11/2020

DENTALCOM
Γ. ΠΑΠΑΖΟΓΛΟΥ Α.Ε.

ΚΑΡΥΟΦΥΛΛΗ 24, ΓΟΥΔΗ, 115 27 ΑΘΗΝΑ
ΤΗΛ.: 210.7775021, 210.7775110, 210.7775929 FAX: 210.7770480
e-mail: sales@dentalcom.gr - www.dentalcom.gr

WEBINAR ΟΔΟΝΤΙΚΗΣ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗΣ

Διάβρωση: Μια σύγχρονη «Απειλή» για τους νέους. Αίτια και Αντιμετώπιση

Σάββατο 6 Φεβρουαρίου 2021. Ώρα διεξαγωγής: **11.00 π.μ.**

Συντονίστρια: **Χαρίκλεια Παξιμαδά**

Ομιλήτριες: **Χ. Παξιμαδά**, Επικ. Καθηγήτρια - **Μ. Βεσελίνοβα,** DDS MSc

Η Οδοντική Διάβρωση είναι μία βλάβη που οφείλεται σε χημικομηχανικές διεργασίες και όχι στην δράση μικροβίων.

Είναι πολυπαραγοντικής αιτιολογίας, εντοπίζεται στον μόνιμο αλλά και νεογιλό φραγμό, ενώ εμφανίζεται γενικευμένα ή ασύμμετρα, ανάλογα με τον αιτιολογικό παράγοντα.

• Σήμερα αυτές οι βλάβες αποκτούν ιδιαίτερο ενδιαφέρον διότι εντοπίζονται σε μεγάλα ποσοστά σε παιδιά και εφήβους που φθάνουν το 34% και 53% αντίστοιχα. Η αιτιολογία για την εμφάνιση αυτών των βλαβών, σε αυτές τις ηλικιακές ομάδες , είναι η διατροφή, η ημερήσια κατανάλωση όξινων τροφών και ποτών , ο τρόπος κατανάλωσης αυτών των τροφών αλλά και η κοινωνικο - οικονομική κατάσταση των ατόμων.

• Για την Αντιμετώπισή τους, έχει πολύ μεγάλη σημασία ο εντοπισμός του ή των αιτιολογικών παραγόντων. Η λεπτομερής κλινική εξέταση, για τον εντοπισμό πρόωρων σημείων διάβρωσης, το ιατρικό ιστορικό και ένα λεπτομερές διαιτολόγιο, θα βοηθήσουν στην δημιουργία ενός εξατομικευμένου Προληπτικού προγράμματος, με σκοπό την αναχαίτιση της εξέλιξης των βλαβών.

• Οταν οι βλάβες εκτείνονται και στην οδοντίνη είναι απαραίτητη η αποκατάσταση τους. Οι άμεσες αποκαταστάσεις με συγκολλητικές τεχνικές είναι ο πλέον ενδεδειγμένος τρόπος για την αποκατάσταση αυτών των βλαβών, με σεβασμό στην αποκοπή οδοντικών ιστών και ακολουθώντας την αρχή της ελάχιστης παρέμβασης που καθορίζει την σύγχρονη Οδοντιατρική επιστήμη.

Η παρακολούθηση παρέχεται **ΔΩΡΕΑΝ**

Χορηγός:
DENTAL PROGRESS Μον. Ε.Π.Ε.

Πληροφορίες: **www.eso.gr**

Η Dentsply Sirona γιορτάζει τα 35 χρόνια του CEREC

Πρωτοποριακή τεχνολογία για εξαιρετικά αποτελέσματα

Φέτος, η Dentsply Sirona γιορτάζει την επέτειο του CEREC, ενός ψηφιακού συστήματος που άλλαξε ουσιαστικά την οδοντιατρική. Η ψηφιοποίηση μόλις ξεκινούσε το 1985, ωστόσο, συνοδεύτηκε από σκεπτικισμό και επιφυλάξεις. Η Dentsply Sirona πίστευε σε αυτήν την ιδέα και έδειξε ότι είχε επιμονή. Σε συνεχείς συζητήσεις με τους εφευρέτες του CEREC, τον καθηγητή δρ. Werner Mörmann και τον δρ.-Ing. Marco Brandestini από το Πανεπιστήμιο της Ζυρίχης, με τους χρήστες στα ιατρεία, οι μηχανικοί της Dentsply Sirona συνέχισαν να αναπτύσσουν το CEREC, θέτοντας νέα πρότυπα στην ψηφιακή οδοντιατρική.

Αυτό εξακολουθεί να επιτυγχάνεται στην 35η επέτειο: Σχεδόν όλα τα εξαρτήματα της μοναδικής ροής εργασίας του CEREC εκσυγχρονίστηκαν πλήρως μέσα σε σύντομο χρονικό διάστημα. Το νέο CEREC διαθέτει τώρα μια εκλεπτυσμένη ρύθμιση που επιτρέπει στους χρήστες να επιτυγχάνουν συνεχώς και προβλέψιμα κλινικά αξιόπιστα αποτελέσματα, ακόμη πιο γρήγορα και ευκολότερα. Με το CEREC Primescan μπορεί να επιτευχθεί ένα εμφανώς υψηλό επίπεδο ακρίβειας στις ψηφιακές αποτυπώσεις.

Το τελευταίο λογισμικό CEREC χρησιμοποιεί τεχνητή νοημοσύνη για να υποστηρίξει την παραγωγή αποκαταστάσεων. Διαθέτει επίσης υψηλό επίπεδο αυτοματισμού και διαισθητική λειτουργικότητα αφής. Χρησιμοποιείται επίσης για τον έλεγχο του CEREC Primemill, της μονάδας λείανσης που μπορεί να κάνει αποκαταστάσεις πολύ γρήγορα και με ακρίβεια. Είναι εύκολο στη χρήση μέσω οθόνης αφής και μπορεί να χρησιμοποιηθεί για πολλές ενδείξεις και για μεγάλη ποικιλία υλικών. Το CEREC SpeedFire, ο φούρνος σύντηξης, ολοκληρώνει το σύστημα.

«Πριν από 35 χρόνια, οι άνθρωποι γελούσαν με την ιδέα μας για την ψηφιακή οδοντιατρική, αλλά σήμερα έχει γίνει πρότυπο στη θεραπεία και την τεκμηρίωση», λέει ο εφευρέτης του CEREC δρ. Werner Mörmann. «Και προβλέπω ότι μέχρι την 50ή επέτειο του CEREC, αν όχι νωρίτερα, κάθε ιατρείο θα έχει CEREC ή τουλάχιστον έναν ενδοστοματικό σαρωτή».

Τα επιμέρους εξαρτήματα του CEREC είναι άριστα συντονισμένα για να επιτρέπουν τη μοναδική απρόσκοπτη ροή εργασίας. Αυτό κάνει την ψηφιακή οδοντιατρική γρηγορότερη, ευκολότερη και πιο αξιόπιστη από ποτέ, και συνεχίζει να προσφέρει αποτελέσματα υψηλής ποιότητας και μια εντυπωσιακά πιο άνετη θεραπευτική εμπειρία για τους ασθενείς.

Το CEREC ως σύστημα έχει καθιερωθεί σταθερά στην αγορά - το νέο CEREC διευκολύνει ακόμη περισσότερο τους οδοντιάτρους να αποφασίσουν να εφαρμόσουν γρήγορα αυτές τις σύγχρονες ψηφιακές τεχνολογίες στα δικά τους ιατρεία, γρήγορα και οικονομικά.

Περισσότερες πληροφορίες για το CEREC είναι διαθέσιμες στην ιστοσελίδα της Dentsply Sirona: ***www.dentsplysirona.com/cerec***

Τα Rapid Test στην υπηρεσία του οδοντιάτρου

Μια συνεργασία των QUATTROLAB-UNIMEDICA

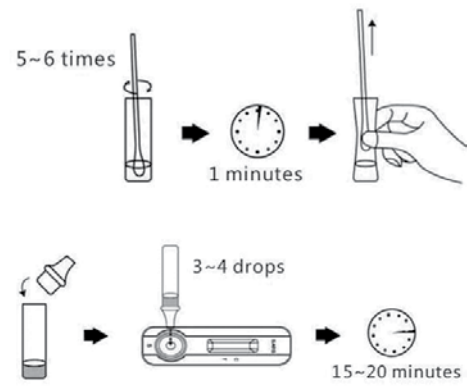
από τον **Γιώργο Τσεκούρα**
Διευθυντή της Unimedica, Χειρ. Οδοντίατρο

Η πανδημία του **Covid-19** που πλήττει τη χώρα μας, με σημαντικές κοινωνικές και οικονομικές επιπτώσεις, καθιστά τα μέτρα παρεμπόδισης της διασποράς της νόσου στον πληθυσμό, πρωταρχικής σημασίας. Ο οδοντίατρος ως επαγγελματίας του χώρου της Υγείας, ο οποίος καλείται να περιθάλψει τους ασθενείς του σε τόσο δύσκολες συνθήκες, πρέπει όχι μόνο να φροντίζει για την **ασφάλεια** του ίδιου, του προσωπικού του και των ασθενών του, αλλά και κατ΄επέκταση του συνόλου των συμπολιτών του.

Τα μέτρα παρεμπόδισης διασποράς των λοιμωδών νόσων αποτελούσαν και πριν την εμφάνιση της πανδημίας, μέρος της καθημερινότητας ενός οδοντιατρείου. Στις σημερινές συνθήκες όμως, καθίστανται αναγκαία περαιτέρω μέτρα, ώστε να εξασφαλιστεί στο μέγιστο βαθμό η ασφάλεια του πληθυσμού. Ένα τέτοιο μέτρο πιστεύουμε ότι είναι και η εξασφάλιση **ότι ο οδοντίατρος και το προσωπικό του δεν είναι φορείς του covid μέσω της διενέργειας rapid test ανά τακτά χρονικά διαστήματα.**

Στην αγορά κυκλοφορούν δύο τύποι rapid test. Αυτά που ελέγχουν την ύπαρξη **αντιγόνου** (φέρουν την ένδειξη Ag), μια πρωτεΐνη του νουκλεοκαψιδίου του ιού, που δείχνουν εάν έχουμε **ενεργή λοίμωξη** (ακόμα και στη περίπτωση που είμαστε ασυμπτωματικοί), και αυτά που ελέγχουν την ύπαρξη αντισωμάτων, τα οποία μας δείχνουν ότι κάποια στιγμή **ήρθαμε σε επαφή** με τον ιό.

Η πραγματοποίηση του rapid test ανίχνευσης αντιγόνου είναι **απλή** και το αποτέλεσμα το έχουμε **άμεσα**. Με τον ειδικό στειλεό λαμβάνεται επίχρισμα από τον ρινοφάρυγγα (εύκολα – γρήγορα - και ανώδυνα), το οποίο στην συνέχεια το φέρνουμε σε επαφή με το ειδικό αντιδραστήριο και αναμένουμε το αποτέλεσμα. **Εκτός από θετική ή αρνητική ένδειξη υπάρχει και ένδειξη για το αν η διαδικασία έγινε με τον ορθό τρόπο.**

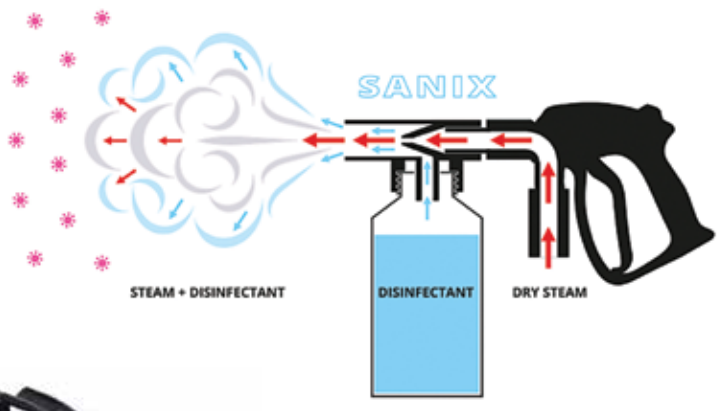


Η **Unimedica** σε συνεργασία με την **Quattrolab** μια εταιρεία που ηγείται της αγοράς εξοπλισμού μικροβιολογικών εργαστηρίων, επέλεξαν να σας προτείνουν το αντιγονικό rapidtest της εταιρείας Genrui αναλαμβάνοντας την **εκπαίδευσή** σας, την **παράδοση στο χώρο σας** και την **απρόσκοπτη προμήθεια** rapid test.

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

ΣΥΣΚΕΥΕΣ ΑΠΟΛΥΜΑΝΣΗΣ ΞΗΡΟΥ ΑΤΜΟΥ
DRY STEAM SANIX SD-1 & SD-2

• Συσκευές που παράγουν ατμό, σε θερμοκρασία 170 °C στις 4-5 atm.
• Ο ατμός είναι φυσικά οικολογικός, υγιής και καθαρός.
• Μπορεί να χρησιμοποιηθεί με διαφορετικά αξεσουάρ προκειμένου να επιτευχθούν διαφορετικά αποτελέσματα.
• Άμεση δράση, εκτόξευση κορεσμένου ξηρού ατμού απευθείας σε μέρη που είναι δύσκολο να προσεγγιστούν και συνήθως παραβλέπονται επειδή είναι απρόσιτα.
• Διαθέτει ευρύ εξοπλισμό για όλων των ειδών τις επιφάνειες (έδρα - πτυελοδοχείο - πάγκους εργασίας- καναπέδες κλπ)



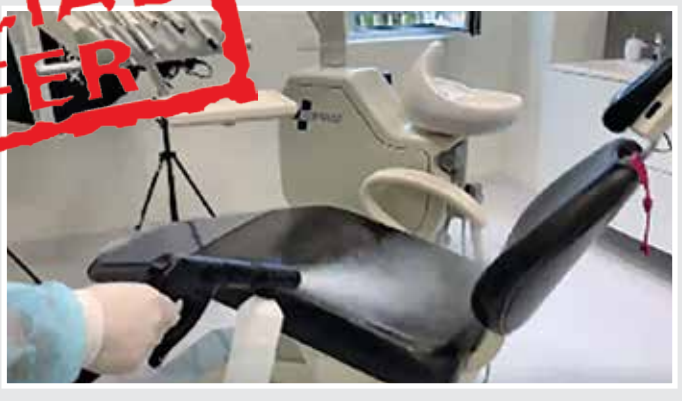
Sanix

Ευκολία στην χρήση – άμεση απολύμανση
Χρόνος προθέρμανσης 7-9 λεπτά
Διαθέτει πιστοποίηση IEC και CE
Χώρα κατασκευής: Ιταλία

SD-1
• 220V 1700W
• Boiler 2.7 L water capacity
• Low water light indicator
• 4 bar operating pressure
• 90 gr/min
• Pressure/safety switch
• Stainless steel Boiler
• Carrying handle
• 10-15 minute heat up time
• Dry Steam function
• Wet Steam Function
• 3 level Steam regulation
• Kg 4.5
• Lxpxh cm 44x28x26.5

SD-2
• 220V 2000W
• Boiler 2 L water capacity
• Automatic refill system
• Low water light indicator
• 7 bar operating pressure
• 110 gr/min
• Pressure/safety switch
• Stainless steel Boiler
• Carrying handle
• 10 minute heat up time
• Dry Steam function
• Wet Steam Function
• 3 level Steam regulation
• Kg 7.5

SPECIAL OFFER



Dimoral
Dimitrakopoulos
Πλατεία Ιπποδαμείας 8, Πειραιάς 18531 | Τηλ: 210 4172 501 | e-mail: info@dimoral.gr | www.dimoral.gr

www.odvima.gr
Κάντε κλικ στην ηλεκτρονική μας διεύθυνση

Δραστηριότητες Οδοντιάτρων Συγγραφέων

«Η ύβρις της ανισότητας μέσα από την παγκόσμια ιστορία», Γιάννης Λομβαρδάς

Έχει δοθεί κι άλλη φορά στην στήλη αυτή η ευκαιρία μέσα από τις φιλόξενες σελίδες του Ο.Β. να διατυπώσει την – για πολλούς αιρετική ίσως – άποψή της σχετικά με την αρμονική σύζευξη επιστήμονα – πολίτη στον αγώνα της ζωής.

Του **Φοίβου Προύντζου**

Ο επιστήμονας ενεργοποιώντας την σκέψη του μονάχα στην αντίστοιχη με το γνωστικό αντικείμενό του περιοχή, βρίσκεται σε αναντιστοιχία με την ολοκλήρωση του ενεργού πολίτη. Έχει παρομοιαστεί με καλοζωισμένη ψείρα στο τριχωτό μιας κεφαλής, ανυποψίαστης για το υποκείμενο μεγαλείο της εγκεφαλικής λειτουργίας.

Δυστυχώς διανύουμε καιρούς που η καλοζωία έχει αναχθεί σε προτεραιότητα και κοινωνικά πάει να επικρατήσει ο γαστροϋπογάστριος τύπος ανθρώπου που αρκείται στην τέρψη των ανατομικών αυτών περιοχών του.

Παρ' ότι ο καταστατικός χάρτης του ΟΗΕ διακηρύσσει ότι οι άνθρωποι του πλανήτη ανεξάρτητα απο φυλή, φύλο, θρησκεία και χρώμα δέρματος είναι ίσοι, η έλλειψη ισότητας μαστίζει μεγάλο τμήμα του παγκόσμιου πληθυσμού. Η ανέχεια ταπεινώνει την αξιοπρέπεια του ανθρώπου και η αναλγησία για τον συνάνθρωπο οδηγεί σε πρόωρο θάνατο. Η ζωή έχει προσλάβει τόσο φτωχό περιεχόμενο που τα νεκροφόρα απ' τα απορριμματοφόρα οχήματα δεν έχουν διαφορές, έχει πει ο Κωστής Παπαγιώργης.

Το ουσιώδες όμως δεν είναι να μιλάει κανείς για τα ανθρώπινα δικαιώματα αμέτοχος στην προσπάθεια για κατοχύρωσή τους. Είναι ν' ανάβει το κεράκι του αντί να καταριέται το σκοτάδι.

Οι κοινωνικοί αγώνες μπορεί να δίνονται συλλογικά, δύσκολα όμως κερδίζονται με μαχητές χωρίς αίσθηση ατομικής ευθύνης.

Αφήνομαι σ' αυτές τις σκέψεις έχοντας στα χέρια μου το βιβλίο «Η ύβρις της ανισότητας μέσα από την παγκόσμια ιστορία» του Γιάννη Λομβαρδά που κυκλοφόρησε πρόσφατα από τις εκδόσεις «ΕΝΤΟΣ» και είναι αφιερωμένο *«σ' αυτούς που θυσίασαν την ζωή τους για έναν κόσμο πιο δίκαιο»*.

Ο συγγραφέας του αναφερόμενος στον τίτλο γράφει ότι η ύβρις βασικό στοιχείο της κοσμοθεωρίας των αρχαίων Ελλήνων όταν ξεπερνούσε τον άγραφο θεϊκό νόμο προκαλούσε την οργή και εκδίκηση των θεών.

Στην σημερινή βέβαια εποχή η ηθικοπλαστική της έννοια έχει τροποποιηθεί από τον φιλοσοφικό στοχασμό και την επιστήμη. Όταν η αντίφαση σ' ένα σύστημα ξεπερνάει τα όρια κινητοποιούνται μηχανισμοί ανάδρασης, οι οποίοι άλλοτε επαναφέρουν το σύστημα στην κανονική του λειτουργία και ισορροπία αναβαθμίζοντάς το και άλλοτε το εκτρέπουν στην καταστροφή και το χάος όπου αναδύεται το καινούριο.

Πέρα απ' τον τίτλο – ενδεικτικό ευαισθησίας του συγγραφέα – η παρεμβολή μεταπρολογικά της βραβευμένης με Πούλιτζερ φωτογραφίας του Κέβιν Κάρτερ όπου το πτωματοφάγο όρνιο πίσω από το γυμνό πεσμένο παιδί, το καρτερεί να ξεψυχίσει είναι μια ακόμη αφυπνιστική καμτσικιά στην συνειδησιακή μας νωθρότητα.

Ο Γιάννης Λομβαρδάς, δεν ανήκει σ' εκείνους που συναρτούν την δια βίου επιστημονική τους επάρκεια με το κρέμασμα του πτυχίου τους δίπλα στον όρκο του Ιπποκράτη.

Στον χώρο μας έχει ξεχωρίσει ως επαγγελματικά όνομα δυνατό αλλά και ως συγγραφέας βιβλίων με περιεχόμενό τους ένα ευρύ φάσμα οδοντιατρικού επιστητού.

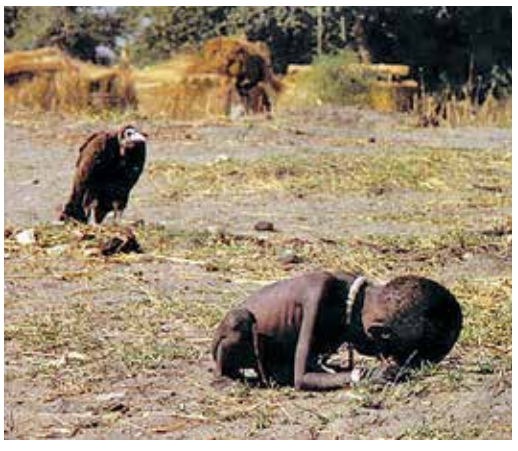
Μερικά από αυτά είναι: Κλινική Οδοντιατρική (1976), Προσθετική (1983), Παθολογία της Σύγκλεισης (1990), Σύγκλειση και Ορθοδοντική (1995), Σύγκλειση και Στοματική Αποκατάσταση (1999), Σύγκλειση και Περιοδόντιο (2005).

Αξίζει να σημειωθεί ότι δεν πρόκειται για προχειρολογία γραμμένη στο γόνατο˙ έχουν δομή συγγράμματος για την εποχή τους, τεκμηρίωση βιβλιογραφική και κλινικά περιστατικά από το προσωπικό αρχείο του συγγραφέα, παρότι ο ίδιος δεν είναι Πανεπιστημιακός.

Η αναφορά μου στον όρο Πανεπιστημιακός δεν περιέχει ψόγο και θα ήταν περιττή αν δεν ήταν απαραίτητη η επισήμανση μιας διαφοράς.

Το συγγραφικό έργο του Πανεπιστημιακού ειναι παρεπόμενο των υποχρεώσεών του. Αποτελεί παράμετρο αξιολόγησης στις κρίσεις για εξέλιξή του και διασταλτικά θα μπορούσε να θεωρηθεί ωφελιμιστικά επιβαλλόμενο.

Αντίθετα το προερχόμενο από συγγραφέα που ασκεί την μαχόμενη επιστήμη του δεν έχει το στοιχείο του εξαναγκασμού και δεν αποβλέπει σε φούσκωμα βιογραφικού. Είναι απόροια παράπλευρης δραστηριότητας έξω από τις καθ' αυτές υποχρεώσεις του και προϋποθέτει μεράκι.



> ...το πτωματοφάγο όρνιο που πίσω απ' το γυμνό πεσμένο παιδί, το καρτερεί να ξεψυχίσει, είναι μια αφυπνιστική καμτσικιά στην συνειδησιακή μας νωθρότητα.

Το «μεράκι» αυτό χαρακτήριζε τον Γιάννη Λομβαρδά και η αθρόα συμμετοχή του σε επιμορφωτικές εκδηλώσεις του κλάδου. Η Στοματολογική μάλιστα εταιρεία της οποίας υπήρξε μέλος και δραστήριο στέλεχος της Διοίκησής της σε αναγνώριση της προσφοράς του τον ανακήρυξε επίτιμο πρόεδρό της και το Γναθοχειρουργικό τμήμα του Ιπποκράτειου Νοσοκομείου τον βράβευσε οργανώνοντας εκδήλωση ειδική.

Ωστόσο ο ίδιος δεν αρκέστηκε σε παράσημα που εξασφαλίζουν «κτερίσματα» - με την αρχαιοελληνική σημασία του όρου - υπονοώντας την απόσυρση απόμαχου που ό,τι είχε να πει το είπε.

Στην δύση του επαγγελματικού του βίου, λογοδοτώντας στον εαυτό του εκτίμησε ότι ως επιστήμονας είχε αποσβέσει το χρέος του˙ ως ενεργός όμως πολίτης στον αγώνα της ζωής άφηνε εκκρεμότητες και δεν έβαλε μια τελεία δηλωτικού τερματισμού, αλλά δύο, άνω και κάτω που σηματοδοτούν συνέχιση.

Συνέχισε λοιπόν να συγγράφει αυτή την φορά όχι οδοντιατρικά πονήματα, αλλά ούτε και αυτοαναφορές αραδιάζοντας στο χαρτί – όπως πολλοί από μας – μύχια ή μυχά συναξάρια που μετριάζουν την μοναξιά του συνταξιούχου αφηγητή τους, αλλά δυσκολεύουν τον αναγνώστη να αντιληφθεί το σημαντικό που είχαμε κάνει στη ζωή για να δικαιολογεί την μνημόνευσή του σε βιβλίο.

Βλέπουμε έναν καινούργιο Λομβαρδά με παρέμβαση σ' ένα νέο γι αυτόν είδος γραφής να αξιοποιεί το αντικείμενο της δουλειάς μας όχι σαν είσοδο τροφής αλλα έξοδο «φωνής»˙ φωνής που οφείλουμε να την υψώνουμε «όταν οι περιστάσεις» το υπαγορεύουν.

Στο εκτεταμένο, πολύπλευρο και ανοιχτό κεφάλαιο των ερωτηματικών και των απαντήσεων της κοινωνικής ανισότητας, επέλεξε να προσθέσει και τους δικούς του συλλογισμούς όπως αυτοί πολλά χρόνια πριν είχαν μέσα του εκτυλιχθεί.

Χρειάζεται τόλμη για να πεις μέσα από βιβλίο πώς πρέπει να είναι ο κόσμος χωρίς να έχεις γνωρίσει την κοινωνία μέσα από την ιστορία της ανθρωπότητας.

Ο Στάλιν αποκαλώντας αινιγματικά τους συγγραφείς «μηχανικούς της ψυχής» δεν εννοούσε ίσως συναρμολόγηση προϋπολογισμένης μηχανής με εξαρτήματα προκειμένου να χρησιμοποιοηθεί από τον ίδιο.

Ο Γιάννης Λομβαρδάς γεννημένος στον «κόκκινο βράχο» (Ικαρία) που το όνομά του παραπέμπει στον πρώτο μυθολογικά πετούμενο άνθρωπο που υψώθηκε «παρακούοντας υποδείξεις» με τίμημα το λειώσιμο των φτερών του, βρήκε ένα πρόσφορο κέντρισμα υποκίνησης που έγινε προσφορότερο αιώνες μετά.

Στα χρόνια της νεώτερης, όχι πια μυθολογικής ιστορίας μας, όταν στα κράκουρα του ίδιου βράχου μεταγωγικά άδειαζαν απ' τις κοιλιές τους καραβιές ασυμμόρφωτων σε «υποδείξεις» ανταλλάξιμης εθνικοφροσύνης.

Μικρός τότε απ' τις θηλές όσων συνέβαιναν γύρω του βύζαξε πικρές μνήμες που η επίγευσή τους καθόρισε καταλυτικά την κατοπινή του διαδρομή.

Η καταχνιά του χειμώνα στην καρδιά μας κρατάει – λένε – ακόμη και όταν το ημερολόγιο δείχνει άνοιξη.

Στα παιδικά και εφηβικά του χρόνια έχοντας βιώσει την Δικτατορία του Μεταξά, την Χιτλεροφασιστική κατοχή, τον εμφύλιο σπαραγμό με τους μαυραγορίτες και τους μαυρόψυχους καταδότες που αντί να δικάζονται δίκαζαν ξεκληρίζοντας οικογένειες και τη λαχτάρα επιστροφής του εξόριστου πατέρα του τάχθηκε με τους κατατρεγμένους, τους «αχαμνούς», όπως ο ίδιος τους αποκαλεί.

Κι αυτό όχι από παρόρμηση συναισθηματική νεαρού με ρευστές ακόμη ιδέες, όπως θα μπορούσε κάποιος να υποθέσει, γιατί και αργότερα επιστήμονας πια, πολίτης ώριμος και επαγγελματικά φτασμένος δεν αποσκίρτησε κάνοντας στροφή προς «ευτραφείς» ξεσκολισμένους της αντίληψης ότι με τη συνείδηση περισώνεις πολλά χάνοντας περισσότερα. Με την πεποίθηση ότι η συνείδηση καθορίζει το κοινωνικό «είναι» του ανθρώπου, μελέτησε τη δομή της κοινωνίας κάτω από το φως της ιστορικής αλήθειας και σαν ήρθε η ώρα τύπωσε την μελέτη του σε εννιακόσιες σαράντα σελίδες πυκνογραμμένες, με δεκαοχτώ κεφάλαια και τον εντυπωσιακό αριθμό των χιλίων πεντακοσίων είκοσι βιβλιογραφικών παραπομπών.

Όποιος έκανε ή επιχείρησε να κάνει κάτι παρόμοιο γνωρίζει καλά ότι η κοπιαστική, χρονοβόρα και υπομονετική αναδίφηση στην παγκόσμια ιστοριογραφία χρειάζεται εργατικότητα μυρμηγκιού και επιμέλεια μέλισσας.

Η Δουλοκτητική Αυτοκρατορία των Ρωμαίων, το Θεοκρατικό - Φεουδαρχικό Βυζάντιο, η Ευρώπη του Μεσαίωνα, η Γαλλική επανάσταση, ο φασισμός στην Ευρώπη, η Οκτωβριανή επανάσταση - πρώτο εργατικό κράτος, η κατάρρευση του υπαρκτού Σοσιαλισμού είναι μερικά από τα κεφάλαια που παρελαύνουν στο βιβλίο.

Μεθοδολογικά αναπτυγμένα με διαλεκτική μεταξύ τους σχέση εύληπτα και κατανοητά χρήσιμα σε κάθε σκεπτόμενο αναγνώστη που πέρα από χρονολογική απαρίθμηση όσων έγιναν ενδιαφέρεται να μάθει και γιατί έγιναν.

Ιδιαίτερα για το τελευταίο κεφάλαιο που νικώντας στον πόλεμο ηττήθηκε στην ειρήνη αφήνοντας πολλά ερωτηματικά.

Ήταν άραγε «ύβρις» με την έννοια της υπέρβασης και η κατάρρευσή του επήλθε ως Νέμεση ή μήπως σπόρος ιστορικής αναγκαιότητας προορισμένος να βλαστήσει, αλλά δε βλάστησε γιατί έπεσε σε χώμα άνυδρο χωρίς να έχουν εκριζωθεί τα ζιζάνια;

Ο συγγραφέας προλογικά θέτει το ερώτημα για το αν η ανισότητα είναι σύμφυτη με τον άνθρωπο λέγοντας ότι μια τέτοια ερμηνεία θα νομιμοποιούσε τη βαρβαρότητα σαν φυσιολογική συμπεριφορά του ανθρώπου που θα μετέτρεπε τη δίκαιη κοινωνία της συλλογικής προσπάθειας που ονειρευόμαστε σ΄ ένα ευγενές, αλλά ανεφάρμοστο ιδεώδες, για να καταλήξει επιλογικά σε ελπιδοφόρα μηνύματα γράφοντας: *«Οι ήττες των επαναστάσεων από τις αντίστοιχες αντεπαναστάσεις που παρομοιάζονται με τις ατελέσφορες προσπάθειες του προλετάριου των θεών Σισύφου, μπορεί να σπέρνουν στις καρδιές των εργαζομένων αμφιβολίες κλονίζοντας την πίστη τους για έναν κόσμο πιο δίκαιο, αλλά δεν παύουν, με την πείρα τους, θετική ή αρνητική, να αποτελούν έμπνευση και πολύτιμη ιστορική παρακαταθήκη για τους αγώνες που είναι ταγμένοι να δώσουν. […] Η άρχουσα τάξη θα πράξει αυτό που εδώ και δέκα χιλιάδες χρόνια ξέρει να πράττει προασπίζοντας τα συμφέροντά της… Μα και η τάξη των εργαζομένων που δεν έχει άλλη πηγή βιοπορισμού παρά μόνο την εργασία της, χειρωνακτική ή πνευματική, θα καταλάβει ότι δεν έχει τίποτα να περιμένει απλώνοντας ανοιχτά το χέρι της. Θα αναγκαστεί να το υψώσει σε γροθιά».*

Από την πλευρά όχι του βιβλιοκριτικού - νερά που δε ξέρω άλλωστε να κολυμπάω - αλλά του φιλαναγνώστη που προσπαθεί να διαβάσει και πίσω από τις λέξεις, θεωρώ το βιβλίο του Γιάννη Λομβαρδά εκδοτική συνεισφορά που εμπλουτίζει το ιστοριογραφικό αυτό είδος και τη χαιρετίζω σαν μια δροσοσταλίδα στην ανθρωπιστική ξηρασία των ημερών μας.

Αξίζει να το διαβάσεις… Υπάρχουν στιγμές που ο άνθρωπος κρατιέται στη ζωή ακόμη και όταν για ελπίδα του έχει το ανέλπιστο…

SmartOPTIC

Αξεσουάρ και επιλογές

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

Ανακλινόμενα προσοφθάλμια 195°

ΕΞΥΠΝΑ ΑΞΕΣΟΥΑΡ - ΠΛΗΘΩΡΑ ΒΕΛΤΙΩΣΕΩΝ

Επέκταση διόπτρας

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

Δαχτυλίδι περιστροφής της διόπτρας

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

Εξειδικευμένη PROCAM ψηφιακή camera

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

Ψηφιακή κάμερα SLR

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

Sony NEX 5

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

Βιντεοκάμερα

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

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

SELIGA MICROSCOPES

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

Dental Expert - Άννα Ελμάογλου Ε.Π.Ε.

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

Αναζήτησεις Λόγου και Τέχνης

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

Σύγχρονοι Έλληνες Ποιητές 8

Μάρκος Μέσκος (1935 - 2020)

Ο Μάρκος Μέσκος γεννήθηκε και πέρασε τα μαθητικά του χρόνια στην Έδεσσα. Σπούδασε στο τμήμα γραφικών τεχνών και διακόσμησης του Τεχνολογικού Ινστιτούτου της Σχολής Δοξιάδη Αθηνών, από όπου και αποφοίτησε το 1968. Αρχικά εργάστηκε στο εμπορικό κατάστημα του πατέρα του, έπειτα, από το 1965, ως γραφίστας σε αρκετά διαφημιστικά γραφεία της Αθήνας, αλλά και ως επιμελητής εκδόσεων. Έχει εικονογραφήσει διάφορες ποιητικές συλλογές, τόσο δικές του όσο και άλλων ποιητών, όπως του Ηλία Κεφαλά και του Γιάννη Χρυσανθόπουλου. Πολύ πριν την εγκατάστασή του στην Αθήνα (από το 1957), είχε συνδεθεί με τη συντακτική ομάδα του περιοδικού Μαρτυρίες. Άρχισε να γράφει ποιήματα σε εφηβική ηλικία και πρωτοεμφανίστηκε στη λογοτεχνία το 1955 με (μετέπειτα αποκηρυγμένο) ποίημα στην Ηπειρωτική Εστία. Από το 1981 εγκαταστάθηκε στη Θεσσαλονίκη, όπου και υπήρξε συνιδρυτής της εκδοτικής ομάδας των Χειρογράφων, ενώ το 1987-1993 εργάστηκε ως υπεύθυνος των εκδόσεων της Α.Σ.Ε.. Η ποιητική του αναγνώριση επισφραγίζεται τις τελευταίες δεκαετίες με το πλήθος σημαντικών βραβείων που του έχουν απονεμηθεί. Το 1996 τιμήθηκε με το βραβείο ποίησης του περιοδικού Διαβάζω (πρόκειται μάλιστα για την πρώτη φορά που απονεμήθηκε το βραβείο) για τη συλλογή του Χαιρετισμοί (1995), το 2005 με το βραβείο Καβάφη, το 2006 με το βραβείο του Ιδρύματος Κώστα και Ελένης Ουράνη της Ακαδημίας Αθηνών για το σύνολο του ποιητικού του έργου, και το 2013 με Κρατικό Βραβείο Ποίησης για τη συλλογή του Τα λύτρα (2017).

Η πρώτη του επίσημη εμφάνιση στα νεοελληνικά γράμματα ήταν το 1956 με το ποίημα «Ειρήνη» στο περιοδικό Επιθεώρηση Τέχνης, (τεύχος 13, Ιανουάριος 1956), όπου χρησιμοποίησε το ψευδώνυμο Κούλης Αυγερινός. Επίσης, κατά καιρούς είχε χρησιμοποιήσει τα ψευδώνυμα Δημήτρης Γραμματικός και Πέτρος Μηλιώνης. Ποιήματά του μεταφράστηκαν σε αρκετές ευρωπαϊκές χώρες. Συνεργάστηκε με ποιήματα και μελέτες του στα περιοδικά Επιθεώρηση Τέχνης, Εφημερίδα των ποιητών, Καινούργια Εποχή, Νέα Εστία, Νέα Πορεία, Ο Λογοτέχνης, Μαρτυρίες, Σημειώσεις, Δεκαπενθήμερος Πολίτης, Αντί, Ελίτροχος, Το Δέντρο, Γράμματα και Τέχνες κ.ά. Το ποιητικό και πεζογραφικό έργο του Μέσκου έχει μια ιδιότυπη θέση στη μεταπολεμική λογοτεχνία, κυρίως λόγω της ταυτόχρονης διασύνδεσής του με την παράδοση και τη νεοτερικότητα.

Η πρώτη φάση της ποιητικής του δημιουργίας σχετίζεται με τραυματικά ιστορικά βιώματα της δεκαετίας του 1940 και εμφορείται από την αίσθηση ενότητας ποιητή και γενέθλιου τόπου, ανθρώπινου υποκειμένου και φύσης. Κεντρική θέση στην ποίηση του Μέσκου αυτήν την περίοδο κατέχουν τόσο στοιχεία του φυσικού κόσμου όσο και *«εξαγνισμένες από την αγάπη ανθρώπινες μορφές»*. Στη δεύτερη φάση, αφού ο ίδιος ο Μέσκος είχε πλέον εγκατασταθεί στο κλείνον άστυ, ο δεσμός με τη «μητέρα πατρίδα» και τη «μητέρα φύση» διασπάται και το αίσθημα της νοσταλγίας έρχεται στο προσκήνιο. Η παιδική ηλικία, η φύση και η δημοτική παράδοση αποτελούσαν τους κεντρικούς άξονες της ποίησης του Μέσκου, άξονες που συχνά διαπλέκονται και αλληλοτροφοδοτούνται. Η έννοια της αντίστασης διατρέχει την ποίησή του και, ενώ στις αρχικές του συλλογές αποκρυσταλλώνεται σε μορφές της ελληνικής παράδοσης, όπως αυτές του Διγενή ή των κλεφτών, σταδιακά κατατείνει όλο και περισσότερο στην αφαίρεση. Άλλα χαρακτηριστικά της ποίησής του αποτελούν η εισβολή του ιστορικού χρόνου στον ατομικό χώρο και η οργανική συμπλοκή προσωπικού και συλλογικού.

Ποίηση

- *Πριν από τον Θάνατο*, εκδ. Περ. Νέα Πορεία, 1958
- *Μαυροβούνι*, ιδιωτική έκδοση, 1963
- *Τα ανώνυμα*, ιδιωτική έκδοση, 1971
- *Άλογα στον ιππόδρομο*, εκδ. Ερμής, 1973
- *Ιδιωτικό νεκροταφείο*, ιδιωτική έκδοση εκτός εμπορίου, 1975
- *Τα ισόβια ποιήματα*, εκδ. Σημειώσεις, 1977
- *Δώδεκα Μάηδες* (12 τραγούδια με το ψευδώνυμο Δημήτρης Γραμματικός), περ. Εδεσσαϊκά Χρονικά, τ. 11, 1977. 2η (έκδοση σε βιβλίο), 1992
- *Τα φαντάσματα της ελευθερίας*, έκδοση περ. Σημειώσεις, 1979. Νεφέλη 1998
- *Μαύρο δάσος*, συγκεντρωτική έκδοση όλων των ποιημάτων 1958-1980 και η ανέκδοτη σειρά *Μαύρο Μαντίλι*, εκδ. Ύψιλον, 1981. 2η έκδοση (χωρίς τη συλλογή Τα φαντάσματα της ελευθερίας) Νεφέλη 1999
- Διαλογή, επιλογή 25 ποιημάτων από τις συλλογές Μαυροβούνι και Άλογα στον ιππόδρομο, έκδοση Μουσικός Αύγουστος, 1981
- *Άνθη στο καταραμένο φίδι,* ιδιωτική έκδοση 1983. 2η έκδοση, Ύψιλον 1986. 3η έκδοση Νεφέλη 1998
- *Στον ίσκιο της γης,* Ύψιλον, 1986. 2η έκδοση Νεφέλη 1998
- *Τα δέοντα*, μία επιλογή 1958-1990, έκδοση Δήμου Έδεσσας 1990
- *Χαιρετισμοί, Ύψιλον*, 1995. 2η έκδοση Νεφέλη 1999
- *Ψιλόβροχο*, εκδ. Νεφέλη, 2000
- *Ελεγείες,* Ίκαρος, 2005
- *Στον ενικό και πληθυντικό ψίθυρο*, Νεφέλη, 2009
- *Ποιήματα: Μαύρο Δάσος Ι*, συγκεντρωτική έκδοση, Γαβριηλίδης, 2011
- *Ποιήματα: Μαύρο Δάσος ΙΙ*, συγκεντρωτική έκδοση, Γαβριηλίδης, 2011
- *Τα λύτρα*, Γαβριηλίδης, 2012
- *Τα ποιήματα της σκάλας*, Γαβριηλίδης, 2013
- *Συνηγορία ποιήσεως,* Κίχλη, 2015
- *Άλφα Βήτα: Ποιήματα*, Κίχλη, 2015

Πεζογραφία

- *Παιχνίδια στον Παράδεισο*, ιδιωτική έκδοση, 1978. 2η έκδοση Χειρόγραφα, 1990. 3η έκδοση Νεφέλη, 1998
- *Κομμένη γλώσσα*, Έρασμος, 1979. 2η έκδοση Νεφέλη, 1997
- *Μουχαρέμ*, Νεφέλη, 1999
- *Το φωτοστέφανο του νεωτέρου Αγίου Βοδενιώτη του λαϊκού*, ιδιωτική έκδοση, 2002
- *Νερό Καρκάγια: Πεζογραφήματα,* Ίκαρος, 2005
- *Πεζογραφήματα*, συγκεντρωτική συλλογή διηγημάτων, Γαβριηλίδης, 2013
- *Εν Βοδενοίς: Κείμενα Εκτός Εμπορίου απο την ενδοχώρα της Έδεσσας*, έκδοση Δήμου Έδεσσας, 2016

Δοκιμιογραφία

- *Γνωστοί και φίλοι*, Έρασμος, 1987
- *Προσωπικά κείμενα*, Νεφέλη, 2000

Όνειρα στον Άδη

Το άδειο ποτήρι του νεκρού είναι·
μην τσουγκρίζεις μαζί του.
Σταγόνα δεν πέρασε ποτέ
Νέκυια σε ονόμασαν παλιά και Άδη
και Τάρταρα της Γης έγκατα λυώνοντας
τα κόκκαλα όσων έζησαν στο πάνω Φως·
Ου Τόπος
που με πουλιά κι ανθούς
χαράματα και δειλινά και νύχτες μαγικές
τον τραβούσαν κάτω - όλα πονούν εδώ μονολογούσε
(υπάρχουν πετούμενα στον Άδη; Γιατί
δεν απαντούν οι λέξεις;)
Αν πρόλαβε κάποιο κερί ν' ανάψει
λίγο κατόπιν έσβησε στον άνεμο
τρεμούλιασε η λάμψη του και χάθηκε οριστικά
από ανίκητο μαύρο του θανάτου.
...Καιρός των θηρίων πάλι.

Το χιόνι

Φαρμακωμένα τα γηρατειά ψέματα λένε
Δεν άνοιγαν τα χείλη του πώς να μιλήσει
σαν κάτι μεταξύ ζωής και θανάτου –
κοσκίνιζε το χιόνι ο ουρανός
χειμώνα καιρό δίσεκτα χρόνια
το φόρτωνε στα μονοπάτια της σιωπής
τώρα λευκά τα ρόδα τ' ουρανού στο χώμα
κάτω από το πέλμα της περαστικής ζωής
εκεί που ο νεκρός ασάλευτος
ετοίμαζε τα λευκά του δώρα εξισωμένος
στον Βοριά στον Νοτιά στην κόκκινη Δύση
και στα προνόμια της άπιστης Ανατολής.

Ευγένιος Αρανίτσης

Ο Ευγένιος Αρανίτσης γεννήθηκε στην Κέρκυρα, 5 Οκτωβρίου 1955. Είναι Έλληνας ποιητής, μυθιστοριογράφος και δοκιμιογράφος. Το 1986, σε συνεργασία με τον Οδυσσέα Ελύτη, εξέδωσαν το λεύκωμα «Το δωμάτιο με τις εικόνες». Η συλλογή «Σε ποιον ανήκει η Κέρκυρα» απέσπασε το κρατικό βραβείο λογοτεχνίας για το δοκίμιο. Από το 1978 μέχρι το 2014 αρθρογραφούσε στην εφημερίδα Ελευθεροτυπία. Από τις αρχές της δεκαετίας του '90 ασχολείται με τη σύνθεση ενός μεγάλων διαστάσεων ποιητικού έργου (Μορφολογία), του οποίου προδημοσιεύσεις έχουν εμφανιστεί κατά καιρούς σε λογοτεχνικά περιοδικά.

Το 2007, το περιοδικό Πόρφυρας τού αφιέρωσε ένα ειδικό τεύχος. Την ίδια χρονιά, το μυθιστόρημά του «Λεπτομέρειες για το τέλος του κόσμου» κυκλοφόρησε στα γαλλικά από τις εκδόσεις Flammarion. Από τον Ιούλιο του 2014, συνεχίζει, σε εβδομαδιαία βάση, τη δημοσίευση άρθρων στην ιστοσελίδα paradoxa.gr.

Βιβλιογραφία

- *Το δωμάτιο με τις εικόνες*, Ίκαρος 1986
- *Αφρική*, Ίκαρος 1988
- *Ποιήματα & Πράξεις*, Ίκαρος 1990 καί 8' έκδοση με προσθήκη 1993
- *Λεπτομέρειες για το τέλος του κόσμου,* Ίκαρος 1993, Νεφέλη 1998
- *Ιστορίες που άρεσαν σε μερικούς ανθρώπους που ξέρω*, Ίκαρος 1995, Νεφέλη 1999
- *Φυσική*, Ίκαρος 1995
- *Η Θάλασσα*, Νεφέλη 1998
- *Ο Ελύτης για παιδιά & ερωτευμένους*, Πατάκης 2000
- *Σε ποιόν ανήκει η Κέρκυρα*, Νεφέλη 1999
- *Orphan Drugs*, Ιστός 1999
- *Καλοκαίρι στον σκληρό δίσκο*, Νεφέλη 2002
- *Late Antiquity*, Ποίηση, τχ22, 2003
- *Η μαθήτρια που έγινε αμύγδαλο*, Τόπος 2007

Όταν οι εραστές γνωρίζονται από παλιά
Τότε το μπέρδεμα των ιδρωμένων δαχτύλων στο κρεβάτι
Μοιάζει με επίσημο γεύμα
Όπου όλα είναι τρομερά και αδιάφορα.
Το κορμί έχει απορίες κι όταν οι απορίες
Έχουν λυθεί κάτω απ' τα γιορτινά υφάσματα και τα αστεία έπιπλα
Των ίδιων χειμωνιάτικων σπιτιών
Τότε το φιλί δεν έχει τίποτα το μυστηριώδες
Κι ο φιλήσυχος Νόμος το τιμωρεί.

(Εκείνος που αγάπησε την αδελφή του λέει:)

Αυτοί που δεν εκτίμησαν εγκαίρως τα ζεστά μαλλιά σου
και τα καταπράσινα μάτια σου διδάσκουν την αφοσίωση
σ' ένα ψεύτη θεό που πνίγεται στα χρέη
έπραξαν πολύ σωστά και τους θαυμάζω

Είσαι 13 χορνώ και κάτι ανάμεσά στα πόδια σου
μυρίζει όπως ο μήνας Νοέμβριος με τις αθώες κλωστές της βροχής σου
και τους ευέλικτους ψίθυρους και το γκρίζο τζάμι ενός σπιτιού μέσα στο φιλήσυχο κρύο.
Πλαγιάζεις με τους άρχοντες και οι φτωχοί σε επαινούν για το θάρρος σου
πλαγιάζεις με τους φτωχούς και οι άρχοντες σέβονται την ελεημοσύνη σου
πλαγιάζεις μαζί μου κι η λύπη των ανθρώπων γίνεται καχύποπτη.
Σκοτεινιάζουν τα μάτια του δικαστή και τα μάτια του εισαγγελέα σκοτεινιάζουν επίσης
αλλά δεν υπάρχει παροιμία ή φράση σοφού
που να ταιριάζει στην περίπτωση και στην προστυχιά μας
δεν βρίσκω τη φράση που θα σφυρίξω στα όμορφα αυτιά των γονιών σου
για να με συγχωρέσουν και ν' αποσύρουν τη μήνυση.

Πόνοι της ράχης;
Πονοκέφαλος;
Τάση στον τράχηλο;
Σου θυμίζουν κάτι;

Ανατομικό κάθισμα
SUPPORT
Δώσαμε τη λύση από το 2001!

UnicLine S
by heka dental

- Εργονομία
- Αξιοπιστία
- Ευελιξία
- Αξεπέραστη αντοχή

Στην εποχή της κρίσης επιμένουμε στην ποιότητα!

Οδοντιατρικός Εξοπλισμός Προηγμένης Τεχνολογίας

Φειδιππίδου 43 • Γουδή 115 27 • Τηλ. 210 7752139, 210 7231760 • e-mail: eco549@cosmotemail.gr, maniamitsouka@gmail.com

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