ISSN: 2585-2868

Οδοντιατρικο Βημα

ΔΙΜΗΝΙΑΙΑ ΕΚΔΟΣΗ | Σκουφά 64 106 80 Αθήνα | Τηλ. 210 3814 939 | e-mail: odvima@otenet.gr | www.odvima.gr | ΙΑΝΟΥΑΡΙΟΣ - ΦΕΒΡΟΥΑΡΙΟΣ 2021 | ΤΕΥΧΟΣ 138

Προχωρά ο εμβολιασμός των οδοντιάτρων

Με μεγάλη συμμετοχή των οδοντιάτρων προχωρά ο εμβολιασμός κατά του κορονοϊού, ενώ στην εμβολιαστική εκστρατεία εντάχθηκαν μέσα στον Φεβρουάριο και οι εργαζόμενοι στα οδοντιατρεία. Αφουγκραζόμενοι τις ανησυχίες του οδοντιατρικού κόσμου απευθυνθήκαμε στον πρόεδρο της ΕΟΟ, κ. **Αθ. Δεβλιώτη,** ο οποίος μιλάει στο «Ο.Β.» για τους εμβολιασμούς αλλά και τις συντονισμένες κινήσεις με άλλους επιστημονικούς φορείς για την οικονομική στήριξη λόγω της πανδημίας. ***Σελ. 4***

Γυναίκες στην Οδοντιατρική

Δυναμικές, δραστήριες, άλλες μητέρες κι άλλες όχι, αλλά πάνω από όλα επιστήμονες και επαγγελματίες οι Γυναίκες στην Οδοντιατρική δεν είναι απλώς μια ομάδα γυναικών στο Facebook, αλλά μια ομάδα εργασίας μέσα στην Ελληνική Οδοντιατρική Ομοσπονδία που συζητά, προβληματίζεται, αναδεικνύει ζητήματα ανισότητας σε βάρος των γυναικών στο οδοντιατρικό επάγγελμα και καταθέτει προτάσεις. Το «Ο.Β.» παρακολούθησε την τελευταία τους τηλεδιάσκεψη και κατέγραψε τα ζητήματα που τις απασχολούν: απ' τα προβλήματα και τις ανισότητες που βιώνουν λόγω μητρότητας μέχρι τις προκλήσεις στη συνδικαλιστική δράση. ***Σελ. 37-38***

Το φαινόμενο του συντονισμού και η εφαρμογή του στην κλινική εμφυτευματολογία

Με την ανακάλυψη της οστεοενσωμάτωσης, τη δεκαετία του 1960, δόθηκε μία απάντηση στο ερώτημα που έχει απασχολήσει τον άνθρωπο ήδη από την αρχαιότητα. Πώς θα μπορούσαμε να αντικαταστήσουμε ή, καλύτερα, να υποκαταστήσουμε τα δόντια σε περίπτωση απώλειάς τους. Ο κ. **Ιωάννης Διαμάντης,** Χειρουργός Στόματος, εξηγεί πως χάρη στην ανάπτυξη των βασικών επιστημών, της τεχνολογίας και κυρίως την εφαρμογή της επιστημονικά τεκμηριωμένης γνώσης οδηγούμαστε σε απαντήσεις και λύσεις των κλινικών προβλημάτων μας. ***Σελ. 16-17***

Η θεραπευτική προσέγγιση των Εκφυλιστικών και Φλεγμονωδών παθήσεων σε ασθενείς με λειτουργικές διαταραχές του Στοματογναθικού Συστήματος. Α΄ μέρος

Του **Βύρωνα Δρούκα** Καθηγητή ΕΚΠΑ

Σελ. 6-12

Ψευδαισθήσεις που χρησιμοποιούνται στην Οδοντιατρική

Του **Χρήστου Κωνσταντινίδη**

Σελ. 18-20

ΕΕΕ: Ενδοπεριοδοντικές βλάβες Ταξινόμηση, σχέδιο θεραπείας και πρόγνωση
Η συχνή αλληλεπίδραση πολφού και περιοδοντίου είναι απόρροια της στενής βιολογικής τους σχέσης. Δεν είναι ασυνήθης η εμφάνιση παθολογικών μεταβολών στον πολφό λόγω επέκτασης της φλεγμονής από το περιοδόντιο και το αντίστροφο.
Του **Χρίστου Φιλιππάτου** ..... ***Σελ. 14-15***

ΕΕΝΟ: Πλεονεκτήματα και μειονεκτήματα των ηλεκτρονικών συστημάτων συνταγογράφησης
Της **Αγγελικής Γιαννοπούλου** .....***Σελ. 22-23***

ΙΤΙ: Ψηφιακά πρωτόκολλα στον χώρο του Οδοντιατρείου
Μέρος Ι: Προεγχειρητικός σχεδιασμός και τοποθέτηση εμφυτευμάτων
Των **Σπύρου Κουρή** και **Ελευθερίας Τσαλούχου** ..... ***Σελ. 24-25***

ΕΕΚΣ: Πολύμορφο Ερύθημα
Της **Μαρίνας Δούκα** ..... ***Σελ. 26***

Επιστημονικές εκδηλώσεις της Ελληνικής Εταιρείας Περιοδοντολογίας & Οδοντικών Εμφυτευμάτων για το έτος 2021
Του **Χαράλαμπου Καλαϊτζάκη** ..... ***Σελ. 28-29***

Dentaland.gr
ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΙΚΑ ΕΙΔΗ
Το Νο1 ηλεκτρονικό κατάστημα στα οδοντιατρικά
Τι μπορείτε να περιμένετε από εμάς
Το πιο σύγχρονο ηλεκτρονικό κατάστημα στα οδοντιατρικά
με πάνω από 100000 ετοιμοπαράδοτα προϊόντα
Πλήρη ανάλυση αγορών
για να έχετε καθαρή εικόνα των αγορών σας
Φόρμες παραγγελίας
προετοιμάστε τις αγορές σας έγκαιρα
Κέρδιστε 3% επιστροφή
με το σύστημα πόντων για τις online αγορές σας
Πιστοποιημένες υπηρεσίες ISO
εξασφάλιση ποιότητας και συναλλαγών
W | www.dentaland.gr | E | social@dentaland.gr | T | 2810 322 250 & 2810 334 450

New UNIMEDICA
• Οδοντιατρικός εξοπλισμός • Service
• OsteoCare® • «Κατ' οίκον» Οδοντιατρική
The autoclave with the power of the...
Sun 18-I-E
ΤΙΜΗ ΕΚΠΛΗΞΗ ΜΟΝΟ 1.900€ ΑΠΟ 2.400€
Ψηφιακή οθόνη ακριβείας με σύστημα αυτοελέγχου ορθής λειτουργίας
Κατάλληλος για πορώδη, συμπαγή και κοίλα υλικά και εργαλεία
Προηγμένος μικροεπεξεργαστής 16-bit για εύκολο χειρισμό
Πόρτα με διπλό κλείδωμα για απόλυτη ασφάλεια
www.unimedica.gr
unimedica.hellas@gmail.com
Αρκαδίας 61-63
Τηλ.: 210 7777 936

Giorgione, Youth Holding an Arrow, 1505.
Τεχνική sfumato (αργό πέρασμα σε διαφορετικούς τόνους).
Ιταλική Αναγέννηση

*We will be known forever by the tracks we leave behind.**

Τα ίχνη μας θα μας ακολουθούν για πάντα

Ηρακλής Καρκαζής
Καθηγητής Κινητής Προσθετικής ΕΚΠΑ

Όσο ο χρόνος λιγοστεύει και το μέλλον σαν σκάλα προς τους στόχους συρρικνώνεται, τα πάθη συχνά αμβλύνονται

Η αντανάκλαση των συναισθημάτων γίνεται πιο εύκολη και η παράφρασή τους πιο αποτελεσματική. Είμαι και ο Άλλος.

Η πύλη της αυτογνωσίας για κάποιους θα ανοίξει με θέληση για αυτοκριτική και ανάγκη για υστεροφημία. Τι θα απομείνει άραγε;

Οι αισθητηριακές παραστάσεις μιας ζωής μετουσιωμένες σε νοητικές εικόνες. Η προσωπική μας ιστορία παγιδευμένη στα 1.400 γραμμάρια της εγκεφαλικής μας ουσίας.... αλλά μόνο για εμάς.

Στους άλλους όμως;

Πορευόμαστε μέσα στο χωροχρονικό παράθυρο που ορίζεται απο το εύρος της γήινης διαδρομής μας.

Στην κοινωνία των ένσαρκων σχέσεων τα ίχνη που θα μείνουν είναι διαφορετικά από εκείνα της ψηφιακής αχλής του διαδικτύου

Στον πραγματικό κόσμο θα σφυρηλατήσουμε τους μηχανισμούς κοινωνικής πρόσδεσης και θα θεμελιώσουμε το ίχνος μας.

Ένα ίχνος που αργότερα θα ξεθωριάσει χαμένο σε ασφοδελούς λειμώνες μαζί με τους συνταξιδιώτες και κοινωνούς του δικού μας κοσμικού στιγμιότυπου. Memento mori.

Στη διαδικτυακή όμως εξέλιξη της ιστορίας, το ίχνος που θα «επιβιώσει» ως κατάλοιπο του εικονιστικού υποκειμένου θα ταξιδεύει ανενόχλητο, συντηρώντας ή και στρεβλώνοντας μια φήμη.

Και στον οικείο πανεπιστημιακό μας περίγυρο η αγωνία για την εμβάθυνση του ίχνους αυτού θα καλλιεργεί μεταξύ άλλων και μια παράλογη βιβλιομετρική λαγνεία, που μπορεί μεν να εκτοξεύει την κειμενική χλωρίδα σε δυσθεώρητα ύψη, θέτει όμως παράλληλα και ερωτήματα για την πραγματική της ουσία.

**Dakota Indian proverb*

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, 210 3809 495
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

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

Προχωρά ο εμβολιασμός των οδοντιάτρων

Αθανάσιος Δεβλιώτης
Πρόεδρος της Ελληνικής Οδοντιατρικής Ομοσπανδίας

Αφουγκραζόμενοι τις ανησυχίες του οδοντιατρικού κόσμου απευθυνθήκαμε στον πρόεδρο της ΕΟΟ, κ. Αθ. Δεβλιώτη, ο οποίος μιλάει στο «Ο.Β.» για τους εμβολιασμούς κατά του κορονοϊού αλλά και τις συντονισμένες κινήσεις με άλλους επιστημονικούς φορείς για την οικονομική στήριξη λόγω της πανδημίας.

Εισακούσθηκαν τελικά οι εκκλήσεις της Ελληνικής Οδοντιατρικής Ομοσπονδίας, η οποία στις αρχές Ιανουαρίου έθιξε ανοιχτά το θέμα των καθυστερήσεων στους εμβολιασμούς των οδοντιάτρων κατά του ιού Sars-Cov2, παρότι αποτελούν την πλέον εκτεθειμένη, σε κινδύνους λοιμώξεων, κατηγορία υγειονομικών.

Της **Γεωργίας Σάκκουλα** δημοσιογράφου

Μόλις λίγα 24ωρα μετά και την ανακοίνωση για την καθυστέρηση ένταξης των οδοντιάτρων στον προγραμματισμό, το αίτημά τους -που είχε ήδη εξαγγελθεί από τον υπουργό Υγείας Βασίλη Κικίλια-εισακούστηκε και έτσι όπως αναφέρει στο «Οδοντιατρικό Βήμα» ο πρόεδρος της ΕΟΟ, Αθανάσιος Δεβλιώτης, η πλατφόρμα άνοιξε σχεδόν ταυτόχρονα με τους ιδιώτες ιατρούς.

Συγκεκριμένα, από τις 15 Ιανουαρίου οι οδοντίατροι μπορούν να κλείνουν το ραντεβού τους για εμβολιασμό, δύο μέρες δηλαδή μετά την έναρξη της διαδικασίας για τους ιδιώτες ιατρούς. Ακολούθως οι εμβολιασμοί των οδοντιάτρων ξεκίνησαν μέσα στον Ιανουάριο.

Όσον αφορά στη συμμετοχή, η μεγάλη πλειοψηφία του οδοντιατρικού κόσμου έχει δηλώσει ότι επιθυμεί να εμβολιαστεί και *«ήδη έχουν εμβολιαστεί πολλοί συνάδελφοι»*, αναφέρει ο κ. Δεβλιώτης. Ενδεικτικό ότι απ' το σύνολο των περίπου 13.500 οδοντιάτρων στη χώρα πάνω από τους 10.000 είχαν δηλώσει (στην πρώτη φάση) ότι επιθυμούν να εμβολιαστούν κατά του νέου κορονοϊού.

Ο κ. Δεβλιώτης διευκρινίζει επίσης πως δεν έγινε κανένας διαχωρισμός ευπαθών υγειονομικών, είτε γιατρών είτε οδοντιάτρων. *«Από εμάς τουλάχιστον δεν ζητήθηκαν στοιχεία για ευπαθείς ομάδες, ούτε από τους γιατρούς. Μας αντιμετώπισαν -γιατρούς και οδοντιάτρους- το ίδιο».*

Το άλλο σημαντικό στοιχείο είναι ότι πλέον προχωρά και το θέμα του εμβολιασμού του προσωπικού των οδοντιατρείων, αφότου με πρωτοβουλία της ΕΟΟ εστάλησαν στο υπουργείο Υγείας στοιχεία για να ενταχθούν και αυτοί στον κατά προτεραιότητα εμβολιασμό που ισχύει για το υγειονομικό προσωπικό της χώρας. Η πλατφόρμα γι' αυτούς ένοιξε από τα μέσα Φεβρουαρίου.

Κινητικότητα για την ενίσχυση των 400 ευρώ σε όλους τους επιστήμονες

Οι οδοντίατροι ενώνουν τις φωνές τους με τους υπόλοιπους επιστήμονες της χώρας και συντονίζουν τα βήματά τους όσον αφορά στην ειδική ενίσχυση ύψους 400 ευρώ λόγω της πανδημίας, απ' την οποία έχουν αποκλειστεί πολλοί επιστήμονες λόγω των κριτηρίων που έχει θέσει η κυβέρνηση.

> Πάνω από 10.000 οδοντίατροι είχαν δηλώσει (στην πρώτη φάση) ότι επιθυμούν να εμβολιαστούν κατά του νέου κορονοϊού, ενώ προχωρά και το θέμα του εμβολιασμού του προσωπικού των οδοντιατρείων.

Στο πλαίσιο αυτό η Ελληνική Οδοντιατρική Ομοσπονδία συνυπογράφει επιστολή προς την ηγεσία του υπουργείου Εργασίας με το Τεχνικό Επιμελητήριο της Ελλάδος, τον Πανελλήνιο Ιατρικό Σύλλογο, την Ολομέλεια Προέδρων Δικηγορικών Συλλόγων Ελλάδος, το Οικονομικό Επιμελητήριο Ελλάδος, το Γεωτεχνικό Επιμελητήριο Ελλάδος, τη Συντονιστική Επιτροπή Συμβολαιογραφικών Συλλόγων Ελλάδος, την Ομοσπονδία Δικαστικών Επιμελητών Ελλάδος και τον Πανελλήνιο Κτηνιατρικό Σύλλογο, ζητώντας να αναθεωρήσει τα κριτήρια χορήγησης της ενίσχυσης, καθώς πολλά απ' αυτά είναι άδικα και δημιουργούν ζητήματα άνισης αντιμετώπισης.

Μεταξύ άλλων στην επιστολή προς τον υπουργό Εργασίας, Κωστή Χατζηδάκη, επισημαίνουν ότι *«δεν εισακούστηκε το ομόφωνο αίτημα των Επιστημονικών Συλλόγων να μην υπάρχει κανένα κριτήριο για όσους έχουν χαμηλό εισόδημα το 2020 (κάτω των 10.000 ευρώ)»*, πως *«η ΚΥΑ αποκλείει νέους επιστήμονες που δεν έχουν κάνει έναρξη στη Δ.Ο.Υ. ή έκαναν έναρξη και στη συνέχεια διέκοψαν τη δραστηριότητά τους (λόγω κρίσης)»*, αλλά και ότι *«για πρώτη φορά τίθεται ως προϋπόθεση ενίσχυσης το οικογενειακό εισόδημα».*

«Η εν λόγω προϋπόθεση δημιουργεί πλήθος προβλημάτων και συγκεκριμένα: α) δεν είναι σαφές εάν ως οικογενειακό εισόδημα νοείται αυτό του 2019 ή του 2020· β) δεν υφίστανται στοιχεία για το οικογενειακό εισόδημα του έτους 2020, ούτε οι δικαιούχοι μπορούν να το γνωρίζουν επακριβώς, αφού δεν έχουν ληφθεί οι βεβαιώσεις των (μισθωτών ή συνταξιούχων) συζύγων, ούτε είναι γνωστό εκ των προτέρων το εισόδημα· γ) υπάρχουν σημαντικές πρακτικές δυσχέρειες υποβολής των αναγκαίων δικαιολογητικών στις περιπτώσεις που υποβάλλονται χωριστές φορολογικές δηλώσεις των μελών της οικογένειας· δ) δεν υπάρχει πρόβλεψη για την προστασία των προσωπικών δεδομένων τρίτων προσώπων (πλην του αιτούντος)· ε) εγείρονται ζητήματα συνταγματικότητας, άνισης μεταχείρισης, καθώς ενδεικτικά έγγαμος με 3 παιδιά και οικογενειακό εισόδημα 30.000€ δεν λαμβάνει το επίδομα, ενώ άγαμος χωρίς παιδιά και ατομικό εισόδημα 29.999 € το λαμβάνει», εξηγούν στην επιστολή τους οι επιστημονικοί φορείς.

Επίσης, υπογραμμίζουν ότι *«το κριτήριο της μείωσης του κύκλου εργασιών (τζίρου) οδηγεί σε άνιση μεταχείριση μεταξύ των δικαιούχων». «Ενδεικτικά»*, αναφέρουν *«άγαμος με κύκλο εργασιών το 2019 50.000 €, κύκλο εργασιών το 2020 40.000 € και καθαρά κέρδη 29.900 δικαιούται το επίδομα, ενώ έγγαμος με 2 τέκνα και κύκλο εργασιών 10.000 € το 2019, κύκλο εργασιών 9.000 € το 2020 και καθαρά κέρδη 6.000 € δεν το δικαιούται».*

Παράλληλα, με επιστολή τους ζητούν συνάντηση με τον πρωθυπουργό Κυριάκο Μητσοτάκη προκειμένου να του θέσουν το θέμα. Μεταξύ άλλων σημειώνουν ότι *«στη δεύτερη φάση της πανδημίας, όπου οι αρνητικές επιπτώσεις της ενεργούν πολλαπλασιαστικά, η στήριξη της κυβέρνησης υπολείπεται μέχρι στιγμής της στήριξης που παρείχε στους λοιπούς πληττόμενους επαγγελματικούς κλάδους».*

«Η παράταση αλλά κυρίως η επιδείνωση της υγειονομικής κρίσης, λόγω της πανδημίας του κορονοϊού, που έθεσε την Αττική και άλλες περιοχές της χώρας σε επίπεδο πολύ αυξημένου κινδύνου αλλά και η εφαρμογή του ίδιου καθεστώτος και σε άλλες περιοχές της χώρας στην αρχή της β' φάσης της πανδημίας (ιδίως στη Βόρεια Ελλάδα και τη Θεσσαλία) έχει οδηγήσει τη συντριπτική πλειοψηφία των επιστημόνων– ελεύθερων επαγγελματιών σε δραματική οικονομική κατάσταση, που αγγίζει πλέον τα όρια του κινδύνου βιοπορισμού τους» υπογραμμίζουν.

Όπως δήλωσε ο πρόεδρος της ΕΟΟ, Αθανάσιος Δεβλιώτης, *«ζητάμε άμεσα συνάντηση με τον πρωθυπουργό για να τον ενημερώσουμε για τις δύσκολες καταστάσεις που βιώνουν αυτή την περίοδο χιλιάδες επιστήμονες – ελεύθεροι επαγγελματίες λόγω της πανδημίας. Η κατάσταση μας ανησυχεί ιδιαίτερα και η κυβέρνηση πρέπει να λάβει μέτρα για να μην καταρρεύσει η ραχοκοκαλιά της κοινωνίας».* Ο πρόεδρος της ΕΟΟ σημειώνει επίσης: *«εννέα επιστημονικοί φορείς έχουμε ετοιμάσει να παρουσιάσουμε στον πρωθυπουργό συγκεκριμένες και λυσιτελείς προτάσεις για τα προβλήματα που αντιμετωπίζει ο κάθε κλάδος και ευελπιστούμε να βρούμε ευήκοα ώτα και η πολιτεία να σταθεί στο πλευρό των πληττόμενων κλάδων της επιστημονικής κοινότητας».*

riva
Υαλοϊονομερή

ΚΟΡΥΦΑΙΑ ΠΟΙΟΤΗΤΑ

ΑΠΟ ΤΗΝ ΕΤΑΙΡΕΙΑ SDI | Your Smile. Our Vision.

riva self cure HV

ionglass

Αυτοπολυμεριζόμενο υαλοϊονομερές υλικό αποκατάστασης, με υψηλό ιξώδες.

Το υψηλό ιξώδες επιτρέπει εξαιρετική τοποθέτηση του υλικού σε ποσότητα και εύκολη διαμόρφωση.

ΕΝΔΕΙΞΕΙΣ

- Αποκαταστάσεις I & II ομάδας σε περιοχές χωρίς πίεση
- Αποκαταστάσεις σε νεογιλά δόντια
- Αποκαταστάσεις σε ηλικιωμένα άτομα
- Ενδιάμεσο υλικό και βάση για κοιλότητες I & II ομάδας χρησιμοποιώντας την τεχνική σάντουιτς
- Αποκαταστάσεις ομάδας V
- Κατασκευή κολοβωμάτων

riva light cure HV

ionglass

Φωτοπολυμεριζόμενο υαλοϊονομερές υλικό αποκατάστασης, με υψηλό ιξώδες.

Χάρη στο υψηλότερο ιξώδες, το υλικό διαμορφώνεται εξαιρετικά και δεν κολλά στα εργαλεία, ούτε ανασηκώνεται μετά την τοποθέτηση, ιδιαίτερα στην άνω γνάθο.

ΕΝΔΕΙΞΕΙΣ

- Αποκαταστάσεις I & II ομάδας σε περιοχές χωρίς πίεση
- Αποκαταστάσεις III ομάδας
- Αυχενικές αποκαταστάσεις
- Αποκαταστάσεις σε νεογιλά δόντια
- Αποκαταστάσεις σε ηλικιωμένα άτομα
- Κατασκευή κολοβωμάτων
- Χρήση ως βάση

riva luting

ionglass

Υαλοϊονομερής κονία συγκόλλησης με υψηλή απελευθέρωση φθορίου. Αυτοπολυμεριζόμενη και ακτινοσκιερή.

ΕΝΔΕΙΞΕΙΣ

- Συγκόλληση μεταλλικών ή μεταλλοκεραμικών ένθετων, επένθετων και στεφανών
- Συγκόλληση στεφανών από ανοξείδωτο ατσάλι
- Συγκόλληση αξόνων
- Συγκόλληση μεταλλικών ορθοδοντικών δακτυλίων
- Χρήση ως ουδέτερο στρώμα ή υλικό βάσης.

riva cem

ionglass

Αυτοπολυμεριζόμενο ακτινοσκιερό, ρητινωδώς τροποποιημένο υαλοϊονομερές υλικό συγκόλλησης το οποίο απελευθερώνει φθόριο.

- **Διατίθεται σε σύστημα πάστα-πάστα**
- **Δυνατότητα στιγμιαίου φωτοπολυμερισμού για εύκολη αφαίρεση των περισσειών.**

ΕΝΔΕΙΞΕΙΣ

Μεταλλοκεραμικές στεφάνες και γέφυρες, ρητινώδεις στεφάνες, γέφυρες, ένθετα, επένθετα και άξονες (ενισχυμένοι με υαλονήματα), μεταλλικές στεφάνες, γέφυρες, ένθετα, επένθετα, ορθοδοντικές συσκευές και άξονες, στεφάνες και γέφυρες από κεραμικά υψηλής αντοχής και ολοκεραμικά ένθετα.

Ακούμε τις ανάγκες σας

Μιλτιάδης Βιτσαρόπουλος Α.Ε.

Κεντρικά γραφεία
Μεσογείων 348, 153 41
Αγ. Παρασκευή, Αθήνα
210 65 41 340
210 65 41 618
info@vitsaropoulos.gr

Υποκατάστημα
Φειδιππίδου 55, 115 27 Γουδή
210 77 95 747

vitsaropoulos.gr
facebook.com/vitsaropoulos

Η θεραπευτική προσέγγιση των Εκφυλιστικών και Φλεγμονωδών παθήσεων σε ασθενείς με λειτουργικές διαταραχές του Στοματογναθικού Συστήματος

Α' ΜΕΡΟΣ

Βύρων Δρούκας
Καθηγητής ΕΚΠΑ

Σε προγενέστερες δημοσιεύσεις που φιλοξενήθηκαν στο πάντα πρόθυμο «Οδοντιατρικό Βήμα», έχει επισημανθεί ότι οι Κροταφογναθικές διαρθρώσεις (ΚΓΔ) αποτελώντας ένα σημαντικό τμήμα του μυοσκελετικού συστήματος, υπόκεινται στις ίδιες εκφυλιστικές και φλεγμονώδεις παθήσεις που προσβάλουν και τις λοιπές διαρθρώσεις (Δρούκας και Τζάκης 2012, Δρούκας και συν. 2013). Εκτιμάται ότι περίπου 100 διαφορετικές παθήσεις προσβάλλουν, πρωτοπαθώς ή δευτερογενώς, τις ΚΓΔ καθώς και την ευρύτερη περιοχή του Στοματογναθικού Συστήματος (ΣΣ) (Δρούκας 2020).

Συχνά η ΚΓΔ αποτελεί πρωτοπαθή εστία εκδήλωσης της νόσου, π.χ. Ρευματοειδής αρθρίτις, δημιουργώντας πρόβλημα διαφορικής διάγνωσης.

Στην πλειονότητα των περιπτώσεων, η γενική νόσος προηγείται διευκολύνοντας την τελική διάγνωση.

Σύμφωνα με τις περισσότερες επιδημιολογικές έρευνες, η εμπλοκή των ΚΓΔ είναι ιδιαίτερα υψηλή.

Ένας σημαντικός αριθμός αυτοάνοσων νοσημάτων εμπλέκεται είτε πρωτοπαθώς, είτε σε κάποια φάση της πορείας της γενικής νόσου, δευτερογενώς.

Σύμφωνα με εκτιμήσεις του Καθηγητού κ. Μουτσόπουλου (Μουτσόπουλος 2005), τα αυτοάνοσα νοσήματα σε ποσοστό 5-8%, προσβάλλουν τον γενικό πληθυσμό, χαρακτηριζόμενα ως συχνά. Κατά τον ίδιο επίσης συγγραφέα, έχουν καταγραφεί περισσότερα από 80 αυτοάνοσα νοσήματα.

Η εκδήλωσή τους οφείλεται στην στροφή του ανοσοποιητικού συστήματος εναντίον ενός ή περισσότερων οργάνων του νοσούντος αντί να στραφεί εναντίον του εισβολέα.

Οι μηχανισμοί της ιστικής βλάβης είναι οι εξής:

Α) μέσω κυτταροτοξικών αντισωμάτων,

Β) μέσω ανοσοσυμπλεγμάτων και

Γ) μέσω κυτταρικής ανοσίας.

Η πρώτη περίπτωση, αφορά τη σύνθεση των αυτοαντισωμάτων στην κυτταρική μεμβράνη, με κάποιο αντιγόνο.

Στη δεύτερη, τα αυτοαντισώματα αντιδρούν με αντιγόνα που κυκλοφορούν στο αίμα, σχηματίζοντας ανοσοσυμπλέγματα.

Η τρίτη περίπτωση (βλάβη μέσω κυτταρικής ανοσίας), προκαλείται με βοηθητικά Τ-λεμφοκύτταρα, με τη δράση κυτταροτοξικών Τ-λεμφοκυττάρων (Μουτσόπουλος 2005).

Από το σύνολο των εκφυλιστικών και φλεγμονωδών νοσημάτων που προσβάλλουν τις ΚΓΔ και την ευρύτερη περιοχή του ΣΣ, οι συχνότερες είναι η Οστεοαρθρίτις (ΟΑ) και η ρευματοειδής αρθρίτις (ΡΑ).

Από τα υπόλοιπα αυτοάνοσα νοσήματα, κατά σειρά συχνότητας τα οποία, εκτός των άλλων οργάνων, προσβάλλουν και τις ΚΓΔ, είναι τα ακόλουθα:

- Αγκυλοποιητική σπονδυλίτις (ΑΣ)
- Ψωριασική αρθρίτις (ΨΑ)
- Χρόνια Νεανική Αρθρίτις (ΧΝΑ)
- Κροταφική Αρθρίτις (ΚΑ)
- Σύνδρομο Reiter (ΣR)
- Ουρική Αρθρίτις (ΟΥΑ)
- Ψευδοουρική Αρθρίτις (ΨΑ)
- Συστηματικός Ερυθηματώδης Λύκος (ΣΕΛ)
- Σύνδρομο Sjogren (ΣSj)
- Σκληροδερμία (ΣΔ)
- Μικροβιακή Αρθρίτις (ΜΑ)
- Σαρκοείδωση (ΣΑ)
- Χονδρομαλακία (ΧΜ)
- Δερματομυοσίτις-Πολυμυοσίτις (ΔΠ)

Σε προγενέστερες δημοσιεύσεις (Δρούκας και Τζάκης 2012, Δρούκας και συν. 2013), στο "Οδοντιατρικό Βήμα", ανασκοπήθηκαν οι σημαντικότερες από τις προαναφερθείσες, σε σχέση με τις ΚΓΔ και την ευρύτερη περιοχή του ΣΣ και, περιληπτικά, για τις σπανιότερες.

Οι παθολογοανατομικές μεταβολές που προκύπτουν από την εκδήλωση των ανωτέρω αυτοάνοσων νοσημάτων, επηρεάζουν την εύρυθμη λειτουργία του ΣΣ, προκαλώντας πόνο, αναστολή ή μείωση των λειτουργικών κινήσεων της κάτω γνάθου (ΚΓ), παθολογικούς ήχους, καθώς και άλλες δυσάρεστες καταστάσεις, αναλόγως του είδους της φλεγμονώδους και εκφυλιστικής πάθησης.

Στο παρόν άρθρο, θα πραγματευτούμε την θεραπευτική προσέγγιση των εν λόγω παθήσεων που εκδηλώνονται σε ασθενείς με δυσλειτουργία του ΣΣ, σχολιάζοντας και πάλι τις σημαντικότερες από αυτές.

Οστεοαρθρίτις – Οστεοάρθρωση (ΟΑ)

Εκφυλιστικές αλλοιώσεις έχουν εντοπιστεί και περιγραφεί στους σπονδύλους της ουράς δεινοσαύρων, καθώς και σε σκελετικά υπολείμματα του ανθρώπου του Νεάντερνταλ.

Έρευνες της δεκαετίας του 80 στη Βρετανία, εκτιμούν ότι το 50% των ενηλίκων εμφανίζουν ΟΑ σε μία ή περισσότερες αρθρώσεις.

Ανάλογες μελέτες σε Αμερική και Καναδά, εκτιμούν ότι 40 εκατομμύρια, στην πρώτη, και 4 εκατομμύρια, αντίστοιχα, στον Καναδά, εμφανίζουν ΟΑ.

Η πάθηση σχετίζεται με την ηλικία, ενώ μεταξύ των δύο φύλων, υπερτερούν οι γυναίκες. Ενδεικτικά στις ηλικίες μεταξύ 65 και 74 ετών, το ποσοστό ανέρχεται στο 70%, ενώ για τις ηλικίες άνω των 75, φθάνει μέχρι και 90%.

Αναφορικά με τον χώρο της Παθολογικής Φυσιολογίας του Στοματογναθικού Συστήματος, οι επιδημιολογικές εκτιμήσεις παρουσιάζουν αραιές διακυμάνσεις της ποσοστιαίας αναλογίας, η οποία ξεκινά από 8% και φθάνει έως 44% με ενδιάμεσα ποσοστά 8,9% και 25% (Ericson & Lundberg 1984, Toller 1973, Wedel 1988, Mejersjo 1984, Wenneberg και συν. 1971, Axelsson 1995).

Η αιτιολογία, η παθογένεια, τα υποκειμενικά συμπτώματα, τα κλινικά, ακτινογραφικά εργαστηριακά ευρήματα, η διαφορική διάγνωση, η διάγνωση και η πρόγνωση, ενδελεχώς ανεπτύχθησαν, όπως ήδη προανέφερα, στις δύο προγενέστερες δημοσιεύσεις (Δρούκας και Τζάκης 2011, Δρούκας και συν. 2013), αναφορικά με τα αυτοάνοσα νοσήματα που προσβάλλουν το ΣΣ και την ευρύτερη περιοχή του.

Θεραπεία ΟΑ

Η θεραπευτική προσέγγιση της ΟΑ της ΚΓΔ, ξεκινά με την ενημέρωση του ασθενούς σχετικά με τη φύση της πάθησης, την εξελικτική της πορεία και τη θεραπευτική της αντιμετώπιση.

Η καταστολή και ο έλεγχος του πόνου μέσης ή σοβαρής έντασης, επιτυγχάνεται με τη χορήγηση αναλγητικών και αντιφλεγμονωδών φαρμάκων.

Φάρμακο εκλογής, θεωρείται η ασπιρίνη, σε δόσεις που κυμαίνονται από 0,5 έως 1 gr. ημερησίως.

Σε εξαιρετικά επώδυνες και επιμένουσες καταστάσεις, η θεραπεία εκλογής, κατά την άποψη του γράφοντος, είναι η ενδαρθρική χορήγηση ενός στεροειδούς, σε συνδυασμό με ένα τοπικό αναισθητικό, σε δόσεις 0,5 και 0,5 αντίστοιχα, στον άνω θάλαμο της ΚΓΔ.

Τα αποτελέσματα, όσον αφορά την ελάττωση του πόνου και τη βελτίωση της λειτουργικότητας της άρθρωσης, καθώς και την αναστολή της εξέλιξης των ενδαρθρικών διεργασιών, είναι πολύ καλά για τα επόμενα 8 χρόνια, σύμφωνα με σχετικές εργασίες των (Kopp και συν. 1987, Wenneberg και συν. 1991)

Καλύτερα αποτελέσματα με λιγότερες ανεπιθύμητες επιπτώσεις, είναι η χορήγηση υαλουρονικού νατρίου συμβάλλοντας στη μείωση των υποκειμενικών συμπτωμάτων.

Εκτός της φαρμακευτικής αντιμετώπισης, δεν θα πρέπει να υποτιμάται η πολύ σημαντική συμβολή των φυσικών μεθόδων θεραπείας.

Η μαλακή δίαιτα, η ανάπαυση του ΣΣ, η αποφυγή ακραίων κινήσεων της ΚΓ, οι μαλάξεις των μυών της περιοχής, βελτιώνουν σημαντικά την εικόνα του ασθενούς.

Ομοίως, οι διαθερμίες, οι υπέρηχοι συμβάλλουν σημαντικά στην καταστολή του πόνου και της μυϊκής δυσπραγίας.

Στους αιτιολογικούς παράγοντες πρόκλησης ΟΑ, μεταξύ άλλων, έχουν ενοχοποιηθεί και τα μηχανικά φορτία.

Συνεπώς, η αποκατάσταση ελλειπόντων δοντιών κρίνεται επιβεβλημένη ενέργεια, σε συνδυασμό με τα προαναφερθέντα θεραπευτικά μέτρα. Επίσης, η τοποθέτηση ενδοστοματικού νάρθηκα έχει ιδιαίτερη αξία στην ελάττωση των διαφόρων παραλειτουργικών έξεων, με ιδιαίτερη εκείνη του βρυγμού.

Συμπερασματικά, ο συνδυασμός των διαφόρων συντηρητικών μέσων θεραπείας, εκτός της καταστολής του πόνου, ελαχιστοποιεί τη βαρύτητα της δυσλειτουργίας, ελέγχοντας τα υπέρμετρα μηχανικά φορτία και τους πιθανούς τραυματισμούς των ΚΓΔ (Zarb και Carlsson 1994).

Χρόνιες και προβληματικές περιπτώσεις ΟΑ των ΚΓΔ, όπου τα συντηρητικά μέσα θεραπείας κρίνονται ανεπαρκή, εναλλακτικά, προτείνεται η χειρουργική θεραπεία.

Οι προτεινόμενες χειρουργικές τεχνικές είναι:

- Η κονδυλοτομή
- Η κονδυλεκτομή και
- Η δισκεκτομή.

Οι ενδείξεις αφαίρεσης του δίσκου είναι αυστηρά περιορισμένες (Okeson 1991).

Η χειρουργική εφαρμογή τεχνικών, καθώς και τα θεραπευτικά οφέλη που προκύπτουν, θα πρέπει να γίνονται σε αυστηρά επιλεγμένες περιπτώσεις και μετά από εμπεριστατωμένη ενημέρωση του ασθενούς για τις πιθανές επιπτώσεις και παρενέργειες.

Κατά την άποψη του γράφοντος, η χειρουργική παρέμβαση πλην ελαχίστων εξαιρέσεων, στην συντριπτική πλειοψηφία των περιπτώσεων ΟΑ των ΚΓΔ, δεν αποτελεί θεραπεία εκλογής.

Η αιμάτωση της ΚΓΔ, από την επιπολής κροταφική και την έσω γναθιαία (ακρέμονες κλάδοι της έξω καρωτίδος), η νέκρωση της ΚΓΔ από το ωτοκροταφικό νεύρο (αμιγές αισθητικό, προερχόμενο από το οπίσθιο στέλεχος του τρίτου κλάδου του τριδύμου), η κατάφυση του έξω πλαγίου συνδέσμου της ΚΓΔ, στον αυχένα του κονδύλου, οι δύο μοίρες άνω και κάτω του έξω πτερυγοειδούς αμφοτερόπλευρα, αποτελούν, στο σύνολό τους, σοβαρότατα ανατομικά μόρια, η κάκωση των οποίων, κατά τη διάρκεια της παρασκευής της περιοχής, υπέσχονται σοβαρές και μη ανατάξιμες βλάβες, στην λειτουργικότητα του ΣΣ και της ευρύτερης περιοχής του.

Και πάλι κατά την άποψη του γράφοντος, η χειρουργική παρέμβαση στην ΚΓΔ, είναι αποδεκτή σε περιπτώσεις σοβαρών τραυματισμών και κακώσεων της περιοχής και σε περιπτώσεις αυτογενών ή μεταστατικών νεοπλασιών.

Συμπερασματικά, είναι προτιμότερο και πλέον αποδεκτό το αποτέλεσμα από την εφαρμογή της συντηρητικής θεραπείας, η οποία αποβλέπει στην απόδοση του εφικτού.

Άλλωστε, προϊόντος του χρόνου, η ένταση και η συχνότητα του πόνου μειώνονται, αν και οι ερπυστικοί ήχοι, εξαιτίας του εκφυλισμού της άρθρωσης, παραμένουν.

Ρευματοειδής Αρθρίτιδα (ΡΑ)

Χρόνια φλεγμονώδης νόσος του συνδετικού ιστού, αγνώστου αιτιολογίας.

Προσβάλλει οποιαδήποτε άρθρωση αρχίζοντας από μικρές περιφερικές αρθρώσεις, προκαλώντας οίδημα, δυσκαμψία και απώλεια των λειτουργικών κινήσεων της άρθρωσης (Μουτσόπουλος 2005).

Η ΚΓΔ είναι συχνά μεταξύ των εμπλεκομένων αρθρώσεων, σε ποσοστά που διαφέρουν από 2-86%. (Carlsson και συν. 1979)

Η μεγάλη διακύμανση των ποσοστών οφείλεται σε διαφορετικούς παράγοντες, όπως π.χ. κριτήρια ταξινόμησης, οξεία ή χρονία φάση της νόσου κλπ.

Σύμφωνα με την Ελληνική Ρευματολογική Εταιρεία, δύο εκατομμύρια Έλληνες πάσχουν από ρευματικά νοσήματα και από αυτούς ένα εκατομμύριο έχει ανάγκη θεραπείας.

Η ΡΑ εμφανίζεται κυρίως σε γυναίκες μέσης ηλικίας με αυξητικές τάσεις, μετά την έβδομη δεκαετία.

Αναφορικά με την ΚΓΔ, κλινικές έρευνες κατέδειξαν ότι σε κάθε 20 ή 30 ασθενείς με ΡΑ, εμφανίζονται συμπτώματα και από τις ΚΓΔ (Tegelberg και Kopp 1987).

Ποσοστό υψηλότερο του 1/3 των ασθενών με ΡΑ, εμφανίζει συμπτώματα από τις ΚΓΔ σε διάστημα μικρότερο του ενός χρόνου από την έναρξη της γενικής νόσου.

Συνέχεια στη σελίδα 8

FKG
swiss endo

RACE® EVO

THE RACE LEGACY

SAFE. EFFICIENT. SOFT CONTROL.

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

Συνέχεια από τη σελίδα 6

Αντίθετα, ένα ποσοστό 40% παρουσιάζει συμπτώματα από την ΚΓΔ, πέντε ή και περισσότερα χρόνια μετά την έναρξη της γενικής νόσου.

Σε ποσοστό 60%, η προσβολή των ΚΓΔ είναι αμφοτερόπλευρη.

Η εκδήλωση των συμπτωμάτων σε ποσοστό 40% είναι απότομη, ενώ ποσοστό 30% αναφέρει σταδιακή έναρξη.

Τέλος, ποσοστό 10% παρουσιάζει σοβαρές λειτουργικές διαταραχές στο ΣΣ (Kopp 1994).

Θεραπεία ΡΑ

Η θεραπευτική αντιμετώπιση ασθενούς με ΡΑ των ΚΓΔ, αποσκοπεί κυρίως στην ύφεση των επώδυνων συμπτωμάτων, στη μείωση της φλεγμονής και στην αποκατάσταση της λειτουργικότητας του ΣΣ.

Οι ως άνω ενέργειες γίνονται παράλληλα με το γενικό θεραπευτικό πρωτόκολλο.

Ο ασθενής ενημερώνεται σχετικά για τη φύση της νόσου, την πορεία της, την πρόγνωση παράλληλα με την ενθάρρυνση για την καλύτερη καταστολή της νόσου (Kopp 1994, Ανδριανάκος 1983).

Το θεραπευτικό πρωτόκολλο αποτελείται από δύο στάδια. Το πρώτο αφορά την οξεία φάση της νόσου, χαρακτηριζόμενης από πόνο και φλεγμονή, ενώ το δεύτερο αφορά τον χρόνιο χαρακτήρα της νόσου. Χαρακτηρίζεται δε από ήπια συμπτώματα.

Για την ελάττωση του πόνου και της φλεγμονής, αρχικά, ενδείκνυται η χορήγηση μη στεροειδών αντιφλεγμονωδών φαρμάκων, παράλληλα με την εφαρμογή μέσων για την τοπική θεραπεία.

Η δράση των μη στεροειδών αντιφλεγμονωδών φαρμάκων είναι η σταθεροποίηση της μεμβράνης των λυσοσωμάτων και η αναστολή μετανάστευσης των λευκοκυττάρων.

Η κύρια όμως δράση τους συνίσταται στην αναστολή παραγωγής PG, εμποδίζοντας το ένζυμο "κυκλοοξυγενάση", στο οποίο αποδίδεται η ελάττωση της φλεγμονής και του πόνου (Adams 1984).

Το πλέον σύνηθες αναλγητικό και αντιπυρετικό φάρμακο είναι η ασπιρίνη, σε μέγιστη δόση 3-5 gr.

Λόγω των παρενεργειών της σε υψηλές δόσεις, εναλλακτικά, προτείνεται η Naproxen και η Ibuprofen (Kopp 1994).

Σε περιπτώσεις μη ανταπόκρισης και εφόσον η ΚΓΔ αποτελεί την κύρια εστία της φλεγμονής και του πόνου, ενδείκνυται η χορήγηση γλυκοκοστεροειδών φαρμάκων.

Αντένδειξη αποτελεί η χορήγηση σε άτομα με ενεργό γαστροδωδεκαδακτυλικό έλκος, σακχαρώδη διαβήτη, ενεργό φυματίωση, σύνδρομο Cushing και γενικές φλεγμονές.

Η τεχνική της ενδαρθρικής χορήγησης, στην πάσχουσα άρθρωση έχει ως εξής:

Τοπογραφικά, με τη βοήθεια της ψηλάφησης, ανιχνεύεται η περιοχή της ΚΓΔ, για τον εντοπισμό της γλήνης και του κονδύλου, κατά τη διάρκεια πλαγιολίσθησης της ΚΓ. Ακολουθεί αντισηψία της περιοχής, με τη χρήση κατάλληλων αντισηπτικών διαλυμμάτων για τοπική χρήση.

Η έμπαρση της βελόνας γίνεται στον άνω θάλαμο της ΚΓΔ, 2-3 mm κάτω από το ζυγωματικό τόξο και 4-5 mm εμπρός από το πρόσθιο χείλος του τράγου ***(Εικ. 1)***.

Εικ. 1: Ενδαθρική χορήγηση στεροειδούς σε συνδυασμό με τοπικό αναισθητικό (Από το βιβλίο «Klinisk bettfysiologi» με την ευγενική άδεια του καθηγητού Tomas Magnusson και του εκδ. οίκου GOTHIA FORTBILDNING, 2013).

Η κατεύθυνση της βελόνας είναι ελαφρώς προς τα πάνω και πίσω.

Αν συναντήσουμε αντίσταση, η έμπαρση διακόπτεται διότι, πιθανώς, έχει διατρηθεί το οπίσθιο χείλος του δίσκου και, συνεπώς, δεν έχει εισέλθει στον διάρθριο χώρο.

Η απόσταση από την επιφάνεια της επιδερμίδας έως τον άνω θάλαμο της ΚΓΔ είναι περίπου 20-30 mm, εξαρτώμενο από το πάχος των υποκείμενων ιστών.

Πριν από την έγχυση του στεροειδούς, προηγείται αναρρόφηση και ακολουθεί η έγχυση του φαρμάκου, με βραδύ ρυθμό, σε ποσότητα 0,5-1,0 ml των 6 mg/ml και ίση ποσότητα τοπικού αναισθητικού.

Εκτός της χορήγησης στεροειδών, η θεραπεία συμπληρώνεται και από εναλλακτικά θεραπευτικά σχήματα, τα οποία έχουν ως εξής:

- Ενδοστοματικοί νάρθηκες (ο τύπος του νάρθηκα επιλέγεται κατά περίπτωση)
- Κινησιοθεραπεία (ασκήσεις επιλεγμένες και πάλι, κατά περίπτωση)
- Οδοντιατρικά μέσα και μέθοδοι θεραπείας.

Τα εναλλακτικά θεραπευτικά σχήματα αποτελούν το δεύτερο στάδιο αντιμετώπισης της ΡΑ των ΚΓΔ.

Η μειωμένη κινητικότητα της ΚΓ και η μυϊκή υπερένταση είναι το αποτέλεσμα της αναστολής ή του περιορισμού των λειτουργικών κινήσεων της ΚΓ αφενός, και αφετέρου, του ενδαρθρικού πόνου και της εν εξελίξει φλεγμονής (Tegelberg και Kopp 1987).

Κατά τη διάρκεια της οξείας φάσης παρατηρείται ελάττωση της θερμοκρασίας του μασητήρα, λόγω μειωμένης αιμάτωσης, οφειλόμενη πιθανώς σε αγγειοσυστολή ως άμεση αντίδραση στον πόνο (Engel 1989, Schim TT και Guillot 1984).

Οδοντιατρικές μέθοδοι

Η σύγκλειση των δοντιών και ιδιαιτέρως οι πρόευρες επαφές και οι συγκλεισιακές παρεμβολές, η απώλεια των δοντιών, υποστήριξη κλπ., έχουν ιδιαίτερη βαρύτητα στην εξέλιξη της ΡΑ των ΚΓΔ, από τοπική, ασφαλώς, άποψη.

Ιδιαιτέρως, η έλλειψη των πίσω δοντιών επιβαρύνει τους μύες της περοχής, όσο και τη λειτουργικότητα των ΚΓΔ, προκαλώντας χρόνιο τραυματισμό και επιδείνωση της δυσλειτουργίας του ΣΣ.

Μετά την παρέλευση της οξείας φάσης της νόσου, κύριο μέλημα αποτελεί η αποκατάσταση και η απόδοση σταθερής σύγκλεισης.

Η πρόσθια ανοιχτή δήξη ***(Εικ. 2Α, 2Β)***, αποτέλεσμα καταστροφής του δίσκου και του οστού, αυξάνει την απόσταση κεντρικής σχέσης (ΚΣ), μέγιστης συγγόμφωσης (ΜΣ).

Κατά περίπτωση, το σοβαρό αυτό πρόβλημα μπορεί, ενδεχομένως, να επιλυθεί ή μάλλον να βελτιωθεί, με εκλεκτικό τροχισμό.

Εικ. 2Α και Β: Πρόσθια ανοιχτή δήξη ασθενούς με ΡΑ. Η εικόνα 2Α απεικονίζει πλαγιολίσθηση της ΚΓ δεξιά, ενώ η 2Β πλαγιολίσθηση της ΚΓ αριστερά. Και στις δύο εικόνες ο περιορισμός της κινητικότητας της ΚΓ είναι εξαιρετικά περιορισμένη, δίνοντας την εντύπωση αμιγούς κατάσπασης και όχι πλαγιολισθήσεως της ΚΓ. (Οι εικόνες πάρθηκαν από το σύγγραμμα «Λειτουργία και Δυσλειτουργία του Στοματογναθικού συστήματος», 4η έκδοση, εκδ. Γ. Παρισιάνου, Αθήνα 2020, Βύρων Δρούκας).

Πιο συγκεκριμένα:

Ανάλογα με το μέγεθος του ανοίγματος και του αριθμού των οπισθίων συγκλεινόντων δοντιών με τους ανταγωνιστές, μπορούμε να εκτιμήσουμε τόσο την έκταση του εκλεκτικού τροχισμού, όσο και την αύξηση του αριθμού των συγκλεινόντων δοντιών που θα προκύψουν.

Εφόσον η παραμένουσα απόσταση των προς τα εγγύς δοντιών με τους ανταγωνιστές είναι μικρή, ενδεχομένως να επιτύχουμε περισσότερες επαφές με την κατασκευή στεφανών.

Εξυπακούεται ότι όλη αυτή η διαδικασία θα πρέπει, σε πρώτη φάση, να ολοκληρωθεί σε εκμαγεία μελέτης, ανηρτημένα σε ημιπροσαρμοζόμενο αρθρωτήρα κατά προτίμηση.

Δεν πρέπει να διαλάθει της προσοχής μας, ότι ο εκλεκτικός τροχισμός αποτελεί μία μη αντιστρεπτή διαδικασία, με ό,τι αυτό συνεπάγεται, σε περιπτώσεις είτε λανθασμένων τεχνικών εφαρμογής τους, είτε σε κακή εκτίμηση των δεδομένων και των τοπικών παραγόντων σε μια τέτοια περίπτωση.

Σε περιπτώσεις κατά τις οποίες οι εκτιμήσεις μας αποτρέπουν την παραπάνω διαδικασία, είτε επειδή ο αριθμός των συγκλεινόντων ανταγωνιστών είναι μικρός, σε συνδυασμό με ιδιαίτερα μεγάλη-αυξημένη πρόσθια ανοιχτή δείξη, είτε επειδή η κατασκευή και τοποθέτηση στεφανών, δεν υπόσχεται σημαντική βελτίωση, είναι προτιμότερη η κατασκευή και τοποθέτηση νάρθηκα ολικής επικάλυψης, κατασκευασμένου κατά τρόπο που να συμπροβαίνει, κυρίως στην ανατομική περιοχή, το κακό που καταλείπει η ανοιχτή δήξη.

Αν μη τι άλλο, το όφελος για τον ασθενή είναι η εξασφάλιση σημαντικής μυοχάλασης των μασητήριων μυών και βελτίωση της λειτουργικότητας, τόσο των ΚΓΔ, όσο και των λειτουργικών κινήσεων της ΚΓ.

Η χρήση του εξαρτάται και πάλι κατά περίπτωση και, κυρίως, ανάλογα με τα υποκειμενικά συμπτώματα.

Βεβαίως, παραμένει πρόβλημα η σημαντικά μειωμένη μασητική ικανότητα του ασθενούς, αναμφίβολα.

Αυτό που θα μπορούσα να σχολιάσω, χωρίς όμως ερευνητική τεκμηρίωση, ορμόμενος από την φροντίδα και περίθαλψη παρόμοιων ασθενών, είναι ότι ο συγκλεισιακός αναπρογραμματισμός μέσω του Κεντρικού Νευρικού Συστήματος, προοδευτικά, δημιουργεί ένα νέο πρότυπο μασητικού κύκλου, προσαρμοσμένου σε έναν πολύ μικρό αριθμό μασητικών επαφών.

Η εξελικτική πορεία της ανοιχτής δήξης, είναι μία βραδεία διαδικασία, στο διάστημα της οποίας, παρέχεται όλος ο απαιτούμενος χρόνος για τον συγκλεισιακό αναπρογραμματισμό και τη δημιουργία νέου μασητικού κύκλου, ο οποίος μπορεί να ανταποκρίνεται ικανοποιητικά σε καινούργια συγκλεισιακά δεδομένα.

Θα σχολίαζα, ακόμα, το γενονός ότι, συζητώντας με παρόμοιους ασθενείς, το κύριο μέλημα γι' αυτούς είναι το αισθητικό πρόβλημα που προκύπτει σε μία τέτοια περίπτωση. Θα πρόσθετα, μάλιστα, ότι αποτελεί κοινό παρομοιαστή.

Σε ασθενείς με ΡΑ των ΚΓΔ, ο κλινικός δείκτης δυσλειτουργίας συσχετίζεται με την απώλεια των δοντιών υποστήριξης, αντίστοιχα με την ηλικία και την πρόσθια ανοιχτή δήξη (Tegelberg και Kopp 1987).

Σε χρόνιους ασθενείς με ΡΑ των ΚΓΔ και παράλληλες διαταραχές στη σύγκλειση, η χρήση ενδοστοματικού νάρθηκα παρέχει σημαντική και άμεση ανακούφιση.

Η σταθερότητα που προκύπτει μεταξύ των δύο γνάθων βελτιώνει τη μυϊκή λειτουργία, ελαττώνει τα μηχανικά φορτία που δέχονται οι ιστοί της περιοχής και οι αρθρώσεις.

Νάρθηκας επιλογής είναι ο επίπεδος νάρθηκας ολικής επικάλυψης ή, σε περιπτώσεις μερικής ανοδοντίας και κυρίως αμφοτερόπλευρης, νάρθηκας επιλογής είναι η παραλλαγή του προηγούμενου, δηλαδή νάρθηκας υποστήριξης.

Κατά τη διάρκεια της ημέρας, συνιστάται η τοποθέτηση νάρθηκα με τη μορφή μερικής οδοντοστοιχίας, από κυνόδοντα και πίσω.

Πλεονεκτήματα είναι ο μικρότερος όγκος ακρυλικής ρητίνης, η μεγαλύτερη σταθερότητα και καλύτερη ομιλία.

Συγκλεισιακή ρύθμιση

Η μυοχάλαση που έπεται της τοποθέτησης του νάρθηκα, αποτελεί την κατάλληλη στιγμή για την εξισορρόπηση της σύγκλεισης, είτε με τη μορφή εκλεκτικού τροχισμού, κυρίως σε περιπτώσεις εξεσημασμένων συγκλεισιακών παρεμβολών, είτε σε συνδυασμό με άλλα προσθετικά μέτρα, προς αντιμετώπιση, κυρίως της πρόσθιας ανοιχτής δήξης, εφόσον υφίσταται.

Ο εκλεκτικός τροχισμός, αποτελεί μία μη αντιστρεπτή διαδικασία, η οποία πρέπει να λαμβάνεται σοβαρά υπόψη σε ασθενείς με παρόμοια προβλήματα.

Η αξιολόγηση ασθενών με ΡΑ των ΚΓΔ, από πλευράς εξέλιξης των δομικών μεταβολών της άρθρωσης, δεν είναι εύκολη.

Η συνεργασία με τον Ρευματολόγο ενδεχομένως παρέχει πολύτιμες πληροφορίες για την καλύτερη αντιμετώπιση του ασθενούς.

Πολύτιμα επίσης στοιχεία για την πορεία της φλεγμονής που, όπως αποδείχτηκε, σχετίζεται με τις δομικές μεταβολές της άρθρωσης, αντλούνται από τις διάφορες ορολογικές εξετάσεις (CRP, ECR, δείκτης του Richie (Richie και συν. 1977).

Προσθετική αποκατάσταση

Ο χρόνος που θα επιλεγεί για την προσθετική αποκατάσταση εξαρτάται από το κατά πόσον πληρούνται οι προϋποθέσεις που θέσαμε προηγουμένως.

Ο τύπος της προσθετικής αποκατάστασης εκτιμάται κατά περίπτωση.

Σύμφωνα με τους Marbach και Spiera, οι μικρές ακίνητες μονάδες είναι προτιμότερες από τις εκτεταμένες ή κινητές (Marbach και Spiera 1967).

Η σύγκλειση πρέπει να ελέγχεται σχολαστικά έτσι ώστε να εγγυάται άνετη διακίνηση των λειτουργικών κινήσεων της ΚΓ.

Κλινικές παρατηρήσεις έδειξαν ότι ασθενείς με ΡΑ των ΚΓΔ, εμφανίζουν, σε μεγάλη συχνότητα, οδοντικά και περιοδοντικά προβλήματα (Franks 1969, Κεπεγιάννη 1986), πιθανώς λόγω δυσκολίας πρόσβασης στον Οδοντίατρο και λόγω παραμέλησης της στοματικής υγιεινής.

Οι κινητές προσθετικές εργασίες, με την έμφυτη αστάθεια που τις χαρακτηρίζει και τις αποτριβές που διαχρονικά υφίστανται, συχνά επιβαρύνουν την όλη κατάσταση (Magnusson 1981).

Επί ελλείψεως των οπισθίων δοντιών, επιβάλλεται η τοποθέτηση μερικής οδοντοστοιχίας, για το ενδεχόμενο εκδήλωσης ΟΑ στην ήδη βεβαρυμένη άρθρωση (Kopp 1994).

Συνεκτιμώντας τα αφορώντα την ΡΑ των ΚΓΔ, θα πρέπει να έχουμε κατά νου, μεταξύ άλλων, ότι η διάγνωση και η εξέλιξη της νόσου πρέπει να βασίζονται στον συνδυασμό σταθερών κριτηρίων και διαγνωστικών μεθόδων.

Η θεραπευτική αντιμετώπιση του ΣΣ είναι εξατομικευμένη εξαρτώμενη από το στάδιο και την πορεία της νόσου.

Οι ασθενείς θα πρέπει να ενημερώνονται για τις τυχόν επιπτώσεις της γενικής νόσου στους οδοντικούς και περιοδοντικούς ιστούς, καθώς και στις ΚΓΔ.

Επισημαίνεται, επίσης, η αξία της καθημερινής στοματικής υγιεινής.

Άλλες διαταχές - Σπονδυλοαρθροπάθειες

Με τον όρο αυτό χαρακτηρίζεται μία ομάδα διαραχών, οι οποίες συνδέονται με στενή κλινική, επιδημιολογική και γενετική σχέση.

Περιλαμβάνουν την Αγκυλοποιητική ή Αγκυλωτική Σπονδυλίτιδα (ΑΣ), την Ψωριασική Αρθρίτιδα (ΨΑ), Χρόνια Νεανική Αρθρίτιδα (ΧΝΑ), Κροταφική Αρτηρίτιδα (ΚΑ), Σύνδρομο Reiter (ΣR), Ουρική Αρθρίτιδα (ΟΥΑ), Ψευδοουρική Αρθρίτιδα (ΨΕΥΑ. Α), Συστηματικός Ερυθηματώδης Λύκος (ΣΕΛ), Σύνδρομο Sjögren (ΣS), Σκληροδερμία (ΣΔ), Μικροβιακή Αρθρίτιδα (ΜΑ), Σαρκοείδωση (ΣΑΔ), Χονδρομαλακία (ΧΜ), Δερματομυοσίτιδα-Πολυμυοσίτιδα (ΔΠ).

Αποτελούν ενιαία νοσολογική οντότητα χαρακτηριζόμενη από την τάση συμμετοχής τους σε αριθμό κλινικών γνωρισμάτων όπως η πα-

Συνέχεια στη σελίδα 10

AIRFLOW® PROPHYLAXIS MASTER

"I FEEL GOOD"

GUIDED BIOFILM THERAPY®

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.

Βιώσιμα προϊόντα με την ίδια εξαιρετική ποιότητα!

Η TePe σχεδιάζει και παράγει προϊόντα που προάγουν μακροπρόθεσμα την στοματική υγεία και επομένως και την ποιότητα ζωής για τους ανθρώπους σε ολόκληρο τον κόσμο.

Η TePe ανέλαβε την πρόκληση για να επιτευχθεί ουδετερότητα άνθρακα στη διαδικασία παραγωγής προϊόντων και συσκευασιών της το 2022.

Χρησιμοποιεί βιοπλαστικά και πράσινη ενέργεια στην παραγωγή προϊόντων GOOD.

- **TePe GOOD®**
  - Οδοντόβουρτσες
    - Regular (τύπου Select soft)
    - Compact (Soft)
    - Mini με μαλακές ίνες (x-Soft)
  - Mini Flosser™
  - Tongue Cleaner

- **Μεσοδόντια βουρτσάκια original (κλασσικά)**

Για την κατασκευή των original (κλασσικών) μεσοδοντίων η TePe χρησιμοποιεί πιστοποιημένες ανανεώσιμες πρώτες ύλες που κατά τη διάρκεια της παραγωγής τους εκπέμπεται 80% λιγότερο διοξειδίο του άνθρακα (CO_2) στο περιβάλλον.

Με αυτόν τον τρόπο έκανε ουσιαστικά βήματα στη μείωση του αποτυπώματος άνθρακα.

Δέσμευσή της είναι η κατασκευή όλων των προϊόντων της από βιώσιμα υλικά και θα το κάνει αυτό χωρίς συμβιβασμούς στην ποιότητα και τη λειτουργία τους.

Made in Sweden

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

Συνέχεια από τη σελίδα 8

ρουσία τους σε μικρές περιφερικές αρθρώσεις.

Επίσης, δεν σχετίζονται με τον ρευματοειδή παράγοντα.

Αγκυλωτική Σπονδυλίτις (ΑΣ)

Γνωστή από τους αρχαίους χρόνους. Τυπικές αποτιτανώσεις εντοπίστηκαν στις ακανθώδεις αποφύσεις των σπονδύλων σε Αιγυπτιακές μούμιες του 29ου π.χ. αιώνα.

Είναι χρονία φλεγμονώδης αρθρίτιδα της σπονδυλικής στήλης και προσβάλλει τις ιερολαγόνιες και πολλές περιφερικές αρθρώσεις.

Είναι σπάνια νόσος με κληρονομική προδιάθεση. Προσβάλλει το 0,1% του γενικού πληθυσμού.

Οι άνδρες προσβάλλονται 4-9 φορές συχνότερα από τις γυναίκες (Huskisson και Hart 1975). Η συχνότητα εμφάνισης ποικίλλει ανάμεσα στους διάφορους πληθυσμούς, γεγονός που μπορεί να εξηγηθεί με βάση την ύπαρξη ή όχι του αντιγόνου HLA-B27. Έχει διαπιστωθεί ότι το 80-100% των ατόμων που πάσχουν από ΑΣ έχουν το συγκεκριμένο αντιγόνο (Wenneberg 1994).

Ηλικίες προσβολής είναι μεταξύ 15-30 ετών (Huskisson και Hart 1975).

Σύμφωνα με άλλες έρευνες, η αναλογία μεταξύ των δύο φύλλων, κυμαίνεται από 10:1 έως 3,3:1, ενώ οι ηλικίες προσβολής κυμαίνονται μεταξύ 15 και 40 ετών. Η βαρύτητα και η έκταση της νόσου είναι πολύ μεγαλύτερη στους άνδρες. Η αιτιολογία παραμένει άγνωστη.

Η πρωτογενής εντόπιση είναι η πρόσφυση των συνδέσμων και του θυλάκου μέσα στο οστό (ένθεση) και χαρακτηρίζεται από καταστροφή και οστεοποίηση παρά από καταστροφή και αστάθεια της άρθρωσης.

Οι φλεγμονώδεις μεταβολές επισυμβαίνουν στους μεσοσπονδύλιους δίσκους.

Προϊούσης της νόσου, εμφανίζονται ενασβεστιώσεις στον δακτύλιο κάτω από τους παρασπονδύλιους συνδέσμους.

Τα εργαστηριακά ευρήματα χαρακτηρίζονται από αύξηση της αλκαλικής φωσφατάσης και στον ορό, της κρεατινοφωσφοκινάσης.

Η διάγνωση τίθεται από την ακτινογραφική απεικόνιση των εκφυλιστικών ευρημάτων στις ιερολαγόνιες αρθρώσεις, καθώς και από την εκδήλωση ήπιου πόνου στη ράχη και ακαμψίας για περισσότερο από 3 μήνες, χωρίς να επέρχεται ανακούφιση κατά την ανάπαυση (Wenneberg 1994).

Η προσβολή της ΚΓΔ από ΑΣ κυμαίνεται από 0%-32%.

Κλινική και ακτινογραφική έρευνα σε 79 ασθενείς με ΑΣ, έδειξε ότι ποσοστό 11,5% παρουσίαζε εμπλοκή των ΚΓΔ.

Οι αποκλίσεις οφείλονται σε διαφορετικές τεχνικές εξέτασης καθώς τη βαρύτητα και την έκταση της νόσου.

Από ΣΣ το χαρακτηριστικότερο παθογνωμονικό εύρημα είναι η δυσκολία κατάσπασης της ΚΓ.

Θεραπεία ΑΣ

Η ΚΓΔ σπανίως αποτελεί πρωτοπαθή εστία εκδήλωσης της ΑΣ και σπανίως υφίσταται αγκύλωση, προφανώς λόγω της συνεχούς κινητικότητας (Wenneberg και συν. 1991).

Η γενική θεραπευτική αγωγή συνίσταται στην εφαρμογή κατάλληλης κινησιοθεραπείας, με στόχο τη βελτίωση της κινητικότητας και σταθερότητας του σώματος.

Συμπληρωματικά, χορηγούνται μη στεροειδή αναλγητικά, ενώ η ενδαρθρική έγχυση στεροειδών ενδείκνυται σε οξείες φάσεις διαδρομής της νόσου (Wenneberg 1994).

Σε περιπτώσεις προσβολής της ΚΓΔ, η θεραπεία αποβλέπει στην ελάττωση του πόνου και της φλεγμονής, παράλληλα με την προσπάθεια εξασφάλισης εύρυθμης λειτουργίας των ΚΓΔ. Κατά την οξεία φάση της νόσου, ως θεραπεία εκλογής προτείνεται η ενδαρθρική χορήγηση στεροειδούς μία ή δύο φορές, με διάλειμμα ενός περίπου μηνός.

Κατ' αντιδιαστολή με την ΡΑ και ΟΑ των ΚΓΔ, όπου η ενδαρθρική χορήγηση ενός στεροειδούς, σε συνδυασμό με ένα τοπικό αναισθητικό, υπόσχεται άριστα αποτελέσματα, στην περίπτωση της ΑΣ των ΚΓΔ, το αποτέλεσμα υπολείπεται, επειδή ενδεχομένως η ΑΣ, ως ιδιοπαθής διαταραχή, δεν ανταποκρίνεται στον ίδιο βαθμό, όπως συμβαίνει στις αρθροθυλακίτιδες (Wenneberg και συν. 1991, Kopp και συν. 1991).

Κατά τη χρονία φάση της νόσου, ως θεραπεία εκλογής προτείνεται η εφαρμογή κατάλληλης φυσιοθεραπείας, η τοποθέτηση ενδοστοματικού νάρθηκα ολικής επικάλυψης, η διευθέτηση της σύγκλεισης και η εφαρμογή TENS (Transcultaneous Electrical Nerve Stimulation: Διαδερματικές Ηλεκτρικές Νευρικές Διεγέρσεις).

Η κινησιοθεραπεία, σε διαρκή βάση, αποτελεί ανασχετικό παράγοντα στην αγκύλωση, την οποία η ΑΣ έχει την τάση να προκαλεί, ενώ παράλληλα, επιφέρει χαλάρωση των μυών του ΣΣ. Αφετέρου, η χρήση του νάρθηκα ελαττώνει τα μηχανικά φορτία που δέχονται οι ΚΓΔ, είτε λόγω απώλειας των πίσω δοντιών, κυρίως όμως κατά τη διάρκεια της μάσησης.

Η διευθέτηση της σύγκλεισης, είτε μέσω προσθετικών επανορθώσεων, είτε με τη μορφή εκλεκτικού τροχισμού, αποβλέπουν επίσης στην ελάττωση των μηχανικών φορτίων, αν και οι μεταβολές στις οποίες υπόκειται η σύγκλειση συνεπεία οστικής απώλειας, δεν είναι ιδιαίτερα σημαντικές, σε σύγκριση με εκείνες που, σε σύντομο χρονικό διάστημα, προκαλεί η ΡΑ (Wenneberg 1994, Carlsson και συν. 1979).

Η εφαρμογή TENS, σύμφωνα με σχετική έρευνα (Moystad και συν. 1990), παρέχει αποτελέσματα και ανακούφιση του πόνου των μυών του ΣΣ, στην επαναλειτουργία και την ελάττωση της ευαισθησίας των ΚΓΔ.

Τέλος, η χειρουργική παρέμβαση είναι εξαιρετικά σπάνια.

Σαφής ένδειξη αποτελεί η αγκύλωση της ΚΓΔ, καθώς και οι σοβαρές και εξαιρετικά επώδυνες περιπτώσεις ΑΣ, με τη διενέργεια αρθροπλαστικής ή μερικής αφαίρεσης του διαρθρίου δίσκου (μηνισκεκτομή) (Bjornland και συν. 1992, Sander 1975).

Ψωριασική Αρθρίτιδα (ΨΑ)

Χρόνια δερματοπάθεια αγνώστου αιτιολογίας. Χαρακτηρίζεται από ερυθηματο-λεπιδώδεις κηλίδες ή πλάκες που αφορίζονται σαφώς και καλύπτονται από παχέα και αργυρόχροα λέπια.

Διακρίνουμε 4 μορφές:

- Σταγονοειδής
- Νομισματοειδής
- Δακτυλιοειδής
- Γενικευμένη

Η νόσος προσβάλλει όλες τις ηλικίες, συνήθως της 2ης και 3ης δεκαετίας και ηλικίες μεταξύ 35 και 45 ετών συνήθως.

Επιδημιολογικώς, η ψωρίαση στο γενικό πληθυσμό εκτιμάται σε ποσοστό 1-2%, ενώ το ποσοστό της ΨΑ σε ασθενείς με ψωρίαση, ανέρχεται σε 5%, που σημαίνει 0,1% στο γενικό πληθυσμό (Wenneberg 1994) ή κατ' άλλους (Βουδούρης 1977), το 7% των ασθενών με ψωρίαση θα εμφανίσει ΨΑ.

Η ΨΑ ή αρθροπαθητική ψωρίαση, αποτελεί επιπλοκή της νόσου μετά την παρέλευση αρκετών ετών από την εκδήλωσή της.

Η κληρονομικότητα είναι αναμφισβήτητη. Έχουν μελετηθεί και άλλοι παράγοντες, όπως οι λοιμώξεις: σύφιλη, φυματίωση, στοματικές και οδοντικές λοιμώξεις, διαταραχές του μεταβολισμού κλπ. (Καπετανάκης 1960).

Η κλινική εικόνα της ΨΑ εμφανίζεται με τη μορφή ασύμμετρης φλεγμονής η οποία προ-

σβάλλει μικρές περιφερικές αρθρώσεις.

Είναι επίσης σύνηθες το φαινόμενο συνύπαρξης της ΨΑ με ΟΑ και ΑΣ.

Σε πρώιμα στάδια, η διαφορική διάγνωση από τη νόσο Reiter είναι δύσκολη επειδή, στην επιδερμίδα, μπορεί αρχικά να εμφανιστούν παρόμοιες μεταβολές (Wenneberg 1994).

Εργαστηριακά, δεν υπάρχουν ειδικές εξετάσεις για την ανίχνευση της ΨΑ. Ενδεχομένως, να ανευρεθεί θετικός ρευματοειδής παράγοντας.

Πιθανώς, η ανεύρεση υψηλού ουρικού οξέως να οδηγήσει σε λανθασμένη διάγνωση ουρικής αρθρίτιδας (Παπάζογλου 1983).

Περισσότερο αξιόπιστα είναι τα ακτινογραφικά ευρήματα, με τη μορφή μεμονωμένων και ετερόπλευρων διαβρωτικών αλλοιώσεων στην τελική φάλαγγα, σε αντίθεση με την ΡΑ όπου οι διαβρώσεις είναι αμφοτερόπλευρες. ***(Εικ. 3Α, 3Β)***

Εικ. 3Α: Ακτινογραφικά ευρήματα άκρων χειρών ασθενούς 74 ετών με διαγνωσμένη ψωρίαση διάρκειας 35 ετών. Παρατηρούνται σαφείς διαβρώσεις στις τελικές φάλαγγες ιδιαιτέρως στο αριστερό χέρι. Η ακτινογραφία ελήφθη το 1989.

Εικ. 3Β: Δύο χρόνια αργότερα (1991) από τη λήψη της προηγούμενης ακτινογραφίας. Παρατηρείται σαφής προοδευτική αύξηση της διάβρωσης και της παραμόρφωσης των τελικών φαλάγγων.
(Οι εικόνες πάρθηκαν από το σύγγραμμα «Λειτουργία και Δυσλειτουργία του Στοματογναθικού συστήματος», 4η έκδοση, εκδ. Γ. Παρισιάνου, Αθήνα 2020, Βύρων Δρούκας).

Η συνύπαρξη ΨΑ ή ΨΑ και ΑΣ ή ΨΑ και ΟΑ είναι οι πλέον συνιθισμένες περιπτώσεις εμφάνισης αυτών των νόσων, γεγονός που σε πρώιμα στάδια, προκαλεί προβλήματα διαφορικής διάγνωσης.

Τα ποσοστά προσβολής της ΚΓΔ από ΨΑ κυμαίνονται από 24% μέχρι 82%, ενώ τα κλινικά σημεία και συμπτώματα από το ΣΣ εμφανίζουν οι μισοί ασθενείς με ΨΑ (Rasmussen και Bakke 1982, Könönen 1986, 1987), οι αποκλίσεις των ποσοστών οφείλονται στους ίδιους ακριβώς λόγους όπως στην περίπτωση της ΑΣ.

Τα κλινικά ευρήματα έχουν ως ακολούθως:

- Ευαισθησία στην ψηλάφηση των μασητηρίων μυών και των ΚΓΔ.
- Κριγμώδεις ήχοι από τις ΚΓΔ.

Θεραπεία ΨΑ

Η θεραπεία, γενικώς, που εφαρμόζεται σε ασθενείς με συστηματικές παθήσεις, δεν επηρεάζει τις προσβεβλημένες ΚΓΔ, είτε αυτές αποτελούν την πρωτογενή εστία εκδήλωσης της γενικής νόσου, είτε προσβάλλονται δευτεροπαθώς (Δρούκας και Κεπεγιάννη 1993).

Αναλόγως της βαρύτητας της νόσου, χορηγούνται παυσίπονα, μη στεροειδή αντιφλεγμονώδη και εφαρμόζεται η ενδεικνυόμενη αγωγή για την αντιμετώπιση των δερματικών εκδηλώσεων, σε συνδυασμό με την έγχυση στεροειδών στην προσβεβλημένη άρθρωση, για προσωρινή ανακούφιση.

Η συστηματική χορήγηση στεροειδών πρέπει να αποφεύγεται για τον κίνδυνο έξαρσης της ψωρίασης (Δρούκας και Κεπεγιάννη 1993, Wenneberg 1994).

Η χορήγηση ανοσοκατασταλτικών φαρμάκων θα πρέπει να περιορίζεται σε ιδιαιτέρως σοβαρές καταστάσεις, λόγω πιθανών ανεπιθύμητων ενεργειών (Μαυρικάκης 1982).

Η αναποτελεσματικότητα του θεραπευτικού πρωτοκόλλου στην προσβολή των ΚΓΔ από ΨΑ, πιθανότατα, οφείλεται στην ιδιομορφία τους, κυρίως από πλευράς λειτουργικότητας σε σύγκριση με τις λοιπές αρθρώσεις του μυοσκελετικού συστήματος.

Λειτουργούν στα τρία αναφορικά επίπεδα του χώρου, συνδυάζοντας κινήσεις γιγλύμου αρθρώσεως και διαρθρώσεως.

Η κίνησή τους στο χώρο, είναι αποτέλεσμα συνδυασμού δύο απλούστερων μορφών κίνησης, δηλαδή της περιστροφής και της μετατόπισης. Η κινησιολογία της, δηλαδή οι λειτουργικές κινήσεις της ΚΓ, γίνεται εφικτή με τη βοήθεια των δύο επιμέρους αρθρώσεων ή θαλάμων (άνω και κάτω θαλάμου, ή δισκοκροταφικής και δισκογναθιαίας άρθρωσης, στους οποίους χωρίζεται ή διαιρείται η ΚΓΔ.

Στον άνω θάλαμο, επιτελούνται κινήσεις περιστροφής, ενώ στον κάτω, κινήσεις μετατόπισης.

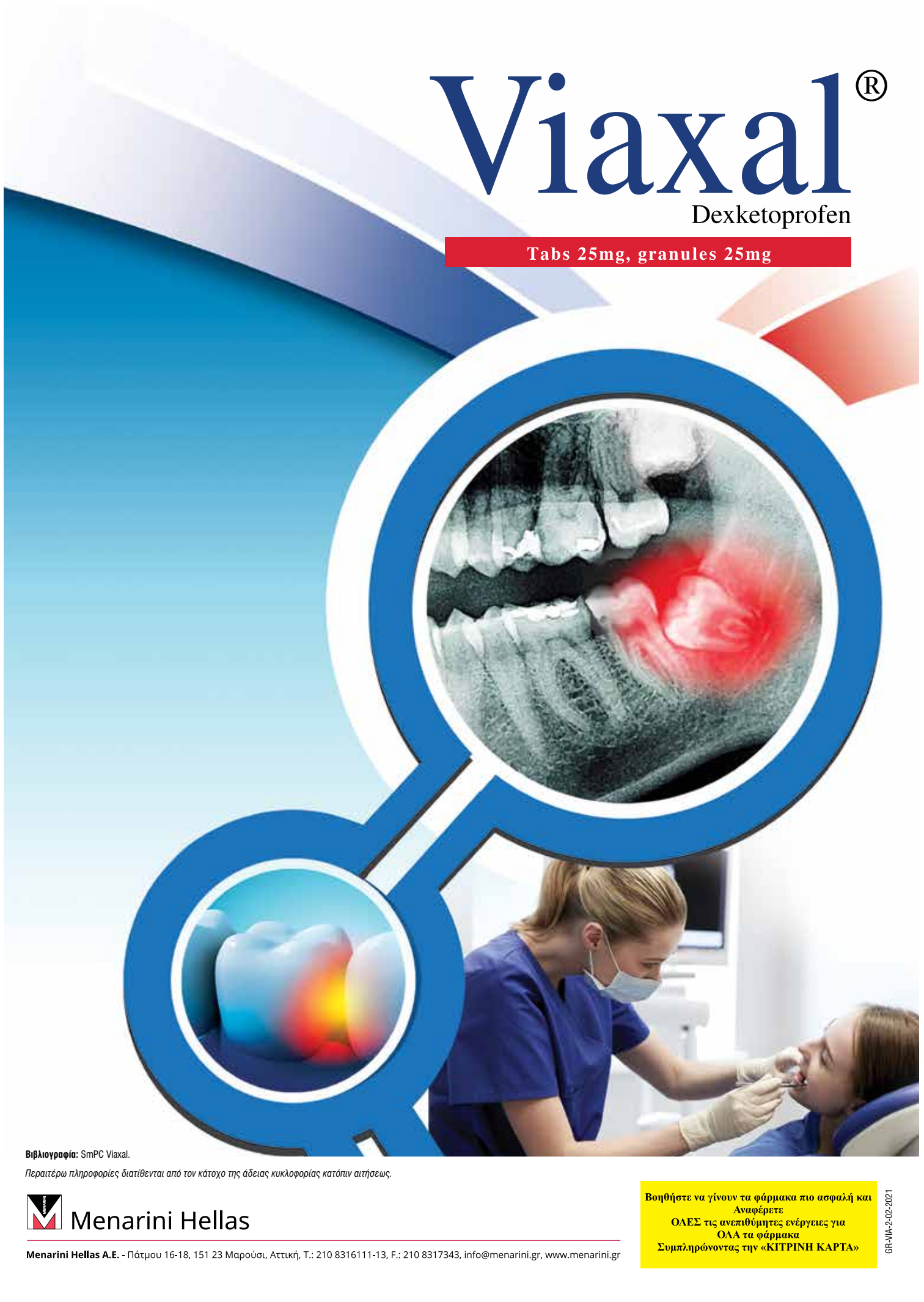
Η συνεχής λειτουργία τους, καθώς και οι τοπικοί συγκλεισιακοί παράγοντες, σε συνδυασμό με τα μηχανικά φορτία που δέχονται κατά τη διάρκεια της μάσησης, συνιστούν παράγοντες διαιτέρως επιβαρυντικούς που, πιθανότατα, εμποδίζουν τη θετική ανταπόκριση στο γενικό θεραπευτικό πρωτόκολλο.

Δεν θα πρέπει να διαλάθει της προσοχής μας ότι, ασθενείς με παρόμοια νοσήματα, αναπτύσσουν, λόγω της σοβαρότητας και της χρονιότητας του προβλήματος, έντονες παραλειτουργικές έξεις, κυρίως βρυγμού, με ό,τι αυτό συνεπάγεται από πλευράς λειτουργικής επιβάρυνσης, όχι μόνο των ΚΓΔ αλλά και του ΣΣ, γενικώς.

Το καθ' ημάς θεραπευτικό πρωτόκολλο, που ακολουθείται σε όλες γενικά τις μορφές αρθρίτιδων, ανεξαρτήτως αιτιολογίας, που προσβάλλουν το ΣΣ είναι σε γενικές γραμμές κοινό, αποβλέποντας κυρίως στη βελτίωση της λειτουργικότητας και κινητικότητας, στον περιορισμό και την καταστολή του πόνου και της φλεγμονής, παρέχονται στον ασθενή ανεκτά όρια ανοχής και συμβίωσης με το ΣΣ, στο πλαίσιο της γενικής νόσου (Δρούκας και Κεπεγιάννη 1993).

Κατά την οξεία φάση της ΨΑ των ΚΔΓ, συνιστάται η ενδαρθρική χορήγηση στεροειδούς, ενώ κατά τη χρονία, η εφαρμογή κατάλληλης κινησιοθεραπείας η οποία βελτιώνει σημαντικά την εύρυθμη επαναλειτουργία της ΚΓΔ και του ΣΣ.

Συνέχεια στη σελίδα 12



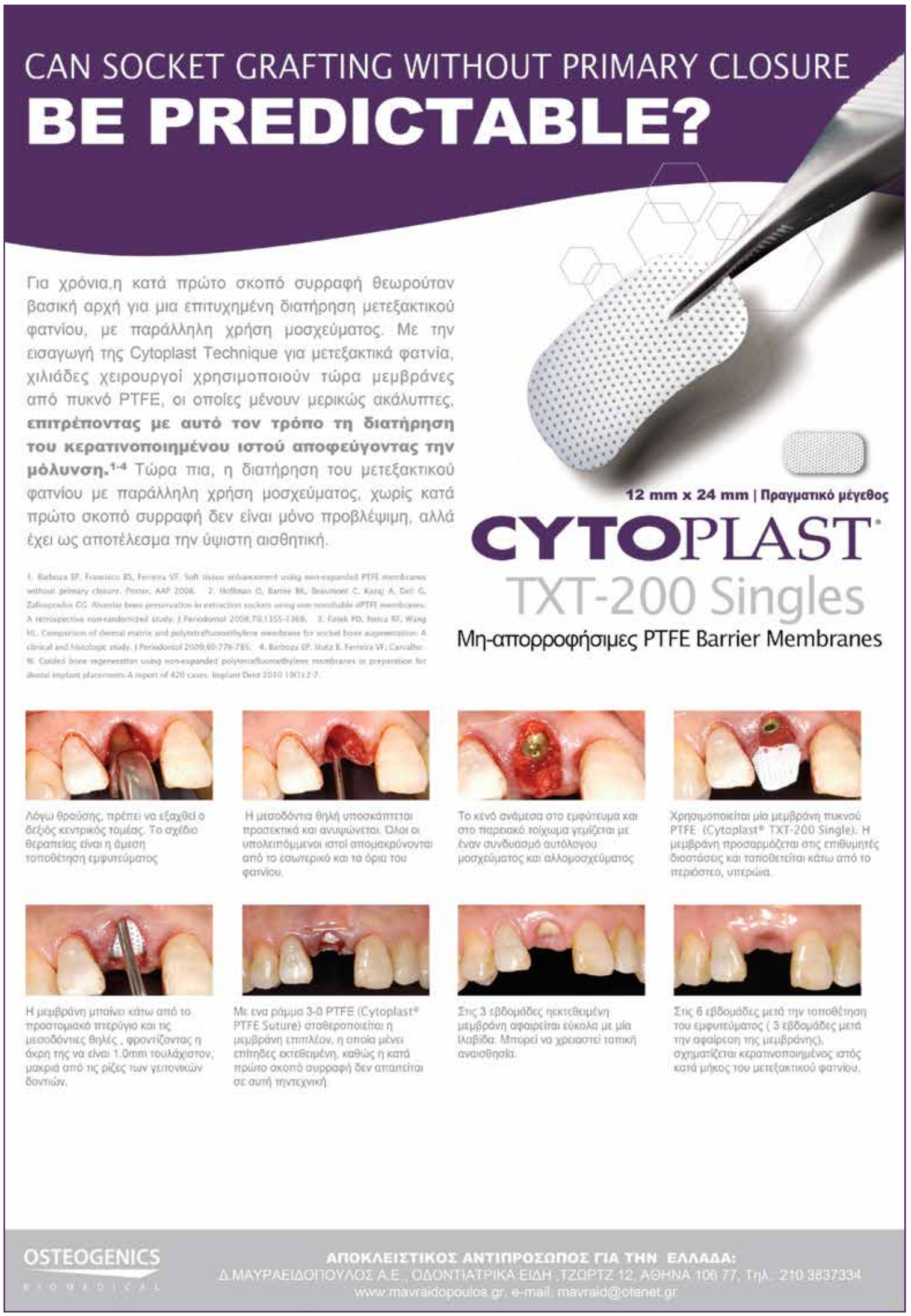
Συνέχεια από τη σελίδα 10

Η κατασκευή και τοποθέτηση ενδοστοματικού νάρθηκα, η προσθετική και συγκλεισιακή αποκατάσταση και εξισορρόπηση, όπου χρειάζονται, συμβάλλουν αποφασιστικά στους στόχους της τοπικής θεραπείας.

Συμπερασματικά, η εμπλοκή των ΚΓΔ σε συστηματικές παθήσεις, σε ποσοστά κυμαινόμενα μεταξύ 2% και 8,6%, μας καθιστά ιδιαίτερα ευαίσθητους απέναντι στη διάγνωση και τη θεραπεία τους (Carlsson και συν. 1979).

Βιβλιογραφία

1. Δρούκας Β., Τζάκης Μ. "Εκφυλιστικές και Φλεγμονώδεις παθήσεις των Κροταφογναθικών διαρθρώσεων (Οστεοαρθρίτις-Ρευματοειδής αρθρίτις)", Ενότητα Α', Οδοντιατρικό Βήμα, τεύχος 89, 2012.
2. Δρούκας Β., Τζάκης Μ., Ψάρρα Β. "Εκφυλιστικές και φλεγμονώδεις παθήσεις των Κροταφογναθικών διαρθρώσεων (Σπονδυλοαρθροπάθειες ή Σπονδυλοαρθρίτιδες)", Οδοντιατρικό Βήμα, τεύχος 90, 2013.
3. Δρούκας Β. "Λειτουργία και Δυσλειτουργία του Στοματογναθικού Συστήματος" 4η έκδοση, Επ. Εκδόσεις Παρισιάνου, Αθήνα 2020.
4. Μουτσόπουλος Χ. "Εγκυκλοπαίδεια Αυτοάνοσων Νοσημάτων" Εκδόσεις Καπόνη. Αθήνα 2005.
5. Eriksson L., Lundberg M. "Structural Changes in the finger, wrist and temporomandibular joints. A comparative radiologic study." Acta Odonto Scand., 1968, 26:111-26.
6. Toller PA., "Osteoarthrosis of the mandibular condyle". Br. Dent. J, 1973, 134:223-31.
7. Wendel A. "Heterogeneity of parients with craniomandibular disorders. A longitudinal study". Swed. Dent. Suppl., 55, 1988.
8. Mejersjo C., "Long-term development after treatment of mandibular dysfunction and osteoarthrosis", Swed. Dent. J Suppl., 22, 1984.
9. Wenneberg B., Kopp S., Gröndahl H.C. "Long-term effect of intrarticular injections of gluceo-corticosteroid into temporomandibular joint. A clinical and radiographic 8-year follow-up". J Croniomandib. Disord. Facial Oral Pain, 1991, 5:11-8.
10. Axelsson S., "Human and experimental osteoarthrosis of the temporomandibular joint". Morphological and biochemical studies, Swed. Dend. J. Suppl. 92, 1993.
11. Kopp S., Carlsson G.E., Haraldsson T., Wenneberg B., "Long-term effects of intra-articular injections of sodium hyaluronate and corticosteroid on temporomandibular joint arthritis". Oral Maxilofac. Surg. 1987, 45:929-35.
12. Zarb A.G., Carlsson G.E. "Osteoarthrosis-Osteoarthritis" In: Zarb A.G., Carlsson G.E., Sessle J.B., Mohl D.N., (eds). "Temporomandibular Joint and masticatory muscle disorders".
13. Okeson J.P., "Nonsurgical management of disc-interference disorders". Dental Clin. N Am, 1991, 35:29-51.
14. Carlsson G.E., Kopp S., Öberg T. "Arthritis and allied diseases" In: Zarb A.G., Carlsson G.E., (eds). "Temporomandibular Joint. Function and dysfunction". Munksgaarb. Coppenhagen, 1979, 269-320.
15. Tegelberg E., Kopp S., "clinical findings in the Stomatognathic system in rhematoid arthritis and osteoarthrosis". Acta Odontol. Scand. 1987, 45:65-75.
16. Kopp S., "Rheumatoid arthritis". In: Zarb G.A., Carlsson G.E., Sessle B.J., Mohl N.D. (eds) "Temporomandibular joint and masticatory muscle disorders". Munksgaard, Coppenhagen 1994, 346-66.
17. Ανδριανάκος Α., "Θεραπευτική αντιμετώπιση των αρθρίτιδων". Πρακτικά εκδηλώσεων της Ελληνικής Ρευματολογικής Εταιρείας. Αθήνα 61, 1983.
18. Adams S.S., "The mode of action of non-steroid and anti-inflammatory agents". In: Olhagen B., Gullberg R. (eds). Nordiskt symposium. Kronisk artrit. Nottugham. The Boots Company Ltd. 1977, 129-36.
19. Engel J.M., "Thermography in rheumatorlogy". In: Francis, E., Ring J., Phlips B. (eds) "Recent advances in medical thermology". Plenum Press, New York 1984, 425-7.
20. Schmitt M., Gillot M., "Thermography and muscular injuries in sports medicine". In: Francis E., Ring J., Philips B. (eds) "Recent advances in medical thermology". Plenum Press. New York 1984, 439-45.
21. Richie D.M., Boyle J.A., McInnes J.M., Jasani M.k., Dalakos T.G., Grievenson P., Watson, Buchanan W.,"Clinical studies with ans articular index for assessment of joint tenderness in patients with rheumatoid arthritis. J. Med. New Series, 1978, 37:383-406.
22. Marbach J.J., Spiera H., "Reumatoid arthritis of the termoromandibular joints". Act. Rheum. Dis. 1967, 26:538.
23. Franks A.S.T., "Temporomandibular Joint in adult rheumatoid arthritis". A comparative evaluation of 100 cases. Ann Rheum. D. 1969, 28:139.
24. Κεπεγιάννη Ο., "Μελέτη της δυσλειτουργίας του στοματογναθικού συστήματος σε ασθενείς με ρευματοειδή αρθρίτιδα". Διδακτορική διατριβή. Αθήνα 1986.
25. Magnusson T., "Mandibular dysfunction and recurrent headache." Thesis. University of Göteborg 1981.
26. Huskisson E.C., Hart F.D., "Joint diseases. All the Arthropathies". 2nd Edition. John Wright and Sons Ltd. Bristol, 1975.
27. Wenneberg B., "Other disorders". In: Zarb G.A., Carlsson G.E., Sessle B.J., Mohl N.D. (eds) "Temporomandibular joint and masticatory muscle disorders. Munksgaard. Copenhagen 1994, 367-88.
28. Kopp S., kerman S., Nilner M.,"Short-term effects of intrarticular sodium hyaluronate, glucocorticosteroid and saline injections, on theumatoid arthtritis of the temporomandibular joint". J Craniomandib. Disord. Facial Oral Pain 1991, 5:231-8.
29. Möystad A., Krogstad Schie B., Larheim T.A., "Transcultaneous nerve stimulation in a group of patients with rheumatic disease involving the temporomandibular joint".
30. Bjornland T., Larheim T.A., Haanaes H.R., "Surgical treatment of temporomandibular joints in patients with chronic athritis disease: preoperative findings and one-year follow-up". J. Craniomandib. Pract. 1992, 10:205-10.
31. Sanders B. "Temporomandibular joint analysing secondary to Marie-Strumpell disease". J. Oral Surg. 1975, 33:784-6.
32. Βουδούρης Κ., "Ρευματικά νοσήματα", Εκδ. Σιώκος, Θεσσαλονίκη 1977.
33. Καπετανάκης Ι., "Δερματολογία". Επ. Εκδόσεις Παρισιάνος. Αθήνα 1960.
34. Παπάζογλου Σ., "Πρακτικά Ελληνικής Ρευματολογικής Εταιρείας, 1981-82", Αθήνα 1983.
35. Rasmussen O.C., Bakke M., "Psoriatic arthritis of the temporomandibular joint". Oral Surg. 1982, 53:351-7.
36. Könön M., "Subjective symptoms from the stomatognathic system in patients with psoriatic arthritis". Acta Odontol. Scand. 1986, 44:377-83.
37. Könönen M., "Clinical signs of craniomandibular disorders in patients with psoriatic arthritis". Scand. Dent Res. 1987, 95:340-6.
38. Könönen M., "Radiographic changes in the condyle of the temporomandibular joint in psoriatic arthritis". Acta Radiol. Diagn., 1987, 28:185-8.
39. Δρούκας Β., Κεπεγιάννη Ο., "Επί μιας περιπτώσεως προσβολής των κροταφογναθικών διαρθρώσεων από αυτούσια ψωριασική αρθρίτιδα". "Στοματολογία", 1993, 31:136-42.
40. Μαυρικάκης Μ., "Νεότερες θεραπευτικές εξελίξεις στη Ρευματολογία". Πρακτικά Συνεδρίου Ρευματολογίας. Αθήνα 1982.



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

Ενδοπεριοδοντικές βλάβες
Ταξινόμηση, σχέδιο θεραπείας και πρόγνωση

Χρίστος Φιλιππάτος
Οδοντίατρος -
Ενδοδοντολογος, DDS, MSc.

Η συχνή αλληλεπίδραση πολφού και περιοδοντίου είναι απόρροια της στενής βιολογικής τους σχέσης. Δεν είναι ασυνήθης η εμφάνιση παθολογικών μεταβολών στον πολφό λόγω επέκτασης της φλεγμονής από το περιοδόντιο και το αντίστροφο.

Κύρια μονοπάτια επικοινωνίας περιοδοντικού χώρου και πολφικής κοιλότητας είναι το τρήμα ή τα τρήματα του κύριου ριζικού σωλήνα, οι παράπλευροι ριζικοί σωλήνες και τα οδοντινοσωληνάρια. Επίσης, υπερώιες αύλακες, που αποτελούν αναπτυξιακές ανωμαλίες στην υπερώια επιφάνεια κεντρικών και συχνότερα πλάγιων τομέων της άνω γνάθου εκτεινόμενες ενίοτε έως το ακρορρίζιο, επιμήκη κατάγματα, εξωτερικές απορροφήσεις και ιατρογενή συμβάματα, όπως διατρήσεις είναι δυνατό να αποτελέσουν διόδους επικοινωνίας μεταξύ των δύο αυτών χώρων.

Επιπτώσεις πολφικής νέκρωσης στο περιοδόντιο

Αν και η κύρια πύλη εξόδου ερεθιστικών παραγόντων από την πολφική κοιλότητα προς το περιοδόντιο είναι το ακρορριζικό τρήμα, καταστροφή των περιοδοντικών ιστών παρατηρείται επίσης στο σημείο εκβολής παράπλευρων ριζικών σωλήνων, καταγραφή των οποίων έχει γίνει σε όλα τα τριτημόρια της ρίζας καθώς και στη μεσορριζική περιοχή (Gutmann 1978).

Επίσης, εκτεθειμένα οδοντινοσωληνάρια είτε λόγω καταστροφής της οστεΐνης είτε λόγω εκτεθειμένης οδοντίνης στην περιοχή της αδαμαντινοοστεϊνικής ένωσης μπορούν να αποτελέσουν πύλη εξόδου ερεθιστικών παραγόντων προς τους περιοδοντικούς ιστούς (Harrington 1979). Έξοδος μικροβιακών παραπροϊόντων και μεσολαβητών φλεγμονής στον περιοδοντικό χώρο στο ύψος της φατνιακής ακρολοφίας είναι δυνατό να οδηγήσει σε δημιουργία περιοδοντικού θυλάκου και κλινική απώλεια πρόσφυσης ή σε προσβολή του σημείου συμβολής των ριζών. Επίσης, έχει υποστηριχτεί από τους Sanders (1983) η αρνητική επίδραση άπολφων καθώς και ενδοδοντικά θεραπευμένων δοντιών με εκτεθειμένη οδοντίνη στην επούλωση των περιοδοντικών ιστών μετά το πέρας της περιοδοντικής θεραπείας.

Επιπτώσεις περιοδοντικής νόσου στον πολφό

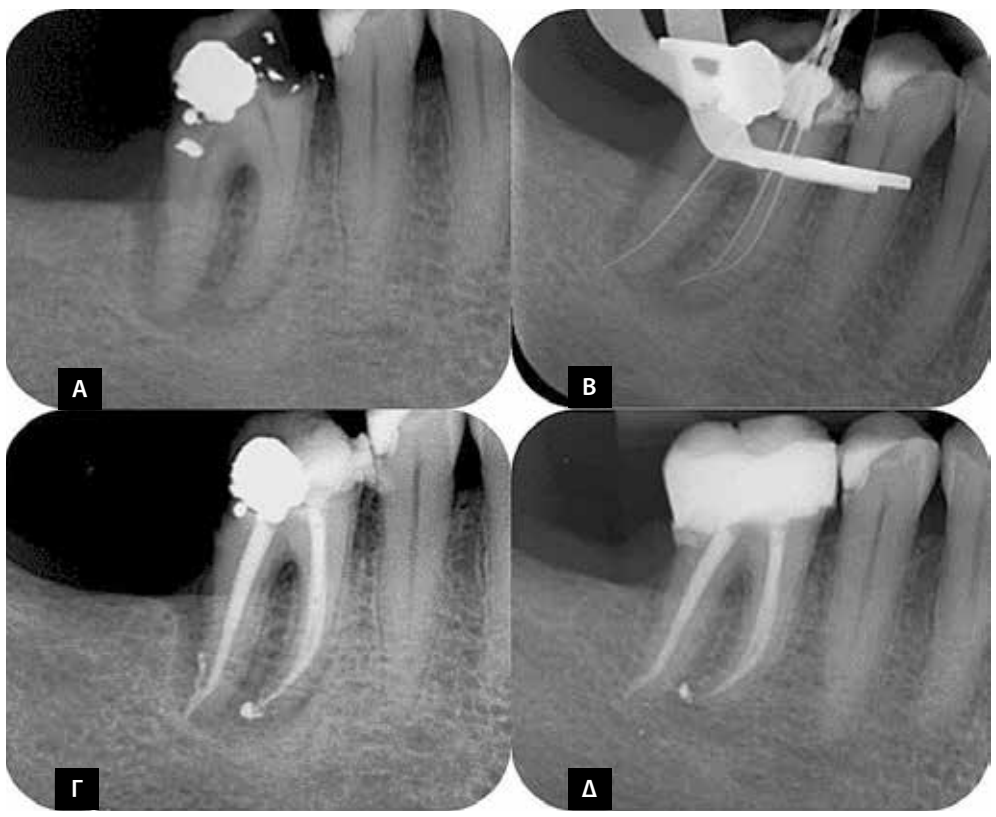
Σύμφωνα με μελέτη των Bergenhoitz & Lindhe (1978) και Bender & Seltzer (1972) ένα αυξημένο ποσοστό των δοντιών με περιοδοντική προσβολή εμφανίζουν ποικίλου βαθμού παθολογικές μεταβολές στον πολφικό ιστό. Η πιο συνήθης απάντηση του πολφού στην περιοδοντική νόσο είναι η εναπόθεση τριτογενούς οδοντίνης κατά μήκος των τοιχωμάτων του ριζικού σωλήνα με αποτέλεσμα τη μείωση της διαμέτρου του ριζικού σωλήνα.

Κύτταρα χρόνιας φλεγμονής είναι δυνατό να εμφανιστούν στον πολφικό ιστό πλησίον παράπλευρων ριζικών σωλήνων. Ωστόσο, σύμφωνα και με τους Langeland (1974), πολφική νέκρωση παρατηρείται σχετικά σπάνια και κυρίως σε έδαφος προχωρημένης περιοδοντικής νόσου με ύπαρξη βαθέων περιοδοντικών θυλάκων και εμπλοκής του τρήματος του κύριου ριζικού σωλήνα με τον περιοδοντικό θύλακο.

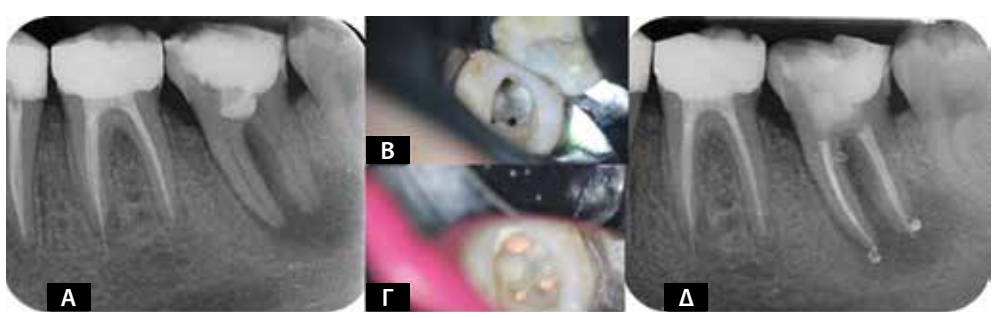
Πρόγνωση και σχέδιο θεραπείας ανά κατηγορία

1η κατηγορία: Πρωτογενής ενδοδοντική βλάβη. Σε αυτή την κατηγορία υπάρχει διάγνωση νέκρωσης πολφού με σχετική συμπτωματολογία/σημειολογία και επιπλέον καταγράφεται σημειακός, στενός και ιδιαίτερα βαθύς περιοδοντικός θύλακος. Ακτινογραφικά καταγράφεται ακρορριζική ακτινοδιαύγαση μετατοπιζόμενη μυλικά έως την παρυφή του οστού ή το σημείο συμβολής των ριζών ***(Εικ. 1,2).*** Το σχέδιο θεραπείας είναι ενδοδοντική θεραπεία του υπαίτιου δοντιού, έχοντας ελέγξει προσεκτικά τις πύλες εισόδου του μικροβιακού παράγοντα και η πρόγνωση είναι καλή. Το πρόβλημα επιλύεται μόνο με την ενδοδοντική θεραπεία του δοντιού ***(Εικ. 1,2).*** Συχνά αποκαλύπτονται παράπλευροι ριζικοί σωλήνες στο τελικό ακτινογράφημα, συνυπεύθυνοι για τη δημιουργία του προβλήματος ***(Εικ. 3).***

Εικ. 1: Ενδοδοντική θεραπεία στον #36 με ενδοπεριοδοντική βλάβη 1ης κατηγορίας. Α) Αρχικό ακτινογράφημα - κώνος γουταπέρκας στον πόρο του συριγγίου. Β) Τελικό ακτινογράφημα - εξάλειψη του συριγγίου. Γ) Ακτινογράφημα 12μηνης επανεξέτασης - σταδιακή μείωση των ακτινοδιαυγάσεων.



Εικ. 2: Ενδοδοντική θεραπεία στον #46 με ενδοπεριοδοντική βλάβη 1ης κατηγορίας. Α) Αρχικό ακτινογράφημα. Β) Ενδιάμεσο ακτινογράφημα. Γ) Τελικό ακτινογράφημα. Δ) Ακτινογράφημα 12μηνης επανεξέτασης - εξαλειψη των ακτινοδιαυγάσεων και της προσβολής του σημείου συμβολής των ριζών.



Εικ. 3: Ενδοδοντική θεραπεία στον #37 με ενδοπεριοδοντική βλάβη 1ης κατηγορίας. Α) Αρχικό ακτινογράφημα - επέκταση προηγούμενης διάνοιξης γλωσσικά, χωρίς πρόκληση διάτρησης. Β+Γ) Κάτοψη υποπολφικού τοιχώματος. Δ) Τελικό ακτινογράφημα - αποκάλυψη παράπλευρου ριζικού σωλήνα συνυπεύθυνου για τη δημιουργία της ενδοπεριοδοντικής βλάβης.

2η κατηγορία: Πρωτογενής ενδοδοντική βλάβη με εμπλοκή δευτερογενώς του περιοδοντίου. Και σε αυτή την κατηγορία υπάρχει διάγνωση νέκρωσης πολφού με τη σχετική συμπτωματολογία/σημειολογία, καταγράφεται στενός και βαθύς περιοδοντικός θύλακος και ακτινοδιαύγαση μετατοπιζόμενη μυλικά έως την παρυφή του οστού ή το σημείο συμβολής των ριζών. Η διαφορά με την πρώτη κατηγορία είναι η παρουσία τοπικού παράγοντα (μικροβιακής πλάκας) στο μυλικό τμήμα του περιοδοντικού θυλάκου. Το σχέδιο θεραπείας είναι ενδοδοντική θεραπεία του υπαίτιου δοντιού και ο έλεγχος του τοπικού παράγοντα σε δεύτερο χρόνο. Η πρόγνωση είναι συνήθως καλή.

3η κατηγορία: Πρωτογενής περιοδοντική βλάβη. Η διάγνωση για τον οδοντικό φραγμό συνήθως είναι εντοπισμένη ή γενικευμένη προκεχωρημένη περιοδοντίτιδα με καταγραφή βαθέων περιοδοντικών θυλάκων πιθανά όχι μόνο στις ριζικές επιφάνειες του συγκεκριμένου δοντιού. Το υπαίτιο δόντι παρουσιάζεται συνήθως με ακέραια μύλη χωρίς πύλες εισόδου μικροβιακού παράγοντα και η διάγνωση είναι φυσιολογικός πολφός ή αντιστρεπτή πολφίτιδα (πολφίτιδα που δε χρήζει ενδοδοντικής θεραπείας). Ωστόσο, εμφανίζεται μεγάλη οστική απώλεια στο ακτινογράφημα λόγω περιοδοντικής νόσου. Το σχέδιο θεραπείας είναι περιοδοντική θεραπεία (συντηρητική ή/και χειρουργική) και η πρόγνωση κυμαίνεται από αμφίβολη έως κακή λόγω της προκεχωρημένης απώλειας περιοδοντικών ιστών.

4η κατηγορία: Πρωτογενής περιοδοντική βλάβη με εμπλοκή δευτερογενώς του πολφού. Παρόμοια με την τρίτη κατηγορία, η διάγνωση για τον οδοντικό φραγμό συνήθως είναι εντοπισμένη ή γενικευμένη προκεχωρημένη περιοδοντίτιδα. Η διαφορά με την προηγούμενη κατηγορία είναι ότι ο πολφός του δοντιού έχει επηρεαστεί από

Εικ. 4: Ενδοδοντική θεραπεία στον #36 με ενδοπεριοδοντική βλάβη 4ης κατηγορίας. Προκεχωρημένη απώλεια περιοδοντικών ιστών λόγω περιοδοντίτιδας και διάγνωση μη αντιστρεπτής πολφίτιδας. Αποφασίστηκε η παραμονή του δοντιού στο φραγμό. Α) Αρχικό ακτινογράφημα. Β) Τελικό ακτινογράφημα.

Εικ. 5: Ενδοδοντική θεραπεία στον #46 με ενδοπεριοδοντική βλάβη 5ης κατηγορίας. Α) Αρχικό ακτινογράφημα. Β) Τελικό ακτινογράφημα. Γ) Ακτινογράφημα 12μηνης επανεξέτασης - σταδιακή μείωση μέρους της οστικής απώλειας οφειλόμενης στη νέκρωση του πολφού.

την προκεχωρημένη περιοδοντική νόσο και η διάγνωση είναι μη αντιστρεπτή πολφίτιδα ή νέκρωση πολφού ***(Εικ. 4).*** Αν η πρόγνωση του δοντιού δεν κριθεί κακή και το δόντι δεν εξαχθεί, τότε το σχέδιο θεραπείας είναι ενδοδοντική θεραπεία και σε δεύτερο χρόνο περιοδοντική θεραπεία (συντηρητική ή/και χειρουργική). Η πρόγνωση παραμένει αμφίβολη λόγω της προκεχωρημένης απώλειας των περιοδοντικών ιστών.

5η κατηγορία: Πρωτογενής ενδοδοντική και πρωτογενής περιοδοντική βλάβη εξελισσόμενες ταυτόχρονα με τάση να επικοινωνήσουν μεταξύ τους. Η διάγνωση για τον οδοντικό φραγμό είναι εντοπισμένη ή γενικευμένη προκεχωρημένη περιοδοντίτιδα και ταυτόχρονα υπάρχει και διάγνωση νέκρωσης πολφού για το δόντι. Το υπαίτιο δόντι εμφανίζει βαθείς περιοδοντικούς θυλάκους και ταυτόχρονα εμφανίζει πύλες εισόδου μικροβιακού παράγοντα (τερηδονική βλάβη, εμφρακτικά υλικά, ρωγμές) υπεύθυνες για τη μη αντιστρεπτή φλεγμονή του δοντιού ***(Εικ. 5).*** Αν η πρόγνωση του δοντιού δεν κριθεί κακή και το δόντι δεν εξαχθεί, τότε το σχέδιο θεραπείας είναι ενδοδοντική θεραπεία και σε δεύτερο χρόνο περιοδοντική θεραπεία (συντηρητική ή/και χειρουργική) ***(Εικ. 5).*** Όσο περισσότερη είναι η απώλεια περιοδοντικών ιστών λόγω της περιοδοντίτιδας, τόσο δυσμενέστερη είναι η πρόγνωση του δοντιού.

Συμπεράσματα

1) Η καλύτερη πρόγνωση είναι για τις ενδοπεριοδοντικές βλάβες 1ης και 2ης κατηγορίας. Στις περισσότερες περιπτώσεις βλαβών αυτών των κατηγοριών η ενδοδοντική θεραπεία και μόνο είναι ικανή για την επίλυση του προβλήματος.
2) Στις ενδοπεριδοντικές βλάβες 3ης και 4ης κατηγορίας η πρόγνωση κυμαίνεται από αμφίβολη έως κακή εξαιτίας της προκεχωρημένης απώλειας περιοδοντικών ιστών λόγω περιοδοντίτιδας. Η ενδοδοντική θεραπεία δε συμβάλει στην επούλωση της ενδοπεριοδοντικής βλάβης, πρέπει όμως να πραγματοποιηθεί σε περίπτωση διάγνωσης μη αντιστρεπτής πολφίτιδας ή νέκρωσης πολφού όταν το δόντι έχει αποφασισθεί να παραμείνει στο φραγμό.
3) Στις ενδοπεριδοντικές βλάβες 5ης κατηγορίας η πρόγνωση του δοντιού είναι δυσμενέστερη όσο μεγαλύτερο είναι το ποσοστό της βλάβης που οφείλεται στην περιοδοντική νόσο. Η ενδοδοντική θεραπεία προηγείται της περιοδοντικής θεραπείας.

Βιβλιογραφία

Bergenhoitz & Lindhe (1978) Effect of experimentaUy induced marginal periodontitis and periodontai scaiing on the dental pulp. Journal of Clitiical Periodontology 5, 59-73.

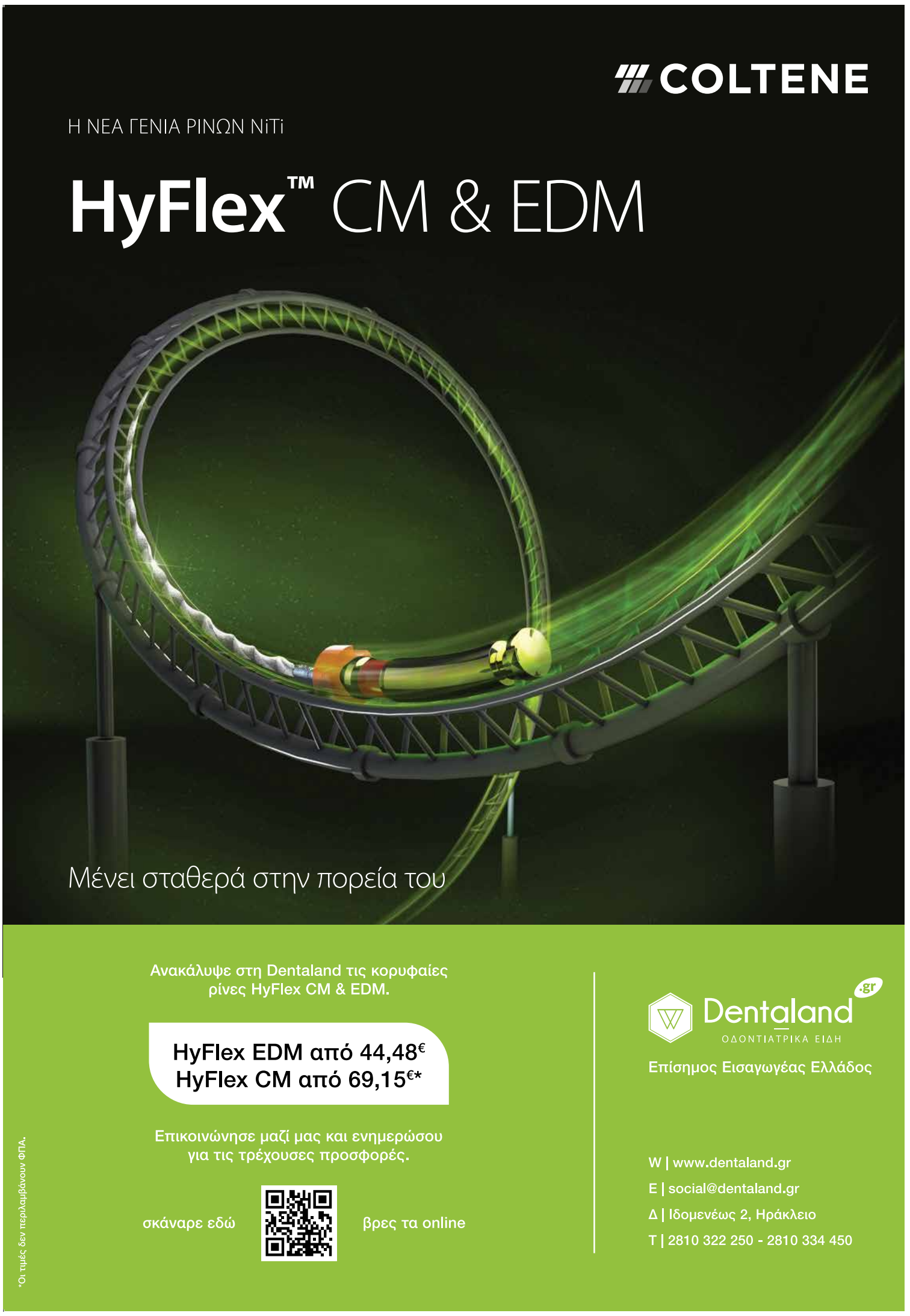
Langeland K, Rodrigues H, Dowden W (1974) Periodontal disease, bacteria, and puipal histopathology. Oral Surgery Oral Medicine Oral Pathology 37, 257-270.

Bender LB & Seltzer S (1972) The effect of periodontai disease on the pulp. Oral Surgery Oral Medicine Oral Pathology 33, 458-474.

Gutmann JL (1978) Prevalence, location, and patency of accessory canals in the furcation region of permanent molars. Journal of Periodontology 49, 21-26.

Harrington GW (1979) The perio-endo question: difTerential diagnosis. Dental Crittics of North America 23, 673-690.

Sanders JJ, Sepe WW, Bowers GM, Koch RW, Williams JE, Lekas JS, et al (1983) Clinical evaluation of freeze-dried bone allografts in periodontal osseous defects. Part III. Composite freeze-dried bone allografts with and without autogenous bone grafts. J Periodontology 54, 1-8.



Η σελίδα της
ΕΤΑΙΡΕΙΑΣ **ΟΔΟΝΤΟΣΤΟΜΑΤΟΛΟΓΙΚΗΣ** ΕΡΕΥΝΗΣ

Το φαινόμενο του συντονισμού και η εφαρμογή του στην κλινική εμφυτευματολογία

Ιωάννης Διαμάντης
Χειρουργός Στόματος
Μέλος του Δ.Σ. της Εταιρείας
Οδοντοστοματολογικής Ερεύνης

Με την ανακάλυψη της οστεοενσωμάτωσης, τη δεκαετία του 1960, δόθηκε μία απάντηση στο ερώτημα που έχει απασχολήσει τον άνθρωπο ήδη από την αρχαιότητα. Πώς θα μπορούσαμε να αντικαταστήσουμε ή καλύτερα, να υποκαταστήσουμε τα δόντια σε περίπτωση απώλειάς τους.

Η απάντηση αυτή ήταν η απαρχή πολλών επιστημονικών ερωτημάτων, τα οποία διαρκώς αυξάνουν. Η ανάπτυξη των βασικών επιστημών, της τεχνολογίας και κυρίως η εφαρμογή της επιστημονικά τεκμηριωμένης γνώσης οδηγούν σε απαντήσεις και λύσεις των κλινικών προβλημάτων μας.

Η κλινική και η ακτινογραφική εξέταση των εμφυτευμάτων είναι οι κύριες διαγνωστικές μέθοδοι που χρησιμοποιούνται, για την εκτίμηση της επιτυχίας της οστεοενσωμάτωσης των οδοντικών εμφυτευμάτων. Τα μειονεκτήματα και οι αδυναμίες αυτών των εξετάσεων έχουν οδηγήσει στην ανάγκη εξεύρεσης μιας πιο αντικειμενικής και αξιόπιστης μεθόδου μέτρησης της οστεοενσωμάτωσης. Στο βασικό ερώτημα της αντικειμενικής εκτίμησης της επιτυχούς οστεοενσωμάτωσης, την απάντηση έδωσε η τεχνολογία αρχικά (Periotest) και στη συνέχεια, πιο συντεταγμένα, η επιστήμη της Φυσικής και της τεχνολογικής εφαρμογής της. Η επίκρουση του εμφυτεύματος και η υποκειμενική ακρόαση του «ξηρού» μεταλλικού ήχου (crisp ring), αντικαταστάθηκε με τη σχετικά αντικειμενική, μηχανικά τυποποιημένη, επίκρουση και τελικά με την αντικειμενική Ανάλυση της Συχνότητας Συντονισμού του εξετάζομενου εμφυτεύματος.

Η κατανόηση του φυσικού φαινομένου του συντονισμού και της ταλάντωσης έχει δώσει, κατά καιρούς, λύσεις σε πολλά προβλήματα της καθημερινότητας. Ένας τύπος της φυσικής που συνδέει παράγοντες όπως τη μάζα, το μήκος του ταλαντούμενου στοιχείου, το δείκτη ελαστικότητας και τα χαρακτηριστικά της ταλάντωσης έλυσε το πρόβλημα της αντικειμενικής εκτίμησης της οστεοενσωμάτωσης ***(Πίνακας 1)***.

Μαθηματικός τύπος προσδιορισμού συχνότητας συντονισμού

$$Rf = \frac{1}{2\pi}\sqrt{\frac{3EI}{l^3 m}}$$

Rf :συχνότητα συντονισμού,

***l**: ενεργό-πραγματικό μήκος της δοκού*

***m**: μάζα της δοκού*

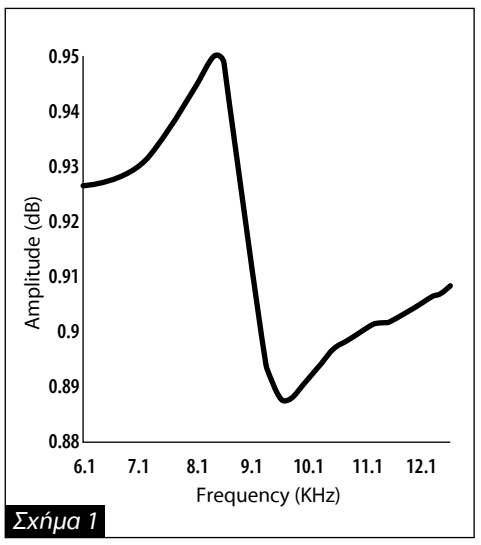
***E**: συντελεστής ελαστικότητας(Young's modulus)*

I : ροπή αδράνειας

Πίνακας 1

Στα μέσα της δεκαετίας του '90, ο N. Meredith, βασιζόμενος σε αυτή την παρατήρηση, ανέπτυξε συσκευή η οποία προκαλεί μικροταλάντωση των εμφυτευμάτων και καταγράφει τη μορφή και τα φυσικά χαρακτηριστικά της. Αυτά τα στοιχεία τυποποιούνται, αλγοριθμούνται και αποδίδονται ως Πηλίκο Σταθερότητας Εμφυτεύματος (ISQ) με τη μορφή ενός ενιαίου αριθμού ***(Σχήμα 1)***.

Σήμερα, για την εφαρμογή της Ανάλυσης Συχνότητας Συντονισμού (RFA) χρησιμοποιούνται συσκευές στηριζόμενες στις αρχές του μαγνητικού συντονισμού.



Σχήμα 1

Συνδεσμολογία-Αρχή λειτουργίας

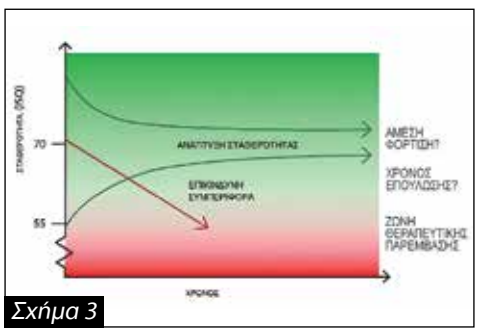
Η συσκευή ***(Σχήμα 2)*** αποτελείται από ένα μετατροπέα ενέργειας σχήματος L, ο οποίος προσαρμόζεται στο εμφύτευμα είτε άμεσα, είτε μέσω ενός διαβλεννογονίου στηρίγματος και ακινητοποιείται με μια βίδα επάνω στο εμφύτευμα. Αυτός ο μετατροπέας είναι μια δοκός από ανοξείδωτο ατσάλι ή τιτάνιο και έχει προσαρμοσμένα αντιδιαμετρικά αντίθετα δύο πιεζοηλεκτρικά κεραμικά στοιχεία. Ο μετατροπέας ταλαντώνεται με ηλεκτρικό σήμα που δέχεται από ένα προγραμματισμένο μηχάνημα ανάλυσης ανταπόκρισης συχνοτήτων, που είναι συνδεδεμένο από τη μία με αυτόν και από την άλλη με έναν Η/Υ. Με την ταλάντωση του μετατροπέα διεγείρεται το ένα κεραμικό στοιχείο με ένα ημιτονοειδές σήμα, ενώ το άλλο ανταποκρίνεται και μετρά ένα αντίστοιχο σήμα. Η πρώτη καμπτική συχνότητα συντονισμού που παρατηρείται διοχετεύεται στο σύστημα και ενισχύεται από έναν ενισχυτή τάσης, ο οποίος ανατροφοδοτεί το μηχάνημα ανάλυσης συχνοτήτων με το ενισχυμένο σήμα απόκρισης. Τα δεδομένα, στη συνέχεια, αποθηκεύονται και αναλύονται από τον ηλεκτρονικό υπολογιστή και έτσι ολοκληρώνεται το σύστημα. Στις επανεξετάσεις ακολουθείται πάλι η ίδια διαδικασία και με το λογισμικό λαμβάνονται γραφήματα που αφορούν τις μετρήσεις κάποιας συγκεκριμένης ημέρας (αριστερά), την εξέλιξη της πορείας κάποιου συγκεκριμένου εμφυτεύματος και την εξέλιξη της κατάστασης του ασθενούς (δεξιά).

Αν το μήκος της δοκού παραμείνει σταθερό, η συχνότητα συντονισμού θα επηρεαστεί από το ενεργό μήκος του συστήματος, δηλαδή από το τμήμα που εξέχει από το οστούν, όπως και από την ακαμψία του εμφυτεύματος μέσα στο οστούν. Αύξηση στο ενεργό μήκος (l) μειώνει τη συχνότητα συντονισμού, ενώ αύξηση της ακαμψίας του εμφυτεύματος σε σχέση με τους ιστούς οδηγεί σε αύξησή της. Κλινικά, **απώλεια οστού γύρω από το εμφύτευμα οδηγεί σε αύξηση του ενεργού μήκους l του συστήματος και σε χαμηλότερες συχνότητες συντονισμού. Το ίδιο ισχύει και σε ενδεχόμενη απώλεια ή μείωση της οστεοενσωμάτωσης ενδοστικά, αφού θα μειωθεί η ακαμψία του εμφυτεύματος στο στηρικτικό οστούν.**

Οι νέας γενιάς συσκευές (2004) ***(Εικόνα 1)***, λειτουργούν με συντονισμό μαγνητικών συχνοτήτων, με ασύρματη σύνδεση και στυλίσκο αλουμινίου με μαγνητική κεφαλή ως μετατροπέα ενέργειας (Valderrama et al 2007, Garcia et al 2009)

Ο στυλίσκος ταλαντώνεται ελεύθερα και ο μαγνήτης επάγει μια ηλεκτρική τάση στο ηλεκτρομαγνητικό σπείρωμα που περιέχει ο εξεταστικός στυλεός. Αυτή η τάση καταγράφεται στο μηχάνημα ανάλυσης συχνοτήτων και μεταφράζεται με μαθηματικό αλγόριθμο σε συγκεκριμένες τιμές. Οι τιμές αυτές αναφέρονται ως πηλίκο σταθερότητας εμφυτεύματος **ISQ (implant stability quotient).**

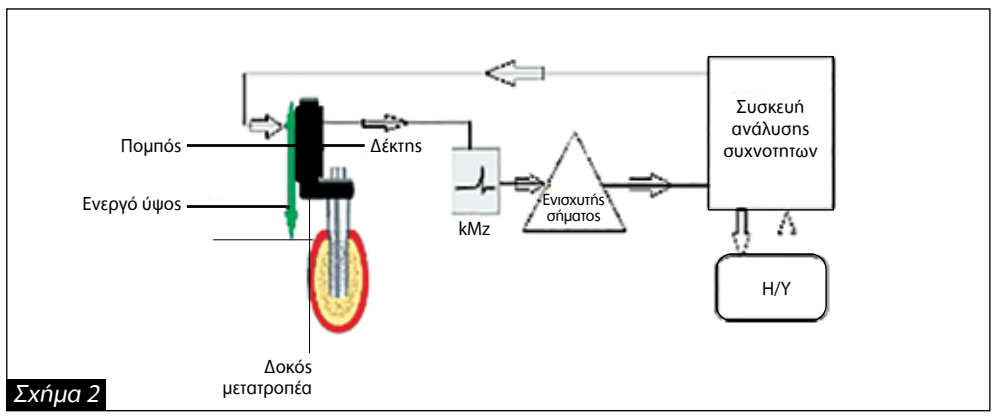
Στο ***Σχήμα 3*** φαίνεται με τα πράσινα βέλη η εξέλιξη των τιμών ISQ που οδηγούν σε επιθυμητά αποτελέσματα, ενώ με το κόκκινο η εξέλιξη των τιμών που οδηγούν σε αποτυχία οστεοενσωμάτωσης. Όπως φαίνεται, τόσο η μεγάλη πτώση των τιμών ISQ είναι ανησυχητική όσο και η πτώση τιμών που είναι ήδη χαμηλές ≤60-65 ISQ.



Σχήμα 3

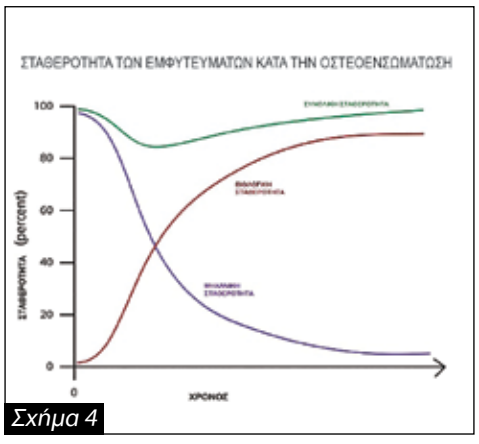
Παρά το γεγονός ότι δεν τίθενται αυστηρά όρια μέσα στα οποία οι μετρήσεις οδηγούν σε κλινικές αποφάσεις, τα τελευταία χρόνια πολλές μελέτες έχουν οδηγήσει στη δημιουργία κάποιων αλγορίθμων

Η διακύμανση της σταθερότητας των εμφυτευμάτων κατά το χρόνο απεικονίζεται στη γραφική παράσταση ***(Σχήμα 4)***. Ως αποτέλεσμα της οστεοενσωμάτωσης, η αρχική μηχανική σταθερότητα συμπληρώνεται ή/και αντικαθίσταται από τη βιολογική σταθερότητα και το τελικό επίπεδο σταθερότητας είναι το σύνολο των δύο. Όπως παρατηρούμε, το επίπεδο της συνολικής σταθερότητας δεν παραμένει το ίδιο. Λίγο μετά την εμφύτευση παρατηρείται σχετική μείωση στη σταθερότητα του εμφυτεύματος, το οποίο στη συνέχεια γίνεται βιολογικά σταθερότερο.



Σχήμα 2

Εικονα 1



Σχήμα 4

Κλινικοί αλγόριθμοι

Αυτοί οι κλινικοί αλγόριθμοι ***(Πίνακας 2)*** και οι κλινικές τιμές έχουν μεταβληθεί ελάχιστα κατά την τελευταία δεκαετία. Για παράδειγμα, η μέση τιμή των οστεοενσωματωμένων εμφυτευμάτων (70) θεωρείται πλέον χαμηλή. Σύμφωνα με δημοσιοποιημένη μεγάλη σειρά κατανομών από την Ελλάδα, αυτή η τιμή ανέρχεται στο 76.

Αξιοσημείωτη είναι η εφαρμογή της Ανάλυσης Συχνότητας Συντονισμού (RFA) και σε περιπτώσεις που αφορούν σε ασθενείς με σύνθετες αποκαταστάσεις. Η χρήση μοσχευμάτων (ειδικά αυτομοσχευμάτων σε μορφή block), η άμεση φόρτιση, η πρώιμη λειτουργική φόρτιση και άλλες σύνθετες θεραπείες διευκολύνονται, τεκμηριώνονται και εξασφαλίζονται ως προς το αποτέλεσμά τους. Ειδικά στα μοσχεύματα με ταυτόχρονη τοποθέτηση εμφυτευμάτων, η επιτυχία και η κλινική απόφαση για το χρόνο αποκατάστασης κρίνεται εκ του ασφαλούς με τη χρήση της μεθόδου (Chatzinikolaou et al, 2014, Diamantis et al, 2020).

Τέλος, η ασφάλεια που μας παρέχει η Ανάλυση Συχνότητας Συντονισμού (RFA) είναι μεγάλη και στο επίπεδο του διαμοιρασμού του κινδύνου αποτυχιών ή προβλημάτων. Τα προβλήματα οστεοενσωμάτωσης ανιχνεύονται εγκαίρως και προ της τελικής αποκατάστασης. Έτσι μπορούν να αποφευχθούν διλήμματα ή διχογνωμίες που αφορούν στις δυο φάσεις, χειρουργική και προσθετική. Ομοίως, μπορούμε να εξασφαλίσουμε, κατά το δυνατόν, τις παρεμβάσεις μας και στο ιατρονομικό πεδίο παρέχοντας αντικειμενικά δεδομένα των παρεμβάσεών μας προς τον ασθενή ή προς τρίτους.

Η Εταιρεία Οδοντοστοματολογικής Ερεύνης, στο πλαίσιο της εκπαιδευτικής δραστηριότητας ήδη από το 1946, έχει συνδεθεί άρρηκτα με τον Κλινικό Οδοντίατρο μεταφέροντας επιστημονικά τεκμηριωμένη γνώση και καινοτομία. Με ευρύνοια αλλά πάντα με τεκμηρίωση και κλινική ασφάλεια, το επιστημονικό έργο της Εταιρείας είναι συνυφασμένο με τις σύγχρονες απόψεις και εξελίξεις.

Στο Πρόγραμμα Εκπαιδευτικών Δραστηριοτήτων, αυτός ο προσανατολισμός είναι εμφανής· από την ανάλυση σύγχρονων απεικονιστικών μεθόδων και τα ψηφιακά συστήματα στην προσθετική μέχρι και την τεχνική της Ανάλυσης Συχνότητας Συντονισμού (RFA) στο Πρόγραμμα Επαγγελματικής Επιμόρφωσης στα Οδοντικά Εμφυτεύματα.

Η Εταιρεία Οδοντοστοματολογικής Ερεύνης συμπορευόμενη αρωγός στο Σύγχρονο Οδοντίατρο, κινείται πάντα παράλληλα με τις εξελίξεις στην Επιστήμη.

ΚΛΙΝΙΚΟΙ ΑΛΓΟΡΙΘΜΟΙ	ΚΛΙΝΙΚΕΣ ΤΙΜΕΣ ΑΝΑΛΥΣΗΣ ΣΥΧΝΟΤΗΤΩΝ ΣΥΝΤΟΝΙΣΜΟΥ
1) ISQ≥60: Άμεση φόρτιση *Buser 2006 και Peev et al 2007*	Μέση τιμή **70**
2) ISQ≥60: (2 οπίσθια στηρίγματα) & ISQ≥200: (4 πρόσθια συνολικά): Άμεση φόρτιση σε άνω γνάθο μια ακίνητη αποκατάσταση επί 6 εμφυτευμάτων *Östman et al (2005)*	Εύρος διακύμανσης **40-90**
3) ISQ≥62: πρώιμη φόρτιση Börnstein et al 2009	Επικίνδυνη ζώνη **< 55**
4) ISQ>50: μονοφασικό πρωτόκολλο ISQ<50: διφασικό πρωτόκολλο *Moy 2008, Jimenez et al 2009*	Επιτυχημένη οστεοενσωμάτωση **>65**
	Αποτυχία οστεοενσωμάτωσης **<40**
	Balleri et al 2002 *Nedir et al 2004* *Zix et al 2005*

Πίνακας 2

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1) Balleri et al 2002: Stability measurements of Osseointegrated Implants using Osstell in partially edentulous jaws after 1 year o loading: A pilot study
2) Valderrama et al, J periodontol, Feb 2007: evaluation of 2 different resonance frequency devices to detect implant stability. A clinical trial.
3) Nedir et al Clinical Oral Impl Res 2004: Predicting osseointegration by means of implant primary stability.
4) Zix et al, JOMI vol 20, no 5 ,2005; Stability measurements of 1-stage implants in the maxilla by means of resonance frequency analysis. A pilot study.
5) Östman et al, QUINTESSENCE vol 19, no 1 2006: Resonance Frequency Analysis measurements at placement surgery.
6) Beer et al 2003: Correlation of insertion torques with bone mineral density from dental quantitative CT in the mandible.
7) Jimenez et al 2009: Use of OSTELL for determination of implant staging and loading protocols to improve implants success rates.
8) Garcia et al, Med Oral Patol Cir Bucal 2009, Feb 1 :14, In vitro evaluation of the influence of the cortical bone on the primary stability of 2 implant systems.
9) Moy, Data presented at the 23rd Annual meeting of the Academy of Osseointegration 2008: The use of OSTELL to obtain ISQ values to determine loading protocol and associated clinical outcomes of dental implants.
10) Bornstein et al, clinical implant research 2009:
11) Meredith et al Clin Oral Impl Res 1996:261-267: Quantitative determination of the implant tissue interface using resonance frequency analysis.
12) Meredith –Sennerby, Periodontology 2000, Vol47,2008, 51-66: Implant stability measurements using resonance frequency analysis: biological and biomechanical aspects and clinical implications.
13) Diamantis et al, EAO Digital Days 2020: Impact of early functional loading of implants.A data analysis of 70 implants using Resonance Frequency Analysis.
14) Chatzinikolaou et al, 23rd Annual Scientific Meeting of the European Association for Osseointegration 25-27 September 2014, Rome, Italy: Changes of Implant Stability Quotient using Resonance Frequency Analysis. A data analysis of 730 dental implants.

Ψευδαισθήσεις που χρησιμοποιούνται στην Οδοντιατρική

Χρήστος Κωνσταντινίδης
Οδοντίατρος - M.Sc (Προσθετ.)

Οι οπτικές ψευδαισθήσεις έχουν τις ρίζες τους στην Αρχαία Ελλάδα με πρώτο τον Επίχαρμο (5ος π.Χ.) να αναφέρεται στην εξήγησή τους. Ο Αριστοτέλης (350 π.Χ.) ανέφερε ότι είναι οι αισθήσεις μας που δημιουργούσαν τις ψευδαισθήσεις. Οι αρχαίοι Ελληνικοί ναοί έδιναν κλίση στις κολώνες για να δημιουργηθεί η αίσθηση της 3ης διάστασης. Αντίστοιχα οι στέγες, αν και έγερναν, έδιναν την εντύπωση του οριζόντιου γιατί με τους πλαϊνούς τοίχους ήσαν κάθετες. Η μελέτη των οπτικών ψευδαισθήσεων στη νεότερη Ευρώπη ξεκίνησε πριν ακόμη και από τη γέννηση της ψυχολογίας σαν επιστημονική οντότητα. Ο Oppel (1855) παρουσίασε την πρώτη ψευδαίσθηση Oppel-Kundt και ο Helmholtz (1856)[1] αναφέρεται στις γεωμετρικές ψευδαισθήσεις **(Εικ. 1)**. Με την έλευση του 20ου αιώνα το ενδιαφέρον μειώνεται με μόνη αναφορά του Tichener (1901). Η γέννηση της ψυχολογίας δίνει νέα ώθηση και νέα βιβλία ασχολούνται με πιο επιστημονικό τρόπο με το θέμα (Luckiesh (1922), Tolanski (1964), Zusne (1968)).

Ο Boring (1942) τις κατηγοριοποίησε: 1) σε αυτές που βασικό χαρακτηριστικό είναι το μήκος και το μέγεθος και 2) σε αυτές που χαρακτηριστικό τους είναι η κίνηση και η κατεύθυνση. Οι ψευδαισθήσεις ψυχιατρικά οφείλονται σε δυσλειτουργία και αδυναμία του οπτικού εγκεφάλου να επεξεργασθεί τα δεδομένα. Γενικά ο ανθρώπινος εγκέφαλος μπορεί κάτω από κάποιες προϋποθέσεις να ξεγελασθεί. Η διάταξη των αντικειμένων, των χρωμάτων και η τρισδιάστατη θέση τους μπορεί να δώσει λανθασμένες οπτικές πληροφορίες στον εγκέφαλό μας. Όλα αυτά σχετίζονται με την διαδικασία λειτουργίας της οπτικής εικόνας. Ο Yarbus (1967)[2] ανέφερε ότι οι ψευδαισθήσεις λόγω της σύνθεσής τους επηρεάζουν την κίνηση των οφθαλμών με αποτέλεσμα την λανθασμένη οπτική αντίληψη. Ο Pollack αναφέρει ότι η ψευδής αντίληψη σχετίζεται αντιστρόφως ανάλογα με την ηλικία. Οι McLaughlin, DeSisto και Kelly (1969) υποστηρίζουν ότι οι κινήσεις του οφθαλμού επηρεάζονται παρά προκαλούν την ψευδαίσθηση. Η δυνατότητα αυτή έχει κατά καιρούς χρησιμοποιηθεί σε διάφορες ανθρώπινες δραστηριότητες όπως η ψυχολογία **(Εικ. 2)** η μαγεία, η ζωγραφική **(Εικ. 3)** και η Αστροφυσική (Huble, Zolner).

Εικ. 1: Το ανωτέρω σχήμα μπορεί να εκληφθεί είτε σαν ένα κηροπήγιο, είτε σαν δύο αντικρυστά πρόσωπα.

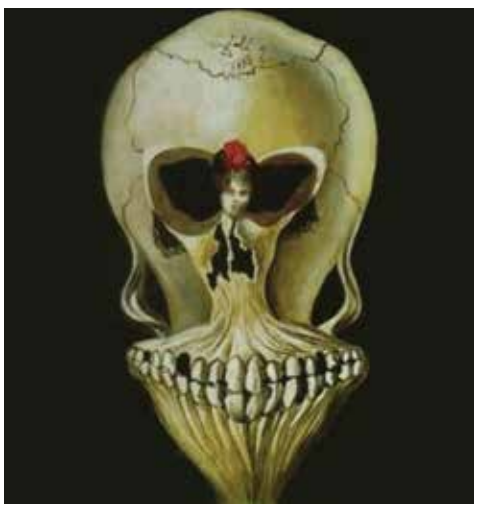
Χαρακτηριστική είναι η χρήση της στην αισθητική, δηλαδή την επιστήμη που ασχολείται με την καλαισθησία και την τέχνη[3]. Ο Leonardo da Vinci όρισε τις 10 λειτουργίες του ανθρώπινου οφθαλμού, οι οποίες αντιλαμβάνονται την αισθητική.

Η Οδοντιατρική επιδιώκοντας τη βελτιστοποίηση της αισθητικής συχνά χρησιμοποιεί την ψευδαίσθηση[4] για μεγιστοποίηση της αισθητικής[5]. Έτσι προσθετικές αποκαταστάσεις, εμφυτεύματα και οδοντική χειρουργική προσπαθούν με κάθε τρόπο να δώσουν την ψευδαίσθηση του φυσικού, του αληθινού. Το χρώμα ενός δοντιού είναι ένας συνδυασμός χρώματος και φωτός που συχνά προσπαθεί να ξεγελάσει το μάτι[6].

Στην εργασία Katsarou T et al[7] γίνεται αξιολόγηση της ψευδαίσθησης σε κλείσιμο διαστήματος. Οι Crutchfield P. Et al (2016)[8] συνέκριναν την ενδοδοστοματική αξιολόγηση σφαιρών, καταλήγοντας ότι μεγαλύτερες σφαίρες δημιουργούσαν τάση για ψευδή αντίληψη ακόμη μεγαλύτερης διάστασης. Οι Petre, Ana & Iliescu, Alexandru[9] αναφέρονται στην ψευδή αντίληψη του εύρους και του πλάτους των άνω προσθίων δοντιών ανάλογα με τις στροφές αυτών, αλλά και του σχήματος της παρειακής επιφάνειας.

Στην οδοντιατρική, όπως είναι προφανές, οι περισσότερο σημαντικές ψευδαισθήσεις είναι αυτές που αναφέρονται στο χαμόγελο, στο μέγεθος και στο χρώμα των δοντιών.

Εικ. 2: Ο γνωστός πίνακας που συνδέθηκε με την Φροϋδική περίοδο.



Εικ. 3: Πίνακας του Salvador Dali.

Θα παρουσιασθεί η επιστημονική βάση των πιο συχνών οπτικών ψευδαισθήσεων που χρησιμοποιούνται στην οδοντιατρική. Η ταυτοποίηση αυτή θα μας δείξει μέσα από τη σύγχρονη έρευνα στην ψυχολογία και την ψυχιατρική[10] τον μηχανισμό δράσης των οδοντιατρικών συνήθων ψευδαισθήσεων, δίνοντας την δυνατότητα χρήσης τους καθώς και έρευνας και επέκτασης αυτών βάσει των υπαρχόντων δεδομένων.

Ψευδαισθήσεις σχετικές με το χαμόγελο

Έτσι, σε φραγμό που τα δόντια είναι συνωστισμένα και τα δόντια δεν είναι αρμονικά τοποθετημένα το ένα δίπλα στο άλλο ***(Εικ. 4)*** ή σε ελλείψεις δοντιών, το χαμόγελο δεν δίνει την οπτική εντύπωση της ενοποιημένης εικόνας και καθίσταται μη αισθητικό.

Εικ. 4

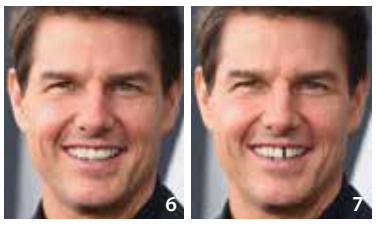
Αντίθετα, αν τα δόντια είναι σε αρμονική διάταξη ***(Εικ. 5)*** το ένα δίπλα στο άλλο, το χαμόγελο δείχνει μια καλαίσθητη ενότητα, ακόμη και αν υπάρχουν ασυμμετρίες στο σχήμα ή στο μέγεθος των δοντιών (δυσαρμονία κατά Bolton ή Χρυσού κανόνα). Με την ίδια ψευδαίσθηση είναι δυνατόν να μην γίνει αντιληπτή η ασυμμετρία της μέσης γραμμής ***(Εικ. 6)*** αν τα δόντια είναι σε επαφή, χωρίς κενά ***(Εικ. 7)*** και χρωματικές ή άλλες έντονες διαφορές μεταξύ τους.

Εικ. 5

Άλλη περίπτωση της διαφοράς της αντίληψης του πραγματικού μεγέθους παρατηρείται συγκρίνοντας τη φαινόμενη διάσταση σε δόντια που ο αυχένας τους χρωματικά δένει με τα ούλα σε σχέση, με δόντια που διαφέρουν λόγω κακών ορίων προσθετικών εργασιών ή περιοδοντικής βλάβης ***(Εικ. 8)***.

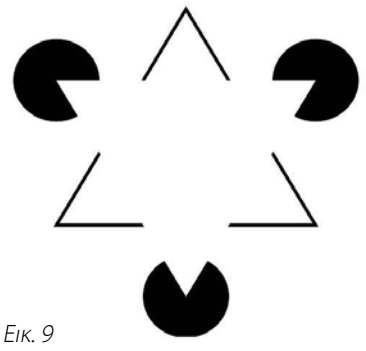
Εξήγηση

Η ψυχολογία Gestalt (μορφολογική ψυχολογία) αναφέρεται στον νόμο της ολοκληρωμένης αντίληψης. Σύμφωνα με αυτόν, αντικείμενα που είναι τοποθετημένα το ένα σε επαφή με το άλλο γίνονται αντιληπτά σαν μια ενότητα. Έτσι, δεν εστιάζουμε στα περιγράμματά τους, το μέγεθος και τα κενά, υπακούοντας στην τάση του εγκεφάλου να βλέπει ενότητες. Χαρακτηριστική ψευδαίσθηση αυτού του νόμου είναι η ψευδαίσθηση του τριγώνου Kanizsa ***(Εικ. 9)***.



Εικ. 6, 7: Στην εικ. 7 (κενό δημιουργήθηκε μεταξύ των #11 21 με photoshop) η ασυμμετρία της μέσης γραμμής γίνεται άμεσα αντιληπτή, καταστρέφοντας την άρτια αισθητική (6).

Εικ. 8: Συγκρίνετε το φαινόμενο μέγεθος στα #11,12 και αντίστοιχα #21 ,22 που φαίνονται τα όρια των προσθετικών αποκαταστάσεων.



Εικ. 9

Ψευδαισθήσεις σχετικές με το μέγεθος των δοντιών

Στην οδοντιατρική φαίνεται ότι η γωνία του παρειακού προφίλ ανάδυσης του δοντιού επηρεάζει το φαινόμενο εύρος του.

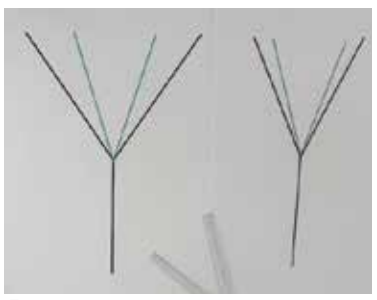
Τροποποιήθηκε (με photoshop) η γωνία του προφίλ ανάδυσης ***(Εικ. 10)***. Έτσι το εύρος του #21 φαίνεται μικρότερο στη ***Εικ. 11***.

Εικ. 10

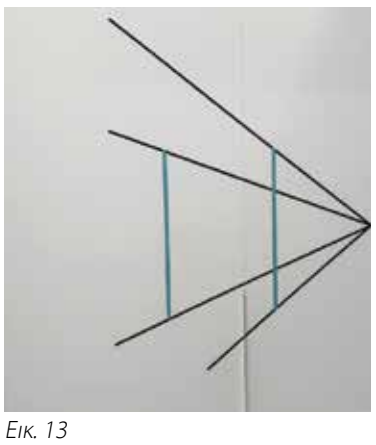
Εικ. 11

Εξήγηση

Η ψευδαίσθηση της γωνίας ***(Εικ. 12, Εικ. 13)***, βασίζεται στην επίδραση της μεγαλύτερης ή μικρότερης εξωτερικής γωνίας, αντίληψη του εγκεφάλου περί του μεγέθους της (μπλε) εσωτερικής γωνίας.



Εικ. 12



Εικ. 13

Συνέχεια στη σελίδα 20

Purgo Dental Biologics Solution

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

THE Graft™

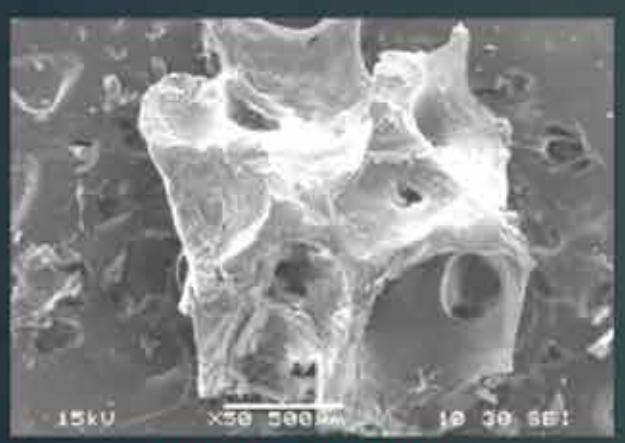
Φυσικό Οστικό Υποκατάστατο

Παρόμοια Δομή με το Ανθρώπινο Οστό.
Οστική Ανάπλαση, χωρίς τον κίνδυνο ανοσογόνου αντίδρασης.
Δημιουργία Βέλτιστων Συνθηκών Οστικής Ανάπλασης.
Το The Graft™ είναι μια φυσική, πορώδης οστική μήτρα (bone mineral matrix).
Χοίρειας προέλευσης, με υψηλές προδιαγραφές παραγωγής,
παράγεται με την αφαίρεση όλων των οργανικών συστατικών.
Λόγω τηςφυσικής δομής του, το The Graft™ προσομοιάζει στις φυσικές και τις χημικές ουσίες του, με το ανθρώπινο οστό (human mineralized matrix).

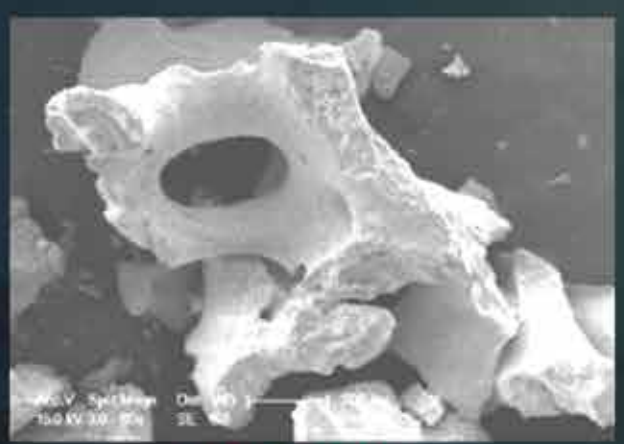
Less residual organic content for **High purity**

High purity means low organic matters

- Υψηλή Ενεργός Επιφάνεια
- Υψηλή Υδροφιλικότητα
- Υψηλή Καθαρότητα
- "Μάκρο-Μίκρο-Νάνο" Πορότητα



Ανθρώπινο Οστό



THE Graft™

Η ΑΣΦΆΛΕΙΆ ΣΑΣ, Η ΠΡΟΤΕΡΑΙΌΤΗΤΆ ΜΑΣ

Περισσότερες πληροφορίες www.purgo-europe.com

ADM - 1st Choice Medicals
GREECE: 211 1158340, CYPRUS: 97740827

Effect of the calcination temperature on the composition and microstructure of hydroxyapatite derived from human and animal bone, M. Figueiredo, A. Fernando, G. Martins, J. Freitas, F.Judas, H. Figueiredo

Alveolar ridge regeneration of damaged extraction sockets using deproteinized porcine versus bovine bone minerals: A randomized clinical trial. 100 patients Clin Implant Dent Relat Res 2018 Jul 27.Epub 2018 Jul 27.

Συνέχεια από τη σελίδα 18

Ψευδαισθήσεις σχετικές με το χρώμα

Η παρουσία διαφορετικού φόντου δημιουργεί ψευδαίσθηση στο χρώμα των δοντιών. Έτσι σε ύπαρξη σκούρων ούλων τα δόντια φαίνονται πιο λευκά, σε σχέση με τα ίδια δόντια σε ανοικτόχρωμα ούλα ***(Εικ. 14, Εικ. 15)***.

Εικ. 14

Εικ. 15

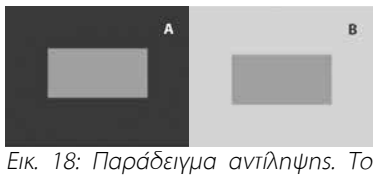
Γενικά σε πιο σκούρο φόντο (ούλα, χείλη, δέρμα) τα δόντια μας δίνουν την εντύπωση ότι προβάλλουν εμφατικότερα, δείχνουν πιο φωτεινά ***(Εικ. 16)***. Έτσι, σε πιο έντονα βαμμένα χείλη ***(Εικ. 17)*** ή σε μαυρισμένο πρόσωπο τα δόντια και συνεπώς το χαμόγελο δείχνει λευκότερο.

Εικ. 16: Τα δόντια στο δεξί ημιμόριο φαίνονται πιο φωτεινά λόγω των πιο σκούρων ούλων (ούλα τροποποιημένα χρωματικά στο Photoshop).

Εικ. 17

Εξήγηση

Η ψευδαίσθηση Chubb είναι μια οπτική ψευδαίσθηση που σχετίζεται με τη σχετική αντίθεση ενός αντικειμένου με το πεδίο στο οποίο εμφανίζεται[11]. Έτσι η φαινομενική φωτεινότητα ενός αντικειμένου ποικίλλει καθώς το φόντο ποικίλλει ***(Εικ. 18)***.



Εικ. 18: Παράδειγμα αντίληψης. Το γκρι εσωτερικό παραλληλόγραμμο εμφανίζεται ανοικτότερο όταν το φόντο είναι πιο σκούρο ή σκοτεινότερο όταν το φόντο είναι ανοικτότερο.

Διακρίνεται σε ταυτόχρονη αντίθεση, διαδοχική αντίθεση και μετακινούμενη αντίθεση.

Η ψευδαίσθηση της αντίθεσης παρατηρήθηκε πρώτα από τον φιλόσοφο John Locke (17ος αιώνας), που παρατήρησε ότι το χλιαρό νερό μπορεί να αισθανθεί καυτό ή κρύο ανάλογα με το αν το χέρι που το αγγίζει ήταν προηγουμένως σε ζεστό ή κρύο νερό. Αυτή, βέβαια, η ψευδαίσθηση στην Οδοντιατρική μπορεί να βρει και άλλες εφαρμογές. Έτσι, κατά την αναισθησία μια προηγηθείσα μικρή πρόκληση πόνου θα μειώσει την τελική αίσθηση του τσιμπήματος της βελόνας.

Η ταυτόχρονη οπτική αντίθεση προσδιορίστηκε αργότερα από τον Michel Eugène Chevreul (1786 – 1889). Αναφέρεται στον τρόπο με τον οποίο τα χρώματα δύο διαφορετικών αντικειμένων επηρεάζουν το ένα το άλλο. Το εφέ είναι πιο αισθητό όταν μοιράζεται μεταξύ αντικειμένων συμπληρωματικού χρώματος.

Υπήρξε κάποια διαφωνία σχετικά με το βαθμό στον οποίο η ταυτόχρονη αντίθεση βασίζεται σε μια φυσιολογική διαδικασία που προκαλείται από τις συνδέσεις των νευρώνων στον οπτικό φλοιό ή εάν είναι ψυχολογική επίδραση. Λόγω της μεγάλης επίδρασης στην χρωματική αντίληψη, ο οδοντίατρος κατά την χρωματοληψία θα πρέπει να έχει πάντα το ίδιο φόντο.

Το μέγεθος

Στην Οδοντιατρική η αποκλίνουσα ή συγκλίνουσα μορφή των όμορων ακρολοφιών ***(Εικ. 19)*** και κοπτικής ***(Εικ. 20)*** δίνουν την ψευδαίσθηση μεγαλύτερου ή μιρότερου μεγέθους στα δόντια, στοιχείο ιδιαίτερα χρήσιμο για τη διαχείριση και τροποποίηση του χαμόγελου[12].

Εικ. 19

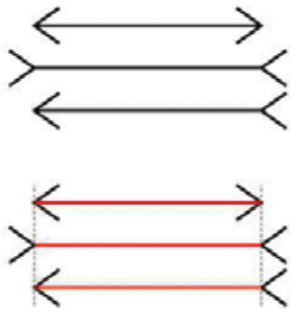
Εικ. 20

Έτσι, για κλείσιμο διαστήματος προκειμένου να μην φαίνεται η αύξηση του εύρους των δοντιών η βέλτιστη λύση είναι η B[7] ***(Εικ. 21)***.

Εικ. 21

Εξήγηση

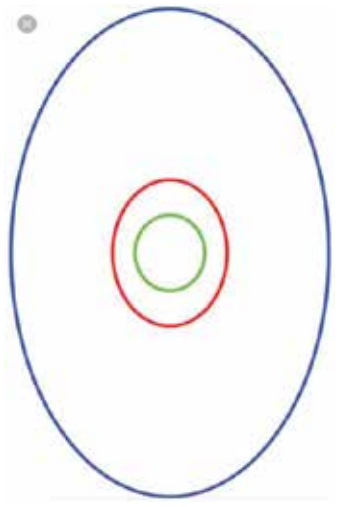
Στην ψευδαίσθηση Muller-Lyer ***(Εικ. 22)*** τα όρια από τα βέλη αν αποκλίνουν ή συγκλίνουν δίνουν την εντύπωση διαφορετικής διάστασης.



Εικ. 22

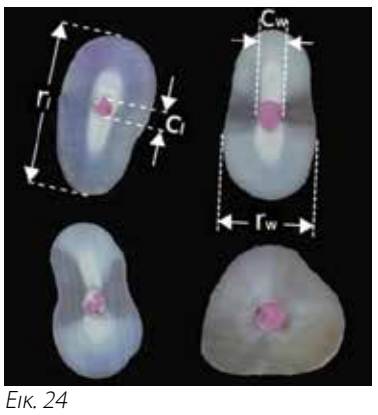
Ψευδαισθήσεις σχετικές με την Ενδοδοντία

Στην Οδοντιατρική η ψευδαίσθηση αυτή άμεσα σχετίζεται με την αντίληψη περί του εύρους του ριζικού σωλήνα, που επηρεάζεται από το εύρος του ομόκεντρου κύκλου της οδοντίνης στο πολφικό τοίχωμα ***(Εικ. 23)***.



Εικ. 23

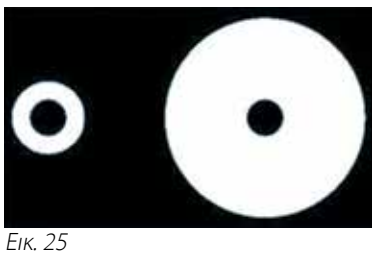
Σε μελέτη[13] όταν η ψευδαίσθηση έκανε τα στόμια των ριζικών σωλήνων να φαίνονται μικρότερα, οι ενδοδοντιστές παρασκεύαζαν τις κοιλότητες μεγαλύτερες από το αναγκαίο ***(Εικ. 24)***.



Εικ. 24

Εξήγηση

Στην ψευδαίσθηση Delboeuf (1892) η σύγκριση δύο όμοιων κύκλων ***(Εικ. 25)*** επηρεαζόμενη από το φόντο του ενός δίνει λανθασμένη εντύπωση υπέρ του κύκλου με τον περιβάλλοντα κύκλο μεγαλύτερης διαμέτρου.



Εικ. 25

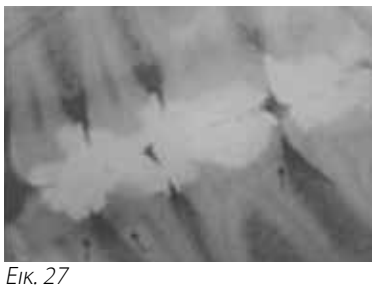
Ψευδαισθήσεις σχετικές με τις ακτινογραφίες[14]

Πρέπει εδώ να αναφερθεί ότι ορισμένες φορές παρατηρείται στις συμβατικές απεικονιστικές τεχνικές μια σχισμοειδής, συνεχής και περιμετρική ακτινοσκιερή ζώνη, η οποία περιβάλλει το εμφύτευμα χωρίς να διαπιστώνεται ενδοστική βλάβη, ενώ κλινικά δεν παρατηρούνται σημεία παθολογίας ***(Εικ. 26)***.

Εικ. 26: Ακτινοδιαυγαστική σχισμοειδής ζώνη πέριξ του εμφυτεύματος η οποία οφείλεται στο φαινόμενο Mach bands effect.

Πρόκειται για ένα οπτικό φαινόμενο, που οφείλεται στην «ενίσχυση» της αντίθεσης που πραγματοποιεί ο ανθρώπινος οφθαλμός όταν παρατηρεί στοιχεία με διαφορετική απόχρωση του γκρι, τα οποία όμως εφάπτονται μεταξύ τους. Για την ακρίβεια, η σκούρα περιοχή εκτιμάται ως περισσότερο σκούρα και η ανοιχτόχρωμη περιοχή ακόμη πιο ανοιχτόχρωμη.

Αυτό το οπτικό φαινόμενο είναι σημαντικό να θυμάστε κατά την αξιολόγηση των οδοντικών ακτινογραφιών ***(Εικ. 27)*** για ενδείξεις τερηδόνας, στην οποία οι εικόνες των δοντιών και των οστών σε κλίμακα του γκρι αναλύονται για μη φυσιολογικές διακυμάνσεις της πυκνότητας.

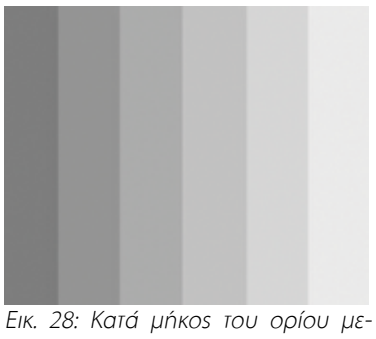


Εικ. 27

Μια ψευδώς θετική ακτινολογική διάγνωση τερηδόνας μπορεί να προκύψει εύκολα, εάν ο ιατρός δεν λάβει υπόψη την πιθανότητα αυτής της ψευδαίσθησης. Οι ζώνες Mach εκδηλώνονται δίπλα σε μεταλλικές αποκαταστάσεις ή συσκευές και το όριο μεταξύ αδαμαντίνης και οδοντίνης. Οι ζώνες Mach μπορεί επίσης να οδηγήσουν σε εσφαλμένη διάγνωση καταγμάτων οριζόντιας ρίζας, λόγω των διαφορετικών ακτινογραφικών εντάσεων των δοντιών και των οστών.

Εξήγηση

Το φαινόμενο ονομάζεται Mach bands effect και πήρε το όνομά του από τον Γερμανό φυσικό Ernst Mach (1838-1916), που το περιέγραψε πρώτος. Υπερβάλλει την αντίθεση μεταξύ των άκρων των ελαφρώς διαφορετικών αποχρώσεων του γκρι, μόλις έρθουν σε επαφή μεταξύ τους, ενεργοποιώντας την ανίχνευση άκρων στο ανθρώπινο οπτικό σύστημα ***(Εικ. 28)***.



Εικ. 28: Κατά μήκος του ορίου μεταξύ γειτονικών αποχρώσεων του γκρι στην ψευδαίσθηση των ζωνών Mach, στα όρια η σκοτεινότερη περιοχή φαίνεται ψευδώς ακόμη πιο σκοτεινή και η ανοικτότερη περιοχή ψευδώς φαίνεται ακόμη πιο ελαφριά.

Συμπέρασμα

Στην Οδοντιατρική, στην οποία η οπτική και κλινική αξιολόγηση είναι ο κανόνας, η γνώση των οπτικών ψευδαισθήσεων, της χρήσης τους για τη βελτίωση της αισθητικής, αλλά επίσης των περιορισμών τους και των εγγενών κινδύνων, που μπορούν να μας οδηγήσουν, είναι σημαντικός και απαραίτητος. Επιπλέον, μια και ζούμε σε μια εποχή που τα πάντα είναι Επιστήμη (science everything) η γνώση των μηχανισμών και η μελέτη της επίδρασης αυτών στον ανθρώπινο εγκέφαλο είναι αναγκαίες και χρήσιμες.

Βιβλιογραφία

1. Hermann von Helmholtz:Handbuch der physiologischen Optik
2. Scientific Activity of Alfred Yarbus: The Stages of Research Work, Senior and Younger Colleagues, Conditions of Investigations. Rozhkova GI, Sobolevski AN. Perception; 2015;44(8-9):837-50. doi: 10.1177/0301006615595782. Epub 2015 Aug 25.
3. Webster, λεξικό
4. Pilkington E.L.: Esthetic and Optical Illusions in Dentistry J.A.D.A.; 1936. vol 23,641-51.
5. Harold C. Slavkin: Visual Illusions,-Science and Esthetic Dentistry JADA; 1999. Vol 130, Issue 7, Pages 1115–1119,
6. Mayekar SM1.: Shades of a color. Illusion or reality? J. Clin North Am; 2001 Jan;45(1):155-72.
7. Thomai Katsarou, Maria Antoniadou, Efstratios Papazoglou.: Effectiveness of optical illusions applied on a single composite resin veneer for the diastema closure of maxillary central incisors. Int J Esthet Dent.; 2017. 12(1):42-59.
8. Parker Crutchfield, Connor Mahoney, Vanessa Pazdernik, Cesar Rivera.Cross-modal influence on oral size perception. Arch Oral Biol.;2016. Jan;61:89-97.
9. Petre Ana & Iliescu, Alexandru. Optical Illusion a non invasive solution. Conference paper. 2012.
10. Flavia Mancini, Nadia Bolognini, Emanuela Bricolo, Giuseppe Vallar. Cross-modal processing in the occipito-temporal cortex: a TMS study of the Müller-Lyer illusion. J Cogn Neurosci.; 2011. Aug;23(8):1987-97.
11. Kingdom, Fred (1997). "Simultaneous Contrast: The Legacies of Hering and Helmholtz". Perception. 26 (6): 673–677. doi:10.1068/p260673.
12. Makovski T.: The open-object illusion: size perception is greatly influenced by object boundaries. Atten Percept Psychophys.; 2017. Jul;79(5):1282-1289. doi: 10.3758/s13414-017-1326-5
13. O'Shea, R., Chandler, N., & Roy, R.: Dentists Make Larger Holes in Teeth Than They Need to If the Teeth Present a Visual Illusion of Size. PLoS One.; 2013. Oct 23;8:2013, October 23 ;8(10):e77343.
14. Καρούσης Ιωάννης: «Περιεμφυτευματίτιδα. Από τη διάγνωση στη θεραπεία». Βιβλίο από Εκδόσεις Οδοντιατρικό Βήμα, 2020.

LUCIDA

COMPOSITE
GLOSS SYSTEM

In Italian, Lucida means polished and full of light.

> "LUCIDA Paste is the missing piece we needed to reach the perfect final gloss touch"
>
> Dr Marcin Krupinksi
> – Style Italiano Silver Member

Reliable final gloss on composites and other restorative materials.

Clinically proven and scientifically demonstrated by our surface analysis in Ancona University.

- Prof. Angelo Putignano

Clinical Case By
Dr Marcin Krupinksi

DIASHINE

STYLEITALIANO

See More Clinical Cases:
StyleItaliano.org/lucida-diashine-polish

Dental Expert - Άννα Ελμάογλου Ε.Π.Ε.

Ο Εξειδικευμένος Συνεργάτης του Οδοντιατρείου σας

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

Η σελίδα της
ΕΛΛΗΝΙΚΗΣ ΕΤΑΙΡΕΙΑΣ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΗΣ ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΙΚΗΣ

Πλεονεκτήματα και μειονεκτήματα των ηλεκτρονικών συστημάτων συνταγογράφησης

Αγγελική Γιαννοπούλου
Γενική Γραμματέας Ελληνικής Εταιρείας Νοσοκομειακής Οδοντιατρικής

Με τον όρο «Ηλεκτρονική Συνταγογράφηση» (Η.Σ.) εννοούμε τη δημιουργία, διακίνηση και έλεγχο των ιατρικών συνταγών και παραπεμπτικών, με τη χρήση τεχνολογίας (τεχνολογία πληροφοριών και επικοινωνίας - Τ.Π.Ε. - ICT) και με τρόπο που να διασφαλίζεται η εγκυρότητα, η ασφάλεια και η διαφάνεια των διακινούμενων πληροφοριών. Είναι η βασική λειτουργία μιας ηλεκτρονικής βάσης δεδομένων που επιτρέπει στους ιατρούς να παραγγέλνουν όχι μόνο φάρμακα αλλά και διαγνωστικές εξετάσεις και να προβαίνουν σε λοιπές ενέργειες σχετικά με την περίθαλψη των ασθενών.

Η συνταγογράφηση των φαρμάκων και των ιατρικών πράξεων συνιστά μια από τις κρισιμότερες λειτουργίες του τομέα της υγείας αφού επηρεάζει σε σημαντικό βαθμό τη δημόσια υγεία και τα δημόσια οικονομικά. Σε καμία όμως περίπτωση δεν πρέπει να ταυτίζεται με μια εφαρμογή αποκλειστικά δημοσιονομικού χαρακτήρα. Η Η.Σ. αποτελεί ένα πολύτιμο εργαλείο για την προάσπιση της υγείας των πολιτών, τη βελτίωση των παρεχόμενων υπηρεσιών και τον έλεγχο των δαπανών.

Συνήθως είναι μέρος ενός ευρύτερου συστήματος πληροφοριών για την υγεία που λειτουργεί υποστηρικτικά προς τον ιατρό για τον άρτιο συντονισμό και την αξιολόγηση της παρεχόμενης θεραπείας.

Στην Ελλάδα η Η.Σ. καθιερώνεται θεσμικά με το Νόμο 3892/2010 (ΦΕΚ 189/Α/2010) *«Ηλεκτρονική καταχώριση και εκτέλεση ιατρικών συνταγών και παραπεμπτικών ιατρικών εξετάσεων».*

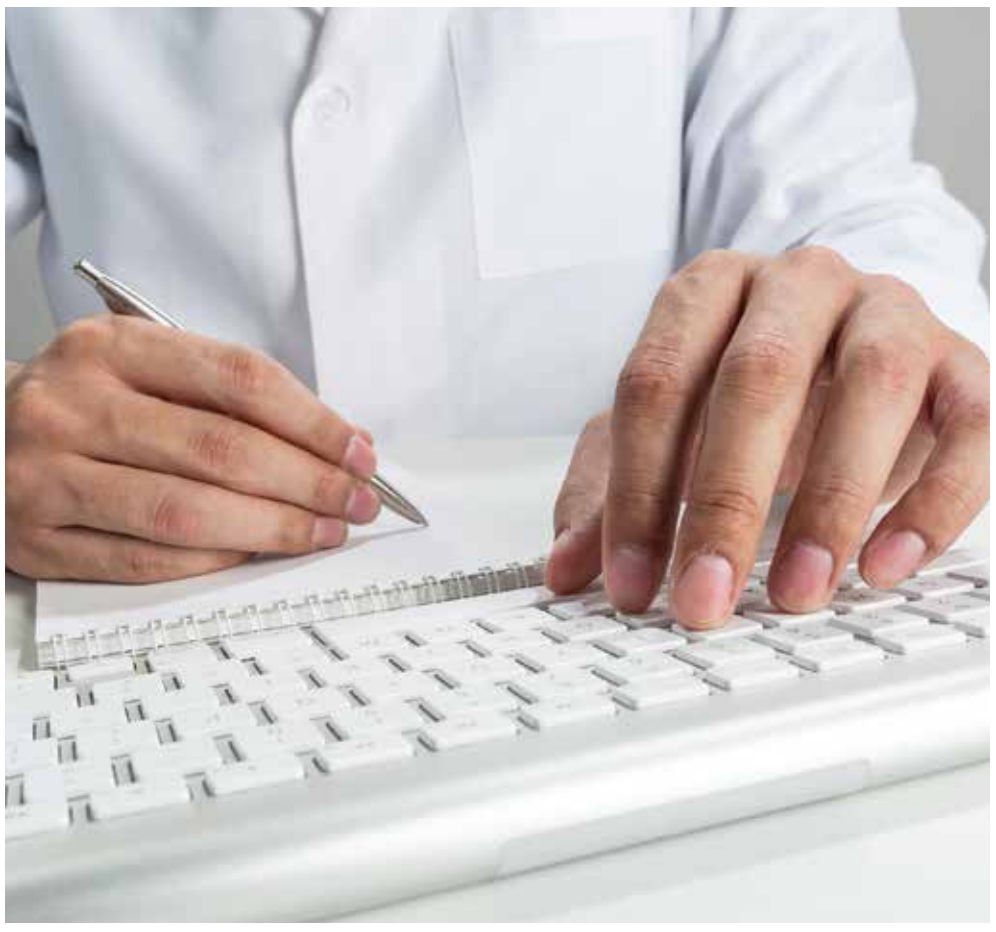
Πλεονεκτήματα της Η.Σ.

Η εφαρμογή των ηλεκτρονικών συστημάτων συνταγογράφησης είναι μια μη αναστρέψιμη παρέμβαση στη διαδικασία συνταγογράφησης, όσον αφορά τη μετάβαση από τη χειρόγραφη στην Η.Σ. Δημιουργούν οφέλη στον ασθενή, τον ιατρό, τον φαρμακοποιό και γενικότερα σε επιστημονικό, οικονομικό και κοινωνικό επίπεδο.

Σε επιστημονικό επίπεδο τα ηλεκτρονικά συστήματα συνταγογράφησης συμβάλλουν στην ταχεία ανάπτυξη γνώσης, λόγω ενίσχυσης της δυνατότητας ευέλικτης και ολοκληρωμένης επεξεργασίας των στατιστικών δεδομένων. Επιτυγχάνεται βελτίωση των φαρμάκων μέσω της δυνατότητας άμεσης επεξεργασίας και αξιολόγησης των στοιχείων. Επιπλέον είναι δυνατή η αξιολόγηση της συμπεριφοράς των χρηστών.

Σε οικονομικό επίπεδο με τα ηλεκτρονικά συστήματα συνταγογράφησης επιτυγχάνεται εξορθολογισμός των οικονομικών των ταμείων. Συντείνουν στη μείωση της προκλητής ζήτησης, της παράνομης συνταγογράφησης, της εικονικής συνταγογράφησης και της χρήσης για άλλους σκοπούς. Κατά συνέπεια περιορίζονται τα οικονομικά αδικήματα από πλευράς ιατρών, φαρμακοποιών και φαρμακοβιομηχανιών. Συμβάλλουν στην άμεση οικονομική εκκαθάριση των συνταγών από τους ασφαλιστικούς φορείς και στην εποπτεία των δαπανών φαρμακευτικής περίθαλψης. Το κόστος της συνταγογράφησης από τον ιατρό μπορεί να μειωθεί χωρίς να μειωθεί όμως και η αποτελεσματικότητα. Δεν είναι λίγες οι περιπτώσεις στις οποίες οι ιατροί δεν επιλέγουν τη φθηνότερη εναλλακτική λύση σε μια θεραπευτική πράξη. Με τη χρήση ηλεκτρονικών συστημάτων συνταγογράφησης επιτυγχάνεται περιορισμός της γραφειοκρατίας, μείωση του απασχολούμενου ανθρώπινου δυναμικού και συνεπώς εξοικονόμηση χρήματος.

Τα οφέλη που αναφέρθηκαν σε επιστημονικό και οικονομικό επίπεδο, αναμφισβήτητα έχουν αντίκτυπο κοινωνικό. Επιτυγχάνεται εξοικονόμηση σημαντικών κοινωνικών πόρων σε χρόνο, χρήμα και διοικητικά βάρη. Περιορίζεται η ταλαιπωρία των πολιτών, αυξάνεται η διαφάνεια, η εμπιστευτικότητα, η συνεργασία κ.α.



Η τεχνολογία πληροφοριών για την υγεία, ειδικά η τεχνολογία που σχετίζεται με ηλεκτρονικά αρχεία υγείας και ηλεκτρονικά συστήματα συνταγογράφησης, πιστεύεται ότι είναι ο ακρογωνιαίος λίθος για βελτιώσεις στην ποιότητα της φροντίδας, την ασφάλεια των ασθενών και την αποτελεσματικότητα, που οδηγούν σε οφέλη κόστους για την υγειονομική περίθαλψη. Ωστόσο, εμπειρογνώμονες παραδέχονται πως τα πλεονεκτήματα από την υλοποίηση αυτών των παροχών εξαρτώνται κατά πολύ και από τον σχεδιασμό του συστήματος.

Τα ηλεκτρονικά συστήματα συνταγογράφησης βελτιώνουν την συνταγή ως προς την πληρότητα, την αποτελεσματικότητα, την ακρίβεια, την σαφήνεια.

Η Η.Σ. αυξάνει την ακρίβεια και το ευανάγνωστο των συνταγών και ενσωματώνει τις πληροφορίες των συνταγών σε ηλεκτρονικά ιατρικά αρχεία. Πολλές μελέτες υποστηρίζουν ότι η ποιότητα της συνταγογράφησης των φαρμάκων από τους ιατρούς θα μπορούσε να βελτιωθεί. Η ανεπαρκής συνταγογράφηση, η υπερβολική συνταγογράφηση, η λανθασμένη επιλογή φαρμάκων και η μη αναγνώριση των ανεπιθύμητων ενεργειών είναι σοβαρά και δυνητικά αναπόφευκτα συμβάντα. Υπάρχουν πολλά τεκμηριωμένα παραδείγματα μη βέλτιστης συνταγογράφησης.

Σύμφωνα με μελέτες η Η.Σ. συμβάλει στη μείωση των ιατρικών λαθών. Δυνητικά συμβάλλει στην παροχή καλύτερης υγειονομικής περίθαλψης, καθώς τα ιατρικά σφάλματα είναι σημαντικός παράγοντας που επηρεάζει την ποιότητα της φροντίδας των ασθενών. Ο ιατρός έχει τη δυνατότητα μέσω της Η.Σ. να έχει έγκαιρη ενημέρωση για πιθανή λανθασμένη διάγνωση και μελέτη αυτής.

Όταν η Η.Σ. αποτελεί μέρος ολοκληρωμένου προγράμματος για την υγεία, δίδεται η δυνατότητα άμεσης συσχέτισης των πληροφοριών με αποτέλεσμα, την ασφαλέστερη χορήγηση φαρμάκων, αφού υπάρχει on-line σύνδεση με τη βάση δεδομένων με το ιατρι-

> Σύμφωνα με μελέτες η Ηλεκτρονική Συνταγογράφηση συμβάλει στη μείωση των ιατρικών λαθών. Δυνητικά συμβάλλει στην παροχή καλύτερης υγειονομικής περίθαλψης, καθώς τα ιατρικά σφάλματα είναι σημαντικός παράγοντας που επηρεάζει την ποιότητα της φροντίδας των ασθενών.
> Ο ιατρός έχει τη δυνατότητα μέσω της Η.Σ. να έχει έγκαιρη ενημέρωση για πιθανή λανθασμένη διάγνωση και μελέτη αυτής.

κό ιστορικό του ασθενούς. Εξασφαλίζεται ο έλεγχος αλληλεπιδράσεων με άλλα φάρμακα και ο έλεγχος αλλεργικών αντιδράσεων, η χορήγηση ακριβέστερης δοσολογίας κ.α. Ο ιατρός έχει πλήρη εικόνα του ασθενούς, με τις ασθένειες, τις θεραπείες, τα φάρμακα που συνταγογραφήθηκαν και εκτελέστηκαν ή όχι, καθώς του δίδεται η δυνατότητα να ερμηνεύσει πιθανή συσχέτιση συμπτωμάτων με το ιστορικό του ασθενούς. Τα πληροφορικά συστήματα Η.Σ. προωθούν την αξιοπιστία και βελτιώνουν τη συμμόρφωση των ιατρών στις επιταγές του εθνικού συνταγολογίου, μέσω της ύπαρξης διαγνωστικών και θεραπευτικών πρωτοκόλλων.

Τα ηλεκτρονικά συστήματα μπορούν να εξυπηρετήσουν τον κρίσιμο ρόλο της συλλογής και της συσχέτισης μεταξύ των πληροφοριών που οι κλινικοί ιατροί πιθανό να απωλέσουν, λόγω του τεράστιου όγκου των δεδομένων. Επιπλέον δίδεται η δυνατότητα στο χρήστη αντιγραφής/επανάληψης συνταγής, χρήσης κωδικοποιημένων καταλόγων κ.α.

Οι διαδικασίες για τη χορήγηση, διανομή και αγορά φαρμάκων απλοποιούνται, ιδιαίτερα στις περιπτώσεις αμφίδρομης ανταλλαγής δεδομένων μεταξύ ιατρών και φαρμακείων.

Η Η.Σ. εξασφαλίζει μεγαλύτερη προστασία των προσωπικών δεδομένων από το βιβλιάριο υγείας, το οποίο είναι εύκολο να απολεσθεί και να χρησιμοποιηθεί από οποιονδήποτε κακοπροαίρετο. Με την Η.Σ. η ασφάλεια είναι πολύ «ισχυρότερη». Τα ηλεκτρονικά συστήματα συνταγογράφησης προσφέρουν αίσθημα ασφάλειας ιδιαίτερα στους ιατρούς των νοσοκομείων καθώς κάθε ηλεκτρονική συνταγή δεσμεύεται με μοναδικό κωδικό. Το γεγονός αυτό αποτρέπει να βρεθεί ο ιατρός κατηγορούμενος για απάτη, καθώς πρακτικά μηδενίζεται η πιθανότητα πλαστογράφησης συνταγής. Σε περίπτωση δικαστικής διένεξης είναι επιτρεπτή, κατόπιν προϋποθέσεων, η πρόσβαση στη βάση δεδομένων Η.Σ. και η αναζήτηση αποδεικτικών στοιχείων της αθωότητας ή της ενοχής του θεράποντος ιατρού.

Μειονεκτήματα της Η.Σ.

Τα οφέλη που προκύπτουν από την εφαρμογή της Η.Σ. έχουν αναπτυχθεί επαρκώς από τη σύγχρονη βιβλιογραφία. Ωστόσο, οι συνταγογράφοι και οι φαρμακοποιοί πρέπει να γνωρίζουν ότι τα ηλεκτρονικά συστήματα συνταγογράφησης ενδέχεται να εισάγουν νέους τύπους σφαλμάτων. Ιδιαίτερη σημασία έχει ο ορθός σχεδιασμός της εφαρμογής, προκειμένου να αποφευχθούν τα σφάλματα από λανθασμένες πληροφορίες, η χρησιμοποίηση των οποίων θα έχει αρνητικό αντίκτυπο στην ασφάλεια των ασθενών. Ορισμένες μελέτες αναφέρουν ότι οι ιατροί εξέφρασαν την άποψη ότι το ηλεκτρονικό σύστημα συνταγογράφησης είναι πολύπλοκο, υπερβολικά εξαρτώμενο από την τεχνολογία και περισσότερο χρονοβόρο, έναντι της χειρόγραφης συνταγογράφησης. Η ταχύτητα του συστήματος θεωρείται πρωταρχικός καθοριστικός παράγοντας ικανοποίησης των χρηστών. Η νέα τεχνολογία απαιτεί εκπαίδευση και υποστήριξη της τεχνολογίας πληροφοριών για την εγκατάσταση και συντήρηση. Η ελλιπής γνώση διαχείρισης του συστήματος και η μη συμμόρφωση με τις συστάσεις συμβάλλει στη δημιουργία αντιστάσεων από ιατρούς και διαχειριστές γενικότερα. Απαιτείται περαιτέρω έρευνα που θα αξιολογεί τα διαφορετικά μοντέλα εφαρμογής του συστήματος και το κόστος εγκατάστασης. Η πιθανή έλλειψη οικονομικής υποστήριξης είναι ένα σημαντικό εμπόδιο.

Συνεπώς κατά το σχεδιασμό, ανάπτυξη, συντήρηση ενός συστήματος Η.Σ. και για τη βέλτιστη λειτουργία του θα πρέπει να λαμβάνονται υπόψη οι παράγοντες που συμβάλλουν σε σφάλματα Η.Σ. Όπως αναλυτικά αναφέρθηκαν ανωτέρω οι παράγοντες αυτοί μπορεί να είναι τεχνικοί (λειτουργικότητα του συστήματος), ανθρώπινοι και οργανωτικοί παράγοντες καθώς και η αλληλεπίδραση αυτών.

Ενδεικτική βιβλιογραφία

1. Qureshi NA, Al-Dossari DS, Al-Zaagi IA, Al-Bedah AM, Abudalli AN, Koenig HG: Electronic Health Records, Electronic Prescribing and Medication Errors: A Systematic Review of Literature, 2000-2014. British J Med Med Res 2015;6:672–704.
2. Γιαννοπούλου Α: Ηλεκτρονική Συνταγογράφηση. Ελλ Νοσ Οδοντ 2020;13:13-34.
3. Bruthans J:The state of national electronic prescription systems in the EU in 2018 with special consideration given to interoperability issues. Int J Med Inform 2020;141:104205.
4. Kaushal R, Kern M, Barrn Y, Quaresimo J, Abramson L: Electronic prescribing improves medication safety in community-based office practices. J. Gen. Intern. Med 2010;25:530-536.
5. Avies J, Pucher PH, Ibrahim H, Stubbs B:Impact of the introduction of electronic prescribing on staff perceptions of patient safety and organizational culture. J Surg Res 2017;212:222-8.
6. Baysari MT, Hardie RA, Lake R, Richardson L, McCullagh C, Gardo A, et al: Longitudinal study of user experiences of a CPOE system in a pediatric hospital. Int J Med Inform 2018;109:5–14.
7. Baysari M, Westbrook J, O Day R: Understanding doctors' perceptions of their prescribing competency and the value they ascribe to an electronic prescribing system. Stud Health Technol Inform 2012;178:1-6.
8. Hor C, O'Donnell J, Murphy A, O'Brien T, Kropmans T: General practitioners' attitudes and preparedness towards Clinical Decision Support in e-Prescribing (CDS-eP) adoption in the West of Ireland: a cross sectional study.BMC Med Inform Decis Mak 2010;10:2.
9. Odukoya O, Stone J, Chui M:E-prescribing errors in community pharmacies: exploring consequences and contributing factors. Int J Med Inf 2014;83 (6):427-437.
10. Vassilakopoulou P, Marmaras N: Investigating technology-induced transitions in healthcare: work practice adaptations within their overall context. Health Policy Technol 2015;4:277–85.

Focus on Implantology
www.iti.org

Ψηφιακά πρωτόκολλα στον χώρο του Οδοντιατρείου
Μέρος Ι: Προεγχειρητικός σχεδιασμός και τοποθέτηση εμφυτευμάτων

Σπύρος Κουρής
Περιοδοντολόγος,
ITI Fellow

Ελευθερία Τσαλούχου
Προσθετολόγος,
ITI Member

Ζούμε σε μία εποχή που χαρακτηρίζεται από μυριάδες τεχνολογικά άλματα που κάνουν την καθημερινή μας ζωή πιο εύκολη. Δεν θα μπορούσε φυσικά να είναι διαφορετικά και στην κλινική πραγματικότητα της Οδοντιατρικής, καθώς οι εταιρίες οδοντιατρικού εξοπλισμού προσλαμβάνουν διαρκώς τεχνολογία από άλλους τομείς και την προσαρμόζουν στα δεδομένα της Οδοντιατρικής επιστήμης και φυσικά του κλινικού χώρου εργασίας μας, του οδοντιατρείου.

Παράλληλα, οι προσδοκίες των οδοντιατρικών ασθενών συνεχώς αυξάνονται και ο κλινικός καλείται συχνά να ανταποκριθεί σε απαιτητικές περιπτώσεις αποκατάστασης ελλειπόντων δοντιών με εμφυτεύματα. Οι ασθενείς πιέζουν διαρκώς για την ενσωμάτωση και εφαρμογή νέων, βελτιωμένων τεχνικών και μεθόδων, που θα δώσουν πιο γρήγορα αποτελέσματα, ζητώντας ταυτόχρονα ένα εξαιρετικό αισθητικό αποτέλεσμα. Έτσι, η χρήση των ψηφιακών τεχνολογιών αποκτά ιδιαίτερο ενδιαφέρον στις μέρες μας, αφού δίνει στον οδοντίατρο που ασχολείται με την Εμφυτευματολογία, δυνατότητες που δεν υπήρχαν ποτέ στο παρελθόν.

Απαραίτητος Εξοπλισμός – Χειρουργική

Για να υλοποιηθεί το πλήρες ψηφιακό πρωτόκολλο απαιτούνται κάποιες υποδομές, οι οποίες πιο αναλυτικά είναι:

i) το απαραίτητο CBCT, το οποίο παρέχει μια αξιόπιστη, τρισδιάστατη απεικόνιση των ανατομικών δομών της στοματικής κοιλότητας ***(Εικ.1)***.

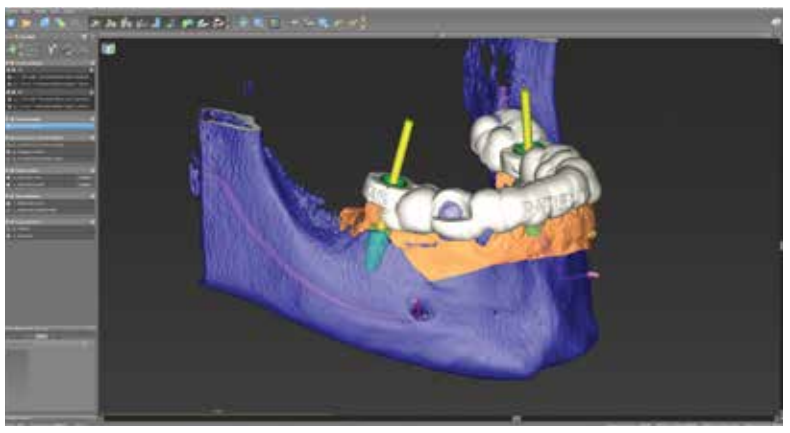
Εικ. 1: Αξονικός τομογράφος κωνικής δέσμης (CBCT).

ii) ο ενδοστοματικός σαρωτής, ο οποίος παρέχει τη δυνατότητα να δημιουργήσουμε εύκολα και με μεγάλη ακρίβεια ψηφιακά αποτυπώματα της περιοχής εργασίας, χωρίς τη λήψη συμβατικής αποτύπωσης ***(Εικ. 2)***.

Εικ. 2: Ενδοστοματικός σαρωτής.

iii) τα εξειδικευμένα λογισμικά σχεδιασμού Κατευθυνόμενης Τοποθέτησης Εμφυτευμάτων, που δίνουν τη δυνατότητα τοποθέτησης των εμφυτευμάτων στην προβλεπόμενη θέση με μεγάλη ακρίβεια, ακολουθώντας ένα προαποφασισμένο προσθετικό σχέδιο ***(Εικ. 3).***

iv) οι εκτυπωτές τριών διαστάσεων, που μπορούν να παρέχουν, σε χρόνο πλέον λιγότερο από μια ώρα, ένα χειρουργικό οδηγό για την τοποθέτηση των εμφυτευμάτων ή ακόμα και ένα νάρθηκα νυκτός για την προστασία των επιεμφυτευματικών αποκαταστάσεων, όπου αυτό κρίνεται απαραίτητο.



Εικ. 3: Εξειδικευμένο λογισμικό σχεδιασμού χειρουργικών οδηγών για κατευθυνόμενη από Η/Υ τοποθέτηση Εμφυτευμάτων (Co-Diagnostix Dental Wings)

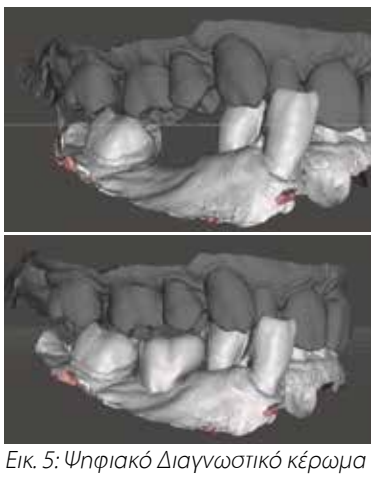
Τέλος για την τελείωση των εκτυπώσεων (έκπλυση και πολυμερισμός) απαιτούνται συσκευές που να πληρούν τις τεχνικές προδιαγραφές για τη σωστή επεξεργασία του υλικού που χρησιμοποιούμε κάθε φορά για την παραγωγή του χειρουργικού οδηγού ***(Εικ. 4)***.

Εικ. 4: Επαγγελματικός εκτυπωτής τρισδιάστατων μοντέλων και συσκευές έκπλυσης και πολυμερισμού (FormLabs).

Είναι ευνόητο ότι μετά την ολοκλήρωση της διαδικασίας, ακολουθεί είτε η αποστείρωσή του σε αυτόκαυστο είτε η απολύμανση σε διάλυμα αιθυλικής αλκοόλης για να είναι ο οδηγός κατάλληλος για χρήση κατά τη διάρκεια του χειρουργείου.

Υπολογιστικά κατευθυνόμενη τοποθέτηση εμφυτευμάτων

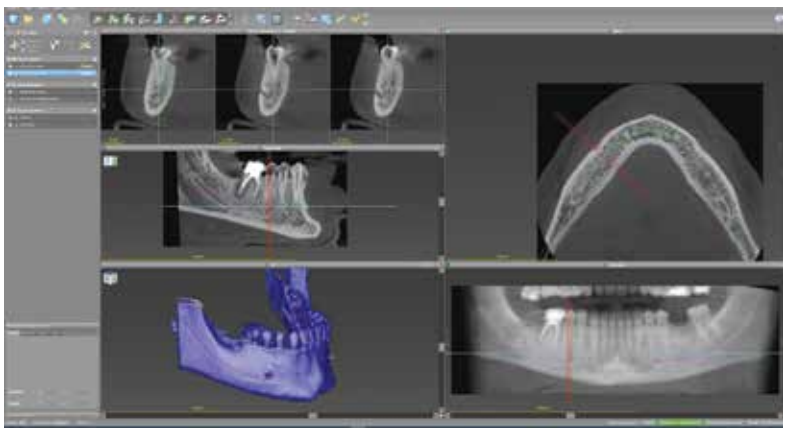
Για το σχεδιασμό τοποθέτησης εμφυτευμάτων με τη βοήθεια ηλεκτρονικού υπολογιστή χρειαζόμαστε απαραίτητα 3 αρχεία, την αξονική τομογραφία της νωδής περιοχής του ασθενούς, ένα ψηφιακό αποτύπωμα της ίδιας περιοχής και ένα ψηφιακό διαγνωστικό κέρωμα (wax-up) από την προσδοκώμενη προσθετική αποκατάσταση ***(Εικ. 5)***.



Εικ. 5: Ψηφιακό Διαγνωστικό κέρωμα (Wax-up).

Η αξονική τομογραφία πρέπει να είναι υψηλής ποιότητας, να περιέχει ιδανικά δεδομένα για όλη την γνάθο στην οποία θα εργαστούμε, καθώς και να δίνει την απαιτούμενη πρόσβαση στα πρωτογενή δεδομένα (Dicom Files).

Το ψηφιακό αποτύπωμα (δεύτερο αρχείο) που θα είναι σε κάποιο αρχείο STL, πρέπει να είναι πλήρες και υψηλής αναλύσεως, ώστε να διαθέτει την πιστότητα και ακρίβεια που είναι απαραίτητες για την εργασία με αυτό το απαιτητικό πρωτόκολλο. Η χρησιμότητα του αποτυπώματος αφορά στον τελικό σχεδιασμό του χειρουργικού οδηγού, ο οποίος θα εδράζεται και θα σταθεροποιείται στο καθορισμένο χειρουργικό πεδίο. Απαραίτητα πρέπει να έχουμε εκ των προτέρων και ένα σχεδιασμό της προτεινόμενης προσθετικής αποκατάστασης, από τον οποίο προκύπτει ένα ψηφιακό διαγνωστικό κέρωμα σε ένα τρίτο αρχείο.

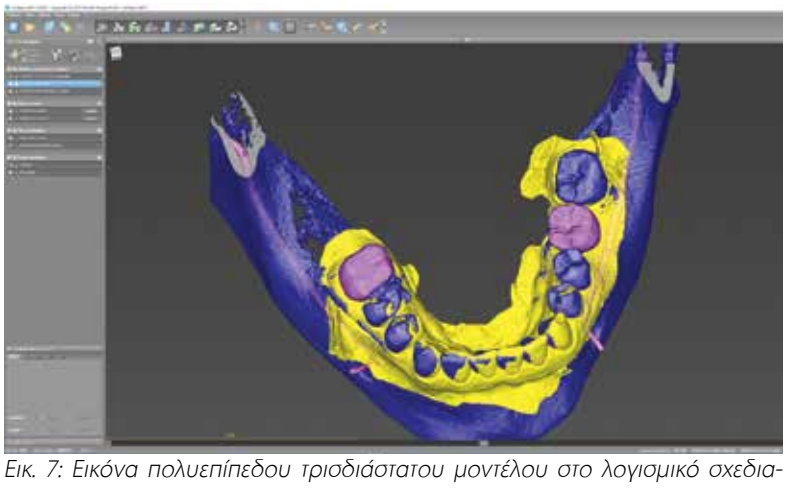


Εικ. 6: Dicom files στο πρόγραμμα σχεδιασμού.

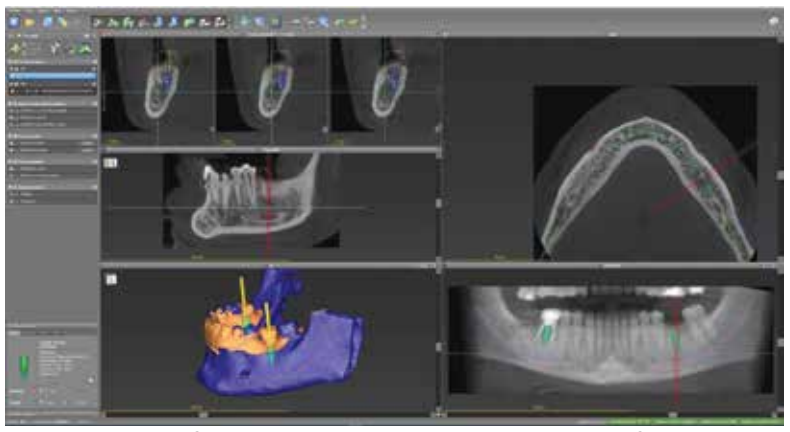
Τα τρία παραπάνω θα ενοποιηθούν με τη βοήθεια του σχεδιαστικού προγράμματος που έχουμε επιλέξει, έτσι ώστε να δημιουργήσουν ένα σύνθετο και πολυεπίπεδο τρισδιάστατο μοντέλο της γνάθου του ασθενούς, πάνω στο οποίο θα εργαστούμε. Ξεκινώντας με την εισαγωγή των αρχείων DICOM στο σχεδιαστικό πρόγραμμα, το λογισμικό θα ανασυνθέσει τις τομές με βάση τις πληροφορίες που λαμβάνει από τα αρχεία DICOM και θα δημιουργήσει μια τρισδιάστατη απεικόνιση της περιοχής – γνάθου που μας ενδιαφέρει. Στο σημείο αυτό σημειώνονται οι θέσεις των κρίσιμων ανατομικών στοιχείων, όπως π.χ. αυτή του πόρου του ΚΦΝ ***(Εικ. 6)***.

Στη συνέχεια εισάγουμε στο πρόγραμμα το ψηφιακό αποτύπωμα της νωδής περιοχής και το ψηφιακό διαγνωστικό κέρωμα της προτεινόμενης αποκατάστασης (Digital Wax-up). Για να μπορέσουμε όμως να προχωρήσουμε, είναι απαραίτητη η τρισδιάστατη συσχέτιση του αποτυπώματος με την υποκείμενη δομή του οστού. Αυτό επιτυγχάνεται με τη βοήθεια οδηγών ανατομικών σημείων και κοινών περιοχών που είναι εμφανή τόσο στην ακτινογραφία όσο και στο αποτύπωμα, όπως π.χ. τα δόντια του ασθενούς.

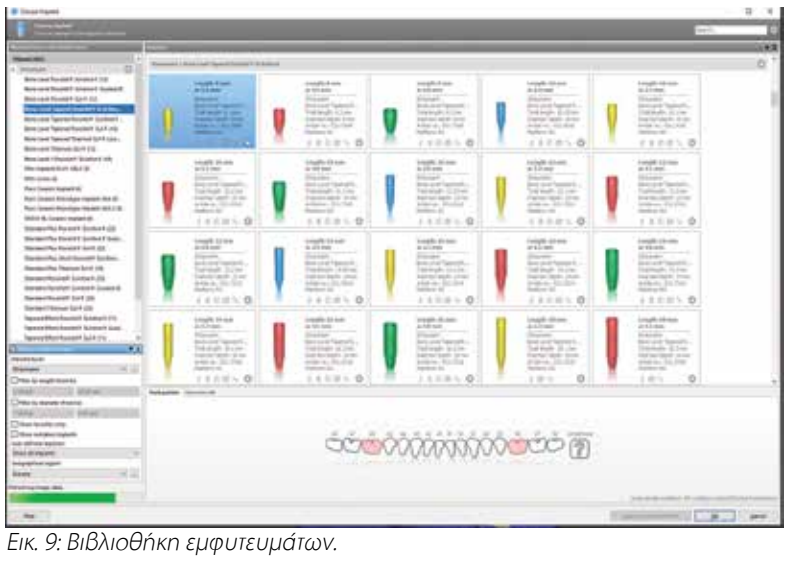
Η δυνατότητα της αλληλεπίθεσης του αποτυπώματος ***(Εικ. 7)*** με τα υπόλοιπα στοιχεία που έχουμε στη διάθεσή μας, θα μας βοηθήσει στο να ελέγξουμε ότι το εμφύτευμα τοποθετείται με τέτοιο τρόπο, ώστε η οπή της βίδας κοχλίωσης θα βρίσκεται στο κέντρο της μασητικής επιφάνειας, επιτρέποντας έτσι τη



Εικ. 7: Εικόνα πολυεπίπεδου τρισδιάστατου μοντέλου στο λογισμικό σχεδιασμού.



Εικ. 8: Έλεγχος της θέσης των εμφυτευμάτων ως προς την προσθετική εργασία.

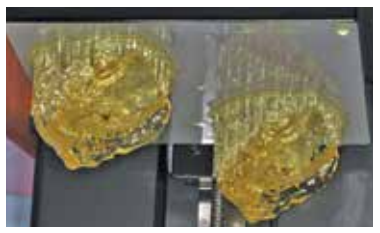


Εικ. 9: Βιβλιοθήκη εμφυτευμάτων.

δημιουργία μιας κοχλιούμενης προσθετικής εργασίας ***(Εικ. 8)***.

Ακολουθεί η επιλογή των εμφυτευμάτων από μια βιβλιοθήκη η οποία εμπεριέχει τις περισσότερες εταιρίες εμφυτευμάτων της αγοράς ***(Εικ. 9)***.

Τελευταίο βήμα αποτελεί η σχεδίαση του χειρουργικού οδηγού, όπου αρχικά επιλέγουμε την έκτασή του. Αν έχουμε περιοχές όπου απαιτούνται καρφίδες στήριξής του, αυτές ενσωματώνονται στον σχεδιασμό σε αυτό ακριβώς το στάδιο. Με την ολοκλήρωση της διαδικασίας προχωράμε στην κατασκευή/εκτύπωση του οδηγού, είτε με αποστολή σε κάποιο κέντρο κοπής ή χρησιμοποιώντας ένα 3D-printer που πιθανόν διαθέτουμε στο ιατρείο ***(Εικ. 10)***.



Εικ. 10: Κατασκευή χειρουργικού οδηγού στον τρισδιάστατο εκτυπωτή.

Εικ. 11: Κασετίνα τοποθέτησης (guided surgery kit).

Εικ. 12: Χειρουργικός οδηγός από σύνθετη ρητίνη.

Εικ. 13,14,15: Τοποθέτηση εμφυτεύματος με τη βοήθεια του χειρουργικού οδηγού

Η τοποθέτηση των εμφυτευμάτων γίνεται χρησιμοποιώντας τις ειδικές για αυτόν τον σκοπό χειρουργικές κασετίνες (guided surgery tool kits) ***(Εικ. 11)*** και ακολουθώντας πιστά το πρωτόκολλο τοποθέτησης που ορίζει ο εκάστοτε κατασκευαστής. Οι κασετίνες αυτές περιέχουν τρύπανα με συγκεκριμένα μήκη, δακτυλίους ανάσχεσης και ειδικές λαβές με βάση, με τα οποία καθορίζεται η διάμετρος και το τελικό βάθος της οστεοτομίας. Το πρόγραμμα σχεδιασμού παράγει μια σειρά από οδηγίες για την χρήση του κατάλληλου τρυπάνου σε κάθε θέση, έτσι ώστε ο κλινικός να έχει ανά πάσα στιγμή μπροστά του το πλήρες πρωτόκολλο τοποθέτησης ***(Εικ. 12, 13, 14, 15)***.

Συμπεράσματα

Το πρωτόκολλο εργασίας που περιγράφηκε αποτελεί μία επανάσταση στην Εμφυτευματολογία, καθώς οι ψηφιακές τεχνολογίες αυξάνουν διαρκώς την διείσδυσή τους στον οδοντιατρικό χώρο και σίγουρα αποτελούν το μέλλον. Για πρώτη φορά μας δίνεται η δυνατότητα να δουλέψουμε ψηφιακά με σαφή και οργανωμένο τρόπο και να σχεδιάσουμε την ακριβή θέση και κλίση των εμφυτευμάτων. Τα στάδια που αναφέρθηκαν παραπάνω επιταχύνουν σημαντικά τους χρόνους εργασίας σε ένα ιατρείο και αξιοποιούν δυνατότητες οι οποίες δεν υπήρχαν στο παρελθόν. Δεν θα πρέπει όμως να ξεχνάμε ότι όλα αυτά έχουν σημαντικό κόστος κτήσης/αγοράς και χρήσης του απαραίτητου εξοπλισμού, ενώ παράλληλα απαιτούν μια σημαντική καμπύλη εκμάθησης.

Στην επόμενη ενότητα θα δούμε πώς επιτυγχάνεται η ψηφιακή αποτύπωση και κατασκευή μιας επιεμφυτευματικής εργασίας CAD/CAM μέσα στο χώρο του οδοντιατρείου μαζί με τα οφέλη και τους περιορισμούς τους.

ΣΗΜΕΙΩΣΗ: *Για τις ανάγκες αυτού του άρθρου χρησιμοποιήθηκε το λογισμικό CoDiagnostiX® της εταιρίας Dental Wings. Το λογισμικό αυτό εξειδικεύεται στην ανάλυση των δεδομένων ενός CBCT και στον ψηφιακό σχεδιασμό χειρουργικών οδηγών για την εύκολη και ακριβή τοποθέτηση των εμφυτευμάτων στις προεπιλεγμένες θέσεις.*

ITI CURRICULUM

ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ
ΕΜΦΥΤΕΥΜΑΤΟΛΟΓΙΑΣ ITI

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

Έναρξη εγγραφών για το 2021-22 αρχές Μαρτίου

Έναρξη μαθημάτων αρχές Μαΐου

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

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

Η στήλη της
ΕΛΛΗΝΙΚΗΣ ΕΤΑΙΡΙΑΣ ΚΛΙΝΙΚΗΣ ΣΤΟΜΑΤΟΛΟΓΙΑΣ

Πολύμορφο Ερύθημα

Ιστορικό

Ασθενής θήλυ ηλικίας 54 ετών προσήλθε για πομφόλυγες και διαβρώσεις στο στόμα, στη μύτη και στο δέρμα.

Η ασθενής ανέφερε ότι οι βλάβες ήταν διάρκειας τριών ημερών.

Κατά την κλινική εξέταση διαπιστώθηκε η παρουσία διαβρώσεων και φλεγμονής στο κράσπεδο του άνω και κάτω χείλους, στις παρειές αμφοτερόπλευρα καθώς και διάχυτη φλεγμονή στη γλώσσα ***(Εικ. 1,2,3)***. Ειδικά στη ράχη της γλώσσας υπήρχε τυπική βλάβη σαν στόχαστρο με βαθυχρωματικό κέντρο και ερυθρή περιφέρεια ***(Εικ. 4)***.

Στο ρινικό βλεννογόνο υπήρχαν διαβρώσεις.

Στο δέρμα των χεριών υπήρχαν τυπικές βλάβες πολύμορφου ερυθήματος σαν στόχαστρο (target like lesion) ***(Εικ. 5)***.

Δεν ψηλαφήθηκαν επιχώριοι λεμφαδένες και η ασθενής ήταν απύρετη.

Η ασθενής έχει ελεύθερο ιατρικό ιστορικό και δεν έλαβε κάποιο φάρμακο ή συμπλήρωμα διατροφής για οποιοδήποτε λόγο.

Ποια είναι η πιθανή κλινική διάγνωση;

- Πεμφιγοειδές των Βλεννογόνων
- Πομφολυγώδες Πεμφιγοειδές
- Πέμφιγα
- Πολύμορφο Ερύθημα
- Φαρμακευτική Στοματίτις
- Ερπητική Στοματίτις

Απάντηση

Η ασθενής πάσχει από Πολύμορφο Ερύθημα.

Το πολύμορφο ερύθημα είναι μια οξεία αυτοϊούμενη νόσος που προσβάλλει κυρίως το δέρμα και τους βλεννογόνους. Η ακριβής αιτιολογία παραμένει άγνωστη. Ο ιός του απλού έρπητα τύποι 1 και 2, το μυκόπλασμα της πνευμονίας και άλλοι λοιμογόνοι παράγοντες θεωρούνται οι πιο σημαντικοί παράγοντες που μπορούν να διεγείρουν ανοσολογικούς μηχανισμούς που ευθύνονται για τις βλάβες της νόσου. Πρόσφατα κλινικά και επιδημιολογικά δεδομένα συνηγορούν ότι το πολύμορφο ερύθημα είναι οντότητα ανεξάρτητη από το σύνδρομο Stevens-Johnson και την Τοξική Επιδερμική Νεκρόλυση.

Στην ασθενή μας, η αιφνίδια έναρξη των συμπτωμάτων και η απουσία ιστορικού υποτροπών συνηγορούν υπέρ του οξέος πομφολυγώδους νοσήματος, οπότε προς το παρόν εκτοπίζονται από τη διάγνωση τα χρόνια πομφολυγώδη νοσήματα, όπως το πεμφιγοειδές και η πέμφιγα.

Η ασθενής δεν έλαβε κάποιο φάρμακο πριν την έναρξη των συμπτωμάτων, άρα αποκλείεται η φαρμακευτική στοματίτιδα και το πολύμορφο ερύθημα φαρμακευτικής αιτιολογίας.

Η απουσία συστηματικών συμπτωμάτων λοίμωξης, όπως λεμφαδενίτιδα και πυρετός, καθιστά λιγότερο πιθανή την ιογενή λοίμωξη.

Η διάγνωση καταρχάς είναι Πολύμορφο Ερύθημα.

Θεραπεία: Εφαρμόστηκε το ακόλουθο σχήμα διάρκειας πέντε ημερών: 30 mg πρεδνιζολόνης από στόματος και πλύσεις για καθαριότητα και ενίσχυση της επούλωσης στο στόμα με σταγόνες ενεργού οξυγόνου.

Κατά την επανεξέταση παρατηρήθηκε βελτίωση της κλινικής εικόνας με μερική υποχώρηση των βλαβών στο δέρμα και στους βλεννογόνους. Συστήθηκε διατήρηση της ημερήσιας δόσης της πρεδνιζολόνης στα 30 mg για 3 μέρες και μετά σταδιακή μείωση και διακοπή σε 5 ημέρες οπότε και είχαν αποδράμει όλα τα ευρήματα στο στόμα, τη μύτη και το δέρμα.

Σε περίπτωση υποτροπής θα ληφθεί βιοψία και θα εξετασθεί το ενδεχόμενο της προληπτικής χορήγησης αντιικής αγωγής.

Πηγή: Γ.Χ. Λάσκαρης Κλινική Στοματολογία 3η Έκδοση σ. 372

Για επικοινωνία:

Μαρίνα Δούκα
Στοματολόγος (DDS, MSc)
Γραμματέας Ελληνικής Εταιρίας Κλινικής Στοματολογίας
doukasmaringr@yahoo.gr

1. ΟΝΟΜΑΣΙΑ ΤΟΥ ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΟΥ ΠΡΟΪΟΝΤΟΣ
Niflamol 250 mg σκληρά καψάκια
2.ΠΟΙΟΤΙΚΗ ΚΑΙ ΠΟΣΟΤΙΚΗ ΣΥΝΘΕΣΗ
Κάθε σκληρό καψάκιο περιέχει 250 mg νιφλουμικού οξέος
Έκδοχα 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 αγωγή οξέων κρίσεων μικρής διάρκειας:
• αρθριτίδας • μη αρθριτικού ρευματισμού π.χ. τενοντίτιδα, θυλακίτιδα
– Συμπτωματική αγωγή του πόνου που σχετίζεται με φλεγμονώδεις παθήσεις στις περιοχές των ώτων, της μύτης, του λαιμού και του στόματος. – Άμεση αντιμετώπιση του άλγους κατά τη διάρκεια της εμμήνου ρύσεως (δυσμηνόρροια).
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 λαμβάνουν διουρητικά και σε αυτούς που υποβάλλονται σε μείζονα εγχείρηση που προκαλεί υποογκαιμία. Ασθενείς με ηπατική δυσλειτουργία: Η χρήση Niflamol αντενδείκνυται σε ασθενείς με σοβαρή ηπατική δυσλειτουργία (βλ. παράγραφο 4.3). Σε ασθενείς με ήπια έως μέτρια ηπατική δυσλειτουργία συνιστάται στενή παρακολούθηση της ηπατικής λειτουργίας και χρήση της κατώτατης αποτελεσματικής δόσης (βλ. παράγραφο 4.4). Παιδιατρικός πληθυσμός: Η χρήση του Niflamol αντενδείκνυται σε παιδιά μικρότερα από 12 ετών. Ηλικιωμένοι ασθενείς: Οι ηλικιωμένοι ασθενείς διατρέχουν αυξημένο κίνδυνο για ανεπιθύμητες ενέργειες που προκαλούνται από μη στεροειδή αντιφλεγμονώδη φάρμακα (ΜΕΑΦ). 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 ΜΕΑΦ, 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 ΜΕΑΦ, συμπεριλαμβανομένου του ακετυλοσαλικυλικού οξέος – Σοβαρή επηρεασμένη ηπατική λειτουργία – Σοβαρή επηρεασμένη νεφρική λειτουργία – Σοβαρή καρδιακή ανεπάρκεια – Παιδιά ηλικίας κάτω των 12 ετών
4.4 Ειδικές προειδοποιήσεις και προφυλάξεις κατά τη χρήση: Γενικές προειδοποιήσεις: Οι θεραπευτικές ενδείξεις του Niflamol βασίζονται στην αντιφλεγμονώδη δράση του νιφλουμικού οξέος, τη σοβαρότητα των αντιδράσεων δυσανεξίας τις οποίες προκαλεί το φάρμακο και τη θέση του 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 απτικής διαδικασίας, είναι οι ίδιοι με τους κινδύνους με άλλα ΜΕΑΦ. Οι κίνδυνοι θα πρέπει να εκτιμηθούν σε σχέση με το αναμενόμενο αναλγητικό όφελος. Τα ΜΕΑΦ μπορεί να αυξήσουν τον κίνδυνο σοβαρών, δυνητικά θανατηφόρων, καρδιαγγειακών, αγγειοεγκεφαλικών και γαστρεντερικών ανεπιθύμητων ενεργειών. Ταυτόχρονη χρήση του Niflamol με άλλα ΜΕΑΦ 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 ΜΕΑΦ 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 οποιαδήποτε σύμπτωμα ανεπιθύμητης ενέργειας από το γαστρεντερικό (π.χ. αιματηρή κένωση ή μαύρα κόπρανα, αιματέμεση, αίσθηση λιποθυμίας) στον ιατρό τους. Συνιστάται προσοχή σε ασθενείς που λαμβάνουν ταυτόχρονες θεραπείες που θα μπορούσαν να αυξήσουν τον κίνδυνο εξέλκωσης ή γαστρεντερικής αιμορραγίας, συμπεριλαμβανομένων από του στόματος αντιπηκτικών όπως η δικουμαρόλη, αντιαιμοπεταλιακών παραγόντων όπως το ακετυλοσαλικυλικό οξύ, από του στόματος κορτικοστεροειδών και εκλεκτικών αναστολέων επαναπρόσληψης της σεροτονίνης (SSRIs) (βλ. παράγραφο 4.5). Εάν παρουσιασθεί γαστρεντερική αιμορραγία ή εξέλκωση σε ασθενή που λαμβάνει Niflamol, η θεραπεία πρέπει να διακοπεί αμέσως. Τα ΜΕΑΦ πρέπει να χορηγούνται με προσοχή σε ασθενείς με ιστορικό ελκώδους κολίτιδας ή νόσου του Crohn, καθώς η θεραπεία με ΜΕΑΦ μπορεί να επιδεινώσει τα συμπτώματα. Καρδιαγγειακές και Αγγειοεγκεφαλικές επιδράσεις: Κλινικές μελέτες και επιδημιολογικά δεδομένα υποδηλώνουν ότι η χρήση ορισμένων ΜΕΑΦ 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 ΜΕΑΦ. 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 εγκείρηση στεφαναίου παρακαμπτήριου μοσχεύματος (CABG) ή αμέσως πριν ή μετά από εγκείρηση καρδιάς, με ιδιαίτερη προσοχή στις ταυτόχρονες φαρμακευτικές αγωγές (βλ. παράγραφο 4.5). Νεφρικές επιδράσεις: Μακροχρόνια χορήγηση ΜΕΑΦ 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 ΜΕΑΦ 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 ΜΕΑΦ (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 του ανεμοβλογιάς ζωστήρα. Επιδράσεις στο αναπνευστικό: Το Niflamol αντενδείκνυται σε ασθενείς με ιστορικό αλλεργίας ή άσθματος που προκλήθηκε από τη χορήγηση νιφλουμικού οξέος ή ουσιών με παρόμοια δράση, όπως άλλα ΜΕΑΦ, 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 ΜΕΑΦ, συμπεριλαμβανομένου του Niflamol. Όπως συμβαίνει και με άλλα ΜΕΑΦ, το νιφλουμικό οξύ μπορεί να αναστείλει τη συσσωμάτωση αιμοπετάλων και να επιμηκύνει τον χρόνο αιμορραγίας. Το Niflamol πρέπει να χρησιμοποιείται με προσοχή σε ασθενείς με ενεργό λοίμωξη ή σε κίνδυνο λοίμωξης, ακόμη και αν η λοίμωξη ελέγχεται καλά, καθώς η θεραπεία με Niflamol μπορεί να καλύψει το σημείο και τα συμπτώματα της λοίμωξης. Το σκληρό καψάκια Niflamol περιέχουν τη κρωστική 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 ΜΕΑΦ, συμπεριλαμβανομένων νεφρικής ανεπάρκειας και γαστρεντερικής αιμορραγίας και διατρήσεων, που μπορεί να είναι θανατηφόρες, και είναι πιο πιθανόν να λαμβάνουν ταυτόχρονα άλλες θεραπείες. Η κατώτατη αποτελεσματική δόση πρέπει να χρησιμοποιείται στους ασθενείς αυτούς.
4.5 Αλληλεπιδράσεις με άλλα φαρμακευτικά προϊόντα και άλλες μορφές αλληλεπίδρασης
Συνδυασμοί που αντενδείκνυνται: – Από του στόματος θρομβολυτικά, όπως βαρφαρίνη, και μη κλασματοποιημένη ηπαρίνη, ηπαρίνες χαμηλού μοριακού βάρους και προϊόντα που σχετίζονται με αυτά – Άλλα ΜΕΑΦ, συμπεριλαμβανομένων του ακετυλοσαλικυλικού οξέος και άλλων σαλικυλικών σε μεγάλες δόσεις. – Λίθιο (κίνδυνος που αναφέρεται σε αρκετά ΜΕΑΦ). – Μεθοτρεξάτη, σε υψηλές δόσεις (15 mg/εβδομάδα ή περισσότερα). – Άλλα αντιαιμοπεταλιακά φάρμακα όπως τικλοπιδίνη, κλοπιδογρέλη, τιροφιβάνη, επτιμιβατίδη, αμπσιξιμάμπη και ιλοπρόστη. – Οι εκλεκτικοί αναστολείς επαναπρόσληψης σεροτονίνης (SSRIs) αυξάνουν τον κίνδυνο γαστρεντερικής αιμορραγίας. Σε περίπτωση που ο συνδυασμός δεν μπορεί να αποφευχθεί, απαιτείται στενή κλινική και εργαστηριακή παρακολούθηση. – Το από του στόματος λαμβανόμενα γλυκοκορτικοστεροειδή (με εξαίρεση την υδροκορτιζόνη για θεραπεία υποκατάστασης) μπορεί να αυξήσουν τον κίνδυνο γαστρεντερικής εξέλκωσης και αιμορραγίας όταν συνεργαγούνται με ΜΕΑΦ, συμπεριλαμβανομένου του Niflamol.
Συνδυασμοί που απαιτούν προφυλάξεις κατά τη χρήση – Διουρητικά. – Μεθοτρεξάτη σε χαμηλές δόσεις (κάτω των 15 mg/εβδομάδα). – Πεντοξιφυλλίνη. – Ζιδοβουδίνη. – Φαρμακευτικές ουσίες που μπορεί να προκαλέσουν υπερκαλιαιμία: αυξημένος κίνδυνος υπερκαλιαιμίας και νεφροτοξικότητας κατά τη διάρκεια της ταυτόχρονης θεραπείας με ΜΕΑΦ, συμπεριλαμβανομένου του Niflamol, και ουσιών όπως άλατα καλίου, καλιοσποραστατευτικά 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. – Ενδοσμήτριο αντισύλληψη (intrauterine contraceptive device IUDs).
4.6 Γονιμότητα, κύηση και γαλουχία
Κύηση: Κατά το πρώτο και δεύτερο τρίμηνο της κύησης, το Niflamol δεν θα πρέπει να χορηγείται, εκτός εάν είναι σαφώς απαραίτητο. Εάν το Niflamol χρησιμοποιηθεί από μία γυναίκα που προσπαθεί να συλλάβει ή κατά το πρώτο και δεύτερο τρίμηνο της κύησης, η δόση θα πρέπει να διατηρείται όσο το δυνατόν καμηλότερη και η διάρκεια της θεραπείας όσο το δυνατόν πιο σύντομη.
Το Niflamol αντενδείκνυται κατά το τρίτο τρίμηνο της κύησης. Θηλασμός: Το ΜΕΑΦ απεκκρίνονται στο μητρικό γάλα. Παρότι τα διαθέσιμα δεδομένα δείχνουν ότι η χρήση ορισμένων ΜΕΑΦ 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 αναστολές 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 ΜΕΑΦ, συμπεριλαμβανομένου του Niflamol, προέρχονται από το γαστεντερικό.
– Ενέργειες στο γαστρεντερικό: Πεπτικά έλκη, γαστρεντερικές διατρήσεις ή αιμορραγίες (λανθάνουσες ή εμφανείς), μερικές φορές θανατηφόρες, μπορεί να συμβούν, ιδιαίτερα σε ηλικιωμένους ασθενείς. Επίσης, υπήρξαν αναφορές γαστρεντερικών συμπτωμάτων όπως ναυτία, διάρροια, εμετός, επιγαστρικό άλγος, γαστρίτιδα, αιματέμεση, μέλαινα και αιμορραγική κολίτις. Οι ανεπιθύμητες αυτές ενέργειες είναι συνηθέστερες σε μεγαλύτερες δόσεις. – Δερματικές: • 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 ΜΕΑΦ. • Γενικές: π.χ. γενική κακουχία, υπόταση, αναφυλακτικό σοκ. – Ενέργειες στο Κεντρικό Νευρικό Σύστημα: αίσθηση ίλιγγου (σπάνια) – Ενέργειες στους νεφρούς: οξεία νεφρική ανεπάρκεια, διάμεση νεφρίτιδα, νεφρωσικό σύνδρομο σε εξαιρετικά σπάνιες περιπτώσεις. – Ενέργειες στο ωτά: Λίγες περιπτώσεις φθορώσεως των οστών έχουν καταγραφεί ύστερα από σχεδόν 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 ΜΕΑΦ (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 ΜΕΑΦ.
4.9 Υπερδοσολογία
Σημεία υπερδοσολογίας: Οι κλινικές εκδηλώσεις της υπερδοσολογίας με ΜΕΑΦ, 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 προκωρημένη τοξικότητα μπορεί να παρουσιασθεί ουδημένες 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 απσαμών, 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 ΜΕΑΦ 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 προκωρημένη τοξικότητα πρέπει να ξεκινά ανάλογα με την περίπτωση κάθε μεμονωμένου ασθενή θεραπεία ειδική για το συμπτώματα, όπως ενδοφλέβιο διττανθρακικό νάτριο για εμμένουσα μεταβολική οξέωση, αντισπασμωδικά, υποστήριξη αεραγωγών, καρδιαγγειακή υποστήριξη, αντιμετικά 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 αχρησιμοποίητο 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. Λ. Πεντέλης 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** το Φάρμακα Συμπληρώνοντας την «**ΚΙΤΡΙΝΗ ΚΑΡΤΑ**»

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 ΕΤΑΙΡΕΙΑΣ ΠΕΡΙΟΔΟΝΤΟΛΟΓΙΑΣ ΚΑΙ ΟΔΟΝΤΙΚΩΝ ΕΜΦΥΤΕΥΜΑΤΩΝ

Επιστημονικές εκδηλώσεις Ελληνικής Εταιρείας Περιοδοντολογίας & Οδοντικών Εμφυτευμάτων για το έτος 2021

Χαράλαμπος Καλαϊτζάκης
Πρόεδρος της Ελληνικής Εταιρείας Περιοδοντολογίας & Οδοντικών Εμφυτευμάτων

Η πατρίδα μας, όπως άλλωστε και οι περισσότερες χώρες της Ευρώπης, βρίσκεται μέσα σε μία μεγάλη περιδίνηση, αυτήν της μεγαλύτερης υγειονομικής κρίσης των τελευταίων εκατό ετών. Από τον Μάρτιο του 2020, έχουν εφαρμοστεί πρωτοφανή μέτρα για τον περιορισμό της διασποράς του κορωνοϊού (SARS-COV-2) από την ελληνική πολιτεία, όπως η απαγόρευση κυκλοφορίας και των συναθροίσεων, η διακοπή της οικονομικής δραστηριότητας, ο περιορισμός ή η απαγόρευση των ταξιδιών και ο κατ΄ οίκον περιορισμός.

Οι έντονες αναταράξεις, ως αποτέλεσμα όλων των παραπάνω, οδήγησαν την Ελληνική Εταιρεία Περιοδοντολογίας & Οδοντικών Εμφυτευμάτων να αναστείλει όλες τις επιστημονικές εκδηλώσεις με φυσική παρουσία για το έτος 2020. Αυτό που δεν ανεστάλη ήταν η εξ αποστάσεως εκπαίδευση με την σειρά των έξι διαδικτυακών σεμιναρίων, την οποία η εταιρεία παρέχει δωρεάν στα μέλη της τα τελευταία δέκα χρόνια.

Η Εταιρεία μας ατενίζει ωστόσο το μέλλον με σιγουριά και αισιοδοξία βασιζόμενη στο εξαιρετικό ανθρώπινο δυναμικό της και την εθελοντική διάθεση προσφοράς και ομαδικής συνεργασίας. Το Δ.Σ. της Εταιρείας έχει προγραμματίσει πλούσιο επιστημονικό πρόγραμμα για το έτος 2021, το οποίο με βεβαιότητα θα ικανοποιήσει όσους συναδέλφους επιλέξουν να το παρακολουθήσουν. Υπενθυμίζω σε αυτό το σημείο ότι οι συμμετέχοντες στις εκδηλώσεις της Εταιρείας λαμβάνουν μοριοδότηση από την Ελληνική Οδοντιατρική Ομοσπονδία καθώς η Εταιρεία μας είναι πιστοποιημένος πάροχος για την συνεχιζόμενη επαγγελματική εκπαίδευση των οδοντιάτρων.

Η πρώτη επιστημονική εκδήλωση για το έτος 2021 θα πραγματοποιηθεί στις **10 Απριλίου 2021** και θα είναι Ημερίδα, η οποία θα αφορά την θεραπεία της περι-εμφυτευματίτιδας, ένα πολύ σημαντικό και συχνό πρόβλημα στην καθημερινή κλινική πράξη του οδοντιάτρου. Ο τίτλος της ημερίδας είναι *«Management of peri-implantitis. A realistic approach»* με επίσημη γλώσσα την αγγλική. Ομιλητές θα είναι ο Καθηγητής Περιοδοντολογίας στο Πανεπιστήμιο του Μάλμε της Σουηδίας, **Ανδρέας Σταυρόπουλος** και η Dr. **Kristina Bertl.** Η εκδήλωση προγραμματίζεται να έχει υβριδικό χαρακτήρα, με φυσική παρουσία πενήντα ατόμων, εκ των οποίων τα 25 άτομα θα ασκηθούν σε ειδικά διαμορφωμένα εκμαγεία με βλάβες τύπου περι-εμφυτευματίτιδας, σε χειρουργικές τεχνικές αντιμετώπισης και διαχείρισης του προβλήματος και διαδικτυακή συμμετοχή των υπόλοιπων συναδέλφων. Σε περίπτωση όπου τα ισχύοντα μέτρα προστασίας της πολιτείας για την διασπορά του κορωνοϊού καθιστούν απαγορευτική την φυσική παρουσία των συμμετεχόντων στην εκδήλωση, αυτή θα πραγματοποιηθεί αποκλειστικά διαδικτυακά.

Επίσης την ίδια ημέρα, στις 10 Απριλίου 2021, θα πραγματοποιηθεί η Ετήσια Τακτική Γενική Συνέλευση της Ελληνικής Εταιρείας Περιοδοντολογίας & Οδοντικών Εμφυτευμάτων κατά την διάρκεια της οποίας θα γίνει διοικητικός και οικονομικός απολογισμός από το παρόν Δ.Σ. και η εκλογή τριμελούς εφορευτικής επιτροπής για την διεξαγωγή εκλογών. Σύμφωνα με το νέο καταστατικό της Εταιρείας οι εκλογές θα γίνουν ηλεκτρονικά χρησιμοποιώντας την κρατική πλατφόρμα «Ζεύς» και θα έχουν διάρκεια τριών ημερών, στις 11,12 και 13 Απριλίου 2021. Σε περίπτωση όπου τα ισχύοντα μέτρα προστασίας της πολιτείας για την διασπορά του κορωνοϊού καθιστούν απαγορευτική την φυσική παρουσία των μελών της Εταιρείας στην Ετήσια Τακτική Γενική Συνέλευση, αυτή θα πραγματοποιηθεί αποκλειστικά διαδικτυακά μέσω της πλατφόρμας Zoom.

Η **Ημερίδα Μεταπτυχιακών Φοιτητών Περιοδοντολογίας** του Αριστοτελείου Πανεπιστημίου Θεσσαλονίκης και Εθνικού και Καποδιστριακού Πανεπιστημίου Αθηνών θα πραγματοποιηθεί το **Σάββατο 29 Μαΐου 2021,** στην Θεσσαλονίκη. Η εκδήλωση υλοποιείται σε συνεργασία με το Εργαστήριο Προληπτικής Οδοντιατρικής, Περιοδοντολογίας και Βιολογίας Εμφυτευμάτων ΑΠΘ, Διευθυντής Καθηγητής **Ι. Βούρος,** & το Εργαστήριο Περιοδοντολογίας ΕΚΠΑ, Διευθυντής Μεταπτυχιακού Προγράμματος Περιοδοντολογίας Καθηγητής **Φ. Μαδιανός.** Η είσοδος θα είναι ελεύθερη. Το πρόγραμμα της ημερίδας θα ανακοινωθεί σύντομα.

Το **διήμερο σεμινάριο Κλινικής Περιοδοντολογίας** θα πραγματοποιηθεί τον **Οκτώβριο του 2021** στην Πάτρα σε συνερ-

γασία με τον Οδοντιατρικό Σύλλογο Αχαΐας. Το σεμινάριο παρέχει θεωρητική εκπαίδευση στους βασικούς τομείς της κλινικής περιοδοντολογίας (διάγνωση, σχέδιο θεραπείας, συντηρητική και χειρουργική θεραπεία, διατήρηση του θεραπευτικού αποτελέσματος) και πρακτική εκπαίδευση στις τεχνικές της ριζικής απόξεσης, σε διάφορες χειρουργικές τεχνικές (αφαιρετικές και αναπλαστικές) και τέλος σε διάφορες τεχνικές συρραφής των μαλακών ιστών του περιοδοντίου. Η πρακτική άσκηση των συμμετεχόντων γίνεται σε κεφαλές χοίρων.

Το **τριήμερο σεμινάριο Κλινικής Εμφυτευματολογίας** θα πραγματοποιηθεί τον **Ιούνιο του 2021** στον Πειραιά σε συνεργασία με τον Οδοντιατρικό Σύλλογο Πειραιά. Πρόκειται για ένα εντατικό τριήμερο σεμινάριο, που απευθύνεται τόσο σε αρχάριους, όσο και σε εκείνους που έχουν ήδη εμπειρία στη θεραπεία με εμφυτεύματα. Περιλαμβάνει όλα όσα πρέπει να γνωρίζει ο σύγχρονος οδοντίατρος, ώστε να εντάξει την θεραπεία με εμφυτεύματα στην καθημερινή οδοντιατρική πράξη. Ιδιαίτερη έμφαση έχει δοθεί στα εξής: επιλογή ασθενών, διαγνωστικές μέθοδοι, σχέδιο θεραπείας και σύγχρονες χειρουργικές τεχνικές. Επίσης παρουσιάζονται οι σύγχρονες απόψεις σχετικά με: την τοποθέτηση εμφυτευμάτων σε ελλειμματικό οστό (οστικά μοσχεύματα, κατευθυνόμενη οστική αναγέννηση, ανύψωση ιγμόρειου κ.λπ.), την άμεση εμφύτευση, την άμεση φόρτιση και άμεση αποκατάσταση, την αισθητική των εμφυτευμάτων, την διευθέτηση των μαλακών ιστών, τις επιπλοκές και την αντιμετώπισή τους, το κλινικό δίλημμα δόντια ή εμφυτεύματα, και τέλος την περιεμφυτευματίτιδα (διάγνωση – αντιμετώπιση).

Το θεωρητικό μέρος συνδυάζεται με εκτεταμένη πρακτική όπου οι συμμετέχοντες θα εξασκηθούν σε: τοποθέτηση εμφυτευμάτων σε ομοιώματα γνάθων, παρακολούθηση επιλεγμένων DVD από ζωντανά χειρουργεία των διδασκόντων, τοποθέτηση εμφυτευμάτων σε γνάθους χοίρων με ταυτόχρονη οστική ανάπλαση και πλήρη εξάσκηση στην προσθετική αποκατάσταση.

Συνεχίζεται κανονικά για το έτος 2021 η εξ αποστάσεως εκπαίδευση με σειρά έξι διαδικτυακών σεμιναρίων από εξαιρετικούς ομιλητές, η οποία προσφέρεται δωρεάν για τα Μέλη της Εταιρείας. Το πρόγραμμα των σεμιναρίων έχει ως εξής:

- **20 Απριλίου 2021** Σύγχρονα μοντέλα για την ομαδοποίηση των περιοδοντικών ασθενών και η νέα ταξινόμηση της περιοδοντικής νόσου. **Χρύσα Δελατόλα**
- **18 Μαΐου 2021** Ουλοβλεννογόνια χειρουργική σε φυσικά δόντια: πότε και γιατί την επιλέγουμε ως θεραπευτική επιλογή. **Χρύσα Γιώτα**
- **15 Ιουνίου 2021** Τοπική εφαρμογή και συστηματική χορήγηση αντιβιοτικών στην Περιοδοντολογία. Αντιμικροβιακά στοματικά διαλύματα. **Αλεξάνδρα Παπαδημητρίου**
- **21 Σεπτεμβρίου 2021** Όλα όσα πρέπει να γνωρίζετε για την αποκάλυψη κλινικής μύλης. **Σπύρος Βασιλόπουλος**
- **19 Οκτωβρίου 2021** Χειρουργική περιοδοντίου. Είναι απαραίτητη; **Ξανθίππη Δερέκα**
- **23 Νοεμβρίου 2021** Υπολογιστικά καθοδηγούμενη τοποθέτηση εμφυτευμάτων. Ακρίβεια και παράγοντες επίδρασης. **Ανδρέας Παράσχης.**

Η παραδοσιακή **Εναρκτήρια Επιστημονική Συνεδρία** της Ελληνικής Εταιρείας Περιοδοντολογίας & Οδοντικών Εμφυτευμάτων για το ακαδημαϊκό έτος 2021-2022, θα πραγματοποιηθεί την **1 Οκτωβρίου 2021,** με ομιλητή τον πρόεδρο της Ελληνικής Ολυμπιακής Επιτροπής κύριο **Σ. Καπράλο.**

> Η Ελληνική Εταιρεία Περιοδοντολογίας & Οδοντικών Εμφυτευμάτων ατενίζει το μέλλον με σιγουριά και αισιοδοξία βασιζόμενη στο εξαιρετικό ανθρώπινο δυναμικό της και την εθελοντική διάθεση προσφοράς και ομαδικής συνεργασίας.
> Το Δ.Σ. της Εταιρείας έχει προγραμματίσει πλούσιο επιστημονικό πρόγραμμα για το έτος 2021, το οποίο με βεβαιότητα θα ικανοποιήσει όσους επιλέξουν να το παρακολουθήσουν.

Κατά την διάρκεια της εκδήλωσης θα γίνει επίσης η απονομή του βραβείου Φώτη Μήτση, εξ αναβολής από το 2020, και η υποδοχή των νέων μελών της εταιρείας.

Τέλος η Εταιρεία μας προγραμματίζει για το φθινόπωρο του 2021 μεγάλη εκδήλωση για την παρουσίαση στους Έλληνες οδοντιάτρους και περιοδοντολόγους της νέας ταξινόμησης των περιοδοντικών νόσων και των κλινικών οδηγιών της Ευρωπαϊκής Ομοσπονδίας Περιοδοντολογίας για την θεραπεία της περιοδοντίτιδας σταδίου I-III.

*Για περισσότερες πληροφορίες μπορείτε να επικοινωνείτε με την γραμματέα της ΕΠΕ κυρία **Ελένη Μαζνώκη** στα τηλέφωνα **2107484167/2107488782** και στο email **helperio@periodontology.gr** Επίσης μπορείτε να επισκεφτείτε την προσφάτως ανανεωμένη Ιστοσελίδα μας **www.periodontology.gr** και την σελίδα μας στο Facebook, **www.facebook.com/hsperio***

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)

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

Καλοήθεις Μελανές Βλάβες στο Στόμα: Ένα συχνό διαγνωστικό δίλημμα

Α΄ ΜΕΡΟΣ

Οι καλοήθεις μελανές βλάβες του βλεννογόνου του στόματος αποτελούν, αιτιολογικά, διαγνωστικά και προγνωστικά μια μεγάλη ανομοιογενή ομάδα με κοινό κλινικό χαρακτηριστικό το μελανό χρώμα. Πιο συχνά το μελανό χρώμα οφείλεται είτε σε αυξημένο αριθμό μελανοκυττάρων, είτε σε αυξημένη παραγωγή μελανίνης, ή ακόμη σε διαταραχή και των δύο παραγόντων και λειτουργιών. Επιπλέον, μελανές βλάβες μπορεί να είναι το αποτέλεσμα εξωγενών εναποθέσεων μετάλλων ή άλλων υλικών, η λήψη ορισμένων φαρμάκων, ή ακόμη και σε αυξημένη παρουσία στο στόμα βακτηρίων που παράγουν μελανές χρωστικές. Τέλος δεν πρέπει να ξεχνάμε ότι ορισμένες μελανές βλάβες στο στόμα έχουν υψηλό βαθμό κακοήθειας και απειλούν τη ζωή των ασθενών, όπως είναι το κακόηθες μελάνωμα και η κακοήθης φακή καθώς και μερικά συστηματικά νοσήματα που προκαλούν μελάγχρωση στο στόμα. Όλα αυτά δημιουργούν ένα «εκρηκτικό» διαγνωστικό πρόβλημα που καλείται να λύσει ο Οδοντίατρος σε αρχική φάση και σε δεύτερη φάση ο Στοματολόγος.
Στο άρθρο που ακολουθεί γίνεται προσπάθεια ομαδοποίησης των καλοήθων μελανών βλαβών του στόματος, που είναι και οι πιο πολλές, καθώς και κλινικών και εργαστηριακών διαγνωστικών κριτηρίων που βοηθούν σε πρώτη φάση τη διαγνωστική προσέγγιση.

Τις καλοήθεις μελανές βλάβες του βλεννογόνου του στόματος για πρακτικούς λόγους τις ταξινομούμε σε 4 ομάδες ***(Πιν. 1)***. Η επικινδυνότητα των μελανών βλαβών για εξέλιξη σε κακοήθες μελάνωμα βρίσκεται ταξινομημένη στον ***Πίνακα 2.*** *(Στο Α΄ μέρος θα αναπτυχθεί η ομάδα Ι χωρίς την Εφηλίδα, την Απλή Φακή, την ώσο του Addison, το σύνδρομο Peutz-Jeghers και τα φάρμακα.)*

ΟΜΑΔΑ Ι: ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΜΕΛΑΝΟΚΥΤΤΑΡΩΝ ΚΑΙ ΜΕΛΑΝΙΝΗΣ

1. Μελαγχρωματικοί σπίλοι

Προέρχονται από βλαστικά μελανινοκύτταρα που μεταναστεύουν από τη νευρική ακρολοφία (neural crest) στην επιδερμίδα ή επιθήλιο. Οφείλονται σε πολλαπλασιασμό τροποποιημένων μελανοκυττάρων ή σπιλοκυττάρων της επιδερμίδας και του χορίου. Γενετικοί παράγοντες φαίνεται να συμμετέχουν στη δημιουργία των σπίλων. Επιπλέον, περιβαλλοντικοί, ορμονικοί και ανοσολογικοί παράγοντες λαμβάνουν μέρος στη νεογένεση.

Στο στόμα οι μελαγχρωματικοί σπίλοι ταξινομούνται σε 4 τύπους: τον ενδοχοριακό, το χοριοεπιθηλιακό, το σύνθετο και τον κυανό.

Μερικοί σπίλοι στο στόμα έχουν αυξημένο κίνδυνο ανάπτυξης κακοήθους μελανώματος. Οι κλινικοί χαρακτήρες δεν είναι διαγνωστικοί και η διάγνωση τίθεται με την ιστολογική εξέταση.

1α. Ενδοχοριακός

Ο ενδοχοριακός σπίλος είναι ο πιο συχνός στο στόμα, αφού αντιπροσωπεύει το 55% των σπίλων, και χαρακτηρίζεται από άθροισμα σπιλοκυττάρων, που βρίσκονται μέσα στο χόριο και χωρίζονται από το επιθήλιο με μια ζώνη συνδετικού ιστού. Κλινικά, πρόκειται για ασυμπτωματική, επίπεδη ή ελαφρά επηρμένη κηλίδα, διαμέτρου συνήθως κάτω του 0,5 εκ. και χρώματος μελανού ή μελανόφαιου ***(Εικ. 1).***

Πολύ σπάνια, ένας ενδοχοριακός σπίλος μπορεί να έχει φυσιολογικό χρώμα (αχρωμικός σπίλος), ώστε να είναι αδύνατη η κλινική υποψία της βλάβης. Εντοπίζεται πιο συχνά στην υπερώα, την παρειά, το φατνιακό βλεννογόνο, τα ούλα και τα χείλη. Ο ενδοχοριακός σπίλος συνήθως δεν εξαλλάσσεται σε κακόηθες μελάνωμα.

1β. Χοριοεπιθηλιακός

Ο χοριοεπιθηλιακός ή συνδεσμικός σπίλος είναι σπάνιος στο στόμα, αφού αντιπροσωπεύει το 3-5,5% των σπίλων. Κλινικά, δεν παρουσιάζει ιδιαίτερους χαρακτήρες και εμφανίζεται ως ασυμπτωματική μελανή ή καφέ, επίπεδη ή ελαφρά επηρμένη κηλίδα μεγέθους 0,1 έως 0,5 εκ. ***(Εικ. 2).*** Εντοπίζεται κυρίως στην υπερώα, την παρειά και το φατνιακό βλεννογόνο. Ο χοριοεπιθηλιακός σπίλος έχει αυξημένο κίνδυνο να εξαλλαγεί σε κακόηθες μελάνωμα.

1γ. Σύνθετος

Ο σύνθετος σπίλος χαρακτηρίζεται από άθροισμα σπιλοκυττάρων, που βρίσκονται στο χοριοεπιθηλιακό όριο και βαθιά στο χόριο, έχει δηλαδή τα ιστολογικά χαρακτηριστικά του ενδοχοριακού και του χοριοεπιθηλιακού σπίλου. Ο σύνθετος σπίλος είναι σπάνιος στο στόμα και αντιπροσωπεύει το 6-8,5% των σπίλων. Είναι εξίσου συχνός και στα δύο φύλα κάθε ηλικίας. Κλινικά εμφανίζεται ως ελαφρά επηρμένη ασυμπτωματική κηλίδα, που έχει χρώμα ερυθρόφαιο ή μελανόφαιο και διάμετρο 0,5-1 εκ. ***(Εικ. 3)***. Εντοπίζεται πιο συχνά στην παρειά, την υπερώα και σπάνια στα ούλα. Ο σύνθετος σπίλος έχει τη δυνατότητα εξαλλαγής σε κακόηθες μελάνωμα.

1δ. Κυανός

Ο κυανός σπίλος είναι ο δεύτερος σε συχνότητα στο στόμα. Αντιπροσωπεύει το 30,5-36% των σπίλων και αποτελείται από μελανοκύτταρα γεμάτα μελανίνη, που διατάσσονται σε αθροίσματα και έχουν παράλληλη διάταξη βαθιά στο χόριο. Διακρίνουμε δύο τύπους κυανού σπίλου, τον κοινό, που απαντά και στο στόμα, και τον κυτταρικό, που απαντά μόνο στο δέρμα. Απαντά εξίσου συχνά σε άνδρες και γυναίκες και γίνεται αντιληπτός κατά την ενήλικη ζωή. Κλινικά, πρόκειται για ασυμπτωματική, ελαφρά επηρμένη ή επίπεδη κυανή ή καφέ πλάκα ή κηλίδα, σχήματος ωοειδούς ή ακανόνιστου ***(Εικ. 4)***. Εντοπίζεται κυρίως στη σκληρή υπερώα (60%) και πιο σπάνια σε άλλες θέσεις του βλεννογόνου του στόματος. Δεν έχει αναφερθεί κακόηθης εξαλλαγή στο στόμα.

Εικ. 1: Ενδοχοριακός σπίλος στο έδαφος του στόματος.

Εικ. 2: Χοριοεπιθηλιακός σπίλος στην οπισθογόμφια χώρα.

Εικ. 3: Σύνθετος σπίλος στην υπερώα.

Εικ. 4: Κυανός σπίλος στην παρειά.

Εικ. 5: Σπίλος του Ota, μελάγχρωση στο μάτι.

Εικ. 6: Σπίλος του Ota, κυανός σπίλος στο κέντρο της υπερώας.

Εικ. 7: Μελανοακάνθωμα στα υπερώια ούλα αντίστοιχα με τον κυνόδοντα και τον προγόμφιο.

2. Σπίλος του Ota

Ο σπίλος του Ota είναι διαταραχή στη μελάγχρωση, που ιστολογικά χαρακτηρίζεται από μελανοκύτταρα διάσπαρτα στο άνω τμήμα του χορίου, όπως στον κυανό σπίλο. Είναι συχνός στους Ιάπωνες και μαύρους και σπάνιος σε άλλους λαούς. Εμφανίζεται, κατά κανόνα, στην παιδική ηλικία και είναι πιο συχνός σε γυναίκες από ό,τι σε άνδρες (5:1). Παρουσιάζεται συνήθως ετερόπλευρα σε περιοχές νεύρωσης του πρώτου και δεύτερου κλάδου του τριδύμου νεύρου.

Τυπικά, η μελάγχρωση εντοπίζεται στον οφθαλμό ***(Εικ. 5)***, το δέρμα του προσώπου και πιο σπάνια στο βλεννογόνο της μύτης, του φάρυγγα και του στόματος, ιδιαίτερα στην υπερώα και την παρειά ***(Εικ. 6)***. Κλινικά, πρόκειται για επίπεδες ή λίγο επηρμένες κηλίδες ή στικτές πλάκες που έχουν χρώμα κυανό ή γκριζόφαιο ή μελανό και ακανόνιστη περιφέρεια. Πολύ σπάνια, σε σπίλο του Ota μπορεί να αναπτυχθεί κακόηθες μελάνωμα.

3. Μελανοακάνθωμα

Το μελανοακάνθωμα απαντά κυρίως στο δέρμα και θεωρείται ποικιλία σμηγματορροϊκής υπερκεράτωσης με έντονη μελάγχρωση. Δημιουργείται από αύξηση του αριθμού των μελανοκυττάρων και αύξηση της μελανίνης. Προκαλείται από παρεμπόδιση μεταφοράς της μελανίνης από τα μελανοκύτταρα στα επιθηλιακά κύτταρα, με αποτέλεσμα να κατακρατείται στα μελανοκύπαρα. Το μελανοακάνθωμα στο στόμα έχει συσχετισθεί με χρόνιο μηχανικό ερεθισμό.

Το μελανοακάνθωμα παρατηρείται κυρίως σε άτομα της μαύρης φυλής κυρίως μεταξύ 30-50 ετών. Κλινικά, παρατηρείται επίπεδη ή ελαφρά προέχουσα μελανή ή μελανόφαιη ασυμπτωματική πλάκα ***(Εικ. 7).*** Το μέγεθος κυμαίνεται από λίγα έως πολλά εκατοστά. Η παρειά, η υπερώα, τα ούλα και τα χείλη αποτελούν τις πιο συχνές θέσεις εντόπισης.

Πίνακας 1. Ταξινόμηση καλοήθων μελανών βλαβών στόματος

Ι. Διαταραχές μελανοκυττάρων και μελανίνης	ΙΙ. Εναπόθεση μετάλλων	ΙΙΙ. Βακτήρια	IV. Φυσιολογική μελάγχρωση
Εφηλίδες Απλή φακή Μελαγχρωματικοί σπίλοι Σπίλος Ota Μελανοακάνθωμα Νόσος του Addison Σύνδρομο Peutz-Jegher's Φάρμακα Διαταραχές οιστρογόνων	Εναπόθεση αμαλγάματος Άργυρος Γραφίτης Μόλυβδος Βισμούθιο	Μελανή τριχωτή γλώσσα	Μελαμψά άτομα Καπνιστές

Πίνακας 2. Ταξινόμηση επικινδυνότητας καλοήθων μελαγχρωματικών βλαβών στόματος για κακόηθη εξαλλαγή σε μελάνωμα

Υψηλού κινδύνου	Χαμηλού κινδύνου	Ακίνδυνα
Χοριοεπιθηλιακός σπίλος Σύνθετος σπίλος	Ενδοχοριακός σπίλος Κυανούς σπίλος Σπίλος Ota Μελανοακάνθωμα Απλή φακή Εφηλίς Σύνδρομο Peutz-Jegher's	Εναπόθεση αμαλγάματος Εναποθέσεις μετάλλων Φυσιολογική μελάγχρωση Μελάγχρωση καπνιστών Νόσος του Addison Ορμονική μελάγχρωση Μελανή τριχωτή γλώσσα Μελάγχρωση από φάρμακα

WHITE
DENTAL
BEAUTY

TRANSFORMING SMILES WORLDWIDE

Delight your patients with White Dental Beauty, a globally recognised brand which provides innovative, high quality, clinically reinforced dental products.

STYLE ITALIANO™
SHADE GUIDES

RESULTS

BEFORE & AFTER
TOOTH WHITENING GELS

See how White Dental Beauty tooth whitening gels can dramatically alter the shade of your patients' teeth, resulting in a brighter and whiter smile.

BEFORE & AFTER
PROFESSIONAL COMPOSITE SYSTEMS

Experience the power of White Dental Beauty gels and CompoSite Systems and wow your patients with a minimally invasive, beautiful smile makeover.

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

Αισθητική αρμονία με IPS e.max ZirCAD Prime

Yuki Momma, Weston (ΗΠΑ); Δρ. **William C. Heggerick,** Weston (ΗΠΑ)

Τα φυσικά άνω πρόσθια δόντια της ασθενούς ήταν σε πολύ κακή κατάσταση. Υπήρχαν περιοχές με περιοδοντική καταστροφή και γενικευμένη υφίζηση. Το ουλικό όριο γύρω από τη μεταλλοκεραμική στεφάνη στον #12 είχε μια ανεπιθύμητη γκριζωπή απόχρωση. Υπήρχαν ορατά μαύρα τρίγωνα μεταξύ των δοντιών. Τα ούλα δεν είχαν φυσιολογικό ροζ χρώμα ***(Εικ. 1).***

Αυτά ήταν τα ευρήματα της ομάδας οδοντιάτρων Weston Dental Specialists Group, όταν η ασθενής επισκέφτηκε αρχικά το ιατρείο μας, έχοντας εξαιρετικά υψηλές προσδοκίες. Ο στόχος μας ήταν να αντιμετωπίσουμε αυτά τα προβλήματα και να εναρμονίσουμε τις αποκαταστάσεις με το ουλικό περίγραμμα. Από την αρχή ήταν σαφές ότι το επιθυμητό αποτέλεσμα θα μπορούσε να επιτευχθεί μόνο με ολοκεραμικές στεφάνες και στα τέσσερα πρόσθια δόντια. Το συγκεκριμένο περιστατικό δείχνει πώς μπορεί να δημιουργηθεί ένα καθαρό, ευχάριστο και αισθητικό χαμόγελο με τη βοήθεια του IPS e.max ZirCAD Prime.

Εικ. 1: Αρχική εικόνα

Σχεδιασμός αποκαταστάσεων

Η κύρια ανησυχία της ασθενούς ήταν ότι τα ουλικά περιγράμματα θα έκλειναν με μεγάλες αποκαταστάσεις τετράγωνου σχήματος. Εξαιτίας αυτού, της δόθηκε η ευκαιρία να δοκιμάσει τις αποκαταστάσεις, μέσω προσωρινών αναπλάσεων, οι οποίες δημιουργήθηκαν με τη βοήθεια του κερώματος και αντίστοιχης μήτρας. Η προσέγγιση αυτή επέτρεψε στον θεράποντα να συζητήσει και να σχεδιάσει με σαφήνεια το σχήμα της νέας αποκατάστασης μαζί με την ασθενή ***(Εικ. 2).***

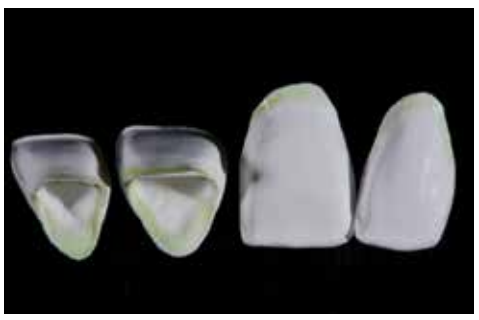
Εικ. 2: Προσωρινές αναπλάσεις.

Επιλογή υλικών

Οι στεφάνες κατασκευάστηκαν από δίσκο IPS e.max ZirCAD Prime (Ivoclar Vivadent). Αυτοί οι δίσκοι από οξείδιο ζιρκονίου κατασκευάζονται με τη χρήση μιας καινοτόμου τεχνικής, που ονομάζεται Gradient Technology (GT), στην οποία εξαιρετικά ισχυρές και ημιδιαφανείς πρώτες ύλες οξειδίου του ζιρκονίου συνδυάζονται με βέλτιστο τρόπο. Η διαδικασία αυτή εξασφαλίζει πολλά οφέλη. Πρώτον, το υλικό παρουσιάζει εξαιρετική σταθερότητα - διαξονική αντοχή σε κάμψη 1200 MPa και αντοχή σε θραύση > 5 MPa • m1/2. Επομένως, είναι κατάλληλο για τη δημιουργία ανθεκτικών μονήρων στεφανών, καθώς και γεφυρών μεγάλης έκτασης.

Δεύτερον, το κεραμικό παρουσιάζει μια μοναδική και απρόσκοπτη διαβάθμιση ημιδιαφάνειας και χρώματος μέσα στον δίσκο. Κατά συνέπεια, μπορεί να χρησιμοποιηθεί για την παραγωγή αποκαταστάσεων υψηλής αισθητικής. Ανάλογα με τις απαιτήσεις του περιστατικού, μπορεί να χρησιμοποιηθεί σε μονολιθική μορφή ή μπορεί να καλυφθεί μερικώς ή πλήρως με αισθητικό υλικό. Επιπλέον, οι συνδυασμοί διαφορετικών μορφών του υλικού είναι δυνατοί σε μια αποκατάσταση. Ως εκ τούτου, το IPS e.max ZirCAD Prime είναι μια πραγματική «λύση ενός δίσκου», που προσφέρει σε κάθε ασθενή μια πληθώρα διαφορετικών επιλογών.

Στο συγκεκριμένο περιστατικό, κατασκευάστηκαν οι σκελετοί των αποκαταστάσεων με τεχνική σταδιακής αφαίρεσης και στη συνέχεια ολοκληρώθηκαν με υγρά χρωματισμού IPS e.max ZirCAD Colouring Liquids, το σύστημα αισθητικής επικάλυψης IPS e.max Ceram και τις χρωστικές και τα εφυαλώματα της σειράς IPS Ivocolor ***(Εικ. 3 έως 7).***



Εικ. 3: Στεφάνες από IPS e.max ZirCAD Prime, που κατασκευάστηκαν με τεχνική σταδιακής αφαίρεσης. Τα αυχενικά όρια χρωματίστηκαν ελαφρά με υγρά διήθησης.

Εικ. 4: Οι στεφάνες μετά τη σύντηξη στο εκμαγείο.

Εικ. 5: Επίτευξη εξατομικευμένου αισθητικού αποτελέσματος, με τη χρήση των υλικών διαστρωμάτωσης IPS e.max Ceram layering materials.

Εικ. 6: Ενδιάμεσο αποτέλεσμα μετά την πρώτη όπτηση.

Εικ. 7: Οι ολοκληρωμένες στεφάνες από IPS e.max ZirCAD Prime στο εκμαγείο.

Χρώμα δοντιών

Το χρώμα των δοντιού είναι το δεύτερο σημαντικότερο αισθητικό κριτήριο, το οποίο οι ασθενείς συνδέουν με τα όμορφα δόντια, εκτός από το σχήμα. Στα υγιή φυσικά δόντια, οι κεντρικοί τομείς έχουν το πιο ανοικτό χρώμα. Στο περιστατικό αυτό, ωστόσο, τα φυσικά πρόσθια δόντια της ασθενούς, εκτός από τις δυσχρωμίες, εμφάνιζαν μια σχετικά σκούρα βασική απόχρωση.

Από τη φύση, τα μεμονωμένα δόντια εμφανίζουν διαφορετικούς βαθμούς φωτεινότητας. Το φαινόμενο αυτό προκαλείται από τα ποικίλα πάχη του στρώματος της αδαμαντίνης, στον αυχένα και στις κοπτικές περιοχές. Το τμήμα της οδοντίνης του δοντιού, το οποίο δείχνει πιο έντονο κορεσμό χρώματος από την αδαμαντίνη, «αχνοφαίνεται» μέσω της δομής των δοντιών, σε διαφορετική ένταση και διαμορφώνει τα τυπικά χαρακτηριστικά του δοντιού. Κατά την κατασκευή της στεφάνης στον #12 σε αυτήν την ασθενή, δεν ελήφθη υπόψη καμία από τις παραπάνω αρχές και ως εκ τούτου η στεφάνη κατέληξε να μοιάζει με άψυχο, ξένο αντικείμενο.

Η φωτογραφία που φαίνεται στην ***Εικόνα 8*** τραβήχτηκε όταν έγινε η δοκιμή της νέας στεφάνης από IPS e.max ZirCAD Prime. Σαφώς, η αποκατάσταση με τη φυσική μετάβαση χρώματος και ημιδιαφάνειας μιμείται πιστά τη δομή των φυσικών δοντιών και δημιουργεί μια τρισδιάστατη εντύπωση. Μεμονωμένες λεπτομέρειες, όπως λοβοί και ρωγμές της αδαμαντίνης, έχουν επαναποδοθεί για να προσδώσουν στις στεφάνες μια φυσική εμφάνιση.

Εικ. 8: Δοκιμή.

Σχήμα δοντιών

Η ανοικτότερη απόχρωση των δοντιών, μαζί με το νέο σχήμα τους, είναι αυτά που κάνουν το χαμόγελο της ασθενούς να φαίνεται σημαντικά φωτεινότερο, πιο ζωντανό και «νεότερο» μετά τη θεραπεία. Αντί της αρχικής κωνικής εμφάνισης, τα άνω πρόσθια δόντια έχουν τώρα ένα «απαλό» στρογγυλό περίγραμμα. Η σχέση μεταξύ του μήκους και του πλάτους των τομέων είναι εξαιρετικά ισορροπημένη και όλοι οι τομείς είναι σε σωστή αναλογία. Όταν η ασθενής χαμογελά, τα δόντια της ακολουθούν το φυσικό περίγραμμα του κάτω χείλους.

Ουλικό περίγραμμα

Το περίγραμμα των ούλων αποτελεί ένα επιπλέον βασικό σημείο αναφοράς για την αισθητική εμφάνιση μιας οδοντικής αποκατάστασης. Δεδομένου ότι οι πλήρως συμμετρικές αποκαταστάσεις τείνουν να δείχνουν μάλλον αφύσικες, στο περιστατικό αυτό δεν θεωρήσαμε ότι το ακανόνιστο ύψος της παρυφής των ούλων επηρεάζει το αισθητικό αποτέλεσμα. Οι στεφάνες είναι ιδανικά διαμορφωμένες και συμπληρώνουν το «οδοντωτό» περίγραμμα των ούλων.

Η ολοκεραμική λύση επιτρέπει στο φως να περάσει ομοιόμορφα από τις μεσοδόντιες θηλές στις νέες αποκαταστάσεις και αντίστοιχα να γυρίσει πίσω. Κατά τη διάρκεια της δοκιμής, μερικά μικροσκοπικά, σκούρα κενά ήταν ακόμη ορατά μεταξύ των δοντιών, ωστόσο, έκλεισαν πλήρως όταν οι αποκαταστάσεις προσκολλήθηκαν μόνιμα (Variolink Esthetic, Ivoclar Vivadent) ***[Εικ. 9]***. Ο ιστός των ούλων προσαρμόστηκε άψογα στις αποκαταστάσεις από IPS e.max ZirCAD Prime.

Εικ. 9: Οι αποκαταστάσεις μετά τη μόνιμη προσκόλληση.

Συμπέρασμα

Η επιλογή του συγκεκριμένου υλικού αποδείχθηκε ιδανική για το περιστατικό αυτό. Επιτύχαμε βέλτιστο αποτέλεσμα με το IPS e.max ZirCAD Prime σε μονολιθική μορφή, λόγω των εξαιρετικών αισθητικών ιδιοτήτων του υλικού. Παρείχε τον τέλειο καμβά για τη δημιουργία του επιθυμητού αποτελέσματος, με τη χρήση συντονισμένων προϊόντων επικάλυψης και χρωματικού χαρακτηρισμού: ένα άψογο, φυσικό χαμόγελο. Η ασθενής είναι ευχαριστημένη με το αποτέλεσμα, όπως και εμείς ***(Εικ. 10).***

Εικ. 10: Το αποτέλεσμα: αισθητικό, φυσικό, όμορφο.

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

Εξωτερική αυχενική απορρόφηση: επιλογή θεραπείας χρησιμοποιώντας το Biodentine™ και βιοκεραμικά εμφρακτικά υλικά

Dr Giovanni Marzari
Επανορθωτική Οδοντιατρική – Πανεπιστήμιο της Βερόνα - Ιταλία,
Διευθυντής Καθηγητής P.F. Nocini,
Ενεργό μέλος AIE, πιστοποιημένο μέλος ESE

Η Εξωτερική Αυχενική Απορρόφηση έχει πρόσφατα κερδίσει το ενδιαφέρον από τους κλινικούς και τους ερευνητές στην Ευρώπη. Το 2018 η Ευρωπαϊκή Εταιρεία της Ενδοδοντίας δημοσίευσε τη «δήλωση θέσης» προσφέροντας μια γενική επισκόπηση της διάγνωσης, αιτιολογίας και θεραπείας αυτής της συγκεκριμένης φλεγμονώδους ριζικής απορρόφησης για το παρόν[1].

Η αυξημένη προσοχή πιθανώς οφείλεται στη συχνότητα όπου αντιμετωπίζουν οι κλινικοί αυτό τον τύπο τραυματισμού. Ωστόσο, δεν είναι σαφές αν η έκθεση σε παράγοντες κινδύνου για τους ασθενείς αυξάνει ή ο υψηλότερος αριθμός CBCT που γίνεται σε ασθενείς οδηγεί σε μια πιο συχνή διάγνωση[5].

Είναι σημαντικό να θυμόμαστε ότι κάθε είδους ριζική απορρόφηση στη μόνιμη οδοντοφυΐα περιλαμβάνει μη-αντιστρεπτή βλάβη και γι αυτό δεν είναι επιθυμητή, όμως μεταξύ αυτών των Εξωτερικών Αυχενικών Απορροφήσεων (ECR) είναι το πιο πολύπλοκο να διαγνωστεί στα αρχικά στάδια και το πιο πολύπλοκο να θεραπευτεί[6].

Η αιτιολογία δεν είναι ακόμη πλήρως κατανοητή. Μια διαπιστευμένη υπόθεση υποδηλώνει ότι η φλεγμονώδης διαδικασία προκύπτει από βλάβη στον περιοδοντικό σύνδεσμο που σχετίζεται με παράγοντες που διατηρούν την κλασική δραστηριότητα[1].

Οι Εξωτερικές Αυχενικές Απορροφήσεις είναι δυναμικές αλλοιώσεις που εξελίσσονται από τις καταστροφικές φάσεις στις επανορθωτικές φάσεις με ποικίλους χρόνους και βαθμούς εισβολής.

Οι Heathersay et al. το 1999 εισήγαγαν μια κατηγοριοποίηση 4 σταδίων, συσχετίζοντας κάθε στάδιο με το ποσοστό επιτυχίας στη θεραπεία.

Πιο πρόσφατα οι Patel et al. πρότειναν μια νέα κατηγοριοποίηση βασιζόμενη στην τρισδιάστατη ακτινολογική διάγνωση, συσχετίζοντας τα διάφορα στάδια με τις θεραπευτικές επιλογές που θα ακολουθηθούν.

Ο σκοπός αυτού του κλινικού περιστατικού είναι να επισημανθεί πως η χρήση των οδηγιών της Ευρωπαϊκής Ενδοδοντικής Εταιρείας, μπορεί να εισαχθεί στην κλινική πράξη με τη χρήση του Biodentine™.

Κλινικό περιστατικό #1

Μια 39 ετών γυναίκα ασθενής με ελεύθερο ιατρικό ιστορικό[8] προσήλθε στην κλινική αναφέροντας ότι συνάδελφος οδοντίατρος κατά τη διάρκεια κλινικού ελέγχου ανακάλυψε μια μικρή κόκκινη αλλοίωση παρειακά στο 12 δόντι ***(Εικ. 1)***. Την ίδια ημέρα βγήκε μια περιακρορριζική ακτινογραφία ***(Εικ. 2*** και ***3)***.

Εικ.1: Αρχική κλινική εικόνα.

Εικ. 2

Εικ. 3

Το οδοντιατρικό ιστορικό αναφέρει έναν τραυματισμό που περιελάμβανε την περιοχή και συνέβη 15 χρόνια νωρίτερα[5,12].

Η κλινική εξέταση επιβεβαιώνει μια μικρή αλλοίωση παρειακά στην αδαμαντίνη του 12, οι έλεγχοι πολφικής ευαισθησίας ήταν φυσιολογικοί και δεν υπήρχε κινητικότητα.

Η περιακρορριζική ακτινογραφική εξέταση ***(Εικ. 4)*** έδειξε μια εκτεταμένη ακτινοσκιερότητα στην περιοχή της ρίζας η οποία δεν περιλαμβάνει τον ριζικό σωλήνα[5].

Εικ. 4

Στο επίπεδο του αυχένα του δοντιού, σημειώθηκε η συνύπαρξη των δύο κύριων φάσεων του RCI: άπω η κλασική φάση, ενώ εγγύς η φάση μετατόπισης.

Η διάγνωση για το 12 δόντι είναι Βαθμός 4 εξωτερική αυχενική απορρόφηση σύμφωνα με τον Heithersay[5]. Η κλινική και ακτινολογική εξέταση επεκτείνεται σε όλη την πρόσθια περιοχή: το 11 δόντι είναι επίσης επηρεασμένο από εξωτερική αυχενική απορρόφηση με κλινικά χαρακτηριστικά παρόμοια με το προηγούμενο, όμως ταξινομείται στον 3 του Heithersay[5].

Η τρισδιάστατη ανάλυση της αλλοίωσης είναι ο κύριος παράγοντας στο σχεδιασμό της θεραπευτικής προσέγγισης και αποδεικνύει την αρχική πρόγνωση του δοντιού, επιτρέποντας την αναγνώριση του πρώιμου σταδίου της αλλοίωσης[1,3,5,6], καθώς και της επέκτασης της περιοχής που εμπλέκεται στην επαναπορρόφηση και τη θέση της για να επηρεάσει την επιτυχία της θεραπείας.

Στη συνέχεια γίνεται μια υψηλής ανάλυσης CBCT απεικόνιση με 5x3 FOV της πρόσθιας περιοχής ***(Εικ. 5)***.

Ο Patel και οι συνεργάτες του βασίστηκαν στην ανάλυση των τρισδιάστατων ακτινογραφικών απεικονίσεων προτείνουν ένα σχέδιο που αντιπροσωπεύει την έκταση της αλλοίωσης σε τρεις διαστάσεις ***(Πίνακας 1)***[1].

Οι ίδιοι συγγραφείς προτείνουν να συνδέσουν διαφορετικές θεραπευτικές επιλογές για το κάθε είδος της ταξινομημένης αλλοίωσης ως εξής:

1. Χειρουργική πρόσβαση και αποκατάσταση της αλλοίωσης με/χωρίς ενδοδοντική θεραπεία. Ο καθαρισμός της αλλοίωσης μετά από χειρουργική πρόσβαση και η άμεση αποκατάσταση ενδείκνυται σε μικρές μυλικές αλλοιώσεις ή για κατηγορίες 1Ad, 2Ad, 2Bd.

Εικ.5

Ύψος	Περιφερειακή συμμετοχή	Εγγύτητα στο ριζικό σωλήνα
Βαθμός 1 στο επίπεδο της οστεινο-αδαμαντινικής ένωσης (άνω της ακρολοφίας)	A: <= 90°	d: περιορισμένη στην οδοντίνη
Βαθμός 2 μέχρι το μυλικό τριτημόριο της ρίζας (υπό της ακρολοφίας)	B: μεταξύ 90° και 180°	p: πιθανή ενδοδοντική εμπλοκή
Βαθμός 3 μέχρι το μέσο τριτημόριο της ρίζας	C: μεταξύ 180° και 270°	
Βαθμός 4 μέχρι το ακρορριζικό τριτημόριο της ρίζας	D: >270°	

Πίνακας 1

2. Εσωτερική αποκατάσταση που σχετίζεται με την ενδοδοντική θεραπεία.
   Η ενδοδοντική θεραπεία που σχετίζεται με προσεκτικό καθαρισμό του φλεγμονώδους ιστού μέσω ενδοδοντικής πρόσβασης ενδείκνυται για μυλικές μεσαίου τριτημορίου αλλοιώσεις με επέκταση 2Cp, 2Dp, 3Cp, 3Dp.
3. Σκόπιμη εμφύτευση
   Η εξαγωγή του ενδοδοντικά θεραπευμένου δοντιού, καθαρισμός της αλλοίωσης συσχετιζόμενος με πλαστικότητα της ρίζας ή αποκατάσταση της αλλοίωσης ενδείκνυται για βαθιές αλλά περιορισμένες αλλοιώσεις όπως επέκταση 3Ad, 3Bd.
4. Περιοδικός επανέλεγχος
   Ενδείκνυται για μη-προσβάσιμες ή πολύ μεγάλες αλλοιώσεις 24Dd, 24Dp.
5. Εξαγωγή
   Σύμφωνα με την ένδειξη αν το δόντι δεν μπορεί να αποκατασταθεί με λειτουργική και αισθητική επιτυχία.

Στο συγκεκριμένο κλινικό περιστατικό, επομένως, το 12 δόντι είναι ταξινομημένο 4Dp. Αναλυτικά: το ακρορριζικό τριτημόριο (Gr4) έχει επηρεαστεί από την απορρόφηση, η έκταση της είναι περιφερική (D) και ο ριζικός σωλήνας εμφανίζεται πολύ κοντά στην αλλοίωση (p). Το δόντι δεν χρειάζεται αποκατάσταση για να διατηρήσει τη λειτουργικότητα και την αισθητική του. Συνεπώς προτείνεται ένας ετήσιος ακτινογραφικός και κλινικός επανέλεγχος δίχως επιπλέον θεραπεία, πληροφορώντας την ασθενή για την κακή πρόγνωση του δοντιού.

Από την άλλη πλευρά το 11 δόντι εμπλέκεται στο μυλικό τριτημόριο ακόμη κι αν υπό της ακρολοφίας (Gr2) με επέκταση 90° (A) και σημαντική εγγύτητα με το ριζικό σωλήνα, γι αυτό έχει ταξινομηθεί ως 2Ap.

Η προσέγγιση που προτείνουν οι Patel et al. για 2Ap κλινικά περιστατικά είναι ο καθαρισμός και η αποκατάσταση του φλεγμονώδους ιστού μετά από χειρουργική προσέγγιση ακολουθώντας την ενδοδοντική θεραπεία του δοντιού.

Κατά τη γνώμη μας, είναι επίσης σημαντικό να λάβουμε υπόψη το αποτέλεσμα της χειρουργικής προσέγγισης που μπορεί να διαφέρει ανάλογα με την προσβασιμότητα του ελλείμματος. Αν η αλλοίωση είναι παρειακή ή υπερώια (πιθανή υφίζηση των ούλων) παρά εγγύς-άπω (προβλεπόμενη απώλεια σκληρού ή μαλακού ιστού συμπεριλαμβανομένου και των παρακείμενων δοντιών). Και επιπλέον η θέση του δοντιού στο οδοντικό τόξο όπου, όπως στη δική μας περίπτωση, το αισθητικό αποτέλεσμα αποτελεί παράγοντα πρωταρχικής σημασίας.

Στη συνέχεια, επιλέγεται μια εσωτερική προσέγγιση αποκατάστασης με ενδοδοντική θεραπεία για το 11 δόντι (2Αρ).

Το σχέδιο θεραπείας προτείνει την απομόνωση του χειρουργικού πεδίου, τη δημιουργία ενδοδοντικής πρόσβασης και την καθολική αφαίρεση του φλεγμονώδους ιστού με κοχλιάριο και υπερήχους ***(Εικ. 6)***.

Εικ. 6

Αφού ολοκληρωθεί ο καθαρισμός της διηθημένης οδοντίνης, το ενδορριζικό σύστημα καθαρίστηκε, διαμορφώθηκε το σχήμα του και εμφράχθηκε ακρορριζικά στο όριο της απορρόφησης. Το υπολειπόμενο έλλειμμα αποκαταστάθηκε με Biodentine™ (Septodont, Γαλλία) στην ίδια συνεδρία ***(Εικ. 7)***.

Εικ. 7

Δεδομένης της σκλήρυνσης του βιοϋλικού[9,10], η κοιλότητα πρόσβασης εμφράχθηκε με σύνθετη ρητίνη.

Αναφέρθηκε κλινικός και ακτινογραφικός επανέλεγχος στα δύο χρόνια.

Το 12 δόντι είναι ασυμπτωματικό, με φυσιολογικό περιοδοντικό έλεγχο, φυσιολογική κινητικότητα και θετικό στον έλεγχο ευαισθησίας του πολφού.

Το 11 δόντι είναι ασυμπτωματικό, με φυσιολογικό περιοδοντικό έλεγχο, φυσιολογική κινητικότητα και απουσία αποχρωματισμού.

Η ακτινογραφική εξέταση δεν δείχνει καμία εξέλιξη του RCI στο 12 δόντι και παρουσία σκληρού ενδοφατνιακού πέταλου γύρω από το περίγραμμα της ρίζας του 11 δοντιού ***(Εικ. 8)***.

Εικ. 8

Κλινικό περιστατικό #2

Ένας άντρας 30 ετών, παραπέμφθηκε στην κλινική μας λόγω ενός συριγγίου που παρουσιάστηκε παρειακά μεταξύ του 22 και 23 δοντιού. Κατά τη διάρκεια λήψης του ιστορικού δεν ανέφερε κάποια πρόσφατη οδοντιατρική θεραπεία ή συστηματική νόσο. Αν και, σχετικά με το οδοντιατρικό ιστορικό του, επισημαίνει παλαιότερη ορθοδοντική θεραπεία και χειρουργική στη γνάθο 6 χρόνια νωρίτερα. Δεν παραπονέθηκε για κάποιο σύμπτωμα ***(Εικ. 9)***.

Εικ.9: Αρχική κλινική εικόνα.

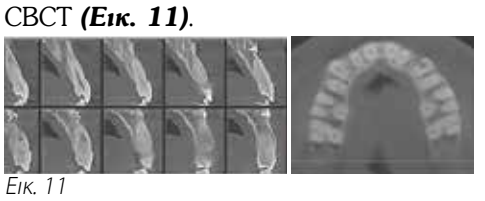
Πραγματοποιήθηκε κλινική εξέταση: φυσιολογική περιοδοντική εξέταση σε όλα τα τεταρτημόρια, παρειακή ψηλάφηση αρνητική, οι έλεγχοι ευαισθησίας πολφού (σε ηλεκτρικά ερεθίσματα και στο κρύο) ήταν φυσιολογικοί, το 23 δόντι ήταν ευαίσθητο στην επίκρουση

Η περιακρορριζική ακτινογραφία με συριγγιογραφία φανερώνει μια ακτινοσκιερότητα κατά μήκος της ρίζας του 23 δοντιού που εκτείνεται από το μυλικό ως το μέσο τριτημόριο του ριζικού σωλήνα, αλλά από την άλλη πλευρά το συρίγγιο παροχετεύεται από την κορυφή του οστού μεταξύ του 22 και 23 δοντιού χωρίς να δίνει περαιτέρω πληροφορίες ***(Εικ. 10)***.

Εικ. 10

Το ιστορικό της ορθοδοντικής θεραπείας και της θέσης των δοντιών υποδηλώνει εξωτερική αυχενική απορρόφηση.

Για να επιβεβαιωθεί η διάγνωση και να ταξινομηθεί ανάλογα η αλλοίωση λήφθηκε CBCT ***(Εικ. 11)***.



Εικ. 11

Αναγνωρίστηκε μια εξωτερική αυχενική απορρόφηση Gr3-B-p.

Η ασαφής προέλευση του συριγγίου χρεώθηκε στην υπερμόλυνση του φλεγμονώδους ιστού όπως έχει περιγραφεί σε προηγούμενα κλινικά περιστατικά.

Λόγω των ανησυχιών του ασθενή για τις υψηλές αισθητικές απαιτήσεις της περιοχής απορρίφθηκε η σκόπιμη εμφύτευση. Ο ασθενής επέλεξε την χειρουργική προσέγγιση. Το τελικό σχέδιο θεραπείας περιελάμβανε την

Συνέχεια στη σελίδα 36

Biodentine™

Ατραυματική Επανορθωτική Θεραπεία (ART)

Το **Biodentine™** μπορεί να χρησιμοποιηθεί σε επείγουσες συνθήκες **χωρίς τη χρήση εγγλυφίδων** για τη θεραπεία «εν τω βάθει» τερηδόνων κατά τη διάρκεια θεραπειών κάλυψης του πολφού με ή χωρίς την αποκάλυψή του χάρη στις **βιοσυμβατές και βιοδραστικές ιδιότητές του.**

Η διαδικασία ART αφαιρώντας την τερηδόνα μόνο με όργανα χειρός μπορεί να αποκαταστήσει την κοιλότητα με ελάχιστη παραγωγή αερολύματος: Το **Biodentine™** μπορεί να τοποθετηθεί απευθείας στον πολφό και να χρησιμοποιηθεί για την έμφραξη καθεμιάς βαθιάς τερηδόνας.

Ιωάννης Τσαπράζης ΑΕ

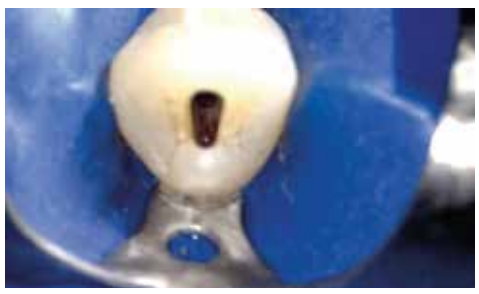
ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΙΚΑ-ΟΡΘΟΔΟΝΤΙΚΑ
Μιχαλακοπούλου 157, Γουδή 115 27,
Τηλ.: 210 7716 416 - 210 7751 000, Fax: 210 7711 100
e-mail: info@tsaprazis.gr, www.tsaprazis.gr

septodont

Συνέχεια από τη σελίδα 35

ενδοδοντική θεραπεία του 23 δοντιού, αφού η αλλοίωση αφορούσε την περιοχή του ριζικού σωλήνα, ακολουθούμενο από την ανύψωση ενός πλήρους πάχους κρημνού επιτρέποντας τον χειρουργικό καθαρισμό και την αποκατάσταση της απορρόφησης.

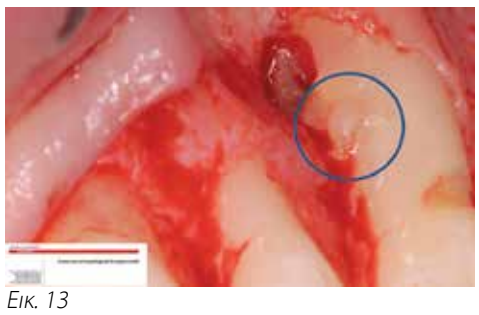
Κατά την ενδοδοντική θεραπεία αρκετά σημεία εισόδου του απορροφητικού ιστού αναγνωρίστηκαν μυλικά, ενώ δεν μπορούσε να γίνει καθαρισμός της αλλοίωσης στο μέσο τριτημόριο ***(Εικ. 12)***.



Εικ. 12

Ένα βιοκεραμικό εμφρακτικό υλικό χρησιμοποιείται με την εν ψυχρώ τεχνική του ενός κώνου για να εμφραχθεί ο ριζικός σωλήνας αφού δεν μπορούσε να επιτευχθεί το απόλυτο στέγνωμα του ριζικού σωλήνα. Άμεσα τοποθετείται σύνθετη ρητίνη για να εμφράξει την κοιλότητα. Ύστερα από 7 ημέρες γίνεται χειρουργική επέμβαση.

Η ανύψωση του κρημνού αποκάλυψε ένα μαργαριτάρι αδαμαντίνης, πιθανή πύλη εισόδου βακτηρίων που προκάλεσαν το συρίγγιο ***(Εικ. 13)***.



Εικ. 13

Αφού απομακρύνθηκε το μαργαριτάρι αδαμαντίνης έγινε ένας καθολικός καθαρισμός του απορροφητικού ιστού ***(Εικ. 14)*** και η κοιλότητα αποκαταστάθηκε με το Biodentine™ ***(Εικ. 15)***. Περιμένοντας το υλικό να πήξει, τοποθετείται ελαστικός απομονωτήρας και γίνεται έμφραξη σύνθετης ρητίνης ομάδος V για να επιτραπεί η τοποθέτηση μοσχεύματος συνδετικού ιστού προσκολλημένου στον κρημνό ***(Εικ. 16)***.

Εικ. 14

Εικ. 15

Εικ. 16

Ο επανέλεγχος στις 6 εβδομάδες παρουσίασε μια σωστή επούλωση του χειρουργικού τραύματος και κλείσιμο του συριγγίου ***(Εικ. 17)***.

Εικ. 17

Σε 1 χρόνο επανελέγχου, η ακτινογραφία δείχνει έναν φυσιολογικό περιοδοντικό ιστό γύρω από τη ρίζα του 23 δοντιού και καμία επιπλέον επέκταση της ακτινοσκιερότητας σχετιζόμενη με την απορρόφηση ***(Εικ. 18)***.

Εικ. 18

Συζήτηση

Η χρήση της κατηγοριοποίησης του Patel απαιτεί ακρίβεια στη διαδικασία, ωστόσο η εννοιολογική της απλότητα την κάνει χρήσιμη στην καθημερινή κλινική πράξη.

Σε αντίθεση με τις προηγούμενες κατηγοριοποιήσεις που συσχετίστηκαν με την έκταση της απορρόφησης για την πρόγνωση του δοντιού, η νέα ταξινόμηση που χρησιμοποιείται από την Ευρωπαϊκή Εταιρεία Ενδοδοντολογίας σχετίζει ακτινογραφικές απεικονίσεις και πρακτικές θεραπευτικές επιλογές, μια επιλογή εξαιρετικής χρησιμότητας, επιτρέποντας στον οδοντίατρο να συζητήσει αμέσως με τον ασθενή. Η αναγνώριση της θέσης και της έκτασης της βλάβης της ρίζας μέσω της CBCT προσφέρει στον οδοντίατρο μια σημαντική βοήθεια, τόσο για το σχέδιο θεραπείας όσο και για την ακριβή ενημέρωση του ασθενή και τη συγκατάθεσή του.

Ένα όριο σε αυτήν την κατηγοριοποίηση μπορεί να είναι η έλλειψη θεώρησης της θέσης του δοντιού στο οδοντικό τόξο και η θέση της βλάβης σχετικά με την ριζική επιφάνεια. Και οι δύο αυτές πτυχές μπορεί να επηρεάσουν τη χειρουργική προσέγγιση του ριζικού ελλείμματος και το αποτέλεσμα.

Συμπέρασμα

Η κατηγοριοποίηση που προτείνεται από την Ευρωπαϊκή Εταιρεία Ενδοδοντίας «δήλωση θέσης» προσφέρει στους κλινικούς οδοντιάτρους ένα ολοκάθαρο και εφαρμόσιμο εργαλείο στην κλινική πράξη.

Όμως θεραπευτική επιλογή θα πρέπει επίσης να θεωρηθεί: η ικανότητα και η εμπειρία του χειρούργου, οι προσδοκίες του ασθενή και οι πιθανές επιπλοκές.

Βιβλιογραφία

1. Int Endod J. 2018 Dec;51(12):1323-1326. doi: 10.1111/iej.13008. E pub 2018 Sep 26. European Society of Endodontology position statement: External Cervical Resorption. European Society of Endodontology (ESE) developed by:, Patel S1,2, Lambrechts P3, Shemesh H4, Mavridou A3.
2. Int Endod J. 2018 Nov;51(11):1205-1223. doi: 10.1111/iej.12942. Epub 2018 Jun 1. External cervical resorption-part 1: histopathology, distribution and presentation. Patel S1,2, Mavridou AM3, Lambrechts P3, Saberi N1.
3. Int Endod J. 2018 Nov;51(11):1224-1238. doi: 10.1111/iej.12946. Epub 2018 Jun 9. External cervical resorption: part 2 - management. Patel S1,2, Foschi F1, Condon R1, Pimentel T1, Bhuva B1.u
4. Int Endod J. 2018 Feb;51(2):206-214. doi: 10.1111/iej.12824. Epub 2017 Sep 13. External cervical resorption: a three-dimensional classification. Patel S1, Foschi F1, Mannocci F1, Patel K1.
5. Aust Endod J. 1999 Aug;25(2):79-85. Invasive cervical resorption following trauma. Heithersay GS.
6. J Endod. 2017 Jan;43(1):121-125. doi: 10.1016/j.joen.2016.09.008. Epub 2016 Dec 6. External Cervical Resorption: A Comparison of the Diagnostic Efficacy Using 2 Different Cone-beam Computed Tomographic Units and Periapical Radiographs. Vaz de Souza D1, Schirru E1, Mannocci F1, Foschi F1, Patel S2.
7. J Endod. 2018 Feb;44(2):239-244. doi: 10.1016/j.joen.2017.10.001. Epub 2017 Dec 8. Impact of Conebeam Computed Tomography on Treatment Planning for External Cervical Resorp-tion and a Novel Axial Slice-based Classification System. Goodell KB1, Mines P2, Kersten DD2.
8. J Endod. 2017 Oct;43(10):1740-1743. doi: 10.1016/j.joen.2017.03.040. Epub 2017 Jun 9. External Cervical Resorption: A New Oral Manifestation of Systemic Sclerosis.
9. J Endod. 2015 Nov;41(11):1907-12. doi: 10.1016/j.joen.2015.08.003. Epub 2015 Sep 26. Conservative Nonsurgical Treatment of Class 4 Invasive Cervical Resorption: A Case Series. Salzano S1, Tirone F2.
10. Iran Endod J. 2017 Summer;12(3):386-389. doi: 10.22037/iej.v12i3.16668. Management of Invasive Cervical Root Resorption in a Mandibular Canine Using Biodentine™ as a Restorative Material: A Case Report. Eftekhar L1, Ashraf H2, Jabbari S2.
11. J Oral Sci. 2011 Sep;53(3):397-401. Management of an extensive invasive root resorptive lesion with mineral trioxide aggregate: a case report. Danesh F1, Karamifar K, Abbott PV.
12. Aust Dent J. 2016 Mar;61 Suppl 1:82-94. doi: 10.1111/adj.12400. Prevention and management of external inflammatory resorption following trauma to teeth. Abbott PV1.
13. J Endod. 2017 Nov;43(11):1901-1908. doi: 10.1016/j.joen.2017.04.026. Epub 2017 Jul 19. Minimally Invasive Treatment of Class 4 Invasive Cervical Resorption with Internal Approach: A Case Series. Shemesh A1, Ben Itzhak J2, Solomonov M2. Arroyo-Bote S1, Bucchi C2, Manzanares MC3.
14. Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod. 2011 Nov;112(5):e18-22. doi: 10.1016/j. tripleo.2011.04.028. Epub 2011 Aug 6. Surgical endodontic management of an invasive cervical resorption class 4 with mineral trioxide aggregate: a 6-year follow-up. Fernandez R1, Rincon JG.
15. Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod. 2000 Feb;89(2):255-8. Radiographic evidence of enamel pearls in jordanian dental patients. Darwazeh A, Hamasha AA.

Γυναίκες στην Οδοντιατρική

Δυναμικές, δραστήριες, άλλες μητέρες κι άλλες όχι, αλλά πάνω από όλα επιστήμονες και επαγγελματίες οι Γυναίκες στην Οδοντιατρική δεν είναι απλώς μια ομάδα γυναικών στο Facebook, αλλά μια ομάδα εργασίας μέσα στην Ελληνική Οδοντιατρική Ομοσπονδία που συζητά, προβληματίζεται, αναδεικνύει ζητήματα ανισότητας σε βάρος των γυναικών στο οδοντιατρικό επάγγελμα και καταθέτει προτάσεις.

Η ομάδα αυτή συστάθηκε πριν από περίπου ενάμιση χρόνο, μετά τη σχετική εισήγηση της γενικής γραμματέα της ΕΟΟ Μαρίας Μενενάκου στο ΔΣ της ομοσπονδίας και σήμερα αριθμεί περίπου 60 μέλη από διάφορες γωνιές της χώρας. Και καθώς η πανδημία δεν επιτρέπει πολλά, πρόσφατα έκαναν τη δεύτερη ευρεία τηλεδιάσκεψη, όπου είχαν την ευκαιρία να συνδεθούν και να ανταλλάξουν απόψεις οδοντίατροι από την Κοζάνη και τη Νιγρίτα Σερρών μέχρι την Καλαμάτα.

Της **Γεωργίας Σάκκουλα** δημοσιογράφου

Το έναυσμα

Η ιδέα ξεκίνησε κυρίως όταν η **Μαρία Μενενάκου** ως γραμματέας της ΕΟΟ άρχισε να λαμβάνει επιστολές από γυναίκες οδοντιάτρους *«που δεν καλύπτονταν ασφαλιστικά σε περίοδο προχωρημένης εγκυμοσύνης, που ήταν αναγκασμένες να κλείσουν το ιατρείο τους ή να δουλεύουν έγκυες στον ένατο μήνα με αποκολλήσεις, επειδή δεν μπορούσαν να παίρνουν ένα βασικό μισθό όπως οι υπάλληλοί μας και όπως παίρνουν όλοι οι συνάδελφοι σαν υπάλληλοι στον ιδωτικό και στον δημόσιο τομέα».*

«Εκεί είδα ότι οφείλουμε για πολλούς λόγους, κοινωνικούς και ηθικούς, να διερευνήσουμε αν υπάρχουν ανισότητες και άλλες οι οποίες να εξαρτώνται από το φύλο» αναφέρει στο «Οδοντιατρικό Βήμα» η κ. **Μενενάκου** και εξηγεί: *«Η μία είναι η μητρότητα, μια άλλη είναι η φροντίδα γονέων και ΑμΕΑ προσώπων. Και όλο αυτό το βάρος πέφτει πάνω μας».*

Πέρα, της καταπόνησης του σώματος, όμως, τονίζει: *«καταπονείται η θέση μας στην οικογένεια λόγω στερεοτύπων». «Είμαστε ελεύθεροι επαγγελματίες και η ίδια μας η οικογένεια μας αντιμετωπίζει σαν εξασκούντες κάποιο χόμπι. Δεν καταλαβαίνουν καμιά φορά ότι εμείς βασικά φέρνουμε το ψωμί στην οικογένεια και είμαστε υποχρεωμένες να το κρύβουμε αυτό, γιατί έχουμε να κάνουμε με στερεότυπα. Όλα αυτά με προβληματίσαν, προβληματίστηκε και ένα μέρος του διοικητικού συμβουλίου».*

Υποεκπροσώπηση στα συλλογικά όργανα

Ένας λόγος επίσης που λειτούργησε ως έναυσμα για τη δημιουργία αυτής της ομάδας είναι η υποεκπροσώπηση των γυναικών στα συλλογικά όργανα.

«Υπάρχουν στερεοτυπισμοί και αυτό αποδεικνύεται και απ' το γεγονός ότι ενώ ποσοστό 52-53% και άνω είναι γυναίκες, η εκπροσώπηση των γυναικών στα συλλογικά όργανα είναι δυσανάλογα μικρή», παρατηρεί η γραμματέας της ΕΟΟ και μοναδική γυναίκα στο ΔΣ της ομοσπονδίας.

Χαρακτηριστικό είναι πως συνολικά υπάρχουν μόνο τέσσερις γυναίκες πρόεδροι οδοντιατρικών συλλόγων: η Γεωργία (Τζίνα) Θεοδωροπούλου από τη Μεσσηνία, η Αλίκη Καλοΐδου από την Ημαθία, η Τίνα Κλάρα από τη Μαγνησία και η Αργυρώ Λαγούδη από την Αρκαδία.

«Ένας απ' τους στόχους της ομάδας πέρα απ' το να στηρίξει συναδέλφους και να αναδείξει ανισότητες, είναι να προωθήσει τη μεγαλύτερη συμμετοχή των γυναικών στα συλλογικά όργανα» σημειώνει η κ. **Μενενάκου**.

«Ο πρώτος λόγος που δεν συμμετέχουν πολλές γυναίκες στα κοινά είναι ο χρόνος» εξηγεί η κ. **Βασιλική Πασιά**, οδοντίατρος εκλεγμένη στην ομοσπονδία και γενική γραμματέας στον οδοντιατρικό σύλλογο Ιωαννίνων.

«Πολλές συμμετέχουν σε συλλόγους ίσως και σε διοικητικά συμβούλια και με το που κάνουν οικογένειες αυτόματα εξαφανίζονται, γιατί δεν έχουν χρόνο. Ο δεύτερος λόγος είναι η αντιμετώπιση που έχει μια συνάδελφος όταν εγγράφεται στον σύλλογό της. Σκεφτείτε μια κοπέλα 25 χρονών σε ένα χώρο όπως τα διοικητικά συμβούλια, όπου συνήθως οι περισσότεροι είναι άνδρες, να προσπαθήσει να πει τη γνώμη της: την κοιτάνε όλοι σαν εξωγήινη και της λένε είσαι πολύ μικρή».

«Επίσης σε πολλές περιπτώσεις όταν καλούν μια νέα συνάδελφο να κατέβει στις εκλογές τη θεωρούν ως τη «γλάστρα» του συμβουλίου. Πρέπει πραγματικά να παλέ-

ψει για να πάρει αρμοδιότητες» εξηγεί η κ. **Πασιά.**

«Δυστυχώς το βλέπω εδώ στη Μεσσηνία, κοπέλες που ήταν στο συνδικαλιστικό όργανο με το που παντρεύονται ή κάνουν παιδιά βλέπεις ότι έχουν σοβαρά προβλήματα από τους συζύγους τους. Δεν τις βοηθάνε σε αυτό το κομμάτι» συμπληρώνει σχετικά η κ. **Τζίνα Θεοδωροπούλου**, οδοντίατρος στην Καλαμάτα και πρόεδρος του Οδοντιατρικού Συλλόγου Μεσσηνίας από το 2014, με συνδικαλιστική δράση από το 2008.

Κάπως καλύτερα περιγράφει πάντως την κατάσταση στη Λάρισα η κ. **Μαρία Τάτση,** εκλεγμένο μέλος της ΕΟΟ, αφού στο ΔΣ του τοπικού συλλόγου η αναλογία είναι 7 άνδρες και 4 γυναίκες. *«Τα τελευταία χρόνια βλέπουμε μια άνοδο των γυναικών σε όλους τους τομείς»* σχολιάζει και τονίζει ότι θα ήθελε μια συνεργασία απ' όλους τους τομείς, όχι μόνο στην οδοντιατρική.

«Παρά τις αναμφίβολες προόδους η νοοτροπία που θέλει τις γυναίκες βοηθούς και άρα κατώτερες στην ιεραρχία είναι ακόμα ζωντανή σε πολλά πανεπιστήμια και ερευνητικά εργαστήρια παγκοσμίως και βεβαίως και στη χώρα μας. Σαν απόδειξη δεν έχουμε παρά να διαβάσουμε στις ιστοσελίδες πανεπιστημίων και ερευνητικών ιδρυμάτων τα ονόματα των επικεφαλής τμημάτων και ινστιτούτων. Πολύ συχνά δεν θα βρούμε γυναικείο όνομα», παρατηρεί η κ. **Γιώτα Ψυλλάκη**, ορθοδοντικός στα Χανιά και εκλεγμένη στο ανώτατο πειθαρχικό συμβούλιο της ΕΟΟ.

Το λένε και οι στατιστικές

Οι ανισότητες σε βάρος των γυναικών αποτυπώνεται στατιστικά σε βάθος χρόνου. Κάνοντας μια ανασκόπηση από διάφορες μελέτες των τελευταίων 20-30 ετών από ΗΠΑ, Καναδά, Νέα Ζηλανδία, Αυστραλία κ.ά., η κ. **Κατερίνα Κυρανούδη**, εκλεγμένο μέλος της ΕΟΟ και γενικός γραμματέας της Ελληνικής Εταιρείας Αθλητικής Οδοντιατρικής παρουσίασε στην τηλεδιάσκεψη μερικά πολύ ενδιαφέροντα στοιχεία.

- Παγκοσμίως ο μέσος όρος των ωρών που εργάζεται την εβδομάδα μια γυναίκα οδοντίατρος είναι 29 και 36 για τον άνδρα.
- Ο βασικότερος λόγος που η γυναίκα δουλεύει λιγότερες ώρες είναι κατά 67,2% η ανατροφή των παιδιών ή/και η περιποίηση των γονέων, ενώ για τους άνδρες σε ποσοστό 63,6% είναι οι προσωπικοί λόγοι.
- Το εισόδημα των γυναικών είναι 22% μικρότερο.
- Πάνω από δύο στις τρεις γυναίκες δουλεύουν μέχρι το τέλος της εγκυμοσύνης και επιστρέφουν στη δουλειά μέσα σε μια εβδομάδα με δέκα ημέρες μετά τον τοκετό.
- Στον ακαδημαϊκό τομέα η σεξουαλική παρενόχληση στις γυναίκες είναι 32,7%, ενώ στους άνδρες 3,1%.

Οι προκλήσεις

«Είναι πάρα πολλές οι προκλήσεις που αντιμετωπίζει μια γυναίκα οδοντίατρος. Καταρχήν δεν υπάρχει ισότιμη αντιμετώπιση όσον αφορά στα δικαιώματα των γυναικών του ιδιωτικού τομέα, ως αυτοαπασχολούμενες και των γυναικών στο δημόσιο τομέα. Τα προβλήματα που αντιμετωπίζει μια οδοντίατρος κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης και με το πέρας του τοκετού που πρέπει να επιστρέψει στο ιατρείο γιατί ουσιαστικά το κράτος την αγνοεί, είναι απ' τα πολύ βασικά ζητήματα. Κι εδώ πρόκειται για καταπάτηση άρθρων του συντάγματος» επισημαίνει η κ. **Σοφία Τζήκα,** εκπρόσωπος του οδοντιατρικού συλλόγου Κοζάνης από το 2009 στην Ομοσπονδία.

«Εμένα με ενδιαφέρει πολύ να έχουμε συνεχόμενη και δυναμική οικονομική ανεξαρτησία οι γυναίκες μέσα από το επάγγελμά μας και να μπορούμε να το κάνουμε αυτό μέσα από βιώσιμα ωράρια», λέει η κ. **Ελένη Γεωργακοπούλου,** στοματολόγος που εργάζεται ιδιωτικά τα τελευταία 17-18 χρόνια και μητέρα δύο μικρών παιδιών.

«Αυτή η ομάδα είναι κάτι εξαιρετικά σημαντικό. Δεν αρκεί να είμαστε οικονομικά ανεξάρτητες αλλά μέσα από βιώσιμα ωράρια ώστε να μπορούμε να έχουμε χρόνο να απολαύσουμε και τους υπόλοιπους ρόλους μας», συμπληρώνει η κ. **Βέρα Καλουμένου,** γναθολόγος στον σύλλογο Πειραιά.

«Ήμουν εκλεγμένη στην ομοσπονδία και στις δύο εγκυμοσύνες. Στις 11 μέρες μετά από καισαρική με προεκλαμψία γύρισα πίσω, που σημαίνει ότι οι επιλογές σε ένα ελεύθερο επαγγελματία και δη γυναίκα περιορίζονται πάρα πολύ» λέει η κ. **Μπέτυ Μπόσνα**, περιοδοντολόγος, αντιπρόεδρος στον οδοντιατρικό σύλλογο νομού Πέλλης και εκπρόσωπος στη γενική συνέλευση της ΕΟΟ.

«Είναι πολύ μεγάλη η αδικία που έχουμε υποστεί οι αυτοαπασχολούμενες γυναίκες στην Οδοντιατρική σε σχέση με τις γυναίκες που εργάζονται στον ιδιωτικό και στον δημόσιο τομέα, καθώς δικαιούνται περίπου πέντε μήνες άδεια μητρότητας με πλήρεις αποδοχές» υπογραμμίζει η κ. **Άννα Αντωνίου**, οδοντίατρος και μητέρα δύο παιδιών που στην πρώτη της εγκυμοσύνη δούλευε μέχρι το απόγευμα και τελικά γέννησε πρόωρα με καισαρική. Η ίδια θέτει και το ζήτημα της δύσκολης πρόσβασης έπειτα σε δημόσιο βρεφονηπιακό σταθμό, με αποτέλεσμα την επιπλέον οικονομική επιβάρυνση. *«Δεν είναι θέμα ισότητας φύλων απλά εδώ, είναι θέμα ισότητας μεταξύ όλων των γυναικών»*, τονίζει.

Ένα απ' τα θέματα που επίσης απασχολούν τις Γυναίκες στην Οδοντιατρική είναι το συνταξιοδοτικό. *«Μπορεί να μην έχουμε σε όλα τα θέματα ίδια αντιμετώπιση, όμως στο συνταξιοδοτικό πλέον είμαστε στα ίδια επίπεδα με τους άνδρες»* τόνισε η κ. **Αναστασία Μπάρτζα,** από τη Νιγρίτα Σερρών, εκλεγμένη στον τοπικό οδοντιατρικό σύλλογο από το 2007 και στην ομοσπονδία για τρίτη τριετία.

Σεξισμός ακόμα και στη συνδικαλιστική δράση

Πέρα απ' τις ανισότητες σε πρακτικό επίπεδο υπάρχει και το κομμάτι το ψυχολογικό, εξηγούν αναφερόμενες κυρίως σε σεξιστικά σχόλια.

«Αυτό που εμένα με έχει απασχολήσει πολλά χρόνια είναι οι γυναίκες στον συνδικαλισμό, γιατί δέχθηκα πολλές επιθέσεις όταν εκλέχθηκα το 2011. Είδα πράγματα αρχικά στον σύλλογο τα οποία ούτε καν περίμενα: επιπλήξεις από συναδέλφους όπως γιατί δεν κάθομαι στο σπίτι μου να πλύνω τα πιάτα ή γιατί είμαι έγκυος και τι δουλειά έχω να είμαι στον σύλλογο», τονίζει η κ. **Νάνσυ Κοντούλη,** εκλεγμένη ταμίας στον οδοντιατρικό σύλλογο Πειραιά και στην εξελεγκτική επιτροπή της ομοσπονδίας.

«Πολλές συνάδελφοι μου λένε ότι αν ήμασταν άνδρες οι ασθενείς θα μας συμπεριφέρονταν διαφορετικά» παρατηρεί η κ. **Τζ. Θεοδωροπούλου**, που όπως λέει έχει δεχθεί λεκτική υποτίμηση από υγειονομικό, ενώ για το θέμα της παρενόχλησης που απασχόλησε ένα μέρος της συζήτησης στη σκιά των γενικότερων αποκαλύψεων στο χώρο του αθλητισμού και του πολιτισμού επισήμανε: *«Φοβάμαι ότι ακόμα οι κοινωνίες είναι υποκριτικές, όχι μόνο στην Ελλάδα. Να κρατήσουμε τις μάσκες για τον κορονοϊό όλοι, αλλά να βγάλουμε τις μάσκες της υποκρισίας γιατί είμαστε συνένοχοι πολλές φορές της κακοποίησης όταν γνωρίζουμε, αλλά δεν μιλάμε».*

«Η γυναίκα έχει μια πολυδιάσταση δράση και πρέπει το μήνυμά μας να είναι η μηδενική ανοχή σε αυτή την κουλτούρα της ενοχής στην έμφυλη βία», τόνισε σχετικά η κ. **Σ. Τζήκα.**

Στόχοι, δράσεις, προτάσεις

Η πρώτη δράση της ομάδας ήταν το ερωτηματολόγιο περί κοινωνικο-οικονομικών ανισοτήτων που μοιράστηκε πανελλαδικά σε όλους τους οδοντιάτρους και η δεύτερη ήταν ένα δελτίο Τύπου με μήνυμα συμπαράστασης προς τη Σοφία Μπεκατώρου.

Μια τρίτη δράση που ενδεχομένως θα κάνουμε είναι ότι θα αξιοποιήσουμε τα ευρήματα από το ερωτηματολόγιο και θα δούμε συνδικαλιστικά τι θα μπορέσουμε να διεκδικήσουμε ώστε να εξαλειφθούν οι ανισότητες, τόνισαν κατά την τηλεδιάσκεψη.

«Στόχος μας είναι η εξάλειψη των ανισοτήτων, αφού πρώτα τις μετρήσουμε και δούμε και τα εργαλεία που μας προσφέρουν οι θεσμοί. Και όλα αυτά μέσα από την δράση της ΕΟΟ, αφού δεν είμαστε μια ομάδα αποκομμένη, αλλά ομάδα εργασίας της ΕΟΟ», υπογραμμίζει η κ. **Μ. Μενενάκου.**

«Στόχος, επίσης, να προσελκύσουμε νέες συναδέλφους να ασχοληθούν με τον συνδικαλισμό» αναφέρει η κ. **Β. Πασιά.**

Ως προτάσεις η κ. **Τζ. Θεοδωροπούλου** κατέθεσε το θέμα της ιδιωτικής ασφάλειας για περιπτώσεις εγκυμοσύνης ή άλλα προβλήματα υγείας, αλλά και την αρωγή ενός συμβουλευτικού κέντρου για θέματα κακοποίησης.

Μια άλλη πρόταση που κατέθεσε η κ. **Αντωνίου** είναι να μην πληρώνει η έγκυος ασφαλιστικές εισφορές για ένα εύλογο χρονικό διάστημα και να υπάρχει επιδότηση ενοικίου για όσες πληρώνουν ενοίκιο για το ιατρείο τους το διάστημα της εγκυμοσύνης.

Το μήνυμα του προέδρου της ΕΟΟ

«Στηρίζω την ομάδα σας. Εμείς σας αγαπάμε όλες, είστε πυλώνας της ελληνικής κοινωνίας» τόνισε κατά τον χαιρετισμό του ο πρόεδρος της ΕΟΟ, κ. **Αθανάσιος Δεβλιώτης.** *«Μπορείτε να μου μεταφέρετε τις ιδέες σας και εγώ ειλικρινά θα τις προωθήσω. Είμαι υπέρ της ισότητας όχι μόνο των δύο φύλων αλλά και των ίσων ευκαιριών, των ίσων προσβάσεων όλων των ανθρώπων»* τόνισε.

Σύντομο χαιρετισμό στην τηλεδιάσκεψη απηύθυνε και ο κ. **Βασίλης Σταθόπουλος** από το ΔΣ της ΕΟΟ.

Στόχος μας είναι η εξάλειψη των ανισοτήτων, αφού πρώτα τις μετρήσουμε και δούμε και τα εργαλεία που μας προσφέρουν οι θεσμοί. Και όλα αυτά μέσα από την δράση της ΕΟΟ, αφού δεν είμαστε μια ομάδα αποκομμένη, αλλά ομάδα εργασίας της ΕΟΟ. Επίσης, να προσελκύσουμε νέες συναδέλφους να ασχοληθούν με τον συνδικαλισμό.

Πρόγραμμα Βοηθού Οδοντιάτρου

Διετές Πρόγραμμα Μεικτής Εκμάθησης για τον Σύγχρονο Βοηθό Οδοντιάτρου με Πρακτική Εξάσκηση, από το Α έως το Ω.

Οι βοηθοί οδοντιάτρου είναι σημαντικά μέλη της ομάδας που παρέχει οδοντιατρικές υπηρεσίες. Η σταδιοδρομία ως βοηθός οδοντιάτρου είναι ενδιαφέρουσα, αποδοτική και με πολλές προκλήσεις. Ο εκπαιδευμένος βοηθός οδοντιάτρου συναντά στην εργασιακή του σχέση ικανοποίηση, ποικιλία δραστηριοτήτων και αξιόλογες οικονομικές απολαβές. Είναι μία σταδιοδρομία που προσφέρει ευκαιρίες σε πρόσφατους αποφοίτους λυκείου, αλλά και σε άτομα μεγαλύτερης ηλικίας που επιθυμούν να επανεκπαιδευτούν και να αλλάξουν επαγγελματική δραστηριότητα.

Σκοπός

Με σκοπό την εκπαίδευση βοηθών οδοντιάτρων, το Ινστιτούτο Μέριμνα – Ινστιτούτο Οδοντιατρικής Εκπαίδευσης και το Ευρωπαϊκό Πανεπιστήμιο Κύπρου-Τμήμα Οδοντιατρικής συνεργάστηκαν στην διαμόρφωση και σχεδιασμό ενός κορυφαίου στο είδος του εκπαιδευτικού προγράμματος που διεξάγεται με μεικτή εκπαίδευση. Μέρος του προγράμματος πραγματοποιείται εξ αποστάσεως μέσω της εκπαιδευτικής πλατφόρμας και ένα μέρος πραγματοποιείται μέσω πρακτικής άσκησης σε πιστοποιημένα οδοντιατρεία / πολυοδοντιατρεία, υπό τη συνεχή καθοδήγηση και υποστήριξη έμπειρων εκπαιδευτών, οδοντιάτρων και βοηθών οδοντιάτρου.

Δομή Εκπαίδευσης

1. Διαδραστικές Θεωρητικές Ενότητες

Το διαδικτυακό πρόγραμμα περιλαμβάνει 13 ενότητες εκ των οποίων η κάθε μια συσχετίζεται με ένα συγκεκριμένο πεδίο του Βοηθού Οδοντιάτρου. Οι εκπαιδευτικές ενότητες συνοψίζονται με διαδραστικές ασκήσεις, διαδραστικά βίντεο, εικονογραφημένες παρουσιάσεις και κουίζ για να παρέχουν μια σειρά από οπτικοακουστικές ευκαιρίες μάθησης που φτάνουν πολύ πέρα από το παραδοσιακό μοντέλο διδασκαλίας και ενθαρρύνουν τους σπουδαστές να επικεντρωθούν στη μαθησιακή διαδικασία και να αναπτύξουν μία περισσότερο περιεκτική κατανόηση του υλικού που παρουσιάζεται κατά τη διάρκεια του προγράμματος.

2. Live Webinar - Ζωντανά Εξ'αποστάσεως Σεμινάρια

Το πρόγραμμα περιλαμβάνει 25+ Ζωντανά εξ'αποστάσεως διαδραστικά Webinars από καταξιωμένους ομιλητές της Ελλάδας και του Εξωτερικού, με μακροχρόνια εμπειρία στην οδοντιατρική εκπαίδευση.

Πρακτική Εξάσκηση

Η πρακτική εξάσκηση των υποψηφίων βοηθών οδοντιάτρου είναι διάρκειας 600 ωρών, γίνεται δια ζώσης και είναι υποχρεωτική για όλους τους σπουδαστές. Έχει σχεδιαστεί έτσι ώστε να προσαρμοστεί στο πρόγραμμα του κάθε σπουδαστή είτε αυτός εργάζεται ή δεν εργάζεται σε οδοντιατρείο. Αποτελείται από 10+ Master Course Workshops και πρακτική εξάσκηση σε οδοντιατρεία/πολυοδοντιατρεία.

1. Master Course Workshops

Το πρόγραμμα περιλαμβάνει 10+ Master Course Workshops που πραγματοποιούνται στις εγκαταστάσεις του Ινστιτούτου Μέριμνα και της Οδοντιατρικής Μέριμνας Αθηνών. Σκοπό έχουν την πρακτική εξοικείωση και την προετοιμασία του σπουδαστή για το επόμενο βήμα της Πρακτικής Άσκησης.

2. Πρακτική άσκηση σε οδοντιατρεία

Ο κάθε σπουδαστής επιλέγει από μια λίστα εγκεκριμένων και πιστοποιημένων οδοντιατρείων και πολυοδοντιατρείων σε όλη την Ελλάδα και Κύπρο που συνεργάζονται για την υλοποίηση του προγράμματος και την πρακτική εξάσκηση των σπουδαστών υπό τη συνεχή καθοδήγηση και υποστήριξη έμπειρων εκπαιδευτών, οδοντιάτρων και βοηθών οδοντιάτρου.

Πιστοποιητικό Περάτωσης

Μετά την επιτυχή ολοκλήρωση του προγράμματος και των εξετάσεων αυτού ο σπουδαστής θα λάβει Πιστοποιητικό Επιτυχούς Περάτωσης, εξειδικευμένης δια βίου επιμόρφωσης Βοηθού Οδοντιάτρου, από το Τμήμα Οδοντιατρικής του Ευρωπαϊκού Πανεπιστημίου Κύπρου.

Σύνοψη

1.360 Εκπαιδευτικές Ώρες Θεωρητικής Κατάρτισης

25+ Live Webinars

600 Ώρες Master Course Workshops & Πρακτικής Εξάσκησης

Πληροφορίες/Εγγραφές/ Υποστήριξη

ΙΝΣΤΙΤΟΥΤΟ ΜΕΡΙΜΝΑ

Ινστιτούτο Μέριμνα
Λ. Βουλιαγμένης 272Α,
Αγιος Δημήτριος, Αθήνα
Τηλ.: 2109734000
Website: e-merimna.gr
E-mail: info@merimnaseminars.gr,
info@e-merimna.gr

Ευρωπαϊκό Πανεπιστήμιο Κύπρου

Ευρωπαϊκό Πανεπιστήμιο Κύπρου
6, Διογένους 2404 Έγκωμη
P.O. Box: 22006, 1516,
Λευκωσία-Κύπρος
Τηλ.: +357 22 713000
E-mail: info@euc.ac.cy

Οδηγώντας ακόμα τις εξελίξεις: Νέες μελέτες επιβεβαιώνουν την εξαιρετική ακρίβεια του Primescan

Η Dentsply Sirona παρουσίασε την τελευταία γενιά των ενδοστοματικών σαρωτών της στην αρχή της προηγούμενης χρονιάς: το Primescan δίνει τη δυνατότητα στους χρήστες να πάρουν ένα ψηφιακό αποτύπωμα πλήρους τόξου με εξαιρετική ακρίβεια. Το γεγονός αυτό έχει αναδειχτεί από ποικίλες διεθνείς έρευνες που υποστηρίζουν το μεγάλο θετικό αντίκτυπο του Primescan σε διάφορες εφαρμογές, χρησιμοποιώντας καθαρά επιστημονικά δεδομένα.

Το Primescan, η τελευταία γενιά ενδοστοματικών σαρωτών, έχει σχεδιαστεί για διάφορα ψηφιακά πρωτόκολλα – στην κλινική πράξη με το CEREC καθώς και με το οδοντιατρικό εργαστήριο ή άλλους συνεργάτες. Χρησιμοποιώντας το λογισμικό Connect, ένα τρισδιάστατο μοντέλο μπορεί να μεταφερθεί απευθείας στο εκάστοτε εργαστήριο για περαιτέρω επεξεργασία. Χρησιμοποιώντας σένσορες υψηλής ανάλυσης και φως μικρού μήκους κύματος, το αποτύπωμα των οδοντικών επιφανειών λαμβάνεται με ακρίβεια. Το Primescan λαμβάνει έως και 1 εκατομμύριο τρισδιάστατα πίξελ το δευτερόλεπτο, και αυτά επεξεργάζονται πιο αξιόπιστα από ποτέ χρησιμοποιώντας ανάλυση αντίθεσης υψηλών συχνοτήτων.

Νέες έρευνες επιβεβαιώνουν την υψηλή απόδοση του Primescan

Το Primescan επιτρέπει την λήψη ψηφιακών αποτυπωμάτων υψηλής επαναληψιμότητας στο πλήρες τόξο, όπως αποδείχθηκε από μια μελέτη του Πανεπιστημίου της Ζυρίχης (2019)[1]. Πρόσφατα, η ακρίβεια του Primescan αποδείχτηκε ξανά από εθνικές και διεθνείς έρευνες[3-5].

Η μελέτη των Dutton et al. υποδεικνύει την προσαρμοστικότητα της τεχνολογίας απόκτησης 3D πληροφορίας του Primescan, αφού όχι μόνο καταγράφει φυσικές και παρασκευασμένες οδοντικές επιφάνειες με υψηλή επαναληψιμότητα, αλλά επίσης αποτυπώνει οδοντιατρικά υλικά με υψηλό βαθμό ακρίβειας σε όλο το εύρος υποστρωμάτων υλικού καθώς και σε πλήρες τόξο[3]. Οι ερευνητές μελέτησαν επίσης την σημασία των διαφόρων υποστρωμάτων στην πιστότητα και επαναληψιμότητα 8 διαφορετικών ενδοστοματικών σαρωτών. Σε 11 από τις 15 κατηγορίες, το Primescan αναδείχθηκε πρώτο, και για τις υπόλοιπες βρέθηκε μέσα στις 3 καλύτερες θέσεις.

Ο εντυπωσιακός βαθμός ακρίβειας του Primescan στην ψηφιακή αποτύπωση πλήρους τόξου[1] συνεχίζει να αποδεικνύεται. Μια in-vivo μελέτη από το Πανεπιστήμιο του Gießen επιβεβαιώνει την ακρίβεια των ψηφιακών και αναλογικών αποτυπωμάτων πλήρους φραγμού σε ασθενείς και τα αποτελέσματα δείχνουν πως ανάμεσα στους σαρωτές που μελετούνται, μόνο το Primescan έδειξε μη στατιστικά σημαντικές αποκλίσεις στην πλήρους εύρους ακρίβεια που λήφθηκε με αναλογικά αποτυπώματα[4].

Μια έρευνα του Πανεπιστημίου του Πεκίνου μελέτησε την επαναληψιμότητα του Primescan και άλλων δύο ενδοστοματικών σαρωτών σε νωδές γνάθους. Η επαναληψιμότητα του Primescan ήταν σημαντικά καλύτερη από τους άλλους δύο ενδοστοματικούς σαρωτές για την άνω γνάθο[5]. Όσον αφορά την πιστότητα των τριών σαρωτών κατά την αποτύπωση της άνω και της κάτω γνάθου, δεν υπήρξε στατιστικά σημαντική διαφορά[5].

Τα αποτελέσματα της in vitro μελέτης του Πανεπιστημίου της Ζυρίχης (2020) έδειξαν πως η ακρίβεια αποτύπωσης του παρασκευασμένου ορίου με το Primescan ήταν σημαντικά καλύτερη από αυτή των υπόλοιπων ενδοστοματικών σαρωτών που περιείχε η έρευνα, όσον αφορά την ακρίβεια σε επίπεδο ενός παρασκευασμένου δοντιού[2].

Στους οδοντιάτρους αρέσει πολύ το γεγονός ότι με το Primescan είναι δυνατή η σάρωση περιοχών με βάθος (έως 20 χιλιοστά). Αυτό επιτρέπει την ψηφιακή αποτύπωση υποουλικών ή ιδιαίτερα βαθιών παρασκευών. Σχεδόν όλες οι οδοντικές επιφάνειες αποτυπώνονται, ακόμα και κατά την αποτύπωση υπό πολύ μεγάλη γωνία.

Οι πελάτες μας είναι η πυξίδα μας

«Οι έρευνες επιβεβαιώνουν άλλη μια φορά πως με το Primescan έχουμε δώσει στους πελάτες μας μια τεχνολογία υψηλού επιπέδου που παρέχει αληθινά εντυπωσιακά αποτελέσματα», δηλώνει ο Dr **Alexander Völcker,** Group Vice President CAD/CAM στη Dentsply Sirona. *«Συνεχίζουμε να προσθέτουμε και να βελτιώνουμε τη ροή εργασίας με το Primescan καθώς είμαστε πεπεισμένοι ότι η αξιοθαύμαστη τεχνολογία του Primescan ανοίγει τις πύλες για περισσότερες εφαρμογές στην ψηφιακή οδοντιατρική. Χάρη στην τεχνολογία ανάλυσης αντίθεσης υψηλών συχνοτήτων, το Primescan επιτρέπει στους πελάτες μας να πετύχουν εξαιρετική ακρίβεια στο ψηφιακό αποτύπωμα. Και η εκτενής θετική ανταπόκριση από τους σεβαστούς ειδικούς και χρήστες ανά τον κόσμο, την πιο σημαντική πυξίδα μας, μας ενθαρρύνει να συνεχίσουμε να ηγούμαστε στην ανάπτυξη και καινοτομία αυτού του τομέα».*

«Ως οδοντίατρος, η προσδοκία του εαυτού μου είναι να παρέχει εξαιρετικά αποτελέσματα σε καθέναν από τους ασθενείς μου» είπε ο Dr. **Calros Repullo,** ένας οδοντίατρος από τη Σεβίλλη της Ισπανίας. *«Και με το Primescan μπορώ να το κάνω: το αποτύπωμα παρέχει ακρίβεια που δύσκολα θα φανταστεί κανείς να βελτιώνεται. Αυτό αφορά επίσης και αποτύπωση πλήρους τόξου, που μπορεί να γίνει εξαιρετικά γρήγορα. Αυτή είναι ακριβώς η ποιότητα που χρειαζόμαστε στα ιατρεία μας».*

Περισσότερες πληροφορίες για το Primescan στο: ***https://dentica.gr/dental-products/primescan/***

Βιβλιογρφία

1. Ender A, Zimmermann M, Mehl A. Accuracy of complete- and partial-arch impressions of actual intraoral scanning systems in-vitro. Int J Comput Dent 2019;22(1):11-19.
2. Zimmermann M, Ender A, Mehl A. Local accuracy of actual intraoral scanning systems for single-tooth preparations in vitro. J Am Dent Assoc 2020;151(2):127-135 (doi.org/10.1016/j.adaj.2019.10.022).
3. Dutton E, Ludlow M, Mennito A et al. The effect different substrates have on the trueness and precision of eight different intraoral scanners. J Esthet Restor Dent 2020;32(2):204-218 (doi: 10.1111/jerd.12528. Epub 2019, Sep 30).
4. Schmidt A, Klussmann L, Wöstmann B, Schlenz MA. Accuracy of Digital and Conventional Full-Arch Impressions in Patients: An Update. J Clin Med 2020;9(3):688 (doi: 10.3390/jcm9030688).
5. Cao Y, Chen JK, Deng KH et al. [Accuracy of Three Intraoral Scans for Primary Impressions of Edentulous Jaws.] Beijing Da Xue Xue Bao Yi Xue Ban 2020;52(1):129-137.

Το μέλλον της τρισδιάστατης εκτύπωσης για το ψηφιακό εργαστήριο σας βρίσκεται εδώ, τώρα!

Το PrograPrint® είναι ένα τρισδιάστατο σύστημα εκτύπωσης, προσανατολισμένο στο μέλλον, για χρήση στα οδοντοτεχνικά εργαστήρια. Η λειτουργία του είναι εύκολη και μπορεί να ενταχθεί γρήγορα στην υπάρχουσα ροή της εργασίας σας, ενώ υποστηρίζει τον ψηφιακό προσανατολισμό του εργαστηρίου σας. Σχεδιασμένο ειδικά για οδοντιατρικές εφαρμογές, το PrograPrint αποτελεί μέρος μιας δοκιμασμένης ροής εργασίας. Το σύστημα περιλαμβάνει λογισμικό, συντονισμένα υλικά και κατάλληλες συσκευές για εκτύπωση, καθαρισμό και τελικό πολυμερισμό.

Ακρίβεια 3D: PrograPrint PR5

Το PrograPrint PR5 παράγει αποτελέσματα εκτύπωσης υψηλής ακρίβειας, χάρη στο ειδικά σχεδιασμένο Light Engine. Η βαθμονόμηση πραγματοποιείται αυτόματα και εξασφαλίζει σταθερή ένταση φωτός. Αυτό επιτρέπει την επίτευξη της επιθυμητής ακρίβειας σε ολόκληρη την πλατφόρμα κατασκευής. Με το PrograPrint PR5, τα αντικείμενα παράγονται με ακρίβεια στις λεπτομέρειες, που σε καμία περίπτωση δεν είναι κατώτερη από εκείνη των αποτελεσμάτων που επιτυγχάνονται με μηχανική κοπή από το PrograMill PM7.

Ο τρισδιάστατος εκτυπωτής έχει υψηλή ανάλυση 4 εκατομμυρίων εικονοστοιχείων-pixels, που βασίζεται στην τεχνολογία ψηφιακής επεξεργασίας του φωτός και μέγεθος πλατφόρμας κατασκευής 125 x 78 χιλ. Το μέγεθος των εικονοστοιχείων - pixels των 49 μm και η ικανότητα επίτευξης πάχους στρώματος από 50 έως 100 μm, σημαίνει ότι μπορούν να παραχθούν τυπωμένα αντικείμενα υψηλής ακρίβειας, όπως απαιτείται. Το καινοτόμο σύστημα με τις φύσιγγες, PrograPrint Cartridge, επιτρέπει τον εύκολο και καθαρό χειρισμό των υλικών. Η εκτύπωση των αντικειμένων σας γίνεται εύκολη, χάρη στη λειτουργία αυτόματης αναγνώρισης υλικού και στην απλή λειτουργία της συσκευής, μέσω της οθόνης αφής

Υλικά υψηλής ποιότητας: ProArt Print

Τα φωτοπολυμεριζόμενα υλικά εκτύπωσης ProArt Print (Model, Splint και Wax) επιτρέπουν την παραγωγή αδιαφανών και λεπτομερών εκμαγείων εμφυτευμάτων ή αντιγραφής εκμαγείων, διαφανών ναρθήκων και χειρουργικών ναρθήκων, καθώς και ομοιωμάτων που πρόκειται να εξαχνωθούν για την κατασκευή συμπιεζόμενων κεραμικών αποκαταστάσεων. Οι ειδικές ιδιότητες των υλικών ProArt Print βασίζονται στην πολυετή εμπειρία μας και επιτρέπουν την επίτευξη αποτελεσμάτων υψηλής ακρίβειας.

Αποτελεσματικός καθαρισμός: PrograPrint Clean

Το PrograPrint Clean χρησιμοποιείται για τον καθαρισμό των αντικειμένων με ισοπροπανόλη. Οι λεπτομέρειες και η ακρίβεια των εκτυπωμένων αντικειμένων διατηρούνται καθ' όλη τη διάρκεια του καθαρισμού. Η μονάδα καθαρισμού με τη λειτουργία καθαρισμού δύο σταδίων, είναι ειδικά σχεδιασμένη για την πλατφόρμα κατασκευής PrograPrint PR5. Επιπλέον, η συσκευή καθαρισμού έχει δοκιμαστεί από την Technical Inspection Association (TÜV). Ο μαγνητικός αναδευτήρας που αλλάζει την κατεύθυνση περιστροφής, επιτρέπει τον πλήρη και γρήγορο καθαρισμό μέσα σε διάστημα 4 έως 15 λεπτών.

Συσκευή φωτοπολυμερισμού καθολικής χρήσης: PrograPrint Cure

Τα εκτυπωμένα αντικείμενα ολοκληρώνονται με τελικό πολυμερισμό στη μονάδα PrograPrint Cure. Εδώ, τα εκτυπωμένα αντικείμενα πολυμερίζονται σε τελικό στάδο με ειδικά αναπτυγμένη τεχνολογία LED και υψηλή ένταση φωτός 274 mW/cm² (+/- 10%). Η διαδικασία πολυμερισμού εντείνεται από τη στοχευμένη διανομή εσωτερικών κατόπτρων και διαρκεί περίπου 1 έως 2 λεπτά. Τα εκτυπωμένα αντικείμενα μαζί με την πλατφόρμα κατασκευής PrograPrint PR5 μπορούν να εισαχθούν με συμβατικό τρόπο στον θάλαμο πολυμερισμού. Τα προκαθορισμένα προγράμματα πολυμερισμού, τα οποία μπορούν να ρυθμιστούν μέσω της οθόνης αφής, κάνουν τη χρήση της συσκευής εύκολη και άνετη. Μπορείτε επίσης να δημιουργήσετε τα δικά σας μεμονωμένα προγράμματα για άλλα υλικά, όπως για την φωτοπολυμεριζόμενη εργαστηριακή ρητίνη SR Nexco.

PrograPrint, το σύστημα τρισδιάστατης εκτύπωσης για το ψηφιακό σας εργαστήριο.

Η ανάπτυξη του συστήματος PrograPrint βασίζεται στην πολυετή εμπειρία μας στον τομέα των οδοντιατρικών. Συγκεκριμένα, η ανάπτυξη των φωτοπολυμεριζόμενων υλικών και των συντονισμένων συσκευών φωτοπολυμερισμού βασίζεται σε ένα ευρύ και ολοκληρωμένο φάσμα γνώσεων. Τα αποτελέσματα είναι εξαιρετικά προϊόντα και συντονισμένη ροή εργασίας για τις οδοντιατρικές αποκαταστάσεις σας.

Επεκτείνετε το ψηφιακό σας χαρτοφυλάκιο και επωφεληθείτε από τα πλεονεκτήματα της προσθετικής και όχι αφαιρετικής τεχνικής κατασκευής στον τομέα των οδοντιατρικών. Το σύστημα PrograPrint είναι διαθέσιμο τώρα. Το μέλλον της τρισδιάστατης εκτύπωσης για το ψηφιακό σας εργαστήριο βρίσκεται εδώ, τώρα!

Πληροφορίες: www.ivoclarvivadent.gr

Webinar από την TePe για τη διατήρηση των εμφυτευμάτων

Η TePe παρουσιάζει ένα νέο διαδικτυακό σεμινάριο σχετικά τη φροντίδα των εμφυτευμάτων.

Το σεμινάριο με τίτλο:

«Η διατήρηση των εμφυτευμάτων - Το θεμέλιο για μακροπρόθεσμη επιτυχία»

θα πραγματοποιηθεί το διήμερο **4-5 Μαΐου** (8 το πρωί) και εισηγήτρια θα είναι η **Michaela von Geijer** (DDS).

Σκοπός του σεμιναρίου είναι:

- Η κατανόηση του ιστορικού των οδοντικών εμφυτευμάτων.
- Η παρουσίαση της επίπτωσης, της εξέλιξης και των παραγόντων κινδύνου για την εμφάνιση περιεμφυτευματίτιδας.
- Η συζήτηση γύρω από τη σπουδαιότητα της πρόληψης και της φροντίδας για τη διατήρηση των εμφυτευμάτων και η παρουσίαση ενός θεραπευτικού πρωτοκόλλου για τις επισκέψεις συντήρησης.

Περισσότερες πληροφορίες στο **www.placcontrol.gr**

WEBINAR ΠΕΡΙΔΟΝΤΟΛΟΓΙΑΣ της Εταιρείας Σύγχρονης Οδοντιατρικής

Διάγνωση, πρόληψη και θεραπεία περιεμφυτευματικής παθολογίας

Σάββατο 3 Απριλίου 2021. Ώρα διεξαγωγής: **11.00 π.μ.**

Ομιλητής: **Α. Παράσχης,** Περιοδοντολόγος

Σκοπός αυτής της παρουσίασης είναι η ανάλυση των πολλαπλών αιτιολογικών παραγόντων που συμβάλλουν στην δημιουργία περιεμφυτευματικής βλεννογονίτιδας και περιεμφυτευματίτιδας, η παρουσίαση της συχνότητας εμφάνισής τους, η συζήτηση της διαγνωστικής μεθοδολογίας και των μεθόδων πρόληψης τους με τακτική παρακολούθηση και υποστηρικτική θεραπεία, και η περιγραφή με την βοήθεια κλινικών περιπτώσεων των μη χειρουργικών και χειρουργικών τεχνικών που ενδείκνυνται για την αντιμετώπιση της περιεμφυτευματικής παθολογίας στα διάφορα στάδια της νόσου.

Η παρακολούθηση παρέχεται **ΔΩΡΕΑΝ**

Χορηγός: **PIERRE FABRE HELLAS A.E.**

Πληροφορίες: **www.eso.gr**

müller-omicron DENTAL

Alphasil Perfect Light
Λεπτόρρευστη σιλικόνη συμπύκνωσης με χαμηλό ιξώδες και βάση την πολυσιλοξάνη, θιξοτροπική, κατάλληλη για την διόρθωση του αποτυπώματος. Υδρόφιλη, χρώματος σκούρου μπλέ, με χρόνο εργασίας 1 min 45 sec και χρόνος παραμονής στο στόμα 4 min, χρησιμοποιείται για άριστη αναπαραγωγή λεπτομεριών.
M0470010 Alphasil Perfect Light 150ml **11,70€**

Alphasil Activator Paste
M0470256D Σωληνάριο πάστα καταλύτη 60ml
10,20€

Alphasil Perfect Putty Soft
Παχύρευστη σιλικόνη συμπύκνωσης, εξαιρετικά εύπλαστη, με βάση την πολυσιλοξάνη για υψηλής ακρίβειας αποτυπώματα. Κατάλληλη για όλες τις τεχνικές αποτύπωσης, με σκληρότητα Shore A 60, χρώματος λευκού, χρόνο εργασίας 1 min 45 sec και γεύση απαλής μέντας.
M0470025 Alphasil Perfect Putty Soft 900ml
20,30€

granit PERFECT D45
Παχύρευστη βινυλοπολυσιλοξάνη για καταγραφή δήξης. Εξαιρετικής σκληρότητας ShoreD45, θιξοτροπική, με υψηλή σταθερότητα, χρώματος τιρκουάζ, και άρωμα μέντας. Χρόνος εργασίας 30sec, χρόνος παραμονής στο στόμα 30sec.
M082505 granit PERFECT D45, 2x50ml φύσιγγες και 12 mixing tips
30,60€

Betasil VARIO Putty
Παχύρευστη βινυλοπολυσιλοξάνη με θερμοενεργοποιούμενη formula, και ελαστική επαναφορά 99,5%, χρώματος πρασίνου, τελικής σκληρότητας Shore A 70, για τεχνική διορθωτικού αποτυπώματος και τεχνική ταυτόχρονης διπλής μίξης. Ιδανικό για αποτυπώματα στεφανών, γεφυρών, ένθετων και επένθετων. Χρόνος εργασίας 2 min και χρόνος παραμονής στο στόμα 2 min.
M088002 Betasil VARIO Putty, 300ml βάση και 300ml καταλύτης
36,90€

ΠΡΟΣΦΟΡΑ
1 σετ: 56,30€
2 σετ: 99,30€

Betasil VARIO Light
Λεπτόρρευστη βινυλοπολυσιλοξάνη εξαιρετικής υδροφιλικότητας, με πολύ καλές θιξοτροπικές ιδιότητες, χρώματος ροζ και γεύση μέντας. Αναπαραγωγή λεπτομεριών μεγάλης ακρίβειας, υψηλή σταθερότητα διαστάσεων και υψηλή αντίσταση στον εφελκυσμό και την απόσχιση. Χρόνος εργασίας 2 min, χρόνος παραμονής στο στόμα 2 min.
M082500 Betasil VARIO Light, 2X50ml φυσιγγές και 12 mixing tips κίτρινα
29,40€

Οι προσφορές ισχύουν μέχρι 29/4/2021
Στις τιμές δεν συμπεριλαμβάνεται Φ.Π.Α.

Ι. Ν. ΦΥΡΙΠΠΗΣ Μ.ΕΠΕ
3ης Σεπτεμβρίου 35, Αθήνα 104 32, Τηλ.: 210 5225 043 - 210 5225 044, Fax: 210 5229 952, e-mail: info@firippis.com

Η Ivoclar Vivadent και η 3Shape ενισχύουν τη συνεργασία τους

Η Ivoclar Vivadent και η 3Shape εντείνουν τις προσπάθειες συνεργασίας τους, με κοινό στόχο την ανάπτυξη των καλύτερων δυνατών λύσεων για τη στοματική υγεία - για τη συνολική υγεία και την ευημερία των ασθενών.

Η Ivoclar Vivadent ειδικεύεται στην παραγωγή συστημάτων «έξυπνων» προϊόντων για την κλινική οδοντιατρική πράξη, με στόχο να χαρίσει ένα χαμόγελο στους ανθρώπους ολόκληρου του πλανήτη. Η 3Shape είναι κατασκευαστής τρισδιάστατων σαρωτών και του αντίστοιχου λογισμικού, που θέτει νέα πρότυπα στις ψηφιακές εφαρμογές. Το χαρτοφυλάκιο προϊόντων της Δανέζικης αυτής εταιρείας συμπληρώνει ιδανικά τα συστήματα, που αποτελούνται από οδοντιατρικά υλικά και συσκευές παραγωγής, από την Ivoclar Vivadent, έναν «ηγέτη» στην αισθητική οδοντιατρική.

Πλήρως εναρμονισμένες ψηφιακές ροές εργασίας

Και οι δύο εταιρείες προσπαθούν να προσφέρουν υψηλής απόδοσης και πλήρως εναρμονισμένες ψηφιακές ροές εργασίας. Οι λύσεις σάρωσης και λογισμικού CAD από την 3Shape συντονίζονται με τις συσκευές **PrograMill** και **PrograPrint CAM** της Ivoclar Vivadent. Ο έξυπνος αυτός συνδυασμός, μαζί με τα οδοντιατρικά υλικά υψηλής ποιότητας, εξασφαλίζει εξαιρετικά αποτελέσματα που προάγουν την καλή υγεία και ευεξία.

Οι δύο εταιρείες συνεργάζονται στους ακόλουθους τομείς:

- Συμβουλευτική - συζήτηση με τον ασθενή με τη βοήθεια του **IvoSmile**, ενός λογισμικού επαυξημένης εικονικής πραγματικότητας, που παρέχει στον ασθενή μια τρισδιάστατη προεπισκόπηση του θεραπευτικού αποτελέσματος σε πραγματικό χρόνο.
- Μια πλήρως εναρμονισμένη λύση στο οδοντιατρείο που περιλαμβάνει τους ενδοστοματικούς σαρωτές **PrograScan One** και το **PrograMill One**, μία μικρών διαστάσεων συσκευή κοπής 5 αξόνων, σχεδιασμένη για το IPS e.max.
- Ενσωμάτωση του συστήματος **Ivotion Denture System** και των πατενταρισμένων ροών εργασίας της Ivoclar Vivadent στο 3Shape Dental System 2020.

Ο Diego Gabathuler, ο Διευθύνων Σύμβουλος της Ivoclar Vivadent, είναι ενθουσιασμένος για τη συνεργασία της εταιρείας του με την 3Shape: *«Η Ivoclar Vivadent και η 3Shape προσφέρουν μαζί ανταγωνιστικές λύσεις από την αρχή μέχρι το τέλος, όχι μόνο για τα οδοντιατρεία, αλλά και για τα εργαστήρια και για τους ορθοδοντικούς».*

Ο Jakob Just-Bomholt, Διευθύνων Σύμβουλος της 3Shape, θέλει να προσθέσει το εξής: *«Η επιτυχημένη ιστορία της 3Shape και της Ivoclar Vivadent συνεχίζεται. Πιστεύουμε ότι αυτή η συνεργασία θα βελτιώσει τη συνολική εμπειρία των ασθενών και θα δώσει στους οδοντιάτρους και στους οδοντοτεχνίτες όλα τα οφέλη των ισχυρών προϊόντων της 3Shape και της Ivoclar. Ανυπομονούμε να δούμε τα δημιουργικά μυαλά και των δύο εταιρειών να δημιουργούν περισσότερες λύσεις και ροές εργασίας, οι οποίες θα ενισχύσουν περαιτέρω τις θεραπευτικές διαδικασίες στην οδοντιατρική πράξη.»*

Δημιουργώντας μαζί τα μελλοντικά χαμόγελα των ασθενών

Το **IvoSmile** είναι ένα λογισμικό βασισμένο σε επαυξημένη εικονική πραγματικότητα, το οποίο έχει σχεδιαστεί για να βοηθά τους οδοντιάτρους να συμβουλεύουν αποτελεσματικά τους ασθενείς τους. Το IvoSmile έχει ενσωματωθεί στον προσομοιωτή θεραπείας 3Shape Trios. Έτσι, οι ασθενείς μπορούν να έχουν μια προεπισκόπηση σε πραγματικό χρόνο του μελλοντικού, νέου χαμόγελου που θα αποκτήσουν μετά από μια ορθοδοντική θεραπεία.

Το IvoSmile είναι πλέον πλήρως συμβατό με το σύστημα 3Shape Dental System. Η νέα έκδοση της εφαρμογής - app* εξασφαλίζει πλήρη ενσωμάτωση CAD. Τα δεδομένα

Η εφαρμογή IvoSmile app είναι διαθέσιμη σε επιλεγμένες αγορές.

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

ΕΚΔΟΣΗ: 2020 • ΣΕΛΙΔΕΣ: 500 • ΦΩΤΟΓΡΑΦΙΕΣ: 1.180

ΤΙΜΗ: €140

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

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

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

IvoSmile μεταφέρονται γρήγορα και εύκολα στο οδοντοτεχνικό εργαστήριο μέσω ειδικής πλατφόρμας.

Στη συνέχεια, τα δεδομένα κατασκευής αποστέλλονται από το σύστημα 3Shape Dental System πίσω στο ιατρείο, όπου γίνεται λεπτομερής παρουσίαση στον ασθενή του σχεδίου θεραπείας. Ο οδοντοτεχνίτης και ο οδοντίατρος μπορούν στη συνέχεια να συντονίσουν αποτελεσματικά την εργασία που απαιτείται για να δημιουργήσουν το νέο χαμόγελο του ασθενούς.

Ένα απόλυτα ολοκληρωμένο σύστημα για τους οδοντιάτρους

Δύο νέοι ενδοστοματικοί σαρωτές **PrograScan One**, που υποστηρίζονται από την **3Shape**, έχουν ενταχθεί στο ολοκληρωμένο σύστημα για το οδοντιατρείο από την Ivoclar Vivadent, το οποίο επιτρέπει στους οδοντιάτρους να κατασκευάζουν στον χώρο τους αποκαταστάσεις υψηλής αισθητικής και ακρίβειας.

Το PrograScan One συντονίζεται απρόσκοπτα με τη συσκευή κοπής **PrograMill One** – μια συσκευή κοπής για το ιατρείο, που αναπτύχθηκε ειδικά για την επεξεργασία IPS e.max - για μια ασύγκριτη εμπειρία του χρήστη. Η διαδικασία αυτή θα αλλάξει τον τρόπο με τον οποίο οι οδοντίατροι κάνουν τη δουλειά τους.

Το ευέλικτο λογισμικό **PrograDesign** διαθέτει «έξυπνες» ροές εργασίας που περιλαμβάνουν τόσο το PrograScan One, όσο και το PrograMill One. Αυτό το ολοκληρωμένο, πλήρες κλινικό σύστημα προσφέρει στους οδοντιάτρους εξαιρετική ευελιξία: Μπορούν να επιλέξουν ανάμεσα σε ημερήσιες θεραπείες, για τις οποίες η αποκατάσταση κατασκευάζεται στο ιατρείο ή σε διαδικασίες όπου η κατασκευή της αποκατάστασης ανατίθεται σε συνεργάτη οδοντοτεχνίτη ή σε τρίτο προμηθευτή.

Μια επανάσταση στην κατασκευή οδοντοστοιχιών

Το σύστημα **Ivotion Denture** της Ivoclar Vivadent παρέχει μια ολοκληρωμένη και ομαλή ψηφιακή ροή εργασίας, για την κατασκευή οδοντοστοιχιών υψηλής ποιότητας. Ο διχρωματικός, μονολιθικός δίσκος Ivotion CAD / CAM - σε συνδυασμό με τις συσκευές κοπής PrograMill - σας επιτρέπει να κατασκευάζετε άνω και κάτω οδοντοστοιχίες, αποτελεσματικά και προβλέψιμα, σε μία διαδικασία φρεζαρίσματος.

Το "Shell Geometry", που βρίσκεται μέσα στον δίσκο, είναι μια τρισδιάστατη δομή οδοντικού τόξου, που καθορίζει τη μετάβαση μεταξύ δοντιών και ουλικών τμημάτων του δίσκου. Αποδίδει οδοντοστοιχίες ελεύθερες τάσεων, πολύ ανθεκτικές και ομοιογενείς. Το «έξυπνο» λογισμικό **Ivotion CAD Design,** το οποίο είναι ενσωματωμένο στο **3Shape Dental System 2020**, σας επιτρέπει να προσαρμόζετε την οδοντοστοιχία στις εξατομικευμένες ανάγκες του ασθενούς. Μετά την κοπή της οδοντοστοιχίας, απαιτείται μόνο στίλβωση.

Τα PrograMill©, PrograPrint®, IPS e.max® και IvoSmile® είναι σήματα κατατεθέντα της Ivoclar Vivadent AG.

Περισσότερες πληροφορίες για την Ivoclar Vivadent είναι διαθέσιμες στη διεύθυνση www.ivoclarvivadent.com.

ΕΤΑΙΡΕΙΑ ΟΔΟΝΤΟΣΤΟΜΑΤΟΛΟΓΙΚΗΣ ΕΡΕΥΝΗΣ

Κλινική και χειρουργική ανατομία στην καθημερινή οδοντιατρική πράξη

Σάββατο 10 Απριλίου 2021

ΣΥΝΤΟΝΙΣΤΗΣ: **Ι. Διαμάντης.** ΔΙΔΑΣΚΟΝΤΕΣ: **Αγγελόπουλος Χ.,** Καθηγητής Ακτινολογίας & Διαγνωστικής Στόματος Πανεπιστημίου Αθηνών. **Διαμάντης Χ.,** Χειρουργός Στόματος, Ειδικευθείς στο Πανεπιστήμιο Αθηνών. **Παναγούλη Ε.**, Ιατρός, Διδάκτωρ Πανεπιστημίου Αθηνών. **Πιάγκου Μ.,** Αναπληρώτρια Καθηγήτρια Ανατομίας Πανεπιστημίου Αθηνών. **Φιλίππου Δ.,** Επίκουρος Καθηγητής Ανατομίας Πανεπιστημίου Αθηνών

09.00–10.00 **Ανατομία και κλινική εξέταση**
• βασική κλινική εξέταση • δερματικός καρκίνος (βασικοκυτταρικός, ακανθοκυτταρικός, μελάνωμα) • όγκοι της στοματικής κοιλότητας • τραχηλικοί λεμφαδένες • σιελογόνοι αδένες • θυρεοειδής αδένας • συγγενείς τραχηλικοί όγκοι / διογκώσεις *Ι. ΔΙΑΜΑΝΤΗΣ*

10.00–10.30 **Βασική ανατομία της στοματικής κοιλότητας και της παρειάς** *Ε. ΠΑΝΑΓΟΥΛΗ*

10.30–11.00 **Παραλλαγές των βασικών αγγείων του προσώπου** *Δ. ΦΙΛΙΠΠΟΥ*

11.00–11.30 **Παραλλαγές κλάδων του τριδύμου και του προσωπικού νεύρου** *Μ. ΠΙΑΓΚΟΥ*

11.30–12.00 Διάλειμμα – Καφές

12.00–13.00 **Ακτινολογική ανατομία τομών κεφαλής** *Χ. ΑΓΓΕΛΟΠΟΥΛΟΣ*

13.00–14.00 **Χειρουργική ανατομία και εφαρμογή στην καθημερινή επεμβατική προσέγγιση από τον οδοντίατρο**
• διενέργεια στελεχιαίας αναισθησίας • αποφυγή συμβαμάτων σχετιζόμενων με ανατομικά στοιχεία • ορθός σχεδιασμός τομών/κρημνών • προστασία ιστών, αγγείωσης του πεδίου και εξασφάλισης τροφοδοσίας μοσχευμάτων • σύγκλειση τραυμάτων
Προβολή Video

14.00–14.30 Διάλειμμα – Ελαφρύ Γεύμα

14.30–17.00 **ΚΛΙΝΙΚΟ ΦΡΟΝΤΙΣΤΗΡΙΟ**
Ανατομή κεφαλής σε πτωματικό παρασκεύασμα (σιελογόνοι αδένες, νεύρα, αγγεία κ.λπ.)
Δ. ΠΙΑΓΚΟΥ Δ. ΦΙΛΙΠΠΟΥ

Πληροφορίες: ***Τηλ.: 210 7780671, www.proodoseoe.gr***

Παιδεία: πεδίο αντιπαράθεσης
Πολιτικός και Πανεπιστημιακός κόσμος σε σύγκρουση

Σε δίσεκτους για τη χώρα μας καιρούς και νεκρωμένη από την πανδημία την κοινωνική δυναμική της, η κυβέρνηση έφερε στο κοινοβούλιο για συζήτηση και ψήφιση το νέο νομικό πλαίσιο για την παιδεία.

Του **Φοίβου Προύντζου**

Μέσα σε κλίμα ιαχών και αντεγκλήσεων πολλοί από τους πολίτες δεν αφουγκράστηκαν τον διαβουλευτικό αντίλαλο θεωρώντας ίσως και ανώφελη πρωθύστερη ηχομέτρησή του.

Αλήθεια είναι ότι η βροντή του κεραυνού φτάνει στα αυτιά μας όταν ο ίδιος έχει ήδη έχει πέσει.

Με δεδομένο όμως ότι η εκπαίδευση, και ιδιαίτερα η τριτοβάθμια, αποτελεί σημαντική παράμετρο εθνικής επένδυσης κανένας μας δεν πρέπει αποκομένος από τα τεκταινόμενα να παραμένει αδιάφορος.

Δεν είναι βέβαια εύκολη η απομάκρυνση από αρχικές πεποιθήσεις, ο διάλογος όμως και η διαφορετικότητα απόψεων συχνά βαθαίνει προβληματισμούς και σηματοδοτεί νέες σκέψεις.

Το Πανεπιστήμιο διαδραματίζει για όλους ρόλο κομβικό. Ανοίγει δρόμους, δίνει κατευθύνσεις και συμβάλλει στην ανάπτυξη της χώρας. Είναι ο ελπιδοφόρος χώρος που καλλιεργείται η επιστήμη, προάγεται η έρευνα και διαμορφώνεται ο χαρακτήρας νέων ανθρώπων· ανθρώπων ολοκληρωμένων πολιτών, πνευματικά ανήσυχων, με ευρύτητα παιδείας, συνειδησιακή ανεξαρτησία και σκέψη αυτοδύναμη.

Το πτυχίο είναι κάτι περισσότερο από πιστοποίηση επαγγελματικής επάρκειας και οι δάσκαλοι που το απονέμουν είχαν στην κοινωνία μια άγραφη αλλά εγνωσμένη εκτίμηση για το κοινής ωφέλειας έργο τους.

Χρησιμοποιώ Παρατατικό, παρακάμπτοντας τον Ενεστώτα γιατί τελευταία γίναμε μάρτυρες και ομοβροντίας επικρίσεων με στόχο την απαξίωσή τους.

Ιδιαίτερη έκπληξη προκάλεσε η επιθετικότητα πολιτικών προσώπων που η παράταξή τους επί δεκαετίες διαχειρίστηκε αδέξια την εξουσία και σήμερα, ναυαγοί του κοινοβουλευτικού τους έργου διεκδικούν ρόλο επιδέξιου διασώστη των πανεπιστημιακών πραγμάτων.

Με την εντύπωση ότι η ένδεια πολιτικού λόγου αναπληρώνεται από το χρώμα του ενδύματος και τον κόμπο της γραβάτας, ακόμη και προνύμφια του κομματικού σωλήνα πίσω από το μικρόφωνο αλλά σε απόσταση από την ευπρέπεια ασχημόνησαν σε βάρος της πανεπιστημιακής κοινότητας που ούτε από κοντά τη γνώρισαν ούτε την υπηρέτησαν.

Έτσι, ένα θέμα εθνικής σημασίας με ζητούμενο τη σύνθεση διακομματικών απόψεων εξελίχθηκε σε αντικείμενο διαξιφισμών με την πολιτική σκηνή να εμφανίζει εικόνα αρένας. Οι πρωταγωνιστές της με ρητορική εξέδρας απαξίωσαν το Δημόσιο Πανεπιστήμιο φαλκιδεύοντας το πτυχίο του.

Με το δικαιολόγημα ότι δεν έχει αντίκρισμα στην αγορά εργασίας επανέφεραν μηρυκαστικά προτάσεις που εξυπηρετούν ιδιωτικά συμφέροντα και ιδιοκτήτες κολλεγίων. Εγκάλεσαν τους διδάσκοντες για συνδιοίκηση με τους διδασκόμενους, που αποτελούν δήθεν πραιτωριανούς σε πράξεις ανομίας, αμαύρωσαν την εικόνα του φοιτητικού κινήματος αποσιωπώντας θετικά και αναδεικνύοντας αρνητικά για να τα κεφαλοποιήσουν στη λογική της τρίχας που γίνεται τριχιά. Ελεεινολόγησαν λέγοντας ότι οι φοιτητικές εστίες αποτελούν ορμητήρια βανδαλισμών, εκφοβισμού, κλοπών, διακίνησης ναρκωτικών, προπηλακισμών και βίας.

Στην απόπειρά τους να μετατρέψουν ένα χώρο κατεξοχήν απεριτοίχιστης έκφρασης σε περιτειχισμένο άφωνο ποιμνιοστάσιο υπονόμευσαν και θεσμούς. Καταλογίζοντας στις Πανεπιστημιακές Αρχές «εθισμό στην απειλή κακοποίησης» αναγκαιοποίησαν εγκαθίδρυση πανεπιστημιακής αστυνομίας στο πρότυπο της Τουρκίας – μοναδικής χώρας με παρουσία αστυνομικών μέσα στα ιδρύματα και το οξύμωρο σκεπτικό γονατισμένοι δάσκαλοι να διδάξουν σε μαθητές την …όρθια στάση.

Το γεγονός ότι το ποιμαντορικό σιωπητήριο ανατέθηκε σε κυβερνητικό πρωτοσύγγελο με άλλη κομματική καταγωγή επιβεβαιώνει την εκδικητικότητα σημερινού σου πολέμιου που κάποτε υπήρξε σύμμαχός σου.

Είναι όμως τα Πανεπιστήμια άντρα παραβατικότητας για να δικαιολογείται σύσταση ειδικής αστυνομίας; Τα πτυχία τους έχουν πράγματι περιέλθει σε διεθνή ανυποληψία; Η ποιότητα του διδακτικού προσωπικού έχει στα αλήθεια ταυτιστεί με την ασχετοσύνη; Και, αν όντως έτσι έχουν τα πράγματα, πώς εξηγείται Έλληνες πτυχιούχοι να γίνονται περιζήτητοι σε χώρες του εξωτερικού; Και πώς ερμηνεύονται οι αξιοπρεπείς θέσεις των υποχρηματοδοτούμενων από την Πολιτεία Ελληνικών Πανεπιστημίων στην παγκόσμια κατάταξη αξιολόγησης;

Ας μιλήσουμε με ειλικρίνεια: η αξία ενός ιδρύματος και η αξιότητα όσων φοιτούν και εργάζονται σε αυτό δεν κρίνονται από τα σπασμένα τζάμια και τους λερωμένους από συνθήματα τοίχους του που ενοχλούν την αισθητική αλλά από τη δουλειά που γίνεται πίσω από αυτούς. Με βάση την παράμετρο αυτή, για κάθε καλόπιστο και όχι στρατευμένο Κήνσορα τα Πανεπιστήμιά μας δεν είναι εκκολαπτικοί χώροι ανομίας. Είναι όμως τα τελευταία κάστρα αντίστασης που παραμένουν άπαρτα και επιδιώκεται εκπόρθησή τους με συκοφάντηση στο πρότυπο αφεντικού ανεπιθύμητου σκύλου που με συνειδητή ασυνειδησία τον βαφτίζει λυσασμένο εξασφαλίζοντας άλλοθι για το κρεμάσμά του.

Για τη δοκιμασμένη αυτή μεθόδευση ο Ουμπέρτο Έκο - σε παράφραση – έχει πει ότι εξασφαλίζοντας την υπεροπλία του μιντιακού συστήματος, δε θα χρειαστείς για όπλο σου τα τανκς, κάνοντας δικτατορία.

Κανένας βέβαια δε θα ισχυριστεί ότι ο Πανεπιστημιακός χώρος λειτουργεί με ρυθμούς Πλατωνικής Πολιτείας. Όλοι οι χώροι απεικονίζουν σε μικρογραφία τη χώρα τους και ο Πανεπιστημιακός Χώρος απείκασμα μιας ελαττωματικής κοινωνίας, αναμενόμενο είναι να εμφανίζει ελαττώματα, ακαδημαϊκές αρυθμίες, διοικητικές δυσλειτουργίες αλλά και αρρωστημένες μεμονωμένες συμπεριφορές.

Οι ακραίες περιπτώσεις προπηλακισμού, είτε αφορούν σε ποδάρια που σηκώθηκαν για να χτυπήσουν το κεφάλι, είτε σε κεφάλι που χαμήλωσε για να βρεθεί στη θέση των ποδαριών, καταδικάζονται απερίφραστα και θα μπορούσαν να είχαν αντιμετωπιστεί με τις υπάρχουσες νομικές διατάξεις.

Η Παιδεία μας και ως ένα βαθμό και η κοινωνία που ζούμε δεν υποφέρει από έλλειψη νέων νόμων· πάσχει από έλλειψη βούλησης για εφαρμογή όσων ήδη υπάρχουν. Οι επιφορτισμένοι όμως με το καθήκον της εφαρμογής τους δεν τους εφάρμοσαν ή τους εφάρμοσαν επιλεκτικά. Μάστορες στην τέχνη της καταστρατήγησης - σε ακαδημαϊκό και πολιτικό επίπεδο - μηχανεύονται πρακτικές που εμφανίζουν ως δύναμη του δίκιου το δίκιο της δύναμης αφήνοντας αμήχανους τους αμύητους σε μηχανισμούς. Το **νόμιμον** δυστυχώς είναι λέξη που και ανάποδα να διαβαστεί ακούγεται το ίδιο.

> Η αξία ενός ιδρύματος και η αξιότητα όσων φοιτούν και εργάζονται σε αυτό δεν κρίνονται από τα σπασμένα τζάμια και τους λερωμένους από συνθήματα τοίχους του που ενοχλούν την αισθητική αλλά από τη δουλειά που γίνεται πίσω από αυτούς.

Με το παίγνιο αυτό η αριστεία ταυτίζεται με τους ενδογαμικά αρεστούς, η αξιοκρατία απογυμνωμένη σημασιολογικά περιφέρεται σε ανώτερα κλιμάκια παρενδυτικά με τους περισσότερους θεσμούς που συνθέτουν τον κοινωνικό μας ιστό να έχουν ξεφτίσει.

Για την κοινωνική αυτή κατρακύλα μόνο οι φοιτητές δεν είναι υπόλογοι. Μέρος ευθύνης έχουμε όλοι για όσα στην αρμοδιότητά μας δεν έγιναν σωστά. Το μεγαλύτερο όμως κομμάτι αναλογεί στους άρχοντες και κανονάρχες που από θέση πηδαλιούχου δε στάθηκαν στο ύψος των περιστάσεων με αποτέλεσμα ο κόσμος να χάσει την εμπιστοσύνη του σε πρόσωπα και θεσμούς.

Ο νέος άνθρωπος περισσότερο από αυτό που ακούει να του λέμε από την έδρα ή το έδρανο διδάσκεται από αυτό που βλέπει να κάνουμε στην καθημερινότητά μας. Ο αυτοπροσδιορισμός δεν αρκεί, είναι απαραίτητη και η καθημερινή επιβεβαίωσή του με στάση ζωής.

Η υπουργική διαρχία που συνυπογράφει το νομοσχέδιο θα έχει ίσως την ευγενή φιλοδοξία να συνδέσει το όνομά της με τη λειτουργία ενός καλύτερου πανεπιστημίου. Είναι όμως κοντόθωρο να προσβλέπει κανείς στο καλύτερο προετοιμάζοντας το χειρότερο. Κανένα πανεπιστήμιο στον κόσμο δεν έγινε αξιόλογο από την αστυνόμευσή του· έγινε από την ενίσχυση και έμπρακτη υποστήριξη της πολιτείας μετά από διάλογο με τους φορείς του, κατοχυρώνοντας τη νομιμότητά του με το Σύνταγμα και όχι με τα συντάγματα φρουρών.

Δύο κόσμοι με διαφορετική θέαση του «κόσμου», που κοινωνικά συνυπάρχουν είναι δύσκολο και να συνοικήσουν περιοριστικά και περιορισμένα. Η αριθμητική πλειοψηφία των μεταρρυθμιστικών νομοσχεδίων δεν είναι τόσο σημαντική όσο είναι η αποτελεσματικότητά τους στο πεδίο εφαρμογής τους και ιστορικά προηγούμενα έχουν δείξει ότι κανένα δεν μακροημέρευσε χωρίς την αποδοχή όσων φοιτούν και εργάζονται στο συγκεκριμένο χώρο.

Όσες φορές επιχειρήθηκε επιβολή τους στη λογική του «ούτω έδοξεν τω βασιλεί» ή παρέμειναν στα χαρτιά ή δυναμιτίζοντας το κλίμα άναψαν φωτιές περισσότερες από όσες φιλοδόξησαν να σβήσουν.

Νομοτελειακά ό,τι δυσκατάποτο περνώντας από το στομάχι δεν αφομοιώνεται σε χρήσιμες για τον οργανισμό ουσίες ακολουθεί προβλεπόμενη κατάληξή του.

Ως προς την πρόβλεψη του συγκεκριμένου για το οποίο η πλειονότητα του πανεπιστημιακού κόσμου έχει αντιταχθεί προσώρας είναι άδηλη· κάτι μου λέει όμως ότι στα Πανεπιστημιακά χρονικά θα καταγραφεί ως ακαδημαικός Λυσενκοϊσμός. Να θυμίσουμε ότι ο όρος υποδηλώνει απόπειρα επιβολής της πολιτικής στην επιστήμη και παραπέμπει στο Σοβιετικό αγρονόμο Ντενίσοβιτς Λυσένκο που στα χρόνια του Στάλιν χρίστηκε βιολόγος.

Όσο για τα ιδιωτικά πανεπιστήμια από φορείς μη κερδοσκοπικούς όπως ισχυρίζονται οι υπερασπιστές τους, σε μια παγκοσμιοποιημένη οικονομία καπιταλιστική, είναι δύσκολο να βρεθούν μεγαλόψυχοι μη κερδοσκοπικοί φορείς και φυσικά δυσκολότερο στην ελληνική πραγματικότητα όπου το δηλούμενο μη κερδοσκοπικό επιφέρει περισσότερα κέρδη και η δωρεά αποτελεί το κατ΄ ευφημισμό ψευδώνυμο της αντιπαροχής.

Ο δημόσιος χαρακτήρας της τριτοβάθμιας εκπαίδευσης σε παγκόσμια κλίμακα θεωρείται θεμελιακή κοινωνική κατάκτηση παρέχοντας στους πολίτες ίσες ευκαιρίες πρόσβασης και ίδιες πιθανότητες διάκρισης στη μόρφωση ανεξάρτητα από οικονομική κατάσταση και κοινωνική προέλευση. Πολλά δε Δημόσια Πανεπιστήμια υπήρξαν λίκνα πρωτοποριακών φοιτητικών διεκδικήσεων.

Αντίθετα τα ιδιωτικά είναι ένα ακόμη μέσο κοινωνικής ανισότητας αρεστά σε εξουσίες που θεωρούν εμπόρευμα και το αγαθό της μόρφωσης. Όσοι το «αγόρασαν» – με την έννοια καταβολής διδάκτρων και στη συνέχεια διακρίθηκαν επαγγελματικά, επιστημονικά ή και πολιτικά διέθεταν ταυτότητα κληρονομικά προνομιούχων. Κοινωνικοποιήθηκαν σε έναν άλλο αξιακό κόσμο και στην προσωπική τους διαδρομή υπήρξαν εκφραστές μιας ελιτίστικης αντίληψης απαξιωτικής για τους άλλους και περιούσιας για τους ίδιους.

Στη φυλή Μάγια της Νότιας Αμερικής παλιότερα σε ανώτατα κρατικά αξιώματα μπορούσαν να φτάσουν μόνο όσοι κληρονομικά είχαν κρανίο με χαρακτηριστικά δολιχοκέφαλου.

Οι γονείς που επιθυμούσαν να δουν και τα δικά τους παιδιά ανεβασμένα ψηλά αλλά δεν είχαν τέτοια γνωρίσματα τα διαμόρφωναν τεχνητά τοπθετώντας το κεφάλι τους από μικρή ηλικία ανάμεσα σε ειδικές πλάκες πηλού ψημένες από Κεραμοποιούς έτσι ώστε σταδιακά η μέγιστη διάμετρος από το μέτωπο ως το ινίο υπερέβαινε τη μέγιστη εγκάρσια. Δεν παίρνω όρκο ότι η τεχνική ήταν άγνωστη και στη φυλή των πολιτικών…

Ρωτήστε τον τεχνικό: Τα μυστικά του ...αυτόκαυστου!

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

Η **αποστείρωση** αποτελεί μία από τις θεμελιώδεις διαδικασίες ενός οδοντιατρείου, καθώς εξασφαλίζει την **προστασία των ασθενών,** ειδικά στις δύσκολες εποχές που ζούμε. Για να είναι αποτελεσματική θα πρέπει αφενός να ακολουθούνται πιστά τα αντίστοιχα **πρωτόκολλα** και αφετέρου να γίνεται **ορθή χρήση** του εξοπλισμού και ο τακτικός έλεγχος και συντήρησή του. Η χρήση αυτόκαυστου κλιβάνου στο οδοντιατρείο για την επίτευξη της αποστείρωσης είναι ιδιαίτερα διαδεδομένη, καθώς σε αυτόν μπορούν να αποστειρωθούν υλικά και εργαλεία που καταστρέφονται στον ξηρό κλίβανο, οι κύκλοι αποστείρωσης έχουν μικρή χρονική διάρκεια και είναι ιδιαίτερα οικονομικοί.

Οδηγίες για τη σωστή λειτουργία του αυτόκαυστου

- Τοποθετούμε το αυτόκαυστο σύμφωνα με τις οδηγίες του κατασκευαστή και με τέτοιο τρόπο ώστε να έχουμε **πρόσβαση στην τροφοδοσία νερού** και να εξασφαλίζεται ο **καλός αερισμός** του.
- Στο αυτόκαυστο εκτός από εργαλεία μπορούμε να αποστειρώσουμε και διάφορα υλικά (βαμβάκι, πανιά, λάστιχα, πλαστικά), χειρολαβές, κ.α. Ανάλογα με το είδος των υλικών που αποστειρώνουμε, αν είναι συσκευασμένα ή όχι ή αν είναι πορώδη, χρησιμοποιούμε και το ανάλογο πρόγραμμα. Φυσικά **όλα τα εργαλεία και τα υλικά πρέπει να μπαίνουν καθαρά και στεγνά.**
- Ιδιαίτερη προσοχή χρειάζεται ως προς το είδος του νερού που συνιστά ο κατασκευαστής να χρησιμοποιήσουμε. Να θυμίσουμε ότι το νερό για τα ηλεκτρικά σίδερα που πωλείται στα σουπερ-μάρκετ είναι απιονισμένο και όχι απεσταγμένο, μια και **οι περισσότεροι κατασκευαστές συνιστούν απεσταγμένο νερό.**
- Ο έλεγχος της διαδικασίας της αποστείρωσης είναι απαραίτητος. Σε πολλούς κλιβάνους υπάρχει ειδικό πρόγραμμα ελέγχου. Ακόμα και αν ο κλίβανος μας δεν διαθέτει αντίστοιχο πρόγραμμα, έτσι κι αλλιώς **θα χρειαστούμε τους ειδικούς δείκτες** που κυκλοφορούν στο εμπόριο. Επίσης μπορούμε να επιλέξουμε υλικά συσκευασίας των προς αποστείρωση εργαλείων και υλικών που διαθέτουν ανάλογο δείκτη.
- Ορισμένοι κλίβανοι έχουν ειδικό **νυχτερινό πρόγραμμα**, ώστε να μπορούμε να φύγουμε από το ιατρείο προτού ολοκληρωθεί ο κύκλος αποστείρωσης. Αν ο κλίβανός μας δεν διαθέτει ανάλογο πρόγραμμα τότε θα πρέπει να γνωρίζουμε τις παραμέτρους παραμονής σε κατάσταση **stand by** (π.χ θερμοκρασία).
- Σε ένδειξη σφάλματος θα πρέπει να διαβάσουμε προσεκτικά τις οδηγίες ώστε να προβούμε στις ανάλογες ενέργειες για να επαναφέρουμε τον κλίβανο σε λειτουργία.

Οδηγίες για τη συντήρηση του αυτόκαυστου

- **Καθαρισμός κλιβάνου από τον οδοντίατρο:** αυτός περιλαμβάνει καθαρισμό του εσωτερικού του κλιβάνου με μαλακό πανί

και οινόπνευμα, καθαρισμό του λάστιχου της πόρτας και καθαρισμό των φίλτρων, εάν υπάρχουν. Εάν ο κλίβανος έχει πρόγραμμα καθαρισμού το ενεργοποιούμε σύμφωνα με τις οδηγίες και χρησιμοποιούμε τις ειδικές ταμπλέτες καθαρισμού που προτείνει ο κατασκευαστής, ώστε να αποφύγουμε τις βλάβες στο κύκλωμα νερού (βαλβίδες).
- **Διάρκεια ζωής:** εξαρτάται από τη χρήση, τη ποιότητα κατασκευής και από την καθημερινή συντήρηση που κάνει ο οδοντίατρος, αλλά και απ΄αυτή που γίνεται από τον εξειδικευμένο τεχνικό (για μία μέση χρήση καλό είναι αυτή να γίνεται μία φορά το χρόνο). Στην ετήσια συντήρηση συμπεριλαμβάνεται και η αντικατάσταση των βακτηριδιακών φίλτρων.

Κατά την επιλογή και την αγορά του κατάλληλου μοντέλου αυτόκαυστου κλιβάνου, θα πρέπει να λαμβάνουμε υπόψη τις **ανάγκες του ιατρείου, τον όγκο και τον τύπο των εργασιών** που εκτελούνται στο ιατρείο, **τον εύκολο χειρισμό** και φυσικά την ποιότητα κατασκευής. Τέλος η τεχνική υποστήριξη είναι απαραίτητη, ώστε βλάβες και δυσλειτουργίες να αντιμετωπίζονται άμεσα επηρεάζοντας όσο το δυνατόν λιγότερο την ομαλή λειτουργία του οδοντιατρείου.

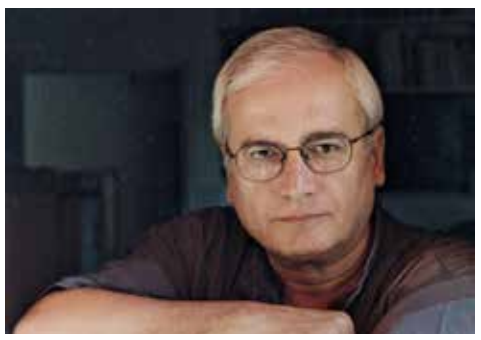
Για περισσότερες πληροφορίες μπορείτε να επικοινωνήσετε μαζί μας
*στο **210 7777936,***
*email: **unimedica.hellas@gmail.com,***
*site: **www.unimedica.gr***

Αναζήτησεις Λόγου και Τέχνης

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

Σύγχρονοι Έλληνες Ποιητές 9

Νάσος Βαγενάς



Γεννήθηκε το 1945 στη Δράμα, όπου τελειώνει το Δημοτικό Σχολείο και τις τρεις πρώτες τάξεις του Γυμνασίου. Το 1960, ύστερα από την χρεωκοπία της επιχείρησης του πατέρα του, η οικογένειά του εγκαθίσταται μόνιμα στην Αθήνα. Θα αποφοιτήσει από το Ε΄ Γυμνάσιο Αρρένων Αθηνών (Εξάρχεια) το 1963, και από το 1962 μέχρι το 1964 παίζει ποδόσφαιρο στον Εθνικό Πειραιώς.

Σπούδασε Φιλολογία στη Φιλοσοφική σχολή του Πανεπιστημίου Αθηνών (1963-1968), Ιταλική Φιλολογία στο Πανεπιστήμιο της Ρώμης (1970-1972), Συγκριτική Φιλολογία στο Πανεπιστήμιο του Essex (1972-1973) και στο Cambridge, King's College (1974-1979), όπου εκπόνησε τη διδακτορική του διατριβή με θέμα την ποίηση και την ποιητική του Γιώργου Σεφέρη (Ο ποιητής και ο χορευτής: Μια εξέταση της ποιητικής και της ποίησης του Σεφέρη). Από το 1982 μέχρι το 1991 υπήρξε Καθηγητής Νεοελληνικής Φιλολογίας στο Πανεπιστήμιο της Κρήτης. Διηύθυνε τα ερευνητικά προγράμματα «Αρχείο Νεοελληνικής Μετρικής» και «Αρχείο Ελληνικής Πεζογραφίας (1830-1880)», ενώ το 1994 ανέλαβε τη διεύθυνση της σειράς «Θεωρία και Κριτική της λογοτεχνίας» από τις Πανεπιστημιακές εκδόσεις Κρήτης και τη σειρά «Η πεζογραφική μας παράδοση» από τις εκδόσεις Νεφέλη.

Από το 1995 μέχρι το 2000 υπήρξε μέλος του Διοικητικού Συμβουλίου στο Κέντρο Ελληνικής Γλώσσας.

Από το 1992 είναι Καθηγητής της Θεωρίας και Κριτικής της Λογοτεχνίας στο Τμήμα Θεατρικών Σπουδών της Φιλοσοφικής Σχολής του Πανεπιστημίου Αθηνών. Αρθρογραφεί στην εφημερίδα το Βήμα της Κυριακής.

Το 2012 υπήρξε ένας από τους 32 ανθρώπους της τέχνης και του πνεύματος που συνυπέγραψαν το περιβόητο κείμενο «Τολμήστε», ένα δείγμα γραφής μερικών διανοούμενων ανθρώπων της χώρας που υποστήριζε την αποδοχή του ελληνικού μνημονίου. Στο δημοψήφισμα του 2015 τάχτηκε υπέρ του «Ναι».

Το ποιητικό του έργο

Είναι ένας από τους σημαντικότερους εκπροσώπους της ποίησης της «γενιάς του '70». Πάγια θέματα της ποίησής του, είναι ο θάνατος, η φθορά και ο έρωτας, όχι ως αντιστάθμισμα του θανάτου αλλά υποκείμενος και αυτός στη φθορά και εντέλει στο θάνατο.

Ο Στέλιος Βιρβιδάκης αναφέρει πως *«[…] Ο θάνατος είναι το κυριότερο, το κεντρικό, θα λέγαμε, θέμα της ποίησης του Βαγενά, που τον απασχολεί από την πρώτη κιόλας συλλογή και κυριαρχεί στις συνθέσεις του μέχρι σήμερα. Θα τολμούσα να πω ότι αυτή η ποίηση στο σύνολο της αποτελεί μια «μελέτη θανάτου»*.

Οι συλλογές του βρίθουν από ποιήματα ποιητικής και αρκετά συχνά δηλώνεται η διαρκής αγωνία και αδυναμία του ποιητικού υποκειμένου να βρει τις κατάλληλες λέξεις για να εκφραστεί. Ο λόγος του είναι συχνά ειρωνικός και σαρκαστικός (κυρίως στις πρώτες του συλλογές), ενώ στις τελευταίες, πιο πρόσφατες, συλλογές του γίνεται πιο παιγνιώδης.

Στο έργο του χρησιμοποιεί παραδοσιακές ποιητικές φόρμες τις οποίες ανατρέπει – όπως σονέτο, χαικού, μπαλλάντα, ωδή, επίγραμμα, παντούμ κτλ. – ώστε η αντίθεση που δημιουργείται ανάμεσα στην παλιά μορφή και το νέο περιεχόμενο στοιχειοθετεί την ειρωνεία που επιτυγχάνεται μέσω των ανομοιοτήτων και των αποκλίσεων.

Θεματικά, ο ειρωνικός λόγος του Νάσου Βαγενά εκκινεί από τη στηλίτευση της εποχής του (δικτατορία και μεταπολίτευση) και καταλήγει σε μια διάχυτη υπαρξιακή αγωνία του υποκειμένου, στη μηδενιστική θεώρηση της ζωής και στη μεταμοντερνιστική παρώδηση.

Βραβεύσεις

Το 1980 του απονέμεται το Κρατικό Βραβείο Δοκιμίου-Μελέτης για το βιβλίο του Ο ποιητής και ο χορευτής, το οποίο αποποιείται.

Έχει τιμηθεί με το Κρατικό Βραβείο Δοκιμίου-Μελέτης το 1995 για το βιβλίο του Η Ειρωνική γλώσσα: Κριτικές μελέτες για τη νεοελληνική γραμματεία και με το Κρατικό Βραβείο ποίησης το 2005 για την ποιητική συλλογή Στέφανος, ενώ το 2009 του απονεμήθηκε το Μακεδονικό Βραβείο για το σύνολο του έργου του.

Έχει επίσης λάβει το Διεθνές Βραβείο Ποίησης Circe Sabaudia για τη συλλογή του Σκοτεινές μπαλλάντες και άλλα ποιήματα, το Διεθνές Βραβείο Ποίησης Attiglio Bertolucci για το συνολικό ποιητικό του έργο, όπως και το Διεθνές Βραβείο Ποίησης Branko Radicevic. Το έργο του έχει μεταφραστεί σε πολλές ξένες γλώσσες, στα αγγλικά, στα ιταλικά, στα ολλανδικά, στα ισπανικά, στα ρουμανικά κτλ.

Το 2013 ο Βαγενάς βραβεύθηκε «για το σύνολο του δοκιμιακού του έργου», από την Ακαδημία Αθηνών.

Ποιητικές συλλογές

- Πεδίον Άρεως, Διογένης, Αθήνα, 1974.
- Βιογραφία, Κέδρος, Αθήνα, 1978.
- Τα γόνατα της Ρωξάνης, Κέδρος, Αθήνα, 1981.
- Περιπλάνηση ενός μη ταξιδιώτη, Κέδρος, Αθήνα,1986.
- Η πτώση του Ιπτάμενου, Στιγμή, Αθήνα, 1989.
- Βάρβαρες Ωδές, Κέδρος, Αθήνα, 1992.
- Η πτώση του Ιπτάμενου, β΄, Παρουσία, Αθήνα, 1997.
- Σκοτεινές μπαλλάντες και άλλα ποιήματα, Κέδρος, Αθήνα, 2001.
- Στέφανος, Κέδρος, Αθήνα, 2004.
- Στη Νήσο των Μακάρων, Κέδρος, Αθήνα, 2010.

Πεζά

- Η Συντεχνία, Κέδρος, Αθήνα, 1976.

Μεταφράσεις

- Κίμων, Φράιερ, Τοπίο θανάτου: Εσαγωγή στήν ποίηση το Τάκη Σινόπουλου, μετάφραση Νάσος Βαγενάς - Θωμάς Στρατέλης, Κέδρος, 1978.
- Κίμων, Φράιερ, Άξιον εστί το τίμημα: Εισαγωγή στην ποίηση του Οδυσσέα Ελύτη, Κέδρος, Αθήνα, 1990.
- Frisch, Max, Ο Μπήντερμαν και οι εμπρηστές: Ένα διδακτικό έργο χωρίς δίδαγμα, Δωδώνη, Αθήνα, 1990.
- Έδγαρ Άλλαν Πόου, Τζιουζέππε Τομάζι ντι Λαμπεντούζα, Λίγεια, (μετάφραση Τζένη Μαστοράκη, Νάσος Βαγενάς), Στιγμή, Αθήνα, 1996.
- Με τον τρόπο του Καβάφη: Είκοσι ξένα ποιήματα, Κέντρο Ελληνικής Γλώσσας, 1999.
- Richard Burns, Μαύρο Φως (μετάφραση Νάσος Βαγενάς, Ηλίας Λάγιος), Τυπωθήτω-Λάλον Ύδωρ, Αθήνα, 2005.

Δοκίμια - Μελέτες

- Ο ποιητής και ο χορευτής: Μια εξέταση της ποιητικής και της ποίησης του Σεφέρη, Κέδρος, Αθήνα, 1979.
- Ο λαβύρινθος της σιωπής. Δοκίμιο για την ποίηση, Κέδρος, Αθήνα, 1982.
- Η εσθήτα της θέας: Σημειώσεις για τη ποίηση και την κριτική, Στιγμή, Αθήνα, 1988.
- Ποίηση και μετάφραση, Στιγμή, Αθήνα, 1989.
- Η ειρωνική γλώσσα: Κριτικές μελέτες για την νεοελληνική γραμματεία, Στιγμή, Αθήνα, 1994.
- Σημειώσεις από το τέλος του αιώνα, Κέδρος, Αθήνα, 1999.
- Μεταμοντερνισμόςκαιλογοτεχνία,Πόλις, Αθήνα, 2002.
- Η παραμόρφωση του Καρυωτάκη, Ίνδικτος, Αθήνα, 2005.
- Κινούμενος στόχος, Πόλις, Αθήνα, 2011.
- Μεταμοντερνισμός και λογοτεχνία [έκδοση επηυξημένη], Πόλις, Αθήνα, 2012.

Χάικου

Ω, να πεθαίναμε σαν τα πουλιά
που δεν αφήνουν πτώμα.
Μόνο ένα πούπουλο στην αντηλιά
να κατεβαίνει αργά, χωρίς
ποτέ να φτάνει στο χώμα
(Απο τη συλλογή Σκοτεινές Μπαλλάντες και άλλα ποιήματα).

Μπαλλάντα του Αβέβαιου εραστή

Γράφοντας τ' όνομά σου σε αχνισμένα τζάμια,
περιμένοντας σε στάσεις όπου περίμενες πολύ,
είναι κάτι που δεν βλάπτει, αλλά και δεν ωφελεί.

Γαλάζιος, προαιώνιος ήχος, βαθύ μύρο,
η φωνή σου λάμπει σαν δάκρυ των αγγέλων.
Η αγάπη μου είναι αγάπη των Οθέλλων.

Εκεί που με θερμαίνει, εκεί που με ναρκώνει,
φρίττω καθώς βλέπω τον Ιάγο.
Λέω: Κράτα τους ιάμβους σου στον πάγο.

Το ποίημα είναι ένα πολύ λεπτό λουλούδι
που τρέφεται με την κατάλληλη θλίψη.
Η οργή μπορεί να το συντρίψει.
(Απο τη συλλογή Σκοτεινές Μπαλλάντες και άλλα ποιήματα).

Αλέξης Σταμάτης

Γεννήθηκε στην Αθήνα το 1960 και είναι γιος του αρχιτέκτονα Κώστα Σταμάτη (1926-2020) και της ηθοποιού Μπέτυς Αρβανίτη. Κατάγεται από τα Λαγκάδια Αρκαδίας από την πλευρά του πατέρα του. Είναι παντρεμένος με την ηθοποιο Εύα Σιμάτου με την οποία έχουν ένα γιο, τον Ερμή. Σπούδασε Αρχιτεκτονική στο ΕΜΠ και ακολούθησε μεταπτυχιακές σπουδές Αρχιτεκτονικής και Κινηματογράφου στο Λονδίνο. Από το 1988 εργάστηκε σαν αρχιτέκτων σε αρχιτεκτονικό γραφείο σε διάφορα έργα στην Ελλάδα και στα Ηνωμένα Αραβικά Εμιράτα.

Έχει εκδώσει δεκαπέντε μυθιστορήματα και τριάντα ένα συνολικά βιβλία. Το πρώτο, *Ο έβδομος ελέφαντας* (1998) εκδόθηκε στην Μεγάλη Βρετανία. Το δεύτερο, *Μπαρ Φλωμπέρ* (2000) εκδόθηκε στην Μεγάλη Βρετανία, τη Γαλλία, την Ιταλία, την Ισπανία την Πορτογαλία τη Βουλγαρία και τη Σερβία. Έχει δημοσιεύσει έξι ποιητικές συλλογές. Το μυθιστόρημα του *Αμερικάνικη Φούγκα* εκδόθηκε το 2008 στις ΗΠΑ, έχοντας κερδίσει το International Literature Award από το "National Endowment for the Arts". Το μυθιστόρημά του *Βίλα Κομπρέ* ήταν υποψήφιο για το Βραβείο Αναγνωστών του ΕΚΕΒΙ (2007). Για την δεύτερη συλλογή του, *Αρχιτεκτονική Εσωτερικών Χώρων* του απονεμήθηκε το 1994 από τον Δήμο Αθηναίων το Βραβείο Ποίησης στη μνήμη Νικηφόρου Βρεττάκου. Το παιδικό του μυθιστόρημα *Ο Άλκης και ο Λαβύρινθος* κέρδισε το Πρώτο Βραβείο του Κύκλου του Παιδικού Βιβλίου.

Ο μονόλογός του *Τελευταία Μάρθα* παρουσιάστηκε το 2004 στην Πολιτιστική Ολυμπιάδα και παίχτηκε το 2008 στο Θέατρο Οδού Κεφαλληνίας σε σκηνοθεσία Βίκυς Γεωργιάδου και ερμηνεία Χρήστου Στεργιόγλου. Τα έργα του *Δακρυγόνα* και *Σκότωσε ό,τι αγαπάς* (σκηνοθεσία Άρη Τρουπάκη) παίχτηκαν το 2010 και το 2012 στο ίδιο θέατρο. Ο μονόλογός του *Μεσάνυχτα σ' έναν τέλειο κόσμο* ανέβηκε στο Θέατρο Τέχνης το 2013 σε σκηνοθεσία Άρη Τρουπάκη. Το έργο του *Μελίσσια* έχει παρουσιαστεί στα πλαίσια του προγράμματος "Αναγνώσεις" στο Εθνικό Θέατρο και ανέβηκε τον Μάιο του 2019 στο Εθνικό θέατρο με πρωταγωνίστρια την Μπέτυ Αρβανίτη. Το έργο του *Innerview* παίχτηκε το χειμώνα του 2014 στο Ίδρυμα Μιχάλης Κακογιάννης σε σκηνοθεσία Λίλλυς Μελεμέ. Έχει γράψει το σενάριο για την ταινία *Καταιγίδα*, (σκην. Χάρης Πατραμάνης) το οποίο εγκρίθηκε από το πρό-

γραμμα «Ορίζοντες» του Ελληνικού Κέντρου Κινηματόγραφου.

Ποιήματά του έχουν μεταφραστεί στην Μεγάλη Βρετανία.

Έχει αντιπροσωπεύσει πολλές φορές την Ελλάδα σε διεθνή λογοτεχνικά συνέδρια. Τον Απρίλιο του 2013 μίλησε στο Ευρωπαϊκό κοινοβούλιο στα πλαίσια της εκδήλωσης «Τέσσερις συγγραφείς του Νότου μιλούν για την κρίση». Το 2013 το μονόπρακτό του «*Innerview*» παίχτηκε στο Southbank Centre του Λονδίνου.

Διδάσκει Δημιουργική Γραφή σε συνεργασία με διάφορους φορεις (Κολέγιο Αθηνών-Ψυχικού, Σχολή Μωραΐτη, Μουσείο Ηρακλειδών, εκδόσεις Ψυχογιος). Γράφει κριτική λογοτεχνίας στην εφημερίδα «Τα Νέα» και αρθρογραφεί στην εφημερίδα «Το Βήμα».

Μυθιστορήματα

- Ο Έβδομος Ελέφαντας (Κέδρος,1998) (Καστανιώτης, 2016)
- Μπαρ Φλωμπέρ (Κέδρος, 2000) (Καστανιώτης, 2012)
- Σαν τον κλέφτη μες στη νύχτα (Καστανιώτης 2002)
- Οδός Θησέως (Καστανιώτης, 2003)
- Μητέρα Στάχτη (Καστανιώτης, 2005)
- Αμερικάνικη Φούγκα (Καστανιώτης, 2006)
- Βίλα Κομπρέ (Καστανιώτης, 2008)
- Σκότωσε ό,τι αγαπάς (Καστανιώτης, 2009)
- Κυριακή (Καστανιώτης, 2011)
- Μπορείς να κλάψεις μες στο νερό; (Καστανιώτης, 2012)
- Χαμαιλέοντες (Καστανιώτης, 2013)
- Μελίσσια (Καστανιώτης, 2014)
- Το βιβλίο της βροχής (Καστανιώτης, 2015)
- Μοτέλ Μορένα (Καστανιώτης, 2017)
- Ο άντρας της πέμπτης πράξης (Καστανιώτης, 2018)
- Μπαρ Φλωμπέρ, (Καστανιώτης, 2018)
- Αθώα Πλάσματα (Καστανιώτης 2020)

Νουβέλες

- Σκορπιός στο συρταράκι, (Ελληνικά Γράμματα 2002)
- Ζωή, (Μίνωας 2005)
- Ζωή (Μίνωας 2014, επανέκδοση, με επιμελημένο κείμενο από τον συγγραφέα)
- Η Λύσσα, Ζωή, Απώλεια Σοφίας (Μίνωας 2015) συλλογή με τρεις νουβέλες των Αύγουστου Κορτώ, Αλέξη Σταμάτη, Ελειάνας Χουρμουζιάδου

Συλλογές διηγημάτων

- Ιστορίες για μοναχικούς ανθρώπους, (Τόπος, 2007)
- Ελληνικά Εγκλήματα 3 (Καστανιώτης, 2009)
- Θρυλικές ιστορίες, (Καστανιώτης, 2010)
- Ελληνικό Φανταστικό Διήγημα (Αίολος, 2004)
- Passengers (Έκδόσεις Free Thinking Zone, 2018)
- Μέσα από σένα (24 γράμματα, 2020)

Ποίηση

- Κόσμος Γωνία (Σοκόλης 1992)
- Αρχιτεκτονική Εσωτερικών Χώρων (Καστανιώτης, 1993)
- Απλή μέθοδος των τριών (Καστανιώτης, 1995)
- Πυκνό Τώρα (Ελληνικά Γράμματα, 1999)
- Όσο πλησιάζω το μέλλον απομακρύνεται (Ροδακιό, 2002)
- Ποτέ δεν είμαστε μόνοι (Καστανιώτης, 2004)

Θέατρο

- Κοίτα με (Θέατρο Ροές, 2001)
- Η Τελευταία Μάρθα [μονόλογος για την Πολιτιστική Ολυμπιάδα, 2003, σκην: Δημητρης Οικονόμου (Ιανός, 2006)

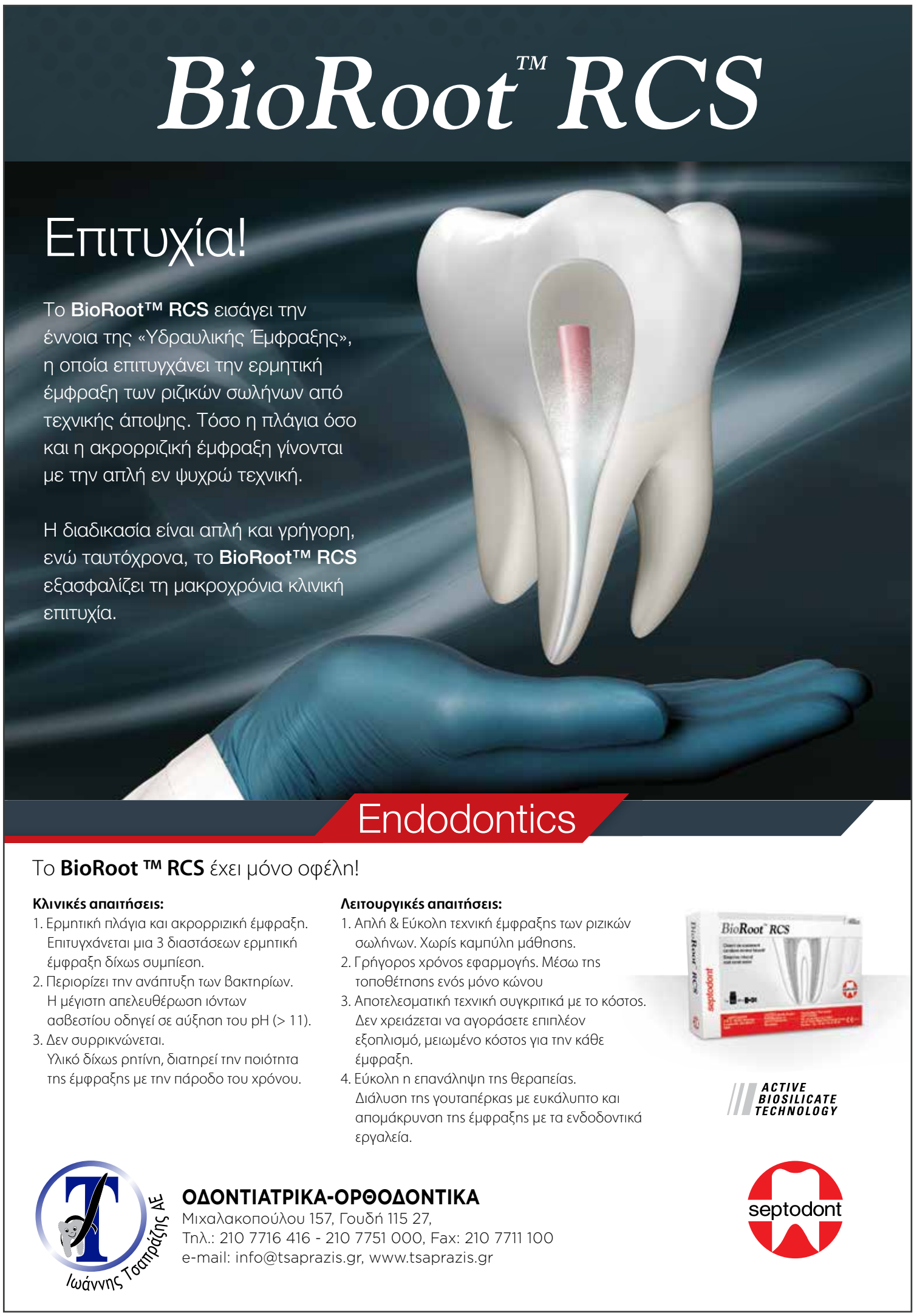
- Η Τελευταία Μάρθα Θέατρο οδού Κεφαλληνίας, σκην: Βίκυ Γεωργιάδου, 2008
- Γένεση [δυο μονόλογοι] (Θέατρο Χώρα σκ. Αύρα Σιδηροπούλου (Σοκόλης - Κουλεδάκης, 2009)
- Δακρυγόνα Θέατρο οδού Κεφαλληνίας, σκην: Άρης Τρουπάκης, 2011
- Σκότωσε ό,τι αγαπάς Θέατρο οδού Κεφαλληνίας, σκην: Άρης Τρουπάκης (Σοκόλης - Κουλεδάκης, 2012)
- Μεσάνυχτα σ΄έναν τέλειο κόσμο Θέατρο Τέχνης σκην: Άρης Τρουπάκης (Εκδόσεις Θεάτρου Τέχνης Κάρολος Κουν, 2013)
- Μελίσσια (Editions théâtrales de la maison Antoine Vitez., 2014)
- Innerview Ίδρυμα Μιχάλης Κακογιάννης, σκην: Λίλλυ Μελεμέ (Εκδόσεις Φιλότυπον, 2014)
- Κόσμος/Γωνία (δύο μονόπρακτα) Β Σκηνή Θεάτρου οδού Κεφαλληνίας, σκην: Άρης Τρουπάκης (Εκδόσεις Σοκόλη, 2018)
- Μελίσσια Εθνικό Θέατρο, σκην: Γιώργος Παλούμπης (Εκδόσεις Σοκόλη, 2019)
- Το Μπλε Δωμάτιο (Αναλόγιο Φεστιβάλ) σκην: Μάνος Καρατζογιάννης. (2019)

Σενάρια

- Καταιγίδα (2008) Πρωτότυπο σενάριο για το ομώνυμο φιλμ που σκηνοθέτησε ο Χάρης Πατραμάνης. Το σενάριο εγκρίθηκε από το πρόγραμμα «ΟΡΙΖΟΝΤΕΣ» του Ελληνικού Κέντρου Κινηματογράφου.
- 18 (2020) επιμέλεια σεναρίου που σκηνοθέτη και σεναριογράφου Βασίλη Δούβλη. Το σενάριο εγκρίθηκε από πρόγραμμα του Ελληνικού Κέντρου Κινηματογράφου.

Βραβεία

- 1994 Πρώτο Βραβείο του Δήμου Αθηναίων στη μνήμη Νικηφόρου Βρεττάκου για την ποιητική του συλλογή "Αρχιτεκτονική Εσωτερικών Χώρων"
- 2007 Βραβείο του Εθνικού Ιδρύματος Τεχνών της Αμερικής (National Endowment for the Arts)για το μυθιστόρημά του "Αμερικάνικη Φούγκα".
- 2009 Πρώτο Βραβείο του Κύκλου του Παιδικού Βιβλίου για το παιδικό του βιβλίο "Ο Άλκης και ο Λαβύρινθος"



ΜΟΝΑΔΙΚΗ ΠΡΟΣΦΟΡΑ ΑΠΟ ΤΟ ΕΡΓΟΣΤΑΣΙΟ

Dentsply Sirona

CEREC OMNICAM

ΕΝΔΟΣΤΟΜΑΤΙΚΟ SCANNER

17.500 € + ΦΠΑ

Με την ευέλικτη χρηματοδότηση της DENTICA

Επιδοτούμενη τιμή
Από 520 € / μήνα

Πλήρες με ΗΥ

Χωρίς ετήσια συνδρομή!

Ανοιχτό σύστημα

Dentsply Sirona

DENTICA