ISSN: 2585-2868

Οδοντιατρικο Βημα

ΔΙΜΗΝΙΑΙΑ ΕΚΔΟΣΗ | Σκουφά 64 106 80 Αθήνα | Τηλ. 210 3814 939 | e-mail: odvima@otenet.gr | www.odvima.gr | ΜΑΪΟΣ - ΙΟΥΝΙΟΣ 2021 | ΤΕΥΧΟΣ 140

Pradaxa, Xarelto, Eliquis, Lixiana: Όλα όσα πρέπει να ξέρει ο οδοντίατρος για τα νέα από του στόματος αντιπηκτικά

Η καρδιαγγειακή νόσος παραμένει η κύρια αιτία θνησιμότητας παγκοσμίως. Αν και τόσο στις ΗΠΑ όσο και στην Ευρώπη, σύμφωνα με ετήσιες στατιστικές από το 2016 καταγράφεται σημαντική μείωση του ρυθμού θνησιμότητας, τα νεοδιαγνωσθέντα περιστατικά καρδιαγγειακών νοσημάτων αυξήθηκαν λόγω της αύξησης του πληθυσμού και της γήρανσης. Αυτό έχει σαν συνέπεια να έχει αυξηθεί ο αριθμός των καρδιολογικών ασθενών, οι οποίοι έχοντας την αρωγή φαρμάκων, πολλές φορές και ικανού αριθμού, επιζητούν οδοντιατρική θεραπεία. Σκοπός αυτού του άρθρου, που υπογράφει ο κ. **Φώτιος Χ. Τζέρμπος**, Αναπλ. Καθηγητής ΕΚΠΑ, είναι μέσα από τις απαντήσεις σε συγκεκριμένα ερωτήματα να δώσει πληροφορίες για τα φάρμακα αυτά τα οποία λαμβάνουν οι ασθενείς ως αντιπηκτική αγωγή, καθώς και τον τρόπο διαχείρισης από τον κλινικό οδοντίατρο. ***Σελ. 26***

Συνάντηση της ομάδας της ΕΟΟ «Γυναίκες στην Οδοντιατρική» με την υφυπουργό Εργασίας

Την πρώτη συνάντηση με την υφυπουργό Εργασίας και Κοινωνικών Υποθέσεων, Μαρία Συρεγγέλα, είχαν μέλη της ομάδας «Γυναίκες στην Οδοντιατρική». Όπως εξηγούν στο «Ο.Β.» μέλη της ομάδας, στη συζήτηση τέθηκαν όλα τα ζητήματα που αντιμετωπίζουν ειδικά οι γυναίκες οδοντίατροι, σε περιόδους που αναγκάζονται για λόγους υγείας, μητρότητας ή άλλους οικογενειακούς λόγους να απέχουν απ' τα καθήκοντά τους και οι ανισότητες που βιώνουν σε σχέση με άλλες κατηγορίες εργαζομένων. ***Σελ. 8-10***

IDS 2021

Η Κολωνία ετοιμάζεται να υποδεχθεί τον ερχόμενο Σεπτέμβριο το μεγαλύτερο εμπορικό γεγονός: την παγκόσμια έκθεση Οδοντιατρικής IDS 2021. Πάνω από 830 εταιρείες από δεκάδες χώρες θα δώσουν το «παρών», στη φετινή διοργάνωση, που θα πραγματοποιηθεί λαμβάνοντας όλα τα αναγκαία μέτρα ασφαλείας. Εκεί θα βρίσκονται και τέσσερις ελληνικές εταιρείες.

Ενόψει της έκθεσης μιλούν στο «Οδοντιατρικό Βήμα», ο Δρ. **Markus Heibach**, εκτελεστικός διευθυντής της GFDI/VDDI, και ο **Markus Oster,** αντιπρόεδρος της Koelnmesse. ***Σελ. 27-29***

45ο Πανελλήνιο Παιδοδοντικό Συνέδριο

Πλώρη για την Καλαμάτα βάζει το φετινό Πανελλήνιο Παιδοδοντικό Συνέδριο, που θα πραγματοποιηθεί το τριήμερο 17-19 Σεπτεμβρίου 2021. Συνέντευξη με τον **Γεώργιο Βαδιάκα**, Πρόεδρο της Ελληνικής Παιδοδοντικής Εταιρείας, επίκουρο καθηγητή Παιδοδοντίας ΕΚΠΑ και τη **Γεωργία Θεοδωροπούλου**, Πρόεδρο του Οδοντιατρικού Συλλόγου Μεσσηνίας. ***Σελ. 36-37***

57ο Ετήσιο Συνέδριο της Στοματολογικής Εταιρείας της Ελλάδος

Ενόψει του 57ου Ετησίου Συνεδρίου της Στοματολογικής Εταιρείας της Ελλάδας, στο Ηράκλειο της Κρήτης, στις 17 και 18 Σεπτεμβρίου 2021, το «ΟΒ» συνάντησε τον Πρόεδρο της Εταιρείας, Στοματικό και Γναθοπροσωπικό Χειρουργό, κ. **Ιωάννη Μελακόπουλο**, ο οποίος μας μίλησε για το φετινό συνέδριο της ΣΕΕ. ***Σελ. 38-39***

Οι Νευροφυσιολογικοί και Ψυχολογικοί Μηχανισμοί στην αιτιοπαθογένεια των Κρανιογναθικών διαταραχών

Η αιτιοπαθογένεια των Κρανιογναθικών διαταραχών (ΚΡΓΔ) διαχρονικώς αποτέλεσε ένα από τα πλέον αμφιλεγόμενα πεδία της Οδοντιατρικής, σε αντίθεση με άλλα γνωστικά αντικείμενα των οποίων η αιτιοπαθογένεια υπήρξε ξεκάθαρη και τεκμηριωμένη. Όπως εξηγεί στο «ΟΒ» ο κ. **Βύρων Δρούκας**, Καθηγητής ΕΚΠΑ, ακόμη και σήμερα η γνώση μας αναφορικά με την αιτιοπαθογένεια των ΚΡΓΔ παρουσιάζει αρκετές δυσκολίες και αντιφάσεις οι οποίες, εν συνεχεία, επηρεάζουν το δέον να εφαρμοσθεί, κατά περίπτωση, θεραπευτικό σχήμα. Ο Green διατυπώνει μία πιο αισιόδοξη άποψη, η οποία υποστηρίζει ότι, ασχέτως με τους λόγους ή τα αίτια πρόκλησης μιας δυσλειτουργίας του Στοματογναθικού συστήματος (ΣΣ), είμαστε σε θέση να στηρίξουμε θεραπευτικώς ασθενείς με ΚΡΓΔ, εφαρμόζοντας απλά μέσα τα οποία δεν «απαιτούν» περαιτέρω αιτιοπαθογενετική αξιολόγηση. ***Σελ. 4-6***

Ελληνική Εταιρεία Στοματικής και Γναθοπροσωπικής Χειρουργικής

Η Στοματική και Γναθοπροσωπική Χειρουργική είναι μια διττή ειδικότητα, που εδράζεται τόσο στην Ιατρική όσο και στην Οδοντιατρική, με ευρύ φάσμα δράσης. Ο Δρ Δρ **Αναστάσιος Ι. Μυλωνάς**, Πρόεδρος της Ελληνικής Εταιρείας Στοματικής και Γναθοπροσωπικής Χειρουργικής, εξηγεί στο «Οδοντιατρικό Βήμα» το φάσμα της ειδικότητας, τις προοπτικές που ανοίγονται για τους νέους ειδικευόμενους γιατρούς, τις προκλήσεις του επαγγέλματος καθώς και τους στόχους της επιστημονικής εταιρείας για την τριετία 2021-2024. ***Σελ. 30-32***

ΕΕΕ: Χρήση βιοκεραμικών υλικών στην ακρορριζική περιοχή
Της **Ειρήνης Π. Φραγκούλη,** Οδοντιάτρου-Ενδοδοντολόγου ..... ***Σελ. 12-13***

ΕΕΠΟΕ: Διατήρηση των σκληρών και μαλακών ιστών του μετεξακτικού φατνίου στην πρόσθια αισθητική ζώνη
Του **Λεωνίδα Μπατά,** Χειρουργού-Οδοντιάτρου ..... ***Σελ. 14-15***

ΕΕΚΣ: Διάχυτη διόγκωση της μαλθακής υπερώας
Των Στοματολόγων **Ελένης Γεωργακοπούλου** και **Σάββα Τιτσινίδη** ..... ***Σελ. 16***

ΕΕΝΟ: Επιπτώσεις της ακτινοθεραπείας και της χημειοθεραπείας στη στοματική κοιλότητα. Ο ρόλος του Οδοντιάτρου
Της **Ευαγγελίας Μπογοσιάν,** Δ/τριας Οδοντιατρικής Κλινικής ΠαΓΝ Ηρακλείου ... ***Σελ. 18-19***

ITI: Η σημασία των μαλακών ιστών γύρω από τα εμφυτεύματα Διαθέσιμα χειρουργικά πρωτόκολλα
Των **Νικολάου Μάρκου,** Περιοδοντολόγου και **Μιχάλη Πάτρα,** Προσθετολόγου ..... ***Σελ. 20-22***

Ειδικά Νοσήματα των Χειλέων. Ταξινόμηση - Διάγνωση - Θεραπεία
Του **Γιώργου Λάσκαρη,** Στοματολόγου, Ιατρού - Οδοντιάτρου, Αν. Καθηγητή Στοματολογίας Ιατρικής Σχολής Παν. Αθηνών .. ***Σελ. 24-25***

Ανταύγειες Λόγου και Τέχνης
Του **Γεράσιμου Δουβίτσα,** Αναπλ. Καθηγητή ΕΚΠΑ ..... ***Σελ. 42***

Ο άνθρωπος του Βιτρούβιου. Leonardo da Vinci, 1487

ΟΡΙΖΟΝΤΕΣ ΚΑΙ ΚΑΙΝΟΤΟΜΙΕΣ

Ηρακλής Καρκαζής
Καθηγητής Κινητής Προσθετικής ΕΚΠΑ

Στην μακραίωνη περιπέτεια της εξέλιξης του ανθρώπινου είδους, φαίνεται ότι το υπέρτατο εργαλείο της ενσυναίσθησης και αυτοσυνειδησίας, ο εγκέφαλος δηλαδή, δόμησε το εύρος των λογικοαντιληπτικών του οριζόντων έτσι ώστε να κατανοεί τα φαινόμενα μιας *μεσοκλίμακας*, του τμήματος δηλαδή του περιβάλλοντος κόσμου που ήταν απαραίτητο για την επιβίωση και εξέλιξή του.

Έτσι με βάση τη δαρβινική αυτή προσέγγιση, φαινόμενα έξω από την μεσοκλίμακα μας είναι μάλλον απρόσιτα.

Από την άλλη πλευρά ο διάσημος φυσικός και ιστορικός της επιστήμης Thomas Kuhn με το *παράδειγμά του* προσδιόρισε το πλαίσιο μέσα στο οποίο αναπτύσσεται η κάθε επιστήμη ως ένα σύνολο άκαμπτων θεωρητικών παραδοχών, νόμων και τεχνικών εφαρμογών που υιοθετούνται από τα μέλη της επιστημονικής κοινότητας

Η ασφυκτική προσαρμογή στο σύμπαν των γνώσεων και πρακτικών που επιβάλλει το εκάστοτε εκπαιδευτικό πλαίσιο όλων των βαθμίδων, διαμορφώνει τελικά ένα πρότυπο προσωπικότητας προσαρμοσμένο στα τρέχοντα δεδομένα της κοινωνίας, περιορίζοντας όμως ταυτόχρονα τις πιθανότητες ρήξης, παρέκκλισης και καινοτομίας.

Δεν θα ήταν παράλογο συνεπώς να υποθέσει κανείς ότι το βιολογικά οριοθετημένο γνωσιακό εύρος θέασης και αντίληψης του κόσμου, σε συνδυασμό με τον «ανελεύθερο» εγκλωβισμό σε εκπαιδευτικά πρότυπα, είναι πιθανόν να περιορίζει τις δυνατότητες καινοτομίας και συνεπώς γρηγορότερης εξέλιξης.

Κατά τον Kuhn η εξέλιξη θα έρθει μόνο με την εγκατάλειψη του παραδείγματος κάτι που ισοδυναμεί με μια επιστημονική επανάσταση. Όπως για παράδειγμα συνέβη όταν ο μικρόκοσμος της κβαντικής φυσικής ανέτρεψε βίαια τις βεβαιότητες των νευτώνειων αντιλήψεων του μακρόκοσμου.

Αν και στον κόσμο της φυσικής όλα αυτά ακούγονται λογικά, στη δική μας πρακτική επιστήμη η εξέλιξη και η καινοτομία έχουν μάλλον μια πιο ομαλή πορεία.

Η οδοντιατρική επιστήμη προοδεύει σταδιακά, προσθέτοντας στη σωρευμένη στέρεη γνώση τα νεώτερα επιτεύγματα της έρευνας και της τεχνολογίας, χωρίς βίαια άλματα.

Το πόσο γρήγορα βέβαια το κάθε καινοτόμο βήμα μπορεί να αφομοιωθεί, εξαρτάται από την αποτελεσματικότητα των δικτύων της συνεχιζόμενης εκπαίδευσης αλλά και τη δεκτικότητα των ασκούντων την επιστήμη.

Ένα πάντως είναι σίγουρο

Έμπειροι ουραγοί και θαρραλέοι πρωτοπόροι ισορροπούν την κιβωτό της επιστήμης μας στην αναπόφευκτη πορεία της προς το μέλλον.

Κώστας Κριμπάς. Δαρβινισμός και η ιστορία του έως τις μέρες μας. Ωκεανίδα 2009.

T.S. Khun. Η δομή των επιστημονικών επαναστάσεων. Σύγχρονα θέματα 2008.

Η. Καρκαζής. Με ασφαλή βήματα προς την ψηφιακή ολοκλήρωση. Εφημερίδα «Οδοντιατρικό Βήμα». Μάρτιος –Απρίλιος 2021. Σελ. 14. http://users.uoa.gr/~hkarkaz/data/clinical/digitaltemplate.pdf

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®

Οι Νευροφυσιολογικοί και Ψυχολογικοί Μηχανισμοί στην αιτιοπαθογένεια των Κρανιογναθικών διαταραχών

Η αιτιοπαθογένεια των Κρανιογναθικών διαταραχών (ΚΡΓΔ) διαχρονικώς, αποτέλεσε ένα από τα πλέον αμφιλεγόμενα πεδία της Οδοντιατρικής, σε αντίθεση με άλλα γνωστικά αντικείμενα των οποίων η αιτιοπαθογένεια υπήρξε ξεκάθαρη και τεκμηριωμένη. Ακόμη και σήμερα, η γνώση μας αναφορικά με την αιτιοπαθογένεια των ΚΡΓΔ, παρουσιάζει αρκετές δυσκολίες και αντιφάσεις οι οποίες, εν συνεχεία, επηρεάζουν το δέον να εφαρμοσθεί, κατά περίπτωση, θεραπευτικό σχήμα.

Βύρων Δρούκας
Καθηγητής ΕΚΠΑ

Ο Green[1] διατυπώνει μία πιο αισιόδοξη άποψη, η οποία υποστηρίζει ότι, ασχέτως με τους λόγους ή τα αίτια πρόκλησης μιας δυσλειτουργίας του Στοματογναθικού συστήματος (ΣΣ), είμαστε σε θέση να στηρίξουμε θεραπευτικώς ασθενείς με ΚΡΓΔ, εφαρμόζοντας απλά μέσα τα οποία δεν «απαιτούν» περαιτέρω αιτιοπαθογενετική αξιολόγηση.

Η γνώση μας δεν είναι επαρκώς τεκμηριωμένη

Ακόμη και αν δεχτούμε ότι, σε ομαδικό επίπεδο, η γνώση μας επαρκεί, δεν συμβαίνει το ίδιο σε ατομικό επίπεδο, δεδομένου ότι, στο επίπεδο αυτό, υπεισέρχονται ιδιοπαθείς καταστάσεις.

Η μελλοντική έρευνα στο χώρο της αιτιοπαθογένειας των ΚΡΓΔ, θα πρέπει να κατατείνει στην όσον το δυνατόν απάλειψη της άποψης ότι η αιτιολογία τους είναι μία ιδιοπαθής κατάσταση.

Στη σύγχρονη έρευνα, η επιστημονική τεκμηρίωση κατέχει πρωτεύουσα θέση, η οποία ασφαλώς θα πρέπει να μετακυλίει και στην κλινική πράξη ως το αποτέλεσμά της.

Δεν μπορούμε να ισχυριστούμε ότι η εν λόγω διαπίστωση ισχύει και στο πεδίο των λειτουργικών διαταραχών του ΣΣ.

Ενδεχομένως, απαιτείται περισσότερη γνώση και χρόνος για καλύτερη ποιοτική αξιολόγηση. Οι μελέτες που γίνονται με τυχαιοποιημένα δείγματα ατόμων με ομάδες ελέγχου, βρίσκονται στην κορυφή, από την άποψη της τεκμηριωμένης γνώσης, σε αντίθεση με άλλες έρευνες οι οποίες καταλαμβάνουν χαμηλή θέση λόγω μη επαρκούς τεκμηρίωσης.[2]

Στο χώρο της Οδοντιατρικής, αλλά και της Ιατρικής, ένας σημαντικός αριθμός τυχαιοποιημένων ερευνών δεν ανταποκρίνεται στις προϋποθέσεις που απαιτεί η ποιοτική αξιολόγηση.[2]

Στο Pub Med το 2008, σχετική έρευνα σε 4.793 τίτλους αναφερόμενους στο χώρο των λειτουργικών διαταραχών του ΣΣ, μόνον οι 77 ανταποκρίνονταν σε τυχαιοποιημένα δείγματα ατόμων με ομάδες ελέγχου.

Μπορούμε λοιπόν να συμπεράνουμε ότι οι έρευνες, αναφορικά με την αιτιοπαθογένεια των ΚΡΓΔ, στηρίζονται σε χαμηλού επιπέδου τεκμηρίωση.

Διαχρονικώς, έχουν προταθεί διάφοροι αιτιολογικοί παράγοντες πρόκλησης δυσλειτουργίας του ΣΣ.

Μερικοί από τους πλέον γνωστούς αιτιολογικούς παράγοντες πρόκλησης δυσλειτουργίας είναι:

1. Συγκλεισιακές διαταραχές
2. Ανοδοντίες
3. Παραλειτουργικές έξεις
4. Τραύμα
5. Κατάσταση της Υγείας
6. Χαλαρότητα των Αρθρώσεων
7. Ψυχολογικοί παράγοντες
8. Συννοσηρότητα

Υπάρχουν και άλλες ταξινομήσεις εμπλεκομένων παραγόντων.

Σχετικώς πρόσφατη προταθείσα ταξινόμηση είναι αυτή του ***πίνακα 1***.

Ανεξαρτήτως των προταθέντων ταξινομήσεων, οι διάφοροι κατά περίπτωση εμπλεκόμενοι παράγοντες δεν εντάσσονται απαραιτήτως στα προαναφερθέντα σχήματα ταξινόμησης.

Απλούστερα, ο ίδιος αιτιολογικός παράγων δυνατόν να αποτελεί εναρκτήριο λάκτισμα δυσλειτουργίας σε έναν ασθενή, όχι όμως απαραιτήτως και σε άλλον.[2]

Από το σύνολο των προαναφερθέντων παραγόντων πρόκλησης δυσλειτουργίας του ΣΣ, στην σημερινή ανασκόπηση, θα επικεντρωθούμε σε δύο, κατά τη γνώμη μας, κορυφαίους και σημαντικούς και, ιδιαιτέρως, ο δεύτερος.

A) Νευροφυσιολογικοί Μηχανισμοί
B) Ψυχολογικοί

Νευροφυσιολογικοί Μηχανισμοί

Η σημειολογία του Στοματογναθικού Συστήματος ερμηνεύεται με βάση τις ιδιότητες των υποδοχέων του πόνου, των νευρικών οδών και των κεντρικών κυκλωμάτων.

Οι εγκατεσπαρμένοι υποδοχείς του πόνου στις περιτονίες, στους τένοντες, στους ιστούς της περιοχής, καθώς και στα αιμοφόρα αγγεία, είναι οι τελικές απολήξεις των μυερών αμύελων και εμμύελων πυρηνικών αξόνων.

Διαφέρουν δε από εκείνους που εντοπίζονται στις Κροταφογναθικές διαρθρώσεις και τους μύες που νευρώνονται από το τρίδυμο νεύρο.

Στο σύνολό τους, δεν αντιδρούν πανομοιότυπα παρουσία ερεθισμάτων.

Κάποιοι αντιδρούν σε χημικά ερεθίσματα, άλλοι σε μηχανικά, ενώ άλλοι ενεργοποιούνται κατά τη διάρκεια της μυϊκής συστολής.[3,4]

Οι διαφορές αυτές εν μέρει ερμηνεύονται από τη διαπίστωση ότι οι ιστοί γίνονται πλέον ευαίσθητοι στην αφή ή στην πίεση, αδυνατώντας έτσι να παράγουν έργο.

Συνεπώς, η διέγερση των τελικών νευρικών απολήξεων συνιστά αμυντικό μηχανισμό ο οποίος προστατεύει τους ιστούς από περαιτέρω βλάβη.

Τα διάφορα επιβλαβή ερεθίσματα, εκτός από την πρόκληση τραυματισμού, προκαλούν και απελευθέρωση ενδογενών ουσιών, οι οποίες εκκρίνονται από τα σιτευτικά κύτταρα, τα βασεόφιλα, τα μακροφάγα, τα αιμοπετάλια κλπ., διεγείροντας τους υποδοχείς του πόνου.

Από τις ουσίες αυτές, οι προσταγλαδίνες διευκολύνουν την πρόκληση πόνου από φυσικά χημικά ερεθίσματα, αλλά οι ίδιες αδυνατούν να προκαλέσουν πόνο.[5]

Εκτός από τον πόνο αυτόν καθ΄ αυτόν, οι υποδοχείς του πόνου διαδραματίζουν σημαντικό ρόλο στην εξέλιξη μιας φλεγμονής.

Πειραματικά έχει διαπιστωθεί ότι, η μετάβαση μιας νευρικής ώσης κατά μήκος ενός νευρώνα (π.χ. κλάδων του τριδύμου), έχει ως αποτέλεσμα τη δημιουργία φλεγμονής (νευρογενής φλεγμονή), στις αντίστοιχες περιοχές οι οποίες νευρώνονται από τους κλάδους αυτούς.

Όταν οι τελικές νευρικές απολήξεις των κλάδων της φλεγμένουσας περιοχής εκπολωθούν, το ηλεκτρικό δυναμικό που προκύπτει μεταφέρεται στο ΚΝΣ όπου, μέσω διαδικασιών, γίνεται αντιληπτός ο πόνος.

Σχετικά πρόσφατα, διαπιστώθηκε η απελευθέρωση νευροπεπτιδίων από τα τελικά άκρα των κεντρομόλων νευρικών ινών, σε περιπτώσεις νευρογενούς φλεγμονής.

Στην κατηγορία των νευροπεπτιδίων ανήκουν η ουσία P, η νευροκινίνη A, η καλσιτονίνη-CGRP κλπ.

Περισσότερο έχει μελετηθεί η ουσία P, που συναντάται σε υψηλά επίπεδα στην οπίσθια μοίρα του νωτιαίου μυελού, καθώς και στους κλάδους του τριδύμου.[5]

Η δράση της ουσίας P ποικίλλει.

Είναι ο νευροδιαβιβαστής των νευρικών οδών του πόνου που προκαλεί διέγερση των νευρώνων, οι οποίοι εντοπίζονται τόσο στο νωτιαίο μυελό, όσο και στο τρίδυμο και δέχονται επώδυνα ερεθίσματα.

Η ουσία P στην περιφέρεια, προκαλεί αγγειοδιαστολή, αυξάνει την αγγειακή διαπερατότητα, ενεργοποιεί τα λεμφοκύτταρα, απελευθερώνει την ισταμίνη και την 5-υδροξυτριπταμίνη από τα σιτευτικά κύτταρα, καθώς και των νευροπεπτιδίων CGRP και της νευροκινίνης A.

Η απελευθέρωση της CGRP επιτείνει την αγγειοδιαστολή και σε συνδυασμό με την αύξηση της αγγειακής διαπερατότητας, συμβάλλει στην αύξηση της ουσίας P, προάγοντας την φλεγμονή νευρογενούς προελεύσεως.

Επίσης, η ουσία P που εντοπίζεται στους αισθητικούς νευρώνες και οι ενδιάμεσοι νευρώνες μεταξύ των πρωτογενών κεντρομόλων ινών και των συμπαθητικών προγαγγλιακών νευρώνων, αποτελούν δύο διαφορετικούς τρόπους μέσω των οποίων αυξάνεται η απελευθέρωση νευροχημικών παραγόντων, όπως η προσταγλανδίνη PGEg, από τις τελικές νευρικές απολήξεις των συμπαθητικών ινών.

Είναι διαπιστωμένο ότι υφίσταται σχέση μεταξύ του ΑΝΣ και της φλεγμονής, καθώς και των διαφόρων τύπων χρονίου πόνου.

Προφανώς, οι στρεσογόνες καταστάσεις αυξάνουν τη δραστηριότητα των συμπαθητικών νευρώνων, επιδεινώνοντας τα συμπτώματα και τις επώδυνες διαταραχές των Κροταφογναθικών διαρθρώσεων και τις ευρύτερης περιοχής του ΣΣ.[6]

Δομικά στοιχεία εμπλεκόμενα στην αντίληψη του πόνου και στη διάδοσή του, είναι ο νωτιαίος μυελός και οι δευτερεύοντες πυρήνες του τριδύμου.

Περιέχουν νευρώνες με διαφορετικά σωματοαισθητικά δεκτικά πεδία.

Διακρίνονται σε τρεις τύπους:

1) Νευρώνες χαμηλού ουδού διέγερσης που δέχονται σωματοαισθητικά μηχανικά ερεθίσματα από το δέρμα και τους υποδόριους ιστούς. Ονομάζονται Low Thresholds Mechanoreceptors (LTM) και διαβιβάζουν επώδυνα ερεθίσματα.
2) Νευρώνες που μεταφέρουν αποκλειστικά επώδυνα ερεθίσματα και ονομάζονται Nociceptive Specific (N.S.).
3) Νευρώνες που δραστηριοποιούνται από ερεθίσματα υψηλού και χαμηλού ουδού διέγερσης και ονομάζονται W.D.R. (Wide Dynamic Range).[7,8]

Οι νευρώνες του τριδύμου συμβάλλουν στην αντίληψη και διάδοση του πόνου, χαρακτηρίζοντας καταστάσεις παρόμοιες με αυτές των ΚΡΓΔ.

Μερικές από αυτές μπορούν να αποδοθούν στις μεταβολές του ουδού διέγερσης και τις μεταβολές των ιδιοτήτων των υποδοχέων που εντοπίζονται στην περιοχή της βλάβης.

Τελικά, όμως, όπως φαίνεται, η αιτία του πόνου στις ΚΓΔ και άλλων ομοίων καταστάσεων, δεν είναι ακόμη γνωστή, αν και οι μηχανισμοί όπως η φλεγμονή νευρογενούς προελεύσεως, είναι σημαντικοί στις αρθροπάθειες και μπορεί να συνδέονται με τον Στοματοπροσωπικό πόνο.

Στην προσπάθεια ερμηνείας του πόνου, στη δραστηριότητα των μυών, διατυπώθηκε η θεωρία του φαύλου κύκλου, βάσει της οποίας, η μυϊκή υπερδραστηριότητα προκαλεί πόνο, που με τη σειρά του, προκαλεί μυϊκή υπερδραστηριότητα.[9]

Η θεωρία του φαύλου κύκλου απερρίφθη και στη θέση της προτάθηκε η θεωρία του προτύπου του προσαρμοζόμενου πόνου (pain adaptation model).

Σε αυτήν, ενσωματώθηκαν οι γνώσεις σχετικά με τις αλληλεπιδράσεις μεταξύ αισθητικών και κινητικών νευρώνων.

Η θεωρία στηρίχθηκε στην άποψη ότι ο πόνος οδηγεί τους λειτουργούντες μύες να γίνονται λιγότερο ενεργητικοί, σε αντίθεση με τους ανταγωνιστές οι οποίοι γίνονται περισσότερο ενεργητικοί απ' ότι φυσιολογικά[10,11], με αποτέλεσμα μείωση της ευρύτητας των κινήσεων και της ταχύτητας και μείωση της ευκαιρίας επιδείνωσης της βλάβης.

Συμπερασματικά, η ανάλυση των ιδιοτήτων των περιφερικών και κεντρικών στοιχείων της ευαισθητοποίησης των υποδοχέων του πόνου στους μύες και τις αρθρώσεις μπορεί να οδηγήσουν στην ερμηνεία της σημειολογίας και στα συμπτώματα των ΚΡΓΔ και, ιδιαιτέρως, στην κατανόηση του τρόπου εντοπισμού και διάδοσης του πόνου.

ΠΙΝΑΚΑΣ 1: Αιτιολογικοί παράγοντες σχετιζόμενοι με ΚΡΓΔ

ΔΕΣΠΟΖΟΝΤΕΣ	ΕΝΑΡΚΤΗΡΙΟΙ	ΔΙΗΝΕΚΕΙΣ Ή ΣΥΝΕΧΕΙΣ
Συστηματικοί (Αυτοάνοσα, γενική υγεία)	Τραύμα (μίκρο-μάκρο)	Μηχανική και μυϊκή φόρτιση
Ψυχολογικοί (προσωπικότητα, συμπεριφορά)	Παραλειτουργικές έξεις	Προβλήματα μεταβολισμού
Δομικοί (συγκλεισιακές παράμετροι, απώλεια δοντιών)	Υπερφόρτιση του ΣΣ	Ψυχοκοινωνικά προβλήματα

Συνέχεια στη σελίδα 6

AIRFLOW® PROPHYLAXIS MASTER

Οδοντεμπορική
...The absolute DEPOT!

ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΙΚΑ ΕΙΔΗ
& ΜΗΧΑΝΗΜΑΤΑ
Π. Τσαλδάρη 211
17676 Καλλιθέα
Τηλ.: 210 95 72 770, 771
Fax: 210 95 77 557
email:odontemporiki@gmail.com, www.odontemporiki.gr

ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΙΚΑ ΑΠΟΣΤΟΛΙΔΗ από το 1929
www.apostolides.gr
Για όλους έχουν υπογράψει αποστόλιδης

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.

Συνέχεια από τη σελίδα 4

Ψυχολογικοί

Ο Στοματοπροσωπικός πόνος και ιδιαιτέρως με τη χρονία μορφή του, αποτελεί ένα από τα κύρια συμπτώματα των λειτουργικών διαταραχών του Στοματογναθικού Συστήματος, «Αποτελεί μία κλινική οντότητα, σαφώς οριζομένης και ανεπαρκούς προσδιοριζόμενης αιτιοπαθολογίας, που βιώνεται ως μία παρατεινόμενη εμπειρία ενσωματωμένης δυσφορίας, με κέντρο τη στοματοπροσωπική περιοχή. Η διαταραχή αυτή ανήκει στο ευρύτερο πλαίσιο των επικαλουμένων «Ιατρικών Ανεξήγητων Φυσικών Συμπτωμάτων» ή ΙΑΦΣ ή των «σωματόμορφων διαταραχών», σύμφωνα με την ψυχιατρική ορολογία. Η μελέτη του ΧΣΠΠ καταδεικνύει τα μειονεκτήματα και τους περιορισμούς μιας αμιγούς βιοϊατρικής προσέγγισης και ταυτόχρονα δηλώνει την ανάγκη για μία ευρύτερη θεώρηση, όπου οι ψυχοκοινωνικοί παράγοντες θα πρέπει να αξιολογούνται με τον ίδιο τρόπο.

Η μελλοντική έρευνα αναμένεται να διαλευκάνει περισσότερο αυτή την πολυπαραγοντική προσέγγιση».[12]

Οι τρόποι συμπεριφοράς, οι συγκινησιακές καταστάσεις και οι γνωσίες του ατόμου συνθέτουν ένα σύνολο παραγόντων που, εν δυνάμει, δυνατόν να αποτελέσουν το έναυσμα ή και το αποτέλεσμα της δυσλειτουργίας του ΣΣ.[12,13]

Δημοσίευση αναφερόμενη στην αιτιολογία, διάγνωση και θεραπεία των ΚΡΓΔ[14] υποστηρίζει ότι, η αποδοχή μεταξύ των Οδοντιάτρων για τη συμμετοχή των ψυχοφυσιολογικών παραγόντων στην πρόκληση δυσλειτουργίας, είναι μεγαλύτερη απ' ότι ήταν την προηγούμενη δεκαετία.

Οι Rugh και Dahlstrom[15] διακρίνουν τρεις βασικές κατηγορίες ψυχολογικών παραγόντων.

1) Παράγοντες που αφορούν την ψυχολογία της συμπεριφοράς.
2) Παράγοντες σχετιζόμενοι με τις γνωσίες, πεποιθήσεις και αντιλήψεις.
3) Σε ψυχοσυγκινησιακούς παράγοντες.

Η ανάλυση της συμπεριφοράς μελετά και εξετάζει τους παράγοντες που καθορίζουν τη συμπεριφορά του ατόμου.

Καταστάσεις που σχετίζονται με το Στοματογναθικό σύστημα, όπως οι διάφορες παραλειτουργικές έξεις, το παίξιμο μουσικών οργάνων, τραυματισμοί από χτυπήματα, ή από άσκηση υπέρμετρων φορτίων κατά τη λειτουργία του μυοσκελετικού συστήματος, ανήκουν στο χώρο των τρόπων συμπεριφοράς.[16,17] Οι εν λόγω παράγοντες μπορούν να οδηγήσουν σε μυϊκή υπερλειτουργία και δυνατόν να αποτελούν το αίτιο διαταραχής των ΚΡΓΔ, μόνο σε ένα υποσύνολο ατόμων.

Για παράδειγμα, η μυϊκή υπερφόρτιση μπορεί να σχετίζεται με το νυχτερινό βρυγμό ή το παίξιμο μουσικών οργάνων.

Οι Lund και συν.[11], υποστηρίζουν ότι η προκλητή μυϊκή υπερλειτουργία αποτελεί προστατευτική προσαρμογή των μυών παρά ένα φαύλο κύκλο πόνου-μυϊκής υπερλειτουργίας-χρόνιου πόνου.

Ένα σημαντικό ποσοστό του γενικού πληθυσμού παρουσιάζει παραλειτουργικές έξεις, χωρίς όμως να εμφανίζει σημειολογία συμβατή με δυσλειτουργία των Στοματογναθικού συστήματος.

Συνεπώς, θα πρέπει να είμαστε επιφυλακτικοί στο να θεωρήσουμε αυτούς τους παράγοντες ως αιτιολογικούς.

Σχετική έρευνα από τους Stohler και Ashton-Miller[18], έδειξε ότι η ταχύτητα και το εύρος των κινήσεων της κάτω γνάθου μειώνονται σημαντικά σε περιπτώσεις υπερλειτουργίας του μασητήρα.

Συμπερασματικά, υφίσταται σχέση αλληλεξάρτησης και αλληλεπίδρασης μεταξύ παραλειτουργικών έξεων και δυσλειτουργίας του Στοματογναθικού συστήματος.

Ένα σημαντικό πρόβλημα που προέκυψε από τη μελέτη δυσλειτουργικών ασθενών ήταν η διαπίστωση ότι, ενώ το 80-90% του πληθυσμού που εξετάστηκε-ελέγχθηκε εμφάνισε σημειολογία δυσλειτουργίας, μόνο το 5% αναζήτησε θεραπεία.

Ως εκ τούτου, ο ασθενής είναι εκείνος ο οποίος, πρωτίστως, πρέπει να συνειδητοποιήσει το σύμπτωμα, γεγονός που εξαρτάται από τις γνώσεις του, τις απόψεις του γύρω από την προέλευση και σημαντικότητα του συμπτώματος, ώστε να αντιδράσει επιζητώντας θεραπεία.

Ανατρέχοντας στη σχετική βιβλιογραφία[19], διαβάζουμε ότι, ασθενείς οι οποίοι μπορούν να ελέγξουν τον πόνο τους, προσαρμόζονται επιτυχώς σε χρόνιες καταστάσεις.

Αντιθέτως, ασθενείς που επικεντρώνονται στο σύμπτωμα, καθίστανται πλέον ευάλωτοι και ευαίσθητοι στην απόκτηση προβλήματος.

Η θετική ή αρνητική αντίδραση του ασθενούς σε ένα συγκεκριμένο σύμπτωμα, καθώς και οι γνωσίες γύρω από αυτό, μπορούν να τροποποιήσουν τη συμπεριφορά του πόνου (ένταση – διάρκεια) και κατ' επέκταση τη ψυχοσύνθεση και την προσωπικότητα του ασθενούς.

Οι πεποιθήσεις ως προς τη φύση του συμπτώματος, είναι ιδιαιτέρως σημαντικές, επειδή προσδιορίζουν και καθορίζουν την τάση του να αξιολογεί σωστά την προέλευση και εξέλιξη του συμπτώματος επιζητώντας θεραπεία.

Άγχος, μελαγχολία, κατάθλιψη και εν γένει συγκινησιακοί παράγοντες, επηρεάζουν άμεσα και καταλυτικά τη δυσλειτουργία του ΣΣ κατά ποικίλους τρόπους.

Υπογραμμίζουμε ότι η περιοχή του Στοματογναθικού συστήματος είναι επιρρεπής σε ψυχογενή αίτια, γεγονός που με τη σειρά του τροποποιεί την αντίληψη και την αίσθηση του πόνου.[20]

Οι Tversky και συν.[21], σε σχετική εργασία, υπογραμμίζουν τη σπουδαιότητα της αναγνώρισης των συγκινησιακών παραγόντων και διαπίστωσαν ότι, ο συνδυασμός αντικαταθλιπτικής θεραπείας και η εφαρμογή νάρθηκα σε ομάδα ασθενών, ανακούφισαν τόσο τον πόνο, όσο και την κατάθλιψη.

Ένα σημαντικό ποσοστό με αγχώδεις διαταραχές, παρουσιάζει σημειολογία συμβατή με δυσλειτουργία.

Ασφαλώς, υπάρχει και η άλλη άποψη σύμφωνα με την οποία, ασθενείς με χρόνιο πόνο ο οποίος παραμένει αδιάγνωστος -σε πείσμα κάθε σχετικής προσπάθειας- και δεν υφίεται, διαχρονικά και μοιραία, οδηγεί σε υποβόσκουσα κατάθλιψη.

Το ποσοστό της συχνότητας εμφάνισης άγχους, μελαγχολίας και κατάπτωσης και της σχέσης τους με τη δυσλειτουργία του ΣΣ, ποικίλει αρκετά.

Συμπερασματικά, οι έντονες συγκινησιακές καταστάσεις, οι γνωσίες, οι πεποιθήσεις και, γενικότερα, η ψυχοσύνθεση του ασθενούς συνολικά, επηρεάζουν το Στοματογναθικό σύστημα.

Υπάρχει όμως και αντίλογος, ο οποίος υποστηρίζει ότι η ισορροπία των παραγόντων αυτών δρα κατά τρόπο ώστε το σύστημα να διατηρείται υγιές.

Παραλειτουργικές έξεις, όπως μέτριος βρυγμός, μπορεί να επιδρούν θετικά στους μασητήριους μύες, υπό την έννοια ότι τους οδηγούν στην εκτέλεση άσκησης που τους δυναμώνει και συγχρόνως προσαρμόζει την κροταφογναθική διάρθρωση στην κατάσταση αυτή.

Έτσι, χρόνιες παραλειτουργικές έξεις δυνατόν να καταστήσουν το Στοματογναθικό σύστημα ικανό να ανταπεξέρχεται σε ένα βαρύτερο παθολογικό επίπεδο.

Οι απόψεις αυτές με βρίσκουν «μάλλον» αντίθετο.

Όπως διαπιστώνεται, μέσα από ένα μεγάλο αριθμό ασθενών με νευρομυϊκού τύπου διαταραχές και χωρίς υποκείμενα νοσήματα που θα μπορούσαν να αιτώνται αυτού του τύπου δυσλειτουργία, δημιουργούνται προβλήματα, τόσον στο εσωτερικό της κροταφογναθικής διάρθρωσης, όσο και στο μυϊκό σύστημα της ευρύτερης περιοχής του Στοματογναθικού συστήματος (π.χ. εκφυλιστικές διαδικασίες, διαβρώσεις των σκληρών μορίων κλπ.)

Ανάλογα προβλήματα, ενδεχομένως, θα παρατηρήσουμε και στη σύγκλειση των δοντιών (αποτριβές, διαβρώσεις αυχενικές, μερική καταστροφή επανορθωτικών εργασιών).

Αλλά και τα μαλακά μόρια της περιοχής δεν υστερούν. Χαρακτηριστικό παράδειγμα η υπερτροφία, κυρίως της γαστέρας του μασητήρα και σταδιακή εμφάνιση μυαλγίας, λόγω της παρατεταμένης ισχαιμίας του συνόλου των μασητήριων μυών και των μυών της ευρύτερης περιοχής.

Σύμφωνα με τους Dahlstrom και Rugh[16], μόνο σε ένα υποσύνολο ασθενών, οι παραλειτουργικές έξεις οδηγούν στη δημιουργία και εκδήλωση πόνου και κυρίως σε ασθενείς που δεν είχαν παρόμοιο ιστορικό.

Συζήτηση

Εν κατακλείδι, όλοι οι προρηθέντες παράγοντες επιδρούν στην εύρυθμη λειτουργία του Στοματογναθικού συστήματος, αναλόγως της χρονιότητας και της συχνότητάς τους.

Εναπόκειται, συνεπώς, στην ικανότητα του ειδικού κλινικού οδοντιάτρου να κρίνει κατά πόσον οι διάφοροι ψυχολογικοί παράγοντες μπορούν να επηρεάσουν την ισορροπία του Στοματογναθικού συστήματος και, συνεπώς, να καθορίσει την ανάγκη ή μη θεραπείας.[17]

Είναι αξιοσημείωτη η διαπίστωση ότι η πρωτογενής ή δευτεροπαθής προσβολή του Στοματογναθικού συστήματος από γενικότερες παθολογικές καταστάσεις, όπως αυτοάνοσα νοσήματα, όγκος της περιοχής, κρανιοπροσωπικά άλγη και σύνδρομα, νευροπαθητικός πόνος κλπ., αποτελούν μειοψηφία.

Στις περιπτώσεις αυτές, εξ αρχής σχεδόν, η αιτιοπαθογένεια είναι ξεκάθαρη και, συνεπώς, η διαφορική διάγνωση και η διάγνωση δεν παρουσιάζουν ιδιαίτερες δυσκολίες.[22]

Προς επίρρωση των θέσεών μου, που διαχρονικά υποστήριζα μέσα από τον Ακαδημαϊκό και γραπτό μου λόγο, μεταφέρω αυτούσια τα συμπεράσματα μίας εξαίρετης δημοσίευσης του Αναπληρωτή Καθηγητή κ. Ι. Παπακώστα, Διευθυντή της Μονάδας Γνωσιακής Ψυχοθεραπείας του ΕΚΠΑ στο Αιγινήτειο.

Η εργασία δημοσιεύθηκε στο περιοδικό της Οδοντοστοματολογικής Προόδου (Τόμος 65, τεύχος 2, αφιερωμένο αποκλειστικά στον Στοματοπροσωπικό πόνο, το 2011), και με τίτλο «Ψυχιατρική προσέγγιση του χρόνιου Στοματοπροσωπικού πόνου».

«Μολονότι η προσφορά της βιοϊατρικής προσέγγισης στο δίπολο νόσος – υγεία, είναι ανεκτίμητη, ιδιαίτερα στο θέμα του χρόνιου πόνου (όπως είναι ο ΧΣΠΠ), αλλά και των άλλων ΙΑΣΦ, έχει σαφώς περιορισμένες επεξηγηματικές και επεμβατικές δυνατότητες, όπως επιχείρησε να καταδείξει το παρόν άρθρο.

Οι θεωρίες που απαρτίζουν τη βιολογική και ψυχολογική προσέγγιση με το κοινωνικό υπόστρωμα του ασθενούς (βιοψυχοκοινωνικές), είναι αυτές που αναπτύχθηκαν πρόσφατα και που αξιολογούνται ως προς την επεξηγηματικότητα, την εφαρμοσιμότητα και αποτελεσματικότητά τους.

Η αγαστή απαρτίωση της βιοϊατρικής με την ψυχοκοινωνική προσέγγιση στα προβλήματα αυτά -και όχι μόνο-, αποτελεί μείζον αίτημα των καιρών».

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Greene CS. Myofacial pain dysfunction syndrome: Monsurgical treatment. In: Saruat BS, Lskin DM (eds). The termporomandibular Joint. A biological basis for clinical practice. Publ. CC Thomas Springfield, 315-34, 1980.
2. Carlsson G.E., Δρούκας Β., Τζάκης Μ., «Η αιτιολογία των Κρανιογναθικών Διαταραχών, με ιδιαίτερη έμφαση στο ρόλο της σύγκλεισης». Οδοντοστοματ. Πρόοδος 65 (2): 180-203, 2011.
3. Schaible H-G., Schmidt R.G., "Responses of fine medial articular nerve afferents to passive movements of knee joint". J. Neurophysiol, 49:1118-26, 1988.
4. Mense S., Meyer H., "Bradykinin-induced modulation of the response behaviour of different types of feline group III and IV muscle receptors". J. Physiol. (Lond.) 398:49-63, 1991.
5. Mense S., "Considerations concerning the neurobiological basis of muscle pain". Can J. Phyusiol. Pharmacol. 69:610-6, 1991.
6. Lund J.P., Sessle B.J., "Neurophysiological Mechanisms. In: Zarb G.A., Carlsson G.E., Sessle B.J., Mohl N.D. (eds)". Munksgaard Copenhagen 118-207, 1994.
7. Sessle B.J., "The neurobiology of facial and dental pain. Present Knowledge future directions". Dent Res., 66:962-81, 1987.
8. Sessle B.J., "Central nervous system mechanisms of muscular pain. In: Fricton J.R., Awad E.A., (eds). Myofacial pain and fibromyalgia". Raven Press. New York 87-105, 1990.
9. Travell J., Rinzel S., Herman M., "Pain and disability of shoulder and arm. Treatment by Intramuscular infiltration with procaine hydrochloride. J Am Med. Assoc., 120:417-22, 1942.
10. Lund J.P., Olsson K.E., "The importance of reflexes and their control during jaw movement. Trends Neurosc. 6:458-63, 1983.
11. Lund J.P., Stohler C.S., Widmer C.G., "The relationship between pain and muscle activity in fibromyalgia and similar conditions. In: Valroy H., Merskey H., (eds). Progress in fibromyalgia myofacial pain". Elsevier. Amsterdam 311-27,1993.
12. Dworkin S.F., Leresche L., Von Korff M., "Studying the natural history of TMD epidemiologic perspectives on physical and psychological findings. In: Vig KD, Vig PS (eds). Clinical research on the basis of clinical practice". Ann Arbor: Center for human growth and development. The University of Michigan 39-60, 1991.
13. Rugh J.D., Davis S.E., "Temporomandibular Disorders: psychological and behavioral aspects". In: Saruat B.G., Larkin D.M. (eds). The Temporomandibular Joint: a biological basis for clinical practice.". W.B. Saunders Co. Philadelphia. 329-45, 1992.
14. Just J.K., Perr H.T., Greene C.S., "Treating TM disorders: a survey on diagnosis, etiology and management. J Am Dent. Assoc. 122: 550-60, 1991.
15. Rugh J.D., Dahlstrom L., "Behavioral and psychological mechanisms". In: Zarb G.A., Carlsson G.E., Sessle B.J., Mohl N.D. (eds). "Temporomandibular Joint and masticatory muscle disorders". Munksgaard, Copenhagen, 208-218, 1994.
16. Harness D.M., Rome H.P., "Psychological and behavioral aspects of chronic facial pain". Otorynology clin. North Am. 22:1073-94, 1989.
17. Merskey H., "Psychological factors and muscular pain in: Fricton J.R., Awada E.A., (eds). "Myofacial pain, fibromyalgia". Raven Press. Ltd. New York, 213-25, 1990.
18. Howard J.A., "Temporomandibular joint disorders, facial pain, and dental problems in performing artists". In: Satalof R.T., Brandfonbrener A., Laderman R (eds). Textbook of performing arts medicine. Raven Press Ltd. New York 111-69, 1991.
19. Lund J.P., Donga R., Widmer C.G., Stohler C.S., "The pain-adaptation model: a discussion of the relationship between chronic musculoskeletal pain and motor activity. Can J Physio Pharmacol 69: 683-94, 1990.
20. Jensen M.P., Turner J.A., Romano J.M., Karoly P., "Coping with chronic pain: a critical review of the literature". Pain, 47: 249-83, 1991.
21. Alling C.L., Burton H.N., "Differential diagnosis of chronic orofacial pain". J prosthet. Dent., 31:66, 1974.
22. Δρούκας Β. «Λειτουργία και Δυσλειτουργία του Στοματογναθικού Συστήματος», 4η έκδοση, Επ. Εκδ. Παρισιάνου, Αθήνα 2020.

SmartOPTIC

Αξεσουάρ και επιλογές

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

Ανακλινόμενα προσοφθάλμια 195°

ΕΞΥΠΝΑ ΑΞΕΣΟΥΑΡ - ΠΛΗΘΩΡΑ ΒΕΛΤΙΩΣΕΩΝ

Επέκταση διόπτρας

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

Δαχτυλίδι περιστροφής της διόπτρας

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

Εξειδικευμένη PROCAM ψηφιακή camera

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

Ψηφιακή κάμερα SLR

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

Sony NEX 5

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

Βιντεοκάμερα

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

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

SELIGA MICROSCOPES

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

Dental Expert - Άννα Ελμάογλου Ε.Π.Ε.

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

Συνάντηση της ομάδας της ΕΟΟ «Γυναίκες στην Οδοντιατρική» με την υφυπουργό Εργασίας

Ανέδειξαν τις ανισότητες που βιώνουν οι οδοντίατροι στην άσκηση του επαγγέλματός τους

Συνάντηση με την υφυπουργό Εργασίας και Κοινωνικών Υποθέσεων, Μαρία Συρεγγέλα, αρμόδια για τη Δημογραφική Πολιτική και την Οικογένεια, είχαν, μέσω τηλεδιάσκεψης, μέλη της ομάδας εργασίας της ΕΟΟ «Γυναίκες στην Οδοντιατρική». Στη συζήτηση τέθηκαν όλα τα ζητήματα που αντιμετωπίζουν ειδικά οι γυναίκες οδοντίατροι, σε περιόδους που αναγκάζονται για λόγους υγείας, μητρότητας ή άλλους οικογενειακούς λόγους να απέχουν απ' τα καθήκοντά τους και οι ανισότητες που βιώνουν σε σχέση με άλλες κατηγορίες εργαζομένων. Θετικός ο απολογισμός της πρώτης συνάντησης με το υπουργείο, αλλά «μένει πολλή δουλειά» ακόμα είναι το μήνυμα που εκπέμπει η ομάδα «Γυναίκες στην Οδοντιατρική».

Την πρώτη αναγνωριστική και συνάμα εποικοδομητική συνάντηση με την υφυπουργό Εργασίας και Κοινωνικών Υποθέσεων, Μαρία Συρεγγέλα, αρμόδια για τη Δημογραφική Πολιτική και την Οικογένεια, είχαν πρόσφατα, μέσω τηλεδιάσκεψης, μέλη της ομάδας εργασίας της ΕΟΟ «Γυναίκες στην Οδοντιατρική».

Της **Γεωργίας Σάκκουλα** δημοσιογράφου

Σκοπός ήταν να τεθούν στην υφυπουργό οι ανισότητες που βιώνουν οι γυναίκες οδοντίατροι στη χώρα μας κατά την άσκηση του επαγγέλματός τους και το πώς μπορούν να αντιμετωπιστούν αυτές. Προς τον σκοπό αυτό εξάλλου παρουσιάστηκαν κάποια πρώιμα αλλά πολύ χαρακτηριστικά συμπεράσματα από τη μεγάλη πανελλαδική έρευνα της ΕΟΟ για τις κοινωνικοοικονομικές ανισότητες κατά την άσκηση της οδοντιατρικής στην Ελλάδα σε συνεργασία με το τμήμα MBA του ΕΚΠΑ, αλλά και ενδεικτικά ευρήματα από παλαιότερη μελέτη του «Οδοντιατρικού Βήματος».

Η Ελληνική Οδοντιατρική Ομοσπονδία ζητά από την πολιτεία να προωθήσει για τους ελευθεροεπαγγελματίες αντίστοιχες πρόνοιες με αυτές του Υπαλληλικού Κώδικα και να εφαρμοστεί η νομοθεσία που ισχύει για τους υπαλλήλους του ιδιωτικού τομέα. Ιδιαίτερα κατά την περίοδο της κύησης και της λοχείας, ζητούν, να τύχει ανάλογης τουλάχιστον αντιμετώπισης με αυτήν της έμμισθης οδοντιάτρου. Σε αυτό το πλαίσιο επισημαίνουν και το πρόβλημα υπογεννητικότητας στη χώρα.

«Η αλήθεια είναι ότι οι γυναίκες οδοντίατροι βιώνουν ανισότητες σε πολλά επίπεδα και οφείλουμε να άρουμε τα εμπόδια που συναντούν όταν, για παράδειγμα, γίνονται μητέρες» τόνισε ο πρόεδρος της ΕΟΟ **Αθανάσιος Δεβλιώτης.** Σύμφωνα με τον κ. Δεβλιώτη, *«οι γυναίκες οδοντίατροι που αναγκάζονται να διακόψουν την επαγγελματική τους δραστηριότητα για κάποιο διάστημα δεν έχουν στήριξη από την πολιτεία. Γι' αυτό ζητάμε από την υφυπουργό Εργασίας να μεριμνήσει ώστε να καταπολεμηθούν οι ανισότητες, που υφίστανται οι γυναίκες που ασκούν την οδοντιατρική στη χώρα μας, ως ελευθεροεπαγγελματίες».*

«Λαμβάνουμε μέτρα για να προωθήσουμε την ισότιμη πρόσβαση γυναικών και ανδρών στην αγορά εργασίας, να ενισχύσουμε τις εργαζόμενες και τους εργαζόμενους που είναι ή ονειρεύονται να γίνουν γονείς και να στηρίξουμε τον θεσμό της οικογένειας», είπε από την πλευρά της η υφυπουργός **Μ. Συρεγγέλα.**

«Υπάρχει αναγνώριση του προβλήματος»

Το πρώτο βήμα έγινε, αλλά *«μένει πολλή δουλειά ακόμα»* είναι το μήνυμα που εκπέμπει η ομάδα «Γυναίκες στην Οδοντιατρική», μετά τη συνάντηση με την υφυπουργό.

Από μελέτη της ΕΟΟ προκύπτει ότι 1 στις 2 Ελληνίδες οδοντιάτρους αναγκάζεται να απέχει από την επαγγελματική της δραστηριότητα για μεγάλο χρονικό διάστημα λόγω κύησης ή φροντίδας παιδιών χωρίς καμία κοινωνική μέριμνα.

«Παρόλο που η κ. Συρεγγέλα δεν είναι υπεύθυνη για το εργασιακό νομοσχέδιο, μας ανέφερε ότι επειδή το δημογραφικό είναι κάτι το οποίο απασχολεί την Ευρώπη, έχουν αντιληφθεί σε επίπεδο πανευρωπαϊκό ότι οι ελεύθεροι επαγγελματίες έχουν ουσιαστικά τη λιγότερη κοινωνική φροντίδα από όλες τις υπόλοιπες κατηγορίες εργαζομένων», ανέφερε η γραμματέας της ΕΟΟ **Μαρία Μενενάκου** σε τηλεδιάσκεψη με μέλη της ομάδας «Γυναίκες στην Οδοντιατρική».

Η κ. Μενενάκου ανέφερε ότι παρουσίασαν στην υφυπουργό την έρευνα που έχουν κάνει και ότι έχουν διαπιστώσει πως *«υπάρχει μια σειρά επιδοματικών πολιτικών και ευεργετημάτων που αφορούν όχι μόνο την περίοδο της κύησης και αμέσως μετά τη γέννα, ακόμα και σχολικές άδειες, άδειες όταν τα παιδιά δίνουν εξετάσεις, και άλλα τα οποία για το ελεύθερο επάγγελμα είναι ανύπαρκτα».*

Το θετικό, σύμφωνα με την κ. Μενενάκου, είναι ότι η υφυπουργός *«αναγνώρισε ότι σε ευρωπαϊκό επίπεδο αυτό είναι διαπιστωμένο και υπάρχει η τάση να προστατευτούν και οι ελεύθεροι επαγγελματίες». «Και είναι σημαντικό ότι είπε πως για τον ίδιο λόγο την έχουν προσεγγίσει και τα επαγγελματικά επιμελητήρια»* συνέχισε και συμπλήρωσε πως έδειξε πολύ μεγάλο ενδιαφέρον για τα αποτελέσματα της έρευνας. *«Είπε ότι για πρώτη φορά υπάρχει τεκμηρίωση ανισοτήτων και αυτό είναι ένα εργαλείο το οποίο μπορεί να χρησιμοποιηθεί ακόμα και σε ευρωπαϊκό επίπεδο»*, τόνισε η γραμματέας της ΕΟΟ.

Όσο για το αν πήραν κάποια δέσμευση από την πλευρά του υπουργείου, εξήγησε: *«Αυτό που πήραμε είναι ότι υπάρχει μια αναγνώριση του προβλήματος, το έχουμε συσχετίσει και με το δημογραφικό πρόβλημα, σε επίπεδο πανευρωπαϊκό. Αυτό θέλει πάρα πολλή δουλειά ακόμα. Είναι κάτι το οποίο το ακούνε και όχι κάτι που δεν είναι έτοιμες να το ακούσουν η πολιτεία και η κοινωνία, γιατί παλιά τα δικαιώματα των ελευθεροεπαγγελματιών δεν έμπαιναν στην ατζέντα».*

«Η δική μου παρέμβαση ως μέλος της υποομάδας που ασχολείται με το ασφαλιστικό είχε να κάνει με βασικές διατάξεις του συντάγματος οι οποίες καταπατούνται όσον αφορά στους ελεύθερους επαγγελματίες γενικότερα και όχι μόνο τις γυναίκες. Αφορά το άρθρο 4, που στην παράγραφό του 2, είναι ξεκάθαρη η αναφορά ότι οι Έλληνες και Ελληνίδες έχουν ίσα δικαιώματα και υποχρεώσεις. Πώς έχουμε ίσα δικαιώματα και υποχρεώσεις τη στιγμή που και οι ευπαθείς ομάδες γυναικών αλλά και ανδρών δεν έχουν κάποια στήριξη από την ελληνική πολιτεία;» τόνισε από την πλευρά της η κ. **Σοφία Τζήκα**. *«Όσον αφορά κυρίως στις συναδέλφους την περίοδο της μητρότητας υπάρχει μεγάλη ανισότητα στο κομμάτι της προσφοράς της πολιτείας στην Ελληνίδα οδοντίατρο – γιατρό μητέρα σε σχέση με την Ελληνίδα που δουλεύει στο δημόσιο»* συμπλήρωσε και υπενθύμισε πως. υπάρχουν και οι γυναίκες που έχουν αναλάβει την φροντίδα των ηλικιωμένων γονέων.

Η κ. Τζήκα έθιξε επίσης τον αποκλεισμό των Ελληνίδων ομογενών από τις στρατιωτικές σχολές, λέγοντας ότι αντικρούει στο άρθρο 5, που μιλάει για τα ατομικά και κοινωνικά δικαιώματα και για τις προσωπικές ελευθερίες.. *«Αυτό πάλι είναι ένα μεγάλο θέμα, αντιδημοκρατικό, δεν υπάρχει ισότητα και ισονομία»*, παρατήρησε.

Εκτός από την πρώτη επαφή με το υπουργείο Εργασίας, οι «Γυναίκες στην Οδοντιατρική είχαν επαφή και με την Ελίζα Βόζεμπεργκ, ευρωβουλευτή και αντιπρόεδρο στην επιτροπή για τα δικαιώματα των γυναικών του ευρωπαϊκού κοινοβουλίου. *«Την ενημέρωσα για όλες τις τελευταίες δράσεις της ομάδας Γυναίκες στην Οδοντιατρική. Εξέφρασε η ίδια την προθυμία να συζητήσουμε όλους τους στόχους και προβληματισμούς της ομάδας μας, οργανώνοντας σε πρώτη φάση μια τηλεδιάσκεψη, όπου θα τεθούν όλα τα επιμέρους θέματα, πρωτίστως το ασφαλιστικό»* ανέφερε σχετικά η κ. **Άννα Αντωνίου**. *«Θεωρώ ότι αυτή η τηλεδιάσκεψη θα είναι εξαιρετικά ενδιαφέρουσα γιατί θα μας μεταφέρει τεχνογνωσία και την εμπειρία της, χρειαζόμαστε τις συμβουλές της και ως προς τους στόχους και για όσα μας προβληματίζουν»*, είπε κατά την τηλεδιάσκεψη της ομάδας.

Από την πλευρά της η κ. **Κατερίνα Κυρανούδη** εξέφρασε την εκτίμηση ότι δεν είναι τόσο αντιπροσωπευτικό το 56% που αναφέρεται στην έρευνα ως το ποσοστό των γυναικών οδοντιάτρων που δηλώνουν ότι σταματούν τη δουλειά λόγω κύησης ή λόγω φροντίδας. *«Δυστυχώς το νούμερο αυτό θέλει περισσότερη επεξεργασία, γιατί οι περισσότερες γυναίκες στην Οδοντιατρική παρόλο που γεννάνε και μεγαλώνουν το παιδί τους δεν διακόπτουν την Οδοντιατρική»* εξήγησε. *«Η κατάσταση αυτή, φοβάμαι όταν το επεξεργαστούμε, θα είναι ακόμα πιο δραματική»*, συμπλήρωσε και πρόσθεσε αναφερόμενη στη συνάντηση με την υφυπουργό: *«αυτό που ζητήσαμε από την κ. Συρεγγέλα είναι να φροντίσει τις γυναίκες που έχουν δύσκολη κύηση, απέχουν από την εργασία, και δεν υπάρχει καμιά πρόβλεψη γι' αυτές».*

Η κ. **Γιώτα Ψυλλάκη**, εκπρόσωπος του νομού Χανίων στην ΕΟΟ, έθεσε το ζήτημα της υπογεννητικότητας με αφορμή τηλεοπτικό σποτ σύμφωνα με το οποίο ο πληθυσμός της Ελλάδας θα είναι μειωμένος κατά 2,5 εκατομμύρια σε σχετικά λίγα χρόνια. *«Θα ήθελα να επιστήσω την προσοχή κατά πόσο το κράτος μπορεί να μεριμνήσει και να*

Συνέχεια στη σελίδα 10

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®

Συνέχεια από τη σελίδα 8

βοηθήσει στην υποβοηθούμενη γονιμότητα, όπου παντελώς απέχει. Αν σκεφτείτε ότι μόνο ίσως το νοσοκομείο Αλεξάνδρα έχει την περιορισμένη δυνατότητα να βοηθήσει σε αυτό το πρόβλημα και ότι τα κόστη για κάθε προσπάθεια είναι σχεδόν απαγορευτικά για νέα άτομα, θα έπρεπε πάση θυσία να υπάρξει μια βοήθεια σε αυτό το κομμάτι».

Ένα άλλο θέμα που έθιξε η κ. **Μπέτυ Μπόσνα,** η οποία συμμετέχει στην υποομάδα για το ασφαλιστικό και είναι εκπρόσωπος του Ν. Πέλλας, είναι το γεγονός ότι προς το παρόν δεν καλύπτονται οι οδοντίατροι όταν υπάρχουν κάποια προβλήματα υγείας, όπως για παράδειγμα ένα ατύχημα. *«Είναι και αυτό ένα μελανό κομμάτι του ασφαλιστικού. Πληρώνουμε π.χ. για ΟΑΕΔ αλλά άνεργος ο αυτοαπασχολούμενος δεν θεωρείται ποτέ»*, τόνισε χαρακτηριστικά.

«Έχω διαπιστώσει ότι οι οδοντίατροι είναι από τις ελάχιστες κατηγορίες ασφαλισμένων που δεν έχουν κατοχυρώσει δικαίωμα, έστω και μειωμένης σύνταξης, αν όχι ολόκληρης, έχοντας ανήλικο παιδί», παρατήρησε η κ. **Ολυμπία Πλιάχα,** αντιπρόεδρος στον οδοντιατρικό σύλλογο στον νομό Κοζάνης.

Εκτός από την υποομάδα για το ασφαλιστικό, στις «Γυναίκες για την Οδοντιατρική» υπάρχουν άλλες δύο υποομάδες, εκ των οποίων η μία ασχολείται με την ψυχολογική στήριξη και η άλλη με τον στερεοτυπισμό και την παρενόχληση.

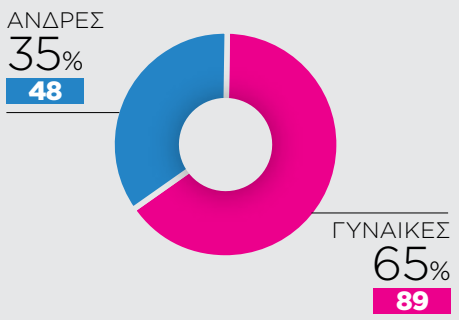
Ειδικά η υποομάδα για τον στερεοτυπισμό και την παρενόχληση δημιουργήθηκε με αφορμή τις καταγγελίες της Ολυμπιονίκη Σοφίας Μπεκατώρου. *«Με το νέο εργασιακό νομοσχέδιο επικυρώνεται η Σύμβαση 190 της Διεθνούς Οργάνωσης Εργασίας, που αφορά στην εξάλειψη της βίας και της παρενόχλησης στην εργασία. Αν και δεν έχουν οριστεί ακόμα ακριβώς οι στόχοι της ομάδας μας το πιο βασικό είναι να δούμε και να ασχοληθούμε με την αντιμετώπιση και πρόληψη τέτοιων φαινομένων»*, σημείωσε η κ. **Αγνή Στάχταρη**.

Παρούσες στην τηλεδιάσκεψη ήταν επίσης οι κ.κ. **Α. Γιαννίρη, Βασ. Πασιά, Φωτ. Παχλιώτη.**

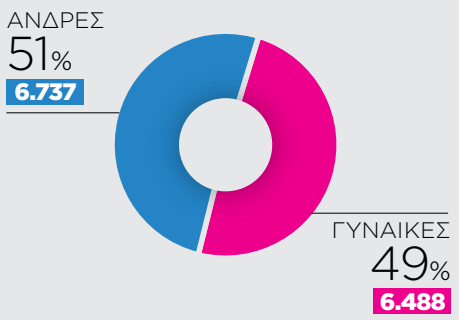
Οι ανισότητες σε αριθμούς

Στο υπόμνημα που κατέθεσαν κατά την τηλεδιάσκεψη με την κ. Συρεγγέλα καταγράφονται μερικά πολύ ενδεικτικά στοιχεία που καταμαρτυρούν τις ανισότητες σε διάφορα πεδία για τις γυναίκες οδοντιάτρους. Τα στοιχεία έχουν αντληθεί από την έρευνα για τις κοινωνικοοικονομικές ανισότητες κατά την άσκηση της οδοντιατρικής στην Ελλάδα: ΕΟΟ- ΜΒΑ ΕΚΠΑ, 2021 (πρώιμη ανακοίνωση) και από τη μελέτη «Γυναίκες και Οδοντιατρική: μια ιστορία συνεχιζόμενων προκλήσεων» της Ηλιάνας Γιαννούλη, που δημοσιεύτηκε στο Οδοντιατρικό Βήμα, Ιαν.-Φεβρ. 2018.

Πρωτοετείς φοιτητές ΕΚΠΑ
(ΣΥΝΟΛΟ 137)



Οδοντίατροι εν ενεργεία
(ΣΥΝΟΛΟ 13.225)

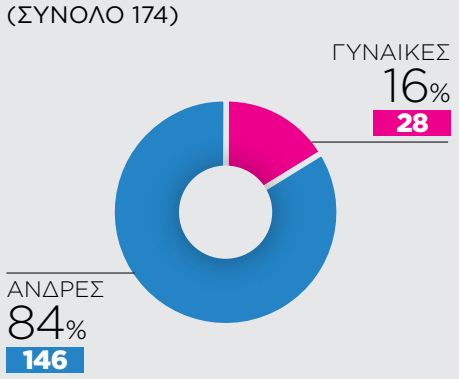


Το ποσοστό των γυναικών οδοντιάτρων που απέχουν από την επαγγελματική τους δραστηριότητα για σημαντικό χρονικό διάστημα ανέρχεται σε περίπου 41%. Από αυτές το 56% δηλώνει ως κύριο λόγο απομάκρυνσης την κύηση, το θηλασμό και τη φροντίδα των παιδιών.

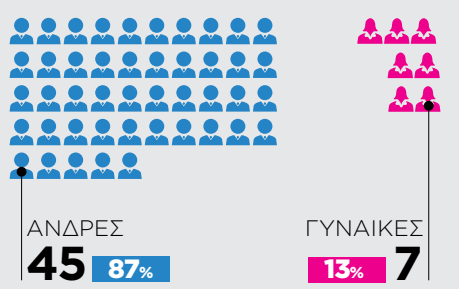
Ο μέσος αριθμός τέκνων που αντιστοιχεί ανά άνδρα οδοντίατρο (1,42) είναι μεγαλύτερος από τον αντίστοιχο αριθμό τέκνων ανά γυναίκα οδοντίατρο (1,17). Η διαφορά αυτή είναι στατιστικά σημαντική (σε υψηλό βαθμό στατιστικής σημαντικότητας 99%)!

Επίσης, οι γυναίκες υπο-εκπροσωπούνται στα συνδικαλιστικά όργανα: Από τα 174 μέλη της Γενικής Συνέλευσης της ΕΟΟ οι 146 είναι άνδρες και οι 28 γυναίκες (ποσοστό 84% έναντι 16%), από τα 15 μέλη του Διοικητικού Συμβουλίου της ΕΟΟ μία μόνο είναι γυναίκα (ποσοστό 7%), ενώ το αξίωμα του Προέδρου από τους 52 Οδοντιατρικούς Συλλόγους το κατέχουν 45 άνδρες και 7 μόνο γυναίκες.

Γενική Συνέλευση ΕΟΟ
(ΣΥΝΟΛΟ 174)



Πρόεδροι οδοντιατρικών συλλόγων
(ΣΥΝΟΛΟ 52)



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

DENTAL HI TEC

Say Goodbye
to ID Blocks forever!

100% EFFICIENT

QuickSleeper5 **SleeperOne5**

Zero

pain - collateral numbness - stress

Electronic injection pens to perform osteocentral anesthesia for children and adults

Get immediate effectiveness, even on mandibular molars and pulpitis

Optimize your treatments in multi-quadrants: save time and money on post COVID-19 procedures and protections

Offer more comfort to your adult and children patients: painfree anesthesia and no collateral numbness

Dental Expert - Άννα Ελμάογλου Ε.Π.Ε.

Ο Εξειδικευμένος Συνεργάτης του Οδοντιατρείου σας

Φειδιππίδου 30, 11527, Γουδή

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

e-mail: anna@dental-expert.gr

Η στήλη της
Ελληνικής Ενδοδοντικής Εταιρείας

Χρήση βιοκεραμικών υλικών στην ακρορριζική περιοχή

Τα δόντια που χρήζουν ενδοδοντικής θεραπείας, με ή χωρίς προηγούμενη παρέμβαση, είναι δυνατό να σχετίζονται με κάποιες ειδικές καταστάσεις όπως η ατελής διάπλαση της ρίζας, εκτεταμένη ακρορριζική απορρόφηση ή να γειτνιάζουν με συγκεκριμένα ανατομικά μόρια (ιγμόρειο άντρο, πόρος του κάτω φατνιακού νεύρου). Εξωτερική ακρορριζική φλεγμονώδης απορρόφηση παρατηρείται συχνά ως αποτέλεσμα της φλεγμονής των περιακρορριζικών ιστών μετά την απώλεια της ζωτικότητας του πολφού και οδηγεί σε απώλεια οστεΐνης και οδοντίνης από την εξωτερική επιφάνεια της ρίζας και οδοντίνης από την εσωτερική επιφάνεια του ακρορριζικού τρήματος, μεταβάλλοντας έτσι τη φυσιολογική μορφολογία / ανατομία του δοντιού[1]. Η ύπαρξη απορρόφησης τέτοιου τύπου και δόντια με ανοιχτά ακρορρίζια συνιστούν πρόκληση κατά την ενδοδοντική θεραπεία καθώς μπορούν να αυξήσουν τις πιθανότητες για υπερδιεύρυνση και υπερέμφραξη. Τέλος, σε περιπτώσεις επικοινωνίας ή εγγύτητας με ανατομικά μόρια η τήρηση του σωστού μήκους εργασίας είναι μείζονος σημασίας.

Ειρήνη Π. Φραγκούλη
Οδοντίατρος - Ενδοδοντολογος, DDs, MSc.
Υποψήφια Διδάκτωρ Οδοντιατρικής Σχολής ΕΚΠΑ

Είναι προφανές ότι η χημικομηχανική επεξεργασία και η έμφραξη του συστήματος των ριζικών σωλήνων τέτοιων δοντιών απαιτούν τροποποιημένα πρωτόκολλα. Η τεχνική έμφραξης συνίσταται σε δυο στάδια: τοποθέτηση βύσματος βιοκεραμικού υλικού ακρορριζικά και πλήρωση του υπόλοιπου ριζικού σωλήνα με φύραμα και θερμοπλαστικοποιημένη γουταπέρκα. Στόχος είναι η πρόληψη της εξόδου εμφρακτικού υλικού στους περιακρορριζικούς ιστούς, ενώ ταυτόχρονα καθίσταται εφικτή η άμεση τελική έμφραξη του ριζικού σωλήνα.

Η διαδικασία αυτή απαιτεί χρήση βιοσυμβατών υλικών, ώστε να εξασφαλίζεται η επιβίωση και ο πολλαπλασιασμός των κυττάρων που συμμετέχουν στην επανόρθωση, που να συνδυάζουν και άλλες ιδιότητες όπως καλή εμφρακτική ικανότητα, αντιμικροβιακή δράση, ακτινοσκιερότητα και βιοδραστικότητα. Τα βιοκεραμικά υλικά που έχουν ως βάση της χημικής τους σύστασης το πυριτικό ασβέστιο, έχουν αναδειχθεί ως τα υλικά εκλογής για τις διαδικασίες τοποθέτησης ακρορριζικού βύσματος.

Το MTA (Mineral Trioxide Aggregate-Συσσωμάτωμα ορυκτών τριοξειδίων) αποτελεί βιοκεραμικό υλικό πρώτης γενιάς το οποίο αναπτύχθηκε με βάση το τσιμέντο τύπου Portland. Πρόκειται για κονία πυριτικού ασβεστίου, αποτελούμενη από πυριτικό τριασβέστιο, πυριτικό διασβέστιο και αργιλικό τριασβέστιο και εισήχθη για πρώτη φορά στην οδοντιατρική βιβλιογραφία το 1993. Οι in vitro μελέτες των Torabinejad et al[2] καθώς και των Lee et al[3] για χρήση του ως υλικό ανάστροφων εμφράξεων και υλικό αποκατάστασης διατρήσεων, αντίστοιχα, κατέληξαν ότι το MTA εμφανίζει τη χαμηλότερη μικροδιείσδυση και υπερείχε μεταξύ των εξετασμένων υλικών. Επιπλέον, το νέο τότε υλικό, φάνηκε να έχει υψηλή βιοσυμβατότητα[4,5] αλλά και βιοδραστικότητα διεγείροντας την παραγωγή κυτοκινών και οστεοκαλσίνης από οστεοβλάστες[6,7].

Παρά τα πολλαπλά πλεονεκτήματα και την επιτυχημένη χρήση του στην κλινική πράξη, το MTA εμφανίζει δυσκολίες στους χειρισμούς, μικρό χρόνο εργασίας, μεγάλο χρόνο πήξης και κίνδυνο αποχρωματισμού της μύλης των δοντιών[8]. Κατέστη συνεπώς αναγκαίο να αναπτυχθούν νέα υλικά πυριτικού τριασβεστίου, δεύτερη γενιά βιοκεραμικών υλικών, με βελτιωμένες ιδιότητες ώστε να διατηρηθούν οι ευνοϊκές ιδιότητες του MTA και να ελαχιστοποιηθούν οι περιορισμοί του. Τα υλικά αυτά εμφανίζουν μικρότερο χρόνο πήξης, ευκολία στη χρήση, δεν περιέχουν βαρέα μέταλλα ενώ το οξείδιο του βισμουθίου, το οποίο προσδίδει ακτινοσκιερότητα στα υλικά πρώτης γενιάς, έχει αντισταθεί με πεντοξείδιο του τανταλίου (Ta_2O_5) και/ ή οξείδιο του ζιρκονίου[9,10].

Η μεταφορά του υλικού γίνεται με ειδικά εργαλεία (MAP system, Vista disposable MTA carriers κτλ.) και συμπυκνώνεται με συμπυκνωτήρες χειρός, ρίνες, κώνους χάρτου, με τη βοήθεια δόνησης υπερήχων κτλ. Τρία χιλιοστά του υλικού έχουν προταθεί ως το ελάχιστο για αντοχή στη μετατόπιση κατά τη συμπύκνωση της γουταπέρκας και προστασία έναντι της μικροδιείσδυσης, ενώ πέντε χιλιοστά έχουν προταθεί για τη θεραπεία αδιάπλαστων ακρορριζίων[11-13]. Η εργασία με μικροσκόπιο προσφέρει βοήθεια στον έλεγχο της ακρορριζικής τοποθέτησης των βιοκεραμικών υλικών, η οποία πρέπει να περιορίζεται εντός του ριζικού σωλήνα. Η τεχνική της τοποθέτησης είναι εξαιρετικά ευαίσθητη και θα πρέπει να ελέγχεται ακτινογραφικά. Η συμπύκνωση πρέπει να είναι περιορισμένη, λόγω της ελάχιστης ακρορριζικής αντίστασης.

Τέλος, σε δόντια με υπερβολικά ανοιχτό ακρορριζικό τρήμα το βιοκεραμικό υλικό μπορεί να συμπυκνωθεί πάνω σε μία βάση, έναν φραγμό, που αφενός το συγκρατεί και αφετέρου παρεμποδίζει την έξοδό του. Ο φραγμός που συνήθως χρησιμοποιείται είναι το θειικό ασβέστιο ή το κολλαγόνο, δηλαδή απορροφήσιμα υλικά[14,15].

Κλινικά παραδείγματα τοποθέτησης ακρορριζικού βύσματος

Α. Περιπτώσεις αδιάπλαστου ακρορριζίου.

Εκτός από τα εξαιρετικά ποσοστά κλινικής επιτυχίας της τεχνικής με βύσμα βιοκεραμικού υλικού, πλεονεκτήματα του πρωτοκόλλου αποτελούν η άμεση τελική έμφραξη του ριζικού σωλήνα, η άμεση αποκατάσταση της μύλης, ο ελαττωμένος κίνδυνος κατάγματος και μυλικής μικροδιείσδυσης και τέλος, ο συνολικά βραχύτερος χρόνος θεραπείας. Η τεχνική μπορεί να εφαρμοστεί τόσο σε πρόσθια ***(Εικ. 1, 2)*** και σε οπίσθια δόντια ***(Εικ. 3)***, είτε πρόκειται για πρώτη θεραπεία είτε για επανεπέμβαση.

Εικ. 1: Επανεπέμβαση με χρήση της τεχνικής ακρορριζικού βύσματος στο δόντι #21.

Εικ. 2: Ενδοδοντική θεραπεία του #11 με χρήση βύσματος βιοκεραμικού υλικού πρώτης (2α) και δεύτερης γενιάς (2β). Η έντονη ακτινοσκιερότητα χαρακτηρίζει τα υλικά της πρώτης γενιάς.

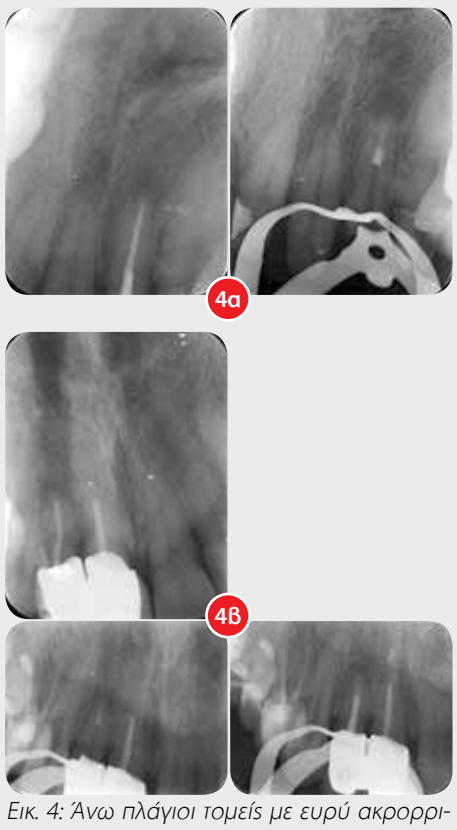
Εικ. 3: Χρήση της τεχνικής ακρορριζικού βύσματος στο δόντι #17.

Επανεπέμβαση στην Ενδοδοντία
Mario Luiz Zuolo, Daniel Kherlakian, José Eduardo de Mello, Jr,
Maria Cristina Coelho de Carvalho, and Maria Inês Ranazzi Cabral Fagundes
Επιστημονική επιμέλεια-Μετάφραση:
Μαρία Γεωργοπούλου Καθηγήτρια ΕΚΠΑ, Αλέξανδρος Προύντζος DDS, MSc Ενδοδοντίας
Αυτό το βιβλίο βοηθά τους επαγγελματίες της στοματικής υγείας να περιηγηθούν με επιτυχία σε κάθε στάδιο της ενδοδοντικής επαναθεραπείας ξεκινώντας από την κατανόηση των ενδείξεων για την επανάληψη της θεραπείας και φτάνοντας στην βέλτιστη επανέμφραξη του ριζικού σωλήνα. Έχοντας την υπογραφή μιας ομάδας έμπειρων ειδικών, αυτό το εξαιρετικό βιβλίο διερευνά τις διάφορες επιλογές και προσεγγίσεις επαναθεραπείας και βασίζεται σε στοιχεία από τη βιβλιογραφία και την εμπειρία από την κλινική πράξη για να κάνει συστάσεις για τα πιο προβλέψιμα πρωτόκολλα και τεχνικές. Οι συγγραφείς αναλύουν τις παραμέτους για την αρχική επιτυχία στην ενδοδοντική θεραπεία και παρουσιάζουν τα νέα υλικά και εργαλεία, καθώς και τα τεχνολογικά μέσα που είναι διαθέσιμα για την επανάληψη της ενδοδοντικής θεραπείας. Καλύπτουν τη διαχείριση των επιπλοκών κατά την πρώτη θεραπεία, με έμφαση στη σωστή εκ νέου πρόσβαση στους ριζικούς σωλήνες, ακόμη και όταν αυτοί είναι ενασβεστιωμένοι.
€150
+ Δώρο
Λεξικό Ενδοδοντολογικών Όρων
Στις τιμές περιλαμβάνονται τα έξοδα αποστολής και ο ΦΠΑ
ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΙΚΟ ΒΗΜΑ | Τηλ.: 210 3814 939

Β. Δόντια με υπερβολικά μεγάλο ακρορριζικό τρήμα.

Σε αυτή την κατηγορία ανήκουν οι εξής περιπτώσεις:

1. Ύπαρξη εκτεταμένης εξωτερικής ακρορριζικής φλεγμονώδους απορρόφησης ***(Εικ. 4,5).***
2. Έχει προηγηθεί υπερδιεύρυνση ***(Εικ. 6)***.
3. Κατόπιν χειρουργικής επέμβασης.



Εικ. 4: Άνω πλάγιοι τομείς με ευρύ ακρορριζικό τρήμα λόγω εξωτερικής φλεγμονώδους απορρόφησης.

Εικ. 5: Εκτεταμένη εξωτερική ακρορριζική φλεγμονώδης απορρόφηση στο δόντι #46.

Εικ. 6: Πέραν της εξωτερικής ακρορριζικής φλεγμονώδους απορρόφησης, η τοποθέτηση ενδορριζικού άξονα έως το ακρορριζικό τριτημόριο κατέστησε αδύνατη την έμφραξη του ριζικού σωλήνα με τις συνήθεις τεχνικές.

Γ. Γειτνίαση με ανατομικά μόρια

1. Ιγμόρειο άντρο ***(Εικ. 7)***.
2. Πόρος του κάτω φατνιακού νεύρου.

Εικ. 7: Γειτνίαση του #15 με το ιγμόρειο άντρο και ταυτόχρονη εξωτερική ακρορριζική φλεγμονώδης απορρόφηση. Επιλέχθηκε η τοποθέτηση βιοκεραμικού υλικού στην ακρορριζική περιοχή ώστε να αποφευχθεί η έξοδος εμφρακτικών υλικών.

Βιβλιογραφία

1. Vier FV, Figueiredo JA. Internal apical resorption and its correlation with type of apical lesion. Int Endod J 2004; 37: 730-737
2. Torabinejad M, Watson TF, Pitt Ford TR. Sealing ability of a mineral trioxide aggregate when used as a root end filling material. J Endod 1993;19(12):591-5.
3. Lee SJ, Monsef M, Torabinejad M. Sealing Ability of Mineral Trioxide Aggregate for Repair of Lateral Root Perforations. Journal of Endodontics 1993; 19(11):541–544.
4. Torabinejad M, Hong CU, Pitt Ford TR, Kettering JD. Cytotoxicity of four root end filling materials. J Endod 1995a;21(10):489-92.
5. Torabinejad M, Hong CU, Pitt Ford TR, Kariyawasam SP. Tissue reaction to implanted SuperEBA and mineral trioxide aggregate in the mandible of guinea pigs: a preliminary report. J Endod 1995b;21(11):569-71.
6. Koh ET, Torabinejad M, Pitt Ford TR, Brady K, McDonald F. Mineral trioxide aggregate stimulates a biological response in human osteoblasts. J Biomed Mater Res 1997; 37: 432-439
7. Koh ET, McDonald F, Pitt Ford TR, Torabinejad M. Cellular response to mineral trioxide aggregate. J Endod 1998; 24(8): 543-547.
8. Parirokh M, Torabinejad M. Mineral trioxide aggregate: a comprehensive literature review–part III: clinical applications, drawbacks, and mechanism of action. J Endod 2010; 36: 400–413
9. Gandolfi MG, Siboni F, Primus CM, Prati C. Ion release, porosity, solubility, and bioactivity of MTA plus tricalcium silicate. J Endod 2014; 40:1632–1637
10. Zamparini F, Siboni F, Prati C, et al. Properties of calcium silicate-monobasic calcium phosphate materials for endodontics containing tantalum pentoxide and zirconium oxide. Clin Oral Invest 2019; 23:445–457
11. Stefopoulos S, Tsatsas, DV, Kerezoudis NP, Eliades G. Comparative in vitro study of the sealing efficiency of white vs grey ProRoot mineral trioxide aggregate formulas as apical barriers. Dent Traumatol 2008; 24: 207-213.
12. Roberts HW, Toth JM, Berzin DW, Charlton DG. Mineral trioxide aggregate material use in endodontic treatment: a review of the literature. Dent Mat 2008; 24: 149-164
13. Holden DT, Schwartz SA, Kirkpatrick TC, Schindler WG. Clinical outcomes of artificial root-end barriers with mineral trioxide aggregate in teeth with immature apices. J Endod 2008; 34:812-817.
14. Bargolz C. Perforation repair with mineral trioxide aggregate: a modified matrix concept. Int Endod J 2005; 38(1): 59-69.
15. Fuss Z, Trope M. Root perforations: classification and treatment choices based on prognostic factors. Endod Dent Traumatol 1996; 12(6): 255-264.

Η στήλη της
ΕΛΛΗΝΙΚΗΣ ΕΤΑΙΡΕΙΑΣ ΠΕΡΙΟΔΟΝΤΟΛΟΓΙΑΣ ΚΑΙ ΟΔΟΝΤΙΚΩΝ ΕΜΦΥΤΕΥΜΑΤΩΝ

Διατήρηση των σκληρών και μαλακών ιστών του μετεξακτικού φατνίου στην πρόσθια αισθητική ζώνη

Η τοποθέτηση των εμφυτευμάτων στην πρόσθια αισθητική ζώνη μπορεί να γίνει είτε άμεσα μετεξακτικά, είτε μετά από την παρέλευση κάποιων εβδομάδων από την εξαγωγή.

Η πρώτη επιλογή είναι πολύ δημοφιλής στους ασθενείς, διότι αποκαθίσταται πιο σύντομα η έλλειψη των προσθίων δοντιών, και δεν επηρεάζεται η εμφάνιση του προσώπου τους. Ωστόσο, δεν υπάρχουν πάντα οι προϋποθέσεις για την άμεση μετεξακτική τοποθέτηση εμφυτεύματος (παχύ παρειακό οστικό πέταλο, παχύς βιότυπος ούλων, απουσία περιακρορριζικής αλλοίωσης).

Έτσι, στην πλειονότητα των περιπτώσεων ο θεράπων ιατρός καταφεύγει σε καθυστερημένη τοποθέτηση του εμφυτεύματος, διατηρώντας παράλληλα τον όγκο του οστού στην περιοχή του μετεξακτικού φατνίου.

Λεωνίδας Μπατάς
Χειρουργός-Οδοντίατρος, D.D.S., M.Sc, PhD
Εξειδικευθείς στην Περιοδοντολογία University of Minnesota, ΗΠΑ, Διδάκτωρ ΑΠΘ, Επιστημονικός Συνεργάτης ΑΠΘ

Μετά την εξαγωγή των δοντιών, μπορεί να εμφανιστεί απώλεια οστού και πολλές δομικές αλλαγές και μορφολογικές αλλοιώσεις των μαλακών ιστών της περιοχής[1]. Οι πολυάριθμες μεταβολές στην φατνιακή ακρολοφία μπορεί να οδηγήσουν σε μεγάλες δυσκολίες κατά την τοποθέτηση του εμφυτεύματος και στην τελική προσθετική αποκατάσταση κυρίως στην αισθητική ζώνη[2]. Για να κατανοήσουμε τις αλλαγές μετά την εξαγωγή δοντιών στην αισθητική ζώνη, είναι θεμελιώδες να κατανοήσουμε τα ανατομικά και ιστολογικά χαρακτηριστικά των ιστών που περιβάλλουν το δόντι που προβλέπεται για εξαγωγή. Πραγματικά, μετά την εξαγωγή, η φατνιακή ακρολοφία εμφανίζει μείωση τόσο σε κάθετες όσο και σε οριζόντιες κατευθύνσεις[3-5]. Είναι χαρακτηριστική η συστηματική ανασκόπηση των Lang et al. (2012) που έδειξε πώς εντός 6 μηνών μετά από εξαγωγή δοντιού η φατνιακή ακρολοφία εμφανίζει μια μέση οριζόντια μείωση στο πλάτος της φατνιακής ακρολοφίας περίπου 3,8 mm και μία κάθετη μείωση της φατνιακής ακρολοφίας περίπου 1,24 mm.

Γίνεται κατανοητό, πως η διατήρηση των σκληρών και μαλακών ιστών στον αρχικό τους όγκο και την αρχική τους μορφή (επαρκής ή φυσιολογική ακρολοφία) μπορεί να θεωρηθεί σημαντικός στόχος μετά την εξαγωγή ενός δοντιού, που επιτρέπει την απλοποίηση των μεταγενέστερων θεραπειών και βελτιστοποιεί τα αποτελέσματά τους, ιδίως όταν προγραμματίζονται να τοποθετηθούν εμφυτεύματα στην αισθητική ζώνη.

Οι τεχνικές διατήρησης της φατνιακής ακρολοφίας και του μετεξακτικού φατνίου (socket preservation) έχουν χρησιμοποιηθεί ευρέως στο παρελθόν και αξιολογούνται συνεχώς. Στόχος των τεχνικών αυτών είναι να ελαχιστοποιήσουν τις πιθανές μεταβολές που συχνά παρουσιάζονται στους μαλακούς και σκληρούς ιστούς μετά την εξαγωγή δοντιών. Σύμφωνα με την βιβλιογραφία[6-9], υπάρχουν τρεις επιλογές για τη διατήρηση του μετεξακτικού φατνίου: η χρήση μοσχευμάτων μαλακού ιστού, η χρήση οστικών μοσχευμάτων ή η χρήση ενός συνδυασμού βιοϋλικών μαλακού ιστού και σκληρού ιστού. Οι κύριοι στόχοι όλων αυτών των επιλογών περιλαμβάνουν: την εξάλειψη, ή τουλάχιστον έναν περιορισμό, των μεταβολών της φατνιακής ακρολοφίας μετά την εξαγωγή, την προώθηση της επούλωσης μαλακού και σκληρού ιστού μετά την εξαγωγή και την διευκόλυνση της τοποθέτησης οδοντικών εμφυτευμάτων σε προσθετικά ιδανική θέση χωρίς την ανάγκη περαιτέρω χειρουργικών διαδικασιών[7,8].

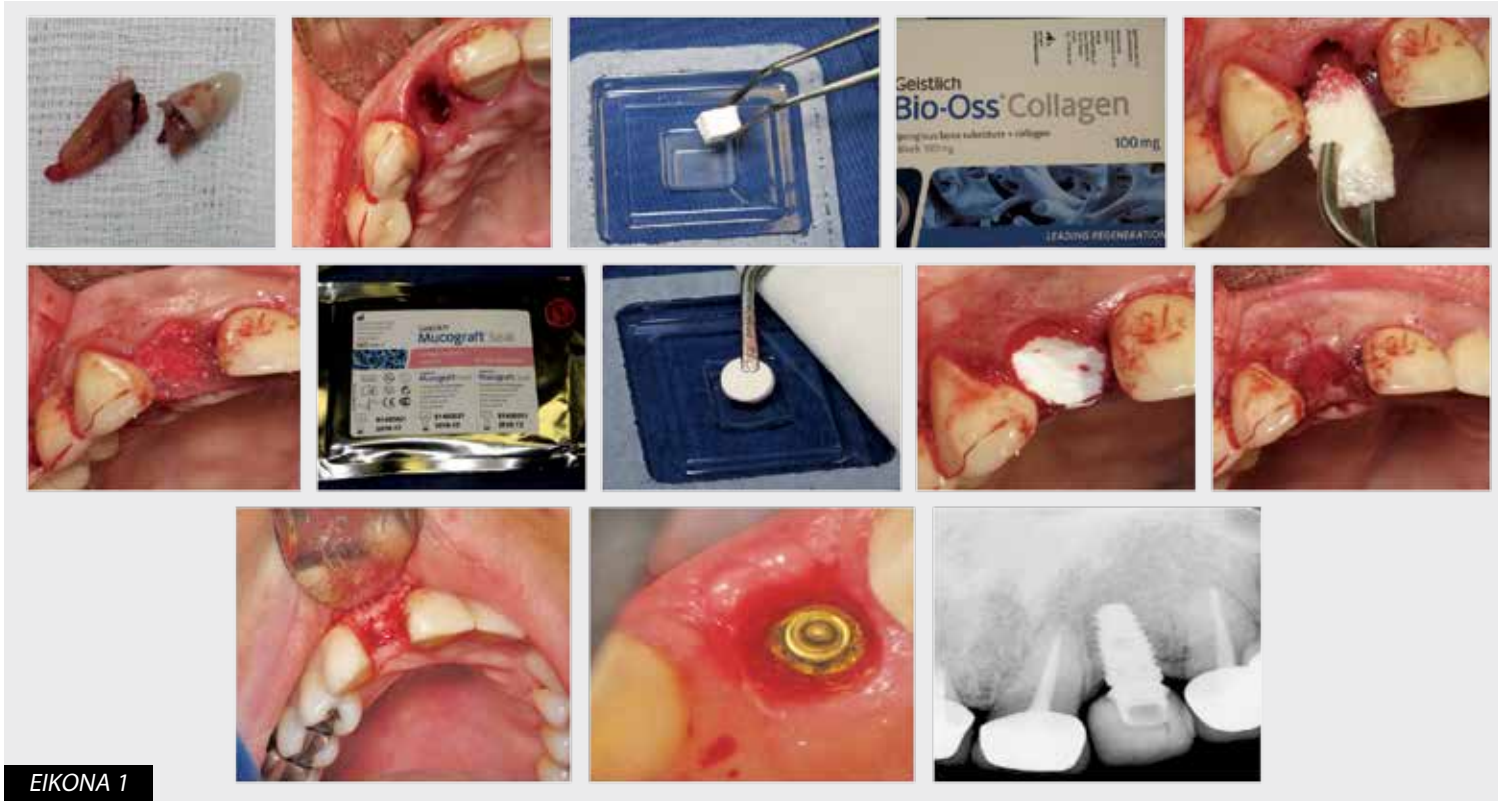
Παρουσίαση περιστατικών

Ο σκοπός της παρουσίασης είναι να αξιολογηθεί κλινικά, ακτινογραφικά και σε βάθος χρόνου η χρήση του μοσχεύματος Geistlich Bio-Oss Collagen συνοδευόμενο από το Geistlich Mucograft Seal για τη δυνατότητά τους να διατηρήσουν σκληρούς και μαλακούς ιστούς μετά την εξαγωγή δοντιών στην αισθητική ζώνη

Σε όλα τα περιστατικά πραγματοποιήθηκε ατραυματική εξαγωγή στην πρόσθια αισθητική περιοχή. Το μετεξακτικό φατνίο καθαρίστηκε καλά με κοχλιάριο και κατόπιν τοποθετήθηκε συμπαγές αποπρωτεϊνωμένο βόειο οστικό μόσχευμα με κολλαγόνο (Bio-Oss Collagen®) χωρίς αναπέταση κρημνών ***(Εικ 1)***.

Η περιοχή του μετεξακτικού φατνίου καλύφθηκε με μήτρα κολλαγόνου χοίρειας προέλευσης (Mucograft®Seal), αντί της τοποθέτησης αυτόλογου ελεύθερου ουλικού μοσχεύματος. Στο τέλος έγινε μια χιαστή συρραφή για καθήλωση του Mucograft®Seal. Μετά από 4 περίπου μήνες ακολούθησε τοποθέτηση του οδοντικού εμφυτεύματος και προσθετική αποκατάσταση. Η αξιολόγηση των αποτελεσμάτων στην διατήρηση των σκληρών και των μαλακών ιστών ήταν πολύ ικανοποιητική και σταθερή ακόμα και μετά από 5 έτη ***(Εικ. 2, 3, 4,)***.

Η προβλεψιμότητα της προσθετικής αισθητικής αποκατάστασης στην αισθητική ζώνη μετά από εξαγωγή εξαρτάται από την απώλεια ιστών που υπάρχει κατά την έναρ-



ΕΙΚΟΝΑ 1

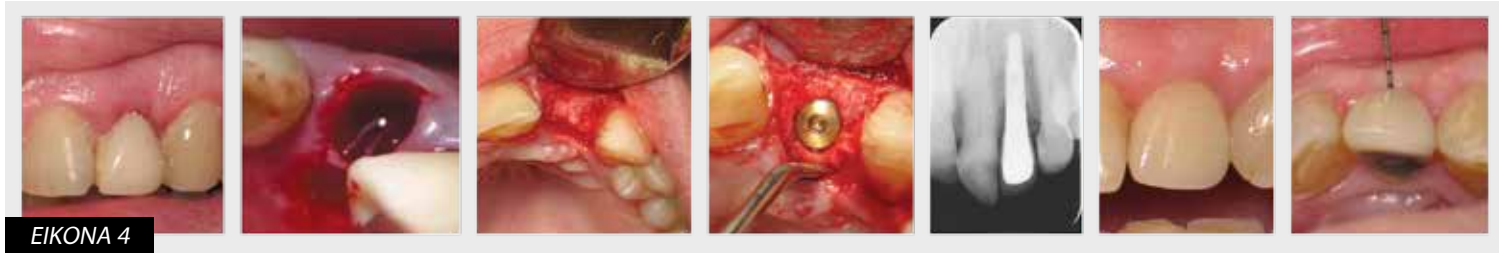
ΕΙΚΟΝΑ 2

ξη της θεραπείας. Όσο μεγαλύτερη είναι η απώλεια σκληρών και μαλακών ιστών, τόσο πιο δύσκολο γίνεται να πετύχουμε ένα ιδανικό αισθητικό αποτέλεσμα.

Η ανάγκη διεξαγωγής της διατήρησης του μετεξακτικού φατνίου μετά την εξαγωγή των δοντιών πρέπει να προσδιορίζεται από το πιθανό ρίσκο για την τελική αισθητική και λειτουργική αποκατάσταση. Αυτό είναι κάτι που πρέπει να λαμβάνει πολύ σοβαρά υπόψη του ο κάθε κλινικός πριν πάρει την τελική απόφαση του εάν θα προχωρήσει σε άμεση ή όχι τοποθέτηση οδοντικών εμφυτευμάτων.

Η συγκεκριμένη μέθοδος φαίνεται να προσφέρει πολύ ικανοποιητικά, προβλέψιμα και μακροπρόθεσμα αποτελέσματα καθώς οδηγεί σε μικρότερη απώλεια σκληρών ιστών, καμιά απώλεια μαλακών ιστών, δημιουργία ικανοποιητικού πάχους και εύρους κρατικοποιημένων ιστών και καμία εμφάνιση χειρουργικής ουλής. Όλοι αυτοί οι παράγοντες συμβάλλουν στην επίτευξη βέλτιστης αισθητικής σύμφωνα με τις απαιτήσεις της πρόσθιας αισθητικής ζώνης.

ΕΙΚΟΝΑ 3



ΕΙΚΟΝΑ 4

Βιβλιογραφία

1. Schropp L, Wenzel A, Kostopoulos L, Karring T. Bone healing and soft tissue contour changes following single-tooth extraction: a clinical and radiographic 12-month prospective study. Int J Periodontics Restorative Dent 2003: 23: 313–323.
2. Buser D, Martin W, Belser UC. Optimizing esthetics for implant restorations in the anterior maxilla: anatomic and surgical considerations. Int J Oral Maxillofac Implants 2004
3. Atwood DA. Some clinical factors related to rate of resorption of residual ridges. J Prosthet Dent 1962: 12: 441–450.
4. Atwood DA. Postextraction changes in adult mandible as illustrated by microradiographs of midsagittal sections and serial cephalometric roentgenograms. J Prosthet Dent 1963: 13: 810–824.
5. 5 Johnson K. A study of the dimensional changes occurring in the maxilla following tooth extraction. Aust Dent J 1969: 14:241–244.
6. Darby I, Chen S, De Poi R. Ridge preservation: what is it and when should it be considered. Aust Dent J 2008: 53: 11–21.
7. Horvath A, Mardas N, Mezzomo LA, Needleman IG, Donos N. Alveolar ridge preservation. A systematic review. Clin Oral Investig 2013: 17: 341–363.
8. Mardas N, Trullenque-Eriksson A, MacBeth N, Petrie A, Donos N. Does ridge preservation following tooth extractionimprove implant treatment outcomes: a systematic review: Group 4: Therapeutic concepts & methods. Clin Oral Implants Res 2015: 26 (Suppl 11): 180–201.
9. Vignoletti F, Matesanz P, Rodrigo D, Figuero E, Martin C, Sanz M. Surgical protocols for ridge preservation after tooth extraction. A systematic review. Clin Oral Implants Res 2012: 23 (Suppl 5): 22–38.

Η στήλη της
ΕΛΛΗΝΙΚΗΣ ΕΤΑΙΡΙΑΣ ΚΛΙΝΙΚΗΣ ΣΤΟΜΑΤΟΛΟΓΙΑΣ

Διάχυτη διόγκωση της μαλθακής υπερώας

Ιστορικό

Άνδρας ασθενής 78 ετών προσήλθε για διερεύνηση διάχυτης διόγκωσης στα όρια μαλθακής με σκληρά υπερώα, στο κέντρο της οποίας υπήρχε μικρή έλκωση (φωτογραφία). Η διόγκωση ήταν παρούσα εδώ και μερικές εβδομάδες. Η βλάβη ήταν ανώδυνη με ήπια σκληρία στην ψηλάφηση. Η ψηλάφηση του τραχήλου αποκάλυψε διογκωμένους λεμφαδένες, μη ευκίνητους και σκληρούς.

Το ιστορικό του ασθενούς ήταν ελεύθερο, δεν ανέφερε άλλα συμπτώματα (πυρετό, κόπωση) και ήταν Μη καπνιστής.

Πιθανή διάγνωση

1. Κακοήθης όγκος των σιελογόνων αδένων
2. Κοκκιωμάτωση Wegener
3. Λέμφωμα μη Hodgkin
4. Ακανθοκυτταρικό καρκίνωμα

Κλινική Εξέταση

Στον ασθενή έγινε βιοψία. Τα ιστολογικά και ανοσοϊστοχημικά χαρακτηριστικά (οζώδης διήθηση του χορίου από μεγάλου μεγέθους πλειόμορφα νεοπλασματικά λεμφικά κύτταρα με ανοσοφαινότυπο CD20 θετικό, CD5 θετικό, CD23 αρνητικό, bcl-2 θετικό MUM-1 ασθενώς θετικό, CD 43 θετικό) συνηγορούσαν υπέρ της διάγνωσης του λεμφώματος μη-Hodgkin από κύτταρα μανδύα. Ο ασθενής παραπέμφθηκε σε αιματολογική κλινική. Έλαβε άμεσα χημειοθεραπεία, στην οποία δυστυχώς δεν ανταποκρίθηκε, λόγω της επιθετικής φύσης του συγκεκριμένου λεμφώματος και κατέληξε τρεις μήνες αργότερα.

Διόγκωση με έλκωση στο όριο μαλθακής με σκληρά υπερώα.

Τα λεμφώματα μη-Hodgkin είναι μια ομάδα κακοηθειών με μεγάλη ετερογένεια, που συνήθως εντοπίζονται στους λεμφαδένες. Η ιστολογική εξέταση είναι ο θεμελιώδης παράγων που θέτει την διάγνωση στον ασθενή, προσδιορίζει την πρόγνωση και καθορίζει την θεραπεία του ασθενούς. Επίσης γίνεται συνεκτίμηση: κλινικής εικόνας, εργαστηριακών ευρημάτων, ανοσοφαινοτύπου με την κυτταρομετρία ροής και μοριακών αναδιατάξεων. Ο ανοσοφαινοτυπικός έλεγχος γίνεται για να διαπιστωθεί εάν τα κύτταρα του λεμφώματος του ασθενούς είναι Β κύτταρα ή Τ κύτταρα. Αυτό είναι ένα εργαστηριακό τεστ που μπορεί να γίνει χρησιμοποιώντας το δείγμα από τη βιοψία των λεμφαδένων (ή της έξω λεμφαδενικής θέσης όπως στην περίπτωσή μας) ή με βιοψία μυελού των οστών ή με δείγματα αίματος. Το CD είναι συντομογραφία για το «cluster of differentiation». «σύμπλεγμα διαφοροποίησης». Τα μόρια CD είναι κυτταρικοί δείκτες επιφανείας που είναι πολύ χρήσιμοι για την ταυτοποίηση και χαρακτηρισμό των διαφορετικών υποπληθυσμών λευκοκυττάρων. Το MUM-1 (multiple myeloma oncogene-1/ ογκογόνο-1 του πολλαπλού μυελώματος), παρατηρείται σε ένα υποσύνολο Β κυττάρων. Το BCL-2 ανήκει σε μια οικογένεια ρυθμιστών απόπτωσης, οι οποίοι από κοινού ελέγχουν την ισορροπία μεταξύ προ- και αντι-αποπτωτικών σημάτων. Η πρωτεΐνη BCL-2 δρα ως αναστολέας της απόπτωσης. Συνήθως εκφράζεται σε κύτταρα Β ζώνης μανδύα και Τ κύτταρα.

Η ομάδα των έξωλεμφαδενικών λεμφωμάτων αντιπροσωπεύει το 20-30% των περιπτώσεων. Η κεφαλή και ο τράχηλος είναι οι δεύτερες πιο κοινές θέσεις για εξω λεμφαδενικό λέμφωμα, μετά το γαστρεντερικό σωλήνα. Η εντόπιση στη στοματική κοιλότητα αντιπροσωπεύει 0,1 έως 5% των περιπτώσεων. Η υπερώα, οι γνάθοι, και τα ούλα είναι οι πιο συχνές θέσεις εντοπίσεως των λεμφωμάτων στο στόμα. Μπορεί να εκδηλωθούν ως διογκώσεις με λεία ή ελκωμένη επιφάνεια. Η κλινική εικόνα δεν είναι τυπική και προσομοιάζει με άλλες κακοήθειες τους στόματος, ενώ η παρουσία νέκρωσης μπορεί να δημιουργήσει βαθιές ελκώσεις που ομοιάζουν με αγγειιτιδικά έλκη. Επίσης, όταν εντοπίζονται στη γνάθο πλησίον δοντιών, η διαφορική διάγνωση από οδοντικής αιτιολογίας απόστημα μπορεί να είναι πολύ δύσκολη.

Το λέμφωμα από κύτταρα μανδύα είναι εξαιρετικά σπάνιο στη στοματική κοιλότητα. Το λέμφωμα από κύτταρα του μανδύα (Mantle Cell Lymphoma) αποτελεί έναν από τους σπανιότερους υπότυπους των Β - μη Hodgkin λεμφωμάτων (3%-10%) και χαρακτηρίζεται από κακή πρόγνωση. Συχνότερα προσβάλλονται οι άντρες μεγάλης ηλικίας. Η θεραπεία περιλαμβάνει την ανοσο χημειοθεραπεία, και την αυτόλογη μεταμόσχευση αρχέγονων αιμοποιητικών κυττάρων του μυελού των οστών, (για την οποία όμως η μεγάλη ηλικία των περισσοτέρων ασθενών είναι αντένδειξη) και αποτελεί έργο ειδικού αιματολόγου-ογκολόγου.

Αν και το λέμφωμα μη-Hodgkin είναι ασυνήθιστο στην στοματική κοιλότητα, θα πρέπει πάντα να λαμβάνεται υπόψη στη διαφορική διάγνωση κακοήθων ενδοστοματικών βλαβών. Στις περισσότερες περιπτώσεις, ο οδοντίατρος μπορεί να είναι ο πρώτος που θα αναγνωρίσει το ενδοστοματικό λέμφωμα. Παρόλο που οι οδοντίατροι δεν αντιμετωπίζουν λεμφώματα, η έγκαιρη αναγνώριση και παραπομπή σε ογκολόγο-αιματολόγο θα είχε ως αποτέλεσμα την επιτυχή διαχείριση του ασθενούς.

Ενδεικτική βιβλιογραφία

Georgakopoulou, E., Moschogiannis, M., Tsirkinidis, P., Achtari, M., Kalpadakis, C., Sachanas, S., ... & Pangalis, G. (2012). Oral mucosa non-hodgkin's lymphomas, a clinicopathologic study in 22 patients: 96. Oral Diseases, 18.

Laskaris, G., & Scully, C. (2003). Haematological Disorders and Malignancies. In Periodontal Manifestations of Local and Systemic Diseases (pp. 197-218). Springer, Berlin, Heidelberg

Για επικοινωνία:

Ελένη Γεωργακοπούλου
MD, DDS, MSc, PhD
Στοματολόγος, Μέλος ΔΣ
Ελληνικής Εταιρίας Κλινικής Στοματολογίας
Email: egddsmd@yahoo.gr

Σάββας Τιτσινίδης
Στοματολόγος,
Χειρουργός Στόματος,
Διδάκτωρ Ιατρικής Αθηνών
Email: titsinidess@yahoo.com

ΚΛΙΝΙΚΗ ΣΤΟΜΑΤΟΛΟΓΙΑ

ΓΙΩΡΓΟΣ Χ. ΛΑΣΚΑΡΗΣ
Στοματολόγος. Ιατρός-Οδοντίατρος
• Αν. Καθηγητής Στοματολογίας Ιατρικής Σχολής Παν. Αθηνών
• Επισκέπτης Καθηγητής Παν. Λονδίνου
• Ιδρυτής και Δ/ντής Στοματολογικού Τμήματος Νοσ. «Α. Συγγρός» (1971-2008)

Τελευταίες Εκδόσεις Βιβλίων του

3η Έκδοση
2013 | ΒΡΑΒΕΙΟ ΑΚΑΔΗΜΙΑΣ ΑΘΗΝΩΝ

Εκδόσεις ΛΙΤΣΑΣ
ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΓΛΩΣΣΑ

4th Edition 2017
ΔΙΕΘΝΕΣ BEST SELLER

Εκδόσεις Thieme
ΑΓΓΛΙΚΗ ΓΛΩΣΣΑ
Μεταφρασμένο σε 9 ακόμη γλώσσες

2nd Edition 2020

Εκδόσεις AMOLCA
ΙΣΠΑΝΙΚΗ ΓΛΩΣΣΑ
Λατινική Αμερική

2nd Edition 2020

Εκδόσεις NAKLADA SLAP
ΚΡΟΑΤΙΚΗ ΓΛΩΣΣΑ

1st Edition 2020

Εκδόσεις PALME YAYINEVI
ΤΟΥΡΚΙΚΗ ΓΛΩΣΣΑ

1η Έκδοση 2019

Εκδόσεις ΛΙΤΣΑΣ
ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΓΛΩΣΣΑ

3rd Edition 2020
ΔΙΕΘΝΕΣ BEST SELLER

Εκδόσεις Thieme
ΑΓΓΛΙΚΗ ΓΛΩΣΣΑ

«... Θεωρώ πολύ τυχερούς τους απανταχού του κόσμου Οδοντιάτρους, Ιατρούς αλλά και φοιτητές, που έχουν στη διάθεσή τους μια τέτοια ανεκτίμητη πηγή γνώσης στο πεδίο της Στοματολογίας...»
Χρήστος Κίττας,
Καθηγητής Ιατρικής Σχολής
Παν. Αθηνών, τέως Πρύτανης

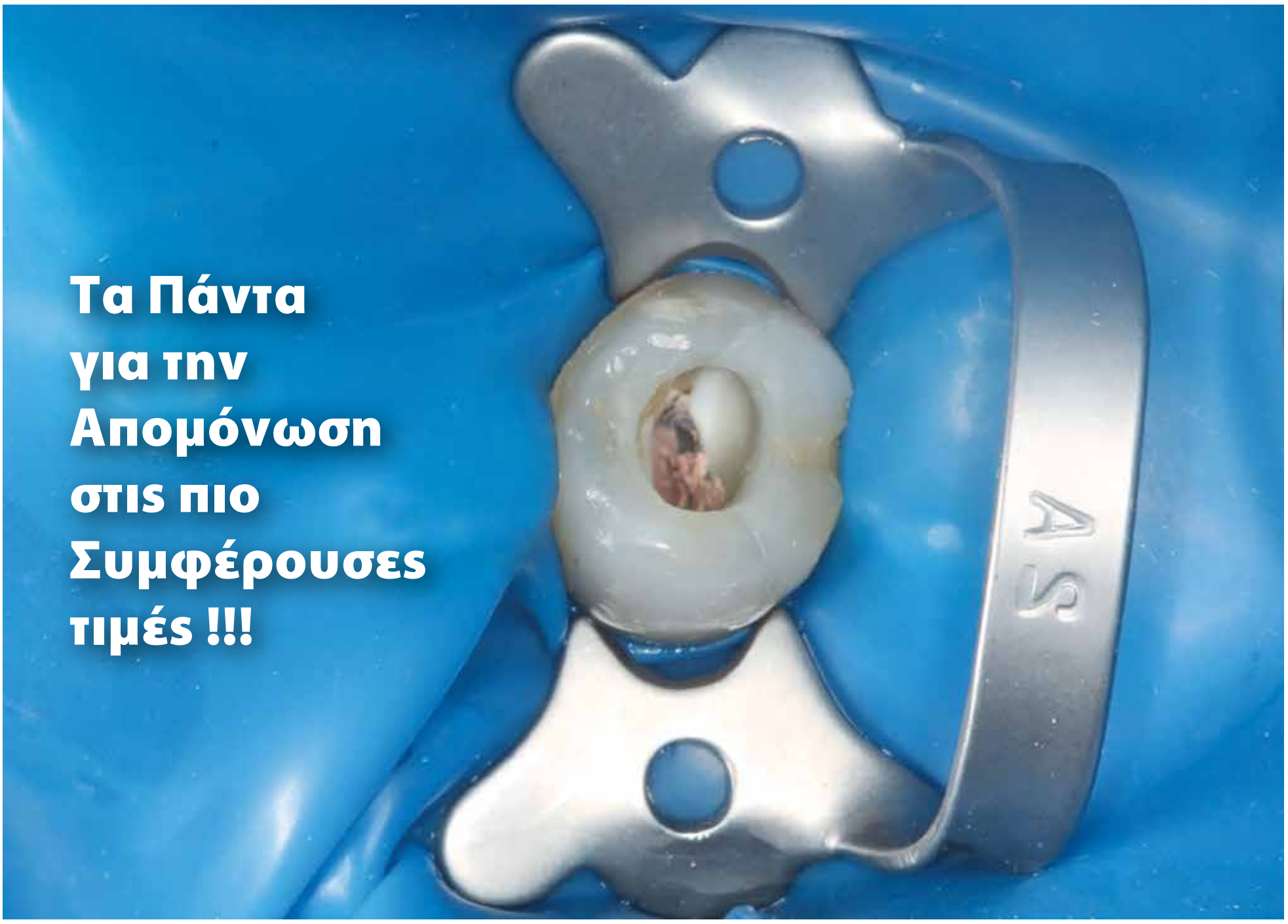
«... Απίστευτο έργο. Ανεπιφύλακτα το χαρακτηρίζω ως τη "Βίβλο" της Στοματολογίας διεθνώς....»
Prof. Isaac van der Waal,
Καθηγητής Παθολογίας Στόματος και Χειρουργικής, Παν. Amsterdam, Ολλανδία

Κυκλοφορεί σε:
• Αργεντινή
• Χιλή
• Κολομβία
• Μεξικό
• Παναμάς
• Περού
• Βενεζουέλα

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

Μεταφρασμένο σε 7 ακόμη γλώσσες

HENRY SCHEIN®



11 ΑΡΠΑΓΕΣ & ΜΕΤΑΛΛΙΚΗ ΒΑΣΗ **62,95€**

ΑΡΠΑΓΕΣ **6,35€**

ΑΡΠΑΓΟΦΟΡΟΙ **39,85€**

ΕΛΑΣΤΙΚΑ **9,68€**

ΤΡΥΠΑΝΑ **64,85€**

Στις τιμές δεν συμπεριλαμβάνεται ο ΦΠΑ

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

Επιπτώσεις της ακτινοθεραπείας και της χημειοθεραπείας στη στοματική κοιλότητα. Ο ρόλος του Οδοντιάτρου

(Μέρος Ι)

Η θεραπευτική αντιμετώπιση του καρκίνου περιλαμβάνει τη χειρουργική θεραπεία, την ακτινοθεραπεία, τη χημειοθεραπεία, την ανοσοθεραπεία, την ορμονοθεραπεία, τη μεταμόσχευση αρχέγονων αιμοποιητικών κυττάρων κ.α. Η ακτινοθεραπεία και η χημειοθεραπεία, αποτελούν τις ευρύτερα μέχρι σήμερα χρησιμοποιούμενες αντινεοπλασματικές θεραπείες. Οι θεραπείες αυτές, που στοχεύουν στη βλάβη ή καταστροφή των ταχέως πολλαπλασιαζόμενων καρκινικών κυττάρων, έχουν τοξική επίδραση και σε άλλους υγιείς ιστούς και κύτταρα του οργανισμού. Ο βλεννογόνος του γαστρεντερικού συστήματος αποτελεί στόχο των αντινεοπλασματικών θεραπειών, εξαιτίας του ταχέως αναγεννώμενου επιθηλίου του.

Ομοίως ο βλεννογόνος του στόματος είναι σε ιδιαίτερο κίνδυνο για την εμφάνιση επιπλοκών της χημειοθεραπείας και της ακτινοθεραπείας.

Οι τοπικοί παράγοντες κινδύνου του βλεννογόνου του στόματος είναι ο ταχύς πολλαπλασιασμός των κυττάρων του, τα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά του μικροβιακού φορτίου της στοματικής κοιλότητας και οι τραυματισμοί των ιστών στη διάρκεια των φυσιολογικών λειτουργιών.

Ευαγγελία Μπογοσιάν
Δ/τρια Οδοντιατρικής Κλινικής ΠαΓΝ Ηρακλείου
Α΄Αντιπρόεδρος ΕΕΝΟ

Επιπλοκές της χημειοθεραπείας και της ακτινοθεραπείας στη στοματική κοιλότητα

Η βλεννογονίτιδα, οι λοιμώξεις του βλεννογόνου, η διαταραχή τη λειτουργίας των σιελογόνων αδένων με τη συνακόλουθη ξηροστομία, η δυσλειτουργία της γεύσης και ο πόνος είναι οι συχνότερες επιπλοκές που οφείλονται στις αντινεοπλασματικές θεραπείες. Η αφυδάτωση, οι διατροφικές διαταραχές, ο υποσιτισμός, η απώλεια βάρους είναι συνέπειες των παραπάνω επιπλοκών.

Η στοματική κοιλότητα μπορεί να αποτελέσει πύλη εισόδου συστηματικών λοιμώξεων στους ασθενείς με καταστολή του μυελού των οστών, με πιθανή δυσμενή συνέπεια τη σήψη. Η ακτινοθεραπεία κεφαλής και τραχήλου μπορεί να προκαλέσει μη αντιστρεπτές βλάβες στους σιαλογόνους αδένες, στο στοματικό βλεννογόνο, στο αγγειακό και μυϊκό σύστημα καθώς και στα οστά των γνάθων με αποτέλεσμα την ξηροστομία, την απασβεστίωση των δοντιών και τη ραγδαία τερηδονική προσβολή, τρισμό, νέκρωση των μαλακών ιστών και οστεονέκρωση των γνάθων.

Οι επιπλοκές της χημειοθεραπείας και της ακτινοθεραπείας στη στοματική κοιλότητα αποτελούν σοβαρό πρόβλημα για τον ασθενή και την ποιότητα ζωής του και συχνά αποτελούν αιτία τροποποίησης ή διακοπής του θεραπευτικού πρωτοκόλλου με δυσμενείς επιπτώσεις στην έκβαση της θεραπείας.

Αιτιοπαθογένεση

Οι επιπλοκές των αντινεοπλασματικών θεραπειών στη στοματική κοιλότητα είναι το αποτέλεσμα αλληλεπίδρασης πολλών παραγόντων. Οφείλονται κυρίως στην καταστροφή των ιστών, στην εξασθένηση του ανοσοποιητικού συστήματος και άλλων προστατευτικών παραγόντων και στην επίδρασή τους στην διαδικασία της επούλωσης.

Οι επιπλοκές είναι άμεσες, οφειλόμενες στην τοξική επίδραση των θεραπειών στους στοματικούς ιστούς (άμεση τοξικότητα), αλλά και έμμεσες οφειλόμενες στην τοξικότητα των θεραπειών σε άλλους ιστούς που στη συνέχεια επηρεάζουν τη στοματική κοιλότητα (έμμεση τοξικότητα). Για παράδειγμα η μυελοτοξικότητα των χημειοθεραπευτικών φαρμάκων και η επίδρασή τους στο ανοσοποιητικό σύστημα δρουν εμμέσως τοξικά στους ιστούς της στοματικής κοιλότητας. Εμμέσως τοξικά στη στοματική κοιλότητα δρα και η απώλεια ων προστατευτικών συστατικών του σάλιου που προκαλούν οι θεραπείες.

Οι επιπλοκές στη στοματική κοιλότητα μπορεί να είναι οξείες (εμφανίζονται στη διάρκεια της θεραπείας) ή χρόνιες (εμφανίζονται μήνες ή χρόνια μετά τη θεραπεία). Η χημειοθεραπεία προκαλεί οξείες επιπλοκές που υποχωρούν μετά το τέλος της, ενώ η ακτινοθεραπεία προκαλεί τόσο οξείες όσο και χρόνιες επιπλοκές. Η ακτινοθεραπεία προκαλεί μόνιμες βλάβες στους ιστούς που αποτελούν δια βίου κίνδυνο για τον ασθενή.

Δυστυχώς δεν υπάρχουν τρόποι, μέσα ή πρωτόκολλα πρόληψης της τοξικότητας των αντινεοπλασματικών θεραπειών. Η εφαρμογή πρωτοκόλλων στοματικής υγιεινής, η εξάλειψη φλεγμονών που οφείλονται στα δόντια και στο περιοδόντιο, η προστασία του βλεννογόνου από τραυματισμούς, μπορεί να μειώσουν τη συχνότητα και τη βαρύτητα των επιπλοκών στους ογκολογικούς ασθενείς.

> Η χημειοθεραπεία και η ακτινοθεραπεία κεφαλής και τραχήλου έχουν σοβαρές επιπτώσεις στη στοματική υγεία των ογκολογικών ασθενών. Οι επιπτώσεις αυτές επιβεβαιώνουν την ανάγκη μιας διεπιστημονικής προσέγγισής τους, με τη συμμετοχή του οδοντιάτρου να είναι απαραίτητη για την καλύτερη δυνατή πρόληψη και αντιμετώπιση των προβλημάτων της στοματικής κοιλότητας πριν, κατά τη διάρκεια και μετά τις θεραπείες

Επιπλοκές που οφείλονται στη χημειοθεραπεία

Η χημειοθεραπεία έχει τόσο άμεση όσο και έμμεση τοξικότητα στους στοματικούς ιστούς. Επιπλοκές της χημειοθεραπείας είναι η βλεννογονίτιδα, οι λοιμώξεις του στοματικού βλεννογόνου από ιούς, μύκητες και βακτήρια, η δυσλειτουργία της γεύσης, η ξηροστομία, η νευροτοξικότητα, οι επιπλοκές της ανάπτυξης του σκελετού και των δοντιών στα παιδιά, η δυσκολία στη λήψη τροφής και η αιμορραγία.

Η βλεννογονίτιδα οφείλεται στην άμεση τοξικότητα της χημειοθεραπείας στους ιστούς του στόματος και επιδεινώνεται από τον αποικισμό του στοματικού βλεννογόνου από βακτήρια, μύκητες ή ιούς που οφείλεται στην καταστολή του ανοσοποιητικού συστήματος (έμμεση τοξικότητα). Η συχνότητα και η βαρύτητα των στοματικών επιπλοκών σχετίζεται άμεσα με την έκταση και τη βαρύτητα της συστηματικής επιβάρυνσης του οργανισμού από τη χημειοθεραπεία.

Η βλεννογονίτιδα του στόματος εμφανίζεται 7-14 ημέρες μετά την έναρξη χημειοθεραπείας. Βλεννογονίτιδα του στόματος εμφανίζει περίπου το 40% των ασθενών που λαμβάνουν χημειοθεραπεία. Στους μισούς από αυτούς οι βλάβες είναι σοβαρές και απαιτούν ιατρικές παρεμβάσεις στις οποίες συμπεριλαμβάνεται η τροποποίηση της αντικαρκινικής θεραπείας. Η βλεννογονίτιδα προσβάλλει το χειλικό και παρειακό βλεννογόνο, τη γλώσσα, το βλεννογόνο του εδάφους του στόματος και της μαλακής υπερώας περισσότερο από τους κερατινοποιημένους ιστούς των ούλων και της σκληρής υπερώας.

Φάρμακα που σχετίζονται με την εμφάνιση βλαβών του στοματικού βλεννογόνου είναι η μεθοτρεξάτη, η δοξορουβικίνη, η 5 φθορι-ο-ουρακίλη, η βουσουλφάνη, η μπλεομυκίνη, η σισπλατίνη και η καρβοπλατίνη. Γενικά

θεωρείται ότι αν κάποιος ασθενής εμφανίσει βλεννογονίτιδα μετά από κάποιο πρωτόκολλο χημειοθεραπείας στον πρώτο κύκλο θεραπείας του, θα εμφανίσει και στους επόμενους κύκλους με το ίδιο πρωτόκολλο.

Άλλες επιπλοκές που μπορεί να εκδηλωθούν λόγω της χημειοθεραπείας είναι φλεγμονές οδοντικής ή περιοδοντικής αιτιολογίας, ενώ η χρόνια ασυμπτωματική περιοδοντίτιδα μπορεί να αποτελέσει εστία συστηματικής λοίμωξης, καθώς είναι πιθανόν βακτήρια και τοξίνες να μεταναστεύσουν μέσω του ελκωμένου επιθηλίου του οδοντικού θυλάκου στην κυκλοφορία του αίματος.

Επιπλοκές που οφείλονται στην ακτινοθεραπεία κεφαλής και τραχήλου

Η ακτινοθεραπεία κεφαλής και τραχήλου προκαλεί ένα μεγάλο εύρος από οξείες και χρόνιες στοματικές επιπλοκές. Στις οξείες επιπλοκές της ακτινοθεραπείας περιλαμβάνονται η βλεννογονίτιδα, οι μυκητιασικές και βακτηριακές λοιμώξεις, η δυσλειτουργία των σιαλογόνων αδένων με σιαλαδενίτιδα και ξηροστομία, η δυσλειτουργία της γεύσης. Χρόνιες επιπλοκές της ακτινοθεραπείας είναι η ξηροστομία, ο πολυτερηδονισμός, η δυσλειτουργία της γεύσης (δυσγευσία ή αγευσία), η ατροφία και η ίνωση του βλεννογόνου, η νέκρωση των μαλακών ιστών, η ίνωση των μυών και του δέρματος, ο τρισμός, οι βακτηριακές και μυκητιασικές λοιμώξεις και η οστεονέκρωση.

Η βλεννογονίτιδα του στόματος στους ασθενείς που υποβάλλοντα σε ακτινοθεραπεία είναι μια σχεδόν καθολική τοξικότητα, που εμφανίζεται στην αρχή της ακτινοθεραπείας και διαρκεί 2-3 βδομάδες μετά το πέρας της. Η τοξικότητα στους στοματικούς ιστούς είναι μεγαλύτερη στους ασθενείς που λαμβάνουν συνδυασμό ακτινοθεραπείας και χημειοθεραπείας.

Η ακτινοθεραπεία κεφαλής και τραχήλου προκαλεί μόνιμες βλάβες στα αγγεία, στο συνδετικό ιστό, στους σιαλογόνους αδένες, στο μυϊκό ιστό και στα οστά. Η βλάβη στα οστά οφείλεται στην τοξική δράση της ακτινοθεραπείας στα οστεοκύτταρα, στους οστεοβλάστες και στους οστεοκλάστες και στην υποξεία που προκαλεί η μείωση της αγγείωσης του οστού (ανάγγειο οστό). Οι μεταβολές αυτές μπορεί να προκαλέσουν νέκρωση των μαλακών ιστών και οστεονέκρωση, που με τη σειρά της προκαλεί αποκάλυψη του οστού, φλεγμονή και πόνο.

Σε αντίθεση με τη χημειοθεραπεία η τοξικότητα που προκαλεί η ακτινοθεραπεία είναι εντοπισμένη και αφορά στους ακτινοβολημένους ιστούς. Η έκταση των βλαβών εξαρτάται από τον τύπο της ακτινοβολίας, τη συνολική δόση που χορηγείται, το μέγεθος του ακτινοβολούμενου πεδίου και την κλασματοποίηση της. Επίσης σε αντίθεση με τη χημειοθεραπεία οι βλάβες των ιστών που προκαλούνται από την ακτινοθεραπεία είναι μόνιμες, γεγονός που βάζει τον ασθενή σε μόνιμο κίνδυνο. Έτσι οι στοματικοί ιστοί είναι πιο ευπαθείς σε επόμενη έκθεση τους σε θεραπεία με χημειοθεραπευτικά φάρμακα ή ακτινοθεραπεία και οι φυσιολογικοί μηχανισμοί αποκατάστασης τους είναι υποβαθμισμένοι ως αποτέλεσμα των μόνιμων κυτταρικών βλαβών.

Συμπερασματικά η χημειοθεραπεία και η ακτινοθεραπεία κεφαλής και τραχήλου έχουν σοβαρές επιπτώσεις στη στοματική υγεία των ογκολογικών ασθενών. Οι επιπτώσεις αυτές επιβεβαιώνουν την ανάγκη μιας διεπιστημονικής προσέγγισης τους, με τη συμμετοχή του οδοντιάτρου να είναι απαραίτητη για την καλύτερη δυνατή πρόληψη και αντιμετώπιση των προβλημάτων της στοματικής κοιλότητας πριν, κατά τη διάρκεια και μετά τις θεραπείες. Η συνεργασία ογκολόγου και οδοντιάτρου μπορεί να βελτιώσει την παρεχόμενη φροντίδα στους ασθενείς και να οδηγήσει σε μια καλύτερη ποιότητα ζωής.

Ενδεικτική βιβλιογραφία

1. Scully C: Medical Problems in Dentistry. 6th ed. London. Elsevier. 2010: 517-538
2. Little JW, Falace DA, Miller CS, Rhodus NL: Dental Management of the Medically Compromised Patient. 7th ed. St Louis. Mosby. 2007: 744-790.
3. U.S. Department of Health and Human Services. National Institute of Health Dental Provider's Oncology Pocket Guide Διαθέσιμο στο: https://www.nidcr.nih.gov/sites/default/files/2017-09/oncology-guide-dental-provider_0.pdf
4. Elad S, Cheng KKF, Lala RV et al: MASCC/ISOO Clinical Practice Guidelines for the Management of Mucositis Secondary to Cancer Therapy. Cancer 2020; 126: 4423-4431.
5. NIH. National Cancer Institute. Oral Complications of Chemotherapy and Head/Neck Radiation. Updated 2016. Διαθέσιμο στο: https://www.cancer.gov/about-cancer/treatment/side-effects/mouth-throat/oral-complications-hp-pdq
6. The Royal College of Surgeons of England / The British Society for Disability and Oral Health: The Oral Management of Oncology Patients Requiring Radiotherapy, Chemotherapy and / or Bone Marrow Transplantation. Clinical Guidelines. 2018. Διαθέσιμο στο: https://www.bsdh.org/index.php/component/edocman/the-oral-management-of-oncology-patients-requiring-radiotherapy-chemotherapy-and-or-bone-marrow-transplantation.
7. Νικολάτου-Γαλίτη Ο. Επιπλοκές στο στόμα από τις αντινεοπλασματικές θεραπείες. Διαθέσιμο στο: https://eclass.uoa.gr/modules/document/file.php/DENT302/%CE%A0%CE%B1%CF%81%CE%B1%CE%B4%CF%8C%CF%83%CE%B5%CE%B9%CF%82%202018/%CE%95%CE%A0%CE%99%CE%A0%CE%9B%CE%9F%CE%9A%CE%95%CE%A3.%20NICOLATOU%20%281%29.pdf.
8. Samim, F, Epstein, J.B, Zumsteg, Z.S. et al. Oral and dental health in head and neck cancer survivors. Cancers Head Neck 2016; 1:14. https://doi.org/10.1186/s41199-016-0015-8.
9. Sciubba JJ, Goldenberg D. Oral complications of radiotherapy. Lancet Oncol 2006; 7(2):175-83. doi: 10.1016/S1470-2045(06)70580-0.
10. NHS Medicines Q&As. How should adults with cancer be managed by general dental practitioners if they need dental treatment? Διαθέσιμο στο: https://www.sps.nhs.uk/wp-content/uploads/2016/06/UKMi_QA_Cancer-in-dental-patients_update-Nov-2019.pdf.

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

BAUSCH Health
Λ. Πεντέλης 53, 152 35 Βριλήσσια. Τηλ.: 210-8108460
www.bauschhealth.gr | www.bausch.gr
Best Workplaces™ Great Place To Work. HELLAS 2021
#1 OUR PEOPLE OUR MOTIVE
NIF-GR-210426

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

Η σημασία των μαλακών ιστών γύρω από τα εμφυτεύματα

Διαθέσιμα χειρουργικά πρωτόκολλα

Νικόλαος Μάρκου
Περιοδοντολόγος,
ITI Fellow

Μιχάλης Πάτρας
Προσθετολόγος,
ITI Fellow

Η θεραπεία με εμφυτεύματα αποτελεί μία προβλέψιμη θεραπευτική επιλογή και οδηγεί σε ένα αποδεκτό αποτέλεσμα από πλευράς βιολογίας, λειτουργίας και αισθητικής, στην περίπτωση που αυτή συνδυάζεται με την ορθή διαχείριση των μαλακών περιεμφυτευματικών ιστών.

Οι κυριότερες ενδείξεις χειρουργικής παρέμβασης αφορούν στη δημιουργία ή αύξηση της ζώνης των κερατινοποιημένων ιστών (ΚΙ) ή/και στην αύξηση του πάχους των μαλακών ιστών γύρω από τα εμφυτεύματα.

Η σημασία της παρουσίας μίας επαρκούς (> 2 χιλ.) ζώνης κερατινοποιημένων ιστών γύρω από τα εμφυτεύματα έχει διερευνηθεί σε μία σειρά από προοπτικές, συγχρονικές και αναδρομικές μελέτες (Chung και συν. 2006, Bouri και συν. 2008, Zigdon και Machtei 2008, Adibrad και συν. 2009, Schrott και συν. 2009, Crespi και συν. 2010, Lin και συν. 2009). Με βάση ανασκοπήσεις της τελευταίας δεκαετίας (Wennstrom & Derks, 2012, Lin και συν. 2013, Gobbato και συν. 2013) η παρουσία ΚΙ για την εξασφάλιση υγείας και σταθερότητας των περιεμφυτευματικών ιστών μακροπρόθεσμα, στερείται επαρκούς τεκμηρίωσης και τα ερευνητικά δεδομένα εμφανίζονται αντικρουόμενα.

Ωστόσο, η παρουσία ανεπαρκούς (<2 χιλ). ζώνης κερατινοποιημένων ιστών (ΚΙ) γύρω από τα εμφυτεύματα είναι πιθανόν να συσχετίζεται με υψηλότερα ποσοστά δεικτών πλάκας, περιεμφυτευματικής βλεννογονίτιδας και υφίσησης σε ασθενείς με μη ικανοποιητικό επίπεδο ελέγχου της οδοντικής μικροβιακής πλάκας, ενώ δεν υπάρχει επαρκές επίπεδο αποδεικτικών στοιχείων που να στοιχειοθετεί θετική συσχέτιση με την οστική απώλεια και τα ποσοστά επιβίωσης των εμφυτευμάτων (Wennstrom & Derks 2012). Αντίθετα, ο παράγοντας που φαίνεται να επηρεάζει σημαντικά την οστική απώλεια είναι το πάχος των μαλακών ιστών. Σε περιοχές με πάχος μαλακών ιστών <2 χιλ., η απόδοση βιολογικού εύρους πρόσφυσης σε διφασικά εμφυτεύματα συνοδεύτηκε με απώλεια οστού (Berglundh & Lindhe 1996), ενώ σε άλλη μελέτη (Linkenvicius και συν. 2009) παρατηρήθηκε απώλεια οστού 1 έτος μετά τη φόρτιση αυτών. Το εύρημα αυτό ήταν ανεξάρτητο της σύνδεσης εμφυτεύματος-κολοβώματος, δεδομένου ότι ακόμη και εμφυτεύματα με σύνδεση αυχενικής μετάθεσης (platform switching), εμφάνισαν απώλεια οστού σε περιοχές με λεπτό φαινότυπο ούλων.

Συμπερασματικά, η άσκηση μη τραυματικής στοματικής υγιεινής και το ικανοποιητικό επίπεδο ελέγχου της οδοντικής μικροβιακής πλάκας συμβάλλει στη διατήρηση της υγείας των περιεμφυτευματικών ιστών, η οποία διευκολύνεται από την παρουσία μίας επαρκούς ζώνης ΚΙ.

Κατά καιρούς και με σκοπό την αύξηση της ζώνης των ΚΙ έχει χρησιμοποιηθεί με επιτυχία πληθώρα χειρουργικών τεχνικών, η οποία περιλαμβάνει την εφαρμογή διαφόρων τύπων μοσχευμάτων και κρημνών. Η ευρύτερα διαδεδομένη τεχνική είναι το ελεύθερο ουλικό μόσχευμα, που συνήθως συνδυάζεται με βάθυνση της ουλοχειλικής ή ουλοπαρειακής αύλακας και ο ακρορριζικά μετατοπιζόμενος κρημνός ως μονοθεραπεία ή συνδυαστικά με μοσχεύματα μαλακών ιστών, όπως το ελεύθερο ουλικό μόσχευμα και το μόσχευμα συνδετικού ιστού. Εναλλακτικά της επιλογής αυτογενών μοσχευμάτων έχουν δοκιμασθεί τα αλλομοσχεύματα ακύτταρης δερματικής θεμέλιας ουσίας ή τα αντίστοιχα ξενομοσχεύματα, με ενθαρρυντικά αποτελέσματα και χωρίς τη σχετική μετεγχειρητική ενόχληση που προκύπτει από την ύπαρξη δότριας περιοχής, που συνήθως είναι εκείνη της υπερώας.

Σε μία πρόσφατη συστηματική ανασκόπηση (Thoma και συν. 2018), η χρήση ελεύθερου ουλικού μοσχεύματος σε συνδυασμό με ακρορριζικά μετατοπιζόμενο κρημνό για την αύξηση της ζώνης των κερατινοποιημένων ιστών οδήγησε σε σημαντικά χαμηλότερο βαθμό δεικτών φλεγμονής, πλάκας και οστικής απώλειας συγκριτικά με τον ακρορριζικά μετατοπιζόμενο κρημνό ως μονοθεραπεία, ενώ η επιλογή του μοσχεύματος συνδετικού ιστού εναλλακτικά του ελεύθερου ουλικού μοσχεύματος δεν προσέφερε επιπρόσθετο όφελος.

Η εφαρμογή μίας από τις παραπάνω διαθέσιμες χειρουργικές τεχνικές θα πρέπει ιδανικά να προηγείται της τοποθέτησης των εμφυτευμάτων, προκειμένου να εξασφαλισθεί ότι υπάρχει επαρκές εύρος και πάχος ΚΙ. Ωστόσο, υπάρχει και η δυνατότητα παρέμβασης αμέσως μετά την εξαγωγή του δοντιού, ταυτόχρονα με την τοποθέτηση των εμφυτευμάτων, κατά τη φάση της αποκάλυψης αυτών, ή ακόμα και μετά τη λειτουργική τους αποκατάσταση.

Η διαχείριση των μαλακών ιστών αμέσως μετά την εξαγωγή του δοντιού αφορά στις τεχνικές διατήρησης του μετεξακτικού φατνίου, οι οποίες περιλαμβάνουν τη χρήση αυτογενών μοσχευμάτων μαλακών ιστών (ελεύθερο ουλικό μόσχευμα, μόσχευμα συνδετικού ιστού), αλλομοσχευμάτων, ξενομοσχευμάτων και κρημνών, οι οποίοι μετατοπίζονται και συρράπτονται στην περιφέρεια των χειλέων του φατνίου, σε συνδυασμό με μοσχεύματα σκληρών ιστών, συνήθως αλλογενούς ή ξενογενούς προέλευσης (Thoma και συν. 2014, Vignoletti και συν. 2012).

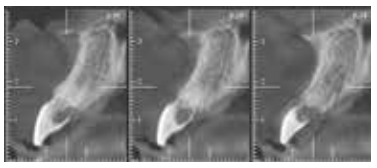
Στις περιπτώσεις τοποθέτησης άμεσων εμφυτευμάτων στην αισθητική ζώνη, ειδικά στην περίπτωση μονήρων εμφυτευμάτων, προτείνεται σαν κανόνας η αύξηση του πάχους των μαλακών ιστών παρειακά του εμφυτεύματος, με σκοπό την απόδοση αισθητικής και την πρόληψη μετεγχειρητικής υφίσησης, η οποία κυμαίνεται από 0.5-1 χιλ. μακροπρόθεσμα, ειδικά σε ασθενείς με λεπτό φαινότυπο περιοδοντίου (Kan και συν. 2011). Η χρυσή σταθερά παραμένει το μόσχευμα συνδετικού ιστού, το οποίο μπορεί να εφαρμοσθεί εναλλακτικά και με τη μορφή μισχωτού κρημνού από την παρακείμενη περιοχή της υπερώας, ή στην περίπτωση τοποθέτησης χωρίς κρημνό (flappless) με την εφαρμογή της τεχνικής tunneling (Zuhr και συν. 2014, Kan και συν. 2009). ***(Εικ. 1-20)***

Εικ. 1: Η εικόνα αφορά σε νεαρό ασθενή που προσήλθε γιατί αισθανόταν ενόχληση κατά τη διάρκεια της μάσησης στην περιοχή του #11 και επιπλέον, όπως ανέφερε, το δόντι δεν ήταν στο ίδιο επίπεδο με τον #21.

Εικ. 2: Είναι εμφανής η ασυμμετρία στο περίγραμμα των ούλων μεταξύ των δύο κεντρικών τομέων, η οποία προέρχεται από τη μυλικότερη θέση του #11 συγκριτικά με τον #21.

Εικ. 3: Στο χαμόγελο του ασθενούς δεν αποκαλύπτονται τα ούλα στην περιοχή του #11 και επίσης είναι εμφανής και η εγγύς στροφή του συγκεκριμένου δοντιού.

Εικ. 4: Στην πανοραμική τομή της υπολογιστικής τομογραφίας φαίνεται χαρακτηριστική διαύγαση στην αυχενική περιοχή του δοντιού #11.


Εικ. 5: Στις εγκάρσιες τομές της απεικόνισης αποκαλύπτεται εκτεταμένου βαθμού απορρόφηση του μεγαλύτερου τμήματος της ρίζας του δοντιού #11.

Εικ. 6: Η εικόνα του εξαχθέντος δοντιού δείχνει την εκτεταμένη απορρόφηση της ρίζας του.

Εικ. 7: Η μασητική άποψη της περιοχής αμέσως μετά την εξαγωγή του δοντιού αποκαλύπτει ότι στην μυλική περιοχή του μετεξακτικού φατνίου παρατηρείται εναπόθεση μαλακών ιστών.

Εικ. 8: Με βάση χειρουργικούς οδηγούς του συστήματος cervico καθορίστηκε η ακριβής θέση εμφύτευσης και το σχήμα του διαβλεννογόνιου κολοβώματος επούλωσης.

Εικ. 9: Με τη βοήθεια ραμμάτων τοποθετείται δίκην φακέλλου και σταθεροποιείται μόσχευμα συνδετικού ιστού, το οποίο έχει προηγουμένως ληφθεί από την υπερώα, προκειμένου να αυξήσει το πάχος των μαλακών ιστών παρειακά του εμφυτεύματος.

Εικ. 10: Μασητική άποψη της περιοχής μετά τον τελικό τρυπανισμό και πριν την τοποθέτηση του εμφυτεύματος. Το μόσχευμα συνδετικού ιστού είναι επαρκώς σταθεροποιημένο και έχει οδηγήσει σε αύξηση του παρειακού περιγράμματος.

Εικ. 11: Κλινική εικόνα μετά την τοποθέτηση εμφυτεύματος Straumann 4.1 x 10 BLT.

Εικ. 12: Η τελική θέση του εμφυτεύματος σε μυλικο-ακρορριζικό επίπεδο επιβεβαιώνεται απο τον ειδικό μετρητή του συστήματος cervico, 3 χιλιοστά ακρορριζικότερα της παρυφής των παρυφών των ούλων των γειτονικών δοντιών.

Εικ. 13: Με βάση το σύστημα cervico κατασκευάζεται ένα προσωρινό κολόβωμα τιτανίου με σύνθετη ρητίνη το οποίο δοκιμάζεται στο στόμα επί του εμφυτεύματος.

Εικ. 14: Το εξαχθέν δόντι τροποποιείται με τέτοιο τρόπο ώστε να συγκολληθεί με το προσωρινό κολόβωμα τιτανίου και η κατασκευή είναι έτοιμη να προσαρμοσθεί στο στόμα.

Εικ. 15: Το δόντι του ασθενούς στη νέα του θέση, μυλικότερα της αρχικής. Στην άπω επιφάνεια διακρίνεται κενό μεταξύ του αυχένα του δοντιού και της παρυφής των ούλων.

Εικ. 16: Τοποθέτηση σύνθετης ρητίνης στο μέσο της παρειακής επιφάνειας των 11-12-21 και ακόλουθη συρραφή ανάρτησης γύρω από τα σημεία επαφής με σκοπό την κατά το δυνατόν μυλικότερη μετατόπιση των μαλακών ιστών στην περιοχή.

Εικ. 17: Μασητική άποψη της ίδιας περιοχής που δείχνει την τεχνική συρραφής και το βελτιωμένο παρειακό περίγραμμα.

Εικ. 18: Μετά από 15 ημέρες τα ράμματα γύρω από τα δόντια έχουν αφαιρεθεί και παραμένουν τα απορροφήσιμα ράμματα καθήλωσης του μοσχεύματος συνδετικού ιστού. Η πορεία επούλωσης φαίνεται ικανοποιητική.

Εικ. 19: Η κλινική κατάσταση της περιοχής 1 έτος μετά την τοποθέτηση του εμφυτεύματος δείχνει τη βελτιωμένη και σταθερή εικόνα των ιστών.

Εικ. 20: Η αντίστοιχη ακτινογραφική εικόνα αποτυπώνει τη σταθερότητα της οστικής παρυφής εγγύς και άπω του δοντιού.

Κατά τη φάση της αποκάλυψης των εμφυτευμάτων οι διαθέσιμες τεχνικές περιλαμβάνουν την αφαίρεση ιστών, τομή και μετακίνησή τους ή εφαρμογή μοσχευμάτων μαλακών ιστών. Οι αφαιρετικές τεχνικές προϋποθέτουν επάρκεια ΚΙ και σαφή προσδιορισμό της θέσης του εμφυτεύματος. Η αφαίρεση της περίσσειας του ιστού που καλύπτει τη βίδα κάλυψης επιτυγχάνεται με ευκολία με τη βοήθεια νυστεριού ή συσκευής laser. Στα πλεονεκτήματα συγκαταλέγεται η περιορισμένη νοσηρότητα, ο σύντομος χρόνος επούλωσης και ο μειωμένος κίνδυνος απορρόφησης λόγω μη αποκάλυψης του υποκείμενου οστού, ενώ μοναδικό μειονέκτημα είναι η αφαίρεση μέρους των ΚΙ. ***(Εικ. 21-31)***

Εικ. 21: Στην περιοχή του άνω δεξιά πλαγίου τομέα έχει τοποθετηθεί ένα εμφύτευμα και 4 μήνες αργότερα προγραμματίζεται η αποκάλυψη αυτού. Επιπρόσθετα, δεν παρατηρείται απώλεια πρόσφυσης στην περιοχή των όμορων επιφανειών.

Εικ. 22: Η μασητική άποψη δείχνει ένα περιορισμένης έκτασης παρειοϋπερώιο έλλειμμα, το οποίο χρήζει διόρθωσης, για την επίτευξη ιδανικής αισθητικής. Η τεχνική που θα επιχειρηθεί απαιτεί ελάχιστη παρέμβαση και δεν προϋποθέτει την ύπαρξη δότριας περιοχής, που θα έχει ως αποτέλεσμα μετεγχειρητική ενόχληση.

Εικ. 23: Αρχικά πραγματοποιείται μία αρχική τομή σχήματος Π πάνω από τη βίδα κάλυψης του εμφυτεύματος.

Εικ. 24: Η ίδια άποψη της περιοχής αποκαλύπτει ότι μετά την πλήρη απομάκρυνση του επιθηλίου με φρέζα διαμαντιού ξεκινάει αιμορραγία που προέρχεται από τον υποκείμενο συνδετικό ιστό.

Εικ. 25: Ακολουθεί αναπέταση ολικού πάχους κρημνού και αποκάλυψή του.

Εικ. 26: Για τη διόρθωση του ελλείμματος ο κρημνός αναδιπλώνεται, μετατοπίζεται παρειακά μεταξύ οστού και μαλακών ιστών και καθηλώνεται με συρραφή.

Εικ. 27: Τοποθέτηση βίδας επούλωσης επί του εμφυτεύματος. Η επιλογή της συγκεκριμένης τεχνικής ελάχιστης παρέμβασης επιτρέπει την διατήρηση των μεσοδοντίων θηλών, η οποία θα έχει θετική επίπτωση στο τελικό αισθητικό αποτέλεσμα.

Εικ. 28: Το τελικό αποτέλεσμα με τη στεφάνη τοποθετημένη στο στόμα της ασθενούς.

Εικ. 29: Μία κοντινότερη άποψη της περιοχής αποκαλύπτει την αρμονική σχέση των μαλακών ιστών και των δοντιών, με παρουσία μεσοδοντίων θηλών που πληρώνουν τις μεσοδόντιες περιοχές και εξασφαλίζουν ένα αποδεκτό αισθητικό αποτέλεσμα.

Εικ. 30: Η αντίστοιχη μασητική άποψη επιβεβαιώνει το αρμονικό παρειακό περίγραμμα, το οποίο δίνει την εικόνα ότι οι μαλακοί ιστοί αναδύονται με φυσικό τρόπο μέσα από το αυχενικό τμήμα της στεφάνης.

Εικ. 31: Η ακτινογραφική εικόνα του εμφυτεύματος 7 έτη μετά την αποκατάστασή του.

Συνέχεια στη σελίδα 22

Συνέχεια από τη σελίδα 21

Μία από τις πλέον δημοφιλείς χειρουργικές τεχνικές που εφαρμόζονται κατά τη φάση της αποκάλυψης των εμφυτευμάτων είναι αυτή των Palacci και συν. (1996). Με αυτή δημιουργούνται μισχωτοί κρημνοί που μετατοπίζονται προς την επιθυμητή κατεύθυνση, εξασφαλίζοντας τη δημιουργία μεσοδοντίων θηλών μεταξύ των εμφυτευμάτων.

Υπάρχουν επίσης περιπτώσεις στις οποίες καλούμαστε να διαχειριστούμε τους μαλακούς περιεμφυτευματικούς ιστούς μετά τη λειτουργική αποκατάσταση των εμφυτευμάτων και αφορούν ελλείμματα μαλακών ιστών σε εύρος, απώλεια μεσοδοντίων θηλών και έλλειψη ζώνης ΚΙ. Οι τεχνικές που εφαρμόζονται δεν διαφέρουν από τις προαναφερθείσες, με τη διαφορά ότι, για να εφαρμοσθούν με επιτυχία, απαιτείται σε πολλές περιπτώσεις η αφαίρεση της υπερκατασκευής και η τοποθέτηση βίδας κάλυψης ή επούλωσης.

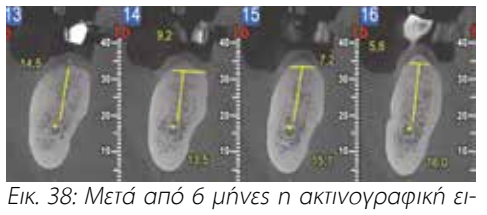
Συμπερασματικά, σε εκείνες τις περιπτώσεις όπου υπάρχει επάρκεια ΚΙ, οι τεχνικές που προτείνονται είναι είτε εκείνες της πραγματοποίησης μίας απλής τομής χωρίς θυσία ιστών, ή οι αφαιρετικές χειρουργικές τεχνικές. Όταν απαιτείται η αναδιαμόρφωση των μεσοδοντίων θηλών, αυτή μπορεί να πραγματοποιηθεί με τις τεχνικές που έχουν κυρίως προτείνει οι Palacci και συν. (1996) με τη δημιουργία μετατοπιζόμενων κρημνών και συρραφής τους ανάμεσα στα εμφυτεύματα. Στις περιπτώσεις όπου χρειαζόμαστε εύρος ΚΙ, η προσφορότερη και πιο προβλέψιμη τεχνική είναι αυτή του ελεύθερου ουλικού μοσχεύματος, με μόνο μειονέκτημα τη χρωματική δυσαρμονία του μοσχεύματος με τις παρακείμενες περιοχές. ***(Εικ. 32-39)***

Εικ. 32: Ασθενής που φέρει εμφύτευμα στην περιοχή #46. Διακρίνονται οι ιστοί που παρεμβαίνουν και προσφύονται στην παρειακή επιφάνεια του εμφυτεύματος, δυσχεραίνοντας σημαντική τη ΣΥ στην περιοχή.

Εικ. 33: Η μασητική άποψη αποκαλύπτει το ίδιο πρόβλημα στην περιοχή.

Εικ. 34: Η ακτινογραφική εικόνα από την υπολογιστική τομογραφία δείχνει ότι υπάρχει σημαντική περιεμφυτευματική οστική απώλεια. Το εμφύτευμα αποφασίζεται σε αυτή την περίπτωση να εξαχθεί.

Εικ. 35: Η εικόνα 2 μήνες μετά από την εξαγωγή επιβεβαιώνει ότι το προϋπάρχον πρόβλημα χρήζει επίλυσης.



Εικ. 36: Παρασκευή κρημνού μερικού πάχους, καθήλωση και συρραφή του χείλους ακρορριζικά και στη συνέχεια λήψη, τοποθέτηση και συρραφή ενός ελεύθερου ουλικού μοσχεύματος που λαμβάνεται από την υπερώα.

Εικ. 37: Η επούλωση δείχνει μια σαφώς βελτιωμένη εικόνα των ιστών. Σε αυτό το χρονικό επιλέγεται η εκ νέου ανάπλαση οστού στην περιοχή, με σκοπό τη μεθύστερη τοποθέτηση εμφυτεύματος.

Εικ. 38: Μετά από 6 μήνες η ακτινογραφική εικόνα μας δείχνει ότι υπάρχει πλέον επάρκεια οστού για τοποθέτηση νέου εμφυτεύματος.

Εικ. 39: Η τελική κλινική εικόνα αποκαλύπτει την ποιότητα των νεοσχηματισθέντων μαλακών ιστών και την επάρκεια των κερατινοποιημένων ιστών στην περιοχή, η οποία θα εξασφαλίσει την ευκολία πρόσβασης με τα μέσα στοματικής υγιεινής.

Θερμές ευχαριστίες στον Οδοντίατρο Αγαμέμνονα Ιωαννάτο και στον Οδοντίατρο-Προσθετολόγο Πάρη Ραβάνη για τη συμβολή τους στην περάτωση των κλινικών περιστατικών.

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®

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

Ειδικά Νοσήματα των Χειλέων. Ταξινόμηση - Διάγνωση - Θεραπεία

Α΄ ΜΕΡΟΣ

Τα χείλη, χωρίς αμφιβολία, αποτελούν μία εξαιρετικά προνομιακή περιοχή στην εκπληκτική ανατομία του προσώπου και του στόματος. Είναι εμφανές ότι ο δημιουργός έβαλε τις πιο καταπληκτικές πινελιές ώστε να δημιουργηθεί αυτό το λειτουργικό και αισθητικό μεγαλείο με τις πολυποίκιλες λειτουργίες και την αισθητική αρμονία. Από ιατρικής σκοπιάς τα χείλη αντιπροσωπεύουν τη σύνδεση του βλεννογόνου το στόματος και του δέρματος του προσώπου, ενώ η παθολογία των χειλέων είναι η επιστημονική σύνδεση της Οδοντιατρικής και Ιατρικής με άμεσους εκφραστές τον Στοματολόγο και τον Δερματολόγο.

Η νοσολογία των χειλέων είναι εξαιρετικά μεγάλη και αφορά νοσήματα που προσβάλλουν αποκλειστικά τα χείλη (ειδικές χειλίτιδες) καθώς και πληθώρα τοπικών νόσων του στόματος και ακόμη πιό πολλά συστηματικά νοσήματα όπου και στις δύο περιπτώσεις τα χείλη συμμετέχουν σε παθολογικές εκδηλώσεις. Στο άρθρο αυτό θα ασχοληθούμε με νοσήματα που προσβάλλουν αποκλειστικά τα χείλη δηλαδή τις ειδικές χειλίτιδες. Σε κάθε μία από αυτές θα αναπτυχθούν οι αιτιολογικοί παράγοντες, η κλινική εικόνα, τα ιστοπαθολογικά και άλλα εργαστηριακά ευρήματα καθώς και το θεραπευτικό περίγραμμα. Στην ομάδα αυτή ανήκουν νοσήματα που προκαλούν ποικίλες διαταραχές λειτουργικές και αισθητικές που πολλές φορές επηρεάζουν αρνητικά την μάσηση, την ομιλία αλλά κυρίως, λόγω της θέσης, την εμφάνιση των ασθενών με αποτέλεσμα, πέραν των ιατρικών, δυσάρεστες επιπτώσεις στην επαγγελματική, κοινωνική καθώς και την ψυχική υγεία των ασθενών. Για όλους αυτούς τους λόγους απαιτείται άμεση και υπεύθυνη ιατρική παρέμβαση ώστε να αποκατασταθεί γρήγορα η λειτουργία των χειλέων. Ο ρόλος του Στοματολόγου σε αυτή την αποστολή είναι καθοριστικός και καίριος, μερικές φορές όμως απαιτείται η συνεργασία με τον Δερματολόγο ιατρό. Το άρθρο λόγω της ευρύτητος θα χωριστεί σε 2 μέρη Α και Β που θα παρουσιασθούν στην παρούσα και την επόμενη έκδοση του «Οδοντιατρικού Βήματος».

Στον πίνακα 1 βρίσκονται ταξινομημένες οι ειδικές χειλίτιδες που θα μας απασχολήσουν στα δύο συνεχόμενα άρθρα και στο πίνακα 2 οι σημαντικότεροι κλινικοί χαρακτήρες.

Ι. Συγχειλίτις

Η συγχειλίτις ή γωνιακή χειλίτις είναι παθολογική διαταραχή που εντοπίζεται στη γωνία των χειλέων ετερόπλευρα ή αμφοτερόπλευρα. Η πιο συχνή αιτία είναι η μείωση της κάθετης διάστασης του προσώπου, που δημιουργεί πτύχωση στη γωνία του στόματος, εκροή σάλιου και υγρασία που ευνοεί την ανάπτυξη Candida albicans, καθώς και επιμόλυνση με χρυσίζοντα σταφυλόκοκκο και στρεπτόκοκκο. Σημαντικό ρόλο παίζει, επίσης, ο μηχανικός τραυματισμός. Η συγχειλίτις αποτελεί σταθερό εύρημα στη σιδηροπενική αναιμία, τη μεγαλοβλαστική αναιμία, το σύνδρομο Plummer – Vinson, την αριβοφλαβίνωση και τη λοίμωξη HIV. Κλινικά, χαρακτηρίζεται από ερυθρότητα και ραγάδες, που αρχίζουν από τη γωνία των χειλέων και εκτείνονται ακτινοειδώς προς το δέρμα ***(Εικ. 1).*** Μερικές φορές οι ραγάδες καλύπτονται από λευκωπές πλάκες ή εφελκίδες. Συχνά, εξάλλου, υπάρχει αίσθημα ξηρότητας και πόνος, που αναγκάζουν τον ασθενή να λείχει τις γωνίες του στόματος για εφύγανση, με αποτέλεσμα να διαιωνίζεται η βλάβη. Σε χρόνιες και έντονες μορφές οι βλάβες μπορεί να εκτείνονται πέραν από το δερματοβλεννογόνιο όριο. Εάν δεν αντιμετωπιστεί η βλάβη διαρκεί πολύ καιρό με υφέσεις και εξάρσεις. Η διάγνωση στηρίζεται στην κλινική εικόνα.

Εικ. 1: Συγχειλίτις.

Η διαφορική διάγνωση περιλαμβάνει όλα τα συστηματικά νοσήματα που σχετίζονται με την αιτιολογία.

Εργαστηριακές εξετάσεις δε χρειάζονται, εκτός εκείνων που απαιτούνται για διάγνωση της συστηματικής νόσου που μπορεί να υποκρύπτεται. Η αιτιολογική θεραπεία περιλαμβάνει διόρθωση της κάθετης διάστασης του προσώπου, αντιμετώπιση της αναιμίας, της αριβοφλαβίνωσης και του τραυματισμού. Συμπτωματικά τοπική εφαρμογή αλοιφής κορτικοστεροειδούς και αντιμυκητιασικού φαρμάκου.

ΙΙ. Απολεπιστική Χειλίτις

Η απολεπιστική χειλίτις είναι χρόνια φλεγμονώδης νόσος του ερυθρού κρασπέδου των χειλέων. Χαρακτηρίζεται από σχηματισμό επίμονων εφελκίδων και λεπίων που οφείλονται σε αυξημένη παραγωγή και απόπτωση κερατίνης. Παρατηρείται, πιο συχνά, σε γυναίκες νεαρής ηλικίας (15-30 ετών), πολλές από τις οποίες πάσχουν από ατοπία και ψυχικό stress. Οι βλάβες μπορεί να επιδεινωθούν με τοπική χρήση χημικών ουσιών (κραγιόν χειλέων, οδοντόπαστα, στοματοπλύματα), με ψυχρό ή πολύ θερμό καιρό, έκθεση στην ηλιακή ακτινοβολία, στοματική αναπνοή κ.ά. Η συνεχής λειχή, εξάλλου, των χειλέων και εφύγανση με το σάλιο από τους ασθενείς επιδεινώνει και διαιωνίζει το πρόβλημα.

Κλινικά, προηγείται ξηρότητα, αίσθημα καύσου και ελαφρό οίδημα και μετά δημιουργούνται παχιά λέπια, που αποκολλώνται καταλείποντας ερυθρή και ευαίσθητη επιφάνεια. Συχνά οι βλάβες επιμολύνονται με Candida albicans. Χαρακτηριστικά εντοπίζονται στο ερυθρό κράσπεδο των δύο ή και του ενός χείλους ***(Εικ. 2)***. Είναι επίμονες, διαρκούν μήνες ή και χρόνια, με υφέσεις και εξάρσεις και δημιουργούν αισθητικό πρόβλημα στους ασθενείς. Η διάγνωση στηρίζεται στο ιστορικό και την κλινική εικόνα.

Η διαφορική διάγνωση περιλαμβάνει την χειλίτιδα εξ επαφής χημικών ουσιών, χειλίτιδα από συστηματική λήψη ρετινοειδών και την ακτινική χειλίτιδα.

Θεραπευτικά συνιστάται αποφυγή λειχής των χειλέων. Τοπική χρήση κορτικοστεροειδών, βούτυρο κακάου, ενυδατικές κρέμες και, τοπικά, αντιμυκητιασικά φάρμακα έχουν χρησιμοποιηθεί με μέτριο αποτέλεσμα. Τελευταία χρησιμοποιείται τοπικά αλοιφή tacrolimus με πολύ καλό αποτέλεσμα.

Εικ. 2: Απολεπιστική χειλίτις.

ΙΙΙ. Χειλίτις από Επαφή

Η χειλίτις από επαφή σε αλλεργιογόνα είναι οξεία φλεγμονώδης αντίδραση του χείλους σε τοπική εφαρμογή διαφόρων χημικών ουσιών. Οι πιό συνήθεις αιτιολογικοί παράγοντες που ενοχοποιούνται είναι το κραγιόν του χείλους, τοπική χρήση κρεμών και αλοιφών, οδοντόπαστες, αντισηπτικά στοματοπλύματα, αρωματικές ουσίες (κανέλα, μέντα, βανίλια), τροφές.

Κλινικά, χαρακτηρίζεται από ήπιο οίδημα και ερυθρότητα που ακολουθούνται από το σχηματισμό παχέων λευκόφαιων εφελκίδων, που αποκολλώνται εύκολα ή δύσκολα ***(Εικ. 3).*** Υποκειμενικά, υπάρχει αίσθημα καύσου και ήπιος πόνος. Οι βλάβες εντοπίζονται στο ερυθρό κράσπεδο κράσπεδο των χειλέων και υποχωρούν γρήγορα με την απομάκρυνση του αιτίου. Η διάγνωση στηρίζεται στο ιστορικό και την κλινική εικόνα.

Εικ. 3: Χειλίτις από επαφή με αρωματική ουσία (κανέλα).

Η διαφορική διάγνωση περιλαμβάνει την απολεπιστική χειλίτιδα και την πλασματοκυτταρική χειλίτιδα. Η δερματική δοκιμασία (patch test) με διάφορα αλλεργιογόνα είναι χρήσιμη για προσδιορισμό του αιτίου.

Η θεραπεία συνίσταται στην αποφυγή χρήσης του αλλεργιογόνου, εάν προσδιοριστεί και αποτελεί την πιο σωστή αντιμετώπιση. Τοπικά χορηγούμε κορτικοστεροειδή με μορφή κρέμας.

Πίνακας 1
Ειδικές χειλίτιδες

Ι.	Συγχειλίτις
ΙΙ.	Απολεπιστική χειλίτις
ΙΙΙ.	Χειλίτις από λειχή
V.	Ακτινική χειλίτις
VI.	Αδενική χειλίτις
VII.	Κοκκιωματώδης χειλίτις
VIII.	Πλασματοκυτταρική χειλίτις
IX.	Κεντρική ραγάδα χείλους
X.	Δυσπλασίες χειλέων
	•Διπλό άνω χείλος
	•Εντυπώματα κάτω χείλους
	•Εντυπώματα συγχειλιών
	•Χειλεοσχιστίες

Πίνακας 2. Σημαντικότεροι Κλινικοί Χαρακτήρες

Νόσος	Οξέα	Χρόνια	Επώδυνα	Ανώδυνα	Πρόγνωση	
					Καλή	Σοβαρή
Συγχειλίτις		+	+		+	
Απολεπιστική χειλίτις		+		+	+	
Χειλίτις από επαφή	+		+		+	
Χειλίτις από λειχή	+		+		+	
Ακτινική χειλίτις		+		+		+
Αδενική χειλίτις		+		+	+	
Κοκκιωματώδης χειλίτις	+			+	+	+
Πλασματοκυτταρική χειλίτις		+	+		+	

IV. Χειλίτις από Λειχή

Η δερματίτις και χειλίτις από λειχή των χειλέων είναι φλεγμονώδης αντίδραση, που παρατηρείται, σχεδόν αποκλειστικά, σε παιδιά που συνηθίζουν με την γλώσσα να λείχουν διαρκώς την περιοχή. Κλινικά, παρατηρείται έντονο ερύθημα στο ερυθρό κράσπεδο των χειλέων, τις συγχειλίες και το δέρμα περιστομιακά, που συνοδεύεται από εφελκίδες, λέπια και ραγάδες ***(Εικ. 4)***. Υποκειμενικά, οι ασθενείς παραπονούνται για ξηρότητα, αίσθημα κνησμού και καύσο. Η διάγνωση στηρίζεται στο ιστορικό και την κλινική εικόνα.

Εικ. 4: Ήπια χειλίτις από λειχή.

Η διαφορική διάγνωση περιλαμβάνει την περιστοματική δερματίτιδα, την απολεπιστική χειλίτιδα και την χειλίτιδα εξ επαφής.

Η θεραπεία είναι η διακοπή της συνήθειας της λειχής. Τοπικά, αλοιφές κορτικοστεροειδών ή τακρόλιμους αποτελούν συμπληρωματικές παρεμβάσεις.

V. Ακτινική Χειλίτις

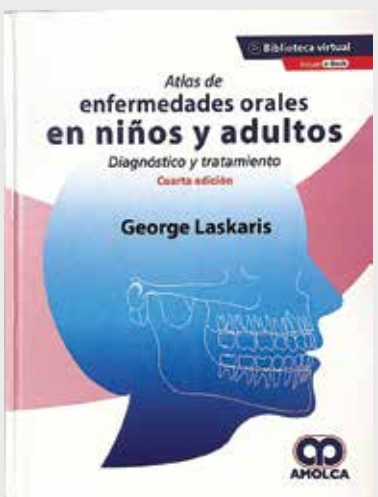
Η ακτινική χειλίτις είναι χρόνια φλεγμονώδης βλάβη, που εντοπίζεται στο ερυθρό κράσπεδο του κάτω χείλους. Παρατηρείται κυρίως σε άνδρες άνω των 50 ετών, με ανοικτόχρωμο δέρμα, που είναι εκτεθειμένοι για πολλά χρόνια στην ηλιακή ακτινοβολία (π.χ. αγρότες, ναυτικοί). Κλινικά, παρατηρείται ελαφρό οίδημα, ερυθρότητα και σχηματισμός λεπτών εφελκίδων, που χαρακτηριστικά εντοπίζονται στο ερυθρό κράσπεδο του κάτω χείλους ***(Εικ. 5)***. Προοδευτικά, το επιθήλιο λεπτύνεται, αποκτά λευκάζουσα χροιά, είναι ξηρό, με λέπια και μερικές φορές, με μικροδιαβρώσεις. Η ακτινική χειλίτις είναι προκαρκινική βλάβη, αφού πάνω στο έδαφος αυτό συχνά αναπτύσσεται λευκοπλακία και ακανθοκυτταρικό καρκίνωμα. Η διάγνωση στηρίζεται στο ιστορικό και την κλινική εικόνα. Απαιτείται όμως πάντα βιοψία και ιστολογική εξέταση για προσδιορισμό του κινδύνου εξαλλαγής.

Η διαφορική διάγνωση περιλαμβάνει την απολεπιστική χειλίτιδα, τη χειλίτιδα εξ επαφής, τον δισκοειδή ερυθηματώδη λύκο, τον ομαλό λειχήνα, την λευκοπλακία και το ακανθοκυτταρικό καρκίνωμα.

Εικ. 5: Ακτινική χειλίτις.

Η ιστολογική εξέταση αποτυπώνει υπερκεράτωση, ατροφία των στιβάδων του επιθηλίου και συχνά διάφορου βαθμού επιθηλιακή δυσπλασία (ήπια – μέτρια – βαριά). Σε προχωρημένες περιπτώσεις μπορεί να παρατηρηθεί καρκίνωμα in situ, ή ακανθοκυτταρικό καρκίνωμα. Το υποκείμενο χόριο εμφανίζει πυκνό συνδετικό ιστό με άφθονο, συχνά εκφυλισμένο, κολλαγόνο.

Η θεραπεία περιλαμβάνει προστασία του χείλους από την ηλιακή ακτινοβολία και χειρουργική αντιμετώπιση σε περιπτώσεις κινδύνου εξαλλαγής. Επιπλέον, έχουν χρησιμοποιηθεί laser CO_2, τοπικά αλοιφή ιμικουϊμοντ (Aldara) ή 5-φλουοροουρακίλη. Σε κάθε περίπτωση συνιστάται παρακολούθηση των ασθενών σε τακτά χρονικά διαστήματα.



Το ταξίδι της Ελληνικής Στοματολογίας συνεχίζεται στη Λατινική Αμερική

Το εμβληματικό έργο του καθηγητή Στοματολογίας **Γιώργου Λάσκαρη** δεσπόζει στο παγκόσμιο επιστημονικό στερέωμα καθώς τα Αγγλικά του βιβλία έχουν μεταφραστεί σε 13 γλώσσες και φιλοξενούνται στις βιβλιοθήκες των κορυφαίων ιατρικών πανεπιστημιακών ιδρυμάτων. Ο Στοματολόγος Γιώργος Λάσκαρης δεν αναπαράγει, αλλά δημιουργεί και εξάγει γνώση.

Η δημιουργική αυτή εξωστρέφεια εκφράστηκε για τρίτη φορά μέσα στο 2021 -προηγήθηκε έκδοση στα τουρκικά και στα κροατικά- όταν με πρωτοβουλία του κορυφαίου εκδοτικού οίκου, με έδρα το Καράκας, AMOLCA, μεταφράστηκε στα ισπανικά η 4η έκδοση του βιβλίου του «Color Atlas of Oral Medicine». Η νέα αυτή έκδοση κυκλοφορεί σε επτά χώρες της Λατινικής Αμερικής: Βενεζουέλα, Μεξικό, Αργεντινή, Χιλή, Κολομβία, Παναμά και Περού. Έρχεται να προστεθεί σε αντίστοιχη έκδοση που έχει ήδη γίνει στην Ισπανία. Είναι γεγονός ότι οι ισπανόφωνοι γιατροί και οδοντίατροι έχουν τιμήσει το συγγραφικό έργο του Γιώργου Λάσκαρη, το οποίο έχει κατ΄ επανάληψη μεταφραστεί στα ισπανικά.

Η μετάφραση της αγγλικής έκδοσης από τον οίκο AMOLCA έγινε με απόλυτο σεβασμό στο υψηλής ποιότητας κείμενο και το σημαντικότερο, στο φωτογραφικό υλικό που χαρακτηρίζεται από ανυπέρβλητη ακρίβεια και κορυφαία αισθητική.

Το νέο αυτό βιβλίο αποτελεί ένα πόνημα εξαιρετικά υψηλού επιπέδου που προβάλλει στην Λατινική Αμερική την Ελληνική Στοματολογία και κατ' επέκταση την Ελληνική Οδοντιατρική και Ιατρική.

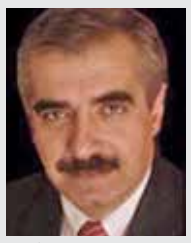
Μαρίνα Δούκα DDS, Msc
Υπεύθυνη Στοματολογικού Ιατρείου
Ιατρικού Κέντρου Αθηνών
Γραμματέας Ελληνικής Εταιρείας
Στοματολογίας

Η σελίδα της
ΕΤΑΙΡΕΙΑΣ **ΟΔΟΝΤΟΣΤΟΜΑΤΟΛΟΓΙΚΗΣ** ΕΡΕΥΝΗΣ

Pradaxa, Xarelto, Eliquis, Lixiana: Όλα όσα πρέπει να ξέρει ο οδοντίατρος για τα νέα από του στόματος αντιπηκτικά

Η καρδιαγγειακή νόσος παραμένει η κύρια αιτία θνησιμότητας παγκοσμίως. Αν και τόσο στις ΗΠΑ όσο και στην Ευρώπη, σύμφωνα με ετήσιες στατιστικές από το 2016 καταγράφεται σημαντική μείωση του ρυθμού θνησιμότητας από καρδιαγγειακά νοσήματα και στεφανιαία νόσο, στην Ευρώπη οι θάνατοι από καρδιαγγειακά νοσήματα κάθε χρόνο είναι περισσότεροι από τέσσερα εκατομμύρια, που αντιστοιχούν στο 49% του συνόλου των θανάτων στις γυναίκες και στο 40% του συνόλου των θανάτων στους άνδρες.

Σύμφωνα με την Ευρωπαϊκή Καρδιολογική Εταιρεία (ESC) στο σύνολο των Ευρωπαϊκών κρατών μελών της, εκτιμάται ότι 83,4 εκατομμύρια άνθρωποι



Φώτιος Χ. Τζέρμπος
Αναπλ. Καθηγητής Οδοντιατρικής Σχολής ΕΚΠΑ,
Σύμβουλος του Ωνασείου Καρδιοχειρουργικού Κέντρου,
Αντιπρόεδρος της ΕΟΕ

αντιμετωπίζουν καρδιαγγειακά προβλήματα. Όπως προαναφέρθηκε ενώ υπάρχουν ενδείξεις ότι η καρδιαγγειακή θνησιμότητα μειώθηκε τόσο στην Ευρώπη όσο και στην Ελλάδα τα νεοδιαγνωσθέντα περιστατικά καρδιαγγειακών νοσημάτων αυξήθηκαν λόγω της αύξησης του πληθυσμού και της γήρανσης.

Αυτό έχει σαν συνέπεια να έχει αυξηθεί ο αριθμός των καρδιολογικών ασθενών, οι οποίοι έχοντας την αρωγή φαρμάκων, πολλές φορές και ικανού αριθμού, επιζητούν οδοντιατρική θεραπεία. Από τα συνήθη καρδιολογικά φάρμακα που προβληματίζουν τον οδοντίατρο λόγω της πιθανής αιμορραγίας, είναι τα κουμαρινικά αντιπηκτικά με κύριους εκπροσώπους το Sintrom και το Panwarfin και τα αντιαιμοπεταλιακά με κύριους εκπροσώπους το ακετυλοσαλυκιλικό οξύ (Salospir), την κλοπιδογρέλη (Plavix), την πρασουγρέλη (Efient) και την τικαγρελόρη (Brilique).

Τα τελευταία χρόνια νέα αντιπηκτικά φάρμακα ήλθαν στο προσκήνιο έχοντας κάποια πλεονεκτήματα σε σχέση με τα κουμαρινικά αντιπηκτικά και φαίνεται να παίρνουν την θέση των τουλάχιστον όσον αφορά την θρομβοεμβολική νόσο και την κολπική μαρμαρυγή.

Σκοπός αυτού του άρθρου είναι μέσα από τις απαντήσεις σε συγκεκριμένα ερωτήματα να δώσει πληροφορίες για τα φάρμακα αυτά και τον τρόπο διαχείρισης από τον κλινικό οδοντίατρο των ασθενών που τα λαμβάνουν ως αντιπηκτική αγωγή.

1. *Ποιά είναι τα νεότερα από του στόματος αντιπηκτικά;*

Τα νεότερα από του στόματος αντιπηκτικά ή NOACs (Novel Oral Anticoagulants) είναι:

Α) Η δαμπιγκατράνη (Pradaxa)
Β) Η ριβαροξαμπάνη (Xarelto)
Γ) Η απιξαμπάνη (Eliquis)
Δ) Η εντοξαμπάνη (Lixiana)

2. *Ποιος είναι ο μηχανισμός δράσης των NOACs;*

Ο μηχανισμός δράσης των είναι ως άμεσοι εκλεκτικοί αναστολείς είτε της θρομβίνης (Pradaxa) είτε του παράγοντα Xa (Xarelto, Eliquis, Lixiana). Δεν πρόκειται δηλαδή για ανταγωνιστές της βιταμίνης Κ όπως είναι τα κουμαρινικά παράγωγα (Sintrom, Panwarfin) που ανταγωνιζόμενα την βιταμίνη Κ αναστέλλουν την παραγωγή των εξαρτημένων από την βιταμίνη Κ παραγόντων της πήξης ΙΙ, VII, IX και X.

3. *Απαιτείται παρακολούθηση της αντιπηκτικής δράσης των NOACs;*

Σε αντίθεση με τα κουμαρινικά αντιπηκτικά όπου απαιτείται η συχνή (μηνιαία) αιματολογική εξέταση της τιμής του INR που είναι και ο δείκτης της αντιπηκτικής δράσης των, στους ασθενείς που λαμβάνουν NOACs, δεν απαιτείται εργαστηριακός έλεγχος για ρύθμιση της δόσης τους δεδομένου ότι τα φάρμακα αυτά έχουν προβλέψιμη φαρμακοκινητική και φαρμακοδυναμική δράση.

4. *Η αντιπηκτική δράση των NOACs επηρεάζεται από την λήψη τροφών;*

Είναι γνωστό ότι η αντιπηκτική δράση των κουμαρινικών αντιπηκτικών επηρεάζεται από την λήψη συγκεκριμένων τροφών όπως λαχανικών πλούσιων σε βιταμίνη Κ (καρότο, μπρόκολο κ,α.). Σε αντίθεση τα NOACs δεν αλληλεπιδρούν με τροφές και αυτό αποτελεί ένα ακόμα πλεονέκτημα των φαρμάκων αυτών.

5. *Ποιες εξετάσεις μετρούν την αντιπηκτική δράση των NOACs;*

Η μέτρηση της αντιπηκτικής δραστικότητας των NOACs απαιτείται σε επείγουσες καταστάσεις όπως σε μεγάλες αιμορραγίες, σε ανάγκη για επείγουσα χειρουργική επέμβαση και σε υποψία υπερδοσολογίας. Οι ζητούμενες εξετάσεις συνοψίζονται στον ***πίνακα 1*** (ελήφθη από το άρθρο 2 των επιλεγμένων αναφορών.

6. *Εάν ένας οδοντιατρικός ασθενής που λαμβάνει NOACs πρόκειται να υποβληθεί σε χειρουργική επέμβαση στο στόμα, πρέπει ο οδοντίατρος να ζητήσει αιματολογική εξέταση για την μέτρηση της αντιπηκτικής δράσης των NOACs.;*

Σε αντίθεση με τον ασθενή που λαμβάνει κουμαρινικά παράγωγα και που θα πρέπει ο οδοντίατρος να ζητήσει μία πρόσφατη εξέταση INR και ανάλογα με την χειρουργική πράξη να συζητήσει με τον θεράποντα καρδιολόγο πιθανή διακοπή ή περιεγχειρητική αλλαγή της αντιπηκτικής αγωγής σε Ηπαρίνες Χαμηλού Μοριακού Βάρους (Clexane), σε ασθενείς που λαμβάνουν NOACs, αφενός το INR δεν είναι η εξέταση που θα μας δείξει την αντιπηκτική δράση αυτών των φαρμάκων και αφετέρου δεν χρειάζεται να ζητήσουμε πηκτολογικό έλεγχο.

7. *Πόσες ημέρες χρειάζεται να διακοπεί η περιεγχειρητική χορήγηση των NOACs για την ασφαλή διεξαγωγή μιας χειρουργικής επέμβασης στο στόμα;*

Καταρχάς **ο καρδιολόγος ή γενικότερα ο θεράπων ιατρός του ασθενούς και μόνον αυτός** θα αποφασίσει για το αν και πόσες ημέρες θα πρέπει να διακοπεί η λήψη των NOACs. Ο θεράπων ιατρός ανάλογα με το αντιπηκτικό και με βάση το ιατρικό ιστορικό του ασθενούς (κίνδυνος θρομβοεμβολικού επεισοδίου, συννοσηρότητες, βαθμός νεφρικής λειτουργίας) θα αποφασίσει την διακοπή του φαρμάκου συνήθως από 2-4 ημέρες (την ημέρα της επέμβασης, 1 ή 2 ημέρες πριν και πιθανόν 1 ημέρα μετά). Γενικά λόγω της ταχείας έναρξης (2 ώρες μετά την χορήγησή τους η μέγιστη αντιπηκτική δράση) και της ταχείας αποδρομής της δράσης των φαρμάκων αυτών, δεν χρειάζεται μεγάλα διαστήματα διακοπής των, όπως συμβαίνει σε ασθενείς που λαμβάνουν κουμαρινικά παράγωγα.

8. *Ποια φάρμακα που συνταγογραφεί ο οδοντίατρος αλληλεπιδρούν με τα NOACs και θα πρέπει να αποφεύγονται;*

Η συγχορήγηση NOACs με Μη Στεροειδή Αντιφλεγμονώδη αυξάνουν τον κίνδυνο αιμορραγίας. Η Κλαρυθρομυκίνη αυξάνει το αντιπηκτικό αποτέλεσμα της απιξαμπάνης και της ριβαροξαμπάνης ενώ απαγορεύεται η συγχορήγησή της με την εντοξαμπάνη.

9. *Εάν θα πρέπει να κάνω μια χειρουργική επέμβαση σε έναν ασθενή που παίρνει NOACs τι θα πρέπει να εφαρμόσω;*

Σε κάθε ασθενή που λαμβάνει αντιπηκτική αγωγή ή έχει γενικότερα αιμορραγική τάση και υποβάλλεται σε χειρουργική επέμβαση στο στόμα, θα πρέπει να εφαρμόζουμε τα εξής

1) Ήπιους, ατραυματικούς χειρισμούς.*
2) Απόξεση – αφαίρεση του φλεγμονώδους κοκκιωματώδους ιστού.*
3) Τοποθέτηση εντός του χειρουργικού τραύματος αιμοστατικών υλικών {σπόγγων (spongostan), οξειδωμένης κυτταρίνη (Surgicel)}.
4) Συρραφή του τραύματος ει δυνατόν με απορροφήσιμα ράμματα
5) Χρήση διαλύματος τρανεξαμικού οξέος 5% (transamin) μετεγχειρητικά, είτε εμποτίζοντας την γάζα του επιπωματισμού είτε υπό μορφήν στοματοπλύσεων 2-3 φορές ημερησίως.
6) Σαφείς μετεγχειρητικές οδηγίες αναφορικά με την δίαιτα (κρύα και υδαρής) και την χρήση ψυχρών επιθεμάτων.*
7) Δυνατότητα άμεσης, προσωπικής επικοινωνίας του ασθενούς με τον θεράποντα οδοντίατρο.*

*Θα πρέπει να εφαρμόζεται σε όλους ανεξαιρέτως τους ασθενείς

10. *Τι θα πρέπει να προσέξουμε κατά την μετεγχειρητική περίοδο;*

Ο οδοντίατρος θα πρέπει να είναι σε εγρήγορση για δύο στοιχεία:

Την αναλγητική κάλυψη του ασθενούς και την μεθύστερη αιμορραγία.

Με δεδομένο ότι η χορήγηση των ΜΣΑΦ αντενδείκνυται στους καρδιολογικούς ασθενείς (επίταση της αιμορραγίας και πιθανή αύξηση της αρτηριακής πίεσης σε ασθενείς που λαμβάνουν αντιυπερτασική αγωγή (κυρίως ΑΜΕΑ αλλά και τα διουρητικά) η παρακεταμόλη σε συνδυασμό με κάποιο οπιοειδές αναλγητικό είναι μονόδρομος για την επίτευξη αναλγησίας του ασθενούς. Προσοχή στο να μην υπερβούμε την μέγιστη ημερήσια δόση παρακεταμόλης που ανέρχεται στα 3 gr. Θα πρέπει να σημειωθεί ότι λόγω της αποδόμησης της οξειδωμένης κυτταρίνης (Surgicel) και της δημιουργίας όξινου περιβάλλοντος έχει παρατηρηθεί η αναφορά εντονότερου μετεγχειρητικού άλγους από τον ασθενή.

Οσον αφορά την μεθύστερη αιμορραγία, έχει παρατηρηθεί, ότι ορισμένοι ασθενείς που λαμβάνουν αντιπηκτική αγωγή με NOACs, ενώ έχει επέλθει πλήρης αιμόσταση, την 5η -6η μετεγχειρητική ημέρα εμφανίζουν αιμορραγία, η οποία ελέγχεται με επιπωματισμό και την χρήση διαλύματος Transamin 5%.

ΠΙΝΑΚΑΣ 1 **Κατάλληλες (πράσινο χρώμα), μερικώς κατάλληλες (κίτρινο) και ακατάλληλες (κόκκινο) εργαστηριακές δοκιμασίες για εκτίμηση της δράσης των μη κουμαρινικών από του στόματος αντιπηκτικών (άμεσων αναστολέων της θρομβίνης ή του παράγοντα Χ).**

	Δαβιγατράνη	Ριβαροξαμπάνη	Απιξαμπάνη	Εντοξαμπάνη
aPTT	✓	✗	✗	✗
TT	✓	✗	✗	✗
dTT, ECT	✓	✗	✗	✗
Anti-FXa assays	✗	✓	✓	✓
PT	✗	✓	✗	✗
INR	✗	✗	✗	✗

Προσαρμοσμένος και απλουστευμένος από τις Πρακτικές Οδηγίες της Ευρωπαϊκής Ένωσης Καρδιακού Ρυθμού (European Heart Rhythm Association - EHRA) της Ευρωπαϊκής Καρδιολογικής Εταιρείας.[6] Συμπεριλαμβάνεται και η εντοξαμπάνη που δεν είναι διαθέσιμη ακόμη στην Ελλάδα κατά τη συγγραφή του κειμένου αυτού.
Anti-FXa assay = ανάλυση δραστικότητας κατά του ενεργού παράγοντα της πήξης Χ (Προσοχή: πρέπει να γνωρίζει το εργαστήριο ποιο ακριβώς αντιπηκτικό έλαβε ο ασθενής για να βαθμονομήσει σωστά την εξέταση!), aPTT = ενεργοποιημένος χρόνος μερικής θρομβοπλαστίνης (activated partial thromboplastin time), dTT = χρόνος αραιωμένης θρομβίνης (diluted thrombin time), ECT = Χρόνος πήξεως εκαρίνης (ecarin clotting time), INR = international normalized ratio, PT = χρόνος προθρομβίνης (prothrombin time), TT = χρόνος θρομβίνης (thrombin time).

Επιλεγμένες αναφορές

1. Πιπιλής Α.: « Νεότερα Αντιπηκτικά Πότε και σε ποιους;" Ελληνική Καρδιολογική Επιθεώρηση Vol 58 No 6 (2017): Νοέμβριος- Δεκέμβριος 2017 506-509
2. Βιάζης Ν., Κωνσταντινίδης Σ., Γεωργόπουλος Σ. κ.α.: «Συστάσεις για την αντιμετώπιση αιμορραγιών σε ασθενείς που λαμβάνουν από του στόματος αντιπηκτική αγωγή» Ελληνική Καρδιολογική Επιθεώρηση Vol 57 No 5 (2016): Σεπτέμβριος - Νοέμβριος 382-401
3. Makris M, et al: British Committee for Standards in Haematology. Guideline on the management of bleeding in patients on antithrombotic agents. Br J Haematol. 2013 Jan;160(1):35
4. Τσιούφης Κ: «Η καρδιαγγειακή νόσος στην Ελλάδα με αριθμούς» Ελληνική Καρδιολογική Επιθεώρηση Vol 59 No 5 (2018): Σεπτέμβριος- Οκτώβριος 358-359
5. Κιοσπές Π., Παπαδήμας Χ., Τζέρμπος Φ.: Νεότερα δεδομένα στην αντιμετώπιση οδοντιατρικού ασθενούς με καρδιακές αρρυθμίες. Ελλην. Στοματολογικά Χρονικά 56:307-319,2012

Στο φουλ οι μηχανές για την έκθεση IDS 2021

Ο χρόνος μετρά αντίστροφα για τη μεγαλύτερη έκθεση Οδοντιατρικής στον κόσμο, την IDS, που παραδοσιακά κάθε δύο χρόνια συγκεντρώνει πλήθος κόσμου στην Κολωνία.

Την προηγούμενη χρονιά, όμως, η πανδημία ανέτρεψε πολλά και δεν αποτέλεσε εξαίρεση η IDS που αναγκαστικά αναβλήθηκε για το φθινόπωρο του 2021, το τετραήμερο **22-25 Σεπτεμβρίου.**

Μέχρι τα τέλη Μαΐου είχαν δηλώσει συμμετοχή περίπου 850 εταιρείες από 57 χώρες, αριθμός αρκετά αξιόλογος κατά τους διοργανωτές, δεδομένων των δυσκολιών που παραμένουν λόγω της υγειονομικής κρίσης.

Δρ. **Markus Heibach**
Εκτελεστικός Διευθυντής της GFDI/VDDI

Markus Oster
Αντιπρόεδρος της Koelnmesse

Το διοικητικό συμβούλιο της VDDI, το Gesellschaft zur Förderung der Dental-Industrie mbH (GFDI) και η Koelnmesse, που συνδιοργανώνουν την IDS, έχουν μεριμνήσει για την ασφάλεια εκθετών και επισκεπτών. Σε αυτό το πλαίσιο η ροή της έκθεσης χωροταξικά είναι έτσι σχεδιασμένη ώστε να υπάρχει ασφάλεια, ενώ θα δίνεται και η δυνατότητα της εικονικής περιήγησης μέσω της πλατφόρμας IDSconnect, για όσους δεν καταφέρουν να ταξιδέψουν στη Γερμανία. Πρόκειται για μια πλατφόρμα πολύ εύκολη στη χρήση, ακόμα και για όσους δεν είναι εξοικειωμένοι με το διαδίκτυο, τονίζουν οι διοργανωτές.

Ενόψει της έκθεσης το «Οδοντιατρικό Βήμα» συνομίλησε με τον Δρ. **Markus Heibach**, εκτελεστικό διευθυντή της GFDI/VDDI, και τον **Markus Oster**, αντιπρόεδρο της Koelnmesse.

Συνέντευξη στην **Γεωργία Σάκκουλα** δημοσιογράφο

Σε ποια φάση βρίσκονται οι προετοιμασίες για την έκθεση IDS 2021;

Markus Oster: Οι προετοιμασίες βρίσκονται σε πλήρη εξέλιξη. Πάνω από 830 εταιρείες από περίπου 60 χώρες έχουν επιβεβαιώσει τη συμμετοχή τους στην IDS 2021. Θεωρούμε ότι αυτό είναι ένα εξαιρετικό αποτέλεσμα με φόντο τους προηγούμενους μήνες. Και υπάρχουν ακόμη τρεις μήνες μπροστά μας πριν από την έναρξη της εμπορικής έκθεσης.

Λόγω της προσαρμογής στις νέες συνθήκες που δημιούργησε η πανδημία, η IDS διοργανώνεται στις αίθουσες 2, 3, 10 και 11, ενώ υπάρχει ένας μεγάλος χώρος φαγητού στην αίθουσα 4.1 για να εγγυηθεί στους επισκέπτες μια ασφαλή και υψηλής ποιότητας διαμονή. Όλες οι αίθουσες είναι διασυνδεδεμένες και επιτρέπουν στους επισκέπτες να περιηγούνται ιδανικά γύρω από την έκθεση. Προσφέρουμε επίσης το IDSconnect, μια επιπλέον, ψηφιακή πλατφόρμα και έτσι συνδυάζουμε τις μεγάλες δυνατότητες μιας εμπορικής έκθεσης σε φυσικό χώρο με καινοτόμα ψηφιακά χαρακτηριστικά.

Η υβριδική μας προσέγγιση επιτρέπει σε επισκέπτες από όλο τον κόσμο, οι οποίοι δεν είναι σε θέση να ταξιδέψουν στην Κολωνία, να ανακαλύψουν ελκυστικά εκθεσιακά περίπτερα και προϊόντα και να συνδεθούν με εταιρικούς αντιπροσώπους μέσω καινοτόμων καναλιών.

Οι εκτενείς δυνατότητες (σ.σ. της τεχνολογίας) καθιστούν δυνατό το να προσεγγίσει κανείς εύκολα περισσότερους δυνητικούς πελάτες, να παρακολουθήσει τάσεις και παρουσιάσεις κατά παραγγελία και να δημιουργήσει πολύτιμες επαφές- από οπουδήποτε στον κόσμο.

Πόσο διαφορετική θα είναι η εμπειρία για κάποιον που θα επισκεφθεί την επόμενη IDS στην Κολωνία;

Markus Oster: Αν και ο ρυθμός επίπτωσης στη Γερμανία είναι εξαιρετικά χαμηλός επί του παρόντος και η εμβολιαστική εκστρατεία κυλάει πραγματικά καλά, θα συνεχίσουμε να είμαστε προετοιμασμένοι για όλα τα ενδεχόμενα, σχεδιάζοντας την εμπορική έκθεση υπό συνθήκες κορωνοϊού, με τη βοήθεια του concept υγιεινής και ασφάλειας, του # B-SAFE4business, δηλαδή διπλασιάζοντας το πλάτος των διαδρόμων και τηρώντας το μέτρο της ελάχιστης απόστασης του 1.5 m.

Η ιδέα # B-SAFE4business αναπτύχθηκε σε στενό συντονισμό με τις αρχές και τελεί υπό συνεχή αναθεώρηση, προσαρμοζόμενο στην τρέχουσα νομική συνθήκη και τους ισχύοντες κανονισμούς. Για όλες τις εκδηλώσεις που θα λάβουν χώρα στους εκθεσιακούς χώρους της Κολωνίας, η Koelnmesse θα ακολουθήσει όλα τα μέτρα προστασίας, όπως αυτά εξειδικεύονται από τις αρμόδιες υγειονομικές αρχές, σύμφωνα με το διάταγμα για την προστασία από τον κορωνοϊό (Coronavirus Protection Ordinance). Αυτά συνεπάγονται επίσης, όπου απαιτείται, τον έλεγχο της θερμοκρασίας του σώματος και των πιστοποιητικών εμβολιασμού ή τα αποτελέσματα πρόσφατων τεστ. Η αναγκαιότητα αυτών των διαδικασιών θα επανεξετάζεται συνεχώς μέχρι την έκθεση και θα προσαρμόζεται αναλόγως.

Γίνονται κάποιες ειδικές προετοιμασίες για εκείνους που θέλουν να συμμετέχουν με φυσική παρουσία;

Markus Oster: Όποιος ταξιδέψει στην Κο-

Συνέχεια στη σελίδα 26

Συνέχεια από τη σελίδα 27

λωνία, θα πρέπει να κλείσει το εισιτήριο εισόδου του διαδικτυακά πριν ξεκινήσει - και να το παρουσιάσει μαζί με την απόδειξη ότι είτε έχει εμβολιαστεί πλήρως είτε έχει αναρρώσει έπειτα από μόλυνση με Covid-19 ή ότι έχει υποβληθεί πρόσφατα σε τεστ ανίχνευσης κορωνοϊού. Σε γενικές γραμμές, όλα τα εισιτήρια εισόδου μπορούν να αγοραστούν και να εκδοθούν μόνο ψηφιακά, ώστε να αποφεύγεται η προσωπική επαφή στους χώρους της έκθεσης.

Ποιες είναι οι κύριες τάσεις που θα επικρατήσουν στην επόμενη έκθεση;

Dr. Markus Heibach: Θα αναφέρω μερικές τάσεις από την πληθώρα των τρεχουσών εξελίξεων στον οδοντιατρικό τομέα:

Η τάση στην Ενδοδοντία είναι η θεραπεία με διατήρηση της οδοντικής ουσίας. Επειδή θα πρέπει να υπάρχει επαρκής οδοντική ουσία για την αποκατάσταση του ενδοδοντικά θεραπευμένου δοντιού.

Σε αναλογία με την αντίστροφη σχεδίαση στην εμφυτευματολογία (backward planning), η ψηφιοποίηση του σχεδιασμού θεραπείας οδηγεί σε νέα συνεργατικά επιχειρηματικά μοντέλα: Ο οικογενειακός οδοντίατρος μπορεί να αναθέσει τον ψηφιακό σχεδιασμό στους ειδικούς (συμπεριλαμβανομένων των ρινών και των εμφρακτικών υλικών που θα χρησιμοποιηθούν, καθώς και τις φρέζες για την κοιλότητα διάνοιξης), αλλά πραγματοποιεί ο ίδιος τη θεραπεία.

Εάν διαγνωστεί «μη αναστρέψιμη πολφίτιδα», κατά την ανάλυση των φλεγμονωδών δεικτών είναι δυνατόν να προσδιοριστεί εάν το δόντι μπορεί να σωθεί (δηλ. με κάλυψη με βιοενεργό / βακτηριοκτόνο υλικό). Με δεδομένη την ευρεία διαθεσιμότητα των αναλυτικών διαδικασιών ελέγχου, αυτή η λύση αναμφίβολα θα επιλέγεται συχνότερα στο μέλλον.

Με την ευρεία χρήση ψηφιακών τεχνικών, η αντίστροφη σχεδίαση θα γίνει ο κανόνας στην εμφυτευματολογία (δηλ. ενδοστοματικοί σαρωτές, ακτίνες X, CT και άλλες τεχνικές απεικόνισης, CAD). Παράλληλα, το ερώτημα παραμένει: Χρειάζεται κανείς να ακολουθήσει στο σύνολό της την σύγχρονη ψηφιακή τεχνολογία; Για παράδειγμα, υλικά αποτύπωσης αναπτύσσονται για μια πιο ομοιόμορφη διαβροχή διαφορετικών υλικών / δομών για βελτιστοποιημένες, συμβατικές αποτυπώσεις.

Στην ορθοδοντική, ο κλασικός έλεγχος σύγκλεισης (με χαρτί άρθρωσης ή ψηφιακά υποστηριζόμενος) βοηθούν στη μέτρηση των μασητικών δυνάμεων. Η άμεση βιοανάδραση από τους νάρθηκες βρουξισμού βοηθά τους ασθενείς να αποφύγουν τις βλάβες των δοντιών.

Τα δισκάρια έμμεσης συγκόλλησης για τα ορθοδοντικά αγκύλια, οι θέσεις των οποίων μπορούν να σχεδιαστούν ψηφιακά, μπορούν πλέον να παραχθούν από κατάλληλα πλαστικά.

Οι διαφοροποιημένες ροές εργασίας βασισμένες στην ψηφιακή τεχνολογία με τη συμμετοχή του οδοντοτεχνικού εργαστηρίου και του οδοντιατρείου προωθούν μια περισσότερο συνεργατική διαδικασία εργασίας.

Οι τρέχουσες τάσεις στον οδοντιατρικό τομέα είναι:

Οι ψηφιακές ροές εργασίας και ιδιαίτερα οι συνδυασμένες αναλογικές / ψηφιακές ροές εργασίας διαφοροποιούνται.

Ένα παράδειγμα: Ο οδοντοτεχνίτης σχεδιάζει μια στεφάνη με τη βοήθεια ενδοστοματικού σαρωτή, αλλά δεν την κατασκευάζει ο ίδιος. Αντ' αυτού στέλνει τα δεδομένα απευθείας στο ιατρείο, έτσι ώστε ο οδοντίατρος να μπορεί να εκμεταλλευτεί πλήρως το δικό του σύστημα.

Ένα άλλο παράδειγμα: Με βάση ένα ενδοστοματικό αποτύπωμα, η εργασία συνεχίζεται με ένα τυπωμένο μοντέλο και μια τυπωμένη αποκατάσταση. Τελικά, η αποκατάσταση κατασκευάζεται, χρησιμοποιώντας την κλασική διαδικασία σάρωση - εκμαγείο.

Μέχρι τώρα, τα πλεονεκτήματα της τρισδιάστατης εκτύπωσης ανιχνεύονται στην παραγωγή μοντέλων ή ναρθήκων σύγκλεισης. Σήμερα, με βάση την ενδοστοματική σάρωση όψεις ή μάσκες ούλων κατασκευάζονται με τη διαδικασία πρόσθεσης υλικού.

Επιπλέον, οι βάσεις των οδοντοστοιχιών και τα δόντια τυπώνονται και στη συνέχεια συγκολλούνται μεταξύ τους για να σχηματίσουν ένα πλήρες τόξο ή ένα πλήρες σύνολο οδοντοστοιχιών.

Επιπλέον, τα mock-up μπορούν να εκτυπωθούν από δοκιμαστικό πλαστικό, όπως εν τέλει και οι σταθερές αποκαταστάσεις, μεταβατικές προσωρινές και από μόνιμες οδοντοστοιχίες.

Ωστόσο, στην περίπτωση των μόνιμων οδοντοστοιχιών, τα κλασικά υλικά εξακολουθούν να αποτελούν την προτιμητέα επιλογή, απλώς ακολουθώντας διαφορετικές διαδικασίες κατασκευής σε ορισμένες περιπτώσεις: Τα κράματα

Ελληνικό «άρωμα» στην έκθεση IDS 2021

Όπως κάθε φορά έτσι και φέτος θα υπάρχει ελληνική παρουσία στην κορυφαία έκθεση Οδοντιατρικής. Αν και αυτή τη φορά η κατάσταση δεν επέτρεψε σε όλους τους ενδιαφερόμενους να δηλώσουν συμμετοχή και εμφανίζεται κάπως μειωμένη σε σχέση με εκθέσεις προ πανδημίας, στην IDS 2021 θα δώσουν το «παρών» τέσσερις ελληνικές εταιρείες.Συγκεκριμένα οι: Bournas Medicals, DMP, INTERMED και NEODENT.

Η οδοντιατρική φροντίδα στη διεθνή αγορά με χρώμα ελληνικό

Η "Bournas Medicals", πάντα ένα βήμα μπροστά στις εξελίξεις, είναι καθ' όλα έτοιμη να δώσει το «παρών» στη Διεθνή Εμπορική Έκθεση IDS 2021 οδοντιατρικών αναλωσίμων και προϊόντων.

Με μια πορεία που ξεκινά από το 1988 στο χώρο της εμπορίας και παραγωγής όχι μόνο οδοντιατρικών, αλλά και μιας ευρύτατης γκάμας ιατρικών αναλωσίμων, συμμετέχουμε και αυτή τη χρονιά με μία πλήρη πρόταση που καλύπτει την κάθε σύγχρονη ανάγκη οδοντιατρικής φροντίδας.

Μετρώντας ήδη δύο επιτυχημένες συμμετοχές, χάρη στο πλήθος των πιστοποιημένων οδοντιατρικών προϊόντων, την υψηλή τεχνογνωσία, το άριστα εκπαιδευμένο προσωπικό και την αμέριστη εμπιστοσύνη που μας παρέχει ένα ευρύτατο δίκτυο πελατών που εκτείνεται σε πάνω από 50 χώρες του εξωτερικού, είμαστε βέβαιοι ότι και αυτή τη χρονιά θα εκπροσωπήσουμε επάξια το ελληνικό «επιχειρείν».

«Η IDS και συναφείς εκθέσεις είναι για εμάς σημαντική ευκαιρία ανταλλαγής απόψεων. Ακούμε με προσοχή τις τρέχουσες και μελλοντικές ανάγκες της αγοράς που δραστηριοποιούμαστε, η οποία τα δύο τελευταία χρόνια αντιμετώπισε σημαντικές προκλήσεις λόγω της πανδημίας. Μετατρέψαμε την πρόκληση σε ευκαιρία, δίνουμε λύσεις και συμβουλεύουμε με συνέπεια στηρίζοντας την σύγχρονη επιχείρηση εντός και εκτός Ελλάδος που εμπορεύεται οδοντιατρικά αναλώσιμα και κατ' επέκταση κάθε δομή οδοντιατρικής φροντίδας. Δίνουμε δυναμικό «παρών» στο εξωτερικό και έχουμε ήδη καταρτίσει το πλάνο της επόμενης ημέρας για την μετά Covid εποχή», δήλωσε σχετικά ο Δ. Σύμβουλος κος Γεώργιος Μπουρνάς.

Η Bournas Medicals είναι μια σύγχρονη, αμιγώς ελληνική εταιρεία, η οποία δραστηριοποιείται από το 1988 στην εμπορία ιατρικών αναλωσίμων και αναλωσίμων υγείας. Διατηρεί σταθερά ηγετική θέση στην εγχώρια αγορά με παραγωγική και εισαγωγική δραστηριότητα, ενώ έχει δυναμική παρουσία με ενεργή εξαγωγική δραστηριότητα σε περισσότερες από 50 χώρες του εξωτερικού.

Με μια ευρεία γκάμα προϊόντων που εκτείνεται σε 14 προϊοντικές σειρές, στηρίζει τη σύγχρονη επιχείρηση χονδρικής σαν one stop σημείο για την προμήθεια προϊόντων ιατρικών αναλωσίμων και αναλωσίμων υγείας και παρέχει την απαραίτητη υποστήριξη και εκπαίδευση γι' αυτά.

Είναι πιστοποιημένη με:

ISO 13485:2016 από την PCA για τη διαχείριση ποιότητας ιατροτεχνολογικών προϊόντων (εμπορία, παραγωγή, διανομή).

Health Technology Certification από την HTCert για την ορθή πρακτική διανομής ιατροτεχνολογικών προϊόντων.

ISO 9001: 2015 από την Qcert για τη διαχείριση ποιότητας

ISO 14001: 2015 από την Qcert για την αποτελεσματική περιβαλλοντική διαχείριση.

Πληροφορίες: ***www.bournas-medicals.gr***

Ο ειδικός στη στοματική υγεία!

Σε μία εποχή που χαρακτηρίζεται από ένα εξαιρετικά ανταγωνιστικό περιβάλλον με πολλές και διαρκείς προκλήσεις στο marketing και αποθέωση της ελεύθερης αγοράς, δεν είναι εύκολο για μία επιχείρηση να οικοδομήσει ένα ισχυρό brand name, ακόμη δυσκολότερο να το συντηρήσει και φυσικά τις περισσότερες φορές σχεδόν ανέφικτο να το ξεπεράσει.

Η InterMed, φαρμακοβιομηχανία του Ομίλου Φαρμακευτικών Επιχειρήσεων Τσέτη, με τεράστια εμπειρία και τεχνογνωσία ετών, έχει καταφέρει όχι μόνο να ξεπεράσει τον εαυτό της, αλλά να χαρακτηρίζεται χωρίς υπερβολή ως «ο ΕΙΔΙΚΟΣ στη Στοματική υγεία».

Και τα εύσημα αυτά η ελληνική φαρμακοβιομηχανία τα λαμβάνει καθημερινά από τους καταναλωτές αλλά και τους επαγγελματίες υγείας οι οποίοι γνωρίζουν σε βάθος όλες τις σειρές της InterMed, ιδανικές για οικιακή αλλά και επαγγελματική χρήση. Με έμφαση πάντα στην αδιαπραγμάτευτη ποιότητα, στη διαρκή έρευνα, στην καινοτομία, στην πρωτοπορία και στην εντελώς ξεχωριστή και ιδιαίτερη τεχνολογία INTERTECH, η οποία αποτελεί εγγύηση αλλά και σφραγίδα ποιότητας και αποτελεσματικότητας των προϊόντων της.

Από την εργονομική οδοντόβουρτσα, τη μαύρη και χρυσή οδοντόπαστα- η οποία αλλάζει τα δεδομένα της καθημερινής περιποίησης και της λεύκανσης των δοντιών- τα στοματικά διαλύματα και τα ειδικά θεραπευτικά τζελ, τα μεσοδόντια βουρτσάκια, τα προϊόντα ενεργού οξυγόνου και την ολοκληρωμένη σειρά για τη φροντίδα των βρεφικών και παιδικών δοντιών, η InterMed δηλώνει παρούσα για κάθε ξεχωριστή περίπτωση και κάθε ανάγκη και κάθε ηλικία.

Είτε είστε έγκυος, άτομο με σακχαρώδη διαβήτη ή ακολουθείτε ομοιοπαθητική είτε πάσχετε από υπερευαισθησία, ξηροστομία, κακοσμία ή απλά χρειάζεστε ένα αστραφτερό χαμόγελο, η InterMed είναι εδώ για να προτείνει το κατάλληλο σκεύασμα. Γνωρίζοντας ότι η καλή στοματική υγεία αποτελεί θωράκιση για μία καλή υγεία γενικότερα.

Η InterMed δημιουργήθηκε το 1996 από τον ανήσυχο φαρμακοποιό, ερευνητή και βιομήχανο Κλέωνα Τσέτη. Στόχος της διοίκησης είναι η δημιουργία καινοτόμων πρωτοποριακών ιατροτεχνολογικών σκευασμάτων, που συμβάλλουν στην αντιμετώπιση των καθημερινών και ειδικών καταστάσεων υγείας που απασχολούν τον σύγχρονο άνθρωπο και ασθενή.

Η InterMed έχει δημιουργήσει μία σειρά από δυνατά brand names όπως Algofren, Unisept, Chlorhexil, Eva, Eva Belle, Reval, Luxurious και πολλά ακόμη, τα οποία έχουν εδραιωθεί όχι μόνο στην ελληνική αλλά και στις απαιτητικές διεθνείς αγορές.

Η σφραγίδα ποιότητας InterTECH της InterMed αναδεικνύει την τεχνογνωσία και την έρευνα που ενσωματώνονται σε κάθε προϊόν ξεχωριστά, τονίζοντας τα αντίστοιχα γράμματα της λέξης TECH.

Πληροφορίες: ***www.intermed.com.gr***

«Συνεχώς δίπλα σας»

Το 1997 είναι το πρώτο έτος που η Neodent A.E συμμετέχει ως καθετοποιημένος κατασκευαστής οδοντιατρικών μηχανημάτων στη Διεθνή Έκθεση IDS στη Γερμανία. Όλοι όσοι μετείχαμε εκεί συμφωνούμε απόλυτα ότι από την πρώτη στιγμή διαφάνηκε η τεράστια και πολυεπίπεδη δυναμική της διοργάνωσης: οδοντίατροι, οδοντοτεχνίτες, φοιτητές οδοντιατρικών σχολών καθώς και έμποροι ή τεχνικοί οδοντιατρικών ειδών προερχόμενοι από πάνω από 50 χώρες πέρασαν το κατώφλι του εκθεσιακού περιπτέρου με ζωηρό και πραγματικό ενδιαφέρον για ουσιαστική συνεργασία.

2021: Μέσα σε αυτά τα 24 χρόνια συμμετοχής μετράμε πάνω από 100 συμφωνίες-πλαίσιο, 20 νέους εξαγωγικούς προορισμούς, 15 παρουσιάσεις νέων προϊόντων, εκατοντάδες ώρες εποικοδομητικών συναντήσεων. Φέτος, η Neodent A.E, στο πλαίσιο της μετά-πανδημικής εποχής στην οποία οδεύουμε και έχοντας κατανοήσει πόσο σημαντική είναι η εξατομικευμένη υποστήριξη του πελάτη επενδύει στο motto «Συνεχώς δίπλα σας», παρουσιάζοντας το καινοτόμο πρόγραμμα 5ετούς εργοστασιακής εγγύησης σε όλες τις οδοντιατρικές έδρες TRITON & TRITON PLUS, όχι μόνο στα μηχανικά, αλλά και στα ηλεκτρονικά μέρη της μονάδας. Η υπηρεσία αυτή προσφέρεται κατ' αποκλειστικότητα και μόνο από την Neodent A.E στο δίκτυο των επίσημων συνεργατών και αποτελεί πραγματικό εχέγγυο για το σύγχρονο Οδοντιατρείο σε ό,τι αφορά την απρόσκοπτη και μακρόχρονη λειτουργία του.

Βρείτε μας στο περίπτερο 10.1, Stand C038, θα χαρούμε να σας καλωσορίσουμε!

Πληροφορίες: ***www.neodent.eu***

μπορούν να χυτευθούν με τον κλασικό τρόπο, αλλά και να αποκτήσουν σχήμα με τα κοπτικά μηχανήματα ή να τυπωθούν.

Στο μέτωπο των κεραμικών, υλικά υψηλής αντοχής τριμάρονται για να καταστούν πιο «ημιδιαφανή και επομένως με καλύτερο αισθητικό αποτέλεσμα» και αντίστροφα τα ημιδιαφανή υλικά αναπτύσσονται περαιτέρω για να τα καταστούν «ισχυρότερα και επομένως να μπορούν να χρησιμοποιηθούν ευρέως», εφαρμόζοντας ορισμένα πρόσθετα. Ως τέτοια, για μια δεδομένη ένδειξη, υλικά όπως οξείδιο του ζιρκονίου, διπυριτικό λίθιο, με βάση το πυριτικό λίθιο και άλλα κεραμικά θα είναι διαθέσιμα στην IDS.

Προσωπικά, βλέπω να ανοίγονται οι κάτωθι προοπτικές:

Οι οδοντοστοιχίες που κατασκευάζονται με τη βοήθεια τρισδιάστατης εκτύπωσης μπορεί να είναι εφικτές σήμερα, αλλά (επί του παρόντος ακόμα) δεν είναι στο ίδιο επίπεδο με τα κράματα και τα κεραμικά.

Τα χαρακτηριστικά αντοχής και χρώματος αναμφίβολα θα βελτιωθούν στο μέλλον με ανάμιξη πολλών εκτυπώσιμων πλαστικών συστατικών, εάν είναι απαραίτητο, κατά τη διάρκεια της διαδικασίας εκτύπωσης. Ως εκ τούτου, οι δυνατότητες του εκτυπώσιμου πλαστικού θα μπορούσαν να πλησιάσουν τις αντίστοιχες των κλασικών υλικών. Από την άλλη πλευρά, η 3D εκτύπωση αποτελεί την συνηθέστερη επιλογή για τα κράματα και τα κεραμικά.

Επιπλέον, η δημιουργία εξατομικευμένων εργαλείων για κάθε ασθενή γίνεται πλέον πραγματικότητα, χρησιμοποιώντας την τεχνική της 3D εκτύπωσης.

Η τεχνητή νοημοσύνη αναδεικνύεται σε ένα σημαντικό θέμα του μέλλοντος. Για παράδειγμα, «κερδίζει» σχεδόν κάθε οδοντίατρο σήμερα κατά την αξιολόγηση των ακτίνων Χ, για παράδειγμα μπορεί να ανιχνεύσει την φθορά των δοντιών σε πρώιμο στάδιο πιο αποτελεσματικά ή είναι τουλάχιστον σημαντικά ταχύτερη.

Όπως βλέπετε, υπάρχουν πολλά να ανακαλύψετε!

Δεδομένων των δυσκολιών και της επιφυλακτικότητας πολλών ανθρώπων λόγω της πανδημίας COVID-19, θα λέγατε ότι η συμμετοχή είναι ικανοποιητική μέχρι τώρα;

Dr. Markus Heibach: Έχουμε συνηθίσει να κοιτάζουμε τους αριθμούς, την ποσότητα για τον καθορισμό της επιτυχίας μιας εκδήλωσης. Ωστόσο, σίγουρα δεν νομίζω ότι πρέπει να υποτιμούμε την ποιότητα των συναντήσεων και τη συμμετοχή στην επικοινωνία.

Ο αντίκτυπος της πανδημίας προκάλεσε πολλά νέα ερωτήματα που πρέπει να διευκρινίσει η οδοντιατρική βιομηχανία.

Η IDS προσφέρει την πρώτη ευκαιρία μέσα σε περίπου δυόμισι χρόνια για την οδοντιατρική βιομηχανία να συμμετάσχει σε ανταλλαγή (σ.σ. γνώσεων / απόψεων) σχετικά με τα απαραίτητα βήματα: Πώς έχει αλλάξει ο τομέας; Ποιες τάσεις είναι αξιοσημείωτες στις εξελίξεις στον κλάδο, στο ιατρείο και στο μέτωπο των εργαστηρίων; Πόσο υψηλή είναι η ζήτηση των ασθενών για θεραπεία και εμφυτεύματα; Πού βλέπουν τα ιατρεία και τα εργαστήρια την κύρια εστίαση της εργασίας στο μέλλον, πώς σκοπεύουν να τοποθετηθούν; Πώς μπορούμε, ως συνολική οδοντιατρική βιομηχανία στη Γερμανία και στην Ευρώπη, να συνεργαστούμε πιο αποτελεσματικά και πιο στοχευμένα για την ευημερία των ασθενών και την ανάκαμψη των αγορών;

Νομίζω ότι αυτή η ανταλλαγή απόψεων μεταξύ επισκεπτών και εκθετών συνιστά μια πολύ μεγάλη ευκαιρία για τη δημιουργία μια επιτυχημένης σε όρους συμμετοχής έκθεσης. Θέλουμε να συζητήσουμε από κοινού πώς μπορούμε να βγούμε από αυτήν τη «λειτουργία κρίσης» στη «λειτουργία επανεκκίνησης». Πάνω απ' όλα, θέλουμε να υπογραμμίσουμε το ρόλο που διαδραματίζει η Διεθνής Οδοντιατρική Έκθεση στην επανεκκίνηση της οδοντιατρικής βιομηχανίας στους επισκέπτες μας.

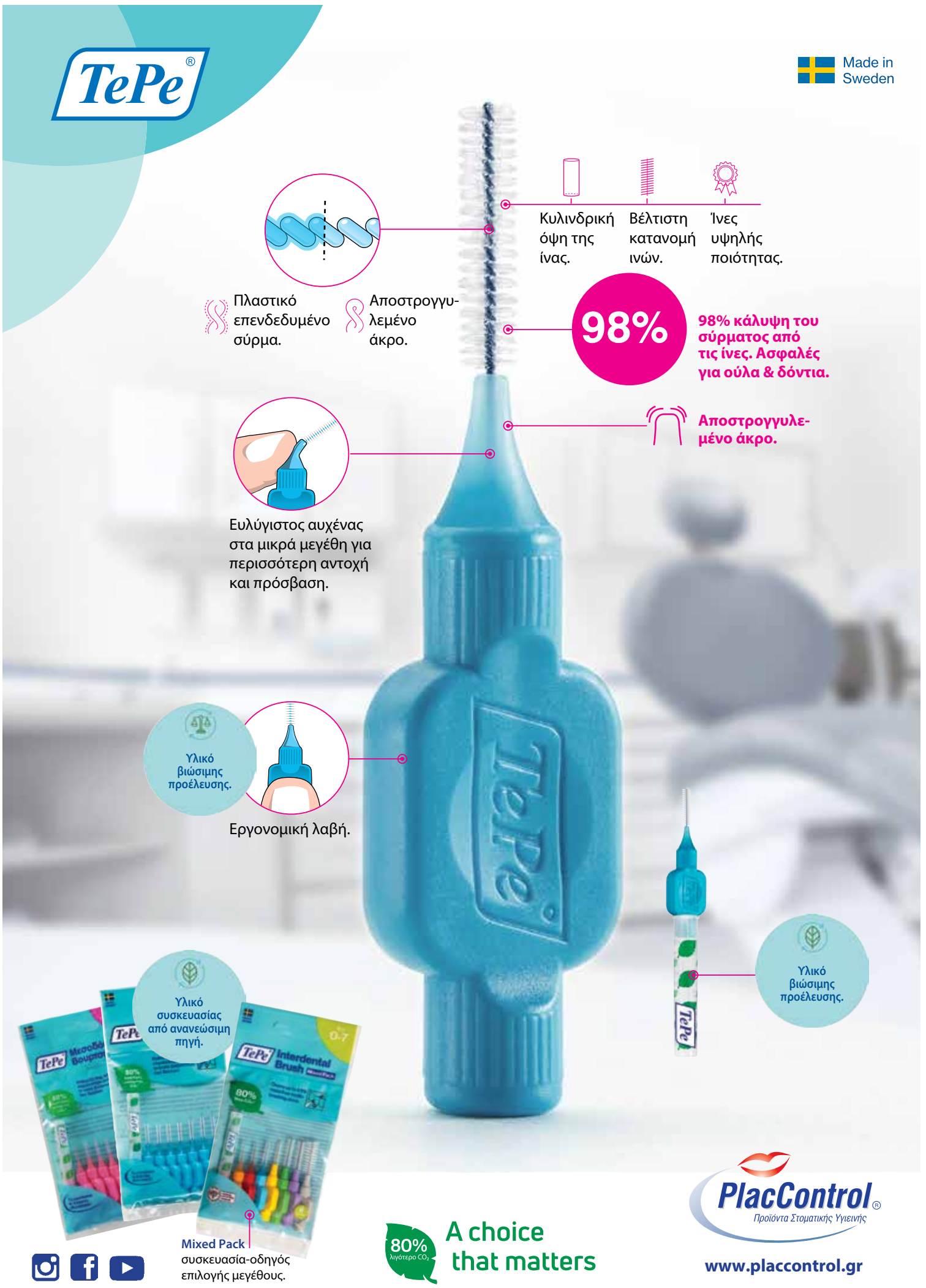
Ποιες είναι οι προσδοκίες απ' την φετινή εκδήλωση και πώς πιστεύετε ότι η πανδημία θα αλλάξει το χώρο των εμπορικών εκθέσεων;

Dr. Markus Heibach: Έχουμε μάθει από την πάνω από 100 ετών ιστορία της ομοσπονδίας μας και τις πλούσιες εμπειρίες από τα 98 χρόνια της IDS: Οι καιροί κρίσης προσφέρουν πάντα νέες ευκαιρίες. Οι κρίσεις μας φέρνουν αντιμέτωπους με μεγάλες προκλήσεις, πρέπει να βρούμε τις απαντήσεις και τις λύσεις. Τις βρήκαμε στο παρελθόν και συνεχίζουμε να αναπτύσσουμε λύσεις και στο παρόν.

Όπως μπορείτε να δείτε, παρά την οικονομική αστάθεια και τη μεγάλη κοινωνική και πολιτική αβεβαιότητα του περασμένου έτους, μαζί με τον συνεργάτη μας Koelnmesse, καταφέραμε να αναπτύξουμε μια ψηφιακή πλατφόρμα, το IDSconnect, έτσι ώστε μια υβριδική εκδήλωση να είναι δυνατή αυτή τη φορά. Με αυτόν τον τρόπο, οι εκθέτες της IDS και οι εμπορικοί επισκέπτες μπορούν να παραμείνουν σε ψηφιακή επαφή και να συμμετάσχουν σε ανταλλαγή γνώσεων και απόψεων παρά τους ταξιδιωτικούς περιορισμούς. Θα ήθελα να επισημάνω ένα πράγμα: Παρά την ψηφιοποίηση των στοιχείων της εμπορικής έκθεσης, η IDS ως χώρος φυσικής συνάθροισης μεταξύ των μερών της οδοντιατρικής βιομηχανίας θα παραμείνει ζωτικής σημασίας και στο μέλλον, καθώς οι προσωπικές συναντήσεις είναι και θα παραμείνουν η βάση για την καλλιέργεια σχέσεων εμπιστοσύνης στην οδοντιατρική αγοράς και την αγορά υγείας, γενικότερα.

Markus Oster: Η IDS 2021 διαδραματίζει εξαιρετικό ρόλο ως το πιο σημαντικό σημείο αναφοράς της βιομηχανίας για το διεθνές επιχειρείν. Η εμπορική έκθεση τον Σεπτέμβριο θα δώσει αποφασιστικά κίνητρα για μια επιτυχημένη μετά-covid-19 εποχή.

Σε γενικές γραμμές, η βιομηχανία εμπορικών εκθέσεων θα έχει μεγάλη σημασία και στο μέλλον, όπου οι υβριδικές μορφές θα αυξηθούν και τα προφίλ των εμπορικών εκθέσεων θα διαφοροποιηθούν περισσότερο. Ωστόσο, οι εμπορικές εκθέσεις είναι και θα παραμείνουν ένας παράγοντας επιτυχίας για τις επιχειρήσεις σε όλους τους κλάδους και οι φυσικές συναντήσεις σε εμπορικές εκθέσεις, η προσωπική ανταλλαγή είναι αναντικατάστατη!



Ελληνική Εταιρεία Στοματικής και Γναθοπροσωπικής Χειρουργικής

«Στόχος μας η συνεχής πρόοδος και εξέλιξη επ' ωφελεία των ασθενών»

Η Στοματική και Γναθοπροσωπική Χειρουργική είναι μια διττή ειδικότητα, που εδράζεται τόσο στην Ιατρική όσο και στην Οδοντιατρική, με ευρύ φάσμα δράσης. Ο Δρ Δρ **Αναστάσιος Ι. Μυλωνάς**, Πρόεδρος της Ελληνικής Εταιρείας Στοματικής και Γναθοπροσωπικής Χειρουργικής, εξηγεί στο «Οδοντιατρικό Βήμα» το φάσμα της ειδικότητας, τις προοπτικές που ανοίγονται για τους νέους ειδικευόμενους γιατρούς, τις προκλήσεις του επαγγέλματος καθώς και τους στόχους της επιστημονικής εταιρείας της οποίας ανέλαβε νέος Πρόεδρος για την τριετία 2021-2024.

Επίσης, αναλύει τον υγειονομικό χάρτη κατανομής των ειδικών Στοματικών και Γναθοπροσωπικών Χειρουργών στην Ελλάδα και καταθέτει προτάσεις για την περαιτέρω εξέλιξη της ειδικότητας και το πώς να γίνει πιο ελκυστική στους νέους.

Συνέντευξη στην **Γεωργία Σάκκουλα** δημοσιογράφο

Αλήθεια κ. Μυλωνά, είναι ευρύτερα γνωστό τι επακριβώς είναι η Στοματική και Γναθοπροσωπική Χειρουργική ή η όποια σύγχυση γύρω από αυτήν την ειδικότητα δημιουργεί πρόσφορο έδαφος για παρανοήσεις και καπηλεύσεις των γνωστικών της αντικειμένων;

Δυστυχώς το ευρύ κοινό, αλλά ακόμη και κάποιοι ιατροί δεν γνωρίζουν με ακρίβεια τι ακριβώς είναι και πραγματεύεται η ιατρική και οδοντιατρική ειδικότητα της Στοματικής και Γναθοπροσωπικής Χειρουργικής. Και τούτο διότι πρωτίστως εμείς οι ίδιοι, οι στοματικοί και γναθοπροσωπικοί χειρουργοί δεν ασχοληθήκαμε επισταμένα με την ενημέρωση, έχοντας άλλες προτεραιότητες κατοχύρωσης επιστημονικών αλλά και επαγγελματικών δικαιωμάτων, καθώς επίσης και διότι σκοπίμως διατηρήθηκε, για να μη πω καλλιεργήθηκε, αυτή η ασάφεια από διάφορους φορείς, με απώτερο στόχο μέσα από τη σύγχυση και την επακόλουθη παρανόηση να δημιουργηθούν ευνοϊκές συνθήκες οικειοποίησης και καπήλευσης διαφόρων γνωστικών αντικειμένων της Στοματικής και Γναθοπροσωπικής Χειρουργικής.

Η Στοματική και Γναθοπροσωπική Χειρουργική είναι η ειδικότητα της Χειρουργικής, η οποία βασιζόμενη και ξεκινώντας από την Οδοντιατρική, επεκτείνεται στη χειρουργική παθολογία της κεφαλής και του τραχήλου, ασχολούμενη με τη διάγνωση και τη χειρουργική αντιμετώπιση παθήσεων, κακώσεων και διαταραχών που αφορούν τόσο λειτουργικά όσο και αισθητικά τις ανατομικές δομές του στόματος, των γνάθων και του προσώπου, καθώς και τις επεκτάσεις τους στην κεφαλή και τον τράχηλο. Η προληπτική, επανορθωτική, αλλά επίσης και η επείγουσα χειρουργική φροντίδα των δομών του στόματος, των γνάθων, καθώς επίσης και των περιστοματικών και περιγναθικών ιστών του προσώπου, της κεφαλής και του τραχήλου, αποτελούν το αντικείμενο ενός στοματικού και γναθοπροσωπικού χειρουργού.

Το φάσμα της Στοματικής και Γναθοπροσωπικής Χειρουργικής είναι ευρύτατο, εκτεινόμενο από τη χειρουργική αφαίρεση ενός εγκλείστου δοντιού (σωφρονιστήρα κ.λπ.), μέχρι τη μερική ή και ολική μεταμόσχευση προσώπου. Περιλαμβάνει πληθώρα γνωστικών αντικειμένων, όπως: τη χειρουργική στόματος, την οδοντοφατνιακή χειρουργική, την επανορθωτική προπροσθετική χειρουργική και τη χειρουργική των οδοντικών και εξωστοματικών εμφυτευμάτων, τις στοματοπροσωπικές-τραχηλοπροσωπικές λοιμώξεις,

Δρ Δρ **Αναστάσιος Ι. Μυλωνάς**
Στοματικός και Γναθοπροσωπικός Χειρουργός, Ιστορικός της Ιατρικής, Ιατρός-Οδοντίατρος
Διδάκτωρ Ιατρικής και Οδοντιατρικής Σχολής ΕΚΠΑ, Αν. Διευθυντής Στοματικής και Γναθοπροσωπικής Χειρουργικής Κλινικής Θεραπευτηρίου «Metropolitan»,
Πρόεδρος Ελληνικής Εταιρείας Στοματικής και Γναθοπροσωπικής Χειρουργικής

την τραυματολογία του σπλαγχνικού κρανίου, την ορθογναθική χειρουργική με τη διόρθωση των προσωποσκελετικών δυσμορφιών, τη διαχείριση του στοματοπροσωπικού-κρανιοπροσωπικού πόνου με τη συντηρητική αλλά και τη χειρουργική αντιμετώπιση (ελάχιστα επεμβατική ή μη) των παθήσεων της Κροταφογναθικής Διάρθρωσης, τη χειρουργική ογκολογία της στοματογναθοπροσωπικής χώρας, αναπόσπαστο τμήμα της ογκολογίας της κεφαλής και του τραχήλου, με την αντίστοιχη επανορθωτική και μικροαγγειακή χειρουργική, τη χειρουργική αντιμετώπιση των παθήσεων των σιελογόνων αδένων (φλεγμονών, όγκων κ.λπ.), την κρανιοπροσωπική χειρουργική (αποκατάσταση συνδρόμων, συγγενών ανωμαλιών κ.λπ.), την αισθητική (κοσμητική) στοματική και γναθοπροσωπική χειρουργική, αλλά και τη χειρουργική αντιμετώπιση του ροχαλητού και της αποφρακτικής άπνοιας ύπνου.

Ποιοι είναι οι στόχοι της Ελληνικής Εταιρείας Στοματικής και Γναθοπροσωπικής Χειρουργικής για την τριετία 2021-2024;

Οι στόχοι της Ελληνικής Εταιρείας Στοματικής και Γναθοπροσωπικής Χειρουργικής, αλλά και ειδικότερα του νέου Διοικητικού Συμβουλίου, του οποίου έχω την εξαιρετική τιμή καθώς επίσης και τη μεγάλη ευθύνη να προΐσταμαι ως Πρόεδρος για την τριετία 2021-2024, πρωτίστως είναι η περαιτέρω ανάδειξη, προβολή και καταξίωση της Στοματικής και Γναθοπροσωπικής Χειρουργικής στην Ελλάδα, αλλά και διεθνώς, καθώς επίσης και η δημιουργική και αποτελεσματική υπηρέτηση των επιστημονικών αλλά και επαγγελματικών στόχων και συμφερόντων όλων των Ελλήνων Στοματικών και Γναθοπροσωπικών Χειρουργών, μελών της Εταιρείας μας, η οποία από το 1959 οπότε και ιδρύθηκε εργάζεται άοκνα προς τον σκοπόν αυτόν. Βασικές παράμετροι, προσωπικές αλλά και συλλογικές, υπηρέτησης αυτών των στόχων, είναι η ενότητα, η ειλικρίνεια, η σεμνότητα, η εξωστρέφεια, η σύνθεση απόψεων, αλλά και η αποτελεσματικότητα, στοχεύοντας σε περαιτέρω εμβάθυνση της κοινωνικής και επιστημονικής μας προβολής, διασφαλίζοντας την ταυτοπροσωπία μας, με τη διττή ιατρική και οδοντιατρική μας φυσιογνωμία και ιδιότητα, χωρίς να απεμπολούμε τίποτα από το ευρύ γνωστικό μας αντικείμενο, αλλά και στοχεύοντας σε συνεχή πρόοδο και εξέλιξη, επ' ωφελεία των ασθενών μας αλλά και ημών των ιδίων.

Ικανοποιεί ο υγειονομικός χάρτης κατανομής των ειδικών Στοματικών και Γναθοπροσωπικών Χειρουργών στην Ελλάδα τις ανάγκες των Ελλήνων ασθενών;

Σε γενικές γραμμές θα μπορούσαμε να πούμε πως ναι, αν και υπάρχουν κάποιες ενστάσεις σχετικά με τη συσσώρευση των Στοματικών και Γναθοπροσωπικών Χειρουργών στα μεγάλα αστικά κέντρα της χώρας, ειδικότερα στην Αθήνα και τη Θεσσαλονίκη.

Βέβαια όσον αφορά στην ανάπτυξη Κλινικών/Τμημάτων Στοματικής και Γναθοπροσωπικής Χειρουργικής στα Δημόσια (Κρατικά) Νοσηλευτικά Ιδρύματα, διαπιστώνει κανείς ότι ο υγειονομικός χάρτης είναι ικανοποιητικός, καθόσον τέτοιες Μονάδες υπάρχουν στην Αθήνα-Αττική [ΓΝΑ «Γ. Γεννηματάς», ΓΝΑ «Ο Ευαγγελισμός-Πολυκλινική» (Πανεπιστημιακή Κλινική Οδοντιατρικής Σχολής ΕΚΠΑ), ΓΝΑ «Ιπποκράτειο», ΓΝΑ «ΚΑΤ», ΠΓΝ «Αττικόν» (Πανεπιστημιακή Κλινική Ιατρικής Σχολής ΕΚΠΑ), ΓΝΠΑ «Π. & Α. Κυριακού», ΓΑΟΝΑ «Ο Άγιος Σάββας», ΓΝ Ελευσίνας «Θριάσιο», 401 ΓΣΝΑ, ΝΝΑ, 251 ΓΝΑ], την Αλεξανδρούπολη-Θράκη [ΠΓΝ Αλεξανδρούπολης], το Ηράκλειο Κρήτης [ΓΝΗ «Βενιζέλειο-Πανάνειο», ΠΑΓΝΗ], τη Θεσσαλονίκη-Κεντρική Μακεδονία [ΓΝΘ «Γ. Παπανικολάου» (Πανεπιστημιακή Κλινική Οδοντιατρικής Σχολής ΑΠΘ), ΑΝΘ «Θεαγένειο», 424 ΓΣΝΕ], τα Ιωάννινα-Ήπειρος [ΓΝΙ «Γ. Χατζηκώστα»], την Κέρκυρα-Ιόνιοι Νήσοι [ΓΝΚ «Αγία Ειρήνη»], το Κιλκίς-Κεντρική Μακεδονία [ΓΝ Κιλκίς], την Λάρισα-Θεσσαλία [ΠΓΝ Λάρισας], την Πάτρα-Πελοπόννησος (Δυτική Ελλάδα) [ΓΝΠ «Ο Άγιος Ανδρέας», ΠΓΝΠ «Παναγία η Βοήθεια»], την Τρίπολη-Πελοπόννησος [ΠΓΝΤ «Η Ευαγγελίστρια»].

Το θέμα που εγείρεται βέβαια, είναι το γεγονός της υποστελέχωσης Τμημάτων Στοματικής και Γναθοπροσωπικής Χειρουργικής Επαρχιακών Νοσοκομείων, όπου δυστυχώς παρά το γεγονός ότι προκηρύσσονται κατά καιρούς θέσεις ιατρών ΕΣΥ, οι οποίες όμως πολλές φορές είναι θέσεις επικουρικών ιατρών, δεν υπάρχει εκδήλωση ανάλογου ενδιαφέροντος με αποτέλεσμα να παραμένουν κενές, με ό,τι αυτό συνεπάγεται για τη λειτουργικότητα και αποτελεσματικότητα των Τμημάτων. Οι λόγοι βέβαια που συμβαίνει αυτό είναι πολλοί, θα πρέπει ίσως από πλευράς Πολιτείας να δοθούν περισσότερα κίνητρα, είτε εντοπιότητας ή επιπλέον μοριοδότησης, έτσι ώστε να υπάρχουν σαφείς προοπτικές επαγγελματικής εξέλιξης και όχι απλώς σπασμωδικές και εμβαλωματικές κινήσεις κάλυψης τρεχουσών αναγκών.

Όσον αφορά τα Ιδιωτικά Θεραπευτήρια, διαθέτουν Κλινικές/Τμήματα Στοματικής και Γναθοπροσωπικής Χειρουργικής, αλλά τα περισσότερα είναι συγκεντρωμένα στην Αθήνα [(Όμιλος Hellenic Healthcare Group: Θεραπευτήριο Metropolitan (Metropolitan Hospital), ΔΘΚΑ «Υγεία», Metropolitan General), (Όμιλος Ευρωκλινικής: Ευρωκλινική Αθηνών), (Όμιλος Ιατρικού Αθηνών: Ιατρικό Κέντρο Αθηνών), (Εταιρεία «ΗΜΙΘΕΑ Μ.Α.Ε.»: Ερρίκος Ντυνάν Hospital Center), (Mediterraneo Hospital), (ΕΚΠΑ: Ευγενίδειο Θεραπευτήριο-Η Αγία Τριάς Α.Ε.)], ή στη Θεσσαλονίκη [(Όμιλος Ιατρικού Αθηνών: Ιατρικό Διαβαλκανικό Θεσσαλονίκης), (AMG International: Κλινική «Άγιος Λουκάς»)].

Τέλος, αναφορικά με τη διασπορά των ελευθεροεπαγγελματιών στοματικών και γναθοπροσωπικών χειρουργών, επίσης παρατηρείται μία συσσώρευση στα μεγάλα αστικά κέντρα της χώρας (Αθήνα, Θεσσαλονίκη, Πάτρα, Ιωάννινα, Ηράκλειο Κρήτης κ.λπ.).

Βεβαίως το θέμα του υγειονομικού χάρτη κατανομής των ειδικών Στοματικών και Γναθοπροσωπικών Χειρουργών στην Ελλάδα αποτελεί θέμα κεντρικού σχεδιασμού του Υπουργείου Υγείας, ανάλογα με τον πληθυσμό κάθε Περιφέρειας της χώρας και τη στελέχωση των Τμημάτων/Κλινικών Στοματικής και Γναθοπροσωπικής Χειρουργικής, κυρίως των Νοσηλευτικών Ιδρυμάτων του Δημόσιου Τομέα, με τη θέσπιση κατάλληλων κινήτρων, αλλά και επικουρικά των Θεραπευτηρίων του Ιδιωτικού Τομέα, με τη διάθεση θέσεων απασχόλησης σε ένα υγιές οικονομικό περιβάλλον, ελεύθερης παροχής και αγοράς υπηρεσιών υγείας.

Πώς κρίνετε τη ροή των ειδικευομένων ιατρών στην ειδικότητα της Στοματικής και Γναθοπροσωπικής Χειρουργικής στην Ελλάδα; Υπάρχει ενδιαφέρον με βάση και τις δυνατότητες περαιτέρω επαγγελματικής αποκατάστασης;

Η ροή είναι ικανοποιητική, παρά τους όποιους φόβους που έχουν κατά καιρούς εκφρασθεί, λόγω των μακροχρόνιων προπτυχιακών σπου-

δών που απαιτούνται πριν από την είσοδο στην ειδικότητα, με αποτέλεσμα συγκυριακά να δημιουργείται η εντύπωση πρόσκαιρης έλλειψης ειδικευομένων ιατρών. Ξέρετε η απαιτούμενη λήψη τόσο του πτυχίου της Ιατρικής, όσο και του πτυχίου της Οδοντιατρικής, προϋποθέτει πλήρη συνειδητοποίηση του φορτίου από πλευράς επιστημονικών γνώσεων αλλά και της αφιέρωσης χρόνου για την εκπαίδευση στην ειδικότητα της Στοματικής και Γναθοπροσωπικής Χειρουργικής, η οποία διαρκεί 5 έτη, τα οποία κατανέμονται ως ακολούθως: 1 έτος Γενική Χειρουργική και 4 έτη Στοματική και Γναθοπροσωπική Χειρουργική.

Το να διαθέσει κάποιος 15 χρόνια από τη ζωή του για να αποκτήσει μία ειδικότητα, ιατρική και οδοντιατρική, με την μοναδικότητα της Στοματικής και Γναθοπροσωπικής Χειρουργικής, δεν είναι κάτι ούτε απλό, αλλά ούτε και εύκολο. Ως εκ τούτου επειδή η απόφαση αυτή απαιτεί ώριμη σκέψη, μεγάλη αγάπη, αλλά και ιδιαίτερη αφιέρωση που συνιστά τρόπο ζωής, θα πρέπει οι δυνατότητες και οι ευκαιρίες περαιτέρω επαγγελματικής αποκατάστασης να είναι σαφείς και ορατές. Και εδώ υπάρχει πράγματι σημαντικό πρόβλημα, εάν αναλογιστεί κανείς τις περιορισμένες προκηρύξεις θέσεων στο Εθνικό Σύστημα Υγείας, την ολοένα και συρρικνούμενη στελέχωση των Ελληνικών Πανεπιστημίων, που σαφώς επηρεάζει και τις Πανεπιστημιακές Κλινικές των Νοσοκομείων, αλλά και τις ευμετάβλητες συνθήκες εργασίας στον Ιδιωτικό Τομέα Παροχής Υπηρεσιών Υγείας. Βέβαια το ευρύ φάσμα της Στοματικής και Γναθοπροσωπικής Χειρουργικής προσφέρει ως λύση βιοπορισμού την άσκηση αρκετών γνωστικών αντικειμένων της σε περιβάλλον ιδιωτικού ιατρείου, υπό την ιδιότητα του ελεύθερου επαγγελματία ιατρού.

Σαφώς όμως για να διατηρηθεί αμείωτο το ενδιαφέρον των υποψηφίων ειδικευομένων ιατρών και να μην παρατηρούνται ελλείψεις, θα πρέπει ο σχεδιασμός της Πολιτείας αλλά και οι υγιείς συνθήκες της ελεύθερης αγοράς να διασφαλίζουν τη μελλοντική επαγγελματική τους αποκατάσταση, με όρους αξιοκρατίας και αξιοπρέπειας, με τελικούς παραλήπτες βέβαια αυτής της πολιτικής όχι μόνο τους Στοματικούς και Γναθοπροσωπικούς Χειρουργούς, αλλά και τους ασθενείς προς τους οποίους προσφέρονται οι υπηρεσίες τους.

Η εκπαίδευση στην ειδικότητα της Στοματικής και Γναθοπροσωπικής Χειρουργικής στην Ελλάδα είναι εφάμιλλη των διεθνώς καθιερωμένων προτύπων και απαιτήσεων;

Σε γενικές γραμμές ναι, χωρίς αυτό να σημαίνει ότι δεν υπάρχουν περιθώρια περαιτέρω και συνεχούς βελτίωσης, παρατηρώντας συνεχώς και τις διεθνείς τάσεις και εξελίξεις.

Έχοντας την τιμή και την τύχη να διατελέσω Τακτικό Μέλος της Ομάδας Εργασίας για την Ειδικότητα της Στοματικής και Γναθοπροσωπικής Χειρουργικής του Κεντρικού Συμβουλίου Υγείας του Υπουργείου Υγείας κατά το χρονικό διάστημα 2017-2020, μου δόθηκε η δυνατότητα να συμμετάσχω στην κατάρτιση των Κριτηρίων ολοκλήρωσης άσκησης των ειδικευομένων στην Στοματική και Γναθοπροσωπική Χειρουργική, με τη χρησιμοποίηση μεθόδων αθροιστικής και εποικοδομητικής αξιολόγησης από τον Υπεύθυνο Εκπαίδευσης και τους Εκπαιδευτές κάθε Εκπαιδευτικού Κέντρου. Ειδικότερα συντάχθηκε το Βιβλιάριο Εκπαίδευσης και Ειδίκευσης (Log-Book), το Χαρτοφυλάκιο (Portfolio), καθώς επίσης και τα Φύλλα Αξιολόγησης Ειδικευομένου, με βάση τα διεθνή πρότυπα και τα κρατούντα στην ιατρική χειρουργική εκπαίδευση.

Μελετώντας την κατανομή των Εκπαιδευτικών Κέντρων για την ειδικότητα της Στοματικής και Γναθοπροσωπικής Χειρουργικής στην Ελλάδα, καθώς επίσης και τις θέσεις των ειδικευομένων ιατρών, με βάση τον πληθυσμό της χώρας, διαπιστώνει κανείς ότι η κατάσταση είναι γενικά καλή, εφόσον προβλέπονται πανελλαδικά 34 θέσεις ειδικευομένων ιατρών (29 κανονικοί + 5 υπεράριθμοι), οι οποίες κατανέμονται σε Νοσηλευτικά Ιδρύματα του Εθνικού Συστήματος Υγείας στην Αθήνα, τη Θεσσαλονίκη, το Ηράκλειο Κρήτης και τα Ιωάννινα.

Ειδικότερα οι θέσεις ειδικευομένων ιατρών κατανέμονται ως ακολούθως: Αθήνα: 1) ΓΝΑ «Ο Ευαγγελισμός-Πολυκλινική» (Πανεπιστημιακή Κλινική Οδοντιατρικής Σχολής ΕΚΠΑ: 6 θέσεις + 1 υπεράριθμος, 2) ΓΝΑ «ΚΑΤ»: 4 θέσεις + 1 υπεράριθμος, 3) ΓΝΑ «Γ. Γεννηματάς»: 3 θέσεις + 1 υπεράριθμος, 4) ΠΓΝ «Αττικόν» (Πανεπιστημιακή Κλινική Ιατρικής Σχολής ΕΚΠΑ): 2 θέσεις, 5) ΓΝΑ «Ιπποκράτειο»: 1 θέση, Θεσσαλονίκη: 1) ΓΝΘ «Γ. Παπανικολάου» (Πανεπιστημιακή Κλινική Οδοντιατρικής Σχολής ΑΠΘ): 6 θέσεις + 2 υπεράριθμοι, 2) ΑΝΘ «Θεαγένειο»: 2 θέσεις (μερική ειδικότητα), Ηράκλειο Κρήτης: 1) ΠΑΓΝΗ: 3 θέσεις, Ιωάννινα: 1) ΓΝΙ «Γ. Χατζηκώστα»: 2 θέσεις.

Εκείνο, βέβαια, που απουσιάζει ακόμη από την εκπαίδευση στη Στοματική και Γναθοπροσωπική Χειρουργική στην Ελλάδα, είναι ο θεσμός των Εξειδικεύσεων (Fellowships), αν και υπήρξε μία πρώτη προσπάθεια από την Ομάδα Εργασίας για την Ειδικότητα της Στοματικής και Γναθοπροσωπικής Χειρουργικής του Κεντρικού Συμβουλίου Υγείας του Υπουργείου Υγείας, κατά το χρονικό διάστημα 2017-2020, να συνταχθεί μία μελέτη και δύο σχέδια που αφορούσαν δύο Εξειδικεύσεις (Fellowships),: μία στην Αποκατάσταση ελλειμμάτων στοματικής και γναθοπροσωπικής περιοχής και μία στην Παιδιατρική Στοματική και Γναθοπροσωπική Χειρουργική, διαρκείας 2 ετών η κάθε μία αντίστοιχα. Με τη λήξη, όμως, της θητείας της Ομάδας Εργασίας και την κυβερνητική αλλαγή τον Ιούλιο του 2019, η σχετική διαδικασία για τις Εξειδικεύσεις (Fellowships) εκκρεμεί.

Σε επίπεδο επιστημονικής συνέργειας πώς διαμορφώνεται η εικόνα της Στοματικής και Γναθοπροσωπικής Χειρουργικής σε σχέση με άλλες ιατρικές και οδοντιατρικές ειδικότητες;

Η Στοματική και Γναθοπροσωπική χειρουργική ως ιατρική και οδοντιατρική ειδικότητα χειρουργικού προσανατολισμού και κατεύθυνσης, η οποία δραστηριοποιείται στην περιοχή

Συνέχεια στη σελίδα 32

polydentia
swiss manufacture

myQuickmat Forte kit

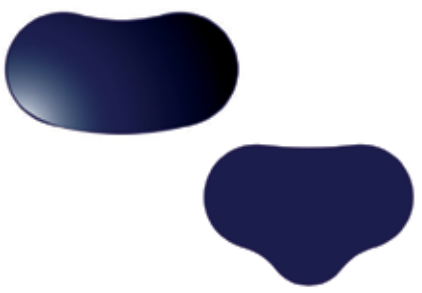
Πλήρες σύστημα τμηματικών τεχνητών τοιχωμάτων και δακτυλίου συγκράτησης, σχεδιασμένο να προσφέρει δυνατό διαχωρισμό των δοντιών, με σκοπό τη δημιουργία εξαιρετικών σημείων επαφής σε αποκαταστάσεις II ομάδας.

Το σύστημα περιέχει:

- Τον δακτύλιο myRing Forte, ένα δυνατό δακτύλιο που προσφέρει ιδανική δύναμη διαχωρισμού. Τα πλαστικά άκρα του αλλάζονται και είναι αποστειρώσιμα στο αυτόκαυστο. Η ανατομία τους επιτρέπει την τέλεια προσαρμογή των τεχνητών τοιχωμάτων στα παρειακά και γλωσσικά τοιχώματα του δοντιού.
- Τα τμηματικά τοιχώματα LumiContrast.
- Πλήρη συλλογή των τμηματικών τοιχωμάτων Quickmat.
- Μια συλλογή των, υψηλής ποιότητας, ανατομικών πλαστικών σφηνών myWedge. Το νέο V σχήμα τους με οπή, τους επιτρέπει να συμπιέζονται και να προσαρμόζονται στην ανατομία του όμορου διαστήματος.
- Ένα αρπαγοφόρο myForceps.

LumiContrast Sectional Matrices

Σκούρα μπλε τμηματικά τεχνητά τοιχώματα. Αυξάνουν σημαντικά την αντίθεση και μειώνουν την ανακλώμενη λάμψη.



- Ιδανικά για χρήση με μικροσκόπιο και μεγεθυντικούς φακούς.
- Διατίθενται σε δύο πάχη: 0,025 mm και 0,04 mm.
- Τρία ύψη τοιχώματος: 5 mm, 6.4 mm και 6.4 mm με ουλική επέκταση.

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

Συνέχεια από τη σελίδα 31

της κεφαλής και του τραχήλου, έχει σαφή επιστημονική συνέργεια με όμορες ιατρικές ειδικότητες που επίσης δραστηριοποιούνται στην περιοχή της κεφαλής και του τραχήλου, όπως η νευροχειρουργική, η ωτορινολαρυγγολογία, η πλαστική και επανορθωτική χειρουργική, η οφθαλμολογία, αλλά και η γενική χειρουργική στο μέτρο που την αφορά η συγκεκριμένη ανατομική περιοχή, καθώς επίσης και με οδοντιατρικές ειδικότητες και εξειδικεύσεις, όπως η ορθοδοντική, η περιοδοντολογία, η προσθετολογία, η ενδοδοντολογία κ.λπ.

Βέβαια οι ρόλοι κάθε ιατρικής αλλά και οδοντιατρικής ειδικότητας είναι διακριτοί, με άλλοτε περισσότερο και άλλοτε λιγότερο σαφή όρια, όπου η επιδιωκόμενη συνέργεια ενισχύει την αποτελεσματικότητα της αντιμετώπισης των ασθενών πρωτίστως, με βασική προτεραιότητα το βέλτιστο θεραπευτικό αποτέλεσμα επ' ωφελεία των ασθενών.

Η διεκδίκηση αποκλειστικότητας και επιστημονικών στεγανών, σε μία εποχή όπου η διαδραστικότητα και η αλληλεπίδραση αποτελούν στρατηγικούς στόχους όλων των ιατρικών και οδοντιατρικών ειδικοτήτων στην εξυπηρέτηση μίας κατά το μάλλον ή ήττον ολιστικής προσέγγισης των ασθενών, συνιστά μία οπισθοδρομική θεώρηση ξεπερασμένων μοτίβων επιστημονικής υστεροφημίας, που δεν έχουν πλέον καμία θέση στη σύγχρονη άσκηση της ιατρικής και οδοντιατρικής επιστήμης.

Πώς διαγράφεται το μέλλον για την ειδικότητα της Στοματικής και Γναθοπροσωπικής Χειρουργικής από επιστημονικής αλλά και επαγγελματικής απόψεως, τόσο στην Ελλάδα, όσο και διεθνώς;

Το μέλλον διαγράφεται ιδιαιτέρως ευοίωνο από επιστημονικής απόψεως, καθόσον η ειδικότητα της Στοματικής και Γναθοπροσωπικής Χειρουργικής εξελίσσεται συνεχώς και επεκτείνεται σε ολοένα ευρύτερα γνωστικά αντικείμενα. Αν αναλογιστεί κανείς την ιστορική διαδρομή και εξέλιξη της Στοματικής και Γναθοπροσωπικής Χειρουργικής, η οποία ξεκίνησε ως Χειρουργική Στόματος, στη συνέχεια μετεξελίχθηκε και μετονομάσθηκε σε Γναθοχειρουργική, φθάνοντας στη σημερινή ονομασία της ως Στοματική και Γναθοπροσωπική Χειρουργική, συνειδητοποιεί τον μεγάλο δυναμισμό της, την ευρύτητα του χειρουργικού της φάσματος, που όπως προείπαμε και παραπάνω εκτείνεται από τη χειρουργική αφαίρεση ενός εγκλείστου δοντιού (σωφρονιστήρα κ.λπ.), μέχρι τη μερική ή και ολική μεταμόσχευση προσώπου, καθώς επίσης και τις ιδιαίτερες εκπαιδευτικές της απαιτήσεις, τόσο σε επίπεδο προαπαιτουμένων προπτυχιακών σπουδών, όσο και σε επίπεδο εκπαίδευσης σε αυτή τούτη την ειδικότητα. Εξάλλου οι τάσεις της ολοένα και μεγαλύτερης διεύρυνσης του χειρουργικού φάσματός της αντανακλώνται και στο όνομα των συναφών Διεθνών Επιστημονικών της Εταιρειών, όπως είναι η Ευρωπαϊκή Εταιρεία Κρανιογναθοπροσωπικής Χειρουργικής (European Association for Cranio-Maxillofacial Surgery).

Η εξέλιξη της βιο-ιατρικής τεχνολογίας σαφώς επηρεάζει και θα επηρεάσει περαιτέρω, τόσο την εκπαίδευση όσο και την άσκηση της Στοματικής και Γναθοπροσωπικής Χειρουργικής, με αιχμή του δόρατος την ελάχιστα επεμβατική χειρουργική (Minimally Invasive Surgery), τα συστήματα χειρουργικής και διεγχειρητικής πλοήγησης (Surgical Navigation Systems), τη ρομποτική χειρουργική, τη χειρουργική επαυξημένης πραγματικότητας (Augmented-Reality Surgery), τη χρήση νέων δικτύων ψηφιακών επικοινωνιών 5G κ.λπ.

Ειδικά για την Ελλάδα, νομίζω ότι έφτασε πλέον ο καιρός η Πολιτεία να δημιουργήσει Εκπαιδευτικά Κέντρα Αριστείας, τα οποία να στελεχωθούν αξιοκρατικά από τους πλέον εκπαιδευμένους και έμπειρους ιατρούς, ώστε πέρα από τον βασικό κορμό της εκπαίδευσης στην ειδικότητα της Στοματικής και Γναθοπροσωπικής Χειρουργικής στα διάφορα εκπαιδευτικά κέντρα των Νοσηλευτικών Ιδρυμάτων του Εθνικού Συστήματος Υγείας, να υπάρξει και δυνατότητα εκπαίδευσης είτε σε περαιτέρω Εξειδικεύσεις (Fellowships) ή σε πρωτοποριακές μεθόδους χειρουργικής αντιμετώπισης και αποκατάστασης, που άπτονται των επιμέρους γνωστικών αντικειμένων της Στοματικής και Γναθοπροσωπικής Χειρουργικής.

Τέλος η επαγγελματική κατάσταση αλλά και προοπτική της ειδικότητας της Στοματικής και Γναθοπροσωπικής Χειρουργικής, τόσο σε επίπεδο δυνατοτήτων όσο και σε επίπεδο απτής πραγματικότητας, διεθνώς βρίσκεται σε ένα καλό σημείο με κατά τόπους διαφοροποιήσεις, ανάλογα με τις εκάστοτε κοινωνικο-οικονομικές συνθήκες, ενώ στην Ελλάδα τα πράγματα είναι σχετικώς ικανοποιητικά, χρήζοντα όμως περαιτέρω βελτίωσης και ορθολογικότερου σχεδιασμού.

Οι νέοι που θα αποφασίσουν να επενδύσουν ένα τόσο σημαντικό χρονικό διάστημα από τη ζωή τους για την εκπαίδευση σε μία τόσο απαιτητική και πολυδιάστατη χειρουργική ειδικότητα όπως η Στοματική και Γναθοπροσωπική Χειρουργική, θα πρέπει να γνωρίζουν εκ των προτέρων τις συνθήκες επαγγελματικής τους αποκατάστασης. Αυτό προϋποθέτει έναν επανασχεδιασμό και μία γενναία αναμόρφωση του Εθνικού Συστήματος Υγείας, με ορθολογική κατανομή του Ιατρικού Προσωπικού και των Νοσηλευτικών Μονάδων, μία τόνωση της τριτοβάθμιας εκπαίδευσης σε επίπεδο οικονομικών πόρων και θέσεων εργασίας, μία εξυγίανση με σαφείς οικονομικούς όρους του πεδίου και των οικονομικών κριτηρίων του Ιδιωτικού Τομέα Παροχής Υπηρεσιών Υγείας, αλλά και μία ενθάρρυνση των ελευθεροεπαγγελματιών ιατρών σε επίπεδο Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας, καθόσον αυτό αφορά συγκεκριμένα γνωστικά αντικείμενα της Στοματικής και Γναθοπροσωπικής Χειρουργικής που δύνανται να ασκηθούν σε περιβάλλον ιδιωτικού ιατρείου.

Στόχος της Ελληνικής Εταιρείας Στοματικής και Γναθοπροσωπικής Χειρουργικής είναι να συμβάλλει καθοριστικά στην προώθηση των επιστημονικών στοχεύσεων, αλλά και στη διασφάλιση των επαγγελματικών δικαιωμάτων και συμφερόντων των Ελλήνων Στοματικών και Γναθοπροσωπικών Χειρουργών, όχι απλώς για λόγους εξυπηρέτησης θεμάτων συντεχνιακής αντίληψης, όπως δυστυχώς έχει κατά καιρούς διατυπωθεί με ατυχή τρόπο από ποικιλώνυμους σφετεριστές της ειδικότητάς μας, αλλά πάντοτε με γνώμονα την υπηρέτηση και διακονία των αναγκών της υγείας του Ελληνικού λαού, με υψηλό αίσθημα ευθύνης, επάρκεια και αποτελεσματικότητα.

1. ΟΝΟΜΑΣΙΑ ΤΟΥ ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΟΥ ΠΡΟΪΟΝΤΟΣ
Niflamol 250 mg σκληρά καψάκια
2.ΠΟΙΟΤΙΚΗ ΚΑΙ ΠΟΣΟΤΙΚΗ ΣΥΝΘΕΣΗ
Κάθε σκληρό καψάκιο περιέχει 250 mg νιφλουμικού οξέος
Έκδοχο με γνωστή δράση: Αζορουμπίνη καρμοϊζίνη (E122)
Κάθε σκληρό καψάκιο περιέχει 1,333 mg αζορουμπίνης καρμοϊζίνης.
Για τον πλήρη κατάλογο των εκδόχων, βλ. παράγραφο 6.1
3.ΦΑΡΜΑΚΟΤΕΧΝΙΚΗ ΜΟΡΦΗ
Σκληρό καψάκιο
Σκληρά καψάκια χρώματος κόκκινου-λευκού.
4.ΚΛΙΝΙΚΕΣ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ
4.1Θεραπευτικές ενδείξεις
– Συμπτωματική αγωγή οξέων κρίσεων μικρής διάρκειας:
• αρθρίτιδας • 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 (ΜΣΑΦ). Συνιστάται στενή παρακολούθηση των ηλικιωμένων ασθενών και χρήση της κατώτατης αποτελεσματικής δόσης (βλ. παράγραφο 4.4). **Τρόπος χορήγησης** Από του στόματος χρήση. Τα σκληρά καψάκια πρέπει να καταπίνονται ολόκληρα, με ένα ποτήρι νερό. Τα σκληρά καψάκια πρέπει να λαμβάνονται κατά τη διάρκεια των γευμάτων.
4.3 Αντενδείξεις: Το Niflamol αντενδείκνυται στις ακόλουθες περιπτώσεις: – Υπερευαισθησία στη δραστική ουσία ή σε κάποιο από τα έκδοχα που αναφέρονται στην παράγραφο 6.1 – Ιστορικό αλλεργίας ή άσθματος που προκλήθηκε από τη χορήγηση νιφλουμικού οξέος ή ουσιών με παρόμοια δράση, όπως άλλα ΜΣΑΦ, συμπεριλαμβανομένου του ακετυλοσαλικυλικού οξέος – Κατά τη διάρκεια του τελευταίου τριμήνου της κυήσεως (βλ. παράγραφο 4.6) – Ενεργό ή ιστορικό πεπτικού έλκους ή γαστρεντερικής αιμορραγίας (με δύο ή περισσότερα επεισόδια αποδεδειγμένης εξέλκωσης ή αιμορραγίας) – Ιστορικό γαστρεντερικής αιμορραγίας ή διάτρησης σχετιζόμενης με προηγούμενη θεραπεία με ΜΣΑΦ, συμπεριλαμβανομένου του ακετυλοσαλικυλικού οξέος – Σοβαρή επηρεασμένη ηπατική λειτουργία – Σοβαρή επηρεασμένη νεφρική λειτουργία – Σοβαρή καρδιακή ανεπάρκεια – Παιδιά ηλικίας κάτω των 12 ετών
4.4 Ειδικές προειδοποιήσεις και προφυλάξεις κατά τη χρήση: Γενικές προειδοποιήσεις: Οι θεραπευτικές ενδείξεις του Niflamol βασίζονται στην αντιφλεγμονώδη δράση του νιφλουμικού οξέος, τη σοβαρότητα των αντιδράσεων δυσανεξίας τις οποίες προκαλεί το φάρμακο και τη θέση του 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 αιμοστατικής διαδικασίας, είναι οι ίδιοι με τους κινδύνους με άλλα ΜΣΑΦ. Οι κίνδυνοι θα πρέπει να εκτιμηθούν σε σχέση με το αναμενόμενο αναλγητικό όφελος. Τα ΜΣΑΦ μπορεί να αυξήσουν τον κίνδυνο σοβαρών, δυνητικά θανατηφόρων, καρδιαγγειακών, αγγειοεγκεφαλικών και γαστρεντερικών ανεπιθύμητων ενεργειών. Ταυτόχρονη χρήση του Niflamol με άλλα ΜΣΑΦ πρέπει να αποφεύγεται (βλ. παράγραφο 4.5).
Οι ανεπιθύμητες ενέργειες μπορούν να ελαχιστοποιηθούν χρησιμοποιώντας την κατώτατη αποτελεσματική δόση για την πλέον μικρή διάρκεια θεραπείας που απαιτείται για τον έλεγχο των συμπτωμάτων (βλ. παράγραφο 4.2 και παρακάτω). Γαστρεντερικές επιδράσεις: Κατά τη διάρκεια θεραπείας με ΜΣΑΦ έχουν αναφερθεί γαστρεντερική αιμορραγία, εξέλκωση και διάτρηση, μερικές φορές θανατηφόρα. Θεραπεία συνδυασμού με προστατευτικούς παράγοντες (επί παραδείγματι μισοπροστόλη ή αναστολείς της αντλίας πρωτονίων) πρέπει να εξετάζεται σε ασθενείς με αυξημένο κίνδυνο γαστρεντερικής αιμορραγίας, όπως οι ηλικιωμένοι, καθώς και σε ασθενείς που απαιτούν ακετυλοσαλικυλικό οξύ χαμηλής δόσης ή άλλα φάρμακα που είναι πιθανόν να αυξάνουν τον κίνδυνο γαστρεντερικών ανεπιθύμητων ενεργειών (βλ. παρακάτω και παράγραφο 4.5). Οι ασθενείς πρέπει να αναφέρουν αμέσως οποιοδήποτε σύμπτωμα ανεπιθύμητης ενέργειας από το γαστρεντερικό (π.χ. αιματηρή κένωση ή μαύρα κόπρανα, αιματέμεση, αίσθηση λιποθυμίας) στον ιατρό τους. Συνιστάται προσοχή σε ασθενείς που λαμβάνουν ταυτόχρονες θεραπείες που θα μπορούσαν να αυξήσουν τον κίνδυνο εξέλκωσης ή γαστρεντερικής αιμορραγίας, συμπεριλαμβανομένων από του στόματος αντιπηκτικών όπως η δικουμαρόλη, αντιαιμοπεταλιακών παραγόντων όπως το ακετυλοσαλικυλικό οξύ, από του στόματος κορτικοστεροειδών και εκλεκτικών αναστολέων επαναπρόσληψης της σεροτονίνης (SSRIs) (βλ. παράγραφο 4.5). Εάν παρουσιασθεί γαστρεντερική αιμορραγία ή εξέλκωση σε ασθενή που λαμβάνει Niflamol, η θεραπεία πρέπει να διακοπεί αμέσως. Τα ΜΣΑΦ πρέπει να χορηγούνται με προσοχή σε ασθενείς με ιστορικό ελκώδους κολίτιδος ή νόσου του Crohn, καθώς η θεραπεία με ΜΣΑΦ μπορεί να επιδεινώσει τα συμπτώματα. Καρδιαγγειακές και Αγγειοεγκεφαλικές επιδράσεις: Κλινικές μελέτες και επιδημιολογικά δεδομένα υποδηλώνουν ότι η χρήση ορισμένων ΜΣΑΦ μπορεί να σχετίζεται με έναν αυξημένο κίνδυνο αρτηριακών θρομβωτικών συμβαμάτων (π.χ. έμφραγμα του μυοκαρδίου ή εγκεφαλικό επεισόδιο), τα οποία μπορεί να είναι θανατηφόρα. Ο κίνδυνος αρτηριακών θρομβωτικών επεισοδίων αυξάνει σε υψηλές δόσεις και με θεραπεία μακράς διάρκειας, και έχει συσχετισθεί τόσο με COX-2 εκλεκτικά όσο και με μη-εκλεκτικά ΜΣΑΦ. Κατά συνέπεια, οι ασθενείς με μη ρυθμισμένη υπέρταση, συμφορητική καρδιακή ανεπάρκεια, εγκατεστημένη στεφανιαία νόσο, περιφερική αρτηριακή νόσο και/ή αγγειοεγκεφαλική νόσο πρέπει να θεραπεύονται με Niflamol μόνο μετά από προσεκτική εξέταση του προφίλ κινδύνου-οφέλους για τον συγκεκριμένο ασθενή. Πρέπει να δίδεται προσοχή στη χρήση του Niflamol σε ασθενείς που υποβάλλονται σε εγχείρηση στεφανιαίου παρακαμπτήριου μοσχεύματος (CABG) ή αμέσως πριν ή μετά από εγχείρηση καρδιάς, με ιδιαίτερη προσοχή στις ταυτόχρονες φαρμακευτικές αγωγές (βλ. παράγραφο 4.5). Νεφρικές επιδράσεις: Μακροχρόνια χορήγηση ΜΣΑΦ μπορεί μέσω αναστολής της αγγειοδιασταλτικής δράσης των νεφρικών προσταγλανδινών να έχει ως αποτέλεσμα νεφρική ανεπάρκεια λόγω μείωσης της σπειραματικής διήθησης. Αυτή η ανεπιθύμητη ενέργεια είναι δοσοεξαρτώμενη και μπορεί να οδηγήσει σε νέκρωση νεφρικής θηλής και άλλη νεφρική κάκωση. Το Niflamol αντενδείκνυται σε ασθενείς με σοβαρή νεφρική δυσλειτουργία. Ηπατικές επιδράσεις: Σε μικρό ποσοστό ασθενών σε θεραπεία με ΜΣΑΦ μπορεί να παρουσιασθούν οριακές αυξήσεις στις τιμές των δοκιμασιών της ηπατικής λειτουργίας και σπάνια αυξήσεις μεγαλύτερες από 3 φορές το άνω φυσιολογικό όριο, με ή χωρίς ανεπιθύμητες ενέργειες σχετιζόμενες με το ήπαρ. Το Niflamol αντενδείκνυται σε ασθενείς με σοβαρή ηπατική δυσλειτουργία. Δερματικές επιδράσεις: Έχουν αναφερθεί πολύ σπάνια σοβαρές δερματικές αντιδράσεις, μερικές από τις οποίες μπορεί να είναι θανατηφόρες, συμπεριλαμβανομένων αποφολιδωτικής δερματίτιδας, συνδρόμου Stevens-Johnson και τοξικής επιδερμικής νεκρόλυσης (σύνδρομο Lyell), σε σχέση με θεραπεία με ΜΣΑΦ (βλ. παράγραφο 4.8). Οι ασθενείς φαίνεται να είναι σε μεγαλύτερο κίνδυνο στα πρώτα στάδια της θεραπείας. Στις περισσότερες περιπτώσεις, εντός του πρώτου μήνα της θεραπείας. Η θεραπεία με Niflamol πρέπει να διακόπτεται με την πρώτη εμφάνιση δερματικού εξανθήματος, βλαβών του βλεννογόνου ή οποιωνδήποτε άλλων σημείων υπερευαισθησίας. Συνεπώς, η χρήση Niflamol πρέπει να αποφεύγεται σε περιπτώσεις λοιμώξεων ιού ανεμοβλογιάς ζωστήρα. Επιδράσεις στο 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 ΜΣΑΦ, συμπεριλαμβανομένου του ακετυλοσαλικυλικού οξέος (βλ. παράγραφο 4.3). Λοιπές προειδοποιήσεις: Το Niflamol πρέπει να χρησιμοποιείται με προσοχή σε ασθενείς με προϋπάρχον άσθμα. Οι ασθματικοί ασθενείς με χρόνια ρινίτιδα, χρόνια παραρρινοκολπίτιδα και/ή ρινικούς πολύποδες είναι σε αυξημένο κίνδυνο για βρογχόσπασμο και αναφυλαξία όταν λαμβάνουν ΜΣΑΦ, συμπεριλαμβανομένου του Niflamol. Όπως συμβαίνει και με άλλα ΜΣΑΦ, το νιφλουμικό οξύ μπορεί να αναστείλει τη συσσωμάτωση αιμοπεταλίων και να επιμηκύνει τον χρόνο αιμορραγίας. Το Niflamol πρέπει να χρησιμοποιείται με προσοχή σε ασθενείς με ενεργό λοίμωξη ή σε κίνδυνο λοίμωξης, ακόμη και αν η λοίμωξη ελέγχεται καλά, καθώς η θεραπεία με Niflamol μπορεί να καλύψει τα σημεία και τα συμπτώματα της λοίμωξης. Τα σκληρά καψάκια Niflamol περιέχουν τη χρωστική ουσία αζορουμπίνη καρμοϊζίνη (E122), η οποία μπορεί να προκαλέσει αλλεργικές αντιδράσεις. Ηλικιωμένοι: Οι ηλικιωμένοι ασθενείς βρίσκονται σε αυξημένο κίνδυνο να παρουσιάσουν ανεπιθύμητες ενέργειες που προκαλούνται από τα ΜΣΑΦ, συμπεριλαμβανομένων νεφρικής ανεπάρκειας και γαστρεντερικής αιμορραγίας και διατρήσεων, που μπορεί να είναι θανατηφόρες, και είναι πιο πιθανόν να λαμβάνουν ταυτόχρονα άλλες θεραπείες. Η κατώτατη αποτελεσματική δόση πρέπει να χρησιμοποιείται στους ασθενείς αυτούς.
4.5 Αλληλεπιδράσεις με άλλα φαρμακευτικά προϊόντα και άλλες μορφές αλληλεπίδρασης
Συνδυασμοί που αντενδείκνυνται: – Από του στόματος θρομβολυτικά, όπως βαρφαρίνη, και μη κλασματοποιημένη ηπαρίνη, ηπαρίνες χαμηλού μοριακού βάρους και προϊόντα που σχετίζονται με αυτά – Άλλα ΜΣΑΦ, συμπεριλαμβανομένων του ακετυλοσαλικυλικού οξέος και άλλων σαλικυλικών σε μεγάλες δόσεις. – Λίθιο (κίνδυνος που αναφέρεται σε αρκετά ΜΣΑΦ). – Μεθοτρεξάτη, σε υψηλές δόσεις (15 mg/εβδομάδα ή περισσότερο). – Άλλα αντιαιμοπεταλιακά φάρμακα όπως τικλοπιδίνη, κλοπιδογρέλη, τιροφιβάνη, επτιφιμπατίδη, αμπσιξιμάμπη και ιλοπρόστη. – Οι εκλεκτικοί αναστολείς επαναπρόσληψης σεροτονίνης (SSRIs) αυξάνουν τον κίνδυνο γαστρεντερικής αιμορραγίας. Σε περίπτωση που ο συνδυασμός δεν μπορεί να αποφευχθεί, απαιτείται στενή κλινική και εργαστηριακή παρακολούθηση. – Τα από του στόματος λαμβανόμενα γλυκοκορτικοστεροειδή (με εξαίρεση την υδροκορτιζόνη για θεραπεία υποκατάστασης) μπορεί να αυξήσουν τον κίνδυνο γαστρεντερικής εξέλκωσης και αιμορραγίας όταν συγχορηγούνται με ΜΣΑΦ, συμπεριλαμβανομένου του Niflamol.
Συνδυασμοί που απαιτούν προφυλάξεις κατά τη χρήση: – Διουρητικά. – Μεθοτρεξάτη σε χαμηλές δόσεις (κάτω των 15 mg/εβδομάδα). – Πεντοξιφυλλίνη. – Ζιδοβουδίνη. – Φαρμακευτικές αγωγές που μπορεί να προκαλέσουν υπερκαλιαιμία: αυξημένος κίνδυνος υπερκαλιαιμίας και νεφροτοξικότητας κατά τη διάρκεια της ταυτόχρονης θεραπείας με ΜΣΑΦ, συμπεριλαμβανομένου του Niflamol, και αγωγές όπως άλατα καλίου, καλιοπροστατευτικά διουρητικά, αναστολείς ΜΕΑ, ανταγωνιστές υποδοχέων της αγγειοτασίνης II, κυκλοσπορίνη, τακρόλιμους και τριμεθοπρίμη. Συνδυασμοί στους οποίους θα πρέπει να δίδεται ιδιαίτερη προσοχή: – Αντιυπερτασικοί παράγοντες (όπως οι βήτα-αναστολείς, οι αναστολείς ΜΕΑ, τα διουρητικά), κατ' επέκταση αρχής γενομένης από την ινδομεθακίνη. – Ενδομήτρια σπειράματα (intrauterine contraceptive device IUDs)
4.6 Γονιμότητα, κύηση και γαλουχία
Κύηση: Κατά το πρώτο και δεύτερο τρίμηνο της κύησης, το Niflamol δεν θα πρέπει να χορηγείται, εκτός εάν είναι σαφώς απαραίτητο. Εάν το Niflamol χρησιμοποιηθεί από μία γυναίκα που προσπαθεί να συλλάβει ή κατά το πρώτο και δεύτερο τρίμηνο της κύησης, η δόση θα πρέπει να διατηρείται όσο το δυνατόν χαμηλότερη και η διάρκεια της θεραπείας όσο το δυνατόν πιο σύντομη.
Το Niflamol αντενδείκνυται κατά το τρίτο τρίμηνο της κύησης. Θηλασμός: Τα ΜΣΑΦ απεκκρίνονται στο μητρικό γάλα. Παρότι τα διαθέσιμα δεδομένα δείχνουν ότι η χρήση ορισμένων ΜΣΑΦ από τη μητέρα δεν προκαλούν ανεπιθύμητες ενέργειες στα βρέφη που θηλάζουν, προληπτικά η χρήση του Niflamol πρέπει να αποφεύγεται κατά τη διάρκεια της γαλουχίας. Γονιμότητα: Οι αναστολείς σύνθεσης των προσταγλανδινών, συμπεριλαμβανομένου του Niflamol, μπορεί να παρεμποδίζουν τη γονιμότητα των γυναικών και δεν συνιστώνται σε γυναίκες που προσπαθούν να συλλάβουν. Η διακοπή της θεραπείας με Niflamol πρέπει να εξετάζεται σε γυναίκες που λαμβάνουν Niflamol και έχουν δυσκολία να συλλάβουν ή ελέγχονται για στειρότητα.
4.7 Επιδράσεις στην ικανότητα οδήγησης και χειρισμού μηχανημάτων
Σε σπάνιες περιπτώσεις η χορήγηση του φαρμάκου αυτού μπορεί να προκαλέσει ίλιγγο και υπνηλία.
4.8 Ανεπιθύμητες ενέργειες
Ο κίνδυνος για ανεπιθύμητες ενέργειες αυξάνεται με τη δόση και τη διάρκεια της θεραπείας. Οι πλέον συχνά παρατηρούμενες ανεπιθύμητες ενέργειες που σχετίζονται με τη λήψη ΜΣΑΦ, συμπεριλαμβανομένου του Niflamol, προέρχονται από το γαστεντερικό.
– Ενέργειες στο γαστρεντερικό: Πεπτικά έλκη, γαστρεντερικές διατρήσεις ή αιμορραγίες (λανθάνουσες ή εμφανείς), μερικές φορές θανατηφόρες, μπορεί να συμβούν, ιδιαίτερα σε ηλικιωμένους ασθενείς. Επίσης, υπήρξαν αναφορές γαστρεντερικών συμπτωμάτων όπως ναυτία, διάρροια, εμετός, επιγαστρικό άλγος, γαστρίτιδα, αιματέμεση, μέλαινα και αιμορραγική κολίτις. Οι ανεπιθύμητες αυτές ενέργειες είναι συνηθέστερες σε μεγαλύτερες δόσεις. – Αντιδράσεις υπερευαισθησίας: • Δερματικές: αγγειοίδημα, ερύθημα, εξανθήματα, κνίδωση, κνησμός, πορφύρα. Σπάνιες περιπτώσεις πολύμορφου ερυθήματος, αποφολιδωτικής δερματίτιδας και πομφολυγώδους εξανθήματος (σύνδρομο Stevens Johnson, τοξική επιδερμική νεκρόλυση (σύνδρομο Lyell)). • Σε εξαιρετικές περιπτώσεις, υπάρχει κίνδυνος φωτοευαισθητοποίησης. • Αναπνευστικές: κρίσεις άσθματος μπορεί να παρατηρηθούν σε ορισμένους ασθενείς, ιδιαίτερα σε ασθενείς με αλλεργία στο ακετυλοσαλικυλικό οξύ ή άλλα ΜΣΑΦ. • Γενικές: π.χ. γενική κακουχία, υπόταση, αναφυλακτικό σοκ. – Ενέργειες στο Κεντρικό Νευρικό Σύστημα: αίσθηση ιλίγγου (σπάνια) – Ενέργειες στους νεφρούς: οξεία νεφρική ανεπάρκεια, διάμεση νεφρίτιδα, νεφρωσικό σύνδρομο σε εξαιρετικά σπάνιες περιπτώσεις. – Ενέργειες στα οστά: Λίγες περιπτώσεις φθοριώσεως των οστών έχουν καταγραφεί ύστερα από αγωγή με υψηλές δόσεις επί αρκετά χρόνια. – Μεταβολές στα εργαστηριακά αποτελέσματα: Σε εξαιρετικές περιπτώσεις, μη φυσιολογική λειτουργία του ήπατος ή θρομβοπενία. – Δεδομένα από κλινικές δοκιμές και επιδημιολογικές μελέτες υποδεικνύουν ότι η χρήση κάποιων ΜΣΑΦ (ιδιαίτερα σε υψηλές δόσεις και σε μακροχρόνιες θεραπείες) μπορεί να συσχετίζεται με έναν αυξημένο κίνδυνο για εμφάνιση θρομβωτικών αρτηριακών συμβαμάτων (π.χ. έμφραγμα του μυοκαρδίου ή εγκεφαλικό επεισόδιο), τα οποία μπορεί να είναι θανατηφόρα (βλ. παράγραφο 4.4). – Οίδημα, υπέρταση και καρδιακή ανεπάρκεια έχουν αναφερθεί σε σχέση με τη θεραπεία με ΜΣΑΦ.
4.9 Υπερδοσολογία
Σημεία υπερδοσολογίας: Οι κλινικές εκδηλώσεις της υπερδοσολογίας με ΜΣΑΦ, συμπεριλαμβανομένου του Niflamol, είναι δοσοεξαρτώμενες, με την πλειοψηφία των περιπτώσεων να χαρακτηρίζονται ως ασυμπτωματικές ή ήπιες. Τα συμπτώματα που προέρχονται από την υπερδοσολογία μορφών μη τροποποιημένης αποδέσμευσης συνήθως παρουσιάζονται εντός 4 ωρών από τη λήψη. Τα συμπτώματα ήπιας τοξικότητας περιλαμβάνουν ναυτία, έμετο, διάρροια και κοιλιακό άλγος. Μπορεί επίσης να παρουσιασθεί ήπια καταστολή του ΚΝΣ ως υπνηλία (5% των περιπτώσεων) και κεφαλαλγία. Ένας ασθενής ο οποίος είχε λάβει 7,5 g νιφλουμικού οξέος παρουσίασε οξεία σπειραματονεφρίτιδα, η οποία αντιμετωπίσθηκε επιτυχώς χωρίς επακόλουθα. Σε περισσότερο προκεχωρημένη τοξικότητα μπορεί να παρουσιαστούν αυξημένες τιμές BUN, κρεατινίνης και δοκιμασιών ηπατικής λειτουργίας, αυξημένος χρόνος προθρομβίνης, θρομβοπενία, βραδυκαρδία ή υπόταση. Η έκδηλη υπνηλία σχετίζεται συνήθως με μεταβολική οξέωση. Η σοβαρή τοξικότητα από μαζική κατάποση χαρακτηρίζεται από νεφρική ανεπάρκεια, μεταβολική οξέωση και νευρολογικά συμπτώματα, συμπεριλαμβανομένων σπασμών, υπνηλίας που εξελίσσεται σε κώμα καθώς και διαταραχές όρασης και ακοής. Η γαστρεντερική αιμορραγία σπάνια σχετίζεται με οξεία υπερδοσολογία.
Θεραπεία: Τα ήπια συμπτώματα της υπερδοσολογίας των ΜΣΑΦ είναι συνήθως αυτοπεριοριζόμενα. Η θεραπεία των συμπτωματικών ασθενών είναι κυρίως υποστηρικτική, συμπεριλαμβανομένης της χορήγησης ενεργού άνθρακα εντός μιας ώρας από την κατάποση και θεραπεία με υγρά για να αποκατασταθεί η ενυδάτωση και το επίπεδο των ηλεκτρολυτών. Για την πιο προκεχωρημένη τοξικότητα πρέπει να ξεκινά ανάλογα με την περίπτωση κάθε μεμονωμένου ασθενή θεραπεία ειδική για τα συμπτώματα, όπως ενδοφλέβιο διττανθρακικό νάτριο για εμμένουσα μεταβολική οξέωση, αντισπασμωδικά, υποστήριξη αεραγωγών, καρδιαγγειακή υποστήριξη, αντιεμετικά και αντιόξινα.
6.ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΕΣ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ
6.1 Κατάλογος εκδόχων
- Άμυλο - Κεκαθαρμένος τάλκης - Στεατικό μαγνήσιο - Διοξείδιο του τιτανίου (E171) - Ζελατίνη
– Αζορουμπίνη καρμοϊζίνη (E122)
6.2 Ασυμβατότητες Δεν εφαρμόζεται.
6.3 Διάρκεια ζωής 36 μήνες
6.4 Ιδιαίτερες προφυλάξεις κατά τη φύλαξη του προϊόντος
Δεν υπάρχουν ειδικές οδηγίες διατήρησης για το προϊόν αυτό.
6.5 Φύση και συστατικά του περιέκτη
Κυψέλες PVC/Αλουμινίου. Κάθε συσκευασία περιέχει 20 σκληρά καψάκια (2 κυψέλες των 10 σκληρών καψακίων η καθεμία).
6.6 Ιδιαίτερες προφυλάξεις απόρριψης
Κάθε 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** τα Φάρμακα Συμπληρώνοντας την **«ΚΙΤΡΙΝΗ ΚΑΡΤΑ»**

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®

Ιγμορίτιδα ενδοδοντικής προέλευσης μη-χειρουργική αντιμετώπιση

Η ιγμορίτιδα ενδοδοντικής προέλευσης (MSEO) είναι μια δυνητικά θανατηφόρα μολυσματική διαδικασία που γρήγορα εξαπλώνεται και μπορεί να αντιμετωπιστεί μη επεμβατικά με έγκαιρη διάγνωση και θεραπεία.

Κλινικό Περιστατικό: Μία 17 ετών γυναίκα ασθενής παρουσίασε κιτρινωπές και με έντονη δυσοσμία ρινικές εκκρίσεις, ημικρανίες και υπερθερμία. Κατά την κλινική της εξέταση, το 26 δόντι εμφανίζει μια μεγάλη κοιλότητα και είναι ευαίσθητο στην ενδοστοματική και εξωστοματική ψηλάφηση, καθώς και στην οριζόντια και κάθετη επίκρουση. Έγινε πολφοτομή του νεκρού δοντιού χρησιμοποιώντας την τεχνική υδραυλικής έμφραξης και τοποθετήθηκε BioRoot™ RCS (μόνιμο εμφρακτικό ριζικών σωλήνων). Δόθηκε φαρμακευτική αγωγή σε συνεργασία με το τμήμα ΩΡΛ.

Συζήτηση: Με τη χρήση των διαγνωστικών μέσων, της λήψης ιατρικού ιστορικού, των κλινικών διαδικασιών και τη χρήση των κατάλληλων βιοκεραμικών υλικών, η σωστή ενδοδοντική θεραπεία προσφέρει μια αποτελεσματική μη-χειρουργική εναλλακτική.

Συμπεράσματα: Η χρήση των βιοκεραμικών υλικών όπως το BioRoot™ RCS βελτιώνει την αποτελεσματικότητα της μη επεμβατικής θεραπείας παρέχοντας μια ερμητική έμφραξη στην ακρορριζική περιοχή.

Pamela REBECA MORA FAVELA
Χειρούργος Οδοντίατρος. Πτυχίο Οδοντιατρικής από το Αυτόνομο Πανεπιστήμιο της Πολιτείας του Μεξικού, 2008. Ιδιωτικός Γενικός Οδοντίατρος από το 2009 έως σήμερα. Φοιτήτρια τρίτου εξαμήνου στο Μεταπτυχιακό της Ενδοδοντίας, Αυτόνομο Πανεπιστήμιο της Πολιτείας του Μεξικού.

Ignacio JIMÉNEZ BUENO
Εξειδίκευση στην Ενδοδοντία. Πτυχίο Οδοντιατρικής από το Αυτόνομο Πανεπιστήμιο της Πολιτείας του Μεξικού, 1985. Ειδίκευση στην Ενδοδοντία στο Αυτόνομο Πανεπιστήμιο της Πολιτείας του Μεξικού, 1994. Μεταπτυχιακά στην Ενδοδοντία από το Yury Kuttler Institute for Advanced Odontology Studies, 2012. Συντονιστής του Μεταπτυχιακού της Ενδοδοντίας στο Αυτόνομο Πανεπιστήμιο της Πολιτείας του Μεξικού.

Brissa ITZEL JIMÉNEZ VALDÉS
Εξειδίκευση στη Συντηρητική και Ιατροδικαστική Στοματολογία. Πτυχίο Οδοντιατρικής από το Αυτόνομο Πανεπιστήμιο της Πολιτείας του Μεξικού, 1997. Ειδίκευση στην Ενδοδοντία στο Αυτόνομο Πανεπιστήμιο της Πολιτείας του Μεξικού, 1999. Μεταπτυχιακά στην Συντηρητική και Ιατροδικαστική Στοματολογία, Πανεπιστήμιο Valle de Toluca, 2019. Λέκτορας, στο Μεταπτυχιακό Ενδοδοντίας, στο Αυτόνομο Πανεπιστήμιο της Πολιτείας του Μεξικού.

Εισαγωγή

Η ιγμορίτιδα ενδοδοντικής προέλευσης είναι μια φλεγμονώδης απάντηση του βλεννογόνου των ιγμορείων στους παθογόνους παράγοντες που προέρχονται από τα δόντια (Tataryn, 2018). Η εξάπλωση των οδοντογενών φλεγμονωδών διεργασιών προς τις κρανιοπροσωπικές ανατομικές περιοχές τεκμηριώθηκε από το 1943 από τον Bauer, και ανακαλύφθηκε με την πάροδο του χρόνου ότι είναι πιο συνήθης από ό, τι είχε αναγνωριστεί (AAE 2018). Μερικοί άλλοι συγγραφείς, όπως οι Abrahamams, είχαν ισχυριστεί ότι περίπου το 60% των κλινικών περιστατικών νέκρωσης του πολφού στους άνω γομφίους παρουσιάζουν αυτήν την παθολογία (Abrahamams, 1996). Αυτή η αλλαγή μπορεί να επιτευχθεί από μολυσματικούς παράγοντες που ξεκίνησαν από τη νέκρωση του πολφού με την επακόλουθη δημιουργία ακρορριζικού αποστήματος το οποίο, κατά τη διάτρηση του οστικού τοιχώματος που σχηματίζει το έδαφος του ιγμορείου, διεισδύει σε αυτόν τον χώρο και παράγει διάφορα κλινικά και ακτινογραφικά διαγνωστικά σημεία και συμπτώματα (Duzgun, 2013). Κατά τη διάρκεια της εξέλιξης του φαινομένου, η φλεγμονή του βλεννογόνου του ιγμόρειου άντρου θα φράξει την κοιλότητα, εμφανίζοντας παρόμοια συμπτώματα με εκείνα της ρινοκολπίτιδας. Η φλεγμονή μπορεί να μην περιοριστεί στον γναθιαίο κόλπο, αλλά και να επεκταθεί και σε πιο ευάλωτες περιοχές όπως τη ρινική κοιλότητα, τις ηθμοειδείς κυψέλες και τον μετωπιαίο κόλπο, σε σοβαρές περιπτώσεις μπορεί ακόμη να επηρεάσει τον οφθαλμικό κόγχο, και κατά συνέπεια να οδηγήσει στην κυτταρίτιδα του οφθαλμικού κόγχου, τύφλωση, μηνιγγίτιδα, εγκεφαλικό απόστημα και θρόμβωση του σηραγγώδους κόλπου (Obayashi, 2004).

Η έγκαιρη ανίχνευση αυτής της κατάστασης επιτρέπει την ελάχιστα επεμβατική προσέγγιση σε συνδυασμό με την εξατομικευμένη φαρμακολογική θεραπεία ανάλογα με τη συμπτωματολογία και τη γενική κατάσταση του ασθενούς (Rosenfeld, 2015), καθώς και τη χρήση τρισδιάστατων τεχνικών έμφραξης με βιοκεραμικά υλικά.

Ο στόχος αυτών των υλικών είναι η βιολογική προσέγγιση όπου αλληλεπιδρούν με την οδοντίνη στον ριζικό σωλήνα, με αποτέλεσμα την ελαχιστοποίηση της πορότητας σε σύγκριση με την τεχνική της πλάγιας συμπύκνωσης (Moinzadeh, 2015). Επίσης αυτό μας επιτρέπει να επιτύχουμε μια μεσόφαση γουταπέρκας-οδοντίνης με σταθερότητα διαστάσεων, αντιμικροβιακό δυναμικό και βιοδραστικότητα, με την ικανότητα να διεγείρει την επανόρθωση του περιρριζικού ιστού (Trope, 2014), καθώς έχει ιδιότητες απελευθέρωσης του ασβεστίου, δραστηριότητα αλκαλοποίησης και την ικανότητα σχηματισμού απατίτη. (Siboni, 2017).

Κλινικό Περιστατικό

Μια 17 ετών γυναίκα ασθενής προσήλθε στη Μεταπτυχιακή Κλινική Ενδοδοντίας στο UAEMex, παραπέμφθηκε από τον ιδιώτη οδοντίατρό της έχοντας ελαφρύ πόνο κατά τη μάσηση. Κατά τη διάρκεια λήψης του ιστορικού είπε ότι είχε αριστερά ημικρανία, η οποία αυξάνονταν κατά την κατάκλιση, καθώς και παρουσιάστηκαν κιτρινωπές και με δυσάρεστη οσμή ρινικές εκκρίσεις και επεισόδια υπερθερμίας που εξελίσσονται πάνω από δύο εβδομάδες. Η ασθενής είπε ότι ήταν αλλεργική στην πενικιλίνη. Κατά τη διάρκεια της εξωστοματικής εξέτασης, υπήρχε ευαισθησία στην ψηλάφηση στο αριστερό κάτω τριτημόριο του προσώπου (άνω γνάθος) και στην υπερκείμενη περιοχή, στην ενδοστοματική εξέταση, το 26 δόντι αναγνωρίστηκε με μια μεγάλη κοιλότητα ***(Εικ. 1)***, κινητικότητα βαθμού 1, ευαισθησία στην οριζόντια και κάθετη επίκρουση, και αρνητική απόκριση σε δοκιμές θερμικής ευαισθησίας.

Λήφθηκε περιρριζική ακτινογραφία ***(Εικ. 2)*** και CBCT 5x5 ***(Εικ. 3)***. Μόλις συγκεντρώθηκαν όλα τα στοιχεία, οι δοκιμές επιβεβαίωσαν τη διάγνωση νέκρωσης του πολφού με χρόνιο ακρορριζικό απόστημα με παροχέτευση στο ιγμόρειο, που επίσης προκάλεσε την ιγμορίτιδα ενδοδοντικής προέλευσης.

Εικ. 1: Μασητική ενδοστοματική φωτογραφία όπου η κοιλότητα φαίνεται ολοκάθαρα στο 26 δόντι.

Οι ριζικοί σωλήνες θεραπεύθηκαν σε μια συνεδρία ύστερα από κατάλληλη καθολική απομόνωση. Το χειρουργικό πεδίο απολυμάνθηκε με 5,25% NaOCl, η τερηδόνα αφαιρέθηκε και η διαδικασία της απολύμανσης επαναλήφθηκε. Μόλις αποκτήθηκε πρόσβαση στον πολφικό θάλαμο, καθαρίστηκε με 5,25% NaOCl. Οι ριζικοί σωλήνες εντοπίστηκαν και επεξεργάστηκαν με K Flexofile # 15.02, το μήκος εργασίας προσδιορίστηκε με εντοπιστή ακρορριζίου DPex III (Wood Pecker), και η μηχανική επεξεργασία έγινε με το σύστημα ProTaper Universal (εγγύς και άπω ριζικοί σωλήνες ως το F2, υπερώιος ριζικός σωλήνας στο F3). Με συνεχείς διακλυσμούς με NaOCl 5,25% και EDTA 17%, οι ριζικοί σωλήνες εμφράχθηκαν τελικά με την υδραυλική τεχνική συμπύκνωσης χρησιμοποιώντας το BioRoot™ RCS ως κονία έμφραξης ***(Εικ. 4*** και ***5)***.

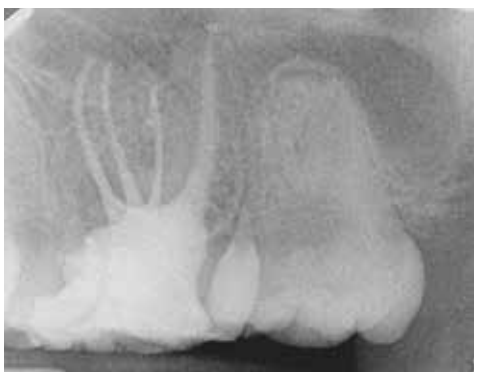
Πραγματοποιήθηκε μια διεπιστημονική διαβούλευση με το τμήμα της Ωτορινολαρυγγολογίας, για να ξεκινήσει τη φαρμακοθεραπεία λόγω ρινόρροιας και μιας αλλαγής στη γενική κατάσταση της ασθενούς. Η θεραπεία αποτελείται από Λεβοφλοξασίνη 500 mg / 24 ώρες /7 ημέρες, Ambroxol 30 mg / 8 ώρες / 10 ημέρες, Οξυμεταζολίνη 2 σπρέι / 12 ώρες / 7 ημέρες, καθώς και θερμοθεραπεία και συνεχείς ρινικούς διακλυσμούς με αλατούχο διάλυμα. Η αποκατάσταση έγινε με Biodentine™ και στη συνέχεια τοποθετήθηκε μια επένθετη αποκατάσταση σύνθετης ρητίνης ***(Εικ. 6)***.

Η συμπτωματολογία υποχώρησε τελείως επτά ημέρες μετά τη θεραπεία και η ασθενής έχει παραμείνει ασυμπτωματική μέχρι και σήμερα. Κατά τις συνεδρίες επανελέγχου με CBCT στους 3 ***(Εικ. 7)*** και 8 μήνες ***(Εικ. 8)***, παρατηρήθηκε μια σταδιακή θετική ανάπτυξη του βλεννογόνου και του εδάφους του ιγμορείου.

Εικ. 2: Αρχική ενδοστοματική ακτινογραφία.

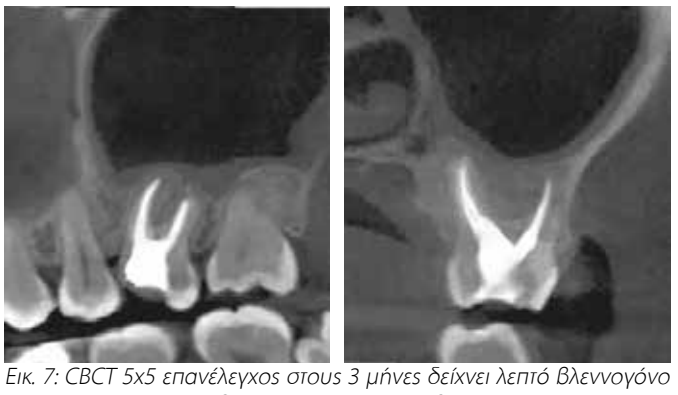
Εικ. 3: CBCT 5x5 με αξονική κάτοψη όπου η αύξηση του βλεννογόνου του ιγμορείου και του όγκου των ρινικών κόγχων (βλεννογονίτιδα) μπορεί να παρατηρηθεί, καθώς και η απώλεια της συνέχειας στο έδαφος του ιγμορείου.

Εικ. 4: Ενδοστοματική φωτογραφία της θεραπείας των ριζικών σωλήνων που εμφράχθηκαν με BioRoot™ RCS.



Εικ. 5: Τελική ενδοστοματική ακτινογραφία που δείχνει τον υπερώιο, τον άπω, mv1 και mv2 ριζικούς σωλήνες εμφραγμένους καθόλο το μήκος εργασίας τους με την παρουσία του εμφρακτικού υλικού στον υπερώιο ριζικό σωλήνα.

Εικ. 6: Ενδοστοματική φωτογραφία της έμφραξης με Biodentine™.



Εικ. 7: CBCT 5x5 επανέλεγχος στους 3 μήνες δείχνει λεπτό βλεννογόνο στο ιγμόρειο άντρο καθώς και οστική επανόρθωση.

Εικ.8: CBCT 5x5 επανέλεγχος στους 8 μήνες, η ασθενής παραμένει ασυμπτωματική.

Συζήτηση

Ο στόχος της θεραπείας των ριζικών σωλήνων είναι να προάγει τη δημιουργία ενός κατάλληλου περιβάλλοντος έτσι ώστε οι περιριζικές αλλοιώσεις και οι προσβεβλημένες ανατομικές περιοχές να μπορέσουν να αναρρώσουν, αποφεύγοντας με αυτό τον τρόπο τις περισσότερο επεμβατικές θεραπείες. Η μη χειρουργική θεραπεία ενός πρώιμου σταδίου ιγμορίτιδας ενδοδοντικής προέλευσης προσφέρει στον ασθενή μια μη επεμβατική και γρήγορη επιλογή (Kretzschmar, 2003). Είναι πολύ σημαντικό να χρησιμοποιείτε το CBCT για να αξιολογήσετε τις εμπλεκόμενες ανατομικές δομές, την κατάσταση του βλεννογόνου του ιγμορείου, το οστικό τμήμα του εδάφους του ιγμορείου και να επιβεβαιώσετε τη διάγνωσή σας.

Η θεραπεία του ριζικού σωλήνα με την κατάλληλη τεχνική απομόνωσης, χημικο μηχανική απολύμανση και τρισδιάστατη έμφραξη είναι ζωτικής σημασίας για την επιτυχία της θεραπείας. Χρησιμοποιώντας ένα εμφρακτικό υλικό που μας επιτρέπει να αποκτήσουμε μια τρισδιάστατη έμφραξη είναι απαραίτητο, γι'αυτό επιλέχθηκαν σχετικά σύγχρονα υλικά όπως τα βιοκεραμικά. Σε αυτήν την περίπτωση ήταν το BioRoot™ RCS, που αποτελείται από πυριτικό και φωσφορικό ασβέστιο, παρέχοντας φυσικές και βιολογικές ιδιότητες όπως ένα αλκαλικό σε pH περιβάλλον, αντιβακτηριακή δραστηριότητα, και είναι ένα βιοσυμβατό υλικό (Maillet, 2011).

Χρησιμοποιώντας την τεχνική της υδραυλικής συμπύκνωσης παρέχει μια τρισδιάστατη έμφραξη, εξασφαλίζοντας την ελάχιστη παρουσία χώρων μεταξύ του εμφρακτικού υλικού, της γουταπέρκας και της οδοντίνης. Παρομοίως, οι αλκαλικές του ιδιότητες παρέχουν ένα περιβάλλον όπου οι μικροοργανισμοί δεν θα μπορούσαν να ευδοκιμήσουν, αποφεύγοντας όμως τη χρήση τέτοιου είδους δύναμης κατά τη διάρκεια της έμφραξης που θα μπορούσε να ενθαρρύνει την εμφάνιση ριζικών ρωγμών ή καταγμάτων. Αυτές οι ιδιότητες έχουν ως αποτέλεσμα την εξαφάνιση των συμπτωμάτων σε διάστημα 7 ημερών και μια θετική ανάπτυξη στους 8 μήνες.

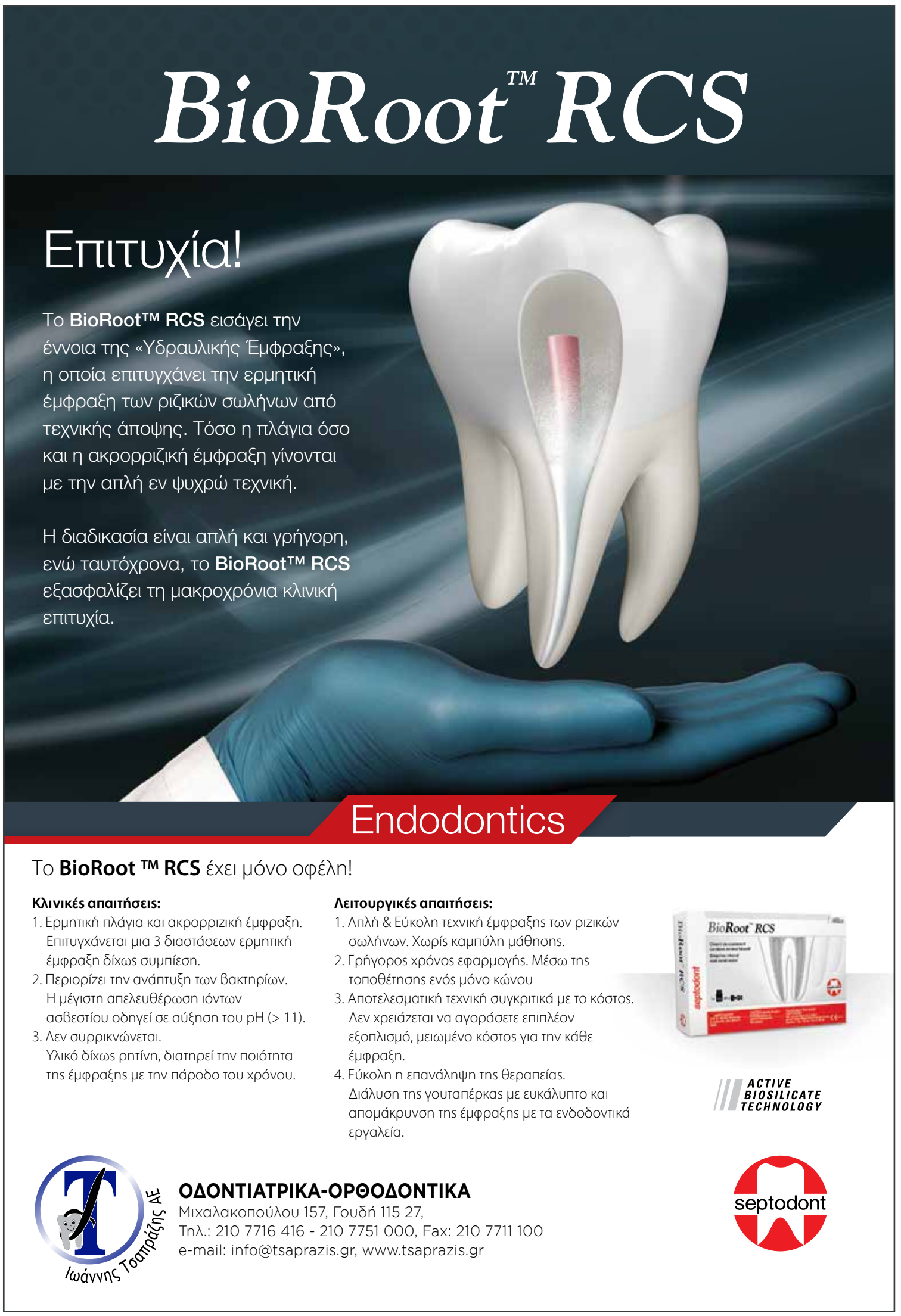
Συμπέρασμα

Δεδομένου του υψηλού ποσοστού των κλινικών περιστατικών που μπορούν να αναπτυχθούν με αυτόν τον τρόπο (ιγμορίτιδα ενδοδοντικής προέλευσης - MSEO) και πόσο συχνά παραβλέπονται, είναι σημαντικό για όλο το κλινικό ιατρικό προσωπικό, οδοντιάτρους, γιατρούς και ακτινολόγους, να είναι καλά εξοικειωμένοι με τη στενή σχέση μεταξύ των παραρρινικών κόλπων και των δομών στην στοματική κοιλότητα, ώστε να μπορέσουν να φτάσουν σε μια ακριβέστερη και έγκαιρη διάγνωση. Η χρήση διαγνωστικών μέσων, όπως ψηφιοποιημένη τομογραφία ή ορθοπαντογραφία, είναι απαραίτητη για να επιβεβαιωθεί αυτό. Η συστημική κατάσταση του ασθενούς καθώς επίσης η ηλικία του και η εξέλιξη της ασθένειας, θα είναι καθοριστικής σημασίας για την επιλογή μιας ανοσοενισχυτικής φαρμακευτικής θεραπείας και την πολυπλοκότητά της.

Η χρήση της υδραυλικής τεχνικής έμφραξης των ριζικών σωλήνων με το BioRoot™ RCS όχι μόνο διευκολύνει αυτό το στάδιο της θεραπείας, παρέχοντας αρκετά μεγάλο χρονικό διάστημα χειρισμού του υλικού (περίπου τα 12 λεπτά), αλλά επίσης μας επιτρέπει να προσαρμόσουμε τη σύσταση του υλικού ανάλογα με τις συγκεκριμένες απαιτήσεις του κάθε κλινικού περιστατικού και μπορεί να μας παρέχει ένα πιο υδαρές ή στερεό μείγμα όπως απαιτείται. Ομοίως, οι αντιμικροβιακές του ιδιότητες παρέχουν το ιδανικό περιβάλλον για να επουλωθούν οι περιακρορριζικοί ιστοί γρήγορα.

Βιβλιογραφία

1. Tataryn RW, (2018) Maxillary Sinusitis of Endodontic Origin, AAE, Colleagues for Excellence.
2. American Association of Endodontists, (2018). AAE position statement: Maxillary Sinusitis of Endodontic ORIGIN, Journal of Endodontics.
3. Abrahams JJ, Glassberg RM. (1996) Dental disease: a frequently unrecognized cause of maxillary sinus abnormalities? Am J Roentenol.
4. Duzgun Yildirim, Murat Eroglu, Murat Salihoglu, (2013). The Relationship between Dental Indentation and Maxillary Sinusitis, Open Journal of Medical Imaging.
5. Obayashi N et al, (2004). Spread of Odontogenic Infection originating in the maxillary teeth: computerized tomographic assessment, Oral Surgery, Oral Medicine, Oral Pathology.
6. Rosenfeld RM, et al, (2015). Clinical practice guideline (update): Adult sinusitis executive summary. Otolaryngol Head Neck Surg.
7. Moinzadeh AT, Zerbst W, Boutsioukis C, (2015) Porosity distribution in root canals filled with gutta percha and calcium silicate cement. Dent Materials
8. Trope, M., & Debelian, G. (2014). Bioceramic Technology in Endodontics. Inside Dentistry.
9. F. Siboni, P. Taddei, F. Zamparini, C. Prati & M. G. Gandolfi. (2017). Properties of BioRoot™ RCS, a tricalcium silicate endodontic sealant modified with povidone and polycarboxylate, International Endodontic Journal
10. David P. Kretzschmar, DDS, MS,a and Colonel James L. Kretzschmar. (2003) Rhinosinusitis: Review from a dental perspective, Oral Surgery, Oral Medicine, Oral Pathology.
11. Maillet M, Bowles WR, McClanahan, SL. (2011) Cone-Beam computed tomography evaluation of maxillary sinusitis. Journal of Endodontics.



Στην Καλαμάτα, τον Σεπτέμβριο, το 45ο Πανελλήνιο Παιδοδοντικό Συνέδριο

Πλώρη για την Καλαμάτα βάζει το φετινό Πανελλήνιο Παιδοδοντικό Συνέδριο, που θα πραγματοποιηθεί το τριήμερο **17-19 Σεπτεμβρίου 2021.**

Το 45ο συνέδριο της ΕΠΕ, με θέμα **«Νεότερες εξελίξεις στην Παιδοδοντιατρική. Πόσο αλλάζει η κλινική πράξη»,** θα έχει διακεκριμένους ομιλητές και ένα πλούσιο πρόγραμμα. Πέρα όμως από το επιστημονικό του σκέλος, φέτος θα είναι ιδιαίτερα ξεχωριστό για το άρωμα της ελληνικής επανάστασης του 1821 που θα συνοδεύει το κοινωνικό πρόγραμμα του συνεδρίου, χάρη στην πολύτιμη αρωγή του Οδοντιατρικού Συλλόγου Μεσσηνίας που έχει αναλάβει τη συνδιοργάνωση και τη φιλοξενία.

Της **Γεωργίας Σάκκουλα** δημοσιογράφου

Κατά τη διάρκεια του συνεδρίου οι συμμετέχοντες θα έχουν την ευκαιρία να γνωρίσουν τις ομορφιές της Μεσσηνιακής πρωτεύουσας και να πάρουν μέρος στις δράσεις του Οδοντιατρικού Συλλόγου Μεσσηνίας, που μεταξύ άλλων προβλέπουν επισκέψεις σε μουσεία, ξεναγήσεις, δρώμενα και ενδιαφέρουσες ομιλίες.

Ενόψει του συνεδρίου, μιλήσαμε με τον κ. **Γεώργιο Βαδιάκα,** πρόεδρο της Ελληνικής Παιδοδοντικής Εταιρείας, επίκουρο καθηγητή Παιδοδοντίας ΕΚΠΑ και την κ. **Γεωργία Θεοδωροπούλου**, πρόεδρο του Οδοντιατρικού Συλλόγου Μεσσηνίας.

Συνέντευξη Γ. Βαδιάκα

Πώς καταλήξατε στην επιλογή του θέματος του 45ου συνεδρίου της ΕΠΕ;

Η βασική ιδέα πίσω από τον τίτλο αφορά στον καταιγισμό πληροφοριών που λαμβάνουμε, σχεδόν καθημερινά πια, για νέα υλικά και τεχνικές. Η υλικοτεχνική υποδομή, ίσως περισσότερο από ποτέ, αναπαράγεται με ιλιγγιώδεις ταχύτητες που πολλές φορές, ο σημερινός οδοντίατρος αισθάνεται ότι είναι ένα βήμα πίσω από τις εξελίξεις. Στην αέναη προσπάθειά μας, ως επαγγελματίες υγείας, να εξελισσόμαστε προς όφελος της υγείας των ασθενών μας, εγείρονται πολλά ερωτήματα. Πόσο γρήγορα μπορούμε και πρέπει να προσαρμοζόμαστε σε νέα υλικά και τεχνικές; Και από την άλλη… χρειάζεται να προσαρμοζόμαστε σε όλα; Ποια τα κριτήρια επιλογής; Αυτά και πολλά άλλα τέτοια ερωτήματα θα τεθούν στους προσκεκλημένους ομιλητές του συνεδρίου και ο καθένας στον τομέα του θα κληθεί να απαντήσει σε κλινικό και θεωρητικό επίπεδο.

Μπορείτε να μας δώσετε ένα περίγραμμα του τι να περιμένει κάποιος που θα συμμετέχει; Έχετε ήδη καταρτίσει το πρόγραμμα;

Το πρόγραμμα του συνεδρίου έχει οριστικοποιηθεί, το μεγαλύτερο τμήμα του κατευθυνόμενου προγράμματος έχει ήδη αναρτηθεί και πολύ σύντομα θα αναρτηθεί ολοκληρωμένο, στην τελική του μορφή, στο site της Ελληνικής Παιδοδοντικής Εταιρείας (ΕΠΕ). Οι παιδοδοντίατροι, οι γενικοί οδοντίατροι αλλά και οι μεταπτυχιακοί και προπτυχιακοί φοιτητές που θα έχουμε τη χαρά να φιλοξενήσουμε στο συνέδριο θα έχουν την ευκαιρία να παρακολουθήσουν ένα ευρείας θεματολογίας επιστημονικό πρόγραμμα με διακεκριμένους ομιλητές, εστιάζοντας στην απάντηση καίριων ερωτημάτων που συναντάμε στην καθημερινή κλινική πράξη. Παράλληλα, το συνέδριο έχει αγκαλιαστεί από τους τοπικούς φορείς, τον Οδοντιατρικό Σύλλογο Μεσσηνίας, το δήμο Καλαμάτας και την περιφέρεια Πελοποννήσου οι οποίοι μας επιφυλάσσουν πολλές ευχάριστες εκπλήξεις στο κοινωνικό πρόγραμμα του συνεδρίου.

Γεώργιος Βαδιάκας
Επίκουρος Καθηγητής Εργαστηρίου Παιδοδοντιατρικής, Τμήμα Οδοντιατρικής, ΕΚΠΑ

Ποιοι συμμετέχουν στην οργανωτική επιτροπή;

Πρόεδρος της οργανωτικής επιτροπής αναλαμβάνει παραδοσιακά ο πρόεδρος της ΕΠΕ, οπότε, έτσι και φέτος, εγώ θα διατελέσω πρόεδρος του 45ου Παιδοδοντικού συνεδρίου, ενώ συντονιστής θα είναι ο Κώστας Αραποστάθης, Αναπληρωτής Καθηγητής του Εργαστηρίου Παιδοδοντιατρικής του ΑΠΘ και μελλοντικός πρόεδρος της ΕΠΕ. Τα υπόλοιπα μέλη της οργανωτικής επιτροπής θα συμπληρωθούν από μέλη του Διοικητικού Συμβουλίου της ΕΠΕ και του Οδοντιατρικού Συλλόγου Μεσσηνίας.

Μπορείτε να ανακοινώσετε κάποιους από τους ομιλητές;

Καταρχάς, είμαστε ευγνώμονες που όλοι οι ομιλητές αποδέχτηκαν την πρόσκλησή μας. Η πλειοψηφία των ομιλητών αφορά μέλη ΔΕΠ των δύο Οδοντιατρικών Σχολών, της Αθήνας και της Θεσσαλονίκης αλλά και καθόλα αξιόλογους συναδέλφους παιδοδοντιάτρους με ιδιαίτερη εμπειρία στο αντικείμενό τους αλλά και στη διεξαγωγή παρουσιάσεων. Με πολύ ενθουσιασμό θα σας αποκαλύψω τον εισηγητή του προσυνεδριακού σεμιναρίου το οποίο έχει ως θέμα «Bioceramics and Pediatric Endodontic Procedures». Πρόκειται για τον διεθνούς φήμης Καθηγητή Παιδοδοντιατρικής, Zafer C. Cehreli, (Hacettepe University), ο οποίος αναμένουμε να μας καθηλώσει με την επιστημονική του κατάρτιση, την αστείρευτη κλινική του εμπειρία αλλά και το πάντα άμεσο, επικοινωνιακό και άκρως μεταδοτικό στυλ του.

Πώς και επελέγη η Μεσσηνιακή πρωτεύουσα για το συνέδριό σας;

Αρχικά ανταποκριθήκαμε στην αυθόρμητη επιθυμία μας να βρεθούμε εκτός πρωτεύουσας και συμπρωτεύουσας και να πραγματοποιήσουμε μια όμορφη εκδρομή στην ελληνική περιφέρεια, ιδιαίτερα μετά την τόσο δύσκολη χρονιά που διανύσαμε λόγω της πανδημίας. Ο Οδοντιατρικός Σύλλογος Καλαμάτας είναι γνωστός στον Οδοντιατρικό χώρο για τη σημαντική εμπειρία και τη μακρά παράδοση στη διεξαγωγή καθόλα πετυχημένων συνεδρίων και γι' αυτό υπήρχε από καιρό στα μελλοντικά σχέδιά μας. Παράλληλα, η Μεσσηνιακή πρωτεύουσα, εκτός του ότι είναι μια από τις ομορφότερες πόλεις της Πελοποννήσου, είναι και ένας τόπος άρρηκτα συνδεδεμένος με την ιστορία της Ελλάδος. Με αφορμή, λοιπόν, τους εορτασμούς για τα 200 χρόνια από την ελληνική επανάσταση του 1821, θελήσαμε να τιμήσουμε την πόλη από όπου ξεκίνησε η επανάσταση ενώ θα υπάρξει και εορταστική εκδήλωση που μας επιφυλάσσει ως έκπληξη ο τοπικός σύλλογος.

Ποιος ο στόχος του φετινού συνεδρίου και ποιες οι προσδοκίες σας ως οργανωτική επιτροπή;

Το φετινό συνέδριο θα είναι αρκετά διαφορετικό σε σχέση με τα προηγούμενα. Πρώτα από όλα, λόγω της πανδημίας και των ισχυόντων μέτρων, θα πραγματοποιηθεί σε hybrid μορφή, δηλαδή, δια ζώσης και διαδικτυακά. Η οργάνωσή του παρουσίασε αρκετές δυσκολίες εφόσον έπρεπε να κινηθούμε με νέους κανόνες, που πολλές φορές μας γνωστοποιούνταν τελευταία στιγμή. Δεν ήταν λίγες οι φορές που τα ισχύοντα μέτρα άλλαζαν από εβδομάδα σε εβδομάδα, γεγονός που απαιτούσε από εμάς ταχύτατα αντανακλαστικά και άμεση προσαρμοστικότητα. Παρόλα αυτά, η οργανωτική επιτροπή έδωσε και δίνει τον καλύτερό της εαυτό για την καλύτερη και ομαλότερη διεξαγωγή του συνεδρίου. Στόχος μας είναι να ανταποκριθούμε στο διαχρονικά υψηλό επιστημονικό επίπεδο των συνεδρίων της ΕΠΕ, στις υψηλές προσδοκίες των συνέδρων, να μοιραστούμε με συναδέλφους και φίλους πολύτιμες γνώσεις, εμπειρίες αλλά και όμορφες χαλαρές στιγμές που τόσο μας έλειψαν την χρονιά που πέρασε.

Συνέντευξη Γ. Θεοδωροπούλου

Κυρία Θεοδωροπούλου για άλλη μια χρονιά η πόλη σας, η Καλαμάτα, φιλοξενεί ένα σημαντικό συνέδριο Οδοντιατρικής. Πώς ελήφθη η απόφαση για το συνέδριο της Παιδοδοντικής Εταιρείας;

Όπως γνωρίζετε ο ΟΣΜ διοργανώνει συνεχώς συνέδρια. Ο κ. Κωνσταντίνος Αραποστάθης, αναπληρωτής καθηγητής στο εργαστήριο Παιδοδοντίας στο ΑΠΘ, ο οποίος έλκει την καταγωγή του από τον Μελιγαλά Μεσσηνίας, είχε αναφερθεί το 2018 στη συνδιοργάνωση του Πανελλήνιου Παιδοδοντικού Συνεδρίου στην Καλαμάτα. Το συζητήσαμε στο ΔΣ και πήραμε την απόφαση να ζητήσουμε από την ΕΠΕ να λάβει χώρα το συνέδριο στην Καλαμάτα, το 2021. Έτσι και έγινε. Μάλιστα το συνέδριο δεν θα πραγματοποιηθεί σε κάποιο ξενοδοχείο, αλλά για πρώτη φορά στο Μέγαρο Χορού Καλαμάτας.

Ειδικά για φέτος, λόγω των 200 ετών απ' την Επανάσταση του 1821, έχετε ήδη προαναγγείλει ως Οδοντιατρικός Σύλλογος Μεσσηνίας ένα κοινωνικό πρόγραμμα που θα τιμά την εθνική Παλιγγενεσία.

Θέλετε να μας πείτε μερικά λόγια για το πρόγραμμα; Τι ετοιμάζετε απ' την πλευρά σας για τη φιλοξενία των συνέδρων και των συνοδών τους;

Στο συνέδριο εντάξαμε τα 200 χρόνια από την Ελληνική Επανάσταση του 1821. Η τελετή έναρξης θα είναι αφιερωμένη στις γεγονός αυτό, θα υπάρξουν εκπλήξεις με μουσικά δρώμενα, ανάλογα τις συνθήκες πάντα. Επίσης, θα γίνει ξενάγηση στο ιστορικό κέντρο της Καλαμάτας, σε τοπόσημα του 1821, εκδρομή σε περιοχή κοντά στην Καλαμάτα, που θα έχει επίσης σχέση με το ιστορικό γεγονός. Το πρόγραμμα περιλαμβάνει ακόμα επίσκεψη στο λαογραφικό μουσείο, στο στρατιωτικό μουσείο και στη συλλογή παραδοσιακών ενδυμάτων του Ιδρύματος Καρέλια, που είναι μοναδική στην Ελλάδα.

Δεδομένων των υγειονομικών συνθηκών της πανδημίας, εσείς ως οργανωτική επιτροπή τι μέτρα λαμβάνετε; Ποιος ο σχεδιασμός ώστε όλοι να νιώθουν ασφαλείς;

Εννοείται ότι θα ακολουθήσουμε τα πάντα σύμφωνα με το πρωτόκολλο που θα πρέπει να έχουν τα συνέδρια: από την προσέλευση και τη χωρητικότητα, μέχρι τον καφέ στα διαλείμματα και οτιδήποτε άλλο. Η κεντρική αίθουσα του Μεγάρου Χορού Καλαμάτας έχει χωρητικότητα 660 ατόμων, οπότε με τις απαιτούμενες κοινωνικές αποστάσεις χωράνε μέχρι και 200 άτομα. Έχει εξάλλου πολλές εισόδους και διαθέτει αύλειο χώρο.

Πόσο σημαντικός είναι ο ρόλος των συνεδρίων και της συνεχούς επιμόρφωσης γενικότερα των οδοντιάτρων στην άσκηση του οδοντιατρικού επαγγέλματος;

Η συνεχής επιμόρφωση των οδοντιάτρων είναι πρωταρχικής σημασίας για τον ΟΣΜ. Καθ' όλη τη διάρκεια της επαγγελματικής της/ου διαδρομής η/ο οδοντίατρος πρέπει να ενημερώνεται πάνω σε όλα τα πεδία της Οδοντιατρικής, καθώς υπάρχει αλματώδης ανάπτυξη τα τελευταία χρόνια.

Στη διάρκεια της πανδημίας πραγματοποιήθηκαν πολλά σεμινάρια διαδικτυακά. Είδαμε όμως ότι ο κόσμος κουράστηκε. Η προσωπική επαφή είναι σημαντική, καθώς ανταλλάσσεις απόψεις με τους συναδέλφους. Το συνέδριο της ΕΠΕ στην Καλαμάτα και της ΣΕΕ στο Ηράκλειο θα είναι τα πρώτα δια ζώσης συνέδρια μετά την πανδημία. Πιστεύουμε ότι θα έρθουν αρκετοί σύνεδροι.

Το επιστημονικό πρόγραμμα είναι ό,τι τελευταίο υπάρχει στον τομέα της Παιδοδοντίας, ένας τομέας πολύ ευαίσθητος στην Οδοντιατρική.

Στη Μεσσηνία εκτός από τις οδοντιάτρους με μεταπτυχιακές σπουδές στην Παιδοδοντία ασχολούνται πολλοί οδοντίατροι με τα παιδιά. Η συνεργασία μας με την ΕΠΕ και συγκεκριμένα με τον πρόεδρο κ. Βαδιάκα και τον ταμία κ. Τριανταφύλλου είναι άψογη. Να θυμίσουμε επίσης ότι ο ΟΣΜ πριν από την πανδημία είχε ξεκινήσει την ενημέρωση Συλλόγων και φορέων για τη στοματική υγεία, τη σχέση της με τη γενική υγεία και την ευαισθητοποίηση για τον εθελοντισμό μυελού των οστών. Διακόψαμε λόγω πανδημίας άλλα περιμένουμε πώς και πώς.

Τέλος να ευχαριστήσουμε την Ι. Μητρόπολη Μεσσηνίας και συγκεκριμένα τον πρωτοσύγκελλο π. Φίλιππο Χαμαργιά για τη διάθεση του βίντεο για την Ελληνική Επανάσταση που θα προβληθεί στην τελετή έναρξης, την Περιφέρεια Πελοποννήσου που είναι συνδιοργανωτής και τον δήμο Καλαμάτας επίσης για τη διάθεση των βίντεο και την υποστήριξή του με τη διάθεση του Μεγάρου Χορού Καλαμάτας. Δεν ξεχνάμε και τα μέλη του ΟΣΜ που βοηθούν το ΔΣ στη διοργάνωση του συνεδρίου, τις/τους οποίους ευχαριστούμε. Ευελπιστούμε σε ένα πολύ καλό συνέδριο τον Σεπτέμβριο, εποχή που είναι ακόμα καλοκαιράκι στη Μεσσηνία με προσοχή και ασφάλεια. Μια ευκαιρία να δούμε τους φίλους μας από κοντά, έπειτα από περίπου δύο χρόνια. Σας περιμένουμε!

Το Μέγαρο Χορού Καλαμάτας όπου θα διεξαχθεί το 45ο Πανελλήνιο Παιδοδοντικό συνέδριο.

Στο φωτογραφικό στιγμιότυπο διακρίνουμε από αριστερά τα μέλη το Δ.Σ. του Ο.Σ. Μεσσηνίας. Πίσω σειρά: Ανσουριάν Ε. (Μέλος), Ράλλης Α. (Αντιπρόεδρος), Διασάκος Ν. (Εκπρόσωπος του ΟΣΜ στην ΕΟΟ), Καραμπάτσος Η. (Μέλος). Μπροστά σειρά: Τσορφόλιας Ά. (Ταμίας), Ραπτοπούλου Κλ. (Γεν. Γραμματέας), Θεοδωροπούλου Γ. (Πρόεδρος), Χρονόπουλος Ν., (Εκπρόσωπος του ΟΣΜ στην ΕΟΟ).

57ο Ετήσιο Συνέδριο της ΣΕΕ

Η Στοματολογική Εταιρεία της Ελλάδας (ΣΕΕ) επανέρχεται στο ετήσιο ραντεβού της με τους οδοντιάτρους και διοργανώνει το 57ο Ετήσιο Συνέδριό της, στο **Ηράκλειο της Κρήτης, από τις 17 έως και 18 Σεπτεμβρίου 2021**, σε συνεργασία με τον Οδοντιατρικό Σύλλογο Ηρακλείου. Το «ΟΒ» συνάντησε τον Πρόεδρο της Εταιρείας, Στοματικό και Γναθοπροσωπικό Χειρουργό, κ. **Ιωάννη Μελακόπουλο**, ο οποίος μας μίλησε για το φετινό συνέδριο της ΣΕΕ.

Συνέντευξη στην **Ηλιάνα Γιαννούλη** δημοσιογράφο

Συνέδριο εν μέσω κορωνοϊού; Το 57ο Ετήσιο Συνέδριο της ΣΕΕ θα λάβει χώρα στο Ηράκλειο 17 -18 Σεπτεμβρίου 2021 σε συνεργασία με τον Οδοντιατρικό Σύλλογο Ηρακλείου, τι σας οδήγησε σε αυτή την απόφαση;

Όπως γνωρίζετε το περσινό μας συνέδριο ματαιώθηκε εξαιτίας των εκτάκτων μέτρων για την πανδημία, γεγονός που στη μακραίωνη ιστορία της έχει να γίνει από τα «πέτρινα» χρόνια του πρώτου μισού του 20ου αιώνα. Φέτος η κατάσταση φαίνεται να επιτρέπει τη διεξαγωγή συνεδρίων σύμφωνα με τα πρωτόκολλα του ΕΟΔΥ και Θεού θέλοντος και κορωνοϊού επιτρέποντος αποφασίστηκε η διοργάνωσή του. Ο προγραμματισμός μας για φέτος ήταν για το Ηράκλειο της Κρήτης, όπου εδώ και χρόνια ο πρόεδρος του Οδοντιατρικού Συλλόγου Ηρακλείου κ. Σταμάτης Χαρίτος είχε εκφράσει το ενδιαφέρον η πόλη του να φιλοξενήσει το ετήσιο συνέδριο της ΣΕΕ. Με μεγάλη χαρά, λοιπόν, αποδεχτήκαμε αυτή την πρόταση και το συνέδριό μας θα λάβει χώρα στο ξενοδοχείο «Aquila Atlantis», το οποίο διαθέτει υποδομή και εμπειρία στη διοργάνωση συνεδρίων. Είναι ένας χώρος γνωστός σε όλους και εύκολα προσβάσιμος, μέσα στην πόλη με καταπληκτική θέα στο λιμάνι και δίπλα στο Αρχαιολογικό Μουσείο του Ηρακλείου. Εξάλλου η Κρήτη είναι ένας προορισμός που συνδυάζει το τερπνόν μετά του ωφελίμου, καθώς στο περιθώριο του συνεδρίου, οι συμμετέχοντες θα έχουν τη δυνατότητα να απολαύσουν τις ομορφιές της.

Στο πρόγραμμά σας υπάρχουν πολλά μέλη ΔΕΠ από τις Οδοντιατρικές Σχολές της χώρας αλλά και καταξιωμένοι συνάδελφοι από τον επαγγελματικό χώρο

Είμαστε ευγνώμονες σε όλους τους συναδέλφους που στηρίζουν την Εταιρεία. Προσπαθούμε να καλούμε ομιλητές από όλους τους χώρους οι οποίοι μας τιμούν με την παρουσία τους. Ιδιαίτερη μνεία θα μου επιτρέψετε να κάνω στους προέδρους των δύο Οδοντιατρικών Σχολών, καθηγητές κκ Φοίβο Μαδιανό και Αθανάσιο Πουλόπουλο, που πάντα στηρίζουν τις επιστημονικές εκδηλώσεις της Εταιρείας. Εξάλλου, η συμμετοχή των μελών ΔΕΠ Αθήνας και Θεσσαλονίκης πέρα από την ανταλλαγή επιστημονικών πληροφοριών συνέβαλε στη σύσφιξη των σχέσεων των δύο Σχολών.

Παρατηρώ ότι για δεύτερη φορά υπάρχει συνεργασία με την ITI Ελλάδος Κύπρου, τι σας οδήγησε σε αυτή την απόφαση;

Η προηγούμενη συνεργασία μας στην Αθήνα υπήρξε πολύ γόνιμη με θετικά σχόλια και από τις δύο πλευρές. Έτσι, φέτος σε συνεννόηση με τον πρόεδρο της ITI Ελλάδος Κύπρου κ. Μιχάλη Πάτρα, αποφασίσαμε να εντάξουμε στο πρόγραμμά μας την ομιλία των Irena Sailer και Vincent Fehmer με θέμα σύγχρονες τεχνολογίες στην εμφυτευματολογία και μονολιθικά

Ιωάννης Μελακόπουλος
Στοματικός και Γναθοπροσωπικός Χειρουργός

συστήματα στο κύριο πρόγραμμα του συνεδρίου, καθώς και πρακτικό σεμινάριο της ITI σχετικό με την εμφυτευματολογία με τους κ.κ. Μ. Πάτρα και Ν. Χριστοδουλίδη.

Με τη διεύρυνση αυτή τα μέλη της ITI μπορούν να παρακολουθήσουν το συνέδριό μας, ενώ τα μέλη μας την εκδήλωση της ITI με συντονισμό από την αίθουσα του συνεδρίου.

Όπως φαίνεται από τα προηγούμενα, αποφασίσατε να δοθεί έμφαση στις νέες τεχνολογίες. Μπορείτε να μας δώσετε κάποια παραδείγματα σχετικά με το πώς οι γνώσεις που θα αποκομίσουν οι σύνεδροι από την επιστημονική σας εκδήλωση θα μπορούν να τους φανούν χρήσιμες στην καθημερινή κλινική πράξη;

Εκτός από τα προλεχθέντα δυο ακόμα στρογγυλά τραπέζια *«Η σύγχρονη τεχνολογία στην αποκαταστατική Οδοντιατρική»* με συντονιστή τον κ. Κ. Τολίδη και τους κκ Π. Κούρο, Δ. Στράκα και *«Ψηφιακή Οδοντιατρική πού βρισκόμαστε σήμερα;»* με συντονιστή τον κ. Π. Λαμπρόπουλο την κα Ο. Νάκα και τον κ. Γ. Μιχελινάκη αφορούν τις νέες τεχνολογίες. Ο κλινικός ιατρός βομβαρδίζεται καθημερινά με συστήματα που ενσωματώνουν νέες τεχνολογίες στην καθημερινή κλινική πράξη. Η πληθώρα των πληροφοριών κάνει δύσκολη την απόφαση του γενικού οδοντιάτρου να επιλέξει εκείνες που θα τον βοηθήσουν στην εργασία του. Έχει ζητηθεί από τους ομιλητές να δώσουν ιδιαίτερη έμφαση σε κλινικά προβλήματα, που μπορούν να επιλυθούν με την τεχνολογία. Στην εποχή της πληροφορίας και της διάχυσης της γνώσης μέσω του Διαδικτύου, εκτιμώ ότι στα συνέδρια που γίνονται με φυσική παρουσία των συμμετεχόντων, έχει μεγάλη σημασία να υποδεικνύονται πρακτικές εφαρμογές της σύγχρονης τεχνολογίας για την καθημερινότητα του ιατρείου.

Εκτός από τις νέες τεχνολογίες, που θεωρώ είναι το κύριο θέμα του συνεδρίου, τι άλλα θέματα θα αναπτυχθούν;

Είναι πάγια και επιτυχημένη προσπάθεια στο συνέδριο να συμπεριλαμβάνονται κλινικά θέματα, όπου ειδικοί τα συζητούν με τους οδοντιάτρους. Έχουν επιλεγεί θέματα από τη Στοματολογία με συντονιστή τον κ. Κ. Τόσιο και τους κα Ε. Καλογήρου και κ. Ν. Κατσούλα, ενώ για τη διαχείριση του ογκολογικού ασθενούς θα συζητήσουν οι κκ Α. Πουλόπουλος και Ε. Παρχαρίδης. Στο πλαίσιο αυτού του τύπου συνεδρίας θα απευθύνονται ερωτήσεις στους συμμετέχοντες, που καλούνται να απαντήσουν πώς θα αντιμετωπίσουν μια περίπτωση ασθενούς.

Στόχος είναι μέσα από την παρουσίαση αυτών των περιπτώσεων να λυθούν οι απορίες και να βρεθούν λύσεις αντιμετώπισής τους. Γίνεται παρουσίαση από την πιο απλή στην πλέον εξειδικευμένη περίπτωση, ούτως ώστε να διαλευκανθούν όλες οι πτυχές τους, που μπορεί να αντιμετωπίσει ο οδοντίατρος στην εργασία του. Στην ουσία παρακολουθώντας αυτή τη συνεδρία, δίνεται το ερέθισμα για αναζητήσεις και απαντήσεις σε ζητήματα που σε απασχολούν. Εξάλλου, σαφή κλινική κατεύθυνση έχει το στρογγυλό τραπέζι με θέμα οδοντικό τραύμα σε παιδιά και ενήλικες με συντονιστή τον κ. Μ. Σταυριδάκη και τους κ. Γ. Κωστούρο και κα Ε. Τζαγκαρουλάκη αλλά και οι διαλέξεις των κκ Φ. Μαδιανού με θέμα την αισθητική της προόσθιας ζώνης, Ν. Νικητάκη για τη σημασία της κλινικής και εργαστηριακής εξέτασης στην τελική ιστολογική διάγνωση ενδοοστικών βλαβών καθώς και οι εισηγήσεις της κας Ο. Κολοκυθά για τις αλλεργικές αντιδράσεις στα Ορθοδοντικά υλικά και του κ. Δ. Διονυσόπουλου για τις υαλοϊονομερείς κονίες.

Μια ακόμη πάγια θέση της ΣΕΕ είναι η στήριξη και η προβολή του έργου των νέων επιστημόνων. Πώς κρίνετε την ανταπόκριση των νέων οδοντιάτρων σε αυτό σας το κάλεσμα;

Δύο από τα κύρια θέματα του συνεδρίου, που αφορούν τις περιακορριζικές βλάβες και την αύξηση της φατνιακής ακρολοφίας θα παρουσιασθούν από νέους συναδέλφους οι οποίοι τελειώνουν ή έχουν τελειώσει την εξειδίκευσή τους με την καθοδήγηση της κας Μ. Γεωργοπούλου, του κ. Π. Χριστόπουλου και του κ. Κ. Χούπη.

Λόγω των συνθηκών αναγκαστήκαμε να περιορίσουμε τον αριθμό από τις ελεύθερες ανακοινώσεις. Ελπίζουμε να τις έχουμε την επόμενη χρονιά. Πολλοί νέοι συνάδελφοι μας τιμούν και μας φέρνουν τις παρουσιάσεις τους, οι οποίες εφόσον πληρούν τις προδιαγραφές της Εταιρείας είναι πάντα ευπρόσδεκτες.

Γνωρίζω ότι πιστεύετε στην προσφορά γνώσης που συντελείται στο πλαίσιο μικρών ομάδων συμμετεχόντων, όπως για παράδειγμα στα πρακτικά σεμινάρια ή περιορισμένου ακροατηρίου θέματα. Τα φετινά master class και πρακτικά σεμινάρια του συνεδρίου, τι ακριβώς θα πραγματεύονται;

Το φετινό πρόγραμμα λόγω των υγειονομικών μέτρων του Covid-19 έχει κάποιες δια-

ΠΡΟΚΑΤΑΡΚΤΙΚΟ ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ

Στρογγυλό τραπέζι σε συνεργασία με την ITI Ελλάδας-Κύπρου

- The Geneva Concept- advances in Implant Dentistry for your daily practice «From evidence based treatment planning to digital diagnostics, patient communication to a predictable final outcome -an interdisciplinary approach.»
  Ομιλητές: Prof **Irena Sailer** and **Vincent Fehmer.**

Στρογγυλά τραπέζια

- Σύγχρονες μέθοδοι αύξησης ελλειμματικής ακρολοφίας: επιλογή – εφαρμογή – αποτελέσματα επιπλοκές
  Συντονιστής: **Χούπης Κ.**
  Συμμετέχουν: **Βλαχάκη Α., Γιαννούλης Γ., Οικονόμου Μ., Παπαβασιλείου Δ., Χατζηχαλεπλή Χ.**
- Οδοντικό τραύμα σε παιδιά και ενήλικες
  Συντονιστής: **Σταυριδάκης Μ.**
  Συμμετέχουν: **Κωστούρος Γ., Σταυριδάκης Μ., Τζαγκαρουλάκη Ε.**
- Η σύγχρονη τεχνολογία στην αποκαταστατική οδοντιατρική
  Συντονιστής: **Τολίδης Κ.**
  Συμμετέχουν: **Κούρος Π., Στράκας Δ., Τολίδης Κ.**
- Ψηφιακή Οδοντιατρική, που βρισκόμαστε σήμερα.
  Συντονιστής: **Π Λαμπρόπουλος**
  Συμμετέχουν: **Λαμπρόπουλος Π., Νάκα Ο., Μιχελινάκης Γ.**
- Ποιος αντιμετωπίζει τις περιακορριζικές βλάβες;
  Συντονιστές: **Γεωργοπούλου Μ., Χριστόπουλος Π.**
  Συμμετέχουν: **Ζερβάκη Α., Νταγιάντης Γ., Παπαδοπούλου Χ., Προύντζος Α., Χλιαουτάκης Α.**

Κλινικά Θέματα

- Συνηθισμένες βλάβες δύσκολες αποφάσεις. Συζήτηση σε στοματολογικά περιστατικά
  Συντονιστής: **Τόσιος Κ.**
  Συμμετέχουν: **Καλογήρου Ε., Κατσούλας Ν.**
- Διαχείριση του ογκολογικού ασθενούς
  Πουλόπουλος Α., Παρχαρίδης Ε.

Διαλέξεις - Εισηγήσεις

- Η αισθητική των ούλων στην υπηρεσία του χαμόγελου
  Μαδιανός Φ.
- Η αρωγή των κλινικών και εργαστηριακών πληροφοριών στην τελική ιστολογική διάγνωση ενδοοστικών βλαβών των γνάθων
  Νικητάκης Ν.
- Αλλεργικές αντιδράσεις σε ορθοδοντικά υλικά
  Κολοκυθά Ο.Ε.
- Ανακαλύπτοντας ξανά τις υαλοϊονομερείς κονίες
  Διονυσόπουλος Δ.

φοροποιήσεις σε σχέση με τις άλλες χρονιές. Γίνεται προσπάθεια να μοιράσουμε τους συμμετέχοντες στις αίθουσες σε μικρότερες ομάδες, ώστε στη μία αίθουσα να έχουμε κλινικά θέματα και master class παράλληλα με το άλλο πρόγραμμα. Ένα master class αφορά στη σύγκλειση και στο πώς αλληλεπιδρά με τις επιεμφυτευματικές και κλασικές αποκαταστάσεις στο στόμα, με ομιλητές τον κ.Π. Λομβαρδά και τον κ. Α. Κατσούπα. Όπως ήδη αναφέρθηκε σε συνεργασία με την ΙΤΙ Ελλάδας - Κύπρου θα διεξαχθεί πρακτικό σεμινάριο εμφυτευματολογίας και αισιοδοξούμε ότι, παρά τις τεχνικές δυσκολίες, θα καταφέρουμε να έχουμε και πρακτικό σεμινάριο ψηφιακής αποτύπωσης.

Το συνέδριό σας θα λάβει μοριοδότηση από τον ΙΕΘΕ;

Το συνέδριό μας έχει μοριοδότηση, όπως πιστεύω ότι ισχύει πλέον και για το σύνολο των επιστημονικών εκδηλώσεων, που πληρούν τις αντίστοιχες προϋποθέσεις. Πραγματικά, εκτιμώ ότι η Ομοσπονδία έχει καταβάλει μια τεράστια προσπάθεια για τη ρύθμιση της συνεχιζόμενης εκπαίδευσης των οδοντιάτρων, η οποία έμεινε για πολλά χρόνια ανεξέλεγκτη. Θα ήθελα να εκφράσω και δημόσια τις ευχαριστίες μου στον πρόεδρο του ΙΕΘΕ καθηγητή κ. Αθανάσιο Αθανασίου, τον πρόεδρο της ΕΟΟ κ. Αθανάσιο Δεβλιώτη και τον απελθόντα πρόεδρο κ. Αθανάσιο Κατσίκη για το έργο τους και να τονίσω ότι η συνεχιζόμενη επαγγελματική εκπαίδευση είναι πολύ σημαντική για όλους τους οδοντιάτρους.

Υπάρχει κάποιο μήνυμα που θα θέλατε να απευθύνεται στους αναγνώστες μας σχετικά με το συνέδριό σας;

Είναι ίσως το πρώτο δια ζώσης Πανελλήνιο Οδοντιατρικό Συνέδριο μετά το ξέσπασμα της πανδημίας και θεωρούμε ότι αυτή η εκπαιδευτική διαδικασία είναι απαραίτητη, παρά το γεγονός ότι η ΣΕΕ έχει συμπληρώσει 10 χρόνια εξ αποστάσεως εκπαίδευση.

Τηρώντας όλα τα προβλεπόμενα μέτρα ασφαλείας του ΕΟΔΥ θα προσπαθήσουμε και με τη βοήθεια όλων σας θα τα καταφέρουμε. Θέλουμε τους οδοντιάτρους δίπλα μας, και εμείς από την πλευρά μας καταβάλλουμε κάθε προσπάθεια για να προσφέρουμε ό,τι καλύτερο αναφορικά με τη συνεχιζόμενη εκπαίδευσή τους.

Δεν ωφελούνται μόνο οι οδοντίατροι που παρακολουθούν τις επιστημονικές εκδηλώσεις, αλλά και όλοι εμείς που συμμετέχουμε ενεργά στην κατάρτιση των προγραμμάτων συνεχιζόμενης εκπαίδευσης. Καλώ λοιπόν, όλους τους οδοντιάτρους να στηρίξουν το έργο της ΣΕΕ και όλων των άλλων επιστημονικών εταιρειών, για να συμβάλλουμε από κοινού στη δημιουργία μιας καλύτερης Οδοντιατρικής, όχι μόνο για τους ασθενείς μας, αλλά και για εμάς τους ίδιους.

Κλείνοντας θα ήθελα να ευχαριστήσω όλους όσους στηρίζουν τις προσπάθειες της Εταιρείας στη μακραίωνη πορεία της και φυσικά εσάς και το Οδοντιατρικό Βήμα για την προβολή του έργου της Εταιρείας.

Μήνυμα του Μιχάλη Πάτρα, Προέδρου του Τμήματος ΙΤΙ Ελλάδος και Κύπρου

Η ΙΤΙ βρίσκεται στην ευχάριστη θέση να συνδράμει για μία ακόμη φορά στο Ετήσιο Συνέδριο της ΣΕΕ, μια κορυφαίας επιστημονικής εταιρείας, με έντονη και συνεχή δραστηριότητα στον ελληνικό χώρο επί σειρά ετών.

Μαζί με την Οργανωτική και Επιστημονική Επιτροπή της ΣΕΕ φιλοδοξούμε να προσφέρουμε ένα υψηλού επιπέδου επιστημονικό πρόγραμμα, με τη συμμετοχή από μέρους μας διακεκριμένων ομιλητών από την Ελλάδα και το εξωτερικό. Με αυτό τον τρόπο ευελπιστούμε σε ένα γόνιμο «πάντρεμα» των αρχών και της φιλοσοφίας της ΙΤΙ για την τεκμηριωμένη, θεραπευτική αντιμετώπιση με εμφυτεύματα και της έμφασης της ΣΕΕ στην προαγωγή της επιστημονικής γνώσης.

Με ιδιαίτερη λοιπόν η χαρά σας προσκαλούμε και σας περιμένουμε στο Ηράκλειο της Κρήτης, δια ζώσης ή διαδικτυακά, για να ανταλλάξουμε απόψεις και να βελτιώσουμε την καθημερινή μας κλινική πρακτική μέσα από τους διαύλους της συνεχιζόμενης εκπαίδευσης.

Με εγκάρδιους, συναδελφικούς χαιρετισμούς
Μιχάλης Κ. Πάτρας
Πρόεδρος του Τμήματος ΙΤΙ Ελλάδος και Κύπρου

Μήνυμα του Σταμάτη Χαρίτου, Προέδρου του Ο.Σ. Ηρακλείου

Αγαπητοί συνάδελφοι, το Διοικητικό Συμβούλιο του Οδοντιατρικού Συλλόγου Ηρακλείου με μεγάλη χαρά υποδέχεται το ετήσιο συνέδριο της Στοματολογικής Εταιρείας Ελλάδος στο Ηράκλειο της Κρήτης στις 17-18 Σεπτεμβρίου. Το συνέδριο θα μελετήσει προβλήματα της οδοντιατρικής επιστήμης και θα επιχειρήσει να δώσει σύγχρονες απαντήσεις σε όλους τους τομείς με έμφαση τις νέες τεχνολογίες και την εφαρμογή τους στο χώρο μας.

Ιδιαίτερα στο πλαίσιο της πανδημίας που διανύουμε που ανατρέπει πολλά έως σήμερα δεδομένα για την στοματική υγεία.

Αισιόδοξο μήνυμα η δια ζώσης συμμετοχή μετά την πολύμηνη αποχή απο τις αίθουσες των συνεδρίων που εγγυάται μια εποικοδομητική διαδικασία.

Με δεδομένη την πλούσια θεματολογία αλλά και το υψηλό κύρος των ομιλητών καλούμε τους συναδέλφους να στηρίξουν θερμά το ετήσιο πανελλήνιο συνέδριο της Στοματολογικής Εταιρείας Ελλάδος.

Με συναδελφικούς χαιρετισμούς
Σταμάτης Χαρίτος
Πρόεδρος Οδοντιατρικού Συλλόγου Ηρακλείου

Made in Sweden

Υπηρεσία τυπώματος με το λογότυπό σας

TePe®

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

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

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

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

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

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

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

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

TePe Implant/ Orthodontic Brush — Τιμή μονάδος 0,87 euro — Τύπωμα στην πίσω όψη.

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

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

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

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

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

1. Με μελάνι

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

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

ή απλά μόνο τα στοιχεία σας.

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

2. Με χρυσή ταινία

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

Δρ. ΜΑΡΙΑ ΛΕΧΟΥ 210 33 55 125
SMILE ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ 210 87 42 001

3. Παραγγελίες

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

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

Για μεγάλες ποσότητες ισχύουν χαμηλότερες τιμές.

Θήκη Ταξιδίου για Μεσοδόντια Βουρτσάκια
Minimum ποσότητα 100 τεμ. Τιμή μονάδος 0,50 euro

Θήκες για οδβ/ρτσες & Οδβ/ρτσα ταξιδίου
Minimum ποσότητα 100 τεμ. Τιμή μονάδος 0,50 euro

Τιμή μονάδος 0,80 euro

Θήκες οδοντοστοιχιών, ορθοδοντικών και μηχανημάτων
Minimum ποσότητα 100 τεμ. Ποικιλία χρωμάτων — Τιμή μονάδος 0,90 euro Οδοντοστοιχιών — Τιμή μονάδος 0,70 euro ορθοδοντικών

Για πληροφορίες επικοινωνήστε με την εταιρία.
Στις παραπάνω τιμές δεν συμπεριλαμβάνεται ο Φ.Π.Α.

PlacControl® Προϊόντα Στοματικής Υγιεινής

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

Αξιόπιστο, γρήγορο και απλό στη χρήση

Η Ivoclar Vivadent παρουσιάζει τον νέο φούρνο σύντηξης Programat® S2

Ο νέος φούρνος σύντηξης Programat S2 κυκλοφορεί στην αγορά ταυτόχρονα με τη νέας γενιάς επιτυχημένη σειρά φούρνων Programat. Ο νέος φούρνος είναι το αποτέλεσμα συνεχούς περαιτέρω ανάπτυξης του προηγούμενου μοντέλου Programat S1 1600. Πρόκειται για μια συμπαγή μονάδα, που παρέχει εξαιρετικής ακρίβειας αποτελέσματα σύντηξης σε συνδυασμό με υψηλό επίπεδο φιλικότητας προς τον χρήστη.

Η Ivoclar Vivadent AG, μία από τις κορυφαίες εταιρείες οδοντιατρικών στον κόσμο, που παρέχει μια ολοκληρωμένη σειρά προϊόντων και συστημάτων για επαγγελματίες, παρουσιάζει σήμερα τον νέο της φούρνο σύντηξης Programat S2. Το νέο μοντέλο διαθέτει ανανεωμένο σχεδιασμό, νέα έγχρωμη οθόνη αφής με περιβάλλον γραφικών φιλικό και απλό για τον χρήστη και μεγαλύτερο δίσκο ψύξης. Έξυπνα χαρακτηριστικά, όπως μικρότεροι χρόνοι επεξεργασίας και νέες επιλογές βαθμονόμησης, απλοποιούν τη χρήση του φούρνου και προάγουν την αποδοτικότητα της εργασίας. Παρά τις βελτιώσεις, ο δοκιμασμένος θάλαμος σύντηξης παρέμεινε αμετάβλητος στο νέο μοντέλο και θα συνεχίσει να διασφαλίζει διαδικασίες υψηλής ποιότητας σύντηξης. Πρόσθετα οφέλη που ενσωματώθηκαν στον Programat S2 περιλαμβάνουν: σύντηξη σε θερμοκρασίες έως 1600 βαθμούς Κελσίου, σύντομους χρόνους σύντηξης (περίπου 75 λεπτά για στεφάνες κατασκευασμένες από IPS e.max ZirCAD) και αφαιρούμενη κεφαλή. Η αξιοπιστία και η ικανότητα βαθμονόμησης του φούρνου ανά πάσα στιγμή αποτελούν επίσης πλεονεκτήματα της τεχνολογίας αιχμής που διαθέτει ο συγκεκριμένος φούρνος σύντηξης.

Εντυπωσιάζει με τον απλό – «ενστικτώδη» χειρισμό

Οι οδοντοτεχνίτες θα εκτιμήσουν την ευκολία χρήσης που τους παρέχει ο Programat S2, μαζί με την υψηλή ακρίβεια των αποτελεσμάτων σύντηξης. Η μεγάλη έγχρωμη οθόνη αφής και η βελτιωμένη επιφάνεια εργασίας του χρήστη βελτιώνουν την οπτικοποίηση των βασικών πληροφοριών και απλοποιούν σημαντικά τη λειτουργία. Ο φούρνος λειτουργεί με τον ίδιο τρόπο, όπως οποιοσδήποτε άλλος φούρνος κεραμικών και συμπίεσης της σειράς Programat. Για μέγιστη αξιοπιστία, είναι διαθέσιμες εργοστασιακά προγραμματισμένες ρυθμίσεις για όλα τα υλικά οξειδίου του ζιρκονίου από την Ivoclar Vivadent. Επιπλέον, υπάρχει μια ποικιλία επιλογής μεμονωμένων προγραμμάτων για να επιλέξουν οι οδοντοτεχνίτες. Είτε επιλέγεται πρόγραμμα ταχείας είτε κλασσικής σύντηξης, η υψηλή ποιότητα αποτελεί αναπόσπαστο μέρος όλων των επιλογών.

Έξυπνα χαρακτηριστικά, όπως μειωμένοι χρόνοι διεργασίας σύντηξης και νέες επιλογές βαθμονόμησης, απλοποιούν τη χρήση του φούρνου και διασφαλίζουν μια αποτελεσματική ροή εργασίας.

Η οθόνη OSD είναι εξοπλισμένη με μια νέα «μπλε» ένδειξη, η οποία σηματοδοτεί τη φάση ψύξης του φούρνου. Ο μπλε φωτισμός είναι ορατός ακόμα και από μεγαλύτερη απόσταση. Ο Programat S2 μπορεί να λειτουργήσει άνετα μέσω μιας οθόνης αφής. Η εξέλιξη της διαδικασίας σύντηξης μπορεί να παρακολουθείται με την εφαρμογή Programat app σε smartphone ή tablet.

Πείθει με την αξιοπιστία του

Ο φούρνος είναι εξοπλισμένος με σύγχρονο λογισμικό, το οποίο ελέγχει τη διαδικασία σύντηξης και παρέχει αποτελέσματα υψηλής ακρίβειας. Άψογα αποτελέσματα μπορούν να επιτυγχάνονται ανά πάσα στιγμή, ακόμη και σε αποκαταστάσεις ζιρκονίας μεγάλης έκτασης ή σε ταχείες διεργασίες σύντηξης (μονήρεις αποκαταστάσεις).

Διαθέσιμος

Ο Programat S2 της Ivoclar Vivadent είναι ο υπερσύγχρονος «ειδικός» για τη σύντηξη υψηλής ακρίβειας των αποκαταστάσεων ζιρκονίας. Ο φούρνος κυκλοφορεί με συμπαγή ελαφρύ σχεδιασμό και με σταθερά βελτιωμένα χαρακτηριστικά. Διαθέσιμος για αγορά από τον Ιούνιο του 2021.

Το Programat® αποτελεί σήμα κατατεθέν της Ivoclar Vivadent AG.

Σχετικά με την Ivoclar Vivadent

Η Ivoclar Vivadent, με έδρα στο Σάαν, Λιχτενστάιν, είναι ένας από τους κορυφαίους σε όλο τον κόσμο κατασκευαστές ολοκληρωμένων λύσεων για οδοντιατρικές εφαρμογές υψηλής ποιότητας. Η επιτυχία της εταιρείας βασίζεται σε ένα ολοκληρωμένο χαρτοφυλάκιο προϊόντων, συστημάτων και υπηρεσιών, σε ισχυρές δυνατότητες έρευνας και ανάπτυξης και σε σαφή δέσμευση για κατάρτιση και περαιτέρω εκπαίδευση. Η εταιρεία, η οποία προωθεί τα προϊόντα της σε περίπου 130 χώρες, έχει 47 θυγατρικές και υποκαταστήματα και απασχολεί περίπου 3.500 άτομα παγκοσμίως.

Περισσότερες πληροφορίες σχετικά με την Ivoclar Vivadent είναι διαθέσιμες στη διεύθυνση: ivoclarvivadent.com.

Νέος κατάλογος προσφορών από την «Ι. Τσαπράζης Α.Ε.»

Η εταιρεία οδοντιατρικών ειδών «Ι. Τσαπράζης Α.Ε.» σας παρουσιάζει τον νέο κατάλογο προσφορών της με ισχύ έως 30 Σεπτεμβρίου 2021, όπου θα βρείτε μια ποικιλία προϊόντων στις πιο συμφέρουσες τιμές της αγοράς!
Περισσότερες πληροφορίες σχετικά με τα προϊόντα του καταλόγου μπορείτε να δείτε στην ηλεκτρονική σελίδα της εταιρείας, **www.tsaprazis.gr**

Ειδικές Προσφορές στα εργαλεία Sword

Για όλα τα νέα και τις προσφορές της εταιρείας μπορείτε να ενημερώνεστε στο τηλ. **210 7716 416** και στο **info@tsaprazis.gr**

Εκδήλωση του Υπουργείου Υγείας: «Επιλέγω να Μην Καπνίζω»

Την ημερίδα που έλαβε χώρα στις 31.5. 2021 με αφορμή την Παγκόσμια Ημέρα κατά του Καπνίσματος, στο μουσείο της Ακρόπολης, τίμησε με την παρουσία της η Α.Ε Πρόεδρος της Δημοκρατίας κ. **Κατερίνα Σακελλαροπούλου** και απηύθυνε χαιρετισμό καταλήγοντας ότι *«ήρθε η ώρα να απαλλαγούμε από την βλαβερή αυτή συνήθεια για πάντα»*.

Ακολούθησε χαιρετισμός του Υπουργού Υγείας κ. **Βασίλη Κικίλια** που έκανε ιδιαίτερη αναφορά στη ψήφιση και εφαρμογή του αντικαπνιστικού νόμου.

Η Υπουργός Παιδείας κυρία **Νίκη Κεραμέως** ανήγγειλε πως από την ερχόμενη σχολική χρονιά θα λειτουργήσουν Εργαστήρια Δεξιοτήτων, σε όλα τα σχολεία της χώρας προκειμένου τα παιδιά να αναπτύξουν δεξιότητες ζωής κατά των εξαρτήσεων.

Επίσης μήνυμα για την Παγκόσμια Ημέρα κατά του Καπνίσματος έστειλε ο Dr. **Hans Henri P. Kluge**, WHO Regional Director for Europe (video).

Μηνύματα απηύθυναν ακόμη η Υφυπουργός Υγείας κ. **Ζωή Ράπτη**, ο Πρόεδρος του ΕΟΔΥ κ. **Παναγιώτης Αρκουμανέας** και ο Γενικός Γραμματέας του Υπουργείου Υγείας κ. **Παναγιώτης Πρεζεράκος** και ο Dr. **David G. Horner**, Πρόεδρος Αμερικανικού Κολλεγίου Ελλάδος.

Η κ. Ε. Στουφή κατά τη διάρκεια της ομιλίας της στην ημερίδα.

Επίσης, εκπρόσωποι κομμάτων της αντιπολίτευσης τοποθετήθηκαν για την Παγκόσμια Ημέρα κατά του Καπνίσματος: κ. **Ανδρέας Ξανθός,** πρώην Υπουργός Υγείας και βουλευτής ΣΥΡΙΖΑ, κ. **Ανδρέας Πουλάς**, βουλευτής ΚΙΝΑΛ, Υπεύθυνος Τομέας Υγείας, κ. **Γιώργος Λαμπρούλης,** βουλευτής ΚΚΕ και Αντιπρόεδρος της Βουλής.

Στην ημερίδα ήταν προσκεκλημένος και ο Πρόεδρος της Ελληνικής Οδοντιατρικής Ομοσπονδίας κ. **Αθανάσιος Δεβλιώτης.**

Στη συνέχεια ο Πρόεδρος της Επιτροπής Εμπειρογνωμόνων του Υπουργείου Υγείας για το Κάπνισμα και Διευθυντής του Ινστιτούτου Δημόσιας Υγείας του Αμερικανικού Κολλεγίου Ελλάδος κ. **Παναγιώτης Μπεχράκη**ς, ανακοίνωσε πρόσφατα στοιχεία από έρευνα της εταιρείας ΚΑΠΑ RESEARCH, η οποία πραγματοποιήθηκε 24 με 27 Μαΐου, για λογαριασμό της Επιτροπής Εμπειρογνωμόνων για το Κάπνισμα, Ελληνικής Πνευμονολογικής Εταιρείας, Ελληνικής Αντικαρκινικής Εταιρείας, Ινστιτούτου Δημόσιας Υγείας ACG, Ελληνικής Καρδιολογικής Εταιρείας, Ελληνικής Οδοντιατρικής Ομοσπονδίας, η οποία κατέδειξε μεταξύ άλλων σημαντική μείωση των καπνιστών (καθημερινών και περιστασιακών) σε ποσοστό που κυμαίνεται από 21,9% μέχρι 38,3%, στην Ελλάδα την δεκαετία 2009-2019. Ακόμη πιο θεαματική ήταν η μείωση του καπνίσματος, την ίδια περίοδο, στους νέους ηλικίας 16 με 24 χρονών, σε ποσοστό που κυμαίνεται από 47,1% μέχρι 69,4%.

Στο στιγμιότυπο διακρίνουμε από αριστερά τους κ.κ. Π. Μπεχράκη, Ε. Στουφή και Γ. Χρούσο.

Ακολούθησαν οι τοποθετήσεις των επιστημονικών φορέων. Συντονιστές: Καθ. **Παναγιώτης Μπεχράκης**, Καθ. **Γεώργιος Χρούσος.**

Ο Πρόεδρος της Ελληνικής Αντικαρκινικής Εταιρείας κ. **Ευάγγελος Φιλόπουλος** στην τοποθέτησή του αναφέρθηκε στα μέτρα που προτείνει η εταιρεία του για τη διακοπή του καπνίσματος.

Από την πλευρά του, ο Πρόεδρος της Ελληνικής Πνευμονολογικής Εταιρείας κ. **Στυλιανός Λουκίδης**, αφού έκανε αναφορά στις δράσεις της εταιρείας, τόνισε τη σημαντική προσφορά των Ιατρείων Διακοπής Καπνίσματος, που λειτουργούν σε επτά νοσοκομεία της χώρας, στη μείωση των καπνιστών

Ο κ. **Ιωάννης Κανακάκης,** Πρόεδρος της Ελληνικής Καρδιολογικής Εταιρείας, τόνισε πως το κάπνισμα σκοτώνει κάθε χρόνο σε παγκόσμιο επίπεδο 7.000.000 ανθρώπους. Εξήγησε δε πως η αυξημένη επίπτωση καρδιαγγειακών νοσημάτων λόγω του καπνίσματος επεκτείνεται σε όλο το φάσμα των νοσημάτων.

Τέλος, η κ. **Ελεάνα Στουφή**, Αντιπρόεδρος της Ελληνικής Εταιρείας Κλινικής Στοματολογίας και μέλος της επιτροπής Εμπειρογνωμόνων του Υπουργείου Υγείας, ευχαριστώντας τους διοργανωτές που συμμετείχε ως εκπρόσωπος της Οδοντιατρικής κοινότητας, αναφέρθηκε στις αθώες αλλά και στις επικίνδυνες βλάβες που προκαλεί το κάπνισμα στο στόμα.

Την εκδήλωση μπορείτε να παρακολουθήσετε στο SMOKEFREEGREECE.GR

Το Διαδίκτυο στην Υπηρεσία του Οδοντιάτρου!

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

Η εποχή που το **διαδίκτυο** ήταν μια ενασχόληση κάποιων εκκεντρικών έχει περάσει ανεπιστρεπτί. Πλέον αποτελεί αναπόσπαστο κομμάτι της ζωής μας και παίζει καθοριστικό ρόλο ιδιαίτερα στην **επαγγελματική μας ζωή.** Θέλοντας και μη θα πρέπει όχι μόνο να το εντάξουμε στην καθημερινότητα μας, αλλά να μάθουμε να εκμεταλλευόμαστε τα πλεονεκτήματα του και να αποφεύγουμε τις παγίδες του.

Αγοράζοντας ηλεκτρονικά

Ο οδοντίατρος έχει πρόσβαση πλέον σε εκατοντάδες **ηλεκτρονικά καταστήματα** σε όλο τον κόσμο, όπου μπορεί να συγκρίνει τιμές και τεχνικά χαρακτηριστικά με το πάτημα ενός κουμπιού. Οι τιμές σε ορισμένες περιπτώσεις φαίνονται ιδιαίτερα ελκυστικές και σε προκαλούν να προσθέσεις το προϊόν στο καλάθι αγορών σου. Πριν το κάνουμε όμως αυτό θα πρέπει να λάβουμε υπόψιν μας τα εξής:

- Το κόστος των μεταφορικών και του εκτελωνισμού, το οποίο θα πρέπει να προσθέσουμε στην αρχική τιμή. Σε πολλές περιπτώσεις η τελική τιμή είναι διπλάσια ή και τριπλάσια της αρχικής.

- Service και τεχνική υποστήριξη. Εφόσον μιλάμε για επαγγελματικό εξοπλισμό, θα πρέπει να ελέγξουμε κατά πόσο η συσκευή την οποία έχουμε προμηθευτεί, έχει την ανάλογη τεχνική υποστήριξη στην χώρα μας. Το να την στέλνουμε στο εξωτερικό για service ή επισκευή δεν είναι ιδιαίτερα πρακτικό.

- **Αξιοπιστία e-shop.** Πριν αγοράσουμε οτιδήποτε από κάποιο ηλεκτρονικό κατάστημα θα πρέπει να ελέγξουμε την αξιοπιστία του. Σε αυτό θα μας βοηθήσουν οι κριτικές άλλων αγοραστών, οι οποίες θα μας δώσουν μια εικόνα για την ποιότητα των υπηρεσιών που προσφέρει το συγκεκριμένο κατάστημα.

Διαδικτυακό marketing

Το διαδικτυακό marketing άλλαξε ριζικά τον τρόπο με τον οποίο ένας οδοντίατρος μπορεί να προσεγγίσει τους ασθενείς και να αυξήσει το πελατολόγιό του. Η **δημιουργία ιστοσελίδας** μπορεί να περιλαμβάνει:

- τις υπηρεσίες που προσφέρονται στο οδοντιατρείο,
- εκλαϊκευμένα άρθρα για θέματα που απασχολούν συχνά τους ασθενείς και αναζητούν απαντήσεις στο διαδίκτυο
- εικόνες από περιστατικά πριν και μετά την θεραπεία
- επεξηγηματικά βίντεο για διάφορες οδοντιατρικές πράξεις
- δυνατότητα κλεισίματος ραντεβού

Το **facebook** και το **instagram,** επίσης αποτελούν δημοφιλείς τρόπους επικοινωνίας και ο οδοντίατρος μπορεί να τα χρησιμοποιεί για να προβάλει την δουλειά του. Δεν πρέπει να ξεχνάμε ότι οι ασθενείς πλέον είναι εξοικειωμένοι με το διαδίκτυο και το χρησιμοποιούν όλο και πιο συχνά για να αναζητήσουν υπηρεσίες που τους ενδιαφέρουν.

Διαδίκτυο: ένας πολύτιμος συνεργάτης...

Εκτός όμως από τις αγορές και το marketing θα πρέπει να λάβουμε υπόψη μας και μια ακόμα δυνατότητα που μας προσφέρει η τεχνολογία: στην εποχή μας όλα τείνουν να ψηφιοποιηθούν:

- οι **απεικονιστικές εξετάσεις** (πανοραμικές, κεφαλομετρικές, αξονικές), μπορούν να έρχονται κατ΄ ευθείαν στο email μας,
- τα **αποτυπώματα** σε μερικά χρόνια θα παίρνονται αποκλειστικά **ψηφιακά**.

Τα **ραντεβού** μας αλλά και το **αρχείο** μας μπορεί να είναι στο **cloud** και προσβάσιμα απ' όπου και να είμαστε ακόμα και από το κινητό μας τηλέφωνο.

Η εξοικείωση συνεπώς με τις νέες τεχνολογίες και η εκμετάλλευσή τους προς όφελός μας είναι πλέον **μονόδρομος**.

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 11

Νίκος-Αλέξης Ασλάνογλου
(1931-1996)

Ο Νίκος Ασλάνογλου (το ψευδώνυμο Αλέξης διάλεξε στα εφηβικά του χρόνια από τον ομώνυμο ήρωα του Ντοστογιέφσκι στο έργο του *Ταπεινοί και καταφρονεμένοι*) γεννήθηκε στη Θεσσαλονίκη στις 17 Σεπτεμβρίου 1931. Οι γονείς του ήταν πρόσφυγες από τη Μικρά Ασία. Τέλειωσε το πειραματικό σχολείο του Πανεπιστημίου Θεσσαλονίκης (1949), όπου στη συνέχεια σπούδασε γαλλική φιλολογία. Γύρω στο 1950 (μετά το θάνατο του πατέρα του) ανέλαβε συνδιευθυντής (μαζί με το γαμπρό του Βασίλη Φράγκο) στην εριουργία Μάκερ, που χρεοκόπησε λίγο αργότερα. Στη συνέχεια έφυγε στη Γαλλία και την Αίγυπτο και συνέχισε τις σπουδές του στα Πανεπιστήμια Καΐρου και Αιξ-αν-Προβάνς.

Εργάστηκε ως βιβλιοθηκάριος στο Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο, ως καθηγητής σε φροντιστήριο ξένων γλωσσών, ως επιστημονικός συνεργάτης στην Αρχιτεκτονική Σχολή Θεσσαλονίκης και μετά το 1980, οπότε εγκαταστάθηκε στην Αθήνα, ως επιμελητής και λογοτεχνικός σύμβουλος στον εκδοτικό οίκο Ευσταθιάδη. Το 1951 ίδρυσε από κοινού με τον Κ. Κατσανό το περιοδικό *Σκέψη*, που κυκλοφόρησε ένα μόνο τεύχος, στο οποίο ο Ασλάνογλου δημοσίευσε το πρώτο του δοκίμιο, με τίτλο *Θάνατος και γέννηση στην ποίηση του Γιώργου Θέμελη*. Στη λογοτεχνία πρωτοεμφανίστηκε το 1952 με την πολυγραφημένη έκδοση του έμμετρου θεατρικού μονοπράκτου έργου *Θάλασσα και συγχρονισμός*, απόσπασμα του οποίου δημοσίευσε το 1953 στις σελίδες του φοιτητικού περιοδικού Πυρσός.

Πέθανε στην Αθήνα στις 6 Αυγούστου 1996.

Ποιητικές συλλογές
- Δύσκολος θάνατος, 1954
- Ο θάνατος του Μύρωνα, 1960
- Ποιήματα για ένα καλοκαίρι, 1963
- 44 ποιήματα, Επιλογή 1946-1966, 1970
- Νοσοκομείο εκστρατείας, 1972
- Αργό πετρέλαιο, 1974
- Δύσκολος θάνατος (συγκεντρωτική έκδοση), 1978
- Ωδές στον Πρίγκιπα, 1981
- Τρία ποιήματα, 1987

Πεζογραφία
- Θάλασσα και συγχρονισμός» (ποιητικό μονόπρακτο), 1952
- Ταξιδεύοντας στη δροσερή νύχτα» (σύντομα κείμενα δημοσιογραφικού χαρακτήρα), 1991

Μελέτες
- Θάνατος και γέννηση στην ποίηση του Θέμελη, 1959

Η ποίηση δε μας αλλάζει

Η ποίηση δε μας αλλάζει τη ζωή
το ίδιο σφίξιμο, ο κόμπος της βροχής
η καταχνιά της πόλης σα βραδιάζει

Δε σταματά τη σήψη που προχώρησε
δε θεραπεύει τα παλιά μας λάθη

Η ποίηση καθυστερεί τη μεταμόρφωση
κάνει πιο δύσκολη την καθημερινή μας πράξη

Μες στο υγρό σκοτάδι

Μες στο υγρό σκοτάδι
πολύ πλανήθηκα

Αγάπησα τις φωτοσκιές των δέντρων
τη γνώριμη νύχτα
τον ουρανό

Βροχή
μουσικές φωνές

Μες στο υγρό σκοτάδι

Έλα
θα βαδίσουμε σιγά μην ακουστούμε

Είμαστε παιδιά
κι αγαπούμε τα ωραία καράβια
είμαστε παιδιά
κι αγαπούμε τη θάλασσα

Λάσπες και νερά
ο άνεμος ταξιδεύει
τραγούδια που σβήνουν

Πρόσφυγες στην άμμο

Νύχτωσε στην Ελ Μίνα και πυκνή
σιωπή ανέβαινε απ' τη μεριά της θάλασσας
κι αντάμωνε το κάστρο· ολημερίς
ξαπλώνονταν αμίλητο και σκυθρωπό
σα μουδιασμένο ζώο

Τότε ξεχώρισα ήχο πνιχτό καθώς το φύλλο
που τσαλακώνεται μέσα σε χέρια ανάρμοστα
γρατσούνισμα σε σώμα ακάθαρτο, αρρωστημένο

Κι είδα έναν Άραβα μικρό, σημαδεμένο
έφεγγαν χέρια, πρόσωπο, μάτια κι ήταν όλος
χιλιάδες που άφηναν τη γη τους κι επιστρέφανε
μέσα στην άμμο, σε σκηνές, στο άσπρο φως.

Κι όταν μιλούσε δάκρυζε η φωνή και όλο ικέτευε
για κάποια θέση στη ζωή ή έστω αντίσταση
στο θάνατο που ερχότανε αργά και τον ρουφούσε

Πέτρος Γκολίτσης

Ο Πέτρος Γκολίτσης γεννήθηκε στη Θεσσαλονίκη το 1978. Είναι συγγραφέας έξι ποιητικών βιβλίων και επτά βιβλίων με μελέτες και δοκίμια για τη νέα ελληνική ποίηση. Επίσης, κυκλοφορούν τα βιβλία του *Η σάρκα των προσωρινών και άλλα ποιήματα/ Привремена кожа - Солун после Одисеја,* δίγλωσση έκδοση σε μετάφραση της Marija Pusloji στα σερβικά (ΥΚΣ, Βελιγράδι, 2019) και *Η σάρκα των προσωρινών και άλλα ποιήματα/The flesh of the temporary and other poems,* δίγλωσση έκδοση σε μετάφραση του Γιάννη Γκούμα στα αγγλικά (εκδ. Ρώμη, 2019).

Έχει βραβευτεί με το International Poetry Award Tudor Arghezi (2018) της Ένωσης Συγγραφέων της Ρουμανίας και με το International Poetry Prize Povelja Morave (2019) της Ένωσης Συγγραφέων της Σερβίας. Αρθρογραφεί για την σύγχρονη ποίηση στην Εφημερίδα των Συντακτών. Έχει, επίσης, μεταφράσει, μεταξύ άλλων, Wallace Stevens στα ελληνικά (κυκλοφορεί σε δίγλωσση έκδοση τα Ποιήματα, 1913-1957, εκδ. Ρώμη, 2019, σ. 404).

Είναι μέλος της Ένωσης Συγγραφέων της Σερβίας και διδάκτορας του Πανεπιστημίου του Sheffield, με σπουδές οικονομικών και παιδαγωγικών στο Πανεπιστήμιο Μακεδονίας, στο Birkbeck College του Πανεπιστημίου του Λονδίνου και στο Πανεπιστήμιο του Sheffield, καθώς και Fellow του Higher Education Academy. Είναι ερευνητής στο Κέντρο Ερευνών Νοτιοανατολικής Ευρώπης.

Ποιητικές συλλογές
- Η μνήμη του χαρτιού, 2009
- Το τριβείο του χρόνου, 2013
- Η σάρκα των προσωρινών, 2015
- Σκάζοντας κρέας, 2017
- Η σάρκα των προσωρινών και άλλα ποιήματα, 2019
- Σφαχτάρια στο λευκό, 2020

Μπάσταρδο σύμπαν

Μπάσταρδο σύμπαν που με γέννησες
με φόντο μαύρο εξατμίζομαι
από τον πόνο κι απ' την τρέλα
λιώνουνε καπνίζοντας
οι σάρκες του προσώπου μου
φλογίζεται όλο μου το σώμα
μένουν στο κενό να στροβιλίζονται
τα δόντια μου
αστραφτερά και μαργαριταρένια

(Από την ενότητα «Εισόδια», Σφαχτάρια στο λευκό, 2020)

Μια τόση δα μπάσταρδη κουκίδα

I
Μια τάξη αστρική και πολυκέφαλη
με αστεροειδείς απληροφόρητους
πλανήτες κατεχόμενους
από συμπαντικούς φανατισμούς
–οι πλέον υποτακτικοί μα συνεπέστατοι,
μες στις τροχιές ποτέ τους δεν κρασάρουν–
μια ηλιακή παράδοση που ξέπεσε
και την φωτογραφίζουνε
ως κιτς, ως εμπαιγμό, σολιψισμό
στη Μυτιλήνη και στην Οία,
βατράχια που κοάζουνε
και αυτοφωτογραφίζονται
ενώ οι Περσίδες σβήνουν ως πυγολαμπίδες
μία-μία
σε μια ατμοσφαιρική μικροασπίδα,
κάπου σε μια κουκίδα –μπάσταρδη– που άναψε
κι όμως έσβησε·
πλημμύρισε, ξεράθηκε
πρασίνισε, ξεχορταριάστηκε
και έπειτα πάγωσε
στην έρημο του χρόνου
Ένας ωκεανός που εξατμίστηκε
στο πρώτο φούντωμα του ήλιου
σαν γιγαντώθηκε
το κίτρινο άστρο
που έγινε μπλε

II
Εδώ είναι μεσημέρι και καλοκαίρι
Εκεί; βράδυ και χειμώνας
Ο ήλιος δύει και ανατέλλει σε τόσα μέρη
ταυτόχρονα
που ο σέρβερ –του σύμπαντος–
ίσα-ίσα που προλαβαίνει να τα δείχνει όλα
Απ' το όχημα Curiosity στον πλανήτη Άρη
βλέπουμε ονλάιν τη δύση του ήλιου
και έπειτα μια κουκίδα
ένα άστρο στο οποίο είμαστε εμείς
φυσικά στον αέρα,
τώρα που ακριβώς στην κορυφή του ουράνιου
θόλου
είναι ο Βέγκα
μια κουκίδα λίγο μεγαλύτερη από 'μας,
25 έτη φωτός μακριά,
ένας ήλιος που γιγαντώνεται
που έφαγε το υδρογόνο του
όπως εμείς τα ψωμιά μας
κι όμως ακόμη φαίνεται
–φαντάσου το μέγεθός του–
ενώ έρχεται, τόσο το φως του,
κατά τα άλλα, δεν μας επηρεάζει καθόλου·
ενώ λίγο πιο δίπλα
τόσο να γυρίσω τον λαιμό μου,
χωρίς να τεντωθώ,
εξακτινώνομαι σε μια μήτρα αστρική
που γεννά –τι άλλο;– νέα άστρα,
τη στιγμή που γύρω μου σκάνε νέα πεύκα
(στη θέση των τόσων άλλων που γνώρισα)
και η μήτρα της συντρόφου μου
στο λινό άσπρο σεντόνι,
τα πρωινά και τα βράδια,
μια μήτρα που μου έδωσε
τρία παιδιά που παίζουνε, γελάνε ή κοιμούνται,
ενώ ετοιμάζομαι για μία ακόμη καταβύθιση
στο υγρό άσπρο στοιχείο
με ένα μεγάλο κίτρινο ήλιο να ισορροπεί
εξαίσια από πάνω μου
ως το μόνο, το πραγματικό-προσωρινό μου,
κεφάλι

(Από την ενότητα «Εμφάνεια», Σφαχτάρια στο λευκό, 2020)

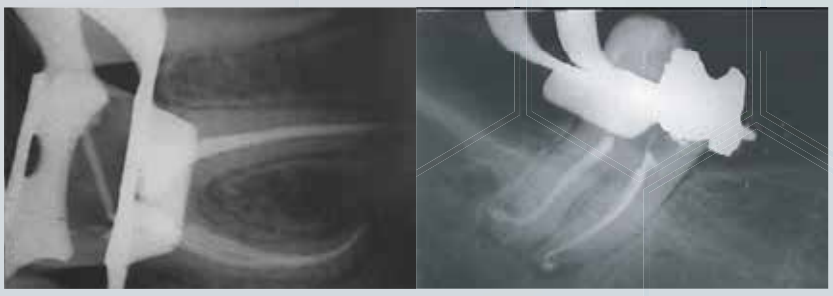
EDGEENDO®

PERFORMANCE.PRICE. TECHNOLOGY.

EDGEFILE® X7

- Proprietary heat treatment process
  - FireWire NiTi™ Alloy improves strength and flexibility*
- Available in .04 and .06 Constant Taper
  - Variable Pitch
- Maximum flute diameter 1mm allows for minimally invasive preparation
- Parabolic Cross Section non cutting tip
  - Maximizes file cutting efficiency
- Electropolished file
  - Increases sharpness and strength
- Reduced handle length for increased posterior access
- ISO tip size 17-45
- Available lengths: 21, 25 & 29 mm

"In my opinion, the X7 is the best rotary file system for minimally invasive endodontic therapy. The proprietary heat treatment and reduced maximum flute diameter allow for improved efficiency and safety in complex cases."
-Prof. Gianluca Gambarini



Made in the USA

*Based on resistance cyclic testing as shown on the FireWire NiTi Strength Graph:http://edgeendo.com/comparative-study-of-cyclic-fatigue-resistance/

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

Dentaland.gr

ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΙΚΑ ΕΙΔΗ

ΑΝΑΚΑΛΥΨΕ **ΧΙΛΙΑΔΕΣ ΕΤΟΙΜΟΠΑΡΑΔΟΤΑ ΠΡΟΪΟΝΤΑ**
ΣΤΟ ΠΙΟ **ΕΝΗΜΕΡΩΜΕΝΟ ΗΛΕΚΤΡΟΝΙΚΟ ΚΑΤΑΣΤΗΜΑ**
ΓΙΑ ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΟΥΣ!

Μπες στο dentaland.gr και βρες μοναδικές υπηρεσίες

Εκατοντάδες προσφορές • Μηχανογράφηση υλικών & Ανάλυση αγορών • Αναλυτικό ιστορικό & κατάσταση παραγγελιών
Φόρμες Παραγγελίας • Σύστημα επιβράβευσης με πόντους • Δυναμικό δίκτυο συνεργατών με εισαγωγές από όλο τον κόσμο

| W. | www.dentaland.gr | E. | social@dentaland.gr | T. | 2810 322 250 & 2810 334 450 | Δ. | Ιδομενέως 2, Ηράκλειο Κρήτης