ΕΝΤΥΠΟ ΚΛΕΙΣΤΟ ΑΡ. ΑΔΕΙΑΣ 1668/02

Οδοντιατρικο Βημα

ΜΗΝΙΑΙΑ ΕΚΔΟΣΗ Ζωοδόχου Πηγής 54 106 81 Αθήνα Τηλ. 210 3814 939 Fax 210 3809 495 e-mail: odvima@otenet. ΝΟΕΜΒΡΙΟΣ-ΔΕΚΕΜΒΡΙΟΣ 2009 ΤΕΥΧΟΣ 64

Ανταύγειες Οδοντικής Αισθητικής

Σε αυτό το τεύχος, η στήλη έχει τη χαρά να φιλοξενεί την επίκουρη καθηγήτρια Οδοντικής Χειρουργικής του ΕΚΠΑ κυρία **Χαρίκλεια Παξιμαδά**, με ένα κλινικό περιστατικό που άπτεται φυσικά της αισθητικής.

Γυναίκα 25 ετών προσήλθε στο ιατρείο αναζητώντας αισθητική βελτίωση του χαμόγελου. Κατά την προσεκτική κλινική εξέταση καταγράφηκε αισθητικό πρόβλημα που αφορούσε στο μέγεθος και στη θέση των πλάγιων τομέων της άνω γνάθου. Η λήψη αποτυπώματος και η κατασκευή εκμαγείου, επί του οποίου τροποποιήθηκε, μέσω του διαγνωστικού κερώματος, το μέγεθος και η θέση των πλάγιων τομέων, έδειξε αισθητική βελτίωση. Αποφασίστηκε η κλινική παρέμβαση με την τεχνική της ελάχιστης αποκοπής των οδοντικών ιστών και την αλλαγή του μεγέθους και της θέσης των δύο δοντιών με σύνθετη ρητίνη.

Σελ. 12

Τεχνικές ανύψωσης του ιγμορείου άντρου για τοποθέτηση εμφυτευμάτων

Η αποκατάσταση της νωδότητας στο οπίσθιο τμήμα ατροφικής άνω γνάθου με τη χρήση οστεοενσωματούμενων εμφυτευμάτων αποτελεί σοβαρή εγχειρητική διαδικασία, λόγω των επιπλοκών που μπορεί να προκύψουν από τη διάτρηση της υπερκείμενης αεροφόρου κοιλότητας του ιγμορείου άντρου. Όταν υπάρχει εκτεταμένη απορρόφηση της άνω γνάθου, είναι πολύ συχνό το φαινόμενο η φατνιακή ακρολοφία να αποτελείται από ένα λεπτό οστικό πέταλο στη βάση της αεροφόρου κοιλότητας αυτής, καθιστώντας την τοποθέτηση εμφυτευμάτων στην περιοχή προβληματική. Σε τέτοιες περιπτώσεις είναι αδύνατη η τοποθέτηση εμφυτευμάτων εάν δεν αυξηθεί το ύψος του εναπομείναντος οστού της φατνιακής ακρολοφίας με τη βοήθεια κατάλληλων τεχνικών.

Στο πρώτο μέρος αυτού του άρθρου, ο καθηγητής Ιατρικής Σχολής Αθηνών και διευθυντής της Κλινικής Γναθοπροσωπικής Χειρουργικής του Νοσοκομείου «Αττικόν» κ. **Ε. Βαϊρακτάρης** αναλύει τα ανατομικά δεδομένα του ιγμορείου άντρου και τις τεχνικές ανύψωσής του. *Σελ. 16*

Τα ενέσιμα δερματικά εμφυτεύματα (ή υλικά πληρώσεως) -FILLERS- στην ανάπλαση του προσώπου

Η εισαγωγή των ενέσιμων υλικών πληρώσεως (fillers) έφερε μεγάλη πρόοδο στον τομέα των ελάχιστα επεμβατικών μεθόδων κοσμητικής χειρουργικής. Σήμερα, τα υλικά πληρώσεως έχουν τύχει εκτεταμένης χρήσης στην περιοχή του προσώπου και βρίσκουν ευρεία εφαρμογή στα χείλη, στις γραμμές της «μαριονέτας», στις ρινοχειλικές αύλακες, στην υποκόγχια περιοχή, στην περιοχή των ζυγωματικών, στα λοβία των αυτιών, ακόμη και στην ενδοστοματική χώρα.

Η στοματική και γναθοπροσωπική χειρουργός, επίκουρη καθηγήτρια της Οδοντιατρικής Σχολής του Πανεπιστημίου Αθηνών, κ. **Κική Μάρτη**, αναλύει το μεγάλο θέμα των fillers, τους στόχους της χρήσης τους στη σύγχρονη κοσμητική γναθοπροσωπική χειρουργική, τα υλικά που χρησιμοποιούνται διεθνώς, τις περιοχές εφαρμογής των ενέσιμων υλικών πληρώσεως στην περιοχή του προσώπου, τα πλεονεκτήματα και τα μειονεκτήματά τους αλλά και τις επιπλοκές που μπορεί να προκύψουν.

Σελ. 4

Επείγουσα ενδοδοντική θεραπεία

Στο άρθρο που δημοσιεύτηκε στο προηγούμενο φύλλο του «Ο.Β.», ο οδοντίατρος κ. **Άρης Τσαγκρής** και ο επίκουρος καθηγητής Ενδοδοντίας ΕΚΠΑ κ. **Φοίβος Προύντζος** ξεκίνησαν την περιγραφική τους αναφορά στην τελευταία από τις κατηγορίες των τραυματικών βλαβών, που αφορά στον τραυματισμό των περιοδοντικών ιστών, την οποία ολοκληρώνουν στο παρόν τεύχος με τη σημαντικότερη ίσως από τις τραυματικές βλάβες αυτής της κατηγορίας, τη μερική και την ολική εκγόμφωση του δοντιού. Σημαντικότερη, γιατί η βλάβη αυτή ανέκαθεν κατείχε πρωταγωνιστικό ρόλο στη σκηνή των τραυματικών βλαβών, ίσως όχι άδικα. Το γεγονός ότι εμφανίζεται, στατιστικά, συχνότερα σε νεαρούς ασθενείς, κυρίως σχολικής ηλικίας, και αφορά κατά κύριο λόγο μπροστινά δόντια (συνήθως τομείς) της μόνιμης οδοντοφυΐας προσδίδει στην τραυματική αυτή βλάβη ιδιαίτερη βαρύτητα, ειδικά στην περίπτωση της ολικής εκγόμφωσης.

Σελ. 8

Τα Μυστικά του Στόματος...

Η πέμφιγα κατέχει κορυφαία θέση στη Δερματολογική και Στοματολογική Παθολογία, λόγω της σοβαρότητας των κλινικών προβλημάτων που προκαλεί, της κακής πρόγνωσης -αφού μέχρι τις αρχές της δεκαετίας του 1950 ήταν ένα θανατηφόρο νόσημα- καθώς και των μεγάλων δυσκολιών που παρουσιάζει η θεραπευτική παρέμβαση. Η νόσος εκδηλώνει βλάβες στο δέρμα και στους βλεννογόνους. Το στόμα κατέχει κορυφαία θέση στην κλινική έκφραση της νόσου, αφού είναι στόχος στο 80-90% των περιπτώσεων, ενώ σε ποσοστό πάνω από 75% οι βλάβες στο στόμα είναι τα πρώτα σημεία της νόσου. Του αναπληρωτή καθηγητή Στοματολογίας της Ιατρικής Σχολής του Πανεπιστημίου Αθηνών **Γιώργου Λάσκαρη**. *Σελ. 14*

Ο νόμος 1268/82
Μια ιστορική αναδρομή

Μετράμε ήδη 35 χρόνια από τη μεταπολίτευση, όμως το πανεπιστήμιο προσπαθεί ακόμα να βρει το βηματισμό του και να επαναπροσδιορίσει τη θέση του, τόσο στην ελληνική κοινωνία όσο και στο διεθνές στερέωμα. Εν όψει των αναμενόμενων αλλαγών στο θεσμικό πλαίσιο λειτουργίας των ΑΕΙ και 27 χρόνια μετά τη θέσπιση του νόμου 1268/82, ο αναπληρωτής καθηγητής Οδοντιατρικής ΕΚΠΑ κ. **Ηρακλής Καρκαζής** κάνει μια σημαντική ιστορική αναδρομή, αναζητώντας κάποιες βασικές αρχές εκείνου του νόμου, η εφαρμογή των οποίων φαίνεται πως ακόμα ταλανίζει την καθημερινότητα της πανεπιστημιακής μας ζωής. *Σελ. 22*

Η Επιστήμη και η Τέχνη των
Όψεων Πορσελάνης

Το βιβλίο που έγινε παγκόσμιο best seller, πολύ σύντομα κοντά σας στα Ελληνικά από τις εκδόσεις «Ο.Β.»

Κύριο άρθρο

*Του **Νίκου Καφούσια***

2002 Έγραφα τότε για το πρωτοεκδιδόμενο «Ο.Β.»: *Παίρνοντάς το στα χέρια μου, πρέπει να ομολογήσω πως η εικόνα που αντικρίζω ανταποκρίνεται σε εκείνη ενός σύγχρονου εντύπου, που μπορεί να ικανοποιήσει –τουλάχιστον οπτικά– κάθε απαιτητικό αναγνώστη. Η αναφορά μου στην αισθητική κατ' αρχάς κάλυψη δεν αποτελεί υπεκφυγή στην ουσιαστική κριτική ενός εντύπου, το οποίο, εκτός από μορφή, έχει και περιεχόμενο και επειδή ακριβώς αυτό το περιεχόμενο –ιδιαιτέρως όταν πρόκειται για επιστημονικώς εξειδικευμένο– είναι που κυρίως βαρύνει, χρειάζεται χρόνος για την τελική απονομή ευσήμων. Αυτό που μπορώ όμως ανεπιφύλακτα να πω είναι ότι η αρχική εικόνα εκπληρώνει τις καλύτερες προϋποθέσεις για ένα επιστημονικό περιοδικό. Όσο δε για την αναγκαιότητα της ύπαρξης ενός ακόμη εντύπου στο χώρο μας, σας παραπέμπω στο άρθρο μου με την ευκαιρία της έκδοσης του «Σύγχρονου οδοντιάτρου», όπου τελείωνα με τη φράση:*
«...κανένας δεν μπορεί να αμφισβητήσει τη θετική προσφορά ενός επιπλέον βατήρα στο στίβο της ελληνικής οδοντιατρικής επιστήμης». *Εύχομαι καλή επιτυχία στην προσπάθειά σας, δύναμη, και να έχετε υπόψη σας ότι, ο δρόμος του επιστημονικού εντύπου στην Ελλάδα δεν είναι στρωμένος με ροδοπέταλα.*

2010 Πέρασαν κιόλας 8 χρόνια, δύο ολυμπιάδες και το «Ο.Β.» απέκτησε παρελθόν. Έχει φιλοξενήσει στις στήλες του πληθώρα ειδικών επιστημονικών άρθρων και άρθρων γενικότερου ενδιαφέροντος. Έχουν φιγουράρει στις στήλες του και ονόματα που στην αρχή –καθόσον δύναμαι να γνωρίζω– απαξιούσαν να «κοσμήσουν» με το όνομά τους ένα άγνωστο ακόμα έντυπο. Η συνέπεια όμως και η αρτιότητα του «Οδοντιατρικού Βήματος» έπεισε και τους πλέον καχύποπτους ότι δεν πρόκειται για μια ερασιτεχνική προσπάθεια, αλλά για μια σοβαρή επαγγελματική δουλειά, την πρώτη ίσως αυτής της μορφής στο χώρο μας. Το μυστικό όμως της επιτυχίας βρίσκεται κατά τη γνώμη μου στην αμφίδρομη σχέση του εκδότη με τους συγγραφείς και συνεργάτες. Η δομή και η ποιότητα της έκδοσης επηρεάζει και προδιαθέτει τον συγγραφέα για τη βαρύτητα και την αρτιότητα της εργασίας που θα παραδώσει για δημοσίευση, ενώ το ίδιο το αναγνωστικό κοινό έχει άλλες απαιτήσεις και παραμένει αυστηρός κριτής όταν η πνευματική τροφή που του προσφέρει ένα έντυπο είναι συνήθως υψηλού επιπέδου. Αυτό δεν σημαίνει ότι δεν δημοσιεύονται και άρθρα που επιδέχονται αυστηρή κριτική, επειδή όμως σε επιστημονικό επίπεδο η διαφορετική άποψη τεκμηριώνεται μόνο με επιχειρήματα και αντίλογο θα αποτελέσει το επόμενο μεγάλο βήμα της έκδοσης εάν οι επιστήμονες αναγνώστες πειστούν ό,τι το περιοδικό προσφέρεται όχι μόνο σαν πομπός γνώσεων, αλλά και σαν δέκτης αντιρρήσεων και ανταλλαγής απόψεων. Στο οικοδόμημα της γνώσης δεν συμβάλλει μόνο η από καθέδρας διδασκαλία, αλλά και η καθημερινή πρακτική και εμπειρία των μαχόμενων συναδέλφων οι οποίοι θα μπορούσαν μέσα από τις στήλες του «Ο.Β.» να παρουσιάσουν τη δική τους άποψη και εμπειρία. Εύχομαι η επόμενη ολυμπιάδα να μας βρει με υγεία και κέφι γι' αυτό που διακονούμε.

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

Τα ενέσιμα δερματικά εμφυτεύματα (ή υλικά πληρώσεως) - FILLERS- στην ανάπλαση του προσώπου..... 4
Της **Κικής Μάρτη**, Στοματική και Γναθοπροσωπική χειρουργός, επίκουρη καθηγήτρια ΕΚΠΑ

Επείγουσα Ενδοδοντική Θεραπεία.....8
Στο παρόν τεύχος ο οδοντίατρος **Άρης Τσαγκρής** και ο επίκουρος καθηγητής ενδοδοντίας ΕΚΠΑ **Φοίβος Προύντζος** ολοκληρώνουν την αναφορά τους στις τραυματικές βλάβες με τη *μερική* και την *ολική εκγόμφωση* του δοντιού

ΑΝΤΑΥΓΕΙΕΣ ΟΔΟΝΤΙΚΗΣ ΑΙΣΘΗΤΙΚΗΣ *ΚΑΙ ΟΧΙ ΜΟΝΟ* 12
Σε αυτό το τεύχος η στήλη έχει τη χαρά να φιλοξενεί την επίκουρη καθηγήτρια Οδοντικής Χειρουργικής του ΕΚΠΑ, κ. **Χαρίκλεια Παξιμαδά**, με ένα κλινικό περιστατικό που άπτεται, φυσικά, της αισθητικής.

ΤΑ ΜΥΣΤΙΚΑ ΤΟΥ ΣΤΟΜΑΤΟΣ
Πέμφιγα.....14
Του αναπληρωτή καθηγητή Στοματολογίας της Ιατρικής Σχολής του Πανεπιστημίου Αθηνών **Γιώργου Λάσκαρη**

ΓΝΑΘΟΠΡΟΣΩΠΙΚΗ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ & ΕΜΦΥΤΕΥΜΑΤΑ.....16
Τεχνικές ανύψωσης του ιγμορείου άντρου για τοποθέτηση εμφυτευμάτων.
Του καθηγητή της Ιατρικής Σχολής Αθηνών και δ/ντή της Κλινικής Γναθοπροσωπικής Χειρουργικής Κλινικής του Νοσοκομείου «Αττικόν» **Ε. Βαϊρακτάρη.**

ΚΛΙΝΙΚΑ ΔΙΛΗΜΜΑΤΑ.....20
Ενδιαφέροντα κλινικά περιστατικά από το Στοματολογικό Τμήμα του Νοσοκομείου «Α. Συγγρός» Αυτή τη φορά, η στήλη "Κλινικά Διλήμματα" της επίκουρης καθηγήτριας της Ιατρικής Σχολής Αθηνών κ. Ελένης Γκάγκαρη, φιλοξενεί ένα περιστατικό σταλμένο από τον διακεκριμένο στοματολόγο Δρ. **Ιωάννη Κούτλα**.

Ο ΝΟΜΟΣ 1268/82. ΜΙΑ ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ 22
Του **Ηρακλή Χ. Καρκαζή**, αναπληρωτή καθηγητή Οδοντιατρικής Σχολής ΕΚΠΑ

Μια ολοκληρωμένη προσέγγιση στη συγκόλληση.....24
Συστάσεις για τη συγκόλληση των ολοκεραμικών στεφανών με ρητινώδεις κονίες

Ο άνθρωπος δημιουργεί την εξέλιξη.....30
Η τεχνολογία αφήνει τα ίχνη της στα γονίδιά μας

Δισφοσφωνικά *Per os* - Ανασκόπηση και συστάσεις θεραπείας.....36
Του **Σταύρου Μαστρονικόλα**, D.D.S., M.Sc. Περιοδοντολόγου

ΕΙΔΗΣΕΙΣ-ΕΚΔΗΛΩΣΕΙΣ-ΣΥΝΕΔΡΙΑ..... 40-45

Οδοιπορικό στις γωνιές του κόσμου.....48
Ένα συναρπαστικό ταξίδι για τους περιπατητές του ονείρου μέσα από τα μάτια του συγγραφέα **Βασίλη Καφούσια**

ΒΗΜΑ Γραμμάτων και Τεχνών 53

ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΙΚΟ ΒΗΜΑ
Μηνιαία Έκδοση

Κωδικός 6446

Ιδιοκτήτης: **ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΙΚΟ ΒΗΜΑ Μ.Ε.Π.Ε.**

Εκδότης: **Γιάννης Καρκατζούλης**

Ζωοδόχου Πηγής 54 106 81 Αθήνα
Τηλ. 210 3814 939 Fax 210 3809 495
e-mail: odvima@otenet.gr

Διευθυντής: **Γιάννης Καρκατζούλης**

Αρχισυντάκτης: **Όθωνας Γκότσης**

Σύνταξη: **Βίκυ Κουρλιμπίνη**
Αγγελική Λαμπροπούλου
Γιούλη Κόκκορη

Ειδικοί συνεργάτες:
Χρίστος Γ. Μαρκόπουλος, *Ιατρός*

Διόρθωση:
Δήμητρα Καράμπελα, *Φιλόλογος*

Υπεύθυνος Τυπογραφείου:
ΧΑΪΔΕΜΕΝΟΣ ΑΕΒΕ
Αρχαίου Θεάτρου 4, τηλ. 210 994 0944

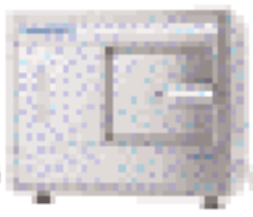
Από την πρώτη σε πωλήσεις παγκοσμίως

GETINGE

Αποστείρωση... υψηλών ταχυτήτων™

Πιστοποίηση
MDD 93/42
EN 13060 - 285/pr

Κορυφαία Σουηδική τεχνολογία.
Ενισχυμένες εγγυήσεις!

Η νέα σειρά αυτόκλειστων HS 22 «K»  και «K+» της **GETINGE** προσφέρει πραγματικά **ασυναγώνιστη ταχύτητα** επομένως, χαμηλή κατανάλωση ρεύματος, δηλ.:

για πλήρες φορτίο 5 ή 10 ή και 20 δίσκων, αποτελούνται:

- Σε είδη μη συσκευασμένα 7-8 *λεπτά! (Διαδικασία αποστείρωσης «Κ»)*
- Συσκευασμένα είδη αποστειρώνονται και **στεγνώνουν** συνολικά σε 25 *λεπτά! (Διαδικασία «Κ»)*
- **Τώρα και διαδικασία «S» κάτω από τα πορτοφόλια:** 10 κιμάκια σε 15 *λεπτά!*

Η αποστείρωση γίνεται με σορβίτιο - **Σουηδικών προϊόντων** - μηδενική φθορά και ταυτόχρονα είδη που εξυπηρετούνται εργαλεία.

Ιατροτεχνολογικός εξοπλισμός
Τηλ.: 210 7752 139, 210 7795 258
Fax: 210 7794 239
www.mitsouka.gr, e-mail: mitsouka@otenet.gr

Τα ενέσιμα δερματικά εμφυτεύματα (ή υλικά πληρώσεως) - FILLERS- στην ανάπλαση του προσώπου

Γράφει η **Κική Μάρτη**
Στοματική και γναθοπροσωπική χειρουργός, επίκουρη καθηγήτρια ΕΚΠΑ

Η εξέλιξη της σύγχρονης κοσμητικής γναθοπροσωπικής χειρουργικής έχει καταστήσει εφικτή την διατήρηση ή ακόμη και την απόκτηση του «αισθητικά ωραίου». Αν και η ομορφιά δεν υπόκειται σε αντικειμενικούς κανόνες, εντούτοις υπάρχουν κάποιες ελάχιστα επεμβατικές μέθοδοι που μπορούν εύκολα, αναίμακτα και άμεσα να βελτιώσουν αισθητικά την εξωτερική μας εικόνα.

Σήμερα τα υλικά πληρώσεως έχουν τύχει εκτεταμένης χρήσης στην περιοχή του προσώπου. Τα δερματικά επιθέματα ή υλικά πληρώσεως ή fillers στοχεύουν προς την κατεύθυνση αυτή και βρίσκουν ευρεία εφαρμογή σε περιοχές όπως τα χείλη, στις γραμμές της «μαριονέτας», στις ρινοχειλικές αύλακες, στην υποκόγχια περιοχή, στην περιοχή των ζυγωματικών κ.α.

Η στοματική και γναθοπροσωπική χειρουργός, επίκουρη καθηγήτρια της Οδοντιατρικής Σχολής του Πανεπιστημίου Αθηνών κ. Κική Μάρτη αναλύει το μεγάλο θέμα των fillers, τα υλικά που χρησιμοποιούνται, τους τομείς εφαρμογής τους, τα πλεονεκτήματα και τα μειονεκτήματά τους αλλά και τις επιπλοκές που μπορεί να προκύψουν.

Ο όρος δερματικά εμφυτεύματα ή υλικά πληρώσεως, όπως εμείς προτιμάμε να μεταφέρουμε τον διεθνώς και ευρέως χρησιμοποιούμενο όρο FILLERS, αφορά την μέθοδο κατά την οποία ενίουμε αυτόλογα, ετερόλογα ή αλλοπλαστικά υλικά στο δέρμα του προσώπου.

Η εισαγωγή των ενέσιμων υλικών πληρώσεως (fillers) έφερε μεγάλη πρόοδο στον τομέα των ελάχιστα επεμβατικών μεθόδων κοσμητικής χειρουργικής. Εμείς προτιμάμε την χρήση του όρου υλικά πληρώσεως, ώστε να αποφεύγεται η σύγχυση με άλλα εμφυτεύματα της στοματογναθοπροσωπικής περιοχής αλλά και γιατί θεωρούμε ότι έτσι εκφράζουμε καλύτερα το γεγονός ότι η χρήση τους έχει επεκταθεί πλέον από την απλή αποκατάσταση των ρυτίδων ή αυλάκων της περιοχής του προσώπου στην ολική διαμόρφωση του όγκου και του σχήματος της περιστοματικής χώρας, των ζυγωματικών, της μετωπιαίας, κροταφικής και περιοφθαλμικής περιοχής, όπως και στην αντιμετώπιση της απώλειας όγκου στις παρειές, στα λοβία των αυτιών, ακόμη και στην ενδοστοματική χώρα.

Τα υλικά που χρησιμοποιούνται διεθνώς αναφέρονται στον ΠΙΝΑΚΑ Ι.

Η σύγχρονη βιοϊατρική τεχνολογία και κυρίως οι τεχνικές της μοριακής βιολογίας έχουν επιτύχει την παραγωγή ασφαλών, εύχρηστων και καλά ανεκτών από τον οργανισμό υλικών.

Η γνώση της σύστασης και των φυσικών ιδιοτήτων των υλικών αυτών, η σωστή επιλογή των ασθενών και η πλήρης ενημέρωσή τους, καθώς και η σωστή εφαρμογή των μεθόδων έγχυσης εγγυώνται την επιτυχία του αποτελέσματος και την ελαχιστοποίηση των πιθανών επιπλοκών.

Ειδικότερα για τα προσωρινά υλικά πληρώσεως που αποτελούνται από διασταυρωμένο υαλουρονικό οξύ (XLHA) και είναι διαθέσιμα στις Ηνωμένες Πολιτείες (FDA) και στην Ευρώπη, έχουμε να επισημάνουμε τα εξής: Διάφορες μελέτες σχετικά με το XLHA είναι τώρα διαθέσιμες και συγκρίνουν τις φυσικές και ρεολογικές ιδιότητες αυτών των υλικών πληρώσεως με την κλινική τους αποτελεσματικότητα. Τα κλινικά στοιχεία εμφανίζονται να συσχετίζονται έντονα με τη συνολική συγκέντρωση XLHA στα προϊόντα και σε μια μικρότερη έκταση με την ελαστικότητα τοις εκατό.

Ως εκ τούτου, κάποιες μελέτες μάς προτείνουν τον ακόλουθο συσχετισμό: η ενδοδερμική παραμονή του υλικού πληρώσεως = [πολυμερές σώμα] X [ελαστικότητα x %] και η κλινική διατήρηση του αποτελέσματος ενός υλικού πληρώσεως που αποτελείται από XLHA εξαρτάται από τη μάζα και την ελαστικότητα του υλικού που εμφυτεύεται.

Η μέθοδος εφαρμογής των fillers είναι απλή, καλά ανεκτή από τον ασθενή, έχει άμεσα αποτελέσματα και συχνά δεν απαιτεί ούτε την χρήση τοπικής αναισθησίας με εμπότιση ή επίθιξη.

Τα βασικά πλεονεκτήματα της εφαρμογής των μεθόδων αυτών αναλύονται στον ΠΙΝΑΚΑ ΙΙ.

Σαν σχετικό μειονέκτημα θεωρείται το γεγονός ότι το αποτέλεσμα από τη χρήση των περισσότερων ενέσιμων υλικών πληρώσεως δεν είναι μόνιμο. Εξαιρετική βαρύτητα βέβαια έχει η πλήρης ενημέρωση του ασθενούς, ώστε να αποδεχθεί αυτό το γεγονός καθώς και το ενδεχόμενο ανάγκης συμπληρωματικών ενέσεων. Ο ασθενής, όπως άλλωστε είναι ο κανόνας για όλους τους τύπους επεμβάσεων κοσμητικής χειρουργικής, θα πρέπει να γνωρίζει τα όρια των δυνατοτήτων της κάθε μεθόδου, ώστε να μη διατηρεί προσδοκίες που δεν μπορούν να πραγματοποιηθούν. Από την άλλη πλευρά, το μη μόνιμο του αποτελέσματος έχει και τη θετική του πλευρά: αφενός ότι ένα μη πλήρως αποδεκτό αποτέλεσμα επιδέχεται βελτιώσεως και αφετέρου είναι αναστρέψιμο με την πάροδο του χρόνου χωρίς βιολογικές επιπτώσεις για τον ασθενή.

Ειδικά θα αναφερθούμε εδώ στο λίπος ως υλικό πληρώσεως με εφαρμογές σε περιπτώσεις όπως μετατραυματικά ελλείμματα του προσώπου, η ημιπροσωπική ατροφία, επιπλοκές από ακτινοβολία και πολλές κοσμητικές εφαρμογές.

Οι ενέσεις με αυτόλογο λίπος που λαμβάνεται με λιποαναρρόφηση σκοπεύουν κυρίως στην αύξηση του όγκου των χειλέων αλλά και στη βελτίωση περιοχών, όπως οι ρινοχειλικές αύλακες, η περιοχή των συγχειλιών και η γενειοχειλική αύλακα. Στα χείλη, το λίπος ενίεται μέσα στη μάζα τους καθώς και κατά μία άλλη μέθοδο ενδομυϊκά στο σφιγκτήρα του στόματος. Βασικό πλεονέκτημα της μεθόδου είναι η πλήρης απουσία αλλεργικών αντιδράσεων. Ένα ποσοστό του λίπους που ενίεται παραμένει μόνιμα στους ιστούς. Εντούτοις, οι περιορισμοί της μεταμόσχευσης είναι γνωστοί, ιδιαίτερα η μακροπρόθεσμη .μη συντήρηση όγκου. Πρόσφατες

ΠΙΝΑΚΑΣ Ι

Α. Υαλουρονικό οξύ (μη ζωικής προέλευσης)

1. **Σκευάσματα:** Captique©, Hylaform© (Plus), Juvaderm© (Ultra, Ultra Plus), Restylane© (Touch, Perlane, Lipp, SubQ, Vital), Revanesse© (Pure, Ultra, ReDexis, ReDexis Ultra), Puragen©, Puragen Plus© και Prevelle Silk©, Esthelis© (Basic, Soft) (ορισμένα περιέχουν και λιδοκαΐνη).
2. **Διάρκεια αποτελέσματος:** 3-12 μήνες.

Β. Κολλαγόνο (Βόιο, χοίρειο, ανθρώπινο)

1. **Σκευάσματα:** Artefill© (περιέχει επίσης πολυμεθυλμεθακρυλικό και λιδοκαίνη), Cosmoplast / Cosmoderm©, Evolence©, Zyderm / Zyplast©,Cymetra© (micronized form of Alloderm).
2. **Διάρκεια αποτελέσματος:** Μόνιμο (Artefill), 3-6 μήνες (Cosmoplast / Cosmoderm, Zyderm / Zyplast,Cymetra, 12 μήνες (Evolence).

Γ. Συνθετικά

1. **Σκευάσματα:** Silskin© (Purified Silicone), Radiesse© (Υδροξυλαπατίτης), Sculptra© (Πολυ-L-γαλακτικό οξύ), Laresse© (Καρβοξυμεθυλκυτταρίνη και Οξείδιο του Πολυαιθυλενίου), Aquamid© (Πολυακρυλαμίδιο).
2. **Διάρκεια αποτελέσματος:** Ημιμόνιμο (Silskin, Aquamid), 12 μήνες (Radiesse, Laresse), >24 μήνες (Sculptra).

Δ. Αυτόλογο Λίπος

ΠΙΝΑΚΑΣ ΙΙ

Α. Η διαδικασία είναι απλούστατη, γρήγορη και γίνεται στο περιβάλλον του ιατρείου.

Β. Η ένεσή τους στους ιστούς είναι πολύ καλά ανεκτή από τους ασθενείς χωρίς να απαιτείται αναισθησία, εκτός από τη χρήση τους στα χείλη όπου ενδείκνυται η χρήση τοπικής αναισθησίας.

Γ. Το αποτέλεσμα είναι άμεσα ορατό από τον ασθενή.

Δ.. Ο ασθενής επανέρχεται αμέσως στις κοινωνικές, επαγγελματικές και οικογενειακές του δραστηριότητες.

Ε. Η χρήση τους είναι επαναλαμβανόμενη, εφ' όσον το απαιτεί η περίπτωση.

ΣΤ. Η χρήση τους μπορεί να συνδυαστεί με άλλες κοσμητικές επεμβάσεις.

WHITE DONE RIGHT

Opalescence® PF

- Το μόνο PF ژελ λευκάνσης με καλλιώδης και παχύρρευστη σύνθεση ώστε να παραμένει στο δισκάριο
- Με σύνθεση PF (νιτρικό κάλιο και φθόριο) για την προστασία της περιδόντας, ενδυνάμωση της αδαμαντίνης και ελαχιστοποίηση της ευαισθησίας
- Σε 4 συγκεντρώσεις: 10, 15, 20 & 35% υπεροξείδιο του καρβαμιδίου
- Σε 3 γεύσεις: καρπούζι, μέντα και άγευστο
- Σε σύριγγα για εύκολη τοποθέτηση
- Βραβευμένες συνθέσεις από το 1990
- Περιέχει 20% νερό για την αποφυγή της αφυδάτωσης και την χρωματική υποτροπή
- Πανεπιστημιακές έρευνες έχουν αποδείξει ότι το ژελ παραμένει ενεργό για 8-10 ώρες όταν γίνεται η λεύκανση καθ' όλη τη διάρκεια της νύχτας*

*Matis, BA, Gao, U, Blasco, van D, Schultz, Fin, Eckert, GA: In Vivo Penetration of Bleaching Gel Used in Whitening Trays. JADA 1999
Τηλ: 210 2-337-038, fax 463

Μεσογείων 39, 11527 Αθήνα, Τηλ. 210 6163192, fax 210 6163193, e-mail: [illegible]

ULTRADENT PRODUCTS, INC

μελέτες έχουν δείξει ότι μόνο ένα 3% - 4% των ασθενών διατηρούν το αρχικό αποτέλεσμα για διάστημα μεγαλύτερο των 14 μηνών.
Οι πλέον σύγχρονες αναπαραγωγικές τεχνικές των κυττάρων του λιπώδους ιστού, όπως εκείνες με τη χρήση βλαστοκυττάρων, μας δίνουν προοπτικές για το μέλλον. Οι σχετικές προκλινικές μελέτες και οι πρώτες κλινικές σειρές δείχνουν ότι τα βλαστοκύτταρα προσφέρουν τη δυνατότητα να χρησιμοποιήσουμε ένα νέο υλικό πληρώσεως, χωρίς τα μειονεκτήματα της τρέχουσας τεχνολογίας.

Περιοχές εφαρμογής των ενέσιμων υλικών πληρώσεως στην περιοχή του προσώπου

Τα υλικά αυτά συνήθως κατηγοριοποιούνται κατά την κλινική εφαρμογή σε αυτά της αποκατάστασης όγκου (volumizers) και σε εκείνα της αντιμετώπισης των ρυτίδων ή αυλάκων (fillers). Η διαφοροποίηση είναι κυρίως κλινική αλλά έχει και σχέση με τις ιδιότητες αυτού καθαυτού του υλικού.

Έγχυση στα χείλη.
Τα χείλη αποτελούν την ανατομική περιοχή με τη μεγαλύτερη ζήτηση χρήσης ενέσιμων υλικών πληρώσεως. Τα υλικά αυτά χρησιμοποιούνται για την τόνωση του περιγράμματος των χειλέων, των κάθετων στηλών του φίλτρου του άνω χείλους, για να απαλυνθούν οι κάθετες ρυτίδες του άνω χείλους και για να αυξηθεί το μέγεθος των χειλέων. Λόγω της ιδιαίτερης ευαισθησίας των χειλέων απαιτείται τοπική αναισθησία είτε με εμπότιση στο βάθος της ουλοχειλικής αύλακας, είτε με στελεχιαία αναισθησία του υποκογχίου νεύρου για το άνω χείλος και του γενειακού νεύρου για το κάτω χείλος.

Έγχυση στις ρινοχειλικές αύλακες.
Η έγχυση στις περιοχές αυτές γίνεται με δύο μεθόδους που μπορούν και να συνδυαστούν μεταξύ τους: την γραμμική έγχυση και τις εστιακές διαδοχικές εγχύσεις. Οι εγχύσεις πρέπει να γίνονται με τον ασθενή σε όρθια θέση και όχι κατακεκλιμένο.

Έγχυση στις γραμμές της «μαριονέτας».
Η ιδιαιτερότητα των περιοχών αυτών έγκειται στο γεγονός ότι απαιτείται αρκετή ποσότητα υλικού για να επιτευχθεί το επιθυμητό αποτέλεσμα, ως εκ τούτου η έγχυση του υλικού γίνεται σε δύο επίπεδα, ένα βαθύτερο που αποτελεί την βάση για την έγχυση του υλικού και σε πιο επιφανειακό επίπεδο που τελικά εξομαλύνει τις γραμμές αυτές.

Έγχυση στις κάθετες ρυτίδες του άνω χείλους.
Για την αντιμετώπιση των ρυτίδων αυτών χρησιμοποιούνται τα πλέον λεπτόκοκκα υλικά σε επιπολής ενδοδερμικό επίπεδο.

Έγχυση στην υποκόγχια περιοχή (tear trough).
Απαιτεί λεπτούς χειρισμούς και λεπτόκοκκα υλικά.

Έγχυση στην περιοχή των ζυγωματικών .
Η έγχυση εδώ γίνεται ουσιαστικά πάνω από το περιόστεο. Σε ορισμένες περιπτώσεις η προσωρινή αποκατάσταση που επιτυγχάνεται, αποτελεί προετοιμασία για μια πιο μόνιμη λύση (όπως μαλακά ή σκληρά ζυγωματικά αλλοπλαστικά ενθέματα).

Έγχυση στην κροταφική περιοχή για την αποκατάσταση μετατραυματικών ελλειμμάτων ή απώλεια ιστού λόγω γήρανσης των ιστών.

Έγχυση στην παρειακή χώρα (και ιδίως εν τω βάθει εκατέρωθεν των ρινοχειλικών αυλάκων για αποκατάσταση του όγκου με λίπος ή άλλα υλικά πληρώσεως).

Έγχυση στα λοβία του αυτιού μετά από λέπτυνσή τους με την πάροδο της ηλικίας.

Έγχυση στα πτερύγια ή στη ράχη της μύτης (αναίμακτη ρινοπλαστική).

Ενδοστοματικές εφαρμογές.

Επιπλοκές

Τα ενέσιμα (δερματικά) υλικά πληρώσεως θεωρούνται σε γενικές γραμμές ασφαλή και αποτελεσματικά. Εκτός από την αλλεργική αντίδραση που ορισμένα μπορούν να προκαλέσουν (συνιστάται σχετική δοκιμασία) μπορεί επίσης να προκληθεί προσωρινό οίδημα, βακτηριακή ή ιογενής λοίμωξη, επιφανειακή φυσαλίδα του υπερκειμένου δέρματος, ερυθρότητα ή εκχύμωση στο σημείο της έγχυσης. Οι παρενέργειες αυτές συνήθως υποχωρούν γρήγορα. Τέλος ο ασθενής μπορεί να χρησιμοποιήσει «make up» λίγες ώρες μετά τη συνεδρία.

Στόχοι της χρήσης των fillers στη σύγχρονη κοσμητική γναθοπροσωπική χειρουργική είναι:

1. Η πρόληψη. Ένας μεγάλος αριθμός μη επεμβατικών τεχνικών μπορεί να εφαρμοστεί προληπτικά για την αποφυγή της γήρανσης του προσώπου και αφορά νεότερα άτομα. Οι ανάγκες της σύγχρονης κοινωνίας με την αύξηση των απαιτήσεων για εικόνα οδηγεί πολλές νέες γυναίκες, αλλά και άνδρες, στην αναζήτηση των καλύτερων και επιστημονικότερων τρόπων με στόχο την πρόληψη της γήρανσης.
2. Η βελτίωση των χαρακτηριστικών του προσώπου. Αν και η ομορφιά είναι κατεξοχήν υποκειμενική, εντούτοις υπάρχουν κάποιες ελάχιστα επεμβατικές μέθοδοι που μπορούν εύκολα, αναίμακτα και άμεσα να διαφοροποιήσουν κάποιες περιοχές του προσώπου. Οι διαφοροποιήσεις αυτές που ουσιαστικά βελτιώνουν μια ανατομική περιοχή κατά την επιθυμία των ασθενών μας, αλλά και σύμφωνα με τις διεθνείς προδιαγραφές προτύπων ομορφιάς, γίνονται συνήθως με τα υλικά αύξησης όγκου (volumizers).
3. Η ανανέωση-ανάπλαση του προσώπου. Διαφορές τεχνικές χρησιμοποιούνται και εδώ για την επαναφορά του προσώπου στην κατάσταση που ήταν με τη χρήση των fillers.
4. Η συμπληρωματική αγωγή μετά από ορθογναθικές επεμβάσεις και άλλες επανορθωτικές επεμβάσεις του προσώπου, ειδικά για την περαιτέρω βελτίωση των μαλθακών μορίων.

Ειδικά εδώ πρέπει να αναφερθούμε στον πολύ επιτυχή διεθνώς συνδυασμό της εφαρμογής των υλικών αυτών με όλες σχεδόν τις μη επεμβατικές, ελάχιστα επεμβατικές ή και χειρουργικές κοσμητικές επεμβάσεις στην περιοχή του προσώπου και του τραχήλου. (Συνδυασμός με βοτουλινική τοξίνη Α, ραδιοσυχνότητες, Laser, μεσοθεραπεία, χημειοαποφολίδωση - peeling, ρινοπλαστική, βλεφαροπλαστική, mini ρυτιδοπλαστική, αλλοπλαστικά ενθέματα, ορθογναθικές επεμβάσεις κ.λπ.).
Ως πλέον σύγχρονη μέθοδος εφαρμογής των υλικών πληρώσεως αναφέρεται η συνδυασμένη χρήση διαφόρων υλικών μεταξύ τους για καλύτερα αποτελέσματα. Οι συνδυασμοί των υλικών μπορούν να ταξινομηθούν σε χρονικούς και ανατομικούς. Οι χρονικοί συνδυασμοί αναφέρονται στη χρήση των διαφορετικών υλικών πληρώσεως σε διαφορετικούς χρόνους, ενώ οι ανατομικοί συνδυασμοί αναφέρονται στη χρήση διαφορετικών υλικών πληρώσεως σε διαφορετικά μέρη του προσώπου. Πριν βεβαίως προχωρήσουμε σε συνδυασμούς, καλό θα είναι να υπάρχει κλινική εμπειρία της χρήσης του καθενός ξεχωριστά. Τα προϊόντα αύξησης όγκου συνδυάζονται άριστα με υλικά εξομάλυνσης των ρυτίδων.

Ενθέματα της περιστοματικής περιοχής

Τα ενθέματα αυτά **δεν είναι ενέσιμα υλικά πληρώσεως** και στην περιστοματική περιοχή χρησιμοποιούνται κυρίως για την αύξηση του μεγέθους των χειλέων και την εξομάλυνση των ρινοχειλικών αυλάκων. Τα ενθέματα με την συχνότερη χρήση για τους σκοπούς αυτούς αποτελούνται από εκταθέν πολυτετραχλωροαιθυλένιο (expanded polytetrafluoroethylene-ePTFE) με ορισμένες δομικές τροποποιήσεις ανάλογα με τον κατασκευαστή (Advanta©, Gore-Tex©, Gore-Tex Strands© and Multi-Strands©, SoftForm©, Ultra-Soft©). Το αποτέλεσμα είναι μόνιμο αλλά και αναστρέψιμο αν χρειαστεί. Η τοποθέτηση του ενθέματος στα χείλη γίνεται υπό τοπική αναισθησία μέσω δύο μικρών τομών του χειλικού βλεννογόνου στην περιοχή της δεξιάς και αριστερής συγχειλίας. Με ειδικό εργαλείο δημιουργείται υποβλεγόννια σήραγγα σε επίπεδο μόλις κάτω από την επιπολής μοίρα του σφιγκτήρα του στόματος και όχι βαθύτερα ενδομυϊκά. Το εμφύτευμα εισάγεται στο χείλος μέσω αυτής της σήραγγας.

Σήμερα τα υλικά πληρώσεως έχουν τύχει εκτεταμένης χρήσης στην περιοχή του προσώπου. Σε συνδυασμό με την διαρκώς διογκούμενη προτίμηση των ασθενών προς τις ελάχιστα επεμβατικές κοσμητικές μεθόδους, έχουν συμβάλει στην ανάπτυξη νέων τεχνικών, (όπως π.χ. της ρινοπλαστικής με υλικά πληρώσεως) και την αποκατάσταση σημαντικών προβλημάτων αναπλήρωσης ελλείποντος όγκου (όπως π.χ. χρήση Sculptra σε περιπτώσεις HIV λιποδυστροφίας) και γενικότερης μορφοανάπλασης του προσώπου.
Ορισμένα υλικά πληρώσεως χαρακτηρίζονται σαν μόνιμα, το αισθητικό όμως αποτέλεσμα δεν είναι μόνιμο. Οι ασθενείς θα συνεχίσουν να γερνούν και η αντίληψη του αισθητικά ωραίου θα συνεχίσει να εξελίσσεται. Είναι ιδιαίτερα σημαντικό για τον κλινικό που αρχίζει να ασχολείται με τον τομέα αυτό να αποκτήσει εμπειρία με τα προσωρινά υλικά πληρώσεως πριν μεταπηδήσει στα μόνιμα υλικά.

Εικόνα α, β. Τόνωση του περιγράμματος του άνω χείλους με ενέσιμο υλικό πληρώσεως.

Εικόνα γ, δ. Εξάλειψη των γραμμών της «μαριονέτας» με ενέσιμο υλικό πληρώσεως.

Εικόνα ε, ζ. Αύξηση του όγκου του άνω χείλους και βελτίωση των κάθετων ρυτίδων με ενέσιμο υλικό πληρώσεως.

Icon®

Η καινοτόμος θεραπεία της τερηδόνας, χωρίς τροχό!

Η Βλάβη

Αρχόμενη τερηδόνα
με ακτινογραφικό βάθος έως και
το πρώτο τριτημόριο της οδοντίνης

Μέχρι τώρα αντιμετωπιζόταν:

1. Με φθορίωση που δεν ήταν αποτελεσματική, ιδιαίτερα στο πιο προχωρημένο στάδιο
2. Με έμφραξη, με συνήθως μεγαλύτερη απώλεια οδοντικού ιστού απ' όσο ήταν απαραίτητο.

Η θεραπεία

Διαπότιση της Τερηδόνας με ICON

Τώρα, πλέον, οι πρώιμες τερηδονικές αλλοιώσεις θεραπεύονται

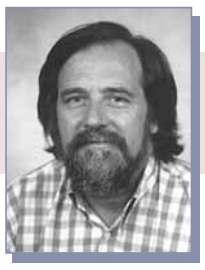
Χωρίς πόνο, χωρίς αναισθησία, χωρίς τροχό, χωρίς απώλεια υγιούς οδοντικού ιστού

DMG

ΑΠΟΚΛΕΙΣΤΙΚΟΣ ΑΝΤΙΠΡΟΣΩΠΟΣ

Μιλτιάδης Βιτσαρόπουλος Α.Ε.

Μεσογείων 348, 153 41 Αγ. Παρασκευή • Τηλ.: 210 6541 340 • Fax: 210 6541 618
www.vitsaropoulos.gr • e-mail: info@vitsaropoulos.gr



ΕΠΕΙΓΟΥΣΑ ΕΝΔΟΔΟΝΤΙΚΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ

Τσαγκρής Άρης Οδοντίατρος - αποκλειστική άσκηση Ενδοδοντίας - Προύντζος Φοίβος Οδοντίατρος - επίκουρος καθηγητής Ενδοδοντίας ΕΚΠΑ

Στο άρθρο που δημοσιεύτηκε στο προηγούμενο φύλλο του «Οδοντιατρικού Βήματος», ξεκίνησε η περιγραφική μας αναφορά στην τελευταία από τις κατηγορίες των τραυματικών βλαβών, που αφορά στον τραυματισμό των περιοδοντικών ιστών. Στο σημερινό φύλλο ολοκληρώνεται η αναφορά μας αυτή με τη σημαντικότερη ίσως από τις τραυματικές βλάβες αυτής της κατηγορίας, τη ***μερική*** και την ***ολική εκγόμφωση*** του δοντιού. Σημαντικότερη, γιατί η βλάβη αυτή ανέκαθεν κατείχε πρωταγωνιστικό ρόλο στη σκηνή των τραυματικών βλαβών, ίσως όχι άδικα. Το γεγονός ότι εμφανίζεται στατιστικά συχνότερα σε νεαρούς ασθενείς, κυρίως σχολικής ηλικίας, και αφορά κατά κύριο λόγο μπροστινά δόντια (συνήθως τομείς) της μόνιμης οδοντοφυΐας, προσδίδει στην τραυματική αυτή βλάβη ιδιαίτερη βαρύτητα, ειδικά στην περίπτωση της ολικής εκγόμφωσης.

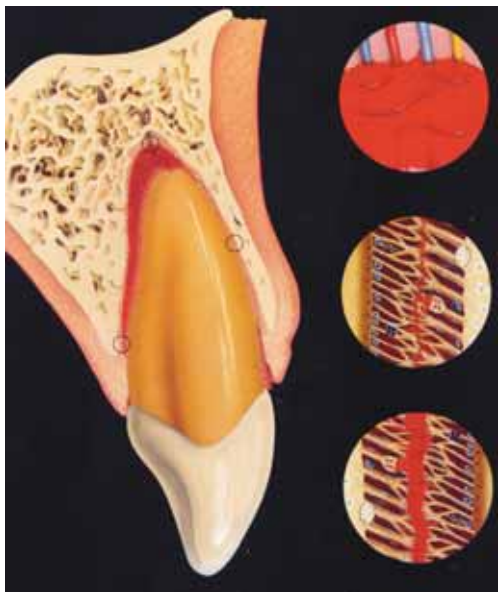
Ο κλινικός έχει να αντιμετωπίσει μια διπλή πρόκληση. Από την μια έχει να αντιμετωπίσει ένα μικρό παιδί που πρόσφατα βίωσε μια τραυματική βλάβη, η οποία είχε ως αποτέλεσμα την απώλεια ενός μπροστινού δοντιού, γεγονός που προκαλεί φόβο, άγχος και βαρύ ψυχολογικό κλίμα τόσο στον ίδιο, όσο και στους ανθρώπους του οικείου οικογενειακού του περιβάλλοντος που τον συνοδεύουν, ενώ από την άλλη βρίσκεται αντιμέτωπος με την κλινική πρόκληση της άμεσης αναφύτευσης ενός εκγομφωμένου δοντιού, που έχει παραμείνει άλλοτε άλλο χρόνο εκτός του στοματικού περιβάλλοντος, κάτω από διαφορετικές και πολλές φορές εντελώς ακατάλληλες συνθήκες. Ίσως γι' αυτό η τραυματική αυτή βλάβη ανέκαθεν ασκούσε μια ιδιαίτερη γοητεία στον οδοντιατρικό κόσμο.

Ίσως ακόμα ο πρωταγωνιστικός της ρόλος να αποτελεί τον καλύτερο τρόπο για να κλείσει η αυλαία και στην σκηνή της Επείγουσας Ενδοδοντίας, αφού με το σημερινό μας άρθρο ολοκληρώνεται αυτό το κεφάλαιο που για 8 συνεχόμενες εκδόσεις αποτελούσε «μόνιμη στήλη» στην εφημερίδα. Νιώθουμε λοιπόν την ανάγκη να ευχαριστήσουμε θερμά τον διευθυντή σύνταξης του «Οδοντιατρικού Βήματος», Γιάννη Καρκατζούλη που από την πρώτη στιγμή στήριξε έμπρακτα αυτή την προσπάθεια, αλλά κυρίως όλους εσάς που με τις ερωτήσεις και τα σχόλια σας μας δίνατε κάθε φορά την προτροπή και το έναυσμα για τη συνέχιση της διαδρομής μας.

1. Μερική εκγόμφωση

Στη μερική εκγόμφωση του δοντιού συνυπάρχει τραυματισμός τόσο στην περιοδοντική μεμβράνη όσο και στον πολφό. Πιο συγκεκριμένα υπάρχει ρήξη των ινών του περιοδοντίου και καθολική ρήξη του αγγειονευρώδους δεματίου του πολφού. Κλινικά το δόντι έχει μετατοπισθεί κατά μήκος του επιμήκους άξονα του, προέχει εμφανώς του μασητικού επιπέδου και εμφανίζει αυξημένη κινητικότητα, ενώ συνυπάρχει και αιμορραγία από την ουλοδοντική σχισμή **(εικόνες 1, 2)**. Ουσιαστικά το δόντι έχει εκγομφωθεί και συγκρατείται στο στόμα από λίγες άθικτες ίνες της περιοδοντικής μεμβράνης στην υπερώια επιφάνεια της ρίζας του.

Το πρωτόκολλο αντιμετώπισης των περιπτώσεων αυτών προβλέπει την επανατοποθέτηση του τραυματισμένου δοντιού στην αρχική του θέση, τη ναρθηκοποίησή του για διάστημα 2 - 3 εβδομάδων και τον λεπτομερή έλεγχο της σύγκλεισης. Πιο συγκεκριμένα ο κλινικός συλλαμβάνει σταθερά τη μύλη του δοντιού με το δείκτη και τον αντίχειρα και ασκώντας σταθερή πίεση προσπαθεί να επαναφέρει το δόντι στην αρχική



Εικόνα 1: Σχηματική παράσταση μερικής εκγόμφωσης. Μετασχεδίαση από Andreasen & Andreasen.

Εικόνα 2: Μερική εκγόμφωση, κλινική εικόνα. Παρατηρήστε πώς ο 11 προέχει του μασητικού επιπέδου και την αιμορραγία από την ουλοδοντική σχισμή.

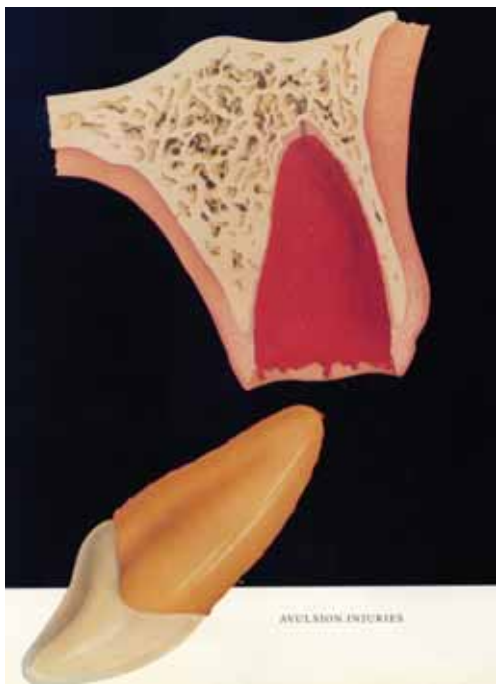
του θέση. Μετά την επαναφορά του δοντιού στο φατνίο του, αυτό ακινητοποιείται με ρητίνη στα παρακείμενα δόντια εγγύς και άπω και γίνεται λεπτομερής έλεγχος της σύγκλεισης. Συνιστάται στον ασθενή η αποφυγή λήψης σκληρών τροφών και η σχολαστική τήρηση της στοματικής υγιεινής. Δύο με τρεις εβδομάδες μετά αφαιρείται η ακινητοποίηση και αξιολογείται η κατάσταση του πολφού. Τονίζεται στον ασθενή και η σημασία της παρακολούθησης του δοντιού σε τακτά χρονικά διαστήματα για ένα διάστημα τουλάχιστον 6 μηνών. Στους περιοδικούς αυτούς επανελέγχους γίνεται έλεγχος της ζωτικότητας του πολφού και εφαρμόζεται η κατάλληλη θεραπευτική αντιμετώπιση.

Η πρόγνωση εξαρτάται από τον χρόνο που μεσολάβησε για την επανατοποθέτηση του δοντιού. Όσο πιο άμεση είναι αυτή, τόσο μεγαλύτερη είναι και η πιθανότητα επαναγγείωσης του πολφού. Από την στιγμή που διαπιστωθεί η νέκρωση του πολφού, ο κλινικός θα πρέπει να καταφύγει άμεσα στην ενδοδοντική θεραπεία του δοντιού.

2. Ολική εκγόμφωση

Στην ολική εκγόμφωση υπάρχει καθολική ρήξη τόσο της περιοδοντικής μεμβράνης, όσο και του αγγειονευρώδους δεματίου του πολφού, ενώ μπορεί να συνυπάρχει και κάταγμα στην φατνιακή απόφυση. Το δόντι έχει απομακρυνθεί πλήρως από το φατνίο του και συνήθως ο ασθενής το έχει στο χέρι του ή στην χειρότερη περίπτωση το έχει χάσει εντελώς **(εικόνες 3, 4)**.

Το πρωτόκολλο αντιμετώπισης της ολικής εκγόμφωσης σε γενικές γραμμές προβλέπει την άμεση επανεμφύτευση του δοντιού στο φατνίο του και την ακινητοποίησή του, αφού ο χρόνος παραμονής του δοντιού εκτός του στοματικού περιβάλλοντος είναι ίσως ο σημαντικότερος από τους παράγοντες που επηρεάζουν την πρόγνωση. Πλην του χρόνου, όμως, η διαφύλαξη του



Εικόνα 3: Σχηματική παράσταση ολικής εκγόμφωσης. Μετασχεδίαση από Andreasen & Andreasen.

Εικόνα 4: Ολική εκγόμφωση του 21, κλινική εικόνα.

δοντιού στο κατάλληλο μέσο, η αποφυγή της απόξεσης της ρίζας και του φατνίου και η προσεκτική επανατοποθέτησή του στο φατνίο αποτελούν πρόσθετους παράγοντες που μπορεί να επηρεάσουν θετικά ή αρνητικά την πρόγνωση και τη μακροχρόνια παραμονή του αναφυτευθέντος δοντιού στο φραγμό.

Πιο συγκεκριμένα η αντιμετώπιση της ολικής εκγόμφωσης διαφοροποιείται ανάλογα με τον χρόνο που το δόντι έχει παραμείνει εκτός του φατνίου και με το αν αυτό έχει ή όχι διαφυλαχτεί σε κάποιο κατάλληλο μέσο διατήρησης.

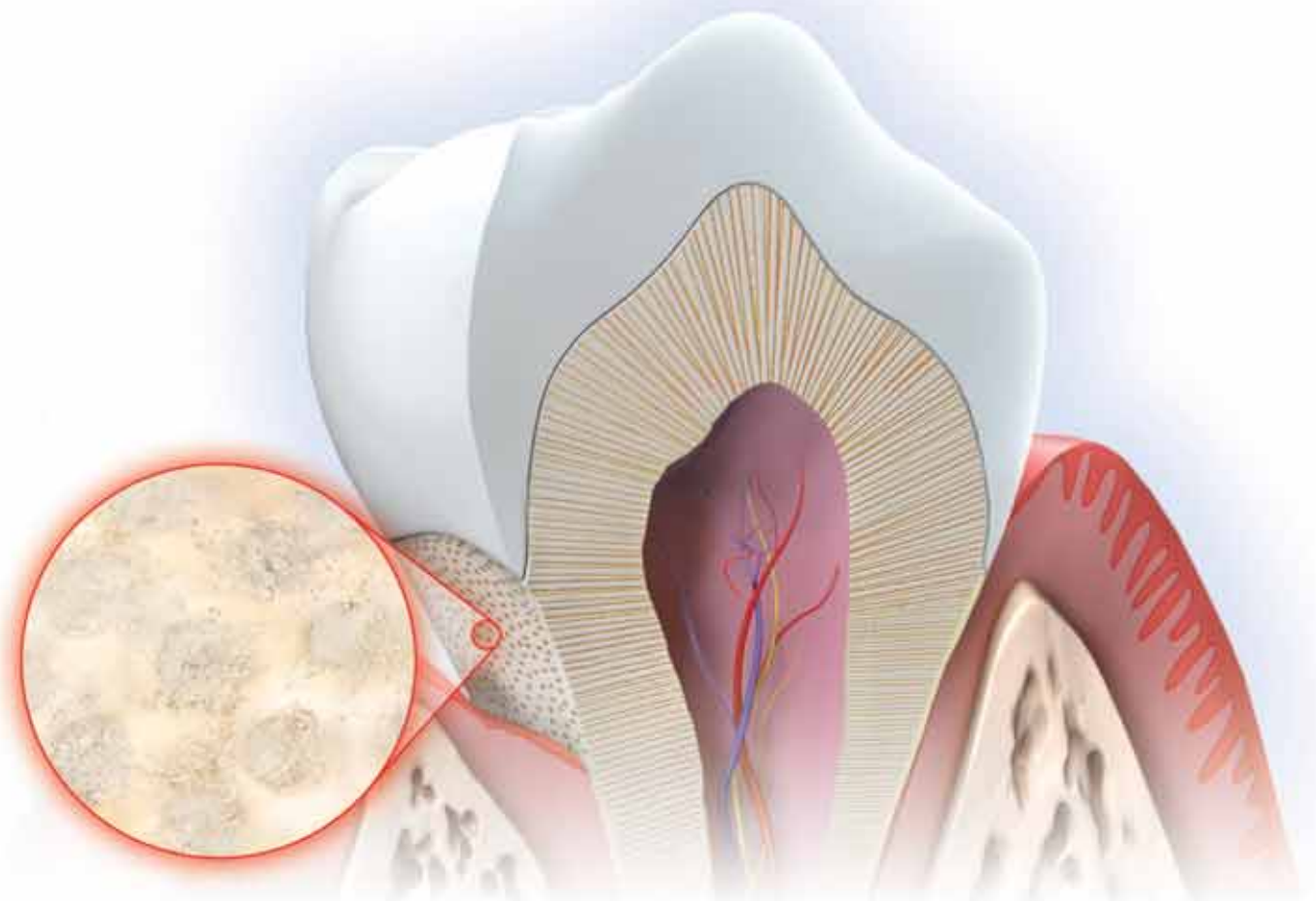
Στην περίπτωση που ο ασθενής έχει επανατοποθετήσει μόνος του, αντανακλαστικά, το δόντι στο φατνίο, ο ρόλος του κλινικού περιορίζεται στον σχολαστικό καθαρισμό της περιοχής με διακλυσμούς με φυσιολογικό ορό ή διάλυμα χλωρεξιδίνης. Ελέγχεται ακτινογραφικά η σωστή θέση του δοντιού στο φατνίο, ρυθμίζεται η σύγκλειση και ακολουθεί η ακινητοποίηση του δοντιού με ρητίνη στα παρακείμενα δόντια εγγύς και άπω για χρονικό διάστημα μιας εβδομάδας. Γίνεται συρραφή των ιστών εφόσον χρειάζεται, ειδικά στην περιοχή του αυχένα, και δίνονται σαφείς, γραπτές οδηγίες στον ασθενή, που αφορούν στην αντιτετανική κάλυψη και την συστηματική χορήγηση αντιβιοτικών, πενικιλλίνη 4 φορές ημερησίως για 7 ημέρες ή δοξυκυκλίνη 2 φορές ημερησίως για 7 ημέρες, με δόση που εξατομικεύεται ανάλογα με το βάρος και την ηλικία του ασθενούς. Συνιστάται στον ασθενή η αποφυγή λήψης σκληρών τροφών για 2 εβδομάδες τουλάχιστον και η σχολαστική τήρηση της στοματικής υγιεινής με ταυτόχρονη χρήση ενός διαλύματος χλωρεξιδίνης.

Αν οι γονείς του μικρού ασθενούς τηλεφωνήσουν στο ιατρείο αμέσως μετά το συμβάν, τότε ο κλινικός θα πρέπει να τους δώσει συγκεκριμένες και σαφείς οδηγίες από το τηλέφωνο, προκειμένου για τη σωστή αντιμετώπιση, μια και κάτι τέτοιο θα παίξει σημαντικό ρόλο στην μετέπειτα πορεία του περιστατικού. Γίνεται λοιπόν σύσταση στον γονέα να πιάσει σταθερά το δόντι από την μύλη του και στην συνέχεια να το ξεπλύνει καλά με φυσιολογικό ορό ή αν αυτό δεν είναι άμεσα δυνατό, με τρεχούμενο νερό και να το επανατοποθετήσει άμεσα στο φατνίο του, λέγοντας στον ασθενή να το συγκρατεί στη θέση του με τα δάχτυλά του ή με τη γλώσσα του. Αν ο γονέας αδυνατεί ή φοβάται να επανατοποθετήσει το δόντι, τότε συνιστάται η διαφύλαξή του σε φυσιολογικό ορό, γάλα ή σάλιο, τοποθετώντας το δόντι κάτω από την γλώσσα του και να προσέλθει άμεσα στο ιατρείο με τον μικρό ασθενή.

Συνέχεια στη σελίδα 10

ΝΕΟ
ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΑ PRO-ARGIN™

ΑΝΑΚΑΛΥΨΤΕ ΤΗΝ ΚΑΙΝΟΤΟΜΙΑ ΣΤΗΝ ΑΝΑΚΟΥΦΙΣΗ ΤΗΣ ΕΥΑΙΣΘΗΣΙΑΣ



Η ***Colgate® Sensitive Pro-Relief™*** περιέχει την Τεχνολογία Pro-Argin™, η οποία περιέχει αργινίνη, ένα αμινοξύ που βρίσκεται φυσιολογικά στο σάλιο και μια αδιάλυτη ένωση ασβεστίου με τη μορφή ανθρακικού ασβεστίου. Η Τεχνολογία Pro-Argin™ προκαλεί έγκλειση των ανοικτών οδοντινοσωληναρίων συμβάλλοντας στην εξάλειψη της αιτίας του πόνου και χρησιμοποιείται από πολλούς οδοντιάτρους για θεραπεία της ευαισθησίας στο ιατρείο.

Η ***Colgate® Sensitive Pro-Relief™*** είναι η πρώτη οδοντόπαστα που προσφέρει κλινικά αποδεδειγμένη άμεση και διαρκή ανακούφιση από την οδοντινική υπερευαισθησία:

- Άμεση ανακούφιση όταν εφαρμόζεται απευθείας στο ευαίσθητο δόντι με το ακροδάχτυλο κάνοντας ελαφρύ μασάζ επί 1 λεπτό[1]
- Διαρκή ανακούφιση με βούρτσισμα 2 φορές την ημέρα που είναι αποδεδειγμένα πιο αποτελεσματικό από τις συνηθισμένες οδοντόπαστες με ιόντα καλίου[2]
- 1.450 ppm φθορίου για προστασία από την τερηδόνα

Άμεση και διαρκής ανακούφιση από την οδοντινική υπερευαισθησία

1 Nathoo S et al. J Clin Dent 2009; 20 (Spec Iss): 123-130
2 Docimo R et al. J Clin Dent 2009; 20 (Spec Iss): 17-22

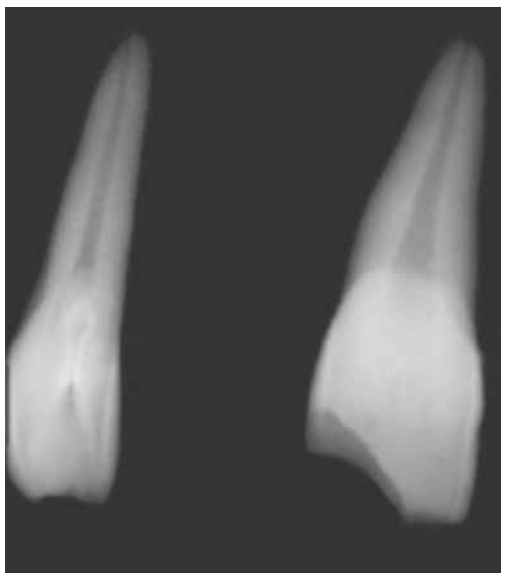
Colgate
Ο ΣΥΜΜΑΧΟΣ ΣΑΣ ΣΤΗΝ ΚΑΛΗ ΣΤΟΜΑΤΙΚΗ ΥΓΕΙΑ

COLGATE PALMOLIVE Εμπορική (Ελλάς) Μ.Ε.Π. Ε., Αθηνών 89, Πειραιάς 185 41, τηλ. 210 48 31 900, **www.colgate.com.gr**

Ο ρόλος του μέσου διαφύλαξης αποβλέπει στη διατήρηση της ζωτικότητας των κυττάρων του πολφού και της περιοδοντικής μεμβράνης. Τα εκγομφωμένα δόντια μπορούν να διατηρηθούν για πολλές ώρες, ακόμη και μέρες στο κατάλληλο μέσο. Το ιδανικότερο μέσο διαφύλαξης είναι το υγρό καλλιέργειας ιστών, αλλά δεν είναι εύκολο να βρεθεί άμεσα. Βέβαια, σε οδοντιατρικά προηγμένες χώρες κυκλοφορεί με την εμπορική ονομασία «save a tooth», και μάλιστα υπάρχει πάντα διαθέσιμο σε σχολεία και σε χώρους αθλοπαιδιών. Στην χώρα μας, όμως, κάτι τέτοιο δεν ισχύει. Έτσι, το μέσο εκλογής, προκειμένου για την διατήρηση του εκγομφωμένου δοντιού, θεωρείται ο φυσιολογικός ορός και ακολουθεί το φρέσκο γάλα κατά προτίμηση με χαμηλά λιπαρά (2%) και τέλος το σάλιο.

Μετά την άφιξη στο ιατρείο το φατνίο ξεπλένεται καλά με άφθονο φυσιολογικό ορό προκειμένου να διαλυθεί ο αιματικός θρόμβος που θα έχει ήδη οργανωθεί και αφαιρούνται με προσοχή τα αιματικά πήγματα, χωρίς να αποξεσθεί καθόλου το τοίχωμα του φατνίου. Σύμφωνα με ερευνητικά δεδομένα, η ύπαρξη θρόμβου στο φατνίο κατά την αναφύτευση του εκγομφωμένου δοντιού, προάγει την αγκύλωση του τελευταίου. Ο σχολαστικός καθαρισμός του φατνίου λοιπόν παίζει σημαντικό ρόλο για την μετέπειτα πορεία. Η ρίζα του εκγομφωμένου δοντιού ξεπλένεται κι αυτή με φυσιολογικό ορό και το δόντι επανατοποθετείται με ήπιες κινήσεις και με μεγάλη προσοχή στη θέση του. Αν κατά την προσπάθειά του αυτή ο κλινικός αισθανθεί αντίσταση, δεν θα πρέπει να επιμείνει πιέζοντας το δόντι. Αντίθετα θα πρέπει να σταματήσει την προσπάθεια και αφού τοποθετήσει το δόντι μέσα σε φυσιολογικό ορό να ελέγξει προσεκτικά τα τοιχώματα του φατνίου για πιθανό κάταγμα. Το κάταγμα των τοιχωμάτων του φατνίου είναι η συνηθέστερη αιτία για την δυσκολία που μπορεί να αντιμετωπίσει ο κλινικός κατά την προσπάθεια αναφύτευσης του εκγομφωμένου δοντιού. Σε μια τέτοια περίπτωση η ανάταξη του κατάγματος γίνεται με ένα αμβλύ, επίπεδο εργαλείο (π.χ. με έναν ευθύ μοχλό) ώστε να μην υπάρχει ο κίνδυνος απόξεσης των τοιχωμάτων του. Ακολουθεί η ακτινογραφική επιβεβαίωση της θέσης του δοντιού, η ακινητοποίησή του, ο έλεγχος της σύγκλεισης και οι οδηγίες στον ασθενή, όπως περιγράφηκαν παραπάνω. Στα δόντια που έχει ολοκληρωθεί η διάπλαση του ακρορριζίου δεν αναμένεται επαναγγείωση του πολφού, οπότε μία εβδομάδα μετά και πριν από την αφαίρεση της ακινητοποίησης ξεκινά μακρόχρονη θεραπεία με $Ca(OH)_2$. Στην περίπτωση που η διάπλαση της ρίζας του αναφυτευθέντος δοντιού δεν έχει ολοκληρωθεί, η επαναγγείωση του πολφού είναι πιθανή. Έτσι, ο ασθενής θα πρέπει να επανεξετάζεται κάθε εβδομάδα για χρονική περίοδο ενός μηνός μετά από την αναφύτευση. Ο κλινικός θα πρέπει να ξεκινήσει μακρόχρονη θεραπεία με $Ca(OH)_2$ ευθύς μόλις διαπιστώσει κλινικά ευρήματα που συνηγορούν υπέρ της πολφικής βλάβης.

Εικόνα 5: Οπισθοφατνιακό ακτινογράφημα των φατνίων των εκγομφωθέντων δοντιών. Ελέγχονται τα τοιχώματα των φατνίων για πιθανό κάταγμα.



Εικόνα 6: Οπισθοφατνιακό ακτινογράφημα των εκγομφωθέντων δοντιών.

Τέλος στην περίπτωση που το δόντι έχει διατηρηθεί σε ξηρό περιβάλλον ο καθοριστικότερος παράγοντας που τροποποιεί το πρωτόκολλο αντιμετώπισης είναι ο χρόνος που έχει μεσολαβήσει. Αν ο χρόνος αυτός είναι μικρότερος από μία ώρα, τότε γίνεται προσπάθεια αναφύτευσης ακολουθώντας το πρωτόκολλο που ήδη περιγράφθηκε. Όταν το χρονικό διάστημα που έχει περάσει είναι μεγαλύτερο από μία ώρα, τότε θεωρείται ότι τα κύτταρα του πολφού και της περιοδοντικής μεμβράνης είναι πλέον νεκρά, οπότε γίνεται λόγος για καθυστερημένη αναφύτευση. Σε μια τέτοια περίπτωση το φατνίο ξεπλένεται καλά με φυσιολογικό ορό και απομακρύνονται τα αιματικά πήγματα από αυτό. Η ριζική επιφάνεια του δοντιού καθαρίζεται με φυσιολογικό ορό και αποξέεται, ώστε να απομακρυν-

Εικόνα 7: Τα δόντια αμέσως μετά την αναφύτευσή τους.

Εικόνα 8: Τέσσερα χρόνια μετά την αναφύτευση.

Εικόνα 9: Επτά χρόνια μετά, με τα ακτινογραφικά σημεία της αντικαταστατικής απορρόφησης, παραπάνω από εμφανή.

θούν τα νεκρωμένα τμήματα της περιοδοντικής μεμβράνης. Γίνεται διάνοιξη του δοντιού στο χέρι και εκπόλφωση και στη συνέχεια αυτό τοποθετείται σε διάλυμα NaF για πέντε λεπτά τουλάχιστον και αφού ολοκληρωθεί η ενδοδοντική θεραπεία του δοντιού εκτός στόματος, ακολουθεί η αναφύτευση του δοντιού. Κάποιοι κλινικοί προτείνουν την εφαρμογή αδαμαντινογενίνης στην επιφάνεια της ρίζας του εκγομφωμένου δοντιού πριν από την αναφύτευσή του. Τέλος, το δόντι στην περίπτωση της καθυστερημένης αναφύτευσης ακινητοποιείται για μεγαλύτερο διάστημα, περίπου 3 - 4 εβδομάδες.

Ένα άλλο σημείο που χρειάζεται ιδιαίτερη προσοχή σε όλες τις περιπτώσεις αναφύτευσης εκγομφωμένων δοντιών έχει να κάνει με την διάρκεια και την συχνότητα των επανεξετάσεων. Πιο συγκεκριμένα η κατάσταση του αναφυτευθέντος δοντιού θα πρέπει να επανεξετάζεται κάθε εβδομάδα για τον πρώτο μήνα και στη συνέχεια στους 2 μήνες, στους 4 μήνες, στους 6 μήνες, στον ένα χρόνο και κάθε χρόνο για τα επόμενα πέντε χρόνια. Ο λόγος γι' αυτό έχει να κάνει με το γεγονός ότι στα δόντια αυτά παρουσιάζεται σε ένα αρκετά σημαντικό ποσοστό. Χαρακτηριστικό για την αξία τής επί μακρόν επανεξέτασης των περιπτώσεων αυτών αποτελεί το κλινικό περιστατικό που παρουσιάζεται στη συνέχεια.

Η ασθενής ηλικίας 40 ετών προσήλθε με εκγομφωμένους τους 21 και 22 μετά από ατύχημα **(εικόνα 5)**. Τα δόντια είχαν παραμείνει σε ξηρό περιβάλλον για χρονικό διάστημα 36 ωρών**(εικόνα 6)**. Παρά το γεγονός ότι η πρόγνωση του περιστατικού ήταν φτωχή, ακολουθήθηκε το πρωτόκολλο της καθυστερημένης αναφύτευσης **(εικόνα 7)**. Η πορεία του περιστατικού έδειξε να δικαιώνει την προσπάθειά μας, αφού ο ακτινογραφικός έλεγχος κατά τις επανεξετάσεις μέχρι και τα τέσσερα χρόνια μετά δεν είχε αποκαλύψει σημεία αντικαταστατικής απορρόφησης **(εικόνα 8)**. Επτά χρόνια μετά, η ασθενής μας ενημέρωσε τηλεφωνικά ότι το ένα από τα δύο αναφυτευθέντα δόντια «κουνιόταν πολύ». Προγραμματίσθηκε για εξέταση και ο ακτινογραφικός έλεγχος των δοντιών έδειξε την καθολική απορρόφηση της ρίζας του 11, η μύλη του οποίου ουσιαστικά κρατιόταν στο στόμα από τα ούλα και εμφανή σημάδια αντικαταστατικής απορρόφησης στη ρίζα του 12 **(εικόνα 9)**.

Αντάυγειες Οδοντικής Αισθητικής

και όχι μόνο...

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

Η οδοντική αποκατάσταση σήμερα είναι συνυφασμένη με την αισθητική.

Η ανάπτυξη υλικών που συγκολλούνται στις οδοντικές επιφάνειες άλλαξε ριζικά την κατεύθυνση της διάγνωσης και φυσικά της αισθητικής αποκατάστασης των σκληρών οδοντικών ιστών.

Ο οδοντίατρος, με μια σημαντική ελευθερία κινήσεων και επιλογών και πάντα στο πλαίσιο αποδεκτών βιολογικών αρχών, μπορεί να εφαρμόζει δημιουργικές αισθητικές τεχνικές, χωρίς να θυσιάζει υπερβολική ποσότητα ιστών αλλά και χωρίς να περιορίζει τις μελλοντικές επιλογές του.

Αναγκαία προϋπόθεση για την εφαρμογή στην κλινική πράξη όλων αυτών αποτελεί αφενός η ανάπτυξη της αισθητικής μας αντίληψης και αφετέρου η γνώση των τεχνικών που απαιτούν οι κλινικές εφαρμογές.

Σε αυτό το τεύχος η στήλη έχει τη χαρά να φιλοξενεί την Επίκουρη Καθηγήτρια Οδοντικής Χειρουργικής του ΕΚΠΑ, κυρία Χαρίκλεια Παξιμαδά, με ένα κλινικό περιστατικό που άπτεται, φυσικά, της αισθητικής.

Για την καλοσύνη της, την ευχαριστώ πολύ, ελπίζοντας και σε άλλη μελλοντική συνεργασία.

Περιστατικό

Γυναίκα 25 ετών προσήλθε στο ιατρείο αναζητώντας αισθητική βελτίωση του χαμόγελου. Κατά την προσεκτική κλινική εξέταση καταγράφηκε αισθητικό πρόβλημα, που αφορούσε στο μέγεθος και στη θέση των πλάγιων τομέων της άνω γνάθου.

Η λήψη αποτυπώματος και η κατασκευή εκμαγείου, επί του οποίου τροποποιήθηκε, μέσω του διαγνωστικού κέρωματος, το μέγεθος και η θέση των πλάγιων τομέων, έδειξαν αισθητική βελτίωση.

Αποφασίστηκε η κλινική παρέμβαση με την τεχνική της ελάχιστης αποκοπής των οδοντικών ιστών και την αλλαγή του μεγέθους και της θέσης των δύο δοντιών με σύνθετη ρητίνη, όπως φαίνεται στις εικόνες που ακολουθούν.

Εικ. 1. *Αρχική εικόνα του περιστατικού.*

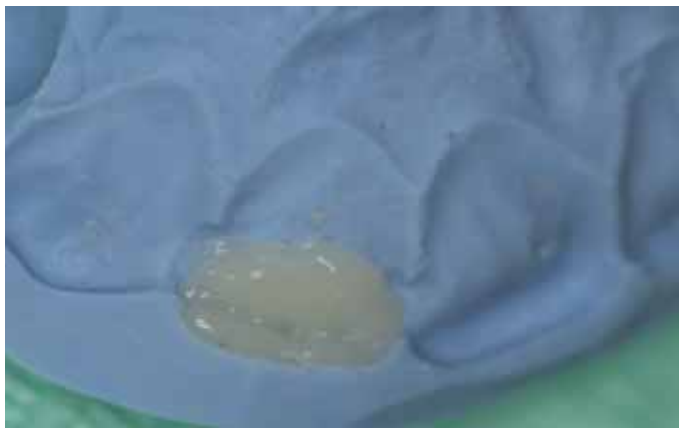
Εικ. 2. *Το κλειδί σιλικόνης, που κατασκευάστηκε από το εκμαγείο μετά το διαγνωστικό κέρωμα, τοποθετημένο στο στόμα. Παρατηρήστε τους χώρους που καταλείπονται στην περιοχή των πλαγίων. Οι χώροι αυτοί θα γεμίσουν με σύνθετη ρητίνη.*

Εικ. 3. *Αρχική εικόνα του δεξιού πλάγιου τομέα.*

Εικ. 4. *Παρασκευή (ελάχιστη αποκοπή αδαμαντίνης) και απομόνωση, με τοποθέτηση αυχενικά και όμορα ταινίας κελουλοΐτη.*

Εικ. 5. *Τοποθέτηση αδροποιητικού παράγοντα (ορθοφωσφορικού οξέος 35%) για 30 sec.*

Εικ. 6. Τοποθέτηση συγκολλητικού παράγοντα και πολυμερισμός.



Εικ. 7. Τοποθέτηση ρητίνης (αδαμαντίνης) στο κλειδί σιλικόνης.

Εικ. 8. Τοποθέτηση του κλειδιού σιλικόνης με τη ρητίνη στο στόμα για την αποκατάσταση της υπερώιας αδαμαντίνης.

Εικ. 9. Τοποθέτηση της οδοντίνης και σχηματισμός των οδοντινικών λοβών στο κοπτικό τριτημόριο.

Εικ. 10. Τοποθέτηση glass conector πάνω από την οδοντίνη.

Εικ. 11. Τοποθέτηση διαφάνειας αδαμαντίνης στο κοπτικό τριτημόριο.

Εικ. 12. Τοποθέτηση τελικού επιφανειακού στρώματος αδαμαντίνης.

Εικ. 13. Ο πλάγιος τομέας μετά τη διαμόρφωση και λείανση.

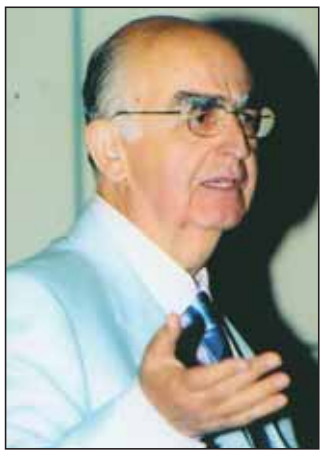
Εικ. 14. Αρχική εικόνα του αριστερού πλάγιου τομέα.

Εικ. 15. Ο αριστερός πλάγιος τομέας μετά τη διαμόρφωση και λείανση.

Εικ. 16. Αρχική εικόνα του περιστατικού.

Εικ. 17. Τελική εικόνα του περιστατικού μετά την αποκατάσταση των πλάγιων τομέων.

Εικ. 18. Το χαμόγελο της ασθενούς 1 χρόνο μετά.



Τα Μυστικά του Στόματος...

Γιώργος Χ. Λάσκαρης
Στοματολόγος. Ιατρός - Οδοντίατρος
Αν. Καθηγητής Στοματολογίας Ιατρικής Σχολής Παν. Αθηνών
Επισκέπτης Καθηγητής Παν. Λονδίνου
Πρόεδρος Ελληνικής Εταιρείας Κλινικής Στοματολογίας

Επικοινωνία:
τηλ. 210-7291667
e-mail: glaskari@yahoo.gr
site : www.georgelaskaris.gr

Πέμφιγα

Η πέμφιγα κατέχει κορυφαία θέση στη Δερματολογική και Στοματολογική Παθολογία, λόγω της σοβαρότητας των κλινικών προβλημάτων που προκαλεί, την κακή πρόγνωση - αφού μέχρι τις αρχές της δεκαετίας του 1950, ήταν ένα θανατηφόρο νόσημα- καθώς και τις μεγάλες δυσκολίες που παρουσιάζει η θεραπευτική παρέμβαση. Η νόσος εκδηλώνει βλάβες στο δέρμα και στους βλεννογόνους. Το στόμα κατέχει κορυφαία θέση στην κλινική έκφραση της νόσου αφού είναι στόχος στο 80-90% των περιπτώσεων, ενώ σε ποσοστό πάνω από 75% οι βλάβες στο στόμα είναι τα πρώτα σημεία της νόσου. Σημαντικό εξάλλου είναι ότι οι Ελληνες μαζί με τους Εβραίους και άλλους λαούς περί τη Μεσόγειο θάλασσα βρίσκονται στην πρώτη γραμμή νοσηρότητας από τη νόσο. Για τους λόγους αυτούς ο οδοντίατρος πρέπει να διαθέτει υψηλό δείκτη υποψίας για πέμφιγα, κυρίως όταν ασθενείς εμφανίζουν διαβρώσεις στο στόμα που επιμένουν και έχουν τάση για επέκταση. Η θεραπεία της νόσου είναι πολύ δύσκολη, αφού απαιτεί για πολλά χρόνια λήψη κορτικοστεροειδών και άλλων ανοσοκατασταλτικών φαρμάκων που μπορεί να έχουν σοβαρές παρενέργειες. Η ανάληψη αυτής της ευθύνης πρέπει να γίνεται μόνο από ειδικούς με βαθιές γνώσεις Στοματολογίας, Δερματολογίας, εσωτερικής Παθολογίας καθώς και μεγάλη θεραπευτική εμπειρία. Στηριζόμενοι στην εμπειρία των τελευταίων 30 ετών, μπορούμε να πούμε ότι η μάχη με την πέμφιγα κερδήθηκε, με την προϋπόθεση της πρώιμης διάγνωσης και της ορθής θεραπείας και οι θάνατοι από τη νόσο είναι σήμερα σπάνιο φαινόμενο.

Ο όρος πέμφιξ (pemphigus) πηγάζει από την ελληνική λέξη πέμφιξ (pemphix) που σημαίνει «φούσκα-πομφόλυγα». Κάτω από τον όρο αυτόν ταξινομείται μια αυτοάνοση ομάδα που χαρακτηρίζεται από την εμφάνιση χρόνιων πομφολυγωδών εκδηλώσεων και διαβρώσεων στο δέρμα και στους βλεννογόνους με παρουσία αυτοαντισωμάτων που στρέφονται εναντίον συγκεκριμένων πρωτεϊνών (δεσμογλεΐνες 3 και 1) της κυτταρικής μεμβράνης των κερατινοκυττάρων (δεσμοσωμάτια) που έχει ως αποτέλεσμα την απώλεια επαφής των κυττάρων (ακανθόλυση). Η συχνότητα πέμφιγας κυμαίνεται από 0,1 έως 0,8 νέες περιπτώσεις ανά 100.000 ανθρώπους το χρόνο. Οι Ελλάδα, Ισραήλ, Ιταλία και άλλες μεσογειακές χώρες βρίσκονται στην κορυφή της συχνότητας. Παρά το γεγονός ότι δεν υπάρχουν ακριβή στοιχεία για την Ελλάδα, υπολογισμοί του γράφοντος, με εξέταση και αντιμετώπιση πάνω από 1.000 περιπτώσεων πέμφιγας στα 40 χρόνια ενασχόλησης με τη νόσο, είναι ότι στη χώρα μας καταγράφονται 50-60 νέες περιπτώσεις το χρόνο. Η νόσος προσβάλλει πιο συχνά γυναίκες παρά άνδρες σε σχέση 1,5:1 με αιχμή εμφάνισης μεταξύ 45 και 60 ετών ενώ είναι πολύ σπάνια σε παιδιά και εφήβους. Ο μικρότερος ασθενής που έχουμε διαγνώσει και ανακοινώσει μαζί με τη Στοματολόγο Ελεάνα Στουφή σε διεθνές περιοδικό (Oral Surg Oral Med Oral Pathol 69:609, 1990) είναι κορίτσι ηλικίας 6 ετών.

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

Εικόνα 1

Εικόνα 2

Εικόνα 3

άλλους βλεννογόνους και το δέρμα, ενώ δεν είναι σπάνιο η νόσος να παραμείνει αποκλειστικά στόμα.

Η μεγάλη δραστηριότητα της πέμφιγας στο στόμα αναδεικνύει το σημαντικό ρόλο του οδοντιάτρου για πρώιμη διάγνωση και παραπομπή του ασθενούς σε στοματολόγο με μεγάλη εμπειρία για τη νόσο για τελική διάγνωση και θεραπεία που πάντα πρέπει να γίνεται σε συνεργασία με δερματολόγο που να διαθέτει ανάλογη εμπειρία. Η συχνή εμφάνιση της νόσου στο στόμα οφείλεται στο γεγονός ότι το υπεύθυνο αντιγόνο που τροποποιείται είναι το πεπτίδιο δεσμογλεΐνη 3 (Dsg3), το οποίο πυροδοτεί την παραγωγή αυτοαντισωμάτων, που απαντά κυρίως στα δεσμοσωμάτια των επιθηλιακών κυττάρων του βλεννογόνου του στόματος. Αντίθετα, όταν το υπεύθυνο αντιγόνο είναι η δεσμογλεΐνη 1 (Dsg1) που βρίσκεται κυρίως στην επιδερμίδα, έχουμε κλινική έκφραση με βλάβες στο δέρμα. Τέλος, όταν η τροποποίηση αφορά τις δεσμογλεΐνες 3 και 1, έχουμε κλινικές βλάβες στο στόμα και το δέρμα. **Συμπερασματικά, ο κλινικός φαινότυπος της πέμφιγας έχει αντιγονική αντιστοιχία.** Στον πίνακα Ι παρατίθενται τα υπεύθυνα αντιγόνα και αντισώματα στις διάφορες μορφές της νόσου. Κλινικά στο στόμα παρατηρούνται ακανόνιστες διαβρώσεις **(Εικ. 1, 2)** που καλύπτονται από λευκωπή ψευδομεμβράνη που αντιπροσωπεύει το κατεστραμμένο επιθήλιο και που χαρακτηριστικά έχουν την τάση για επέκταση, ενώ σπάνια βρίσκονται άθικτες πομφόλυγες. Ένα σημαντικό κλινικό σημείο είναι το «σημείο Nikolsky» που είναι η αποκόλληση φαινομενικά υγιούς επιθηλίου μετά από ήπια τριβή με το δάκτυλο ή σπάτουλα και έχει ως ιστολογικό υπόβαθρο την ακανθόλυση. Προσοχή, το σημείο Nikolsky μπορεί να παρατηρηθεί και στο πεμφιγοειδές των βλεννογόνων, το πομφολυγώδες πεμφιγοειδές, σε άλλα αυτοάνοσα πομφολυγώδη νοσήματα, τη νόσο του Darier, το πολύμορφο ερύθημα. Διαφορική διάγνωση κλινικά στο στόμα γίνεται από πολλά νοσήματα, τα πιο συχνά από τα οποία βρίσκονται ταξινομημένα στον **πίνακα ΙΙ**. Στο δέρμα η νόσος εκδηλώνεται με πομφόλυγες που γρήγορα σπάνε, καταλείποντας διαβρώσεις, που χαρακτηριστικά έχουν τάση για φυγόκεντρη επέκταση **(Εικ. 3)**. Τέλος, βλάβες απαντούν σπανιότερα στο βλεννογόνο του οφθαλμού

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

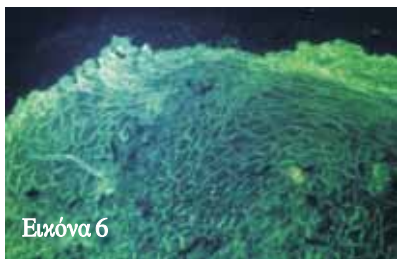
Ποικιλία πέμφιγας	Προσβολή στόματος	Προσβολή δέρματος	Αυτο-αντίσωμα	Αντιγόνο	Μορ. βάρος αντιγόνου (KDa)
Κοινή	Πολύ συχνή	Συχνή	IgG	Δεσμογλεΐνη 3,1	130 160
Βλαστική	Συχνή	Πολύ συχνή	IgG	Δεσμογλεΐνη 1,3	130 160
Φυλλώδης	Σπάνια	Πολύ συχνή	IgG	Δεσμογλεΐνη 1	160
Ερυθηματώδης	Σπάνια	Πολύ συχνή	IgG	Δεσμογλεΐνη 1	160
Φαρμακευτική	Συχνή	Συχνή	IgG	Δεσμογλεΐνη 3,1	130 160
Παρα-νεοπλασματική	Πολύ συχνή	Συχνή	IgG, IgA	Δεσμογλεΐνη 3,1 Δεσμοπλακίνη I,II Πλεκτίνη, BPAG1, περιπλακίνη	130 160 250 210 500 190
IgA πέμφιγα	Σπάνια	Πολύ συχνή	IgA	Δεσμοκολλίνη 1	110/100

Πίνακας ΙΙ. Κλινική διαφορική διάγνωση πέμφιγας στόματος

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

Εικόνα 4

Εικόνα 5


Εικόνα 6

(Εικ. 4), της μύτης, του φάρυγγα, του λάρυγγα, των γεννητικών οργάνων, προκαλώντας ανάλογα συμπτώματα.

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

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

Σημαντικό ρόλο στην αλλαγή της πρόγνωσης έχουν και άλλα ανοσοκατασταλτικά φάρμακα, όπως η αζαθειοπρίνη, ο μυκοφαινολικός εστέρας, η κυκλοσπορίνη και άλλα, που χρησιμοποιούνται πάντα σε συνδυασμό με τα κορτικοστεροειδή. Τέλος, πρόσφατα, νέα φάρμακα όπως το Rituximab, που είναι μονοκλωνικό αντίσωμα έναντι του CD20 αντιγόνου, έχει δημιουργήσει ελπίδες για επιτυχή εναλλακτική θεραπεία της νόσου.

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

ΣΕΜΙΝΑΡΙΟ ΣΤΟΜΑΤΟΛΟΓΙΑΣ
Πρώιμη Διαγνωστική Προσέγγιση του Καρκίνου του Στόματος από τον Οδοντίατρο: Νέες τεχνικές

Το Σάββατο 20 Φεβρουαρίου 2010, η **Ελληνική Εταιρεία Κλινικής Στοματολογίας** θα πραγματοποιήσει Σεμινάριο Στοματολογίας με θέμα «**Πρώιμη Διαγνωστική Προσέγγιση του Καρκίνου του Στόματος από τον Οδοντίατρο: Νέες Τεχνικές**». Το Σεμινάριο θα διεξαχθεί στην αίθουσα Ιλισός στο ξενοδοχείο Caravel από τις 9:30 έως τις 13:00 μ.μ.

Στο πρώτο μέρος του Σεμιναρίου, όπου θα προεδρεύουν οι κ. Ε. Βαϊρακτάρης και Δ. Μαλάμος, θα παρουσιαστούν τα θέματα «**Επιδημιολογία Καρκίνου Στόματος**» από τον κ. Δ. Αντωνιάδη, η «**Κλινική προσέγγιση πρώιμης βλάβης**» από τον κ. Γ. Λάσκαρη, η «**Κυτταρολογική εξέταση και ηλεκτρονική ανάλυση (Brush biopsy)**» από τον κ. Π. Καψοκέφαλο και η «**Τεχνική κυανού της τολοουδίνης**» από την κ. Μ. Δούκα. Μετά το διάλειμμα θα ακολουθήσει το δεύτερο μέρος του Σεμιναρίου, όπου θα προεδρεύουν οι κ. Σ. Γαβριήλ και Γ. Λούμου. Θα αναλυθούν τα θέματα «**Τεχνική Χημειοφωταύγιας (ViziLite system)**» από την κ. Ε. Στουφή, η «**Τεχνική αυτοφθορισμού ιστών (VELscope system)**» από την κ. Ε. Γεωργακοπούλου, η «**Φασματογραφία φθορισμού ιστών (Tissue Fluorescene spectroscopy)**» από τον κ. Δ Ανδρεάδη και, τέλος, «**Βιοψία και Ιστολογική εξέταση: Κλινική μεθοδολογία και αξιολόγηση ιστολογικής εξέτασης**» από την κ. Ε. Γκάγκαρη. Θα ακολουθήσει συζήτηση και συμπεράσματα.

Το δικαίωμα συμμετοχής στο Σεμινάριο είναι 10 €.

Γιώργος Λάσκαρης, Πρόεδρος Ελλ. Εταιρείας Κλινικής Στοματολογίας

Γναθοπροσωπική Χειρουργική & Εμφυτεύματα

Μόνιμη στήλη της Γναθοπροσωπικής Χειρουργικής Κλινικής της Ιατρικής Σχολής του Πανεπιστημίου Αθηνών, Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο «Αττικόν», Διευθυντής: Καθηγητής Ε. Βαϊρακτάρης

Τη στήλη αυτή επιμελούνται, πέρα από εμένα, συνεργάτες της Γναθοπροσωπικής Χειρουργικής Κλινικής της Ιατρικής Σχολής του Πανεπιστημίου Αθηνών και άλλοι εκλεκτοί συνάδελφοι διάφορων ειδικοτήτων, ειδικών κάθε φορά στα περιγραφόμενα θέματα.
Ταυτόχρονα, θα θέλαμε να ανοίξουμε έναν ανοιχτό διάλογο μαζί σας, τόσο ως προς τη θεματολογία όσο και ως προς ενδεχόμενα ερωτήματα που θα σας δημιουργηθούν από την περιγραφή του κάθε θέματος.
Η στήλη αυτή φιλοδοξεί να δίνει απαντήσεις σε επιστημονικούς προβληματισμούς σας στο πεδίο της Γναθοπροσωπικής Χειρουργικής και των Εμφυτευμάτων και να συμβάλει στην κλινική σας πράξη.
Με συναδελφικούς χαιρετισμούς, ***Λευτέρης Βαϊρακτάρης***

e-mail: lvairakt@med.uoa.gr

Τεχνικές ανύψωσης του ιγμορείου άντρου για τοποθέτηση εμφυτευμάτων

Η βιβλιογραφία για όλα αυτά που αναφέρονται κατωτέρω βρίσκεται στη διάθεση του κάθε ενδιαφερομένου (e-mail επικοινωνίας: lvairakt@med.uoa.gr).

Ε. Βαϊρακτάρης*, Σ. Βασιλείου, Δ. Αυγουστίδης**, Θ. Νισύριος****

* Καθηγητής Ιατρικής Σχολής Αθηνών, Διευθυντής της Κλινικής Γναθοπροσωπικής Χειρουργικής του Νοσοκομείου «Αττικόν»

** Επιστημονικοί συνεργάτες, Κλινική Γναθοπροσωπικής Χειρουργικής, Νοσοκομείο «Αττικόν», Ιατρική Σχολή Παν/μίου Αθηνών

Λόγω της μεγάλης έκτασης της συγκεκριμένης εργασίας, στο παρόν τεύχος του «Ο.Β.» δημοσιεύεται μόνο το **πρώτο μέρος** του άρθρου **«Τεχνικές ανύψωσης του ιγμορείου άντρου για τοποθέτηση εμφυτευμάτων»**. Στο επόμενο φύλλο της εφημερίδας θα ακολουθήσει και το **δεύτερο μέρος.**

Η αποκατάσταση της νωδότητας στο οπίσθιο τμήμα ατροφικής άνω γνάθου με τη χρήση οστεοενσωματούμενων εμφυτευμάτων αποτελεί σοβαρή εγχειρητική διαδικασία, λόγω των επιπλοκών που μπορεί να προκύψουν από τη διάτρηση της υπερκείμενης αεροφόρου κοιλότητας του ιγμορείου άντρου.

Το ιγμόρειο άντρο έχει πυραμοειδές σχήμα (**εικόνα 1**) με τη βάση προς τη φατνιακή ακρολοφία της άνω γνάθου και την κορυφή προς το εξωτερικό τοίχωμα της ρινικής κοιλότητας, αντίστοιχα προς τον μέσο ρινικό πόρο.

Όταν υπάρχει εκτεταμένη απορρόφηση της άνω γνάθου, είναι πολύ συχνό το φαινόμενο η φατνιακή ακρολοφία να αποτελείται από ένα λεπτό οστικό πέταλο στη βάση της αεροφόρου κοιλότητας αυτής, καθιστώντας την τοποθέτηση εμφυτευμάτων στην περιοχή προβληματική. Σε τέτοιες περιπτώσεις είναι αδύνατη η τοποθέτηση εμφυτευμάτων, εάν δεν αυξηθεί το ύψος του εναπομείναντος οστού της φατνιακής ακρολοφίας με τη βοήθεια κατάλληλων τεχνικών, οι οποίες θα συζητηθούν αναλυτικά παρακάτω.

Παρά τις παραλλαγές που συναντώνται στις διαστάσεις και στη μορφολογία του ιγμορείου άντρου, ο μέσος όγκος του σε ενήλικες είναι 12,5 ml, με τιμές που κυμαίνονται από 5 έως 22 ml, ενώ το μήκος της βάσης του ανέρχεται στα 35 mm και το ύψος του στα 25 mm.

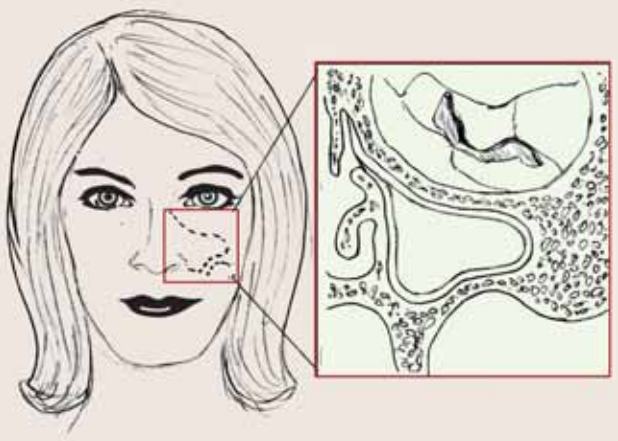
Η γνώση των ανωτέρω μέσων τιμών, των παραλλαγών της ανατομίας του και του ύψους της φατνιακής ακρολοφίας κάτω από το έδαφος του ιγμορείου άντρου, αποτελούν τους παράγοντες που θα καθορίσουν:

α) τη χειρουργική προσπέλαση και την τεχνική ανύψωσης του εδάφους του ιγμορείου άντρου που θα ακολουθήσουμε,
β) τον όγκο και το είδος του οστικού μοσχεύματος (αυτογενούς, αλλογενούς ή συνδυασμού αυτών) που θα απαιτηθεί για την ανύψωση του εδάφους του ιγμορείου, που θα μας προσφέρει ικανό ύψος οστού στη φατνιακή ακρολοφία,
γ) την επιλογή της περιοχής λήψης σε περίπτωση τοποθέτησης αυτογενούς μοσχεύματος, ώστε ο όγκος του να είναι ικανοποιητικός,
δ) την ταυτόχρονη ή όχι με την ανύψωση του ιγμορείου τοποθέτηση των εμφυτευμάτων και τέλος,
ε) το κόστος θεραπείας για τον ασθενή.

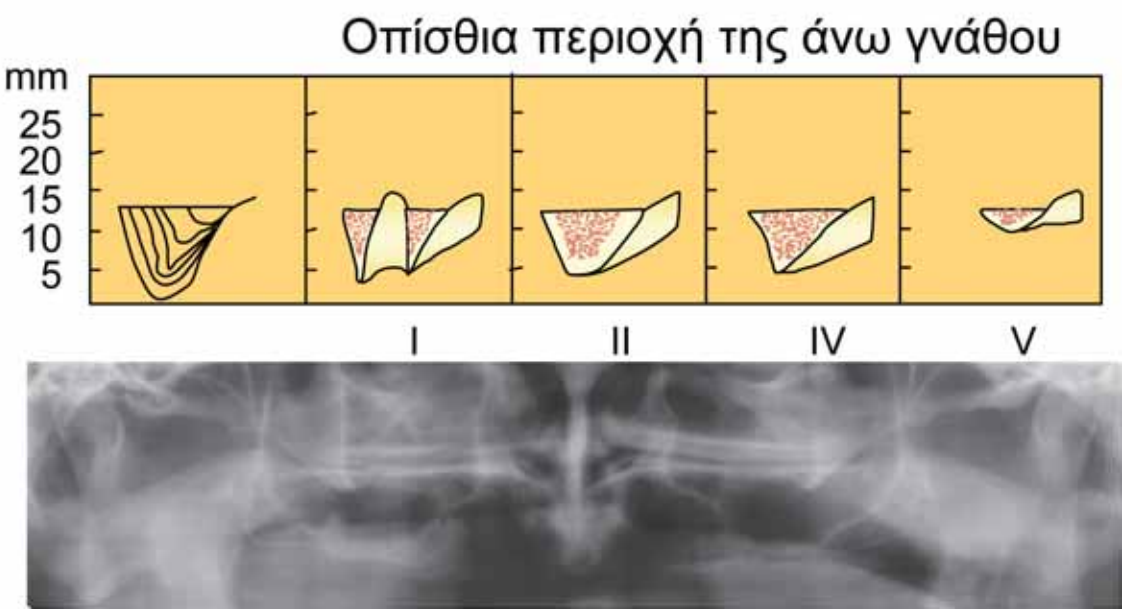
Ιγμόρειο άντρο ή γναθιαίος κόλπος – Ανατομικά δεδομένα

Το ιγμόρειο άντρο ή γναθιαίος κόλπος επενδύεται εσωτερικά από βλεννογόνο, που αποτελεί τη λεπτή μεμβράνη του Schneider (**εικόνα 1**), η οποία προσφύεται σταθερά στο υποκείμενο οστούν και επενδύεται από κροσσωτό ψευδοπολύστιβο επιθήλιο με τη βοήθεια του οποίου επιτυγχάνεται η απομάκρυνση των εκκρίσεων από το άντρο προς τη ρινική κοιλότητα. Στο έδαφος του γναθιαίου κόλπου βρίσκεται η φατνιακή ακρολοφία με τα οπίσθια δόντια, όταν αυτά φυσικά διατηρούνται ακόμη στο φραγμό.

Από τη στιγμή που τα δόντια εξαχθούν, αρχίζει η διαδικασία αναδιαμόρφωσης της φατνιακής ακρολοφίας (remodeling) με την απορρόφηση αρχικά του παρειακού πετάλου της ακρολοφίας, γεγονός που οδηγεί σε απορρόφηση *«κεντρομόλου τύπου»* (**εικόνα 2**). Με την πάροδο του χρόνου και εφόσον η νωδότητα δεν αποκατασταθεί, η απορρόφηση συνεχίζεται με αποτέλεσμα την ποιοτική και ποσοτική διαφοροποίηση του οστικού υπολείμματος αλλά και τη διόγκωση της αεροφόρου κοιλότητας του ιγμορείου. Η φυσική εξέλιξη αυτής της κατάστασης καταλήγει στο σημείο εκείνο κατά το οποίο παρεμβάλλεται μόνο ένα λεπτό οστικό πέταλο μεταξύ της μεμβράνης του κόλπου και του βλεννογόνου της φατνιακής ακρολοφίας, όπως ήδη αναφέραμε (**εικόνα 3**).



Εικ. 1: Πυραμοειδές σχήμα του ιγμορείου άντρου.



Εικ. 2: Σταδιακή κεντρομόλος απορρόφηση της ακρολοφίας στη νωδή περιοχή της άνω γνάθου και σταδιοποίηση αυτής κατά τον Cawood (A classification of the edentulous jaws. Int J Oral Maxillofac Surg. 1988; 17: 232-236).

Εικ. 3: Συγκριτική απεικόνιση, σχηματικά, της αρχικής κατάστασης και της επακόλουθης απορρόφησης της φατνιακής ακρολοφίας.

Λόγω των διαφορετικών παραγόντων που δρουν στο οστικό υπόλειμμα και λόγω του διαφορετικού χρόνου που μπορεί να έλαβε χώρα κάθε ένας από αυτούς (π.χ ετερόχρονη εξαγωγή δοντιών), συναντάμε συχνά ποικίλες κατηγορίες απορρόφησης της φατνιακής ακρολοφίας, οι οποίες και απαιτούν διαφορετικό τρόπο αντιμετώπισης.

Οι παραλλαγές αυτές είναι:

1. **Μείωση της κάθετης διάστασης της φατνιακής ακρολοφίας, εξ αιτίας διεύρυνσης του ιγμορείου (αυξημένης πνευμάτωσης), οφειλόμενη σε απορρόφηση από το εσωτερικό του.** Η φατνιακή ακρολοφία λεπταίνει σε ύψος, ενώ η διασυγκλεισιακή απόσταση παραμένει σταθερή (**εικόνα 3**). *Αντιμετωπίζεται με ανύψωση της μεμβράνης του Schneider και τοποθέτηση οστικού μοσχεύματος.*

Η πνευμάτωση του ιγμορείου αποδίδεται από τους διάφορους συγγραφείς, στις κάτωθι απόψεις στη διεθνή βιβλιογραφία:

I) Στην αυξημένη οστεοκλαστική δραστηριότητα των κυττάρων του περιοστέου κάτω από τη μεμβράνη του Schneider μετά την εξαγωγή δοντιών.

Συνέχεια στη σελίδα 18

Μεσοδόντιος καθαρισμός

TePe
Φροντίζουμε για υγιή χαμόγελα

Ροζ 0,4 mm | Πορτοκαλί 0,45 mm | Κόκκινο 0,5 mm | Μπλε 0,6 mm | Κίτρινο 0,7 mm | Πράσινο 0,8 mm | Μωβ 1,1 mm | Γκρι 1,3 mm

TePe Μεσοδόντιο Βουρτσάκι - Για όλα τα μεσοδόντια διαστήματα

Τα μεσοδόντια βουρτσάκια μας έχουν κατασκευαστεί σύμφωνα με την εξειδικευμένη σουηδική τεχνολογία. Ειδικά επιλεγμένες ίνες εξασφαλίζουν αποτελεσματικό καθάρισμα και μεγάλη διάρκεια ζωής. Όλα τα μεγέθη έχουν σύρμα επενδεδυμένο με πλαστικό για απαλό και ασφαλές καθάρισμα.

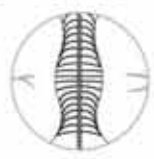
Κάμψτε το βουρτσάκι απαλά για να καθαρίσετε τα διαστήματα ανάμεσα στα πίσω δόντια. Μην επαναφέρετε την κάμψη...

...αλλά χρησιμοποιήστε ένα άλλο ίσιο βουρτσάκι για τα μπροστινά δόντια.

Καθαρίζει αποτελεσματικά τα εμφυτεύματα και τα ορθοδοντικά μηχανήματα.

Συνιστώνται ιδιαίτερα από τους οδοντιάτρους. Διατίθενται σε συσκευασία των 8 τεμαχίων. Ζητήστε τα ως **Μεσοδόντια Βουρτσάκια TePe.**

Χρήσιμη συμβουλή



Είναι σημαντικό να επιλέγετε το βουρτσάκι με το σωστό μέγεθος. Οι ίνες πρέπει να καλύπτουν το διάστημα ανάμεσα στα δόντια. Μην πιέζετε ποτέ το βουρτσάκι μέσα στο μεσοδόντιο διάστημα.

TePe Mini Flosser - Ευκολία στη χρήση του νήματος

Η TePe προσθέτει ένα νέο νήμα στη γνωστή σειρά των προϊόντων στοματικής υγιεινής.
Ένας μικρός συγκρατητήρας οδοντικού νήματος, εύχρηστος που κινείται εύκολα και ομαλά, για όσους δυσκολεύονται στη χρήση του κλασσικού οδοντικού νήματος (dental floss).
Το οδοντικό του νήμα είναι λεπτό και ανθεκτικό και εισχωρεί εύκολα σε πολύ στενά μεσοδόντια διαστήματα. Διαθέτει μια μοναδική λαβή, σχεδιασμένη ώστε να συγκρατείται με άνεση ενώ παράλληλα προσφέρει αρκετές επιλογές τρόπων χειρισμού.

Αρκετές επιλογές εύκολων τρόπων χειρισμού.

Εφαρμόστε ελαφριά πίεση πάνω στο επίπεδο δήξης και το νήμα θα τοποθετηθεί με ασφάλεια στην κατάλληλη θέση.

Το περιελιγμένο νήμα διαπλατύνεται κατά τη διάρκεια της χρήσης.

-μια πρακτική συσκευασία ταξιδίου συμπεριλαμβάνεται σε κάθε σακουλάκι.
-Διατίθεται σε πακέτα που περιλαμβάνουν ένα μοναδικό συσκευασμένο κομμάτι. Η συσκευασία αυτή εξυπηρετεί, για να δίνεται σαν δείγμα στους ασθενείς.

TePe Ξύλινες Οδοντογλυφίδες - ένα κλασσικό κομμάτι

- διατίθενται σε τρία μεγέθη
- με ή χωρίς φθόριο
- με τριγωνικό σχήμα

- ιδιαίτερα λεπτή, σημύδα (x-slim)
- λεπτή, σημύδα (slim)
- μεσαία, φιλύρα (medium)

-απελευθερώνουν φθόριο γρήγορα και αποτελεσματικά, εκεί που χρειάζεται περισσότερο: στα μεσοδόντια διαστήματα.
-αποδίδουν μια αυξημένη συγκέντρωση φθορίου στα μεσοδόντια διαστήματα μέχρι μια ώρα μετά τη χρήση.

Πλαστικές Οδοντογλυφίδες - λεπτές και εύκαμπτες

- ιδιαίτερα λεπτή
- μαλακή και εύκαμπτη
- μπορεί να επαναχρησιμοποιηθεί

Θήκη ταξιδίου

ΣΤΑ ΦΑΡΜΑΚΕΙΑ

PlacControl®
Προϊόντα Στοματικής Υγιεινής

Αθήνα: 210 93 14 004
Θεσσαλονίκη: 2310 445 297
plac@otenet.gr www.placcontrol.gr

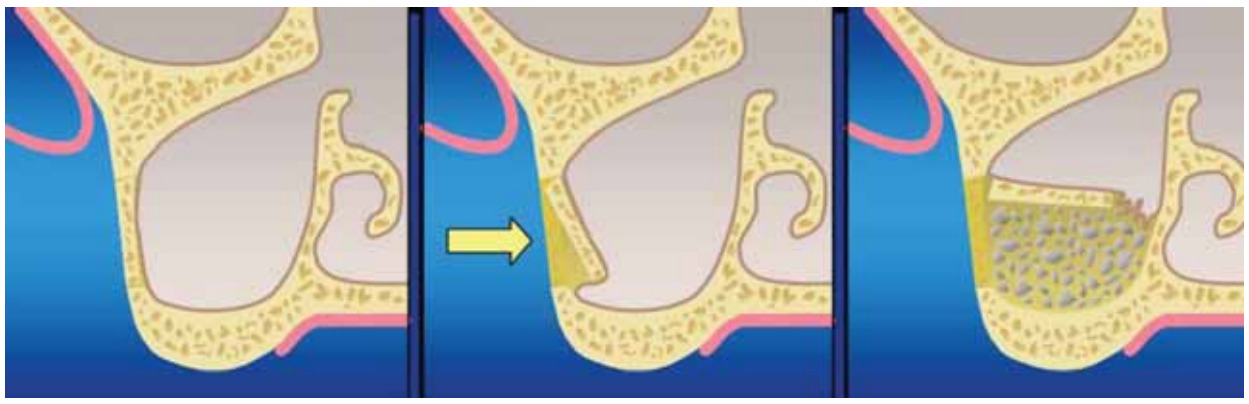
ΙΙ) Στην υπερίσχυση των δυνάμεων πίεσης εντός του ιγμορείου άντρου συγκριτικά με αυτές της φατνιακής ακρολοφίας μετά την εξαγωγή δοντιών.

ΙΙΙ) Στην ανάπτυξη αεροκήλης, βλεννοκήλης ή άλλων καλοήθων εξεργασιών εντός του κόλπου, οπότε και τα τοιχώματα αυτού επεκτείνονται προς όλες τις κατευθύνσεις λόγω της πίεσης που ασκεί πάνω τους το μόρφωμα.

2. **Μείωση της παρειο-υπερώιας διάστασης της φατνιακής ακρολοφίας, λόγω της κεντρομόλου οστικής απορρόφησης που προαναφέραμε.** Πολύ σημαντική κατηγορία που πιθανώς κατά την εμφύτευση να οδηγήσει σε ακάλυπτο τμήμα του εμφυτεύματος προστομιακά. *Αντιμετωπίζεται πιο δύσκολα, είτε με τη τοποθέτηση block οστικού μοσχεύματος προστομιακά (π.χ. λαγόνιο μόσχευμα αν είναι μεγάλης έκτασης), είτε με κατευθυνόμενη οστική αναγέννηση.*

3. **Απώλεια του κάθετου ύψους της φατνιακής ακρολοφίας με κατεύθυνση από τον βλεννογόνο του στόματος προς το έδαφος του ιγμορείου.** Η διασυγκλεισιακή απόσταση στην περίπτωση αυτή αυξάνεται και δεν υπάρχει επαρκής χώρος για τοποθέτηση εμφυτευμάτων κατάλληλου μήκους. Έτσι, μπορεί να οδηγηθούμε σε τοποθέτηση «κοντού» εμφυτεύματος με οριακό πηλίκον μήκος στεφάνης/μήκος εμφυτεύματος. *Αντιμετωπίζεται κατά βάση με τοποθέτηση οστικού μοσχεύματος, ενώ σε κάποιες περιπτώσεις, υπό προϋποθέσεις, μπορεί να αποδώσει η κατευθυνόμενη οστική αναγέννηση.*

4. **Συνδυασμός κάθετης και οριζόντιας οστικής απώλειας** απαντάται συχνότερα από όλες και *αντιμετωπίζεται με επένθετα οστικά μοσχεύματα σε μορφή συμπαγή (block), ενώ εάν υπάρχει ταυτόχρονα και οστική απώλεια από το εσωτερικό του ιγμορείου, πρέπει να γίνει ανύψωση του εδάφους του με τοποθέτηση οστικού μοσχεύματος υπό τη μεμβράνη του Schneider.*



Εικ. 4α: Μετωπιαία (στεφανιαία) τομή του ιγμορείου και ανάκαμψη βλεννογόνιου κρημνού (με τομή πάνω στη φατνιακή ακρολοφία με ελαφρά απόκλιση προς την υπερώα). β: Διάνοιξη πλευρικού οστικού παραθύρου και σταδιακή αποκόλληση της μεμβράνης. γ: Πλήρωση του κενού που δημιουργείται μετά την ανύψωση της μεμβράνης με οστικό μόσχευμα.

Τεχνικές ανύψωσης του ιγμορείου άντρου

Οι τεχνικές ανύψωσης του ιγμορείου άντρου εντάσσονται σε δύο σημαντικές κατηγορίες:

Α) Ανοικτή ανύψωση ιγμορείου ή τεχνική του οστικού παραθύρου.

Β) Κλειστή ανύψωση ιγμορείου ή τεχνική των οστεοτόμων.

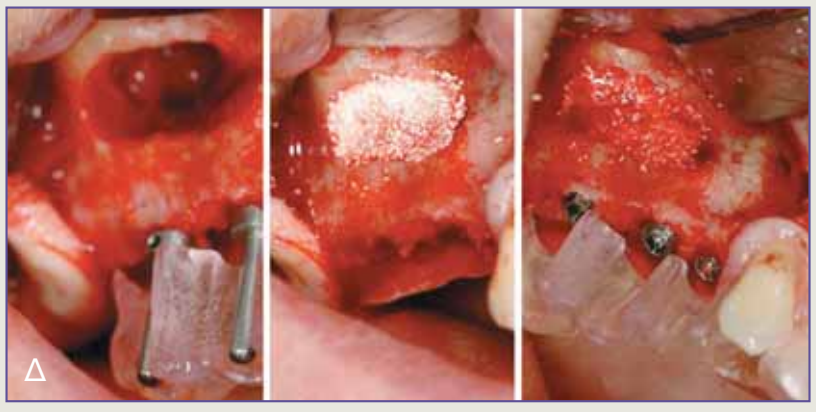
Κατά βάση, όλες οι νεότερες τεχνικές που παρουσιάζονται στη βιβλιογραφία αποτελούν ουσιαστικά παραλλαγές των δύο αυτών κατηγοριών.

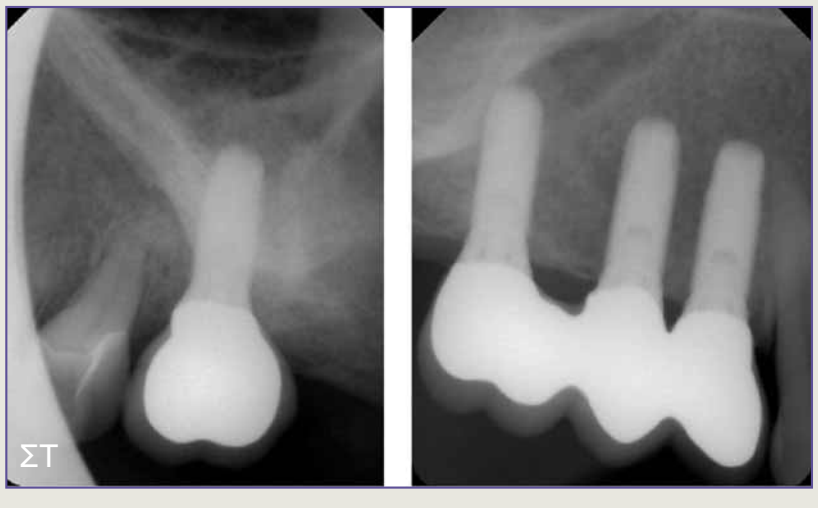
Α) ΑΝΟΙΚΤΗ ΑΝΥΨΩΣΗ ΙΓΜΟΡΕΙΟΥ ή ΤΕΧΝΙΚΗ ΤΟΥ ΟΣΤΙΚΟΥ ΠΑΡΑΘΥΡΟΥ

Αποτελεί παραλλαγή της τεχνικής Caldwell - Luc και πρώτος την περιέγραψε ο Tatum το 1986. Σύμφωνα με την τεχνική αυτή, δημιουργείται επί της εξωτερικής επιφανείας του ιγμορείου ένα οστικό παράθυρο άνωθεν της βάσεως του κόλπου **(εικόνα 4)**. Το παράθυρο αυτό, μετακινούμενο προς τα έσω, παρέχει το χώρο ο οποίος πληρούται με μοσχευματικό υλικό, οπότε δημιουργείται πρόσθετο ύψος στη γνάθο, ικανό για την τοποθέτηση των εμφυτευμάτων. Η επέμβαση αυτή δεν προκαλεί προβλήματα στη λειτουργία του κόλπου, διότι η παροχέτευσή του προς τη μύτη γίνεται στο άνω τμήμα του, πάνω από το δημιουργούμενο με την επέμβαση οστικό παράθυρο.

Στην περίπτωση που το ύψος του οστού που υπάρχει μεταξύ της κορυφής της φατνιακής ακρολοφίας και της βάσεως του ιγμορείου είναι 4-5 mm, τότε μπορούν να τοποθετηθούν τα εμφυτεύματα στην ίδια επέμβαση με την ανύψωση του εδάφους του ιγμορείου, γιατί η

Εικ. 5. Ανύψωση του εδάφους του ιγμορείου με την τεχνική του εξωτερικού παραθύρου.
Α, Β. Προεγχειρητική εικόνα.
Γ. Προεγχειρητική πανοραμική ακτινογραφία.
Δ. Χειρουργικά στάδια.
Ε, ΣΤ. Μετεγχειρητικές ακτινογραφίες.
Ζ. Τελική αποκατάσταση





συγκεκριμένη ποσότητα οστού εξασφαλίζει την αρχική σταθερότητά τους, η οποία κρίνεται απαραίτητη για την οστεοενσωμάτωσή τους. Στην περίπτωση που δεν υπάρχει το προαναφερόμενο οστούν, τα εμφυτεύματα συνήθως τοποθετούνται σε δεύτερο στάδιο, 6 μήνες μετά την επούλωση της ανύψωσης.

Για τη δημιουργία του οστικού παραθύρου γίνεται τομή πάνω στη φατνιακή ακρολοφία με ελαφρά απόκλιση προς την υπερώα **(εικόνα 4)**, που συνοδεύεται από δύο μικρές κάθετες χαλαρωτικές τομές στα άκρα της. Ακολουθεί η αποκόλληση του βλεννοπεριοστέου και αποκαλύπτεται το έξω οστικό τοίχωμα του ιγμορείου στην περιοχή της επιδιωκόμενης εμφύτευσης. Ακολουθεί με φρέζα η δημιουργία ενός οστικού παραθύρου, ύψους 10 mm και πλάτους 20 mm περίπου· το κάτω όριο του παραθύρου απέχει γύρω στα 5 mm από τη φατνιακή ακρολοφία. Το σημαντικό είναι κατά το σχηματισμό αυτού του παραθύρου η φρέζα να μην διατρήσει τον βλεννογόνο του κόλπου, ενώ το οριζόντιο σκέλος του παραθύρου απλώς χαράσσεται και δεν κόβεται σε όλο του το πάχος. Το οστικό τεμάχιο που κατ' αυτόν τον τρόπο παρασκευάζεται, αιωρείται πλέον από το άνω όριό του και περιστρέφεται προς τα πάνω και έσω, ενώ κατά την περιστροφή μ' έναν αμβλύ αποκολλητήρα διαχωρίζεται προσεκτικά ο βλεννογόνος του κόλπου, ο οποίος φέρεται προς τα πάνω μαζί με το οστικό τεμάχιο. Στην περίπτωση που δημιουργηθεί μια ανεπιθύμητη διάτρηση του βλεννογόνου, τότε γίνεται εκτεταμένη αποκόλλησή του στο οπίσθιο τοίχωμα του κόλπου για να δημιουργηθεί πτύχωση της μεμβράνης του Schneider στο σημείο της διάτρησης. Το οστικό τεμάχιο, που δημιουργείται από τη σχεδίαση του παραθύρου, μετά την περιστροφή του προς τα πάνω αποτελεί πλέον το νέο έδαφος του ιγμορείου και έτσι αναπτύσσεται ένας κενός χώρος (στην έξω πλευρά του κόλπου).

Ακολούθως, εάν έχει προγραμματιστεί να γίνει άμεση εμφύτευση, τοποθετούνται τα εμφυτεύματα και το κενό που παραμένει πληρούται με το μοσχευματικό υλικό. Ακολούθως αποφασίζεται η τοποθέτηση ή μη απορροφήσιμης μεμβράνης στο παρειακό τοίχωμα του άντρου και ο κρημνός συρράπτεται.

Αντίθετα, εάν έχει προγραμματιστεί να γίνει απώτερη εμφύτευση, λόγω μη ύπαρξης ικανοποιητικού ύψους οστού, που θα εξασφαλίζει την πρωτογενή σταθερότητα των εμφυτευμάτων, ο κενός χώρος καλύπτεται με μόσχευμα και τα εμφυτεύματα τοποθετούνται σε δεύτερη επέμβαση, 6 μήνες μετά την επούλωση. Το μοσχευματικό υλικό μπορεί να αποτελείται από:

- *αυτογενές οστούν*,
- *αλλογενές οστούν* (αφαλατωμένο, αποξηραμένο και κατεψυγμένο οστούν- DFDBBA),
- *αλλοπλαστικά μοσχεύματα* (συνθετικός υδροξυαπατίτης-HA, β-TCP),
- *συνδυασμό αυτογενούς-αλλογενούς οστού* και
- *συνδυασμό αλλοπλαστικού μοσχεύματος με αλλογενές οστούν.*

Προβληματισμοί για την επέμβαση της ανοικτής ανύψωσης του ιγμορείου

Η ανύψωση του ιγμορείου θεωρείται μια προβλέψιμη και με καλά αποτελέσματα χειρουργική διαδικασία. Βέβαια όπως κάθε χειρουργική πράξη απαιτεί εμπειρία και ενέχει κινδύνους. Η κύρια επιπλοκή που μπορεί να συμβεί κατά την επέμβαση αυτή, είναι η διάτρηση της μεμβράνης του Schneider, είτε κατά τη διάνοιξη του οστικού παραθύρου με μηχανοκίνητα εργαλεία είτε κατά την προσπάθεια αποκόλλησής της από το οστούν. Σύμφωνα με έρευνες, το ποσοστό πρόκλησης διάτρησης κυμαίνεται από 10% έως 34%, με μέση τιμή περίπου στο 20 % ανάλογα με τη μελέτη. **(εικόνα 5).**

Στο σημείο αυτό θα ήταν σκόπιμο να αναφερθούμε σε δύο παρατηρήσεις:

α) Σε κάθε περίπτωση, πρέπει να διαφυλάσσεται ακέραιη η μεμβράνη του Schneider κατά τη διαδικασία αποκόλλησής της από το έδαφος του κόλπου. Εν τούτοις, διάφορες έρευνες έχουν δείξει ότι πιθανή διάτρησή της κατά την ανοικτή ανύψωση του ιγμορείου δεν επηρεάζει τη βιωσιμότητα των τοποθετούμενων εμφυτευμάτων και δεν συνδέεται με περιεμφυτευματική οστική απορρόφηση ή παρεμπόδιση της οστεοενσωμάτωσης των εμφυτευμάτων.
Διάτρηση της μεμβράνης θα δημιουργήσει επιπτώσεις από τη διασπορά του ξένου σώματος που χρησιμοποιήθηκε για την ανύψωση του ιγμορείου, οι οποίες δεν έχουν επαρκώς μελετηθεί στη διεθνή βιβλιογραφία. Εν τούτοις, θεωρούμε ότι η πορεία της κάθε περίπτωσης εξαρτάται από την ποσότητα και ακόμη το είδος του υλικού που βρίσκεται ελεύθερο εντός του ιγμορείου. Πάντως η διατήρηση ανοικτής της φυσιολογικής παροχέτευσης του ιγμορείου προς τη μύτη, με κάποιο αποσυμφορητικό του ρινικού βλεννογόνου, μπορεί να συμβάλει στην αναστολή ήπιας φλεγμονώδους αντίδρασης.

β) Κατά το σχηματισμό του οστικού παραθύρου, ο χειρουργός θα πρέπει να έχει υπόψη του ότι οι αποστρογγυλευμένες γωνίες του παραθύρου προσφέρουν μείωση της πιθανότητας διάτρησης της μεμβράνης του ιγμορείου και επίσης ότι σε περιπτώσεις αυξημένου πάχους του οστικού παραθύρου θα πρέπει να προχωρεί σε λέπτυνση με ειδικές φρέζες. Λεπτό πάχος διευκολύνει τους χειρισμούς αποκόλλησης της μεμβράνης με εργαλεία χειρός και ταυτόχρονα μειώνει τον κίνδυνο διάτρησης της μεμβράνης.

Η συνέχεια στο επόμενο τεύχος

ΕΜΦΥΤΕΥΜΑΤΑ – ΜΕΤΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΑ ΜΑΘΗΜΑΤΑ

Η Κλινική Γναθοπροσωπικής Χειρουργικής της Ιατρικής Σχολής του Πανεπιστημίου Αθηνών και η Ελληνική Εταιρεία Οστεοενσωματούμενων Οδοντικών και Γναθοπροσωπικών Εμφυτευμάτων και Βιοϋλικών (Ε.Ε.Ο.Ο.Γ.Ε.Β.) σας καλεί να δηλώσετε συμμετοχή στα Μετεκπαιδευτικά μαθήματα για Εμφυτεύματα, είτε ως εκπαιδευόμενος, είτε ως εκπαιδευτής.
Η προσπάθεια αυτή στοχεύει στην καλύτερη εκπαίδευση των συναδέλφων, που αποτελεί έναν από τους βασικούς τομείς της Κλινικής μας και της Ε.Ε.Ο.Ο.Γ.Ε.Β.
Τα σεμινάρια θα πραγματοποιούνται Τετάρτη απόγευμα, περιλαμβάνοντας θεωρία και χειρουργεία.
Η συμμετοχή είναι δωρεάν.
Οι ενδιαφερόμενοι παρακαλούνται όπως αποστείλουν με φαξ, **ταυτόχρονα και στα δύο νούμερα: 210-58.31.545 και 210-64.43.803**, τα κάτωθι στοιχεία:

Επώνυμο:.....

Διεύθυνση:.....Τ.Κ.....

Τηλ. Ιατρείου:.....Τηλ. Οικίας: .....

Κινητό.....e-mail.....

Πτυχίο Πανεπιστημίου.....Έτος αποφοιτήσεως .....

Επιστημονικά ενδιαφέροντα.....

Χειρουργική Προσθετική Αμφότερα

Ενδιαφέρον για επιστημονική εξέλιξη
(Δημοσιεύσεις, Διδακτορικό): ΝΑΙ ΟΧΙ

Εμπειρία σε χειρουργική στόματος: μικρή μέτρια μεγάλη

Εμπειρία σε υπολογιστές: μικρή μέτρια μεγάλη

Ξένη γλώσσα

1.....επίπεδο.....

2.....επίπεδο.....

Ο Διευθυντής Κλινικής και Πρόεδρος της Ε.Ε.Ο.Ο.Γ.Ε.Β.
Καθηγητής Ε. Βαϊρακτάρης

ΕΕΕ ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΕΝΔΟΔΟΝΤΙΚΗ ΕΤΑΙΡΕΙΑ

Ενδοδοντολογία
Η επίσημη επιστημονική έκδοση της ΕΕΕ

Κυκλοφόρησε το 7ο τεύχος

ΕΤΗΣΙΑ ΣΥΝΔΡΟΜΗ
(για 2 τεύχη το χρόνο)
Μέλη ΕΕΕ: 35 ευρώ
Μη μέλη: 40 ευρώ
Φοιτητές: 25 ευρώ
Τιμή τεύχους: 25 ευρώ
Συνδρομή εξωτερικού: 60 ευρώ

Βασική κατεύθυνση η προβολή της κλινικής Ενδοδοντολογίας

Απαραίτητος σύμβουλος για τους Γενικούς Οδοντιάτρους και τους Ενδοδοντολόγους

Τώρα μπορείτε να προμηθευτείτε τα πρώτα έξι τεύχη

και το λεξικό ενδοδοντολογικών όρων

δώρο

σε μία συλλεκτική συσκευασία

Τιμή: 130 ευρώ

ΓΙΑ ΤΗΝ ΕΓΓΡΑΦΗ ΣΑΣ: Ζωοδόχου Πηγής 54, 106 81 Αθήνα, Τηλ.: 210 3814 939, Fax: 210 3809 495, e-mail: odvima@otenet.gr

Κλινικά διλήμματα

Ενδιαφέροντα Κλινικά Περιστατικά από το Στοματολογικό Τμήμα του Νοσοκομείου «Α. Συγγρός»

Το Στοματολογικό Τμήμα του Νοσοκομείου «Α. Συγγρός» (Διευθυντής Νοσοκομείου: καθηγητής Α. Κατσάμπας), συνεχίζοντας την πολυετή προσφορά του στην ενημέρωση και την επιστημονική κατάρτιση του οδοντιάτρου, παρουσιάζει σε συνεργασία με το «Οδοντιατρικό Βήμα» μια σελίδα πλούσια σε κλινικά περιστατικά και επιστημονική γνώση. Στόχος της σελίδας είναι ο προβληματισμός-εξάσκηση, ο οποίος συνδυάζει την κλινική εμπειρία και τη γνώση με τα σύγχρονα επιστημονικά δεδομένα (evidence based dentistry).
Τη σελίδα επιμελείται η διευθύντρια του Στοματολογικού Τμήματος και επίκουρη καθηγήτρια της Ιατρικής Σχολής Αθηνών ***δρ. Ελένη Γκάγκαρη.***

Η Δρ. Γκάγκαρη είναι απόφοιτος της Οδοντιατρικής Σχολής Αθηνών και της Οδοντιατρικής Σχολής του Πανεπ. Tufts Βοστώνης (DMD-Tufts University School of Dental Medicine) καθώς και διδάκτωρ (DMSc) του Πανεπ. Harvard Βοστώνης (Harvard University School of Dental Medicine). Εξειδικεύτηκε στην παθολογία στόματος στο Πανεπιστήμιο Harvard και είναι κάτοχος του American Board of Oral and Maxillofacial Pathology. Διετέλεσε αναπληρώτρια καθηγήτρια της Οδοντιατρικής Σχολής του Πανεπιστημίου Tufts από το 2004 ώς το 2007.

Η ΣΤΗΛΗ ΜΑΣ ΦΙΛΟΞΕΝΕΙ ΑΥΤΗΝ ΤΗ ΦΟΡΑ ΕΝΑ «ΚΛΙΝΙΚΟ ΔΙΛΗΜΜΑ» ΣΤΑΛΜΕΝΟ ΑΠΟ ΤΟΝ ΔΙΑΚΕΚΡΙΜΕΝΟ ΣΤΟΜΑΤΟΛΟΓΟ Δρα ΙΩΑΝΝΗ ΚΟΥΤΛΑ.

Ο Δρ. Ιωάννης Κούτλας είναι αναπληρωτής καθηγητής Στοματικής και Γναθοπροσωπικής Παθολογίας της Οδοντιατρικής Σχολής του Πανεπιστημίου της Μινεσότα και διευθυντής της Υπηρεσίας Βιοψιών Στόματος. Είναι διπλωματούχος του American Board of Oral and Maxillofacial Pathology και απόφοιτος της Οδοντιατρικής Σχολής ΕΚΠΑ.

ΚΥΡΙΟ ΠΡΟΒΛΗΜΑ ΑΣΘΕΝΟΥΣ

«Γιατρέ, εδώ και κάμποσο καιρό, έχω ένα πρήξιμο που δεν φεύγει στο σαγόνι μου. Δεν πονάω, αλλά φαίνεται άσχημο».

ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΙΚΟΝΑ

Ασθενής 18 ετών παρουσιάστηκε στην Οδοντιατρική Σχολή του Πανεπιστημίου της Μινεσότα (University of Minnesota School of Dentistry) παραπονούμενος για μία αντιαισθητική διόγκωση στην αριστερή πρόσθια περιοχή της κάτω γνάθου.
Η κλινική εξέταση της στοματικής κοιλότητας αποκαλύπτει φυσιολογικό βλεννογόνο και μία σκληρή διόγκωση στην περιοχή μεταξύ προγομφίων και γομφίου της αριστερής κάτω γνάθου, η οποία δεν αποδίδει επώδυνα επικρουστικά στοιχεία. Δεν υπάρχει παραισθησία ή υπαισθησία στην περιοχή. Ο ασθενής αναφέρει ότι η διόγκωση υπάρχει περίπου δύο με τρία χρόνια και έχει προοδευτικά αυξηθεί.
Το ιατρικό ιστορικό του ασθενούς δεν παρουσιάζει τίποτα το αξιοσημείωτο. Ο ασθενής παραπέμφθηκε στο ακτινοδιαγνωστικό τμήμα για λήψη πανοραμικής ακτινογραφίας. Η πανοραμική ακτινογραφία **(Εικόνα 1)** έδειξε μια καλά περιγεγραμμένη, σαφώς καθοριζόμενη μονόχωρη διαύγαση μεγέθους 2x2 cm στην περιοχή μεταξύ #35 και #36 η οποία έχει απωθήσει τις αντίστοιχες ρίζες των δοντιών. Τα συσχετιζόμενα δόντια είναι ζωτικά και δεν υπάρχει άλλη οστική βλάβη.

ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ

Τα στοιχεία τα οποία πρέπει να αξιολογήσουμε στην περίπτωση αυτή είναι τα ακόλουθα:

- Τα ακτινογραφικά χαρακτηριστικά της βλάβης (μονόχωρη, σαφώς περιγεγραμμένη διαύγαση)
- Την τοποθεσία της βλάβης
- Το γεγονός ότι η διόγκωση ακολουθεί αργή πορεία αύξησης
- Το γεγονός ότι η βλάβη είναι μονήρης
- Το γενονός ότι έχει προκαλέσει εκτοπισμό των δοντιών, αλλά δεν έχει επηρεάσει τη ζωτικότητά τους

Με βάση τα παραπάνω δεδομένα, η διαφορική διάγνωση διαμορφώνεται ως εξής:

- Οδοντογενής κερατοκύστη
- Πλάγια περιοδοντική κύστη
- Αδαμαντινοβλάστωμα
- Κεντρικό γιγαντοκυτταρικό κοκκίωμα
- Οδοντογενής κύστη
- Οδοντογενές μύξωμα

Η διαφορική διάγνωση απαιτεί σύνθεση των πληροφοριών και ταξινόμηση των παθολογικών οντοτήτων ανάλογα με τα χαρακτηριστικά τους.

Το γεγονός ότι τα δόντια είναι ζωτικά, αποκλείει την πιθανότητα βλάβης φλεγμονώδους αιτιολογίας όπως η περιακροορριζική κύστη. Η αργή αύξηση της βλάβης μάς προσανατολίζει σε καλοήθη εξεργασία, ενώ το γεγονός ότι δεν υπάρχουν άλλες βλάβες στα οστά των γνάθων μάς απομακρύνει από συστηματικές παθήσεις οι οποίες επηρεάζουν τα οστά. Η καλή γενική υγεία του ασθενούς μάς βοηθάει να τις αποκλείσουμε.
Το νεαρόν της ηλικίας του ασθενούς και η εντόπιση της βλάβης στην κάτω γνάθο μάς οδηγεί να τοποθετήσουμε καλοήθεις οδοντογενείς βλάβες (κύστεις και όγκους) στην κορυφή της λίστας μας. Η μόνη μη οδοντογενής οντότητα είναι το κεντρικό γιγαντοκυτταρικό κοκκίωμα, πάθηση νεαρών ατόμων, το οποίο όμως συνήθως έχει πιο γρήγορη αύξηση και πιο επιθετική συμπεριφορά (απορρόφηση ριζών των δοντιών).

Η αμιγώς διαυγαστική φύση της οστικής αλλοίωσης αποκλείει οδοντογενείς όγκους οι οποίοι παράγουν ενασβεστιωμένο ιστό και μας αφήνει μόνο επιθηλιακούς (αδαμαντινοβλάστωμα) ή

Εικόνα 1

μεσεγχυματικούς όγκους (οδοντογενές μύξωμα). Το μονόχωρο της διαύγασης ταιριάζει στην υπόθεση ότι η βλάβη αποτελεί κυστική εξεργασία χωρίς όμως να αποτελεί αποφασιστικό κριτήριο. Όλες οι βλάβες οι οποίες αναφέρθηκαν στη λίστα μας μπορούν να υπάρξουν με τη μορφή της πολύχωρης διαύγασης, με την εξαίρεση της οδοντογενούς κύστης. Η μορφή της πολύχωρης διαύγασης είναι πιο συχνή για το αδαμαντινοβλάστωμα, το μύξωμα και το κεντρικό γιγαντοκυτταρικό κοκκίωμα.

Η εντόπιση της βλάβης ταιριάζει καλύτερα σε πλάγια περιοδοντική κύστη, αλλά το μέγεθος της διαύγασης και η εκτόπιση των ριζών των δοντιών δεν αποτελούν συνήθη ευρήματα για τη συγκεκριμένη οντότητα.

Ο ασθενής παραπέμφθηκε στο γναθοχειρουργικό τμήμα για βιοψία και χειρουργική εξαίρεση της βλάβης.

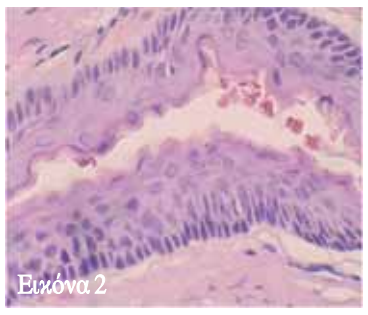
ΙΣΤΟΛΟΓΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ: Οδοντογενής κερατινοκύστη.

Η ιστολογική εικόνα δείχνει το χαρακτηριστικό επιθήλιο της κύστης το οποίο επιδεικνύει ανώμαλη παρακερατινοποιημένη επιφάνεια, ομοιογενές πάχος γύρω στους 8-10 κυτταρικούς στοίχους και πασσαλοειδή βασική στιβάδα. Η ιστολογική εικόνα είναι παθογνωμονική **(εικόνα 2).**

Η κύστη αφαιρέθηκε με περιφερική οστεκτομή. Ο δεύτερος προγόμφιος και ο πρώτος γομφίος (δόντια συναφή με τα όρια της κύστης) εξήχθησαν.

ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Η οδοντογενής κερατινοκύστη είναι καλοήθης κυστική βλάβη με επιθετικό βιολογικό χαρακτήρα ο οποίος εκδηλώνεται με συχνές υποτροπές. Η απλή απόξεση και εκπυρήνιση δεν συνιστάται συνήθως διότι συνδέεται με υψηλό ποσοστό τοπικής επανεμφάνισης της βλάβης.



Εικόνα 2

Η οδοντογενής κερατινοκύστη εμφανίζεται πιο συχνά στη γωνία της κάτω γνάθου ως μονόχωρη ή πολύχωρη διαύγαση σε νεαρά άτομα και μπορεί να λάβει μεγάλες διαστάσεις. Σε τέτοιες περιπτώσεις ανάμεσα στις προτεινόμενες θεραπείες είναι η «μαρσιποποίηση» της κυστικής εξεργασίας, η οποία μέσω της αλλαγής του επιθηλίου οδηγεί σε σμίκρυνση της βλάβης, ώστε αυτή να καταστεί αφαιρέσιμη χωρίς κίνδυνο οστικού κατάγματος. Παρόμοια φιλοσοφία ακολουθεί και η τοποθέτηση διαλύματος Carnoy το οποίο είναι ένα μονιμοποιητικό υγρό καυστικό για το επιθήλιο της κύστης. Η αλλαγή της υφής του επιθηλίου επιτρέπει και σ' αυτή την περίπτωση την ευκολότερη αφαίρεση.

Στη διαφορική διάγνωση της οδοντογενούς κερατινοκύστης πρέπει οπωσδήποτε να υπολογισθεί το αδαμαντινοβλάστωμα, μια και παρουσιάζει τις ίδιες προτιμήσεις για ηλικία ασθενούς και τοποθεσία στη γνάθο. Σε περίπτωση παρουσίασης πολλαπλών κερατινοκύστεων στη γνάθο νεαρού ασθενούς (<16 ετών), πρέπει να διερευνηθεί το οικογενειακό ιστορικό για το σύνδρομο Gorlin-Goltz, το οποίο εκδηλώνεται με πολλαπλές κερατινοκύστεις, βασικοκυτταρικούς σπίλους, διφυές πλευρικό οστούν και σύνδρομο C.R.E.S.T.

Η θεραπευτική αντιμετώπιση της οδοντογενούς κερατινοκύστης είναι θέμα ανοιχτής συζήτησης ανάμεσα στους χειρουργούς της γναθοπροσωπικής χώρας και πρέπει να αποφασιστεί ξεχωριστά για κάθε περίπτωση ασθενούς.

Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (WHO) χαρακτήρισε το 2005 την οδοντογενή κερατινοκύστη ως «οδοντογενή κερατοκυστικό όγκο» τονίζοντας τον επιθετικό χαρακτήρα της βλάβης. Παρ' όλα αυτά, η ονομασία αυτή δεν έχει τύχει (μέχρι σήμερα) γενικής αποδοχής.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Η **ακτινογραφική εικόνα, τα κλινικά χαρακτηριστικά και η τοποθεσία της βλάβης** σε συνδυασμό με ουσιαστική γνώση των παθήσεων της περιοχής οδηγούν σε **ακριβή ιεράρχηση της διαφορικής διάγνωσης** και κατάλληλο σχεδιασμό θεραπείας. Η δυνατότητα της οδοντογενούς κερατινοκύστης να προκαλέσει σημαντική οστική αλλοίωση καθιστά την έγκαιρη διάγνωση ιδιαίτερα σημαντική. Η θεραπεία εναπόκειται στον εξειδικευμένο γναθοχειρουργό.

ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΗ

Ανακοινώνεται ο νέος κύκλος μετεκπαιδευτικών μαθημάτων Στοματολογίας για γενικούς οδοντιάτρους στο Στοματολογικό Τμήμα του Νοσοκομείου «Α. Συγγρός». Το πρόγραμμα των μαθημάτων είναι διάρκειας δύο εβδομάδων, καθημερινά, 9-12 π.μ.

Υπεύθυνη μαθημάτων:
Ελένη Γκάγκαρη DMD, DMSc
Στοματολόγος-Οδοντίατρος
επίκουρη καθηγήτρια Ιατρικής Σχολής Αθηνών

Δήλωση συμμετοχής μέσω τηλεφώνου ή email
Τηλέφωνο Γραμματείας Στοματολογικού:
210-72.65.237, 210-72.39.965
Email: **egagari@gmail.com**

NEO

Colgate

PERIOGARD

0,2% Χλωρεξιδίνη διγλυκονική

Στοματικό Διάλυμα

Νέο στοματικό διάλυμα χλωρεξιδίνης, χωρίς αλκοόλη

- Για τη βραχυχρόνια υποστηρικτική θεραπεία των φλεγμονών των ούλων και του βλεννογόνου υμένα του στόματος
- Πριν, κατά τη διάρκεια, ή μετά από θεραπευτικές αγωγές για τα ούλα και υποστηρικτικές δομές των δοντιών (περιοδοντική θεραπεία) για πρόληψη των λοιμώξεων των χειρουργικών πληγών

Φαρμακευτικό προϊόν για το οποίο απαιτείται ιατρική συνταγή / Αρ. Άδειας κυκλοφορίας 27086/13-4-2009 Λ.Τ. 5.33€

Βοηθήστε να γίνουν τα φάρμακα πιο ασφαλή:
Συμπληρώστε την "ΚΙΤΡΙΝΗ ΚΑΡΤΑ"

Αναφέρετε:
- ΟΛΕΣ τις ανεπιθύμητες ενέργειες για τα Νέα φάρμακα N
- Τις ΣΟΒΑΡΕΣ ανεπιθύμητες ενέργειες για τα Γνωστά φάρμακα

Φαρμακοεπαγρύπνηση: 210 8045712

Colgate ΟΙ ΣΥΜΜΑΧΟΣ ΣΑΣ ΣΤΗΝ ΚΑΛΗ ΣΤΟΜΑΤΙΚΗ ΥΓΕΙΑ

COLGATE PALMOLIVE Εμπορική (Ελλάς) Μ.Ε.Π.Ε., Αθηνών 89, Πειραιάς 185 41, τηλ. 210 48 31 900, www.colgate.com.gr

Ο ΝΟΜΟΣ 1268/82. ΜΙΑ ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ

Του **Ηρακλή Χ. Καρκαζή**
Αναπληρωτή καθηγητή
Οδοντιατρικής Σχολής ΕΚΠΑ

Βρισκόμαστε ήδη 35 χρόνια μετά τη μεταπολίτευση και το πανεπιστήμιο προσπαθεί ακόμα να βρει το βηματισμό του και να επαναπροσδιορίσει τη θέση του τόσο στην ελληνική κοινωνία, όσο και στο διεθνές στερέωμα. Εν όψει των αναμενόμενων αλλαγών στο θεσμικό πλαίσιο λειτουργίας των ΑΕΙ και 27 χρόνια μετά τη θέσπιση του 1268 /82, με την ασφάλεια της χρονικής απόστασης αλλά και το πολύτιμο φορτίο της βιωματικής εμπειρίας, καθίσταται επιτακτική η ανάγκη αναψηλάφησης κάποιων βασικών αρχών εκείνου του νόμου, η εφαρμογή των οποίων φαίνεται πως ακόμα ταλανίζει την καθημερινότητα της πανεπιστημιακής μας ζωής.

Το κοινωνικό πλαίσιο

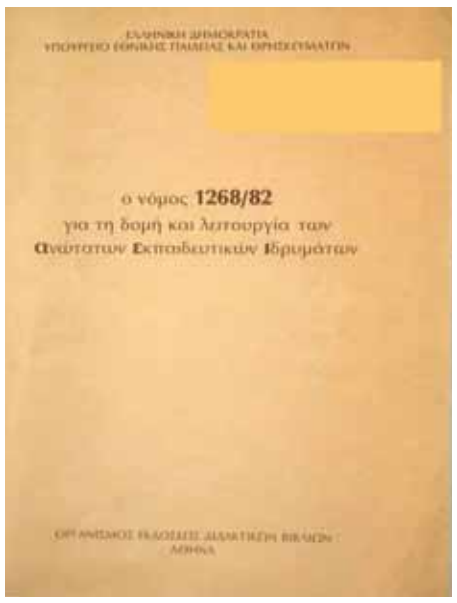
Αναντίρρητη επιταγή της όποιας ιστορικής πραγμάτευσης του θέματος, είναι η οριοθέτηση του κοινωνικού πλαισίου μέσα στο οποίο διαμορφώθηκε και εφαρμόσθηκε ο εν λόγω νόμος. Η εποχή της θέσπισης του νόμου, οι αρχές δηλαδή της δεκαετίας του 1980, χαρακτηρίζεται για πρώτη φορά ως το τέλος της μεταπολίτευσης. Το κορυφαίο γεγονός της ανόδου του ΠΑΣΟΚ στην εξουσία τον Οκτώβριο του 1981 αποτελεί κατά πολλούς ερευνητές τομή στη σύγχρονη ελληνική πολιτική ιστορία, δεδομένου ότι συμπύκνωσε τις διεργασίες ολόκληρης της μετεμφυλιακής πολιτικής ιστορίας. Πράγματι, μια πρόσφατη έρευνα της *Public Issue* για λογαριασμό της εφημερίδας «*Καθημερινή*» αποκάλυψε τη γενικευμένη συλλογική πεποίθηση -ίσως κράμα νοσταλγίας αλλά και πραγματικότητας- πως η εκλογική αναμέτρηση του 1981 ήταν η σημαντικότερη από το 1974 μέχρι το 2007, δεδομένου ότι οδήγησε σε κυβέρνηση που επεδίωξε θεσμικές αλλαγές σε όλους τους τομείς της δημόσιας ζωής (εικόνες 1& 2). Μεταξύ αυτών ήταν η εθνική συμφιλίωση και ολοκλήρωση κράτους δικαίου, η προώθηση κράτους πρόνοιας, η αναδιανομή των εισοδημάτων κ.λπ. Μέσα στην περιρρέουσα αυτή ατμόσφαιρα της συνολικής ανατροπής και της ορμητικής εισόδου στην πολιτική σκηνή νέων κοινωνικών ομάδων, διαμορφώθηκε και ψηφίστηκε ο νόμος 1268/82 που ουσιαστικά στόχευε στη βαθιά διαρθρωτική αλλαγή του υφιστάμενου θεσμικού πλαισίου με τις αναχρονιστικές δομές και νεοτικές αντιλήψεις της *Έδρας* (εικόνα 3). Με βάση το *νόμο-πλαίσιο,* όπως ονομάστηκε και έμεινε στην ιστορία, πέραν της κατάργησης της έδρας ικανοποιήθηκαν και άλλα πάγια αιτήματα του φοιτητικού κινήματος αλλά και του τότε ΕΔΠ, όπως ο ενιαίος φορέας διδασκόντων, η φοιτητική συμμετοχή στη διοίκηση, η θέσπιση εξαμήνων, τα μεταπτυχιακά κ.λπ. Αξίζει επίσης να υπενθυμίσουμε τις προηγηθείσες έντονες φοιτητικές κινητοποιήσεις και καταλήψεις για την απόκρουση ενός άλλου νόμου, του 815, που άρχισαν στις 3 Δεκεμβρίου 1979 και τελείωσαν στις 3 Ιανουαρίου 1980 με την *εν τη γενέσει* κατάργηση του (εικόνα 4). Το ποιος βέβαια είναι ο συνολικός απολογισμός και οι κοινωνικές επιπτώσεις από την υπερ-εικοσιπενταετή εφαρμογή του 1268 -και των σχετικών τροποποιήσεών του- είναι θέμα τεράστιο που μένει να απαντηθεί. Εδώ θα σταθούμε μόνο στο προφίλ του ακαδημαϊκού δασκάλου, όπως προέκυψε από την εφαρμογή του συγκεκριμένου νόμου αλλά και όπως μετεξελίχθηκε στα χρόνια που μεσολάβησαν.

Εικ. 1

Εικ. 2

Το μέλος ΔΕΠ και ο Τομέας

Μέσα στο νέο θεσμικό πλαίσιο του 1268/82 το δημοκρατικά εκλεγμένο μέλος ΔΕΠ (Διδακτικό και Ερευνητικό Προσωπικό), με τη συνταγματικά κατοχυρωμένη ελευθερία στη διδασκαλία και στην έρευνα, ήρθε να αντικαταστήσει τον πατροπαράδοτο καθηγητή της έδρας, κάτοχο φαραωνικής εξουσίας αλλά και συμβολικό φορέα της αδιαμφισβήτητης γνώσης. Είναι γεγονός πως οι νεοτικές δομές της έδρας από την απαρχή του δημόσιου πανεπιστημίου κύρια στηριγμένες σε μηχανισμούς εξάρτησης, έδειχναν πια να έχουν ολοκληρώσει τον κύκλο τους. Το πανεπιστήμιο μέχρι το 1982 ουσιαστικά λειτουργούσε με το θεσμικό πλαίσιο του 1932. Άλλωστε, ο αυταρχισμός της έδρας πέρασε και στη συλλογική μνήμη χιλιάδων Ελλήνων φοιτητών μέσα από την ανεκδοτοποίηση διάφορων χιουμοριστικών συμβάντων που παραμένουν ζωντανά μέχρι σήμερα. Δυστυχώς, όπως σχολιάζει και ο Λ. Καραπαναγιώτης σε κάποιο κείμενό του, *η εξάρτηση είναι σχέση επώδυνη όπου η εθελοδουλία του ασθενέστερου έχει ως αντίκρισμα την υπεροψία και τελικά την περιφρόνηση του ισχυρότερου.* Η μεταρρύθμιση λοιπόν του 1982 ήρθε όχι ως αλλαγή φρουράς, αλλά ως τέκνο μιας πιεστικής κοινωνικής ανάγκης που απαιτούσε το μικρό κλειστό πανεπιστήμιο των λίγων φοιτητών και καθηγητών να μεταλλαχτεί στο ανοικτό και προσβάσιμο πανεπιστήμιο των χιλιάδων φοιτητών και καθηγητών. Βέβαια η υλοποίηση, οι συντονισμένες αντιστάσεις που εκδηλώθηκαν και η σημερινή δυναμική του νόμου χρήζουν περαιτέρω διερεύνησης. Οργανωτικά, με προσανατολισμό κυρίως στο αγγλοσαξονικό μοντέλο, το πανεπιστήμιο επαναδομήθηκε με λειτουργική μονάδα τον *Τομέα* και όχι την *Έδρα* που ίσχυε μέχρι τότε και χαρακτήριζε κυρίως τα γερμανόφωνα πανεπιστήμια. Τέλος, μέσα στις υποχρεώσεις των ακαδημαϊκών ιδρυμάτων πέραν της διδασκαλίας εντάχθηκε πλέον ως αναπόσπαστο κομμάτι και η έρευνα (μοντέλο Humboldt).



Εικ. 3. Το τεύχος με το νόμο 1268, όπως πρωτοκυκλοφόρησε το 1982 από τον Οργανισμό Εκδόσεων Διδακτικών Βιβλίων.

Ο ανθρώπινος παράγων ως καταλύτης των παραμορφώσεων

Αν προσπαθήσει κανείς να δημιουργήσει μια λίστα με τα απαραίτητα εφόδια ενός ακαδημαϊκού δασκάλου που να συνάδουν με τη στόχευση του δημόσιου πανεπιστημίου, σίγουρα θα συμπεριλάβει, εκτός από την εν γένει επιστημονική του συγκρότηση, τα γενικά χαρακτηριστικά της προσωπικότητάς του, την ενάργεια του λόγου του, την εκπαιδευτική του δεξιότητα, την έκδηλη διάθεση για αυτοβελτίωση και, φυσικά, την αγάπη για την επιστήμη του. Παρά το γεγονός ότι ένα τέτοιο ιδεώδες μοντέλο δασκάλου δύσκολα συναντάται στην ανθρώπινη και άρα ελλειμματική κοινωνία μας, θα έπρεπε να αποτελεί ένα πρότυπο προσέγγισης και ταύτισης τουλάχιστον για τους νεότερους επιστήμονες. Στην προσπάθεια οριστικού εξοβελισμού πανεπιστημιακών πρακτικών του παρελθόντος βεβαρυμμένων με το άχθος της αυταρχικής επιλογής προσωπικού, ο νόμος 1268 προέβλεψε τα ελάχιστα αναγκαία προσόντα για κάθε πανεπιστημιακή βαθμίδα. Έτσι, η διδακτορική διατριβή, η αυτοδύναμη διδασκαλία και το συγγραφικό και ερευνητικό έργο συνθέτουν τη *χάρτα* των προσόντων που καθορίζουν κατά περίπτωση την εκλογή και εξέλιξη των μελών ΔΕΠ στην ακαδημαϊκή ιεραρχία. Εδώ ακριβώς είναι που εμφανίζεται και η πρώτη ελαστική παραμόρφωση του νόμου, δεδομένου ότι στον άνθρωπο *φύσιν πονηράν μεταβαλείν ου ράδιον.* Ποιο δηλαδή είναι το αξιόλογο ποιοτικά και επαρκές ποσοτικά έργο; Με βάση τη σημερινή εκδοχή του νόμου, είναι ένας ελάχιστος ανά βαθμίδα αριθμός δημοσιεύσεων *με τη συνεκτίμηση του κατά πόσον το συνολικό έργο*

Εικ. 4. Από τις φοιτητικές κινητοποιήσεις του 1979 για την απόκρουση του νόμου 815 - ένθετη φωτογραφία στο τεύχος με το νόμο 1268 .

του υποψηφίου τον καθιστά ικανό για αυτοδύναμη διδασκαλία και έρευνα και παρέχει προοπτικές για παραπέρα εξέλιξη. Η αόριστη αυτή διατύπωση μετατράπηκε, όπως έδειξε και η ιστορία, σε εργαλείο σκοπιμότητας για προεπιλεγμένες εκλογές ή εξελίξεις, εξυπηρετώντας συνασπισμένα συμφέροντα και ανατρέποντας ορισμένες φορές εκ βάθρων το αξιακό σύστημα της ακαδημαϊκής κοινότητας. Και όμως ο νομοθέτης της εποχής εκείνης, υποπτευόμενος τις μελλοντικές επιπτώσεις από την στρεβλή εφαρμογή του νόμου, είχε λάβει τα μέτρα του. Πρόκειται για το περίφημο άρθρο 4 για τη διασφάλιση της αξιοκρατίας, δηλαδή την ίδρυση της *Εθνικής Ακαδημίας Γραμμάτων και Επιστημών (ΕΑΓΕ).* Το Νομικό αυτό Πρόσωπο Δημοσίου Δικαίου εποπτευόμενο από το υπουργείο παιδείας θα επιτελούσε μεταξύ άλλων…. *τη διασφάλιση ενιαίας και αντικειμενικής, σε εθνική κλίμακα, διαδικασίας αξιολόγησης και κρίσης του διδακτικού και ερευνητικού συγγραφικού και κοινωνικού έργου των υποψηφίων για εκλογή ή εξέλιξη μελών ΔΕΠ.* Δυστυχώς, όπως και τόσα άλλα, τούτη η ασφαλιστική δικλίδα έμεινε στα χαρτιά.

Εκπαιδευτικό ίδρυμα ή ερευνητικό κέντρο; Τι χρειάζεται η έρευνα;

Τα πανεπιστήμια πρέπει όχι μόνο να διακινούν, αλλά και να παράγουν γνώση. Επιπλέον, η έρευνα, βασική ή εφαρμοσμένη, μαθαίνει στον επιστήμονα το σχεδιασμό και τον προγραμματισμό ενός έργου, τον ωθεί στην παραγωγή νέων ιδεών και τον ασκεί στην πειθαρχία της σκέψης. Έτσι, η περιοδική ερευνητική ενασχόληση, ακόμη και όλου του διδακτικού προσωπικού ενός ακαδημαϊκού ιδρύματος, μόνο οφέλη θα είχε να προσφέρει. Η νομοθετική ωστόσο επιταγή για *υποχρεωτική* ερευνητική παραγωγή ως προϋπόθεση ακαδημαϊκής εξέλιξης, περιέπλεξε τα πράγματα. Η ξαφνική επιδίωξη ερευνητικού έργου από όλο το διδακτικό προσωπικό, όχι μόνο αποκάλυψε την έλλειψη σοβαρής ερευνητικής υποδομής και σχεδιασμού στα πανεπιστήμια, αλλά παράλληλα αλλοίωσε και τη σκοπιμότητα των εν λόγω δραστηριοτήτων. Η μαζική παραγωγή εργασιών, ορισμένες φορές αμφιβόλου ποιότητος, στόχευε περισσότερο στην εξαργύρωση τους στο εσωτερικό πανεπιστημιακό χρηματιστήριο και λιγότερο στην ουσία της εκπαίδευσης. Σύντομα μάλιστα οι περισσότερο μυημένοι οδηγήθηκαν σε μια μονόπλευρη και ψυχαναγκαστική παραγωγή εργασιών μέσα από μια ακατάπαυστη ερευνητική ρουτίνα, ανατοκίζοντας διαρκώς το έργο τους. Το κατά πόσον βέβαια το ερευνητικό αυτό προϊόν, πέρα από την τροφοδοσία ενός βιογραφικού σημειώματος, μετουσιώνεται σε χρήσιμο εκπαιδευτικό εργαλείο είναι αμφίβολο. Εξ ίσου αμφίβολη είναι και η υπερτιμημένη πολλές φορές *βιβλιομετρική* αξιολόγηση του έργου αυτού στις διάφορες εκθέσεις, εις βάρος ουσιαστικότερων αλλά δυστυχώς μη μετρήσιμων προσόντων, όπως η διδακτική ικανότητα, η αθόρυβη εκπαιδευτική αφοσίωση, η κλινική δεξιότητα, η συναδελφικότητα και η διοικητική και οργανωτική εμπειρία.

Επίμετρο

Έχει διατυπωθεί η άποψη πως στην Ελλάδα για την αντιμετώπιση της αναξιοκρατίας πρέπει να θεσπίζουμε κάθε φορά ένα υψηλότερο επίπεδο ελεγκτικής γραφειοκρατίας, το οποίο όμως και αυτό αποδυναμώνεται σε χρόνο ρεκόρ. Όπως συμβαίνει στην πολιτική, έτσι και στις υπόλοιπες κρατικές δομές φαίνεται πως ο διαχρονικός έρωτας του *οφίκιου* τείνει να καταστρατηγεί και να καταδυναστεύει τις προθέσεις του νομοθέτη. Νόμοι υπάρχουν αλλά δεν εφαρμόζονται πάντα σωστά. Αντλώντας από την αστείρευτη σοφία των προγόνων μας θα λέγαμε πως *«πάντων χρημάτων μέτρον εστίν άνθρωπος…»*, δηλαδή ο άνθρωπος είναι τελικά το μέτρο για όλα τα πράγματα (Πρωταγόρας).

Χρήσιμες αναφορές

Ο νόμος 1268/82 για τη δομή και λειτουργία των Ανωτάτων Εκπαιδευτικών Ιδρυμάτων. Οργανισμός Εκδόσεων Διδακτικών Βιβλίων. Αθήνα 1982

Η ελληνική κοινή γνώμη απέναντι στην ιστορία της μεταπολίτευσης, 1974-2007. Η Καθημερινή. 30 Δεκεμβρίου 2007

Καρκαζής Η.Χ. Κλινική οδοντιατρική εκπαίδευση. Προβληματισμοί γύρω από ένα σημαντικό κομμάτι των προπτυχιακών σπουδών. Οδοντιατρικό Βήμα. Φεβρουάριος 2009.

Καρκαζής Η.Χ. Δημόσια οδοντιατρική εκπαίδευση και ελεύθερη αγορά. Οδοντιατρικό Βήμα. Αύγουστος - Σεπτέμβριος 2009

Μια ολοκληρωμένη προσέγγιση στη συγκόλληση

Συστάσεις για τη συγκόλληση των ολοκεραμικών στεφανών με ρητινώδεις κονίες

Του Alessandro Devigus, Bülach, Ελβετία

Οι αποκαταστάσεις με ολοκεραμικές στεφάνες ενδείκνυνται σε όλες τις περιπτώσεις, όπου απαιτούνται μέγιστη αισθητική και βιοσυμβατότητα. Τα μεγάλα ποσοστά αποτυχίας συγκεκριμένων υλικών έκαναν μεγαλύτερη την ανάγκη για την καλύτερη δυνατή μέθοδο συγκόλλησης. Σε μερικές in vitro μελέτες, οι ολοκεραμικές στεφάνες απέδωσαν αυξημένες τιμές δεσμού, όταν είχαν τοποθετηθεί με χρήση ρητινωδών κονιών. Η συγκόλληση των ολοκεραμικών στεφανών με ρητινώδεις κονίες δημιουργεί αυξημένες απαιτήσεις στον οδοντίατρο και στο σύστημα συγκόλλησης, λόγω του ειδικού σχεδιασμού των παρασκευών που απαιτείται για τη συγκόλληση με ρητινώδεις κονίες. Ο σκοπός της ανάπτυξης νέων υλικών θα πρέπει να βελτιώνει τις κλινικές διαδικασίες και να διασφαλίζει προβλέψιμα, αναπαραγόμενα αποτελέσματα στην καθ' ημέρα οδοντιατρική πράξη.

Οι ολοκεραμικές αποκαταστάσεις «ξεδιπλώνουν» το εύρος των δυνατοτήτων τους στους τομείς της σταθερότητας, της αισθητικής και της βιολογικής ενσωμάτωσης, εφόσον συγκολλώνται με ρητινώδεις κονίες. Οι ρητινώδεις κονίες δημιουργούν μια διεπιφάνεια μεταξύ της προετοιμασμένης δομής του δοντιού και του σιλανοποιημένου κεραμικού, γεμίζουν το κενό στα όρια και κατά τη διαδικασία δημιουργούν ένα σταθερό συγκολλητικό δεσμό μεταξύ του δοντιού και της αποκατάστασης. Οι συγκολλητικοί παράγοντες διακρίνονται σε φωτοπολυμεριζόμενους, διπλού πολυμερισμού και χημικά πολυμεριζόμενους, ανάλογα με το σύστημα ενεργοποίησης που περιέχουν.

Πολλοί οδοντίατροι ακόμη δεν επωφελούνται των ευκαιριών που τους προσφέρει η συγκόλληση με ρητινώδεις κονίες, καθώς θεωρούν πως οι ρητινώδεις κονίες είναι δύσκολες και περίπλοκες στο χειρισμό. Η αλήθεια είναι πως τα υλικά συγκόλλησης είναι ίσως μια πρόκληση, ανάλογα με την κλινική κατάσταση (οροθέτηση της παρασκευής, απομόνωση του εγχειρητικού πεδίου κ.λπ.). Παρ' όλα αυτά, εφόσον ακολουθηθούν κάποιοι βασικοί κανόνες, οι νέοι συγκολλητικοί παράγοντες μπορούν να τοποθετηθούν με επιτυχία και χωρίς δυσκολία. Η συγκόλληση με ρητινώδεις κονίες έχει εξαιρετικά θετική επίδραση στη σταθερότητα των κεραμικών αποκαταστάσεων. Αυτό και μόνο αρκεί ώστε ο καθένας να θεωρήσει τη συγκόλληση με ρητινώδεις κονίες ως μια πραγματική επιλογή στην καθημερινή του πρακτική.

Εικ. 1. Τροχισμένη στεφάνη από ολοκεραμικό IPS e.max CAD

Κλινικές συστάσεις

Οι ρητίνες διπλού πολυμερισμού μπορούν να φωτοπολυμεριστούν ελαφρώς με συσκευή φωτοπολυμερισμού, ώστε να αφαιρεθούν οι περίσσειες του υλικού. Ωστόσο, η απομάκρυνση της περίσσειας μπορεί να είναι δύσκολη, ανάλογα με το μέρος (οπίσθια ή πρόσθια περιοχή) και τη θέση των ορίων παρασκευής. Η σύνθετη ρητίνη μπορεί να φωτοπολυμεριστεί με πολύ υψηλή ένταση φωτός ή για πολλή ώρα. Ως αποτέλεσμα, μπορεί να είναι δύσκολο ή ακόμη και αδύνατο να αφαιρεθεί το πλεονάζον υλικό.

Προκειμένου να προλάβουμε τέτοιες καταστάσεις, μια νέα μορφή του Multilink Automix έχει αναπτυχθεί. Σε αυτήν τη μορφή, η αντίδραση στο φως καθυστερεί. Αυτό έχει ως συνέπεια, ο οδοντίατρος να έχει περισσότερο χρόνο στη διάθεσή του για να αφαιρέσει το πλεονάζον υλικό και έτσι διευκολύνεται ο κλινικός χειρισμός.

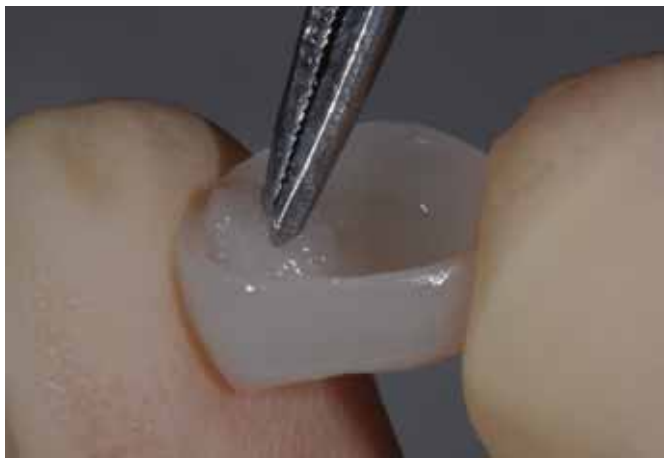
Η ακόλουθη τοποθέτηση μιας στεφάνης κατασκευασμένη από ολοκεραμικό IPS e.max CAD HT θα χρησιμοποιηθεί για να παρουσιαστούν τα στάδια, ώστε να επιτύχουμε μια επιτυχημένη συγκόλληση με ρητινώδεις κονίες, χρησιμοποιώντας το Multilink Automix.

Η εικόνα 1 δείχνει την τροχισμένη στεφάνη από ένα κεραμικό τεμάχιο.
Η εικόνα 2 παρουσιάζει τις παρασκευές του δοντιού.
Προτού διεξαχθεί η συνδυασμένη κρυσταλλοποίηση/εφυάλωση, η αποκατάσταση εξατομικεύεται και καλύπτεται με ένα λεπτό επίστρωμα εφυάλωσης με σπρέι. Έτσι η κρυσταλλοποίηση και η εφυάλωση γίνονται με ένα μόνο βήμα με τον κλίβανο Programat CS (Εικ. 3)

Μετά τη διαδικασία κρυσταλλοποίησης, η αποκατάσταση καθαρίζεται (Εικ. 4) και αδροποιείται για 20 δευτερόλεπτα με υδροφθορικό οξύ (<5%). Στη συνέχεια η αποκατάσταση ξεπλένεται λεπτομερώς και στεγνώνεται. Μετά η στεφάνη σιλανοποιείται με το όλα-σε-ένα primer Monobond Plus (Εικ. 6). Το primer είναι κατάλληλο για υαλο-κεραμικά, π.χ. διπυριτικό λίθιο (LS_2), και για κεραμικά οξειδίου, π.χ. διοξείδιο του ζιρκονίου (ZrO_2), όπως επίσης και για μεταλλικές απο-

Εικ. 2. Παρασκευασμένο δόντι

Εικ. 3. Εφυαλωμένη στεφάνη



Εικ. 4. Καθαρισμός στεφάνης

Εικ. 5. Αδροποίηση με υδροφθορικό οξύ (IPS Ceramic Etch Gel)

Εικ. 6. Σιλανοποίηση με Monobond Plus

Εικ. 7. Προετοιμασία της οδοντικής παρασκευής με συγκολλητικό

Γιατί ταιριάζει απόλυτα με την οδοντιατρική σας καρέκλα...

TWI dental laser

Δύο Laser σε ένα
Φόρτηση μπαταρίας χωρίς καλώδια
980nm@10W & 635nm@320mW
60 δόσεις x 215 €

Gold 6

Υψηλής απόδοσης Laser σχεδιασμένο
να αποδίδει γρηγορότερες διαδικασίες
με μειωμένο χρόνο έκθεσης.
60 δόσεις x 140 €

- ✓ PDT
- ✓ Χειρουργική
- ✓ Ενδοδοντία
- ✓ Περιοδοντολογία

Quanta System
DNA Laser echnology

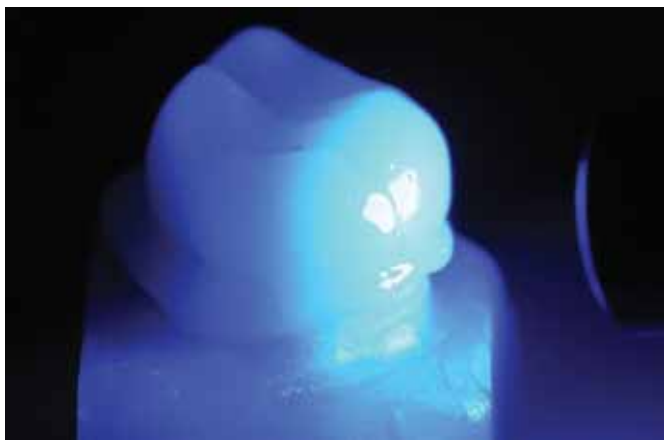
Q1 DNA

MDS-DENTAL
Medical & Dentist Equipment

ΔΗΜΟΣ ΜΗΤΑΚΙΔΗΣ & ΣΙΑ Ο.Ε.
ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΙΚΑ - ΙΑΤΡΙΚΑ
ΕΔΡΑ: ΙΩΝΙΑΣ 68 • ΝΙΚΑΙΑ 184 50
ΤΗΛ.: 210 7780790 (3 γραμμές) • FAX: 210 4917782
ΥΠΟΚΑΤΑΣΤΗΜΑ: ΚΑΡΥΟΦΥΛΛΗ 15-17 • ΓΟΥΔΗ • ΑΘΗΝΑ 115 27
ΤΗΛ.: 210 7473 957 • SERVICE: 210 7473 535, FAX: 210 7473 517
www.mds-dental.com.gr • e-mail: info@mds-dental.com.gr

Εικ. 8. Έκθεση της στεφάνης

Εικ. 9. Περίσσειες ρητινώδεις κονίες



Εικ. 10. Οι περίσσειες φωτοπολυμερίζονται…

Εικ. 11…και απομακρύνονται με ευκολία

Εικ. 12. Η στεφάνη ολοκληρωμένη

καταστάσεις. Το Monobond Plus απαιτεί χρόνο αντίδρασης 60 δευτερόλεπτα σε σύνδεση με όλα τα υλικά.

Οι οδοντικές παρασκευές προετοιμάζονται με κατάλληλο συγκολλητικό παράγοντα (εδώ χρησιμοποιούνται το Multilink A και B, Εικ. 7). Η ρητινώδης κονία τοποθετείται απευθείας μέσα στη στεφάνη από τη σύριγγα αυτοανάμειξης (Εικ. 8). Έπειτα η στεφάνη τοποθετείται στο παρασκευασμένο δόντι, εφαρμόζοντας ελαφρά πίεση. Οι περίσσειες του υλικού είναι εμφανείς (Εικ. 9). Οι περίσσειες φωτοπολυμερίζονται για 2 έως 4 δευτερόλεπτα ανά τεταρτημόριο (με χαμηλή ένταση φωτός, χρησιμοποιώντας για παράδειγμα το low-power στη συσκευή φωτοπολυμερισμού bluephase) (Εικ. 10). Κατά τη διαδικασία, το υλικό αποκτά βολική σύσταση και αφαιρείται με ευκολία, παραδείγματος χάριν με έναν ανιχνευτήρα (Εικ. 11). Μετά την απομάκρυνση της περίσσειας, η ρητινώδης κονία μπορεί να φωτοπολυμεριστεί πλήρως. Εναλλακτικά, το υλικό μπορεί να πολυμεριστεί χημικά από μόνο του. Η εικόνα 12 παρουσιάζει τη συγκολλημένη στεφάνη στη θέση της.

Περίληψη

Πραγματικά, η εύκολη συγκόλληση με ρητινώδεις κονίες παίζει αποφασιστικό ρόλο στη μακροπρόθεσμη κλινική επιτυχία των ολοκεραμικών αποκαταστάσεων. Η απομάκρυνση των περισσειών αποτελεί ένα κεντρικό ζήτημα αναφορικά με τη χρήση των υλικών συγκόλλησης. Οι ρητινώδεις κονίες επιτρέπουν στοχευμένο φωτοπολυμερισμό της περίσσειας και αποτελούν την ιδανική λύση σε τέτοια περιστατικά.

Διεύθυνση επικοινωνίας:
Dr. Alessandro Devigus
Gartematt 7
8180 Bülach
Ελβετία
devigus@dentist.ch
www.dentist.ch

ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΕΚΔΟΣΗ ΤΟΥ ΕΥΡΩΠΑΪΚΟΥ ΠΕΡΙΟΔΙΚΟΥ ΠΑ TI IN
Αισθητική ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΙΚΗ
ΤΩΡΑ ΚΑΙ ΣΤΑ ΕΛΛΗΝΙΚΑ
…το πολύ επιτυχημένο περιοδικό του Εκδοτικού Οίκου Quintessence «The European Journal of Esthetic Dentistry», που ήδη κυκλοφορεί τρία χρόνια σε 4 γλώσσες, το περιοδικό αυτό περιλαμβάνει όλους τους τομείς της Οδοντιατρικής και της Οδοντοτεχνικής.
Η **«Ελληνική Έκδοση του Ευρωπαϊκού Περιοδικού για την Αισθητική Οδοντιατρική»** θα βγαίνει κάθε τρίμηνο ξεκινώντας από το Φθινόπωρο του 2009.
Σας προσκαλούμε, να συμμετέχετε από την πρώτη στιγμή σε αυτήν τη νέα έκδοση του Εκδοτικού οίκου Laterre, που αποφάσισε, μετά από 3,5 χρόνια εμπειρίας στο χώρο των οδοντιατρικών εκδόσεων, να ξεκινήσει μια νέα προσπάθεια. Το νέο αυτό περιοδικό είναι το τέταρτο στη σειρά, που εκδίδεται σε συνεργασία με τον διεθνή Εκδοτικό οίκο Quintessence.
Εγγραφτείτε συνδρομητής τώρα
Ειδική τιμή εγγραφής για τη συνδρομή 2009-2010 (6 τεύχη) 150 €
Τιμή συνδρομής 2010 (4 τεύχη) 110 €
Τα Περιοδικά Laterre
Quintessence Παγκόσμια Οδοντιατρική Επιλογή Δίμηνο (6 τεύχη/χρόνο)
Quintessence Παγκόσμια Οδοντοτεχνική Επιλογή Τρίμηνο (4 τεύχη/χρόνο)
ΕΜΦΥΤΕΥΜΑΤΟΛΟΓΙΑ Τρίμηνο (4 τεύχη/χρόνο)
ΕΚΔΟΤΙΚΟΣ ΟΙΚΟΣ Laterre
ΒΛΑΧΟΠΟΥΛΟΥ 10Α, 111 71 ΑΘΗΝΑ
ΤΗΛ.: 21 06 46 69 70, FAX: 21 06 42 39 56
E-mail: boklugr@otenet.gr

Το καθημερινό γίνεται τώρα εξαιρετικό!

Μοναδική προσφορά
μέχρι 31/12/2009

Με κάθε συσκευή bluephase δώρο μία κασετίνα συνθέτων ρητινών προηγμένης νανο-τεχνολογίας Tetric EvoCeram 8 τεμαχίων x 3 γρ. αξίας 285 €

Κάθε Υλικό - Κάθε Ένδειξη - Κάθε Φορά

Το bluephase G2 είναι η πιο προηγμένη συσκευή φωτοπολυμερισμού που έχει δημιουργηθεί μέχρι σήμερα. Η μοναδική πολυκυματική τεχνολογία Polywave του Ivoclar Vivadent εκπέμπει ευρύ φάσμα φωτός και φωτοπολυμερίζει όλα τα οδοντιατρικά υλικά*. Σύστημα ψύξης χωρίς θυρίδες αερισμού εξασφαλίζει συνεχόμενη λειτουργία. Και όπως σε όλες τις συσκευές bluephase το μοναδικό σύστημα Click & Cure (κουμπώνω και φωτοπολυμερίζω) παρέχει αδιάλειπτη λειτουργία με καλωδιακή εφεδρεία.

- Τεχνολογία Polywave πολυμερίζει όλα τα υλικά.
- Ασύρματη λειτουργία.
- Click & Cure καλωδιακή εφεδρεία.
- Εργονομικό, ελαφρύ.

polywave

bluephase® G2
LED CURING UNITS

* Φωτοπολυμερίζει όλα τα μέχρι σήμερα γνωστά οδοντιατρικά υλικά (Μήκος κύματος από 385nm - 515nm.)

www.ivoclarvivadent.com
Ivoclar Vivadent AG
Bendererstr. 2 / FL-9494 Schaan Liechtenstein / τηλ: 00423 235 35 35 / fax: 00423 235 33 60

Ελλάδος:
- **Dental Vision ΕΠΕ** / Μεγαλοκαστρίτου 125 / 115 27 Αθήνα / τηλ: 210 77 55 900 / Θεσσαλονίκη τηλ: 2310 253 800 / www.dentalvision.gr
- **dentalcon Healthcare ΕΠΕ** / Μόρφου 33 / 104 32 Αθήνα / τηλ: 210 522 99 11 / www.dentalcon.com.cy
- **SADENT ΑΕΒΕ** / 17ο Νοεμβρίου 4 / 151 27 Μελίσσια / τηλ: 210 80 49 493 / Τζαρτζόλους 4-6 / 115 27 Αθήνα / τηλ: 210 77 77 608 Θεσσαλονίκη τηλ: 2310 988 799 / Ξάνθη: τηλ: 2410 549188 / www.sadent.com

Κύπρου:
- **dentalcon trading ltd.** / P.O. Box 27245 / 1643 Λευκωσία / τηλ: 0357 22 488 000 / www.dentalcon.com.cy

ivoclar vivadent:
passion vision innovation

ASA Smile

ΤΙΜΕΣ ΠΡΟΣΦΟΡΑΣ

DENTALCOM

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

ΑΠΟΤΥΠΩΤΙΚΑ ΔΙΣΚΑΡΙΑ ΧΡΩΜΑΤΙΚΑ ΚΩΔΙΚΟΠΟΙΗΜΕΝΑ

Ref.: 2801- ...

ΤΙΜΗ ΤΕΜ 4.70 €

10+2 ΔΩΡΟ

ΑΝΟΞΕΙΔΩΤΑ ΑΠΛΑ Ή SUPER

Codicolor INDEX

Ref.: 2804- ...

ΤΙΜΗ ΤΕΜ 7.63 €

10+2 ΔΩΡΟ

ΔΙΣΚΑΡΙΑ ΑΝΟΞΕΙΔΩΤΑ ΝΩΔΑ

Ref.: S2813

85.00 € 20% 68.00 €

σετ 11 τεμ. + διαβήτης

ΣΕΙΡΑ ΜΟΧΛΩΝ

Ref.: S0200-6

ΤΙΜΗ SET 102.00 €

ΣΕΙΡΙ 6 ΤΕΜ.

ΜΟΧΛΟΙ

Ref.: 0200- ...

ΤΙΜΗ ΤΕΜ 20.00 €

ΣΥΝΔΕΣΜΟΤΟΜΟΣ

Ref.: 0295-3

ΤΙΜΗ ΤΕΜ 26.00 € -20% 20.80 €

ΕΞΟΛΚΕΑΣ ΣΤΕΦΑΝΩΝ

Ref.: 2305-D

ΤΙΜΗ ΤΕΜ 29.00 € -20% 23.20 €

ΠΛΗΡΗΣ ΜΕ 3 ΜΥΤΕΣ

ΑΡΠΑΓΟΦΟΡΟΣ

Ref.: 3030

ΤΙΜΗ ΤΕΜ 33.00 €

Ivory

ΤΡΥΠΑΝΟ

Ref.: 3032

ΤΙΜΗ ΤΕΜ 65.00 €

ΑΝΙΧΝΕΥΤΗΡΕΣ

REF: 0701-23 Ref.: 0701-6
REF: 0701-11 Ref.: 0701-9
REF: 0701-16

5+1 ΔΩΡΟ

ΤΙΜΗ ΤΕΜ 3.90 € -20% 3.12 €

ΒΑΜΒΑΚΟΛΑΒΙΔΕΣ

Ref.: 0601-1

5+1 ΔΩΡΟ

Ref.: 0601-2

ΤΙΜΗ ΤΕΜ 6.60 € 20% 5.28 €

Ref.: 0601-3

ΣΠΑΘΕΣ HEIDEMANN

Ref.: 1102-...

5+1 ΔΩΡΟ

ΤΙΜΗ ΤΕΜ 7.50 € -20% 6.00 €

ΟΣΤΕΟΤΟΜΟΙ

Ref.: 0103-10

Luer

Ref.: 0103-20

Friedman

ΤΙΜΗ ΤΕΜ 65.00 €

ΟΔΟΝΤΑΓΡΕΣ

Ref.: S0100-1

ΤΙΜΗ SET 360.00 € 20% 288.00 €

SET 8 ΤΕΜ (fg. 1, 17, 18, 79, 67A, 51A, 13, 22)

ΟΔΟΝΤΑΓΡΕΣ

Ref.: 0100- ... Εκτός από 22R/22L , 86R/86L

ΤΙΜΗ ΤΕΜ 45.00 € -20% 36.00 €

ΨΑΛΙΔΙΑ ΟΥΛΩΝ

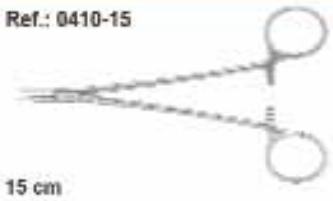
Ref.: 0300-1 / 0300-2

ΤΙΜΗ ΤΕΜ 12.00 € 20% 9.60 €

12 cm

ΒΕΛΟΝΟΚΑΤΟΧΑ

Ref.: 0410-15



ΤΙΜΗ ΤΕΜ 33.00 € -20% 26.40 €

15 cm

ΣΥΡΙΓΓΕΣ

0480-3

ΤΙΜΗ ΤΕΜ 29.00€ -20% 23.20 €

Σύριγγα απαστή

ΚΟΧΛΙΑΡΙΑ ΟΔΟΝΤΙΝΗΣ

Ref.: 1700-...

ΤΙΜΗ ΤΕΜ 9.00 € -20% 7.20 €

5+1 ΔΩΡΟ

Ref.: 1703-14

Ref.: 1704-17W

ΤΙΜΗ ΤΕΜ 9.00 € -20% 7.20 €

ΕΡΓΑΛΕΙΑ ΛΕΙΑΝΣΗΣ ΑΜΑΛΓΑΜΑΤΟΣ

Ref.: 1200-1,2,3,4

ΤΙΜΗ ΤΕΜ 7.50 € -20% 6.00 €

ΕΡΓΑΛΕΙΑ GRACEY

Ref.: 1807-02,04,06,08,010,12,14

ΤΙΜΗ ΤΕΜ 12.50 € 20% 10.00 €

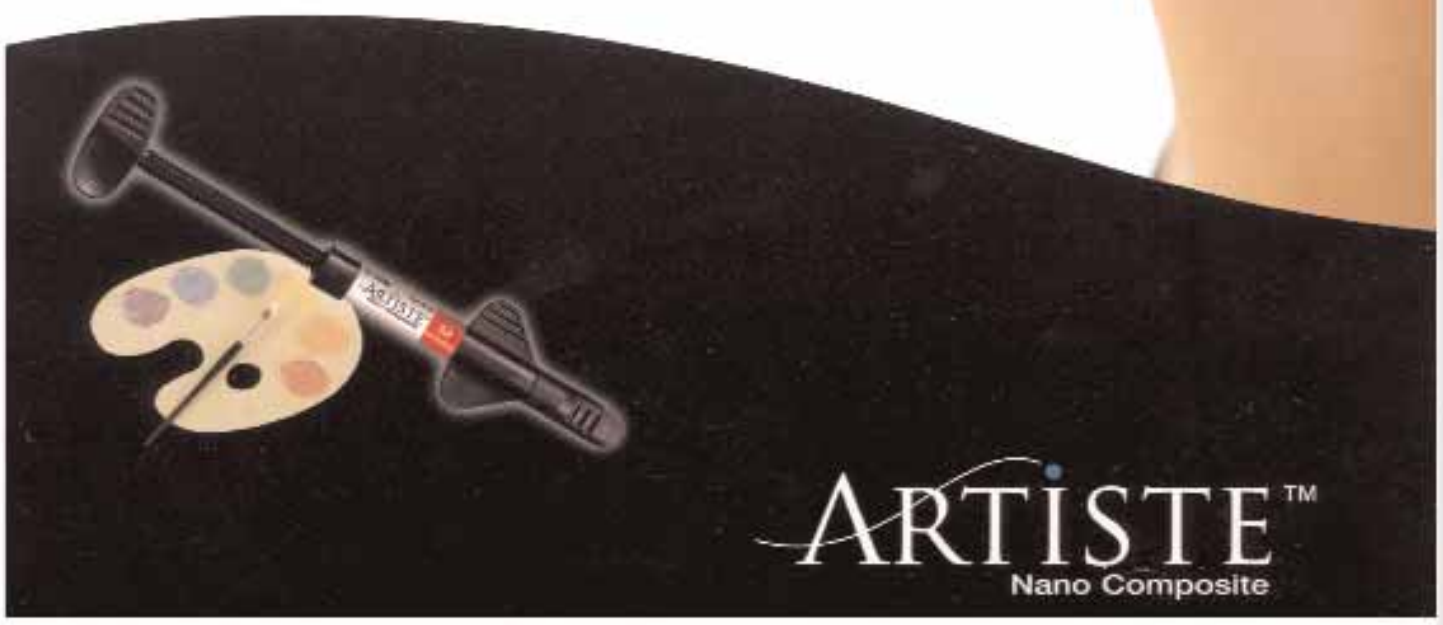
Απλή Τεχνική, Απλή Επιλογή Χρώματος, Εντυπωσιακά Αποτελέσματα

Το σύστημα σύνθετης νανορητίνης Artiste

Παρουσιάζει μία τεχνική και ένα προϊόν που έχουν τις δυνατότητες να δημιουργήσουν αισθητικά άρτιες αποκαταστάσεις και να χρησιμοποιηθούν από κάθε οδοντίατρο. Σε τι διαφέρει το σύστημα σύνθετης νανορητίνης Artiste; Με την προσεκτική απόδοση των αποχρώσεων μπορεί να δημιουργηθεί μία πραγματικά πολυχρωματική αποκατάσταση με τη σωστή χρήση μόνο δύο υλικών, του υλικού για το κυρίως σώμα της οδοντίνης και του υλικού για την αδαμαντίνη. Δεν χρειάζονται υπερβολική εργασία διαστρωμάτωσης, πολλά υλικά ή υπερβολικός χρόνος κλινικής εργασίας. Χρειάζεται μόνο μία απλή τεχνική και αποχρώσεις με έξυπνες χαρακτηριστικές ονομασίες που στηρίζουν όλη την απαραίτητη εργασία για να επιτευχθεί μία φυσική και ζωντανή εικόνα η οποία εναρμονίζεται εύκολα και αποτελεσματικά με τα φυσικά δόντια.

Κασετίνα 20 σωλ. και manual 650,00 €
Κασετίνα 20 σωλ. 600,00 €
Κασετίνα 5 σωλ. 160,00 €

στα 3 σωληνάρια + 1 ΔΩΡΟ



Alert™ Σύνθετη ρητίνη συμπύκνωσης

Το **Alert™** είναι σχεδιασμένο σαν καλύτερη ή εναλλακτική λύση του αμαλγάματος για αισθητικές αποκαταστάσεις οπισθίων δοντιών.
Η ρητίνη **Alert™** είναι ενισχυμένη σε μεγάλο ποσοστό με ένα συνδυασμό παραδοσιακών ενισχυτικών ουσιών και κεραμικών ινών που της προσδίδουν την ικανότητα να μπορεί να συμπυκνωθεί. Επιπλέον, το **Alert™** παρουσιάζει μικρή συστολή πολυμερισμού (κάτω από 2%) και φωτοπολυμερίζεται σε πάχος 5 χιλιοστών επιτρέποντας ασφαλές στοίβαγμα κοιλοτήτων που θα έπρεπε να αποκαταστάθούν σε στρώματα με κλασικές (universal) σύνθετες ρητίνες.
Κασετίνα: 4χρωμ., 1 flow, 1 συγκ. παρ., 1 στεγ παρ., 1 αδροποιητή, 2 μεταλ. εργαλεία
200,00 € στα 4 σωληνάρια **+ 1 ΔΩΡΟ**

Fusio™ LIQUID DENTIN

Η αυτοσυγκολλούμενη ρευστή ρητίνη που όλοι περίμεναν.
Εφαρμογές: Αυτοσυγκολλούμενο βερνίκι κοιλοτήτων, χρησιμοποιείται κάτω από άλλα εμφρακτικά υλικά για κλείσιμο υποσκαφών, για εμφράξεις μικρών αποκαταστάσεων τάξης I, εφράξεις οπών και σχισμών.
Συσκευασία 2 σωληνάρια 1ml/1,8 gr **46,00 €**

Breeze™, ρητινώδης αυτοσυγκολλούμενη κονία

Αυτοσυγκολλούμενη Ρητινώδης Κονία
Χωρίς αδροποίηση, χωρίς συγκολλητικό παράγοντα, χωρίς προβλήματα

set 5 αποχρώσεων 220,00 €
σωληνάριο 7 gr 50,00 €

FibreKor®

Ενδοριζικοί άξονες σε τρία μεγέθη (1 mm, 1,25 mm, 1,5 mm) ώστε να ταιριάζουν σε μεγάλου, μεσαίου και μικρού μεγέθους ριζικούς σωλήνες. Οι άξονες εύκολα συγκολλούνται στο παρασκευασμένο δόντι με ρητινώδεις κονίες και συγκολλητικούς παράγοντες. Υπάρχει πλήρης συλλογή από άξονες, μετρητές μήκους, και τρύπανα διαμέτρου ανάλογης με τους ενδοριζικούς άξονες.

set 235,00 € + ΔΩΡΟ
1 σωληνάριο Cement-it Universal αξίας 50,00 ευρώ

ΝΕΟ

FiberKleer®

Νέοι διαφανείς άξονες για καλύτερα αισθητικά αποτελέσματα.
Διαθέσιμοι σε κωνικό και παραλληλόγραμμο σχήμα

set 245,00 € + ΔΩΡΟ
1 σωληνάριο Cement-It Universal αξίας 50,00 ευρώ

Splint-It®

Πακέτο 6 ταινιών (1mm, 2mm, 3mm)

από 115,00 ΤΩΡΑ 92,00 €

Bond - 1®

Συγκολλητικός παράγοντας οδοντίνης / αδαμαντίνης

Το **Bond - 1®** είναι συγκολλητικός παράγοντας 5ης γενιάς για συγκόλληση σε υγρή οδοντίνη και αδαμαντίνη. Επιτυγχάνει ιδανική ανάπτυξη της υβριδικής ζώνης με διείσδυση στην απασβεστιομένη οδοντίνη και στη στοιβάδα του κολλαγόνου προσδίδοντας αντοχή δεσμού πάνω από 31MPa με πάχος μόνο 8μm, ενώ ταυτόχρονα ελαττώνει την ευαισθησία της οδοντίνης.

set 70,00 €
Φιαλίδιο BOND - 1 μεμονωμένο 4ml **54,00 €**
Αδροποιητής σε ζελέ - σύριγγα/5ml **16,50 €**

Bond-1® SF

Προσφέρει αντοχή δεσμών πάνω από 30,4 MPa στην οδοντίνη.
Δε χρειάζεται στέγνωμα, αυτοαδροποιείται, η χρήση του ποικίλει και μπορεί να χρησιμοποιηθεί με φωτο. η αυτοπολυμεριζόμενα υλικά, μοναδικός χειρισμός.
Συσκευασία 2 σωληνάρια/1ml **38,00 €**

Οι προσφορές ισχύουν έως 28 Φεβρουαρίου 2010 και μέχρι εξαντλήσεως των αποθεμάτων.
Οι τιμές δεν περιλαμβάνουν ΦΠΑ

Η τεχνολογία αφήνει τα ίχνη της στα γονίδιά μας

Ο άνθρωπος δημιουργεί την ΕΞΕΛΙΞΗ

Η ανάπτυξη της τεχνολογίας έχει αλλάξει εντελώς τους όρους της ζωής μας. Θα πίστευε κανείς ότι έχουμε γίνει τόσο ικανοί στο να ελέγχουμε τη φύση, που η θεωρία της εξέλιξης δεν ισχύει πια για εμάς. Νέες έρευνες, όμως, αποκαλύπτουν ότι συμβαίνει ακριβώς το αντίθετο: η εξέλιξη συνεχίζεται, και μάλιστα με όλο και πιο γοργούς ρυθμούς.

Αναδημοσίευση από το περιοδικό SCIENCE ILLUSTRATED

Του Rasmus Kragh Jakobsen

Θα έλεγε κανείς ότι εμείς οι άνθρωποι έχουμε γίνει τόσο ευφυείς και έχουμε αναπτύξει σε τέτοιο βαθμό την τεχνολογία μας, που δεν χρειάζεται να εξελιχθούμε περισσότερο. Η ζωή δεν είναι πια ένας αγώνας για την επικράτηση του ισχυρότερου. Αντί να αλλάζουμε εμείς, μπορούμε να διαμορφώνουμε τη φύση ανάλογα με τις ανάγκες μας. Ή μήπως τα πράγματα δεν έχουν έτσι;

Και βέβαια όχι! Πολλοί ερευνητές έχουν καταλήξει στο συμπέρασμα ότι η εξέλιξη όχι μόνο δεν έχει σταματήσει για τον άνθρωπο, αλλά αντίθετα έχει επιταχυνθεί τις τελευταίες χιλιετίες, ακόμη περισσότερο δε τα τελευταία 300 χρόνια, κατά τα οποία η πρόοδος της τεχνολογίας άλλαξε σημαντικά τις συνθήκες της ζωής μας. Μια επιστημονική ομάδα, με επικεφαλής τον ανθρωπολόγο John Hawks του Πανεπιστημίου Wisconsin-Madison, μελέτησε τον αριθμό των γενετικών αλλαγών σε ανθρώπους από όλο τον κόσμο. Το συμπέρασμα είναι ότι τα γονίδιά μας έχουν αλλάξει πολύ περισσότερο από τα γονίδια του πιο κοντινού βιολογικά σημερινού συγγενή μας, του χιμπαντζή. Στην πράξη, εξελισσόμαστε 100 φορές πιο γρήγορα από το «φυσιολογικό».

Σε πολλούς τομείς, έχουμε ξεπεράσει τους περιορισμούς που θέτει η φύση. Τουλάχιστον στις ανεπτυγμένες χώρες, κάθε σπίτι διαθέτει σήμερα καθαρό πόσιμο νερό, ηλεκτρικό, φως και θέρμανση. Έχουμε εύκολη πρόσβαση σε μια πληθώρα τροφίμων από όλο τον κόσμο. Η πρόοδος της Ιατρικής και των φαρμάκων μάς προστατεύει από λοιμώξεις που παλαιότερα οδηγούσαν στο θάνατο. Ακόμη, περπατάμε στο φεγγάρι, «γεννάμε» παιδιά έξω από το σώμα μας και επικοινωνούμε μέσω του Διαδικτύου με ανθρώπους από όλη την υφήλιο. Ωστόσο, δεν καταφέραμε να νικήσουμε τη φύση, ούτε να σταματήσουμε τις βιολογικές διαδικασίες που εξελίσσονται μέσα μας.

Ο John Hawks και οι συνάδελφοί του μελετούν μεγάλα τμήματα DNA σε γενετικό υλικό από τέσσερις μεγάλες πληθυσμιακές ομάδες: Ευρωπαίους, Κινέζους, Αφρικανούς και Ιάπωνες. Επειδή τα χρωμοσώματά μας σε κάθε γενιά «ανακατεύουν» –θα λέγαμε– «τα χαρτιά», σύμφωνα με μια διαδικασία που ονομάζεται «ανασυνδυασμός», σπανίζουν πολύ τα μεγάλα τμήματα DNA που παραμένουν αναλλοίωτα από γενιά σε γενιά. Γι' αυτό, το μήκος ενός τμήματος DNA που παραμένει αναλλοίωτο από γενιά σε γενιά είναι χαρακτηριστικό για την ηλικία του: όσο πιο μακρύ τόσο νεότερο.

Πρόσφατες οι διαφορές μεταξύ των φυλών

Αν τα αναλλοίωτα τμήματα του DNA είναι πολύ μεγάλα, π.χ. γύρω στις 500.000 βάσεις DNA, υπολογίζεται ότι αντιστοιχούν σε μόλις 2.000 χρόνια, ενώ τα μικρότερα τμήματα, των 5.000 βάσεων DNA, έχουν ηλικία περίπου 40.000 ετών.

> **Η σύγχρονη τεχνολογία δίνει νέα ώθηση στην εξέλιξη**
> Τα τελευταία 300 χρόνια, η πρόοδος της τεχνολογίας οδήγησε σε αλματώδη αύξηση του πληθυσμού. Είμαστε τώρα πάρα πολλοί, ταξιδεύουμε σε όλη την υφήλιο και τα γονίδιά μας αναμειγνύονται όσο ποτέ άλλοτε. Όλοι αυτοί οι παράγοντες συνέβαλαν στο να επιταχυνθεί σημαντικά η εξέλιξη.

Αν βρεθεί ότι μεγάλα τμήματα του DNA είναι συνηθισμένα στον πληθυσμό, αυτό σημαίνει ότι έχουν διαδοθεί πολύ γρήγορα. Σύμφωνα με τη θεωρία της εξέλιξης, αυτό με τη σειρά του μπορεί να σημαίνει μόνο ένα πράγμα: ότι περιέχουν έναν ή περισσότερους γενετικούς παράγοντες που προσφέρουν πλεονέκτημα όσον αφορά τη μακροζωία και τη γεννητικότητα. Πρόκειται για τη λεγόμενη φυσική ή θετική επιλογή. Ο καθηγητής Hawks βρήκε στον γενετικό μας κώδικα πάρα πολλά τμήματα του DNA που έχουν σχηματιστεί τα τελευταία 40.000 χρόνια, τα περισσότερα μάλιστα τα τελευταία 10.000 χρόνια. Βρέθηκαν αλλαγές σε περίπου 1.800 γονίδια, δηλαδή στο 7% του συνόλου. Αν οι επιστήμονες θεωρήσουν αυτή την τιμή ως «μέση ταχύτητα» της εξέλιξης για τα έξι εκατομμύρια χρόνια που χωρίσαμε από το χιμπαντζή, θα έπρεπε να υπάρχουν 18 εκατομμύρια διαφορές ανάμεσα στο DNA του ανθρώπου και το DNA του χιμπαντζή. Αλλά δεν συμβαίνει αυτό. Οι διαφορές είναι μόνο περί τις 40.000, κάτι που σημαίνει ότι η εξέλιξή μας θα πρέπει να έχει επιταχυνθεί σημαντικά στις τελευταίες 400-500 γενιές.

Τα συμπεράσματα της έρευνας είναι εκπληκτικά, καθώς πολλοί επιστήμονες υποστήριζαν ότι η εξέλιξη του ανθρώπινου είδους έχει σταματήσει προ πολλού. Κατά τον καθηγητή Hawks και τους συνεργάτες του, τα γενετικά χαρακτηριστικά που κάνουν τις ανθρώπινες «φυλές» να διαφέρουν είναι σχετικά πρόσφατα. Αναφέρει, για παράδειγμα, ότι οι μεταλλάξεις που έκαναν ανοιχτόχρωμο το δέρμα των Ευρωπαίων έγιναν τα τελευταία 20.000 χρόνια. Επίσης, οι μεταλλάξεις του γονιδίου OCA2, στις οποίες οφείλεται το γαλανό χρώμα των ματιών, εμφανίστηκαν, κατά τη γνώμη του, τα τελευταία 10.000 χρόνια.

Νέες ασθένειες αλλάζουν τα γονίδια

Εκτός από την αλλαγή του χρώματος των μα-

Ο άνθρωπος υποταγμένος στους ρυθμούς της φύσης
Τη νύχτα μαζευόμασταν ο ένας δίπλα στον άλλο, *γιατί, όταν έπεφτε ο ήλιος, ήταν σκοτεινά και έκανε κρύο. Τις δυνάμεις που κρύβει η φύση τις ξέραμε μόνο από βίαια φαινόμενα, όπως οι εκρήξεις ηφαιστείων, οι αστραπές και οι κυκλώνες. Η φωτιά ήταν η μόνη πηγή που μας φώτιζε και μας ζέσταινε.*

Η εφεύρεση του ηλεκτρισμού
Το ρεύμα διώχνει το σκοτάδι. *Η ανακάλυψη του ηλεκτρομαγνητισμού ανοίγει το 1831 το δρόμο για την ηλεκτρική γεννήτρια του Faraday, που παράγει ηλεκτρισμό από μηχανική ενέργεια, με τη μέθοδο της επαγωγής. Αργότερα, ήρθε ο λαμπτήρας, που μας έδωσε τη δυνατότητα να αποφασίζουμε μόνοι μας πότε θέλουμε να έχουμε φως.*

Δραστηριότητα όλο το 24ωρο
Φως και θέρμανση *διαθέτουμε όλοι σήμερα. Οι μεγαλουπόλεις καταναλώνουν τόση ενέργεια, που τα φώτα τους μπορεί να τα διακρίνει κανείς από το διάστημα. Ο ηλεκτρισμός έχει γίνει αναπόσπαστο κομμάτι της καθημερινότητάς μας, γιατί είναι η βάση κάθε τεχνολογίας: από τα φώτα, τα ψυγεία, τους υπολογιστές μέχρι τα νοσοκομεία, τα αεροπλάνα και τις επικοινωνίες.*

"Το e.max ΔΙΠΥΡΙΤΙΚΟΥ ΛΙΘΙΟΥ είναι το πιο ΔΥΝΑΤΟ κεραμικό ΣΥΣΤΗΜΑ που έχουμε δοκιμάσει μέχρι σήμερα."*

.max IPS

1,000 N[*2]
IPS e.max διπυριτικό λίθιο

350 N[*1]
Επικαλυμμένο οξείδιο τού ζιρκονίου

Αυτό τα αλλάζει όλα.

Η αντοχή των στεφανών που κατασκευάζονται από υαλοκεραμικό διπυριτικού λιθίου είναι υψηλότερη από αυτή των επικαλυμμένων στεφανών οξειδίου τού ζιρκονίου. Το διπυριτικό λίθιο καθίσταται το υλικό επιλογής για μονήρεις στεφάνες: δυνατές, αισθητικές, οικονομικές. Δοκιμάστε και εσείς.

***Mouth Motion Fatigue and Durability Study**
Petra C Guess, Ricardo Zavanelli, Nelson Silva and Van P Thompson, New York University, March 2009
[1] 90% αποτυχίες μετά από 100.000 κύκλους.
[2] Καμία αποτυχία μετά από 1.000.000 κύκλους.

www.ivoclarvivadent.com
Ivoclar Vivadent AG
Bendererstr. 2 / FL 9494 Schaan Liechtenstein / Tel: 00423 235 35 35 / fax: 00423 235 33 60

Επίσημοι διανομείς:
Ελλάδας:
- **Dental Vision ΕΠΕ** / Μιχαλακοπούλου 125 / 115 27 Αθήνα / 210 77 55 900 / Τσιμισκή 34 / 546 23 Θεσσαλονίκη / 2310 253 800 / www.dentalvision.gr
- **dentalcon Healthcare ΕΠΕ** / Μάρνη 33 / 104 32 Αθήνα / 210 522 99 11

Κύπρου:
- **dentalcon trading ltd.** / PO Box 27245 / 1643 Λευκωσία / +357 22 466 000 / www.dentalcon.com.cy

ivoclar vivadent
passion vision innovation

Οι ασθενέστεροι χάνονται

Η φύση είναι ανελέητη. *Παλαιότερα, αρκούσε μια πληγή να εξελιχθεί σε μόλυνση και το αποτέλεσμα ήταν ο θάνατος. Πριν από τις μεγάλες προόδους της Ιατρικής, οι αρρώστιες, τα ατυχήματα και ο θάνατος ήταν μια καθημερινότητα, αποδεκτή από όλους. Αυτό, δυστυχώς, συνεχίζει να ισχύει για ένα μεγάλο μέρος του πληθυσμού των υπό ανάπτυξη χωρών. Παιδιά και μεγάλοι πεθαίνουν από αρρώστιες τις οποίες εμείς, στον δυτικό κόσμο, χάρη στις καλύτερες συνθήκες υγιεινής, στους γιατρούς και στα φάρμακα, μπορούμε να θεραπεύσουμε.*

Η Ιατρική κερδίζει νίκες

Η μεγάλη πρόοδος της Ιατρικής *άλλαξε τις συνθήκες ζωής. Με την ανακάλυψη της πενικιλίνης από τον Alexander Fleming το 1928, αποκτήσαμε το πρώτο αποτελεσματικό όπλο στη μάχη κατά των βακτηρίων. Τα αντιβιοτικά, όπως και οι εμβολιασμοί και οι εγχειρήσεις, έχουν σώσει τη ζωή εκατομμυρίων ανθρώπων σε όλο τον κόσμο. Με μεγάλα προγράμματα εμβολιασμού καταφέραμε να εξαλείψουμε π.χ. την οστρακιά, ενώ πολλές άλλες σοβαρές αρρώστιες, όπως η πολιομυελίτιδα, κοντεύουν επίσης να εξαφανιστούν.*

Περισσότεροι άνθρωποι ζουν καλύτερα

Μπορούμε να αντικαταστήσουμε ακρωτηριασμένα μέλη *του σώματός μας και να εξοπλίσουμε με βοηθητικά μέσα ακόμη και ανθρώπους με σοβαρές αναπηρίες, ώστε να είναι σε θέση να μετέχουν ενεργά στην κοινωνική ζωή. Μετά την ανακάλυψη της δομής του DNA, το 1953, αποκτήσαμε δυνατότητες που παλαιότερα δεν μπορούσαμε ούτε καν να φανταστούμε. Είμαστε πλέον σε θέση να επεμβαίνουμε στο ίδιο το γενετικό υλικό και να τροποποιούμε βλαβερά γονίδια, ενώ δημιουργήσαμε επίσης «τράπεζες» οργάνων και μελών, που έχουμε αναπτύξει από βλαστοκύτταρα. Σε ένα όχι και τόσο μακρινό μέλλον, με τη διέγερση των ίδιων των κυττάρων μας, θα αναδημιουργούνται μέλη που έχουν καταστραφεί.*

τιών και του δέρματός μας, οι σωματικές διαστάσεις μας μίκρυναν και το ίδιο συνέβη με τα δόντια και τον εγκέφαλό μας, καθώς άλλαξαν οι απαιτήσεις και οι συνθήκες της ζωής μας. Οι επιστήμονες δεν μπορούν ακόμη να εξηγήσουν γιατί μειώθηκε ο όγκος του εγκεφάλου μας, αλλά τα δόντια μίκρυναν μάλλον όταν αρχίσαμε να τρώμε επεξεργασμένες τροφές, που ήταν ευκολότερες στο μάσημα.

Το γεγονός ότι το δέρμα ενός μέρους του ανθρώπινου πληθυσμού έγινε πιο ανοιχτόχρωμο οφείλεται στο ότι εγκαταστάθηκε, κατά το μακρινό παρελθόν, σε βορειότερες περιοχές, όπου το φως του ήλιου είναι περιορισμένο. Μια ανοιχτόχρωμη επιδερμίδα, με λιγότερη χρωστική, επιτρέπει σε περισσότερη ηλιακή ακτινοβολία να περνάει, ώστε ο οργανισμός μας να μπορεί να σχηματίζει περισσότερη βιταμίνη D.

Τα μεγαλύτερα γενετικά ίχνη, πάντως, τα αφήνουν οι ασθένειες. Η μόνιμη εγκατάσταση, και μάλιστα σε πολυπληθείς ομάδες, καθώς και το γεγονός ότι, για πρώτη φορά στην ιστορία, έχουμε πρόβλημα με τα απορρίμματά μας είναι σωστός παράδεισος για τους νοσογόνους μικροοργανισμούς. Οι πρόγονοί μας άρχισαν από κάποιο σημείο και μετά να μετακινούνται μαζί με τα ζώα που εξημέρωσαν, ενώ παλαιότερα τα κυνηγούσαν, και αυτό είχε ως αποτέλεσμα οι μικροοργανισμοί να αναπτύσσονται ραγδαία και να μεταδίδονται σε νέα είδη.

Τα βακτήρια της χολέρας, για παράδειγμα, υπήρχαν από πολύ παλιά στα ζώα και είχαν προσαρμοστεί να μη σκοτώνουν τους οργανισμούς που τα φιλοξενούσαν. Όταν όμως εξημερώσαμε τα άγρια ζώα, οι αρρώστιες τους βρήκαν για πρώτη φορά πρόσβαση στον οργανισμό μας, κάτι που είχε καταστροφικές συνέπειες για εμάς αλλά και άσκησε μεγάλη επίδραση στην εξέλιξή μας.

> «Πριν από 10.000 χρόνια δεν είχε κανείς γαλανά μάτια, επειδή η αντίστοιχη παραλλαγή του γονιδίου OCA2 δεν είχε ακόμη εμφανιστεί», εξηγεί ο John Hawks.

Όλες οι γονιδιακές παραλλαγές που προφυλάσσουν από σοβαρές επιδημίες εξαπλώνονται γρήγορα στον πληθυσμό και αφήνουν σε αυτόν μεγάλα εξελικτικά ίχνη. Χαρακτηριστικό παράδειγμα είναι η ελονοσία τύπου falciparum, που μαστίζει σήμερα τη Δυτική Αφρική. Πριν από 5.000 χρόνια, δεν υπήρχε καθόλου αυτή η αρρώστια. Σήμερα, έχουμε εντοπίσει πάνω από 20 γονιδιακές παραλλαγές που προκαλούν ανοσία σε αυτήν ακριβώς τη μορφή ελονοσίας.

Κατά τον ίδιο τρόπο, ο ιός HIV ασκεί μεγάλη επίδραση στην ανάπτυξη της γονιδιακής δεξαμενής των πληθυσμών της Αφρικής. Τα γονίδια που αντιστέκονται και προκαλούν ανοσία στην αρρώστια θα διαδοθούν. Έτσι, λοιπόν, όσοι πίστευαν ότι η εξέλιξή μας έχει σταματήσει, αφού περάσαμε από την εποχή της γεωργίας στην εποχή της υψηλής τεχνολογίας, κάνουν λάθος.

Οι έρευνες δείχνουν ότι η εξέλιξη του πολιτισμού μας προκάλεσε αλυσιδωτή αντίδραση θετικών γενετικών προσαρμογών, που σημειώθηκαν με ολοένα και μεγαλύτερη ταχύτητα. Αυτό οφείλεται σε έναν άλλο σημαντικό παράγοντα: την αλματώδη αύξηση του πληθυσμού, ιδίως τα τελευταία 300 χρόνια. Όσο περισσότεροι άνθρωποι υπάρχουν, τόσο περισσότερες νέες και ευνοϊκές γονιδιακές παραλλαγές μπορούν να δημιουργηθούν.

Πιστεύεται ότι πριν από 11.000 χρόνια

Σκληρός αγώνας για την τροφή

Οι στερήσεις ήταν μια μόνιμη κατάσταση *κατά τη διάρκεια των 11.000 χρόνων που ο άνθρωπος καλλιεργούσε τη γη με τα χέρια του ή έστω με τη βοήθεια των ζώων, που τραβούσαν το αλέτρι. Ακόμη και σήμερα, σε διάφορες περιοχές του κόσμου, η παραγωγή στηρίζεται στις δυνάμεις του ίδιου του ανθρώπου. Σε αυτά τα μέρη, τρέφονται με ό,τι οι ίδιοι μπορούν τοπικά να παράγουν και κινδυνεύουν από πείνα και αβιταμίνωση.*

Η τεχνογνωσία αυξάνει την παραγωγικότητα

Χάρη σε μηχανές με μεγάλη ιπποδύναμη, *η παραγωγικότητα στον αγροτικό τομέα, αλλά και γενικά, αυξήθηκε κατακόρυφα. Η παραγωγή τροφίμων σημείωσε εκρηκτική άνοδο και στον δυτικό κόσμο κανείς δεν φοβάται πια την πείνα. Η μυϊκή δύναμη δεν είναι σήμερα αναγκαία. Αυξάνεται όμως όλο και περισσότερο η σημασία της τεχνογνωσίας.*

Οι αγορές κατακλύζονται από τρόφιμα

Έχουμε πλέον επάρκεια τροφής. *Σήμερα, τα τρόφιμα παράγονται ως επί το πλείστον από εξειδικευμένες επιχειρήσεις – κανείς δεν παρασκευάζει μόνος του το φαγητό του. Τα τρόφιμα μεταφέρονται με σύγχρονα μέσα από τη μια άκρη της Γης στην άλλη. Η προσφορά είναι τεράστια. Όλος ο κόσμος έχει γίνει ένα τεράστιο παζάρι, όπου όλοι μπορούν να συναλλάσσονται με όλους. Μια νέα πράσινη επανάσταση, που με τη βοήθεια της τεχνολογίας θα δημιουργήσει νέες ποικιλίες φυτών, ανθεκτικές και με μεγάλη απόδοση, θα παίξει καθοριστικό ρόλο στη διατροφή του ανθρώπινου πληθυσμού, που αυξάνεται ραγδαία.*

VistaScan Mini: Το Μέλλον της Ψηφιακής Ακτινογραφίας Ειναι Εδώ

COMPRESSED AIR
SUCTION
IMAGING
DENTAL CARE
HYGIENE

Η Duerr Dental με υπερηφάνεια παρουσιάζει το επόμενο βήμα στη ψηφιακή ακτινογραφία για το μικρό οδοντιατρείο. Το VistaScan Mini ενσωματώνει την απόλυτη ευχρηστία των εύκαμπτων πλακιδίων απεικόνισης, απαράμιλη ποιότητα απεικόνισης χωρίς συμβιβασμούς, και καινοτομίες στην αιχμή της τεχνολογίας. Το νέο VistaScan Mini αντιπροσωπεύει την ιδανική λύση ψηφιακής ακτινογραφίας για τις ανάγκες του μοντέρνου οδοντιατρείου. Για τη δική σας παρουσίαση του VistaScan Mini, μπορείτε να επικοινωνήσετε με τους επίσημους αντιπροσώπους της Duerr Dental στην Ελλάδα.

Duerr Dental Area Manager (Ελλάδα-Κύπρος): Θωμάς Καλανδράνης,
Τηλ: 210-9852 862, Κινητό: 694 894 7645, e-mail: **kalandranis.t@duerr.gr**

DÜRR DENTAL

υπήρχαν μόλις 1-2 εκατομμύρια άνθρωποι. Πριν από 2.000 χρόνια είχαν γίνει 200 εκατομμύρια, για να φτάσουν τα 600 εκατομμύρια τον 18ο αιώνα. Με τη βιομηχανική επανάσταση και την εκμηχάνιση της γεωργίας, σημειώθηκε κυριολεκτικά μια πληθυσμιακή έκρηξη. Σήμερα ζουν στη Γη 6,7 δισεκατομμύρια άνθρωποι.

Στις υπό ανάπτυξη χώρες η μεγαλύτερη «γενετική δεξαμενή»

Δεν υπάρχει λόγος να πιστεύει κανείς ότι στο μέλλον η ανάπτυξη θα σταματήσει. Η βιολογία μας προσαρμόζεται συνεχώς στο περιβάλλον και, καθώς ο πολιτισμός διαμορφώνει σε μεγάλο βαθμό το περιβάλλον μας, θα μπορούσαμε να πούμε ότι ο ίδιος ο άνθρωπος ωθεί προς τα εμπρός την εξέλιξη. Θα μπορούσαν ίσως οι επιστήμονες να προβλέψουν ποια γονίδια θα αποκτήσουν μεγαλύτερη σημασία για τον άνθρωπο του μέλλοντος;

Ο καθηγητής Hawks δεν το πιστεύει. Ακόμη και στην περίπτωση που οι επιστήμονες μελετήσουν λεπτομερώς το γενετικό προφίλ δεκάδων χιλιάδων ανθρώπων, είναι πάρα πολύ δύσκολο να συμπεράνουν ποια γονίδια θα περάσουν στις επόμενες γενιές. Κάποια παραλλαγή γονιδίου που σήμερα σπανίζει μπορεί να αποδειχτεί στο μέλλον ευνοϊκή για τους ανθρώπους όσον αφορά τη γεννητικότητα. Είναι αδύνατον να προβλέψει κανείς τη γενετική εξέλιξη, μπορούμε πάντως να προσπαθήσουμε να μαντέψουμε πώς θα εξελιχθούμε εμείς οι άνθρωποι όσον αφορά άλλους τομείς.

> «Οι Σκανδιναβοί έχουν σήμερα μικρότερο εγκέφαλο και πιο κοντά κρανία απ' ό,τι οι πρόγονοί τους, οι Βίκινγκς, πριν από 1.000 χρόνια», επισημαίνει ο John Hawks.

Οι παράγοντες που παίζουν ρόλο στην εξέλιξη είναι απίστευτα πολλοί. Το βασικό στοιχείο είναι, πάντως, πόσα παιδιά γεννιούνται και ποια είναι η βιωσιμότητά τους. Με βάση αυτά τα κριτήρια, μπορούμε να υποθέσουμε ότι πληθυσμοί με υψηλό ποσοστό γεννήσεων, όπως οι λαοί της Ασίας, της Αφρικής και της Νότιας Αμερικής, θα συμβάλουν περισσότερο στη λεγόμενη «γενετική δεξαμενή». Γι' αυτόν το λόγο, είναι πολύ πιθανόν η ανθρωπότητα να έχει, έπειτα από αρκετές γενιές, γονίδια που προέρχονται κυρίως από τον πληθυσμό των σημερινών υπό ανάπτυξη χωρών.

Νέες ιδιότητες θα αποκτήσουν σημασία στο μέλλον

Κατά καιρούς, έχουν διατυπωθεί εικασίες ότι οι διάφορες ανακαλύψεις και εφευρέσεις του ανθρώπου, από τα συνηθισμένα γυαλιά μυωπίας μέχρι την τεχνητή γονιμοποίηση, θα οδηγούσαν σε εκφυλισμό της «γενετικής δεξαμενής» μας. Η καλή όραση και η υψηλή γονιμότητα δεν είναι πια ιδιότητες τόσο απαραίτητες για την ευημερία του ανθρώπου, ού-

Τα γονίδιά μας διαδίδονται σε όλο τον κόσμο

Από μεγάλος και απρόσιτος που ήταν ο κόσμος μας μέχρι και σχετικά πρόσφατα, έχει γίνει σήμερα λιλιπούτειος. Στην ανεπτυγμένη Δύση, οι κινητήρες τζετ μειώσαν τόσο πολύ τους χρόνους των ταξιδιών, που δεν υπάρχει πια γωνιά της Γης που να μας φαίνεται απομακρυσμένη.

Ταξιδεύουμε όσο ποτέ άλλοτε και οι κοινωνικές συνέπειες από αυτό είναι μεγάλες. Άνθρωποι από όλη την υφήλιο βράζουν στο ίδιο πολιτισμικό καζάνι. Ορισμένες εθνικές ιδιαιτερότητες επιβιώνουν σαν νόστιμα καρυκεύματα, ενώ άλλες ξεθωριάζουν ή εκφυλίζονται.

Κατά τον ίδιο τρόπο, πολλές γλώσσες θα εξαφανιστούν στο μέλλον. Ίσως ενωθούμε τελικά σε μεγάλες πολιτιστικές ομάδες, που θα μιλούν την ίδια γλώσσα, π.χ. αγγλικά.

Η γνώση γίνεται προσιτή σε όλους

Για το μεγαλύτερο μέρος της ιστορίας μας, η γνώση ήταν προνόμιο ενός κλειστού κύκλου ανθρώπων, καθώς μπορούσε να καταγραφεί μόνο σε λίθινες πλάκες, ευαίσθητους παπύρους ή περγαμηνές, που αντιγράφονταν με το χέρι. Η πρόοδος της αν-

θρωπότητας ήταν τότε πολύ αργή.

Με την εφεύρεση των κινητών τυπογραφικών στοιχείων από τον Γουτεμβέργιο, το 1450, έγινε δυνατή η παραγωγή αντιτύπων σε τόσο μεγάλη έκταση, που η γνώση μπορούσε πλέον να είναι προσιτή σε όλους. Τέσσερις αιώνες αργότερα, εφευρέθηκε το περιστροφικό πιεστήριο, που έβαλε τα θεμέλια για το πρώτο πραγματικό μέσο μαζικής ενημέρωσης – την εφημερίδα. Ακολούθησαν ο τηλέγραφος, το τηλέφωνο, το ραδιόφωνο και η τηλεόραση και σήμερα οι δορυφόροι και οι οπτικές ίνες φροντίζουν ώστε ειδήσεις, νέες ιδέες και γνώσεις από κάθε γωνιά του κόσμου να διαδίδονται ανά την υφήλιο μέσα σε λίγα λεπτά.

Σήμερα διαθέτουμε τους υπολογιστές και τον Παγκόσμιο Ιστό –τον οποίο εφηύρε ο Tim Berners-Lee το 1989–, που έχουν προκαλέσει μια πραγματική επανάσταση στην επικοινωνία, ακριβώς όπως η τυπογραφία πριν από πεντέμισι αιώνες. Τώρα μπορούμε να αναζητούμε online στοιχεία στη Wikipedia, στο Google και σε διάφορα περιοδικά. Μπορούμε ακόμη να αναπτύσσουμε κοινωνικά δίκτυα, τύπου Facebook. Η δίψα μας για πληροφορίες είναι ακόρεστη, έχοντας μάλιστα αξιοποιήσει μόνο ένα μικρό μέρος των δυνατοτήτων του Διαδικτύου.

τε και για την αναπαραγωγή του, και επομένως οι ιδιότητες αυτές δεν χρειάζεται να μεταφέρονται στις νέες γενιές.

Αντίθετα, η σημασία των νοητικών ικανοτήτων αυξάνεται, αφού, ανεξάρτητα από το επάγγελμα του καθενός, η γνώση είναι το βασικό κλειδί της επιτυχίας στην κοινωνία μας. Επιπλέον, νέοι παράγοντες κάνουν συνεχώς την εμφάνισή τους. Η μεγάλη αύξηση των ταξιδιών σήμερα διευκολύνει την ταχεία εξάπλωση ανά τον κόσμο νέων λοιμωδών νοσημάτων, που παλαιότερα έκαναν την εμφάνισή τους μόνο τοπικά. Το SARS, η γρίπη των πτηνών και ο ιός του δυτικού Νείλου είναι από τα πιο πρόσφατα παραδείγματα.

Ένα είναι βέβαιο: η ανάπτυξη της τεχνολογίας, όπως και η εξέλιξη γενικά, θα συνεχιστούν. Ανεξαρτήτως του αν στο μέλλον τα μεταλλαγμένα φυτά θα μπορούν να θρέψουν ένα σημαντικά μεγαλύτερο ανθρώπινο πληθυσμό ή αν νέες μορφές ενέργειας θα δώσουν λύσεις στα κλιματικά προβλήματα του πλανήτη μας, οι τεχνολογικές πρόοδοι θα συνεχίσουν να επηρεάζουν τον πολιτισμό μας και την εξέλιξη. Στο απώτερο μέλλον, πολλοί άνθρωποι ίσως εγκαταλείψουν τη Γη, για να βάλουν τη σφραγίδα τους σε άλλους πλανήτες, όπως ο Άρης, ή ακόμη και να αποικίσουν πλανήτες σε άλλα ηλιακά συστήματα.

Αν γίνει αυτό, η τεχνολογία θα έχει βάλει τις βάσεις για ένα νέο συναρπαστικό κεφάλαιο της ιστορίας του ανθρώπου. Θα δούμε να δημιουργούνται τελείως διαφορετικοί τύποι ανθρώπων, αφού, λόγω της τεράστιας απόστασης που θα τους χωρίζει από τη Γη, οι πληθυσμοί αυτοί θα εξελίσσονται κάτω από τελείως διαφορετικές συνθήκες, χωρίς να αναμειγνύονται με τις γονιδιακές δεξαμενές των γήινων.

ΔΙΦΟΣΦΩΝΙΚΑ *Per os* - ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ ΚΑΙ ΣΥΣΤΑΣΕΙΣ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ

Στο ξεκίνημα του 21ου αιώνα καλούμαστε, ως οδοντιατρικός κλάδος αλλά και μεμονωμένα, να αντεπεξέλθουμε στις προκλήσεις των καιρών μας.

Όπως είναι ευρέως γνωστό, ασθενείς που λαμβάνουν διφοσφωνικά φάρμακα αντιμετωπίζουν ιατρικές επιπλοκές. Αυτά τα φάρμακα χρησιμοποιούνται συνήθως στην πρόληψη και τη θεραπεία της οστεοπόρωσης και στην καταπολέμηση ποικίλων άλλων ασθενειών, όπως η παραμορφωτική οστεΐτιδα (νόσος του Paget), το πολλαπλό μυέλωμα, οστικές μεταστάσεις κακοήθων νεοπλασμάτων, καθώς και σε άλλες παθογένειες όπου παρουσιάζεται κακή ποιότητα οστού. Τα διφοσφωνικά άλατα είναι ισχυροί αναστολείς της οστεοκλαστικής δραστηριότητας. Χαρακτηριστικό τους γνώρισμα είναι ότι βρίσκονται στην οστική μάζα[1] και απελευθερώνονται κατά τη διάρκεια οστικής απορρόφησης. Με την απελευθέρωσή τους τα διφοσφωνικά απορροφώνται από οστεοκλάστες, οι οποίοι με τη σειρά τους οδηγούνται στην απόπτωση και στον κυτταρικό θάνατο. Τα διφοσφωνικά επιδρούν καταστολτικά στους οστεοκλάστες και επηρεάζουν αρνητικά την οστική εναλλαγή.

Του **Σταύρου Μαστρονικόλα**, D.D.S., M.Sc. Περιοδοντολόγου

Υπάρχουν δύο τάξεις διφοσφωνικών: τα διφοσφωνικά που περιέχουν άζωτο και αυτά που δεν περιέχουν άζωτο. Οι δύο τύποι διφοσφωνικών συμβάλλουν δυσανάλογα στην απενεργοποίηση των οστεοκλαστικών κυττάρων. Ο χρόνος ημίσειας ζωής των διφοσφωνικών κυμαίνεται από μήνες μέχρι και χρόνια, με κάποιες αναφορές να κάνουν λόγο για παραμονή στο οστό μέχρι και μια δεκαετία μετά τη χορήγησή τους. Παρ' όλα αυτά, όταν το νέο οστό σχηματιστεί πάνω σε οστική μάζα με διφοσφωνικά κατάλοιπα, οι αρνητικές συνέπειες της απόπτωσης στους οστεοκλάστες μειώνονται.[2]

Πρόσφατες δημοσιευμένες έρευνες δείχνουν ότι υπάρχει άμεση συσχέτιση μεταξύ διφοσφωνικών και οστεονέκρωσης των γνάθων. Η κλινική εικόνα της οστεονέκρωσης από διφοσφωνικά είναι παρόμοια με αυτήν της οστεονέκρωσης που προκαλείται από ακτινοθεραπεία στην περιοχή της κεφαλής και του τραχήλου. Ενδοστοματικά η κλινική εικόνα περιγράφεται με εκτεθειμένο νεκρωτικό οστό (για περισσότερο από οκτώ εβδομάδες) στην περιοχή των γνάθων. Στην αρχή η έκθεση αυτή είναι ασυμπτωματική, αλλά τυχόν συνυπάρχουσα λοίμωξη στο νεκρωτικό οστό συνοδεύεται από έντονο πόνο.

Υπάρχει προβληματισμός όσον αφορά την αντιμετώπιση της οστεονέκρωσης που συσχετίζεται με τη χρήση διφοσφωνικών, καθώς αυτή δεν ανταποκρίνεται στην κλασική θεραπεία κατά της οστεονέκρωσης που προκαλείται από ακτινοθεραπεία, όπως είναι ο καθαρισμός του εκτεθειμένου οστού, η συστηματική λήψη αντιβιοτικών ή η θεραπεία με χρήση υπερβαρικού οξυγόνου.[3] Οι πιο σημαντικοί προδιαθεσικοί παράγοντες οστεονέκρωσης από διφοσφωνικά είναι ο τύπος και η συνολική δόση διφοσφωνικών. Διφοσφωνικά με μεγαλύτερη διάρκεια χορήγησης είναι άμεσα συνδεδεμένα με αυξανόμενο ρίσκο οστεονέκρωσης.[4, 5] Ωστόσο, οι πιο γνωστοί προδιαθεσικοί παράγοντες περιλαμβάνουν τραύμα ή ιστορικό οδοντικής χειρουργικής και λοίμωξη στην περιοχή.[6] Η πλειονότητα των αναφερόμενων περιστατικών οστεονέκρωσης συνδεέται με την ενδοφλέβια χορήγηση διφοσφωνικών. Σε μια έρευνα 368 περιστατικών μεταξύ των ετών 2003 και 2006, περίπου το 94% των περιστατικών προήλθαν από ασθενείς που είχαν λάβει ενδοφλέβια Zoledronic acid και ή Pamidronate (γνωστό ως Aredia το οποίο δεν κυκλοφορεί ακόμα στην Ελλάδα). Το 85% των ασθενών είχαν πολλαπλό μυέλωμα ή καρκίνο του μαστού και μόνο το 3,6% είχε λάβει διφοσφωνικά per os για οστεοπόρωση.[7] Εκατομμύρια περισσότεροι ασθενείς λαμβάνουν την per os μορφή του φαρμάκου σε σύγκριση με την ενδοφλέβια μορφή και έχει υπολογιστεί ότι η συχνότητα οστεονέκρωσης σε ασθενείς που έλαβαν διφοσφωνικά από το στόμα είναι 0,7 για 100.000 ασθενείς – χρόνια έκθεσης.[8]

Δείκτης αναδιαμόρφωσης οστού, serum C-Terminal Telopeptide (CTX)

Φυσιολογικές τιμές είναι συνήθως μεγαλύτερες των 300 pg/ml

>150 pg/ml μειωμένου ρίσκου ΟΝ

100 pg/ml - 150 pg/ml δείκτης μέτριου ρίσκου ΟΝ

< 100 pg/ml, δείκτης υψηλού κινδύνου ΟΝ

ΟΝ=Οστεονέκρωση

Πρόληψη και θεραπεία

Οι πιο σύγχρονες διαθέσιμες οδηγίες για την πρόληψη και τη θεραπεία της οστεονέκρωσης που συσχετίζονται με τη λήψη διφοσφωνικών δημοσιεύτηκαν στο Journal of Oral and Maxillofacial Surgery.[9] Το άρθρο προτείνει τη χρήση του δείκτη αναδιαμόρφωσης οστού, C-Terminal Telopeptide (CTX) ως ένα κλινικό εργαλείο που δείχνει το σχετικό ρίσκο οστεονέκρωσης. Το τεστ αυτό περιγράφει την οστική εναλλαγή σε ασθενή που λαμβάνει διφοσφωνικά. Οι ασθενείς που δεν έχουν λάβει διφοσφωνικά έχουν συνήθως φυσιολογικές τιμές μεγαλύτερες των 300 pg/ml. Χαμηλότερες τιμές δείχνουν αναλογικά κυμαινόμενες βαθμίδες καταστολής φυσιολογικού οστού. Τιμές χαμηλότερες των 100 pg/ml αποτελούν δείκτη υψηλού κινδύνου οστεονέκρωσης. Οι τιμές μεταξύ 100 pg/ml έως 150 pg/ml αποτελούν ένδειξη με μέτριο ρίσκο οστεονέκρωσης, ενώ, τέλος, τιμές μεγαλύτερες των 150 pg/ml παρουσιάζουν μειωμένο ρίσκο.[10]

Ασθενείς που έχουν αρχικά διαγνωστεί με οστεοπενία ή οστεοπόρωση και λαμβάνουν διφοσφωνικά από το στόμα.

Το γεγονός ότι ασθενείς που λαμβάνουν διφοσφωνικά per os για λιγότερο από 3 χρόνια έχουν αντίστοιχα χαμηλό ρίσκο οστεονέκρωσης επιτρέπει στον οδοντίατρο τη δυνατότητα βελτίωσης της στοματικής τους υγείας. Αρχικά, συνιστάται μια ολοκληρωμένη οδοντιατρική θεραπεία με εξαγωγή όλων των καταδικασμένων δοντιών και θεραπεία της περιοδοντίτιδας με αφαίρεση της τρυγίας και εξάλειψη της περιοδοντικής νόσου. Μετέπειτα εφαρμόζεται θεραπεία πιθανών φλεγμονών με ενδοδοντική αγωγή και ακολουθεί η συνιστώμενη προσθετική αποκατάσταση. Στους ασθενείς αυτούς θα πρέπει να καθιερωθεί αναλογικά τακτικός οδοντιατρικός έλεγχος και ένα πρόγραμμα περιοδοντικής συντηρήσης. Ένα οδοντικό εμφύτευμα μπορεί να τοποθετηθεί και να ενσωματωθεί κατά τη διάρκεια αυτής της περιόδου. Ωστόσο, επιβάλλεται γραπτή έγκριση ως προς το γεγονός του αυξημένου ρίσκου αποτυχίας του εμφυτεύματος ή οστεονέκρωσης γύρω από το εμφύτευμα μετά από 3 χρόνια λήψης διφοσφονικών per os.

Διαθέσιμα Διφοσφωνικά στην Ελλάδα

Δραστική Ουσία	Εμπορικό Όνομα	Δόση	Οδός Χορήγησης	Ισχύς
Etidronate	Ostopor	200/400mg tabs	Per os	X 1
Clodronate	Bonefos	400mg tabs	Per os /Ενδοφλέβια	X 10
Aledronate	Fosamax	10/70 mg tabs	Per os	X 500
Ibandronate	Bonviva	150 mg tabs 3mg/3ml vials	Per os /Ενδοφλέβια	X 1.000
Risedronate	Actonel	5/30/35mg tabs	Per os	X 2.000
Zoledronate	Zometa	4 mg vials	Ενδοφλέβια	X 10.000

Ασθενείς που παίρνουν διφοσφωνικά per os και παρουσιάζονται στον οδοντίατρο για οδοντοθεραπεία.

Σε αυτή την ομάδα ο οδοντίατρος οφείλει να ρωτήσει συγκεκριμένα τον ασθενή για τη διάρκεια χρήσης των διφοσφωνικών per os καθώς επίσης και τη δόση αλλά και την αιτία που λαμβάνει τα διφοσφωνικά. Άλλοι παράγοντες που συντελούν στην εμφάνιση της νόσου είναι η πιθανή χρήση παράλληλων στεροιδών ή άλλων φαρμάκων που μπορούν να επηρεάσουν την οστική επούλωση. Γενικά, μη χειρουργικές οδοντιατρικές πράξεις, όπως αποκαταστάση με οδοντοστοιχίες ολικές ή μερικές ενδοντικές θεραπείες, αποτρύγωση, ριζική απόξεση και στεφάνες, είναι ασφαλείς θεραπείες καθ' όλη τη διάρκεια που οι ασθενείς λαμβάνουν διφοσφωνικά per os. Για ασθενείς που λαμβάνουν διφοσφωνικά απο το στόμα λιγότερο από τρία χρόνια η οστική επούλωση αναμένεται να είναι χωρίς επιπλοκές. Οπότε το τεστ C-Terminal Telopeptide (CTX) δεν απαιτείται για μία οδοντιατρική χειρουργική επέμβαση. Από την άλλη, εάν ο ασθενής σχετίζεται με ιστορικό λήψης διφοσφωνικών per os μεγαλύτερο των τριών ετών ή ο ασθενής λαμβάνει διφοσφωνικά λιγότερο των τριών ετών αλλά με παράλληλη χρήση στεροϊδών ή χημειοθεραπείας, τότε ενδείκνυται η χρήση του τεστ C-Terminal Telopeptide (CTX). Σε περίπτωση οστεονέκρωσης, είναι λογικό να προταθεί διακοπή του φαρμάκου από τον θεράποντα ιατρό με ή χωρίς φάρμακο αντικατάστασης.[11, 12]

Θεραπεία της οστεονέκρωσης συσχετισμένη με διφοσφωνικά per os.

Οστεονέκρωση που προκαλείται από διφοσφωνικά per os είναι λιγότερο συχνή και λιγότερο εκτεταμένη από εκείνη που οφείλεται σε ενδοφλέβια χορήγηση. Η οστεονέκρωση που προκαλείται από τη λήψη διφοσφωνικών από το στόμα ανταποκρίνεται καλύτερα στη θεραπεία. Για ασθενείς που παρουσιάζουν κλινικά απογυμνωμένο οστό συνιστάται ο οδοντίατρος να επικοινωνήσει με τον θεράποντα ιατρό, να τον ενημερώσει και να του υπενθυμίσει ότι η επιπλοκή θα χειροτερέψει εάν συνεχιστούν τα διφοσφωνικά. Σε αυτή την περίπτωση, θα πρέπει να προταθεί διακοπή των συνταγογραφούμενων φαρμάκων και αντικατάστασή τους με ένα μη διφοσφωνικό φάρμακο ή ολοκληρωτικά η διακοπή τους. Εάν το εκτεθειμένο νεκρό οστό είναι χωρίς ευρήματα πόνου/λοίμωξης, η χρήση αντισηπτικού στοματικού διαλύματος χλωρεξιδίνης 0,12% είναι το μό-

beyond™ POLUS

Πρωτοποριακή συσκευή λεύκανσης

NEW

Με ενσωματωμένη συσκευή φωτοπολυμεριομού και για ένα μόνο δόντι

δύο πηγές φωτός (LED + αλογόνου)

Τρεις εντάσεις φωτισμού
- **Gentle**
- **Normal**
- **Intense**

Τιμή 1950 +19% ΦΠΑ

Ψηφιακός χειρισμός με touch screen

Ευκίνητο μπράτσο με δυνατότητα περιστροφής 360°

Η προσαρμογή μπορεί να γίνει με το χέρι ή με το touch screen

Με δυνατότητα προσαρμογής και συσκευής laser μαλακών ιστών (στο μέλλον)

Τηλεκοντρόλ

Οδοντεμπορική
...The absolute DEPOT!

Π. ΤΣΑΛΔΑΡΗ 211 - 17676 ΚΑΛΛΙΘΕΑ ΤΗΛ.: 210 9572770 - 771, FAX: 210 9577557 e-mail: odon-iki@otenet.gr
DENTAL DESIGN - Μιαούλη 51 - 41223 Λάρισα Τηλ.:2410 281420, Fax:2410 281421
www.e-shop.odontemporiki.gr

BEYOND TECHNOLOGY CORP. California U.S.A.

νο που ενδείκνυται. Εάν στον ασθενή που παρουσιάζει οστεονέκρωση υπάρχει συσχέτιση πόνου ή κλινικών ευρημάτων λοίμωξης με την οστεονέκρωση, συνιστάται αντιμικροβιακή θεραπεία επιπρόσθετα με το στοματικό διάλυμα χλωρεξιδίνης 0,12%. Το αντιβιοτικό επιλογής είναι Πενικιλίνη 500 mg, 4 φορές την ημέρα. Σε ασθενείς αλλεργικούς στην Πενικιλίνη, μπορεί να χρησιμοποιηθεί κατά σειρά προτίμησης Levoflaxacin (Tavanic) 500 mg, 1 φορά την ημέρα, ή Doxyxycline (Vibramycin) 100 mg, 1 φορά την ημέρα , ή Zithromycin (Zithromax) 500 mg, 1 φορά την ημέρα. Τα αντιβιοτικά που θα χορηγηθούν θα πρέπει να δοθούν για 14 ημέρες ή μέχρι ο πόνος να τεθεί υπό έλεγχο και να υπάρξει επαναληπτική χορήγηση μόνο στην περίπτωση που ο πόνος ή η λοίμωξη επανέλθει. Σε ασθενείς ανθεκτικούς σε αυτά τα αντιβιοτικά η επιπρόσθετη αγωγή Metronidazole (Flagyl) 500 mg 3 φορές την ημέρα έχει αποδειχτεί αποτελεσματική θεραπεία. Η Κλιδαμικύνη (Dalacin) δεν έχει αποδειχτεί αποτελεσματικό αντιμικροβιακό λόγω της χαμηλής αποτελεσματικότητας στους μικροοργανισμούς κατά της οστεονέκρωσης απο διφοσφωνικά per os. Σε περίπτωση οστεονέκρωσης, ο γναθοχειρουργός αρχικά θα πρέπει να αποφύγει να καθαρίσει το εκτεθειμένο νεκρωτικό οστό. Πολλά περιστατικά οστεονέκρωσης διφοσφωνικών per os εξαλείφονται ολοκληρωτικά με τη διακοπή των φαρμάκων, χωρίς να παρουσιάζεται η ανάγκη χειρουργικής επέμβασης. Εάν το εκτεθειμένο οστό αποκτήσει κινητικότητα ή δείξει ακτινογραφικά ευρήματα «απολύματος», τότε τοπική απομάκρυνση μπορεί να πραγματοποιηθεί μόνο υπό την προϋπόθεση ότι η επούλωση θα είναι χωρίς επιπλοκές, δεδομένου φυσικά ότι η τιμή του C-Terminal Telopeptide (CTX) θα είναι μεγαλύτερη του 150 pg/ml.

Συμπέρασμα

Η λήψη ιατρικού ιστορικού θεωρείται άκρως απαραίτητη. Η οστεονέκρωση που προκαλείται από διφοσφωνικά per os είναι λιγότερο συχνή και λιγότερο εκτεταμένη από εκείνη που οφείλεται σε ενδοφλέβια χορήγηση. Έχει υπολογιστεί ότι η συχνότητα οστεονέκρωσης σε ασθενείς που έλαβαν διφοσφωνικά από το στόμα είναι 0,7 για 100.000 ασθενείς – χρόνια έκθεσης. Οι πιο πρόσφατες διαθέσιμες οδηγίες προτείνουν τη χρήση του δείκτη αναδιαμόρφωσης οστού, serum C-Terminal Telopeptide (CTX) ως κλινικού εργαλείου που δείχνει το σχετικό ρίσκο οστεονέκρωσης. Για ασθενείς που παρουσιάζουν κλινικά απογυμνωμένο οστό συνιστάται ο οδοντίατρος να επικοινωνήσει με τον θεράποντα ιατρό. Σε περίπτωση οστεονέκρωσης, είναι λογικό να προταθεί διακοπή του φαρμάκου από τον θεράποντα ιατρό με ή χωρίς φάρμακο αντικατάστασης. Πολλά περιστατικά οστεονέκρωσης διφοσφωνικών per os εξαλείφονται ολοκληρωτικά με τη διακοπή των φαρμάκων και χωρίς την ανάγκη χειρουργικής επέμβασης.

Βιβλιογραφία

1. Fleisch H. Development of Bisphosphonatew. Breast Cancer Res 2002;4:30-34.
2. McClung MR. Bisphosphonates. Endocrinol Metab Clin North Am 2003;32:253-271.
3. Migliorati CA, Casiglia J, Epstein J, Jacobsen PL, Siegel MA, Woo SB. Managing the care of patients with bisphosphonate-associated osteonecrosis: An American Academy of Oral Medicine position paper. J Am Dent Assoc 2005;136:1658-1668.
4. Bamias A, Kastritis E, Bamia C, et.al. Osteonecrosis of the jaw in cancer after treatment with bisphosphonates: Incidence and risk factors. J Clin Oncol 2005;23:8580-8587.
5. Hoff AO, Toth BB, Altundag K, et.al. Osteonecrosis of the jaw in patients receiving intravenous bisphosphonate therapy. J Clin Oncol. 2006; 24:8528
6. Woo SB, Hellstein JW, Kalmar JR. Narrative review. Bisphosphonates and osteonecrosis of the jaws. Ann Intern Med 2006;144:753-761
7. Woo SB, Hellstein JW, Kalmar JR. Narrative review. Bisphosphonates and osteonecrosis of the jaws. Ann Intern Med 2006;144:753-761
8. American Dental Association Report of the Council of Scientific Affairs. Expert panel recommendations: Dental management of patients on oral bisphosphonate therapy. J Am Dent Assoc 2006;137:1144-1150
9. Marx RE, Cillio JE Jr, Ulloa JJ. Oral bisphoshonate-induced osteonecrosis: risk factors, prediction of risk using the serum CTX testing, prevention and treatment. J Oral Maxillofac Sur. 2007 Dec;65(12):2397-410
10. Oral bisphosphonate-induced osteonecrosis: risk factors, prediction of risk using serum CTX testing, prevention and treatment. J Oral Maxillofac Surg. 2008Jun;66(6):1320-1; author reply 1321-2
11. Bone HG, Hosking D, Devogelaer JP, et.al: Ten years experience with aledronate for osteoporosi in postmenopausal women. N Engl J Med 350:1189, 2004
12. Black DM, Schartz AV, Ensrud KE, et.al, FLEX Research Group: Effects of continuing or stopping aledronate after 5 years of treatment: The Fracture Intervention Trial Long-term Extension (FLEX): A randomized trial. JAMA 296:2927, 2006.

Σταύρος Μαστρονικόλας, D.D.S., M.Sc.
Περιοδοντολόγος, Γλυφάδα
Κιν. 6976-018.587,
Dr.mperio@gmail.com
www.mastronikolas.gr

1η ΔΕΚΕΜΒΡΙΟΥ 2009 - ΠΑΓΚΟΣΜΙΑ ΗΜΕΡΑ AIDS

Επιστημονική εκδήλωση της Οδοντιατρικής Σχολής του Πανεπιστημίου Αθηνών

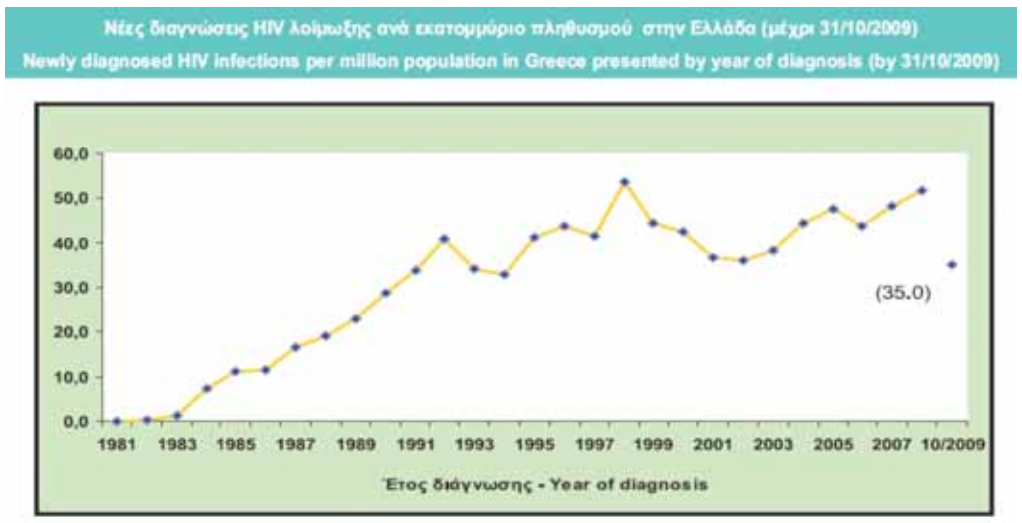
Την **1η Δεκεμβρίου 2009,** με την ευκαιρία της Παγκόσμιας Ημέρας κατά του **AIDS**, διοργανώθηκε από την Οδοντιατρική Σχολή, για 8η χρονιά, επιστημονική εκδήλωση. Υπεύθυνοι της εκδήλωσης ήταν η **αναπληρώτρια καθηγήτρια κ. Ουρανία Νικολάτου-Γαλίτη** και ο **αναπληρωτής καθηγητής κ. Ιωάννης Τζούτζας**. Την οργανωτική ευθύνη είχε ο **κ, Εμμανουήλ Βάρδας**.

Η **κ. Νικολάτου-Γαλίτη**, ανοίγοντας την εκδήλωση, σημείωσε τη σημαντική συμβολή της Οδοντιατρικής Επιστήμης και του οδοντιατρικού λειτουργήματος στην πρόληψη, τη διάγνωση και τη θεραπευτική αντιμετώπιση του AIDS και τόνισε την άμεση ενεργοποίηση της Οδοντιατρικής Σχολής από την αρχή της Πανδημίας.

Η υφυπουργός Εθνικής Παιδείας, Διά Βίου Μάθησης και Θρησκευμάτων κ. Εύη Χριστοφιλοπούλου απέστειλε γραπτό μήνυμα και χαιρετισμό στο οποίο συνεχάρη την Οδοντιατρική Σχολή του Πανεπιστημίου Αθηνών για την ευαισθησία και το αίσθημα ευθύνης της. Ευχήθηκε δε, περαιτέρω μακρά και ευδόκιμο συνέχεια στην ήδη καταξιωμένη προσφορά της Οδοντιατρικής Σχολής στην κοινωνία της πατρίδας μας.

Το πρόγραμμά περιλάμβανε χαιρετισμούς από τον **Αντιπρύτανη Ακαδημαϊκών Υποθέσεων και Προσωπικού Καθηγητή κ. Γεώργιο Κρεατσά**, τον **Πρόεδρο της Ελληνικής Οδοντιατρικής Ομοσπονδίας κ. Αθανάσιο Κατσίκη** και τον **Αναπληρωτή Πρόεδρο της Οδοντιατρικής Σχολής Καθηγητή κ. Κωνσταντίνο Τσιχλάκη.**

Την εκδήλωση τίμησαν με την παρουσία τους **Καθηγητές** και **Μέλη ΔΕΠ της Οδοντιατρικής Σχολής του Πανεπιστημίου Αθηνών**, **ο Πρόεδρος του Οδοντιατρικού Συλλόγου Αθηνών κ. Αθανάσιος Υφαντής, η Γραμματέας του Οδοντιατρικού Συλλόγου Πειραιώς κ. Μαρία Μενενάκου και ο κ. Γιώργος Γιαμαρέλος Ιπποκράτειο Νοσοκομείο**, καθώς και πολλοί **φοιτητές** από όλα τα έτη σπουδών.



Ο **Αντιπρύτανης Ακαδημαϊκών Υποθέσεων και Προσωπικού κ. Κρεατσάς** συνεχάρη την Οδοντιατρική Σχολή ΕΚΠΑ για τη συνεχή και σταθερή προσφορά της στην εκπαίδευση και ενημέρωση για το σημαντικό αυτό νόσημα το οποίο έχει επηρεάσει τις ανθρώπινες σχέσεις και συμπεριφορές τα τελευταία τριάντα χρόνια.

Ο **Πρόεδρος της ΕΟΟ κ. Κατσίκης** τόνισε, μεταξύ άλλων, ότι τα μέτρα προφύλαξης που έχουν καθιερωθεί στο Οδοντιατρείο και η συστηματική εκπαίδευση των Οδοντιάτρων έχουν συμβάλλει ώστε η πιθανότητα να μολυνθεί κανείς στο Οδοντιατρείο από τον ιό HIV είναι σχεδόν ανύπαρκτη.

Ο **Αναπληρωτής Πρόεδρος της Οδοντιατρικής Σχολής Καθηγητής κ. Τσιχλάκης** επεσήμανε ότι η λεπτομερής εξέταση του στόματος αποτελεί σημαντικό μέρος της συνολικής εξέτασης του ασθενούς και μπορεί να είναι καθοριστικός παράγοντας στη διαμόρφωση του σχεδίου θεραπείας. Η Οδοντιατρική Σχολή του Εθνικού και Καποδιστριακού Πανεπιστημίου Αθηνών έχει ενεργά συμβάλει, από την αρχή της πανδημίας, στην εκπαίδευση των φοιτητών και των οδοντιάτρων, ενώ έχει εφαρμόσει αυστηρά πρωτόκολλα ελέγχου της λοίμωξης. Η Σχολή συνεργάζεται με τις ομάδες Λοιμώξεων των νοσοκομείων τόσο σε επίπεδο νοσηλείας όσο και σε εκπαιδευτικά προγράμματα.

Ο **Αν. Καθηγητής της Οδοντιατρικής Σχολής κ. Τζούτζας** περιέγραψε τις δραστηριότητες που αναπτύσσονται επί σειρά ετών για την ασφάλεια των παρεχόμενων οδοντιατρικών υπηρεσιών και το πρωτόκολλο ελέγχου της διασποράς των λοιμώξεων, την εκπαίδευση του επιστημονικού προσωπικού, των φοιτητών, των εργαλειοδοτριών, την αγορά συσκευών αποστείρωσης υψηλής τεχνολογίας και νέων σύγχρονων οδοντιατρικών μονάδων.

Ακολούθως η ιατρός **κ. Μαρία Χίνη, Επιμελήτρια Α, Επιστημονική Υπεύθυνη της Μονάδας Λοιμώξεων στο «Κοργιαλένειο Μπενάκειο» Ε.Ε.Σ.,** παρουσίασε τη σημερινή κατάσταση της λοίμωξης. Ακολουθεί μέρος της ομιλίας της.

«Η HIV λοίμωξη αποτελεί μια από τις μεγαλύτερες πανδημίες στην ιστορία της ανθρωπότητας και τη μεγαλύτερη πρόκληση από άποψη δημόσιας υγείας για τον σύγχρονο κόσμο.

Σύμφωνα με υπολογισμούς της ΠΟΥ (UNAIDS, Δεκέμβριος 2008), 33.400.000 άτομα πάσχουν από HIV λοίμωξη παγκοσμίως (47% γυναίκες) ενώ το 2008 οι νέες μολύνσεις ανήλθαν σε 2.700.000 και οι θάνατοι από AIDS σε 2.000.000. Η πανδημία πλήττει κυρίως την υποσαχάρια Αφρική όπου υπολογίζεται ότι κατοικούν τα 2/3 των προσβεβλημένων ατόμων.

Στην Ελλάδα (ΚΕΕΛΠΝΟ, Οκτώβριος 2009) ο συνολικός αριθμός ατόμων με HIV λοίμωξη που έχουν δηλωθεί έως τις 31 Οκτωβρίου 2009, ανέρχεται σε 9.798 με ποσοστό ανδρών 80,4%. Το 2008 παρατηρήθηκε πολύ υψηλός αριθμός νέων διαγνώσεων (51,8 ανά εκατομμύριο πληθυσμού) ενώ εκτιμάται ότι και το τρέχον έτος ο αριθμός των νέων μολύνσεων θα κυμανθεί σε υψηλά επίπεδα (**ΠΙΝΑΚΑΣ**). Η πλειονότητα των κρουσμάτων αφορά στην ομάδα των ομοφυλοφίλων (60,55%), ενώ η ετεροφυλοφιλική σεξουαλική επαφή ευθύνεται για το 29,8% των περιπτώσεων.

Η εφαρμογή της ισχυρής αντιρετροϊκής θεραπείας (HAART) στα μέσα της δεκαετίας του 1990 και η συνακόλουθη ελάττωση της νοσηρότητας και της θνητότητας μετέβαλαν την HIV λοίμωξη από θανατηφόρο σε χρόνια νόσο με σχεδόν φυσιολογικό προσδόκιμο επιβίωσης. Δυστυχώς, η χρονιότητα της λοίμωξης και η μακροπρόθεσμη τοξικότητα της HAART οδήγησαν στην ανάδυση μη καιροσκοπικών νοσημάτων (χρόνια ηπατοπάθεια, στεφανιαία νόσος, μεταβολικά σύνδρομα, νεοπλάσματα κ.ά.) καθώς και προβλημάτων που σχετίζονται με την ανάπτυξη αντοχής του ιού στα αντιρετροϊκά. Η σύγχρονη θεραπευτική της HIV λοίμωξης απαιτεί πολυπαραγοντική προσέγγιση και εξατομίκευση. Ισχυροί και καλώς ανεκτοί συνδυασμοί χορηγούμενοι μία ή δύο φορές ημερησίως αποτελούν τη θεραπεία εκλογής. Οι μελλοντικές προοπτικές περιλαμβάνουν την εφαρμογή θεραπευτικών εμβολίων και ανοσοθεραπειών, γενετικά σχεδιασμένων φαρμάκων και νέων θεραπευτικών στρατηγικών για την απλοποίηση της αγωγής».

Η εκδήλωση πραγματοποιήθηκε στο Αμφιθέατρο της Σχολής με την ευγενική χορηγία της εταιρείας **Roche**.

ΠΡΟΣΦΟΡΑ

ΓΙΑ ΠΕΡΙΟΡΙΣΜΕΝΟ ΑΡΙΘΜΟ ΜΟΝΑΔΩΝ

RIGEL
ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΙΚΟΣ ΕΞΟΠΛΙΣΜΟΣ

ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΙΚΟ UNIT RIGEL

NEW LINE Aluminium: **4.900,00** ΕΥΡΩ.

Περιλαμβάνει

- ✔ Έδρα με μνήμες
- ✔ Πτυελοδοχείο με αποσπώμενη λεκάνη, αυτόματο ποτήρι και λεκάνη, σιελαντλία
- ✔ Ταμπλέτα επί μηχανήματος ή τροχήλατη με τον εξής εξοπλισμό:
  - ➤ Μια γραμμή αερότορ χωρίς φως
  - ➤ Μια γραμμή luft-motor
  - ➤ Πολλαπλή αεροϋδροσύριγγα
  - ➤ Διαφανοσκόπιο

NEW LINE 2010 Aluminium

ΠΛΗΡΗΣ ΕΞΟΠΛΙΣΜΟΣ ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΕΙΟΥ:

11.000,00 Ευρώ.

Περιλαμβάνει:
ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΙΚΟ UNIT RIGEL
NEW LINE 2010 Aluminium με:

- ✔ Έδρα με μνήμες
- ✔ Προβολέα
- ✔ Πτυελοδοχείο με αποσπώμενη λεκάνη, αυτόματο ποτήρι και λεκάνη, σιελαντλία
- ✔ Ταμπλέτα επί μηχανήματος ή τροχήλατη με τον εξής εξοπλισμό:
  - ➤ Πέντε γραμμές εργαλείων
  - ➤ Αεροϋδροσύριγγα
  - ➤ Γραμμή με χειρολαβή αερότορ χωρίς φως NSK
  - ➤ 2Η Γραμμή αερότορ με φως και χειρολαβή NSK
  - ➤ Luft-motor NSK με γωνιακή και ευθεία χειρολαβή

ΕΓΓΥΗΣΗ ΚΑΛΗΣ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑΣ: 2 ΧΡΟΝΙΑ
ΥΠΕΥΘΥΝΟ ΚΑΙ ΕΓΓΥΗΜΕΝΟ SERVICE

Ακόμη:

- ➤ Αποτρύγωση υπερήχων
- ➤ ψηφιακό Ακτινογραφικό
- ➤ Κλίβανο ξηρό
- ➤ Δονητή αμαλγάματος
- ➤ Φωτοπολυμερισμό LED Ασύρματο
- ➤ Αεροσυμπιεστή Oil-Free.
- ➤ Κάθισμα ιατρού

Τα έξοδα μεταφοράς και εγκατάστασης εκτός Θεσσαλονίκης βαρύνουν τον πελάτη.

RIGEL NEW LINE 2020 Aluminium

EN ISO 9001 ΕΚΕΒΥΑ | EN 46001 ΕΚΕΒΥΑ | CE 0653

RIGEL - ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΙΚΟΣ ΕΞΟΠΛΙΣΜΟΣ
Κ. ΧΑΛΒΑΤΖΗ - Α. ΜΥΓΔΑΛΙΑ & ΣΙΑ Ο.Ε.
ΕΡΓΟΣΤΑΣΙΟ - ΕΚΘΕΣΗ: ΤΕΡΜΑ ΟΔΟΥ ΑΘΗΝΑΣ | 57001 ΘΕΡΜΗ | ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗ
ΥΠΟΚΑΤΑΣΤΗΜΑ: ΚΓΣ ΑΝΑΙΙ 5 (ΓΝΑΝΤΙ ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΙΚΙ ΙΣ ΣΧΟΛΗΣ) - 54636 ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗ
ΤΗΛ.: 2310 461069, 2310 218100 FAX: 2310 462373
ΑΝΤΙΠΡΟΣΩΠΟΙ ΑΘΗΝΩΝ:
UNIMEDICA - Δ. ΚΑΤΣΙΓΙΑΝΝΗΣ - Ν. ΜΟΥΛΙΑΚΟΣ Ο.Ε. | ΦΕΙΔΙΠΠΙΔΟΥ 45-47 ΑΘΗΝΑ | ΤΗΛ.: 210 7777936 FAX: 210 7772180

www.rigel.gr | e-mail: rigel@egreta.gr

Τριήμερο ενημέρωσης, επικοινωνίας και γνωριμίας με τον οδοντίατρο

Η εταιρεία Μ. Βιτσαρόπουλος Α.Ε. διοργάνωσε με απόλυτη επιτυχία και αυτή τη φορά μια άρτια επιστημονική και εμπορική εκδήλωση

Μεταξύ των ομιλητών που συμμετείχαν στην εκδήλωση, και ο Dr Galip Gürel

Γράφει ο **Χρήστος Κωνσταντινίδης** Οδοντ/τρος-M.S.c.-Προσθετ. (Bristol U.)

Για δεύτερη συνεχόμενη φορά, το τριήμερο ενημέρωσης που διοργάνωσε η εταιρεία Μ. Βιτσαρόπουλος Α.Ε. στέφτηκε από μεγάλη επιτυχία, προσελκύοντας την προσοχή και το ενδιαφέρον των οδοντιάτρων που παραβρέθηκαν στην εκδήλωση. Από τις 4 μέχρι τις 6 Δεκεμβρίου 2009, όσοι έλαβαν μέρος στο τριήμερο ενημέρωσης που πραγματοποιήθηκε στο Holiday Inn είχαν από τη μια την ευκαιρία να ενημερωθούν από τους προσκεκλημένους Έλληνες και ξένους ομιλητές πάνω σε καίρια επιστημονικά ζητήματα αισθητικής οδοντιατρικής και από την άλλη να δουν από κοντά την εμπορική έκθεση και τα προϊόντα μιας από τις μεγαλύτερες εταιρείες οδοντιατρικών ειδών. Μεταξύ των ομιλητών που τίμησαν με την παρουσία τους την εκδήλωση της εταιρείας Μ. Βιτσαρόπουλος Α.Ε. ήταν και ο Dr. Galip Gürel, συγγραφέας του καταξιωμένου συγγράμματος «The science and art of porcelain laminate veneers».

Το τριήμερο ενημέρωσης της εταιρείας Μ. Βιτσαρόπουλος Α.Ε. τείνει να αποτελέσει πλέον θεσμό. Μετά και την περσινή μεγάλη ανταπόκριση των οδοντιάτρων στο κάλεσμα της εταιρείας, η επιτυχία της εκδήλωσης επαναλήφθηκε και αυτή τη χρονιά. Σε αυτό συνετέλεσε φυσικά η παρουσία των διακεκριμένων Ελλήνων και ξένων ομιλητών και οι πολύ ενδιαφέρουσες διαλέξεις τους πάνω στην αισθητική οδοντιατρική.

Η αισθητική στο επίκεντρο της θεματολογίας

Την αυλαία άνοιξε το πρωί της Παρασκευής 4 Δεκεμβρίου ο Dr Νίκος Κρόμπας, παρουσιάζοντας το θέμα «Η επίδραση της σύγκλεισης στην Αισθητική Οδοντιατρική. Κλινικές λύσεις για επιτυχημένη θεραπεία», για να ακολουθήσει το απόγευμα της ίδιας μέρας η ομιλία του προέδρου της Ελληνικής Ακαδημίας Αισθητικής Οδοντιατρικής και επιστημονικού συνεργάτη Οδοντικής Χειρουργικής του ΑΠΘ Dr. Ντίνου Κουντουρά με θέμα «Εξατομικευμένες αισθητικές λύσεις ελάχιστης παρέμβασης». Τη σκυτάλη της ενημέρωσης πήραν την επόμενη ημέρα δύο ξένοι προσκεκλημένοι ομιλητές. Το πρωί του Σαββάτου, 5 Δεκεμβρίου, ο Dr Sebastian Paris, ο ένας από τους δύο εφευρέτες του I-CON-παράγοντα διαπότισης της τερηδόνας, παρουσίασε το θέμα «Μικρο-επεμβατική θεραπεία της τερηδόνας με διαπότισή της με ρητίνη». Στη συνέχεια παρακολουθήσαμε με μεγάλο ενδιαφέρον την ομιλία της Dr Khan-Osborne με θέμα «Το πρόσωπο του μέλλοντος - Αποκατάσταση ολόκληρου τόξου με μια διαφορά». Στο πρώτο μέρος της ομιλίας της, η Dr Khan-Osborne αναφέρθηκε στα αυτογενή οστικά μοσχεύματα, ενώ στο δεύτερο μέρος επικεντρώθηκε στην τοποθέτηση των εμφυτευμάτων. Η ομιλήτρια, σε αντίθεση με την τρέχουσα τάση, παρουσίασε περιστατικά με εξαγωγή, άμεση, χωρίς κρημνούς, εμφύτευση και άμεση αισθητική αποκατάσταση.

Ο κ. Μιλτιάδης Βιτσαρόπουλος στο μέσον, ο Dr. Galip Gürel στα δεξιά και ο οδοντίατρος-M.S.c.-προσθετολόγος Χρήστος Κωνσταντινίδης στα αριστερά.

Ο κ. Μιλτιάδης Βιτσαρόπουλος στα δεξιά μαζί με τον διεθνούς φήμης οδοντίατρο και συγγραφέα Dr. Galip Gürel στο κέντρο και τον λέκτορα Προσθετολογίας της Οδοντιατρικής Σχολής του Πανεπιστημίου Αθηνών κ. Νικήτα Συκαρά στα αριστερά, ο οποίος μεταφράζει και επιμελείται επιστημονικά το βιβλίο «The science and art of porcelain laminate veneers», το οποίο θα κυκλοφορήσει σύντομα και στην ελληνική γλώσσα.

Την επιτυχία της εκδήλωσης επισφράγισε με τη διάλεξή του ο Dr. Galip Gürel, ο οποίος το πρωί της Κυριακής, σε μια ασφυκτικά γεμάτη αίθουσα, ανέλυσε το θέμα «Κάνοντας το Αδύνατο Δυνατό. Προβλέψιμη αισθητική προσθίων μέσω μιας διεπιστημονικής προσέγγισης».

Οι όψεις πορσελάνης και οι τεχνικές τοποθέτησής τους

Από την ομιλία του συγγραφέα του παγκόσμιου best seller «The science and art of porcelain laminate veneers» κρατήσαμε μερικά πολύ σημαντικά στοιχεία, τα οποία αξίζει να παραθέσουμε. Πιο συγκεκριμένα, η διατήρηση της αδαμαντίνης είναι βασική για την καλή πρόγνωση των όψεων πορσελάνης. Ο Dr. Galip Gürel όρισε μάλιστα τρεις κατηγορίες αναφορικά με την ποσότητα της εναπομείνασας αδαμαντίνης. Στην τρίτη κατηγορία δεν υπάρχει καθόλου αδαμαντίνη, γεγονός που έχει ως αποτέλεσμα την αύξηση της ελαστικότητας των δοντιών κατά 200% και τη μεγάλη καταπόνηση του δεσμού των όψεων πορσελάνης. Η παρασκευή των δοντιών γίνεται με depth cutters και ακολούθως με ευθεία διαμάντια, διατηρώντας -όπου υπάρχει- την καμπυλότητα της παρειακής επιφάνειας. Επιπλέον, και ο συνωστισμός των δοντιών είναι δυνατόν να θεραπευτεί με όψεις πορσελάνης. Αν όμως σε ήπιους συνωστισμούς η αφαίρεση οδοντικής ουσίας είναι ικανή για ιδεώδη απόδοση αισθητικής με όψεις πορσελάνης, σε έντονους συνωστισμούς, η θεραπεία με όψεις πορσελάνης προϋποθέτει σοβαρό εκτροχισμό του δοντιού και αποτελεί σαφή ένδειξη για ορθοδοντική θεραπεία. Για πιο δύσκολα βέβαια περιστατικά υπάρχει η δυνατότητα της δοκιμαστικής τοποθέτησης των όψεων πορσελάνης. Χρήσιμη είναι, πλην των άλλων, η δημιουργία οδηγού που θα αντιπροσωπεύει τις παρειακές επιφάνειες των όψεων πορσελάνης. Τα τελικά όρια είναι καλύτερο να γίνονται με χρήση κάποιας μεγέθυνσης και η τελική επεξεργασία της επιφάνειας με φρέζες λείανσης. Η χρήση νήματος στην πλειονότητα των παρασκευών δεν χρειάζεται, καθώς τα όρια δεν είναι υποουλικά. Η αποτύπωση από την άλλη συνιστάται να γίνεται με την τεχνική double mix, one stage. Το μεγάλο μειονέκτημα της τεχνικής είναι η αφαίρεση οδοντικής ουσίας. Υπάρχουν όμως περιπτώσεις,που εκ των πραγμάτων δεν είναι αναγκαίο να αφαιρεθεί οδοντική ουσία, όπως για παράδειγμα όταν θέλουμε να επιμηκύνουμε κοντά δόντια ή να κλείσουμε διαστήματα. Επιπλέον, σε αποτετριμμένους φραγμούς είναι δυνατό να ανυψώσουμε τη σύγκλιση ή να επέμβουμε ορθοδοντικά και να κατασκευάσουμε τις όψεις.

Αυτά είναι μερικά μόνο από τα σημεία που τόνισε περισσότερο στην ομιλία του ο Dr. Galip Gürel και αναφερθήκαμε μόνο επιγραμματικά σε αυτά. Θα ήταν αδύνατο εξάλλου να παραθέσουμε όλο το περιεχόμενο της ομιλίας του, και λόγω χώρου αλλά και εξαιτίας της σημαντικότητας των λεγομένων του. Εξάλλου, όλο το φάσμα και οι παράμετροι των όψεων πορσελάνης περιλαμβάνονται στο βιβλίο του Dr. Galip Gürel, το οποίο αναμένεται να κυκλοφορήσει και στα ελληνικά, με το τίτλο «Η επιστήμη και η τέχνη των όψεων πορσελάνης».

Ενημέρωση και για τα προϊόντα της εταιρείας

Πέρα όμως από τα πολύ σημαντικά θέματα που αναπτύχθηκαν από τους προσκεκλημένους ομιλητές, καθ' όλη τη διάρκεια του τριημέρου ενημέρωσης οι συμμετέχοντες είχαν τη δυνατότητα να γνωρίσουν και να δουν από κοντά τα προϊόντα της εταιρείας Μ. Βιτσαρόπουλος και να πραγματοποιήσουν τις αγορές τους. Σύμφωνα με τους ανθρώπους της εταιρείας Μ. Βιτσαρόπουλος, σκοπός της διοργάνωσης για δεύτερη συνεχόμενη χρονιά αυτού του τριημέρου ενημέρωσης του οδοντιάτρου -μιας ενημέρωσης τόσο θεωρητικής όσο και εμπορικής- είναι να χαραχτούν νέοι δρόμοι και νέοι δεσμοί επικοινωνίας και εμπιστοσύνης ανάμεσα στον οδοντίατρο και τον αντιπρόσωπο οδοντιατρικών ειδών. Και τέτοιου είδους εκδηλώσεις είναι ένας τρόπος προκειμένου η κάθε εταιρεία οδοντιατρικών ειδών να γνωρίσει τους πελάτες της, να αφουγκραστεί τις ανάγκες και τις απαιτήσεις τους και τελικά να μπορέσει να ανταποκριθεί με τον καλύτερο δυνατό τρόπο στις προσδοκίες του. Εξάλλου η συμβολή και των δύο, οδοντιάτρου και εμπόρου, στην πρόοδο και την εξέλιξη της οδοντιατρικής επιστήμης είναι καθοριστική, οπότε η συνεργασία εμπόρου οδοντιάτρου μόνο προς όφελος του οδοντιατρικού λειτουργήματος μπορεί να αποβεί.

Ας ελπίσουμε πως τέτοιες ενημερωτικές εκδηλώσεις θα έχουν συνέχεια στο χρόνο και θα βρίσκουν πάντα τη θετική ανταπόκριση του οδοντιατρικού κόσμου.

LuxaCore® Smartmix Dual

Δικλοί πολυφυρτικοί σύνθετη ρητίνη για κατασκευή καλοβαφών.

- Ενσάρκα πρώτο πήξης
- Κόβεται στο τέλος
- Πολύ υψηλή σκληρότητα βάθους
- Αρίστη τελική σκληρότητα
- Αποκλεισμένα φύσαρα
- Ελαφρώς διάφανες ρητίνες για άριστη προσαρμογή στην οδοντική σκιά
- Ξύλινες τοποθέτησης σπιρ-βίδες για το ενδοστομικό σύστημα

Διατίθεται σε 3 σκιές: A3, γκρί και λευκή.

Luxatemp® FLUORESCENCE

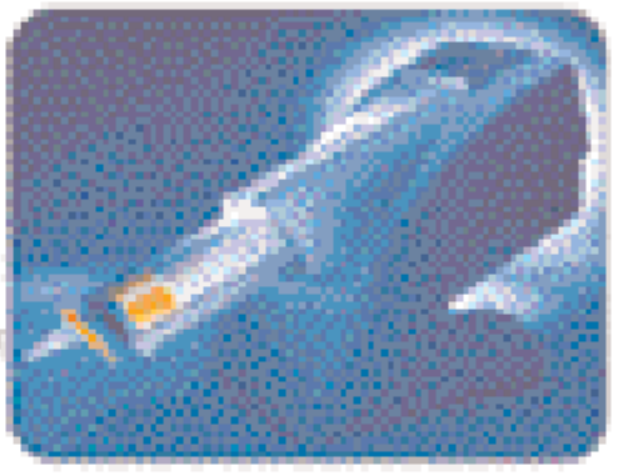
Δικοσφαιρική ρητίνη για την κατασκευή αυθήκτων προσωρινών στεφανών και γεφυρών, με φθορισμό όπως το φυσικό δόντι.

- Περισσότερο εξαιρετική πρωτοποριακή κατεργασία!
- Ένα καρέκλ, περισσότερα πολυχρωματικά
- Περισσότερο καρέκλ σκιάδιο πολυχρωματικό
- Ένα καλό αντίσκιωσης στην κατεργασία
- Ένα καλό σκιάδιο κόψης
- Ένα καλό βιοσυμβατότητα
- Ενδεικνύεται σε κόκκα
- Δεν περιέχει μεθακρυλικούς
- Ένα εξαιρετικό σταθερότητα χρώματος
- Ένα 4 σκιάδιο: A1, A2, A3, A3.5, B1, Λευκόν.

MixStar - eMotion

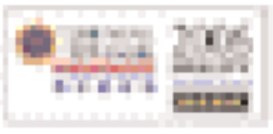
Νέο σύστημα ανάμειξης αποτυπωτικών υλικών.
Πλήρως αυτόματη ανάμειξη με ηλεκτρονική τελειότητα.

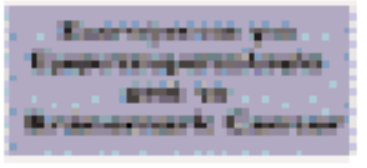
- Βασικό στην κρίση με τοπικό δίκτυο υλικού
- 2 διαφορετικά κύπελλα τοποθέτησης
- Δυνατή δοκιμάστε τακτικής από τα προγράμματα μονάδα MixStar
- Παρακολούθηση της τακτικής και ηλεκτρονικός έλεγχος της τακτικής
- 2 αισθητήρες για πρόσφυσης του πρώτου κρουστός και του πρώτου πήξης
- Ελάχιστα αυτόματοποιημένη σκόνη
- Πρακτικός καθαρισμός
- Δυνατότητα αναβάθμισης του software με τη σύνδεση μέσω Internet



Honigum® MixStar Heavy

Πολυβινυλοσιλοξάνη με μικροκρυστάλλους κερού, στον πρώτο κλιπό σε αποτύπωση δύο φάσεων.





Ενδείξεις

Αποτυπώματα πτερύγων και γεφυρών, ενθέτων, επενθέτων και αποτυπώματα εμφυτεύματα.

Συνδυάζεται τέλεια με το **Honigum Light**.

Honigum® Light

Λεπτόρευστη πολυβινυλοσιλοξάνη με μικροκρυστάλλους κερού. Ενδείκνυται για διορθωτικά αποτύπωμα.

Ενδείξεις

Αποτυπώματα πτερύγων και γεφυρών, ενθέτων και επενθέτων.

- Εξαιρετικά σταθερό στα διαστάσεις
- Δυνατότητα και τις πολύπλοκες λεπτομέρειες
- Συνδυάζεται με όλες τις γνωστές πολυβινυλοσιλοξάνες

Μιλτιάδης Βιτσαρόπουλος Α.Ε.

Μεσογείων 348, 153 41, Αγ. Παρασκευή, Αθήνα, τηλ.: 210 6541 340, fax: 210 6541 618,
Internet address: www.vitsaropoulos.gr, e-mail: info@vitsaropoulos.gr

50 χρόνια ζωής και επιστημονικής προσφοράς της Ε.Ε.Σ.Γ.Π.Χ.

Μια αποτίμηση του 23ου Πανελλήνιου Συνεδρίου Στοματικής και Γναθοπροσωπικής Χειρουργικής

Επετειακό χαρακτήρα έλαβε το 23ο Συνέδριο Στοματικής και Γναθοπροσωπικής Χειρουργικής που πραγματοποιήθηκε στη Θεσσαλονίκη, υπό την προεδρία του καθηγητή κ. Ν. Λαζαρίδη, το τριήμερο από 27 έως 29 Νοεμβρίου 2009. Και αυτό γιατί η Ελληνική Εταιρεία Στοματικής και Γναθοπροσωπικής Χειρουργικής συμπλήρωσε φέτος 50 χρόνια προσφοράς στην οδοντιατρική και ιατρική επιστήμη.

Η συμμετοχή των γναθοπροσωπικών χειρουργών κινήθηκε σε πολύ ικανοποιητικά για την Εταιρεία επίπεδα, ενώ η προσέλευση οδοντιάτρων για παρακολούθηση του ειδικά σχεδιασμένου κατευθυνόμενου προγράμματος υπήρξε ενθουσιώδης. Μάλιστα, οι συμμετέχοντες ξεπέρασαν συνολικά τους 230.

Τα πρακτικά σεμινάρια για τους Οδοντιάτρους,αλλά και για τους συναδέλφους Γναθοπροσωπικούς χειρουργούς, με διακεκριμένους Έλληνες και ξένους εκπαιδευτές, προσείλκυσαν το ενδιαφέρον των συνέδρων. Χαρακτηριστικό της μεγάλης ζήτησης που υπήρξε είναι πως ένα πρακτικό σεμινάριο χρειάστηκε να επαναληφθεί, ενώ σε ορισμένα από αυτά δεν στάθηκε δυνατό να ικανοποιηθούν όλες οι αιτήσεις συμμετοχής.

Δυναμικό «παρών» έδωσαν οι ξένοι ομιλητές

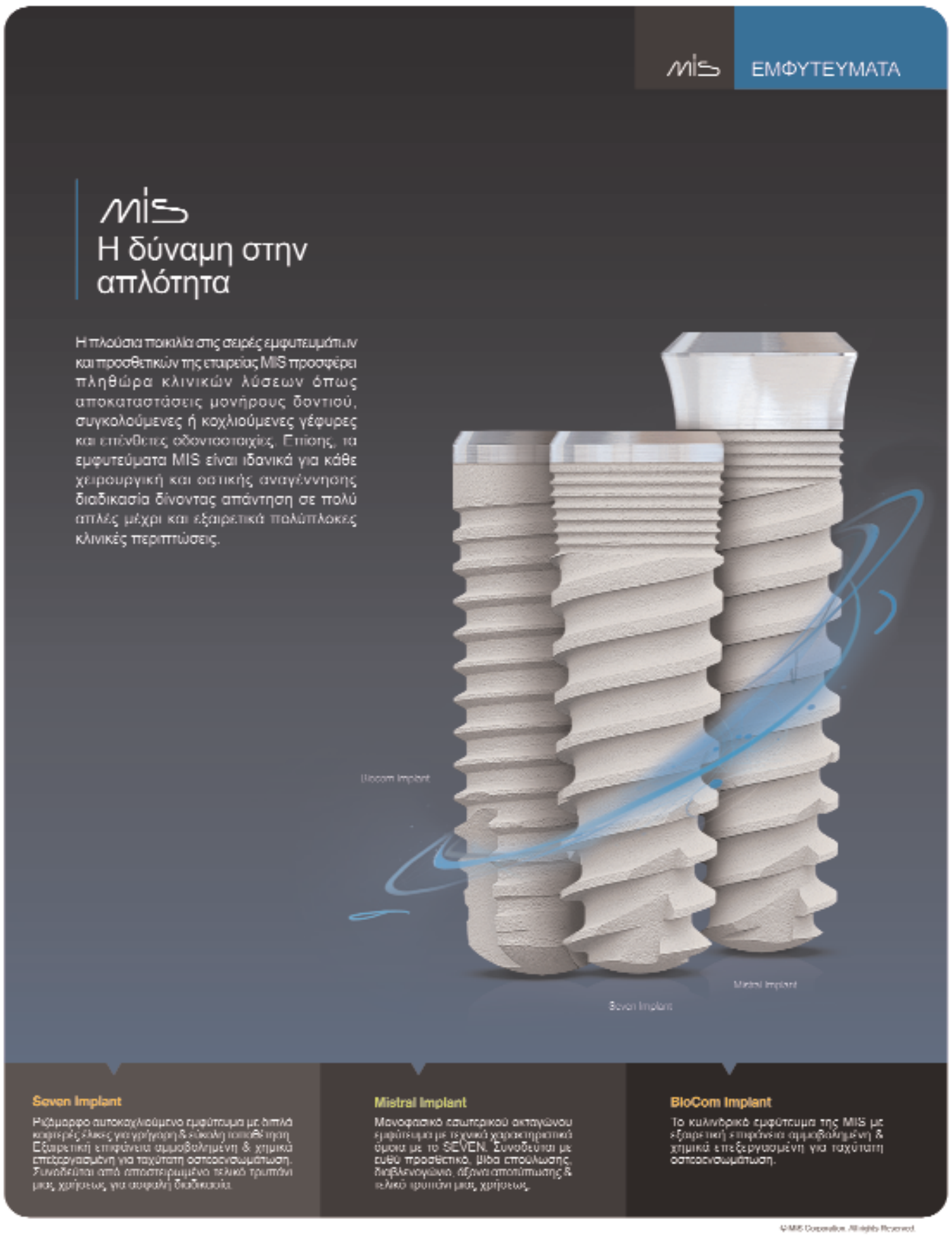
Κεντρικό θέμα του συνεδρίου υπήρξε «Η λειτουργική και αισθητική αποκατάσταση στη Στοματική και Γναθοπροσωπική Χειρουργική με ελάχιστα επεμβατική Χειρουργική». Σε αυτό το πλαίσιο δύο από τα πρακτικά σεμινάρια ήταν ενδοσκοπικά με υποστήριξη από τις εταιρείες MEDARTIS και S-TORTZ και εκπαιδευτές τους καθηγητές A. Neff και M. McGurk αντίστοιχα. Επίσης υπήρχε μια ομιλία του κατευθυνόμενου κεντρικού προγράμματος με θέμα «Endoscopy and endoscopic assistance in MFS: Current abilities and future prospects» από τον καθηγητή A. Neff από το Marburg της Γερμανίας. Ο ίδιος ομιλητής ανέπτυξε και τη δική του προσέγγιση στη χειρουργική αντιμετώπιση των καταγμάτων του κονδύλου.

Ο καθηγητής K.E. Kahnberg από το Goetenburg Σουηδίας μίλησε επίσης για τη χειρουργική της ΚΓΔ, την οστική μεταμόσχευση και τις εξελίξεις στην ορθογναθική χειρουργική και τιμήθηκε από την Ε.Ε.Σ.Γ.Π.Χ. με την ανάδειξή του σε επίτιμο μέλος. Ο καθηγητής McGurk από το Λονδίνο αναφέρθηκε στην πολυκεντρική και πολυεθνική μελέτη για το φρουρό λεμφαδένα, η οποία βρίσκεται σε τέτοιο στάδιο που τα αποτελέσματά της είναι τεκμηριωμένα και αξιόπιστα. Ο γενικός γραμματέας της EACMFS Henri Thuau ανέπτυξε την αποκατάσταση στις κρανιοπροσωπικές δυσπλασίες αλλά και τις μελλοντικές προοπτικές για το αντικείμενο της ειδικότητας. Ο αναπληρωτής γενικός γραμματέας της EACMFS Nick Kalavrezos μίλησε για την αποκατάσταση και τα μακροχρόνια αποτελέσματα στη χειρουργική του καρκίνου, ενώ άλλοι διακεκριμένοι ομιλητές από άλλους χώρους αναφέρθηκαν στις νεότερες εξελίξεις σε τομείς όπως η απεικόνιση, η γενετική, η ακτινοθεραπεία υπό τον έλεγχο της κυβερνητικής κ.ά.

Στο επίκεντρο τα εσωτερικά ζητήματα της Ε.Ε.Σ.Γ.Π.Χ.

Πέρα όμως από τα αμιγώς επιστημονικά θέματα, τρέχοντα επαγγελματικά και άλλα ζητήματα της Ε.Ε.Σ.Γ.Π.Χ. συζητήθηκαν το βράδυ του Σαββάτου 28 Νοεμβρίου σε μια συνεδρία που κράτησε ώς τις 22.30, παρά το γεγονός ότι η απόδοση της αίθουσας και το κοινωνικό πρόγραμμα του συνεδρίου πίεζαν για τη λήξη της. Έγιναν τοποθετήσεις για τη νοσοκομειακή οδοντιατρική και τη χειρουργική του στόματος, για την ανάπτυξη των κλινικών σε εθνικό επίπεδο, τα προβλήματα των ελευθεροεπαγγελματιών και γενικά του ιδιωτικού τομέα, τις σχέσεις μας με τις όμορες ειδικότητες, ενώ για πρώτη φορά σε παρόμοια εκδήλωση μελών της εταιρείας πήρε μέρος και δόκιμο μέλος (ειδικευόμενος) που ανέπτυξε την οπτική του ηλικιακά νεότερου κομματιού της μεγάλης οικογένειας της εταιρείας. Στην ζωηρή αυτή συζήτηση παρενέβη και ο γενικός γραμματέας της EACMFS Henri Thuau.

Θα πρέπει τέλος να σημειώσουμε πως η Ευρωπαϊκή Εταιρεία Κρανιοπροσωπικής Χειρουργικής έδειξε ιδιαίτερο ενδιαφέρον γι' αυτό το εθνικό συνέδριο, στέλνοντας τη γραμματέα της EACMFS κ. Jill McFarland που παρακολούθησε την όλη διαδικασία με δικό της stand. Σε αλληλογραφία της με τους διοργανωτές η κ. McFarland εξέφρασε την έκπληξή της για το γεγονός ότι ενέγραψε στην EACMFS 13 νέα μέλη και ανανέωσε την εγγραφή ενός ακόμη. Η οργανωτική επιτροπή έλαβε επίσης τις ευγενικές ευχαριστίες και την ευαρέσκεια όλων των ξένων προσκεκλημένων.



11ο ΠΑΜΠΕΛΟΠΟΝΝΗΣΙΑΚΟ ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΙΚΟ ΣΥΝΕΔΡΙΟ

Οδοντιατρικός Σύλλογος Κορινθίας

18, 19, 20 Ιουνίου 2010

Στο Λουτράκι

Ο ρόλος του Γενικού Οδοντιάτρου «εν μέσω» των σημερινών εξειδικεύσεων

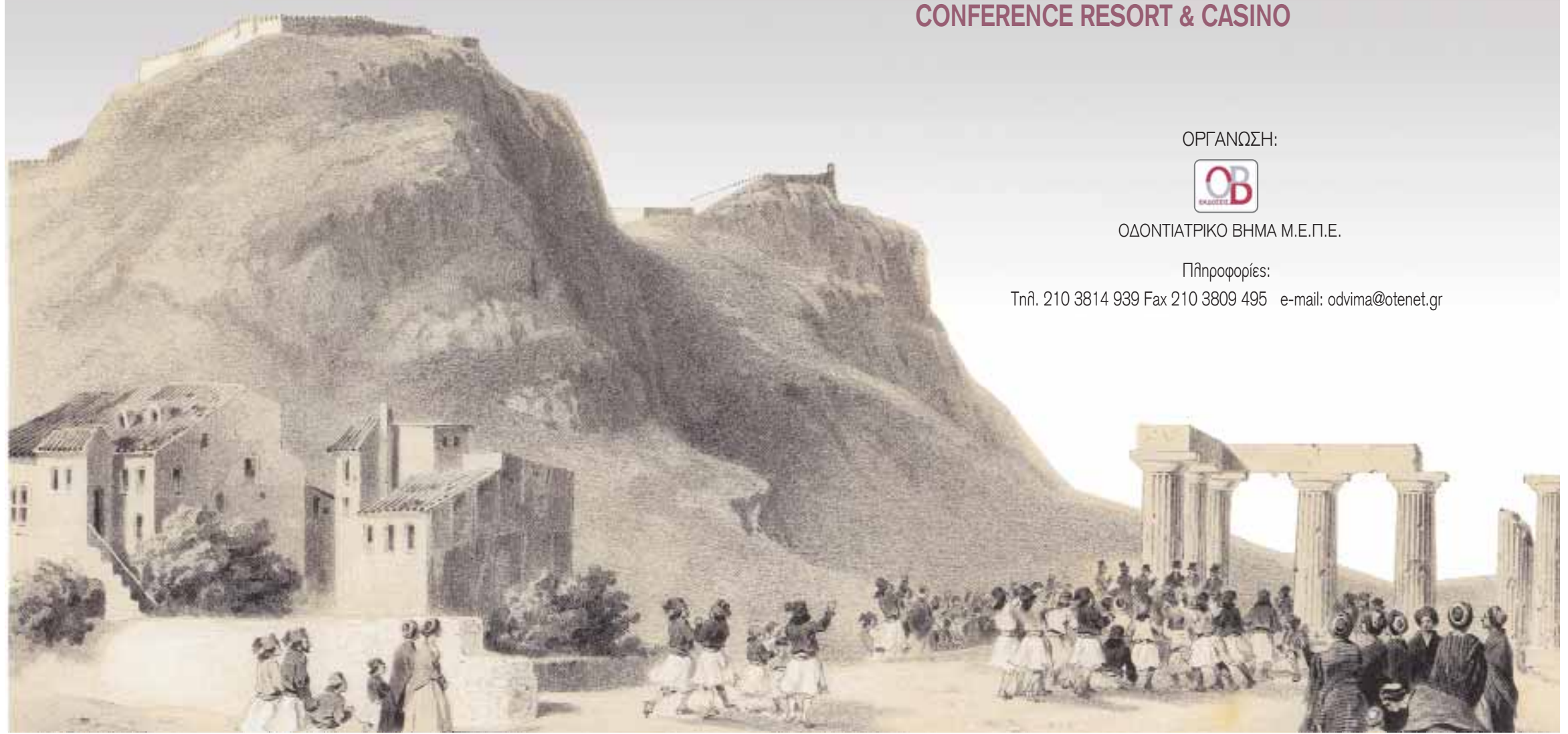
Ξενοδοχείο

CLUB HOTEL LOUTRAKI
CONFERENCE RESORT & CASINO

ΟΡΓΑΝΩΣΗ:

ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΙΚΟ ΒΗΜΑ Μ.Ε.Π.Ε.

Πληροφορίες:
Τηλ. 210 3814 939 Fax 210 3809 495 e-mail: odvima@otenet.gr



Όλες οι νέες εξελίξεις στα εμφυτεύματα που παρουσιάστηκαν στην ημερίδα της Southern Implants

ΜΕΓΑΛΟ ΤΟ ΕΝΔΙΑΦΕΡΟΝ ΤΩΝ ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΩΝ ΓΙΑ ΤΑ ΣΕΜΙΝΑΡΙΑ ΕΜΦΥΤΕΥΜΑΤΩΝ

Γράφει ο
Χρήστος Κωνσταντινίδης
Οδοντ/τρος -Προσθετ. (Bristol U.)

Τα τελευταία χρόνια το κόστος της ιατρικής και της οδοντιατρικής περίθαλψης, όπως επίσης η δυνατότητα παροχής της από δημόσιους και άλλους ασφαλιστικούς φορείς, έχει γίνει θέμα μελέτης σε διάφορα επίπεδα. Στο NPR (το σοβαρότερο επίσημο ραδιοφωνικό σταθμό στις ΗΠΑ) στις 9 Οκτωβρίου του 2009, η εβδομαδιαία εκπομπή της M. Block «All things considered» ήταν αφιερωμένη στο αυξανόμενο κόστος στην ιατρική και οδοντιατρική περίθαλψη. Οι νέες προχωρημένες τεχνικές που χρησιμοποιούν νέα, ακριβά και high teck υλικά έχουν ωθήσει την οδοντιατρική περίθαλψη σε νέα επίπεδα, πολύ ακριβότερα από το παρελθόν.

Έτσι το να τοποθετήσει ο οδοντίατρος μια στεφάνη ζιρκονίου 1.000 δολαρίων θεωρείται καλύτερη οδοντιατρική υπηρεσία από μια κλασική φθηνότερη. Το ίδιο ισχύει και στην επιλογή των εμφυτευμάτων έναντι των παλαιότερων προσθετικών αποκαταστάσεων. Σε αυτή την ανταγωνιστική αγορά, ένας οδοντίατρος που δεν έχει έσοδα τουλάχιστον $1.000.000 θεωρείται υποδεέστερος (loser) και θεωρείται (κατά την γνώμη των συνομιλητών της εκπομπής) πως έχει χαμηλής ποιότητας οδοντιατρείο (poor quality practice).

Βλέπουμε λοιπόν ότι οι νέες τεχνικές είναι η βασική πρόκληση του οδοντιάτρου για «αναβάθμισή» του σε όλους τους τομείς όπως του image και της ποιότητας των υπηρεσιών που παρέχει.

Έτσι, δεν είναι να απορεί κανείς ότι σε αντίθεση με τα συνέδρια που πραγματεύονται κλασικά οδοντιατρικά θέματα, τα συνέδρια για τα εμφυτεύματα, παρόλο που έχουν πολλαπλασιαστεί δραματικά σε αριθμό και είναι ακριβά, είναι μονίμως γεμάτα και προσελκύουν το ενδιαφέρον των οδοντιάτρων.

Σε αυτό το ευνοϊκό λοιπόν κλίμα, από πλευράς συμμετοχής συνέδρων, διοργανώθηκαν το Σάββατο 10 Οκτωβρίου δύο ημερίδες με κεντρικό θέμα τα εμφυτεύματα. Η πρώτη, του NYU (N. Νάκα), πραγματοποιήθηκε σε γνωστό χώρο της Λ. Βουλιαγμένης με ομιλητή τον κ. Δημήτρη Ζαμπάρα et.al. Η άλλη ημερίδα ήταν της Southern Implants στο ξενοδοχείο Μεγάλη Βρεταννία.

Όπως ήταν αναμενόμενο, και οι δύο ημερίδες παρουσίασαν εξαιρετικό ενδιαφέρον και σημείωσαν κατά γενική ομολογία μεγάλη επιτυχία. Εμείς θα αναφερθούμε ωστόσο στα όσα συζητήθηκαν στο ετήσιο συνέδριο εμφυτευμάτων της Southern Implants και στην ομιλία του Andre Hattingh (UK), ο οποίος παρουσίασε τα max εμφυτεύματα της εταιρείας, δηλαδή τα εμφυτεύματα μεγάλης διαμέτρου. Είναι χαρακτηριστικό ότι σε μελέτες επί 5.000 εμφυτευμάτων max οι αποτυχίες ανέρχονταν μόλις στο 1,8%.

Η αρχική σταθερότητα του εμφυτεύματος max είναι τα 50 Ncm στα διαμέτρου 7mm και στα μεγαλύτερης διαμέτρου 70-100 Ncm. Συνεπώς τα εμφυτεύματα αυτά ενδείκνυνται για άμεση φόρτιση αλλά και ιδεώδη άμεση πλήρωση του μετεξακτικού φατνίου του γομφίου.

Όπως και σε άλλα εμφυτεύματα στην άμεση εμφύτευση, θα πρέπει να διατηρούμε απόσταση του εμφυτεύματος από το παρειακό τοίχωμα. Η απόσταση αυτή δεν είναι επιστημονικώς τεκμηριωμένη, αλλά από πολλές μελέτες η κλινικά ιδεώδης απόσταση είναι τα 1-2,5 mm. Πάνω από την απόσταση είναι σκόπιμο να χρησιμοποιηθεί ένα υλικό πλήρωσης του κενού για αποφυγή διείσδυσης επιθηλίου και βακτηρίων.

Επόμενη ομιλία ήταν του N. Κρομπά και με θέμα «Ηλεκτρονική καταγραφή και κατανομή των επιεμφυτευματών φορτίων .

Προβληματισμοί όταν εξισορροπούμε τη σύγκλειση σε εμφυτευματικούς ασθενείς υπάρχουν όταν η σύγκλειση είναι μονόπλευρα σε εμφυτεύματα ή πρόσθια/οπίσθια περιοχή με εμφυτεύματα ή αμφίπλευρη επαφή εμφυτευμάτων. Επίσης πολύ σημαντική είναι η αξιολόγηση σε βρουξιστές ασθενείς.

Η ισοβαρής επαφή σε μέγιστη συγγόμφωση είναι βασική αρχή σε όλα τα συκλεισιακά σχήματα.

Τα πρόσθια δόντια καθορίζουν την κάθετη διάσταση, ενώ τα οπίσθια είναι αυτά που την υποστηρίζουν. Η αποφυγή του fremitus (μετακίνηση των δοντιών κατά την επαφή με τους ανταγωνιστές) κατά την εξισορρόπηση της σύγκλεισης είναι βασική προϋπόθεση για σωστή ρύθμιση. Η ελαχιστοποίηση της υπερσύγκλεισης και η δημιουργία μικρής πρόταξης είναι χρήσιμη μαζί με την απόδοση μασητικών επιφανειών με επίπεδα φύματα. Για αποφυγή του βρουξισμού βοηθά ο πρόσθιος νάρθηκας. Συνίσταται η διά βίου χρήση αυτού.

Όταν η θεραπεία περιλαμβάνει αύξηση του ύψους της σύγκλεισης, τότε για 60-90 μέρες θα υπάρχει αυξημένη μασητική λειτουργία.

Η συσκευή Tech Scan δίνει μια σωστή ηλεκτρονική καταγραφή της σύγκλισης. Με αυτήν τη συσκευή μπορούμε να βρούμε ποια δόντια ακουμπούν πρώτα και η εξισορρόπηση να βασίζεται στις ασκούμενες δυνάμεις επί των δοντιών.

Βέβαια, η χρήση της συσκευής έχει κάποιους περιορισμούς στην εφαρμογή λόγω του απαιτούμενου χρόνου. Έτσι, ενδείκνυται σε πέταλα και γενικά ολικές στοματικές αποκαταστάσεις.

Η συνιστώμενη πλάγια επαφή σε εμφυτευματικές αποκαταστάσεις είναι ομαδική συνεργία.

Ο κ. Ταβάκος είχε μια ενδιαφέρουσα ομιλία με θέμα «Αισθητική έμφραξη των οπών στις κοχλιούμενες αποκαταστάσεις».

Τα πλεονεκτήματα των κοχλιούμενων είναι:

- Η δυνατότητα αφαίρεσης της προσθετικής εργασίας
- Η δυνατότητα αποκατάστασης σε μειωμένο μεσεφραγματικό χώρο
- Η καλή συγκράτηση σε κολοβώματα χαμηλού ύψους

Τα μειονεκτήματα είναι:

- Το αισθητικό πρόβλημα της ύπαρξης οπών πρόσβασης
- Η ελαττωμένη αντοχή της πορσελάνης γύρω από τις οπές
- Η όχι παθητική εφαρμογή σε σχέση με τις συγκολλούμενες

Η δημιουργία 2 mm βάθους στον αυλό κοχλίωσης και η δημιουργία λοβοτομής στη μασητική επιφάνεια είναι απαραίτητη στην προσθετική μας εργασία. Η έμφραξη των οπών περιλαμβάνει τα εξής στάδια. Κάλυψη της βίδας με αδιαφάνεια και αδροποίηση της πορσελάνης. Φυσικά η τοποθέτηση γουταπέρκας (λευκής) στις βίδες είναι απαραίτητη για τη διατήρηση της επισκεψιμότητας αυτής. Αποφεύγουμε την αδροποίηση της πορσελάνης ενδοστοματικά με HF γιατί είναι τοξική ουσία. Αν χρησιμοποιηθεί απομονωτήρας και γυαλιά προστασίας, τότε η χρήση 10% ζελέ υδροφθορικού (feldspathic porcelain) είναι ικανή για ιδεώδης αδροποίηση.

Ακολουθεί η χρήση σιλανίου, υγρής ρητίνης και τέλος σύνθετης ρητίνης. Έτσι, έχουμε (Stokes N. Hod A. 1998) μείωση του περιφρακτικού χώρου και αντοχή του δεσμού ρητίνης πορσελάνης.

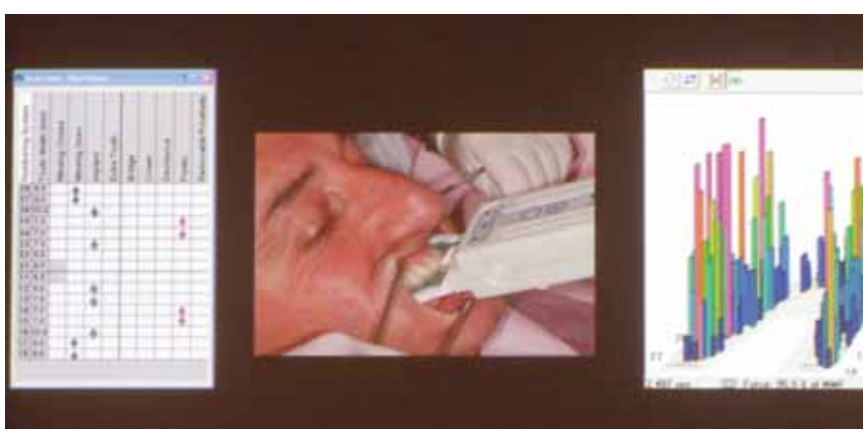
Σε ενισχυμένες πορσελάνες (Alumina, ζιρκονίας) υπάρχουν ειδικά σιλάνια για επίτευξη ισχυρού δεσμού.

Η διαμόρφωση αυλάκων και φυμάτων αλλά και η τέλεια λείανση εξασφαλίζουν καλή αισθητική και αντοχή στο χρόνο. Η τοποθέτηση χρωστικών στις μασητικές αύλακες βοηθούν στη φυσικότερη εμφάνιση αυτών των αποκαταστάσεων.

Μεγάλο ενδιαφέρον συγκέντρωσε η ομιλία του κ. Νικολόπουλου με θέμα «Απλή, αποτελεσματική και ποιοτική εμφυτευματολογία». Η χρήση γωνιωδών εμφυτευμάτων και κοχλιούμενων προσθετικών εργασιών κοντών εμφυτευμάτων αλλά και των νέων max (5,1) εμφυτευμάτων δίνει αποτελεσματικές λύσεις. Ο ομιλητής πιστεύει στην άμεση φόρτιση και στις λίγες συνεδρίες (2-3 επισκέψεις). Η κοχλίωση της προσθετικής με 45 Ncm, η τέλεια παθητική εφαρμογή, η αποτύπωση με ανοιχτό δισκάριο και υπέρσκληρη σιλικόνη είναι σημαντικές παράμετροι επιτυχίας της αποκατάστασης.

Τέλος, θα πρέπει να πούμε ότι η προσέλευση συνέδρων ήταν μεγάλη και σε όλες τις ομιλίες η αίθουσα ήταν γεμάτη. Από την άλλη, η έκθεση οδοντιατρικών ήταν μικρή αλλά ενδιαφέρουσα. Η επιτυχία πάντως του συνεδρίου δίνει το στίγμα του ενδιαφέροντος των Ελλήνων οδοντιάτρων και φαίνεται ότι θα ενεργοποιήσει ακόμη περισσότερους εκπαιδευτικούς φορείς σε αυτήν τη γνωστική ενότητα.

Οι Δρ A. Hattingh και N. Κρομπάς.



Η συσκευή Tech Scan δίνει μια σωστή ηλεκτρονική καταγραφή της σύγκλεισης.

Οι οπές κοχλίωσης της προσθετικής εργασίας μετά την αποκατάσταση με ρητίνη.

Το ετήσιο συνέδριο της Στοματολογικής Εταιρείας Βορείου Ελλάδος

Η Στοματολογική Εταιρεία Βορείου Ελλάδος με τη συνεργασία του Οδοντιατρικού Συλλόγου Ν. Πέλλας διοργανώνει το ετήσιο συνέδριό της από τις 12 ώς τις 14 Μαρτίου 2010 στο «Ξενιτίδειο» Πολιτιστικό Κέντρο, στην Αριδαία Ν. Πέλλας. Το συνέδριο αυτό πραγματοποιείται για πρώτη φορά εκτός Θεσσαλονίκης και τελεί υπό την αιγίδα του Δήμου Αριδαίας και της Νομαρχίας Πέλλας.

Το θέμα του συνεδρίου είναι «Η ποιότητα στην οδοντιατρική πράξη: Επιλογές και συμβιβασμοί». Το επιστημονικό πρόγραμμα του συνεδρίου πρόκειται να περιλαμβάνει 18 ελεύθερες ανακοινώσεις, 27 επιτοίχιες παρουσιάσεις, 3 στρογγυλά τραπέζια, 24 εισηγήσεις και 6 παρουσιάσεις video που θα καλύπτουν όλα τα γνωστικά αντικείμενα της οδοντιατρικής επιστήμης και θα επικεντρώνονται κατά το μεγαλύτερο μέρος τους στο κυρίως θέμα του συνεδρίου. Το επιστημονικό πρόγραμμα πρόκειται επίσης να το πλαισιώσουν πρακτικά σεμινάρια (hands-on) περιορισμένου ακροατηρίου.

Περισσότερες λεπτομέρειες τόσο για το επιστημονικό μέρος του συνεδρίου όσο και τις δυνατότητες διαμονής και φιλοξενίας θα ανακοινωθούν αμέσως μετά την οριστικοποίηση του επιστημονικού προγράμματος του συνεδρίου και θα αναρτηθούν στην ιστοσελίδα της εταιρείας στη διεύθυνση www.sebe.gr.

ΠΡΑΚΤΙΚΟ ΣΕΜΙΝΑΡΙΟ

Στοιχεία επικοινωνίας στην οδοντιατρική πράξη - διερευνώντας τον πλούτο της θεραπευτικής πράξης

Η Στοματολογική Εταιρεία της Ελλάδος διοργανώνει το Σάββατο 6 Φεβρουαρίου 2010 εισαγωγικό σεμινάριο στην επικοινωνία, διάρκειας τεσσάρων ωρών (9 π.μ.-1 μ.μ.), στο Επιστημονικό Κέντρο της Εταιρείας, Καλλιρρόης 17, Αθήνα. Σκοπός του σεμιναρίου είναι να βοηθήσει τους εκπαιδευομένους να γνωρίσουν και να διερευνήσουν την πολυπλοκότητα της θεραπευτικής σχέσης που αναπτύσσεται μεταξύ οδοντιάτρου και ασθενούς. Στη διάρκειά του οι εκπαιδευόμενοι θα έχουν την ευκαιρία να κατανοήσουν πώς αυτή η σχέση εκδηλώνεται και πώς η κάθε πλευρά την αντιλαμβάνεται. Οι εκπαιδευτικές μέθοδοι που θα αξιοποιηθούν είναι: διάλεξη, συζήτηση, ομαδική εργασία -ανά ζεύγη ή σε μικρές ομάδες-, παρουσίαση ταινίας και αναπαράσταση.

Το σεμινάριο αποτελείται από δύο ενότητες: τη θεωρητική, όπου αναλύονται βασικές αρχές της επικοινωνίας και η εφαρμογή τους στην οδοντιατρική πράξη και την πρακτική, όπου -μέσα από βιωματικές ασκήσεις- προσεγγίζονται τα θέματα που αναφέρθηκαν στην πρώτη ενότητα.

Υπεύθυνος του σεμιναρίου είναι ο κ. Δημήτρης Δημητριάδης, οδοντίατρος, εκπαιδευτής του Ινστιτούτου Επιμόρφωσης του Εθνικού Κέντρου Δημόσιας Διοίκησης και Αποκέντρωσης, με συνεργάτη την οδοντίατρο, μετεκπαιδευθείσα στην Κινητή Προσθετική, κ, Θάλεια Κωστοπούλου.

Το κόστος συμμετοχής στο σεμινάριο είναι 50 ευρώ. Η καταβολή του δικαιώματος μπορεί να γίνει με κατάθεση στην Τράπεζα EUROBANK (αριθμός λογαριασμού: 0026 0207 6002 0002 4639 με αναγραφή του ονόματος στο αποδεικτικό κατάθεσης) ή με ταχυδρομική επιταγή στη διεύθυνση Καλλιρρόης 17, 11743 Αθήνα.

Ο μέγιστος αριθμός συμμετεχόντων είναι 16 άτομα. Λόγω του περιορισμένου αριθμού συμμετεχόντων, θα τηρηθεί αυστηρά σειρά προτεραιότητας. Θα χορηγηθούν πιστοποιητικό παρακολούθησης και σημειώσεις.

Στην Αθήνα το 8ο Παγκόσμιο Συνέδριο Ενδοδοντίας

Η International Federation of Endodontic Associations (IFEA) και η Ελληνική Ενδοδοντική Εταιρεία διοργανώνουν το Παγκόσμιο Συνέδριο Ενδοδοντίας **8th World Endodontic Congress**, στις 6-9 Οκτωβρίου 2010, στην Αθήνα, στο Ξενοδοχείο Athens Hilton Hotel.

Η παρακολούθηση του Συνεδρίου γίνεται με εγγραφή.

Για οποιαδήποτε περαιτέρω πληροφορία ή διευκρίνιση χρειαστείτε παρακαλούμε όπως επικοινωνήσετε με την Γραμματεία του Συνεδρίου, ERA ΕΠΕ (κα Α. Καρλή, Ασκληπιού 17, 106 80, Αθήνα, Τηλ.: 210-36.34.944, Fax: 210-36.31.690, e-mail: info@era.gr).

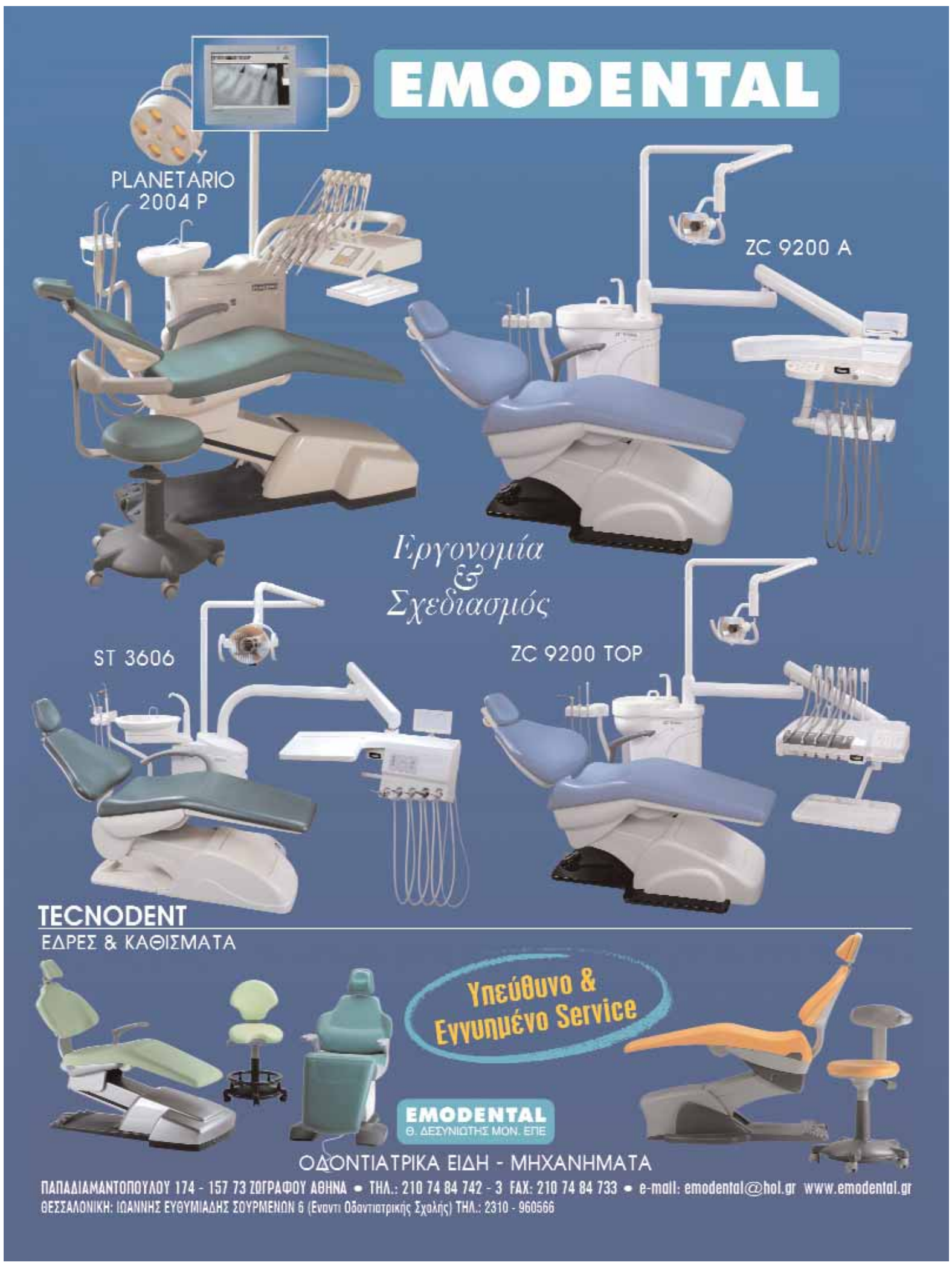
Πρακτικά σεμινάρια ακίνητης προσθετικής

Η Στοματολογική Εταιρεία της Ελλάδος διοργανώνει σειρά θεωρητικών και πρακτικών σεμιναρίων με θέμα την ακίνητη προσθετική. Το πρώτο σεμινάριο, αναφέρεται στις «Παρασκευές δοντιών και την κατασκευή προσωρινών αποκαταστάσεων». Θα πραγματοποιηθεί το Σάββατο 17 Απριλίου 2010, από 9.00 έως 15.00, στο Επιστημονικό Κέντρο της Εταιρείας, Καλλιρρόης 17. Αθήνα.

Το σεμινάριο αποτελείται από θεωρητικό μέρος, στο οποίο αναλύονται οι τρόποι παρασκευής δοντιών και τα υλικά και οι μέθοδοι κατασκευής προσωρινών αποκαταστάσεων, ενώ στο πρακτικό μέρος οι συμμετέχοντες θα έχουν την δυνατότητα να εξασκηθούν στους διάφορους τύπους παρασκευών μεταλλοκεραμικών, όψεων πορσελάνης, ολοκεραμικών ένθετων και επένθετων, μεταλλοκεραμικών και ολοκεραμικών.

Υπεύθυνος του σεμιναρίου και διδάσκων είναι ο προσθετολόγος κ. Π. Λομβαρδάς. Διδάσκοντες είναι επίσης ο κ. Σ. Παπάζογλου, επίκουρος καθηγητής Οδοντικής Χειρουργικής ΕΚΠΑ και ο κ. Δ. Σταυρόπουλος, προσθετολόγος.

Το δικαίωμα συμμετοχής στα πρακτικά σεμινάρια είναι 100 ευρώ. Η καταβολή του δικαιώματος μπορεί να γίνει με κατάθεση στην Τράπεζα EUROBANK, αριθμός λογαριασμού: 0026 0207 6002 0002 4639 (με αναγραφή του ονόματος στο αποδεικτικό κατάθεσης) ή με ταχυδρομική επιταγή στη διεύθυνση Καλλιρρόης 17, 11743, Αθήνα.



International dental publications

For Further information contact Odontiatriko Vima. Tel: 210-3803327

Oral Laser Applications

(A. Moritz)

This unique book offers a comprehensive account of all conventional indications for laser-assisted dentistry, including cavity preparation, endodontics, and periodontal therapy, as well as recent advancement such as laser-assisted bleaching, soft laser applications, and the treatment of hypersensitive cervical

areas. For each indication, detailed instructions on the use of the laser are provided in both text and illustrations to allow even novices to make successful, responsible, and immediate use of this innovative technology. In addition, each chapter presents its topic in the context of the underlying scientific concepts and a thorough and up-to-date review of the extant literature. The book also features in depth discussion of all available wavelengths and their specific applications to guide readers in the purchase of a new laser system as well as extensive case reports to demonstrate achievable therapeutic outcomes and allow readers to compare their results with those of other users. Oral Laser Application is an invaluable guide for all clinicians currently using or wishing to integrate laser-assisted dentistry in their practice.
(592 pages,820 illustrations) €248

PATHWAYS OF THE PULP

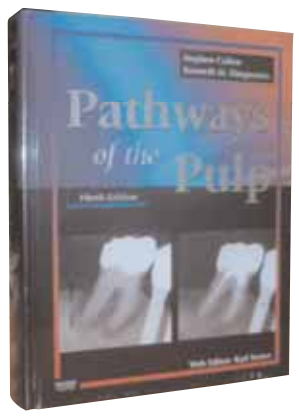
By

Stephen Cohen, MA, DDS, FICD, FACD, Diplomate, American Board of Endodontics, Clinical Professor of Endodontics, University of California School of Dentistry; Clinical Professor (Adjunct), Department of Endodontics, University of the Pacific School of Dentistry, San Francisco, CA

Kenneth Hargreaves, DDS, PhD, FACD, Professor and Chair, Department of Endodontics, University of Texas Health Science Center, San Antonio, TX, USA; President's Council Endowed Chair in Research

Description

Completely updated to keep you absolutely current, this comprehensive reference remains the definitive text for practicing endodontists and general dentists. The ninth edition offers a superb new full-color design and integrates the latest evidence-based



research for clinical treatments. It includes coverage of the latest devices and techniques including endodontic instrumentation, obturation, and surgical and retreatment procedures. Providing the latest in treating endodontic infections and pain, and in establishing differential diagnoses, this is a one-stop resource!
Hardbound, 1104 pages, publication date: DEC-2005 €130

PEDIATRIC DENTISTRY

By

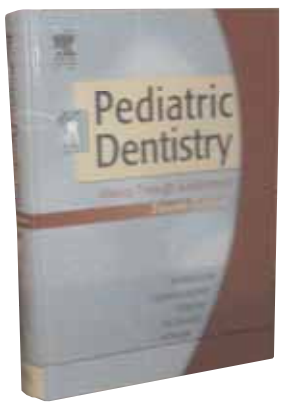
Jimmy Pinkham, DDS, MS, Professor and Head, Department of Pediatric Dentistry, University of Iowa, College of Dentistry, Iowa City, IA

Linda Duncan

Paul Casamassimo, DDS, MS, Professor and Chairman, Department of Pediatric Dentistry, College of Dentistry, Ohio State University, Columbus, OH

Henry Fields, DDS, MS, MSD, Professor, Orthodontics, Dean, College of Dentistry, The Ohio State University, Columbus, OH

Dennis McTigue, DDS, MS, Professor and Associate Dean for Academic Affairs, Department of Pediatric Dentistry, Ohio State



University College of Dentistry, Columbus, OH

Arthur Nowak, DMD, Professor, Departments of Pediatric Dentistry and Pediatrics, Colleges of Dentistry and Medicine, University of Iowa, Iowa City, IA

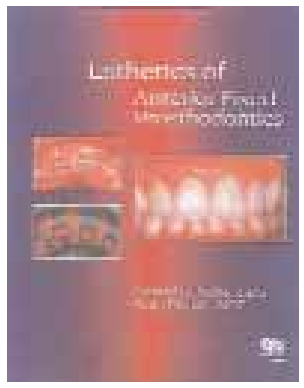
Description

Using a unique age-specific organization, this book discusses all aspects of pediatric dentistry from infancy through adolescence. Each age-specific section covers the physical, cognitive, emotional, and social changes that children experience, as well as the epidemiology of dental disease at that age. Other chapters explore the examination, treatment planning, radiographic concerns, prevention, trauma, restorative dentistry, pulp therapy, orthodontics, and behavior management of each age range.
Hardbound, 768 pages, publication Imprint: MOSBY €115

Esthetics of Anterior Fixed Prosthodontics

(Chiche, Pinault)

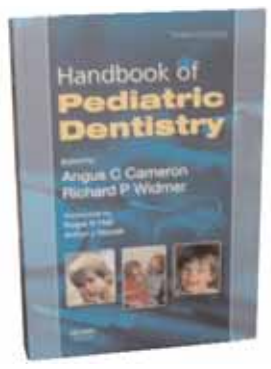
With superior colour illustrations, this clinician-technician team offers principles and methods on how to achieve the best possible aesthetic results. Learn how the restorative dentist works not only with the dental technician, but with the periodontist



and the orthodontist. As clear as it is comprehensive, this book will be invaluable to the general dentist, the specialist, and the laboratory technician.
(204 pages, 505 illustrations) €120

HANDBOOK OF PEDIATRIC DENTISTRY

To order this title, and for more information, click here
Third Edition



Angus Cameron, BDS(Hons), MDSc(Syd), FDSRCS(Eng), FRACDS, FICD, Head, Department of Paediatric Dentistry and Orthodontics, Westmead Hospital; Clinical Associate Professor and Head, Paediatric Dentistry, University of Sydney; Visiting Senior Specialist, Children's Hospital at Westmead, Sydney, Australia

Richard Widmer, BDSc(Hons), MDSc(Melb), FRACDS, FICD, Head, Department of Dentistry, Children's Hospital at Westmead; Clinical Associate Professor, Paediatric Dentistry, University of Sydney; Senior Consultant, Paediatric Dentistry, Westmead Hospital, Sydney, Australia

Description

Suitable for students and practitioners alike, HANDBOOK OF PEDIATRIC DENTISTRY – is a concise, practical and highly illustrated guide to the day-to-day management of child dental patients.

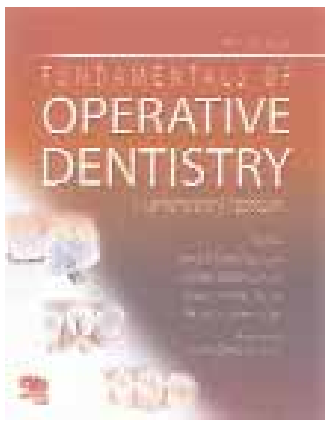
Audience

Undergraduate dental students, general dental practitioners, specialist pediatric dentists, orthodontists and pediatricians. Bibliographic details
Paperback, 482 pages, €80

Fundamentals of Operative Dentistry: A Contemporary Approach

(Summitt, J. Robbins, Hilton, Schwartz/2006)

Distinguished by the authors' strong commitment to conservative dentistry, this revised textbook combines proven methods with the latest scientific developments in preventive and restorative dentistry. Chapters on enamel and dentin adhesion and on resin composite restorations have been substantially revised to incorporate the latest evidence, and updated reference lists promote



further study into the most recent evidence-based research. Current concepts in caries management and remineralization are discussed, as is preservation of pulpal health. Students, educators, and practitioners alike will find this text a valuable resource for choosing among the widening range of treatment options.

Contents

1. Biologic Considerations
2. Patient Evaluation and Problem-Oriented Treatment Planning
3. Esthetic Considerations in Diagnosis and Treatment Planning
4. Caries Management: Diagnosis and Treatment Strategies
5. Pulpal Considerations
6. Nomenclature and Instrumentation
7. Field Isolation
8. Enamel and Dentin Adhesion
9. Direct Anterior Restorations
10. Direct Posterior Esthetic Restorations
11. Amalgam Restorations
12. Diagnosis and Treatment of Root Caries
13. Fluoride-Releasing Materials
14. Class 5 Restorations
15. Natural Tooth Bleaching
16. Porcelain Veneers
17. Anterior Ceramic Crowns
18. Esthetic Inlays and Onlays
19. Cast-Gold Restorations
20. Restoration of Endodontically Treated Teeth

(612 pages, 1.485 illustrations) €90

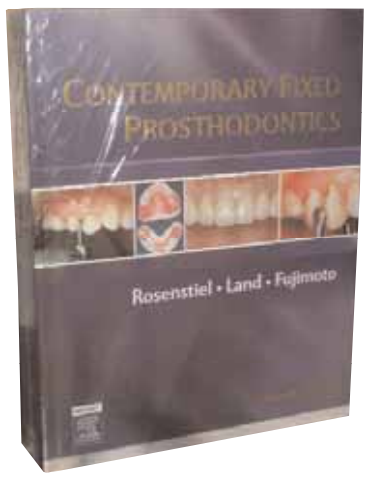
CONTEMPORARY FIXED PROSTHODONTICS

To order this title, and for more information, click here
Fourth Edition
By

Stephen Rosenstiel, BDS, MSD, Professor and Chair, Section of Restorative Dentistry, Prosthodontics and Endodontics, The Ohio State University College of Dentistry, Columbus, OH

Martin Land, DDS, MSD, Professor and Chair, Department of Restorative Dentistry, Southern Illinois University, School of Dental Medicine, Alton, IL

Junhei Fujimoto, DDS, MSD, DDSc, Part-Time Lecturer, Tokyo Medical and Dental University, Director of J. F. Occlusion and Prosthodontic, Postgraduate Course, Private Practice, Tokyo, Japan

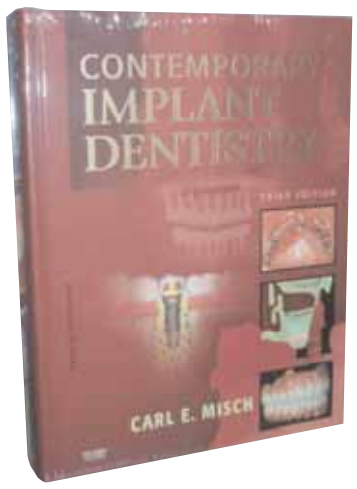


Description

Contemporary Fixed Prosthodontics, 4th Edition is a comprehensive, user-friendly text that offers dental students and practitioners an excellent opportunity to understand the basic principles of fixed prosthodontics. This text provides a strong foundation in basic science, followed by practical step-by-step clinical applications. Procedures are presented in an organized, systematic format, and are illustrated by over 3,000 clear, high-quality drawings and photographs, now in full-color. The material is logically divided into sections that cover planning and preparation, clinical procedures, and laboratory procedures. The text also includes two invaluable appendices that provide an updated list of dental materials and equipment, as well as a guide to manufacturers.
Bibliographic details
Hardbound, 1152 pages, publication date: MAY-2006
Imprint: MOSBY €130

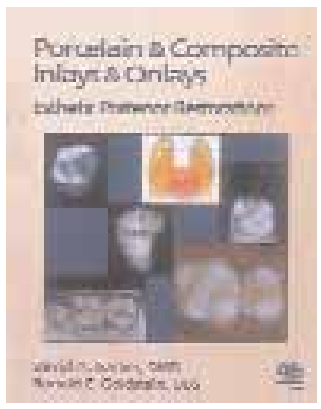
CONTEMPORARY IMPLANT DENTISTRY

To order this title, and for more information, click here Third Edition
By
Carl Misch, DDS, MDS, PHD(HC), Clinical Professor and Director, Oral Implant Dentistry, Temple University, Kornberg School of Dentistry, Department of Periodontics and Implant Dentistry, Philadelphia, PA; Clinical Professor, University of Michigan, School of Dentistry, Department of Periodontics/Geriatrics, Ann Arbor, MI; Adjunct Professor, University of Detroit, School of Dentistry, Department of Restorative Dentistry, Detroit, MI; Adjunct Professor, University of Alabama at Birmingham, School of Engineering, Birmingham, AL; Founder, Misch International Implant Institute, Beverly Hills, MI



Description
Turn to this new third edition for consistent outcomes on even your most complex implant cases! World-renowned dental implantologist Carl E. Misch gives you expert advice and guidance on the various surgical approaches to placing implants in the revision of his best-selling classic. Over 1,000 full-color illustrations depict details of implants, related materials, and surgical procedures, while well-known contributors (Mohamed Sharawy, Martha Warren Bidez, Adriano Piatelli, and others) share a wealth of knowledge in their respective fields. This third edition provides an excellent opportunity for you to develop and refine your skills and experience more consistent, predictable clinical outcomes.
Bibliographic details
Hardbound, 1120 pages, publication date: NOV-2007
IImprint: MOSBY €160

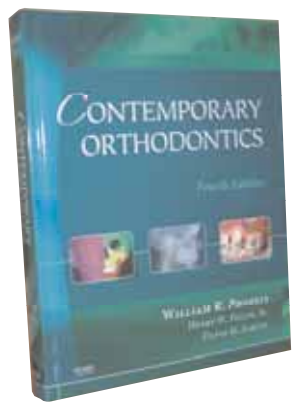
Porcelain & Composite Inlays & Onlays - Esthetic Posterior Restorations
(Garber, Goldstein)



This comprehensive, easy-to-follow atlas offers fundamental and alternative techniques as well as future trends. With a step-by-step approach, it provides indications, preparation, placement, laboratory fabrication, and more.
(159 pages, 364 illustrations) €70

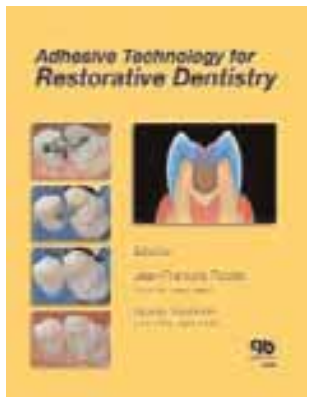
CONTEMPORARY ORTHODONTICS

Henry Fields, DDS, MS, MSD, Professor, Orthodontics, Dean, College of Dentistry, The Ohio State University, Columbus, OH
David Sarver, DMD, MS, Adjunct Professor, University of North Carolina, Chapel Hill, NC; Private Practice, Birmingham, AL

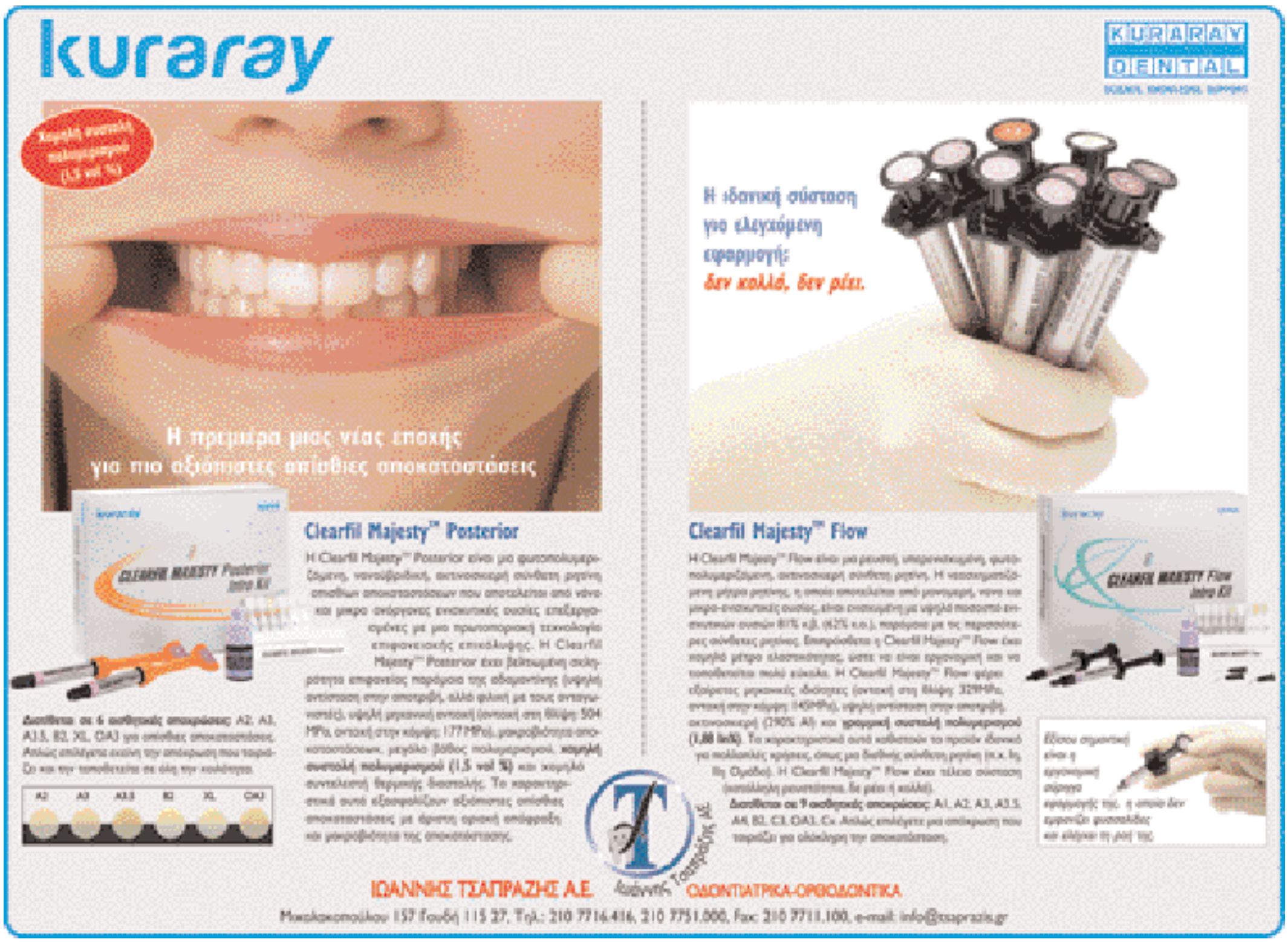


Description
Now in full color, Contemporary Orthodontics, 4th Edition is a practical resource with a long tradition of excellence. Line drawings and more than 1,000 new color images illustrate concepts more clearly than ever. This book includes detailed information on diagnosis, treatment planning concepts, related problems or controversies, and current treatment procedures, including the role of orthodontics in comprehensive treatment of patients with multiple problems.
Bibliographic details
Hardbound, 768 pages, publication date: DEC-2006Imprint: MOSBY €150

Adhesive Technology for Restorative Dentistry
Edited by Jean-Fran ois Roulet and Guido Vanherle



While adhesive techniques have already penetrated almost all fields of dentistry, a gap remains between accepted treatment modes and what is carried out in daily practice. This book, a compilation of the proceedings from the 3rd European Symposium on Adhesive Dentistry, provides the information, arguments, and data that clinicians need to incorporate adhesive dentistry into their daily practice.
208 pp; 208 illus (181 colour) €100



Οδοιπορικό στις γωνιές του κόσμου

Ένα συναρπαστικό ταξίδι για τους περιπατητές του ονείρου μέσα από τα μάτια του συγγραφέα Βασίλη Καφούσια

Μακριά από τις πολύβουες μεγαλουπόλεις και τους εξαντλητικούς ρυθμούς της καθημερινότητας, υπάρχει ένας κόσμος διαφορετικός που μας περιμένει να τον ανακαλύψουμε. Μέρη μακρινά και περιπετειώδη, που ξυπνούν τις αισθήσεις και διεγείρουν τη φαντασία, στέκουν και περιμένουν καρτερικά τον ταξιδιώτη για να τον μεταφέρουν σε μια διαφορετική πραγματικότητα. Σε αυτά τα μέρη βρέθηκε ο συγγραφέας και οδοντίατρος Βασίλης Καφούσιας, ο οποίος μεταφέρει στο βιβλίο του τις εμπειρίες και τις αμέτρητες συγκινήσεις που βίωσε.

Βασίλης Καφούσιας, οδοντίατρος

Γράφει η **Βίκυ Κουρλιμπίνη**, δημοσιογράφος

Ο Βασίλης Καφούσιας στον πρόλογο του βιβλίου που εξέδωσε, εξηγεί τους λόγους που αποφάσισε να αποτυπώσει στο χαρτί όλες αυτές τις εικόνες που αντίκρισε από τα ταξίδια που πραγματοποίησε ανά τον κόσμο και παρακινεί τον αναγνώστη να ανακαλύψει μέρη πρωτόγνωρα. Όπως χαρακτηριστικά αναφέρει: *«Τα κείμενα που έχεις μπροστά σου αγαπητέ αναγνώστη, δεν γράφτηκαν για να εξυπηρετήσουν κάποια τουριστική σκοπιμότητα, προσβλέπουν πρώτον να τέρψουν και δεύτερον να οδηγήσουν, εάν εσύ βέβαια το θέλεις.*

Παράλληλα να σου θυμίσουν την ανάγκη της φυγής από έναν κόσμο πνιγμένο στο άγχος, της φυγής από τις σκοπιμότητες που επιβάλλει ο κοινωνικός μας βίος.

Το ταξίδι, η πεζοπορία, η ανάβαση βουνών είναι η γνώση και ο παλμός της ζωής, είναι συγκίνηση, είναι ανακάλυψη, είναι μοναδική εμπειρία.

Σε αυτό το βιβλίο περιγράφω ταξίδια έξω από τον ελληνικό χώρο, αναβάσεις σε βουνά απρόσιτα, διασχίσεις σε φαράγγια δύσκολα, σε δάση αιωνόβια, περιγράφω γνωριμίες με τόπους πρωτόγνωρους, με ανάγλυφα χρώματα, απόκοσμα, εντυπωσιακά.

Στάθηκα πολλές φορές εκστατικός μπροστά στο ύψος και την αγριάδα των Άλπεων, βουβός από θαυμασμό και δέος μπροστά στο ατέλειωτο πανόραμα αυτών των βουνών. Ανέβηκα στα βουνά των περισσοτέρων χωρών της Ευρώπης, διέσχισα αμμόλοφους και οάσεις στη Βόρειο Αφρική, έμεινα συνεπαρμένος από πορείες και διασχίσεις στο δυτικό άκρο του Καναδά, καθώς και στο νοτιοδυτικό άκρο των ΗΠΑ, στις πολιτείες Καλιφόρνια, Νεβάδα, Γιούτα και στην Αριζόνα όπου κατέβηκα και διέσχισα ένα μέρος από το μεγαλύτερο και πολυπλοκότερο φαράγγι αυτού του κόσμου.

Εκτός όμως από τις περιγραφές, φίλε αναγνώστη, θα διαβάσεις και τις καθαρά υποκειμενικές μου εντυπώσεις και τις συναισθηματικές μου ανάλογα με το πώς «κινήθηκαν» οι δέκτες της ψυχής μου στον συγκεκριμένο χώρο.

Κι αν κατορθώσω να μεταδώσω και σ' εσένα λίγη συγκίνηση από την περίσσια τη δική μου, θα μπορέσεις κι εσύ με τα φτερά της φαντασίας σου να μεταφερθείς σε έναν ιδεατό χώρο κάνοντας ένα λυτρωτικό ταξίδι αναψυχής.

Νότιο Τυρόλο: μ ε θέα στις μαγευτικές Άλπεις

Θέλω επίσης να ομολογήσω ότι όλα αυτά τα ταξίδια και οι περιπλανήσεις στις διάφορες χώρες του κόσμου και η επαφή μου με το φυσικό τους περιβάλλον, δημιούργησαν έναν δυνατό δεσμό με τη μνήμη μου και θα διατηρηθούν έτσι συναρπαστικές αναμνήσεις για την υπόλοιπη ζωή μου».

Και αν αυτήν τη στιγμή φαίνεται δύσκολο να βρεθούμε σε αυτά τα μέρη, μπορούμε τουλάχιστον να αφήσουμε τον συγγραφέα να μας ταξιδέψει νοητά μέσα από τις σελίδες του βιβλίου του, αποσπάσματα του οποίου δημοσιεύουμε.

Στα αλπινικά τοπία στο Νότιο Τυρόλο

Ξεκινάμε την ονειρική μας διαδρομή στο κόσμο από το Νότιο Τυρόλο. Με κάθε λεπτομέρεια ο συγγραφέας μάς περιγράφει το τοπίο: *Το SEISERALM με 52 τετραγωνικά χλμ. είναι το μεγαλύτερο, ψηλότερο και απ' ότι λένε το ομορφότερο οροπέδιο της Ευρώπης. Πήραμε από το BOZEN τον επαρχιακό δρόμο προς ΒΑορρά, που και αυτός τρέχει δίπλα στην κοίτη του ποταμού EISACK και μετά από 10 χλμ. μια πινακίδα μας δίνει ανατολική κατεύθυνση. Ο δρόμος μας καλός, αλλά στενός, αρχίζει να ανηφορίζει με ατέλειωτες κορδέλες κάνοντάς μας να οδηγούμε πολύ σιγά. Έχουμε το βουνό στα δεξιά μας, με την κοφτή πλαγιά του να προστατεύεται συνεχώς με πέτρινα ή σιδερένια κιγκλιδώματα από κατολισθήσεις και χιονοστιβάδες.*

Μετά από 20 χλμ. φτάνουμε στη μικρή πόλη SEIS στα 1.000 μ. υψόμετρο. Η πανέμορφη, κατακάθαρη και φιλόξενη τούτη πόλη μΑς κράτησε μερικές μέρες κοντά της, προσφέροντάς μας ένα σωρό εκπλήξεις. Η εντυπωσιακότερη εικόνα ήταν ο βράχος γίγαντας το SCHLERN από Δολομίτη, μια τεράστια θεοκομμένη φέτα από το υπόλοιπο βουνό 2.500 μέτρα ύψος, που βίγλιζε τον ουρανό πάνω από την πόλη.

Η «βασίλισσα» Μαρμολάτα

Μαρμολάτα: Η Βασίλισσα των Δολομιτών

Μία και μόνο φράση κλείνει μέσα της την απέραντη ομορφιά του τοπίου…«MARMOLADA BELLA, GRANA, FINA IN PES, FORTA IN VERA» που σημαίνει: Μαρμολάτα εσύ η όμορφη, εσύ η μεγάλη, εσύ η αγαπητή στην ειρήνη, εσύ η σκληρή στον πόλεμο. Και οι ορειβάτες συμπληρώνουν: «Το τέλειο βουνό από βράχο και πάγο»...

«Η κορυφή του βουνού είναι η ψηλότερη των Δολομιτών, ο παγετώνας της ο μεγαλύτερος. Όταν δει κανείς το βουνό από μακριά και με κατάλληλο φωτισμό, θα του μείνει αξέχαστη η εικόνα της κορυφής του, της PUNTA PENIA, που μοιάζει ντυμένη σε ένα κατάλευκο παλτό που ανεμίζει. Το βουνό λοιπόν που βρίσκεται στο κέντρο των Δολομιτών είναι ιδανικό για τον αλπινιστή του βράχου και του πάγου.

Η ιστορία της Μαρμολάτα είναι ένα κομμάτι της ιστορίας του Α΄ Παγκοσμίου Πολέμου και του Αλπινισμού. Εδώ είχαν καταλάβει τις θέσεις τους επάνω στον παγετώνα οι Αυστριακοί, επάνω στον βράχο οι Ιταλοί. Ένας απίστευτος αγώνας, περισσότερο με τα στοιχεία της φύσης παρά με τον εχθρό.

Στον Αλπινισμό έχει προσφέρει πολλά το βουνό, που με την ιδιομορφία του είναι σημείο έλξης των ορειβατών. Πρώτος ανέβηκε το βουνό ο Αυστριακός PAUL GROHMANN το 1864. Σήμερα η ανάβαση της κορυφής γίνεται από δύο πλευρές, τη βόρεια μέσω του παγετώνα, που είναι η εύκολη, και από τη δυτική κόψη παγετώνας - βράχος - παγετώνας, η οποία είναι η δυσκολότερη.

Η μικρή μας ομάδα, αποτελούμενη από έναν Τυρολέζο, που μας οδήγησε, δύο Γερμανούς και εμένα, έφτασε με το αυτοκίνητο στο οροπέδιο FEDAJA στα 2.050 μέτρα. Από εδώ ανεβήκαμε με το τελεφερίκ στα 2.600 μέτρα, γλιτώνοντας έτσι μια ανηφόρα χωρίς ενδιαφέρον. Επιθυμία και των τεσσάρων μας ήταν να ανεβούμε στην κορυφή από την δυτική κόψη».

Ανεβαίνοντας το Gross-Glockner, τον βασιλιά των Αυστριακών Άλπεων

«Μέσα στο πάνθεον των κορυφών των

Απολαύστε Βασιλική Περιποίηση

Ένας κόσμος πολυτέλειας, αναψυχής, διασκέδασης και ξεκούρασης, σε απόσταση αναπνοής από την Αθήνα. Το Club Hotel Casino Loutraki είναι χτισμένο πάνω στη μεγαλύτερη και ομορφότερη παραλία του Λουτρακίου, πόλης γνωστής από την αρχαιότητα για τις περίφημες ιαματικές πηγές της.

Το πέντε αστέρων casino resort διαθέτει 255 δωμάτια και 20 υπερπολυτελείς σουίτες με θέα στη θάλασσα, στους κήπους ή στις πισίνες. Η μοναδική άνεση και λειτουργικότητα, η ατμοσφαιρική διακόσμηση και η απαράμιλλη ποιότητα της φιλοξενίας, κάνουν τη διαμονή μια αξέχαστη εμπειρία.

Με 4 υψηλού επιπέδου εστιατόρια, μπαρ με ιδιαίτερη αισθητική, ένα ολοκληρωμένο Wellness Center, αλλά και το μεγαλύτερο καζίνο της Ελλάδας, ολοκληρώνουν το σκηνικό της απόλαυσης και της διασκέδασης.

Στο Club Hotel Casino Loutraki, θα ανακαλύψετε τον ιδανικό προορισμό για ονειρικές αποδράσεις από την καθημερινότητα.

★★★★★

CLUB HOTEL CASINO LOUTRAKI

CONFERENCE RESORT & CASINO

Ποσειδώνος 48, 203 00 Λουτράκι, Τηλ.: 27440 60300, Fax: 27440 60316, E-mail: sales@chlsa.gr
www.clubhotelloutraki.gr – www.casinoloutraki.gr

Αυστριακών Άλπεων, το GROSS GLOCKNER συγκεντρώνει το ενδιαφέρον των αλπινιστών όλης της Ευρώπης.

Αυτό λοιπόν το όμορφο και επιβλητικό βουνό αποτελεί πάντα μια πρόκληση για εμάς τους ορειβάτες. Ανεβαίνοντάς το χορταίνει κανείς αλπινισμό, αφού για να φτάσει στην κορυφή θα πρέπει απαραίτητα να κάνει αναρρίχηση βράχου και πάγου κάτω από συνθήκες μεγάλου σχετικά υψομέτρου.
Αφετηρία μας το μικρό χωριό KARLS στα 1.300 μ. Εδώ φτάσαμε, μια μικρή τετραμελής ομάδα, το απόγευμα της Πέμπτης 09.07.87. Στην μικρή πανσιόν, που μείναμε το βράδυ, ελέγξαμε για τελευταία φορά τα σακίδιά μας και βεβαιωθήκαμε ότι έχουμε όλα τα απαραίτητα για την αυριανή μεγάλη ανάβαση».

Mont Blanc: στη στέγη της Ευρώπης

Οι Άλπεις είναι το μεγαλύτερο και ψηλότερο ορεινό συγκρότημα της Ευρώπης. Η ψηλότερη κορυφή των Άλπεων και συγχρόνως της Ευρώπης είναι το Mont Blanc, το οποίο στην ελληνική σημαίνει «Λευκό όρος».

Ο συγγραφέας, σε μια ιστορική αναδρομή που κάνει, καταδεικνύει πόσο σημαντική ήταν η πρώτη ανάβαση στο όρος... *«Η πρώτη ανάβαση στην κορυφή του Mont Blanc έγινε στις 8 Αυγούστου 1786 από τον δόκτωρα Paccard και τον Jacque Balmat. Αφετηρία ήταν το Chamonix. Η ανάβαση έγινε σε δύο μέρες με διανυκτέρευση στον παγετώνα, πράγμα που διέλυσε την δεισιδαιμονία των κατοίκων της περιοχής, που πίστευαν ότι όποιος κοιμηθεί στον παγετώνα δεν θα ξυπνήσει ζωντανός.*

Η πρώτη αυτή ανάβαση στην ψηλότερη κορυφή των Άλπεων ήταν το μεγάλο βήμα και η αρχή του αλπινιστικού κινήματος. Ευρωπαίοι στην αρχή, μετά όμως αλπινιστές απ' όλον τον κόσμο, επιχειρούσαν την κατάκτηση της κορυφής του Λευκού Όρους. Τον Ιούλιο του 1988 συναντήθηκαν στο CHAMONIX οι αντιπρόσωποι Ορειβατικών Ομοσπονδιών από όλες τις χώρες της Ευρώπης σε μια γιορτή συναδέλφωσης, γνωριμίας και ανταλλαγής εμπειριών. Μερικές από αυτές τις ομάδες ανέβασαν την σημαία της χώρας τους καθώς και αυτήν της Ενωμένης Ευρώπης στην ψηλότερη κορυφή της. Αντιπρόσωπος λοιπόν της Ελληνικής Ορειβατικής Ομοσπονδίας ταξίδεψα στην Γαλλία και μαζί με δύο ακόμα Έλληνες ορειβάτες ανεβάσαμε την ελληνική σημαία στην ψηλότερη κορυφή της Ευρώπης, στα 4.807 μέτρα».

Zugspitze: η κορυφή της Βαυαρίας

«Οι Άλπεις, η μεγαλύτερη οροσειρά της Ευρώπης, είναι μοιρασμένες σε έξι χώρες: Γερμανία, Ιταλία, Αυστρία, Γαλλία, Ελβετία και Σλοβενία. Τη μικρότερη επιφάνεια του πελώριου ορεινού όγκου κατέχει η Γερμανία. Στο νότιο μέρος λοιπόν της χώρας, στο κρατίδιο της Βαυαρίας, στα σύνορα με την Αυστρία βρίσκεται το βουνό Wetterstein με ψηλότερη κορυφή την Zugspitze με 2.962 μέτρα. Οι Γερμανοί είναι περήφανοι για το βουνό τους, το οποίο έχει κι άλλες ενδιαφέρουσες κορυφές και πολυάριθμες διαδρομές.
Ερχόμενος από το Μόναχο, έφτασα στο Garmisch-Partenkirchen, επισκέφτηκα τα γραφεία του αλπινιστικού ομίλου, τους είπα ότι ενδιαφέρομαι να ανέβω στο βουνό τους, το ψηλότερο βουνό της Γερμανίας, και ότι η περιοχή για μένα ήταν τελείως άγνωστη. Η αλήθεια όμως είναι πως ένα χρόνο πριν είχα δει ένα ντοκιμαντέρ στη γερμανική τηλεόραση για το βουνό Wetterstein. Κάθετες ορθοπλαγιές γύρω από την κορυφή με εικόνες παρμένες από ελικόπτερο, βαθιές, βουερές χαράδρες, έναν μικρό παγετώνα, ορειβατικά καταφύγια σκαρφαλωμένα επάνω στα βράχια. Αυτό ήταν η πρόκληση για μένα. Μερικές φορές διαβάζεις κάτι για κάποιο βουνό, κοιτάζεις φωτογραφίες του, βλέπεις κάποιο φιλμ και όσο αστείο κι αν ακούγεται, αισθάνεσαι το κάλεσμά του».

Αλπινιστές χάνονται στο απέραντο λευκό των Άλπεων.

Τα Πυρηναία όρη.

Το θαύμα του Γκραν Κάνυον.

Με θέα στα Πυρηναία Όρη

Αγέρωχος πέτρινος τοίχος ανάμεσα στη Γαλλία και την Ισπανία, τα Πυρηναία έχουν καταφέρει να δημιουργήσουν το δικό τους μύθο. *«Η ενδιαφέρουσα αυτή οροσειρά, που αποτελεί τα φυσικά σύνορα μεταξύ Γαλλίας και Ισπανίας, περικλείοντας και το μικροσκοπικό κράτος της Ανδόρας, είχε από χρόνια τώρα τραβήξει την προσοχή μας»*, αφηγείται ο συγγραφέας και περιγράφει το ταξίδι του εκεί: *«Η εποχή (7 Ιουλίου) ήταν πιθανόν λίγο νωρίς για το βουνό, γιατί υπήρχαν ακόμα πολλά χιόνια. Το πέρασμα του παγετώνα ήταν εύκολο μέχρι το λαιμό που αρχίζει ο κώνος, ο οποίος είχε μεγάλη κλίση λόγω της μεγάλης ποσότητας χιονιού μέχρι το πλατό προ του σταυρού. Τα τελευταία 50 περίπου μέτρα, που χρειάζονται αναρρίχηση και θυμίζουν κάπως πιο δύσκολο κακόσκαλο του Μύτικα -στον Όλυμπο- ήταν εντελώς καθαρά από χιόνι.*

Ο καιρός ήταν τελείως ανοιχτός, όλες οι κορυφές των Πυρηναίων "πιάνονταν με το άπλωμα του χεριού". Όσο κι αν κάθεσαι εκεί πάνω και όσο κι αν κοιτάς δεν σου φτάνει».

Γκραν Κάνυον: η «τρομερή άβυσσος»

Ο Βασίλης Καφούσιας βρέθηκε σε αυτό το ανεπανάληπτο μέρος, σε αυτό το φυσικό θαύμα όπως πολλοί το αποκαλούν. *«Θέλαμε πρώτα να δούμε άλλη μια φορά από ψηλά το σημαντικότερο γεγονός της γήινης ιστορίας. Σαν φτάσαμε σε μία από τις πολλές μικρές εξέδρες, που σκόπιμα έχουν διαμορφωθεί σε όλα τα χαρακτηριστικά σημεία, σταθήκαμε, ακουμπήσαμε λίγο στο σιδερένιο κιγκλίδωμα και δώσαμε πάλι όλες τις αισθήσεις στην όραση, γιατί είναι και η μόνη που χρειάζεσαι σαν στέκεσαι μικρός μαθητής μπροστά σε αυτή τη "βιβλιοθήκη των θεών". Μπροστά μας απλώνεται σε έκταση χιλιάδων τετραγωνικών χιλιομέτρων το πιο περίπλοκο, το πιο σύνθετο σύστημα φαραγγιών και χαραδρών στον κόσμο. Το κεντρικό φαράγγι, ο συνδετικός κρίκος, για όλα τα άλλα μικρότερα φαράγγια και χαράδρες είναι αυτό που έχει ανοίξει ο ποταμός Κολοράντο, το Γκραν Κάνυον. Είναι το βαθύτερο και θεαματικότερο, είναι η "τρομερή άβυσσος" όπως το αποκαλούν. Έχει βάθος 1.620 μέτρα, μήκος 443 χιλιόμετρα ενώ το πλάτος του ποικίλλει από 6 έως 29 χιλιόμετρα. Ο ήλιος, που πλησίαζε τώρα το κέντρο του ουρανού, φώτιζε σχεδόν όλες τις πτυχές της γιγάντιας αυτής σχισμής και έτσι μπορούσε να δει κανείς όλα τα χρώματα και τις αποχρώσεις που είχαν τα διάφορα συστήματα στρωμάτων, με χαρακτηριστικό το κόκκινο χρώμα.*
Δύο μονοπάτια υπάρχουν, που μπορεί να κατέβει κανείς κάτω στο φαράγγι, το Bright Angel Trail, πιο ομαλό, έχει δυνατότητα επαφής με το κέντρο σε περίπτωση ανάγκης, 1½ ώρα μετά την εκκίνηση υπάρχει νερό, είναι όμως 3 χιλιόμετρα μακρύτερο από το Kaibab Trail που είναι απότομο και δεν έχεις επαφή με το κέντρο στη διαδρομή. Προτιμήσαμε το δεύτερο, μας άρεσε άλλωστε και το όνομα Kaibab, που του είχαν δώσει οι Ινδιάνοι και σημαίνει «το βουνό που ξάπλωσε».
Δυστυχώς εδώ τελειώνει αυτό το νοητό ταξίδι στις γωνιές του κόσμου. Αναρωτιόμαστε, όμως, πώς μπορεί άραγε κάποιος να μείνει ανεπηρέαστος από τις εικόνες και τις περιγραφές που μας μεταφέρει ο συγγραφέας. Ο ίδιος, στον επίλογο του βιβλίου του, παραμένει συνεπαρμένος από τις εμπειρίες του: *«Όλα αυτά τα ταξίδια, οι αναβάσεις, οι περιπλανήσεις στις διάφορες χώρες του κόσμου και η επαφή μου με το φυσικό τους περιβάλλον με έκαναν να νιώθω κάθε φορά ότι ζούσα σε ένα πλάνο διάφορο από το συνηθισμένο, σε μια διάσταση όπου όλα είναι γιορτή για τα μάτια και έξαρση για το πνεύμα και την ψυχή».*

ΒΗΜΑ Γραμμάτων και Τεχνών

Του **Χρίστου Γ. Μαρκόπουλου**, ιατρού
προέδρου της Ελληνικής Εταιρείας Ιατρών Λογοτεχνών
ειδικού συνεργάτη και υπευθύνου της στήλης ΓΡΑΜΜΑΤΑ-ΤΕΧΝΕΣ

Η Ελληνική Εταιρεία Ιατρών Λογοτεχνών συμμετείχε με το λογοτεχνικό αφιέρωμα **«Η καλλιέπεια του ελληνικού λόγου στη χρήση της Ιατρικής»** στο 35ο Ετήσιο Πανελλήνιο Ιατρικό Συνέδριο. Ο διακεκριμένος ποιητής **Γεράσιμος Δουβίτσας**, αναπληρωτής καθηγητής Οδοντιατρικής Σχολής ΕΚΠΑ, έλαβε μέρος στο λογοτεχνικό αυτό αφιέρωμα με το εξαίρετο ποίημά του *«Στη γειτονιά των πουλιών το ξημέρωμα είναι όμορφο»*, δείχνοντας τη βαθιά ευαισθησία που τον διακρίνει.

Στη γειτονιά των πουλιών το ξημέρωμα είναι όμορφο

I
Μια φορά κι έναν καιρό
ήταν ένα μεγάλο κάτασπρο λιβάδι.

Οι πατούσες των παιδιών,
που είχαν περάσει από εκεί,
άφησαν κάποια σημάδια,
τα μόνα που μπορούσε ο Θεός να δει,
καθώς λικνίζεται
στο φως των πρώτων άστρων.

Η τελευταία πτήση των πουλιών
ήταν, όταν αντίκρισαν
εκείνες τις έγχρωμες πέρλες,
που στόλιζαν το μπούστο
των παραισθήσεων.

Κόρες κι αυτές μιας άλλης λογικής,
αυτής, που άσπρο έκανε το Βόσπορο
αδειάζοντας στα σπλάχνα του
το αίμα της.

Το πάθος μου για εκείνα τα σημάδια
(απ' τις πατούσες των παιδιών)
με τύλιξε.
Το πάθος μου για τ' άσπρο αίμα
μου άναψε φωτιές, με κομμάτιασε.

II
Οι δρόμοι σου από χυμένο αίμα,
που έτρεχε από τις φλέβες
του Φθινοπώρου
και δεν έλεγαν να αδειάσουν.

Άσπρο δεν υπήρχε πουθενά.
Όλα κόκκινα, σταχτί και γκρίζα.

Όταν σε είδα, είπα: Μου ανήκεις.
Μου ανήκεις, όπως μου ανήκει
και το κόκκινο, και το σταχτί, και το γκρίζο.
Κι όπως σε κοίταξα, κατάλαβα
ότι δεν υπάρχει τίποτα περισσότερο
από ένα κόκκινο, ένα σταχτί κι ένα γκρίζο.
Κι όταν σ' ακούμπησα,
το ένιωσα πως μου ανήκεις, γιατί
καθώς έχωνα το κορμί μου
στους κόλπους σου
καθρεπτίζονταν στις κόρες
των ματιών σου.

Και είπα μου ανήκεις
γιατί μου φαινόσουν άπιαστη.
Και ήσουν άπιαστη
έτσι όπως οι άλλοι σε είχαν στολιδιάσει,
για να κρύψουν τη μορφή σου.

Το κόκκινο πάντα έλκει.
Και επειδή εγώ ήμουν άσπρος,
σκέφτηκαν
πως με κόκκινο έπρεπε να σε βάψουν.
Σκέφτηκαν επίσης,
ότι θα είναι ωραίο
να συναντήσει το θάνατο ένας άσπρος
μέσα σε μια τρίχρωμη πάτκωση,
σακατεμένος,
και μάλιστα εν απουσία του άσπρου.

Εγώ όμως απ' την αρχή κατάλαβα
ότι μου ανήκεις.

Απ' την αρχή κατάλαβα
ότι θα σε κατακτούσα
αν πότιζα τα μαλλιά σου με τον ιδρώτα
των χειλιών μου
και μάλιστα τη νύχτα
που οι βελανιδιές φιλοξενούν
τις φωλιές των αετών.
Δεν θα μου ξέφευγες
και θα σε κατακτούσα,
αν μάθαινα χορό στα έλατα
κι αν έβαφα μενεξεδί το δάσος
των ονείρων.

III
Πρώτος σταθμός ο κήπος με τις λεμονιές.

Οι πόρτες του από τεφλόν,
ανάλαφρες, μα συμπαγείς,
όπως οι μαύροι κύκλοι
γύρω απ' τα μάτια του έβενου,
που είχε ακουμπήσει την καρδιά του
σ' ένα ραχιτικό τηλεγραφόξυλο,
και μοίραζε τα φύλλα του
για χαρτομάντιλα
και πρόγκες για ελπίδες.

Έβγαζε κίτρινους αφρούς απ΄ τα μαλλιά του
που, όπως έπεφταν
άνοιγαν δρόμους, όμοιους μ' αυτούς
που δικαιώνουν το θάνατο.
Όχι πως είχε δίκιο,
αλλά, έτσι κατάντησαν την ελπίδα.
Λιπόσαρκη και αργοπορημένη
και με το αίμα της
να έχει κουραστεί
και να έχει χάσει τη μορφή των ζωντανών
σωμάτων.

Είχε διανύσει πολλά χιλιόμετρα
στον κήπο με τις λεμονιές,
όταν ακόμα το αίμα της ήταν δροσερό.
Τότε, κοιμόταν έξω από σπηλιές
και γέλαγε,
όταν στον ουρανό ανθούσαν μανιτάρια.

Τώρα, γυμνή σαν τη φωτιά
με ισοπεδωμένη τη σάρκα της,
στις πρώτες ζέστες σμίγει με τα πουλιά
κι ακολουθεί τους κίτρινους αφρούς
του έβενου.

IV
Ξέρει πολύ καλά τη δύναμή της.

Στη φύση όλα ξέρουν να ερωτεύονται
και όλα ξέρουν να πεθαίνουν.
Τα πουλιά πετούν από δένδρο σε δένδρο
και σταματούν όπου αυτά επιλέξουν.
Ο αέρας μεταφέρει τον έρωτα
στη βάση των υπέρων
και τα λουλούδια αναζητούν
τη μυρωδιά του βρεγμένου χώματος.
Το σεντόνι των φύλλων ξεδιπλώνεται
για να διευκολύνει τον έρωτα
των μελισσών
και της μολόχας τα ξεσπάσματα,
όταν η βροχή λασπώνει το χώμα.

Στη φύση το ξημέρωμα είναι όμορφο.
Στη γειτονιά των πουλιών
χαμηλώνουν οι φανοστάτες της νύχτας.
Οι νοικοκυρές σκουπίζουν τα μπαλκόνια
και τρίβουν τα ασημικά,
για να δεχτούν τις πρώτες ηλιαχτίδες.

Η τελειότητα των κρίνων το απαιτεί.

Ανάμεσα στο φως και στα χρώματα,
ανάμεσα στον αέρα και στις φωνές των πουλιών,
ανάμεσα στον έρωτα και στις μυρωδιές
των λουλουδιών
υπάρχουν δυο μεγάλες αντίπαλες δυνάμεις.
Υπάρχει μια μεγάλη έλξη,
που συνθέτει μια τέλεια ηρεμία.

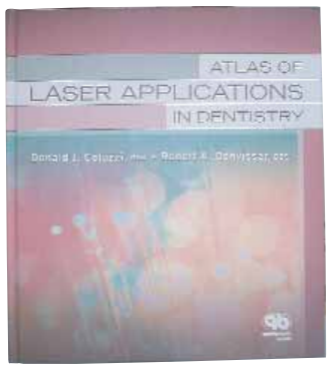
Εδώ όλα είναι σμιλευμένα
και όλα λειτουργούν με περίσσια τελειότητα.
Όλα είναι ξαπλωμένα και όλα είναι όρθια.
Όλα έχουν τόση λογική…

Κανείς δεν ασχολείται με το βούρκο
και όλα χαίρονται το φεγγάρι
χωρίς να θέλουν να το φτάσουν.
Όλα πορεύονται στο θάνατο σφυρίζοντας
κι απολαμβάνουν το ήρεμο τοπίο.

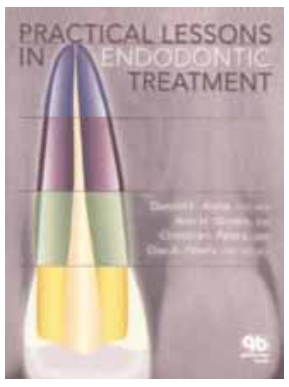
Κανείς δεν παλεύει με τις εικόνες
που κατασκευάζει η φαντασία.

Στη γειτονιά των πουλιών
δεν υπάρχει φαντασία.

Atlas of Laser Applications in Dentistry
(Coluzzi, Convissar, 2007)
Advances in laser instrumentation and technique have dramatically expanded the range of potential applications; today, lasers can be used in every field of dentistry to shorten treatment times and make surgical protocols more efficient. This clinical atlas presents a broad overview of intraoral laser use followed by individual chapters with before and after clinical views illustrating the indications and contraindications, special considerations, and any relevant risks associated with specific procedures in each discipline. The authors address fundamental concepts such as differences in laser wavelengths, setting laser parameters, and tissue safety. This book is a quick study for anyone who has invested in laser instrumentation or is contemplating such a purchase.
(230 pages, 477 illustrations) €120



Practical Lessons in Endodontic Treatment
Author(s)/Editor(s): Arens, Donald E., Gluskin, Alan H., Peters, Christine I., and Peters, Ove A.
This companion to the popular book Practical Lessons in Endodontic Surgery offers expert guidance to clinicians who have limited experience in the nonsurgical procedures involved in root canal therapy. Synthesizing the very latest clinical concepts and technologies with tried-and-true traditional treatment methods, it introduces readers to the challenges associated with nonsurgical endodontics and delivers realistic solutions in a clear, step-by-step, "lesson-based" format. Each of the 42 lessons offers useful, workable, and, above all, practical information and recommendations covering a specific aspect of endodontic care. Readers expand their knowledge incrementally, beginning with the essentials of patient diagnosis, examination, and record-keeping and progressing through lessons concerned with treatment planning and preparation for therapy; root canal instrumentation and obturation; and emergency and adjunctive procedures.
344 pp; 355 illus (mostly color €130



Case Reports in Pediatric Dentistry
Author(s)/Editor(s): Edited by van Amerongen, Evert / de Jong-Lenters, Maddelon / Marks, Luc / Veerkamp, Jaap
This collection of 16 dental pediatric case reports addresses a number of clinical problems encountered in the treatment of children and shows how well-known practitioners in the field of pediatric dentistry have solved them. Practical treatment strategies illustrate how to achieve the highest standards in clinical children s dentistry. This book will not only serve as a useful reference for in pediatric dental specialists, but also help general practitioners solve clinical problems related to their pediatric patients.
144 pp; 270 color illus €80

Η Colgate παρουσιάζει δύο νέα προϊόντα για την αντιμετώπιση της οδοντινικής υπερευαισθησίας:

Colgate® Sensitive Pro-Relief™ Απευαισθητοποιητική Πάστα Στίλβωσης
Colgate® Sensitive Pro-Relief™ Οδοντόκρεμα

Τα δύο νέα προϊόντα βασίζονται στην τεχνολογία Pro-Argin™ , μια επαναστατική καινοτόμο τεχνολογία που προσφέρει άμεση και διαρκή ανακούφιση από την οδοντινική υπερευαισθησία. Η τεχνολογία Pro-Argin™ χρησιμοποιεί το συνδυασμό ενός αμινοξέος, της αργινίνης, και ανθρακικού ασβεστίου, για την έγκλειση των ανοιχτών οδοντινικών σωληναρίων και την παρεμπόδιση της μετάδοσης ερεθισμάτων από ζεστό -κρύο, αέρα και πίεση στα νεύρα των δοντιών. Οι έρευνες δείχνουν ότι η θετικά φορτισμένη αργινίνη στην τεχνολογία Pro-Argin™ προσδένεται στην αρνητικά φορτισμένη επιφάνεια της οδοντίνης και προσελκύει ασβέστιο, για το σχηματισμό μιας στιβάδας πλούσιας σε ασβέστιο στην επιφάνεια της οδοντίνης και μέσα στα οδοντινοσωληνάρια. Αυτή η στιβάδα ασβεστίου αντιστέκεται στις επιθέσεις των οξέων, όπως αυτά που προέρχονται από την κατανάλωση όξινων ποτών και τροφών.

Η νέα **απευαισθητοποιητική πάστα στίλβωσης Colgate® Sensitive Pro-Relief™** με την τεχνολογία Pro-Argin™ είναι κλινικά αποδεδειγμένη ότι προσφέρει άμεση ανακούφιση από την ευαισθησία που διαρκεί τέσσερις εβδομάδες μετά από μία μόνο εφαρμογή. Μπορεί να χρησιμοποιηθεί πριν ή μετά τις οδοντιατρικές εργασίες, όπως ο καθαρισμός και η αποτρύγωση. Η απευαισθητοποιητική πάστα στίλβωσης Colgate® Sensitive Pro-Relief™ εφαρμόζεται με κυπελλοειδές στίλβωσης που απομακρύνει τις χρωστικές και διευκολύνει τη διαδικασία έγκλεισης των οδοντινοσωληναρίων.
Έτσι, προσφέρει ταυτόχρονα θεραπεία υπερευαισθησίας και απαλή στίλβωση σε ένα στάδιο.

Η νέα οδοντόκρεμα **Colgate® Sensitive Pro-Relief™** βασισμένη στην τεχνολογία Pro-Argin™ βοηθάει στον έλεγχο της υπερευαισθησίας και προσφέρει ελευθερία από τον πόνο των ευαίσθητων δοντιών. Η νέα αυτή οδοντόκρεμα προσφέρει κλινικά αποδεδειγμένη άμεση* και διαρκή ανακούφιση από την οδοντινική υπερευαισθησία. Λειτουργεί διαφορετικά από τις περισσότερες οδοντόκρεμες για την ευαισθησία, γιατί εξαλείφει την αιτία του πόνου σφραγίζοντας τα ανοιχτά σωληνάρια που οδηγούν στα νεύρα του δοντιού. Βουρτσίζοντας τα δόντια δύο φορές την ημέρα με Colgate® Sensitive Pro-Relief™, η οδοντόκρεμα δημιουργεί ένα μεγάλης διάρκειας προστατευτικό στρώμα ασβεστίου που λειτουργεί σαν φραγμός ενάντια στην ευαισθησία. Η οδοντόκρεμα αυτή περιέχει επίσης 1450 ppm φθόριο για καθημερινή προστασία από την τερηδόνα.

** Για άμεση ανακούφιση, η οδοντόκρεμα Colgate® Sensitive Pro-Relief™ πρέπει να εφαρμόζεται απευθείας στην ευαίσθητη οδοντίνη με το ακροδάχτυλο, κάνοντας ελαφρύ μασάζ για 1 λεπτό.*

Η Επιστήμη και η Τέχνη των

Όψεων Πορσελάνης

Το επιτυχημένο σύγγραμμα The science and art of porcelain laminate veneers του γνωστού συγγραφέα Galip Gürel περιγράφει και αναλύει τα κλινικά και εργαστηριακά στάδια κατασκευής των όψεων πορσελάνης που αποτελούν μια συντηρητική προσθετική εφαρμογή της σύγχρονης οδοντιατρικής για την αισθητική και λειτουργική αποκατάσταση. Εκτός από την ανάλυση αισθητικών παραμέτρων, όπως είναι η σχεδίαση του χαμόγελου, τονίζεται και περιγράφεται η σημασία της λειτουργίας και σύγκλεισης των δοντιών, καθώς επίσης και η σπουδαιότητα και διαχείριση των μαλακών ιστών για την αισθητικά επιτυχημένη προσθετική παρέμβαση. Στις 528 σελίδες του αναλύονται διεξοδικά όλες οι παράμετροι που αφορούν τις όψεις πορσελάνης μαζί με 1.200 φωτογραφίες που βοηθούν τον αναγνώστη στην περαιτέρω κατανόηση του περιεχομένου. Τιμή 190€ + 4,5% ΦΠΑ . Τηλ. 210 3814939

ΔΟΥΒΙΤΣΑ ΓΙΩΤΑ
ΑΡΧΙΤΕΚΤΩΝ ΜΗΧΑΝΙΚΟΣ
ΔΙΑΡΡΥΘΜΙΣΗ-ΔΙΑΚΟΣΜΗΣΗ
ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΕΙΩΝ
+30 6932 646817
giota_douvitsa@yahoo.gr

Τα κρίσιμα σημεία της σύγχρονης προσθετικής αποκατάστασης με στεφάνες και γέφυρες

Ένα διαχρονικό βοήθημα για τον κλινικό οδοντίατρο, γραμμένο για το μεταπτυχιακό πρόγραμμα του πανεπιστημίου του Freiburg.

Απόδοση στα ελληνικά: Ν. Καφούσιας

Τιμή 30€

ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΙΚΟ ΒΗΜΑ
Ζωοδόχου Πηγής 54 106 81 Αθήνα Τηλ. 210 3814 939 Fax 210 3809 495 e-mail: odvima@otenet.gr www.dentalsite.gr

7ο Διεθνές Συνέδριο Αισθητικής Οδοντιατρικής

Gerard Chiche
Michel Magne
Galip Gurel
Nitzan Bichacho
Fred Bergmann
Ernst Hegenbarth
Stefen Koubi
Robert Wright
Wynn Okuda

5-7 Μαρτίου 2010

Ξενοδοχείο Hyatt Regency, Θεσσαλονίκη

www.eaao.gr

Γραμματεία του Συνεδρίου: Diaskepsis - Μητροπόλεως 28, Θεσ/νίκη,
τηλ: 2310 230 459 Φαξ: 2310 264 082, email: mtsami@otenet.gr

ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΑΚΑΔΗΜΙΑ ΑΙΣΘΗΤΙΚΗΣ ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΙΚΗΣ

ΕΑΔΟ

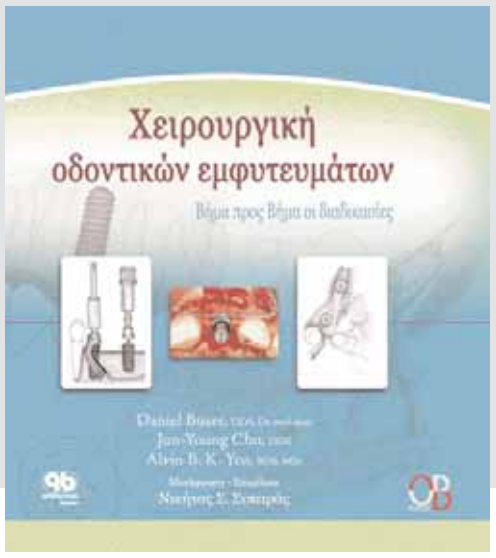
ΜΕΛΟΣ ΤΗΣ IFED ΠΑΓΚΟΣΜΙΑΣ ΟΜΟΣΠΟΝΔΙΑΣ ΑΙΣΘΗΤΙΚΗΣ ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΙΚΗΣ

ΕΑΔΟ

Λεύκανση των δοντιών

Γεράσιμος Δουβίτσας
Αναπλ. Καθηγητής της Οδοντιατρικής Σχολής του Πανεπιστημίου Αθηνών

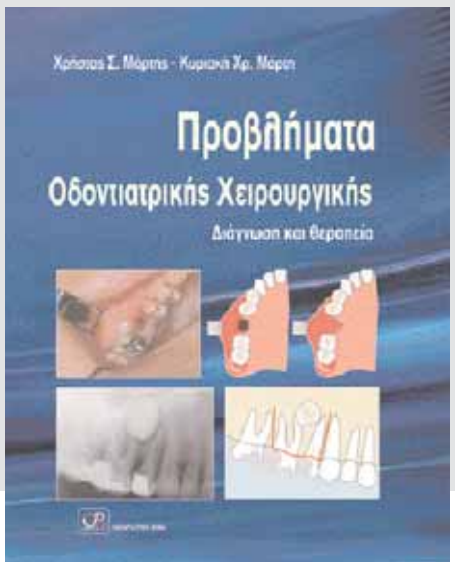
Κυκλοφορεί από τις εκδόσεις «Ο.Β.» το νέο βιβλίο του αναπληρωτή καθηγητή της Οδοντιατρικής Σχολής του Πανεπιστημίου Αθηνών κ. Γεράσιμου Δουβίτσα, με τίτλο «Λεύκανση των δοντιών». Το προηγούμενο βιβλίο του καθηγητή με το ίδιο θέμα έχει κυκλοφορήσει ήδη σε δύο εκδόσεις και έχει αποτελέσει όλα αυτά τα χρόνια οδηγό πολλών οδοντιάτρων που αποφάσισαν να ασχοληθούν με τη διαδικασία της λεύκανσης.
Το νέο αυτό βιβλίο δεν αποτελεί την τρίτη έκδοση του προηγούμενου έργου του κ. Δουβίτσα, αφού γράφτηκε σχεδόν εξ αρχής, εμπλουτισμένο με νέα κεφάλαια και με τη συμμετοχή της επ. καθηγήτριας Χαρίκλειας Παξιμαδά και της διδάκτορος Μαρίας Αντωνιάδου.
Στόχος του συγγραφέα ήταν να αποτελέσει και αυτό το βιβλίο ένα βασικό βοήθημα για τους οδοντιάτρους που επιθυμούν να χαρίσουν μέσω της διαδικασίας αυτής όμορφα χαμόγελα στους ασθενείς τους.
Το βιβλίο περιλαμβάνει 14 κεφάλαια: στα πρώτα κεφάλαια δίνονται κάποιες βασικές αρχές αισθητικής και γίνεται μια ιστορική αναδρομή στη διαδικασία της λεύκανσης, ενώ ακολουθούν δύο κεφάλαια που έχουν να κάνουν με τις οδοντικές δυσχρωμίες και την αντιμετώπισή τους. Το 5ο κεφάλαιο αναφέρεται στην πρόγνωση της λεύκανσης των δοντιών και το 6ο στην επιλογή και προετοιμασία του ασθενούς. Όσα αφορούν στα υλικά και στη χημεία στη λεύκανση των δοντιών τα βρίσκουμε στο 7ο κεφάλαιο, ενώ στο 8ο συναντάμε τις σύγχρονες συσκευές λεύκανσης. Στα δύο επόμενα περιγράφεται η λεύκανση δοντιών με ζωντανό πολφό και άπολφων δοντιών αντίστοιχα, ενώ στα τέσσερα τελευταία κεφάλαια ο συγγραφέας καταπιάνεται με το θέμα της διατήρησης του αποτελέσματος της λεύκανσης, τις επιπτώσεις από αυτήν τη διαδικασία, την τεχνική μικροαποτριβής της αδαμαντίνης και κάποιες συνδυαστικές τεχνικές.
Σελίδες: 320. Τιμή: 100 ευρώ



Χειρουργική Οδοντικών Εμφυτευμάτων Βήμα προς βήμα οι διαδικασίες

Daniel Buser, DDS, Dr med dent
Jun- Young Cho, DDS
Alvin B. K. Yeo, BDS, MSc
Μετάφραση - Επιμέλεια **Νικήτας Σ. Συκαράς**
Λέκτορας Προσθετολογίας

Ένας πλήρης οδηγός χειρουργικής, που απευθύνεται σε κάθε οδοντίατρο που ασχολείται ή θέλει να ασχοληθεί με την τοποθέτηση οδοντικών εμφυτευμάτων. Το σύγγραμμα έχει πλούσια εικονογράφηση, με σχεδιαγράμματα υψηλής ακρίβειας και πιστότητας και έγχρωμες κλινικές φωτογραφίες εξαιρετικής ανάλυσης. Παρουσιάζει με εύληπτο διδακτικό τρόπο τις βασικές αρχές για την επιλογή της θέσης και του τύπου εμφυτεύματος και καλύπτει με κατανοητή και λεπτομερή επεξήγηση χειρουργικές διαδικασίες και τεχνικές, που είναι διαθέσιμες για την τοποθέτηση των εμφυτευμάτων. Η κλινική εμπειρία των συγγραφέων εμπλουτίζει το βιβλίο με χρήσιμες συμβουλές και πρακτικές υποδείξεις που είναι διάσπαρτες στις λεζάντες των εικόνων.
Το τελευταίο κεφάλαιο με την παρουσίαση των κλινικών περιπτώσεων αποτελεί την εφαρμογή της θεωρίας στην πράξη, καλύπτοντας όλη τη «διδαχθείσα ύλη». Οι διαδικασίες και οι τεχνικές που παρουσιάζονται είναι τεκμηριωμένες βιβλιογραφικά μέσα από κλινικές και πειραματικές έρευνες, χρησιμοποιούνται ευρύτατα σε όλο τον κόσμο και μπορούν να εγγυηθούν τη μακρόχρονη διαχείριση του θεραπευτικού αποτελέσματος υπό προϋποθέσεις.
Η προσεκτική μελέτη της θεωρίας και η παρατήρηση των εικόνων θα δώσουν στον κλινικό οδοντίατρο πολύτιμα στοιχεία οξυδέρκειας και προβληματισμού για τη σωστή αξιολόγηση και εφαρμογή της χειρουργικής τοποθέτησης των ενδοστικών εμφυτευμάτων.
Σελίδες: 123. Τιμή: 85 ευρώ



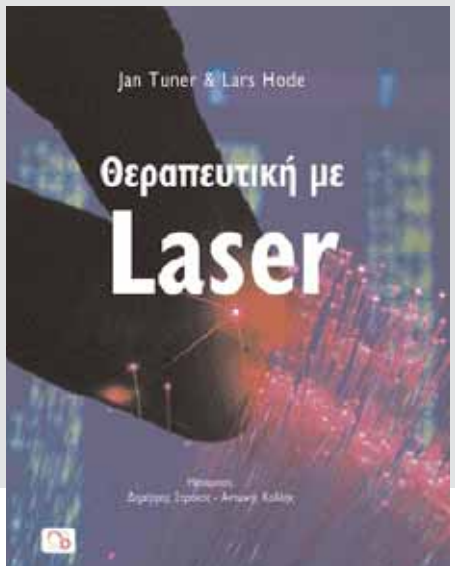
Προβλήματα Οδοντιατρικής Χειρουργικής Διάγνωση και θεραπεία

Χρήστος Σ. Μάρτης
Ομότιμος Καθηγητής Γναθοπροσωπικής Χειρουργικής
Κυριακή Χρ. Μάρτη
Επίκ. Καθηγήτρια Γναθοπροσωπικής Χειρουργικής

Το βιβλίο αυτό απευθύνεται στον γενικό οδοντίατρο και καλύπτει κάθε ανάγκη του αναφορικά με τη διάγνωση και την αντιμετώπιση των προβλημάτων που προκύπτουν στην καθημερινή κλινική πράξη. Ο συγγραφέας του βιβλίου καθηγητής κ. Χρήστος Μάρτης καταθέτει με εντυπωσιακά κατανοητό τρόπο ένα μέρος της κατασταλαγμένης κλινικής γνώσης και εμπειρίας του για τις αξίες της καθημερινής χειρουργικής του στόματος. Με σαφήνεια και εύληπτο τρόπο αναλύονται κρίσιμα ζητήματα, όπως:

- Προεγχειρητικός έλεγχος και διαχείριση ασθενούς σε επείγουσες περιπτώσεις.
- Προβλήματα κατά την τέλεση της τοπικής αναισθησίας.
- Η βιοψία στον γναθοστοματικό χώρο
- Χειρουργική (διαφατνιακή) εξαγωγή των δοντιών
- Ο έγκλειστος κάτω σωφρονιστήρας
- Η τραχηλοπροσωπική λοίμωξη και η «εν θερμώ εξαγωγή»
- Ακρορριζεκτομή: μια χειρουργική πράξη ανάγκης
- Στοματοκολπική επικοινωνία
- Μασητηριακή μυαλγία
- Η ευθύνη του οδοντιάτρου στον εντοπισμό και στη διάγνωση του ενδοστοματικού καρκίνου
- Σιελολιθίαση (λιθίαση των σιελογόνων αδένων)

Τα σχεδιαγράμματα που εμπεριέχονται, οι φωτογραφίες και οι ακτινογραφίες από χαρακτηριστικά κλινικά περιστατικά συμβάλλουν στην καλύτερη και πληρέστερη κατανόηση των προβλημάτων που αφορούν στην οδοντιατρική χειρουργική.
Σελίδες: 320. Τιμή: 110 ευρώ



Θεραπευτική με LASER

Jan Tuner - Lars Hode
Μετάφραση - Επιμέλεια
Δημήτρης Στράκας - Αντώνης Καλλής

Το βιβλίο που έγινε παγκόσμιο best seller τώρα και μεταφρασμένο στην ελληνική γλώσσα.
Σκοπός του είναι να περιγράψει τις φυσικές και κλινικές διαστάσεις της θεραπείας με laser και να αναλύσει την πλούσια επιστημονική βιβλιογραφία στον τομέα αυτό. Απευθύνεται σε όσους ασχολούνται τόσο με τις κλινικές εφαρμογές όσο και με την έρευνα. Η θεραπευτική με laser έχει μια τεράστια δυναμική στον τομέα της περίθαλψης. Το βιβλίο αυτό είναι ένας χρήσιμος οδηγός και σημείο αναφοράς για ερευνητές, ιατρούς, οδοντιάτρους, κτηνιάτρους, νοσηλευτές, φυσιοθεραπευτές και άλλους εργαζομένους στον ιατρικό τομέα, Κάθε ένδειξη που αναφέρεται, υποστηρίζεται από επιστημονική βιβλιογραφία, ενώ περιέχει περισσότερες από 1.500 βιβλιογραφικές αναφορές.
Σελίδες: 420 Τιμή: 120 ευρώ

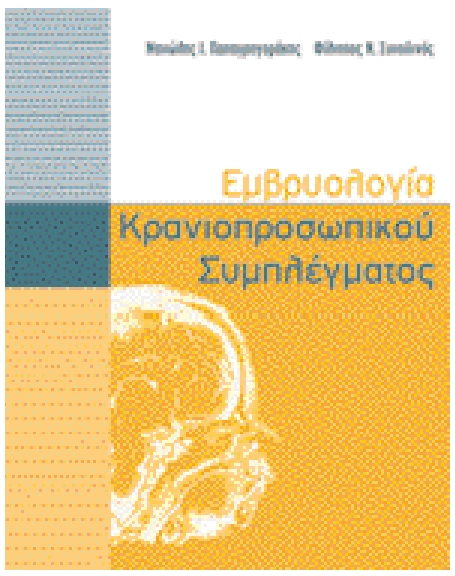
Επιπλοκές και αποτυχίες εμφυτευμάτων: Αίτια και τρόποι αντιμετώπισης

Απόδοση στα ελληνικά του Αναπλ. Καθηγητή **Νίκου Καφούσια**

Εισαγωγή στην Προσθετική των εμφυτευμάτων

Προσθήκη για την ελληνική έκδοση του Αναπλ. Καθηγητή **Νίκου Καφούσια**

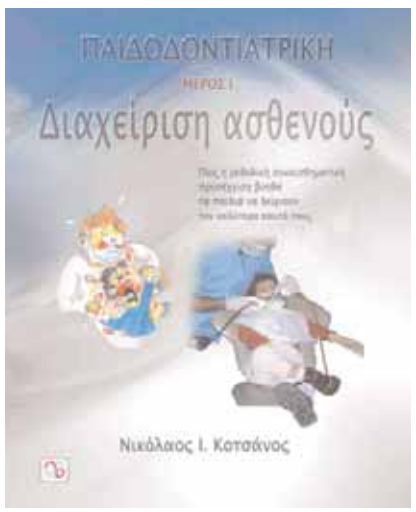
Εν μέσω της εμφυτευματολογικής «έκρηξης» οι συγγραφείς αυτού του συμβουλευτικού εγχειριδίου ασχολούνται στο πρώτο μέρος με τις αιτίες των εμφυτευματολογικών αποτυχιών, στο δεύτερο μέρος με τα νομικά προβλήματα που μπορεί να προκύψουν κατά τη θεραπεία με εμφυτεύματα και στο τρίτο μέρος –το οποίο έχει γραφτεί μόνον για την ελληνική έκδοση– με την προσθετική επί εμφυτευμάτων, όπου παρατίθεται και άτλαντας κλινικών περιστατικών.
Οι συγγραφείς παραθέτουν συμβουλές για την επιτυχία των οδοντικών εμφυτευμάτων και για την αποφυγή αποτυχιών. Σε αυτήν τη βάση ερμηνεύουν τις γενικές αιτίες των αποτυχιών και ασχολούνται λεπτομερώς με τις πιθανές πηγές χειρουργικών και προσθετικών λαθών. Επικεντρώνονται επίσης στις επιπλοκές που μπορούν να δημιουργηθούν λόγω φλεγμονών και περιγράφουν, με βάση κλινικά παραδείγματα, πώς αντιμετωπίζονται ακραίες καταστάσεις.
Σελίδες: 300. Τιμή: 80 ευρώ



Εμβρυολογία Κρανιοπροσωπικού Συμπλέγματος

Μανώλης Ι. Παπαγρηγοράκης
Επικ. καθηγητής
Φίλιππος Ν. Συνοδινός
Ορθοδοντικός

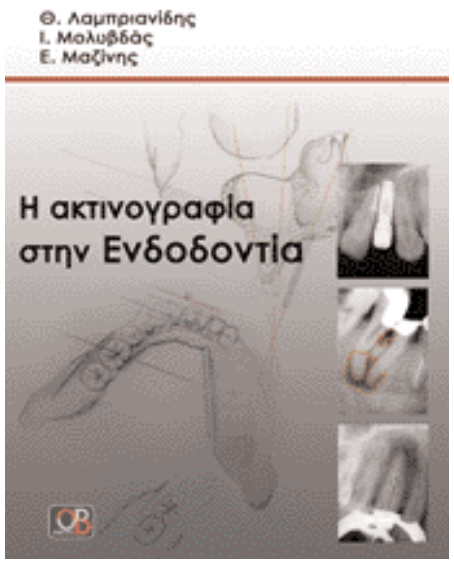
Το βιβλίο «Εμβρυολογία του Κρανιοπροσωπικού Συμπλέγματος» περιλαμβάνει τις απαραίτητες γνώσεις για την κατανόηση της πολύπλοκης εμβρυϊκής ανάπτυξης της κρανιοπροσωπικής περιοχής αλλά και την ερμηνεία των διαμαρτιών του προσώπου.
Σελίδες: 186. Τιμή: 80 ευρώ



ΠΑΙΔΟΔΟΝΤΙΑΤΡΙΚΗ Διαχείριση ασθενούς

Νικολάος Κοτσάνος
Αναπλ. καθηγητής Παιδοδοντιατρικής ΑΠΘ

Σκοπός αυτού του βιβλίου είναι να βοηθήσει τον γενικό οδοντίατρο και τον φοιτητή της Οδοντιατρικής να προσεγγίσει τη μεγάλη πλειονότητα των μικρών ή πολύ μικρών ασθενών, με τρόπο τέτοιο, που να τον κάνει να θέλει να ανοίξει το στόμα του, να πηγαίνει ευχάριστα σε αυτόν και να έχει θετική στάση για την επιδίωξη της στοματικής του υγείας.
Σελίδες: 220. Τιμή: 60 ευρώ



Ακτινογραφία στην Ενδοδοντία

Θεόδωρος Λαμπριανίδης
Καθηγητής Ενδοδοντολογίας ΑΠΘ
Ιωάννης Μολυβδάς
Επίκ. Καθηγητής Ενδοδοντολογίας ΑΠΘ
Εμμανουήλ Μαζίνης
Διδάκτορας Ενδοδοντολογίας

Ένα σύγχρονο επιστημονικό βιβλίο που τεκμηριώνει με χαρακτηριστικά περιστατικά τη μέχρι τώρα έρευνα και κλινική εμπειρία.
Σελίδες: 281. Τιμή: 70 ευρώ

ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΙΚΟ ΒΗΜΑ
Ζωοδόχου Πηγής 54 106 81 Αθήνα Τηλ. 210 3814 939 Fax 210 3809 495 e-mail: odvima@otenet.gr www.dentalsite.gr

IPS e.max

IPS e.max®

all ceramic

all you need

Οι αποκαταστάσεις IPS e.max δημιουργήθηκαν από κ.κ. Prof. Dr. D. Edelhoff / D. Brix, Γερμανία.

Ο συνδυασμός των πλεονεκτημάτων της τεχνικής πρεσαρίσματος και της τεχνικής cad/cam δεν ήταν ποτέ πιο εύκολος:

Το **IPS e.max** σάς προσφέρει τα μέγιστα της αισθητικής, της αντοχής και της πολλαπλότητας εφαρμογών. Και όλα αυτά χωρίς μέταλλο.

Σύμφωνα με την ένδειξη και τις απαιτήσεις του περιστατικού, έχετε τη δυνατότητα να επιλέξετε ολοκεραμικό υλικό σκελετού, το οποίο μπορεί να είναι είτε υαλοκεραμικό υψηλής αισθητικής, είτε οξείδιο του ζιρκονίου υψηλής αντοχής, και να ενθέσετε τις αποκαταστάσεις χρησιμοποιώντας είτε συμβατική, είτε ρητινώδη κονία.

Εσείς και οι ασθενείς σας θα επωφεληθείτε από τα πλεονεκτήματα που προσφέρει η χρήση του ίδιου κεραμικού υλικού για τη διαστρωμάτωση: αισθητική με εντυπωσιακό αρμονικό συνδυασμό, ιδανική απόδοση χρώματος ανεξάρτητα από το υλικό του σκελετού, και ίδια κλινική συμπεριφορά όλων των υλικών ακόμη και σε εκτεταμένες ολοκεραμικές αποκαταστάσεις.

Το σύστημα ρητινώδους κονίας **Multilink Automix** συνδυάζεται αρμονικά με το IPS e.max.
Είναι ιδιαίτερα χρήσιμο σε περιοχές όπου ο φωτοπολυμερισμός είναι δύσκολος και απαιτείται υψηλή αντοχή δεσμού και ερμητική απόφραξη της οδοντίνης.

www.ivoclarvivadent.com
IvoclarVivadent AG
Bendererstr. 2 / FL 9494 Schaan Liechtenstein / τηλ: 00423 235 35 35 / fax: 00423 235 33 60

Επίσημοι διανομείς:
Ελλάδας:
- **Dental Vision ΕΠΕ** / Μιχαλακοπούλου 125 / 115 27 Αθήνα / τηλ: 210 77 55 900 / Θεσσαλονίκη τηλ: 2310 253 800 / www.dentalvision.gr
- **dentalcon Healthcare ΕΠΕ** / Μάρνη 33 / 104 32 Αθήνα / τηλ: 210 522 99 11 / www.dentalcon.com.cy
- **SADENT ΑΕΒΕ** / 17ης Νοεμβρίου 4 / 151 27 Μελίσσια / τηλ: 210 80 49 493 / Τετραπόλεως 4-8 / 115 27 Αθήνα / τηλ: 210 77 77 608 Θεσσαλονίκη: τηλ: 2310 968 799 / Θεσσαλία: τηλ: 2410 549168 / www.sadent.com

Κύπρου:
- **dentalcon trading ltd.** / PO Box 27245 / 1643 Λευκωσία / τηλ: +357 22 466 000 / www.dentalcon.com.cy

ivoclar vivadent®
passion vision innovation

DENTICA AE η μόνη λύση για να αντιμετωπίσετε *σωστά* την κρίση!!

SIROEndo

- Ενσωματωμένος εντοπιστής ακρορριζίου.
- Τοποθετείται σε οποιαδήποτε έδρα.
- Συμβατό με όλα τα συστήματα ενδοδοντίας.

€2.520

SIROLaser

- 980nm, Ισχύς 0,5 - 7 Watt, συχνότητα έως 10 HZ.
- Οπτικές ίνες 200, 300 & 400 μm.
- Κατάλληλο για: Ενδοδοντία, Περιοδοντολογία.
- Χειρουργείο μαλακών ιστών

με 300€ το μήνα!!!

DENTICA AE

Αθήνα: Φειδιππίδου 32 & Τετραπόλεως 8, Τηλ.: 210 7488 333, e-mail: dentica@hol.gr
Θεσσαλονίκη: Τέλλογλου 7, Τηλ.: 2310 960 441 **Χανιά:** Σμύρνης 59, Τηλ.: 28210 94 367

εγγύηση επιτυχίας

The Dental Company sirona