ΕΛΤΑ Hellenic Post
ΕΝΤΥΠΟ ΚΛΕΙΣΤΟ ΑΡ. ΑΔΕΙΑΣ 1668/02
ΠΛΗΡΩΜΕΝΟ ΤΕΛΟΣ Ταχ. Γραφείο ΚΕΜΠΑΘ Αριθμός Άδειας 3384

Οδοντιατρικο Βημα

ΜΗΝΙΑΙΑ ΕΚΔΟΣΗ Ζωοδόχου Πηγής 54 106 81 Αθήνα Τηλ. 210 3814 939 Fax 210 3809 495 e-mail: odvima@otenet. ΦΕΒΡΟΥΑΡΙΟΣ 2010 ΤΕΥΧΟΣ 66

ΣΥΜΒΑΤΙΚΕΣ ΕΠΕΝΘΕΤΕΣ ΟΔΟΝΤΟΣΤΟΙΧΙΕΣ
Ένα διαχρονικό όπλο στα χέρια του οδοντιάτρου

Η επένθετη οδοντοστοιχία, «εργαλείο» παλιό και δοκιμασμένο, συμπυκνώνει την κλινική εμπειρία, τη δεξιοτεχνία αλλά και τη διαχρονική τεκμηρίωση που απαιτεί η κάθε οδοντιατρική πράξη. Αποτελεί αναμφίβολα μία σημαντική εναλλακτική λύση έναντι της ολικής οδοντοστοιχίας και παρά τον μεταβατικό χαρακτήρα της μπορεί να προσφέρει εξαίρετες υπηρεσίες ιδιαίτερα στο γηροδοντιατρικό ασθενή. Το ευρύτατο πεδίο εφαρμογών της δίνει λύσεις απλές και οικονομικές ή πολύπλοκες και ακριβές, καλύπτοντας έτσι τις ανάγκες ενός μεγάλου φάσματος ασθενών.

Ο αναπληρωτής καθηγητής του Εργαστηρίου Προσθετικής του Πανεπιστημίου Αθηνών **Ηρακλής Καρκαζής** αναλύει διεξοδικά τα πλεονεκτήματα των επενθέτων οδοντοστοιχιών, τις ενδείξεις και σημεία τα οποία ο οδοντίατρος θα πρέπει να προσέξει ιδιαίτερα, το σχέδιο θεραπείας που θα καταρτιστεί, τους τρόπους προετοιμασίας και αξιοποίησης των στηριγμάτων καθώς και όλες τις μεθόδους για τη διατήρηση του θεραπευτικού αποτελέσματος. *Σελ. 4*

Η οδοντιατρική φροντίδα του ηλικιωμένου ασθενή στο επίκεντρο της ημερίδας του Ο.Σ.Α.

Για τη διαχείριση του ηλικιωμένου ασθενούς, πέρα από το οδοντιατρικό σχέδιο θεραπείας, είναι απαραίτητο ο οδοντίατρος να λάβει υπόψη μια σειρά κοινωνικών και ψυχολογικών παραμέτρων που σχετίζονται με τη γήρανση. Κατά γενική ομολογία ωστόσο, τα προπτυχιακά προγράμματα σπουδών των οδοντιατρικών σχολών στη χώρα μας επικεντρώνονται περισσότερο στην εκπαίδευση των φοιτητών σε πρακτικά θέματα αναφορικά με τη θεραπεία των οδοντιατρικών προβλημάτων του στόματος, βάζοντας «σε δεύτερη μοίρα» τον άνθρωπο- ασθενή και υποβαθμίζοντας το ρόλο του οδοντιάτρου- λειτουργού σε απλό τεχνίτη- θεραπευτή δοντιών και στόματος.

Η ημερίδα που πραγματοποιήθηκε στις 5 Δεκεμβρίου 2009 στο ξενοδοχείο Athens Imperial με ειδικό θέμα «Γήρανση: Η ολιστική αντιμετώπιση του ηλικιωμένου οδοντιατρικού ασθενούς» είχε σαν στόχο να αναδειχτεί τη σχέση της Οδοντιατρικής με την Ιατρική επιστήμη.

Εμείς συνομιλήσαμε με το συντονιστή της ημερίδας επίκουρο καθηγητή Ορθοδοντικής του Πανεπιστημίου Αθηνών κ. **Μανώλη Ι. Παπαγρηγοράκη**, ο οποίος μας ενημέρωσε για τις παραμέτρους εκείνες που πρέπει να λάβει υπόψη του ο οδοντίατρος κατά την οδοντιατρική διαχείριση του ηλικιωμένου ασθενούς, ενώ παραθέτουμε και τα σημαντικότερα αποσπάσματα από τις εισηγήσεις των προσκεκλημένων ομιλητών. *Σελ. 30*

15^{ο} ΔΙΕΘΝΕΣ ΣΥΝΕΔΡΙΟ ΤΗΣ BaSS Advancing the Art and Science in Dentistry

Φέτος το 15ο Διεθνές Συνέδριο της Βαλκανικής Στοματολογικής Εταιρείας διοργανώνεται στη Θεσσαλονίκη από 22 έως 25 Απριλίου. Στόχος της BaSS είναι να προκαλέσει το ενδιαφέρον για συζήτηση και ανταλλαγή εμπειριών μεταξύ των συνέδρων, ιδιαίτερα στους τομείς αυτούς που θα αποτελέσουν σημεία αιχμής στην εξέλιξη της οδοντιατρικής τα προσεχή χρόνια. Το θέμα του Συνεδρίου «Advancing the Art and Science in Dentistry» επιλέχτηκε για να εξυπηρετήσει ακριβώς το σκοπό αυτό. Το «Ο.Β.» συνομίλησε με τον πρόεδρο της BaSS, καθηγητή κ. **Πέτρο Κοΐδη**, για τα επόμενα βήματα της Βαλκανικής Στοματολογικής Εταιρείας, όπως επίσης και με τον πρόεδρο της οργανωτικής επιτροπής του 15ου Διεθνούς Συνεδρίου της BaSS, καθηγητή Ενδοδοντίας ΑΠΘ, κ. **Θεόδωρο Λαμπριανίδη**, για τα βασικά θέματα που αφορούν στη διοργάνωση του συνεδρίου. *Σελ.24*

Τεχνικές ανύψωσης του ιγμορείου άντρου για τοποθέτηση εμφυτευμάτων

Λόγω της μεγάλης έκτασης του θέματος, στο προηγούμενο τεύχος του «Ο.Β.» παραθέσαμε το **πρώτο μέρος** του άρθρου **«Τεχνικές ανύψωσης του ιγμορείου άντρου για τοποθέτηση εμφυτευμάτων»**. Στο παρόν τεύχος δημοσιεύουμε το δεύτερο και τελευταίο μέρος αυτής της εργασίας του καθηγητή της Ιατρικής Σχολής Αθηνών και δ/ντή της Κλινικής Γναθοπροσωπικής Χειρουργικής Κλινικής του Νοσοκομείου «Αττικόν» **Ε. Βαϊρακτάρη**. *Σελ. 14*

Τα Μυστικά του Στόματος
Πεμφιγοειδείς των βλεννογόνων

Το πεμφιγοειδές των βλεννογόνων ενδιαφέρει κατεξοχήν τον Στοματολόγο και τον Οδοντίατρο αφού προσβάλλει πάνω από το 90% το βλεννογόνο του στόματος. Επιπλέον, συχνά προσβάλλει τα ούλα δημιουργώντας την κλινική εικόνα της αποφλοιωτικής ουλίτιδας. Πρόσφατα δεδομένα, στηριζόμενα στη μοριακή βιολογία, ενισχύουν την κλινική παρατήρηση ότι υπάρχουν πολλές ποικιλίες (ανοσολογική ετερογένεια) πεμφιγοειδούς των βλεννογόνων με ιδιαιτερότητα στην κλινική έκφραση (φαινότυπο) της νόσου. Η θεραπευτική προσέγγιση της νόσου πέραν της συστηματικής θεραπείας, που είναι έργο του Στοματολόγου, απαιτεί και τοπική αγωγή για τήρηση υψηλής στάθμης στοματικής υγιεινής που είναι έργο του Περιοδοντολόγου και του γενικού Οδοντιάτρου. Του αναπληρωτή καθηγητή Στοματολογίας της Ιατρικής Σχολής του Πανεπιστημίου Αθηνών **Γιώργου Λάσκαρη**. *Σελ. 10*

Ρινοπλαστική: Τα κρίσιμα σημεία της πιο συχνής επανορθωτικής επέμβασης

Μία από τις πλέον συχνά εκτελούμενες χειρουργικές επεμβάσεις στην πλαστική χειρουργική είναι αυτή της ρινοπλαστικής, δηλαδή της τροποποίησης-διόρθωσης της δομής της ρινός, με μια επανορθωτική επέμβαση, για τη βελτίωση τόσο του σχήματος, όσο και της λειτουργίας της.

Η διόρθωση της ρινός μπορεί να είναι η χειρουργική επέμβαση στην οποία προσφεύγουν οι περισσότεροι, είναι όμως και η πλέον δύσκολη, διότι η νέα μύτη δεν πρέπει να είναι απλώς «ωραία», αλλά να «δένει» αρμονικά με τα υπόλοιπα χαρακτηριστικά του προσώπου. Ο πλαστικός χειρουργός, διδάκτωρ του Πανεπιστημίου Αθηνών **Κωνσταντίνος Γ. Οικονόμου** αναλύει όλα τα στάδια της ρινοπλαστικής. *Σελ. 34*

Το προσωπείο Hollywood

Τα τελευταία χρόνια κατακλύζει τις ανεπτυγμένες και αναπτυσσόμενες κοινωνίες η αποκατάσταση μιας οδοντο-προσωπικής σύνθεσης που χαρακτηρίζεται σαν «προσωπείο Hollywood». Το προσωπείο αυτό εκπορεύεται από τον κινηματογράφο του Hollywood για να διαδοθεί μέσω των παγκόσμιων μέσων ενημέρωσης. Ο κοσμητικός εντυπωσιασμός της οδοντικής σύνθεσης στόχο έχει τη νεανικότητα και την υγεία μέσω της μορφοχρωματικής γεωμετρικής συμμετρίας. Η δημιουργία όμως οδοντοπροσωπικών συνθέσεων σε διαφορετικά πρόσωπα, αλλά με ενιαία και πάγια χαρακτηριστικά, παραπέμπει στην δημιουργία προσωπείου (mask) και όχι προσώπου. Το επιχείρημα της δημιουργίας αυτού του προσωπείου είναι ότι «αυτά τα δόντια αρέσουν σε όλους του ανθρώπους και αυτά ζητούν». Ωστόσο, η παρουσία κοινών χαρακτηριστικών και συνθέσεων σε όλους τους ανθρώπους καθώς και τα υπέρλευκα δόντια σε άτομα μεγάλης ηλικίας ενέχει τον κίνδυνο το αποτέλεσμα να είναι αντιαισθητικό. Του οδοντιάτρου **Δημήτρη Καπαγιαννίδη** *Σελ. 32*

Τα στηρίγματα «Straumann Anatomic IPS e.max Abutments» σε στηριζόμενες σε εμφυτεύματα αποκαταστάσεις στην αισθητική ζώνη

Σήμερα οι οδοντίατροι έχουν στη διάθεσή τους όλα τα μέσα, προκειμένου να προσφέρουν στους ασθενείς τους μονήρεις επιεμφυτευματικές αποκαταστάσεις, τις οποίες είναι δύσκολο να ξεχωρίσει κανείς από τη φυσική οδοντοφυΐα. Οι βελτιώσεις στο σχεδιασμό των εμφυτευμάτων, οι τελειοποιημένες χειρουργικές τεχνικές και η ανάπτυξη των κεραμικών υλικών για την κατασκευή των υπερκατασκευών το καθιστούν πραγματοποιήσιμο.

Η ολοκληρωμένη διαδικασία στην οποία χρησιμοποιείται το στήριγμα Straumann Anatomic IPS e.max Abutment παρουσιάζεται με το εξής κλινικό περιστατικό: **μια 30χρονη γυναίκα ασθενής αντιμετώπιζε υποτροπιάζοντα προβλήματα στον 21, παρά το γεγονός πως είχε υποβληθεί σε εκτομή ρίζας πριν από πέντε χρόνια.** *Σελ. 38*

Κύριο άρθρο

Του ***Γεράσιμου Δουβίτσα***

Οι συνάνθρωποί μας οι πονηροί και λοιπά ζώα του βασιλείου μας

Λένε ότι η πονηριά στον άνθρωπο είναι ένδειξη παντελούς έλλειψης ευφυΐας.
Ότι η ηθικολογία της άσχημης μπρος στη θέα μιας όμορφης γυναίκας επιβεβαιώνει το φθόνο και τη ζήλια του πονηρού, του βλάκα, που τον καθορίζει, τον καθοδηγεί και του τρώει την ψυχή.

Στο «Εγχειρίδιο της βλακείας» ο Δ. Χαριτόπουλος γράφει: *Ο πιο πονηρός βλάκας είναι ο σοβαρός. Το υστερικό, τυπικό και λιγόλογο ανθρωπάκι, που οχυρώνεται καχύποπτα πίσω από ένα προσωπείο σοβαρότητας και σπουδαιότητας. Αυτή η μάρκα πονηρών βουλώνει τρύπες. Πάντα κάπου θα γίνουν πρόεδροι, διευθυντές…*

Χωρίς καμιά αμφιβολία, αυτοί οι τύποι γνωρίζουν πολύ καλά τι ακριβώς τους συμβαίνει και περιέργως επιδεικνύουν μια ιδιαίτερη ικανότητα μετατροπής του βασικού τους αυτού προσόντος σε προτέρημα.
Το καλλιεργούν, το θωρακίζουν και φτιάχνουν την αυλή τους με δομικά υλικά την κολακεία, τη μνησικακία, το «δεν ξεχνώ ποτέ» και το «θα δούμε ποιος θα γελάσει τελευταίος».

Δυστυχώς, όμως, το τραγικό είναι ότι οι υπήκοοι της αυλής προσέρχονται στη βλακεία εθελοντικώς.
Δεν ξέρω και φυσικά δεν είμαι σε θέση να γνωρίζω γιατί συμβαίνει αυτό.
Υποθέτω ότι η αιτία βρίσκεται στο μέγεθος του ποσοστού των ομοίων τους, που αναζητά αντίστοιχη πορεία.
Είναι αυτοί που έχουν μάθει να ορίζουν τον εαυτό τους σε σχέση με κάποιον άλλον, τον οποίο θεωρούν ανώτερο.
Αυτοί που η ανεπάρκειά τους τους εμποδίζει να υπερβούν τα όρια και κινούνται στη σιγουριά του δεδομένου, του απτού.
Αυτοί που, ούτως ή άλλως, έχουν κάνει την απόλυτη βουτιά στο βυθό της βλακείας.
Όλοι αυτοί οι τύποι, τυλιγμένοι καλά τον μανδύα της σίγουρης κατάκτησης της «κορυφής», φοβούνται οποιαδήποτε πρωτοβουλία, οποιαδήποτε αλλαγή και διυλίζουν τον βλακώδη θαυμασμό τους στον αυλάρχη, τον οποίο πρόκειται να διαδεχθούν.

Και μη νομίζετε ότι είναι εύκολο να αντιμετωπιστούν,
γιατί, όπως λέει και ο Γ. Σεφέρης:

Τη σκέψη του πρόσφυγα
τη σκέψη του αιχμάλωτου
τη σκέψη του ανθρώπου που κατάντησε κι' αυτός πραμάτεια
δοκίμασε να την αλλάξεις, δεν μπορείς.

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

Συμβατικές επένθετες οδοντοστοιχίες- ένα διαχρονικό όπλο στα χέρια του οδοντιάτρου..... 4
Του **Ηρακλή Χ. Καρκαζή**, αναπληρωτή καθηγητή Οδοντιατρικής Σχολής ΕΚΠΑ

ΤΑ ΜΥΣΤΙΚΑ ΤΟΥ ΣΤΟΜΑΤΟΣ
Πεμφοειδείς των βλεννογόνων 10
Του αναπληρωτή καθηγητή Στοματολογίας της Ιατρικής Σχολής
του Πανεπιστημίου Αθηνών **Γιώργου Λάσκαρη**

ΑΝΤΑΥΓΕΙΕΣ ΟΔΟΝΤΙΚΗΣ ΑΙΣΘΗΤΙΚΗΣ *ΚΑΙ ΟΧΙ ΜΟΝΟ*
Περί ομορφιάς και ασχήμιας..... 12

ΓΝΑΘΟΠΡΟΣΩΠΙΚΗ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ & ΕΜΦΥΤΕΥΜΑΤΑ.....14
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.....22
Ενδιαφέροντα κλινικά περιστατικά από το Στοματολογικό Τμήμα
του Νοσοκομείου «Α. Συγγρός». Αυτήν τη φορά, η στήλη «Κλινικά Διλήμματα» της επίκουρης καθηγήτριας της Ιατρικής Σχολής Αθηνών κ. Ελένης Γκάγκαρη φιλοξενεί ένα περιστατικό γραμμένο από την απόφοιτο της Οδοντιατρικής Σχολής ΕΚΠΑ **Ζαφειρία Κακαλέτρη**.

15ο ΔΙΕΘΝΕΣ ΣΥΝΕΔΡΙΟ ΤΗΣ BaSS
Advancing the Art and Science in Dentistry.....24

«Η ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΙΚΗ ΓΕΦΥΡΑ ΠΡΟΣ ΤΗΝ ΙΑΤΡΙΚΗ, Η ΙΑΤΡΙΚΗ ΓΕΦΥΡΑ ΠΡΟΣ ΤΗΝ ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΙΚΗ»
Η οδοντιατρική φροντίδα του ηλικιωμένου ασθενούς στο επίκεντρο της ημερίδας του ΟΣΑ.....30

Το προσωπείο Hollywood
Μια κριτική θεώρηση του σύγχρονου οδοντιατρικού καλλωπισμού σε σχέση
με την αισθητική σχεδίαση στη στοματο-προσωπική περιοχή.....32
Του οδοντίατρου **Δημήτρη Καπαγιαννίδη.**

Ρινοπλαστική: Τα κρίσιμα σημεία της πιο συχνής επανορθωτικής επέμβασης.....4
Του πλαστικού χειρουργού, διδάκτωρ του Πανεπιστημίου Αθηνών **Κωνσταντίνου Γ. Οικονόμου**

Ο σύνδεσμος ανάμεσα στις δυνατότητες και τις απαιτήσεις.....38
Τα στηρίγματα «Straumann Anatomic IPS e.max Abutments» σε στηριζόμενες σε εμφυτεύματα αποκαταστάσεις στην αισθητική ζώνη

ΕΙΔΗΣΕΙΣ-ΕΚΔΗΛΩΣΕΙΣ-ΣΥΝΕΔΡΙΑ..... 40-47

ΒΗΜΑ Γραμμάτων και Τεχνών 48

Πάνω σε δυο στίχους του Καβάφη. Του Παντελή Μπουκάλα.....49

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

Συμβατικές Επένθετες Οδοντοστοιχίες

ΕΝΑ ΔΙΑΧΡΟΝΙΚΟ ΟΠΛΟ ΣΤΑ ΧΕΡΙΑ ΤΟΥ ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΟΥ

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

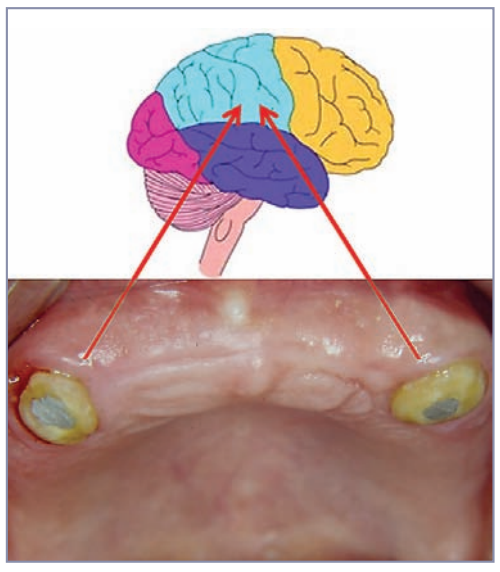
Στην εποχή της επελαύνουσας εμφυτευματολογίας η αναβάπτιση σε ορισμένες παραδοσιακές και σταθερές αξίες της οδοντιατρικής επιστήμης είναι περισσότερο από ποτέ αναγκαία. Η επένθετη οδοντοστοιχία, «εργαλείο» παλιό και δοκιμασμένο, συμπυκνώνει την κλινική εμπειρία, τη δεξιοτεχνία αλλά και τη διαχρονική τεκμηρίωση που απαιτεί η κάθε οδοντιατρική πράξη. Το ευρύτατο πεδίο εφαρμογών της δίνει λύσεις απλές και οικονομικές ή πολύπλοκες και ακριβές, καλύπτοντας έτσι τις ανάγκες ενός μεγάλου φάσματος ασθενών.

Ορισμός και ιστορικά στοιχεία

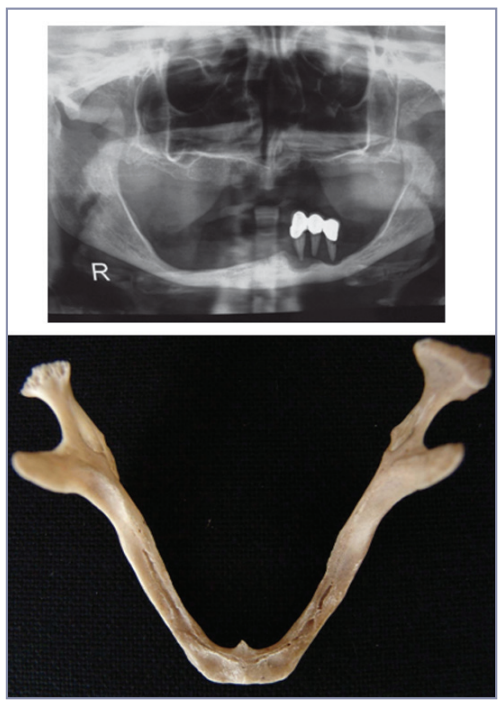
Επένθετη οδοντοστοιχία είναι μια ολική ή μερική οδοντοστοιχία που εδράζεται ταυτόχρονα στη φατνιακή ακρολοφία και σε φυσικά δόντια, ρίζες ή εμφυτεύματα (*Glossary of Prosthodontic Terms 2005)*[1]. Για την ίδια ή παραπλήσιες κατασκευές έχουν κατά καιρούς χρησιμοποιηθεί στη διεθνή βιβλιογραφία όροι όπως *υβριδική πρόσθεση (hybrid prosthesis)* αν και ο όρος αυτός τελικά υιοθετήθηκε από την εμφυτευματολογία, *τηλεσκοπική πρόσθεση (telescopic prosthesis), υπερκείμενη οδοντοστοιχία (overlay denture), υπερ-επιβαλλόμενη οδοντοστοιχία (superimposed denture)* κ.λπ. Ο *G. Zarb* με αφοπλιστική απλότητα αλλά και ακρίβεια έχει περιγράψει την επένθετη οδοντοστοιχία ως κατασκευή που «*περιορίζει τις αδυναμίες ενός επιπλέοντος στη στοματική κοιλότητα κομματιού από πλαστικό*» δηλαδή της απλής ολικής οδοντοστοιχίας. Η ιδέα της διατήρησης φυσικών δοντιών ή ριζών κάτω από μια κινητή προσθετική εργασία κάθε άλλο παρά καινούργια είναι. Γραπτές αναφορές τοποθετούν τις πρώτες απόπειρες κατασκευής επενθέτων (ή επενθετόμορφων) οδοντοστοιχιών στα μέσα του προπερασμένου αιώνα[2,3]. Συνοπτικά αναφέρουμε τους: *Ledger (1856)* Πλάκες που καλύπτουν κοφτερά δόντια, *Atkinson (1861)* Plates over fangs, *Evans (1888)* χρήση ριζών για συγκράτηση οδοντοστοιχιών, *Essing (1896)* τηλεσκοπικό στοιχείο συγκράτησης, *Gilmore & Peeso (1916)* στήριξη και συγκράτηση από τα δόντια, και τους πλέον σύγχρονους *Miller (1958)* και *Morrow et al (1969)* που πρότειναν απλές μεθόδους κατασκευής επενθέτων οδοντοστοιχιών, που θα δούμε στη συνέχεια. Σφοδρή όμως ήταν η επίθεση που δέχθηκαν οι σχεδιαστικές αυτές συλλήψεις από τον *William Hunter*[4,5] υποστηρικτή της θεωρίας της εστιακής λοίμωξης (*Focal infection theory**). Το πικρόχολο σχόλιο του *Hunter* για τη διατήρηση νεκρών δοντιών κάτω από οδοντοστοιχίες μιλάει από μόνο του… *η συγκεκριμένη μορφή αποκατάστασης αποτελεί ένα πραγματικό μαυσωλείο από χρυσό πάνω σε μία σηπτική μάζα, προφανώς μια κατάσταση χωρίς προηγούμενο σε ολόκληρη την ιατρική (Montreal 1910).* Υπό το πρίσμα βέβαια των σύγχρονων βιολογικών μεθόδων πρόληψης και θεραπείας που έχει στα χέρια του ο οδοντίατρος, ώστε να μπορεί να διατηρήσει δόντια και ρίζες ικανές για στήριξη και συγκράτηση προσθετικών εργασιών, δόθηκε ώθηση και στη χρήση των επένθετων οδοντοστοιχιών στην καθημερινή πράξη.

Πλεονεκτήματα επένθετων οδοντοστοιχιών

Στα πλεονεκτήματα των επένθετων οδοντοστοιχιών περιλαμβάνονται[7,8,9,10] : α) τα ψυχολογικά λόγω της διατήρησης κάποιων δοντιών και της αποφυγής της ψυχοτραυματικής ολικής νωδότητας, β) η αναχαίτιση της οστικής απορρόφησης, τουλάχιστον στις περιοχές που γειτνιάζουν με τα διατηρούμενα δόντια γ) η διατήρηση της ιδιοδεκτικότητας μέσω των μηχανοϋποδοχέων του περιοδοντίου και εξασφάλιση αισθητικής ανάδρασης *(sensory feedback)* με όλα τα απορρέοντα λειτουργικά οφέλη, όπως βελτιωμένη στερεογνωσιακή αντίληψη, βελτιωμένη μασητική ικανότητα και ακριβέστερος κινησιολογικός έλεγχος της κάτω γνάθου[11,12] (Εικόνα 1) και δ) η καλύτερη στήριξη αλλά και συγκράτηση, εφόσον χρησιμοποιηθούν σύνδεσμοι ακριβείας. Στο σημείο αυτό ιδιαίτερη αναφορά πρέπει να γίνει στο θέμα της οστικής απορρόφησης της φατνιακής ακρολοφίας, (*Reduction of the Residual Ridge* όπως έχει επικρατήσει στη βιβλιογραφία*)*, μετά την απώλεια των δοντιών. Πρόκειται για μη αντιστρεπτή και πολυπαραγοντικής αιτιολογίας βιολογική διαδικασία, που, αν δεν αντιμετωπισθεί, μπορεί να οδηγήσει σε δραματική απώλεια της οστικής βάσης στήριξης μιας ολικής οδοντοστοιχίας (Εικόνα 2). Περισσότερο επιρρεπής στην απορρόφηση αναδεικνύεται η φατνιακή ακρολοφία της κάτω γνάθου (αναλογία 4/1 σε σχέση με την άνω γνάθο) με μόνες ανθιστάμενες περιοχές τη γενειακή σύμφυση και την γωνία, λόγω της παρουσίας συμπαγέστερων φλοιωδών πετάλων. Είναι προφανής λοιπόν η ευνοϊκή επίδραση της παραμονής δοντιών ή ριζών στη «διάσωση» της επιφάνειας έδρασης μιας οδοντοστοιχίας[13].



Εικόνα 1. Στο Στοματογναθικό Σύστημα το εκάστοτε λειτουργικό αποτέλεσμα είναι ένας συγκερασμός της επίδρασης των περιφερικών ερεθισμάτων και της παρέμβασης ανώτερων εγκεφαλικών κέντρων. Οι υποδοχείς του περιοδοντίου μαζί με τις μυϊκές ατράκτους των μασητηρίων μυών, τους υποδοχείς της ΚΤΔ και το σύνολο των εξωδεκτικών υποδοχέων του βλεννογόνου και της περιστοματικής περιοχής, συνιστούν τις πύλες εισόδου της αισθητικής πληροφόρησης του εγκεφάλου για την οργάνωση της κινητικής συμπεριφοράς[11,12].



Εικόνα 2. Άνω: Μεγάλη οστική απορρόφηση της φατνιακής ακρολοφίας της κάτω γνάθου σε ηλικιωμένο νωδό ασθενή. Η μεγαλύτερη ποσότητα οστού εντοπίζεται στην περιοχή της γενειακής σύμφυσης. Κάτω: Η ραγδαία οστική ατροφία έχει οδηγήσει ακόμα και στην εξαφάνιση του άνω τοιχώματος του πόρου του κάτω φατνιακού νεύρου[13].

Ενδείξεις και σημεία προσοχής.

Συνήθεις ενδείξεις για κατασκευή επένθετης οδοντοστοιχίας είναι: α) η ύπαρξη δοντιών με αμφίβολη πρόγνωση για τη στήριξη γεφυρών ή αγκίστρωση μερικών οδοντοστοιχιών (Εικόνα 3), β) η μεγάλη μασητική αποτριβή (Εικόνα 4), γ) η μονήρης οδοντοστοιχία που αντιμετωπίζει φυσικό φραγμό και δ) περιπτώσεις σχιστιών [14] ή άλλων συγγενών ανωμαλιών όπως η εξωδερμική δυσπλασία (Εικόνα 5). Ιδιαίτερη πάντως προσοχή πρέπει να δοθεί σε δύο ανατομικούς περιορισμούς, που συχνά διαφεύγουν της προσοχής του οδοντιάτρου και οδηγούν σε δυσεπίλυτα προβλήματα. Πρόκειται α) για την ύπαρξη εσοχών στη φατνιακή ακρολοφία αντίστοιχα με τα δόντια που θα διατηρηθούν [15] (Εικόνα 6) και β) την έλλειψη χώρου (δηλαδή επαρκούς μεσογναθικής απόστασης) για τη διευθέτηση τησο-

Συνέχεια στη σελίδα 6

***Εστιακή λοίμωξη (Focal infection)**

Η θεωρία της εστιακής λοίμωξης πρωτοπαρουσιάστηκε από τον *W.D.Miller*[6] το *1891* με την πρωτότυπη εργασία του *The Human Mouth as a Focus of Infection.* Ο *Miller,* βαθιά επηρεασμένος από τον *Robert Koch* στο εργαστήριο του οποίου εργαζόταν, εισηγήθηκε την άποψη ότι μικροοργανισμοί αλλά και προϊόντα τους από τη στοματική κοιλότητα μπορούν να προκαλέσουν βλάβες σε απόμακρες περιοχές του οργανισμού, όπως στον εγκέφαλο, στους πνεύμονες, στο καρδιαγγειακό ή στο γαστρεντερικό σύστημα. Χιλιάδες δόντια, αμυγδαλές και αδενοειδείς εκβλαστήσεις θυσιάστηκαν την εποχή εκείνη, πολλές φορές αναίτια, στο βωμό της θεωρίας της εστιακής λοίμωξης. Αναψηλάφηση των ανησυχιών αυτών, κάτω όμως από ένα σύγχρονο και εντελώς διαφορετικό πρίσμα, συσχετίζει και σήμερα σε άλλοτε άλλο βαθμό τη στοματική υγεία με τον σακχαρώδη διαβήτη, την ισχαιμική καρδιοπάθεια, τα χρόνια αναπνευστικά προβλήματα, τα αγγειακά εγκεφαλικά επεισόδια, τη διανοητική κατάσταση των ασθενών, ακόμα και με τη γέννηση πρόωρων και ελλιποβαρών νεογνών. Προφανώς η συστηματική και μακροχρόνια ερευνητική προσέγγιση θα τεκμηριώσει (ή όχι) τις απόψεις αυτές και θα ξεκαθαρίσει το τοπίο στον ευαίσθητο αυτό τομέα.

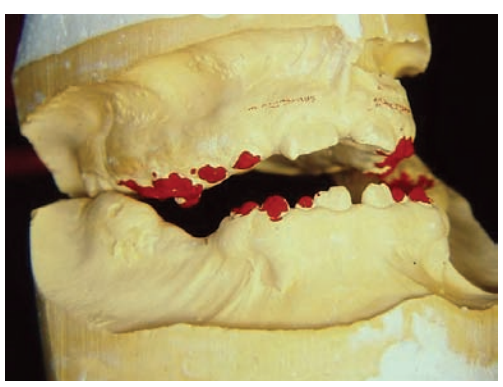
Συμβατικές Επένθετες Οδοντοστοιχίες

ΕΝΑ ΔΙΑΧΡΟΝΙΚΟ ΟΠΛΟ ΣΤΑ ΧΕΡΙΑ ΤΟΥ ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΟΥ

Συνέχεια από τη σελίδα 4

Εικόνα 3. Ύπαρξη δοντιών με αμφίβολη πρόγνωση και πλήρη αποδιοργάνωση της σύγκλεισης. Το περιστατικό αυτό αποτελεί ένδειξη για επένθετη οδοντοστοιχία τουλάχιστον στην άνω γνάθο.

Εικόνα 4. Έντονη μασητική αποτριβή των δοντιών της άνω γνάθου και αντισταθμιστική ανατολή των ανταγωνιστών τους. Στην περίπτωση αυτή παρατηρείται ελάχιστη μείωση της κάθετης διάστασης σύγκλεισης και ανεπαρκής μεσογναθικός χώρος για τη διευθέτηση επένθετης οδοντοστοιχίας.



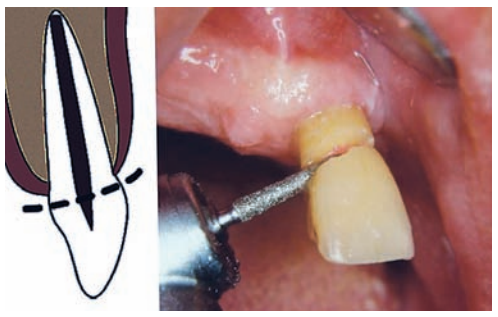
Εικόνα 5. Εξωδερμική δυσπλασία. Τα εκμαγεία είναι αναρτημένα σε κεντρική σχέση. Ατελής ανάπτυξη των φατνιακών αποφύσεων και εμφανής απουσία συγκλεισιακής συσχέτισης των δύο γνάθων.

Εικόνα 6. Η παρουσία έντονων εσοχών κατά μήκος της φατνιακής απόφυσης απαγορεύει την πλήρη επέκταση των πτερυγίων της οδοντοστοιχίας, πέραν της μεγίστης οστικής περιμέτρου. Ελαφρά είσοδος στις εσοχές εξασφαλίζει μηχανική συγκράτηση της οδοντοστοιχίας. Ο εντοπισμός της μεγίστης περιμέτρου μπορεί να γίνει με παραλληλογράφο στο οριστικό εκμαγείο κατά τη φάση του τελικού κερώματος και πριν από την εγκλίστρωση[15].

δοντοστοιχίας, κυρίως στις περιπτώσεις εκτεταμένων μασητικών αποτριβών με αντισταθμιστική ανατολή των ανταγωνιστών δοντιών (Εικόνα 4). Τέλος από καθαρά γεωμετρική-στατική άποψη, η συμμετρική κατανομή των στηριγμάτων, όπου αυτό είναι εφικτό, φαίνεται να εξασφαλίζει ομοιογενέστερη στήριξη και ικανοποιητικότερη λειτουργική απόδοση.

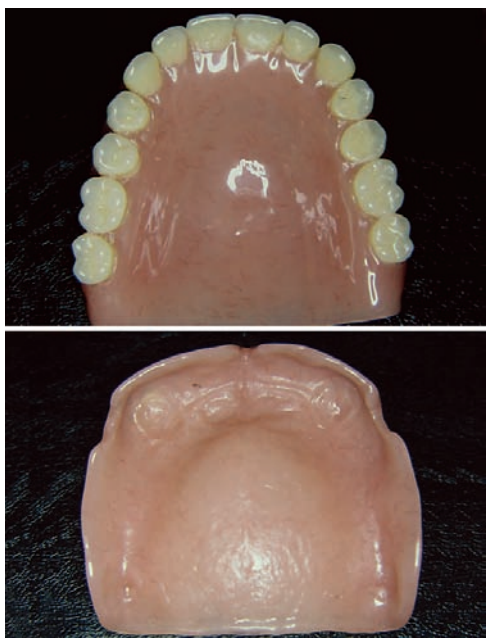
Σχέδιο θεραπείας

Το σχέδιο θεραπείας θα προκύψει από την *αδιαίρετο τριάδα* της κάθε οδοντιατρικής πράξης, δηλαδή το ιστορικό, την κλινική εξέταση και την ακτινογραφική εξέταση. Ο δείκτης τερηδονισμού, η ζωτικότητα του πολφού, η περιοδοντική κατάσταση, η κινητικότητα, το επίπεδο στοματικής υγιεινής και η κατανομή στο τόξο θα προσδιορίσουν τον αριθμό των διασώσιμων και αξιοποιήσιμων δοντιών για κατασκευή επένθετης οδοντοστοιχίας. Ακόμα και δόντια με αμφίβολη περιοδοντική πρόγνωση, ελλείψει άλλων εναλλακτικών λύσεων, μπορούν μετά από θεραπεία



Εικόνα 7. Αρχική οριζόντια αποκοπή της μύλης του δοντιού 4-5 χιλιοστά από τα ούλα, μετά την ολοκλήρωση της ενδοδοντικής θεραπείας.

Εικόνα 8. Η τελική θολωτή διαμόρφωση των κολοβωμάτων περίπου 2 χιλιοστά από τα ούλα και η έμφραξη του στομίου με αμάλγαμα.



Εικόνα 9. Ολική επένθετη οδοντοστοιχία της άνω γνάθου μεικτής στήριξης, με στηρίγματα τους δύο κυνόδοντες. Διακρίνεται η πλήρης έκταση των πτερυγίων στα λειτουργικώς επιτρεπόμενα όρια για την εξασφάλιση συγκράτησης, όπως ακριβώς συμβαίνει και στις απλές οδοντοστοιχίες.

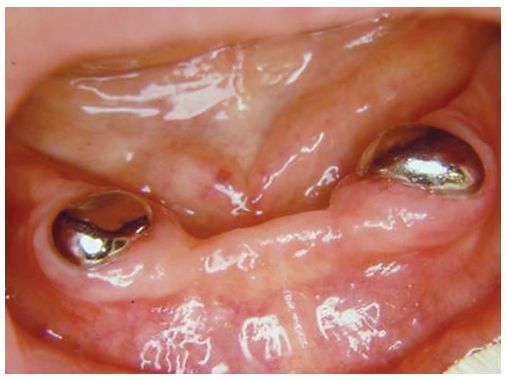
και βελτίωση της μυλοριζικής αναλογίας με εκτροχισμό της μύλης, να προσφέρουν για χρόνια τις υπηρεσίες τους.

Τρόποι προετοιμασίας και αξιοποίησης των στηριγμάτων

Για διδακτικούς αλλά και πρακτικούς λόγους οι επένθετες οδοντοστοιχίες μπορούν να διαιρεθούν σε δύο μεγάλες κατηγορίες, ανάλογα με το είδος των στηριγμάτων που χρησιμοποιούνται. Έτσι έχουμε τις *συμβατικές* επένθετες οδοντοστοιχίες με στηρίγματα φυσικά δόντια ή ρίζες που πραγματευόμαστε στο άρθρο αυτό και τις *επιεμφυτευματικές* επένθετες οδοντοστοιχίες με στηρίγματα εμφυτεύματα. Ο τρόπος διαχείρισης των δοντιών στηριγμάτων ουσιαστικά εξαρτάται από τις υπηρεσίες που πρόκειται να προσφέρουν. Οι άφθονες τεχνικές που παρουσιάζονται στη βιβλιογραφία μπορούν για πρακτικούς λόγους να ταξινομηθούν σε δύο κατηγορίες:

Α) Στις περιπτώσεις όπου επιδιώκεται απλή *στήριξη* της οδοντοστοιχίας τα δόντια παρασκευάζονται σε θολωτή μορφή χωρίς εσοχές με υπερουλικό ύψος 1,5-2 χιλιοστά (Εικόνες 7,8,9). Συνήθως απαιτείται ενδοδοντική θεραπεία και έμφραξη με αμάλγαμα, με σπάνιες εξαιρέσεις τα δόντια ηλικιωμένων ασθενών που παρουσιάζουν σοβαρή συρρίκνωση του μυλικού τους θαλάμου. Εφόσον υπάρχει κατακερματισμός της μύλης λόγω τερηδονισμού, η θολωτή μορφολογία μπορεί να αποδοθεί με μεταλλική χυτή καλύπτρα, με ή χωρίς ενδορριζικό άξονα (Εικόνες 10,11). Στις ίδιες περιπτώσεις η επιμήκυνση της κλινικής μύλης αποκαλύπτει την απαιτούμενη υγιή περίμετρο οδοντικής ουσίας για την οριοθέτηση της μεταλλικής καλύπτρας.

Β) Αντίθετα στις περιπτώσεις όπου επιδιώκεται και *στήριξη* και *συγκράτηση* χρησιμοποιούνται σύνδεσμοι ακριβείας (attachments)[16,17], μαγνήτες (κλειστού πεδίου)[18] και δοκοί (Εικόνες 12,13,14,15,16). Η σημαντική ωστόσο αύξηση

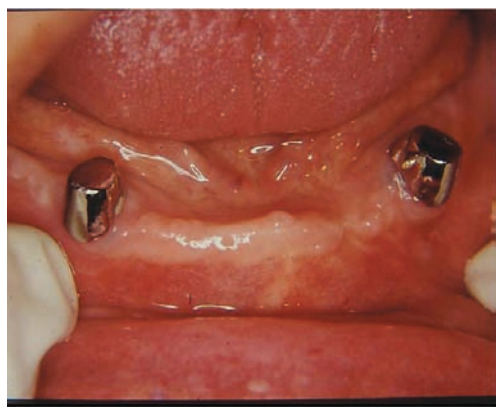


Εικόνα 10. Κάλυψη των ριζών με μεταλλικές καλύπτρες θολωτής μορφολογίας.

Εικόνα 11. Η επένθετη οδοντοστοιχία της εικόνας 10. Η ενδεχόμενη ενσωμάτωση χυτής μεταλλικής ενίσχυσης στην ακρυλική βάση αυξάνει την αντοχή αλλά και το κόστος της κατασκευής. Εναλλακτικά μπορούν να χρησιμοποιηθούν ίνες υάλου ή πλέγμα πολυαιθυλενίου.

Εικόνα 12. Συνδυασμένη χρήση απλών μεταλλικών καλυπτρών και θηλυκών χυτεύσιμων συνδέσμων ακριβείας (ERA Sterngold). Η εφαρμογή τους προϋποθέτει επαρκή μεσογναθική απόσταση.

Εικόνα 13. Η επένθετη οδοντοστοιχία της εικόνας 12 με τα αρσενικά συγκρατητικά στοιχεία από nylon.



Εικόνα 14. Κάλυψη των οδοντικών κολοβωμάτων με καλύπτρες από μαγνητιζόμενο μέταλλο για κατασκευή επένθετης οδοντοστοιχίας μαγνητικής συγκράτησης.

Εικόνα 15. Οι μαγνήτες καθηλωμένοι στο εσωτερικό της επένθετης οδοντοστοιχίας.

Εικόνα 16. Η επένθετη οδοντοστοιχία μαγνητικής συγκράτησης στο στόμα. Έλεγχος της συγκρατητικής ικανότητας των μαγνητών και τυχόν υπερέκτασης των γλωσσικών πτερυγίων, με υπέγερση της γλώσσας.

Συμβατικές Επένθετες Οδοντοστοιχίες

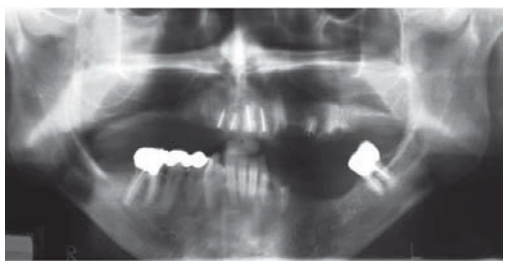
ΕΝΑ ΔΙΑΧΡΟΝΙΚΟ ΟΠΛΟ ΣΤΑ ΧΕΡΙΑ ΤΟΥ ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΟΥ

Συνέχεια από τη σελίδα 4

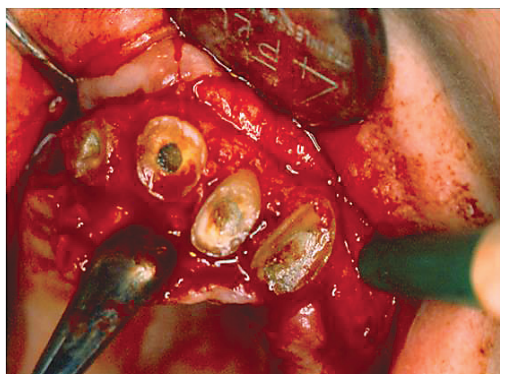
του κόστους μαζί με την πολυπλοκότητα της κατασκευής θα πρέπει να λαμβάνονται σοβαρά υπόψη στην κατάστρωση του σχεδίου θεραπείας. Επιπλέον η συρρίκνωση του προσδόκιμου επιβίωσης των δοντιών στηριγμάτων και οι αυξημένες απαιτήσεις μεσογναθικού χώρου επιβάλλουν την προσεκτική επιλογή και εφαρμογή τους. Στην κατηγορία αυτή μπορούμε να εντάξουμε και τις επένθετες οδοντοστοιχίες με *τηλεσκοπικά στοιχεία*, που όμως λόγω της αμιγούς οδοντικής στήριξης θεωρούνται περισσότερο κινητές γέφυρες παρά οδοντοστοιχίες. Οι τηλεσκοπικές αυτές οδοντοστοιχίες, αν και έχουν απασχολήσει κατά καιρούς τη βιβλιογραφία, δεν βρίσκουν ιδιαίτερη εφαρμογή στον ηλικιωμένο ασθενή λόγω της πολυπλοκότητας της κατασκευής (διπλές χυτεύσιμες καλύπτρες κ.λπ.) και του αυξημένου κόστους κατασκευής. Τέλος μία ενδιαφέρουσα, με περισσότερο όμως ιστορική αξία μέθοδος, ήταν εκείνη του ενταφιασμού των ενδοδοντικά θεραπευμένων ριζών *(submerged root concept)*[19,20]. Η έμπνευση για τη μέθοδο αυτή προήλθε από την παρατήρηση σπασμένων τμημάτων δοντιών στις γνάθους, ως αποτέλεσμα ατελών εξαγωγών. Η ασυμπτωματική και μακρόχρονη παραμονή τους στις γνάθους σε συνδυασμό με την αναχαίτιση της οστικής απορρόφησης στις παρακείμενες περιοχές πυροδότησε την ιδέα. Κλινικά η μέθοδος συνίσταται στην «ταπείνωση» των ριζών στο επίπεδο της κορυφής του φατνιακού οστού (ή καλύτερα 1,5-2mm κάτω από αυτήν) και στην κάλυψη της υπολειπόμενης ρίζας με κρημνό ολικού πάχους (Εικόνες 17-18). Στα πλεονεκτήματα καταχωρίζονται η μακροβιότερη παραμονή των ριζών λόγω αποφυγής τερηδονισμού και η δυνατότητα οστεοπλαστικών ρυθμίσεων στη φατνιακή ακρολοφία πριν από την συρραφή του κρημνού. Η μελλοντική έκθεση κάποιας ρίζας στο στοματικό περιβάλλον ως αποτέλεσμα διαρκούς πίεσης από την υπερκείμενη οδοντοστοιχία μπορεί να θεωρηθεί μειονέκτημα, χωρίς όμως σοβαρές κλινικές επιπτώσεις.

Διατήρηση του αποτελέσματος

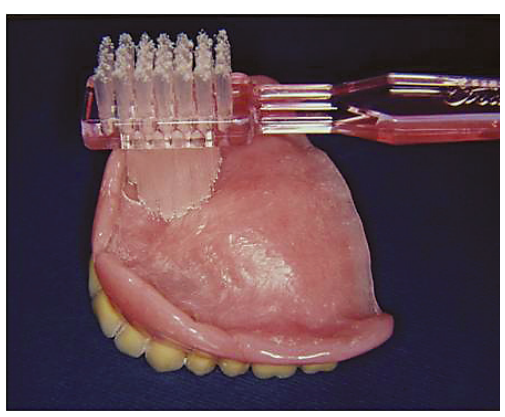
Η ανάπτυξη μικροβιακής πλάκας, οι περιοδοντικές βλάβες και ο τερηδονισμός των στηριγμάτων αποτελούν τα σημαντικότερα προβλήματα των επένθετων οδοντοστοιχιών [21]. Η τερηδόνα πάντως φαίνεται πως αποτελεί το μεγαλύτερο πρόβλημα, δεδομένου ότι η οδοντίνη και η οστεΐνη είναι περισσότερο ευάλωτες. Οι συχνές φθοριώσεις των στηριγμάτων ακόμα και στο σπίτι από τον ίδιο τον ασθενή, η αφαίρεση και υγιεινή των οδοντοστοιχιών και ο τακτικός επανέλεγχος από τον οδοντίατρο εξασφαλίζουν τη μακροβιότητα της εργασίας (Εικόνες 19 & 20). Στις περιπτώσεις πάντως μεγάλης τερηδονικής καταστροφής ή μη αναχαιτίσιμης περιοδοντικής βλάβης, η εξαγωγή του/των υπεύθυνων στηριγμάτων συνήθως δεν ακυρώνει την κατασκευή μας, εφόσον πρόκειται για επένθετη οδοντοστοιχία ολικής κάλυψης. Η εκλεκτική ή ολική αναπροσαρμογή της βάσης επαναφέρει την οδοντοστοιχία σε ικανοποιητικά επίπεδα λειτουργικότητας, χωρίς την ανάγκη ανακατασκευής.



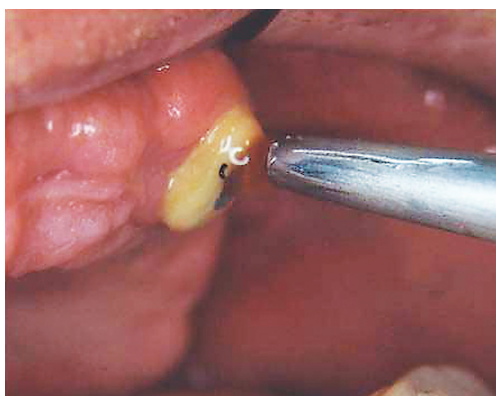
Εικόνα 17. Άνω γνάθος. Ενταφιασμός ριζών. Ενδοδοντική θεραπεία των επιλεγμένων για διατήρηση ριζών πριν από τον ενταφιασμό τους. Κατά τη χειρουργική φάση του ενταφιασμού μπορεί να γίνει και η εξαγωγή των υπόλοιπων ριζών που κρίθηκαν ακατάλληλες για διατήρηση[19,20].



Εικόνα 18. Χειρουργική φάση. Αναπέταση κρημνού ολικού πάχους χωρίς κάθετες τομές, σταδιακός εκτροχισμός των κολοβωμάτων στο ύψος του παρακείμενου οστού ή 1 mm βαθύτερα, έμφραξη με αμάλγαμα και συρραφή.



Εικόνα 19. Καθαρισμός του εσωτερικού της οδοντοστοιχίας με ειδική βούρτσα.



Εικόνα 20. Φροντίδα των ακάλυπτων οδοντικών κολοβωμάτων με την τοποθέτηση φθοριούχου ζελέ.

Συμπεράσματα

Η επένθετη οδοντοστοιχία αποτελεί αναμφίβολα μια σημαντική εναλλακτική λύση έναντι της ολικής οδοντοστοιχίας και παρά τον μεταβατικό χαρακτήρα της μπορεί να προσφέρει εξαίρετες υπηρεσίες ιδιαίτερα στον γηροδοντιατρικό ασθενή[22]. Η αβασάνιστη εξαγωγή των εναπομεινάντων φυσικών δοντιών και ριζών και η απευθείας τοποθέτηση ολικής οδοντοστοιχίας, αν και φαινομενικά απλούστερη διαδικασία, μπορεί να έχει αρνητικές και δύσκολα αντιμετωπίσιμες λειτουργικές επιπτώσεις, λόγω της ταχύτερης απορρόφησης του οστού της φατνιακής ακρολοφίας. Κλείνοντας πρέπει για πολλοστή φορά να τονίσουμε τη σημασία της πλήρους κατανόησης και συγκατάθεσης (consent) του ασθενούς για το συγκεκριμένο σχέδιο θεραπείας και της πειθάρχησής του (compliance) στο πρόγραμμα επανεξέτασης.

Όλο το φωτογραφικό υλικό προέρχεται από το προσωπικό αρχείο του συγγραφέα.

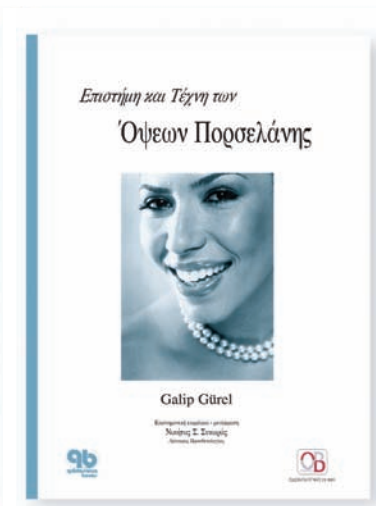
Βιβλιογραφία

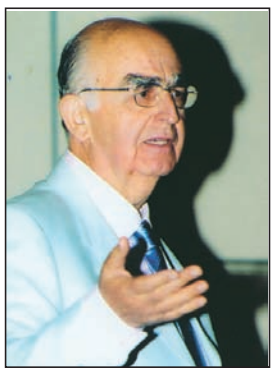
1. Glossary of Prosthodontic Terms. JPD, Volume 94, Issue 1, Pages 10-92 (July 2005)
2. Miller PA. Complete dentures supported by natural teeth. J Prosthet Dent 1958;8:924-8
3. Morrow RM. Et al. Tooth supported complete dentures: An approach to preventive prosthodontics. J Prosthet Dent 1969; 21:513-22
4. Hunter William. Quoted by: O'Reilly PG, Claffey NM. A history of oral sepsis as a cause of disease. Periodontology 2000, 2000;23:13–8.
5. Hunter W. Oral sepsis as a cause of disease. Br Med J 1900;1:215–6.
6. Miller WD. The human mouth as a focus of infection. The Dental Cosmos 1891;33(9):689–713
7. Brewer AA and Morrow RM. Overdentures. The CV Mosby Co, St Louis, 1975
8. Basker R,M, Harisson A, Ralph JP. Overdentures in general practice. BDA. London, 1988
9. Δημητρίου Π, Α. Ζήσης, Η. Καρκαζής, Γ. Πολυζώης, Γ. Σταυράκης. Κινητή Προσθετική. Ολικές Οδοντοστοιχίες. Τέταρτη έκδοση. Μπονισέλ. Αθήνα, 2001.
10. Καρκαζής Η. Ολικές οδοντοστοιχίες. Εναλλακτικές τεχνικές. Μπονισέλ. Αθήνα, 2000.
11. Καρκαζής Η, Κοσιώνη Α. Βασικές αρχές νευροφυσιολογικής οργάνωσης του ΣΓΣ. Ελληνικά Στοματολ Χρονικά 1994, 38: 241
12. Karkazis H, Kossioni A. Surface EMG activity of the masseter muscle in denture wearers during chewing of hard and soft food. 1998, J Oral Rehab 25:8-14.
13. Karkazis H, Lambadakis J, Tsichlakis K.Cephalometric evaluation of the changes in mandibular symphysis after 4 years of denture wearing. Gerodontology 1998, 14:44-48
14. Μαρίνης Α, Φράγκου Μ, Πολυζώης Γ. Η προσθετική αποκατάσταση υπεπωϊοσχιστιών με τη χρήση επένθετων οδοντοστοιχιών. Αναφορά περιστατικού. Ελληνικά Στοματολ Χρονικά 2007, 51:149-156
15. Karkazis H. Residual ridge undercuts as an alternate method for the optimal extension of the complete denture base. Quintessence of Dental Technlogy. March/April 1987, 137-138
16. Preiskel HW. Precision attachments in Prosthodontics: Overdentures and telescopic prosthesis. Vol 2. Quintessence Chicago, 1985
17. Rutkunas V, Mizutani H, Takahashi H. Evaluation of stable retentive properties of overdenture attachments. Stomatologija, Baltic Dental and Maxillofacial Journal, 2005, 7:115-20.
18. Γιαννικάκης Σ, Καρκαζής Η. Προσθετική επί εμφυτευμάτων. Εργαστήριο. Μπονισέλ. Αθήνα, 2007
19. Casey DM, Lauciello FR. A review of the submerged-root concept. J Prosthet Dent.); 1980 Feb;43(2):128-32.
20. Polyzois G.L. An update on the submerged-root concept. Evolution and current knowledge. 1985 Jan-Feb;7(1):14-22.
21. Ettinger R. Overdenture. A longitudinal perspective. Thesis. University of Sydney. 1992
22. Κοσιώνη Α. Η λειτουργικότητα του στοματογναθικού συστήματος και η ρεαλιστική οδοντιατρική αντιμετώπιση στην τρίτη ηλικία. Οδοντοστοματολ. Πρόοδος 2001, 55(3): 347-367

Μόλις κυκλοφόρησε στην ελληνική γλώσσα το επιτυχημένο σύγγραμμα The science and art of porcelain laminate veneers του γνωστού συγγραφέα Galip Gürel

Ελληνικός τίτλος: *Επιστήμη και Τέχνη των Όψεων Πορσελάνης*, μετάφραση Νικήτας Σ. Συκαράς

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.





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

Πεμφιγοειδές των βλεννογόνων

Το πεμφιγοειδές των βλεννογόνων ταξινομείται σε μια μεγάλη ομάδα δερματοβλεννογόνιων νόσων που χαρακτηρίζεται από τη δημιουργία υποεπιθηλιακής πομφόλυγας και παρουσία αντισωμάτων που στρέφονται εναντίον πρωτεϊνικών στόχων (αντιγόνων) της βασικής μεμβράνης του επιθηλίου και των ημιδεσμοσωματίων των κυττάρων της βασικής στιβάδας. Πρόσφατα δεδομένα, στηριζόμενα στη μοριακή βιολογία, ενισχύουν την κλινική παρατήρηση ότι υπάρχουν πολλές ποικιλίες (ανοσολογική ετερογένεια) πεμφιγοειδούς των βλεννογόνων με ιδιαιτερότητα στην κλινική έκφραση (φαινότυπο) της νόσου. Το πεμφιγοειδές των βλεννογόνων ενδιαφέρει κατεξοχήν τον Στοματολόγο και τον Οδοντίατρο αφού προσβάλλει πάνω από το 90% το βλεννογόνο του στόματος. Επιπλέον, συχνά προσβάλλει τα ούλα δημιουργώντας την κλινική εικόνα της αποφλοιωτικής ουλίτιδας. Η προσβολή εξάλλου και άλλων βλεννογόνων απαιτεί τη συνεργασία με τον Οφθαλμίατρο, τον Ωτορινολαρυγγολόγο και τον δερματολόγο. Τέλος, η θεραπευτική προσέγγιση της νόσου πέραν της συστηματικής θεραπείας, που είναι έργο του Στοματολόγου, απαιτεί και τοπική αγωγή για τήρηση υψηλής στάθμης στοματικής υγιεινής που είναι έργο του Περιοδοντολόγου και του γενικού Οδοντιάτρου.

Το πεμφιγοειδές των βλεννογόνων ή ουλωτικό πεμφιγοειδές είναι χρόνια αυτοάνοση διαταραχή με σχηματισμό υποεπιθηλιακής πομφόλυγας και χαρακτηρίζεται κυρίως από προσβολή των βλεννογόνων και τάση να δημιουργεί ουλώδη ατροφία στις θέσεις προσβολής. Η διαταραχή δεν θεωρείται μοναδική κλινική οντότητα, αλλά κλινικός φαινότυπος με σημαντική κλινική ετερογένεια και αντιγονική αντιστοιχία. Ετσι σήμερα αναγνωρίζονται 6 ποικιλίες της νόσου ανάλογα με την κλινική έκφραση και τον αντιγονικό στόχο (Πίνακας Ι).

Ο Γάλλος Δερματολόγος Civatte (1949) και ο Αμερικανός Δερματολόγος-Ιστοπαθολόγος δέρματος Lever (1953) είναι εκείνοι που ξεχώρισαν αρχικά τη νόσο από άλλα χρόνια πομφολυγώδη νοσήματα. Περαιτέρω πρόοδος στη μελέτη της νόσου επετεύχθη με την τεχνική του ανοσοφθορισμού (Beutner 1964), ενώ σημαντική ήταν και η δική μας συμβολή με ανοσολογικές μελέτες του βλεννογόνου του στόματος που έγιναν στο Ανοσολογικό Τμήμα του Νοσοκομείου «Α. Συγγρός» και δημοσιεύθηκαν σε διεθνή περιοδικά (J Oral Pathol 1981, 10:398, Oral Surg Oral Med Oral Pathol 1981, 51:48 και 1982, 54:656). Τέλος, πολύ πρόσφατα, μελέτες με μοριακές τεχνικές συνέτειναν στην παγίωση της αντιγονικής ετερογένειας και την αντίστοιχη κλινική έκφραση των διαφόρων ποικιλιών της νόσου.

Η επιδημιολογία του πεμφιγοειδούς των βλεννογόνων δεν έχει πλήρως μελετηθεί. Υπολογίζεται όμως ότι είναι 3-5 φορές πιο συχνό από την πέμφιγα και καταγράφονται 4-8 νέες περιπτώσεις ανά 100.000 κατοίκους το χρόνο. Προσβάλλει πιο συχνά γυναίκες παρά άνδρες, σχέση 1,5-2:1 με μέση ηλικία έναρξης τα 66 χρόνια, δηλ. 10 χρόνια αργότερα από την πέμφιγα. Πολύ σπάνια η νόσος προσβάλλει παιδιά με μόνη εντόπιση στο στόμα. Κλινικά έχουμε βλάβες στο βλεννογόνο του στόματος σε ποσοστό πάνω από 90% και ακολουθούν σε χαμηλότερη συχνότητα οι επιπεφυκότες και οι βλεννογόνοι της μύτης, του φάρυγγα, του λάρυγγα, του οισοφάγου, των γεννητικών οργάνων και του πρωκτού ενώ η προσβολή του δέρματος είναι σπάνια (5-10%). Υπό το φως των τελευταίων ανοσολογικών ευρημάτων με την απομόνωση συγκεκριμένων αντιγόνων στην περιοχή της βασικής μεμβράνης του επιθηλίου και των ημιδεσμοσωματίων των κυττάρων της βασικής στιβάδας (αντιγονική ετερογένεια) ερμηνεύεται και η κλινική ετερογένεια της νόσου με τις ποικίλες κλινικές προτιμήσεις και εκφάνσεις. Ετσι έχουν καταγραφεί τουλάχιστον 6 ποικιλίες πεμφιγοειδούς των βλεννογόνων, πιθανόν και 7η, που είναι συγκεντρωμένες στον πίνακα Ι.

Κλινικά στο στόμα εμφανίζονται πομφόλυγες που γρήγορα σπάζουν αφήνοντας ακανόνιστες επώδυνες ελκώσεις (Εικ. 1). Πιο συχνά προσβάλλονται η παρειά, η υπερώα και ο φατνιακός βλεννογόνος, ενώ συχνή (πάνω από 60%) είναι η προσβολή των ούλων με την χαρακτηριστική εικόνα της **αποφλοιωτικής ουλίτιδας** (Εικ. 2). **Μερικές φορές μάλιστα η προσβολή των ούλων είναι η μοναδική εντόπιση της νόσου**. Στο μάτι το φάσμα των κλινικών βλαβών περιλαμβάνει επιπεφυκίτιδα, συνβλέφαρο, συνέχειες, εντρόπιο, τριχίαση, ξηρότητα και ελκώσεις στον κερατοειδή που μπορεί να οδηγήσουν σε τύφλωση (Εικ. 3). Η κλινική διαφορική διάγνωση των βλαβών του στόματος περιλαμβάνει σημαντική ομάδα νόσων που βρίσκονται ταξινομημένες στον πίνακα ΙΙ. Η κλινική διάγνωση πρέπει να τεκμηριωθεί με διενέργεια βιοψίας και ιστολογική και ανοσολογική εξέταση. Ιστολογικά παρατηρείται υποεπιθηλιακή αποκόλληση και σχηματισμό πομφόλυγας και χρόνια φλεγμονή (Εικ. 4). Με τον άμεσο ανοσοφθορισμό παρατηρείται γραμμοειδής καθήλωση αντισωμάτων IgG και C3 στην περιοχή της βασικής μεμβράνης (Εικ. 5). Ενώ ο έμμεσος ανοσοφθορισμός για ελεύθερα κυκλοφορούνται αντισώματα στο αίμα είναι θετικός μόνο σε ποσοστό 20-30% και πάντα σε χαμηλούς τίτλους.

Η θεραπεία της νόσου στηρίζεται κυρίως σε 2 παραμέτρους: **πρώτον, στην εντόπιση της νόσου** (στόμα, οφθαλμοί, άλλοι βλεννογόνοι, δέρμα) **και δεύτερον, στη δραστηριότητα και έκταση των βλαβών**.

Τα κορτικοστεροειδή σε συστηματική χορήγηση, δοσολογία 30-60 mg την ημέρα, είναι το φάρμακο πρώτης επιλογής. Σε επίμονες μορφές μπορεί βοηθητικά να χρησιμοποιηθούν και άλλα ανοσοκατασταλτικά φάρμακα, η σουλφαπυριδίνη, η δαψόνη, οι τετρακυκλίνες, η θαλιδομίδη κ.ά. Τοπική θεραπεία ενδείκνυται σε ήπιες μορφές που μερικές φορές είναι αρκετή για τον έλεγχο της νόσου. **Είναι σημαντικό, σε περιπτώσεις προσβολής πολλών βλεννογόνων και δέρματος, να υπάρξει συνεργασία του στοματολόγου με τον οφθαλμίατρο, τον ωτορινολαρυγγολόγο και τον δερματολόγο ιατρό. Τέλος, καθοριστικός είναι ο ρόλος του περιοδοντολόγου και οδοντίατρου, σε περιπτώσεις προσβολής των ούλων (αποφλοιωτική ουλίτις), με τη διατήρηση υψηλού επιπέδου στοματικής υγιεινής και ορθής ψήκτρησης των δοντιών ώστε να αποφεύγεται ο μηχανικός τραυματισμός των ούλων που αποτελεί λόγο έξαρσης της νόσου.**

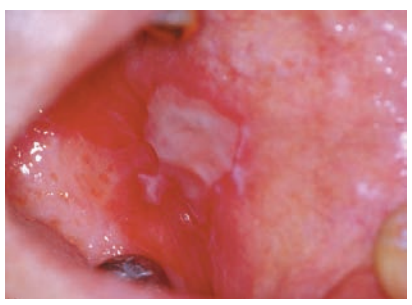
ΠΙΝΑΚΑΣ Ι. Πεμφιγοειδές βλεννογόνων. Κλινικές ποικιλίες (φαινότυπος) και ανοσολογικές αντιστοιχίες (ετερογένεια).

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

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

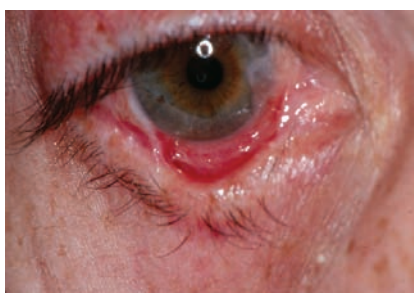
ΠΙΝΑΚΑΣ ΙΙ. Κλινική διαφορική διάγνωση Πεμφιγοειδούς Βλεννογόνων

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

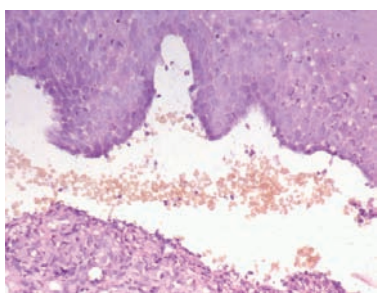


Εικ. 1. Πομφόλυγα και διαβρώσεις στο βλεννογόνο της παρειάς

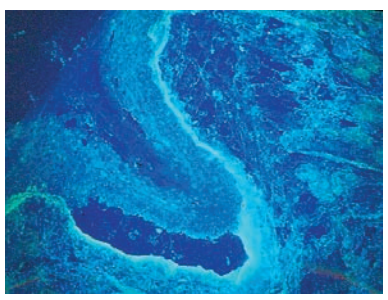
Εικ. 2. Αποφλοιωτική ουλίτις



Εικ. 3. Επιπεφυκίτις, συνέχειες και εκτρόπιο του οφθαλμού



Εικ. 4. Υποεπιθηλιακή πομφόλυξ



Εικ. 5. Εναπόθεση IgG, με τη μορφή συνεχούς πράσινης γραμμής κατά μήκος της βασικής μεμβράνης του επιθηλίου

Ανταύγειες Οδοντικής Αισθητικής και όχι μόνο...

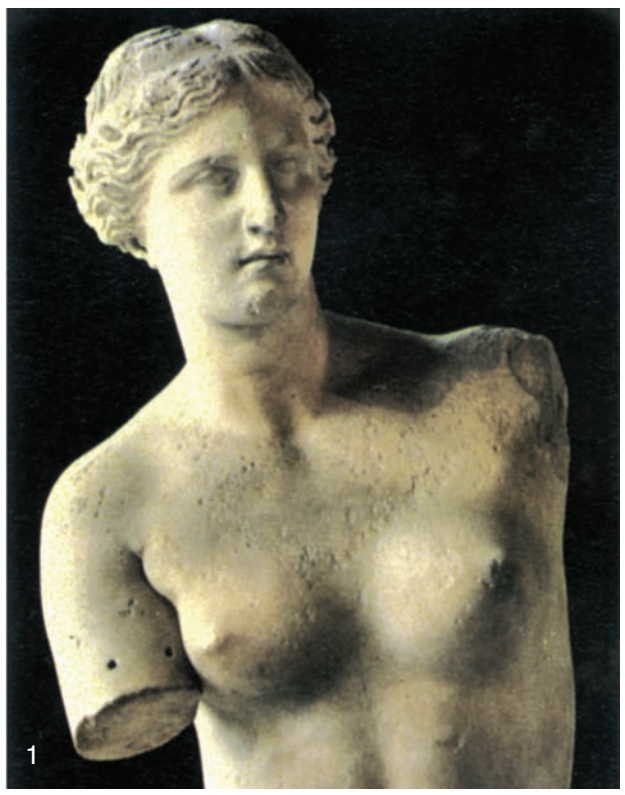
Του **Γεράσιμου Δουβίτσα** Αναπληρωτή καθηγητή Οδοντιατρικής Σχολής ΕΚΠΑ

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.

Περί ομορφιάς και ασχήμιας

Ομορφιά

Σε όλους τους πολιτισμούς οι πνευματικές πεποιθήσεις των ατόμων, οι αντιλήψεις για τη ζωή, οι κοινωνικές αξίες αλλά και τα πρότυπα της ομορφιάς πιστοποιούνται μέσω της καλλιτεχνικής έκφρασης. Εν τούτοις, ακόμη και σήμερα ο ακριβής ορισμός της ουσίας της ομορφιάς, μας διαφεύγει.
Κι επειδή, όπως λέει ο Δ. Καπετανάκης, το απόλυτο της μορφής των όντων είναι το κάλλος, την ομορφιά ζητάμε να την κατακτήσουμε με τις αισθήσεις μας, αφού αυτές μονάχα μπορούν να μας βεβαιώσουν για την αλήθεια. Όμως μια τέτοια αντίληψη για το κάλλος μπορεί να μας οδηγήσει στην πλάνη πως η ομορφιά δεν είναι παρά κάτι το απλώς αισθητό. Και συνεχίζει. Υπάρχουν βέβαια μετρήματα αναλογιών που αξίζουν όλο το σεβασμό μας, χωρίς να περιορίζει κανείς στο αισθητό μόνο την ομορφιά, μπορεί να ζητεί να συλλάβει το μυστικό της ουσίας της στην αισθητή της εμφάνιση, όπως ακριβώς ζητεί να κατακτήσει το ίδιο το απόλυτο, αγκαλιάζοντας το σώμα που το ενσαρκώνει. Άξιος του πιο μεγάλου μας σεβασμού θα ήταν ασφαλώς ο Κανών του Πολυκλείτου, το περίφημο θεωρητικό σύγγραμμα της αρχαιότητας, που στηριγμένο σε καθαρά μεταφυσικά σήματα, στους αριθμούς του Πυθαγόρα, ζητούσε να δώσει τις αναλογίες του τέλειου σώματος. Οι ελάχιστες πληροφορίες που σώθηκαν για το σύγγραμμα αυτό, μας δίνουν το δικαίωμα να συμπεράνουμε ότι η προσπάθειά του ήταν εντελώς δικαιολογημένη, αφού από τη μια μεριά ήταν μια γνήσια μεταφυσική προσπάθεια γύρω από το μυστικό της ωραίας μορφής και από την άλλη απέβλεπε στο να δώσει ορισμένες τεχνικές οδηγίες. Ένα από τα ελάχιστα σωζόμενα αποσπάσματά του λ.χ. μας λέει, πως «το ευ παρά μικρόν διά πολλών αριθμών γίνεται» έχει τη δύναμη τόσο να μας δώσει τον μεγάλο μεταφυσικό ίλιγγο, όσο και να ξυπνήσει μέσα στον τεχνίτη την αναγκαία προσοχή κι επιμέλεια, που η σοβαρή τέχνη απαιτεί. Τα διδάγματα όμως, που είχαν τέτοια βαθύτητα κι αλήθεια στο στόμα του Πολυκλείτου, μεταβάλλονταν σε ρηχές πλάνες μέσα στην άδεια ζωή των πολλών ομοτέχνων του. Ενώ καμιά μεταφυσική ανησυχία, κανείς γνήσιος έρωτας δεν τους εμψύχωνε, συνταύτιζαν το χειρωνακτικό μυστικό της ομορφιάς, που καθώς λέει ο Σωκράτης στην απολογία του, «επειδή ήξεραν τη δουλειά τους είχαν την αξίωση να είναι σοφότεροι κι ως προς τα άλλα, τα μέγιστα».
Κάθε πνευματικά έντιμος άνθρωπος δεν μπορεί παρά να δέχεται ότι ένα μεγάλο έργο τέχνης μπορεί να φθαρεί, αλλά η ομορφιά παραμένει. Ωστόσο, η διαχρονικότητα δεν είναι από τα πιο πρόδηλα γνωρίσματα της ομορφιάς. Η πιο συγκινητική ομορφιά είναι αυτή που χάνεται βαθμιαία. Φυσικά, για να γίνει κατά κάποιον τρόπο άφθαρτη, χρειάζεται πολλές εννοιολογικές διορθώσεις και μετατοπίσεις.
Κατά τον Βαλερί, η φύση της ομορφιάς έγκειται στο ότι δεν μπορούμε να την ορίσουμε. Το ωραίο είναι αυτό που δεν μπορεί να εκφραστεί με λόγια. Η ομορφιά είναι η χαρά των αισθήσεων, είναι βαθιά και όχι επιφανειακή, συχνά είναι κρυφή, παρηγορητική και φανερή, άφθαρτη και όχι εφήμερη.
Από την εποχή των αρχαίων Ελλήνων και μέχρι τις μέρες μας, σε γενικές γραμμές, μπορούμε να διακρίνουμε τρεις κυρίαρχες αντιλήψεις σχετικά με την ομορφιά.
Η πρώτη ήταν αυτή των αρχαίων Ελλήνων, που ταύτιζαν την ομορφιά με μια φιλοσοφία ζωής, που εξυμνούσε τις αξίες του ανθρώπου. Στα καλλιτεχνικά τους έργα αποτύπωσαν μια ιδανική κοινωνία με ισορροπία και τέλειες αναλογίες. Εξιδανίκευσαν την ομορφιά, προσπαθώντας να την καταστήσουν μετρήσιμο μέγεθος, με τις χρυσές τομές της γεωμετρίας του Πυθαγόρα και τις ιδανικές αναλογίες του Πλάτωνα. (Εικ. 1)
Αυτή η αντίληψη περί ομορφιάς που υιοθετήθηκε από τους Ρωμαίους και αξιοποιήθηκε αργότερα από την Αναγέννηση, εξακολουθεί να αποτελεί και σήμερα στοιχείο της ανθρωπότητας, εστιάζοντας κυρίως την ομορφιά στην τελειότητα του σώματος.
Η δεύτερη κυρίαρχη αντίληψη αναπτύχθηκε κατά την πρώτη χριστιανική περίοδο και την περίοδο του Βυζαντίου, όπου η ομορφιά συνδέθηκε με το θείο, δίνοντας έμφαση στο πνευματικό. Στα έργα των καλλιτεχνών των περιόδων αυτών, εξυμνείται ο Δημιουργός, ενώ οι αναφορές στον άνθρωπο απεικονίζουν την αρετή που αποκτάται κατά την πορεία της ζωής, αφήνοντας τα φυσιολογικά σημάδια της φθοράς. (Εικ. 2)
Τέλος, μια τρίτη αντίληψη για την ομορφιά είναι αυτή που πηγάζει από τους πολιτισμούς της Ανατολής και η οποία δίνει έμφαση στο μεταφυσικό, προσπαθώντας να κατανοήσει την ομορφιά ενός αντικειμένου ή ενός φαινομένου με ενστικτώδη και διανοητικό τρόπο, χωρίς να μιμηθεί τη φύση ή να κολακεύσει τον άνθρωπο. (Εικ. 3)



Εικ. 1. Αφροδίτη της Μήλου (Δεύτερο ήμισυ του 2ου αιώνα π.Χ.

Εικ. 2. Η Παρθένος και το βρέφος (Βιτάλε ντα Μπολώνια 1355).

Εικ. 3. Ιαπωνική τέχνη: Προσωπείο του Νο: Κο-μοτε. 16ος αιώνας μ.Χ.

Περί ασχήμιας

Κάθε πολιτισμός, παράλληλα με τη δική του κουλτούρα περί ομορφιάς, ανέπτυξε επίσης και μια δική του αντίληψη για την ασχήμια, το άσχημο.
Η ελληνική μυθολογία είναι πλούσια σε μορφές, όπως οι Κύκλωπες, οι Χίμαιρες και οι Μινώταυροι, ακόμη και θεότητες όπως ο Πρίαπος, οι οποίες, παρόλο που δεν είχαν καμιά σχέση με τους κανόνες

του κάλλους, εντούτοις δεν ήταν πάντοτε απεχθείς. (Ο Πρίαπος ήταν γιος της Αφροδίτης, προστάτης της γονιμότητας. Θεωρούνταν άσχημος, αποκρουστικός, καθώς είχε ένα τεράστιο γεννητικό όργανο, το οποίο ξέφευγε από κάθε σωστή αναλογία. Σε ένα ανάγλυφο της Ακουιληίας, της εποχής του Τραϊανού, απεικονίζεται με την Αφροδίτη αηδιασμένη από τα χαρακτηριστικά αυτού του στραβογεννημένου παιδιού της, να τον αποκρούει. (Εικ. 4, 5)

Επίσης στους διαλόγους του Πλάτωνα δεν είναι λίγες οι αναφορές για το ωραίο και το άσχημο.

Από την Αρχαιότητα και μέχρι το Μεσαίωνα, στις διάφορες αισθητικές θεωρίες, το άσχημο αντιμετωπιζόταν σαν το αντίθετο του ωραίου, μια δυσαρμονία που παραβιάζει τους κανόνες της αναλογίας, στους οποίους βασίζεται το φυσικό και ηθικό κάλλος.

Το άσχημο λοιπόν πάντα υπάρχει στη φύση, στα πλάσματα ή στα πράγματα, όμως, όπως αναφέρει ο Ουμπέρτο Έκο, συχνά η τέχνη έχει τη δύναμη να τα απεικονίζει με όμορφο τρόπο και αυτή η μίμηση κάνει το άσχημο αποδεκτό. Δηλαδή η τέχνη έχει τη δύναμη να καταγγείλει «όμορφα» την ασχήμια του άσχημου, που από τη φύση του είναι αποκρουστικό και να το κάνει αποδεκτό ή ακόμα και ευχάριστο.

Αυτή η βασική αρχή αποκτά κεφαλαιώδη σημασία στην τέχνη της ύστερης κλασικής περιόδου και της χριστιανικής εποχής (κυρίως σε ό,τι αφορά την εικόνα του Χριστού), με τον τρόπο που απεικονίζονται, ο πόνος, η οδύνη, ο θάνατος, τα βασανιστήρια και οι φυσικές παραμορφώσεις.

Ένα ζωγραφικό έργο τέχνης είναι ωραίο όταν είναι καλά ζωγραφισμένο και απεικονίζει καλά αυτό που αναπαριστά. Δηλαδή η απεικόνιση του Διαβόλου είναι όμορφη όταν απεικονίζει καλά την αχρειότητα του Διαβόλου, και αυτό είναι έργο τέχνης.

Στις μέρες μας η έννοια του άσχημου είναι σχετική. Το άσχημο υπάρχει μόνο επειδή υπάρχει το ωραίο και γίνεται κατανοητό μόνο σε σχέση με την έννοια του ωραίου. Αν δεν υπήρχε το ωραίο, το άσχημο θα ήταν ανύπαρκτο, αφού υπάρχει μόνο ως άρνησή του.

Το ωραίο είναι η αρχική θεϊκή ιδέα, η αναγκαιότητά του είναι αυτοκαθοριστική. Αντίθετα το άσχημο είναι σχετικό, γιατί δεν μπορεί να αυτοκαθοριστεί, δεν μπορεί να βρει το μέτρο με τον εαυτό του, παρά μόνο με το ωραίο.

Στην καθημερινότητά μας, ο καθένας και ανάλογα με το αισθητικό του κριτήριο μπορεί να χαρακτηρίζει κάτι ωραίο, που για κάποιον άλλον να είναι άσχημο και το αντίθετο.

Όμως, αν αυτή την εκτίμηση της αισθητικής μας εμπειρική κρίσης, για το αν πράγματι είναι κάτι ωραίο ή άσχημο, θέλουμε να την υψώσουμε, τότε πρέπει να την υποβάλουμε σε κριτική με βάση τους κανόνες του κάλλους, του ιδεώδους.

Κλασικά παραδείγματα συμβατικών ωραίων πραγμάτων βρίσκει κανείς στο χώρο της μόδας, ο οποίος είναι γεμάτος με ωραία αντικείμενα, που αν κριθούν με τους κανόνες του κάλλους δεν μπορούν παρά να χαρακτηριστούν ως άσχημα. Τα αντικείμενα αυτά είναι πρόσκαιρα ωραία, πατούν στο πνεύμα της εποχής, και μάλιστα σε ένα χώρο όπου το πνεύμα είναι αντίστοιχο της σφραγίδας.

Στο χώρο της μόδας ακόμα και το άσχημο μπορεί να χρησιμοποιηθεί ως μέσο αισθητικής έκφρασης. Από εδώ εκπορεύεται και η σύγχυση των ορίων αισθητικού-αντιαισθητικού ή η έννοια του «κιτς». Γιατί, πράγματι ποιος μπορεί να θέσει τα όρια μεταξύ του αισθητικού και αντιαισθητικού, χωρίς αυθαιρεσίες και αυταρχισμούς, όταν τα όρια αυτά συνεχώς μεταβάλλονται και διευρύνονται;

Φυσικά, από το σημείο αυτό μέχρι την πλήρη ισοπέδωση κάθε έννοιας της αισθητικής, μέχρι την πλήρη κακογουστιά που κυριαρχεί σήμερα στο περιβάλλον, στη δόμηση των πόλεων, στα οικοδομήματα, στη διακόσμηση, στην ενδυματολογία, στις συμπεριφορές των ανθρώπων, η απόσταση είναι μεγάλη.

4

Εικ. 4. Σατυρικό Τρίπτυχο (1520 Λιέγη).

5

Εικ. 5. Επίκληση στον Πρίαπο (1ος αι. μ.Χ. Πομπηία).

6

7

Εικ. 6. Το ξενοδοχείο και καζίνο «Παρίσι του Λας Βέγκας».

Εικ. 7. Η μεταπολεμική τέχνη, ιδίως η Ποπ Αρτ, σχολίασε την ηχηρότητα του κιτς, κάνοντάς την εμβληματικό της στοιχείο. Εδώ τηλεφωνικό κουβούκλιο-παπαγάλος του Sergio Vega, από την Μπιενάλε της Βενετίας 2006.

Ο όρος «κιτς» πιθανολογείται ότι προέρχεται από το γερμανικό ρήμα Kitschen που σημαίνει «πασαλείβω».

Σύμφωνα με τον ιστορικό του μοντερνισμού Κλέμεντ Γκρίνμπεργκ, ο όρος «κιτς» αναφέρεται σε πολλαπλές εκφράσεις της μαζικής κουλτούρας.

Αυτή η εξανθηματική εξάπλωση της έννοιας του «κιτς», το δεύτερο μισό του 20ού αιώνα, οδήγησε και στην ελληνοποίηση του όρου με τα παράγωγά του, όπως «κιτσάτο», «κιτσαρία», «καρακιτσαριό» κ.ά.

Άμεση επιβεβαίωση του τι είναι «κιτς», έχει ο ταξιδιώτης των εθνικών μας οδών, αν παρατηρήσει για λίγο τα κτίσματα που προσπερνά με το αυτοκίνητό του. Το φαινόμενο αυτό δεν αφορά, φυσικά, μόνο τη χώρα μας. (Εικ. 6)

Ο καθηγητής της Ιστορίας της Τέχνης του ΑΠΘ Α. Κωτίδης, στο αφιέρωμα της «Καθημερινής» για το «κιτς» γράφει: Απαραίτητη για την κατανόηση του κιτς είναι η διάκριση ανάμεσα στο πηγαίο και το σκοπούμενο.

Το πηγαίο κιτς είναι εκείνο του οποίου ο χρήστης δεν έχει συνείδηση του παράταιρου, δεν το αναγνωρίζει ως κιτς. Αυτό το κιτς είναι κατά κανόνα πληκτικό, ή και αφόρητο, κυρίως ως περιβάλλον καθημερινού βίου.

Στο σκοπούμενο κιτς οι εκφράσεις δεν υπόκεινται σε περιοριστικούς κανονισμούς, είναι αχαλίνωτο στην ελευθερία του να τσιμπολογάει από παντού, να πλατσουρίζει ασεβώς στους κανόνες, στρεβλώνοντας και διαστρέφοντάς τους.

Στην «Τέχνη του μυθιστορήματος» (Εστία 1989), ο Μίλαν Κούντερα αναφέρει: Όταν έγραφα την «Αβάστακτη ελαφρότητα του Είναι», ήμουν κάπως ανήσυχος γιατί είχα κάνει τη λέξη «κιτς» έναν από τους ακρογωνιαίους λίθους του μυθιστορήματος.

Στη γαλλική απόδοση του περίφημου δοκιμίου του Χέρμαν Μπροχ, η λέξη «Kitsch» είναι μεταφρασμένη ως «τέχνη του ευτελούς». Πρόκειται για παρερμηνεία γιατί ο Μποχ αποδεικνύει πως το κιτς είναι άλλο πράγμα και όχι απλώς ένα έργο κακού γούστου. Υπάρχει η κιτς συμπεριφορά. Η στάση κιτς. Η ανάγκη κιτς του ανθρώπου-κιτς (Kitschmensch). Δηλαδή η ανάγκη να κοιτάζεσαι στον παραμορφωτικό καθρέπτη της ωραιοποίησης και να αναγνωρίζεις το πρόσωπό σου συγκινημένος από ικανοποίηση.

Για τον Μπροχ, το κιτς είναι συνδεδεμένο ιστορικά με την Γερμανική αισθηματολογία του 19ου αιώνα. Στη μεγάλη τέχνη αντιπαρατίθεται η ελαφρά τέχνη ή ελάσσων.

Κυριεύομαι όλο και περισσότερο από οργή με το πνεύμα του κιτς, παρών στα έργα που η μορφή τους επιθυμεί να είναι νεωτερική. Επιπλέον, η αποστροφή που δοκίμασε ο Νίτσε για τις «ωραίες λέξεις» και τα «επιδεικτικά πανωφόρια» του Βίκτωρα Ουγκώ ήταν η αηδία για το κιτς, πριν υπάρξει η λέξη.

Στο βιβλίο του Ντουάιτ Μακντόναλντ «Η κουλτούρα των μαζών» (Αλεξάνδρεια 1988) διαβάζουμε: Είναι αλήθεια ότι η μαζική κουλτούρα ξεκίνησε σαν μια παρασιτική, καρκινική απόφυση της υψηλής κουλτούρας και έως ένα βαθμό αυτό εξακολουθεί να είναι. Προϋπόθεση του κιτς είναι η διαθεσιμότητα και προσπελασιμότητα μιας εντελώς ώριμης πολιτιστικής παράδοσης, από τις ανακαλύψεις, τα αποκτήματα και την τελειοποιημένη αυτοσυνειδησία της οποίας το κιτς μπορεί να επωφεληθεί για τους δικούς του σκοπούς. Η σχέση του, ωστόσο, δεν είναι η σχέση του φύλλου με το κλαδί, αλλά μάλλον εκείνη της κάμπιας με το φύλλο. Το κιτς εκμεταλλεύεται την υψηλή κουλτούρα, όπως οι σκαπανείς εκμεταλλεύονται το έδαφος, εξορύσσοντας τα πλούτη του χωρίς να τα αντικαθιστούν με κάτι άλλο.

Επίσης, καθώς το κιτς αναπτύσσεται αρχίζει να αντλεί από το ίδιο του το παρελθόν και ένα μέρος του εξελίσσεται τόσο ξέχωρα από την υψηλή κουλτούρα, ώστε να φαίνεται τελείως άσχετο με αυτή. (Εικ. 7)

Κατά τον Κλέμεντ Γκρίνμπεργκ, η ιδιαίτερη αισθητική ποιότητα του κιτς είναι ότι χωνεύει εκ των προτέρων την τέχνη για λογαριασμό του θεατή και τον απαλλάσσει από την προσπάθειά του, παρακάμπτοντας ό,τι είναι κατ' ανάγκη δύσκολο στην αυθεντική τέχνη.

Μια πιο ξεκάθαρη και απόλυτη άποψη για το κιτς μάς δίνει ο Ουμπέρτο Έκο, στην «Ιστορία της ασχήμιας» (εκδόσεις Καστανιώτης 1997). «Όποιος δημιουργεί κιτς δεν είναι κάποιος που δημιουργεί ευτελή τέχνη, δεν είναι ένας καλλιτέχνης προικισμένος με μικρότερες δημιουργικές ικανότητες ή ακόμα και μηδαμινές. Ο δημιουργός του κιτς δεν μπορεί να αξιολογηθεί με αισθητικά κριτήρια, αλλά πιο απλά, πρέπει να κριθεί ως άνθρωπος και να θεωρηθεί ποταπός, όπως ένας κακοποιός, που θέλει να υπάρχει το κακό στη ρίζα του. Και επειδή το ριζικό κακό είναι αυτό που εκδηλώνεται στο κιτς, αυτό καθαυτό το κακό που συσχετίζεται με κάθε σύστημα αξιών, ως ο απόλυτος αρνητικός πόλος, το κιτς πρέπει να θεωρείται κακό όχι μόνο για την τέχνη, αλλά και για κάθε σύστημα αξιών.

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 του θέματος, στο προηγούμενο τεύχος του «Ο.Β.» παραθέσαμε το **πρώτο μέρος** του άρθρου **«Τεχνικές ανύψωσης του ιγμορείου άντρου για τοποθέτηση εμφυτευμάτων»**. Στο παρόν τεύχος δημοσιεύουμε το δεύτερο και τελευταίο μέρος αυτής της εργασίας.

Παραλλαγή Α.1: Το 1998 προτάθηκε η χρήση υπερήχων (ως παραλλαγή της κλασικής τεχνικής Tatum), για τη διάνοιξη του οστικού παραθύρου ολικού πάχους, οπότε η αποκόλληση της μεμβράνης άρχισε πλέον να μη γίνεται με μηχανοκίνητα (φρέζες διαμαντιού ή άλλου υλικού) και χειροκίνητα εργαλεία. Κατά τα λοιπά η τεχνική αυτή είναι όμοια με την κλασική τεχνική Tatum, δηλ. περιλαμβάνει όλα τα γνωστά στάδια (ώθηση οστικού παραθύρου και μεμβράνης προς το εσωτερικό της κοιλότητας, πλήρωση με οστικό μόσχευμα του κενού που δημιουργήθηκε κάτω από τη μεμβράνη, τοποθέτηση, αν κριθεί απαραίτητο, απορροφήσιμης μεμβράνης στη θέση που βρισκόταν το οστικό παράθυρο πριν από την απόσπασή του και συρραφή του βλεννογονοπεριοστικού κρημνού), με μόνη διαφορά ότι η παρασκευή του οστικού παραθύρου γίνεται με άλλο τρόπο.

Σύμφωνα με τους ερευνητές, τα **πλεονεκτήματα** της τεχνικής αυτής είναι:

α) Μειωμένη πιθανότητα διάτρησης της μεμβράνης του Schneider.

β) Καλύτερο διεγχειρητικό οπτικό πεδίο και υγιεινή της περιοχής κατά την οστεοτομία, λόγω του συνεχούς καταιονισμού ύδατος.

γ) Οστεοτομία λεπτότερου πάχους και επομένως πιο συντηρητική επέμβαση.

Η τεχνική αυτή έχει σήμερα εξελιχθεί από τη χρήση των πιεζοηλεκτρικών συσκευών.

Εικ. 6: α. Σχηματική απεικόνιση της χρήσης του πιεζοηλεκτρικού φαινομένου στην ανύψωση του ιγμορείου. β. Ειδικά ρύγχη που χρησιμοποιούνται στη διαδικασία.

Παραλλαγή Α.2: Το 2001 εισήχθη από τους Vercelloti και συν. η χρήση συσκευών που βασίζονται στο πιεζοηλεκτρικό φαινόμενο και εμπλουτίσθηκαν έτσι οι δυνατότητες του τρόπου δημιουργίας του οστικού παραθύρου για την ανοικτή ανύψωση του ιγμορείου **(εικόνα 6)**. Διαφορετικά ρύγχη μπορούν να χρησιμοποιηθούν για τη διάνοιξη του οστικού παραθύρου και την αποκόλληση της μεμβράνης, γεγονός που προσφέρει κάποιες νέες δυνατότητες. Οι ερευνητές αναφέρουν μεγάλα ποσοστά επιτυχίας (95%) με τη μέθοδο αυτή με μόλις μία διάτρηση μεμβράνης σε 21 περιπτώσεις ανύψωσης ιγμορείου.

Τα πλεονεκτήματα της πιεζοηλεκτρικής μεθόδου σε σύγκριση με τη μέθοδο των υπερήχων είναι ότι:

α) Εκτελείται ευκολότερα η οστεοτομία με σαφή όρια (ακόμα και σε αφαλατωμένο οστούν) και μειώνεται ο κίνδυνος οστεονέκρωσης από υπερθέρμανση, λόγω της μεγαλύτερης ισχύος λειτουργίας του μηχανήματος, του πλήθους και της ποικιλομορφίας των ρυγχών, όπως και του συνεχούς καταιονισμού ύδατος.

β) Επιτρέπεται η ασφαλής αποκόλληση της μεμβράνης από το έδαφος του ιγμορείου, ακόμα και σε πολύπλοκες περιπτώσεις (όπως π.χ. η πτύχωση και σταθερή πρόσφυση ανάμεσα στις ρίζες των γομφίων) με τα ειδικά ρύγχη και την ταυτόχρονη πίεση που δημιουργείται, λόγω του συνεχούς καταιονισμού ύδατος.

Τα πολλά πλεονεκτήματα του πιεζοηλεκτρικού φαινομένου, αλλά και το μεγάλο φάσμα εφαρμογών του, το κάνουν να κερδίζει καθημερινά έδαφος στη διενέργεια πληθώρας οδοντιατρικών επεμβάσεων. Το σημείο στο οποίο φαίνεται να υπερτερούν οι υπέρηχοι είναι το γεγονός ότι διακόπτεται αυτόματα η λειτουργία τους όταν έλθουν σε επαφή με μαλθακούς ιστούς.

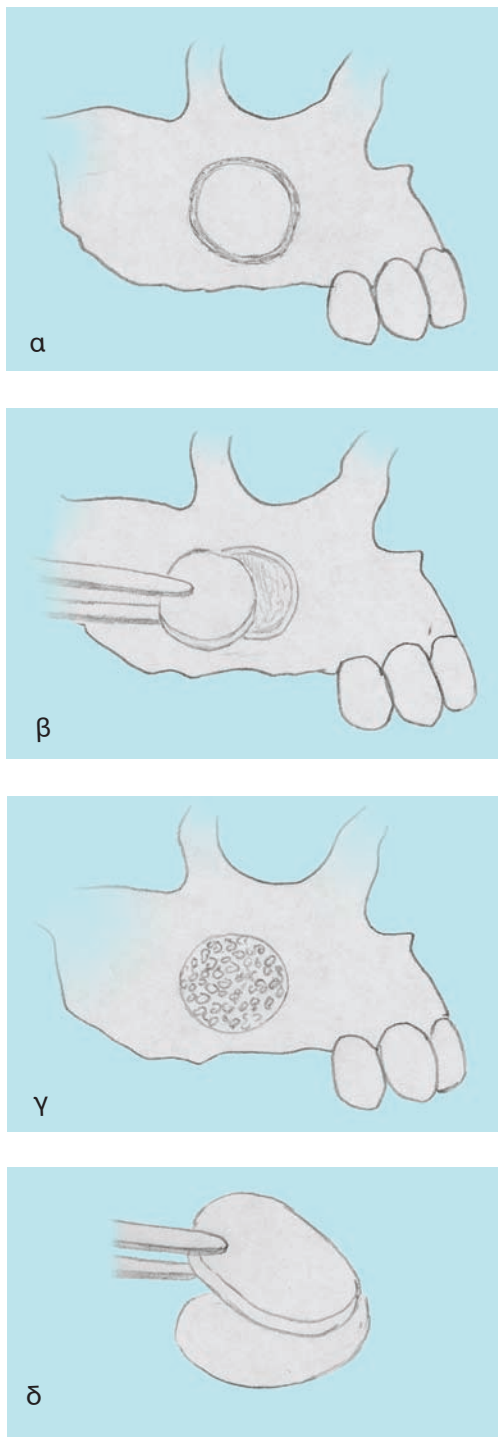
Παραλλαγή Α.3: Ο Emtiaz και συν. δημοσίευσαν το 2006, αλλά χρησιμοποιούσαν ήδη από το 1991, μία ακόμα τροποποίηση της κλασικής τεχνικής της ανοικτής ανύψωσης ιγμορείου, που μπορεί να εφαρμοστεί σε περιπτώσεις όπου υπάρχουν ανατομικές παραλλαγές στο πλευρικό τοίχωμα του ιγμορείου άντρου, όπως για παράδειγμα η ύπαρξη οστικού διαφράγματος. Σε τέτοιες περιπτώσεις, οι συγκεκριμένοι ερευνητές προτείνουν το σχηματισμό με ειδικές φρέζες, κάθετα τοποθετούμενες στο πλευρικό τοίχωμα, ενός οστικού παραθύρου κυκλικού σχήματος με κατώτερο όριο 4-5 mm άνωθεν της φατνιακής ακρολοφίας και ανώτερο όριο 2-4 mm πάνω από το ύψος στο οποίο θα ανέλθουν μελλοντικά τα εμφυτεύματα που έχουμε σχεδιάσει να τοποθετήσουμε **(Εικόνα 7)**. Το οστικό τμήμα αφαιρείται από την περιοχή και τοποθετείται σε φυσιολογικό ορό για επαναχρησιμοποίηση. Η μεμβράνη του Schneider αποκολλάται στη συνέχεια από το έδαφος του ιγμορείου και προστίθεται οστικό μόσχευμα μέχρι να αποκατασταθεί το πλευρικό τοίχωμα του άντρου. Στη συνέχεια, το οστικό τεμάχιο επανατοποθετείται στη θέση του και γίνεται συρραφή του τραύματος.

Οι ερευνητές αναφέρουν επιτυχή χρήση της μεθόδου αυτής και της αποδίδουν τα εξής **πλεονεκτήματα,** υπό την προϋπόθεση ύπαρξης της ανατομικής παραλλαγής, π.χ. του οστικού διαφράγματος:

α) Ελάττωση του χρόνου παρασκευής του οστικού παραθύρου.

β) Δυνατότητα ακριβέστερης οστεοτομίας.

γ) Δυνατότητα οδηγού αύλακας με ειδικές φρέζες, ανάλογα με το μέγεθος και τα ανατομικά χαρακτηριστικά του ιγμορείου.



Εικόνα 7α, β, γ, δ: Δημιουργία κυκλικού οστικού παραθύρου λόγω ανατομικών ιδιομορφιών (π.χ. οστικό διάφραγμα).

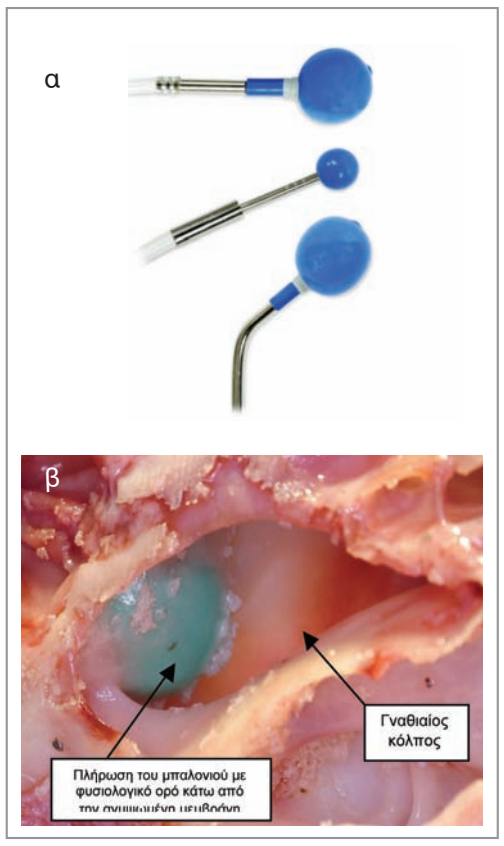
δ) Εξάλειψη της ανάγκης για τοποθέτηση απορροφήσιμης μεμβράνης στο πλευρικό τοίχωμα.

Στα **μειονεκτήματα** της τεχνικής αυτής ανήκουν:

α) Ο περιορισμός εφαρμογής της μεθόδου σε κάποιους ασθενείς, λόγω ανατομικής αδυναμίας.

β) Η σχολαστικότητα και ακρίβεια που απαιτεί η διαδικασία.

Παραλλαγή Α.4: Μια σχετικά πρόσφατη παραλλαγή που προτάθηκε από τους Soltan και Smiler (2005) ακολουθεί όλα τα βήματα της κλασικής τεχνικής,δηλαδή τη διάνοιξη του οστικού παραθύρου και ώθηση αυτού προς το εσωτερικό του ιγμορείου παρασύροντας μαζί του και αποκολλώντας μέχρις ενός σημείου τη μεμβράνη από τα πλάγια τοιχώματα του άντρου. Στο σημείο αυτό βρίσκεται η καινοτομία που εισάγουν οι ερευνητές, οι οποίοι προτείνουν για την περαιτέρω αποκόλληση της μεμβράνης να χρησιμοποιείται ένα μπαλονάκι φτιαγμένο από latex, το οποίο τοποθετείται ανάμεσα στην ελάχιστα ανασηκωμένη μεμβράνη και τα ελεύθερα οστικά τοιχώματα του άντρου **(εικόνα 8α,β)**. Στη συνέχεια, γίνεται προσεκτικά έκπτυξη του μπαλονιού μετά πλήρωσή του με φυσιολογικό ορό, γεγονός που προκαλεί



Εικόνα 8α,β: Χρήση μπαλονιού ενδοκολπικά για την ανύψωση της μεμβράνης του ιγμορείου

την αποκόλληση και επιπλέον την ανύψωση της μεμβράνης του Schneider. Επιπρόσθετα τοποθετείται απορροφήσιμη μεμβράνη διαποτισμένη με PRP κάτω από το νέο έδαφος του ιγμορείου και το κενό που δημιουργήθηκε από την ανύψωση της μεμβράνης πληρούται με οστικό μόσχευμα. Μία ακόμα απορροφήσιμη μεμβράνη διαποτισμένη με PRP τοποθετείται στο πλευρικό τοίχωμα και το τραύμα συρράπτεται.

Τα **πλεονεκτήματα** της μεθόδου, ύστερα από 10ετή παρακολούθηση τέτοιων περιπτώσεων, είναι:

α) Μικρότερη πιθανότητα πρόκλησης διάτρησης της μεμβράνης.

β) Ελάττωση του επεμβατικού χρόνου περίπου στα 30 λεπτά. γ) Ελάχιστα επεμβατική τεχνική με μείωση του μετεγχειρητικού πόνου, αιμορραγίας και πιθανότητας λοίμωξης.

δ) Ιδιαίτερα χρήσιμη τεχνική σε δύσκολα προσπελάσιμες περιοχές, όπως σε περίπτωση ύπαρξης γειτονικών δοντιών.

Στα **μειονεκτήματα** της μεθόδου συγκαταλέγονται:

α) Η ανάγκη δημιουργίας οστικού παραθύρου, οπότε δεν θεωρείται συντηρητική μέθοδος συγκριτικά με την τεχνική των οστεοτόμων.

β) Είναι πολύ πιθανό κατά την έκπτυξη του μπαλονιού αυτό να σπάσει και να προκαλέσει ρήξη της μεμβράνης.

Πέρα όμως από τις ήδη αναφερθείσες παραλλαγές της κλασικής τεχνικής που περιγράψαμε, οι οποίες διαπραγματεύονταν τις διαφορετικές μεθόδους, εργαλεία και χειρισμούς που εφαρμόζονται μετά από διάνοιξη παραθύρου στο πλευρικό-προστομιακό οστικό τοίχωμα του ιγμορείου, έχουν παρουσιασθεί και κάποιες νέες προτάσεις για την περιοχή, όπου σχεδιάζεται το οστικό παράθυρο. Οι δύο επόμενες και τελευταίες παραλλαγές της κλασικής τεχνικής που θα περιγράψουμε, έχουν ως χαρακτηριστικό τη διαφορετική οδό προσπέλασης προς το ιγμόρειο.

Παραλλαγή Α.5: Διάνοιξη οστικού παραθύρου ακριβώς πάνω στην κορυφή της φατνιακής ακρολοφίας. Προϋπόθεση για την πραγματοποίηση της τεχνικής είναι το ύψος της υπολειπόμενης φατνιακής ακρολοφίας να μην υπερβαίνει τα 2 mm. Σύμφωνα με την τεχνική αυτή, δημιουργείται μια τομή ορθογώνιου σχήματος, πλήρους οστικού πάχους στη φατνιακή ακρολοφία της νωδής περιοχής. Στη συνέχεια, γίνεται ταυτόχρονη αποκόλληση της μεμβράνης από το έδαφος του άντρου και ανύψωση αυτής μαζί με το οστικό τεμάχιο προς την κορυφή του ιγμορείου μέχρι το επιθυμητό ύψος. Η κοιλότητα που θα σχηματιστεί πληρούται με οστικό μόσχευμα και στο οστικό έλλειμμα της φατνιακής ακρολοφίας τοποθετείται απορροφήσιμη μεμβράνη. Νέο έδαφος και εδώ, όπως και στην κλασική τεχνική, αποτελεί το αποσπασθέν ορθογώνιο οστικό τεμάχιο.

Παραλλαγή Α.6: Προσπέλαση από το υπερώιο οστικό τοίχωμα. Πρωτοδιατυπώθηκε το 1992 με αναφορά μιας κλινικής περίπτωσης και επαναπροσδιορίστηκε το 2009, ύστερα από μελέτη σε 32 ασθενείς οι οποίοι χωρίστηκαν σε δύο ίσες ομάδες. Στη μια ομάδα, πραγματοποιήθηκε ανύψωση ιγμορείου με προσπέλαση από το παρειακό τοίχωμα, ενώ στη δεύτερη περίπτωση η οστεοτομία έγινε στο υπερώιο οστικό τοίχωμα. Σκοπός της έρευνας ήταν να συγκρίνει τις δύο αυτές μεθόδους. Οι οστεοτομίες έγιναν με χρήση πιεζοηλεκτρικής συσκευής και διάτρηση της μεμβράνης συνέβη στο 19% των περιπτώσεων κάθε ομάδας.

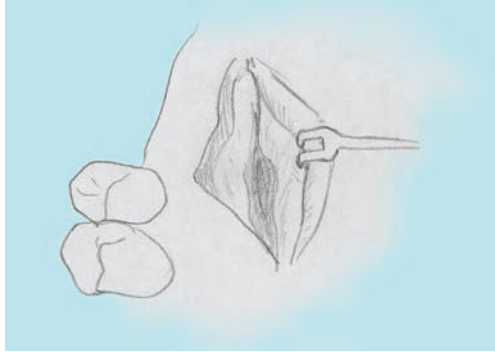
Η τεχνική με υπερώια πρόσβαση πλεονεκτούσε **(Εικόνα 9)** στα εξής σημεία:

α) Όταν το ύψος της φατνιακής ακρολοφίας είναι μικρότερο από 5 mm ή όταν λόγω κεντρομόλου απορρόφησης της γνάθου το υπερώιο οστικό τοίχωμα γίνεται πολύ λεπτό, άρα και ευκολότερα προσβάσιμο.

β) Προκαλεί μικρότερης βαρύτητας κάκωση των μαλθακών ιστών, άρα και περιορισμένο μετεγχειρητικό οίδημα, ως λιγότερο επεμβατική τεχνική.

γ) Μπορεί να βρει εφαρμογή σε νωδούς ασθενείς, λόγω της δυνατότητας άμεσης τοποθέτησης ολικής οδοντοστοιχίας μετά την ανύψωση, χωρίς η επέμβαση να επηρεάζει τη σταθερότητά της.

Ιδιαίτερη προσοχή χρειάζεται κατά την αποκόλληση του υπερώιου βλεννογονοπεριοστικού κρημνού, λόγω αυξημένης πιθανότητας τραυματισμού της μείζονος υπερώιας αρτηρίας και του μείζονος υπερώιου νεύρου.



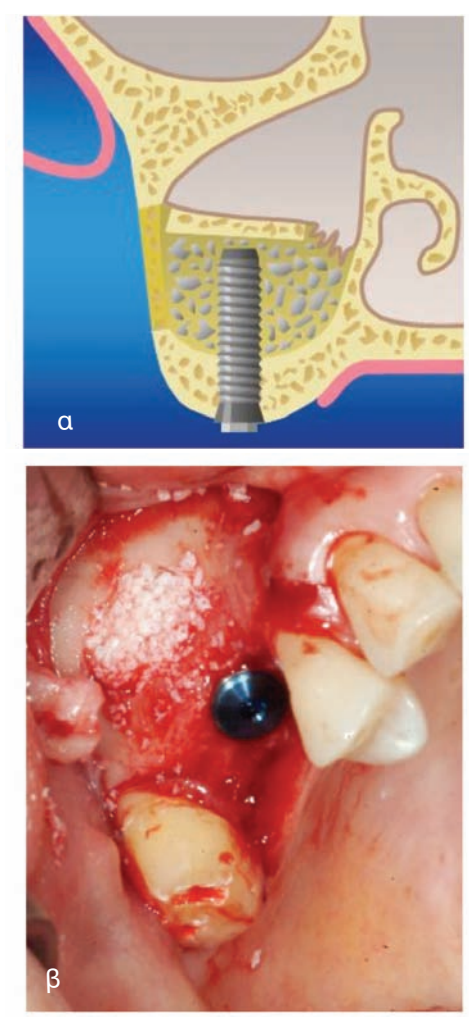
Εικόνα 9: Υπερώια προσπέλαση

Αντένδειξη για την πραγματοποίηση της επέμβασης είναι η στενού εύρους υπολειπόμενη φατνιακή ακρολοφία. Θεωρείται κατά τη γνώμη κάποιων συγγραφέων μια ασφαλής και πολλά υποσχόμενη τεχνική ανύψωσης του ιγμορείου.

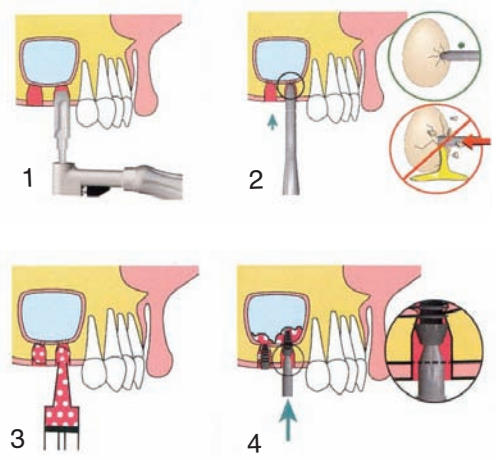
Τέλος, πρέπει να αναφέρουμε ότι σε όλες τις τεχνικές που περιγράψαμε είναι δυνατή η ταυτόχρονη ανύψωση και τοποθέτηση εμφυτευμάτων, εάν το ύψος της φατνιακής ακρολοφίας είναι ίσο ή μεγαλύτερο από 5 mm κατά την ακτινογραφική εξέταση, ώστε να παρέχεται στα εμφυτεύματα μια πρωτογενής συγκράτηση **(Εικόνα 10)**. Εάν αυτό το ύψος είναι μικρότερο από 5 mm, είναι προτιμότερη η τεχνική των δύο σταδίων, κατά την οποία πραγματοποιείται αρχικά η ανύψωση του ιγμορείου μαζί με την τοποθέτηση του οστικού μοσχεύματος και ακολουθεί η εμφύτευση, μετά από διάστημα 4-8 μηνών, ανάλογα με τη φύση του μοσχεύματος που επιλέχθηκε.

Β) ΚΛΕΙΣΤΗ ΑΝΥΨΩΣΗ ΙΓΜΟΡΕΙΟΥ ή ΤΕΧΝΙΚΗ ΤΩΝ ΟΣΤΕΟΤΟΜΩΝ

Αυτήν τη λιγότερο επεμβατική τεχνική ανέπτυξε πρώτος ο Summers το 1994, κατά την οποία, αντί να δημιουργηθεί παράθυρο στην έξω επιφάνεια του ιγμορείου, γίνεται με προσπέλαση από την κορυφή της φατνιακής ακρολοφίας και ακρορριζική μετατόπιση ενός οστικού πυρήνα. Λεπτομερέστερα παρασκευάζεται ένα αρχικό φρεάτιο, ενώ ακολούθως πραγματοποιείται με ειδικό οστεοτόμο εσωτερική οστεοτομία και μετατόπιση προς τα άνω του ακρορριζικού οστικού τμήματος του φρεατίου **(εικόνα 11)**. Η προώθηση του ακρορριζικού τμήματος επιτυγχάνεται με ειδικό εργαλείο, που επικρούεται με σφύρα. Μπορεί μ' αυτή τη μέθοδο να αποκτηθεί ένα επιπλέον ύψος οστού 3-4 mm. Στο κενό που προκύπτει τοποθετείται μόσχευμα το οποίο συμπυκνώνεται κατάλληλα, ενώ μπορεί να τοποθετηθεί μια μεμβράνη (barrier membrane) στο ακρορριζικό οστικό τμήμα για να απομονώσει πλήρως το βλεννογόνο του κόλπου από το φρεάτιο. Το εμφύτευμα μπορεί να τοποθετηθεί σε δεύτερο στάδιο, 4-6 μήνες μετά την αρχική επέμβαση *(διαδικασία δύο σταδίων)*, αλλά και άμεσα σε ένα στάδιο *(διαδικασία ενός σταδίου)*. Παρόλο που ο ειδικά σχεδιασμένος οστεοτόμος δεν προκαλεί συνήθως διάτρηση του βλεννογόνου του ιγμορείου, ο κίνδυνος είναι πάντα υπαρκτός, ειδικά στην τεχνική των δύο σταδίων.



Εικόνα 10: Ταυτόχρονη τοποθέτηση εμφυτευμάτων και μοσχευματικού υλικού για την ανύψωση του ιγμορείου. Σχηματική (α) και κλινική (β) απεικόνιση.



Εικόνα 11: Σχηματική παράσταση ανύψωσης του εδάφους του ιγμορείου με ακρορριζική μετατόπιση οστικού πυρήνα (εσωτερικό sinus lift). 1. Παρασκευή του φρεατίου μέχρι την παρυφή του ιγμορείου. 2. Οστεοτομία του ακρορριζικού τμήματος με τον ειδικό οστεοτόμο. 3. Τοποθέτηση μοσχεύματος. 4. Επίκρουση του εμφυτεύματος, το οποίο κατά την άνοδο του προς την τελική του θέση ωθεί τον ακρορριζικό οστικό πυρήνα και προκαλεί ανύψωση του εδάφους του ιγμορείου (από έντυπο της Bicon).

Κριτήριο για την επιλογή της διαδικασίας ενός ή δύο σταδίων αποτελεί και σε αυτή την τεχνική το ύψος της φατνιακής ακρολοφίας. Ύψος μικρότερο από 5-6 mm αποτελεί αντένδειξη άμεσης τοποθέτησης εμφυτεύματος – ταυτόχρονα με την ανύψωση, διότι τότε δεν μπορεί να επιτευχθεί η αρχική συγκράτηση του εμφυτεύματος, γεγονός που έχει ως αποτέλεσμα να ελαττώνονται τα ποσοστά επιβίωσής τους. Τα ανωτέρω αξιολόγησε μια 5ετής έρευνα, κατά τη διάρκεια της οποίας 252 εμφυτεύματα τοποθετήθηκαν σε 181 ασθενείς χρησιμοποιώντας την ενός σταδίου διαδικασία. Κατόπιν, οι μελετητές συσχέτισαν το ύψος της υπολειπόμενης ακρολοφίας προεγχειρητικά με τα ποσοστά επιβίωσης των εμφυτευμάτων περίπου 3 χρόνια μετά την επέμβαση. Διαπίστωσαν λοιπόν 100% επιβίωση εμφυτευμάτων σε περιοχές όπου το υπολειπόμενο ύψος ήταν μεγαλύτερο από 5 mm, ενώ το ποσοστό έπεφτε στο 90%, όταν η ακρολοφία ήταν μικρότερη από 5 mm. Επίσης, οι ερευνητές συσχέτισαν και τα ποσοστά επιβίωσης των εμφυτευμάτων με το ύψος του τοποθετούμενου εμφυτεύματος, αναφέροντας 100% επιβίωση για εμφυτεύματα μήκους 12 mm,

Εικόνα 12: Kit εσωτερικής ανύψωσης του ιγμορείου της Meisinger.

Εικόνα 13: Σχηματική αναπαράσταση της τεχνικής των οστεοτόμων.

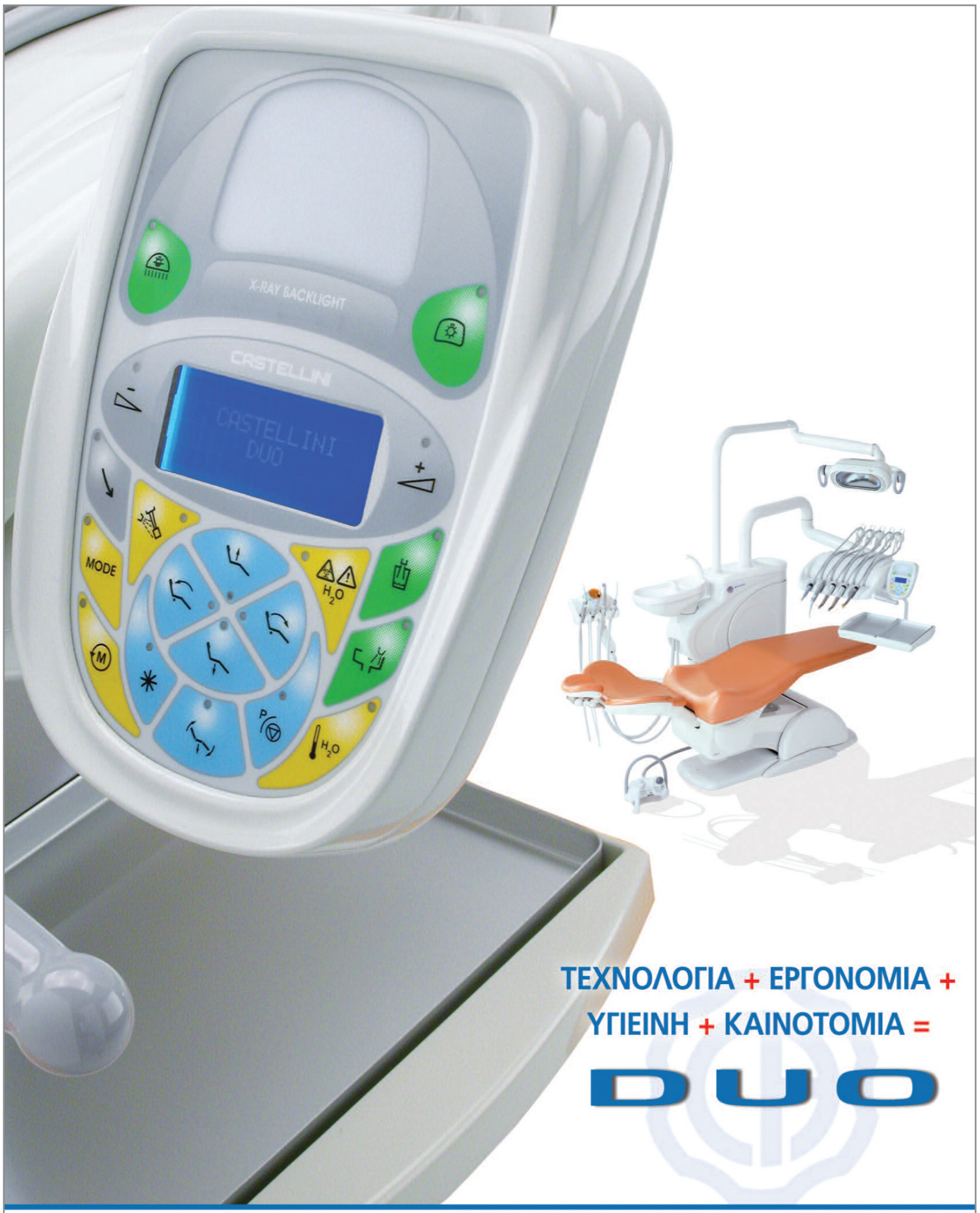
98,7% των εμφυτευμάτων ενώ διαπίστωσαν θετική πορεία μήκους 10 mm και 8 mm και το ποσοστό επιτυχίας μειώθηκε μόλις στο 47,6% σε εμφύτευση μήκους 6 mm. Χαρακτηριστικά αναφέρεται ότι το μήκος του εμφυτεύματος σε αυτές τις περιπτώσεις πρέπει να ακολουθεί τον τύπο 2x-2, όπου x είναι το ύψος της υπολειπόμενης ακρολοφίας προεγχειρητικά. Παλαιότερες έρευνες ανέφεραν ποσοστά επιβίωσης εμφυτευμάτων που ανέρχονταν στο 92-95% μετά την πραγματοποίηση *διαδικασίας ενός σταδίου* και παρακολούθησης των ασθενών για διάστημα 6-47 μηνών μετεγχειρητικά.

Παραλλαγή Β.1: Οι Bruschi και συν. το 1998 πραγματοποίησαν τροποποίηση της τεχνικής του οστεοτόμου, χρησιμοποιώντας ειδικά τρυπάνια-οστεοτόμους με τα οποία ήταν εφικτή η ανύψωση του εδάφους του ιγμορείου **(εικόνα 12)**, χωρίς τη βοήθεια του οστικού μοσχεύματος. Σε δείγμα 303 ασθενών τοποθέτησαν 499 εμφυτεύματα χρησιμοποιώντας την τεχνική αυτή και ανέφεραν ποσοστά 5ετούς επιβίωσης των εμφυτευμάτων της τάξης του 97,5%. Απαραίτητη προϋπόθεση για τη διενέργεια της τεχνικής αυτής ήταν η ύπαρξη 5-7 mm υπολειπόμενης φατνιακής ακρολοφίας προεγχειρητικά.

Παραλλαγή Β.2: Ίδιες συνθήκες (>5 mm ύψος φατνιακής ακρολοφίας) προϋποθέτει και η τροποποιημένη τεχνική που πρότειναν οι Davarpanah και συν. το 2001. Σύμφωνα με αυτούς χρησιμοποιούνται τα ίδια ειδικά τρυπάνια-οστεοτόμοι της προηγούμενης μεθόδου **(Εικόνες 12, 13)** μέχρι μήκος περίπου 1 mm κάτω από το έδαφος του άντρου. Στη συνέχεια, τοποθετείται μόσχευμα στην οπή που έχουμε δημιουργήσει, το οποίο δρα σαν αποροφητικό των κραδασμών και προκαλούμε, εφαρμόζοντας ελαφρά πίεση, κάταγμα στο υπολειπόμενο οστικό τμήμα. Ταυτόχρονα, επιτυγχάνουμε ελαφρά ανύψωση της μεμβράνης του Schneider, αποφεύγοντας τη διάτρησή της χάρη στην ήπια πίεση που ασκούμε. Οι ερευνητές αναφέρουν ότι η συγκεκριμένη μέθοδος είναι πιο συντηρητική, ελαττώνει το χειρουργικό χρόνο και μας επιτρέπει την τοποθέτηση εμφυτευμάτων μήκους 10 mm ή και μακρύτερων στην ίδια συνεδρία. Τα πλεονεκτήματα της τοποθέτησης μεγάλου μήκους εμφυτευμάτων, όταν χρησιμοποιούμε την ενός σταδίου διαδικασία, έχουν ήδη αναφερθεί.

Παραλλαγή Β.3: Μία ακόμη τροποποίηση της τεχνικής των οστεοτόμων πρωτοπαρουσίασε ο Chen το 1996, κατά την οποία πραγματοποιείται η χειρουργική διαδικασία με τον κλασικό τρόπο, με τη διαφορά ότι η ανύψωση της μεμβράνης επιτυγχάνεται με τη βοήθεια υδραυλικής πίεσης, η οποία προέρχεται από την έγχυση φυσιολογικού ορού με ειδική σύριγγα κάτω από τη μεμβράνη του Schneider, διαμέσου της οπής που έχουμε δημιουργήσει στη φατνιακή ακρολοφία με τα τρυπάνια-οστεοτόμους.

Ο ερευνητής θεωρεί ότι παρουσίασε ελάχιστα επεμβατική τεχνική ανύψωσης ιγμορείου, τροποποιώντας την κλασική τεχνική των οστεοτόμων. Στο πλαίσιο 8ετούς έρευνας, η μέθοδος εφαρμόστηκε σε 1.100 ασθενείς, στους οποίους τοποθετήθηκαν 1.557 εμφυτεύματα. Η επιτυχία μετά από 8ετή παρακολούθηση έφτασε το 99,9% και μόνο 8 εμφυτεύματα απωλέσθηκαν σε ασθενείς καπνιστές και με ύψος φατνιακής ακρολοφίας προεγχειρητικά της τάξης των 2 mm.



casadent
ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΙΚΑ ΕΙΔΗ & ΜΗΧΑΝΗΜΑΤΑ
Φωκίδος 47, Τ.Κ. 115 27 Γουδή, Αθήνα
Τηλ.: 210 3839253, 210 3844902, Fax: 210 3301867
e-mail: info@casadent.gr, www.casadent.gr

CASTELLINI
www.castellini.com

ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΙΚΑ ΑΠΟΣΤΟΛΙΔΗ
Ν. Τέλλογλου 11, Τ.Κ. 546 36 Θεσσαλονίκη
Τηλ.: 801 11 27678, 2310 201 301
Fax: 2310 217 102 • e-mail: info@apostolides.gr
Οδοντιατρικά Κοσμίδη, Φυλής 36 & Μαυρομιχάλη
Αλεξανδρούπολη τηλ.: 255 10-33533

Άλλοι συγγραφείς σε ασθενείς με υπολειπόμενη ακρολοφία ύψους 4 mm, παρουσίασαν με τη μέθοδο αυτή απόλυτη επιτυχία και δεν είχαν απώλεια εμφυτεύματος σε ελέγχους που έγιναν έως και 30 μήνες μετά την επέμβαση.

Τα πλεονεκτήματα της μεθόδου Chen κατά τον ίδιο τον συγγραφέα είναι:

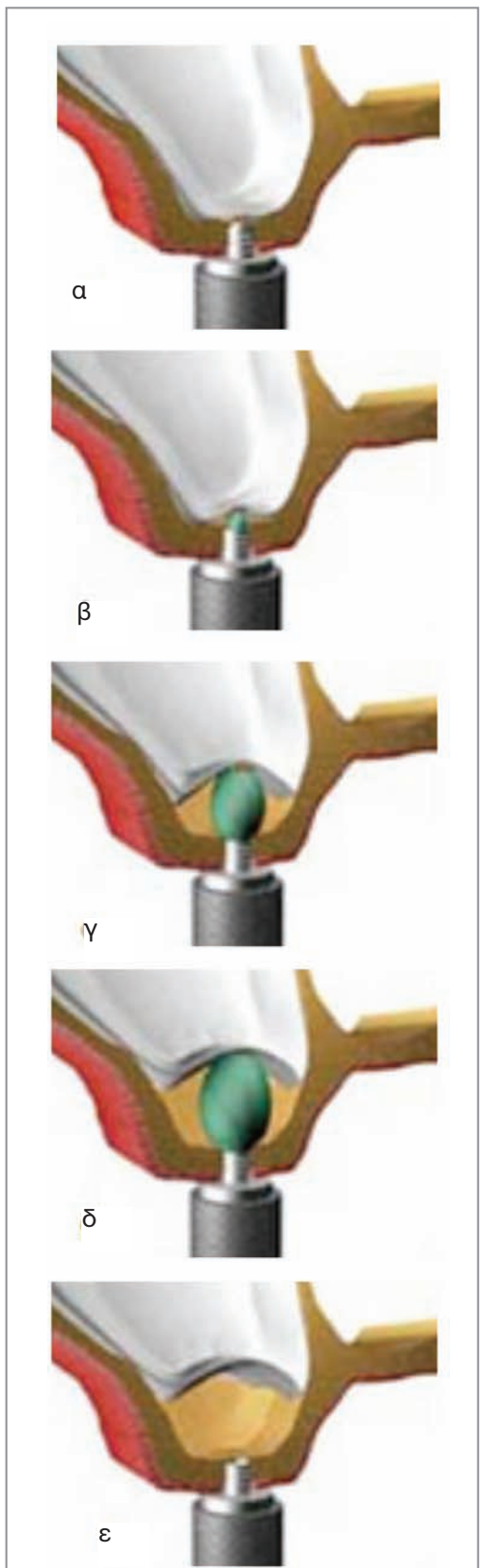
α) Η λιγότερο επεμβατική τεχνική και ο μειωμένος χρόνος επέμβασης που δίνουν τη δυνατότητα πραγματοποίησής της σε ασθενείς με πηκτικές διαταραχές.

β) Η ομαλότερη μετεγχειρητική πορεία (οίδημα) και ταλαιπωρία του ασθενούς.

γ) Η επάνοδος του ασθενούς στην εργασία την επομένη της επέμβασης.

δ) Η ενός σταδίου διαδικασία ανύψωσης-εμφύτευσης. Το σημείο που χρειάζεται ιδιαίτερη προσοχή είναι η αποφυγή διάτρησης της μεμβράνης κατά τη διάνοιξη της οπής στην ακρολοφία.

Παραλλαγή Β.4: Τεχνική ανύψωσης της μεμβράνης με τη χρήση μπαλονιού. Είναι από τις πλέον πρόσφατες και καινοτόμους μεθόδους **(Εικόνα 14)** και αποτελεί τροποποίηση της τεχνικής των οστεοτόμων. Σύμφωνα με αυτή, ακολουθείται η κλασική τεχνική ώστε να δημιουργηθεί οπή στη φατνιακή ακρολοφία, ενώ στη συνέχεια, η υπερκείμενη μεμβράνη ανυψώνεται με τη βοήθεια ενός μπαλονιού το οποίο πληρούται με φυσιολογικό ορό. Στο κενό που δημιουργείται τοποθετείται οστικό μόσχευμα.



Εικόνα 14: Ανύψωση μεμβράνης με χρήση ειδικού μπαλονιού έπειτα από διαφατνιακή προσπέλαση.

Σε έρευνα που πραγματοποιήθηκε σε 28 ασθενείς με μονήρη έλλειψη οπισθίου δοντιού και ύψος υπολειπόμενης ακρολοφίας 4,92 ± 1,24mm, ύστερα από ανύψωση της μεμβράνης του Schneider με μπαλόνι και χρήση οστικού μοσχεύματος, παρατηρήθηκαν τα εξής: διάτρηση της μεμβράνης κατά την έκπτυξη του μπαλονιού σε δύο περιπτώσεις και απώλεια ενός εμφυτεύματος λόγω λοίμωξης, ενώ οι ακτινογραφικές απεικονίσεις 12-16 μήνες μετεγχειρητικά στις υπόλοιπες των περιπτώσεων, έδειξαν επιτυχή ανύψωση του ιγμορείου άντρου κατά 10,9 ± 2,06 χιλιοστά. Τα αποτελέσματα κρίνονται πολύ ενθαρυντικά και στα πλεονεκτήματα της μεθόδου συγκαταλέγονται τα εξής:

α) Μεγάλου μήκους κάθετη ανύψωση του ιγμορείου.

β) Ελάχιστα επεμβατική τεχνική.

γ) Πολύ καλή μετεγχειρητική πορεία με ελάχιστο οίδημα του ασθενούς και μικρή πιθανότητα επιπλοκών.

δ) Εύκολη εκμάθηση της μεθόδου.

ΝΕΟΤΕΡΕΣ ΤΕΧΝΙΚΕΣ

Ι) Ενδοσκοπικές τεχνικές ανύψωσης του ιγμορείου.

Διακρίνουμε δύο ενδοσκοπικές τεχνικές:

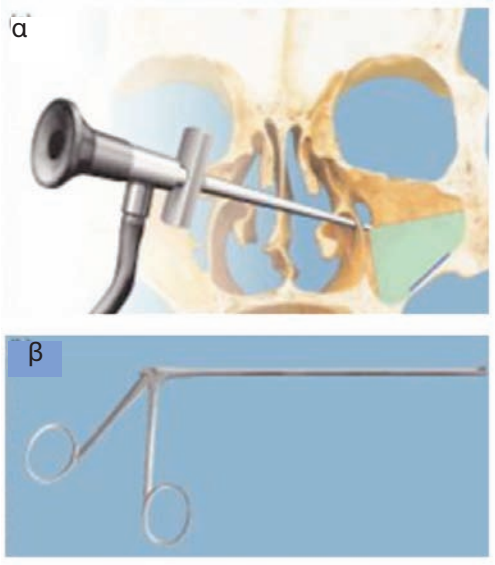
Ι.1 Διαφατνιακή ανύψωση του ιγμορείου. Η μέθοδος αποτελεί ουσιαστικά παραλλαγή της τεχνικής του οστεοτόμου και μέσω αυτής επιτυγχάνουμε τη σταδιακή και υπό συνεχή παρατήρηση αποκόλληση και ανύψωση της μεμβράνης του Schneider, την ελεγχόμενη τοποθέτηση μοσχεύματος υπομεμβρανικά και όχι εντός του άντρου, τον ενδελεχή έλεγχο της μεμβράνης για πολύποδες ή άλλες ανωμαλίες και τη διόρθωση ιατρογενών επιπλοκών που πιθανώς να προκύψουν κατά τη διαδικασία (π.χ. διάτρηση μεμβράνης).

Στα πλεονεκτήματα αυτής της τεχνικής συγκαταλέγονται ακόμα: το πολύ καλό οπτικό πεδίο διεγχειρητικά, το ικανοποιητικό ύψος της ακρολοφίας μετεγχειρητικά, το γεγονός ότι πρόκειται για συντηρητική και ελάχιστα επεμβατική τεχνική, η διατήρηση καλής αιματικής παροχής στους ιστούς, η μικρότερη νοσηρότητα και το γεγονός ότι γίνεται καλώς ανεκτή από τους ασθενείς.

Άλλοι ερευνητές, παρότι τονίζουν τον ελάχιστα επεμβατικό χαρακτήρα της τεχνικής αυτής σε σύγκριση με την τεχνική του πλευρικού παραθύρου, εντούτοις καταλήγουν στην άποψη ότι δεν είναι εφαρμόσιμη στην καθημερινή πράξη, λόγω του πολύπλοκου πρόσθετου εξοπλισμού που απαιτεί και περιορίζουν τη χρήση της σε ερευνητικά πρωτόκολλα.

Ι.2 Ανύψωση ιγμορείου με ρινική προσπέλαση χωρίς τη χρήση μοσχεύματος. Αποτελεί μια εκ των εξαιρέσεων, καθότι δεν εμπίπτει σε μία από τις δύο μεγάλες κατηγορίες τεχνικών. Ώθηση προς την τεχνική αυτή έδωσε η παρατήρηση, κυρίως ωτορινολαρυγγολόγων, της δημιουργίας οστού στο έδαφος του άντρου, μετά από προηγούμενη εκτομή της μεμβράνης λόγω χρόνιας ιγμορίτιδας. Μέχρι τώρα έχει χρησιμοποιηθεί μόνο σε ασθενείς με πολύ έντονα περιοδοντικά προβλήματα των οπισθίων δοντιών της άνω γνάθου, αλλά έχει πολύ καλές προοπτικές και για εφαρμογή σε ασθενείς με νωδότητα στις περιοχές αυτές.

Σύμφωνα με τη διαδικασία αυτή, γίνεται προσπέλαση προς το ιγμόρειο άντρο με τη βοήθεια ενδοσκοπίου διαμέσου της ρινικής κοιλότητας και του μέσου ρινικού πόρου **(εικόνα 15).** Μέσω του ενδοσκοπίου, πραγματοποιείται εκτομή της μεμβράνης του Schneider στο έδαφος και στα πλάγια τοιχώματα του άντρου μετά από ανάκαμψή της. Οι ερευνητές πραγματοποίησαν 33 επεμβάσεις τέτοιου είδους και στις 31 από αυτές παρατήρησαν ακτινογραφικά τη δημιουργία οστού ύψους



Εικόνα 15: Προσπέλαση στο ιγμόρειο άντρο με ειδικό ενδοσκόπιο μέσω της ρινικής κοιλότητας.

από 2,7 έως 15,4 mm ενδοκολπικά, με μέση τιμή ύψους τα 7,6 mm, δύο χρόνια μετά την επέμβαση. Τα αποτελέσματα αυτά θεωρούνται ιδιαίτερα ικανοποιητικά, διότι μπορούν να οδηγήσουν στην ανεύρεση μιας λιγότερο επεμβατικής μεθόδου, χωρίς την ανάγκη χρήσης οστικού μοσχεύματος και με ταυτόχρονη αποφυγή της τραυματικής ενδοστοματικής προσπέλασης.

ΙΙ) Ανύψωση ιγμορείου με ενός σταδίου διαδικασία, χωρίς τη χρήση μοσχεύματος.

Αποτελεί παραλλαγή της τεχνικής του πλευρικού οστικού παραθύρου και οι ερευνητές αναφέρουν τη δημιουργία οστού χωρίς την αναγκαιότητα χρήσης οστικού μοσχεύματος, κατά τη διαδικασία ανύψωσης. Η μελέτη αυτή πραγματοποιήθηκε σε 10 ασθενείς, με υπολειπόμενη φατνιακή ακρολοφία από 1 έως 9 mm, με μέσο όρο τα 5 mm στους οποίους και πραγματοποιήθηκαν 12 ανυψώσεις εδάφους ιγμορείου. Στην τεχνική αυτή δεν τοποθετείται μοσχευματικό υλικό, διότι σχηματίζεται νέο οστούν από το θρόμβο που παράγεται μετά την ανύψωση του βλεννογόνου του ιγμορείου.

Παρασκευάζεται ένα οστικό παράθυρο στην έξω επιφάνεια του κόλπου με παλμικό πριόνι, όπως στην τεχνική οστικού παραθύρου, αλλά στη συγκεκριμένη μέθοδο το οστικό τμήμα αποσπάται πλήρως. Κατόπιν γίνεται προσεκτική ανύψωση του βλεννογόνου του κόλπου, ο οποίος σταθεροποιείται προς τα πάνω με συρραφή στο τοίχωμα του κόλπου. Στη φάση αυτή τοποθετούνται τα εμφυτεύματα διαφατνιακά, τα οποία και προωθούνται πέραν από το κάτω όριο του ιγμορείου με προσοχή για να μην προκληθεί ρήξη του βλεννογόνου του. Μετά επανατοποθετείται στην αρχική του θέση το αποσπασθέν οστικό παράθυρο, το οποίο σταθεροποιείται εκεί με την επαναφορά και συρραφή του κρημνού του βλεννογονοπεριοστέου. Με τον τρόπο αυτό σχηματίζεται ένας κενός χώρος, ο οποίος οριοθετείται από τον βλεννογόνο του ιγμορείου, το οστικό παράθυρο και τη φατνιακή ακρολοφία, που πληρούται με αίμα, το οποίο αναμένεται να μετατραπεί σε νέο οστούν. Παρόλο που δεν προστίθεται κάποιο αυξητικό υλικό, σχηματίζεται νέο οστούν και με ανάλυση συντονισμού βρέθηκε ότι τα εμφυτεύματα παραμένουν σταθερά. Οι ερευνητές είναι πολύ αισιόδοξοι, αλλά τονίζουν την αναγκαιότητα μακροχρόνιων και με περισσότερα περιστατικά ερευνών.

ΙΙΙ) Ζυγωματικά εμφυτεύματα

Περιγράψαμε ένα πλήθος μεθόδων και τεχνικών που χρησιμοποιούνται ή έχουν χρησιμοποιηθεί κατά καιρούς για τη χειρουργική ανύψωση του ιγμορείου άντρου με σκοπό την τοποθέτηση εμφυτευμάτων για αισθητικούς και λειτουργικούς λόγους. Παρά το πλήθος των επιλογών που διαθέτουμε, είναι πιθανό σε κάποια περιστατικά να μην είναι εφικτή η πραγματοποίηση κάποιας από τις παραπάνω τεχνικές για ποικίλους λόγους, που περιλαμβάνουν από την κατάσταση της υγείας του ασθενούς μέχρι και κοινωνικούς, εργασιακούς ή οικονομικούς λόγους. Σε τέτοιες περιπτώσεις και εφόσον ο ασθενής επιθυμεί μια ακίνητη προσθετική εργασία, υπάρχει η δυνατότητα τοποθέτησης εμφυτευμάτων στο ζυγωματικό οστούν σε συνδυασμό με εμφυτεύματα στην πρόσθια περιοχή **(Εικόνα 16).** Η επιλογή αυτή προϋποθέτει την ύπαρξη κατάλληλου ποσοτικά και ποιοτικά ζυγωματικού οστού. Σε έρευνα που πραγματοποιήθηκε σε 54 ασθενείς με ατροφία της οπίσθιας περιοχής της άνω γνάθου, τοποθετήθηκαν 101 ζυγωματικά εμφυτεύματα και τα ποσοστά επιβίωσης έως και 72

Εικόνα 16: Ζυγωματικά εμφυτεύματα

μήνες μετά την αποκατάσταση ανήλθαν στο 96,04%. Οι ίδιοι οι ερευνητές αναφέρουν την εναλλακτική προοπτική που μπορούν μελλοντικά να αποτελέσουν τα ζυγωματικά εμφυτεύματα, όμως απαιτείται ακόμη περαιτέρω κλινική και εργαστηριακή εμπειρία και έρευνα.

ΑΝΤΕΝΔΕΙΞΕΙΣ ΑΝΥΨΩΣΗΣ ΤΟΥ ΙΓΜΟΡΕΙΟΥ ΑΝΤΡΟΥ

Αντένδειξη για τη διαδικασία ανύψωσης του ιγμορείου άντρου αποτελούν σωματικές και ψυχικές νόσοι, οι οποίες ούτως ή άλλως καθιστούν προβληματική την πραγματοποίηση οιασδήποτε χειρουργικής επέμβασης. Επιπλέον, για την οστική ανύψωση της άνω γνάθου αντένδειξη αποτελούν:

Η οξεία και χρόνια ιγμορίτιδα
Ευμεγέθεις πολύποδες ή άλλες παθολογικές εξεργασίες εντός του γναθιαίου κόλπου, ενώ πιθανή μερική αντένδειξη αποτελεί το κάπνισμα, καθότι αναφέρεται ότι οι καπνίζοντες πάνω από 10 τσιγάρα/ημέρα, έχουν μεγαλύτερο κίνδυνο επιπλοκών.

ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ ΑΝΥΨΩΣΗΣ ΙΓΜΟΡΕΙΟΥ

Οι πιθανές επιπλοκές ανύψωσης του ιγμορείου άντρου, καθώς και η πιθανότητα εμφάνισής τους, είναι:
Χρόνια ιγμορίτιδα μετά την ανύψωση του ιγμορείου στο 1,3% των περιπτώσεων.
Διάτρηση της μεμβράνης του Schneider στο 19,5% των επεμβάσεων.
Μερική απώλεια του μοσχευματικού υλικού σε 0-25% των ανυψωθέντων ιγμορείων.
Ολική απώλεια του μοσχευματικού υλικού σε 0-2,6% των ανυψωθέντων ιγμορείων.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Στο παρόν άρθρο πραγματοποιήθηκε αναφορά σε πλήθος τεχνικών, οι οποίες συνδυάζονται με μια μεγάλη ποικιλία από μοσχευματικά υλικά. Ποια τεχνική όμως είναι η καλύτερη και ποιο το καλύτερο οστικό μόσχευμα; Ύστερα από ανασκόπηση και συγκριτική μελέτη 43 εργασιών που αναφέρονται σε μεθόδους και υλικά που χρησιμοποιούνταν για την ανύψωση του εδάφους του ιγμορείου, προκύπτουν τα εξής:
Τα εμφυτεύματα που τοποθετήθηκαν μετά από ανύψωση του εδάφους του ιγμορείου με την τεχνική του πλευρικού οστικού παραθύρου,εμφανίζουν ποσοστό επιτυχούς οστεοενσωμάτωσης της τάξης του 91,8%.
Καλύτερη βιολογική συμπεριφορά είχαν τα εμφυτεύματα με αδρή επιφάνεια, όταν τοποθετήθηκαν μέσα στο μόσχευμα.
Τα μοσχεύματα σε μορφή μικρών μορίων-κόκκων παρουσιάζουν καλύτερη επούλωση σε αντίθεση μ' αυτά που χρησιμοποιούνται σε μορφή block (π.χ. λαγόνιο μόσχευμα).
Όταν το εξωτερικό οστικό παράθυρο καλύπτεται με μεμβράνη, αυξάνεται η επιβίωση των εμφυτευμάτων.
Το αυτογενές οστούν έχει καλύτερα αποτελέσματα, ενώ όταν χρησιμοποιείται σαν συμπλήρωμα σε μείγμα με ετερόλογα ή αλλοπλαστικά υλικά δεν επηρεάζει την επιβίωση των εμφυτευμάτων.
Δεν υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά ανάμεσα στην άμεση και την έμμεση εμφύτευση, όσον αφορά τα ποσοστά επιβίωσης των εμφυτευμάτων.

Επιλεκτική Βιβλιογραφία

Gosau M, Rink D, Driemel O, Draenert FG.
Maxillary sinus anatomy: a cadaveric study with clinical implications.
Anat Rec (Hoboken). 2009 Mar;292(3):352-4.
Small SA, Zinner ID, Panno FV, et al
Augmentation of the maxillary sinus for implants: Report of 27 patients.
Int J Oral Maxillofac. Implants 8:523, 1993.
Smiler DG, Johnson PW, Lozada JL, Misch C, Rosenlicht JL, Tatum OH Jr, Wagner JR.
Sinus lift grafts and endosseous implants. Treatment of the atrophic posterior maxilla.
Dent Clin North Am. 1992 Jan;36(1):151-86; discussion 187-8
Lawson W, Patel ZM, Lin FY.
The development and pathologic processes that influence maxillary sinus pneumatization.
Anat Rec (Hoboken). 2008 Nov;291(11):1554-63.
Davarpanah M, Martinez H, Tecucianu JF, Hage G, Lazzara R.
The modified osteotome technique.
Int J Periodontics Restorative Dent. 2001 Dec;21(6):599-607.
Misch CE.
Maxillary sinus augmentation for endosteal implants: organized alternative treatment plans.
Int J Oral Implantol. 1987;4(2):49-58.
Block MS, Kent JN.
Sinus augmentation for dental implants: the use of autogenous bone.
J Oral Maxillofac Surg. 1997 Nov;55(11):1281-6.
Timmenga NM, Raghoebar GM, Boering G, van Weissenbruch R.
Maxillary sinus function after sinus lifts for the insertion of dental implants.
J Oral Maxillofac Surg. 1997 Sep;55(9):936-9;discussion 940.
Zijderveld SA, van den Bergh JP, Schulten EA, ten Bruggenkate CM.
Anatomical and surgical findings and complications in 100 consecutive maxillary sinus floor elevation procedures.
J Oral Maxillofac Surg. 2008 Jul;66(7):1426-38.
Hernndez-Alfaro F, Torradeflot MM, Marti C.
Prevalence and management of Schneiderian membrane perforations during sinus-lift procedures.
Clin Oral Implants Res. 2008 Jan;19(1):91-8. Epub 2007 Oct 23.
Stübinger S, Saldamli B, Seitz O, Sader R, Landes
Palatal versus vestibular piezoelectric window osteotomy for maxillary sinus elevation: a comparative clinical study of two surgical techniques.
Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod. 2009 May;107(5):648-55. Epub 2009 Feb 8.
Gabbert O, Koob A, Schmitter M, Rammelsberg P.
Implants placed in combination with an internal sinus lift without graft material: an analysis of short-term failure.
Clin Periodontol. 2009 Feb;36(2):177-83.
Karabuda C, Arisan V, Hakan O.
Effects of sinus membrane perforations on the success of dental implants placed in the augmented sinus.
J Periodontol. 2006 Dec;77(12):1991-7.
Johan P. A, Van den Bergh JP, ten Bruggenkate CM, Disch

DentalExpert

Αγαπητοί φίλοι και συνεργάτες
Βρίσκομαι στην ευχάριστη θέση να σας ανακοινώσω την απόφασή μου για ένα νέο ξεκίνημα.
Τον Ιανουάριο του 2010 ιδρύσαμε την εταιρεία Dental Expert Ε.Π.Ε., έχοντας ως γνώμονα τη συνέπεια, τη σοβαρότητα και την επαγγελματική ευσυνειδησία.
Μετά από δεκαέξι χρόνια σκληρής προσπάθειας στην αγορά των οδοντιατρικών υλικών, απέκτησα σημαντική γνώση και εμπειρία, στοιχεία που θα αξιοποιήσω και στη νέα μου αυτή προσπάθεια.
Η υποδομή, η οργάνωση και η στελέχωση της Dental Expert Ε.Π.Ε. έχει γίνει με σεβασμό προς το σύγχρονο οδοντίατρο. Στόχος δικός μου και των συνεργατών μου, σε αυτή τη δύσκολη χρονική περίοδο που διανύουμε, είναι να είμαστε πάντα κοντά σας, παρέχοντας προϊόντα άριστης ποιότητας σε προσιτές τιμές.
Θα ήθελα να ευχαριστήσω θερμά όλους εσάς, τους φίλους και συνεργάτες, για την εποικοδομητική επικοινωνία μας όλα αυτά τα χρόνια, μέσα από την οποία είχα την ευκαιρία να εμπλουτίσω τις γνώσεις μου.
Η ανανέωση της εμπιστοσύνης σας προς το πρόσωπό μου, μέσα από τη δυνατότητα που θα μου δώσετε να συνεχίσουμε τη συνεργασία μας, θα με γεμίσει χαρά και ικανοποίηση.

Με εκτίμηση
Άννα Ελμάογλου

Άννα Ελμάογλου

Φειδιππίδου 30, 11527, Αθήνα
T 210 7770739, 210 7770749
F 210 7770716, K 6944247175
e-mail: anna@dental-expert.gr
skype: anna_elmaoglou, www.dental-expert.gr

FJ, Tuinzing DB.
Anatomical aspects of sinus floor elevations.
Clin Oral Implants Res. 2000 Jun;11(3):256-65.
Torrella F, Pitarch J, Cabanes G, Anitua E.
Ultrasonic ostectomy for the surgical approach of the maxillary sinus: a technical note.
Int J Oral Maxillofac Implants. 1998 Sep-Oct;13(5):697-700.
Vercellotti T, De Paoli S, Nevins M.
The piezoelectric bony window osteotomy and sinus membrane elevation: introduction of a new technique for simplification of the sinus augmentation procedure.
Int J Periodontics Restorative Dent. 2001 Dec;21(6):561-7.
Peivandi A, Bugnet R, Debize E, Gleizal A, Dohan DM.
Piezoelectric osteotomy: applications in periodontal and implant surgery.
Rev Stomatol Chir Maxillofac. 2007 Nov;108(5):431-40. Epub 2007 Oct 4.
Emtiaz S, Caramês JM, Pragosa A.
An alternative sinus floor elevation procedure: trephine osteotomy.
Implant Dent. 2006 Jun;15(2):171-7.
Soltan M, Smiler DG.
Antral membrane ballon elevation.
J Oral Implantol. 2005;31(2):85-90.
Jensen OT, Perkins S, Van de Water FW.
Nasal fossa and maxillary sinus grafting of implants from a palatal approach: report of a case.
J Oral Maxillofac Surg. 1992 Apr;50(4):415-8.
Pjetursson BE, Rast C, Brägger U, Schmidlin K, Zwahlen M, Lang NP.
Maxillary sinus floor elevation using the (transalveolar) osteotome technique with or without grafting material. Part I & II.
Clin Oral Implants Res. 2009 Jul;20(7):667-76. Epub 2009 May 26.
Fugazzotto PA
Augmentation of the posterior maxilla.
Implant and Regenerative Therapy in dentistry. Page 174, 2009
Coatoam GW, Krieger JT.
A four-year study examining the results of indirect sinus augmentation procedures.
J Oral Implantol. 1997;23(3):117-27.
Zitzmann NU, Schärer P.
Sinus elevation procedures in the resorbed posterior maxilla. Comparison of the crestal and lateral approaches.
Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod. 1998 Jan;85(1):8-17.
Summers RB
A new concept in maxillary implant surgery: the osteotome technique.
Compendium. 1994 Feb; 15(2), 154-6
Komarnyckyj OG, London RM.
Osteotome single-stage dental implant placement with and without sinus elevation: a clinical report.
Int J Oral Maxillofac Implants. 1998 Nov-Dec;13(6):799-804.
Bruschi GB, Scipioni A, Calesini G, Bruschi E.
Localized management of sinus floor with simultaneous implant placement: a clinical report.
Int J Oral Maxillofac Implants. 1998 Mar-Apr;13(2):219-26.
Sotirakis EG, Gonshor A.
Elevation of the maxillary sinus floor with hydraulic pressure.
J Oral Implantol. 2005;31(4):197-204.
Chen L, Cha J.
An 8-year retrospective study: 1,100 patients receiving 1,557 implants using the minimally invasive hydraulic sinus condensing technique.
J Periodontol. 2005 Mar;76(3):482-91.
Chen L.
Hydraulic Sinus Lift with sinus condenses. Interview.
Dent Impantol Update. 2003 Mar;14(3):1723.
Hu X, Lin Y, Metzmacher AR, Zhang Y.
Sinus membrane lift using a water balloon followed by bone grafting and implant placement: a 28-case report.
Int J Prosthodont. 2009 May-Jun;22(3):243-7.
Engelke W, Schwarzwäller W, Behnsen A, Jacobs HG.
Subantroscopic laterobasal sinus floor augmentation (SALSA): an up-to-5-year clinical study.
Int J Oral Maxillofac Implants. 2003 Jan-Feb;18(1):135-43.
Nkenke E, Schlegel A, Schultze-Mosgau S, Neukam FW.
The endoscopically controlled osteotome sinus floor elevation: a preliminary prospective study.
Wiltfang J. Int J Oral Maxillofac Implants. 2002 Jul-Aug;17(4):557-66.
Kiyokawa K, Kiyokwa M, Sakaguchi S, Fukaya T, Rikimaru H.
Endoscopic maxillary sinus lift without vestibular mucosal incision or bone graft.
J Craniofac Surg. 2009 Sep;20(5):1462-7.
Sohn DS, Lee JS, Ahn MR, Shin HI.
New bone formation in the maxillary sinus without bone grafts.
Implant Dent. 2008 Sep;17(3):321-31.
Pjetursson, B.E., Tan, W.C., Zwahlen, M. & Lang, N.P.
A systematic review of the success of sinus floor elevation and survival of implants inserted in combination with sinus floor elevation.
Journal of Clinical Periodontology (2008) 35: 216–240
Fugazzotto PA
Augmentation of the posterior maxilla.
Implant and Regenerative Therapy in dentistry. Page 144, 2009
Timmenga NM, Raghoebar GM, V. Weissenbruch R, Vissink A.
Maxillary sinusitis following augmentation of the maxillary sinus floor. A report of two cases.
J Oral Maxillofac Surg 2001; 59: 200–204
Nkenke E, Stelzle F
Clinical outcomes of sinus floor augmentation for implant placement using autogenous bone or bone substitutes: a systematic review.
Clin. Oral Impl. Res. 20(Suppl. 4) 2009; 124-133
Cawood JL et al.
A classification of the edentulous jaws.
Int J Oral Maxillofac Surg. 1988; 17: 232-236
Wallace SS, Froum SJ.
Effect of maxillary sinus augmentation on the survival of endosseous dental implants. A systematic review.
Ann Periodontol. 2003 Dec;8(1):328-43.

www.osstell.com

Πως καθορίζεται η σταθερότητα του εμφυτεύματος;

Αφή.

Μέτρηση.

Μέχρι τώρα η επιδεξιότητα και η ικανότητα ενός έμπειρου οδοντιάτρου ήταν ο επικρατέστερος τρόπος κρίσης της σταθερότητας ενός εμφυτεύματος.

Σήμερα υπάρχει κι άλλος τρόπος- εξαιρετικά ακριβής και εντελώς αντικειμενικός.

Είναι η συσκευή Osstell Mentor , μία μοναδική ψηφιακή ανακάλυψη, η οποία μετράει και αναλύει την σταθερότητα του εμφυτεύματος μέσω της αντήχησης της συχνότητας (RFA).

Η επίβλεψη της οστεοενσωμάτωσης ποτέ δεν ήταν ευκολότερη. Μπορείτε να παίρνετε πιο σίγουρες αποφάσεις για την φόρτιση των εμφυτευμάτων και να λαμβάνετε προειδοποίηση για τυχόν προβλήματα οστεοενσωμάτωσης. Η ποιότητα της θεραπείας επιβεβαιώνεται συνεχώς.

Το Osstell Mentor σας δίνει μια ακριβή μέτρηση της σταθερότητας του κάθε εμφυτεύματος, κάθε φορά.

Ο αντικειμενικός τρόπος μέτρησης εμφυτευματικής σταθερότητας.

OSSTELL

Γενικός Αντιπρόσωπος
ΜΑΥΡΑΕΙΔΟΠΟΥΛΟΣ ΔΗΜΗΤΡΙΟΣ
Τζωρτζ 12,106 77 Αθήνα
Τηλ.: 210 3837334, 210 3830432, Fax: 210 3831604 e-mail: mavr@acci.gr http:www.mavraidopoulos.gr
ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗ: Κ. ΦΛΩΡΟΣ & ΥΙΟΣ Ο.Ε. Εγνατίας 88, 546 23 Θεσ/νίκη, Τηλ.: 2310 224203,2310 244078
ΚΥΠΡΟΣ: J&C. DENMED LTD, P.O. Box 8410 LIMASSOL 3734, Τηλ.: 0035725-583480, Fax: 0035725-584441

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 στήλη μας φιλοξενεί ένα περιστατικό γραμμένο από την κ. **Ζαφειρία Κακαλέτρη**. Η κ. Κακαλέτρη είναι απόφοιτος της Οδοντιατρικής Σχολής ΕΚΠΑ και εξασκεί γενική οδοντιατρική.

ΚΥΡΙΟ ΠΡΟΒΛΗΜΑ ΑΣΘΕΝΟΥΣ

«Γιατρέ το στόμα μου κολλάει και δε μπορώ να φάω. Το φαγητό το αισθάνομαι σαν καρφιά»

ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΙΚΟΝΑ

Ασθενής 62 ετών παρουσιάστηκε στην Στοματολογική Κλινική του Νοσοκομείου «Α.Συγγρός», παραπονούμενη για δυσφαγία και δυσκαταποσία.

Η κλινική εξέταση της στοματικής κοιλότητας αποκαλύπτει έντονα ξηροστομικό βλεννογόνο, εξέρυθρο και ατροφικό, με το χαρακτηριστικό της ελάχιστης σιαλικής ροής και τη δυσκολία αποκόλλησης της ξύλινης διαγνωστικής σπάθης από τη γλώσσα και τις παρειές. Το σάλιο εμφανίζεται πυκνό και λευκό. Η γλώσσα είναι ξηρή και λεία. Κατά την ψηλάφηση των προωτιαίων περιοχών, διαπιστώνεται αμφοτερόπλευρη διόγκωση των παρωτίδων καθώς και του υπογναθίου αδένα **(Εικόνα 1)**.

Παράλληλα, υφίστανται εκτεταμένες και πολυάριθμες αυχενικές τερηδόνες, παρά την απουσία αυξημένου τοπικού αιτιολογικού παράγοντα πλάκας και τρυγίας **(εικόνα 2)**.

Μετά από σχετική ερώτηση, η ασθενής αναφέρει στο ιατρικό ιστορικό της ξηροφθαλμία, αίσθηση ξένου σώματος στα μάτια και πόνο στις αρθρώσεις. Η ασθενής δε λαμβάνει καμία φαρμακευτική αγωγή και δηλώνει ότι βρίσκεται σε καλή ψυχολογική κατάσταση παρά την ταλαιπωρία την οποία της προκαλεί το στόμα της.

ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ

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

- Η κλινική εικόνα του ξηροστομικού βλεννογόνου (γενικευμένη δυσλειτουργία των σιαλογόνων αδένων)
- Η αμφοτερόπλευρη διόγκωση των παρωτίδων
- Η ξηροφθαλμία
- Ο πόνος στις αρθρώσεις

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

- Σύνδρομο Sjögren
- Ψυχογενής ξηροστομία
- Φαρμακευτική ξηροστομία
- Σαρκοείδωση
- Σύνδρομο Heerfordt
- Λοίμωξη HIV
- Σακχαρώδης διαβήτης
- Σιαλολιθίαση
- Ογκοι σιαλογόνων αδένων

Το σύμπτωμα της ξηροστομίας είναι καθοριστικό για τη διαφορική μας διάγνωση. Τα κλινικά συμπτώματα της ξηροφθαλμίας και του πόνου των αρθρώσεων μπορεί να συνδέονται με την ξηροστομία ή όχι και οφείλουμε να εξετάσουμε και τις δύο πιθανότητες.

Τα πιο κοινά είδη ξηροστομίας είναι η ψυχογενής και η φαρμακευτική ξηροστομία, διαγνώσεις οι-οποίες απαιτούν αποκλεισμό άλ-

1

2

λων, πιο ειδικών λεπτομερή διερεύνηση του ιατρικού ιστορικού.

Στην περίπτωση της ασθενούς μας το γεγονός ότι δε λαμβάνει φάρμακα αλλά και ότι η ξηροστομία δεν εμφανίζεται μόνη της αλλά σε συνδυασμό με άλλα κλινικά ευρήματα μας απομακρύνει από αυτή τη διάγνωση της ψυχογενούς ή φαρμακευτικής ξηροστομίας και μας οδηγεί στο να εξετάσουμε πρώτα, νοσήματα τα οποία συνδυάζουν όλα τα κλινκά συμπτώματα.

Η σαρκοείδωση και το Σύνδρομο Heerfordt αποτελούν σπάνια νοσήματα του ανοσοποιητικού συστήματος (ασαφούς αιτιολογίας) τα οποία χαρακτηρίζονται συχνά από αμφοτερόπλευρη διόγκωση των σιαλογόνων αδένων, διόγκωση των δακρυϊκών αδένων και από πόνο στις αρθρώσεις. Απαραίτητη εξέταση είναι η ακτινογραφία θώρακος καθώς και η αιματολογική εξέταση επιπέδων ACE (ενζύμου μετατροπέα της αγγειοτενσίνης)

Η λοίμωξη από HIV είναι δυνατό να εμφανίσει ξηροστομία και διόγκωση των σιαλογόνων αδένων, (δύσκολα εξίσσου έντονη αμφοτερόπλευρα) καθώς και πόνο στις αρθρώσεις. Συνήθως όμως συνυπάρχουν και άλλα ευρήματα, τόσο αιματολογικά όσο και από άλλα συστήματα του οργανισμού, αφού η τριάδα αυτή των συμπτωμάτων εμφανίζεται συνήθως σε ασθενείς με αυξημένο ιικο φορτίο.

Από πλευράς δημογραφικών στοιχείων, το προφίλ της ασθενούς μας δεν ταιριάζει με το προφιλ του ασθενούς με λοίμωξη από HIV, χωρίς αυτό να αποτελεί καθοριστικό παράγοντα διάγνωσης.

Ο σακχαρώδης διαβήτης, καθώς και η βουλιμία και ο αλκοολισμός μπορούν να οδηγήσουν σε αμφοτερόπλευρη διόγκωση των παρωτίδων, η οποία όμως δε συνοδεύεται από άλλα συμπτώματα.

Η σιαλολιθίαση καθώς και οι όγκοι των σιαλογόνων αδένων πολύ σπάνια παρουσιάζονται αμφοτερόπλευρα στις παρωτίδες και δε συνοδεύονται από άλλα συμπτώματα.

Το Σύνδρομο Sjögren, ένα αυτοάνοσο νόσημα παρουσιάζει τη μεγαλύτερη συμβατότητα με όλα τα κλινικά ευρήματα της εκτεταμένης ξηροστομίας, της αμφοτερόπλευρης διόγκωσης των παρωτίδων, της ξηροφθαλμίας και της αρθραλγίας. Το φύλο και η ηλικία της ασθενούς ταιριάζουν με το προφίλ των ασθενών με αυτήν την πάθηση. Η διαγνωση του συνδρόμου Sjogren απαιτεί εκτεταμένο και ενδελεχή εργαστηριακό έλεγχο καθώς και βιοψία σιαλογόνων αδένων . Το σύνδρομο Sjögren διακρίνεται σε πρωτοπαθές και δευτεροπαθές ανάλογα με το αν συνοδεύεται (δευτεροπαθές) ή όχι (πρωτοπαθές) από άλλο συστηματικό αυτοάνοσο νόσημα.

ΚΛΙΝΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ: Πρωτοπαθές Σύνδρομο Sjögren

ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΗ ΜΕΘΟΔΕΥΣΗ:

Η κλινική διάγνωση είναι απαραίτητο να επιβεβαιωθεί με τον ακόλουθο τρόπο:

- Γενική εξέταση αίματος (συμπεριλαμβανομένου του ορολογικού επιπέδου ACE)
- Βιοψία και ιστολογική εξέταση μικρών σιαλογόνων αδένων με focus score (ποσοτική αξιολόγηση λεμφοκυτταρικών διηθήσεων των λοβιδίων των σιαλογόνων αδένων)
- Ορολογικά τεστ (ανοσολογικός έλεγχος): *ANA (Antinuclear antibodies), Ποσοτικός προσδιορισμός IgG, αντι-DNA αντισώματα, αντι-SSA (Ro) και SSB (La), αντισώματα ρευματοειδή παράγοντα, αντι-Sm*
- Οφθαλμολογικό τεστ Shirmer
- Σιαλογραφία
- HIV τεστ
- Ακτινογραφία θώρακος

ΤΕΛΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ:

Η ασθενής ήταν αρνητική για τεστ HIV αλλά εμφανίζει αναιμία και έντονα θετικά ANA, αντι-SSA, αντι-SSB, καθώς και έντονα θετικό τεστ Shirmer. Ρευματολογική αξιολόγηση δεν αποκάλυψε άλλο αυτοάνοσο νόσημα. Η βιοψία των σιαλογόνων αδένων έδειξε λεμφοκυτταρική διήθηση του αδενικού παρεγχύματος. Με βάση αυτά τα στοιχεία, στοιχειοθετείται η διάγνωση του πρωτοπαθούς Sjogren.

ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Το Σύνδρομο Sjögren είναι χρόνια αυτοάνοση πάθηση των εξωκρινών αδένων που προσβάλλει κυρίως τους σιαλογόνους, δακρυϊκούς και άλλους αδένες και οδηγεί σε μείωση των εκκρίσεων. Δεν έχει εντοπιστεί η αιτιολογία. Η νόσος προβάλλει πιο συχνά τις γυναίκες σε αναλογία 9:1 σε σχέση με τους άνδρες, κυρίως στην τέταρτη και πέμπτη δεκαετία της ζωής. Σε 5% των ασθενών είναι πιθανό να αναπτυχθεί μη-Hodgkin λέμφωμα.

Παρότι οι παθογενετικοί μηχανισμοί αυτοανοσίας είναι αντικείμενο ενεργής έρευνας, σε πολύ λίγες περιπτώσεις αυτοανόσων νοσημάτων μπορεί να καθοριστεί ο αιτιολογικός παράγοντας.

Το Σύνδρομο Sjögren μπορεί να είναι πρωτοπαθές ή δευτεροπαθές όπως προαναφέρθηκε. Σε δευτεροπαθές Sjögren συνυπάρχουν νοσήματα του συνδετικού ιστού, όπως ρευματοειδής αρθρίτιδα, συστηματικός ερυθηματώδης λύκος, σκληρόδερμα, πολυμυοσίτις κ.α.

Η κλινική εικόνα περιλαμβάνει:

- στοματικές εκδηλώσεις (υποτροπιάζουσα διόγκωση μειζόνων και ελασσόνων σιαλογόνων αδένων, ξηροστομία, εκτεταμένες τερηδόνες, καντιντίαση)
- οφθαλμικές εκδηλώσεις (ξηρά κερατοεπιπεφυκίτις)
- δερματικές εκδηλώσεις (ξηροδερμία, γραμμοειδές ερύθημα, φαινόμενο Raynaud, πορφύρα)
- στο 30% των ασθενών με πρωτοπαθή νόσο παρατηρούνται και εξωαδενικές βλάβες (μυαλγίες, αρθραλγίες, προσβολή νεφρών, πνευμόνων, κακουχία, χαμηλή πυρετική κίνηση).

Η ιστολογική εικόνα από τους ελάσσονες σιελογόνους αδένες δείχνει λεμφοπλασματοκυτταρική διήθηση του παρεγχύματος με φλεγμονώδη στοιχεία και προοδευτική καταστροφή των αδένων, αλλά συνήθως με διατήρηση της λοβιδιακής δομής τους.

Οι ορολογικές εξετάσεις είναι θετικές για ANA (Antinuclear antibodies), αντι-DNA αντισώματα, αντι-SSA (Ro) και SSB (La) και συχνά και για αντισώματα ρευματοειδή παράγοντα, που οδηγεί σε διάγνωση συνυπάρχουσας ρευματοειδούς αρθρίτιδας.

Η διάγνωση στηρίζεται σε συνεκτίμηση των κλινικών σημείων, συμπτωμάτων και εργαστηριακών ευρημάτων

Συμπτωματική είναι η θεραπεία που χορηγείται για το Σύνδρομο Sjögren, καθώς δεν διαθέτουμε ακόμα θεραπευτικά μέσα για την ουσιαστική μεταβολή της πορείας της νόσου και απαιτεί τη συνεργασία ρευματολόγου, στοματολόγου και οφθαλμιάτρου καθώς και λεπτομερή οδοντιατρική φροντίδα

Η στοματική αγωγή αφορά στην ανακούφιση της ξηροστομίας με ανάλογα υποκατάστατα σάλιου πολλές φορές μέσα στην ημέρα. Λόγω της ελλείψεως σάλιου, ο ασθενής είναι ευπαθής στην τερηδόνα και χρειάζεται συνεχή οδοντιατρική φροντίδα και πρόληψη ώστε να μή χάσει την οδοντοφυία του στην τερηδόνα. Οι φθοριώσεις καθώς και η εφαρμογή εξαιρετικής στοματικής υγιεινής είναι απαραίτητες.

Για την ανακούφιση της ξηροφθαλμίας χορηγούνται από τον οφθαλμίατρο συνθετικά δάκρυα και τοπικοί διεγέρτες για την παραγωγή δακρύων.

Στους ασθενείς αυτούς, θα πρέπει να αποφεύγονται τα φάρμακα που προκαλούν ξηροστομία, π.χ. αντικαταθλιπτικά, αντιχολινεργικά, καθώς και το κάπνισμα.

Η συστηματική φαρμακευτική θεραπεία της ξηροστομίας πρέπει να συνταγογραφείται μόνο από ειδικό και περιλαμβάνει χολινεργικά παρασυμπαθητικομιμητικά φάρμακα π.χ. υδροχλωρική πιλοκαρπίνη ή έναν ανταγωνιστή των μουσκαρινικών υποδοχέων π.χ. υδροχλωρική σεβιμελίνη για τη διέγερση των εκκρίσεων των σιελογόνων αδένων ώστε να βελτιωθεί η ξηροστομία. Πολλή προσοχή απαιτείται για τις αντενδείξεις αυτών των φαρμάκων (γλαύκωμα ή ιριδίτιδα, μη ελεγχόμενο άσθμα, καρδιακή ανεπάρκεια, νεφρική νόσο, χρόνια αποφρακτική πνευμονοπάθεια, εγκυμοσύνη).

Ορισμένοι ασθενείς εμφανίζουν πιο έντονα τα συμπτώματα με πλήρη και σοβαρή εκδήλωση σε πολλά συστήματα, ενώ άλλοι παρουσιάζουν μόνο ήπια ξηροστομία και ξηροφθαλμία, με αργή εξέλιξη της νόσου.

Στη δευτεροπαθή μορφή του συνδρόμου, ο ασθενής πρέπει να παραπέμπεται σε ειδικό ρευματολόγο για παρακολούθηση.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Το Σύνδρομο Sjögren είναι μια αυτοάνοση νόσος για την οποία ***ο κλινικός οδοντίατρος πρέπει να έχει υψηλό βαθμό υποψίας,*** καθώς, είναι πιθανό, οι πρώτες κλινικές ενδείξεις του να αφορούν το στοματικό βλεννογόνο με τη μορφή της γενικευμένης ξηροστομίας. ***Απαιτείται στενή συνεργασία του Οδοντιάτρου με το Στοματολόγο, Ρευματολόγο και Οφθαλμίατρο για την ορθή αντιμετώπιση της νόσου. Οι ασθενείς είναι απαραίτητο να λαμβάνουν οδηγίες στοματικής υγιεινής και να εντάσσονται σε προληπτικο πρόγραμμα από τον οδοντίατρο για τον έλεγχο του εκτεταμένου πολυτερηδονισμού που εύκολα συνοδεύει το ξηροστομικό περιβάλλον.***

ΣΤΗ ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗ ΤΟ 15^{ο} ΔΙΕΘΝΕΣ ΣΥΝΕΔΡΙΟ ΤΗΣ BaSS, ΜΕ ΚΕΝΤΡΙΚΟ ΘΕΜΑ:

Advancing the Art and Science in Dentistry

ΑΠΟ 22 ΕΩΣ 25 ΑΠΡΙΛΙΟΥ 2010, ΣΤΟ ΣΥΝΕΔΡΙΑΚΟ ΚΕΝΤΡΟ «Ι. ΒΕΛΛΙΔΗΣ»

Είναι κοινά αποδεκτό ότι η οδοντιατρική επιστήμη έχει γνωρίσει τις τελευταίες δεκαετίες αλματώδη πρόοδο. Η διαμόρφωση ειδικοτήτων, η εφαρμογή προηγμένων κλινικών και εργαστηριακών τεχνικών, καθώς και η ανάπτυξη της τεχνολογίας στην υλικοτεχνική υποδομή έχουν προσδώσει εκρηκτική ανάπτυξη σε όλους τους επιμέρους κλάδους της. Επιπλέον, καθιστούν αναγκαία τη διαρκή επιστημονική ενημέρωση του οδοντιάτρου, προκειμένου η ποιότητα των υπηρεσιών που προσφέρει να ανταποκρίνεται στις ανάγκες των ασθενών ενός σύγχρονου οδοντιατρείου .

Φέτος το 15ο Διεθνές Συνέδριο της Βαλκανικής Στοματολογικής Εταιρείας διοργανώνεται στη χώρα μας και πιο συγκεκριμένα στη Θεσσαλονίκη από 22 έως 25 Απριλίου. Στόχος της BaSS είναι να προκαλέσει το ενδιαφέρον για συζήτηση και ανταλλαγή εμπειριών μεταξύ των συνέδρων, ιδιαίτερα στους τομείς αυτούς που θα αποτελέσουν σημεία αιχμής στην εξέλιξη της οδοντιατρικής τα προσεχή χρόνια. Το θέμα του Συνεδρίου «Advancing the Art and Science in Dentistry» επιλέχτηκε για να εξυπηρετήσει ακριβώς το σκοπό αυτό.

Γράφει η **Βίκυ Κουρλιμπίνη**, δημοσιογράφος

Το «Ο.Β.» συνομίλησε με τον πρόεδρο της BaSS, καθηγητή κ. Πέτρο Κοΐδη, για τα επόμενα βήματα της Βαλκανικής Στοματολογικής Εταιρείας, όπως επίσης και με τον πρόεδρο της οργανωτικής επιτροπής του 15ου Διεθνούς Συνεδρίου της BaSS, καθηγητή Ενδοδοντίας ΑΠΘ, κ. Θεόδωρο Λαμπριανίδη, για τα βασικά θέματα που αφορούν στη διοργάνωση του συνεδρίου.

Θα ξεκινήσουμε πρώτα με τα όσα μας είπε ο κ. Πέτρος Κοΐδης για τους στόχους, τις προτεραιότητες της BaSS και για το ρόλο που διαδραματίζει πλέον στον βαλκανικό χώρο.

Κύριε καθηγητά, τι είναι η Βαλκανική Στοματολογική Εταιρεία και ποιο το ιδιαίτερο στίγμα της ανάμεσα στις πολλές οδοντιατρικές επιστημονικές εταιρείες που υπάρχουν γύρω μας;

Η ιδέα της Βαλκανικής Στοματολογικής Εταιρείας ή της BaSS, όπως είναι γνωστή, γεννήθηκε πριν από 15 χρόνια από συναδέλφους του Οδοντιατρικού Συλλόγου Θεσσαλονίκης, μέσα από την συνειδητοποίηση της ανάγκης διεύρυνσης του ζωτικού χώρου της ελληνικής οδοντιατρικής. Δεν προσείλκυσε απλώς οδοντιάτρους με κοινές μόνο επιστημονικές αναζητήσεις, όπως συμβαίνει σε άλλες επιστημονικές εταιρείες εγχώριες ή ξένες, αλλά πρότεινε ένα μονοπάτι αναζήτησης ευρύτερων επιστημονικών, επαγγελματικών ακόμη και συνδικαλιστικών προσδοκιών και στόχων. Τα Βαλκάνια αποτελούσαν και αποτελούν ένα σταυροδρόμι λαών που η ιστορία τούς έφερε κοντά ιδιαίτερα πολιτισμικά και γλωσσολογικά και το έδαφος ήταν πρόσφορο για μια τέτοια σύνθετη προσέγγιση. Το εγχείρημα βασίστηκε στην κατανόηση, κατ' εξοχήν προσπάθεια της επιστήμης κατά τον μαθηματικό και φιλόσοφο Penrose, και σιγά-σιγά, με κύριο μοχλό την Οδοντιατρική Σχολή του Αριστοτελείου Πανεπιστημίου, μορφοποιήθηκε σε μια οργανωμένη δομή οδοντιάτρων 10 κρατών, με κέντρο την Ελλάδα και την Θεσσαλονίκη και εκτεινόμενη από τη Βοσνία-Ερζεγοβίνη στο Βορά, μέχρι νότια στην Κύπρο.

Πιο συγκεκριμένα, θα θέλαμε να μας πείτε ποιες είναι οι κυριότερες δράσεις της BaSS;

Κύρια δραστηριότητα και μοχλός επικοινωνίας και δράσης της BaSS είναι τα ετήσια Συνέδριά της και το επιστημονικό της περιοδικό, το Balkan Journal of Stomatology. Όσον αφορά τα Συνέδρια, θα μπορούσε κάποιος να μας παρομοιάσει με βεδουίνους. Κάθε χρόνο μετακινούμαστε από χώρα σε χώρα και από τη μία πόλη των Βαλκανίων στην άλλη κουβαλώντας επιστήμη, εμπειρίες, προσδοκίες και προπάντων κέφι. Ναι, τα συνέδριά μας είναι μια μεγάλη γιορτή, που φέρνει κοντά ανθρώπους τόσο διαφορετικούς αλλά και τόσο όμοιους, που ακόμα και πρόσφατα πολεμικά γεγονότα δεν μπορούν να τους χωρίσουν. Το γκρέμισμα των τειχών, που ύψωσαν αντιμαχόμενες πλευρές και στρατιωτικές ενέργειες και κατοχές στην πολύπαθη περιοχή μας, γίνεται εν μέρει πράξη σ' αυτά τα Συνέδρια. Όσο δε αφορά το περιοδικό μας, μπορούμε να είμαστε περήφανοι που εκδίδεται αδιάλειπτα 15 σχεδόν χρόνια, με αντίξοες συνθήκες σύνταξης, παραγωγής και διανομής, χωρίς διαφημίσεις, λειτουργώντας από την πρώτη στιγμή με αυστηρό σύστημα κριτών, και προσφέροντας βήμα γραπτού επιστημονικού λόγου σε συναδέλφους όλης της Βαλκανικής, που δύσκολα μπορούν να προσεγγίσουν άλλα διεθνή περιοδικά.

Τελικά, ως πρόεδρος της BaSS, ποια βλέπετε να είναι η σημερινή προοπτική της;

Η BaSS άνοιξε τον δρόμο για μια καλύτερη κατανόηση της οδοντιατρικής και όχι μόνο πραγματικότητας των χωρών της περιοχής και θα συνεχίσει και τα επόμενα χρόνια. Οι δράσεις της αναμφίβολα θα εμπλουτιστούν και με άλλες μορφές, διατηρώντας όμως, αφ' ενός τον ξεχωριστό χαρακτήρα της με την καλλιέργεια των διεθνών σχέσεων και ανάπτυξης και άσκησης «πολιτικής» στον δύσκολο γεωγραφικό αυτό χώρο και αφ' ετέρου, τον κεντρικό ρόλο στα οδοντιατρικά δρώμενα της Βαλκανικής των ετήσιων συνεδρίων της. Και φέτος, το Συνέδριο της BaSS στη Θεσσαλονίκη, φιλοδοξεί να αποτελέσει σταθμό στην ιστορία της Εταιρείας μας και ταυτόχρονα εφαλτήριο σημαντικών ποιοτικών μεταβολών για την διοργάνωση, που πιστεύω θα επιβιώσουν στην δοκιμασία του χρόνου και την κριτική όλων των Ελλήνων αλλά και των άλλων Βαλκάνιων συναδέλφων.

Στη συνέχεια συνομιλήσαμε με τον πρόεδρο της οργανωτικής επιτροπής του 15ου Διεθνούς Συνεδρίου της BaSS κ. Θεόδωρο Λαμπριανίδη για τη θεματολογία του συνεδρίου και τις λεπτομέρειες του προγράμματος.

Κε Λαμπριανίδη, θα θέλαμε αρχικά να μας πείτε, ποιοι είναι οι βασικοί στόχοι που έχετε θέσει ως οργανωτική επιτροπή.

Είναι αλήθεια ότι τα προηγούμενα χρόνια αποτέλεσαν την απαραίτητη περίοδο κατά την οποία η Βαλκανική Στοματολογική Εταιρεία έθεσε τις βάσεις και οριοθέτησε το πλαίσιο δράσης της, ώστε να αποτελεί σήμερα όχημα φιλίας και συνεργασίας μεταξύ των οδοντιάτρων της Βαλκανικής και να παρέχει βήμα ανταλλαγής γνώσεων και εμπειριών στον επιστημονικό και επαγγελματικό τομέα. Και παρά τις αντιξοότητες, θα συμφωνήσουν όλοι ότι τα έχει καταφέρει αρκετά καλά. Είναι όμως καιρός να προχωρήσουμε ένα βήμα περισσότερο.

Στόχος της Οργανωτικής Επιτροπής, και ας μου επιτραπεί ένα προσωπικό κίνητρο, είναι το 15ο Συνέδριο να αποτελέσει το εφαλτήριο για μια νέα περίοδο, κατά την οποία η BaSS θα διευρύνει τους επιστημονικούς της ορίζοντες εκτός των στενών γεωγραφικών ορίων της Βαλκανικής χερσονήσου.

Ποια κριτήρια λάβατε υπόψη για τη συγκρότηση του επιστημονικού προγράμματος;

Όπως σε κάθε συνέδριο, στο κατευθυνόμενο σκέλος του επιστημονικού προγράμματος θα υπάρχουν εισηγήσεις και στρογγυλά τραπέζια που θα εναρμονίζονται και θα αναπτύσσουν σε επιμέρους ενότητες το κεντρικό θέμα του συνεδρίου. Για το σκοπό αυτό δόθηκε ιδιαίτερη βαρύτητα

Συνέχεια στη σελίδα 26

LECTURES

Contributor	Country - Institution	Title
Prof. A. Tamse	The Maurice and Gabriela Goldschleger, School of Dental Medicine, Tel Aviv University / Israel	Differential diagnosis of vertical root fractures in endodontically treated teeth.
Assoc. Prof. M. Papadopoulos	School of Dentistry, Aristotle University of Thessaloniki, Greece	Efficient orthodontic treatment of Class II malocclusion with miniscrew implants
Assist. Prof. A. Kossioni	School of Dentistry, Kapodistrian University of Athens, Greece	Treating Ageing Europe: Are we prepared to meet older patients oral health needs?"
Prof J. Vanobbergen	Ghent University, Belgium	Changing treatment needs in oral health care in elderly patients
Lecturer N. Sykaras	School of Dentistry, Kapodistrian University of Athens, Greece	Removable Prosthodontics: New trends in the new era.
Lecturer N. Sykaras & E. Theofili	School of Dentistry, Kapodistrian University of Athens, Greece	Implant overdentures: Treatment planning for clinical success
S. Floratos	School of Dentistry, Kapodistrian University of Athens, Greece	Periodontal-Endodontic interrelationships
Prof. M. Hulsmann	University of Go"ttingen, Germany	Orthograde retreatment of endodontic failures: Indications and techniques
Assist. Prof. S. Papazoglou	School of Dentistry, Kapodistrian Univercity of Athens, Greece	Anterior esthetic restorations: Direct or indirect?
Prof. J. Schols	Department of General Practice, Caphri, Maastricht Univercity, The Netherlands	Measuring the prevelance of oral health problems yearly in different health care sectors, an interesting option.
Assoc. Prof. J. Tzoutzas	Department of Operative Dentistry, National and Kapodistrian University of Athens, Dental School, Greece	Negative effects of sterilization and disinfecting techniques and materials, on the integrity of dental armamentarium
Assoc. Prof. A.Tsirlis	School of Dentistry, Aristotle University of Thessaloniki, Greece	Perioperative management of antithrombotic therapy in oral surgery
Assoc. Prof. P. A. Tripodakis, Instuctor P. Andritsakis, Dental Technician, Graduate student E. Tripodaki	Depatrment of Prosthodontics School of Dentistry, Kapodistrian Univercity of Athens, Greece	Clinical and Laboratory implications IN the use of CAD/CAM TECHNOLOGY in Fixed prosthodontics
Assist. Prof. K.Tolidis	Dept. Operative Dentistry Aristotle University of Thessaloniki, Greece	The Art and Science of Immediate Aesthetic Restoration
A. Aspradaki, Assoc. Prof. A. Philalithis	University of Crete, Greece.	Bioethics in Dentistry: Issues of Autonomy and Consent in Oral
Prof. A. Athanasiou	Department of Orthodontics , School of Dentistry, Aristotle University of Thessaloniki, Greece	Risk Management In Orthodontics
Assist. Prof. H. Petridis	Dept. of Fixed Prosthodontics and Implant Prostheses, Dental School, Aristotle University of Thessaloniki, Greece	The art and science of ceramic veneers
Prof. A. Sklavounou	Department of Oral Pathology and Medicine School of Dentistry, University of Athens, Greece	Human papillomavirus - related oral diseases: A focus on oral cancer.

στην επιλογή ομιλητών με διεθνή παρουσία και αξιόλογο ερευνητικό έργο.
Θέλω να σας διαβεβαιώσω ακόμη ότι καταβλήθηκε ιδιαίτερη προσπάθεια ώστε οι επίσημα προσκεκλημένοι ομιλητές, ένας από κάθε χώρα-μέλος της BaSS, να δραστηριοποιούνται σε χώρες εκτός της Βαλκανικής Χερσονήσου, κυρίως στη Δυτική Ευρώπη. Πιστεύουμε ότι με τον τρόπο αυτό θα δώσουμε την ευκαιρία στους συμμετέχοντες να συμπληρώσουν τις γνώσεις τους με τις νεότερες εξελίξεις στην έρευνα και την εφαρμοσμένη κλινική πράξη. Παράλληλα, διακεκριμένοι ομιλητές, εξέχοντα μέλη της ακαδημαϊκής κοινότητας, συμμετέχουν με διαλέξεις ή σε συζητήσεις στρογγυλών τραπεζιών που καλύπτουν όλο το φάσμα της Οδοντιατρικής επιστήμης. Αποτελεί επίσης παράδοση για τα συνέδρια της BaSS να δίνεται βήμα στους νέους επιστήμονες να παρουσιάζουν την ερευνητική τους δουλειά με τη μορφή αναρτημένων ή ελεύθερων ανακοινώσεων, για το σκοπό αυτό η επιστημονική επιτροπή έχει την ευθύνη της επιλογής των εργασιών εκείνων που ανταποκρίνονται στα κριτήρια που έχει θέσει.

Στο πλαίσιο του συνεδρίου προγραμματίστηκαν πρακτικά σεμινάρια. Θα θέλατε να μας δώσετε περισσότερες πληροφορίες;
Αποδεχόμενοι σε πολύ μεγάλο βαθμό την ορθότητα της άποψης ότι «κύριος σκοπός της επιμόρφωσης είναι η σύνδεση της επιστημονικής γνώσης με την εκπαιδευτική πράξη» προγραμματίστηκαν στο πλαίσιο του συνεδρίου επτά πρακτικά σεμινάρια (hands on courses) σε ιδιαίτερου ενδιαφέροντος θέματα που απασχολούν τους οδοντιάτρους σήμερα.
Πρόκειται για εύληπτα, συμπτυγμένα αλλά περιεκτικά πρακτικά σεμινάρια (όχι αποσπασματικά) με σκοπό οι συμμετέχοντες να αναπτύξουν δεξιότητες για να αντιμετωπίσουν αποτελεσματικά κλινικά περιστατικά και να εφαρμόσουν ή να βελτιώσουν τεχνικές που χρησιμοποιούν. Απευθύνονται σε όλους όσους επιθυμούν να διευρύνουν τις γνώσεις τους σε συγκεκριμένα αντικείμενα. Τα σεμινάρια προσεγγίζουν εξειδικευμένα θέματα περιοδοντολογίας, ενδοδοντίας, προσθετικής, χειρουργικής και ορθοδοντικής δίνοντας ευρεία δυνατότητα στον Έλληνα ή Βαλκάνιο οδοντίατρο να επιλέξει εκείνο ή εκείνα που εμπίπτουν στα ενδιαφέροντά του.
Οι διοργανωτές και εκπαιδευτές των πρακτικών σεμιναρίων είναι ακαδημαϊκοί σε ελληνικά ή διεθνή πανεπιστήμια με μεγάλη κλινική εμπειρία στη διδασκαλία και εφαρμογή των τεχνικών που παρουσιάζουν.
Η χρονική διάρκεια και η ανάπτυξή τους θα γίνεται σε χώρους και χρόνους που δεν θα παρεμβαίνουν και δεν θα παρακωλύουν τη ροή του κυρίως προγράμματος του Συνεδρίου. Όσοι λοιπόν επιθυμούν θα πρέπει να εξασφαλίσουν έγκαιρα τη εγγραφή τους, καθώς υπάρχει αυξημένο ενδιαφέρον και δυστυχώς περιορισμός στον αριθμό των συμμετεχόντων.

Πώς μπορεί κάποιος να βρει περισσότερες πληροφορίες για το Συνέδριο;
Αναλυτικές πληροφορίες για το συνέδριο μπορεί να βρει ο κάθε ενδιαφερόμενος στην ιστοσελίδα της Βαλκανικής Στοματολογικής Εταιρείας (Balkan Stomatological Society), στην ηλεκτρονική διεύθυνση www.e-bass.org στον υποφάκελο scientific events αλλά και στο τηλέφωνο 2310-818.111.

Βρισκόμαστε σε μια περίοδο οικονομικής ύφεσης. Μήπως τα 140 ευρώ της συμμετοχής αποτελέσουν αντικίνητρο για όσους θελήσουν να παρακολουθήσουν το συνέδριο;
Είναι πολύ εύστοχη η παρατήρησή σας και σε γενικές γραμμές δεν θα διαφωνήσω μαζί σας. Ας μην ξεχνάμε όμως ότι πρόκειται για ένα διεθνές συνέδριο και οι συμμετέχοντες θα έχουν την ευκαιρία στο τριήμερο των εργασιών να παρακολουθήσουν διαλέξεις από καταξιωμένους ομιλητές σε αντικείμενα που αφορούν στην καθημερινή κλινική πράξη.
Επίσης υπάρχει και μία ακόμη παράμετρος που με την ευκαιρία θα ήθελα να επισημάνω, καθώς θεωρούμε ότι αποτελεί ένα επιπλέον κίνητρο για τους ενδιαφερόμενους οδοντίατρους. Το 15ο Συνέδριο της BaSS θα φιλοξενήσει παράλληλα την ετήσια σύνοδο της Ευρωπαϊκής Γηροδοντιατρικής Εταιρείας (ECG), δίνοντας την ευκαιρία στους συμμετέχοντες να παρακολουθήσουν, χωρίς επιπλέον εγγραφή και το τονίζω αυτό, τα αντικείμενα της συνόδου.

Το 15ο Συνέδριο της BaSS φιλοξενεί παράλληλα και τις εργασίες της ετήσιας συνόδου του Ευρωπαϊκού Κολλεγίου Γηροδοντιατρικής (European College of Gerodontology). Με αυτή την αφορμή λοιπόν, η πρόεδρος της συνόδου κ. Αναστασιάδου Βασιλική, αναπληρώτρια καθηγήτρια της Οδοντιατρικής Σχολής του ΑΠΘ, μιλάει γι' αυτή την ευτυχή, όπως η ίδια τη χαρακτηρίζει, συγκυρία, όπως ακόμη και για τους στόχους του ECG.

Κα Αναστασιάδου, πώς προέκυψε αυτή η συνεργασία και η σύνοδος του Ευρωπαϊκού Κολλεγίου Γηροδοντιατρικής γίνεται παράλληλα με το 15ο Συνέδριο της BaSS;
Η ετήσια συνάντηση του Ευρωπαϊκού Κολλεγίου Γηροδοντιατρικής (European College of Gerodontology) φιλοξενείται για το 2010 από το 15ο Συνέδριο της Βαλκανικής Στοματολογικής Εταιρείας εξαιτίας της ευτυχούς συγκυρίας της διοργάνωσης αμφοτέρων στη Θεσσαλονίκη.
Ήταν ιδιαίτερη η χαρά μου ως προέδρου για το 2010 του ECG, όταν ο πρόεδρος της οργανωτικής επιτροπής του Συνεδρίου, καθ. Θ. Λαμπριανίδης, μου ανακοίνωσε την αποδοχή της πρότασης που είχα κάνει προς το διοικητικό συμβούλιο της Βαλκανικής Στοματολογικής Εταιρείας και συγκεκριμένα προς τον γραμματέα της BaSS, καθ. Α. Πισιώτη, και τον πρόεδρο της BaSS καθ. Π. Κοΐδη, να πραγματοποιηθούν από κοινού η συνάντηση του ECG για το 2010 και το 15ο Συνέδριο της BaSS.
Θεωρήθηκε τόσο εκ μέρους του Συμβουλίου του ECG όσο και του Συμβουλίου της BaSS, ότι ήταν μια μεγάλη ευκαιρία για την στήριξη και την προώθηση της επιστημονικής γνώσης μέσω της διεπιστημονικής προσέγγισης, της επιστημονικής αλληλεπίδρασης και της διεθνούς συνεργασίας, καθ' όσον και οι δύο φορείς έχουν κοινούς τόπους για την πρόοδο της οδοντιατρικής επιστήμης.

Τι αντιπροσωπεύει το European College of Gerodontology και πώς συνδέονται οι στόχοι του με την οδοντιατρική φροντίδα των ηλικιωμένων ενηλίκων;
Το Ευρωπαϊκό Κολλέγιο Γηροδοντιατρικής ιδρύθηκε το 1990 στο Amsterdam με στόχο να προσφέρει ένα ευρωπαϊκό φόρουμ σύνδεσης των οδοντιάτρων που έχουν ένα ιδιαίτερο ενδιαφέρον για τις ιδιαιτερότητες στην παροχή οδοντιατρικής φροντίδας στα ηλικιωμένα και υπερήλικα άτομα (τρίτης και τέταρτης ηλικίας) και να συγκροτήσει ένα επιστημονικό σώμα που να δέχεται ερωτήσεις που αφορούν θέματα Γηροδοντιατρικής με στόχο την πρόοδο της γνώσης και την προώθηση της διεπιστημονικής προσέγγισης, σύμφωνα με τους κατευθυντήριους άξονες του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας. Οι επόμενες ετήσιες συναντήσεις κατέληξαν στη δημιουργία μιας επιστημονικής εταιρείας με μέλη από όλη την Ευρώπη και το Ισραήλ.
Η εντυπωσιακή εξέλιξη των παγκόσμιων δημογραφικών στοιχείων που αφορούν την ηλικιακή δομή του πληθυσμού φανερώνει μια συνεχιζόμενη αύξηση του αριθμού των ηλικιωμένων ασθενών, ιδιαίτερα των ατόμων άνω των 75 ετών, και καταδεικνύει ότι ο οδοντίατρος σήμερα, επειδή εκ των πραγμάτων παρακολουθεί ένα σημαντικό αριθμό ηλικιωμένων ατόμων, οφείλει να αξιολογεί την πολυπλοκότητα και την ποικιλομορφία της γήρανσης και να διαχειρίζεται τις οργανικές ιδιαιτερότητες των ηλικιωμένων ασθενών.
Τα χρόνια νοσήματα και κυρίως η πολυπαθολογία, η πολυφαρμακία και η αλληλεπίδραση των φαρμάκων, καθώς και η ευθραυστότητα των ηλικιωμένων, που θέτει σε κίνδυνο την αυτοδυναμία και την αυτοεξυπηρέτησή τους ανά πάσα στιγμή, δημιουργούν την ανάγκη για οδοντιατρική φροντίδα ιδιαίτερης ευθύνης.
Η σύγχρονη οδοντιατρική επιστήμη έχει υιοθετήσει, ακολουθώντας τη σύγχρονη ιατρική επιστήμη, το μοντέλο της προσωποποιημένης ή εξατομικευμένης φροντίδας για τους ηλικιωμένους ενήλικες. Το γεγονός αυτό πρακτικά έχει οδηγήσει σε μια ποιοτική στροφή στην αποτίμηση της ανάγκης για θεραπεία των ηλικιωμένων και υπερηλίκων ασθενών και στη διαχείριση της απώλειας των δοντιών, που στην εποχή μας επέρχεται σε μεταγενέστερο στάδιο της ζωής, οπότε η αντιμετώπιση πρέπει να ανταποκρίνεται στις ιδιαίτερες απαιτήσεις του γηρασμένου πλέον υποστρώματος του στοματογναθικού συστήματος.

Ποιοι είναι οι κοινοί τόποι των στόχων της Βαλκανικής Στοματολογικής Εταιρείας και του Ευρωπαϊκού Κολλεγίου Γηροδοντιατρικής στη φετινή διοργάνωση σε σχέση με το θέμα του Συνεδρίου «Advancing the Art and Science in Dentistry»;
Το 15ο Συνέδριο της BaSS, με θέμα «Προώθηση της Τέχνης και της Επιστήμης στην Οδοντιατρική», είναι αφιερωμένο στην υποστήριξη και προώθηση μιας έντονης διεπιστημονικής ανταλλαγής γνώσεων μεταξύ των κλινικών οδοντιάτρων σε τομείς που θα αποτελέσουν τις μείζονες κινητήριες δυνάμεις για τις μελλοντικές καινοτομίες στον τομέα της οδοντιατρικής.
Όσον αφορά το ECG, μέχρι τώρα όλες οι συνεδριάσεις του δεν έχουν καλύψει μόνο τον «σκληρό πυρήνα της επιστήμης» που είναι αναμενόμενο στα επιστημονικά συνέδρια. Αντίθετα παρουσιάζουν και ένα ευρύ φάσμα κλινικών πτυχών της μάχιμης οδοντιατρικής πρακτικής που αφορούν στην οδοντιατρική θεραπεία των ηλικιωμένων ενηλίκων, η οποία θα πρέπει να τονιστεί ότι διακατέχεται από έντονο αλτρουισμό και διάθεση προσφοράς. Αυτός είναι ο πρώτος κοινός τόπος ο οποίος θα υποστηριχθεί ιδιαίτερα και φέτος στο επιστημονικό πρόγραμμα με τη συμμετοχή επιστημόνων με διεθνή αναγνώριση.
Επιπλέον, εκτός από τα δημογραφικά δεδομένα, στις μέχρι τώρα ετήσιες συναντήσεις του ECG έχουν τεθεί σε εφαρμογή ιδέες και σχέδια για τη βελτίωση οδοντιατρικών υπηρεσιών στο πλαίσιο των συστημάτων περίθαλψης στο σπίτι αλλά και στις μονάδες φροντίδας των ηλικιωμένων στα νοσοκομεία και στα γηροκομεία, επειδή τόσο οι ανάγκες όσο και οι ικανότητες είναι αντικειμενικές και καθόλου διαπραγματεύσιμες. Έχει ιδιαίτερα τονιστεί τα προηγούμενα χρόνια ότι τα ηλικιωμένα και υπερήλικα άτομα συχνά χρειάζονται την καινοτομία όσον αφορά προϊόντα προσαρμοσμένης και βοηθητικής τεχνολογίας για τη διατήρηση του επιθυμητού τρόπου ζωής. Από τις απλές εξατομικευμένες λαβές της οδοντόβουρτσας μέχρι τους πιο προηγμένους αυτοματισμούς και συστήματα φροντίδας στόματος και προσθετικών κατασκευών εφόσον τα προϊόντα προσαρμοσμένης τεχνολογίας δεν προορίζονται μόνο για αναπήρους αλλά χρησιμοποιούνται από όλες τις ηλικίες επειδή προάγουν την διατήρηση της ανεξαρτησίας η οποία αποτελεί κοινωνική αναγκαιότητα. Και στο φετινό επιστημονικό πρόγραμμα υπάρχουν επιστημονικές ομιλίες οι οποίες θα διαπραγματευτούν θέματα καινοτομίας και σύγχρονης επιστημονικής μεθοδολογίας με στόχο τη βελτίωση της ποιότητας ζωής των ηλικιωμένων.
Η ιδιαίτερα φιλική ατμόσφαιρα των μέχρι τώρα συναντήσεων έδωσε ένα καλό έδαφος για καρποφόρες συζητήσεις και ένα φόρουμ για να δημιουργήσει ένα δίκτυο διαπροσωπικών επαφών μεταξύ των ενδιαφερομένων συναδέλφων. Στο φετινό συνέδριο ευελπιστούμε ότι το δίκτυο θα μεγαλώσει καθόσον θα εμπλακούν και οι συνάδελφοι από τις βαλκανικές χώρες οι οποίοι μέχρι στιγμής δεν συμμετέχουν στο ECG και οι όποιες επιστημονικές προσπάθειες γίνονται στο πλαίσιο της Γηροδοντιατρικής μένουν στο στενό πλαίσιο των εθνικών επιστημονικών τους δραστηριοτήτων ή πιθανόν και στο πλαίσιο στενών διαπροσωπικών επαφών σε διεθνές επίπεδο.
Είναι γεγονός ότι τα τελευταία 20 χρόνια ήταν χρόνια μεγάλων αλλαγών για όλες τις χώρες των Βαλκανίων. Αυτές οι αλλαγές αλλοίωσαν το δημογραφικό τους προφίλ. Σε όλες τις χώρες παρατηρείται μείωση των γεννήσεων, παρότι ο δείκτης γονιμότητας είναι υψηλότερος από τον αντίστοιχο μέσο όρο της Ευρώπης, και αύξηση του προσδόκιμου της ζωής. Από την άλλη είναι καταγεγραμμένη η αναγκαιότητα για βελτίωση των παροχών πρωτοβάθμιας περίθαλψης ιδιαίτερα στα ηλικιωμένα άτομα σε όλες τις βαλκανικές χώρες.

Με αυτές τις σκέψεις ευελπιστούμε ότι το Συνέδριο με τις συνδυασμένες επιστημονικές δραστηριότητες θα δώσει την ευκαιρία να αναπτυχθούν οι μείζονες κινητήριες δυνάμεις για τις μελλοντικές καινοτομίες στον τομέα της οδοντιατρικής σε ευρύτερο ευρωπαϊκό πλαίσιο.

Ο.Β.

«Η ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΙΚΗ ΓΕΦΥΡΑ ΠΡΟΣ ΤΗΝ ΙΑΤΡΙΚΗ, Η ΙΑΤΡΙΚΗ ΓΕΦΥΡΑ ΠΡΟΣ ΤΗΝ ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΙΚΗ»

Η οδοντιατρική φροντίδα του ηλικιωμένου ασθενούς στο επίκεντρο της ημερίδας του ΟΣΑ

Με την ημερίδα υπό τον γενικό τίτλο «Η Οδοντιατρική γέφυρα προς την Ιατρική και η Ιατρική γέφυρα προς την Οδοντιατρική» ολοκληρώθηκε ο πρώτος κύκλος των τεσσάρων ημερίδων του Οδοντιατρικού Συλλόγου Αθηνών, την πρωτοβουλία των οποίων είχε η επιστημονική επιτροπή του ΟΣΑ, τη δε οργάνωση και ευθύνη αυτής είχε ο **επίκουρος καθηγητής Ορθοδοντικής κ. Μανώλης Ι. Παπαγρηγοράκης**.

Η ημερίδα πραγματοποιήθηκε στις 5 Δεκεμβρίου 2009 στο ξενοδοχείο Athens Imperial και το ειδικό θέμα **«Γήρανση: Η ολιστική αντιμετώπιση του ηλικιωμένου οδοντιατρικού ασθενούς»**, που αναπτύχθηκε, εντάσσεται στη γενικότερη προσπάθεια να αναδειχτεί η σχέση της Οδοντιατρικής με την Ιατρική επιστήμη.

Κατά τη διάρκεια της πολύ ενδιαφέρουσας αυτής εκδήλωσης, είχαμε την ευκαιρία να συνομιλήσουμε με τον συντονιστή της ημερίδας κ. Μανώλη Παπαγρηγοράκη, ο οποίος μας έδωσε χρήσιμες πληροφορίες γύρω από το ζήτημα της οδοντιατρικής περίθαλψης των ηλικιωμένων ασθενών. Η παρατήρησή του πως «*...τα προπτυχιακά προγράμματα σπουδών των οδοντιατρικών σχολών στη χώρα μας επικεντρώνονται περισσότερο στην εκπαίδευση των φοιτητών σε πρακτικά θέματα, βάζοντας «σε δεύτερη μοίρα» τον άνθρωπο-ασθενή και υποβαθμίζοντας το ρόλο του οδοντιάτρου...*» συνοψίζει στην ουσία όλο το νόημα της ημερίδας.

Καταλαβαίνουμε, επομένως, πως η αντιμετώπιση αυτής της μεγάλης κοινωνικής ομάδας των ανθρώπων της τρίτης ή της τέταρτης ηλικίας είναι θέμα όχι μόνο επίκαιρο, αλλά και ακανθώδες για την ελληνική πολιτεία. Αυτό διαφάνηκε εξάλλου και από τις ομιλίες των συμμετεχόντων, τα κρίσιμα σημεία των οποίων παραθέτουμε.

Γράφει η **Βίκυ Κουρλιμπίνη**, δημοσιογράφος

«Η τέταρτη ηλικία είναι εδώ»

Ο **επίκουρος καθηγητής Ορθοδοντικής του Πανεπιστημίου Αθηνών κ. Μανώλης Ι. Παπαγρηγοράκης**, στην εναρκτήρια ομιλία του, τόνισε την ανάγκη να γεφυρωθεί το χάσμα ανάμεσα στην Οδοντιατρική και την Ιατρική. Όπως σημείωσε λοιπόν, «*…η προσπάθεια ο οδοντίατρος να είναι ιατρός-λειτουργός ξεκίνησε το 2004, με τη διημερίδα της Ιατρικής Σχολής του Πανεπιστημίου Κρήτης και της Οδοντιατρικής Αθήνας, επιδιώκοντας τη δημιουργία αρτιότερης σχέσης της Οδοντιατρικής και της Ιατρικής επιστήμης. Πέντε χρόνια μετά, ο Οδοντιατρικός Σύλλογος Αθηνών οργανώνει μια εξειδικευμένη ημερίδα με θέμα την αντιμετώπιση μιας μεγάλης κοινωνικής ομάδας - των ανθρώπων της τρίτης ή και τέταρτης ηλικίας…*».

Και συνεχίζοντας, ο κ. Παπαγρηγοράκης εξηγεί το λόγο που θα πρέπει να στραφούμε με μεγαλύτερη προσοχή προς τον ηλικιωμένο ασθενή: «*…Σύμφωνα με τους επιστήμονες, έχει ήδη αρχίσει να υπάρχει τέταρτη ηλικία, και μάλιστα πολύ δυναμική και ενεργητική. Ο άνθρωπος πλέον μπορεί, υπό προϋποθέσεις, να ζει μέχρι και 120 με 130 χρόνια. Οι ερευνητές τονίζουν ότι ένα στα τέσσερα παιδιά που γεννήθηκαν το 2008, θα τερματίσει τη ζωή του ως άτομο αιωνόβιο. Καθώς ο άνθρωπος σ' όλη την υφήλιο ζει όλο και περισσότερο, είναι προς το συμφέρον ολόκληρης της ανθρωπότητας να ενθαρρύνει και να ενισχύει την παραγωγική, ενεργό και υγιή διαδικασία της γήρανσης.*

Σ' αυτή την ενθάρρυνση και ενίσχυση της τρίτης ηλικίας για ενεργό και υγιή ζωή, έρχεται η συγκεκριμένη ημερίδα του ΟΣΑ να συμβάλλει, έτσι ώστε να βοηθηθεί στοματολογικά ο Έλληνας ηλικιωμένος ασθενής…».

Ο κ. Παπαγρηγοράκης έφερε ένα χαρακτηριστικό παράδειγμα αναφορικά με τις δυνατότητες που έχουν σήμερα τα ηλικιωμένα άτομα. Ανέφερε τη Μονταλτσίνι, η οποία αποδεικνύει στις έρευνές της ότι ο ανθρώπινος εγκέφαλος μπορεί να συνεχίσει να λειτουργεί τέλεια, ακόμη και σε μεγάλη ηλικία, ανεξάρτητα από τη φθορά των υπολοίπων οργάνων του σώματος. Απόδειξη η ίδια, που στα 77 της κέρδισε το Νομπέλ Ιατρικής για την έρευνά της για την ανακάλυψη του παράγοντα NGF (Nerve Growth Factor), μιας ουσίας που βοηθά τους νευρώνες να επιβιώνουν. Ακόμη και στα 90 της συμμετείχε δυναμικά και παρήγε σημαντικό έργο. Στο βιβλίο της για την τρίτη ηλικία, «Ο Κρυφός Άσσος», λέει ότι: «*Η τρίτη ηλικία είναι η ωραιότερη και ο τρόπος για να φτάσεις ώς αυτήν καλά και ήρεμα είναι να την προετοιμάζεις από νέος*». Σήμερα στα 100 της υποστηρίζει πως: «*Είναι καλύτερα να προσθέτεις τη ζωή στις μέρες σου, παρά μέρες στη ζωή σου*».

Γέρων ετών τεσσαράκοντα, εξήκοντα ή ογδοήκοντα;

Το λόγο έπειτα πήρε η κ. **Νίνα Μαγκίνα-Βλαχαντώνη, διευθύντρια Μονάδας Εντατικής Θεραπείας στο Κωνσταντοπούλειο Γενικό Νοσοκομείο Νέας Ιωνίας**, η οποία ανέφερε τα πολύ ανησυχητικά ποσοστά των ηλικιωμένων ατόμων σε σχέση με το γενικό πληθυσμό, τόσο σε παγκόσμιο επίπεδο, όσο και σε πανελλαδικό. «*…Οι στατιστικές αναδεικνύουν ότι ο πλανήτης μας βρίσκεται πλέον αντιμέτωπος με μια σταδιακή, πλην όμως ασταμάτητη εξέλιξη γήρανσης του πληθυσμού, η οποία αναμένεται ότι θα έχει τεράστιες οικονομικές, κοινωνικές και πολιτικές επιπτώσεις…*» είπε η κ. Μαγγίνα.

Όμως, οι δαπάνες για την υγεία, οι οποίες ήδη στις ανεπτυγμένες χώρες έχουν εκτοξευτεί σε δυσθεώρητα ύψη, είναι πολύ πιθανόν, όσο οι ασθενείς μακροημερεύουν, να εκτοξευθούν ακόμη περισσότερο. Η επιβάρυνση αυτή προφανώς μεταφράζεται σε ανάγκη μεγαλύτερων πόρων για την υγεία.

Αναφερόμενη στον κλάδο της οδοντιατρικής, η κ. Μαγγίνα σημείωσε ότι «*…από πλευράς οδοντιατρικής υγείας, στους ηλικιωμένους αναμένεται παράλληλη αύξηση των χρόνιων προβλημάτων, τα οποία απαιτούν πρόληψη, συνεχή συντήρηση και, κατά το δυνατόν, αποκατάσταση. Οι ηλικιωμένοι ασθενείς και ιδιαίτερα εκείνοι με ικανοποιητικό επίπεδο υγείας και δραστηριότητας, εκτιμούν τη στοματική υγεία ως απαραίτητη συνιστώσα της ποιότητας ζωής τους και διεκδικούν τόσο τη λειτουργική, όσο και την αισθητική ακεραιότητα της οδοντοστοιχίας τους. Θα πρέπει να τονιστεί ότι το φαινόμενο της πληθυσμιακής γήρανσης είναι ήδη προ των πυλών. Οι συνέπειές του, εκκινούσες από τα προκύπτοντα δημοσιονομικά ελλείμματα, θέτουν σε κίνδυνο τόσο τη μελλοντική ισορροπία των συστημάτων συνταξιοδότησης, κοινωνικής προστασίας και υγείας των γηρασκόντων όσο και τις δυνατότητες οικονομικής ανάπτυξης…*».

Τρίτη ηλικία: ψυχοπαθολογικές καταστάσεις-αντιμετώπιση

Τη σκυτάλη πήρε ο κ. **Ιωάννης Λιάπας, καθηγητής Ψυχιατρικής της Ιατρικής Σχολής του Πανεπιστημίου Αθηνών**, ο οποίος μίλησε για τις πιο διαδεδομένες ψυχικές διαταραχές, που εμφανίζονται και στους ηλικιωμένους ασθενείς και χρήζουν ιδιαίτερης προσοχής. Πιο συγκεκριμένα, διευκρίνισε πως «*…η εξάρτηση από ουσίες ή από οινόπνευμα αποτελεί την πλέον διαδεδομένη ψυχική διαταραχή. Διάφορες ψυχικές παθήσεις συνυπάρχουν με την χρήση ουσιών, σε ποσοστό >50%, με αποτέλεσμα η συννοσηρότητα να αποτελεί σχεδόν τον κανόνα στις περιπτώσεις των χρηστών που απευθύνονται στις υπηρεσίες ψυχικής υγείας. Η σχέση μεταξύ της χρήσης των ουσιών και της ψυχοπαθολογίας είναι σύνθετη. Η ψυχοπαθολογία μπορεί να προηγείται, να συνυπάρχει, να έπεται της κατάχρησης ή ακόμα και να αποτελεί έκφραση κάποιου κοινού υποκειμένου σχετιζόμενου αιτιολογικά παράγοντα. Όλες οι υποομάδες χρηστών όμως δεν είναι δυνατόν να αντιμετωπισθούν με την ίδια θεραπευτική προσέγγιση εξαιτίας των διαφορετικών αναγκών τους …*».

Η βιολογία της γήρανσης

Η γήρανση είναι μία φυσιολογική και αναπόφευκτη βιολογική διαδικασία η οποία οφείλεται στη συνεργική δράση γενετικών και περιβαλλοντικών παραγόντων. Κατά τη γήρανση παρατηρείται αφενός κατάρρευση της κυτταρικής ομοιοστασίας ένεκα της συσσώρευσης διαφόρων επιβλαβών-τοξικών μορίων και αφετέρου απορύθμιση του «βιολογικού ρολογιού».

Ο **Δρ. Στάθης Γκόνος, διευθυντής Ερευνών Ινστιτούτο Βιολογικών Ερευνών & Βιοτεχνολογίας στο Εθνικό Ίδρυμα Ερευνών**, μας εισήγαγε στον κόσμο της βιολογίας και της διαδικασίας της γήρανσης.

Όπως σημείωσε, «*…In vitro μελέτες σε ανθρώπινα σωματικά μιτωτικά κύτταρα (π.χ. ινοβλάστες) έχουν δείξει ότι έχουν πεπερασμένο πολλαπλασιαστικό δυναμικό, σε αντίθεση με τα καρκινικά κύτταρα τα οποία πολλαπλασιάζονται επ' άπειρον. Ο βασικός μηχανισμός ελέγχου του πολλαπλασιασμού των κυττάρων είναι τα τελομερή, μικρές επαναλαμβανόμενες αλληλουχίες στις άκρες των χρωμοσωμάτων. Συγκεκριμένα σε κάθε κυτταρική διαίρεση τα τελομερή ελαττώνονται μέχρι το μήκος τους να φτάσει σε ένα κρίσιμο μέγεθος το οποίο σηματοδοτεί τη μη αντιστρεπτή παύση πολλαπλασιασμού των κυττάρων, δηλαδή τη γήρανση.*

Η γήρανση συνοδεύεται με τη διαφορική έκφραση πολλών γονιδίων. Πειράματα μικρο-συστοιχιών έχουν ταυτοποιήσει αλλαγή έκφρασης του 0,5% των γονιδίων του ανθρώπου. Τα "γονίδια γήρανσης" κωδικεύουν πέραν των ρυθμιστών του κυτταρικού κύκλου, διάφορα γονίδια του κυτταροσκελετού και κυρίως γονίδια σχετιζόμενα με την κυτταρική ομοιοστασία. Τα τελευταία διαδραματίζουν σημαντικό ρόλο στους μηχανισμούς ρύθμισης της κυτταρικής επιβίωσης και της απόπτωσης…».

Νόσοι του γήρατος με ιδιαίτερο ενδιαφέρον για τον οδοντίατρο

Οι ηλικιωμένοι διαφέρουν σημαντικά από τους νεότερους ασθενείς, διότι παρουσιάζουν πολυπλοκότητα, μειωμένη ομοιοστατική ικανότητα και ευπάθεια. Ο **Δρ. Κίμων Βολίκας, διευθυντής Β΄ Παθολογικής Κλινικής 251 ΓΝΑ**, ανέφερε τις πιο σημαντικές αιτίες εμφάνισης νοσημάτων στους ηλικιωμένους. Όπως τόνισε, «*…Ο οργανισμός των ηλικιωμένων δύσκολα διορθώνει μεταβολές, επομένως αυτοί εύκολα αφυδατώνονται, εύκολα παθαίνουν θερμοπληξία, δύσκολα εξισορροπούν τις εσωτερικές και εξωτερικές μεταβολές. Τέλος παρουσιάζουν ευπάθεια, προσβάλλονται εύκολα από νοσήματα, η νόσηση είναι σοβαρότερη, αναρρώνουν δύσκολα και συχνά όχι απόλυτα. Επίσης, από την στιγμή που περισσότεροι ζουν περισσότερα χρόνια, αυξάνεται η πιθανότητα εμφάνισης χρόνιων παθήσεων όπως υπέρταση, σακχαρώδης διαβήτης, συστηματικά νοσήματα και κακοήθειες. Αυξανόμενης της ηλικίας όμως αυξάνεται και η επίπτωση εμφάνισης διατα-*

ραχών μνήμης, άνοια, αισθητηριακές διαταραχές και διαταραχές θρέψεως.
Συμπερασματικά, οι προαναφερθείσες καταστάσεις αυξάνουν τις στοματικές παθήσεις, οδηγούν σε διαταραχές μάσησης-κατάποσης και επηρεάζουν την κοινωνική παρουσία, την επικοινωνία και την ποιότητα ζωής…».

Προσθετική αποκατάσταση και ειδικές τεχνικές στην τρίτη ηλικία

Οι ηλικιωμένοι ασθενείς που χρειάζονται προσθετική αποκατάσταση παρουσιάζουν ιδιαιτερότητες σε σχέση με τους νεώτερους. Έχουν χάσει έναν σημαντικό αριθμό φυσικών δοντιών ή και όλα τους τα δόντια, έχουν συχνά επιβαρημένη γενική κατάσταση υγείας, επίσης δυσκολίες στην πρόσβαση σε οδοντιατρική μονάδα, παρουσιάζουν μειωμένη προσαρμοστική ικανότητα στο χειρισμό νέων κινητών προσθετικών αποκαταστάσεων και δυστυχώς συχνά οικονομική αδυναμία να καλύψουν το οδοντοπροσθετικό κόστος.
Το ζήτημα της προσθετικής αποκατάστασης σε ηλικιωμένους ασθενείς ανέπτυξε η **επίκουρη καθηγήτρια Κινητής Προσθετικής ΕΚΠΑ κ. Αναστασία Κοσιώνη**. Σύμφωνα λοιπόν με την κ. Κοσιώνη, «*…όταν η πρόγνωση για τη διατήρηση του αποτελέσματος είναι αρνητική και δεν υπάρχει δυνατότητα συνεργασίας με τον φροντιστή, είμαστε πολύ επιφυλακτικοί για την κατασκευή προσθετικών αποκαταστάσεων. Όταν η πρόγνωση διατήρησης αποτελέσματος είναι καλή, προτιμώνται κυρίως οι ακίνητες προσθετικές αποκαταστάσεις. Σε περίπτωση τοποθέτησης κινητών προσθέσεων, προτιμώνται τεχνικές που ενισχύουν την προσαρμοστική ικανότητα (λειτουργική καταγραφή ουδέτερης ζώνης, ομοιότυπες οδοντοστοιχίες, μεταβατικές οδοντοστοιχίες) και προσδίδουν ευελιξία στην όποια αναπροσαρμογή χρειαστεί (μεταβατικές, επένθετες οδοντοστοιχίες)…*».
Συμπερασματικά η προσθετική αντιμετώπιση του ηλικιωμένου ασθενούς πρέπει να διέπεται από ολιστική προσέγγιση, ενίσχυση της προσαρμοστικής ικανότητας, ευελιξία στο σχέδιο θεραπείας και προοπτική διατήρησης του θεραπευτικού αποτελέσματος.

Εμφυτεύματα και τρίτη ηλικία

Ο **αναπληρωτής καθηγητής του Εργαστηρίου Προσθετικής του Πανεπιστημίου Αθηνών κ. Ηρακλής Καρκαζής** έθιξε το κρίσιμο ζήτημα των εμφυτευμάτων, που αποτελούν μια ακόμη επιλογή οδοντικής αποκατάστασης για τους ηλικιωμένους ασθενείς. Όπως τόνισε ο κ. Καρκαζής, «*…φαίνεται πως η επίτευξη και διατήρηση της οστεοενσωμάτωσης στους ηλικιωμένους αποτελεί μια εξ ίσου προβλέψιμη θεραπεία, όπως και στις μικρότερες ηλικιακές ομάδες. Ορισμένα ωστόσο γενικά νοσήματα με αυξημένη συχνότητα εμφάνισης στην τρίτη ηλικία απαιτούν ιδιαίτερη προσοχή. Η οστεοπόρωση για παράδειγμα, νόσημα με ιδιαίτερο επιπολασμό στις μετεμμηνοπαυσιακές γυναίκες, ενώ δεν αποτελεί ουσιαστική αντένδειξη, εμπεριέχει τους παρελκόμενους κινδύνους από την χρήση των διφοσφωνικών σκευασμάτων (οστεονέκρωση των γνάθων). Ομοίως ο σακχαρώδης διαβήτης, ιδιαίτερα ο τύπου ΙΙ που απαντάται συχνότερα στους ηλικιωμένους, δεν αποτελεί αντένδειξη εφόσον είναι καλά ρυθμισμένος. Το ίδιο ισχύει και για την καρδιαγγειακή νόσο (με κύριες εκφάνσεις την υπέρταση, τη στεφανιαία νόσο και το αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο) εφ' όσον βρίσκεται κάτω από αποτελεσματικό έλεγχο. Τέλος δεν θα πρέπει να παραβλέψουμε τη διαρκώς αυξανόμενη υποομάδα των ηλικιωμένων ατόμων με ανοϊκά σύνδρομα και κυρίως τη νόσο του Alzheimer…*».
Συνοψίζοντας, ο κ. Καρκαζής κατέληξε στο συμπέρασμα πως «*…Η ανάπτυξη σχεδίων θεραπείας απλών, πρακτικών και ευέλικτων, στηριγμένων κυρίως στις ρεαλιστικές τους ανάγκες, συνιστά τον γενικό κανόνα που θα πρέπει να ακολουθείται στους ηλικιωμένους. Στο πλαίσιο αυτό οι επένθετες επιεμφυτευματικές οδοντοστοιχίες με τις συντηρητικές χειρουργικές τεχνικές, το συγκριτικά μικρότερο κόστος και την υψηλή λειτουργική τους επάρκεια, προβάλλουν ως λύση εκλογής…*».

> **“ Στην Ελλάδα, ο πληθυσμός που βρίσκεται στην τρίτη ηλικία αυξήθηκε κατά 29,5% μεταξύ 1995 και 2007 και η γήρανση του πληθυσμού της χώρας μας συνεχίζεται με αμείωτο ρυθμό. Σύμφωνα με την Εθνική Στατιστική Υπηρεσία, το 2050, ένας στους τρεις Έλληνες (ποσοστό 32,1%) θα είναι άνω των 64 ετών. ”**

Περιοδοντικά προβλήματα στην τρίτη ηλικία

Στη συνέχεια της ημερίδας, η **επίκουρη καθηγήτρια Περιοδοντολογίας κ. Άλκηστη Ανδρονικάκη-Φαλδαμή** ξεκίνησε την ομιλία της με τις αλλαγές που παρατηρούνται στους περιοδοντικούς ιστούς των ηλικιωμένων ατόμων.
Όσον αφορά την θεραπεία των νόσων του περιοδοντίου, η κ. Ανδρονικάκη επεσήμανε ότι «*…δεν πρέπει να ξεχνάμε πως ο έλεγχος της περιοδοντικής νόσου στην τρίτη ηλικία δεν είναι μονάχα επιθυμητός, αλλά συνήθως και εφικτός, πως τα άτομα αυτά δικαιούνται και αξίζουν την ίδια θεραπευτική αγωγή με τα νεότερα και πως η διατήρηση της φυσικής οδοντοφυΐας συμβάλλει στην αποφυγή των λειτουργικών και ψυχολογικών προβλημάτων που αναδύονται με την απώλεια των δοντιών. Επιπλέον, πάντοτε πρέπει να λαμβάνουμε υπόψη μας τη βιολογική ηλικία του ασθενούς, το προσδόκιμο επιβίωσης και το κόστος της θεραπείας.*
Μετά τη συμπλήρωση ενός λεπτομερούς ιατρικού και οδοντιατρικού ιστορικού αρχίζει η συντηρητική θεραπεία με οδηγίες στοματικής υγιεινής όπου ανάλογα με τις δυνατότητες του ασθενούς δίδεται οδοντόβουρτσα ηλεκτρική ή χεριού, βουρτσάκια μεσοδοντίων και πιθανή χρήση αντισηπτικών. Ακολουθεί η αποτρύγωση, η εξάλειψη των ιατρογενών παραγόντων και η ριζική απόξεση. Πιθανή χημειοπροφύλαξη, διακοπή ή αλλαγή φαρμάκων μπορεί να γίνεται σε συνεννόηση πάντα με τον θεράποντα ιατρό. Συνήθως αυτή η πρώτη φάση της θεραπείας είναι αρκετή, αλλά η ηλικία δεν αποτελεί αντένδειξη για καμία χειρουργική τεχνική, αν η γενική υγεία το επιτρέπει…».

Ενδοδοντικά προβλήματα στην τρίτη ηλικία

Για πολλά χρόνια η ενδοδοντική θεραπεία σε ηλικιωμένους ασθενείς αποτελούσε αντένδειξη, επειδή εθεωρείτο ότι η μειωμένη αμυντική και επανορθωτική ικανότητα των περιακρορριζικών ιστών προδικάζει την αποτυχία της. Η αντίληψη αυτή έχει πλέον αναθεωρηθεί από τα αποτελέσματα κλινικοστατιστικών μελετών σύμφωνα με τα οποία το ποσοστό επιτυχίας της ενδοδοντικής θεραπείας είναι περίπου το ίδιο, ανεξάρτητα από την ηλικία του ασθενούς.
Το κρίσιμο αυτό ζήτημα παρουσίασε ο **αναπληρωτής καθηγητής Ενδοδοντίας του Πανεπιστημίου Αθηνών κ. Γιώργος Σίσκος**, που σημείωσε πως «*…ιδιαίτερη σημασία στο στάδιο της διάγνωσης έχει η μειωμένη ένταση των συμπτωμάτων τόσο των παθήσεων του πολφού όσο και αυτών των περιακρορριζικών ιστών καθώς και η μειωμένη αντίδραση ή/και η απουσία αντίδρασης του πολφού στις δοκιμασίες ζωτικότητας. Η ανεύρεση των στομίων των ριζικών σωλήνων απαιτεί εκτενέστερη του συνήθους επέκταση της διάνοιξης και διευκολύνεται σημαντικά με τη χρήση ενδοδοντικών ανιχνευτήρων. Ο προσδιορισμός του μήκους εργασίας απαιτεί λήψη διαδοχικών ακτινογραφημάτων ενώ θα πρέπει να υπολογίζεται η μεγαλύτερη απόσταση ακρορριζικού τρήματος- οστεϊνοοδοντινικής ένωσης. Η χημικομηχανική επεξεργασία γίνεται με καινούργιες ρίνες και σε περιβάλλον EDTA, ενώ δεν απαιτείται πολύ μεγάλος βαθμός διεύρυνσης των ενασβεστιωμένων ριζικών σωλήνων. Τεχνικές επιλογής για την τελική έμφραξη του ριζικού σωλήνα είναι αυτές της θερμής γουταπέρκας για τον περιορισμό του κινδύνου πρόληψης επιμήκων καταγμάτων, λόγω της αφυδάτωσης των οδοντικών ουσιών. Σε περίπτωση αδυναμίας ή αποτυχίας της συντηρητικής ενδοδοντικής θεραπείας, η χειρουργική αντιμετώπιση, αν και συνδέεται με σημαντικές δυσχέρειες, είναι εφικτή και εμφανίζει υψηλά ποσοστά επιτυχίας…*».

Ειδικά προβλήματα στην επανορθωτική οδοντιατρική στην τρίτη ηλικία

Ενοχοποιητικοί ή επιβαρυντικοί παράγοντες για την εμφάνιση της τερηδόνας ρίζας στα άτομα τρίτης ηλικίας, είναι, μεταξύ άλλων, η ενεργός περιοδοντική νόσος, που θεωρείται ο σημαντικότερος ενοχοποιητικός παράγοντας, η υφίζηση των ούλων που επιδεινώνεται με την πάροδο της ηλικίας, η ποσότητα και η σύνθεση της οδοντικής πλάκας, η έλλειψη στοματικής υγιεινής και η ύπαρξη κινητών προσθετικών εργασιών.
Η **επίκουρη καθηγήτρια Οδοντικής Χειρουργικής του Πανεπιστημίου Αθηνών κ. Χάρις Παξιμαδά** παρουσίασε τους τρόπους αντιμετώπισης της τερηδόνας ρίζας. «*…Η σύγχρονη έρευνα σχετικά με την τερηδόνα, εστιάζει στην επαναμεταλλικοποίηση αρχόμενων βλαβών με την εφαρμογή στη βλάβη φωσφοπεπτιδίου της καζεΐνης (CPP-ACP). Τα αποτελέσματα είναι θετικά και στην αναχαίτιση των αρχόμενων τερηδόνων ρίζας. Όταν όμως, η τερηδόνα έχει δημιουργήσει κοιλότητα, πρέπει να γίνει αποκατάσταση της βλάβης. Τα υλικά εκλογής είναι το αμάλγαμα και η σύνθετη ρητίνη, ενώ για τα άτομα που διαμένουν σε ίδρυμα, η εφαρμογή της ατραυματικής αποκατάστασης (ART), φαίνεται ότι έχει καλά αποτελέσματα…*».
«*…Σήμερα, ο σύγχρονος οδοντίατρος μπορεί να διατηρήσει και να συντηρήσει τα δόντια ατόμων τρίτης ηλικίας, διασφαλίζοντάς τους έτσι καλύτερη ποιότητα ζωής…*» ήταν το μήνυμα που έδωσε η κ. Παξιμαδά.

Παθολογία του στόματος στην τρίτη ηλικία

Τη σκυτάλη πήρε ο κ. **Αστέριος Τριανταφύλλου, Clinical Lecturer in Oral Pathology, University of Liverpool**, που στην ομιλία του έθιξε σοβαρές πτυχές της παθολογίας του στόματος. «*…Η γήρανση συνιστά συνεχή μεταβολή του οργανισμού με την πάροδο του χρόνου. Η ενδοτικότητα σε περιβαλλοντικές πιέσεις και η πιθανότητα θανάτου αυξάνονται, ενώ οι εφεδρείες και η ικανότητα προσαρμογής/ομοιόστασης ελαττώνονται. Η ελάττωση αυτή οδηγεί σε νόσηση, αλλά η γήρανση αυτή καθ' εαυτή δεν είναι νόσος. Η εφαρμογή αυστηρών κριτηρίων επιλογής δείγματος, η σπουδή συγκεκριμένης ανατομικής θέσης, η εξομοίωση με την ομάδα ελέγχου (ηλικία, φύλο, θέση) και η χρήση μορφομετρίας κλόνισαν τις στερεότυπες αντιλήψεις περί ατροφίας του στοματικού βλεννογόνου, της δυσγευσίας και της ξηροστομίας κατά τη γήρανση.…*».

Μελέτη περίπτωσης: Σχέδιο θεραπείας σε ασθενή με νόσο του Alzheimer

Η νόσος του Alzheimer χαρακτηρίζεται από την προοδευτική έκπτωση όλων των ανώτερων νοητικών λειτουργιών, αρχίζοντας από την πρόσφατη μνήμη και καταλήγοντας στην απώλεια της κρίσης, της προσοχής, του λόγου. Ο ασθενής προοδευτικά χάνει την αυτονομία του και στα τελευταία στάδια καταλήγει πλήρως εξαρτώμενος και καθηλωμένος.
Όπως επεσήμαναν οι **Ηρακλής Καρκαζής, αναπληρωτής καθηγητής Εργαστηρίου Προσθετικής ΕΚΠΑ και Αναστασία Κοσιώνη, επίκουρη καθηγήτρια Εργαστηρίου Προσθετικής ΕΚΠΑ**, «*….στα πρώτα στάδια της νόσου η οδοντιατρική φροντίδα έχει σαν στόχο την αποκατάσταση των σημαντικών δοντιών και την πρόληψη. Στα μεσαία στάδια, στόχος μας είναι η πρόληψη και η διατήρηση του αποτελέσματος με τη βοήθεια των φροντιστών, ενώ στα τελευταία στάδια, όπου ο ασθενής είναι πλέον πλήρως εξαρτώμενος και καθηλωμένος, στόχος μας είναι ο έλεγχος του πόνου και της φλεγμονής. Δεν πρέπει ποτέ να ξεχνάμε ότι η οδοντιατρική φροντίδα στους ασθενείς με χρόνιο γενικό νόσημα συμβάλλει σημαντικά στη βελτίωση της ποιότητας της ζωής τους…*».

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Κατά τις τελευταίες δεκαετίες, στις ανεπτυγμένες κοινωνίες και στη χώρα μας ιδιαίτερα, έχει παρατηρηθεί σημαντικού βαθμού δημογραφική γήρανση. Η αύξηση του απόλυτου αριθμού των ηλικιωμένων, αλλά και του ποσοστού τους στον γενικό πληθυσμό, αύξησε τον αριθμό των ηλικιωμένων που επισκέπτονται τα επαγγέλματα υγείας, επομένως και το ενδιαφέρον για καλύτερη και βαθύτερη γνώση των ιδιαιτεροτήτων τους σε σχέση με τις νεότερες ηλικίες.
Η παροχή εξειδικευμένης και ολοκληρωμένης οδοντιατρικής φροντίδας στους ηλικιωμένους ασθενείς αποτελεί μονόδρομο πλέον για κάθε οδοντίατρο, οπότε η διαρκής του ενημέρωση για την οδοντιατρική περίθαλψη των ατόμων της τρίτης ή της τέταρτης ηλικίας είναι σήμερα κάτι παραπάνω από επιτακτική.

Το προσωπείο Hollywood

Μια κριτική θεώρηση του σύγχρονου οδοντιατρικού καλλωπισμού σε σχέση με την αισθητική σχεδίαση στη στοματο-προσωπική περιοχή

Τα τελευταία χρόνια κατακλύζει τις ανεπτυγμένες και αναπτυσσόμενες κοινωνίες η αποκατάσταση μιας οδοντο-προσωπικής σύνθεσης που χαρακτηρίζεται σαν «προσωπείο Hollywood». Το προσωπείο αυτό εκπορεύεται από τον κινηματογράφο του Hollywood για να διαδοθεί μέσω των παγκόσμιων μέσων ενημέρωσης (κινηματογράφος, περιοδικά μόδας, διαδίκτυο). Η κυριαρχία του «προσωπείου Hollywood» ως αισθητικού προτύπου είναι δεδομένη παγκοσμίως, αλλά προκύπτει το ερώτημα: είναι συρμός το πρότυπο αυτό της ομορφιάς, που πειθαναγκάζει του ανθρώπους να το επιζητήσουν ή έχει κάποια αυτοτελή δυναμική; Ο οδοντιατρικός κόσμος, γνωρίζοντας τη φυσιολογική νεανική και γηραιά εικόνα της οδοντο-προσωπικής σύνθεσης, αρχικά σοκάρεται με την απαίτηση από τους ασθενείς της στοματικής αποκατάστασής τους με το προσωπείο αυτό (οι ασθενείς προσέρχονται με εικόνες ινδαλμάτων από περιοδικά στο ιατρείο με κατάλευκα και ίσια δόντια), κατόπιν όμως για επαγγελματικούς και δεοντολογικούς λόγους, αναγκάζεται να συμβιβαστεί και να αποκαταστήσει την οδοντική σύνθεση κατά την επιθυμία του ασθενούς.

Του Δημήτρη Καπαγιαννίδη, Οδοντιάτρου

Ανάλυση του προσωπείου HOLLYWOOD

Το ιστορικό του προσωπείου Hollywood.

Ο άνθρωπος διαχρονικά και σε όλες τις κοινωνίες στόλιζε το σώμα του με διάφορους τρόπους με στόχο να αναδείξει την ομορφιά που απορρέει από την υγεία και την νεανικότητα (ευρωστία). Πάρα πολλές τεχνικές καλλωπισμού (cosmetics) έχουν αναπτυχθεί σε παλαιότερες αλλά και στις σύγχρονες κοινωνίες (κοσμήματα, καλλυντικά, διάφορες βαφές μαλλιών νυχιών κ.λπ., δερματοστιξία-tatoo, σκαριφισμός-ουλοποίηση, διατρητική διακόσμηση-piercing κ.λπ.).

Στην περιοχή του στόματος ο αρχέγονος καλλωπισμός περιλάμβανε αποκοπή ομόρων και οξύαιχμη μορφολογία τομέων, διατρητική διακόσμηση με ημιπολύτιμους λίθους, χρυσά δόντια κ.λπ. Στις σύγχρονες κοινωνίες ο καλλωπισμός προέκυψε από τον κινηματογράφο του Hollywood με την χρήση των όψεων ρητίνης και πορσελάνης και διαδόθηκε από τον τύπο. Οι συγκολλούμενες όψεις είχαν σαν πρωταρχικό στόχο τη μορφολογική τροποποίηση των δοντιών των ηθοποιών αλλά και την αύξηση της φωτεινότητας της οδοντοστοιχίας τους (άσπρα δόντια στη σειρά-Chiclets syndrome) για να αντιμετωπιστεί το νεκρικό του μαύρου κοίλου του στόματος, σε περίπτωση δοντιών μικρού όγκου και χαμηλής φωτεινότητας. Οι δυνατοί φωτισμοί των κινηματογραφικών ή φωτογραφικών λήψεων παρουσιάζουν μεγάλη απορρόφηση στο κοίλο του στόματος και στα δόντια χαμηλής φωτεινότητας. Έπρεπε λοιπόν να αυξηθεί η φωτεινότητα και των δύο αυτών στοιχείων της αισθητικής ζώνης του γέλιου. Η λεύκανση και οι λευκές κεραμικές όψεις αποτέλεσαν τα εργαλεία της ανάπτυξης της φωτεινότητας της περιοχής του στόματος, αλλά άνοιξαν και τους ασκούς του Αιόλου, όταν διαπιστώθηκε η καλλωπιστική δυναμική του λευκού στην περιοχή του στόματος κατά το γέλιο.

Από το προσωπείο καλλωπισμού του Hollywood στην σύγχρονη αντιαισθητική υπέρβαση.

Πριν αναλύσουμε την σύγχρονη μετά-Hollywood καλλωπιστική τάση, θεωρείται σκόπιμο να καθοριστούν οι όροι που θα βοηθήσουν στην κατανόηση της αυτοτελούς δυναμικής αυτής της καλλωπιστικής τάσης.

Καθορισμός όρων. Ο σύγχρονος άνθρωπος υπό την επήρεια των μέσων ενημέρωσης και τον υπερτονισμό της κυριαρχίας της σωματικής του εικόνας σαν ατόμου με υγεία, νεανικότητα και ευπορία επενδύει στον καλλωπισμό του γέλιου του. Η αγορά προσέτρεξε να καλύψει αυτή την ψυχολογική του ανάγκη για γέλιο υγιές και νεανικό και προήγαγε τα μέσα καλλωπισμού. Έτσι ο οδοντιατρικός καλλωπισμός ή κοσμητική Οδοντιατρική (Cosmetic Dentistry) καθορίζεται από την ψυχολογική ανάγκη του οδοντιατρικού ασθενούς και δεν έχει βιολογική-λειτουργική (Dental bioesthetics) βάση. Οι κύριες οδοντιατρικές παρεμβάσεις χωρίς βιολειτουργική σκοπιμότητα, αλλά μόνον ψυχολογική κάλυψη, είναι κατά βάση η λεύκανση των δοντιών (bleaching), η αδαμαντινοπλαστική (recontouring), η επικόλληση κεραμικών όψεων (veneering) και η διαστρωμάτωση με σύνθετες ρητίνες (bonding).

Σε αντίθεση με την κοσμητική οδοντιατρική, η αισθητική οδοντιατρική (Esthetic dentistry) αφορά την ανάλυση και αναπαραγωγή βιολειτουργικών παραμέτρων. Η βιοαισθητική οδοντιατρική (Bioesthetic Dentistry), λοιπόν, μελετά και αναπαράγει τις μορφολογικές κατά βάση αλλά και χρωματικές αλλοιώσεις των βιολογικών ιστών που δημιουργούν το άρρωστο και αυτόχρημα άσχημο προσωπείο (π.χ. ολική νωδότης, ασυμμετρίες, οδοντογναθικές ανωμαλίες, τερηδόνες, φλεγμένον ουλικό περίγραμμα κ.λπ.). Όλες οι οδοντιατρικές ειδικότητες (ορθοδοντική, γναθοχειρουργική, στοματοπροσωπική προσθετική, περιοδοντολογία, ενδοδοντία, οδοντική χειρουργική, πρόληψη) στο βαθμό που μελετούν και αποκαθιστούν μορφο-λειτουργικές αλλοιώσεις των οδοντικών ιστών, ασκούν και βιοαισθητική οδοντιατρική.

Η βιοαισθητική ανάλυση αλλά και αναπαραγωγή των οδοντο-φατνιακών ιστών, γίνεται με βάση συγκεκριμένες αρχές αισθητικής αντίληψης (esthetic perception), όπως είναι η συμμετρία, η κυριαρχία, οι μετρικές αναλογίες, η προοπτική, η φωτεινότητα-σκότος, η βιοποικιλότητα κ.λπ.). Τις βιοαισθητικές αυτές αρχές αντίληψης μελετά η βιοαισθητική οδοντιατρική και πώς η δυσλειτουργία-παραλειτουργία δημιουργεί την δυσμορφία.

Από τα παραπάνω γίνεται σαφές ότι ο οδοντιατρικός καλλωπισμός (Cosmetic dentistry) αποτελεί διαφορετικό γνωστικό χώρο από την Βιοαισθητική οδοντιατρική (Bioesthetic dentistry) που όμως ακόμη δεν έχουν γίνει σαφώς διακριτοί.

Οι αρχές του σύγχρονου Μετά-Hollywood καλλωπισμού. Ο οδοντιατρικός μετά-Hollywood σύγχρονος καλλωπισμός, όπως και ολόκληρος ο καλλωπισμός, στηρίζεται στην ψυχολογική ανάγκη του εντυπωσιασμού και της ελκυστικότητας (Attraction, attractive). Ο εντυπωσιασμός του ανθρώπου από τα αντικείμενα που τον περιβάλλουν στην αρχέγονή του λειτουργία (τοτέμ, φετίχ), δημιουργείται από το χαρακτηριστικό δέος της κυριαρχίας του μεγέθους, της φωτεινότητας (ομορφιά) αλλά και του κοινωνικού ιδεολογικού ψυχαναγκασμού (κοινωνικές αυθεντίες, ιερατεία). Στην εξελιγμένη, καλλιεργημένη του μορφή ο εντυπωσιασμός (αγάλλομαι-άγαλμα) δημιουργείται από το δέος της μελέτης και της αντίληψης των αισθητικών κανόνων της συμμετρίας, προοπτικής κλπ (αισθητική).

Έτσι, και στο βιολογικό βασίλειο, η κυριαρχία στην απλοϊκή ανθρώπινη αντίληψη προκύπτει από την υψηλή φωτεινότητα και το μέγεθος. Έτσι είναι εντυπωσιακό στο ανθρώπινο σώμα και στο περιβάλλον ότι είναι **μεγάλο, προέχον και φωτεινό** σε μία αρχέγονη αντίληψη. Επάνω σε αυτήν την βάση του εντυπωσιασμού στηρίζεται η ψυχολογική ανάγκη του Μετά-Hollywood καλλωπισμού της οδοντοπροσωπικής περιοχής. Παράλληλα, απλοϊκή, αλλά και αναγκαία στην πρωτόγονη αντίληψη της ομορφιάς, είναι και η αίσθηση της απόλυτης **συμμετρικότητας**, που όμως στο βιολογικό υπόστρωμα η βιολειτουργία δημιουργεί σχετική συμμετρία.

Λεύκανση και διαστρωμάτωση με σύνθετες ρητίνες

Αδαμαντινοπλαστική κοπτικών γωνιών

Ανάλυση των μορφολογικών και χρωματικών χαρακτηριστικών της μετά-Hollywood οδοντική σύνθεσης (μέσα ενημέρωσης)

Χρωματικά χαρακτηριστικά

Η φωτεινότητα όλων των δοντιών είναι ίδια και οριακή. Τα δόντια κατασκευάζονται η λευκαίνονται σε υπέρλευκο εκτός χρωματολογίου ανθρωπίνων δοντιών και όλα τα δόντια είναι της ίδιας φωτεινότητας ενώ φυσιολογικά γνωρίζουμε ότι τα φωτεινότερα δόντια είναι οι κεντρικοί τομείς της άνω γνάθου ενώ οι πλάγιοι και κυνόδοντες υπολείπονται σε φωτεινότητα. Η υψηλή φωτεινότητα (toilet white) παραπέμπει στην φωτεινότητα των νεογιλών δοντιών-νεανικότητα (γαλακτώδη δόντια). Παράλληλα η απόδοση λευκού-μπλε ιριδισμού (bleu white) παραπέμπει με υπερβατικό, αστρικό χρώμα.

Η χρωματική πυκνότητα είναι ανύπαρκτη ακόμη και στους αυχένες ή στον κυνόδοντα.

Οι κοπτικές ημιδιαφάνειες απαγορεύονται γιατί γκριζάρουν και απορροφούν φως.

Οι μεσοδόντιες περιοχές μαζί με τα κοπτικά και αυχενικά τρίγωνα ελαχιστοποιούνται γιατί δημιουργούν σκιές (black triangles) και κατεβάζουν την φωτεινότητα της οδοντικής σύνθεσης.

Βασική αρχή εντυπωσιασμού: Η οδοντική σύνθεση πρέπει να ανακλά το μέγιστο του φωτός που προσπίπτει σε αυτήν, έτσι φαίνεται μεγαλύτερη, προεξέχουσα και φωτεινότερη.

Μορφολογικά χαρακτηριστικά.

Χειλική προπέτεια των πρόσθιων δοντιών. Η συγκόλληση όψεων χωρίς παρασκευή (prepless veneers) συνεπάγεται κατά 1 mm κοπτική και χειλική προπέτεια των πρόσθιων δοντιών που συμβάλλει στην κυριαρχία τους στο πρόσωπο ειδικά σε άτομα με λεπτά χείλη ή σε προφατνισμό της άνω γνάθου.

Κοπτική επιμήκυνση των πρόσθιων δοντιών. Η κοπτική επιμήκυνση των πρόσθιων δοντιών συμβάλλει στην ελάττωση του μεσοφραγματικού χώρου που όντας μαύρος απορροφά φως και δίνει δραματικότητα στην στοματική περιοχή κατά το γέλιο και την ηρεμία.

Παρειακή προπέτεια των οπίσθιων δοντιών. Η παρειακή προέκταση των οπίσθιων άνω δοντιών συνεπάγεται το κλείσιμο των παρειακών διαδρόμων που αυξάνει την φωτεινότητα της περιοχής δεδομένου ότι οι παρειακοί διάδρομοι απορροφούν φως (Full-

ness of the denture).

Όχι στροφές και κλίσεις των δοντιών. Οι στροφές και κλίσεις δημιουργούν περιοχές χαμηλής φωτεινότητας (σκοτεινές μεσοδόντιες περιοχές) και ελαττώνουν την ανακλαστικότητα του φωτός και συνεπώς τον εντυπωσιασμό.

Επιπέδωση του κοπτικού ορίου. Η επιπέδωση των κοπτικών ορίων όλων των δοντιών της σύνθεσης οδηγεί σε απόλυτη συμμετρία της κοπτικής γραμμής (όχι κοντύτεροι πλάγιοι άνω τομείς ή προέχοντες κυνόδοντες) που σημειωθήτω αποτελεί την κύρια περιοχή της εξατομίκευσης της οδοντικής σύνθεσης.

Η κυρτότητα των κοπτικών ορίων. Τα κυρτά κοπτικά όρια (όχι αποτριβές) εντυπωσιάζουν προσδίδοντας νεανικότητα αλλά αποστερούν την φυσικότητα και τροποποιούν τον χαρακτήρα της οδοντικής σύνθεσης (κυρτή εγγύς κοπτική γωνία των κεντρικών τομέων της άνω γνάθου).

Τα δόντια είναι τετράγωνα. Σε όλους τους ανθρώπους τα δόντια είναι τετράγωνα στο σχήμα και κυρτά προστομιακά. Αυτή η μορφολογία γίνεται για να ελαττωθούν οι περιοχές χαμηλής φωτεινότητας (αυχενικά τρίγωνα, προστομιακές ακρολοφίες και αύλακες).

Βασική αρχή εντυπωσιασμού: τα δόντια πρέπει να γεμίζουν την στοματική κοιλότητα και να είναι συμμετρικά.

Κριτική του προσωπείου HOLLYWOOD

Από την παραπάνω ανάλυση των μορφο-χρωματικών στοιχείων προκύπτει ότι ο κοσμητικός εντυπωσιασμός της οδοντικής σύνθεσης στόχο έχει τη νεανικότητα και την υγεία μέσω της μορφοχρωματικής γεωμετρικής συμμετρίας. Η δημιουργία οδοντοπροσωπικών συνθέσεων σε διαφορετικά πρόσωπα, αλλά με ενιαία και πάγια χαρακτηριστικά, παραπέμπει στην δημιουργία προσωπείου (mask) και όχι προσώπου. Το επιχείρημα της δημιουργίας αυτού του προσωπείου είναι ότι «αυτά τα δόντια αρέσουν σε όλους τους ανθρώπους και αυτά ζητούν». Πράγματι η λευκότητα και η συμμετρία είναι τα βασικότερα χαρακτηριστικά που κάθε άνθρωπος μπορεί αμέσως να διακρίνει και είναι ούτως ή άλλως εντυπωσιακά. Όμως, η παρουσία κοινών χαρακτηριστικών και συνθέσεων σε όλους τους ανθρώπους (κλωνοποιημένες συνθέσεις) καθώς και τα υπέρλευκα δόντια σε άτομα μεγάλης ηλικίας ενέχει τον κίνδυνο του γελοίου ή στην καλύτερη περίπτωση της θεατρικότητας που το προσωπείο αποδίδει στο πρόσωπο. Έτσι μόνο σαν μια κοσμητική «καλλωπιστική» σύνθεση (cosmetic composition) θα μπορούσε να γίνει αποδεκτή προς αναπαραγωγή. Το δε επιχείρημα ότι αυτή η κοσμητική σύνθεση αρέσει στους ασθενείς, μπορεί να ευσταθεί μόνον όταν προϋπάρχει η επίγνωση της μορφο-χρωματικής ταυτότητας της σύνθεσης Hollywood στον γιατρό και τον ασθενή και ο τελευταίος επιζητεί «εντυπωσιακή» κοσμητική-θεατρική αλλαγή στο πρόσωπό του.

Πρόταση αντί HOLLYWOOD αισθητικής σύνθεσης

Η βαθύτερη γνώση της βιοαισθητικής που υπακούει βιολογικούς νόμους και όχι σε κοσμητικές ψυχολογικές ανάγκες μπορεί να επιτύχει όμορφα αποτελέσματα χωρίς την δημιουργία προσωπείου. Έτσι, αφού ο ασθενής θέλει να εντυπωσιάζει με το γέλιο του, μπορούν να ενσωματωθούν σ' αυτό η λευκότητα και η οπτική συμμετρία που θα αποδώσουν την κυριαρχία του γέλιου, αλλά διατηρώντας τον ξεχωριστό χαρακτήρα κάθε οδοντοπροσωπικής σύνθεσης που υπαγορεύει η διαφορετική βιολειτουργική μορφή του κάθε ανθρώπου.

Έτσι η λευκότητα μπορεί να αποδοθεί με πορσελάνες ή σύνθετες ρητίνες που δεν είναι αδιαφανείς, αλλά ιριδίζουσες ημιδιαφανείς αδαμαντίνες (iridescent, frosty, ice κ.λπ.). Αυτές οι πορσελάνες επικάλυψης διαθέτουν λευκότητα, λαμπυρίζουν (εκπέμπουν και πολυχρωματικό φως) και παρουσιάζουν και ένα βαθμό ημιδιαφάνειας που αποδίδει ζωντάνια.

Η κυριαρχία και ο εντυπωσιασμός της οδοντικής σύνθεσης στο ανθρώπινο πρόσωπο δεν αποδίδεται μόνον με τους όγκους των δοντιών και την προπέτειά τους, αλλά με αρμονική ενσωμάτωση (harmonic integration) της οδοντικής σύνθεσης στο πρόσωπο που υπακούει στους βιοαισθητικούς κανόνες (οπτική συμμετρία, αναλογίες των μερών προς το σύνολο της σύνθεσης αλλά και των μερών μεταξύ τους, προοπτική, κινητικότητα της σύνθεσης, μορφοψυχολογικά εναρμονισμένη στο πρόσωπο οδοντική σύνθεση κ.λπ.).

Η εξατομίκευση ή χαρακτήρας της σύνθεσης αποτελεί τη μέγιστη επιδίωξη και ικανότητα του κλινικού οδοντιάτρου κατά τη δημιουργία μιας βιοαισθητικής οδοντοπροσωπικής σύνθεσης. Έτσι αποφεύγεται το προσωπείο και αποδίδεται το πρόσωπο. Η σύνθεση παρουσιάζει κίνηση (όχι την παγωμένη μορφή των παράλληλων και κάθετων γραμμών), όπως τα μέλη ενός ομαδικού χορού που διατηρούν την ατομικότητά τους, αλλά παράλληλα συνεργούν και σε ένα λειτουργικό σύνολο.

Συμπεράσματα

Η δημιουργία προσωπείου αντιβαίνει στην ατομικότητα και στο μοναδικό του κάθε ανθρώπου που απαιτεί τον δέοντα σεβασμό. *(Μορφολογική ταυτότητα των ανθρώπων)*

Είναι αντιβιολογικός καλλωπισμός η σύγχρονη οδοντοστοματική αισθητική να δημιουργεί μορφο-χρωματικά κλωνοποιημένα ίδια γέλια ή γέλια που προηγούνται των συσπάσεων των μυών του γέλιου (κατά την ομιλία ή τη θέση ηρεμίας ο άνθρωπος φαίνεται να γελάει λόγω της μεγάλης παρειακής και κοπτικής προπέτειας-έκθεσης των πρόσθιων δοντιών) και έτσι εμφανίζεται το γέλιο χωρίς συναισθηματική διέγερση (ψυχρή εικόνα) και συνεπώς προσωπείο. (*Τα μάτια αποτελούν το ισχυρότερο επικοινωνιακό εργαλείο των ανθρώπων και όχι το προκάτ γέλιο).*

Η υπέρλευκη σύνθεση (πλήρης ανακλαστικότητα και αδιαφάνεια) αποδίδει σίγουρα εντυπωσιακό προσωπείο εξωγήινης προέλευσης γνωστού όντος ότι τα ανθρώπινα χρώματα είναι τα γαιώδη (κίτρινα, κόκκινα, καφέ). Ένας μικρός βαθμός ημιδιαφάνειας είναι αναγκαίος δεδομένου ότι όλο το ανθρώπινο σώμα απορροφά φως λόγω του χρώματος και της ημιδιαφάνειας του (αποτελείται από 70% νερό). *(Τα υπέρλευκα δόντια δεν αποτελούν ανθρώπινο χαρακτηριστικό.)*

Η ΦΩΤΟΓΡΑΦΙΑ ΣΤΗΝ ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΙΚΗ ΚΑΙ ΟΔΟΝΤΟΤΕΧΝΙΚΗ ΠΡΑΞΗ

Για πρώτη φορά διοργανώνεται οδοντιατρικό σεμινάριο με θέμα την οδοντιατρική φωτογράφιση από την εξειδικευμένη σε αυτήν εταιρεία DENTOPOLIS ΕΠΕ σε συνεργασία με τον ειδικό στη διδασκαλία του χρώματος, οδοντίατρο, οδοντοτεχνίτη και συγγραφέα **Δημήτρη Καπαγιαννίδη.** Οι τέσσερις ημερίδες θα πραγματοποιηθούν σε γεμάτο από αμπελώνες εξοχικό περιβάλλον της κεντρικής Μακεδονίας και της Αττικής. Σε αυτά τα τέσσερα Σαββατοκύριακα οι συμμετέχοντες θα τελειοποιήσουν, όχι μόνο την αίσθηση της όρασης, αλλά και αυτήν της γεύσης...

Οι πληροφορίες που απαιτούνται κατά τη διάγνωση, σχεδίαση και κατασκευή των προσθετικών αποκαταστάσεων μπορούν να εμπλουτισθούν κατά πολύ με την χρήση της οδοντιατρικής φωτογραφίας και των άπειρων οπτικών πληροφοριών που ο ενημερωμένος κλινικός μπορεί να αποκτήσει - «μία εικόνα χίλιες λέξεις». Έτσι, σαν μέσο απόκτησης των πληροφοριών αυτών η οδοντιατρική φωτογραφία αποτελεί για την ομάδα, **οδοντίατρο και οδοντοτεχνίτη**, ένα σύγχρονο, αποτελεσματικό και συνεπώς αναπόσπαστο εργαλείο της καθημερινής τους πράξης. **Η χρήση της ψηφιακής αυτής τεχνολογίας** στην οδοντιατρική πράξη αποτελεί μία από τις προϋποθέσεις των σύγχρονων οδοντιατρικών απαιτήσεων για μία παρέμβαση προβλέψιμη ποιοτικά. Συνεπώς, η εξοικείωση του γιατρού και του τεχνίτη με το τεχνολογικό αυτό μέσο αποτελεί μονόδρομο, **στον οποίο στοχεύουμε να οδηγήσουμε τους συμμετέχοντες.**

Στην πρώτη -Basic 1- από τις δύο ημερίδες θα αναλυθεί η σκοπιμότητα, τα υλικά και οι μέθοδοι απόκτησης των οπτικών πληροφοριών για την μελέτη και σχεδίαση της οδοντικής, οδοντοστοματικής και οδοντοπροσωπικής σύνθεσης. Παράλληλα με την εκτενή χρονικά πρακτική άσκηση θα δοθεί βάρος στην εξοικείωση των συμμετεχόντων στη λήψη, επεξεργασία και αποθήκευσης των οδοντιατρικών φωτογραφιών. **(Πώς και τι φωτογραφίζουμε;)**

Στην δεύτερη-Advanced 1- ημερίδα θα αναλυθούν οι πληροφορίες του χρώματος και της μορφής που μπορούν να αποκτηθούν με την φωτογραφική λήψη και να αξιοποιηθούν κατά την κατασκευή των αποκαταστάσεων από τον γιατρό ή τον τεχνίτη. Στην πρακτική άσκηση θα αναλυθούν ειδικές λήψεις μεγάλης κλινικής σημασίας που βοηθούν στην αποκάλυψη των ειδικών αυτών οπτικών συμπεριφορών των δοντιών. **(Πώς και τι διαβάζουμε από μία φωτογραφία;)**

Ημερομηνίες εκδήλωσης Basic 1- 20.03.2010 + Advanced 1- 08.05.2010
Chateau Porto Carras Grand Resort Χαλκιδικής ή παρόμοιου Chateau

Ημερομηνίες εκδήλωσης Basic 2 - 29.05.2010
και Advanced 2- 02.07.2010 Chateau Αττικής

Το κόστος του Basic 1(2) σεμιναρίου ανέρχεται για δύο άτομα -ομάδα Οδοντιάτρου/Οδοντοτεχνίτη- στα 2.500 ευρώ συν ΦΠΑ και συμπεριλαμβάνει το θεωρητικό και πρακτικό μέρος της ημερίδας και μια πλήρη βαλίτσα επαγγελματικής οδοντιατρικής φωτογράφισης που περιέχει: μια ψηφιακή φωτογραφική μηχανή Canon G 11, έναν Doctorseyes Power and Light controller 4, 6 διαφορετικά κάτοπτρα για ενδοστοματικές λήψεις, 6 μαύρους αντανακλαστήρες - δύο στοματοδιαστολείς με ολική εμπορική αξία των 2.500 ευρώ συν ΦΠΑ, τα ποτά και γεύματα όλων των διαλειμμάτων και για την ολοκλήρωση της ημερίδας **ένα βραδινό μενού πολλαπλών πιάτων με οινογνωσία** και παρουσίαση των ποικιλιών κρασιών του Chateau Porto-Carras ή παρόμοιου οινοποιείου.

Το κόστος του Advanced 1 (2) σεμιναρίου ανέρχεται στα 990 ευρώ συν ΦΠΑ για δύο άτομα και συμπεριλαμβάνει το θεωρητικό και πρακτικό μέρος της ημερίδας, τα ποτά και γεύματα όλων των διαλειμμάτων. Και για την ολοκλήρωση της ημερίδας ένα βραδινό μενού πολλαπλών πιάτων με οινογνωσία και παρουσίαση των ποικιλιών κρασιών των Μακεδονικών Οινοποιείων.

Λόγω των περιορισμένων θέσεων συμμετοχής, θα τηρηθεί αυστηρά σειρά προτεραιότητας, η οποία εξασφαλίζεται μετά από κατάθεση του ποσού συμμετοχής στον λογαριασμό της εταιρείας. Για περαιτέρω πληροφορίες και δηλώσεις συμμετοχής καλέστε στο

DENTOPOLIS ΕΠΕ ΙΩΑΚΕΙΜ ΑΣΛΑΝΙΔΗΣ, ΤΗΛ. 210-54.45.687

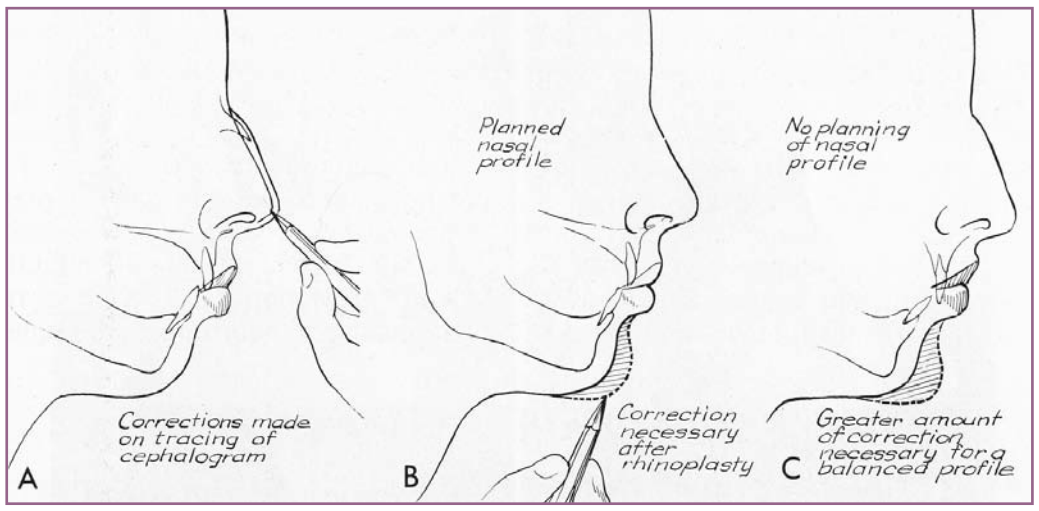
Ρινοπλαστική: Τα κρίσιμα σημεία της πιο συχνής επανορθωτικής επέμβασης

Η πιο διαδεδομένη πλαστική χειρουργική επέμβαση, που γίνεται τόσο για λειτουργικούς, όσο και αισθητικούς λόγους... Αυτό όμως δεν σημαίνει πως πρόκειται και για μια «εύκολη» διαδικασία.

Η μύτη, το πλέον προεξέχον και ιδιαίτερο χαρακτηριστικό του προσώπου μας, τραυματίζεται εύκολα, είναι συχνά -εκ γενετής– δυσπλαστική και υπόκειται σε καλοήθεις και κακοήθεις επεξεργασίες.

Μία από τις πλέον συχνά εκτελούμενες χειρουργικές επεμβάσεις στην πλαστική χειρουργική είναι αυτή της ρινοπλαστικής, δηλαδή της τροποποίησης-διόρθωσης της δομής της ρινός, με μια επανορθωτική επέμβαση, για τη βελτίωση τόσο του σχήματος, όσο και της λειτουργίας της.

Η διόρθωση της ρινός μπορεί να είναι η χειρουργική επέμβαση στην οποία προσφεύγουν οι περισσότεροι, είναι όμως και η πλέον δύσκολη. Διότι η νέα μύτη δεν πρέπει να είναι απλώς «ωραία», αλλά να «δένει» αρμονικά με τα υπόλοιπα χαρακτηριστικά του προσώπου



Σχεδιασμός ενός ισορροπημένου προσώπου. Ανάγκη αύξησης του πώγωνος.

Κωνσταντίνος Γ. Οικονόμου
Πλαστικός χειρουργός, διδάκτωρ του Πανεπιστημίου Αθηνών

Τι είναι η ρινοπλαστική

Η ρινοπλαστική είναι η χειρουργική επέμβαση που απαιτείται για αισθητικούς αλλά και για λειτουργικούς λόγους.

Οι δυσμορφίες της ρινός αφορούν κυρίως την σκελετική της δομή, η οποία, είτε εκ γενετής είτε μετά έναν τραυματισμό, έχει ανάγκη διόρθωσης. Οι καλυπτήριοι μαλακοί ιστοί της ρινός δύνανται να είναι ελαττωματικοί ή να φέρουν ουλές, ως επακόλουθο σοβαρών ατυχημάτων ή ριζικής εκτομής λόγω κακοηθείας. Το ρινικό διάφραγμα από την άλλη, είναι δυνατόν να εμφανίζει παρεκτόπιση-σκωλίωση και μπορεί να συνυπάρχει με υπερτροφία των ρινικών κογχών.

Ήδη από τις αρχές του 20ού αιώνα, εμπνευσμένοι χειρουργοί από όλο τον κόσμο επιχείρησαν τη χειρουργική διόρθωση και των δύο κατηγοριών προβλημάτων. Η εξέλιξη της πλαστικής χειρουργικής στο σημερινό της επίπεδο είναι στενά συνδεδεμένη με την ανάπτυξη της επανορθωτικής ρινοπλαστικής. Ιδιαίτερα μετά τον Β΄ Παγκόσμιο Πόλεμο και τον τεράστιο αριθμό ατόμων, η κατάσταση των οποίων απαιτούσε την συνδρομή της πλαστικής χειρουργικής, και με την εμπειρία που απέκτησαν οι χειρουργοί, έγινε δυνατή η για καθαρά αισθητικούς λόγους διενέργεια όλων των επεμβάσεων και ιδιαίτερα της ρινοπλαστικής.

Σε ποιους απευθύνεται;

Η ρινοπλαστική μπορεί να πραγματοποιηθεί σε οποιαδήποτε στιγμή της ενήλικης ζωής. Κρίνεται ωστόσο απαραίτητο να διενεργείται σε ηλικία άνω των 17 ετών, κατά την οποία έχει συμπληρωθεί η ανάπτυξη των οστών του σπλαχνικού κρανίου, που στην περίπτωση του μέσου τριτημορίου του προσώπου προάγεται από την ανάπτυξη του ρινικού διαφράγματος. Τραυματική ή χειρουργική βλάβη αυτού μπορεί να προκαλέσει το λεγόμενο «ημισεληνοειδές προσωπείο».

Ανατομία-φυσιολογία της ρινός

Η μύτη έχει το σχήμα μιας πυραμίδας που αποτελείται από οστεοχόνδρινο σκελετό και καλύπτεται από μαλακούς ιστούς που περιλαμβάνουν δέρμα, υποδόριο, μυς και βλεννογόνο. Δύο ανοίγματα στη βάση της, οι ρώθωνες, αποτελούν τον βασικό αεραγωγό και σε συνδυασμό λειτουργίας με τις εσωτερικές ρινικές χοάνες, κατευθύνουν τον εισπνεόμενο αέρα προς τους πνεύμονες. Ανωμαλίες του σχήματος της ρινός –εσωτερικές και εξωτερικές– δύνανται να επηρεάσουν τη φυσιολογική της λειτουργία.

Η γνώση της αναπνευστικής ρινολογίας είναι ουσιαστική και πρέπει να αποτελεί κτήμα από όποιον προτίθεται να επιχειρήσει μία διορθωτική ρινοπλαστική.

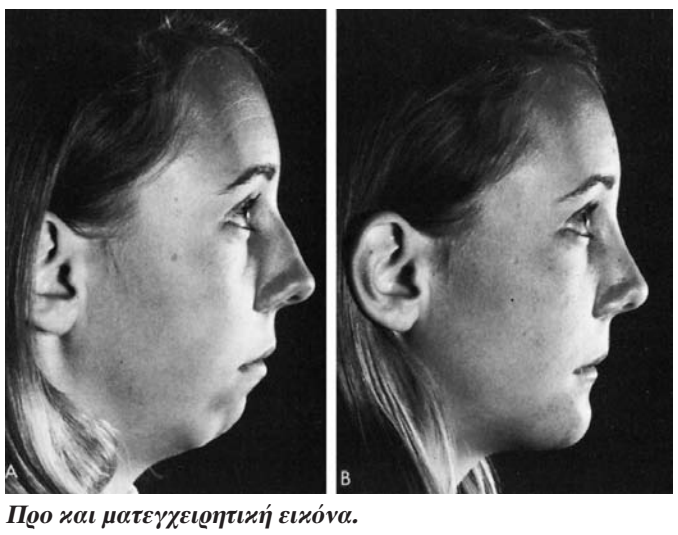
Η μύτη παρέχει λοιπόν τον εισπνεόμενο αέρα, του οποίου η πίεση, η θερμοκρασία και η υγρασία προσαρμόζεται στις ιδιότυπες μικροπιέσεις της αιματικής ροής των πνευμόνων. Είναι δηλαδή συγχρόνως ένας αναπνευστικός ρεοστάτης, ένας θερμοστάτης, ένας υγροστάτης και ένα φίλτρο. Επιπλέον, η μύτη αποτελεί βασικό αισθητήριο όργανο, αυτό της οσφρήσεως. Επομένως, ο σεβασμός των ανατομικών και λειτουργικών στοιχείων της ρινός είναι απαραίτητη προϋπόθεση για την επιτυχή έκβαση της επέμβασης.

Τέλος, η λειτουργικότητα της δομής της, βασισμένη σε μια πλούσια αιμάτωση, της εξασφαλίζει μία αξιοθαύμαστη αντίσταση στις λοιμώξεις και χειρουργικούς τραυματισμούς.

Η επίσκεψη στο ιατρείο

Όπως συμβαίνει και με όλες τις άλλες επεμβάσεις πλαστικής χειρουργικής, μεγάλη σημασία έχει η αλληλοκατανόηση ασθενούς και ιατρού αναφορικά με το τι επιζητά ο πρώτος και τι μπορεί να επιτύχει ο δεύτερος. Ο ασθενής που ζητά μια αισθητική βελτίωση της ρινός του, πιθανό να μην έχει λειτουργικό πρόβλημα. Ωστόσο, ο πλαστικός χειρουργός απαιτείται να ερευνήσει το ενδεχόμενο και να συνεκτιμήσει την ψυχολογική επίδραση του ασθενούς σε αυτό που νομίζει ότι αποτελεί μια ελάσσονα δυσμορφία σε σχέση με την πραγματικότητα, η οποία μπορεί να υποκρύπτει ένα μεγαλύτερο πρόβλημα. Η παρόρμηση του ασθενούς να συνεργασθεί με τον χειρουργό του για την επίτευξη ενός ικανοποιητικού αποτελέσματος, πρέπει ασφαλώς να συνεκτιμηθεί.

Μία προσεκτική κλινική εξέταση, σε συνδυασμό με πλήρη και αναλυτική φωτογραφική απεικόνιση, όχι μόνο της ρινός, αλλά και των υπολοίπων χαρακτηριστικών του προσώπου του ασθενούς, είναι ουσιώδους σημασίας για τον πλαστικό χειρουργό που επιδιώκει μία «φυσική» εμφάνιση της ρινός, η οποία να «ταιριάζει στο πρόσωπο», αποφεύγοντας την εμφάνιση της «χειρουργημένης μύτης».



Προ και μετεγχειρητική εικόνα.

Αισθητική ρινοπλαστική. Προ και μετεγχειρητική εικόνα.

Δεν υπάρχει ιδανική λύση

Το σχήμα ενός προσώπου μπορεί να είναι αρμονικό ή μη, αλλά οι κανόνες αυτής της «αρμονίας» δεν είναι απλοί για να διευκρινιστούν, καθώς υφίστανται πολλές διαφοροποιήσεις των στοιχείων που την επηρεάζουν. Η έννοια της αρμονίας ποικίλλει, ανάλογα με το χρόνο, σε σχέση με αντιλήψεις φυλετικής καταγωγής ακόμη και προσωπικότητας. Μετακινήσεις πληθυσμών, εισβολές και στρατιωτικές κατακτήσεις είχαν ως αποτέλεσμα την ανάμειξη των διαφόρων εθνοτήτων και την αλληλεπίδραση γενετικών παραγόντων. Παράλληλα, δημιουργήθηκαν πλήθος διαφορετικών δομικών χαρακτηριστικών, που αφορούν τη μύτη.

Η καθιέρωση μιας γενικής οδηγίας προσδιορισμού της αρμονίας είναι **ουτοπική** και οι απέλπιδες προσπάθειες του ζωγράφου και μελετητή Dürer αποδεικνύουν την αδυναμία επίτευξης ενός Χρυσού Κανόνα.

Η πλήρης φωτογραφική καταγραφή του ασθενούς είναι απαραίτητη στη διευκρίνιση των ενδείξεων για την διενέργεια μιας ρινοπλαστικής. Η απεικόνιση αυτή επιτρέπει στον ασθενή να αντιληφθεί πώς πραγματικά είναι, ώστε εν συνεχεία να επιδείξει τι πιστεύει ότι είναι λάθος και τέλος να δώσει στον χειρουργό την ευκαιρία να περιγράψει τι θα αποτελέσει την καλύτερη και καταλληλότερη λύση γι' αυτόν.

Αναζητείται δε και η πιθανή ύπαρξη και άλλων δυσμορφιών που απαιτούν ταυτόχρονη αντιμετώπιση, όπως π.χ. η ύπαρξη προ- ή οπισθογναθισμού. Ορισμένοι ανατομικοί περιορισμοί είναι προφανείς.

Στην περίπτωση που ο ασθενής ζητά ορισμένες τροποποιήσεις της δομής του προσώπου του, ο πλαστικός χειρουργός είναι ο πλέον κατάλληλος μέσω της εμπειρίας του, να γνωρίζει τι μπορεί ή τι δεν μπορεί να επιτευχθεί.

Η «custom made», ούτως ειπείν, προσαρμογή του προσδοκώμενου αποτελέσματος, αποτελεί τη σωστότερη λύση για την εκτίμησή του, εφόσον δημιουργείται μέσω των υπαρχόντων ανατομικών στοιχείων του προσώπου του ασθενούς και δεν αποτελούν προϊόν προκατασκευασμένης ιδεατής απεικόνισης, όπως π.χ. γίνεται με την εφαρμογή ειδικών προγραμμάτων σχεδιασμού του προσώπου σε έναν ηλεκτρονικό υπολογιστή.

Η επιτυχής συνένωση της αντίληψης του τελικού αποτελέσματος και η τεχνική επιδεξιότητα για την επίτευξή του, είναι το μυστικό της επιτυχίας. Επιτυχίας που θα εξαρτηθεί από το κατά πόσον η αισθητική κρίση και η καλλιτεχνική ικανότητα του πλαστικού χειρουργού, συμβαδίζει εξ ίσου με την τεχνική του κατάρτιση.

Σε πολλές περιπτώσεις, όμως, το «ιδανικό» δεν είναι δυνατόν να πραγματοποιηθεί. Πολλές διορθωτικές ρινοπλαστικές αποτελούν έναν συμβιβασμό. Στην επιβολή αυτού του συμβιβασμού, η αισθητική κρίση του χειρουργού παίζει τον κυριότερο ρόλο.

Πριν από την επέμβαση

Οι γενικές εξετάσεις, αιματολογικές, καρδιολογικές και πνευμονολογικές, αποτελούν απαραίτητη προϋπόθεση για να προχωρήσει κανείς σε μια ρινοπλαστική. Σε ειδικές περιπτώσεις χρειάζεται συμπληρωματικός ακτινογραφικός έλεγχος των ρινικών οστών και των παραρρινίων κόλπων.

Απαραίτητο στοιχείο θεωρείται επίσης η απουσία λοιμώξεως

και αλλεργίας στην περιοχή της επέμβασης. Ιδιαίτερα για τις γυναίκες, θα πρέπει να αποφεύγεται η διενέργειά της κατά την διάρκεια της εμμήνου ρύσεως.

Η αναισθησία

Η αναισθησία πρέπει να εξυπηρετεί τρεις απαιτήσεις, δηλαδή την ασφάλεια, την άνεση του χειρουργούμενου ασθενούς αλλά και του χειρουργού και τέλος την αποφυγή αιμορραγίας. Ο συνδυασμός γενικής ναρκώσεως με τοπική διήθηση με αγγειοσυσταλτικούς παράγοντες, κρίνεται ως απολύτως ικανοποιητικός.

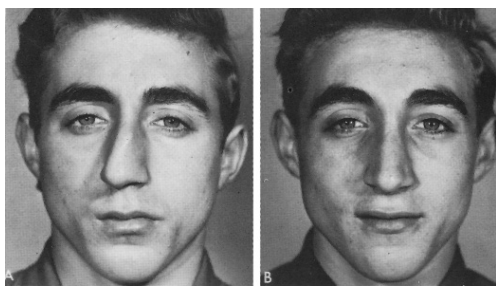
Η χειρουργική επέμβαση

Η ρινοπλαστική αποτελεί μια χειρουργική επέμβαση και έχει τους κινδύνους κάθε ιατρικής πράξης, όσο μικροί και αν είναι αυτοί.

Τρείς **Χρυσοί Κανόνες** επιτρέπουν να αποφεύγονται οι επιπλοκές, να επιτυγχάνεται μια «φυσική» όψη και να ενισχύεται η επούλωση, άμεση και απώτερη. Οι κανόνες αυτοί είναι:

Α) Σεβασμός στους βλεννογόνους: Βασική αρχή της εξωβλεννογονίου μεθόδου (Methode Extramuqueuse), η οποία αποτρέπει την καταστροφή του ενδορρινίου βλεννογόνου, διατηρώντας τη συνέχεια αυτού, με αποτέλεσμα την αποφυγή σημαντικής αιμορραγίας, διατήρηση της εξειδικευμένης λειτουργίας αυτού και αποφυγής στενώσεων.

Β) Σεβασμός της συνέχειας των χόνδρων των πτερυγίων της ρινός, ώστε να αποφεύγεται η πτώση της κορυφής και η ευδιάκριτη διακοπή της συνεχείας αυτών.



Σκωλίωση διαφράγματος της ρινός. Προ και μετεγχειρητική εικόνα.

Γ) Συστηματική χρησιμοποίηση των οστεοχονδρίνων αυτολόγων ενθεμάτων, λαμβανομένων εκ των ανατομικών στοιχείων που αναιρούνται, για την προαγωγή της οστεοποίησης των κατεαγότων ρινικών οστών.

Η επέμβαση πραγματοποιείται στο εσωτερικό της ρινός, με προσπέλαση διά μέσου των ρωθώνων. Κατά κανόνα δεν εκτελούνται εξωτερικές τομές για την αποφυγή ουλών, πλην ίσως της περίπτωσης σμικρύνσεως των ρωθώνων, επί υπερτροφίας αυτών. Ο χειρουργός τροποποιεί αποκλειστικά τον οστεοχόνδρινο σκελετό της ρινός, ενώ το δέρμα προσαρμόζεται χωρίς δυσκολία στην καινούργια κατάσταση.

Συχνή και επιτακτική είναι η ανάγκη συνδυασμού μιας ρινοπλαστικής με διόρθωση σκωλιώσεως του ρινικού διαφράγματος. Η σκωλίωση αυτή μπορεί να είναι γενικευμένη ή γωνιώδης. Να περιορίζεται μόνο στον σκελετό της ρινός ή να συνοδεύεται και από ασυμμετρία του μήκους των πτερυγίων. Στην περίπτωση αυτή της συνύπαρξης σκωλιώσεως, συστηματικός είναι ο εσωτερικός επιπωματισμός της ρινός, ο οποίος στις περιπτώσεις απλής ρινοπλαστικής δεν χρησιμοποιείται.

Η τοποθέτηση γύψινου νάρθηκα για μία εβδομάδα είναι απαραίτητη όχι μόνο για την ακινητοποίηση των κατεαγότων ρινικών οστών, όσο για την προσαρμογή του καλυπτηρίου δέρματος, το οποίο διατηρεί την λεγομένη «δερματική ανάμνηση».

Μετεγχειρητικά

Πιθανή είναι η παρουσία εγχυμώσεων και περιοφθαλμικού οιδήματος. Μετά την αφαίρεση του γύψινου νάρθηκα, το τελικό αποτέλεσμα της ρινοπλαστικής δεν είναι ακόμη απολύτως διακριτό, γιατί η μύτη παραμένει οιδηματώδης. Το οίδημα εντοπίζεται στη μεν την κατά πρόσωπον όψη στο διευρυσμένο ριζορρίνιο, στη δε την πλαγία όψη στην προβολή της ρινομετωπιαίας περιοχής, που δίνει την παροδική εικόνα της «αρχαιοελληνικής μύτης». Τη 12η-13η μετεγχειρητική ημέρα, ο ασθενής είναι εμφανίσιμος, οι εγχυμώσεις έχουν παρέλθει, αλλά η μύτη παραμένει οιδηματώδης.

Τα αποτελέσματα

Μετά από έναν έως τρεις μήνες, ανάλογα με την περίπτωση, μπορεί κανείς να σχηματίσει μία σαφή εικόνα του τελικού αποτελέσματος, το οποίο όμως δεν είναι δυνατόν να αξιολογηθεί απόλυτα, παρά μόνο μετά την παρέλευση έξι μηνών στις πλέον απλές περιπτώσεις. Και αυτό καθώς σε αυτό το χρονικό διάστημα συμπληρώνεται η οστεοποίηση των κατεαγότων οστών της ρινός.

Οι επιπλοκές

Σοβαρές επιπλοκές στην ρινοπλαστική δεν παρατηρούνται. Σε σπάνιες περιπτώσεις είναι δυνατόν να παρατηρηθεί μικρή αιμορραγία, η οποία όμως σταματά συνήθως μόνη της και αντιμετωπίζεται εύκολα.

Μορφολογικές ή λειτουργικές ανωμαλίες δυνατόν να οφείλονται σε δύο λόγους :

1. Σε ελαττωματική ή υπολειμματική επούλωση του ασθενούς. Ωστόσο, η συστηματική διερεύνηση εκ του ιστορικού και η ενδελεχής κλινική του εξέταση μπορεί να αποτρέψει την ατυχή εξέλιξη, με την αποφυγή ή και την τροποποίηση της σχεδιαζόμενης επέμβασης.
2. Σε περιορισμένη εμπειρία ή λανθασμένη τεχνική του χειρουργού, οπότε μια επανεγχείρηση καθίσταται συχνά αναγκαία.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. G.Jost et F.Legent < Atlas de Chirurgie Esthetique Plastique – Chirurgie de la face – Rhinoplasties > 16 – 81.
2. John Marquis Converse < Reconstructive Plastic Surgery – Chapter 29 Corrective and Reconstructive Surgery of the nose > 1040 - 1134

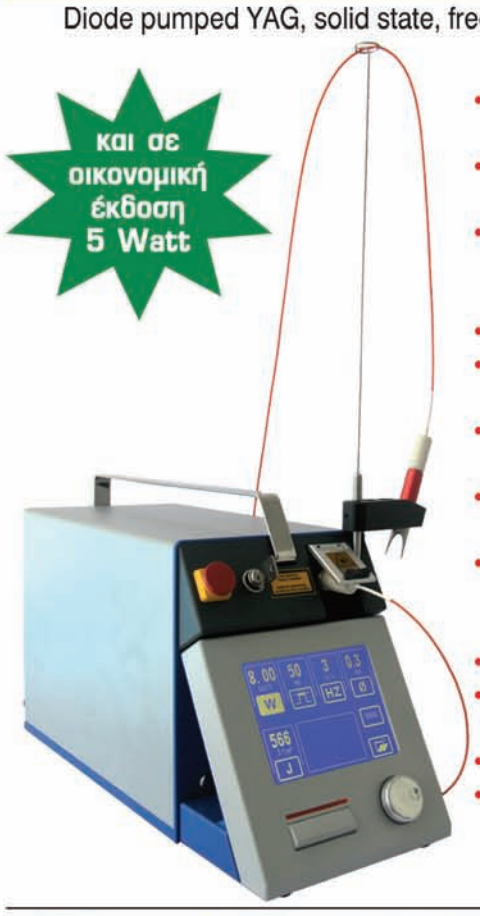
FOX
Laser Τεχνολογία με τη Γερμανική Εγγύηση ποιότητας & αξιοπιστίας

Το απόλυτο σύστημα Laser για:
- Ενδοδοντολογία - Περιοδοντολογία
- Χειρουργική αντιμετώπιση μαλακών ιστών
- Λεύκανση στο Ιατρείο

Βασικά Τεχνικά Χαρακτηριστικά
- Διοδικό Laser 810nm / 980nm / 1064nm
- Ελάχιστη ισχύς 7 Watt (810nm) / 9 Watt (980nm) / 7 Watt (1064nm)
- Οπτικές ίνες 200, 300, 400 & 600 μm μίας ή πολλών χρήσεων
- Μεγάλη συλλογή όλων των απαραίτητων αξεσουάρ
- Απόλυτη ελευθερία ρυθμίσεων παραμέτρων
- Λειτουργία με απλή παροχή 220V & με μπαταρία Si-Ion-Mg
- Διαστάσεις 12x21x10 cm - Βάρος 1,2 Kg
- Πρακτική βαλίτσα μεταφοράς
- Συνεχής και αξιόπιστη τεχνική και κλινική υποστήριξη
...και όλα τα παραπάνω στην **πλέον ανταγωνιστική τιμή**

NuvoLas KTP 532 nm - 8 Watt
Diode pumped YAG, solid state, frequency-doubled Nd:YAG

και σε οικονομική έκδοση 5 Watt



- Μήκος κύματος: 532 nm (πράσινο)
- Μέγιστη ισχύς: 8 Watt στον ιστό
- Διάρκεια παλμού: 2 ms συνεχές (CW) - ρυθμιζόμενο
- Ταχύτητα παλμού: 1-6 Hz
- Χειρολαβές: χειρουργική, λεύκανσης, 0,3-0,5-1,0 nm
- Οπτική ίνα: 300 μm, ευλύγιστη, ανθεκτική, χαμηλού κόστους
- Χειρισμός: αποσπώμενο χειριστήριο με ψηφιακή οθόνη
- Ακτίνα πιλότος: διοδικό Laser 635 nm (κόκκινο) ρυθμιζόμενης ισχύος
- Σύστημα ψύξης: Εσωτερικό
- Απαιτούμενη ισχύς: ~230V, 5A / ~115V, 10A
- Βάρος: 12 Kg
- Διαστάσεις: 465 x 181 x 267 mm

evo medica
EvoMedica ΙΑΤΡΙΚΑ - ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΙΚΑ ΣΥΣΤΗΜΑΤΑ LASER
Λ. Πετρουπόλεως 20, 131 23 Ίλιον
Τηλ.: 210 2625 260, Fax: 210 2625 411
e-mail: g.stefanopoulos@evomedica.com www.evomedica.com

Ο σύνδεσμος ανάμεσα στις δυνατότητες και τις απαιτήσεις

Τα στηρίγματα «Straumann Anatomic IPS e.max Abutments» σε στηριζόμενες σε εμφυτεύματα αποκαταστάσεις στην αισθητική ζώνη

Dr Andreas Kurbad, Viersen- Dülken/ Γερμανία

Σήμερα οι οδοντίατροι έχουν στη διάθεσή τους όλα τα μέσα, προκειμένου να προσφέρουν στους ασθενείς τους μονήρεις επιεμφυτευματικές αποκαταστάσεις, τις οποίες είναι δύσκολο να ξεχωρίσει κανείς από τη φυσική οδοντοφυΐα. Οι βελτιώσεις στο σχεδιασμό των εμφυτευμάτων, οι τελειοποιημένες χειρουργικές τεχνικές και η ανάπτυξη των κεραμικών υλικών για την κατασκευή των υπερκατασκευών το καθιστούν πραγματοποιήσιμο.

Τα στηρίγματα έχουν ρόλο-κλειδί στη δημιουργία αισθητικών αποκαταστάσεων που στηρίζονται σε εμφυτεύματα. Το στήριγμα είναι ο σύνδεσμος ανάμεσα στο εμφύτευμα και τη στεφάνη. Επιπλέον, είναι υπεύθυνο για τη σύνδεση των χειρουργικών δυνατοτήτων, οι οποίες δεν είναι πάντα άριστες, με τις απαιτήσεις για άψογες αισθητικά αποκαταστάσεις. Για παράδειγμα, αυτό περιλαμβάνει την εξισορρόπηση των αξόνων του εμφυτεύματος και της στεφάνης, οι οποίοι σπάνια ταυτίζονται. Οι κρίσιμοι παράγοντες για την κατασκευή επιτυχημένων αποκαταστάσεων στην αισθητική ζώνη περιλαμβάνονται στον Πίνακα 1.

Για να διατηρήσουμε τον ιστό που περιβάλλει την αποκατάσταση χωρίς μολύνσεις, τα υλικά που χρησιμοποιούνται θα πρέπει να παρουσιάζουν άριστη βιοσυμβατότητα. Το οξείδιο του ζιρκονίου πληροί απόλυτα αυτή την προϋπόθεση. Επιπλέον, αυτό το υλικό εξασφαλίζει την αντοχή που απαιτείται για την αντίσταση στην υψηλή μηχανική φόρτιση. Το σχήμα του στηρίγματος παίζει επίσης ένα σημαντικό ρόλο, καθώς η δημιουργία προφίλ ανάδυσης που μοιάζει με των φυσικών δοντιών, είναι απαραίτητη. Το βάθος της ένθεσης επιτυγχάνεται καλύτερα με εμφύτευμα στο επίπεδο του οστού (π.χ. το εμφύτευμα Straumann® Bone Level).

Ένα ειδικό δευτερεύον εξάρτημα έχει αναπτυχθεί γι' αυτού του είδους το εμφύτευμα μετά τη συμφωνία της Ivoclar Vivadent με τη Straumann. Το ανατομικά σχεδιασμένο στήριγμα χρησιμοποιείται σε συνδυασμό με το Straumann Crossfit Connector, που συνεισφέρει σημαντικά στη μακρόχρονη διατήρηση των επιπέδων της οστικής ακρολοφίας. Η άμεση συγκόλληση του στηρίγματος στο εμφύτευμα δεν συνιστάται, επειδή οι περίσσειες της συγκόλλησης δεν μπορούν να αφαιρεθούν ή να ελεγχθούν στις αυχενικές περιοχές του στηρίγματος. Ο αυχένας του στηρίγματος διαθέτει λοξοτόμηση chamfer για την υποστήριξη της στεφάνης. Ως αποτέλεσμα οι χρονοβόρες διορθώσεις αποφεύγονται σχεδόν ολοκληρωτικά. Το γεγονός ότι το στήριγμα είναι διαθέσιμο με δύο διαβλεννογόνια ύψη και με δύο γωνίες (0 και 15) διευκολύνει επίσης τη διαδικασία. Το σχήμα του στηρίγματος μπορεί να εξατομικευθεί με προσεκτικό τροχισμό. Ακολούθως, για την κατασκευή των κεραμικών αποκαταστάσεων του στηρίγματος μπορεί να χρησιμοποιηθεί είτε η τεχνική πρεσαρίσματος είτε η τεχνική της διαστρωμάτωσης. Εάν χρησιμοποιηθεί υαλοκεραμική (IPS e.max® Ceram), αυτή η περιοχή μπορεί να προετοιμαστεί με σιλάνιο και να αδροποιηθεί,

Κρίσιμοι παράγοντες για επιτυχημένα εμφυτεύματα στην αισθητική περιοχή.
Υψηλή βιοσυμβατότητα των χρησιμοποιούμενων υλικών.
Προφίλ ανάδυσης που προσομοιάζει του φυσικού δοντιού.
Κοχλιούμενες συνδέσεις σε περιοχές συναρμογής με δύσκολη πρόσβαση μεταξύ εμφυτεύματος και στηρίγματος.
Απόχρωση παρόμοια με του φυσικού δοντιού.
Μετάδοση φωτός στις υποουλικές περιοχές.

Πίνακας 1. Κρίσιμοι παράγοντες για επιτυχημένα εμφυτεύματα στην αισθητική περιοχή.

προκειμένου να βελτιωθεί η συγκόλληση της στεφάνης. Οι οπτικές ιδιότητες των κεραμικών έχουν εξέχουσα σημασία στη δημιουργία αισθητικών αποκαταστάσεων. Ο μαλακός ιστός που καλύπτει το στήριγμα, και πιο συγκεκριμένα ο λεπτός κωνικός ουλικός ιστός, φαίνεται πιο υγιής και πιο φυσικός, εάν χρησιμοποιηθεί λευκή ή, ακόμη καλύτερα, οδοντική απόχρωση επάνω στο μέταλλο. Συνεπώς, το στήριγμα Straumann Anatomic IPS e.max Abutment είναι διαθέσιμο σε αποχρώσεις MO 0 και MO 1. Ακόμη, είναι σημαντικό για το υλικό να μεταφέρει το φως στη ρίζα, όπως συμβαίνει και στα φυσικά δόντια. Αυτό το χαρακτηριστικό βελτιώνει την εμφάνιση των ούλων. Το οξείδιο του ζιρκονίου επιτρέπει τη μετάδοση του φωτός σε ένα συγκεκριμένο μήκος, πλεονεκτώντας σε σχέση με το μέταλλο. Σε αντίθεση με την οδοντίνη της ρίζας, όμως, το οξείδιο του ζιρκονίου δεν παρουσιάζει φθορισμό. Παρ' όλα αυτά, για να τελειοποιηθεί το αναδυόμενο προφίλ, αυτό το φαινόμενο μπορεί να αποδοθεί τοποθετώντας φθορίζοντα υλικά Margin από την κασετίνα IPS e.max Ceram assortment.

Μια αποκατάσταση που περιλαμβάνει στήριγμα το οποίο εξατομικεύθηκε με αυτόν τον τρόπο και επενδύθηκε με στεφάνη κατασκευασμένη από ολοκεραμικό IPS e.max® Press ή CAD δύσκολα μπορεί να ξεχωρίσει από τα φυσικά δόντια.

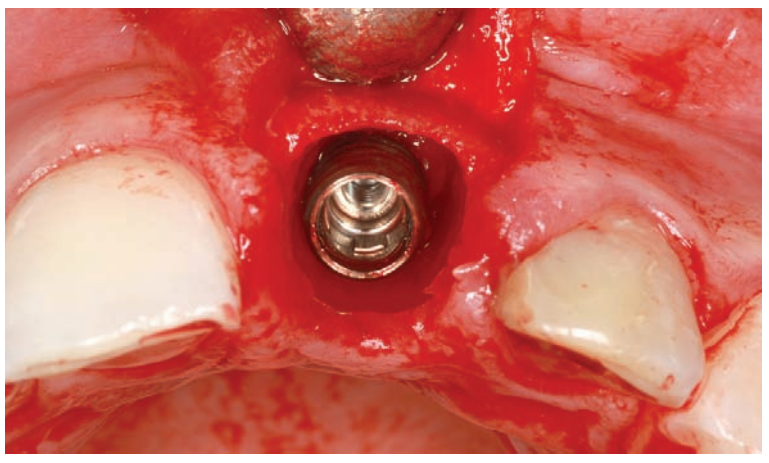
Η διαδικασία βήμα προς βήμα

Η ολοκληρωμένη διαδικασία στην οποία χρησιμοποιείται το στήριγμα Straumann Anatomic IPS e.max Abutment παρουσιάζεται με ένα κλινικό περιστατικό. Μια 30χρονη γυναίκα ασθενής αντιμετώπιζε υποτροπιάζοντα προβλήματα στον 21, παρά το γεγονός πως είχε υποβληθεί σε εκτομή ρίζας πριν από πέντε χρόνια (Εικ. 1). Το δόντι δεν μπορούσε να σωθεί και για το λόγο αυτό έγινε εξαγωγή. Ένα εμφύτευμα Straumann Bone Level τοποθετήθηκε αμέσως (Εικ. 2). Το κενό ανάμεσα στο φατνιακό οστό και το εμφύτευμα πληρώθηκε με Straumann® BoneCeramic (Εικ. 3).

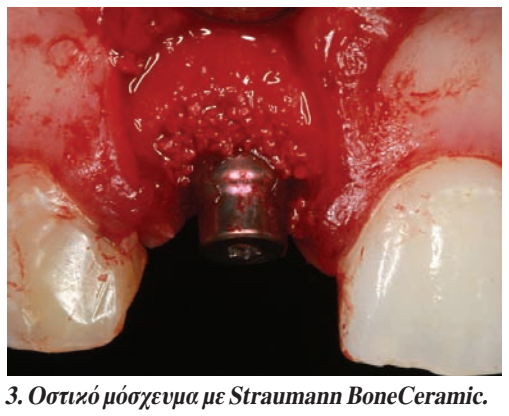
Η διαχείριση του ενεργού ιστού ξεκίνησε σε αυτό το αρχικό στάδιο με κατάλληλες τεχνικές συρραφής και με διαμόρφωση των ούλων. Μετά από μια περίοδο επούλωσης έξι εβδομάδων, έγιναν τα πρώτα αποτυπώματα για την κατασκευή προσωρινού στηρίγματος και προσωρινής στεφάνης, για χρήση στη διαμόρφωση του προφίλ ανάδυσης. Ένα προσωρινό στήριγμα για το Regular CrossFit Connection (RC) επιλέχτηκε από την συλλογή της Straumann.

Μετά από 8 εβδομάδες, το προφίλ ανάδυσης ικανοποίησε τις απαιτήσεις για μια αποκατάσταση υψηλής αισθητικής (Εικ. 4). Σε αυτό το στάδιο, πραγμα-

1. Προεγχειρητική κατάσταση γυναίκας ασθενούς 30 ετών με εκτομή ρίζας στον 21.

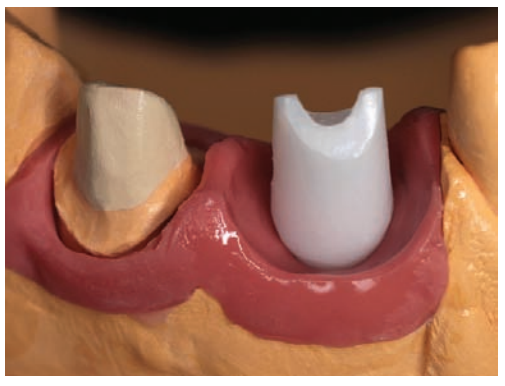


2. Άμεση τοποθέτηση εμφυτεύματος Straumann Bone Level.



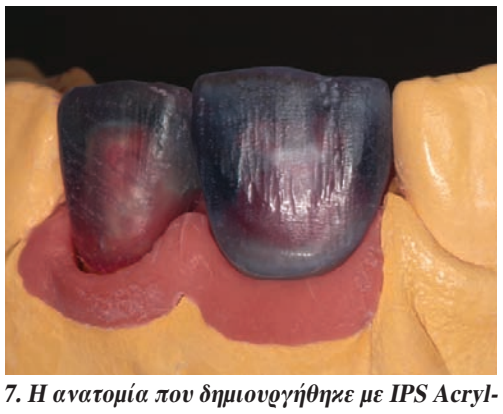
3. Οστικό μόσχευμα με Straumann BoneCeramic.

4. Ιδανικό προφίλ ανάδυσης διαμορφώνεται μετά από 8 εβδομάδες από την τοποθέτηση του εμφυτεύματος.



5. Επιλογή και προσαρμογή του στηρίγματος Straumann Anatomic IPS e.max Abutment.

6. Το προφίλ ανάδυσης εξατομικεύεται με υλικά βάθρου IPS e.max Ceram Margin. Κατά την επεξεργασία αποδίδεται ο αποφασιστικής σημασίας φθορισμός.

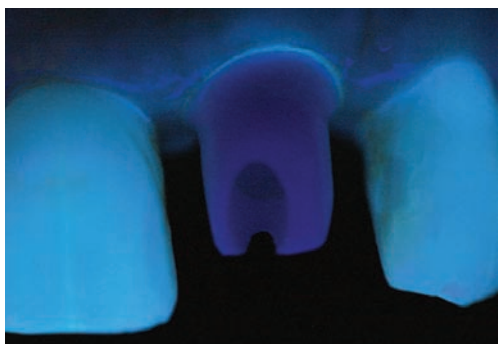


7. Η ανατομία που δημιουργήθηκε με IPS Acryl-CAD αποδίδεται με πρεσαριστή κεραμική.

8. Η κοπτική περιοχή μειώθηκε και διαστρωματώθηκε με υλικά αδαμαντίνης.

9. Εξαιρετική εφαρμογή της ολοκεραμικής στεφάνης στο εξατομικευμένο βάθρο.

10. Το κοχλιωμένο στήριγμα Straumann Anatomic IPS e.max Abutment.



11. Ξεκάθαρη απεικόνιση του φαινομένου του φθορισμού σε φως UV.

12. Η νέα ρητινώδης κονία Multilink Implant σε συνδυασμό με τον βελτιστοποιημένο τροποποιητή σιλανίου Monobond Plus ως συνδετικός παράγοντας μεταξύ ζιρκονίας και υαλοκεραμικού.

13. Κοντινή λήψη του περιστατικού μετά τη συγκόλληση. Δεν φαίνονται σκιές μετάλλου στον ουλικό ιστό.

τοποιήθηκε το δεύτερο αποτύπωμα για την τελική αποκατάσταση. Κατά τη διαδικασία, ήταν σημαντικό να αναπαραχθεί ακριβώς το σχήμα του μαλακού ιστού. Όμως, καθώς ο σχετικά μαλακός ουλικός ιστός θα μπορούσε εύκολα να καταρρεύσει κάτω από το αποτύπωμα, ο άξονας αποτύπωσης έπρεπε να εξατομικευθεί για να προσδώσει επαρκή στήριξη. Μετά την κατασκευή του βασικού εκμαγείου, παρασκευάστηκε μία κινητή ουλική μάσκα. Το κατάλληλο δευτερεύον στοιχείο επιλέχτηκε και εξατομικεύθηκε ανάλογα (Εικ. 5). Το κενό ανάμεσα στο στήριγμα και το ουλικό όριο πληρώθηκε με το υλικό IPS e.max Ceram Margin (Εικ. 6). Χρησιμοποιήθηκε ZirLiner για να δημιουργηθεί δεσμός μεταξύ του οξειδίου του ζιρκονίου και του κεραμικού επικάλυψης. Μετά την όπτηση, έγιναν μικρές διορθώσεις στο σχήμα. Η βάση εφυαλώθηκε για να αποκτήσει γυαλιστερή, συμβατή με τους ιστούς επιφάνεια. Έπειτα, κατασκευάστηκε η στεφάνη. Η βασική ανατομία τροχίσθηκε σε IPS AcrylCad και η στεφάνη πρεσαρίστηκε με IPS e. max Press (Εικ. 7). Η κοπτική περιοχή μειώθηκε και διαστρωματώθηκε με φωτοδιαπερατό IPS e.max Ceram Enamel και υλικά Transpa (Εικ. 8). Η ολοκληρωμένη στεφάνη είχε εξαιρετική εφαρμογή και προσαρμόστηκε ιδανικά επάνω στο προετοιμασμένο βάθρο (Εικ. 9). Το αποτέλεσμα του φθορισμού που επιτεύχθηκε στην περιοχή έχει ιδιαίτερη σημασία στο τελικό αισθητικό αποτέλεσμα (Εικ. 11).

Το στήριγμα τοποθετήθηκε με προσοχή. Καστάνια μαζί με εργαλείο ελέγχου ροπής στρέψης χρησιμοποιήθηκε για την κοχλίωση του στηρίγματος στα 35 Ncm (Εικ. 10). Η σπουδαιότητα του φθορίζοντος βάθρου φάνηκε καθαρά στην κλινική φωτογραφία του στηρίγματος (Εικ. 11). Στη συνέχεια, η στεφάνη τοποθετήθηκε με ρητινώδη κονία. Οι αυχενικές περιοχές που δημιουργήθηκαν από υαλοκεραμικό, όπως επίσης και οι εσωτερικές επιφάνειες της στεφάνης, αδροποιήθηκαν. Τροποποιητής σιλανίου Monobond Plus Universal Primer εφαρμόστηκε σε όλες τις αδροποιημένες επιφάνειες. Για να αποφευχθεί η διείσδυση περισσειών της ρητινώδους κονίας τοποθετήθηκε νήμα απωθήσεως ούλων. Η συγκόλληση πραγματοποιήθηκε με Multilink® Implant (Εικ. 12). Οι περίσσειες της κονίας απομακρύνθηκαν σχολαστικά και ελέγχθηκε η λειτουργία της αποκατάστασης προσεκτικά πριν ολοκληρωθεί η θεραπεία.

Ο συγγραφέας θα ήθελε να ευχαριστήσει την Dentallabor Reichel στο Hermeskeil για την οδοντιατρική εργασία.

Στοιχεία επικοινωνίας:
Dr Andreas Kurbad
Viersener Str. 15
41751 Viersen-Dülken
Γερμανία
info@kurbad.de

ΠΡΑΚΤΙΚΟ ΣΕΜΙΝΑΡΙΟ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗΣ ΕΠΕΙΓΟΝΤΩΝ ΙΑΤΡΙΚΩΝ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΩΝ ΣΤΟ ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΕΙΟ

ΣΚΟΠΟΣ

Ο σύγχρονος Οδοντίατρος οφείλει να έχει τη γνώση και την κατάλληλη εκπαίδευση για να μπορεί να αντιμετωπίσει Επείγοντα Ιατρικά Περιστατικά στο Οδοντιατρείο. Ασθενείς με καρδιακά νοσήματα, λιποθυμικά επεισόδια, επιληψία, τοξική αντίδραση απο τοπικά αναισθητικά, υπογλυκαιμία, βρογχικό άσθμα και αναφυλακτική αντίδραση χρειάζονται ειδική αντιμετώπιση. Στο σεμινάριο θα διδάσκεται:

- Βασική Καρδιοπνευμονική Αναζωογόνηση (*Basic Life Support*)
- Διαχείριση Ιατρικού Οξυγόνου
- Χρήση Απινιδωτή
- Αντιμετώπιση και Διαχείριση Επειγόντων Ιατρικών Περιστατικών στο Οδοντιατρείο

ΔΙΔΑΣΚΟΝΤΑΣ ΚΑΙ ΣΥΝΤΟΝΙΣΤΗΣ

Σταύρος Μαστρονικόλας D.D.S. M.S.c.

Απόφοιτος Οδοντιατρικής Σχολής Πανεπιστήμιο Σικάγο 2003', ολοκλήρωση μονοετούς μεταπτυχιακού προγράμματος Νοσοκομειακής Οδοντιατρικής Πανεπιστήμιο Σικάγο 2004', απόφοιτος μεταπτυχιακού προγράμματος Περιοδοντολογίας Βαλτιμόρης 2007', B.L.S. re-certified 2008', A.C.L.S. re-certified 2009', Εκπαιδευτής Πρώτων Βοηθειών Primary and Secondary care 2008' (Emergency First Response/England, Bristol)

ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ

10:30-12:30 (Εισαγωγή στην Βασική και Δευτερεύουσα Υποστήριξη ζωής στους Ενήλικες, Εισαγωγή στην Απινίδωση)

12:30-13:00 (Διάλειμμα - Σερβίρεται καφές, χυμός και γλυκά)

13:00-15:00 (Αντιμετώπιση Επειγόντων Ιατρικών Περιστατικών στο Οδοντιατρείο και στην Οδοντιατρική Έδρα)

15:00-15:20 (Διάλειμμα)

15:20-16:30 (Εκπαίδευση κατά ομάδες στην Βασική Υποστήριξη της Ζωής στους Ενήλικες, χρήση Απινιδωτή, Συζήτηση και Συμπεράσματα)

16:30-17:00 (Πρακτική και Θεωρητική Εξέταση)

ΑΡΙΘΜΟΣ ΣΥΜΜΕΤΕΧΟΝΤΩΝ

15 άτομα/σεμινάριο. Θα τηρηθεί αυστηρή σειρά προτεραιότητας λόγω του περιορισμένου αριθμού συμμετεχόντων.

ΤΙΜΗ ΣΥΜΜΕΤΟΧΗΣ Δωρεάν συμμετοχή

ΤΟΠΟΘΕΣΙΑ

Έναρξη αυτοτελών μηνιαίων σεμιναρίων διάρκειας έξι ωρών στο Εκπαιδευτικό Κέντρο Εθνικής Τράπεζας της Ελλάδος, Λεωφόρος Ποσειδώνος 41-43, Γλυφάδα, τηλ. 210-89.17.107

ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ ΓΙΑ ΣΥΜΜΕΤΟΧΗ

Τηλ. 210-89.86.306, Κιν. 6976-018.587

* 70 Ευρώ συμμετοχή **εάν ζητηθεί** επίσημη πιστοποίηση Βασικής Καρδιοπνευμονικής Αναζωογόνησης απο τον διεθνή οργανισμό *Emergency First Response**

ΔΙΕΘΝΕΣ ΣΥΝΕΔΡΙΟ SKY της Bredent, 20-23 Μαΐου 2010, Σαρμ Ελ Σέιχ, Αίγυπτος

Γενικά - Τοποθεσία

Για δεύτερη συνεχή χρονιά η εταιρεία Bredent διοργανώνει το συνέδριο SKY, ένα διεθνές συνέδριο γύρω απο την εμφυτευματολογία και την προσθετική το οποίο από την πρώτη χρονιά του έδειχνε ότι θα γίνει θεσμός στη διεθνή οδοντιατρική σκηνή. Μετά τη Ρώμη τον Οκτώβρη του 2008, φέτος την άνοιξη το συνέδριο διοργανώνεται στο διάσημο θέρετρο της Αιγύπτου Σαρμ Ελ Σέιχ. Το Σαρμ Ελ Σέιχ βρίσκεται στη χερσόνησο Σινά στην Ερυθρά Θάλασσα, κοντά στην παραδεισένια παραλία της Νάαμα. Αποτελεί ίσως τον πιο δημοφιλή τουριστικό προορισμό της Αιγύπτου μετά τις πυραμίδες, αφού συνδυάζει ήλιο, θάλασσα και βουνό με την παράδοση των Βεδουίνων ενώ προσφέρει πολυτελείς συνεδριακούς χώρους και ξενοδοχεία με όλες τις ανέσεις και επιλογές διασκέδασης.

Πρόγραμμα / Ελληνικό hands-on

Και όμως, το πανέμορφο αυτό θέρετρο επισκιάζεται το ίδιο από την ποιότητα και πληρότητα του συνεδρίου, το οποίο αποτελείται από δύο βασικές ενότητες. Οι πρώτες δύο ημέρες (20, 21 Μαΐου) είναι αφιερωμένες σε masterclasses και πρακτικά hands-on σεμινάρια απο διεθνούς φήμης ομιλητές, όπως μεταξύ άλλων ο Professor Dr. Manfred Lang, ο Professor Dr. Christopher Schramm, ο Dr. Georg Bayer και ο Dr. Michael Weiss. Στα συγκεκριμένα σεμινάρια, οι ομιλητές επικεντρώνονται σε εξειδικευμένους θεματικούς τομείς όπως ο τρισδιάστατος σχεδιασμός θεραπείας με εμφυτεύματα (3D Planning), η τεχνολογία CAD/CAM, οι επιλογές θεραπείας για ασθενείς άνω των 50 ετών κ.ά. Κατά τη διάρκεια των masterclasses οι συμμετέχοντες στο συνέδριο θα έχουν τη δυνατότητα πρακτικής εξάσκησης, ενώ ειδικά για τους Έλληνες γιατρούς θα διοργανωθεί και πρακτικό σεμινάριο στη γλώσσα μας από Έλληνα ομιλητή με τη συνεργασία διεθνών ομιλητών του συνεδρίου.

Οι επόμενες δύο ημέρες (22-23 Μαΐου) είναι ουσιαστικά ένα «συνέδριο μέσα στο συνέδριο». Το Σάββατο και την Κυριακή θα πραγματοποιηθεί σειρά διαλέξεων από ομιλητές από όλο τον κόσμο επάνω σε μια ευρεία θεματολογία στα πεδία της χειρουργικής και της προσθετικής. Οι ενότητες του συνεδρίου τιτλοφορούνται «Χειρουργείο - όσο λιγότερο γίνεται, όσο ακριβώς χρειάζεται» για το Σάββατο 22 Μαΐου και «Προσθετική επί εμφυτευμάτων - το κλειδί της επιτυχίας» για τη Κυριακή 23 Μαΐου.

Επικοινωνία - Δηλώσεις συμμετοχής

Για ακόμη περισσότερες πληροφορίες γύρω από το συνέδριο SKY, καθώς και για τους όρους και τις δηλώσεις συμμετοχής, οι ενδιαφερόμενοι μπορούν να απευθύνονται στην εταιρεία Μιλτιάδης Βιτσαρόπουλος Α.Ε. και στο τηλέφωνο 210-65.41.340.
Επίσης για έναν πλήρη οδηγό του συνεδρίου στο site "http://www.bredent.com/en/bredent/occurrences/55/". Το πρόγραμμα θα διανεμηθεί επίσης με τον καινούργιο κατάλογο προϊόντων της Μιλτιάδης Βιτσαρόπουλος Α.Ε.

Γράφει ο
Χρήστος Κωνσταντινίδης
Οδοντ/τρος - M.Sc (Προσθετ.)

ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΣΥΜΠΟΣΙΟ ΕΜΦΥΤΕΥΜΑΤΟΛΟΓΙΑΣ ΤΗΣ BIOMET 3i

Ο φόβος του malpractice αλλάζει τις τάσεις και διορθώνει τις υπερβολές στην οδοντιατρική

ΑΠΟ ΤΗΝ «ΕΠΙΘΕΤΙΚΗ ΕΜΦΥΤΕΥΜΑΤΟΛΟΓΙΑ» ΣΤΑ ΣΙΓΟΥΡΑ ΚΑΙ ΠΡΟΒΛΕΨΙΜΑ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΑ ΣΧΕΔΙΑ

Παρά την πρόοδο των εμφυτευμάτων, αλλά και την τεχνογνωσία και εμπειρία που έχει πλέον αποκτήσει ο οδοντίατρος πάνω στις εμφυτευματικές εργασίες, η αποτυχία των αποκαταστάσεων έχει αρνητικές συνέπειες, όπως είναι αναμενόμενο, και για τον ασθενή και για τον οδοντίατρο. Μάλιστα, όλο και περισσότεροι αναθεωρούν κάποιες απόψεις τους αναφορικά με τεχνικές που εφάρμοζαν στον τομέα των εμφυτευμάτων και υιοθετούν νέα σχέδια θεραπείας, που στοχεύουν σε όσο το δυνατόν πιο προβλέψιμα αποτελέσματα. Αυτό διαφάνηκε και στο Συμπόσιο Εμφυτευματολογίας, που πραγματοποιήθηκε στις 28 Νοεμβρίου 2009 στο ΕΚΕΦΕ «Δημόκριτος», με κεντρικό ομιλητή τον **Markus Hurzeler.**

Σύμφωνα με μελέτη των Bjorndal L., Reit C. (1995) οι περισσότερες αγωγές στους οδοντιάτρους για «κακή οδοντιατρική πράξη» (malpractice) προέρχονται από αποτυχημένες ενδοδοντικές θεραπείες. Πλέον, οι τελευταίες μελέτες, οι Santoro V, De Donno A., Dell'Erba A., Introna F. δείχνουν ότι, περιστατικά παράβασης της επαγγελματικής δεοντολογίας επιβαρύνουν ολοένα και περισσότερο την εμφυτευματολογία. Έτσι, σήμερα, θεωρείται επιβεβλημένη η λήψη λεπτομερούς συγκατάθεσης από τον ασθενή και στο μέλλον φαίνεται ότι το πρωτόκολλο θα γίνει ακόμη πιο αυστηρό. Ήδη υπάρχει πρόταση από τους νομικούς στην Καλιφόρνια να θεωρείται υποχρεωτική η λήψη τομογραφίας προ της τοποθέτησης των εμφυτευμάτων.

Σε μελέτη των Moles DR., Simper RD., Bedi R. (1998) φάνηκε ότι αυτού του είδους οι κατηγορίες προέρχονται περισσότερο από γυναίκες ασθενείς (63%) και νεότερα άτομα 18-45 ετών σε ποσοστό 68%. Έτσι, από την επιθετική εμφυτευματολογία, όπου σημασία είχε πρώτα η διαδικασία και έπειτα ο ασθενής, σήμερα έχουμε αρχίσει να περνάμε στην εποχή που πρώτα ενδιαφέρει ο ασθενής και το προβλέψιμο της θεραπείας με λειτουργικά και αισθητικά, αλλά και οικονομικά κριτήρια.

Σταδιακά, opinion leaders ομιλητές άρχισαν να αλλάζουν το περιεχόμενο των ομιλιών τους, δίνοντας μεγάλη προσοχή στη μείωση ή και στην εξάλειψη των προβλημάτων που δημιούργησαν τεχνικές και θεωρίες που επικράτησαν στην εμφυτευματολογία μέχρι τώρα, ακόμη και θεωριών που τους έκαναν διάσημους σε όλο τον κόσμο. Μετά τον Khoury, που άρχισε να επαναξιολογεί πολύ προσεκτικά τις τεχνικές του με τα blocks, που σε μορφή κουτιού υπόσχονταν μια 3D αναγέννηση της ακρολοφίας, ήρθαν και άλλοι που επαναπροσδιόρισαν την αρχική τους εμμονή σε υλικά (BioOss) αλλά και τεχνικές.

Ένας από αυτούς, ο ανατρεπτικός **Markus Hurzeler** παρέστη στο εκπαιδευτικό συμπόσιο εμφυτευματολογίας της Biomet 3i, που πραγματοποιήθηκε στις 28 Νοεμβρίου 2009 στο Ε.Κ.Ε.Φ.Ε. «Δημόκριτος», αναθεωρώντας τεχνικές και θεωρίες του

Ο ανατρεπτικός Markus Hurzeler κατά τη διάρκεια της ομιλίας του στο εκπαιδευτικό συμπόσιο εμφυτευματολογίας της Biomet 3i .

που τον έκαναν πασίγνωστο στην δεκαετία του '90. Η αισθητική είναι μια νέα προϋπόθεση για την αξιολόγηση της επιτυχίας ή της αποτυχίας μιας εμφυτευματικής αποκατάστασης. Το pink esthetic score είναι μια νέα παράμετρος αξιολόγησης των περιεμφυτευματικών ιστών στην αισθητική ζώνη. Με αυτή την παράμετρο δεν αξιολογείται μόνο το ύψος των μεσοδόντιων θηλών, αλλά και η παρειογλωσσική διάσταση.

Η σημασία των μαλακών ιστών για την επιτυχία των εμφυτευμάτων και της τελικής αποκατάστασης

Η άμεση εμφύτευση και άμεση φόρτιση είναι η τεχνική που ακολούθησε πριν από δέκα χρόνια ο Hurtzeler. Όπως όμως δήλωσε, το μεγάλο ποσοστό αποτυχίας λόγω απορρόφησης τον έχει οδηγήσει στην τοποθέτηση των εμφυτευμάτων μετά από τουλάχιστον 6 εβδομάδες από την εξαγωγή και φόρτιση με πολύ μεγάλη προσοχή και κατά περίπτωση. Σε πολλές μελέτες διαπιστώθηκε ότι μετά από κάθε εξαγωγή υπάρχει υφίζηση του οστού (απορρόφηση) σε οριζόντια και κάθετη διάσταση. Φαίνεται ότι, όταν η εξαγωγή γίνεται χωρίς αναπέταση κρημνών και ολοκληρώνεται με πλήρωση του φατνίου με κάποιο μόσχευμα και πάχυνση του βλεννογόνου με ελεύθερο ουλικό μόσχευμα, τότε έχουμε τη μικρότερη απορρόφηση. Σε κάθε περίπτωση όμως έχουμε υφίζηση σε παρειακό πέταλο.

Όλες οι τεχνικές, όπως η ice cone (Turnow), εξαγωγή με κρημνούς, χωρίς κρημνούς κ.λπ. έχουν ένα κοινό πρόβλημα. Υπάρχει υφίζηση, η οποία μάλιστα είναι απρόβλεπτη. Για την αντιστάθμιση της υφίζησης συνιστάται η τοποθέτηση κάποιου μοσχεύματος για πάχυνση του παρειακού πετάλου (ο ομιλητής πρότεινε bioOss) ή η χρήση οστεοτόμου ή πιεζοχειρουργικής για διεύρυνση του παρειακού πετάλου. Ακόμα και με αυτές τις τεχνικές όμως υπάρχουν υφιζήσεις. Γενικά η μετεξακτική πορεία του φατνίου οδηγεί σε απρόβλεπτη απορρόφηση με καλύτερη πρόγνωση, όταν σε πρώτη φάση γίνεται πλήρωση του φατνίου (με bioOss) και τοποθέτηση μεμβράνης στο βλεννογόνο. Η τοποθέτηση του εμφυτεύματος γίνεται σε δεύτερο χρόνο 4-6 μήνες μετά.

Ο μικροχειρουργικός χειρισμός των μαλακών ιστών είναι προαπαιτούμενο για να μας δώσει τα ιδεώδη αισθητικά αποτελέσματα. Έτσι τα νυστέρια μικροχειρουργικής και τα ράμματα 6.0- 7.0 είναι αυτά που σήμερα χρησιμοποιούνται. Οι κάθετες απελευθερωτικές τομές θα πρέπει να είναι λίγες στον αριθμό και αν είναι δυνατόν άπω. Η τομή στη νωδή περιοχή από μελέτες φαίνεται ότι ιδεωδώς πρέπει να γίνεται στη παρυφή της ακρολοφίας. Αυτό προκύπτει και από μελέτες που δείχνουν ότι υπάρχουν ελάχιστες αναστομώσεις μεταξύ παρειακού και υπερώιου βλεννογόνου. Στα φυσικά δόντια η τομή στη μεσοδόντια θηλή γίνεται παράλληλα με τον άξονα του δοντιού. Αναφορικά με τις μεμβράνες, βασική τους παράμετρος είναι η βιοσυμβατότητα, αλλά και η δυνατότητα των μαλακών ιστών να προσκολληθούν επί αυτών. Άλλες παράμετροι είναι η ικανότητα αποκλεισμού κυττάρων συνδετικού ιστού, η σταθερότητα και η ικανότητα να διατηρεί το χώρο.

Η BioGide είναι απορροφήσιμη μεμβράνη non crosslinked. Είναι πολύ βιοσυμβατή με τους μαλακούς ιστούς, αλλά απορροφάται πιο γρήγορα από τις cross linked. Έτσι σήμερα συνιστάται η χρήση των BioGide με την τεχνική double layer (διπλή μεμβράνη), ώστε να αποφεύγουμε την ταχεία απορρόφησή της. Άλλη μέθοδος είναι η χρήση cross linked μεμβράνης επί του μοσχεύματος και μιας non crosslinked προς τον κρημνό. Η εξαγωγή του δοντιού θα πρέπει να γίνεται ατραυματικά, ώστε να μην καταστραφούν το φατνίο και οι μαλακοί ιστοί.

Η άμεση εμφύτευση θεωρείται σήμερα παρακινδυνευμένη, λόγω του αστάθμητου παράγοντα της υφίζησης παρειακά. Παλιότερα συνεστήθη η χρήση εμφυτευμάτων με αδρή επιφάνεια μέχρι τον αυχένα, με σκοπό τη διατήρηση του οστού. Από την κλινική εμπειρία και τα προβλήματα που παρουσιάστηκαν αποδείχτηκε ότι η επιφάνεια αυτή, όχι μόνο δεν κρατάει το κόκαλο, αλλά δημιουργεί κινδύνους περιεμφυτευματίτιδος.

Συνεχίζοντας να είναι ανατρεπτικός στην ομιλία του, ο Hurtzeler συνέστησε να είμαστε επιφυλακτικοί στις μελέτες που παρουσιάζονται. **Έτσι αμφισβητεί και αποκαλεί marketing trick την επικρατούσα θεωρία ότι υπάρχει πρόσφυση των μαλακών ιστών πέριξ των abutment ζιρκονίου. Παρομοίως αρνήθηκε ότι προσφέρει κάποιο πλεονέκτημα το platform switching έναντι των κλασικών abutments. Αναφορικά με τα scalloped, συνέστησε την αποφυγή τους, γιατί το οστούν στα όμορα χάνεται.**

Συνεχίζοντας την αποκαλυπτική του ομιλία, τόνισε ότι η τοποθέτηση εμφυτευμάτων κάτω από το επίπεδο της ακρολοφίας (π.χ. ankylos) οδηγεί τελικά σε απώλεια οστού, παρά τα όσα έχουν δημοσιευτεί κατά καιρούς.

Η GBR σκόπιμο είναι να ακολουθείται και από CTG (ελεύθερο μόσχευμα συνδετικού ιστού). Έτσι όχι μόνο μετατρέπεται ο λεπτός σε παχύ βιότυπο, αλλά και προστατεύεται η πιθανή αποκάλυψη της μεμβράνης με το μόσχευμα του συνδετικού ιστού.

Αναφερόμενος στην αύξηση των μαλακών ιστών έδωσε ιδιαίτερη σημασία στην τεχνική tunneling και roll-flap (Carlo Tinti 1995). Για τη διατήρηση της μεσοδόντιας θηλής είναι απαραίτητες οι σωστές τεχνικές διατήρησης θηλής και συρραφής της μυλικά. **Ο κανόνας του Turnow (5 mm απόσταση της παρυφής της φατνιακής απόφυσης από το σημείο επαφής) δεν ισχύει πάντα, αφού η θέση του υποκείμενου παρειακού πετάλου στη μεσοδόντια περιοχή έχει αποδειχτεί ότι έχει πάρα πολύ μεγάλη σημασία.**

Για την επιλογή της διφασικής ή μονοφασικής διαδικασίας εμφύτευσης υπάρχουν διάφορα κριτήρια:

Τύπος βιοτύπου. Στο λεπτό βιότυπο προτιμότερη είναι η διφασική διαδικασία.

Ύπαρξη βλαβών και αλλοιώσεων στους σκληρούς και μαλακούς ιστούς. Στην ύπαρξη βλαβών, η διφασική διαδικασία λαμβάνει χώρα 6 εβδομάδες μετά την επούλωση.

Θα μπορούσαμε να κατηγοριοποιήσουμε τις περιπτώσεις της αισθητικής ζώνης σε έξι ομάδες. Η τάξη 2 είναι δυνατόν με ορθοδοντική ανατολή να μετατραπεί σε τάξη 1, δίνοντας προβλέψιμα αποτελέσματα. Στις άλλες κατηγορίες, το αισθητικό αποτέλεσμα είναι απρόβλεπτο, ιδίως όταν συνυπάρχουν γειτνιάζοντα εμφυτεύματα.

Σε πολύ εκσεσημασμένα περιστατικά, υπάρχει η δυνατότητα της ροζ πορσελάνης, όσο κι αν ακούγεται ξεπερασμένο. Υπάρχουν δηλαδή πράγματα που γίνονται, αλλά θα πρέπει να αξιολογούμε και το όριο της παρέμβασης μας στον ασθενή για να μη φτάνουμε τα όρια της υπερβολής ή και του «malpractice».

Η ομιλία του Hurzeler, αν και ήταν προσφορά μιας εμπορικής εταιρείας, ήταν μακριά από σκοπιμότητες, συμφέροντα και εμπορικές συμφωνίες. Την πολύ ενδιαφέρουσα ημερίδα της Biomet ολοκλήρωσαν οι ομιλίες «Βιολογικές αρχές και κλινικές τεχνικές χειρουργικής εμφυτευμάτων» με ομιλητή τον Σ. Καρατζά και «Προσθετικοί παράγοντες επιτυχίας για εμφυτεύματα στην αισθητική ζώνη» με τον Σ. Πελεκάνο.

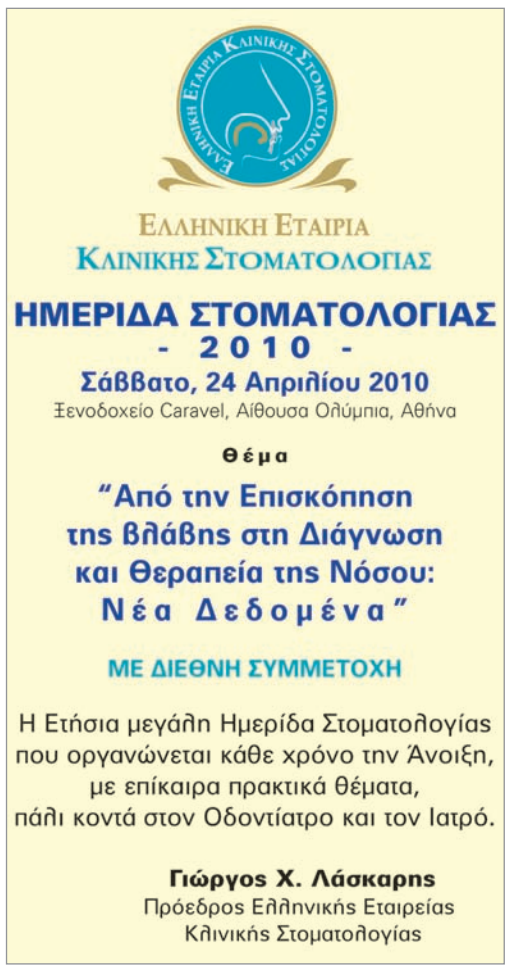
ΗΜΕΡΙΔΑ ΣΤΟΜΑΤΟΛΟΓΙΑΣ 2010 - ΜΕ ΔΙΕΘΝΗ ΣΥΜΜΕΤΟΧΗ

«Από την Επισκόπηση της Βλάβης στη Διάγνωση και Θεραπεία της Νόσου: Νέα Δεδομένα και Προοπτικές»

Σάββατο 24 Απριλίου 2010, ώρα 9:15 - 14:30, στο ξενοδοχείο Caravel

Μήνυμα προέδρου

"Η Ελληνική Εταιρεία Κλινικής Στοματολογίας, πάντα κοντά στον οδοντίατρο και τον ιατρό, διοργανώνει το Σάββατο 24 Απριλίου 2010 ώρα 9:15-14:30, στο ξενοδοχειο Caravel στην Αθήνα, Ημερίδα Στοματολογίας, στοχεύοντας με την εκδήλωση αυτή σε περαιτέρω συνεργασία και προσφορά στον ασθενή και στην κοινωνία.



Στην ημερίδα θα καταβληθεί προσπάθεια να παρουσιαστούν οι πιο συχνές βλάβες νόσων του στόματος, όπως θα τις αντιμετωπίσει ο οδοντίατρος για πρώτη φορά, όταν ο ασθενής τού ζητήσει βοήθεια, και θα αναπτυχθεί βήμα-βήμα η διαγνωστική μεθοδολογία που πρέπει να ακολουθήσει, ώστε να φτάσει στην υποψία της νόσου και την τελική διάγνωση. Η προσέγγιση αυτή θα γίνει από καταξιωμένους Έλληνες και ξένους επιστήμονες, που θα καταθέσουν την προσωπική τους εμπειρία, καθώς και όλες τις τελευταίες εξελίξεις στη διαγνωστική μεθοδολογία και θεραπεία των νόσων του στόματος, αποτυπώνοντας το παρόν και ατενίζοντας το μέλλον. Τέλος θα γίνουν βραχείες εισηγήσεις θεραπευτικής που έχουν καθιερωθεί τα τελευταία 3 χρόνια στις ημερίδες της εταιρείας και είναι ιδιαίτερα χρήσιμες και δημοφιλείς».

Οι εγγραφές των συμμετεχόντων θα γίνονται από τις 08:30 έως και την έναρξη της ημερίδας. Το πρόγραμμα θα αρχίσει με προσφώνηση του προέδρου της Ελληνικής Εταιρίας Κλινικής Στοματολογίας **Γιώργου Λάσκαρη**. Στη συνέχεια θα ακολουθήσει διάλεξη για τις **πανδημίες της γρίπης** από τον **Κώστα Χρυσανθόπουλο**.

Η ημερίδα χωρίζεται σε τρία μέρη:

Μέρος Ι: Προεδρεύουν οι **Αντωνίου Χ.** και **Μαλάμος Δ.**, η **Ελένη Γεωργακοπούλου** θα μιλήσει για τις καλοήθεις διογκώσεις, ο **Δημήτριος Αντωνιάδης** για τις κακοήθεις διογκώσεις, ο **Scully Crispian** για τις πομφολυγώδεις βλάβες και ο **Fedele Stefano** για τις ελκώσεις.

Μέρος ΙΙ: Προεδρεύουν οι **Ν. Σταυριανέας** και **Ε. Βαϊρακτάρης**. Στο μέρος αυτό, ο **Meleti Marco** θα αναλύσει τις μελανές βλάβες, η **Γκάγκαρη Ελένη** τις ερυθρές, ο **Λάσκαρης Γιώργος** τις λευκές βλάβες και η **Στουφή Ελεάνα** τις γενικευμένες διογκώσεις ούλων.

Μέρος ΙΙΙ: Βραχείες εισηγήσεις (5 λεπτών). Προεδρεύουν οι **Οικονόμου Γ.** και **Ανέστη Ουρ.** Εισηγήσεις θα κάνουν ο **Σταυρόπουλος Παναγιώτης** για τη θεραπεία της πέμφιγας, ο **Καψοκέφαλος Παναγιώτης** για τη θεραπεία συγχειλίτιδας, η **Δεληγιάννη Ελένη** για τη θεραπεία νευραλγίας τριδύμου νεύρου και η **Δούκα Μαρίνα** για τη θεραπεία στοματίτιδας από κανέλα. Η ημερίδα θα κλείσει με συζήτηση.

Θα χορηγηθεί πιστοποιητικό παρακολούθησης, ενώ θα υπάρχει ταυτόχρονη μετάφραση από τα αγγλικά στα ελληνικά των ξένων ομιλητών. Το δικαίωμα συμμετοχής είναι 20 ευρώ.

Νέο Δ.Σ. της Ελληνικής Εταιρείας Κλινικής Στοματολογίας

Στις 18 Δεκεμβρίου 2009 πραγματοποιήθηκαν αρχαιρεσίες για την εκλογή του νέου Διοικητικού Συμβουλίου της **Ελληνικής Εταιρείας Κλινικής Στοματολογίας**. Μετά τα αποτελέσματα συγκροτήθηκε το Δ.Σ. ως ακολούθως: πρόεδρος: **Γιώργος Λάσκαρης**, αντιπρόεδρος: **Δημήτρης Αντωνιάδης**, γενική γραμματέας: **Ελεάνα Στουφή**, ειδική γραμματέας: **Ελένη Γεωργακοπούλου**, ταμίας: **Παναγιώτης Καψοκέφαλος**, μέλη: **Λευτέρης Βαϊρακτάρης** και **Παναγιώτα Λούμου**.

Προκήρυξη διαγωνισμού για την «Ερευνητική υποτροφία της ΕΕΕ- Ιωάννης Μαργέλος»

Η Ελληνική Ενδοδοντική Εταιρεία προκηρύσσει διαγωνισμό για τη χορήγηση της πρόσφατα θεσμοθετηθείσης υποτροφίας της, με την ονομασία «Ερευνητική υποτροφία της ΕΕΕ- Ιωάννης Μαργέλος», εις μνήμην και προς τιμήν του πρόωρα εκλιπόντος διακεκριμένου συναδέλφου Ιωάννη Μαργέλου, ιδρυτικού μέλους της ΕΕΕ

Σκοπός της υποτροφίας είναι η τόνωση, η υποστήριξη, η δημόσια αναγνώριση και η διεθνής προβολή της ερευνητικής δραστηριότητας των νέων επιστημόνων στο χώρο της Ενδοδοντολογίας, καθώς και η υποστήριξη και η επιβράβευση της προσφοράς των Ελληνικών και Κυπριακών Ερευνητικών Κέντρων.

Η υποτροφία αφορά στη βράβευση της κατ' έτος σημαντικότερης ερευνητικής εργασίας στο χώρο της Ενδοδοντολογίας, η οποία έχει εκπονηθεί από νέους συναδέλφους, σε αναγνωρισμένου κύρους Ερευνητικά Κέντρα της Ελλάδας και της Κύπρου, και έχει δημοσιευτεί ή έχει γίνει δεκτή για δημοσίευση σε διεθνούς κύρους αγγλόφωνο επιστημονικό περιοδικό.

Η διάκριση συνίσταται στην απονομή τιμητικού τίτλου στον ερευνητή, ο οποίος συνοδεύεται από χρηματικό έπαθλο 3.000 ευρώ. Στο ερευνητικό εργαστήριο απονέμεται τιμητικός τίτλος. Παραλήπτης της διάκρισης είναι ο Διευθυντής του εργαστηρίου. Χορηγός της υποτροφίας είναι η Εταιρεία «Dentofair- Γρ. Παπαδημητρίου».

Η βράβευση για το έτος 2010 θα γίνει σε ειδική τελετή κατά τη διάρκεια της επόμενης Πανελλήνιας επιστημονικής εκδήλωσης της ΕΕΕ.

Αναλυτικές πληροφορίες για τις προϋποθέσεις συμμετοχής και τα δικαιολογητικά που απαιτούνται παρέχονται στην ιστοσελίδα της Ελληνικής Ενδοδοντικής Εταιρείας www.endodontics.gr. Καταληκτική ημερομηνία για την υποβολή των δικαιολογητικών ορίζεται η 15η Μαΐου 2010.

Ο νέος κατάλογος της εταιρείας Μ. Βιτσαρόπουλος Α.Ε.

Από την Τρίτη 16 Φεβρουαρίου 2010 κυκλοφορεί ο νέος ετήσιος κατάλογος της εταιρείας Μιλτιάδης Βιτσαρόπουλος Α.Ε. Ο κατάλογος, όπως και το 2009, είναι μαύρος στην όψη και αναφέρει στο εξώφυλλο του όλους τους οίκους (64 τον αριθμό) που αντιπροσωπεύει η εταιρεία στην Ελλάδα.

Στην έκδοση αυτή ο αναγνώστης μπορεί να ξεχωρίσει και να βρει τα προϊόντα, είτε με βάση την επιστημονική τους καταχώρηση σε κατηγορίες, είτε με βάση τον οίκο παραγωγής τους. Κάθε οίκος είναι χρωματικά κωδικοποιημένος και κάθε προϊόν συνοδεύεται, όχι μόνο από μία περιγραφή, αλλά και από μία επιστημονική περιγραφή. Στόχος του καταλόγου δεν είναι μόνο να «ανακοινώσει» τιμές και προσφορές, αλλά να προσφέρει στο μέτρο του δυνατού και με σαφήνεια πληροφορίες για προϊόντα που διευκολύνουν την καθημερινή οδοντιατρική πρακτική.

Φυσικά, στον κατάλογο περιλαμβάνονται όλα τα νέα προϊόντα της εταιρείας, όπως μεταξύ άλλων το σύστημα διαπότισης τερηδόνας ICON της DMG, το νέο Laser μαλακών ιστών Claros Nano της Elexxion, το πρόγραμμα τρισδιάστατου σχεδιασμού θεραπείας με εμφυτεύματα SKY Plan X της Bredent Medical, το χοίρειο μόσχευμα Putty της σειράς Tecnoss Osteobiol και το φθοριούχο βερνίκι Fluorodose της Centrix. Ακόμα, ο οδοντίατρος μπορεί να βρει και νέους οίκους με τους οποίους η εταιρεία έχει συνάψει συνεργασίες όπως η εξειδικευμένη στα οδοντιατρικά Laser εταιρεία Elexxion Γερμανίας.

Τέλος στον κατάλογο αναφέρονται όλες οι νέες τιμές των προϊόντων, όπως επίσης και καινούριες προσφορές, απόλυτα προσαρμοσμένες στις απαιτήσεις μιας δύσκολης οικονομικής χρονιάς. Οι βασικές συνδυαστικές προσφορές αναφέρονται στις πρώτες και τελευταίες σελίδες του καταλόγου, ενώ πλήθος άλλων προσφορών συνοδεύει μεμονωμένα προϊόντα στο εσωτερικό της έκδοσης. Όλα τα πακέτα προσφορών θα ισχύουν για ολόκληρο το έτος 2010. Η εταιρεία Μιλτιάδης Βιτσαρόπουλος Α.Ε. πιστεύει πως με αυτές, καθώς και με την αναλυτικότατη περιγραφή όλων των προϊόντων της, θα μπορέσει να βοηθήσει τους οδοντίατρους όσο το δυνατόν περισσότερο προς την επιλογή των κατάλληλων υλικών και συσκευών για το ιατρείο.

Προκήρυξη διαγωνισμού για το «Φοιτητικό Βραβείο Ελληνικής Ενδοδοντικής Εταιρείας»

Η Ελληνική Ενδοδοντική Εταιρεία προκηρύσσει διαγωνισμό για τη χορήγηση του βραβείου της «Φοιτητικό Βραβείο Ελληνικής Ενδοδοντικής Εταιρείας». Το βραβείο αποσκοπεί στη δημιουργία κινήτρων για την ιδιαίτερη ενασχόληση των φοιτητών με το αντικείμενο της Ενδοδοντολογίας και στην επιβράβευση της προσπάθειας και της επίδοσής τους στο αντικείμενο αυτό.
Η διάκριση αφορά στην εξ ίσου κατ' έτος βράβευση δύο επί πτυχίω φοιτητών της Οδοντιατρικής Σχολής, έναν από το ΕΚΠΑ και έναν από το ΑΠΘ, και συνίσταται στην απονομή τιμητικού τίτλου, ο οποίος συνοδεύεται από χρηματικό έπαθλο 500 ευρώ. Τιμητικός τίτλος-έπαινος απονέμεται επίσης στους δύο πρώτους επιλαχόντες, έναν από κάθε Οδοντιατρική Σχολή.
Οι ενδιαφερόμενοι μπορούν να στέλνουν την αίτηση και τα δικαιολογητικά τους μέχρι τις 15 Σεπτεμβρίου 2010. Περισσότερες πληροφορίες για τους όρους συμμετοχής θα βρείτε στη σελίδα της Ελληνικής Ενδοδοντικής Εταιρείας www.endodontics.gr

Επιστημονικές εκδηλώσεις της Εταιρείας Ορθοδοντικής και Γναθοπροσωπικής Μελέτης και Έρευνας

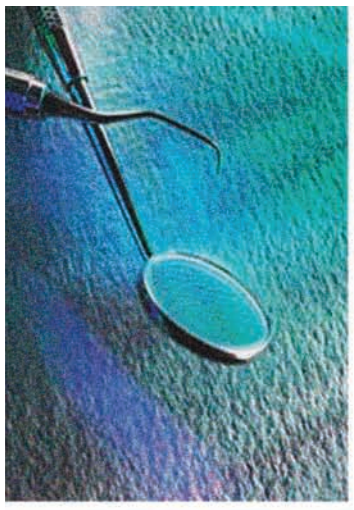
Το Σάββατο 20 Μαρτίου, η ΕΟΓΜΕ θα πραγματοποιήσει ημερίδα στο ξενοδοχείο «Holiday Inn-Attica Avenue» της Αττικής Οδού, με προσκεκλημένο ομιλητή τον καθηγητή James Hartsfield. Τα θέματα που θα αναπτυχθούν αφορούν την εξατομικευμένη ορθοδοντική θεραπεία και τις γενετικές εξελίξεις στην κλινική ορθοδοντική, την αιτιολογία και θεραπεία της ΚΓΔ και τη γενετική προδιάθεση της αντίληψης του πόνου, τους γενετικούς παράγοντες που επηρεάζουν την ΙΙΙης τάξεως σκελετική ανωμαλία και τους γενετικούς παράγοντες που επηρεάζουν την ΙΙη τάξη, την 1η κατηγορία σκελετική ανωμαλία και ολιγοδοντία. Επίσης θα αναλυθεί η επίδραση του γονιδίου της αρωματάσης στην αύξηση των γνάθων σε άρρενες εφήβους, η οδοντική ανάπτυξη, ο δείκτης σωματικής μάζας και το μεταβολικό σύνδρομο, η οδοντιατρική αποκατάσταση στην ορθοδοντική και ορθογναθική χειρουργική σε περιπτώσεις με ατελή οστεογένεση και η επίδραση των διφωσφονικών, όπως ακόμη και οι τελευταίες εξελίξεις στα αυτόδετα αγκύλια.
Επίσης, στις 29 Μαΐου, ημέρα Σάββατο, θα πραγματοποιηθεί ημερίδα στο ξενοδοχείο «Στράτος Βασιλικός», Μιχαλακοπούλου 114, Αθήνα, με ομιλήτρια την καθ. Monica Palmer και θέμα «Η αναζήτηση της τελειότητας στην ορθογναθική χειρουργική».
Για περισσότερες πληροφορίες μπορείτε να επικοινωνείτε με την Εταιρεία Ορθοδοντικής και Γναθοπροσωπικής Μελέτης και Έρευνας στο τηλέφωνο 210-82.27.576.

Πρακτικό σεμινάριο εμφυτευμάτων του συστήματος Dentsply-Friadent

Η Εταιρεία Οδοντοστοματολογικής Ερεύνης διοργανώνει στις 12 και 13 Μαρτίου 2010 πρακτικό σεμινάριο με θέμα τη διεξοδική ανάλυση των χειρουργικών σταδίων του εμφυτευματικού συστήματος Dentsply-Friadent, με θεωρητικό και πρακτικό μέρος πάνω σε γουρουνοκεφαλές. Θα υπάρχει λεπτομερής αναφορά στα προσθετικά στάδια, στους χειρουργικούς και ακτινογραφικούς νάρθηκες, στα σχέδια θεραπείας, καθώς και πρακτική εξάσκηση των συμμετεχόντων.
Το σεμινάριο θα πραγματοποιηθεί στην αίθουσα διαλέξεων της Εταιρείας Στοματολογικής Ερεύνης (Μικράς Ασίας 70, Γουδή). Διδάσκοντες θα είναι οι κ. Χ. Αποστολίδης, στοματικός και γναθοπροσωπικός χειρουργός, Κ. Γεωργιάδης, προσθετολόγος, Η. Γούσιας, λέκτορας προσθετικής Πανεπιστημίου Αθηνών, Σ. Κούρτης, επίκουρος καθηγητής προσθετικής Πανεπιστημίου Αθηνών, Ά. Λαγού, περιοδοντολόγος, Ί. Ρούσσου, λέκτορας προσθετικής Πανεπιστημίου Αθηνών, και Π. Χριστόπουλος, λέκτορας στοματικής και γναθοπροσωπικής χειρουργικής του Πανεπιστημίου Αθηνών.
Ο μέγιστος αριθμός συμμετεχόντων είναι 25 άτομα και η τιμή παρακολούθησης 250 ευρώ. Για να δηλώσετε συμμετοχή μπορείτε να επικοινωνείτε στα τηλέφωνα 210-77.80.671 και 210-77.16.671.
Χορηγός εταιρεία είναι η Δ. Μαυραειδόπουλος.

2ο Συνέδριο της ΕΕΥΑΣΟΑ «Υποστηρικτική Ογκολογία Στόματος-Προσφορά στην ποιότητα ζωής»

Η Ελληνική Εταιρεία Υποστηρικτικής Αγωγής του Στόματος στον Ογκολογικό Ασθενή πραγματοποιεί το 2ο Συνέδριό της με θέμα: «Υποστηρικτική Ογκολογία Στόματος-Προσφορά στην ποιότητα ζωής».
Το Συνέδριο θα διεξαχθεί στις 24 και 25 Απριλίου 2010, στο ξενοδοχείο Royal Olympic (Αθ. Διάκου 28-34, Αθήνα, τηλ.: 210 9288400).
Θα αναπτυχθούν θέματα, όπως: η συνεργασία του οδοντιάτρου με τον ογκολόγο, λοιμώξεις στον ογκολογικό ασθενή, η οστεοακτινονέκρωση, η οδοντιατρική αντιμετώπιση του ογκολογικού ασθενούς, η συμβολή της διαγνωστικής και της ακτινολογίας, η περιοδοντική θεραπεία, η αποκατάσταση των οδοντικών ιστών, προληπτικά προγράμματα, φθοριώσεις, οδοντιατρική παιδιατρική ογκολογία, γναθοπροσωπική προσθετική, η συμβολή της γναθοπροσωπικής χειρουργικής και πολλά άλλα ακόμη. Στο Συνέδριο της ΕΕΥΑΣΟΑ θα συμμετέχουν ακόμη ξένοι ομιλητές και πιο συγκεκριμένα οι Sharon Elad (Israel), Joel P. Epstein (USA), Dan Galili (Israel), Eva Grayzel (USA), Bente Brokstad Herlofson (Norway), Mark Penn (Israel), Douglas E. Peterson (USA), Cynthia N. Rittenberg (USA), Monique Stokmann (The Netherlands), Andy Wolff (Israel) και ο Noam Yarom (Israel).
Για περισσότερες πληροφορίες πριν και κατά τη διάρκεια του Συνεδρίου μπορείτε να επικοινωνείτε με την PCO CONVIN A.E.
(Κ. Βάρναλη 29, 152 33 Χαλάνδρι, τηλ.: 210-68.33.600, Fax: 0030-210-68.47.700, E-mail: congress@pco-convin.gr).



UK Dentistry

Avalon Medical are looking for Dentists who wish to work in bright modern practices in England and Wales. Avalon Medical recruits for all of the largest employers in the UK and for independent practices. We can offer a range of options across the UK with practices in city, coastal and rural locations to suit your lifestyle.

Dentist's incomes in the UK are also excellent with dentists enjoying above average remuneration and affording a very good lifestyle.

We offer...
full support throughout the whole GDC registration process and once you are registered, Avalon Medical will arrange for you to visit a practice and be interviewed in the UK to enable you to see exactly the environment you would be working in and meet your future colleagues, before you are expected to sign a contract!

When you are ready to start work – Avalon Medical will arrange a relocation package that can include:

- **In-bound Flight**
- **Airport to Hotel transfers**
- **Induction**
- **Up to 28 days paid accommodation**
- **Independent Tax Advisor**
- **Appointments with Bank and National Insurance**
- **Mobile telephone**

Candidate Requirements
Dentists will need to have a recognised EEA Dentistry Degree and a minimum of 1year post-graduate experience. You will need to be a very good communicator with a high level of spoken English.

Professional partners in your career.

If you are interested in the above please forward your **CV** and **location preference** to **Avalon Medical**.

www.avalonmedical.co.uk

tel: **00 44 7760 163323**
email: **office@avalon-consulting.co.uk**

Avalon medical

Σεμινάριο Οδοντιατρικού Laser

Ο Ελληνο-Γερμανικός Οδοντιατρικός Σύνδεσμος διοργανώνει το 1ο Σεμινάριο Οδοντιατρικού Laser, με ομιλητή τον καταξιωμένο στο γνωστικό αντικείμενο του οδοντιατρικού laser Δρ. Avi Reyhanian. Θα μιλήσει για τα laser στη σύγχρονη Οδοντιατρική και θα δώσει κατευθύνσεις για τη χρήση των διαφόρων λέιζερ στην Επανορθωτική Οδοντιατρική, στη Στοματική Χειρουργική και στην Εμφυτευματολογία. Επίσης, θα παρουσιάσει, σε μια ζωντανή άσκηση, διαδικασίες για τη διαχείριση των μαλακών και σκληρών ιστών.

Το 1ο Σεμινάριο Οδοντιατρικού Laser θα πραγματοποιηθεί στις 15 και 16 Μαΐου 2010 στην Αθήνα στο ξενοδοχείο Athens Imperial. Οι παρουσιάσεις θα γίνουν στα Αγγλικά με ταυτόχρονη μετάφραση.

Για περισσότερες πληροφορίες μπορείτε να επικοινωνήσετε στα τηλέφωνα 210-6437.601 (πρωί)-210-7290.963 (απόγευμα)
και στην ιστοσελίδα www.zahn.gr.

Ημερίδα της HELSOLA για τα Laser, την ανάπλαση και την αισθητική του περιοδοντίου

Η Ελληνική Εταιρεία Στοματικών Εφαρμογών Laser οργανώνει ημερίδα με θέμα «Laser, ανάπλαση και αισθητική περιοδοντίου» με ομιλητές τους Olaf Oberhofer, Ανδρέα Σταυρόπουλο, Τάσο Μάνο και Ιωάννα Καμμά. Η ημερίδα θα πραγματοποιηθεί το Σάββατο 13 Μαρτίου 2010, στο Αμφιθέατρο του Ιδρύματος του Ευγενίου Ευγενίδου, Συγγρού 387, Παλαιό Φάληρο, Αθήνα. Η τιμή συμμετοχής για τα μέλη της HELSOLA είναι 60 ευρώ, ενώ η τιμή συμμετοχής για μη μέλη 80. Η πληρωμή γίνεται με κατάθεση στον αριθμό λογαριασμού 184-002002-003645 της Alpha Bank. Προκειμένου να δηλώσετε συμμετοχή στην ημερίδα, μπορείτε να επικοινωνείτε στα τηλέφωνα 210-45.25.935, 210-92.15.225, 210-89.81.774 ή να στείλετε e-mail στα joannakamma@helsola.org, nmantal@otenet.gr και info@drkfelix.com.

Διεθνές Περιφερειακό Συνέδριο της ΕΑΑΟ

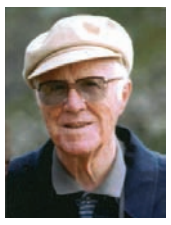
Η Ελληνική Ακαδημία Αισθητικής Οδοντιατρικής, σε συνεργασία με τον Οδοντιατρικό Σύλλογο Ηρακλείου, διοργανώνει το Διεθνές Περιφερειακό της Συνέδριο, στις 2 και 3 Οκτωβρίου 2010, στο Ηράκλειο Κρήτης.
Το Διεθνές Περιφερειακό Συνέδριο της ΕΑΑΟ πραγματοποιείται με τη συμμετοχή Ελλήνων και ξένων ομιλητών. Τα θέματα που θα αναπτυχθούν είναι:
Implants-Prof. A. Wiskott (CH)
Ceramics-Dr. S. Scharrer (CH)
Implants-Dr. W. Att (DE)
Dental Technology- J. Gad (NO)
Implants-Dr. K. Valavanis (GR)
Occlusion-Dr. S. Francis (BG)
Ceramics-Dr. S.O. Koutayas (GR)
Implants-Dr. Th. Odysseos (CY)
Ceramics-Dr. K. Kountouras (GR)
Για περισσότερες πληροφορίες μπορείτε να μπείτε στην ιστοσελίδα της Ελληνικής Ακαδημίας Αισθητικής Οδοντιατρικής: www.eaao.gr

Με επιτυχία ολοκληρώθηκε το πρακτικό σεμινάριο της DENTALCOM-Παπάζογλου Α.Ε.

Το Σάββατο, 30 Ιανουαρίου 2010, στο εργαστήριο Ν. Μουζής-Π. Τζίτζιφα πραγματοποιήθηκε με επιτυχία το πρακτικό σεμινάριο ανάρτησης δοντιών, που διοργάνωσε η εταιρεία DENTALCOM-Παπάζογλου Α.Ε. σε συνεργασία με τη VERTEX DENTAL και τον τεχνικό της κ. Onno Blok. Σκοπός του σεμιναρίου ήταν η βελτιστοποίηση όλων των τεχνικών στην οδοντοτεχνική πράξη. Κατά τη διάρκεια του σεμιναρίου αναπτύχθηκαν λεπτομερώς η διαχείριση γύψινων εκμαγείων, η ανάρτηση, η σύνταξη των δοντιών, το κέρωμα και ο έλεγχος της σύγκλεισης.

Λεζάντα: Ο κ. Γ. Παπάζογλου με τους συμμετέχοντες στο πρακτικό σεμινάριο της εταιρείας DENTALCOM.

Ετήσιο μνημόσυνο Πάμφιλου Αλαβάνου



Συμπληρώνεται κιόλας, αυτές τις ημέρες, ένας χρόνος από τότε που έφυγε ένας άξιος συνάδελφος, μια λαμπρή προσωπικότητα στην κοινωνία και την επιστήμη, σε ηλικία 91 ετών. Απόφοιτος της Οδοντιατρικής, σε ηλικία μόλις 20 ετών, το 1938, ακολούθησε πανεπιστημιακή καριέρα (συμφοιτητής και φίλος τού αργότερα καθηγητή Μαυράκη) για κάποια χρόνια και μετά διακρίθηκε για το κοινωνικό έργο του στην 4ετή θητεία του στον στρατό, λίγο μετά τον πόλεμο και την εποχή του Εμφύλιου στη Φθιώτιδα. Εργάστηκε επί σειρά ετών στην Αθήνα και στην ιδιαίτερη του πατρίδα του, την Τήνο, ως μοναδικός οδοντίατρος, όχι μονό του νησιού, αλλά και πολλών γειτονικών, όπως της Μυκόνου, και παράλληλα ανέπτυξε μεγάλη κοινωνική δράση συμμετέχοντας στα κοινά. Απέκτησε δύο γιους, εκ των οποίων ο ένας, ο Αριστείδης Π. Αλαβάνος, συνεχίζει την παράδοση και είναι επί 27ετία συνάδελφος προσθετολόγος στην Αθήνα.

Ο Πάμφιλος Ζαννάκη Αλαβάνος υπηρέτησε με αυταπάρνηση την Τήνο και την Παναγία, από το πόστο του προέδρου του Ι.Ι. Ευαγγελιστρίας της Τήνου επί σειρά ετών και επί των ημερών του δόθηκε ιδιαίτερη αίγλη στο πανελλήνιο τούτο ίδρυμα και στο πολύπλευρο έργο που επιτελεί στο νησί και στην πατρίδα. Έργο κοινωνικό, πολιτιστικό, θρησκευτικό, πνευματικό, με δράση τοπική και πανελλήνια.

Με οικογενειακή παράδοση σημαντική, υιός του παλαιού δημάρχου Τήνου, Ζαννάκη Αλαβάνου, συνέχισε ακόμη πιο φιλόδοξα την κοινωνική προσφορά. Ισχυρή προσωπικότητα αλλά και προσηνής, έσκυψε πάνω στις ανάγκες και στον πόνο των συμπολιτών του, όχι μόνον ως επιστήμων ιατρός, αλλά και ως μετέχων στα κοινά και διαμορφώνοντας προοπτικές για την πορεία του νησιού και του τόσο σημαντικού για τον τόπο Ιερού Ιδρύματος, που αποτελούσε και αποτελεί το καμάρι των Τηνιακών.

Όσοι, και ήταν πολλοί, Τηνιακοί και μη τον είχαν συναναστραφεί, είχαν κάποιον καλό λόγο να πουν για τον ίδιο και το έργο του στα κοινά και στην Οδοντιατρική και όλοι τον ήξεραν και τον θυμούνται απλώς και μόνο με το εύηχο, σπάνιο και τόσο ταιριαστό στο χαρακτήρα του μικρό του όνομα, «ο Πάμφιλος» (φίλος όλων).

Θα τον θυμόμαστε όλοι με αγάπη και θαυμασμό και θα παραμένει πάντα ζωντανός στη μνήμη μας! Αιωνία η μνήμη του!

ΡΗΤΙΝΩΔΕΙΣ ΚΟΝΙΕΣ:

Pentron Clinical
Sybron Dental Specialties

Breeze™, ρητινώδης αυτοσυγκολλούμενη κονία
Αυτοσυγκολλούμενη Ρητινώδης Κονία
Χωρίς αδροποίηση, χωρίς συγκολλητικό παράγοντα, χωρίς προβλήματα

Cement-It Universal C&B®
Το set Cement-it Universal C&B® είναι κονία σύνθετης ρητίνης, διπλού πολυμερισμού, ακτινοσκιερή και δίνει ένα λεπτό στρώμα, λιγότερο από 21 μικρά.
Η συγκόλληση μεταλλικών αποκαταστάσεων και προκατασκευασμένων ή χυτών αξόνων είναι εύκολη, σίγουρη και οικονομική με το Cement-it Universal C&B®.

Lute-it® with Bond - 1
Σύνθετη ρητίνη για συγκολλήσεις αισθητικών αποκαταστάσεων
Το Lute-it® είναι ένα σετ σύνθετης ρητίνης διπλού πολυμερισμού για συγκολλήσεις ολοκεραμικών αποκαταστάσεων. Το αρχικό σετ περιλαμβάνει 3 χρώματα κονίας τα οποία είναι ακτινοσκιερά και απελευθερώνουν φθόριο.
Κάθε χρώμα έχει την αντίστοιχη υδατοδιαλυτή πάστα για δοκιμή. Επιπλέον το σύστημα συγκόλλησης περιέχει τον φωτοπολυμεριζόμενο 5ης γενιάς συγκολλητικό παράγοντα οδοντίνης Bond-1 και 1 σωληνάριο Universal Opaque.

Mojo™
Σύνθετη ρητίνη για συγκολλήσεις ολοκεραμικών αποκαταστάσεων
Σας εγγυάται ταύτιση με τα παρακείμενα δόντια.
Διατίθεται σε 4 αποχρώσεις οι οποίες είναι ακτινοσκιερές καθώς και τις αντίστοιχες πάστες για δοκιμή.
Το σύστημα συγκόλλησης περιέχει 8 σύριγγες, το φωτοπολυμεριζόμενο 5ης γενιάς συγκολλητικό παράγοντα οδοντίνης Bond-1, 1 σύριγγα αδροποιητή και 1 φιαλίδιο 3ml σιλάνιο.

TempSpan® CMT Temporary Cement
Προσωρινή ρητινώδης κονία χωρίς ευγενόλη, απελευθερώνει φθόριο και μειώνει την ευαισθησία.
Ιδανική για συγκόλληση μεταβατικών αποκαταστάσεων

02/2010

DENTALCOM
Γ. ΠΑΠΑΖΟΓΛΟΥ Α.Ε.

ΚΑΡΥΟΦΥΛΛΗ 24, ΓΟΥΔΗ,115 27 ΑΘΗΝΑ
ΤΗΛ.: 210.7775021, 210.7775 110, 210.7775 929 - FAX: 210.7770 480
e-mail: dentalco@otenet.gr - www.dentalcom.gr

ΒΗΜΑ Γραμμάτων και Τεχνών

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

Στα «Ταξιδιωτικά» του ο συγγραφέας **Φ. Μήτσης** περιλαμβάνει κυρίως τα όσα κατέγραψε στο ημερολόγιό του, μαζί με τις προσωπικές του παρατηρήσεις, κατά τη χρονική περίοδο που επισκέφτηκε την κάθε χώρα. Το βιβλίο αυτό αποτελεί το επιστέγασμα των προσωπικών του ταξιδιωτικών στιγμών, τις οποίες θέλησε να μοιραστεί με τον αναγνώστη. Όπως εξάλλου εκμυστηρεύεται και ο ίδιος σε κάποιο σημείο του προλόγου του, ***«Η ιδέα να μεταφέρω στους άλλους αυτά που είδα και που εγώ γνώρισα, με γοητεύει».***

Ταξιδιωτικά….

Μια περιπλάνηση στο χρόνο, σε τόπους μακρινούς, άγνωστους και περιπετειώδεις. Ταξίδια γνώσης αλλά και αυτογνωσίας, ταξίδια «ζωής».

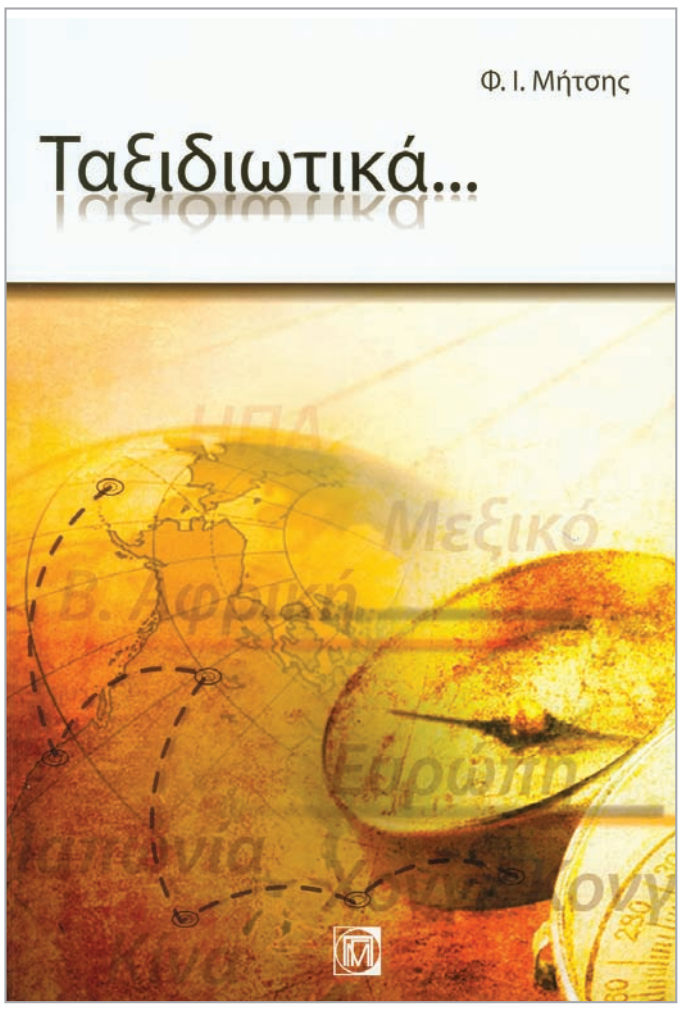
Οι ταξιδιωτικές αυτές αναμνήσεις ξυπνούν και αποτυπώνονται με γλαφυρότητα στο χαρτί, στο νέο βιβλίο του συγγραφέα Φώτη Ι. Μήτση, ομότιμου καθηγητή και πρώην πρύτανη του Πανεπιστημίου Αθηνών, με τον τίτλο «Ταξιδιωτικά». Δεν πρόκειται όμως για άλλον ένα οδηγό στον οποίο περιγράφονται οι ομορφιές και τα αξιοθέατα κάθε χώρας. Στα «Ταξιδιωτικά» του ο Φώτης Μήτσης εξιστορεί τις προσωπικές του εμπειρίες, δίνοντας έμφαση όχι τόσο σε αυτά που βλέπει ο καθένας όταν επισκέπτεται ένα μέρος, αλλά κυρίως στις μικρές λεπτομέρειες της καθημερινότητας.

Άμεσος και λιτός στην περιγραφή, καταφέρνει να παντρέψει τις εικόνες των τοπίων με την υποκειμενικότητα των σκέψεων και των συναισθημάτων του. Χρωματίζει κάθε ταξιδιωτική ανάμνηση με τις δικές του προσωπικές πινελιές. Έτσι καταφέρνει να κερδίσει τον αναγνώστη και να τον κάνει συνοδοιπόρο και φίλο του σε αυτήν τη μεγάλη διαδρομή.

«… *Άρχισα ταξιδεύοντας στους όμορφους τόπους της δικής μας πατρίδας κι ένοιωσα μεγάλες χαρές. Κι όταν αργότερα γνώρισα κι άλλες χώρες, κι άλλους ανθρώπους, κι άλλους πολιτισμούς, τα ταξίδια πήραν στην ζωή μου μια σημαντική θέση και προτεραιότητα. Στάθηκαν μια από τις πιο όμορφες απολαύσεις κι από τις μεγαλύτερες χαρές αλλά και τις σημαντικότερες πηγές για γνώση, εμπειρίες και διδάγματα για την ζωή μου…*».

Με αυτά τα λόγια ο συγγραφέας Φ. Μήτσης εξηγεί στον πρόλογό του τη σημασία που είχαν τα ταξίδια γι' αυτόν και πόσο πολύ τον επηρέασαν γενικότερα σαν προσωπικότητα. Όπως σημειώνει και παρακάτω, «… *Το κάθε ταξίδι ήταν και μια καινούργια γνώση και εμπειρία. Κι όσο ταξιδεύοντας ένοιωθα πόσο περιορισμένος είναι ο κόσμος όταν τον ζεις μοναδικά στον τόπο σου, τόσο η επιθυμία και η περιέργεια φούντωνε αποζητώντας τη γνωριμία και μ' άλλες καινούργιες χώρες και λαούς, μ' άλλον τρόπο ζωής και διαφορετικές παραδόσεις, ήθη και έθιμα. Γνωριμίες που σε κάνουν να χαίρεσαι τις φυσικές τους ομορφιές, ν' αποτυπώνεις εικόνες και να ρουφάς αχόρταγα γνώσεις από τις δημιουργίες του ανθρώπου στο πέρασμα του χρόνου. Και δεν είναι μόνο αυτά που παίρνεις, αλλά και το τι νοιώθεις μ' όσα βλέπεις κι ακούς αργότερα όταν κλείνοντας τα μάτια σου ονειρεύεσαι και ξαναζείς με τη φαντασία σου τις παραστάσεις απ' όσα είδες, απομυθοποιημένα πλέον. Τότε τα τακτοποιείς και τα επεξεργάζεσαι στο δικό σου μυαλό και την ψυχή σου κι απολαμβάνεις τις ηδονές μέσα από μια εσωτερική θεώρηση και γαλήνη. Κι ακόμη, μέσα από τις ζωντανές εντυπώσεις, ζεις κι έναν αόρατο, έναν κόσμο μυστηριακό, που πλάθεις με τη φαντασία σου, θολά από τα βάθη των αιώνων, κι από τους μύθους, τις ιστορίες και τις παραδόσεις του κάθε τόπου…*».

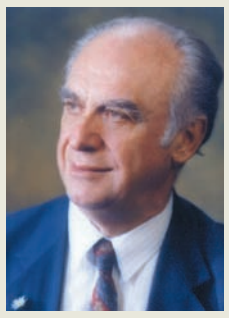
Όπως ομολογεί, τα ταξίδια ήταν για αυτόν κάτι παραπάνω από εμπειρία. Αποτέλεσαν διδάγματα ζωής. Συνεχίζοντας στον πρόλογό του σημειώνει «… *Μ' όλα αυτά πλουτίζεσαι και μόνο τότε κατανοείς κι ερμηνεύεις σε βάθος καλύτερα και το δικό σου εαυτό, αλλά και το δικό σου τόπο. Κι αναθεωρείς πολλές φορές αυτά που μέχρι τότε πίστευες, ότι δεν υπάρχουν άλλοι τόποι κι άλλοι πολιτισμοί σαν το δικό σου. Έτσι, καλύτερα, γνωρίζεις χωρίς προκαταλήψεις τον κόσμο και αξιολογείς τη λειτουργία της κοινωνίας…*».



Επιστ. Εκδόσεις Παρισιάνου Α.Ε, Αθήνα 2009

Ο Φώτης Μήτσης αφηγείται στιγμές από τα ταξίδια του στην Αμερική, στο Μεξικό, στη Β. Αφρική, στην Κεντρική Ευρώπη, στην Ισπανία, την Πορτογαλία, τη Νορβηγία, την Ιαπωνία, το Χονγκ- Κονγκ, την Κίνα, την Κύπρο, την Κωνσταντινούπολη και την Αλβανία. «… *Έκσταση και θαυμασμό ένοιωσα όταν πρωτογνώρισα μεγαλουργήματα και δεν μπορούσα να πιστέψω στα μάτια μου όταν αντίκρισα ζωντανά τις πυραμίδες της Αιγύπτου, το Σινικό τείχος, τις πυραμίδες των Μάγια στο Μεξικό και στη Ζούγκλα, τα δημιουργήματα των Βυζαντινών, των Αράβων και τα πολιτιστικά κι αρχιτεκτονικά μεγαλουργήματα της Αναγέννησης. Αυτοί οι μεγάλοι και θαυμαστοί πολιτισμοί που άνθησαν στην Αίγυπτο, την Κίνα, στις Ινδίες, στη Μεσοποταμία, στη Νότιο Αμερική κ.ά., αλλά και οι πιο κοντινοί μας, που ανάμεσά τους ξεχωρίζουν ο αρχαίος Ελληνικός πολιτισμός, ο Ρωμαϊκός, το Βυζάντιο, οι Άραβες κι η Αναγέννηση, άφησαν σημάδια που έμειναν ανεξίτηλα και προκαλούν μια μαγική έλξη. Και μαζί μ' αυτή την έλξη, η φωτεινότητα, η εμβέλεια και οι μαρτυρίες που άφησαν αυτοί οι πολιτισμοί με τις συνεχόμενες αλληλοεπιδράσεις τους και τη χρονική διάχυσή τους, οδηγούν στην καλύτερη κατανόηση της συνέχειας στην εξελικτική πορεία του ανθρώπινου πνεύματος…*».

Λίγα λόγια για το συγγραφέα



Ο Φώτης Ι. Μήτσης είναι Ομότιμος Καθηγητής και πρώην Πρύτανης του Πανεπιστημίου Αθηνών. Υπηρέτησε επί σειρά ετών πρόεδρος του Νοσοκομείου «Ο Ευαγγελισμός».

Προσέφερε πολλές εθνικές και κοινωνικές υπηρεσίες και σε Δ.Σ. οργανισμών κι επιτροπές στο Δημόσιο βίο, στο χώρο της παιδείας και της υγείας, κι όλη του προσφορά έτυχε αναγνώρισης.

Εκτός από τα πολλά επιστημονικά του βιβλία και δημοσιεύματα, έχει επίσης συγγράψει τα ακόλουθα:

1. Ομιλίες- Εισηγήσεις- Ανακοινώσεις κατά το διάστημα της τριετούς πρυτανικής του θητείας (1978-81), Αθήνα 1982.
2. «Ηθική και Δεοντολογία στην Οδοντιατρική», Εκδ. Γρ. Παρισιάνου, Αθήνα 1992.
3. «Αναδρομές και μνήμες από το οδοιπορικό της Ελληνικής Οδοντιατρικής», Αθήνα 1993.
4. «Το Χρονικό της Πρυτανίας 1979- 80. Η φοιτητική εξέγερση του Δεκεμβρίου του 1979 κι η συγκρότηση της επιτροπής πρυτάνεων για την αναβάθμιση και τον εκσυγχρονισμό της Ανώτατης Παιδείας», Αθήνα 1994. (Εξεδόθη με δαπάνη του Πανεπιστημίου).
5. «Ορόσημα μιας πορείας». Προσωπικές μαρτυρίες (Αυτοβιογραφικό ιστορικό αφήγημα), Επιστ. Εκδ. Παρισιάνου Α.Ε., Αθήνα 2006.
6. «Στράτης Αθανασάκος- Η ζωή και το έργο του με παρένθεση ιστορικών στοιχείων», Επιστ. Εκδ. Παρισιάνου Α.Ε., Αθήνα 2008.
7. Η παρούσα έκδοση: «Ταξιδιωτικά», Επιστ. Εκδ. Παρισιάνου Α.Ε., Αθήνα 2009.

Πάνω σε δυο στίχους του Καβάφη

Του **Παντελη Μπουκαλα**

Τμήμα της Ιστορίας είναι η ποίηση, υφίσταται λοιπόν και αυτή ιδεολογική χρήση ακριβώς όπως και η Ιστορία στο σύνολό της· ποτέ άλλωστε η ποίηση, αληθεύει-δεν αληθεύει πως είναι φιλοσοφότερη της ιστορίας όπως αποφαίνεται ο Αριστοτέλης στην «Ποιητική» του, δεν υπήρξε αδιάφορη για τα ανθρώπινα, ούτε καν όταν προφασίζεται ότι υπηρετεί την τέχνη για την τέχνη· κατά συνέπεια και οι κοινωνίες, στις συγκρούσεις και τις αναζητήσεις τους, δεν θα μπορούσαν να την αφήσουν έξω από τους λογαριασμούς τους. Στην ιδεολογική χρήση οποιασδήποτε ύλης, στη βίαιη υπαγωγή της σε προαποφασισμένα σχέδια και επιδιώξεις, η στρέβλωση και η νόθευση, κι αν δεν είναι νόμος, είναι πάντως συνήθεια ισχυρότατη. Με την ποίηση η στρέβλωση αυτή επιτυγχάνεται συνήθως διά της αποκοπής: αποσπούμε κάποιους εξυπηρετικούς στίχους από το κειμενικό τους περιβάλλον, που ενδέχεται να τους φορτίζει διαφορετικά απ' ό,τι υποθέτουν οι ιδεοληψίες μας, αποκόπτουμε τον ποιητή από τον ιστορικό και κοινωνικό του περίγυρο και τεμαχίζουμε το ποίημα (έναν κόσμο ολόκληρο) σε «ρητά» για να τα καδράρουμε ή να τα χρησιμοποιήσουμε στους πανηγυρικούς μας.

Οι πολλοί γνωμικού τόνου στίχοι στο έργο του Κ.Π. Καβάφη διευκόλυναν τη χρήση (ή εκμετάλλευσή) του για «παιδαγωγικούς» λόγους - και μιλάω βέβαια για τα ιστορικά ποιήματά του (τις κοινόχρηστες «Θερμοπύλες» πρωτίστως), και όχι για τα ερωτικά, τα οποία οι ίδιοι εκείνοι που τον χρησιμοποιούν σαν ηθικοδιδάσκαλο θα ήθελαν ή να μην υπάρχουν καν ή τέλος πάντων να ήταν πολύ λιγότερο τολμηρά και οπωσδήποτε λιβιδινικώς ορθά. Τα τελευταία χρόνια λοιπόν, και στο πλαίσιο όχι τόσο ενός αναστοχασμού για το τι σημαίνει ελληνικότητα όσο του αυτοεγκωμιασμού εκείνου που τρέφεται με υπερθετικούς βαθμούς, πιο συχνά και από τις «Θερμοπύλες» ακούγονται και γράφονται οι στίχοι «Υπήρξεν έτι το άριστον εκείνο, Ελληνικός - / ιδιότητα δεν έχ' η ανθρωπότης τιμιοτέραν». Με μπόλικη βιασύνη και με ευκολία πνευματική ανυψώνουμε σε αναμφισβήτητο πόρισμα (σάμπως να αποφάσισε κάποιο δικαστήριο της Ιστορίας) μια ποιητική διατύπωση τεχνικά ενσωματωμένη στο ειδικό της πλαίσιο και προερχόμενη από έναν μάστορα που και την ειρωνεία σπούδασε και η σκέψη του είναι πολύ πιο βαθιά απ' όσο επιτρέπει να πιστέψουμε η κατηχητική χρήση σκόρπιων στίχων του. Ετσι όμως η δόξα, η δοξασία, η προσωπική πίστη, γίνεται δόγμα. Το «Ελληνικός» στον Καβάφη, για να θυμηθούμε όσα έλεγε ο Τέλλος Αγρας, είναι «περίφρασις», σχήμα λόγου, ένας από τους τέσσερις τρόπους του «να συνθέτει τα εγκώμιά του» (οι άλλοι τρεις, η περιγραφή, η υποβλητική εικόνα και το ρήμα): «Περίφρασις είναι τέλος και το εγκώμιο "Ελληνικός", με το οποίο, σα με το τιμιότερον απ' όλα, σφραγίζει τ' άλλα. Ελληνικός ο Αντίοχος, Ελληνική η Αντιόχεια, Ελληνικός ο λόγος, μουσικά τα Ελληνικά του επιγραμματοποιού, "παλαιόθεν Ελληνίς" η ασιατική πολιτεία, οι Ελληνες ακολουθούν τον Ηρώδη Αττικό...».

> *...αποσπούμε κάποιους εξυπηρετικούς στίχους από το κειμενικό τους περιβάλλον, που ενδέχεται να τους φορτίζει διαφορετικά απ' ό,τι υποθέτουν οι ιδεοληψίες μας, αποκόπτουμε τον ποιητή από τον ιστορικό και κοινωνικό του περίγυρο και τεμαχίζουμε το ποίημα (έναν κόσμο ολόκληρο) σε «ρητά» για να τα καδράρουμε ή να τα χρησιμοποιήσουμε στους πανηγυρικούς μας.*

Ας θυμηθούμε λοιπόν ολόκληρο το ποίημα του 1923, που έχει τον τίτλο «Επιτύμβιον Αντιόχου, βασιλέως Κομμαγηνής»: «Μετά που επέστρεψε, περίλυπη, απ' την κηδεία του, / η αδελφή τού εγκρατώς και πράως ζήσαντος, / του λίαν εγγραμμάτου Αντιόχου, βασιλέως / Κομμαγηνής, ήθελ' ένα επιτύμβιον γι' αυτόν. / Κι ο Εφέσιος σοφιστής Καλίστρατος - ο κατοικών / συχνά εν τω κρατιδίω της Κομμαγηνής, / κι από τον οίκον τον βασιλικόν ασμένως κ' επανειλημμένως φιλοξενηθείς - το έγραψε, τη υποδείξει Σύρων αυλικών, / και το έστειλε εις την γραίαν δέσποιναν. // "Του Αντιόχου του ευεργέτου βασιλέως / να υμνηθεί επαξίως, ω Κομμαγηνοί, το κλέος. / Ηταν της χώρας κυβερνήτης προνοητικός. / Υπήρξε δίκαιος, σοφός, γενναίος. / Υπήρξεν έτι το άριστον εκείνο, Ελληνικός - / ιδιότητα δεν έχ' η ανθρωπότης τιμιοτέραν· / εις τους θεούς ευρίσκονται τα πέραν"».

Το όνομα της Κομμαγηνής, μικρού βασιλείου της Βόρειας Συρίας, το ακούμε και σε τίτλο άλλου ποιήματος του Καβάφη («Μελαγχολία του Ιάσωνος Κλεάνδρου, ποιητού εν Κομμαγηνή, 595 μ.Χ.»), ενώ το όνομα Αντίοχος απαντά και στα ποιήματα «Προς τον Αντίοχον Επιφανή» (πρόκειται για τον Αντίοχο Δ΄, βασιλιά της Συρίας), «Η μάχη της Μαγνησίας» (εδώ εμφανίζεται ο Αντίοχος Γ΄ της Συρίας πατέρας του προαναφερθέντος), «Τέμεθος, Αντιοχεύς· 400 μ.Χ.» (με αναφορά και πάλι στον Αντίοχο Επιφανή) και «Αντίοχος Κυζικηνός» (αυτό το «ατελές» ποίημα αναφέρεται στον Αντίοχο Θ΄ Κυζικηνό, βασιλιά της Συρίας που η σύγκρουσή του με τον αδελφό του Αντίοχο Η΄ Γρυπό απέφερε το διαμελισμό του βασιλείου). Εν αντιθέσει με όλα αυτά τα ποιήματα, στο «Επιτύμβιον Αντιόχου, βασιλέως Κομμαγηνής» ο ποιητής δεν προσδιορίζει για ποιον ακριβώς βασιλιά μιλάει, με αποτέλεσμα μια κάποια σύγχυση, η οποία εμποδίζει να συναρτήσουμε με την ιστορημένη πραγματικότητα, προς απόδειξη ή απόρριψη, όσα με γενναιοδωρία αποδίδονται στον βασιλιά της Κομμαγηνής, στο ποίημα αυτό που, ακολουθώντας την κατηγοριοποίηση του Ι.Μ. Παναγιωτόπουλου, θα το κατατάσσαμε στα «ιστορικοφανή», όσα «αναφέρονται σε πλαστά ιστορικά πρόσωπα και υποκρίνονται το ύφος της ανάπλασης ιστορικού περιστατικού». Ο Γ.Π. Σαββίδης στην κλασική έκδοση των ποιημάτων του Καβάφη στον «Ικαρο» γράφει σχετικά: «Οι περισσότεροι σχολιαστές τείνουν να συμφωνήσουν ότι τα περιστατικά, τα αναφερόμενα πρόσωπα, και το επίγραμμα είναι φανταστικά· αν ο Καβάφης είχε στο νου του έναν συγκεκριμένο Αντίοχο Κομμαγηνής, πιθανότατα ήταν ο Α΄ (περ. 69-31 π.Χ.)». Με την άποψη αυτή συμφωνεί ο Κυριάκος Ντελόπουλος στη μελέτη του «Ιστορικά και άλλα πρόσωπα στην ποίηση του Καβάφη» (γ΄ έκδ. ΕΛΙΑ 1980). Αντίθετα, στο σχετικά πρόσφατο βιβλίο του Φώτη Χρονόπουλου «Το Λεξικό του Καβάφη» («Περίπλους», 2006), ο καβαφικός Αντίοχος ταυτίζεται με τον Αντίοχο Γ΄, ενώ στο Παγκόσμιο Βιογραφικό Λεξικό της Εκδοτικής Αθηνών, στο οικείο λήμμα, υπογεγραμμένο από τον Ιωάννη Τουλουμάκο, καθηγητή του Πανεπιστημίου Θεσσαλονίκης, σημειώνεται ότι το ποίημα αναφέρεται στον Αντίοχο Δ΄ Επιφανή.

Λογικό μοιάζει να μην εντοπίζεται εύκολα ένα σχεδόν μυθικά αγαθό πρόσωπο που συγκεντρώνει όλες τις αρετές: εγκρατής, πράος, λίαν εγγράμματος, δίκαιος, σοφός, γενναίος, προνοητικός, και σαν κορωνίδα «Ελληνικός». Το «Ελληνικός» εδώ μάλλον δεν έχει το νόημα της λέξης στους καβαφικούς στίχους «Α εξαίσιες της Ιωνίας νύχτες / που άφοβα, κ' ελληνικά όλως διόλου / εγνώρισε πλήρη την ηδονή», γραμμένους για τον Οροφέρνη Αριαράθου, βασιλιά της Καππαδοκίας, που υπήρξε «μες στην καρδιά του, πάντοτε Ασιανός, / αλλά στους τρόπους του και στην λαλιά του Ελλην, / με περουζέδες στολισμένος, ελληνοντυμένος», αλλά οδηγεί, όπως σημειώνει και ο Σαββίδης, στη γνωστή δήλωση του ποιητή: «Ο κ. Χατζηανδρέας [= Στρατής Τσίρκας] θυμάται κάποτε τον Καβάφη [...] να κλείνει τη ομιλία του με την εξής φράση: Είμαι κι εγώ Ελληνικός. Προσοχή, όχι Ελλην, ούτε Ελληνίζων, αλλά Ελληνικός».

Αναδημοσίευση από την εφημερίδα "Καθημερινή" με τη σύμφωνη γνώμη του συγγραφέα.

Σύντομα κοντά σας και στην ελληνική γλώσσα…

Δύο νέα καταξιωμένα επιστημονικά συγγράμματα του γερμανικού οίκου Quintessence, το Atlas of Laser Applications in Dentistry και το Practical Lessons in Endodontic Treatment, μετά και τη διεθνή επιτυχία που σημείωσαν, πρόκειται σύντομα να κυκλοφορήσουν μεταφρασμένα στην ελληνική γλώσσα από τις εκδόσεις «Ο.Β.» και αναμένεται να αποτελέσουν ακόμη ένα χρήσιμο εργαλείο γνώσης στα χέρια του σύγχρονου οδοντιάτρου.

Η διεύρυνση της χρήσης των laser και η πρόοδος που έχει επιτευχτεί στο τομέα των εφαρμογών και των τεχνικών, έχει ανοίξει νέους ορίζοντες στην οδοντιατρική επιστήμη. Σήμερα τα laser χρησιμοποιούνται σε όλους τομείς της οδοντιατρικής και επιτυγχάνουν μείωση του χρόνου θεραπείας και πιο αποτελεσματικές χειρουργικές παρεμβάσεις. Το βιβλίο Atlas of Laser Applications in Dentistry των συγγραφέων Coluzzi και Convissar κυκλοφόρησε το 2007 και από τότε αποτελεί έναν απαραίτητο οδηγό γνώσης για τον οδοντίατρο που χρησιμοποιεί τις εφαρμογές των laser ή σκοπεύει να επενδύσει στη νέα οδοντιατρική τεχνολογία. Αυτός ο κλινικός Άτλας παρουσιάζει τις γενικές αρχές της ενδοστοματικής χρήσης των laser, ενώ στα ειδικά του κεφάλαια περιλαμβάνονται κλινικά περιστατικά πριν και μετά τη θεραπεία, οι ενδείξεις και οι αντενδείξεις των laser, οι ειδικές τους παράμετροι, καθώς και οι μέθοδοι που ελαχιστοποιούν τα ποσοστά αποτυχίας κατά τη θεραπεία.
Με 230 σελίδες και 477 έγχρωμες φωτογραφίες.

Οι πρακτικές συμβουλές που περιέχονται στο Practical Lessons in Endodontic Treatment των Arens, Donald E., Gluskin, Alan H., Peters, Christine I., και Peters, Ove A., θα καθοδηγήσουν με ασφάλεια κάθε οδοντίατρο, ακόμη κι αν δεν έχει προηγούμενη εμπειρία στις μη χειρουργικές επεμβάσεις κατά την ενδοδοντική θεραπεία. Στο βιβλίο αυτό συνδυάζονται αρμονικά όλα τα τελευταία κλινικά δεδομένα και οι νέες τεχνολογίες και με τις παραδοσιακές και δοκιμασμένες παραδοσιακές μεθόδους. Κάθε ένα από τα 42 κεφάλαια που περιέχει δίνει χρήσιμες και πάνω από όλα πρακτικές πληροφορίες και συμβουλές, από το αρχικό στάδιο της διάγνωσης, μέχρι το θεραπευτικό σχεδιασμό και τις διαδικασίες που πρέπει να ακολουθηθούν. Κυκλοφόρησε το 2009 και αποτελείται από 344 σελίδες και 355 φωτογραφίες.