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.gr ΟΚΤΩΒΡΙΟΣ 2010 ΤΕΥΧΟΣ 73

## Συνεχής Επαγγελματική Επιμόρφωση των Οδοντιάτρων

Λίγα βήματα έμειναν ακόμη να διανύσουμε πριν από τη θεσμοθέτηση του συστήματος Συνεχούς Επαγγελματικής Επιμόρφωσης των Οδοντιάτρων. Ο Έλληνας οδοντίατρος εισέρχεται σε μια νέα πραγματικότητα, όπου θα πρέπει να παρακολουθεί τις εξελίξεις και να εμπλουτίζει τις γνώσεις του με οργανωμένο και πιστοποιημένο τρόπο.

Το "Ο.Β." δημοσιεύει μια μεγάλη έρευνα για τη Συνεχή Επιμόρφωση, με όλες τις λεπτομέρειες του συστήματος, όπως το κατάρτισε η Ε.Ο.Ο., τον τρόπο μοριοδότησης, το πιστοποιητικό επάρκειας, τους πάροχους και παρουσιάζει συγκεντρωτικά πως λειτουργεί το σύστημα της συνεχούς επιμόρφωσης των οδοντιάτρων στις χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης, στις Η.Π.Α., στον Καναδά και στην Αυστραλία. Επιπλέον, ο πρόεδρος της Επιτροπής Συνεχούς Επαγγελματικής Επιμόρφωσης των οδοντιάτρων, Γεράσιμος Δουβίτσας, απαντά στις απορίες που μας δημιουργήθηκαν, δίνοντας έτσι το στίγμα της νέας περιόδου στην οποία εισέρχεται η οδοντιατρική κοινότητα.

Σελ. 4.

## Παράγοντες που καθορίζουν την επιτυχία των εμφυτευμάτων

Ένας μεγάλος αριθμός παραγόντων εμπλέκεται στην οστεοενσωμάτωση των εμφυτευμάτων και για τον λόγο αυτό θα πρέπει να ακολουθείται ένα αυστηρό πρωτόκολλο τόσο προεγχειρητικά, όσο και διεγχειρητικά, ξεχωριστό για την κάθε περίπτωση. Στα προηγούμενα δύο τεύχη αναλύθηκαν οι παράγοντες που αφορούν στον ασθενή και τον ιατρό. Στο παρόν άρθρο θα αναφερθούμε στους παράγοντες που σχετίζονται με το εμφύτευμα. Τη στήλη επιμελείται ο Καθηγητής Ιατρικής Σχολής Αθηνών, διευθυντής της Κλινικής Γναθοπροσωπικής Χειρουργικής του Νοσοκομείου «Αττικόν» **Ε. Βαϊρακτάρης, ο οποίος αναγγέλει και την έναρξη των μαθημάτων στο Αμφιθέατρο του Πανεπιστημιακού Νοσοκομείου «ΑΤΤΙΚΟΝ» με θέμα «Παράγοντες επιτυχίας των Εμφυτευμάτων», με προσκεκλημένο ομιλητή τον Καθηγητή Ε. Nkenke του Πανεπιστημίου Erlangen Γερμανίας, ο οποίος θα μιλήσει για τις «Τεχνικές Ανάπλασης των Γνάθων για Εμφυτεύματα».**

Σελ. 31.

## Ανεπιθύμητες αντιδράσεις στο στόμα από συστηματική λήψη φαρμάκων

Η πολυφαρμακία -και η άσκοπη πολλές φορές χορήγηση φαρμάκων- αποτελεί μια από τις μάστιγες στο χώρο της Ιατρικής τα τελευταία χρόνια. Έχει υπολογισθεί ότι η λήψη ταυτόχρονα 2 φαρμάκων έχει κίνδυνο ανεπιθύμητων αντιδράσεων 5%, ενώ ο κίνδυνος αυτός ανεβαίνει στο 50% όταν λαμβάνονται ταυτόχρονα 5 φάρμακα και αγγίζει το 100% όταν ο ασθενής λαμβάνει πάνω από 10 φάρμακα. Ο στοματολόγος και ο οδοντίατρος πρέπει να είναι ενήμεροι των στοματολογικών βλαβών καθώς και των φαρμάκων εκείνων με υψηλό δείκτη αντιδράσεων, ώστε να είναι σε θέση να βγάλουν γρήγορη διάγνωση και να προχωρήσουν στις σωστές θεραπευτικές παρεμβάσεις, δεδομένου ότι μερικές φορές, πέρα από τα υποκειμενικά ενοχλήματα, απειλείται και η ζωή των ασθενών. Του αναπληρωτή καθηγητή Στοματολογίας της Ιατρικής Σχολής του Πανεπιστημίου Αθηνών Γιώργου Λάσκαρη.

Σελ. 36.

## Η ανάγκη για ψηφιακή οδοντιατρική φωτογραφία στο σύγχρονο οδοντιατρείο

Κατά την εξέταση του ασθενούς η κλινική του «εικόνα» αποτελούσε στην ιατρική το πρώτο ζητούμενο από τον αρχαίο γιατρό μέχρι σήμερα. Η κλινική εικόνα βοηθά στην κλινική διάγνωση. Το σύγχρονο οδοντιατρείο μπαίνει στην εποχή της ψηφιακής εικόνας με τη χρήση διαφόρων ψηφιακών μέσων. Η λήψη καλής ποιότητας φωτογραφιών αποτελεί ένα άριστο και πολυποίκιλο εργαλείο τεκμηρίωσης, σχεδίασης και επικοινωνίας. Του οδοντιάτρου Δημήτρη Καπαγιαννίδη.

Σελ. 22

## Η επικοινωνία με τον ασθενή κατά την κλινική οδοντιατρική πράξη

Είναι γνωστό ότι η σχέση γιατρού-ασθενούς, ή καλύτερα θεραπευτή-θεραπευομένου, παραμένει θεμελιώδης στην έκβαση της θεραπείας. Το μαθαίνουμε άλλωστε από το πρώτο έτος των σπουδών μας. Μέσα από τη σχέση αυτή περνάει στην κυριολεξία όλο το ψυχοσυναισθηματικό οικοδόμημα του ασθενούς και ασυνείδητα διαπλέκεται με εκείνο του οδοντιάτρου. Του Ηρακλή Χ. Καρκαζή, αναπληρωτή καθηγητή Οδοντιατρικής Σχολής ΕΚΠΑ.

Σελ. 20

## Η Θεσσαλονίκη υποδέχεται την Dentalshow 2010

Ο Ελληνικός Σύλλογος Εμπόρων Εισαγωγέων Οδοντιατρικών Ειδών, λαμβάνοντας υπόψη τις ανάγκες της περιφέρειας και σε μια προσπάθεια να γίνει γνωστή η δράση του σε περισσότερους οδοντίατρους, διοργανώνει έκθεση οδοντιατρικών ειδών στο **συνεδριακό κέντρο POLIS στη Θεσσαλονίκη**. Η Dentalshow 2010 θα πραγματοποιηθεί το **Σάββατο 20 και την Κυριακή 21 Νοεμβρίου** και θα αποτελέσει μια μοναδική ευκαιρία για τους οδοντιάτρους και τους οδοντοτεχνίτες της Θεσσαλονίκης και των γύρω περιοχών να δουν από κοντά όλες τις νέες εξελίξεις στον κλάδο των οδοντιατρικών ειδών, να ενημερωθούν για τα προϊόντα και τα μηχανήματα, τις συσκευές, τις τεχνικές, ακόμη και τις ιδέες του σύγχρονου οδοντιατρικού marketing, να συνομιλήσουν με τους εκθέτες και να κάνουν τις αγορές τους, εκμεταλλευόμενοι τις ειδικές προσφορές που θα υπάρξουν. Η έκθεση θα λειτουργεί από

τις 10:00- 20:00.

Οι επισκέπτες θα μπορέσουν να δουν μεταξύ άλλων αναγομωτικά υλικά νέας γενιάς, νέους συγκολλητικούς παράγοντες, πρωτοποριακά υλικά λεύκανσης με απευαισθητοποιητικούς παράγοντες, τα νέα οστικά μοσχεύματα και πολλά άλλα.

Το Σάββατο 20 Νοεμβρίου και ώρα 11:00-12:30, θα υπάρξει παράλληλη εκδήλωση με ένα πολύ ενδιαφέρον και επίκαιρο θέμα. Ο εξειδικευμένος φοροτεχνικός Κώστας Παπαγεωργίου θα προτείνει λύσεις και θα δώσει συμβουλές για μια «Ολοκληρωμένη φορολογική διαχείριση οδοντιατρείου».

Προσπάθεια του Συλλόγου είναι να καθιερωθεί και να επεκταθεί ο θεσμός της Dentalshow και στο άμεσο μέλλον να πραγματοποιηθούν τέτοιες εκθέσεις και σε άλλες μεγάλες πόλεις της χώρας μας. Ήδη γίνονται βήματα για την υλοποίηση του σχεδίου αυτού.

Το συνεδριακό κέντρο POLIS βρίσκεται στην ευρύτερη περιοχή της Θεσσαλονίκης σε απόσταση μόλις 7 χλμ από το διεθνές αεροδρόμιο Μακεδονία και 15 χλμ από το κέντρο της πόλης.

## Το λάθος ως παράγοντας αποτυχίας στη χειρουργική των εμφυτευμάτων

Ο Διευθυντής του Τμήματος Οδοντικών Εμφυτευμάτων και Ιστικής Αναγέννησης του Νοσοκομείου «Υγεία» Δημήτρης Ζαμπάρας αναλύει μια σειρά από ζητήματα που προκύπτουν κατά την άσκηση της απαιτητικής ειδικότητας της Εμφυτευματολογίας και στο ιδιαίτερα σύνθετο έργο της ιστικής ανάπλασης. Κάνει εκτενή αναφορά σε περιπτώσεις συμβιβασμών και επιπλοκών που προκύπτουν στην κλινική άσκηση, καθώς και σε λάθη στα οποία μπορεί να υποπέσει ο νεότερος συνήθως συνάδελφος.

Σελ. 38

***Κύριο άρθρο***

## Αυτό δεν θα περπατήσει…

***Ο αντικαπνιστικός νόμος…***
*1 Σεπτεμβρίου 2009. Με το σύνθημα «η Ελλάδα σβήνει το τσιγάρο», αποφασίστηκε η απαγόρευση του καπνίσματος σε όλους τους κλειστούς δημόσιους χώρους. Κάτι τέτοιο ουσιαστικά δεν εφαρμόστηκε ποτέ και, φέτος, το μέτρο τέθηκε πάλι σε ισχύ.*

***Τα τέλη κυκλοφορίας και το «φιάσκο» της απόσυρσης…***
*Πέρσι δόθηκαν κίνητρα για νέα, μεγαλύτερα αυτοκίνητα και ύστερα ... τα αυτοκίνητα αυτά αποτέλεσαν τεκμήριο εισοδήματος.*

***Το εθνικό ταμείο φτώχειας….***
*Λειτούργησε για μια χρονιά. Μετά έκλεισε λόγω ... έλλειψης πόρων.*

***Το «πολύπαθο» σύστημα των Πανελλαδικών εξετάσεων…***
*Μετά από αλλεπάλληλες αλλαγές, η τωρινή ηγεσία του υπουργείου παιδείας παρουσίασε ένα «νέο» σύστημα για την εισαγωγή στην τριτοβάθμια εκπαίδευση.*

Αν ανατρέχαμε στο παρελθόν θα βρίσκαμε σίγουρα και άλλα πολλά τέτοια τραγελαφικά περιστατικά αποφάσεων που πάρθηκαν «στο πόδι», δίχως σκέψη και προγραμματισμό, οπότε η αποτυχία τους ήταν προδιαγεγραμμένη.
Τα παραπάνω δεν περπάτησαν λοιπόν… Γίναμε η χώρα του «ράβε- ξήλωνε». Ευθύνεται μόνο η προχειρότητα στην εφαρμογή; Εν μέρει ναι. Αλλά δεν είναι μόνον αυτό.
Στον οδοντιατρικό κόσμο ξεκινάει τώρα μια νέα προσπάθεια. **Η Συνεχής Επαγγελματική Επιμόρφωση των Οδοντιάτρων**. Στον παρελθόν έγιναν κάποιες ενέργειες με τα περίφημα ΚΕ.Σ.Ε., όμως μετά από λίγο καιρό το σχέδιο εγκαταλείφτηκε. Έτσι, αυτή τη στιγμή είμαστε από τις ελάχιστες χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης που δεν έχει θεσπίσει σύστημα επιμόρφωσης, γεγονός που μόνο υπερήφανους δεν μπορεί να μας κάνει απέναντι στους ευρωπαίους οδοντιάτρους.
Στις επόμενες σελίδες, το «Ο.Β.» παρουσιάζει μια μεγάλη έρευνα γύρω από το ζήτημα της συνεχούς επιμόρφωσης και για το τι πρόκειται να ισχύσει το επόμενο διάστημα. Όλοι συμφωνούν πως έφτασε πλέον η στιγμή να γίνει ένα σοβαρό και καλά σχεδιασμένο βήμα. Ωστόσο, πριν αρχίσει καλά-καλά να εφαρμόζεται, εμφανίστηκαν οι πρώτες διαφωνίες και αντιρρήσεις. «Αυτό δεν θα προχωρήσει», ακούγεται ήδη. Και έτσι, απόλυτα και κοφτά, χωρίς να έχουμε δώσει την παραμικρή ευκαιρία σε κάτι να λειτουργήσει και να δοκιμαστεί στο χρόνο, βγάλαμε την ετυμηγορία μας. Ας μην προχωρήσει, λοιπόν. Ας βλέπουμε τους ίδιους και τους ίδιους οδοντιάτρους να συμμετέχουν στα συνέδρια και να μετακινούνται από το ένα μέρος στο άλλο. Ας μείνει ο οδοντίατρος με τις γνώσεις που απέκτησε πριν χρόνια στο πανεπιστήμιο. Ας παίρνουμε μέρος στα διεθνή συνέδρια ως η μοναδική χώρα χωρίς σύστημα επιμόρφωσης. Ας μην προωθήσουμε εντέλει το οδοντιατρικό επάγγελμα και ας αντιμετωπίζεται ο ασθενής με τις μεθόδους του παρελθόντος. Και αυτό, γιατί κάποιοι έσπευσαν να καταδικάσουν μια προσπάθεια πριν καν αυτή ξεκινήσει.
Υπάρχει η αντίρρηση, υπάρχει και η αντίδραση. Η αντίρρηση μπορεί να αποδειχθεί εξαιρετικά εποικοδομητική και να προωθήσει το έργο της επιμόρφωσης. Αντίθετα, η αντίδραση θα υψώνει πάντοτε εμπόδια. **Η επιμόρφωση όμως πρέπει να πετύχει! Και μάλιστα σύντομα, ανεξάρτητα του ποιος θα είναι ο φορέας, οι πάροχοι, το σύστημα μοριοδότησης. Και αυτό οφείλουμε να το καταλάβουμε όλοι μας!**

*Ο Εκδότης*

# ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

**Συνεχής Επαγγελματική Επιμόρφωση των Οδοντιάτρων**..... 4
Όλες οι λεπτομέρειες του συστήματος επιμόρφωσης και συνέντευξη με τον πρόεδρο της Επιτροπής Συνεχούς Επαγγελματικής Επιμόρφωσης των Οδοντιάτρων, αναπληρωτή καθηγητή στο Πανεπιστήμιο Αθηνών κ. **Γεράσιμο Δουβίτσα**

**Η Συνεχής Επαγγελματική Επιμόρφωση στις χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης και στις Η.Π.Α**.....10

**Η επικοινωνία με τον ασθενή κατά την κλινική οδοντιατρική πράξη**.....20
Του Ηρακλή Χ. Καρκαζή, αναπληρωτή καθηγητή Οδοντιατρικής Σχολής ΕΚΠΑ

**Η ανάγκη για ψηφιακή οδοντιατρική φωτογραφία στο σύγχρονο οδοντιατρείο**.....22
Του οδοντιάτρου Δημήτρη Καπαγιαννίδη

**Γναθοπροσωπική χειρουργική και εμφυτεύματα Παράγοντες που καθορίζουν την επιτυχία των εμφυτευμάτων**.....31
Μόνιμη στήλη της Γναθοπροσωπικής Χειρουργικής Κλινικής της Ιατρικής Σχολής του Πανεπιστημίου Αθηνών, Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο «Αττικόν», Διευθυντής: καθηγητής Ε. Βαϊρακτάρης

ΤΑ ΜΥΣΤΙΚΑ ΤΟΥ ΣΤΟΜΑΤΟΣ
**Ανεπιθύμητες αντιδράσεις στο στόμα από συστηματική λήψη φαρμάκων**.....36
Του αναπληρωτή καθηγητή Στοματολογίας της Ιατρικής Σχολής του Πανεπιστημίου Αθηνών Γιώργου Λάσκαρη

**Το λάθος ως παράγοντας αποτυχίας στη χειρουργική των εμφυτευμάτων**.....38
**Γράφει ο Δημήτρης Ζαμπάρας**, Διευθυντής του Τμήματος Οδοντικών Εμφυτευμάτων και Ιστικής Αναγέννησης του Νοσοκομείου «Υγεία»

ΑΝΤΑΥΓΕΙΕΣ ΟΔΟΝΤΙΚΗΣ ΑΙΣΘΗΤΙΚΗΣ *ΚΑΙ ΟΧΙ ΜΟΝΟ*
**Πόνος: ο δικός μας πόνος και ο πόνος των άλλων**..... 40
Του Γεράσιμου Δουβίτσα, αναπληρωτή καθηγητή Οδοντιατρικής Σχολής ΕΚΠΑ

**Τι είναι η συνείδηση;**.....42
Αναδημοσίευση από το περιοδικό Science Illustrated

**ΕΙΔΗΣΕΙΣ-ΕΚΔΗΛΩΣΕΙΣ-ΣΥΝΕΔΡΙΑ**..... 46-51

**ΒΗΜΑ Γραμμάτων και Τεχνών**.....52

Οι μυθικοί δείκτες της «ελληνοτροπίας».....53
Του Παντελή Μπουκάλα

**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:
**IRIS Α.Ε.Β.Ε.**
20ο χλμ. Λ. Λαυρίου - Κορωπί
Τηλ. 210 6685300

# Συνεχής Επαγγελματική Επιμόρφωση των Οδοντιάτρων

## Μια μεγάλη έρευνα του «Ο.Β» για το σύστημα της συνεχούς επιμόρφωσης που θεσπίζεται για τους Έλληνες οδοντίατρους

Στόχος της έρευνας που παρουσιάζει το «Οδοντιατρικό Βήμα» μπροστά σε αυτή την πρόκληση δεν είναι να λάβει θέση υπέρ ή κατά του συστήματος συνεχούς επαγγελματικής επιμόρφωσης που παρουσίασε η ΕΟΟ. Αντιθέτως, μέσα από τις επόμενες σελίδες αυτής της έρευνας θέλουμε να ενημερώσουμε τους αναγνώστες μας για τη διαδικασία της συνεχούς επιμόρφωσης, όπως παρουσιάστηκε από την Ομοσπονδία, και για το τι συμβαίνει στις υπόλοιπες χώρες της Ε.Ε. όπως και στις ΗΠΑ. Τα στοιχεία αυτά πιστεύουμε πως είναι ιδιαίτερα χρήσιμα, ώστε να γίνουν οι απαραίτητες συγκρίσεις και μελλοντικά να βελτιωθεί και το ελληνικό σύστημα. Επιπλέον, ο πρόεδρος της Επιτροπής Συνεχούς Επαγγελματικής Επιμόρφωσης των οδοντιάτρων, Γεράσιμος Δουβίτσας, απαντά στις απορίες που μας δημιουργήθηκαν, δίνοντας έτσι το στίγμα της νέας περιόδου στην οποία εισέρχεται η οδοντιατρική κοινότητα.

Λίγα βήματα έμειναν ακόμη να διανύσουμε πριν από τη θεσμοθέτηση του συστήματος Συνεχούς Επαγγελματικής Επιμόρφωσης των Οδοντιάτρων. Ο Έλληνας οδοντίατρος εισέρχεται σε μια νέα πραγματικότητα, όπου θα πρέπει να παρακολουθεί τις εξελίξεις και να εμπλουτίζει τις γνώσεις του με οργανωμένο και πιστοποιημένο τρόπο. Οι προκλήσεις που ανοίγονται είναι μεγάλες… Η συνεχής επαγγελματική επιμόρφωση, όμως, αποτελεί πια μονόδρομο αν θέλουμε να διατηρήσουμε υψηλό το επίπεδο της παροχής των οδοντιατρικών υπηρεσιών στη χώρα μας.

Γράφει η **Βίκυ Κουρλιμπίνη**, Δημοσιογράφος

***«Το Διοικητικό Συμβούλιο της Ελληνικής Οδοντιατρικής Ομοσπονδίας στη συνεδρίασή του στις 4 Ιουνίου 2010 έκανε δεκτή την εισήγηση της Επιτροπής Εκπαίδευσης και Επιστημονικών Θεμάτων σχετικά με τη Συνεχή Επαγγελματική Επιμόρφωση των Ελλήνων οδοντιάτρων, καθώς και τον Κανονισμό Λειτουργίας της Επιτροπής Συνεχούς Επαγγελματικής Επιμόρφωσης».***

Οι αποφάσεις που ελήφθησαν κατά τη συνεδρίαση της ΕΟΟ σηματοδότησαν την έναρξη ενός μεγάλου εγχειρήματος και ταυτόχρονα το τέλος μιας πράγματι παράδοξης κατάστασης. Ας μην ξεχνάμε ότι είμαστε από τις ελάχιστες χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης που δεν έχουν θεσμοθετήσει ακόμη σύστημα Συνεχούς Επαγγελματικής Επιμόρφωσης για τους περίπου 16.000 οδοντιάτρους, παρά το γεγονός πως έχουμε τη μεγαλύτερη πανευρωπαϊκά και τη δεύτερη μεγαλύτερη παγκοσμίως αναλογία οδοντιάτρου ανά κάτοικο (122,8 οδοντίατροι ανά 100.000 κατοίκους), αλλά και τον μεγαλύτερο ίσως αριθμό σεμιναρίων και ημερίδων που διοργανώνονται κάθε χρόνο.

Το 1988 έγινε μια πρώτη προσπάθεια για την καθιέρωση και νομοθέτηση της επιμόρφωσης των οδοντιάτρων με τα Κέντρα Συνεχούς Επιμόρφωσης (ΚΕ.Σ.Ε.), ο θεσμός όμως αυτός για διάφορους λόγους –που δεν χρειάζεται να αναλυθούν εδώ– δεν ευδοκίμησε. Από τότε έγιναν λίγα βήματα και, ενώ όλη η οδοντιατρική κοινότητα αντιλαμβανόταν την αναγκαιότητα για την εφαρμογή του συστήματος συνεχούς επιμόρφωσης, το θέμα φαινόταν να έχει «παγώσει».

Μέχρι πρότινος τουλάχιστον, αφού εδώ και λίγους μήνες έχει ξεκινήσει μια μεγάλη προσπάθεια από την Ελληνική Οδοντιατρική Ομοσπονδία με σκοπό την κατάρτιση ενός συστήματος συνεχούς επιμόρφωσης, υποχρεωτικό για κάθε οδοντίατρο, που αφενός θα πρέπει να αντέξει στο χρόνο, αφετέρου να αποδώσει τα καλύτερα δυνατά αποτελέσματα.

Ήδη η Ομοσπονδία παρουσίασε το Σάββατο 3 Ιουλίου στους φορείς που επιθυμούν να γίνουν πάροχοι της συνεχούς επαγγελματικής επιμόρφωσης το νέο σύστημα. Παράλληλα δημοσιεύτηκε στο Ενημερωτικό Δελτίο της ΕΟΟ, Τεύχος 148, για την ενημέρωση των οδοντιάτρων, ώστε να είναι έτοιμοι να εισέλθουν στη νέα πραγματικότητα της επιμόρφωσης.

Τα πρώτα μηνύματα που έρχονται μετά και την ανακοίνωση της ΕΟΟ για το νέο σύστημα της συνεχούς επαγγελματικής επιμόρφωσης είναι αισιόδοξα, αφού έρχεται να καλύψει ένα μεγάλο κενό, κυρίως οργανωτικό. Βέβαια, σε καμία περίπτωση δεν μπορεί να ισχυριστεί κάποιος πως οι Έλληνες οδοντίατροι δεν είναι καταρτισμένοι πάνω στα νέα δεδομένα της οδοντιατρικής ούτε πως οι υπηρεσίες που παρέχουν δεν είναι υψηλού επιπέδου. Εξάλλου, τα συνέδρια και τα πρακτικά σεμινάρια που διοργανώνονται στη χώρα μας είναι πολλά και οι μεγάλες επιστημονικές εταιρείες κρατούν υψηλά τα επαγγελματικά στάνταρ των μελών τους. Εντούτοις, όλα τα παραπάνω είναι αποτέλεσμα της ιδιωτικής-εθελοντικής πρωτοβουλίας και της αίσθησης επαγγελματισμού που διακατέχει τον κάθε οδοντίατρο. Ένα ολοκληρωμένο πρόγραμμα συνεχούς επιμόρφωσης δεν υπάρχει μέχρι σήμερα, γεγονός που μας φέρνει σε μειονεκτική θέση απέναντι στις άλλες χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης.

Από την άλλη όμως, μπορούμε να μιλήσουμε και για «συγκρατημένη αισιοδοξία», και εξαιτίας των προηγούμενων προσπαθειών που δεν ευοδώθηκαν, αλλά και επειδή υπάρχουν ακόμη προβληματισμοί για το πώς θα οργανωθεί όλο αυτό το εγχείρημα, αρκετά ζητήματα χρειάζονται αποσαφήνιση, ενώ και οι υποψήφιοι πάροχοι προβάλλουν τα δικά τους ερωτήματα.

## Οι θέσεις και οι αποφάσεις της ΕΟΟ

Στις **3 Ιουλίου 2010** ο πρόεδρος της Ελληνικής Οδοντιατρικής Ομοσπονδίας Αθανάσιος Κατσίκης και ο πρόεδρος της Επιτροπής Συνεχούς Επαγγελματικής Επιμόρφωσης των οδοντιάτρων Γεράσιμος Δουβίτσας κοινοποίησαν στο ξενοδοχείο Athens Imperial την απόφαση της Ομοσπονδίας για την έναρξη του συστήματος Συνεχούς Επαγγελματικής Επιμόρφωσης των Οδοντιάτρων, καλώντας προς ενημέρωση όλους τους φορείς που ενδιαφέρονται να καταστούν πάροχοι. Οι θέσεις και απόψεις της Ομοσπονδίας ήταν συγκεκριμένες και αποτυπώθηκαν σε ένα ενημερωτικό 16σέλιδο έντυπο το οποίο μοιράστηκε σε όλους. Το κείμενο για την επιμόρφωση είναι αναρτημένο και στην ιστοσελίδα της ΕΟΟ (www.eoo.gr) προκειμένου όλοι οι οδοντίατροι να μπορούν να λάβουν γνώση των αποφάσεων της Ομοσπονδίας.

Παρακάτω παραθέτουμε μερικά από τα πιο ση-

μαντικά σημεία του κειμένου αυτού και κυρίως αυτά που αφορούν στη μοριοδότηση των οδοντιάτρων και την απόκτηση του Πιστοποιητικού Επάρκειας.

## Συνεχής επαγγελματική επιμόρφωση, γιατί μας αφορά όλους

***«Ως Συνεχής Επαγγελματική Επιμόρφωση των Οδοντιάτρων ορίζεται το σύνολο των εκπαιδευτικών δραστηριοτήτων που σχεδιάζεται για να ανασκοπήσει τις υπάρχουσες θεωρίες και τεχνικές, να παρουσιάσει τις πέραν της βασικής εκπαίδευσης πληροφορίες και να φρεσκάρει τις γνώσεις στις εξελίξεις της επιστήμης, καθώς και της κλινικής και εργαστηριακής πράξης».***

Η ανάγκη για συνεχή επαγγελματική επιμόρφωση αφορά όλες τις ηλικιακές ομάδες των οδοντιάτρων:

- Νέοι πτυχιούχοι που ξεκινούν την άσκηση της οδοντιατρικής: παρά το γεγονός πως οι νέοι οδοντίατροι έχουν μόλις διδαχτεί την επιστήμη, τομείς όπως η αισθητική οδοντιατρική, η προσθετική επί εμφυτευμάτων και η χειρουργική εμφυτευματολογία δεν διδάσκονται σε βάθος κατά την προπτυχιακή τους εκπαίδευση. Επιπλέον έχουν μεγαλύτερη ανάγκη για συνεχή επιμόρφωση σε θέματα που αφορούν την οργάνωση και διαχείριση του οδοντιατρείου.
- Μετά από δέκα χρόνια άσκησης της οδοντιατρικής: Τη δεκαετία αυτή έχουν γίνει πολλές αλλαγές σε βασικές αρχές, υλικά, τεχνικές, συσκευές και μηχανήματα. Η συνεχής επιμόρφωση είναι απαραίτητη για να παρακολουθεί ο οδοντίατρος τις εξελίξεις αυτές.
- Μετά από είκοσι χρόνια άσκησης της οδοντιατρικής: μετά από είκοσι χρόνια εμπειρίας ο οδοντίατρος έχει καλύτερη κρίση αναφορικά με τις ανάγκες και τις ελλείψεις του και μπορεί να καθορίσει τα σημεία που τον ενδιαφέρουν. Η κάλυψη των αναγκών αυτών μπορεί να γίνει μέσω της συνεχούς επιμόρφωσης.
- Μετά από 30 χρόνια: οι οδοντίατροι που δεν ανανεώνουν τις γνώσεις τους βρίσκονται τραγικά έξω από τις εξελίξεις και αδυνατούν να παράσχουν σύγχρονη οδοντιατρική.

Στα παραπάνω θα πρέπει πάντα να έχουμε υπόψη μας και τον παράγοντα «ασθενή», ο οποίος έχοντας σήμερα πολύ καλή ενημέρωση (από τα ΜΜΕ, το διαδίκτυο κ.τ.λ.) για το επίπεδο της οδοντιατρικής, απαιτεί ποιοτικότερη παροχή οδοντιατρικής περίθαλψης.

Στόχος της Συνεχούς Επαγγελματικής Επιμόρφωσης είναι ο συνεχής εκσυγχρονισμός των οδοντιάτρων σε επίπεδο επιστημονικών γνώσεων, τεχνολογικών εξελίξεων, επαγγελματικής συμπεριφοράς και κοινωνικών-οικονομικών συνθηκών, ώστε να είναι σε θέση να ασκούν το λειτούργημά τους με την απαραίτητη ευαισθησία που απαιτεί η προστασία της υγείας του κοινωνικού συνόλου.

### Οι τρόποι μοριοδότησης και τα μόρια ανά κατηγορία

- **Πανελλήνιο Οδοντιατρικό Συνέδριο της ΕΟΟ** ..... 15 μόρια
- **Συνέδρια- Σύνοδοι περιφέρειας:**
  (Παμπελοποννησιακό, Επτανησιακής Στοματολογικής Εταιρείας, Στοματολογικής Εταιρείας Κρήτης, Στοματολογικής Εταιρείας Θεσσαλίας, Πανθρακικό, Δυτικής Μακεδονίας) ..... 8 μόρια
- Παρακολούθηση **ανοιχτών διαλέξεων** ..... 1 μόριο/ ώρα
- Παρακολούθηση **κλειστών θεωρητικών σεμιναρίων** ..... 1 μόριο/ ώρα
- Παρακολούθηση **κλειστών πρακτικών σεμιναρίων** ..... 1,5 μόρια
- Για κάθε δραστηριότητα ΣΕΕ που γίνεται σε οποιοδήποτε νομό της χώρας εκτός Αττικής και Θεσσαλονίκης, οι συμμετέχοντες λαμβάνουν επιπλέον ..... 1 μόριο/ ημέρα παρακολούθησης
  και με μέγιστη μοριοδότηση ..... 5 μόρια ετησίως
- Αντιστοίχιση μορίων από εγκεκριμένα **οδοντιατρικά συνέδρια εξωτερικού** ..... 1 CE Credit= μόριο
  και με μέγιστη μοριοδότηση ..... 25 μόρια/ έτος και 50 μόρια/ τετραετία
- Αντιστοίχιση μορίων από **ιατρικά συνέδρια** ..... 5 μόρια/έτος
  και με μέγιστη μοριοδότηση ..... 10 μόρια/ τετραετία
- Ολοκλήρωση **μεταπτυχιακού προγράμματος** μέγιστη μοριοδότηση ..... 25 μόρια/ έτος
- Μέγιστη μοριοδότηση από μορφές ΣΕΕ που δεν σχετίζονται με παρακολούθηση ..... 5 μόρια/ έτος
  και με μέγιστη μοριοδότηση ..... 30 μόρια/ τετραετία

**Ειδικότερα:**

- Συγγραφή βιβλίου ..... (4/12)
- Συγγραφή κεφαλαίου σε βιβλίο ή άρθρο (πρώτος ή κύριος συγγραφέας) ..... (4/8)
- Παρουσίαση Poster ή ανακοίνωση σε συνέδριο ..... (2/4)
- Ακαδημαϊκές υπηρεσίες (μέλος ΔΕΠ) ..... (8/12)
- Ακαδημαϊκές υπηρεσίες (συνεργάτης) ..... (2/4)
- Συμμετοχή σε οδοντιατρική έρευνα (κύριος ερευνητής) ..... (4/8)
- Συμμετοχή σε οδοντιατρική έρευνα (μη κύριος ερευνητής) ..... (2/4)
- Συμπλήρωση τεστ ΣΕΕ από εγκεκριμένο περιοδικό ..... (4/10)
- Συμμετοχή σε κοινωνική δράση προσφοράς υπηρεσιών υγείας στο κοινό ..... (3/6)

## Ο φορέας διαχείρισης της συνεχούς επιμόρφωσης

Το σύστημα της συνεχούς επαγγελματικής επιμόρφωσης των οδοντιάτρων θα πρέπει να ενταχθεί σε ένα φορέα (ένα ινστιτούτο επιστημονικών θεμάτων θα μπορούσαμε να πούμε). Ο φορέας αυτός θα έχει ευρύτερες αρμοδιότητες, όπως πιστοποιήσεις, επεξεργασία εισηγήσεων που αφορούν επιστημονικά θέματα, θέματα εκπαίδευσης κ.ά. και υποβολή αυτών στο Δ.Σ. της ΕΟΟ.

Μέχρι την ίδρυση του φορέα αυτού, το σύστημα της συνεχούς επαγγελματικής επιμόρφωσης των οδοντιάτρων διαχειρίζεται επταμελής επιτροπή με τον τίτλο **Επιτροπή Συνεχούς Επαγγελματικής Επιμόρφωσης των Οδοντιάτρων (ΕΣΕΕΟ)**.

## Ποιοι μπορούν να παράσχουν τη συνεχή επιμόρφωση

Κάθε κύκλος συνεχούς επαγγελματικής επιμόρφωσης θα διαρκεί 4 χρόνια. Η οργάνωση των επιστημονικών εκδηλώσεων της συνεχούς επαγγελματικής επιμόρφωσης θα γίνεται σε μονοετή βάση. Η ετήσια αυτή διάρκεια του προγράμματος θα αρχίζει την 1η Φεβρουαρίου και θα ολοκληρώνεται στις 20 Δεκεμβρίου κάθε χρόνου.

Οι επιστημονικές εκδηλώσεις οργανώνονται και παρέχονται από φορείς, οι οποίοι χαρακτηρίζονται ως Πάροχοι της Συνεχούς Επαγγελματικής Επιμόρφωσης των Οδοντιάτρων (ΠΣΕΕΟ). Οι πάροχοι σε πρώτη φάση θα είναι η Ελληνική Οδοντιατρική Ομοσπονδία, οι οδοντιατρικές σχολές της Αθήνας και της Θεσσαλονίκης, οι οδοντιατρικοί σύλλογοι της χώρας, οι επιστημονικές οδοντιατρικές εταιρείες και τα οδοντιατρικά, γναθοχειρουργικά και ορθοδοντικά τμήματα των δημοσίων φορέων παροχής οδοντιατρικής περίθαλψης. Σε μια επόμενη φάση θα μπορούν να ενταχθούν στο θεσμό του παρόχου ιδιωτικά ινστιτούτα εκπαίδευσης, οδοντιατρικά τμήματα ιδιωτικών νοσοκομείων, εκδοτικές και εμπορικές εταιρείες, εφόσον έχουν από το νόμο το δικαίωμα αυτό και αφού πρώτα πιστοποιηθούν από την Επιτροπή Συνεχούς Επαγγελματικής Επιμόρφωσης Οδοντιάτρων.

## Το κρίσιμο σημείο της απόκτησης μορίων

Η μοριοδότηση των οδοντιάτρων μέσω της παρακολούθησης των πιστοποιημένων εκδηλώσεων της συνεχούς επαγγελματικής επιμόρφωσης θα είναι υποχρεωτική και σε πρώτη φάση θα οδηγεί στην λήψη του Πιστοποιητικού Επάρκειας Κλινικής Πράξης. Σε μια επόμενη φάση η πιστοποίηση θα πρέπει να συνδεθεί και με τη συνέχιση ισχύος της άδειας άσκησης του επαγγέλματος. Την ευθύνη της μοριοδότησης των διάφορων επιστημονικών εκδηλώσεων έχει η Επιτροπή Συνεχούς Επαγγελματικής Επιμόρφωσης των Οδοντιάτρων. Κάθε οδοντίατρος πρέπει να συγκεντρώνει ανά τετραετία 100 μόρια (με κατώτατο όριο τα 15 μόρια και ανώτατο όριο τα 50 μόρια ανά έτος) προκειμένου να αποκτήσει το Πιστοποιητικό Επάρκειας Κλινικής Πράξης.

Τα μόρια ανά κατηγορία αναφέρονται στον πίνακα αριστερά.

Οι πάροχοι υποχρεούνται εντός 15 ημερών από το τέλος της εκδήλωσης να αποστέλλουν τον κατάλογο με τους οδοντιάτρους που την παρακολούθησαν στην Επιτροπή Συνεχούς Επαγγελματικής Επιμόρφωσης, στον επαγγελματικό σύλλογο όπου ανήκει ο οδοντίατρος, αλλά και στον ίδιο τον οδοντίατρο. Για όσες από τις μοριοδοτούμενες εκδηλώσεις δεν υπάρχει πάροχος, ο ενδιαφερόμενος υποβάλλει τα δικαιολογητικά στην Επιτροπή, η οποία δίνει και τα αντίστοιχα μόρια.

# «Δεν μπορούμε να ασκούμε την οδοντιατρική με τις γνώσεις του χθες»

Η ενημέρωση που έγινε πριν από λίγους μήνες από την ΕΟΟ και το ενημερωτικό έντυπο που καταρτίστηκε και διανεμήθηκε, αποτέλεσαν το πρώτο βήμα για την υλοποίηση του επίπονου και δύσκολου εγχειρήματος της εφαρμογής της συνεχούς επαγγελματικής επιμόρφωσης. Πράγματι πρόκειται για μια σοβαρή δουλειά, που δείχνει κατ' αρχάς τη διάθεση για τη δημιουργία ενός οργανωμένου και ολοκληρωμένου συστήματος επιμόρφωσης, που σίγουρα επιδέχεται πολλά περιθώρια βελτίωσης, ωστόσο αποτελεί μια σταθερή βάση πάνω στην οποία μπορεί και πρέπει να ξεκινήσει ο διάλογος. Γιατί όλοι πλέον έχουν πειστεί πως δεν είναι δυνατόν η οδοντιατρική στη χώρα μας να παρουσιάζει ένα τόσο μεγάλο έλλειμμα στον τομέα της επιμόρφωσης.

Από την άλλη βέβαια, η ανάγνωση του εντύπου δημιουργεί και απορίες. Ήδη οι υποψήφιοι μελλοντικοί πάροχοι έχουν καταθέσει υπομνήματα με τις προτάσεις τους και έχουν εντοπίσει σημεία με τα οποία διαφωνούν. Η Επιτροπή Συνεχούς Επαγγελματικής Επιμόρφωσης των Οδοντιάτρων συγκεντρώνει τις προτάσεις αυτές και τις αξιολογεί. Επιδίωξη όλων είναι να θεσμοθετηθεί ένα σύστημα συνεχούς επαγγελματικής επιμόρφωσης με δυνατά θεμέλια, που θα καταφέρει να αντέξει στο χρόνο και να αποφέρει το μεγαλύτερο δυνατό όφελος και για τον οδοντίατρο, αλλά και για τον ασθενή.

Με αυτές τις σκέψεις λοιπόν υποβάλαμε στον πρόεδρο της Επιτροπής Συνεχούς Επαγγελματικής Επιμόρφωσης των Οδοντιάτρων, αναπληρωτή καθηγητή στο Πανεπιστήμιο Αθηνών κ. **Γεράσιμο Δουβίτσα,** τις απορίες που μας δημιουργήθηκαν, προκειμένου να αποσαφηνίσουμε τα πιο σημαντικά σημεία του κειμένου της συνεχούς επαγγελματικής επιμόρφωσης, όπως αυτό παρουσιάστηκε από την Ε.Ο.Ο.

***Κε Δουβίτσα, σε ποιο σημείο βρίσκεται σήμερα το πρόγραμμα της Συνεχούς Επαγγελματικής Επιμόρφωσης;***

Όλο αυτό τον καιρό, μετά και την πρώτη ουσιαστική ενημέρωση που έγινε στους παρόχους, δηλαδή σε αυτούς που θα σηκώνουν το βάρος να προσφέρουν τα ενημερωτικά μαθήματα στους οδοντιάτρους, η προσπάθεια εκ μέρους της Ελληνικής Οδοντιατρικής Ομοσπονδίας δεν έχει κοπάσει καθόλου, αλλά συνεχίζεται με τον ίδιο αμείωτο ρυθμό, ώστε να βρεθούμε όσο γίνεται πιο σωστά και οργανωμένα στην ημερομηνία της έναρξης. Αυτήν τη στιγμή είμαστε στο στάδιο που επεξεργαζόμαστε τις προτάσεις και τις επισημάνσεις όλων των φορέων που εμπλέκονται σε αυτή την υπόθεση για τη βελτίωση και την καλύτερη εφαρμογή του προγράμματος της συνεχούς επιμόρφωσης.

Στο διάστημα αυτό μεσολάβησαν και άλλα γεγονότα, τα οποία προκλήθηκαν από τη μεριά της πολιτείας και πρέπει κανείς να τα λάβει υπόψη του. Εμείς από την πλευρά μας, ως Ομοσπονδία, θέλουμε το υπουργείο Υγείας δίπλα μας σε όλη αυτή την προσπάθεια. Το υπουργείο Υγείας λοιπόν, ευαισθητοποιημένο από τη δική μας προσπάθεια και με την παρουσία των δύο αντιπροσώπων του κατά την ημέρα της παρουσίασης, συνέστησε μια υποεπιτροπή στο πλαίσιο της επιτροπής στοματικής υγείας, που χαρακτηρίζει ως υπο- επιτροπή συνεχούς επαγγελματικής επιμόρφωσης, η οποία έχει ήδη αρχίσει τη λειτουργία της.

***Καταλαβαίνουμε λοιπόν ότι βρισκόμαστε σε ένα κρίσιμο σημείο, κυρίως διαδικαστικό και οργανωτικό.***

Οι πρώτες συναντήσεις έχουν γίνει και έτσι προχωρούν οι διαδικασίες, ώστε η υπο-επιτροπή αυτή να βγάλει τα πορίσματά της και να κάνει τη δική της εισήγηση ως προς το θεσμό. Αυτό που επιθυμούμε είναι να συμπεριληφθούν στην εισήγηση αυτή οι τέσσερις βασικοί άξονες του προγράμματος Συνε-

χούς Επαγγελματικής Επιμόρφωσης.

1. **Ο φορέας διαχείρισης του συστήματος**. Όπως αναφέρεται στο έντυπο που εξέδωσε η Ομοσπονδία, εμείς θεωρούμε ότι ο φορέας που θα διαχειρίζεται τη συνεχή επαγγελματική επιμόρφωση των οδοντιάτρων δεν μπορεί να είναι άλλος πέρα από την Ελληνική Οδοντιατρική Ομοσπονδία, τον κατεξοχήν επαγγελματικό φορέα των οδοντιάτρων. Το υπουργείο Υγείας εκ των πραγμάτων θα είναι η εποπτεύουσα αρχή που θα έχει τον έλεγχο και εμείς ως Ομοσπονδία θα πρέπει να λογοδοτούμε σε αυτό. Από εκεί και πέρα, το θέμα είναι πως το υπουργείο θα νομοθετήσει τον φορέα αυτό. Επειδή όμως η Ομοσπονδία είναι ένα όργανο που ασχολείται με όλα τα προβλήματα των οδοντιάτρων, αντιλαμβάνεται κανείς ότι ένα τόσο μεγάλο θέμα όπως είναι η συνεχής επαγγελματική επιμόρφωση θα την επιβαρύνει πολύ από την άποψη της οργανωτικής διαχείρισης. Για το λόγο αυτό πιστεύουμε ότι θα πρέπει να συσταθεί δια νόμου από την πλευρά του υπουργείου ένας φορέας που θα ανήκει στην Ομοσπονδία και θα ελέγχεται από το Δ.Σ. της, τον οποίο μπορούμε να ονομάσουμε «Ινστιτούτο» ή « Ακαδημία», με κύρια ευθύνη τη διαχείριση του συστήματος της επαγγελματικής επιμόρφωσης. Στο ινστιτούτο αυτό θα πρέπει να εκπροσωπούνται όλοι οι εμπλεκόμενοι φορείς (οι οδοντιατρικές σχολές, οι επιστημονικές εταιρείες, οι οδοντιατρικοί σύλλογοι).
2. **Ο υποχρεωτικός χαρακτήρας της παρακολούθησης του προγράμματος συνεχούς επαγγελματικής επιμόρφωσης**. Λαμβάνοντας υπόψη την κατάσταση που έχει δημιουργηθεί στη χώρα μας, μετά δηλαδή τις παλαιότερες προσπάθειες για θεσμοθέτηση της συνεχούς επιμόρφωσης που δεν ευοδώθηκαν, πιστεύουμε ότι μια απόλυτη θέση ως προς τον υποχρεωτικό χαρακτήρα του συστήματος από την πρώτη κιόλας εφαρμογή του θα ήταν λάθος. Προτείνουμε άρα τα πρώτα χρόνια λειτουργίας του συστήματος να μην είναι υποχρεωτική η παρακολούθηση και μάλιστα με συνέπεια την αφαίρεση της άδειας άσκησης επαγγέλματος, αλλά να υπάρξει ένα μεταβατικό στάδιο, όπου όσοι συγκεντρώσουν τα απαιτούμενα μόρια να αποκτούν ένα πιστοποιητικό κλινικής επάρκειας.
3. **Το σύστημα μοριοδότησης και ποιοι θα είναι οι πάροχοι της συνεχούς επαγγελματικής επιμόρφωσης. Επιπλέον, πώς θα γίνεται η χρηματοδότηση του προγράμματος**

Θα ήθελα να τονίσω στους αναγνώστες του «Ο.Β.» πως η ΕΟΟ είναι αποφασισμένη να προχωρήσει και να υλοποιήσει το πρόγραμμα το οποίο έχει ανακοινώσει και για το οποίο έχει δεσμευτεί προς τους Έλληνες οδοντιάτρους. Το πρόγραμμα συνεχούς επιμόρφωσης θα ξεκινήσει από την 1η Φλεβάρη όπως ορίζεται, έστω και πιλοτικά, με όσους από τους παρόχους θέλουν να συμμετέχουν και με όσες επιστημονικές εκδηλώσεις πιστοποιηθούν από την Ομοσπονδία. Δεν θα ξεκινήσει με τη μορφή που αναφέρεται στο πρόγραμμα, μόνο στην περίπτωση που το υπουργείο Παιδείας δεσμευτεί να νομοθετήσει σε πολύ σύντομο χρονικό διάστημα. Σε κάθε περίπτωση τα μόρια που θα αποκτήσει ο οδοντίατρος από την παρακολούθηση του προγράμματος δεν χάνονται, έστω και αν το πρόγραμμα ξεκινήσει δοκιμαστικά.

***Εν αναμονή λοιπόν αυτών των πολύ σημαντικών εξελίξεων, θα ήθελα να δούμε μαζί κάποια από τα βασικά σημεία της διαδικασίας της συνεχούς επαγγελματικής επιμόρφωσης, όπως παρουσιάστηκαν και στην ενημέρωση που πραγματοποίησε η ΕΟΟ.***

***Ας ξεκινήσουμε με το εξής: Οι οδοντίατροι πρέπει να είναι ενημερωμένοι για το πρόγραμμα των σεμιναρίων συνεχούς επιμόρφωσης της προσεχούς χρονιάς, προκειμένου να κάνουν έναν προγραμματισμό για τα όσα θέλουν να παρακολουθήσουν. Πόσο εύκολο είναι η Ελληνική Οδοντιατρική Ομοσπονδία να καταρτίζει ένα ετήσιο πρόγραμμα αλλά και οι επιστημονικές εταιρείες να το προγραμματίζουν;***

Σε ένα μεγάλο βαθμό πιστεύουμε πως η Επιτροπή συνεχούς επαγγελματικής επιμόρφωσης σήμερα και το Ινστιτούτο μελλοντικά θα επιτηρεί την όλη διαδικασία και θα αναλάβει ρόλο συντονιστή. Καταλαβαίνουμε πως ο συντονισμός των εκδηλώσεων δεν θα είναι πάντα απόλυτος. Ωστόσο δεν θα παρατηρείται και το φαινόμενο να έχουμε υπερπληθώρα εκδηλώσεων κάθε άνοιξη και φθινόπωρο και ελάχιστες εκδηλώσεις το καλοκαίρι και το χειμώνα.

***Εν μέσω οικονομικής κρίσης, κατά πόσον πιστεύετε ότι το παράβολο των 500 ευρώ που πρέπει να καταβάλλουν ανά διοργάνωση οι επιστημονικές εταιρείες που επιθυμούν να είναι πάροχοι, αλλά και η καταβολή του 15% από κάθε συμμετοχή, θα δυσχεράνουν τα οικονομικά των εταιρειών;***

Για να μπορέσει να λειτουργήσει όλη αυτή η προσπάθεια, θα πρέπει να υπάρχει και οικονομική στήριξη. Τα 500 ευρώ ως παράβολο για μια ημερίδα μπορεί σε κάποιους να φαίνεται ότι είναι ένα μεγάλο ποσό, όμως θα υπάρξουν πολύ περισσότερες εγγραφές από ό,τι σήμερα και έτσι θα είναι πιο εύκολο να συγκεντρωθούν τα χρήματα αυτά.

Σε ό,τι αφορά την καταβολή του 15% από κάθε συμμετοχή στην Ομοσπονδία, συζητείται το θέμα αυτό και μπορεί να υπάρξουν τροποποιήσεις, ανάλογα με το ποιος πάροχος διοργανώνει την εκδήλωση, αλλά και πόσες συμμετοχές υπήρξαν. Αν μια εκδήλωση έχει 400 συμμετοχές, τότε το 15% από κάθε εγγραφή δεν θα επιβαρύνει ιδιαίτερα τον πάροχο. Αν όμως υπήρξε μικρή συμμετοχή οδοντιάτρων, τότε ασφαλώς και δεν μπορούμε να απαιτήσουμε την καταβολή ολόκληρου του ποσοστού. Να διευκρινίσουμε ακόμη πως, εάν κάποιος πάροχος παρέχει δωρεάν μαθήματα επιμόρφωσης (όπως συνήθως κάνουν οι Οδοντιατρικοί Σύλλογοι), τότε δεν θα πληρώνει ούτε το παράβολο των 500 ευρώ ούτε ποσοστό από τις συμμετοχές, από τη στιγμή που δεν θα εμφανίζει κέρδος.

***Σύμφωνα με τους κανονισμούς της συνεχούς επιμόρφωσης, οι επιστημονικές εταιρείες μπορούν να είναι πάροχοι. Τι θα γίνει όμως με τις «εταιρείες-φαντάσματα» που δεν επιδεικνύουν έργο και ουσιαστικά είναι ανενεργοί;***

Η πιστοποίηση των επιστημονικών εταιρειών που επιθυμούν να γίνουν πάροχοι θα γίνεται μετά από αξιολόγηση. Θα εκτιμώνται μεταξύ άλλων οι διδακτικές μέθοδοι που χρησιμοποιούνται, τα διδακτικά μέσα, η κατάρτιση των προτεινόμενων διαδασκόντων, οι στόχοι του προτεινόμενου εκπαιδευτικού προγράμματος, αν ο υποψήφιος πάροχος αντλεί συνεχώς νέες πληροφορίες και προβαίνει σε εκτίμηση των αναγκών εκπαίδευσης και πολλά άλλα. Αν κάποια επιστημονική εταιρεία πληροί τα κριτήρια αυτά, τότε θα μπορεί να παρέχει συνεχή επιμόρφωση. Μια εταιρεία που κάποια στιγμή εμφανίστηκε στα οδοντιατρικά πράγματα, αλλά μέχρι σήμερα παραμένει «σφραγίδα», ασφαλώς και δεν μπορεί να είναι πάροχος.

***Θα ενημερώνονται με κάποιον τρόπο οι ασθενείς για τους οδοντιάτρους που αποκτούν το πιστοποιητικό κλινικής επάρκειας, αλλά και γι' αυτούς που δεν συμμετέχουν στο πρόγραμμα;***

Κατ' αρχάς ο οδοντίατρος που αποκτά το πιστοποιητικό θα πρέπει να το τοποθετεί σε εμφανές σημείο στο ιατρείο του, ώστε οι ασθενείς να μπορούν να το βλέπουν. Η λίστα με τους συναδέλφους που αποκτούν το πιστοποιητικό θα υπάρχει διαθέσιμη και στο site της ΕΟΟ, ώστε οι ασθενείς να μπορούν να διαπιστώνουν εάν ο οδοντίατρός τους είναι πιστοποιημένος ή όχι. Μετά, είναι δική τους επιλογή εάν θα τον εμπιστευτούν.

Όλα αυτά θα αποτελέσουν βέβαια μόνο την αρχή, καθώς, όπως ήδη έχω αναφέρει, σκοπός μας είναι να συνδεθεί στο μέλλον το πιστοποιητικό κλινικής επάρκειας με την ανανέωση της άδειας άσκησης επαγγέλματος.

***Σε κάποιες χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης, οι οδοντίατροι οφείλουν να μαζεύουν πόντους από την παρακολούθηση σεμιναρίων που αφορούν στη γενική οδοντιατρική, αλλά ένα μέρος των πόντων θα πρέπει να συγκεντρώνεται και από την παρακολούθηση σεμιναρίων που αφορούν στην ειδικότητά τους. Θα γίνει κάτι τέτοιο και στη χώρα μας; (Αναφερόμαστε στις αναγνωρισμένες ειδικότητες που υπάρχουν στην Ελλάδα.)***

Η πλήρης λειτουργία του συστήματος δεν μπορεί να καθοριστεί από την πρώτη στιγμή. Εν γνώσει μας λοιπόν δεν έχουμε συμπεριλάβει αυτήν τη στιγμή ένα σύστημα μοριοδότησης ανάλογα με την ειδικότητα. Επιδίωξή μας ήταν να καταρτίσουμε αρχικά το γενικό πλαίσιο και στη συνέχεια θα υπάρξουν φυσικά πολλά περιθώρια για συμπλήρωση και βελτίωση.

Το πρόγραμμα συνεχούς επιμόρφωσης δεν θα πρέπει να είναι κάτι στατικό. Αντίθετα είναι απαραίτητο να αξιολογούνται ανά διαστήματα όλες οι διαδικασίες του, να αναθεωρούνται και να βελτιώνονται. Θα πρέπει δηλαδή να είναι πολύ ελισσόμενο και κατά συνέπεια πάντα επίκαιρο. Αν το σύστημα δεν αποδίδει, αυτόματα θα αποδυναμωθεί και η ανάγκη ύπαρξής του.

***Με τους επιπλέον βαθμούς που θα παίρνουν οι οδοντίατροι της περιφέρειας υπάρχει περίπτωση να δημιουργηθούν επιμορφωμένοι οδοντίατροι δύο ταχυτήτων;***

Παροτρύνουμε τις επιστημονικές εταιρείες και τους συλλόγους της περιφέρειας να διοργανώνουν τις εκδηλώσεις τους στην επαρχία, προσφέροντας επιπλέον μοριοδότηση για τους οδοντιάτρους που θα τις παρακολουθήσουν. Με τον τρόπο αυτό πιστεύουμε ότι θα ενισχύσουμε περισσότερο τη λειτουργία του προγράμματος στην περιφέρεια, που όντως μειονεκτεί σε αριθμό εκδηλώσεων σε σχέση με την Αθήνα και τη Θεσσαλονίκη.

Θα πρέπει κανείς όμως να λάβει υπόψη του τις δυσκολίες που δημιουργεί μια απομακρυσμένη γεωγραφική θέση. Σκεφτείτε τον συνάδελφο σε κάποιο νησί στο Αιγαίο. Πόσα ταξίδια θα πρέπει να κάνει για να συγκεντρώσει τα απαιτούμενα μόρια σε σχέση με τον οδοντίατρο της Αθήνας; Σε αυτό θα πρέπει φυσικά να συνυπολογίσουμε και τον παράγοντα κόστος.

***Θα υπάρξει μοριοδότηση για τους συνδρομητές σε επιστημονικά περιοδικά;***

Βεβαίως, αφού τα επιστημονικά περιοδικά αποτελούν σημαντική πηγή επιμόρφωσης. Θα πρέπει βέβαια πρώτα να έχουν πιστοποιηθεί από τον φορέα επιμόρφωσης. Είναι κάτι που θα γίνει πολύ σύντομα, με τη διαδικασία που ακολουθείται και στο εξωτερικό. Να υπάρχει δηλαδή ένα ερωτηματολόγιο μέσα στο περιοδικό, το οποίο ο οδοντίατρος θα πρέπει να συμπληρώσει, γεγονός που θα αποδεικνύει πως έχει μελετήσει και έχει κατανοήσει τα όσα αναφέρονται σε αυτό. Τα επιστημονικά περιοδικά αποτελούν ένα κομμάτι μάθησης και ασφαλώς δεν πρέπει κανείς να αγνοήσει τη συμβολή τους.

***Η συνεχής επιμόρφωση θα είναι υποχρεωτική και για τους νέους φοιτητές που μόλις πήραν το πτυχίο τους;***

Η συνεχής επαγγελματική επιμόρφωση θα είναι υποχρεωτική για όλους τους οδοντιάτρους, ακόμη και γι' αυτούς που πρόσφατα πήραν το πτυχίο τους. Όπως αναφέρεται και στο έντυπο της Ομοσπονδίας, υπάρχουν αρκετοί τομείς της επαγγελματικής οδοντιατρικής που δεν είναι δυνατό να αναπτυχθούν επαρκώς κατά τη διάρκεια των προπτυχιακών σπουδών. Κατά συνέπεια, ο νέος οδοντίατρος, με την ελάχιστη πείρα που διαθέτει ακόμη, είναι αναγκαίο να συμμετέχει στη συνεχή επιμόρφωση και να ενημερωθεί για την άσκηση της επαγγελματικής του δραστηριότητας.

***Τι θα γίνει με τα ξένα πανεπιστήμια; Θα είναι πάροχοι και με ποιον τρόπο θα μπορούν να πιστοποιούνται;***

Αυτά συνήθως δραστηριοποιούνται μέσω κάποιων επιστημονικών εταιρειών. Το όποιο ξένο πανεπιστήμιο εκπροσωπείται από φορέα ή πρόσωπο που δεν ανήκει στην κατηγορία των παρόχων όπως αναφέρονται στο έντυπο της Ομοσπονδίας, δεν μπορεί να πιστοποιηθεί.

***Κε Δουβίτσα, σας ευχαριστώ για τις πληροφορίες που μας δώσατε και σας εύχομαι καλή συνέχεια.***

***Και εγώ σας ευχαριστώ και θα ήθελα να κλείσω τη συνέντευξη αυτή λέγοντας το εξής: Δεν είναι δυνατόν να ασκεί κάποιος σήμερα την οδοντιατρική με τις γνώσεις του παρελθόντος. Όταν κάποιος δεν είναι «υποχρεωμένος» να εμπλουτίζει τις γνώσεις του μέσω της παρακολούθησης των νέων δεδομένων, στην ουσία έχει μόνο τη γνώση που απέκτησε όταν ήταν ακόμη φοιτητής. Οι ραγδαίες εξελίξεις των τελευταίων χρόνων σε επίπεδο έρευνας, οι νέες τεχνολογίες αλλά και η αντίληψη του κόσμου για την οδοντιατρική επιβάλλουν τη συνεχή επιμόρφωση.***

# Η Συνεχής Επαγγελματική Επιμόρφωση στην Ευρωπαϊκή Ένωση

Πολλά ευρωπαϊκά κράτη έχουν διαμορφώσει εδώ και χρόνια σύστημα επιμόρφωσης των οδοντιάτρων. Λίγο πριν από την εφαρμογή του και στη χώρα μας, είναι σημαντικό να διαμορφώσουμε μια σφαιρικότερη άποψη για το πώς χειρίζονται τα άλλα κράτη το θέμα. Έτσι καταγράψαμε με συνοπτικό τρόπο πώς λειτουργεί η συνεχής επιμόρφωση των οδοντιάτρων στις χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης, ποιος είναι ο αρμόδιος φορέας, το σύστημα μοριοδότησης, όπως επίσης και το αν υπάρχουν κυρώσεις για τους οδοντιάτρους που δεν συμμετέχουν στην επιμόρφωση. Για τη συγκέντρωση των στοιχείων που παραθέτουμε επικοινωνήσαμε με τον αρμόδιο φορέα σε κάθε χώρα που έχει την ευθύνη για την οργάνωση της συνεχούς επιμόρφωσης.

Οι συγκρίσεις βέβαια ανάμεσα στα διάφορα συστήματα επιμόρφωσης που έχει καθιερώσει κάθε κράτος, αλλά και με το πώς πρόκειται να λειτουργήσει αυτός ο θεσμός και στην Ελλάδα, είναι αναπόφευκτες. Ίσως όμως μια γενικότερη γνώση τού τι συμβαίνει στην Ε.Ε. να βοηθήσει στο να γίνουν προτάσεις για τη μετέπειτα βελτίωση και του δικού μας συστήματος.

Έρευνα της δημοσιογράφου του Ο.Β.
**Βίκυς Κουρλιμπίνη**

**Η Ελλάδα είναι από τις λίγες χώρες που δεν έχει ακόμη θεσμοθετήσει ολοκληρωμένο πρόγραμμα συνεχούς επαγγελματικής επιμόρφωσης των οδοντιάτρων**

## Αυστρία

**Αριθμός οδοντιάτρων 4.501**

**Αριθμός αποφοίτων**
Στην Αυστρία υπάρχουν 3 Οδοντιατρικές Σχολές. Το 2009 αποφοίτησαν συνολικά 119 νέοι οδοντίατροι. Η διάρκεια φοίτησης είναι 6 χρόνια.

**Αναγνωρισμένες ειδικότητες**
Δεν υπάρχουν επίσημα αναγνωρισμένες ειδικότητες, καθώς η οδοντιατρική από μόνη της αποτελεί μια γενικότερη ειδικότητα, η οποία εντάσσεται στην ιατρική επιστήμη.

**Καθεστώς συνεχούς επιμόρφωσης**
Η αυστριακή νομοθεσία ορίζει ότι η συνεχής επιμόρφωση είναι καθήκον, ηθική και επαγγελματική υποχρέωση των οδοντιάτρων, ωστόσο δεν χαρακτηρίζεται ως υποχρεωτική. Δεν υπάρχουν κυρώσεις για τη μη συμμετοχή στη συνεχή επιμόρφωση, όμως σε περίπτωση που προκληθεί βλάβη στην υγεία του ασθενούς επιβάλλονται σοβαρές νομικές κυρώσεις.
Υπάρχουν διάφοροι φορείς που παρέχουν μαθήματα διαρκούς επιμόρφωσης και πρακτική εξάσκηση, όπως οι τρεις οδοντιατρικές σχολές, οι επιστημονικές εταιρείες και οι εμπορικές εταιρείες οδοντιατρικών και φαρμακευτικών ειδών. Κάθε τρία χρόνια ο οδοντίατρος που συμμετέχει στη διαρκή επιμόρφωση μπορεί στη συνέχεια να κάνει αίτηση, ώστε να αποκτήσει από την αυστριακή οδοντιατρική ομοσπονδία το ανάλογο πιστοποιητικό, καταθέτοντας αποδεικτικά παρακολούθησης συνεδρίων, θεωρητικών και πρακτικών σεμιναρίων.

**Φορέας**
Οδοντιατρική Ομοσπονδία της Αυστρίας (Austrian Dental Chamber)

## Βέλγιο

**Αριθμός οδοντιάτρων 8.423**

**Αριθμός αποφοίτων**
Υπάρχουν 5 Οδοντιατρικές Σχολές. Η τελευταία καταμέτρηση αποφοίτων έγινε το 2007, όταν 175 φοιτητές πήραν εκείνη τη χρονιά πτυχίο οδοντιατρικής. Η διάρκεια φοίτησης είναι 5 χρόνια.

**Αναγνωρισμένες ειδικότητες**
Οι επίσημοι κλάδοι της οδοντιατρικής είναι η γενική οδοντιατρική, η ορθοδοντική και η περιοδοντολογία. Ο κλάδος της γναθοπροσωπικής χειρουργικής είναι ενταγμένος στην ιατρική επιστήμη.

**Καθεστώς συνεχούς επιμόρφωσης**
Από τον Ιούνιο του 2002, η διαρκής επιμόρφωση αφορά όλο το φάσμα του ιατρικού επαγγέλματος, όπως τη γενική ιατρική, την πρόληψη, τη γενική οδοντιατρική, την ορθοδοντική, την προσθετική, την ακτινολογία κ.ά. και είναι υποχρεωτική. Αυτό σημαίνει πως, αν ο οδοντίατρος δεν συμπληρώσει τον απαιτούμενο αριθμό ωρών παρακολούθησης, τότε χάνει την άδεια ασκήσεως επαγγέλματος, μέχρι να αποδείξει ξανά την ικανότητά του για την άσκηση της οδοντιατρικής. Κάθε οδοντίατρος θα πρέπει μέσα σε 6 χρόνια να έχει συμπληρώσει 60 τουλάχιστον ώρες παρακολούθησης.

## Βουλγαρία

**Αριθμός οδοντιάτρων 8.041**

**Αριθμός αποφοίτων**
Το 2008 αποφοίτησαν από τις δύο Οδοντιατρικές Σχολές της Βουλγαρίας 126 νέοι οδοντίατροι. Στον αριθμό αυτό όμως θα πρέπει να προσθέσουμε και τους πτυχιούχους που θα ολοκληρώσουν φέτος τις σπουδές τους στην νέα Οδοντιατρική Σχολή της Βουλγαρίας, που ξεκίνησε να λειτουργεί το 2005 στην πόλη Βάρνα. Η διάρκεια φοίτησης είναι 5 χρόνια.

**Αναγνωρισμένες ειδικότητες**
Η χώρα με τις περισσότερες αναγνωρισμένες ειδικότητες: γενική οδοντιατρική, ορθοδοντική, χειρουργική στόματος, παιδοδοντιατρική, ενδοδοντία, περιοδοντολογία, προσθετική, ακτινοδιαγνωστική, οδοντικής υγείας και κλινικών αλλεργιών. Για την απόκτηση ειδικότητας απαιτούνται επιπλέον 3 χρόνια σπουδών και πιστοποίηση μέσω κρατικών εξετάσεων. Ωστόσο από την Ευρωπαϊκή Ένωση αναγνωρίζονται μόνο οι κλάδοι της ορθοδοντικής και της γναθοπροσωπικής χειρουργικής.

**Καθεστώς συνεχούς επιμόρφωσης**
Η συνεχής επιμόρφωση είναι υποχρεωτική και θεσμοθετημένη από το νόμο. Υπάρχει ένα σύ-

στημα συλλογής πόντων παρακολούθησης, το οποίο ελέγχεται και καθορίζεται από την Οδοντιατρική Ομοσπονδία της Βουλγαρίας. Σε 3 χρόνια θα πρέπει ο οδοντίατρος να έχει συλλέξει τουλάχιστον 30 πόντους, προκειμένου να λάβει πιστοποιητικό επάρκειας από την Ομοσπονδία ή από φορείς που είναι εγκεκριμένοι από την Ομοσπονδία. Οι πόντοι μαζεύονται, μεταξύ άλλων, από την παρακολούθηση συνεδρίων, τη συγγραφή βιβλίων και τη συνδρομή σε επιστημονικά περιοδικά. Δεν υπάρχουν κυρώσεις γι' αυτούς που δεν ακολουθούν το σύστημα της συνεχούς επιμόρφωσης.

**Φορέας**
Οδοντιατρική Ομοσπονδία της Βουλγαρίας (Bulgarian Dental Association (BgDA)

## Κροατία

**Αριθμός οδοντιάτρων 4.137**

**Αριθμός αποφοίτων**
Υπάρχουν 3 Οδοντιατρικές Σχολές, με ξεχωριστό καθεστώς η καθεμία. Η φοίτηση στις σχολές στις πόλεις Σπλιτ και Ριγέκα διαρκεί 5 χρόνια, ενώ στο Ζάγκρεμπ 6. Το 2008 πήραν το πτυχίο τους 80 νέοι οδοντίατροι.

**Αναγνωρισμένες ειδικότητες**
Η εκπαίδευση για την απόκτηση ειδικότητας διαρκεί 3 χρόνια, οι τελικές εξετάσεις διενεργούνται στις Οδοντιατρικές Σχολές, ενώ υπάρχει και το πτυχίο της ειδικότητας που δίνεται από το Υπουργείο Υγείας της Κροατίας (για παράδειγμα, πτυχίο με τίτλο «Ειδικός στην Ενδοδοντία»).
Υπάρχουν οι εξής 8 αναγνωρισμένες ειδικότητες: περιοδοντολογία, ενδοδοντία, οδοντιατρική για την οικογένεια, χειρουργική στόματος, στοματολογία, ορθοδοντική, προσθετική και παιδοδοντιατρική. Η γναθοπροσωπική χειρουργική είναι ειδικότητα που ανήκει στην ιατρική επιστήμη.

**Καθεστώς συνεχούς επιμόρφωσης**
Η συνεχής επιμόρφωση είναι υποχρεωτική και οι κανόνες της έχουν θεσπιστεί με νόμο. Κάθε χρόνο απαιτούνται 7 ώρες παρακολούθησης. Η όλη διαδικασία ελέγχεται από την Οδοντιατρική Ομοσπονδία της Κροατίας, η οποία καθορίζει κάθε φορά τους πόντους που θα δίνει κάθε παρακολούθηση σεμιναρίου, ενώ πιστοποιεί και ελέγχει τους παρόχους. Τα σεμινάρια δίνονται από τους καθηγητές των Οδοντιατρικών Σχολών, αλλά και από εμπορικές εταιρείες.

**Φορέας**
Οδοντιατρική Ομοσπονδία της Κροατίας (Croatian Dental Chamber)

## Κύπρος

**Αριθμός οδοντιάτρων 1.081**

**Αριθμός αποφοίτων**
Στην Κύπρο δεν υπάρχει Οδοντιατρική Σχολή.

**Αναγνωρισμένες ειδικότητες**
Δεν υπάρχουν αναγνωρισμένες ειδικότητες.

**Καθεστώς συνεχούς επιμόρφωσης**
Η συνεχής επιμόρφωση δεν είναι υποχρεωτική. Ο τομέας της οδοντιατρικής του Υπουργείου Υγείας της Κύπρου σε συνεργασία με την Κυπριακή Οδοντιατρική Ομοσπονδία διοργανώνουν θεωρητικά και πρακτικά σεμινάρια, με ομιλητές επιστήμονες από την Ευρωπαϊκή Ένωση και κυρίως από την Ελλάδα.

**Φορέας**
Κυπριακή Οδοντιατρική Ομοσπονδία, Υπουργείο Υγείας

## Τσεχία

**Αριθμός οδοντιάτρων 8.146**

**Αριθμός αποφοίτων**
Υπάρχουν 5 Οδοντιατρικές Σχολές και η φοίτηση διαρκεί πέντε χρόνια. Το 2007 καταγράφηκαν 205 νέοι πτυχιούχοι.

**Αναγνωρισμένες ειδικότητες**
Δύο είναι οι αναγνωρισμένες ειδικότητες, η ορθοδοντική και η γναθοπροσωπική χειρουργική.

**Καθεστώς συνεχούς επιμόρφωσης**
Η συμμετοχή στη διαρκή επιμόρφωση έχει γίνει υποχρεωτική από το 2004 και τα μαθήματα παρέχονται κυρίως από την οδοντιατρική ομοσπονδία της Τσεχίας, όμως και άλλοι πάροχοι έχουν το δικαίωμα να πιστοποιηθούν. Στην Τσεχία η συνεχής επιμόρφωση συνδέεται με την ειδικότητα και το πιστοποιητικό που χορηγείται από την ομοσπονδία ονομάζεται «Certificate of Proficiency». Οι ενδιαφερόμενοι λοιπόν μπορούν να αποκτήσουν «Certificate of Proficiency» ως γενικοί οδοντίατροι και στους τομείς της περιοδοντολογίας, της χειρουργικής στόματος, της παιδοδοντίας και της ορθοδοντικής. Το «Certificate of Proficiency» αποτελεί για τους ασθενείς στοιχείο της επαγγελματικής κατάρτισης του οδοντιάτρου τους. Για την απόκτησή του, ο οδοντίατρος πρέπει να μαζέψει πόντους από περίπου 10 ημέρες παρακολούθησης μέσα σε διάστημα 2 χρόνων. Όμως το «Certificate of Proficiency» έχει ισχύ από 3 μέχρι 5 χρόνια. Έπειτα η όλη διαδικασία για την απόκτησή του πρέπει να επαναληφθεί. Ο κάτοχος του «Certificate of Proficiency» μπορεί να χρεώνει νόμιμα κάποιες από τις υπηρεσίες του έως και 10% ακριβότερα, όμως η αύξηση αυτή καλύπτεται από το κράτος και ο ασθενής δεν επιβαρύνεται οικονομικά.

**Φορέας**
Οδοντιατρική Ομοσπονδία της Τσεχίας (Czech Dental Chamber)

## Δανία

**Αριθμός οδοντιάτρων 7.298**

**Αριθμός αποφοίτων**
Δύο είναι οι Οδοντιατρικές Σχολές που λειτουργούν στη Δανία. Η φοίτηση διαρκεί 5 έτη. Το 2008 αποφοίτησαν 135 νέοι οδοντίατροι.

**Αναγνωρισμένες ειδικότητες**
Οι αναγνωρισμένες ειδικότητες είναι δύο, της ορθοδοντικής και της γναθοπροσωπικής χειρουργικής. Για την απόκτησή του όμως, οι πτυχιούχοι της οδοντιατρικής θα πρέπει να έχουν και 2 χρόνια επαγγελματικής εμπειρίας. Έπειτα, για την απόκτηση της ειδικότητας της ορθοδοντικής απαιτούνται 3 επιπλέον χρόνια σπουδών και της γναθοπροσωπικής χειρουργικής πέντε.

**Καθεστώς συνεχούς επιμόρφωσης**
Η συνεχής επιμόρφωση είναι υποχρεωτική στη Δανία μόνο για τα μέλη της Οδοντιατρικής Ομοσπονδίας και όχι για όλους τους οδοντιάτρους. Από τον Ιανουάριο του 2009 δημιουργήθηκε ένα θεσμικό πλαίσιο από την ομοσπονδία και έτσι τα μέλη της οδοντίατροι πρέπει να συμπληρώνουν περίπου 25 ώρες παρακολούθησης κάθε χρόνο. Τα θεωρητικά και πρακτικά μαθήματα συνεχούς επιμόρφωσης παρέχονται από τις οδοντιατρικές σχολές, τις επιστημονικές εταιρείες, αλλά και από τις εμπορικές εταιρείες.

**Φορέας**
Η Οδοντιατρική Ομοσπονδία της Δανίας (Tandl.geforeningen- Danish Dental Association)

## Εσθονία

**Αριθμός οδοντιάτρων 1.358**

**Αριθμός αποφοίτων**
Το τμήμα της οδοντιατρικής στεγάζεται στο Πανεπιστήμιο της ιατρικής σχολής. Η φοίτηση διαρκεί 5 χρόνια. Το 2008 τελείωσαν την οδοντιατρική 30 φοιτητές.

**Αναγνωρισμένες ειδικότητες**
Οι ενδιαφερόμενοι μπορούν να παρακολουθήσουν μαθήματα σε τρεις ειδικότητες, την ορθοδοντική, την γναθοπροσωπική χειρουργική και την κλινική οδοντιατρική. Τα μαθήματα για τον τομέα της ορθοδοντικής διαρκούν τρία χρόνια και της γναθοπροσωπικής χειρουργικής 5.

**Καθεστώς συνεχούς επιμόρφωσης**
Δεν υπάρχει κανένα θεσμοθετημένο πλαίσιο.

## Φινλανδία

**Αριθμός οδοντιάτρων 5.866**

**Αριθμός αποφοίτων**
Υπάρχουν 3 Οδοντιατρικές Σχολές και η φοίτηση διαρκεί 5 χρόνια. Το 2007 αποφοίτησαν 81 νέοι οδοντίατροι, ο αριθμός όμως αυτός αναμένεται να αυξηθεί τα επόμενα χρόνια, καθώς το 2007 και 2008 ο αριθμός των εισακτέων στις 3 Οδοντιατρικές Σχολές αυξήθηκε κατά πολύ.

**Αναγνωρισμένες ειδικότητες**
Οι αναγνωρισμένες ειδικότητες είναι η ορθοδοντική και η γναθοπροσωπική χειρουργική. Πριν όμως οι ενδιαφερόμενοι μπουν στη διαδικασία απόκτησής τους, θα πρέπει να έχουν συμπληρώσει 2 χρόνια εργασίας.

**Καθεστώς συνεχούς επιμόρφωσης**
Η συνεχιζόμενη εκπαίδευση δεν είναι υποχρεωτική.

## Γαλλία

**Αριθμός οδοντιάτρων 40.968**

**Αριθμός αποφοίτων**
Στη Γαλλία λειτουργούν 16 Οδοντιατρικές Σχολές και η φοίτηση σε αυτές διαρκεί 6 χρόνια. Για την απόκτηση του πτυχίου τους οι φοιτητές υποβάλλονται στο τέλος της φοίτησής τους σε γενικές εξετάσεις. Κάθε χρόνο βγαίνουν στην αγορά εργασίας περίπου 900 νέοι οδοντίατροι.

**Αναγνωρισμένες ειδικότητες**
Στη Γαλλία υπάρχει μόνο μία αναγνωρισμένη ειδικότητα, αυτή της ορθοδοντικής, ενώ η γναθοπροσωπική χειρουργική χαρακτηρίζεται ως ειδικότητα της ιατρικής.

**Καθεστώς συνεχούς επιμόρφωσης**
Ο κώδικας αρχών της Γαλλίας προτάσσει την ηθική υποχρέωση των οδοντιάτρων να είναι ενημερωμένοι για τις εξελίξεις του κλάδου τους καθόλη τη διάρκεια της επαγγελματικής τους σταδιοδρομίας. Από το 2004 όμως και μετά την αναμόρφωση του γαλλικού συστήματος Υγείας, η συνεχής επιμόρφωση έγινε υποχρεωτική. Μια ειδική επιτροπή, που απαρτίζεται από εκπροσώπους της ομοσπονδίας, των επιστημονικών εταιρειών και των οδοντιατρικών σχολών, είναι υπεύθυνη για την τήρηση των κανόνων της συνεχούς επιμόρφωσης, όπως επίσης και το περιεχόμενο των ημερίδων και των συνεδρίων που προωθούν την επιμόρφωση. Κάθε οδοντίατρος πρέπει να συγκεντρώσει 800 πόντους κάθε 5 χρόνια, με τουλάχιστον 150 πόντους το χρόνο.

**Φορέας**
Γαλλική Οδοντιατρική Ομοσπονδία (Association Dentaire Française- ADF)

## Γερμανία

**Αριθμός οδοντιάτρων 83.339**

**Αριθμός αποφοίτων**
31 Οδοντιατρικές Σχολές αριθμεί η Γερμανία, από τις οποίες η 1 είναι ιδιωτική. Οι σχολές αυτές αποτελούν τμήματα των Ιατρικών Σχολών της Γερμανίας. Τα τελευταία στοιχεία αποφοίτων είναι από το 2006, όταν 1.547 φοιτητές πήραν το πτυχίο τους.

**Αναγνωρισμένες ειδικότητες**
Τέσσερις είναι οι αναγνωρισμένες ειδικότητες στη Γερμανία, όχι όμως και στα 17 συνομόσπονδα κρατίδια της Γερμανίας. Οι ειδικότητες αυτές είναι η χειρουργική στόματος, η ορθοδοντική, η περιοδοντολογία και η κοινωνική οδοντιατρική.

**Καθεστώς συνεχούς επιμόρφωσης**
Στη Γερμανία ο οδοντίατρος έχει την ηθική υποχρέωση να συμμετέχει στη συνεχή επιμόρφωση. Μάλιστα τα έξοδα που κάνει ο οδοντίατρος για να παρακολουθήσει σεμινάρια συνεχούς επιμόρφωσης εκπίπτουν από την εφορία.
Το 2003 ψηφίστηκε το νέο νομοσχέδιο για τον τομέα της Υγείας και από τον Ιανουάριο του 2004 η συνεχής επιμόρφωση έγινε υποχρεωτική, προκειμένου οι οδοντίατροι να μπορέσουν να διατηρήσουν την άδεια ασκήσεως του επαγγέλματός τους. Κάθε οδοντίατρος πρέπει να συγκεντρώσει 125 πόντους συνεχούς επιμόρφωσης μέσα σε διάστημα 5 χρόνων.

**Φορέας**
Το περιεχόμενο της υποχρεωτικής εκπαίδευσης καθορίζεται από το Προεδρείο των οδοντιάτρων (Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung KZBV) σε συνεργασία με την Γερμανική Οδοντιατρική Ομοσπονδία (Bundeszahnärztekammer BZÄK).

## Ουγγαρία

**Αριθμός οδοντιάτρων 5.500**

**Αριθμός αποφοίτων**
Από τις 4 Οδοντιατρικές Σχολές που λειτουργούν στην Ουγγαρία, το 2007 αποφοίτησαν 210 νέοι οδοντίατροι. Η φοίτηση διαρκεί 5 χρόνια, απαιτούνται ωστόσο τουλάχιστον 5.000 ώρες παρακολούθησης.

**Αναγνωρισμένες ειδικότητες**
Πέντε είναι οι αναγνωρισμένες ειδικότητες στην Ουγγαρία: η ορθοδοντική, η περιοδοντολογία, η παιδοδοντιατρική, η προσθετική και η γναθοπροσωπική χειρουργική.

**Καθεστώς υποχρεωτικής εκπαίδευσης**
Η συμμετοχή στη συνεχή επιμόρφωση είναι υποχρεωτική από το 1999. Κάθε οδοντίατρος πρέπει να συγκεντρώσει 250 πόντους μέσα σε 5 χρόνια. Οι 250 πόντοι αντιστοιχούν σε 250 ώρες παρακολούθησης. Η συνεχής επιμόρφωση έχει συνδεθεί με την άδεια άσκησης επαγγέλματος και η μη συγκέντρωση των απαραίτητων πόντων μπορεί να οδηγήσει σε προσωρινή παύση άσκησης του επαγγέλματος.

**Φορέας**
Υπεύθυνο για τη λειτουργία του θεσμού της συνεχούς επιμόρφωσης είναι το οδοντιατρικό τμήμα του υπουργείου Υγείας.

## Ισλανδία

**Αριθμός οδοντιάτρων 360**

**Αριθμός αποφοίτων**
Στην Ισλανδία υπάρχει μία Οδοντιατρική Σχολή, από την οποία το 2008 πήραν το πτυχίο τους 6 φοιτητές. Η φοίτηση διαρκεί 6 χρόνια.

**Αναγνωρισμένες ειδικότητες**
Στην Ισλανδία δεν υπάρχουν εκπαιδευτικά προγράμματα για ειδικότητα και οι ενδιαφερόμενοι πρέπει να την αποκτήσουν εκτός χώρας. Το Πανεπιστήμιο ωστόσο του εξωτερικού όπου θα αποκτηθεί η ειδικότητα πρέπει να είναι αναγνωρισμένο από το Υπουργείο Υγείας της Ισλανδίας.

**Καθεστώς συνεχούς επιμόρφωσης**
Η συνεχής επιμόρφωση δεν είναι υποχρεωτική, όμως η Οδοντιατρική Ομοσπονδία της Ισλανδίας έχει θεσμοθετήσει ένα πλήρες σύστημα για την επιμόρφωση. Το σύστημα αυτό ονομάζεται «Active Continuing Education for Icelandic Dentists» (ACEID) και ελέγχεται από μια επιστημονική επιτροπή που υπόκειται στην Ομοσπονδία. Ο οδοντίατρος συλλέγει πόντους παρακολουθώντας τα σεμινάρια που έχει εγκρίνει πρώτα η ACEID. Για να παραμείνει κάποιος «ενεργός» στο σύστημα της συνεχούς επιμόρφωσης, θα πρέπει να παρακολουθήσει σεμινάρια, συνολικής διάρκειας 20 ωρών το χρόνο. Στη συνέχεια η ACEID τού χορηγεί πιστοποιητικό παρακολούθησης του συστήματος της συνεχούς επιμόρφωσης.

**Φορέας**
Υπεύθυνη για το πρόγραμμα συνεχούς επιμόρφωσης είναι η Οδοντιατρική Ομοσπονδία της Ισλανδίας (Icelandic Dental Association).

## Ιρλανδία

**Αριθμός οδοντιάτρων 2.578**

**Αριθμός αποφοίτων**
Στην Ιρλανδία λειτουργούν 2 Οδοντιατρικές Σχολές, αλλά ένας αριθμός φοιτητών σπουδάζουν και στην Αγγλία. Το 2008 αποφοίτησαν 64 νέοι οδοντίατροι.

**Αναγνωρισμένες ειδικότητες**
Υπάρχουν δύο αναγνωρισμένες ειδικότητες, η ορθοδοντική και η χειρουργική στόματος. Για την απόκτησή τους απαιτούνται 2 χρόνια θεωρητικής εκπαίδευσης και άλλα 3 χρόνια πρακτικής εξάσκησης σε πανεπιστημιακό νοσοκομείο.

**Καθεστώς συνεχούς επιμόρφωσης**
Από τον Ιανουάριο του 2010 η συνεχής επιμόρφωση είναι υποχρεωτική, βρίσκεται όμως ακόμη σε δοκιμαστικό στάδιο. Και εδώ έχει υιοθετηθεί ένα σύστημα συλλογής πόντων, προκειμένου να χορηγείται στον οδοντίατρο πιστοποιητικό επάρκειας.

**Φορέας**
Την ευθύνη για το θεσμό έχει η Οδοντιατρική Ομοσπονδία της Ιρλανδίας (Irish Dental Association), αλλά ως πάροχοι, πέρα από την ίδια, είναι οι οδοντιατρικές σχολές, κάποιες επιστημονικές εταιρείες και το Ιατρικό και Οδοντιατρικό Συμβούλιο της χώρας (Postgraduate Medical and Dental Board).

## Ιταλία

**Αριθμός οδοντιάτρων 54.190**

**Αριθμός αποφοίτων**
34 Οδοντιατρικές Σχολές απαριθμεί η Ιταλία, δύο από τις οποίες είναι καινούργιες και δεν έχουν αποφοιτήσει ακόμη από αυτές νέοι οδοντίατροι. Το 2008 πήραν το πτυχίο τους 800 φοιτητές, ενώ η διάρκεια σπουδών είναι 5 χρόνια.

**Αναγνωρισμένες ειδικότητες**
Αναγνωρισμένες ειδικότητες είναι η ορθοδοντική και η γναθοπροσωπική χειρουργική, η απόκτηση των οποίων απαιτεί 3 χρόνια θεωρητικής και πρακτικής εκπαίδευσης.

**Καθεστώς συνεχούς επιμόρφωσης**
Από το 2002 η συνεχής επιμόρφωση είναι υποχρεωτική. Για την απόκτηση του πιστοποιητικού επάρκειας απαιτούνται 150 πόντοι μέσα σε διάστημα 3 ετών. Κάθε χρόνο ο οδοντίατρος οφείλει να έχει συγκεντρώσει το λιγότερο 30 πόντους και το μέγιστο 70, ώστε να διασφαλίζεται η συνεχής ροή επιμόρφωσης καθόλη την τριετία. Οι οδοντίατροι που είναι συνδρομητές σε επιστημονικά περιοδικά μπορούν να αποκτήσουν επιπλέον πόντους.

**Φορέας**
Ο θεσμός ελέγχεται αποκλειστικά από μια εθνική επιτροπή για τη συνεχή εκπαίδευση (Commissione Nazionale ECM) που ανήκει στο υπουργείο Υγείας της Ιταλίας.

## Λετονία

**Αριθμός οδοντιάτρων 1.457**

**Αριθμός αποφοίτων**
Μία Οδοντιατρική Σχολή διαθέτει η Λετονία, η διάρκεια φοίτησης είναι 5 χρόνια και το 2008 υπήρξαν 30 πτυχιούχοι.

**Αναγνωρισμένες ειδικότητες**
Δεν υπάρχει αναγνωρισμένη ειδικότητα στη Λετονία. Μετά το πτυχίο τους οι οδοντίατροι μπορούν απλώς να μετεκπαιδευτούν σε όποιον τομέα της οδοντιατρικής επιλέξουν στο Πανεπιστήμιο της Ρίγας.

**Καθεστώς συνεχούς επιμόρφωσης**
Από το 2001 κάθε οδοντίατρος οφείλει να συμπληρώσει 250 ώρες παρακολούθησης προγραμμάτων διαρκούς επιμόρφωσης κάθε πέντε χρόνια.

**Φορέας**
Η Οδοντιατρική Ομοσπονδία της Λετονίας (Latvian Dental Association), σε συνεργασία με το Ινστιτούτο Στοματολογίας της Ρίγας (Faculty and Institute of Stomatology at Riga Stradin University), το Εθνικό Κέντρο Οδοντιατρικής και την Ομοσπονδία Οδοντιατρικής Υγείας της Λετονίας (Latvian Dental Hygienists' Association) είναι υπεύθυνες για την οργάνωση και τη λειτουργία του συστήματος της εθνικής επιμόρφωσης και των παρόχων.

## Λιθουανία

**Αριθμός οδοντιάτρων 3.010**

**Αριθμός αποφοίτων**
Στη Λιθουανία υπάρχουν 2 οδοντιατρικές σχολές, όπου τα μαθήματα διδάσκονται και στην αγγλική γλώσσα. Τα τελευταία στοιχεία που έχουμε για τον αριθμό αποφοίτων είναι από το 2006, όταν πήραν το πτυχίο τους 117 φοιτητές.

**Αναγνωρισμένες ειδικότητες**
Οι αναγνωρισμένες ειδικότητες στη Λιθουανία είναι η ενδοδοντία, η παιδοδοντιατρική, η ορθοδοντική, η περιοδοντολογία, η προσθετική και η χειρουργική στόματος και για την απόκτησή τους απαιτούνται 3 επιπλέον χρόνια θεωρητικής και πρακτικής εξάσκησης. Αναγνωρισμένη ειδικότητα αποτελεί και η γναθοπροσωπική χειρουργική, η απόκτηση της οποίας απαιτεί 4 χρόνια επιπλέον εκπαίδευσης.

**Καθεστώς διαρκούς επιμόρφωσης**
Η συνεχής επιμόρφωση είναι υποχρεωτική στη Λιθουανία, προκειμένου να παραμείνει ο οδοντίατρος «ενεργός», όπως αναφέρεται χαρακτηριστικά, και εγγεγραμμένος στο καταστατικό της ομοσπονδίας. Κάθε 5 χρόνια και οι γενικοί οδοντίατροι, αλλά και αυτοί που έχουν αποκτήσει ειδικότητα θα πρέπει να συγκεντρώσουν 250 ώρες παρακολούθησης σεμιναρίων διαρκούς επιμόρφωσης, διαφορετικά, χωρίς την πιστοποίηση δηλαδή, δεν μπορούν να ανανεώσουν την άδεια ασκήσεως επαγγέλματος.

**Φορέας**
Υπεύθυνη για τη λειτουργία της συνεχούς επιμόρφωσης είναι η Οδοντιατρική Ομοσπονδία της Λιθουανίας (Lithuanian Dental Chamber), μέσω μιας ειδικής επιτροπής που έχει οριστεί για να ελέγχει τη διαδικασία.

## Λουξεμβούργο

**Αριθμός οδοντιάτρων 363**

**Αριθμός αποφοίτων**
Στο Λουξεμβούργο δεν υπάρχει Οδοντιατρική Σχολή.

**Αναγνωρισμένες ειδικότητες**
Δεν έχουν θεσπιστεί αναγνωρισμένες ειδικότητες.

**Καθεστώς διαρκούς επιμόρφωσης**
Παρά το γεγονός πως το Λουξεμβούργο δεν «παράγει» οδοντιάτρους, η συνεχής επιμόρφωση είναι υποχρεωτική και μάλιστα διά νόμου, ο οποίος ορίζει πως κάθε οδοντίατρος πρέπει να συμμετέχει στην επιμόρφωση, όμως κάθε οδοντίατρος αποφασίζει μόνος του πόσες ώρες θα παρακολουθήσει και τι, ανάλογα με τις ανάγκες του και τις ελλείψεις που ο ίδιος κρίνει πως έχει. Υπάρχουν όμως και οδοντίατροι που παρακολουθούν προγράμματα συνεχούς επιμόρφωσης σε χώρες του εξωτερικού.

**Φορέας**
Υπεύθυνη είναι η Οδοντιατρική Ομοσπονδία του Λουξεμβούργου («Association des M.decins et M.decins-Dentistes» du Grand-Duch. de Luxembourg - AMMD).

## Μάλτα

**Αριθμός οδοντιάτρων 176**

**Αριθμός αποφοίτων**
Υπάρχει μία Οδοντιατρική Σχολή στη Μάλτα, η οποία ανήκει στο τμήμα Οδοντιατρικής Χειρουργικής του Πανεπιστημίου της Μάλτας και το 2008 πήραν το πτυχίο τους 8 φοιτητές. Η φοίτηση διαρκεί 5 χρόνια.

**Αναγνωρισμένες ειδικότητες**
Στη Μάλτα δεν υπάρχουν προγράμματα για την απόκτηση ειδικότητας, ωστόσο, εάν κάποιος αποκτήσει στο εξωτερικό τις ειδικότητες της ορθοδοντικής και της γναθοπροσωπικής χειρουργικής, αυτές αναγνωρίζονται και μπορεί κάποιος να τις ασκεί κανονικά.

**Καθεστώς συνεχούς επιμόρφωσης**
Είναι προαιρετική, τα τελευταία 2 χρόνια όμως καταβάλλεται προσπάθεια για να γίνει ο θεσμός αυτός υποχρεωτικός και να συνδεθεί μάλιστα με την άδεια ασκήσεως επαγγέλματος.

**Φορέας**
Η Οδοντιατρική Ομοσπονδία της Μάλτας (Dental Association of Malta), σε συνεργασία με το τμήμα της Οδοντιατρικής Χειρουργικής (Faculty of Dental Surgery), είναι υπεύθυνη για το θεσμό της διαρκούς επιμόρφωσης μέχρι στιγμής.

## Ολλανδία

**Αριθμός οδοντιάτρων 10.901**

**Αριθμός αποφοίτων**
Λειτουργούν 3 Οδοντιατρικές Σχολές, υπό τη μορφή κολεγίων. Η φοίτηση σε αυτές δεν είναι δωρεάν και διαρκεί 6 χρόνια. Το 2007 αποφοίτησαν από αυτές 226 φοιτητές.

**Αναγνωρισμένες ειδικότητες**
Δύο είναι οι αναγνωρισμένες ειδικότητες, της ορθοδοντικής και της γναθοπροσωπικής χειρουργικής.

**Καθεστώς συνεχούς επιμόρφωσης**
Στην Ολλανδία δεν είναι υποχρεωτική.

## Νορβηγία

**Αριθμός οδοντιάτρων 5.735**

**Αριθμός αποφοίτων**
Στη Νορβηγία λειτουργούν 3 Οδοντιατρικές Σχολές. Η φοίτηση διαρκεί 5 χρόνια και το 2007 αποφοίτησαν 110 νέοι οδοντίατροι.

**Αναγνωρισμένες ειδικότητες**
Υπάρχουν 7 αναγνωρισμένες ειδικότητες: ενδοδοντία, ορθοδοντική, ακτινολογία, χειρουργική στόματος, παιδοδοντιατρική, προοσθετική και περιοδοντολογία. Η εκπαίδευση για την απόκτηση ειδικότητας διαρκεί 3 χρόνια.

**Καθεστώς συνεχούς επιμόρφωσης**
Δεν είναι υποχρεωτική. Υπάρχει βέβαια η γενική οδηγία πως οι οδοντίατροι θα πρέπει να είναι ενημερωμένοι και να προσφέρουν υπηρεσίες ανώτερου επιπέδου, το πώς όμως θα γίνει αυτό δεν διευκρινίζεται από την Ομοσπονδία. Αυτό που γίνεται σαφές είναι πως, εάν ένας οδοντίατρος λειτουργεί με «παλιές μεθόδους» και βλάψει την υγεία του ασθενούς, τότε η Ομοσπονδία μπορεί να επιβάλει κυρώσεις.

**Φορέας**
Υπεύθυνη για το σύστημα συνεχούς επιμόρφωσης είναι η Νορβηγική Οδοντιατρική Ομοσπονδία (Norwegian Dental Association-NDA).

## Πολωνία

**Αριθμός οδοντιάτρων 29.947**

**Αριθμός αποφοίτων**
Υπάρχουν 10 Οδοντιατρικές Σχολές στην Πολωνία και η φοίτηση διαρκεί 5 χρόνια. Το 2008 αποφοίτησαν 809 νέοι οδοντίατροι, την ώρα που τα τελευταία χρόνια υπάρχουν εκκλήσεις για μείωση του αριθμού των εισακτέων και κατ' επέκταση και των αποφοίτων.

**Αναγνωρισμένες ειδικότητες**
Οι ειδικότητες που υπάρχουν είναι της χειρουργικής στόματος, της ορθοδοντικής, της παιδοδοντιατρικής, της προσθετικής, της περιοδοντολογίας, της ενδοδοντίας και της γναθοπροσωπικής χειρουργικής.

**Καθεστώς συνεχούς επιμόρφωσης**
Η συνεχής επιμόρφωση είναι υποχρεωτική και μέσα σε 4 χρόνια ο οδοντίατρος θα πρέπει να έχει συλλέξει 200 πόντους. Ο οδοντίατρος έχει την ηθική και νομική υποχρέωση να συμμετέχει στη διαρκή εκπαίδευση. Αυτό καθορίζεται από το νόμο που αφορά τα επαγγέλματα του ιατρού και του οδοντιάτρου, όπως έχει καθοριστεί από το Υπουργείο Υγείας της χώρας.

**Φορέας**
Τα μαθήματα οργανώνουν η Πολωνική Οδοντιατρική Ομοσπονδία (Polish (Main) Dental Association- PDA) και οι τοπικές ομοσπονδίες (Regional Chambers of Physicians and Dentists).

## Πορτογαλία

**Αριθμός οδοντιάτρων 7.514**

**Αριθμός αποφοίτων**
Λειτουργούν 7 Οδοντιατρικές Σχολές, 3 από τις οποίες είναι δημόσιες και οι υπόλοιπες ιδιωτικές. Από το 2005 η φοίτηση διαρκεί 5 χρόνια (αντί για 6 που ήταν παλιότερα) και το 2007 πήραν το πτυχίο τους 425 φοιτητές.

**Αναγνωρισμένες ειδικότητες**
Αναγνωρισμένες είναι οι ειδικότητες της ορθοδοντικής και της γναθοπροσωπικής χειρουργικής.

**Καθεστώς συνεχούς επιμόρφωσης**
Η συνεχής επιμόρφωση έγινε πρόσφατα υποχρεωτική στην Πορτογαλία και βρίσκεται ακόμη σε δοκιμαστικό στάδιο αναφορικά με το σύστημα των πόντων, όπως επίσης και την ισχύ του πιστοποιητικού επάρκειας που θα δίνεται.

**Φορέας**
Η συνεχής επιμόρφωση εποπτεύεται και ρυθμίζεται από την Οδοντιατρική Ομοσπονδία της Πορτογαλίας (Ordem dos Médicos Dentistas- OMD)

## Ρουμανία

**Αριθμός οδοντιάτρων 14.000**

**Αριθμός αποφοίτων**
Υπάρχουν 11 Οδοντιατρικές Σχολές στη Ρουμανία, 3 από τις οποίες είναι ιδιωτικές. Η φοίτηση μέχρι το 2002 διαρκούσε 6 χρόνια, σήμερα ωστόσο έχει μειωθεί στα 5. Το 2008 πήραν το πτυχίο τους 1.000 νέοι οδοντίατροι.

**Αναγνωρισμένες ειδικότητες**
Δύο είναι οι αναγνωρισμένες ειδικότητες: η ορθοδοντική, όπου απαιτούνται τρία χρόνια θεωρητικής και πρακτικής εκπαίδευσης, ενώ 5 χρόνια χρειάζονται για την απόκτηση της ειδικότητας της γναθοπροσωπικής χειρουργικής.

**Καθεστώς συνεχούς επιμόρφωσης**
Η συνεχής επιμόρφωση είναι υποχρεωτική για κάθε οδοντίατρο, ο οποίος πρέπει ανά 5 χρόνια να συγκεντρώνει 200 ώρες παρακολούθησης. Σε περίπτωση που δεν το κάνει, το RCDP (Romanian Collegiums of Dental Physicians) έχει τη νομική υποχρέωση να του αφαιρέσει το δικαίωμα για την άσκηση της οδοντιατρικής πράξης.

**Φορέας**
Οι ημερίδες και τα συνέδρια για τη διαρκή επιμόρφωση διοργανώνονται από την Οδοντιατρική Ομοσπονδία της Ρουμανίας και τις επιστημονικές εταιρείες, κάτω όμως από την επίβλεψη του Romanian Collegiums of Dental Physicians και του Υπουργείου Εκπαίδευσης, Έρευνας και Νέων.

## Σλοβακία

**Αριθμός οδοντιάτρων 3.185**

**Αριθμός αποφοίτων**
Λειτουργούν 2 Οδοντιατρικές Σχολές και παρά τον αυξημένο αριθμό εισακτέων, το 2008 μόλις 45 φοιτητές οδοντιατρικής πήραν το πτυχίο τους. Η φοίτηση διαρκεί 6 χρόνια.

**Αναγνωρισμένες ειδικότητες**
Αναγνωρισμένες ειδικότητες είναι η γναθοπροσωπική χειρουργική, η ορθοδοντική και η παιδοδοντιατρική.

**Καθεστώς συνεχούς επιμόρφωσης**
Η συνεχής επιμόρφωση είναι υποχρεωτική. Κάθε οδοντίατρος οφείλει να συγκεντρώσει 250 πόντους σε διάστημα 5 ετών. Η Οδοντιατρική Ομοσπονδία ελέγχει τους πόντους του οδοντιάτρου και εφόσον πληροί τις προϋποθέσεις, του χορηγεί πιστοποιητικό επάρκειας, το οποίο πρέπει να ανανεώνεται κάθε 5 χρόνια. Ο οδοντίατρος που δεν μαζέψει τους απαραίτητους πόντους, του δίνεται ένα περιθώριο 6 ακόμη μηνών προκειμένου να καλύψει τις ώρες που υπολείπονται. Αν και πάλι δεν το κάνει, διαγράφεται από την Οδοντιατρική Ομοσπονδία και τίθεται σε παύση.

**Φορέας**
Υπεύθυνη για τον έλεγχο και τη διασφάλιση της ποιότητας του συστήματος της διαρκούς επιμόρφωσης είναι η Οδοντιατρική Ομοσπονδία Dentists).

## Σλοβενία

**Αριθμός οδοντιάτρων 1.637**

**Αριθμός αποφοίτων**
Λειτουργεί μια Οδοντιατρική Σχολή, από την οποία αποφοίτησαν το 2008 49 νέοι οδοντίατροι. Η φοίτηση διαρκεί 6 χρόνια.
Υπάρχουν 7 αναγνωρισμένες ειδικότητες στη Σλοβενία: η γναθοπροσωπική χειρουργική, η χειρουργική στόματος, η ορθοδοντική, η ενδοδοντία, η προσθετική, η παιδοδοντιατρική και η περιοδοντολογία.

**Καθεστώς συνεχούς επιμόρφωσης**
Η συνεχής επιμόρφωση είναι υποχρεωτική. Κάθε οδοντίατρος πρέπει να συγκεντρώσει 75 πόντους (αυτό μεταφράζεται περίπου σε παρακολούθηση 10 μαθημάτων) συνεχούς επιμόρφωσης σε διάστημα 7 ετών. Μετά του χορηγείται πιστοποιητικό επάρκειας. Σε περίπτωση που οδοντίατρος δεν μαζέψει τους απαιτούμενους πόντους, τότε υποβάλλεται σε εξετάσεις. Εάν αποτύχει, τότε δεν μπορεί να παρατείνει την άδεια ασκήσεως επαγγέλματος.

**Φορέας**
Υπεύθυνη είναι η Οδοντιατρική Ομοσπονδία της Σλοβενίας (Slovenian Medical Chamber). Υπάρχει η δυνατότητα και για παρακολούθηση μαθημάτων συνεχούς επιμόρφωσης και στο εξωτερικό, αφού όμως πρώτα έχουν εγκριθεί από την Ομοσπονδία.

## Ισπανία

**Αριθμός οδοντιάτρων 24.515**

**Αριθμός αποφοίτων**
Υπάρχουν 17 Οδοντιατρικές Σχολές εκ των οποίων 12 δημόσιες και 5 ιδιωτικές. Σε όλες η φοίτηση διαρκεί 5 χρόνια. Το 2007 αποφοίτησαν 2.842 νέοι οδοντίατροι.

**Αναγνωρισμένες ειδικότητες**
Δεν υπάρχουν αναγνωρισμένες ειδικότητες, παρά μόνο εξειδικεύσεις.

**Καθεστώς συνεχούς επιμόρφωσης**
Η συνεχής επιμόρφωση δεν είναι ακόμη υποχρεωτική, όμως τείνει να γίνει και το τελευταίο διάστημα καταβάλλονται προσπάθειες για την υιοθέτηση ενός συστήματος αξιολόγησης με πόντους.

## Σουηδία

**Αριθμός οδοντιάτρων 14.335**

**Αριθμός αποφοίτων**
Από τις 4 Οδοντιατρικές Σχολές της Σουηδίας, όλες δημόσιες, αποφοίτησαν το 2008 166 νέοι οδοντίατροι. Η φοίτηση διαρκεί 5 χρόνια.

**Αναγνωρισμένες ειδικότητες**
Οκτώ είναι οι αναγνωρισμένες ειδικότητες που υπάρχουν στη Σουηδία: η ορθοδοντική, η ενδοδοντία, η περιοδοντολογία, η παιδοδοντιατρική, η ακτινολογία, η προσθετική, η γναθοπροσωπική χειρουργική και η στοματογναθική φυσιολογία.

**Καθεστώς συνεχούς επιμόρφωσης**
Η συνεχής επιμόρφωση δεν είναι υποχρεωτική. Ημερίδες και σεμινάρια διοργανώνονται από διάφορους φορείς κατά βούληση.

## Ελβετία

**Αριθμός οδοντιάτρων 4.500**

**Αριθμός αποφοίτων**
Υπάρχουν 4 Οδοντιατρικές Σχολές και το 2007 πήραν το πτυχίο τους 126 φοιτητές. Η φοίτηση διαρκεί 5 χρόνια, από τα οποία στα δύο πρώτα παραδίδονται θεωρητικά μαθήματα, ενώ στα υπόλοιπα υπάρχει συνδυασμός θεωρίας και πρακτικής άσκησης.

**Αναγνωρισμένες ειδικότητες**
Υπάρχουν 4 αναγνωρισμένες ειδικότητες: η ορθοδοντική, η προσθετική, η περιοδοντολογία και η χειρουργική στόματος. Η γναθοπροσωπική χειρουργική αποτελεί ειδικότητα της ιατρικής.

**Καθεστώς συνεχούς επιμόρφωσης**
Η συνεχής επιμόρφωση είναι υποχρεωτική. Υπάρχει ένα minimum παρακολούθησης 10 ημερών το χρόνο και το 10% των οδοντιάτρων ελέγχονται κάθε χρόνο για το εάν έχουν τα απα-

ραίτητα αποδεικτικά παρακολούθησης. Επειδή η οδοντιατρική περίθαλψη στην Ελβετία καλύπτεται στο μεγαλύτερο ποσοστό από τα ασφαλιστικά ταμεία, σε περίπτωση που οδοντίατρος δεν συγκεντρώσει τις απαραίτητες ημέρες παρακολούθησης, τότε δεν του επιστρέφεται από το κράτος ολόκληρο το ποσό για τις υπηρεσίες του.

**Φορέας**

Η οδοντιατρική ομοσπονδία της Ελβετίας (Soci.t. Suisse d'Odonto-stomatologie-SSO) υποστηρίζεται από ένα πολύ οργανωμένο σύστημα επιμέρους τμημάτων που ονομάζονται Cantonal Sections. Τα τμήματα αυτά έχουν αρμοδιότητα να οργανώνουν τη διαρκή επιμόρφωση.

## Ηνωμένο Βασίλειο

**Αριθμός οδοντιάτρων 35.873**

**Αριθμός αποφοίτων**

Λειτουργούν 15 Οδοντιατρικές Σχολές, η τελευταία από τις οποίες ιδρύθηκε στο Σεπτέμβριο του 2008 στην πόλη Άμπερντεν της Σκοτίας. Το 2007 αποφοίτησαν από αυτές 844 νέοι φοιτητές.

**Αναγνωρισμένες ειδικότητες**

Οι αναγνωρισμένες ειδικότητες είναι: η χειρουργική στόματος, η ενδοδοντία, η ορθοδοντική, η περιοδοντολογία, η αποκαταστατική οδοντιατρική, η προσθετική, η κοινωνική οδοντιατρική, η στοματολογία, η παιδοδοντιατρική, η μικροβιολογία στόματος, η στοματολογία και η γναθοπροσωπική χειρουργική.

**Καθεστώς συνεχούς επιμόρφωσης**

Η συνεχής επιμόρφωση είναι υποχρεωτική. Όλοι οι οδοντίατροι πρέπει να συγκεντρώσουν 250 ώρες παρακολούθησης σε 5 χρόνια. Οι 175 ώρες αφορούν μαθήματα γενικής οδοντιατρικής και οι υπόλοιπες 75 θα πρέπει να αναφέρονται στην ειδικότητα. Οι οδοντίατροι πρέπει να κρατούν αρχείο με τις ώρες συμμετοχής τους, το οποίο καταθέτουν κάθε χρόνο. Σε περίπτωση που οι οδοντίατροι δεν συλλέγουν τις συγκεκριμένες ώρες, τότε διαγράφονται από το General Dental Council.

**Φορέας**

Υπεύθυνο για τη συνεχή επιμόρφωση είναι το General Dental Council.

## Καναδάς

Κάθε περιοχή του Καναδά έχει ορίσει το δικό της σύστημα συνεχούς επιμόρφωσης και τον δικό του φορέα. Στο Québec, για παράδειγμα, την ευθύνη για τη συνεχή επιμόρφωση έχει το l' Ordre des dentists du Québec. Ο οδοντίατρος θα πρέπει να συλλέξει 90 πόντους μέσα σε τρία χρόνια. Για κάθε ώρα παρακολούθησης προγραμμάτων συνεχούς επιμόρφωσης δίνεται ένας πόντος. Οι οδοντίατροι με αναγνωρισμένη ειδικότητα θα πρέπει να συγκεντρώνουν το 50% των πόντων από την παρακολούθηση σεμιναρίων που αφορούν την ειδικότητά τους. Υπάρχει πρόβλεψη και για τους αναγνωρισμένους βοηθούς οδοντίατρου, οι οποίοι οφείλουν να μαζεύουν τουλάχιστον 36 πόντους μέσα σε διάστημα τριών χρόνων.

Είναι υποχρέωση κάθε οδοντιάτρου να συγκεντρώνει τα αποδεικτικά των σεμιναρίων που παρακολούθησε (πιστοποιητικά, αποδείξεις κ.τ.λ.), σε περίπτωση που αυτά του ζητηθούν από την αρμόδια Αρχή της περιοχής του για τη συνεχή επιμόρφωση. Υπάρχουν διάφοροι τρόποι για την απόκτηση πόντων, μέσω της παρακολούθησης σεμιναρίων, συμποσίων, αλλά και από τη συμμετοχή σε study clubs, την εξ αποστάσεως εκπαίδευση, δημοσιεύσεις σε εγκεκριμένα περιοδικά και από τη συγγραφή βιβλίων.

Δεν υπάρχουν ποινές για τη συμμετοχή στη συνεχή επιμόρφωση. Ωστόσο κάθε ώρα παρακολούθησης καταγράφεται στο φάκελο κάθε οδοντιάτρου και μέσω αυτού μπορεί να αποδείξει ώς ένα βαθμό την επαγγελματική του επάρκεια.

## Αυστραλία

Από την 1η Ιουλίου 2010 όλοι οι οδοντίατροι είναι υποχρεωμένοι να πληρούν τους όρους της συνεχούς επιμόρφωσης, όπως καθορίστηκαν από την Οδοντιατρική Ομοσπονδία της Αυστραλίας (Dental Board of Australia).

Έτσι λοιπόν κάθε οδοντίατρος οφείλει να συγκεντρώσει τουλάχιστον 60 ώρες παρακολούθησης μέσα σε διάστημα 3 χρόνων, αρχής γενομένης από 1η Ιουλίου. Το 80% των ωρών παρακολούθησης θα πρέπει να αφορά αμιγώς κλινικά


Κάντε στον εαυτό σας ένα ακριβό δώρο ...ή σε κάποιον που αληθινά αγαπάτε!

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.

ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΙΚΟ ΒΗΜΑ

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

Τιμή 210 €

ζητήματα (clinical και scientific, όπως αναφέρεται χαρακτηριστικά στο ενημερωτικό φυλλάδιο της Ομοσπονδίας), χωρίς να αποκλείονται τα σεμινάρια για τον έλεγχο των λοιμώξεων ή την παροχή πρώτων βοηθειών. Οι ώρες σεμιναρίων για τη διαχείριση του οδοντιατρείου και τις τεχνικές μάρκετινγκ δεν θα πρέπει να ξεπερνούν το 20% των συνολικών ωρών παρακολούθησης.

Μεγάλη έμφαση δίνεται ακόμη στην καταγραφή των ωρών παρακολούθησης από τον ίδιο τον οδοντίατρο. Έτσι λοιπόν κάθε οδοντίατρος θα πρέπει επίσης να τηρεί λεπτομερές αρχείο σε ηλεκτρονική μορφή με τις ώρες παρακολούθησής του κάθε χρόνο, όπως επίσης και να διατηρεί τα αποδεικτικά της παρακολούθησης σε περίπτωσης που του ζητηθούν από την Ομοσπονδία.

Στην Αυστραλία γίνονται τα πρώτα βήματα για την εφαρμογή της συνεχούς επιμόρφωσης, η οποία βρίσκεται ακόμη σε δοκιμαστικό στάδιο. Η Ομοσπονδία αποφάσισε έτσι να γίνεται αναθεώρηση και εκτίμηση της προόδου του συστήματος κάθε τρία χρόνια, ώστε να αποκατασταθούν τυχόν ελλείψεις και κενά κατά την εφαρμογή του.

## ΗΠΑ

Οι Ηνωμένες Πολιτείες πρωτοστατούν παγκοσμίως στον τομέα της εκπαίδευσης των οδοντιάτρων. Υπάρχουν 50 Οδοντιατρικές Σχολές που λειτουργούν στις ΗΠΑ. Κατά τη διάρκεια της φοίτησης, οι φοιτητές Οδοντιατρικής, επιπλέον των εξετάσεων στα μαθήματα του προγράμματος σπουδών, λαμβάνουν μέρος σε εξετάσεις που πραγματοποιούνται ταυτόχρονα σε όλη τη χώρα (National Board Dental Examinations) οι οποίες χωρίζονται σε τρία μέρη: Part I, Part II και Dental Hygiene. Η επιτυχία στις National Board Dental Examinations και η τελική απόκτηση του πτυχίου της Οδοντιατρικής οδηγούν στη συνέχεια σε εξετάσεις για την απόκτηση της άδειας ασκήσεως επαγγέλματος.

Οι εξετάσεις αδειοδότησης είναι υποχρεωτικές για να μπορέσει κάποιος να ασκήσει την Οδοντιατρική. Τα κριτήρια όμως για την αδειοδότηση ποικίλλουν από πολιτεία σε πολιτεία. Οι εξετάσεις είναι πολύ αυστηρές και συνήθως περιλαμβάνουν κλινικό, θεωρητικό και πρακτικό μέρος. Ο τελικός ρυθμιστής της διαδικασίας αδειοδότησης είναι πάντως σε κάθε περίπτωση η συγκεκριμένη πολιτεία (State Dental Board), στην οποία κάθε οδοντίατρος επιλέγει να ανήκει.

Από τη στιγμή που ο οδοντίατρος επιτύχει στις εξετάσεις, όπως έχουν οριστεί από την πολιτεία όπου υπάγεται, και αποκτά την άδεια ασκήσεως επαγγέλματος, πρέπει στη συνέχεια να την ανανεώνει σε τακτά χρονικά διαστήματα. Αυτή η διαδικασία γίνεται μέσω της συνεχούς επαγγελματικής επιμόρφωσης. Κάθε πολιτεία έχει καθορίσει το δικό της σύστημα συνεχούς επιμόρφωσης, τον αριθμό των μορίων που θα πρέπει να συγκεντρώνει κάθε οδοντίατρος, όπως επίσης και τη διάρκεια κάθε κύκλου επιμόρφωσης. Πάροχοι της συνεχούς επιμόρφωσης είναι οι κατά τόπους Οδοντιατρικές Σχολές, οι επιστημονικές εταιρείες και οι σύλλογοι. Οι πάροχοι βέβαια ελέγχονται ανά περιόδους, ώστε και αυτοί να διατηρούν την πιστοποίησή τους. Από την άλλη, ο ρόλος της Αμερικανικής Οδοντιατρικής Ομοσπονδίας (American Dental Association) είναι να έχει την επιστημονική εποπτεία των προγραμμάτων επιμόρφωσης που παρέχονται, να δίνει κατευθύνσεις, να ελέγχει τα μεταπτυχιακά προγράμματα και γενικότερα να κάνει κρίσεις.

Επίσημος κρατικός φορέας που να παρέχει επαγγελματική επιμόρφωση δεν υπάρχει. Οι πάροχοι συνεχούς επιμόρφωσης διατηρούν τα αρχεία με τους συμμετέχοντες στις εκπαιδευτικές τους δραστηριότητες. Από την άλλη αποτελεί ευθύνη των οδοντιάτρων να διατηρούν τα αποδεικτικά της συμμετοχής τους σε δραστηριότητες συνεχούς επιμόρφωσης και να στέλνουν αντίγραφα από αυτά στη σχετική Αρχή της πολιτείας όπου ανήκουν (State Dental Board). Η επιβεβαίωση της παρουσίας του οδοντιάτρου στα διάφορα μαθήματα συνεχούς επιμόρφωσης γίνεται μέσω διαφόρων μεθόδων (π.χ. ηλεκτρονική καταγραφή εισόδου στην αίθουσα της εκδήλωσης, γραπτή βεβαίωση, απάντηση σε ερωτηματολόγιο).

Οι οδοντίατροι έχουν επίσης τη δυνατότητα να παρακολουθούν και online μαθήματα, ώστε να συγκεντρώσουν παραπάνω μόρια. Μόρια λαμβάνονται συν τοις άλλοις και μέσω των εγκεκριμένων επιστημονικών περιοδικών και της συμμετοχής σε ερωτηματολόγια που υπάρχουν σε αυτά.

*Θα θέλαμε να ευχαριστήσουμε για την πολύτιμη βοήθειά τους στη διενέργεια αυτής της έρευνας τον πρόεδρο της Επιτροπής Συνεχούς Επιμόρφωσης, αναπληρωτή καθηγητή του Πανεπιστημίου Αθηνών **Γεράσιμο Δουβίτσα**, τον καθηγητή Ορθοδοντικής του Αριστοτελείου Πανεπιστημίου Θεσσαλονίκης και πρόεδρο του Δ.Σ. του Διεπιστημονικού Οργανισμού Αναγνώρισης Τίτλων Ακαδημαϊκών και Πληροφόρησης **Αθανάσιο Ε. Αθανασίου**, τον γενικό γραμματέα της Εταιρείας Ορθοδοντικής και Γναθοπροσωπικής Μελέτης και Έρευνας **Βασίλειο Σταθόπουλο**.*

# Η επικοινωνία με τον ασθενή κατά την κλινική οδοντιατρική πράξη

*«Ενδέχεται και άλλως έχειν»*

*Αριστοτέλους, Ηθικά Νικομάχεια, Ζ2 1139α*

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

Μία από τις *σκηνές* που έχουν έντονα αποτυπωθεί στη μνήμη μου κατά την υπερτριαντάχρονη επιστημονική μου πορεία είναι και η παρακάτω, που διαδραματίζεται σε κάποιο διεθνές σεμινάριο της Εσπερίας προς το τέλος της δεκαετίας του 1980.

*Ταλαντούχοι μεταπτυχιακοί φοιτητές και εκπαιδευόμενοι οδοντίατροι εξετάζουν μια μεσήλικη γυναίκα, υποψήφια ως φαίνεσθαι για εμφυτευματική αποκατάσταση. Οι οδοντίατροι συγκεντρωμένοι, σχεδόν καθηλωμένοι στον περιορισμένο ανατομικό ορίζοντα του στόματος, προτείνουν με πάθος διάφορες λύσεις, αριθμούς εμφυτευμάτων και χειρουργικές τεχνικές, εμφανώς διαγκωνιζόμενοι σε γνώσεις και ικανότητες. Κάποιοι φορούν ακόμα τις ιατρικές μπλούζες με τις στάμπες των πανεπιστημίων τους. Η γυναίκα-ασθενής, σιωπηλή και ανέκφραστη, σχεδόν καταθλιπτική, ακούει χωρίς την παραμικρή αντίδραση. Είναι μαυροντυμένη και απεριποίητη, με τα μαλλιά της πρόχειρα πιασμένα πίσω, οι μαύρες κάλτσες της έχουν χάσει πόντους και τα παπούτσια της είναι λερωμένα. Παραδίπλα στον πάγκο είναι ακουμπισμένος και ανοικτός ο ιατρικός της φάκελος. Στο τετράγωνο με την ένδειξη chief complaint κάποιος έχει γράψει πρόχειρα 5 λέξεις…to replace the false teeth….*

*Αντικειμενικές και υποκειμενικές ανάγκες για θεραπεία. Εικόνα οδοντοστοιχίας μετά από περίπου 30 χρόνια χρήσης. Παρά το γεγονός ότι η συγκεκριμένη οδοντοστοιχία δεν ικανοποιεί σχεδόν καμιά κατασκευαστική προδιαγραφή σύμφωνα με τους κανόνες της επιστήμης και της τέχνης (έλλειψη συγκράτησης και στήριξης, κάταγμα πτερυγίων, αποτριβή δοντιών, μηδενική υγιεινή, ανεπαρκής αισθητική κ.λπ.), η ηλικιωμένη ασθενής δηλώνει απόλυτα ικανοποιημένη και δεν επιδιώκει κανενός είδους επιδιόρθωση ή αντικατάσταση. Στο προστατευμένο περιβάλλον όπου διαβιοί, ο περιορισμένος χαρακτήρας των κοινωνικών συναναστροφών και το ελεγχόμενο διαιτολόγιο δικαιολογούν εν μέρει την παραπάνω στάση (Γηροκομείο Αθηνών 1991)[9].*

Ολοκληρώνοντας πριν από μερικούς μήνες ένα άλλο άρθρο σχετικό με τη δημόσια οδοντιατρική εκπαίδευση και την ελεύθερη αγορά[1] είχαμε καταλήξει σε έναν προβληματισμό που αφορούσε την αντιδιαστολή ανάμεσα στην πολυδιάστατη ακαδημαϊκή μόρφωση και την αφυδατωμένη επαγγελματική καθοδήγηση. Παιδεία με την πλατωνική έννοια της *περιαγωγής** της ψυχής ή μονοδιάστατη κατάρτιση; Τι ακριβώς θέλουμε; Με αυτόν ακριβώς τον προβληματισμό σχετίζεται και η παραπάνω μνημονική σκηνή, με εμφανή στοιχεία αλαζονείας και πλεονάζοντος επαγγελματικού ναρκισσισμού. Στη συνέχεια γίνεται μια προσπάθεια προσέγγισης και «*οδοντιατρικής προσαρμογής*» ορισμένων ψυχαναλυτικών εννοιών, υποψιαζόμενοι βεβαίως τις δυσκολίες αλλά και τις παγίδες του εγχειρήματος.

## Μεταβίβαση και αντιμεταβίβαση

Είναι γνωστό ότι η σχέση γιατρού-ασθενούς, ή καλύτερα θεραπευτή-θεραπευομένου, παραμένει θεμελιώδης στην έκβαση της θεραπείας. Το μαθαίνουμε άλλωστε από το πρώτο έτος των σπουδών μας. Μέσα από τη σχέση αυτή περνάει στην κυριολεξία όλο το ψυχοσυναισθηματικό οικοδόμημα του ασθενούς και ασυνείδητα διαπλέκεται με εκείνο του οδοντιάτρου. Η έννοια της μεταβίβασης αποτελεί μία από τις μεγαλειώδεις συλλήψεις του *Sigmund Freud (1856-1939)*[2] στην πορεία θεμελίωσης της ψυχαναλυτικής σκέψης και πρακτικής. Η ψυχανάλυση, ως δομημένη θεωρία της εγκατάστασης και απαρτίωσης του ψυχικού οργάνου και κατά συνέπεια της ανθρώπινης ψυχοπαθολογίας, εξελίχθηκε, εμπλουτίστηκε, αμφισβητήθηκε ως μη τεκμηριούμενη, αλλά τελικά παρέμεινε μία από τις σημαντικότερες κατακτήσεις του ανθρώπινου πνεύματος τον αιώνα που πέρασε. Έχει μάλιστα ειπωθεί πως οι κραδασμοί που προξένησε η νέα ψυχαναλυτική θεωρία έμοιαζαν με εκείνους που είχαν προκαλέσει η κοσμολογία του Γαλιλαίου τον 17ο αιώνα και η Δαρβινική βιολογία τον 19ο αιώνα. Για πρώτη φορά στη σύγχρονη εποχή ο *Λόγος* μετατρέπεται σε θεραπευτικό εργαλείο και ο ασθενής αντιμετωπίζεται μεταξύ άλλων και ως φορέας μετασχηματισμού της αντικειμενικής πραγματικότητας. Και λέμε στη σύγχρονη εποχή, γιατί η θεραπευτική δύναμη του λόγου είχε ήδη αξιοποιηθεί στις μυστηριακές *Κορυβαντικές, Ελευσίνιες* και *Διονυσιακές* τελετές και στις θεραπευτικές *εγκοιμήσεις* στα Ασκληπιεία και στα μαντεία της αρχαιότητας. Η *μεταβίβαση (transfert, transference)*[3,4] υποδηλώνει διεργασία που στο αυστηρά ψυχαναλυτικό πεδίο περιλαμβάνει την επανάληψη πρωτοτύπων της παιδικής ζωής τα οποία βιώνονται με έντονο το αίσθημα της επικαιρότητας. Ο *Freud* υποστηρίζει ότι πυρήνας αυτών των παιδικών πρω(το)τύπων δεν είναι τίποτε άλλο από τα γονεϊκά μορφοείδωλα (imago), εσωτερικευμένες δηλαδή αναπαραστάσεις του πατέρα, της μητέρας, των αδελφών και ίσως κάποιων σημαντικών Άλλων προσώπων. Με άλλα λόγια πρόκειται για επανενεργοποίηση ασυνείδητων συναισθημάτων και επιθυμιών που επενδύονται σε ένα συγκεκριμένο πλαίσιο σχέσεων στο *εδώ* και *τώρα*. Η μεταβίβαση, προϋπόθεση και εργαλείο στην ψυχαναλυτική πρακτική, υποκρύπτεται ή και καθορίζει τις ποικίλες σχεσιακές δομές στη ζωή του ανθρώπου, όπως η σχέση καθηγητή-μαθητή, γιατρού-ασθενούς, πνευματικού-εξομολογουμένου κ.λπ. Μεταβιβαστικές αντιδράσεις, χωρίς να τις ονομάζει βέβαια έτσι, περιγράφει και ο Πλάτων στον *Θεαίτητο*,[5] αναφερόμενος στην επίδραση της διδασκαλίας του Σωκράτη. Θα λέγαμε συνεπώς πως ο ασθενής επιλέγοντας τον γιατρό του μεταφέρει ένα φορτίο προσδοκιών και ενίοτε αμφιθυμικών στάσεων στηριγμένων στις παρελθοντικές του εμπειρίες, κυρίως από τα πρόσωπα εξουσίας των παιδικών του χρόνων. Εδώ θα μπορούσε κάποιος να ρωτήσει. Και ο γιατρός τι κάνει; Αναμφίβολα οι συγκεκριμένες στάσεις των ασθενών πυροδοτούν ένα πλέγμα συναισθηματικών αντιδράσεων και στον γιατρό. Το φάσμα των συναισθημάτων αυτών εκτείνεται από το θυμό και τη δυσφορία μέχρι την κατανόηση, τη ζεστασιά, την τρυφερότητα ή ακόμα την υποκρυπτόμενη ή εμφανή ερωτική διέγερση. Η *αντιμεταβίβαση* λοιπόν *(contre transfert, counter transference)* είναι το σύνολο των αντιδράσεων του γιατρού απέναντι στον ασθενή και ειδικότερα στη μεταβίβαση του ασθενούς. Είναι προφανές ότι η αντιμεταβίβαση του γιατρού αντλεί από την αθέατη δεξαμενή του δικού του ασυνείδητου. Μερικές φορές, όπως διαπίστωσε η *Melanie Klein*[4] στις μελέτες της για την ψυχοσυναισθηματική ζωή του βρέφους, η σταθερή και μακροχρόνια μεταβιβαστική πίεση, στην περίπτωσή μας ενός ασθενούς στον γιατρό του, μπορεί τελικά να οδηγήσει τον τελευταίο σε καθοδηγούμενες ή, καλύτερα, *επαγόμενες*** σκέψεις και συναισθήματα, που εν τέλει ταυτίζονται με εσωτερικές αναπαραστάσεις των συναισθημάτων του ίδιου του ασθενούς. Πρόκειται δηλαδή για ένα μηχανισμό αποβολής και στη συνέχεια εισαγωγής τμημάτων του εαυτού του ασθενούς (συνήθως αρνητικών που δεν τα αντέχει ο ίδιος) στον θεραπευτή του με τελικό σκοπό τον ασυνείδητο έλεγχο του τελευταίου.

Η συμπεριφορική και συναισθηματική αυτή χειραγώγηση του περιβάλλοντος, που παρατηρείται όχι σπάνια σε νοσηλευτικές μονάδες ψυχικών νοσημάτων και ιδιαίτερα από παρανοϊκούς χαρακτήρες, ονομάζεται *προβολική ή προβλητική ταύτιση (projective identification)*. Μετά Κλαϊνικοί συγγραφείς (*Heimann 1950, Ogden 1979, Bion 1988*)[6,7,11] επανεξέτασαν την έννοια της *προβολικής ταύτισης* δίνοντας έμφαση στις ευρύτερες επικοινωνιακές συνιστώσες της και καθόρισαν την αναγκαιότητα της ύπαρξης όχι μόνο ενός *προβολέα*, αλλά και ενός κατάλληλου κατά περίπτωση *δέκτη* για την εγκατάσταση του φαινομένου. Έτσι η *προβολική ταύτιση* φαίνεται να ενυπάρχει (να υπό-κειται) σε κάθε σχέση συντροφικότητας και συναισθησίας. Είναι προφανές λοιπόν γιατί χειραγωγούμενα θεραπευτικά σχήματα από τους ίδιους τους ασθενείς δεν είναι σπάνια στην καθ' ημέρα κλινική πράξη. Πρόκειται για ένα επικοινωνιακό παιχνίδι δράσης - αντίδρασης τόσο απλοϊκό και αρχαϊκό, όσο πολυσύνθετο και επίκαιρο. Ο αμύητος γιατρός ίσως δεν το συνειδητοποιεί, αλλά και αν ακόμα το υποψιαστεί, θα το εκλογικεύσει, καταπιέζοντας την συναισθηματική του απόκριση ως αντιεπαγγελματική ή επικίνδυνη. Και όμως, η κατανόηση και διαχείριση της αντιμεταβίβασης μπορεί να αποδειχθεί χρήσιμη στην εδραίωση μιας *εργασιακής συμμαχίας*, που όπως και στην ψυχανάλυση αποτελεί το φέρον σώμα (corpus) εντός του οποίου ολοκληρώνονται με επιτυχία τα θεραπευτικά σχήματα. Μια μέθοδος αξιοποίησης των παραπάνω ψυχαναλυτικών δεδομένων για την εξασφάλιση της εργασιακής συμμαχίας είναι η μέθοδος *BATHE* και αφορά όλο το φάσμα των κλινικών ιατρικών ειδικοτήτων, όπου κυριαρχεί η αντιπαράθεση γιατρού-ασθενούς.

> *«Είναι γνωστό ότι η σχέση γιατρού-ασθενούς, ή καλύτερα θεραπευτή-θεραπευομένου, παραμένει θεμελιώδης στην έκβαση της θεραπείας. Μέσα από τη σχέση αυτή περνάει στην κυριολεξία όλο το ψυχοσυναισθηματικό οικοδόμημα του ασθενούς που ασυνείδητα διαπλέκεται με εκείνο του οδοντιάτρου.»*

## Η μέθοδος BATHE

Η μέθοδος *BATHE*[8] πρωτοπαρουσιάστηκε από τους *Marian Stuart* και *Joseph Lieberman* στο βιβλίο τους *The Fifteen Minute Hour* το *1993*, ενώ ακολούθησαν και άλλες δημοσιεύσεις στο θέμα αυτό. Πρωταρχικός σκοπός τους ήταν η γρήγορη θεμελίωση μιας σχέσης εμπιστοσύνης με τον ασθενή και η αδρή καταγραφή καταστάσεων άγχους και στρες. Κλειδιά στη διαδικασία αυτή είναι κατά σειράν η ικανότητα του γιατρού να ακούει τον ασθενή, να παρέχει στήριξη, να προκαλεί και να αντανακλά συναισθήματα, να δείχνει σεβασμό και τέλος να θεμελιώνει εργασιακή συμμαχία. Ο ασθενής πρέπει να πει για μερικά λεπτά την ιστορία του χωρίς διακοπή, παρά την συνήθη πρακτική μας να ζητάμε γρήγορα, και κάποιες φορές αδιάφορα ή αυταρχικά, πολλές λεπτομέρειες. Καλώς ή κακώς η επαρκής αντιμετώπιση του συνολικού ιατρικού ή στην περίπτωσή μας οδοντιατρικού προβλήματος περιλαμβάνει και τις συναισθηματικές συνιστώσες του. Συνεπώς είναι θεμελιώδες να κατανοήσουμε τι ακριβώς απασχολεί τον ασθενή, τι ο ασθενής προσδοκά από εμάς και τέλος γιατί ο ασθενής προστρέχει για θεραπεία τη συγκεκριμένη στιγμή. Η μέθοδος *BATHE (Background, Affect, Trouble, Handling, Empathy)* είναι μια απλή ασθενοκεντρική διαδικασία που περιλαμβάνει 4 ερωτήσεις εμπνευσμένες από τις κλασικές ψυχοθεραπευτικές με-

θόδους. Η πρώτη ερώτηση *(τι συμβαίνει στη ζωή σας ή τι σας απασχολεί;)* αφορά το *Background,* δηλαδή τη διερεύνηση του παρασκηνίου, της περιρρέουσας ψυχοσυναισθηματικής κατάστασης του ασθενούς. Αρκετοί ασθενείς μιλούν μόνοι τους σχετικά με τα ζητήματα αυτά πριν καν ερωτηθούν. Η δεύτερη ερώτηση *(πώς αισθάνεστε γι' αυτά;)* αντλεί πληροφορίες για το συναίσθημα (*Affect)* που εκφράζει ο ασθενής περιγράφοντας το παρασκήνιο της ζωής του. Η τρίτη ερώτηση (*τι είναι αυτό που σας ταλαιπωρεί ή σας ανησυχεί περισσότερο;)* αφορά το *Trouble* και οδηγεί στην συμβολική σύνοψη του προβλήματος από τον ασθενή, ενώ η τέταρτη ερώτηση *(πώς χειρίζεστε το πρόβλημα αυτό;) Handling,* βοηθά να κατανοήσουμε ή να υποψιαστούμε τις συναισθηματικές παρακαταθήκες και τους μηχανισμούς χειρισμού του προβλήματος. Τέλος, μια δική μας τοποθέτηση του τύπου *(θα πρέπει να είναι πολύ δύσκολο για σας ή καταλαβαίνω το πρόβλημά σας)* υποδηλώνει την κατανόηση του προβλήματος (*Empathy) και* μας τοποθετεί σε θέση συμπάσχοντος και γεφυροποιεί το αρχικό χάσμα.

### Σημεία προσοχής

Είναι προφανές ότι η κατάλληλη χρήση του λόγου και η ερμηνευτική δεξιότητα του γιατρού καθορίζουν την αποτελεσματικότητα της μεθόδου. Σαν μέθοδος επικοινωνίας χρειάζεται άσκηση, επανάληψη, φειδώ και ίσως κάποιο ταλέντο και σίγουρα δεν πρόκειται για αντιποίηση του επαγγέλματος του ψυχολόγου. Οι συγγραφείς ωστόσο τονίζουν την αποφυγή εμπλοκής στο ευρύτερο συναισθηματικό πρόβλημα του ασθενούς με συμβουλές ή άλλης φύσεως υποστηρικτικές παρεμβάσεις που και επικίνδυνες είναι και ξεφεύγουν από την ουσία και τα ζητούμενα της μεθόδου. Τέλος η μέθοδος δεν θα πρέπει να εφαρμόζεται σε βαρύτερες περιπτώσεις όπως σε ψυχωτικούς ασθενείς, σε ασθενείς με αυτοκτονική προδιάθεση ή ακόμα και σε ασθενείς με σοβαρές διαταραχές προσωπικότητας, που ούτως ή άλλως δεν εμπίπτουν στο σύνηθες οδοντιατρικό πελατολόγιο.

### Σχετικά με τις οδοντιατρικές ανάγκες και το αίτημα για θεραπεία (needs-demands)

Στο ίδιο μήκος κύματος κινείται και ο προσδιορισμός των αναγκών και των αιτημάτων για οδοντιατρική θεραπεία. Πρόκειται για συστηματική-μαιευτική διαδικασία μέσω κατάλληλα διαμορφωμένων ερωτήσεων και κλινικής εξέτασης, που πραγματοποιείται στη φάση της πρώτης επαφής με τον ασθενή και τη λήψη του ιστορικού. Ερευνητικές εργασίες τουλάχιστον δύο δεκαετίες πριν [9], έφεραν για πρώτη φορά στο φως τον μεγάλο κίνδυνο της στρεβλής εκτίμησης των πραγματικών αναγκών για θεραπεία, που οφείλεται όχι μόνο στη ρηχότητα της επικοινωνίας, αλλά και στον ερμηνευτικό μονόλογο του εξεταστή. Δεν πρέπει να ξεχνάμε ότι τα υποτιθέμενα αντικειμενικά στοιχεία από την ιατρική και οδοντιατρική ιστορία του ασθενούς εξαρτώνται από τις βαθύτερες αντιλήψεις, τις απόψεις αλλά και τις αναμνήσεις του, έτσι ώστε συχνά να μην συμβαδίζουν με τις διαφορετικές ερμηνευτικές εκδοχές του γιατρού (εικ. 1). Με άλλα λόγια τα γεγονότα είναι χρωματισμένα με τα γυαλιά μέσα από τα οποία βλέπει ο καθένας τον κόσμο και άρα απαιτείται μεγαλύτερη προσπάθεια για την αποκρυπτογράφησή τους.

### Οι ψυχαναλυτικές ιδιαιτερότητες της οδοντιατρικής

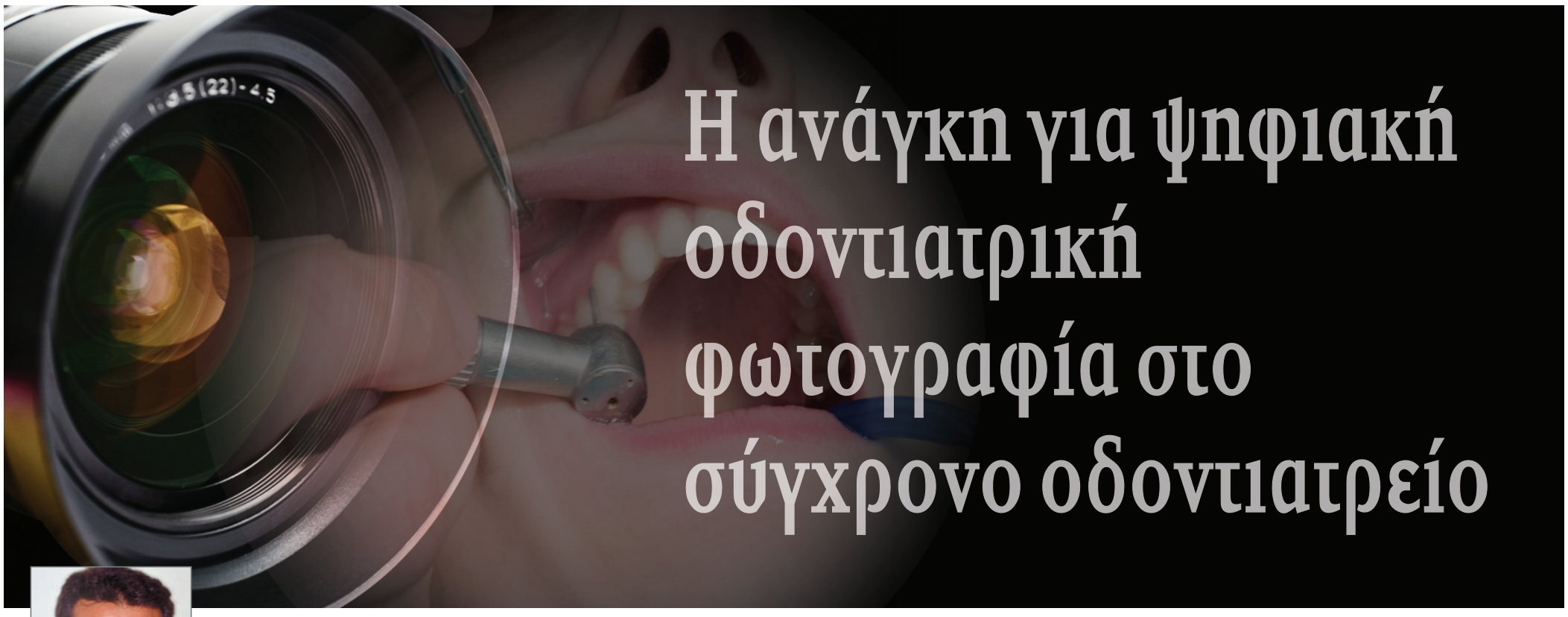
Παρά τη φαινομενική της απόσταση, η κλινική οδοντιατρική διαχειρίζεται ασθενείς με τρόπο που εμπίπτει απόλυτα σε όλες τις παραπάνω ψυχαναλυτικές αρχές. Οι ασθενείς βρίσκονται σε εγρήγορση και ξαπλωμένοι στην οδοντιατρική καρέκλα σε σωματική εγγύτητα με τον/την οδοντίατρο. Οι συνεδρίες είναι συνήθως πολλές καθιερώνοντας ποικίλους ρόλους, συμβολικά ισοδύναμα και μεταβιβαστικές συμπεριφορές. Ο λόγος συνήθως ρέει. Πρόκειται για μια σκηνή, οιονεί πιστή στο ψυχαναλυτικό υπόδειγμα. Επίσης δεν θα πρέπει να ξεχνάμε πως το στόμα, πέρα από την πολυδιάστατη συμβολή του στην εξωτερική εικόνα, διαδραματίζει σημαντικό ρόλο στο πρώτο στάδιο της λιβιδινικής ανάπτυξης του ανθρώπου που κατά τη Φροϋδική αλλά και τις μετά Φροϋδικές προσεγγίσεις συμβάλλει στην οργάνωση των αντικειμενοτρόπων σχέσεων και στη διαμόρφωση της προσωπικότητας. Τέλος κάποια αναφορά θα πρέπει να κάνουμε και στο σχετικό γνωμικό, που ως κιβωτός διαγενεαλογικής[10] λαϊκής σοφίας δηλώνει: *Οπου πονεί το δόντι, εκεί κι η γλώσσα κρούει.*

**Περιαγωγή της ψυχής. Όπως εννοιοδοτεί ο Στέλιος Ράμφος τον όρο Παιδεία, κατά την ανάλυση του πιο φημισμένου φιλοσοφικού κειμένου της αρχαιότητας «τον μύθο του σπηλαίου» από την Πολιτεία του Πλάτωνος.*

***Με την έννοια που απορρέει από την **ηλεκτρομαγνητική επαγωγή** (Electric Induction), δηλαδή την εμφάνιση ηλεκτρισμού εξαιτίας μαγνητικού πεδίου.*

### Βιβλιογραφία


1. Καρκαζής Η. Δημόσια οδοντιατρική εκπαίδευση και ελεύθερη αγορά. Οδοντιατρικό Βήμα. Αύγουστος-Σεπτέμβριος 2009
2. Freud. A very short introduction. Anthony Storr. Oxford Un. Press. 1989
3. Freud S. La technique psychanalytique. Paris. PUF. 1953, Reed. 1981
4. Klein M. Envy and gratitude and other works 1946-1963. Vintage 1997
5. Ι.Ν. Θεοδωρακόπουλος. 1980. Πλάτωνος Θεαίτητος. Εισαγωγή, αρχαίο και νέο ελληνικό κείμενο. Αθήνα: Ακαδημία Αθηνών, Κέντρον Ερεύνης της Ελληνικής Φιλοσοφίας
6. Heimann P. On countertransference. Int Journal of Psychoanalysis. 1950;31:81-84
7. Bion W. In : Melanie Klein today. (Ed. E. Spillius) pp 178-186. Routledge. London. 1988
8. Stuart MR, Lieberman JA. The fifteen minute hour. Applied Psychotherapy for the primary care physician, 2nd ed. Westport, Conn: Praeger, 1993
9. Karkazis H, Kossioni A. Dental treatment needs and demands of an elderly institutionalised population in Athens. Eur J Prosthodont Rest Dent 1993; 1:157-163
10. Abraham N, Torok M. L' ecorce et la noyau, Paris, Aubier Flammarion. 433, 1978
11. Ogden T. On projective identification. Int Journal of Psychoanalysis. 1979 ; 60:357-373



# Η ανάγκη για ψηφιακή οδοντιατρική φωτογραφία στο σύγχρονο οδοντιατρείο

Του Δημήτρη Καπαγιαννίδη, Οδοντιάτρου

## Εισαγωγή

Κατά την εξέταση του ασθενούς η κλινική του «εικόνα» αποτελούσε στην ιατρική το πρώτο ζητούμενο από τον αρχαίο γιατρό μέχρι σήμερα. Η κλινική εικόνα βοηθά στην κλινική διάγνωση. Κλινική διάγνωση επιτελείται με μια σειρά απόκτησης πληροφοριών της φυσιοπαθολογίας ιστών και οργάνων και εξακολουθεί να γίνεται με μια σειρά διαδικασιών, όπως η *επισκόπηση*, ψηλάφηση, επίκρουση, ακρόαση κ.λπ.

Η «εικόνα» λοιπόν που προκύπτει από την επισκόπηση αποτελεί το πρώτο διαγνωστικό απόκτημα του κλινικού γιατρού. Μετά την αντίληψη της εικόνας, αυτή πρέπει να αποθηκευτεί στη μνήμη του γιατρού για να είναι αξιοποιήσιμη αργότερα. Όμως η ανθρώπινη μνήμη είναι περιορισμένη και υποκειμενική (από την ίδια εικόνα, ο κάθε γιατρός αντιλαμβάνεται αυτό που γνωρίζει και συγκρατεί στην μνήμη του αυτό που τον εντυπωσιάζει).

Έτσι, για την επικοινωνία των ιατρικών εικόνων αρχικά χρησιμοποιήθηκε η λεκτική περιγραφή και το ιχνογράφημα, το οποίο ακόμη και σήμερα υποκαθιστά στα συγγράμματα και στους άτλαντες κλινικές φυσιοπαθολογικές εικόνες που δεν έχουν φωτογραφηθεί. Παράλληλα η ιχνογράφηση εικόνων εξακολουθεί να αποτελεί εκπαιδευτικό μέσο γνώσης των διάφορων φυσιολογικών μορφών και παραμορφώσεων στα διάφορα πανεπιστήμια.

Η έλευση της ιατρικής φωτογραφίας υποκατέστησε το ιατρικό σχέδιο πριν από 150 χρόνια. Στη σύγχρονη ιατρική, η φωτογραφία μέσω του μικροσκοπίου μπορεί να διακρίνει δομές αόρατες στο ανθρώπινο μάτι. Η καταγραφή των μικροσκοπικών δομών με φωτογραφίες αποτέλεσε ένα μεγάλο βήμα στην γνώση και εκπαίδευση στην ιατρική.

Στην οδοντιατρική η λήψη καλής ποιότητας φωτογραφιών αποτελεί ένα άριστο και πολυποίκιλο εργαλείο τεκμηρίωσης, σχεδίασης και επικοινωνίας.

Το σύγχρονο οδοντιατρείο μπαίνει στην εποχή της ψηφιακής εικόνας με τη χρήση διαφόρων ψηφιακών μέσων όπως: η ψηφιακή ακτινογραφία, η ψηφιακή φωτογραφία-video, η ψηφιακή ενδοστοματική video-camera, τα ψηφιακά προγράμματα διαχείρισης οδοντιατρείου, η ψηφιακή σχεδίαση (imaging) αποκαταστάσεων (εμφυτευματολογία, ορθοδοντική, γναθοχειρουργική, αισθητική), την ψηφιακή λήψη του χρώματος κ.λπ., καθώς και τα διάφορα άλλα ψηφιακά προγράμματα στις διάφορες συσκευές, όπως εμφανίζονται στις οθόνες του αυτόκαυστου κλιβάνου, της οδοντιατρικής μονάδας ή στο εργαστήριο με τα ψηφιακά προγράμματα του φούρνου όπτησης πορσελάνης ή τις CAD/CAM συσκευές κ.λπ. Η οδοντιατρική φωτογραφία αρχικά χρησιμοποιήθηκε κατ' εξοχήν σε ειδικότητες της οδοντιατρικής όπου η κλινική παρέμβαση έπρεπε να τεκμηριώνεται αλλά και να μετράται, όπως στην Ορθοδοντική και τη Γναθοχειρουργική.

Σήμερα, η ψηφιακή οδοντιατρική φωτογραφία αποτελεί ένα αναπόσπαστο πλέον εργαλείο του οδοντιατρείου και του εργαστηρίου, δεδομένου ότι βοηθά στην απόκτηση γνώσης και νέας επαγγελματικής υπόστασης μέσω της αξιοποίησης της εικόνας, όπως θα αναλυθεί παρακάτω.

Σε έρευνα που έγινε στην Αγγλία το 2004 σε τυχαίο δείγμα σε 1.000 γενικούς οδοντιάτρους αποδείχθηκε ότι 36% λάμβαναν μια μορφή ψηφιακή εικόνας και οι βασικοί λόγοι που χρησιμοποιούσαν την ψηφιακή φωτογραφία ήταν 72% για συμβουλευτική και ενεργοποίηση των ασθενών, 68% για τεκμηρίωση πιθανής αστικής ευθύνης, 63% για την εκπόνηση του σχεδίου θεραπείας και 43% για την επικοινωνία με το εργαστήριο[1]

Ο λόγος, γραπτός ή προφορικός, χωρίς την επικουρία της εικόνας αποτελεί κλασική αλλά ελλιπή μέθοδο για την επικοινωνία, την εκπαίδευση και τη συνεχή επιμόρφωση του σύγχρονου οδοντιάτρου και οδοντοτεχνίτη. Για παράδειγμα, η λεκτική παραγγελία

*Εικ. 1. Η λεκτική επικοινωνία γιατρού-τεχνίτη είναι από ελλιπής και χαοτική έως επισφαλής όσον αφορά το χρώμα, τη μορφή ή τηνσύνθεση κ.λπ. των αποκαταστάσεων χωρίς την προώθηση εικόνων.*

του χρώματος ή των μορφολογικών στοιχείων στις αποκαταστάσεις αποτελεί απέλπιδα προσπάθεια χωρίς την συμβολή της εικόνας, διότι είναι γνωστό ότι ένας από τους παράγοντες που εισάγει ανακρίβεια και αναξιοπιστία στην οπτική εκτίμηση του χρώματος είναι και η έλλειψη καθορισμένου λεξιλογίου περιγραφής των χρωμάτων[2] **(Εικ. 1)**.

Η εμπλοκή του κάθε κλινικού οδοντιάτρου με την ψηφιακή φωτογραφία απαιτεί χρόνο εκμάθησης και εμπέδωσης των εργαλείων και των μεθόδων δια μέσου της εξάσκησης. Οι γνωστικές ενότητες όπου πρέπει να εκπαιδευτεί κανείς είναι:

- Η κλινική σημασία και τα πεδία εφαρμογών (Σκοπός)
- Τα εξαρτήματα και τεχνικά χαρακτηριστικά τους (Υλικά)
- Οι τεχνικές των λήψεων των φωτογραφιών (Μέθοδος)
- Η αποθήκευση, επεξεργασία και επικοινωνία (Μέθοδος)
- Οι πρακτικές εφαρμογές (εικονική εξομοίωση-imaging) στη χρωματοληψία, μορφολογία κ.λπ. (Εφαρμογές)

Τίθεται λοιπόν το βασικό πρακτικό ερώτημα: Για ποιους λόγους είναι χρήσιμη η ψηφιακή οδοντιατρική φωτογραφία στον ασκούντα την οδοντιατρική; Τον σκοπό της φωτογραφίας στην οδοντιατρική θα αναλύσουμε στο άρθρο αυτό, παραθέτοντας τα πεδία εφαρμογής της και το κέρδος που προκύπτει από την χρήση της.

**Ο σκοπός**. Ο σκοπός της ψηφιακής οδοντιατρικής φωτογραφικής εικόνας λοιπόν είναι να καταγράφει τις οπτικές λεπτομέρειες της φυσιοπαθολογίας των μαλακών και σκληρών ιστών καθώς και των διαδικασιών της αποκατάστασής τους.

## Ανάλυση εφαρμογών

### 1. Σαν εργαλείο τεκμηρίωσης

Η οπτική τεκμηρίωση με την λήψη ψηφιακών φωτογραφιών συμβάλλει ώστε οποιοσδήποτε ενδιαφερόμενος (γιατρός ή τεχνίτης) να αναφέρεται με αξιοπιστία σε κάθε περιστατικό του μετά την πάροδο μεγάλου χρονικού διαστήματος. Τα βασικά ερωτήματα στα οποία καλείται να απαντήσει ο κλινικός είναι τι και γιατί το φωτογραφίζει και κατόπιν ποια είναι η καταλληλότερη τεχνική που πρέπει να χρησιμοποιήσει σε κάθε περίπτωση.

**Βασικές αρχές κλινικής οπτικής τεκμηρίωσης:**

- ☐ Λαμβάνονται πάντοτε αρχικές φωτογραφίες πριν από *οποιαδήποτε παρέμβαση* στο περιστατικό.
- ☐ Λαμβάνονται φωτογραφίες πριν από οποιαδήποτε μη αντιστρεπτή παρέμβαση (κλινική ή εργαστηριακή) (λεύκανση, εκτροχισμός, χειρουργεία, κ.λπ.).
- ☐ Λαμβάνονται οπωσδήποτε φωτογραφίες μετά από κάθε ατύχημα (χειρουργικό ή άλλο τραύμα, κάταγμα γεφυρώματος ή κεραμικού σε αποκαταστάσεις κ.λπ.).
- ☐ Λαμβάνονται οπωσδήποτε φωτογραφίες από όλες τις εργασίες μεγάλου κόστους για τον ασθενή.
- ☐ Λαμβάνονται οπωσδήποτε φωτογραφίες από περιστατικά ολικής αποκατάστασης στόματος (full-mouth rehabilitation).
- ☐ Λαμβάνονται οπωσδήποτε φωτογραφίες από καχύποπτους, εριστικούς και ασθενείς με μεγάλες προσδοκίες ή με προηγούμενη αντιδικία με τον γιατρό τους.

**Τα αντικείμενα που καταγράφουμε οπτικά για λόγους τεκμηρίωσης περιλαμβάνουν:**

- ☐ Καταγραφές ιστορικού, κλινικής εξέτασης (φυσιο-παθολογικά ευρήματα).
- ☐ Καταγράφουμε οπτικά κάθε στάδιο θεραπείας.
- ☐ Την εξέλιξη μιας παθολογίας (βελτίωση, επιδείνωση).
- ☐ Την περιοδοντική και περι-εμφυτευματική υφίζηση
- ☐ Ασυνήθη και παροδικά ευρήματα.

**Η οπτική τεκμηρίωση με την χρήση της ψηφιακής φωτογραφίας μπορεί να χρησιμοποιηθεί σε διάφορες περιπτώσεις που κρίνεται αναγκαίο, όπως:**

- *Σε κοινωνικούς φορείς.* Πολλές φορές καλείται ο οδοντίατρος να εκθέσει τις επιστημονικές του γνώσεις σε

διάφορους φορείς π.χ. ομιλία σε κάποιο εκπαιδευτικό ίδρυμα (σχολεία, σύλλογοι, μέσα ενημέρωσης κ.λπ.), γνωμάτευση για νομικά ή αστικά θέματα (ασφαλιστικές εταιρείες, δικαστικές αγωγές, μαρτυρίες κλπ). Σε κάθε περίπτωση, η τεκμηριωμένη παρουσίαση απόψεων από τον οδοντίατρο απαιτεί και την χρήση εικόνας κατά προτίμηση από το προσωπικό του αρχείο.

- *Σε ασθενείς.* Οι ασθενείς ξεχνούν ή δεν γνωρίζουν λεπτομερώς την αρχική κατάσταση του στόματός τους, με συνέπεια να εγείρουν αμφιβολίες ή απαιτήσεις αναφορικά με την αποτελεσματικότητα της παρέμβασης του οδοντογιατρού. Γι' αυτό η κλινική οπτική τεκμηρίωση με φωτογραφίες της αποτελεσματικότητας της παρέμβασης είναι αναπόφευκτη **(Εικ. 2)**. Έτσι σε όλες τις αισθητικές αποκαταστάσεις (ορθοδοντική, προσθετική, χειρουργική) η επίδοση πριν και μετά φωτογραφιών είναι αναγκαία[3].

Το χαρακτηριστικότερο παράδειγμα είναι στην τεχνική της λεύκανσης

*Εικ. 2. Ποτέ δεν δείχνουμε στον ασθενή μόνο την τελική εικόνα σε καθρέπτη, αλλά πάντοτε την αρχική και την τελική σε αντιπαράθεση σε οθόνη ή τυπωμένες. Αυτό γιατί ο ασθενής δεν θυμάται την αρχική του κατάσταση για να συγκρίνει.*

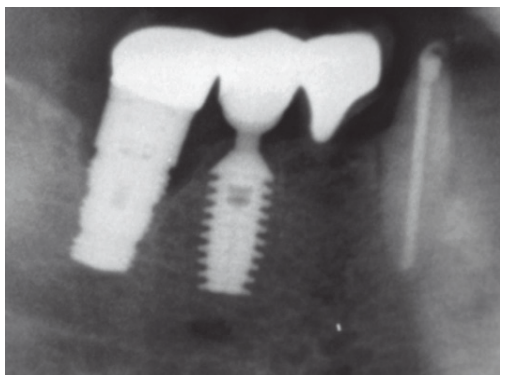
των δοντιών. Ποτέ ο γιατρός δεν ξεκινά λεύκανση χωρίς τη φωτογράφιση του αρχικού χρώματος των δοντιών, με την παρουσία και του αντίστοιχου χρωματικού δείγματος χρωματολογίου για σύγκριση, διότι ο ασθενής μετά την λεύκανση δεν μπορεί να συγκρίνει την αποτελεσματικότητα της λεύκανσης και θεωρεί ότι αυτή είναι αποτυχημένη ή ελλιπής **(Εικ 3)**. Έτσι το αποτέλεσμα της λεύκανσης μπορεί να αξιολογηθεί κλινικά με διαφορετικές μεθόδους (χρωματολόγια, συσκευές μέτρησης χρώματος). Η φωτογραφία είναι το πιο ισχυρό[4].

Παράλληλα, είναι απεριόριστα πιο δύσκολα να εξηγήσει κανείς με λόγια και ακατανόητες ορολογίες σε έναν ασθενή τις διάφορες δυνατότητες αποκατάστασης ενός ελλείποντος πλαγίου τομέα της άνω γνάθου χωρίς την χρήση εικόνων[3].

*Εικ. 3. Οι αντιπαρατιθέμενες εικόνες πριν και μετά τη λεύκανση αποτελούν απόλυτο οπτικό τεκμήριο της αποτελεσματικότητας της διαδικασίας της λεύκανσης.*

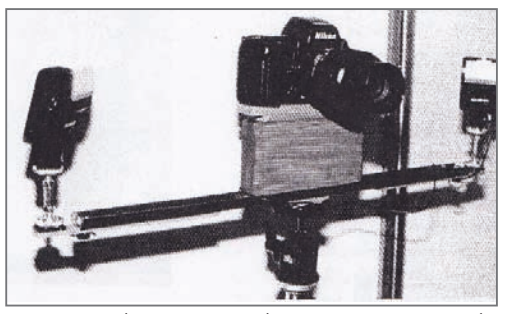
- *Σε συναδέλφους.* Μεταξύ συναδέλφων οδοντιάτρων πολλές φορές υπάρχει συνεργασία για την εκπόνηση του σχεδίου θεραπείας για διάφορα κλινικά περιστατικά (study groups). Η τηλεφωνική ή διαπροσωπική λεκτική επικοινωνία καθιστά αδύνατη την σοβαρή εκπόνηση σχεδίου θεραπείας. Μέχρι σήμερα, ήταν κατ' ελάχιστον αναγκαία η χρήση εκμαγείων μελέτης αναρτημένων σε κεντρική σχέση σε ημι-ανατομικό αρθρωτήρα και η λήψη πανοραμικής ακτινογραφίας. Η ανάγκη της λειτουργικής και αισθητικής ενσωμάτωσης της αποκατάστασης στο πρόσωπο απαιτεί την λήψη μιας σειράς ψηφιακών φωτογραφιών βάσει συγκεκριμένου πρωτοκόλλου. Οι σχέσεις των μαλακών μορίων και των σκληρών καθώς και η κίνηση στο πρόσωπο τον μαλακών μορίων αποτελούν απαραίτητα στοιχεία οποιουδήποτε αποκαταστατικού σχεδίου θεραπείας (η υποστήριξη των μαλακών ιστών κατά την ηρεμία και το γέλιο δεν αποκαλύπτονται σε εκμαγεία ή ακτινογραφίες). Το βασικό πρωτόκολλο φωτογραφικής τεκμηρίωσης για μελέτη και εκπόνηση σχεδίου θεραπείας περιλαμβάνει εικόνες της οδοντο-προσωπικής, οδοντοστοματικής και οδοντικής σύνθεσης.

Πολλές φορές η ψηφιακή φωτογραφία αποτελεί αναπόσπαστο εργαλείο της μεταξύ συναδέλφων επικοινωνίας, όταν πρόκειται για συζήτηση προβλημάτων όπως: πλημμελής επούλωση, αλλοίωση των φυσιολογικών ιστών (όγκοι, συρίγγια, διαβρώσεις κ.λπ.), πλημμελής απόδοση του χρώματος μιας αποκατάστασης και πάρα πολλές άλλες περιπτώσεις προβλημάτων που εμφα-



*Εικ. 4. Η φωτογράφιση και η ηλεκτρονική αποστολή μιας ακτινογραφίας μπορεί να αποτελέσει άριστο τρόπο επικοινωνίας μεταξύ του ιατρικού προσωπικού για την αξιολόγηση παθολογικών αιτίων (π.χ. περιεμφυτευματίτιδα).*

*Εικ. 5. Η επικοινωνία μεταξύ συναδέλφων για τη μελέτη κλινικών προβλημάτων (π.χ. αυχενικό κάταγμα κεραμικής επικάλυψης) απαιτεί την λήψη και αποστολή μέσω ηλεκτρονικού ταχυδρομείου μιας ψηφιακής εικόνας.*



*Εικ. 6. Διάφορες διατάξεις φωτογραφικών εξαρτημάτων με τυποποιημένες συνθήκες (απόσταση, φωτισμός) αποτελούν εργαλεία μετρητικών διαδικασιών έρευνας στην οδοντιατρική.*

νίζονται σε κάθε οδοντιατρική ειδικότητα **(Εικ. 4, 5)**.

- *Σε επιστημονική έρευνα.* Η τυποποιημένη (standardized) οδοντιατρική φωτογραφία αποτελεί ένα εργαλείο στην κλινική αλλά και βασική οδοντιατρική έρευνα (Ορθοδοντική, ανατομία, αισθητική κ.λπ.)[5] **(Εικ. 6)**.

Επίσης επιστημονικές παρουσιάσεις και εκδόσεις στηρίζονται απολύτως στη χρήση της οπτικής τεκμηρίωσης μέσω των φωτογραφιών. Έτσι, οι κλινικοί γιατροί μαζεύοντας κλινικά στοιχεία για την συμπεριφορά ενός υλικού ή την επιβίωση μιας μορφής αποκατάστασης, μπορεί να προβούν σε ανακοίνωση κλινικών συμπερασμάτων σε περιοδικά ή συνέδρια[3].

## 2. Σαν εργαλείο επικοινωνίας

- *Σε συμβουλευτική των ασθενών (patients consultation).* Η συμβουλευτική των ασθενών αποτελεί ένα δυναμικό κλινικό εργαλείο για την επιτυχή επικοινωνία και την απρόσκοπτη ολοκλήρωση της αποκατάστασης ενός στόματος. Η φωτογραφία στην προκειμένη περίπτωση αποτελεί το αναντικατάστατο εργαλείο που θα ενημερώσει τον ασθενή για τα στάδια και το τελικό αποτέλεσμα της αποκατάστασης. Ο οδοντογιατρός εξηγεί με την χρήση εικόνων τα προβλήματα που προτίθεται να θεραπεύσει δεδομένου ότι «ο ασθενής δεν βλέπει ό,τι βλέπει ο γιατρός». Έτσι τα διάφορα κλινικά ερωτήματα απαντώνται καλύτερα με τη χρήση εικόνων του προσωπικού

*Εικ. 7. Μια εικόνα με εναπόθεση περι-εμφυτευματικής τρυγίας κατά την συμβουλευτική των ασθενών αποτελεί άριστο επικοινωνιακό μέσο που διευκρινίζει παραστατικά το κλινικό ερώτημα «Γιατρέ, "πέφτουν" τα εμφυτεύματα;».*

*Εικ. 8, 9. Η χρήση εικόνων (ακτινογραφίες, διαγνωστικές κηρώσεις κ.λπ.) για επικοινωνία μεταξύ συναδέλφων που είναι σε μακρινές αποστάσεις είναι αναγκαία για τη σωστή σχεδίαση των αποκαταστάσεων.*

*Εικ. 10. Η λήψη εικόνας του κατάγματος ενός εμφυτεύματος κατά την τοποθέτηση και αποστολή της στον υπεύθυνο της εταιρείας παραγωγής των εμφυτευμάτων αποτελεί μαζί με επιπλέον τεχνικές πληροφορίες σύγχρονη μορφή συνεργασίας.*

*Εικ. 11. Χωρίς φωτογραφία τι θα σημαίνουν οι λέξεις από τον οδοντίατρο στον οδοντοτεχνίτη κατά την περιγραφή της ποσότητας και κατανομής του χρώματος, της ημιδιαφάνειας, της φωτεινότητας και των ποικίλων χαρακτηρισμών (ιριδισμού, αντι-οπαλισμού, κηλίδων, καταγμάτων, κοπτικής φωταύγειας, απασβεστώσεων) της παρακείμενης κλινικής εικόνας;*

μάλιστα αρχείου του γιατρού **(Εικ. 7)**.

- *Με συναδέλφους γιατρούς-οδοντιάτρους, προσωπικό του ιατρείου, παρα-ιατρικούς χώρους (εταιρείες υλικών, dealers, τεχνίτες κ.λπ.).*

Στη σύγχρονη εξάσκηση της οδοντιατρικής η ταχύτατη αύξηση του γνωστικού όγκου αλλά και η απαίτηση για προγνώσιμα αποτελέσματα επιβάλλουν την εμπλοκή πολλών ειδικοτήτων (multi-disciplinary approach) στον σχεδιασμό και στην εκτέλεση του σχεδίου θεραπείας. Η ψηφιακή φωτογραφία αποτελεί αναπόσπαστο εργαλείο επικοινωνίας μεταξύ των εμπλεκομένων ιατρών αλλά και εργαλείο μελέτης, σχεδιασμού και τεκμηρίωσης της αποκαταστατικής προσπάθειας **(Εικ. 8, 9)**.

- *Με συνεργάτες εμπόρους ή εταιρείες παραγωγής προϊόντων.* Πολλές φορές κατά την κλινική χρήση υλικών παρατηρούνται προβλήματα που προκύπτουν από διαμαρτίες κατά την κατασκευή. Η λήψη ψηφιακής φωτογραφίας της πιθανής κατασκευαστικής διαμαρτίας και η αποστολή της στον κατασκευαστή καταδεικνύει το πρόβλημα, διαφαίνεται δε και ο επαγγελματισμός του γιατρού στην διαχείριση των προβλημάτων του ιατρείου **(Εικ. 10)**.
- *Με το εργαστήριο.* Η σύγχρονη επικοινωνία του ιατρείου με το οδοντοτεχνικό εργαστήριο επιβάλλει την ψηφιακή επικοινωνία. Ιατρείο και εργαστήριο χωρίς φωτογραφική μηχανή και προσωπικό υπολογιστή ανήκουν στην παλιά αναλογική εποχή της λεκτικής επικοινωνίας. Πως είναι δυνατόν να περιγράφουν με λέξεις τα εντελώς εξατομικευμένα στοιχεία χρώματος ημιδιαφάνειας, επιφανειακής ανακλαστικότητας και μορφολογίας ενός κεντρικού ή πλάγιου φυσικού τομέα που θέλουμε να εξομοιώσουμε με μια τεχνητή αποκατάσταση **(Εικ. 11)**. Το δε κόστος και η απογοήτευση στην ομάδα γιατρού-τεχνίτη-ασθενούς από τις επαναλήψεις και το κακό τελικό αποτέλεσμα επιβάλλει τη χρήση της ψηφιακής εικόνας ως μέσου επικοινωνίας. Να σημειωθεί δε ότι η χρήση της ψηφιακής φωτογραφικής μηχανής είναι πολύ οικονομικότερο μέσω από ό,τι η χρήση ψηφιακών μετρητικών συσκευών (φωτόμετρα, φασματοφωτόμετρα)[6].
- *Στο διαδίκτυο.* Το διαδίκτυο αποτελεί το πλέον σύγχρονο ψηφιακό μέσο επικοινωνίας που στηρίζεται κατ' εξοχήν στην ψηφιακή εικόνα. Ήδη η χρήση του είναι μεγάλη στη σύγχρονη οδοντιατρική (δημιουργία ιστοσελίδων, διαδραστική εξ αποστάσεως επικοινωνία-τηλεπαρουσιάσεις τηλεδιασκέψεις κ.λπ.) και η εξέλιξη της χρήσης του απρόβλεπτη. Οποιαδήποτε επικοινωνία του οδοντογιατρού για επαγγελματικούς λόγους με την χρήση του διαδικτύου απαιτεί την παράθεση ψηφιακών εικόνων. Συνεπώς, η λήψη ψηφιακών εικόνων των λειτουργιών στο ιατρείο είναι αναγκαία.

## 3. Σαν εργαλείο επιμόρφωσης και κλινικής ποιοτικής βελτίωσης

Η φωτογραφία μπορεί να αποτελέσει ένα εργαλείο ποιοτικού ελέγχου της προσφερόμενης αποκατάστασης από το ιατρείο και τα μέλη του. Έλεγχος ποιότητας στο ιατρείο γίνεται με την αυτο-αξιολόγηση των παρεμβάσεων του κάθε κλινικού ιατρού και των άλλων μελών του ιατρείου.

Η διαδικασία της αυτο-αξιολόγησης του κλινικού βοηθάται ιδιαίτερα όταν μετά το πέρας της κλινικής εργασίας μελετά τα προβλήματα και κρίνει τα αποτελέσματα των παρεμβάσεών του.

*Εικ. 12. Η ποιότητα των χειρισμών (π.χ. τραυματισμός κατά την απώθηση με νήμα, ποιότητα ορίων παρασκευής κ.λπ.) του κλινικού μπορεί να αυτοαξιολογηθεί από την λήψη φωτογραφιών και την μελέτη και συζήτηση με συνεργάτες ή συναδέλφους.*

*Εικ. 13, 14. Η σπειρωτή επιφάνεια ή η πώρωση στις αντίστοιχες εικόνες κατά την πρώτη όπτηση της κεραμικής μάζας αποτελεί ένα ποιοτικό μειονέκτημα της κεραμικής αποκατάστασης.*

*Εικ 15. Η ποιοτική συμπεριφορά σε παρόμοια χρήση των δύο χειρουργικών εγγλυφίδων διαφορετικών εταιρειών (άμβλυνση κοπτικού ορίου και καταπόνηση κεφαλής) φαίνεται σε φωτογραφική λήψη κατ' αντιπαράθεση.*

Η αυτο-αξιολόγηση της δεξιότητάς του και της αποτελεσματικότητας του κλινικού μπορεί να γίνει με την μελέτη των φωτογραφιών στην οθόνη του υπολογιστή του σε διαφορετικές λήψεις και μεγεθύνσεις **(Εικ. 12)**.

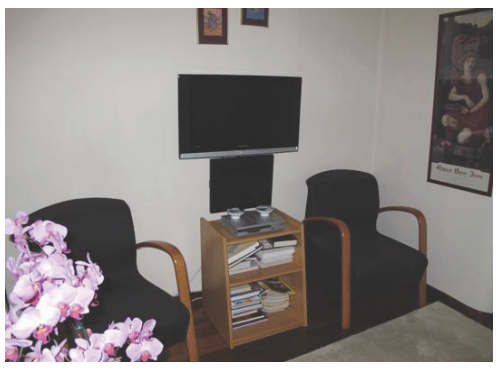
Ποιοτική βελτίωση μπορεί να αποδώσει η φωτογραφική λήψη διαφόρων εργαστηριακών σταδίων όπως η ποιοτική όπτηση των κεραμικών όσον αφορά τον βαθμό όπτησης **(Εικ. 13)** ή πώρωσης **(Εικ. 14)**. Η μεγεθυσμένη εικόνα της κεραμικής μάζας αποκαλύπτει διάφορα προβλήματα που πολλές φορές είναι αόρατα στον γυμνό οφθαλμό.

Παράλληλα και ο ποιοτικός έλεγχος των υλικών και εξαρτημάτων με την λήψη ψηφιακών φωτογραφιών και την μεγέθυνσή τους μπορεί να καταδείξει κλινική συμπεριφορά τους όσον αφορά την αντοχή και την αποδοτικότητα. **(Εικ. 15)**

## 4. Εργαλείο επαγγελματικής προβολής

Ένας απλός και εσωτερικός τρόπος προβολής (In-

ternal Marketing) των αποτελεσμάτων του ιατρείου μπορεί να γίνει με εικόνες που λαμβάνονται κατά την κλινική πράξη. Οι εικόνες αυτές είναι απαραίτητες για την δημιουργία ενός καταλόγου αποκαταστάσεων (Alboum) πριν-μετά που θα εκτίθεται στην αίθουσα αναμονής και παράλληλα αποτελεί εργαλείο προβολής των δυνατοτήτων του ιατρείου κατά την συμβουλευτική του ασθενούς. Στην αίθουσα αναμονής επίσης η ψηφιακή εναλλασσόμενη παράθεση αποκατεστημένων αισθητικών περιστατικών (Εικ. 16) προβάλλει την ψηφιοποίηση και την δυνατότητα του ιατρείου. Επίσης η ανάρτηση εικόνων στο ιατρείο με αισθητικές αποκαταστάσεις ενέχει ισχυρή δυναμικής επαγγελματικής προβολής.

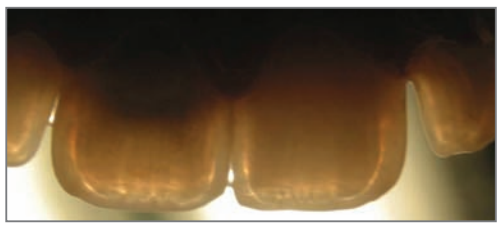


*Εικ. 16. Η προβολή σε οθόνες της αίθουσας αναμονής κυλιομένων εικόνων (πριν-μετά) ή video από περιστατικά που αποκαταστάθηκαν στο ιατρείο αποτελούν εργαλείο προώθησης της δυνατότητας του ιατρείου.*

## 5. Σαν εργαλείο δημιουργικότητας και αναψυχής

Η ψηφιακή οδοντιατρική φωτογραφία διακρίνεται σε φωτογραφία τεκμηρίωσης και καλλιτεχνική. Η φωτογραφία τεκμηρίωσης καταγράφει την παρουσία ενός αντικειμένου ή φαινομένου, ενώ η καλλιτεχνική καταγράφει αυτό που εντυπωσιάζει ή ενδιαφέρει ή και δημιουργείται από τον φωτογράφο. Η καλλιτεχνική φωτογραφία χρησιμεύει για εκπαίδευση, δημιουργική έκφραση και προώθηση προϊόντων[7].

Η ενασχόληση με την ψηφιακή φωτογραφία αποτελεί και την εμπλοκή του οδοντιάτρου με τον εικαστικό χώρο. Η φωτογραφία (τεκμηρίωσης και καλλιτεχνική) διδάσκεται σε σχολές Καλών Τεχνών για αρκετά έτη και εμπλέκει τον οδοντίατρο με έννοιες όπως το φως, η σκιά, το χρώμα, η προοπτική, η κίνηση, η σύνθεση, πορτρέτο κ.λπ. (Εικ.§ 17). Αποτελεί έτσι η φωτογραφία για τον «εγκλεισμένο» οδοντίατρο ένα καλό μέσο αύξησης της αυτο-εκτίμησης από την δημιουργικότητα συνδυασμένη με αναψυχή.



*Εικ. 17. Η φωτογραφία εμπλέκει τον οδοντίατρο με εικαστικές έννοιες, όπως το φως, η σκιά, το χρώμα, η προοπτική, η κίνηση, η σύνθεση κ.λπ.*

## Συμπεράσματα

- Το εργαλείο της ψηφιακής φωτογραφίας θα πρέπει να θεωρείται το ίδιο αναγκαίο και καθημερινό για οποιονδήποτε ασχολείται με την οδοντιατρική, όσο και η ακτινογραφία με ακτίνες-Χ που χρησιμοποιήθηκε για πολλές δεκαετίες[8].
- Αποτελεί ισχυρό κλινικό εργαλείο τεκμηρίωσης, επικοινωνίας, προβολής, ποιοτικού ελέγχου αλλά και αναψυχής.
- Αποτελεί έτσι ένα όχι ιδιαίτερα ακριβό αλλά ευρείας εφαρμογής κλινικό μέσο που σε ιατρεία του εξωτερικού λειτουργεί και σαν μέσο τεκμηρίωσης πιθανών απεμπλοκών από προβλήματα αστικής ευθύνης.

## Βιβλιογραφία


1. Sharland MR, Burke FJT, McHugh S, Walmsley AD. Use of dental Photography by General Dental practitioners in Great Britain. Dent Update 2004;31:199-202
2. Seghi RR, Johnston WM, O' Brien WJ. Performance assessment of colorimetric devices on dental porcelains. J Dent Res 1989;68:1755-1759.
3. Christensen GJ. Important clinical uses for dental photography JADA 2005 Jan;136:77-79).
4. Bengel W. Digital Photography and the Assessment of Therapeutic results after Bleaching procedures. J Esthet Restor Dent 15;S21-S32, 2003
5. Farkas L, Bryson W, Klotz J. Is photogrammetry of the face reliable? Plast Reconstr Surg 1980;66:346-355
6. Jarad FD, Russel MD, Moss BW. The use of digital imaging for color matching and communication in restorative dentistry Br Dent J 2005;199:43-49
7. Fondriest J. Documentation versus artistic photography. QDT 2008;127-1330
8. Bengel W. Mastering Dental Photography. Quintessence Pub Co Inc 2002, pp 14



New Fox II
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 8 Watt (810nm) / 11 Watt (980nm) / 10 Watt (1064nm)
- Με οθόνη αφής, δυνατότητα αναπαραγωγής Video, USB function
- Οπτικές ίνες 200, 300, 400 & 600 μm μίας ή πολλών χρήσεων
- Μεγάλη συλλογή όλων των απαραίτητων αξεσουάρ
- Απόλυτη ελευθερία ρυθμίσεων παραμέτρων
- Προεγκατεστημένα Πρωτόκολλα και Beginners Mode για εύκολη χρήση
- Διαστάσεις 12x21x10 cm - Βάρος 1,2 Kg
- Πρακτική βαλίτσα μεταφοράς
- Συμπεριλαμβάνεται εξωτερικός μετρητής ενέργειας
- 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

- 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

# 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***

# Παράγοντες που καθορίζουν την επιτυχία των εμφυτευμάτων

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

**Ε. Βαϊρακτάρης*** MD, DDS, Dr, Dr, **Δ. Αυγουστίδης**** MD, **Θ. Νισύριος**** MD, **Σ. Βασιλείου**** MD, DDS, Dr
* 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, στα προηγούμενα τεύχη του «Ο.Β.» παραθέσαμε τα **δύο από τα τρία μέρη** του άρθρου **«Παράγοντες που καθορίζουν την επιτυχία των εμφυτευμάτων»**. Στο παρόν τεύχος δημοσιεύουμε το **τρίτο και τελευταίο μέρος**.

Όπως ήδη έχουμε αναφέρει, ένας μεγάλος αριθμός παραγόντων εμπλέκεται στην οστεοενσωμάτωση των εμφυτευμάτων και για τον λόγο αυτό θα πρέπει να ακολουθείται ένα αυστηρό πρωτόκολλο τόσο προεγχειρητικά, όσο και διεγχειρητικά, ξεχωριστό για την κάθε περίπτωση. Το πρωτόκολλο αυτό πρέπει να συνεκτιμά:

Α) **Τον παράγοντα «ασθενή».** Εδώ λαμβάνονται υπόψη συστηματικοί, τοπικοί, ανατομικοί παράγοντες κ.ά.

Β) **Τον παράγοντα «ιατρό»**, ο οποίος, αφού εκτιμήσει όλα τα δεδομένα, θα πρέπει να είναι σε θέση να επιλέξει το κατάλληλο εμφύτευμα και να προβεί στο σχεδιασμό της προσθετικής εργασίας και, βέβαια,

Γ) **Τον παράγοντα «εμφύτευμα»**, καθότι συγκεκριμένα χαρακτηριστικά των εμφυτευμάτων επηρεάζουν την επιτυχημένη οστεοενσωμάτωση.

Στα προηγούμενα δύο άρθρα μας αναλύσαμε τους παράγοντες που αφορούν στον ασθενή και τον ιατρό. Στο παρόν άρθρο θα αναφερθούμε στους παράγοντες που σχετίζονται με το εμφύτευμα.

## Γ) Ο παράγοντας «εμφύτευμα»

Παρακάτω θα αναφερθούμε αναλυτικά στα χαρακτηριστικά των σύγχρονων εμφυτευματικών συστημάτων, προκειμένου ο χειρουργός να γνωρίζει πώς οι παράμετροι εκείνες που σχετίζονται με την κατασκευή τους επηρεάζουν την επιτυχία της θεραπείας με εμφυτεύματα. Συγκεκριμένα, τα χαρακτηριστικά αυτά μπορούν να ταξινομηθούν στις παρακάτω κατηγορίες:

1. **Το υλικό κατασκευής του εμφυτεύματος** αποτελεί κριτήριο που καθορίζει τη βιοσυμβατότητά του.
2. **Η μικρομορφολογία της επιφάνειας του εμφυτεύματος** και **η επικάλυψη της με διάφορους παράγοντες**.
3. **Η μορφολογία του εμφυτεύματος (μήκος, διάμετρος, τύπος σπειρώματος, σχήμα εμφυτεύματος)**, τα οποία επηρεάζουν την επίτευξη πρωτογενούς συγκράτησης κατά την εμφύτευση.
4. **Τα χαρακτηριστικά του εμφυτεύματος που αφορούν τη σχέση του με την προσθετική εργασία.**

## Γ.1. Τα υλικά κατασκευής των εμφυτευμάτων

Ο οργανισμός αντιδρά διαφορετικά κατά την εισαγωγή του εμφυτεύματος ανάλογα με το υλικό κατασκευής του. Όπως ήδη έχουμε αναφέρει, τα εμφυτεύματα κατασκευάζονται από βιοσυμβατά με τον ανθρώπινο οργανισμό υλικά, ώστε να μην προκαλούνται τοξικές αντιδράσεις. Ο στόχος τον οποίο θέτουμε σήμερα είναι η προαγωγή της οστικής απάντησης κατά τρόπο τέτοιο ώστε να οδηγεί στη γρηγορότερη και αποτελεσματικότερη οστεοενσωμάτωση του εμφυτεύματος και ταυτόχρονα στη μείωση του χρόνου φόρτισης του εμφυτεύματος φτάνοντας, αν είναι δυνατόν, στην άμεση φόρτιση. Για τον λόγο αυτό γίνεται προσπάθεια, ώστε τα υλικά κατασκευής των εμφυτευμάτων να διαθέτουν:

α) **οστεοεπαγωγικές ιδιότητες**, δηλαδή να προάγουν την παραγωγή νέου οστού, όπως π.χ. συμβαίνει στην επικάλυψη της επιφάνειας του εμφυτεύματος από οξείδια του τιτανίου ή ζιρκονίου, αλλά και

β) **οστεοκαθοδηγητικές ιδιότητες**, δηλαδή να οδηγούν στη δημιουργία οστού κατά μήκος της επιφάνειας του εμφυτεύματος, όπως π.χ. συμβαίνει με τις διάφορες τεχνικές επεξεργασίας της επιφάνειας αυτής προκειμένου να αποκτήσει πορώδη δομή κ.ά.

Τα σύγχρονα οδοντικά εμφυτεύματα κατασκευάζονται από τα εξής υλικά:

- Τιτάνιο (99,75% Ti),
- Κράματα τιτανίου (κυρίως Ti-6Al-4V),
- Ζιρκόνιο, ενώ μόλις πρόσφατα αναφέρονται και εμφυτεύματα από
- Κράματα τιτανίου-ζιρκονίου (TiZr1317)

Η συντριπτική πλειονότητα των εταιρειών σήμερα διαθέτει εμφυτεύματα τιτανίου ή κραμάτων του, διότι το υλικό αυτό είναι απόλυτα αποδεκτό από τον ανθρώπινο οργανισμό, ασφαλές για τον ασθενή, οικείο στους θεράποντες, λόγω της μακροχρόνιας χρήσης του, και το κόστος του είναι προς το παρόν μικρότερο σε σχέση με τα εμφυτεύματα ζιρκονίου. Τα εμφυτεύματα τιτανίου ή κραμάτων του είναι εξαιρετικά ασφαλή και μόνο σε σπάνιες περιπτώσεις μπορούν να προκαλέσουν τοξική ή αλλεργική αντίδραση. Επιπλέον, τα εμφυτεύματα από κράματα τιτανίου περιέχουν ένα μείγμα από αλουμίνιο και βανάδιο και παρουσιάζουν μεγαλύτερη σκληρότητα και ανθεκτικότητα σε σχέση με τα εμφυτεύματα καθαρού τιτανίου, τα οποία σημειωτέον περιέχουν σε κάποιο ποσοστό σίδηρο ή άνθρακα.

Παρά τα πλεονεκτήματα του τιτανίου και την ευρεία τους χρήση, η εξέλιξη και το μέλλον στα εμφυτεύματα επιθυμεί τη χρήση του ζιρκονίου. Τα εμφυτεύματα ζιρκονίου παρουσιάζουν:

- καλύτερη βιοσυμβατότητα,
- καλύτερες μηχανικές ιδιότητες με ευνοϊκότερη κατανομή των δυνάμεων φόρτισης,
- ανώτερη αισθητική λόγω του λευκού τους χρώματος και
- μεγαλύτερη αντοχή σε κατάγματα

Αντίθετα, σε ό,τι αφορά την οστεοενσωμάτωση, δεν φαίνεται να υπερέχουν των εμφυτευμάτων τιτανίου, αν και δεν υπάρχει ακόμα επαρκής αριθμός εργασιών στη διεθνή βιβλιογραφία. Χαρακτηριστικά αναφέρουμε:

**α.** Είναι γνωστό ότι κατά την πορεία της οστεοενσωμάτωσης, ένα μέρος μόνο της επιφάνειας του εμφυτεύματος έρχεται σε επαφή με το νεοσχηματιζόμενο οστούν. Μια συγκριτική πειραματική μελέτη σε χοίρους μεταξύ εμφυτευμάτων ζιρκονίου με αδροποιημένη με οξύ επιφάνεια και εμφυτευμάτων τιτανίου με αμμοβολημένη και ταυτόχρονα αδροποιημένη με οξύ επιφάνεια έδειξε 5% μεγαλύτερη περιεμφυτευματική οστική ανάπτυξη και 7% μεγαλύτερη επιφάνεια επαφής οστού-εμφυτεύματος στα εμφυτεύματα ζιρκονίου, χωρίς τα ποσοστά αυτά να διαφέρουν σε στατιστικά σημαντικό βαθμό και επιπλέον έδωσε συγκρίσιμα αποτελέσματα όσον αφορά τη δύναμη αποκοχλίωσης των δύο τύπων εμφυτευμάτων. Η μέτρηση της δύναμης αποκοχλίωσης ενός εμφυτεύματος αποτελεί μια διαδικασία εργαστηριακού ελέγχου της οστεοενσωμάτωσης.

**β.** Για τις ανάγκες μιας παρόμοιας μελέτης τοποθετήθηκαν και πάλι στις γνάθους χοίρων εμφυτεύματα ζιρκονίου και τιτανίου με στόχο τη μελέτη της οστεοενσωμάτωσής τους. Μετά από μια περίοδο αναμονής 4 εβδομάδων πραγματοποιήθηκε ιστολογική και ιστομορφομετρική ανάλυση, οι οποίες έδειξαν ότι το ποσοστό επαφής επιφάνειας εμφυτεύματος- οστού κυμάνθηκε στο 53% και για τους δύο τύπους εμφυτευμάτων, παρόλο που στην περιοχή γύρω από τα εμφυτεύματα ζιρκονίου, η παραγωγή νέου οστού ήταν αυξημένη κατά 6%, συγκριτικά με τα εμφυτεύματα τιτανίου. Οι ερευνητές κατέληξαν στο συμπέρασμα ότι δεν υπάρχουν ουσιαστικές διαφορές στην οστεοενσωμάτωση μεταξύ εμφυτευμάτων ζιρκονίου και τιτανίου και τα αποτελέσματα είναι συγκρίσιμα.

**γ.** Πρόσφατα, σε άλλη εργασία έγινε σύγκριση εμφυτευμάτων από κράμα **τιτανίου-ζιρκονίου** περιεκτικότητας 13-17% σε ζιρκόνιο και εμφυτευμάτων από καθαρό τιτάνιο. Τα εμφυτεύματα από το κράμα τιτανίου-ζιρκονίου είχαν επιπλέον αμμοβολημένη και αδροποιημένη με οξύ επιφάνεια και συγκριτικά με τα εμφυτεύματα από καθαρό τιτάνιο προέκυψαν τα εξής:

- μεγαλύτερη απαιτούμενη δύναμη αποκοχλίωσης της τάξης του 15% για την αφαίρεσή τους στο ίδιο χρονικό διάστημα,
- 5% μεγαλύτερη οστική ανάπτυξη περιεμφυτευματικά κατά την ιστομορφομετρική ανάλυση και
- συγκρίσιμα ποσοστά επαφής οστού-εμφυτεύματος.

## Γ.2. Η μικρομορφολογία της επιφάνειας των εμφυτευμάτων και η επικάλυψή της με διάφορους παράγοντες

Αποτελέσματα μακροχρόνιων ερευνών έδειξαν ότι η υφή και η σύσταση της επιφάνειας του εμφυτεύματος αποτελούν πρωταρχικούς παράγοντες για την οστεοενσωμάτωση του εμφυτεύματος. *Με τον όρο «μικρομορφολογία» της επιφάνειας του εμφυτεύματος εννοούμε τη χημική και μηχανική επεξεργασία που μπορεί να έχει υποστεί η επιφάνεια αυτή με στόχο την προαγωγή της οστεοενσωμάτωσης.* Στη διαδικασία αυτή περιλαμβάνεται και η κάλυψη της επιφάνειας του εμφυτεύματος με διάφορους παράγοντες.

Η επιφάνεια των σύγχρονων εμφυτευμάτων μπορεί να έχει υποστεί :

- ηλεκτρολυτική επιμετάλλωση,
- αδροποίηση με οξύ (SLA),
- επεξεργασία με ιονισμένο αέριο τιτανίου (TPS),
- αμμοβολή,
- κάλυψη με ανόργανα συστατικά όπως υδροξυαπατίτη (HA),
- κάλυψη με οργανικά συστατικά, όπως ένζυμα, οστεογενετικές πρωτεΐνες (π.χ BMP's, OP-1, κ.ά.),
- κάλυψη με πορώδες τιτάνιο
- κάλυψη με φαρμακευτικούς παράγοντες,
- συνδυασμούς των ανωτέρω.

Από τις παραπάνω τροποποιήσεις της επιφάνειας των εμφυτευμάτων έχει μελετηθεί ιδιαίτερα η μέθοδος της αδροποίησης με διάφορα οξέα (συνδυασμός HCl και $H_2SO_4$ είτε HF και $HNO_3$, καθώς και μόνο $HNO_3$) τόσο σε μακροσκοπικό όσο και σε επίπεδο οπτικού και ηλεκτρονικού μικροσκοπίου. Το μέγεθος της αδρότητας της επιφάνειας του εμφυτεύματος (μικρή, μέτρια, μεγάλη) οδηγεί σε προσκόλληση διαφορετικών μορίων και κυττάρων, τα οποία με τη σειρά τους οδηγούν σε διαφορετική

απόκριση της οστεοενσωμάτωσης. Για παράδειγμα, οι ινοβλάστες προσκολλώνται ευκολότερα σε λείες επιφάνειες, ενώ οι οστεοβλάστες, τα επιθηλιακά κύτταρα και τα μακροφάγα προτιμούν αδρές επιφάνειες.

Τα πλεονεκτήματα της αδροποίησης με οξύ είναι τα εξής:

1. Δημιουργεί ομοιογενή επιφάνεια.
2. Η λειτουργική επαφή (περιοχή επαφής εμφυτεύματος-οστού) αυξάνεται.
3. Ευνοείται η προσκόλληση μορίων και κυττάρων και τέλος,
4. Επιτρέπει στα οστεοκύτταρα να κινούνται πάνω στην επιφάνειά του εμφυτεύματος επιδρώντας θετικά στη διαδικασία της οστεοενσωμάτωσης (έχει οστεοκαθοδηγητικές ιδιότητες).

Όπως προκύπτει από τα παραπάνω, τα εμφυτεύματα με αδρή και ανώμαλη επιφάνεια παρέχουν μεγαλύτερη σε έκταση λειτουργική επιφάνεια, πάνω στην οποία αναπτύσσεται νέο οστούν και προάγεται η διαδικασία της οστεοενσωμάτωσης. Ωστόσο, η προσπάθεια υπέρμετρης αύξησης της επιφάνειας επαφής εμφυτεύματος - οστού μέσω της αδροποίησης είναι δυνατό να οδηγήσει σε αντίθετα αποτελέσματα.

Όσον αφορά συγκριτικές μελέτες και για τις υπόλοιπες τροποποιήσεις της επιφάνειας των εμφυτευμάτων αναφέρουμε χαρακτηριστικά τα εξής:

**α.** Από τη σύγκριση της πορείας της οστεοενσωμάτωσης μεταξύ εμφυτευμάτων με επιφάνεια είτε λεία, είτε αμμοβολημένη με λεπτούς ή με χοντρούς κόκκους, είτε με συνδυασμό αμμοβολής με χοντρούς κόκκους και αδροποίησης με οξύ, προέκυψε υπεροχή του τελευταίου τύπου επιφάνειας, όσον αφορά την αύξηση του ποσοστού επαφής οστού-εμφυτεύματος, η οποία κυμάνθηκε από 10% έως και 35% σε σχέση με τις υπόλοιπες κατηγορίες.

**β.** Από τα αποτελέσματα άλλης μελέτης προέκυψε ότι η κάλυψη του εμφυτεύματος με υδροξυαπατίτη υπερτερεί σε σχέση με επιφάνεια εμφυτεύματος αμμοβολημένη, επεξεργασμένη με οξύ (SLA), επεξεργασμένη με ιονισμένο αέριο τιτανίου (TPS) ή μηχανικά επεξεργασμένη, προσφέροντας από 20% έως και 50% μεγαλύτερη περιοχή επαφής οστού-εμφυτεύματος.

**γ.** Ο συνδυασμός υδροξυαπατίτη και οστεογενετικών πρωτεϊνών, όπως οι BMP-2 και ο TGF-β για την κάλυψη των εμφυτευμάτων τιτανίου, βελτιώνει τα ποσοστά επιτυχούς οστεοενσωμάτωσης και

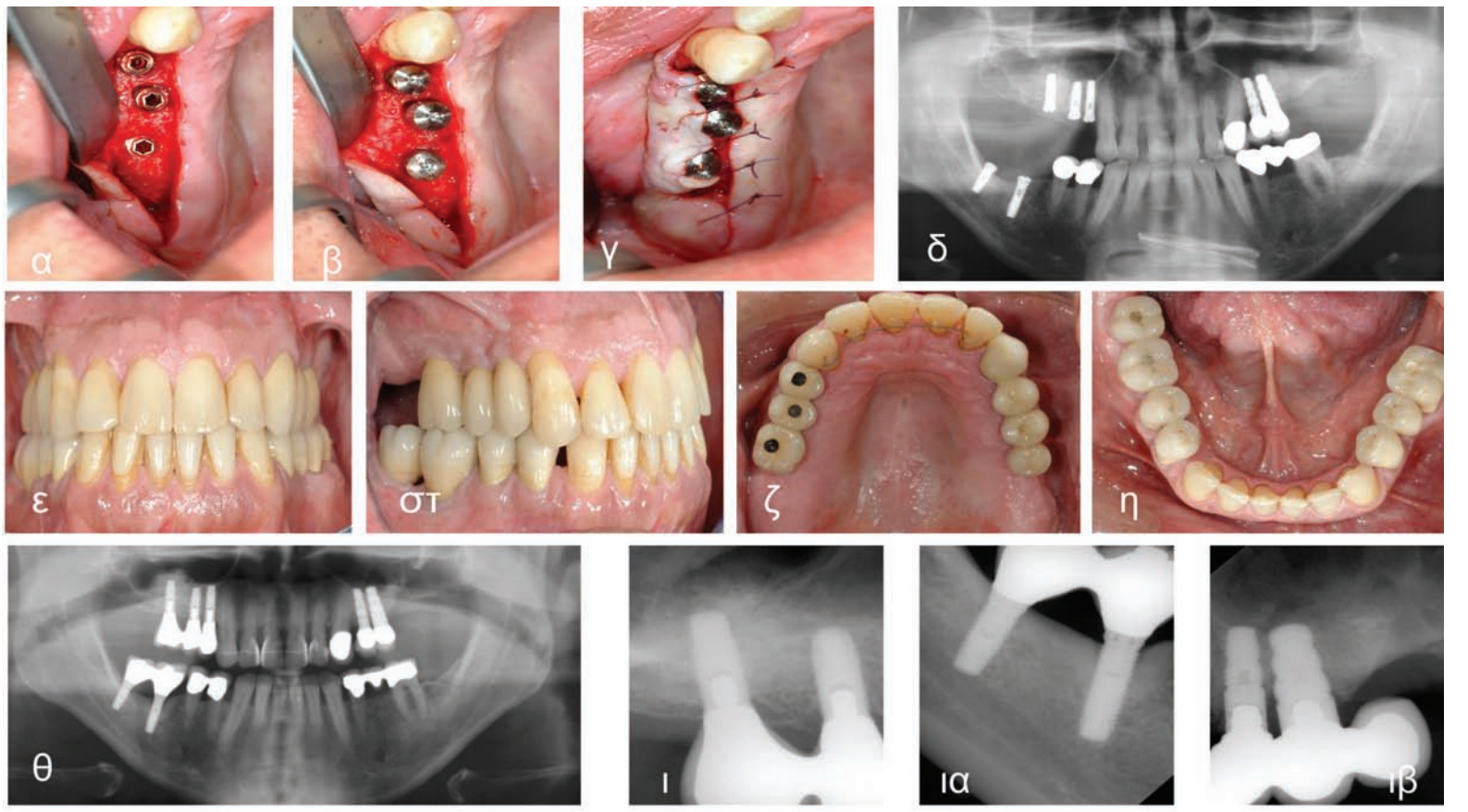
**δ.** Τα εμφυτεύματα με επιφάνεια από πορώδες τιτάνιο συγκριτικά με τα αδροποιημένα εμφυτεύματα, εμφανίζουν:

- 15% μεγαλύτερη οστική ανάπτυξη μέσα στη μικροπορώδη δομή της επιφάνειάς τους και προαγωγή της οστεοενσωμάτωσης,
- αυξημένη σταθερότητα ανάμεσα σε οστούν και εμφύτευμα,
- αυξημένη αντοχή και αντίσταση σε δοκιμασίες κόπωσης με εφαρμογή δυνάμεων αντίστοιχων των μασητικών και τέλος
- παρόμοιες μηχανικές ιδιότητες οστού-υλικού κάλυψης.

**ε.** Η εφαρμογή ιόντων υδρογόνου σε ήδη αδροποιημένη επιφάνεια τιτανίου οδηγεί σε αύξηση της επιφάνειας εμφυτεύματος – οστού, αλλά και σε αύξηση της δύναμης αποκοχλίωσης του εμφυτεύματος κατά 51 - 64%, άρα ευνοεί την οστεοενσωμάτωση.

Συμπερασματικά θα μπορούσαμε να πούμε ότι η εξέλιξη της επιφάνειας των εμφυτευμάτων έχει διέλθει μέσα από τα εξής στάδια:

- Τα εμφυτεύματα πρώτης γενιάς είχαν λεία επιφάνεια.
- Τα εμφυτεύματα δεύτερης γενιάς είχαν αδρή επιφάνεια μεγέθους από 5 έως 12 μm με στόχο την αύξηση της επιφάνειας επαφής του εμφυτεύματος με το οστούν της γνάθου.
- Τα εμφυτεύματα τρίτης γενιάς έχουν αδρή επιφάνεια και επιπλέον τροποιημένη με διάφορες μεθόδους, ώστε να επενδύεται με παράγοντες με οστεοεπαγωγικές και οστεοκαθοδηγητικές ιδιότητες, γεγονός που οδηγεί σε ταχύτερη και αποτελεσματικότερη οστεοενσωμάτωση, ευνοώντας την άμεση φόρτιση. Όσον αφορά την τεκμηρίωση της υπεροχής κάποιας από τις τροποποιήσεις αυτές έναντι άλλων απαιτούνται περισσότερες έρευνες από τη βιβλιογραφία.




*Εικόνα 1: Αποκατάσταση της νωδότητας στις οπίσθιες περιοχές της άνω και κάτω γνάθου με τη βοήθεια εμφυτευμάτων (α-ια). Τα εμφυτεύματα στις θέσεις 24 και 25 προϋπήρχαν (ιβ), ενώ η προσθετική εργασία που εδραζόταν σε αυτά έφερε πρόβολο αντίστοιχα προς τον 26, το οποίο και αφαιρέθηκε, όπως μπορεί να φανεί στις υπόλοιπες ακτινογραφίες (δ,θ). Στην άνω γνάθο πραγματοποιήθηκε ταυτόχρονα κλειστή ανύψωση του ιγμορείου, λόγω ανεπαρκούς ύψους της φατνιακής ακρολοφίας (α-δ). Τόσο στην άνω, όσο και στην κάτω γνάθο, επιλέχθηκαν κοχλιούμενα εμφυτεύματα διαφορετικού μήκους και διαμέτρου, καλυμμένα με υδροξυαπατίτη, με στόχο την αποφυγή ανατομικών δομών και την επίτευξη καλύτερης οστεοενσωμάτωσης σε μια περιοχή αυξημένων λειτουργικών δυνάμεων (δ). Η κλινική και ακτινογραφική εικόνα μετά την τοποθέτηση της προσθετικής εργασίας (ε-θ). Μεγενθύσεις της πανοραμικής ακτινογραφίας (θ) στις θέσεις 15 και 16 (ι) και 46, 47 (ια). Παρατηρήστε τη διαφορετική μορφολογία και το διαφορετικό είδος σπειρώματος των εμφυτευμάτων που είχαν τοποθετηθεί στο παρελθόν προς αποκατάσταση των ελλειπόντων δοντιών 24 και 25 (ιβ).*

## Γ.3. Η μορφολογία του εμφυτεύματος (μήκος, διάμετρος, τύπος σπειρώματος, σχήμα του εμφυτεύματος)

Με τον όρο μορφολογία ή δομή του εμφυτεύματος, εννοούμε όλα εκείνα τα στοιχεία και χαρακτηριστικά που απαρτίζουν την τρισδιάστατη δομή του. Τα σημαντικότερα από αυτά είναι:

α. το μήκος του,
β. η διάμετρός του,
γ. το είδος του σπειρώματος που διαθέτει το εμφύτευμα και
δ. το σχήμα του εμφυτεύματος.

**α. Το μήκος του εμφυτεύματος**. Η σπουδαιότητα του **μήκους** του εμφυτεύματος στην επίτευξη οστεοενσωμάτωσης φαίνεται από το γεγονός ότι όσο μεγαλύτερο μήκος διαθέτει ένα εμφύτευμα, τόσο μεγαλύτερη είναι η αντίστασή του στις δυνάμεις που ασκούνυαι κατά τη μάσηση και σε δυνάμεις αποκοχλίωσης, όπως προκύπτει από δοκιμασίες ελέγχου που έχουν πραγματοποιηθεί πάνω στο κολόβωμα του εμφυτεύματος. Επιπλέον, το μεγαλύτερος μήκος εμφυτεύματος οδηγεί και σε αυξημένη συγκράτηση αμέσως μετά την τοποθέτησή του. Για τους λόγους αυτούς, η άποψη που επικρατεί σήμερα είναι η εξής: *όπου είναι εφικτό πρέπει να τοποθετούνται όσο το δυνατόν μακρύτερα εμφυτεύματα προκειμένου να υπάρχει μεγαλύτερη μηχανική σταθερότητα στο εμφύτευμα αρχικά και οι μασητικές και συγκλεισιακές δυνάμεις να κατανέμονται σε όσο το δυνατόν μεγαλύτερη οστική επιφάνεια, γεγονός που εξασφαλίζει τη διατήρηση μεγαλύτερης οστικής μάζας πέριξ του εμφυτεύματος και δρα ευνοϊκά στη διαδικασία της οστεοενσωμάτωσης.*

Το ελάχιστο αποδεκτό μήκος εμφυτεύματος παλιότερα ήταν 10mm, ενώ ο στόχος πάντα παραμένει η σχέση εμφυτεύματος - στεφάνης να είναι 1:1. Στον παρακάτω **πίνακα** παρουσιάζονται τα ποσοστά της μακροπρόθεσμης επιτυχίας εμφυτευμάτων διαφορετικού μήκους.

**Πίνακας** Μακροπρόθεσμα ποσοστά επιτυχίας των εμφυτευμάτων ανάλογα με το μήκος του εμφυτεύματος

| Συγγραφέας | Έτος | Σύστημα | No. | Μήκος Εμφυτεύματος | Διάρκεια Παρακολούθησης | % Επιτυχίας |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Quirynen και συν. | 1991 | Branemark | 1273 | 7 mm<br>10 mm<br>13 mm | 7 έτη | 87,4%<br>93,2%<br>99,0% |
| Lekholm και συν. | 1994 | Branemark | 558 | 7 mm<br>10 mm<br>13 mm | 5 έτη | 93,6%<br>89,7%<br>94,2% |
| Buser και συν. | 1997 | ITI | 2359 | 8 mm<br>10 mm<br>12 mm | 7 έτη | 91,4%<br>93,4%<br>95,0% |
| ten Bruggenkate και συν. | 1998 | ITI | 253 | 6 mm | 6 έτη | 94,0% |
| Ferrigno | 2002 | ITI | 1286 | 8 mm<br>10 mm<br>12 mm | 10 έτη | 89,6%<br>91,6%<br>93,0% |

Όπως φαίνεται στον πίνακα, οι ten Bruggenkate και συν. τοποθέτησαν εμφυτεύματα μικρού μήκους (6mm) και παρατήρησαν μεγάλα ποσοστά 6ετούς επιβίωσης, κατά μέσον όρο της τάξης του 94%. Άξιο αναφοράς στη μελέτη αυτή είναι το γεγονός ότι τα κοντά εμφυτεύματα συνδυάζονταν πάντα με μακρύτερα εμφυτεύματα, ιδιαίτερα σε περιπτώσεις αποκατάστασης στην άνω γνάθο, όπου η οστική πυκνότητα κατά κανόνα υπολείπεται. Σήμερα, προκειμένου για εμφυτεύματα μικρού μήκους οι περισσότεροι ερευνητές υποστηρίζουν ότι:

α) παρουσιάζουν μεγαλύτερα ποσοστά αποτυχίας σε σχέση με μακρύτερα εμφυτεύματα,
β) ενδείκνυνται σε περιπτώσεις πολύ απορροφημένης φατνιακής ακρολοφίας της κάτω γνάθου και στις οπίσθιες περιοχές της άνω γνάθου.

**β. Η διάμετρος του εμφυτεύματος.** Είναι κατανοητό ότι η αύξηση της επιφάνειας επαφής του εμφυτεύματος με το οστούν, άρα και η αύξηση της μηχανικής του σταθερότητας και της αντίστασής του στις δυνάμεις φόρτισης είναι συνάρτηση τόσο του αυξημένου μήκους του εμφυτεύματος, όσο και της μεγαλύτερης διαμέτρου του. Τα εμφυτεύματα μικρότερης διαμέτρου παρουσιάζουν μεγαλύτερα ποσοστά καταγμάτων, ιδιαίτερα όταν τοποθετούνται σε οπίσθιες θέσεις στις γνάθους, όπου οι δυνάμεις φόρτισης είναι μεγαλύτερες κατά τη μάσηση. Συγκεκριμένα, σύμφωνα με τους Siddiqui και Caudill, τα εμφυτεύματα διαμέτρου 5mm είναι 3 φορές πιο ανθεκτικά σε κατάγματα από εμφυτεύματα διαμέτρου 3,75mm και αντίστοιχα τα εμφυτεύματα διαμέτρου 6mm είναι 6 φορές ανθεκτικότερα από τα εμφυτεύματα διαμέτρου 3,75mm.

Οι Winkler και συν. μελέτησαν τα ποσοστά επιτυχίας εμφυτευμάτων διαφορετικού μήκους και διαμέτρου σε μία περίοδο 3 ετών. Οι ερευνητές εστιάστηκαν σε εμφυτεύματα μήκους 7mm, 8mm, 10mm, 13mm και 16mm, τα οποία χώρισαν σε δύο ομάδες ανάλογα με τη διάμετρό τους: στην πρώτη ομάδα τοποθέτησαν τα εμφυτεύματα με διάμετρο από 3,0 - 3,9mm και στη δεύτερη ομάδα τα εμφυτεύματα με διάμετρο από 4,0 - 4,9mm. Τα ποσοστά επιτυχίας των εμφυτευμάτων για την περίοδο παρακολούθησης των 3 ετών ανήλθαν στο 90,7% για τα εμφυτεύματα της πρώτης ομάδας και στο 94,6% για τα εμφυτεύματα της δεύτερης ομάδας. Όσον

αφορά το μήκος των εμφυτευμάτων, η επιβίωση των εμφυτευμάτων κυμάνθηκε από 66,7% για τα εμφυτεύματα μήκους 7mm, έως 96,4% γι' αυτά με μήκος 16mm. Το τελικό συμπέρασμα από αυτή την εργασία ήταν ότι τα λεπτότερα και κοντύτερα εμφυτεύματα παρουσίαζαν χαμηλότερα ποσοστά επιτυχούς οστεοενσωμάτωσης και μειωμένη σταθερότητα.

**γ. Το σπείρωμα του εμφυτεύματος.** Τα μεγαλύτερα σε μήκος εμφυτεύματα τοποθετούνται συχνότερα στις πρόσθιες νωδές περιοχές, δεδομένου ότι στις θέσεις αυτές δεν κινδυνεύουν ανατομικές δομές, όπως το κάτω φατνιακό νεύρο ή η κοιλότητα του γναθαίου κόλπου, ενώ επιπλέον και το οστούν στις πρόσθιες θέσεις των γνάθων είναι συχνά πυκνότερο. Ωστόσο, οι οπίσθιες περιοχές των γνάθων είναι αυτές οι οποίες δέχονται έως και 300% μεγαλύτερες δυνάμεις κατά τη μάσηση και απαιτούν όσο το δυνατόν εμφυτεύματα μεγαλύτερου μήκους και διαμέτρου. Μετά την επιλογή ενός εμφυτεύματος κατάλληλου μήκους, ακολουθεί η επιλογή της διαμέτρου του, η οποία είναι δυνατό να επιφέρει αύξηση της επιφάνειας επαφής εμφυτεύματος - οστού μέχρι και 30%. Αντίθετα, η ταυτόχρονη μεταβολή της διαμέτρου του εμφυτεύματος με την κατάλληλη τροποποίηση των σπειρών της εξωτερικής του επιφάνειας, μπορεί να αυξήσει την επιφάνεια επαφής εμφυτεύματος - οστού κατά 300%. Με αυτό τον τρόπο επιτυγχάνεται καλύτερη πρωτογενής συγκράτηση, μείωση των τάσεων που ασκούνται στον φλοιό της φατνιακής ακρολοφίας, μείωση των πιθανοτήτων απώλειας φλοιώδους οστού γύρω από το εμφύτευμα και βέβαια μεγαλύτερα ποσοστά επιτυχούς οστεοενσωμάτωσης ακόμα και επί άμεσης φόρτισης.

Σήμερα, η πλειονότητα των εμφυτευμάτων που χρησιμοποιείται διαθέτει σπείρωμα, ενώ οι εταιρείες κατασκευής εμφυτευμάτων παρέχουν εμφυτεύματα με ποικιλία σπειρώματος, υπογραμμίζοντας τη σπουδαιότητα της παραμέτρου αυτής **(Εικόνα 1)**. Σκοπός της προσθήκης των σπειρών σε ένα εμφύτευμα είναι:

α) η αύξηση της λειτουργικής επιφάνειας επαφής οστού-εμφυτεύματος,
β) η βελτίωση της πρωτογενούς συγκράτησης και της σταθερότητας του εμφυτεύματος που είναι απαραίτητες για την οστεοενσωμάτωση, λόγω της δυνατότητας κοχλίωσης που παρέχουν οι σπείρες και τέλος
γ) η συμβολή τους στην καλύτερη και ευνοϊκότερη (για το εμφύτευμα και το οστούν) κατανομή των δυνάμεων φόρτισης.

Όσον αφορά την τρίτη παράμετρο, τα κυριότερα χαρακτηριστικά της μορφολογίας των σπειρών τα οποία και επηρεάζουν σε σημαντικό βαθμό την κατανομή των δυνάμεων φόρτισης είναι:

α) Η πυκνότητα των σπειρών (αριθμός σπειρών ανά μονάδα μήκους),
β) Το βάθος της αύλακας ανάμεσα σε δύο διαδοχικές σπείρες,
γ) Το σχήμα εκάστης σπείρας και τέλος
δ) Η γωνία της σπείρας (προφίλ), όπως προκύπτει σε διατομή του εμφυτεύματος.

**Όσον αφορά την πυκνότητα των σπειρών και το βάθος της αύλακας μεταξύ δύο διαδοχικών σπειρών**, γίνεται εύκολα κατανοητό ότι όσο μεγαλύτερο αριθμό σπειρών ανά μονάδα μήκους διαθέτει ένα εμφύτευμα, αλλά και όσο βαθύτερη είναι η εν λόγω αύλακα, τόσο περισσότερο αυξάνεται η διαθέσιμη λειτουργική επιφάνεια του εμφυτεύματος (επιφάνεια επαφής εμφυτεύματος-οστού).

**Όσον αφορά το σχήμα εκάστης σπείρας**, κατά την επιμήκη - οβελιαία διατομή του εμφυτεύματος, αυτό μπορεί να έχει τη μορφή: α) σχήματος V, β) τετραγώνου ή γ) αντηρίδας.

Οι σπείρες σχήματος V, οι οποίες είναι και οι πρώτες που εισήχθησαν από τον Brnemark το 1965, μεταφέρουν δεκαπλάσια διατμητικά φορτία στο οστούν συγκριτικά με τις σπείρες σχήματος τετραγώνου. Αντίθετα, οι σπείρες σχήματος τετραγώνου διαθέτουν τέτοια αρχιτεκτονική, η οποία μεταφέρει με συμπιεστικό τρόπο τις δυνάμεις φόρτισης στο οστούν με αποτέλεσμα τη μικρότερη καταπόνησή του στην περιοχή πέριξ του εμφυτεύματος. Τέλος, οι σπείρες με σχήμα αντηρίδας είναι ιδανικές για αντίσταση σε ελκτικές δυνάμεις, ωστόσο εμφανίζουν μικρότερη πυκνότητα και μικρότερου βάθους αύλακα ανάμεσα στις σπείρες. Στη βιβλιογραφία δεν αναφέρεται κάποια μελέτη που να έχει συγκρίνει τις τρεις αυτές μορφές σπειρώματος μεταξύ τους.

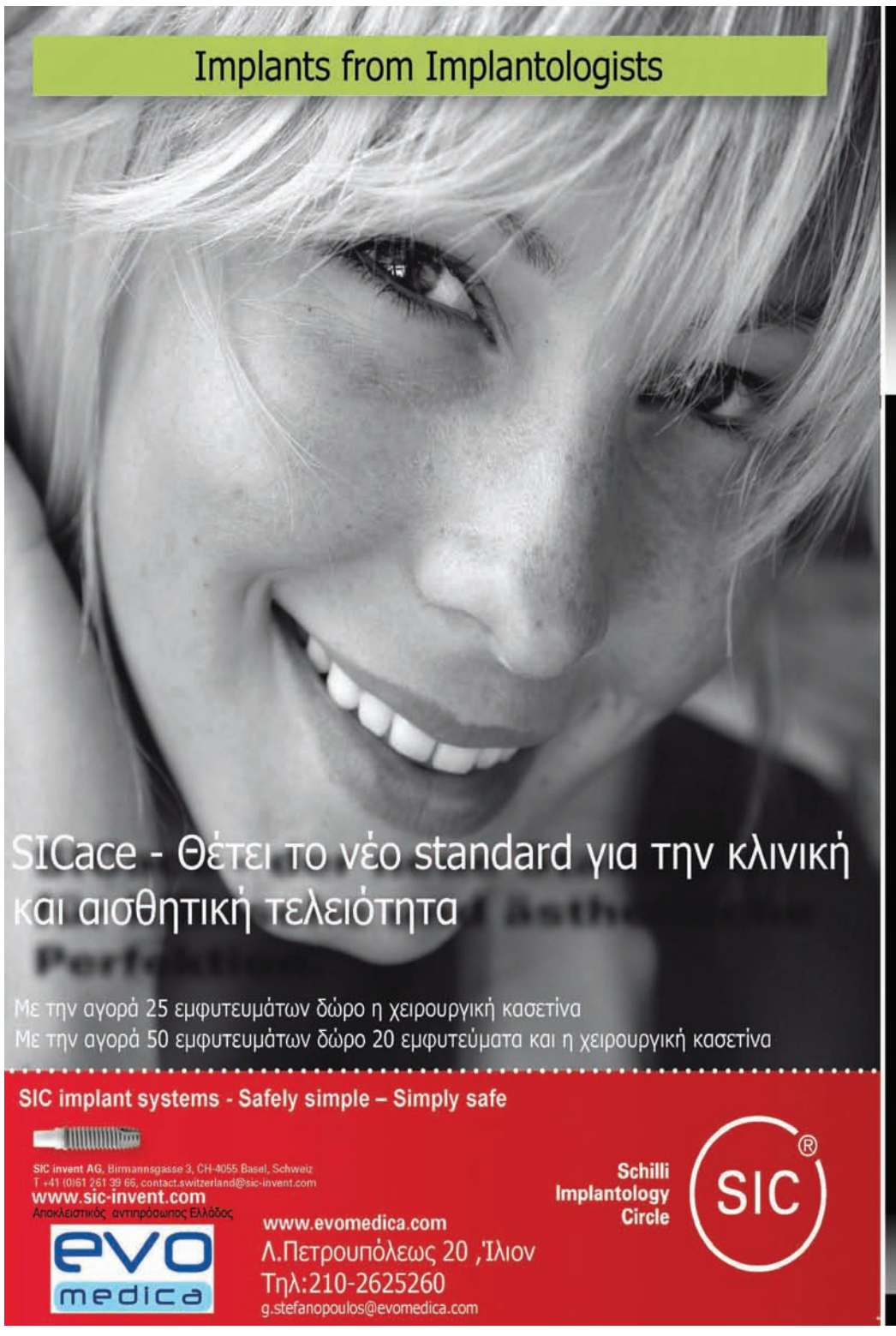
Τελευταία αναφέρεται και η εισαγωγή εμφυτευμάτων με αποστρογγυλεμένες σπείρες, οι οποίες σε οβελιαία διατομή έχουν τη μορφή ημιτονοειδούς καμπύλης. Κατά την κοχλίωση των εμφυτευμάτων προκαλείται λειτουργική συμπίεση από το εμφύτευμα στο σπογγώδες οστούν, αλλά ταυτόχρονα ασκείται και μία αντιδραστική δύναμη από το οστούν προς το εμφύτευμα, λόγω της ελαστικότητας του σπογγώδους οστού, η οποία στην περίπτωση εμφυτευμάτων με αποστρογγυλεμένες σπείρες κατανέμεται ισομερώς σε όλη την επιφάνεια του εμφυτεύματος. Το γεγονός αυτό ευνοεί το σχηματισμό νέου οστού, όπως έχει δειχθεί σε πειραματόζωα.

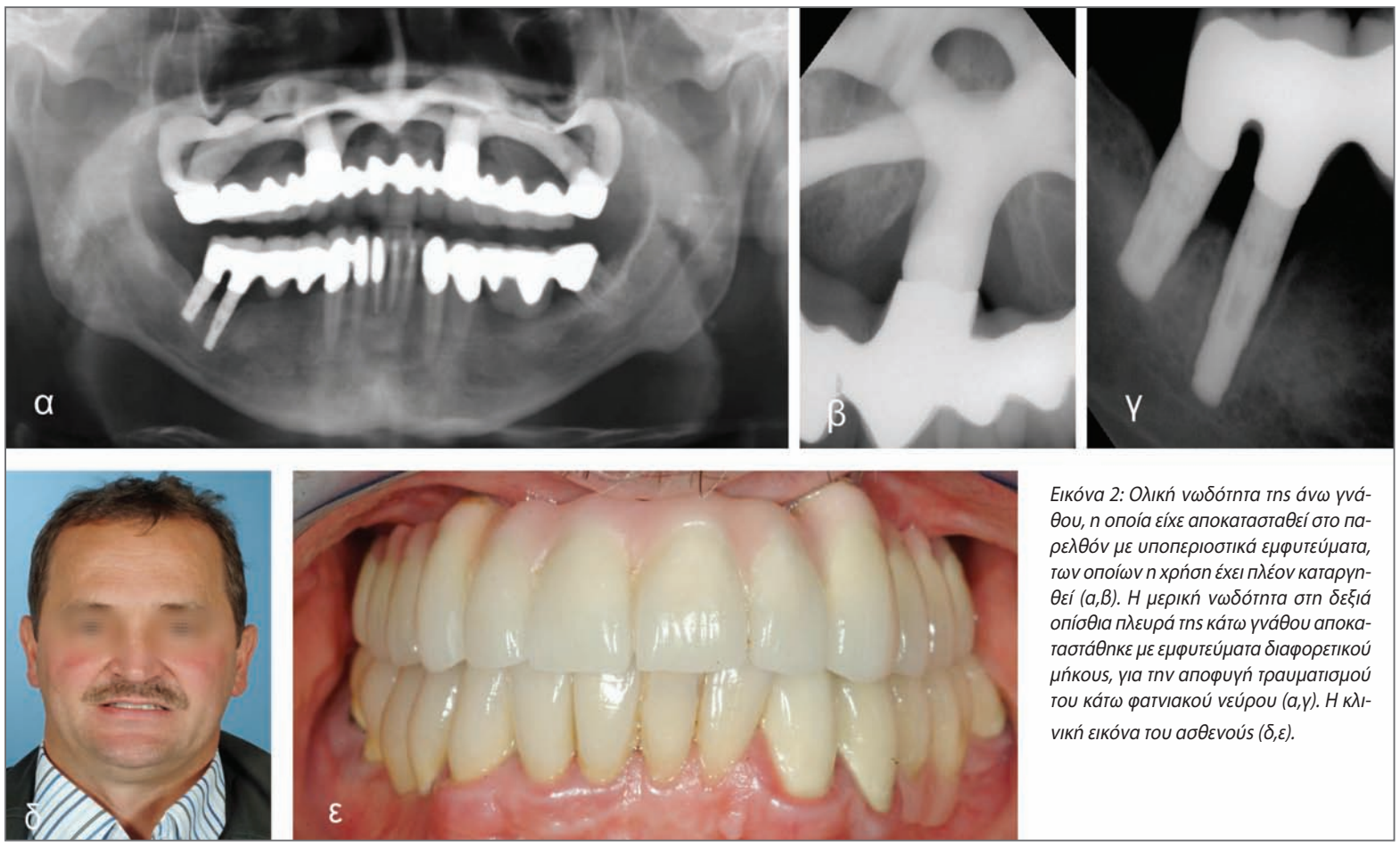
**Όσον αφορά τη γωνία εκάστης σπείρας σε οβελιαία διατομή,** αυτή είναι υπεύθυνη για τη μετατροπή της δύναμης κατά τη φόρτιση του εμφυτεύματος σε ενδοοστική δύναμη διαφορετικής κατεύθυνσης. Σε περιπτώσεις αξονικής φόρτισης του εμφυτεύματος, μια σπείρα σχήματος V και μια σπείρα με μορφή αντηρίδας, οι οποίες συνήθως έχουν γωνία 30°, δίνουν συγκρίσιμα αποτελέσματα. Μια σπείρα τετράγωνης διατομής λειτουργεί μεταφέροντας την αξονική δύναμη κατά τη φόρτιση σε όσο το δυνατόν μεγαλύτερο μήκος μέσω του εμφυτεύματος με αποτέλεσμα τη συμπίεση του οστού.

**Εμφυτεύματα με πολλαπλό σπείρωμα.** Πέρα από τα παραπάνω σχήματα σπειρών που αναφέρθηκαν έχουν προταθεί λύσεις με ***διπλό*** ή ακόμα και ***τριπλό σπείραμα*** οι οποίες παρουσιάζουν:

- καλύτερη προσαρμογή του εμφυτεύματος στο φρεάτιο υποδοχής,
- αύξηση της πρωτογενούς συγκράτησης, η οποία όπως είπαμε είναι ιδιαίτερα σημαντική για την επιτυχημένη πορεία της οστεοενσωμάτωσης, ωστόσο ταυτόχρονα
- απαιτούν μεγαλύτερη δύναμη κοχλίωσης, λόγω του πολλαπλού τους σπειρώματος.

Στα εμφυτεύματα μονού σπειρώματος, όταν εκτελείται μία πλήρης περιστροφή της σπείρας, το εμφύτευμα βυθίζεται κατά 0,6mm, ενώ στα εμφυτεύματα διπλού σπειρώματος η αντίστοιχη βύθιση είναι 1,2mm. Αποτέλεσμα αυτού του γεγονότος είναι το εμφύτευμα με διπλό σπείραμα να *απαιτεί τον μισό χρόνο κοχλίωσης.* Επιπλέον, δεδομένου ότι στο ακρορριζικό τους τμήμα τα εμφυτεύματα αυτά






*Εικόνα 2: Ολική νωδότητα της άνω γνάθου, η οποία είχε αποκατασταθεί στο παρελθόν με υποπεριοστικά εμφυτεύματα, των οποίων η χρήση έχει πλέον καταργηθεί (α,β). Η μερική νωδότητα στη δεξιά οπίσθια πλευρά της κάτω γνάθου αποκαταστάθηκε με εμφυτεύματα διαφορετικού μήκους, για την αποφυγή τραυματισμού του κάτω φατνιακού νεύρου (α,γ). Η κλινική εικόνα του ασθενούς (δ,ε).*

έχουν κωνικό σχήμα, δημιουργείται ισχυρότερη συμπίεση του οστού κατά τις τελευταίες στροφές κοχλίωσης, με αποτέλεσμα να αυξάνεται η πρωτογενής συγκράτηση και η ακαμψία του εμφυτεύματος.

Συμπερασματικά, θα λέγαμε ότι σήμερα είναι εδραιωμένη η εξής άποψη: **αύξηση και ανακατασκευή οστού περιεμφυτευματικά παρατηρείται μόνο σε εμφυτεύματα τα οποία δέχονται φόρτιση.** Μάλιστα, το νεοσχηματιζόμενο οστούν συγκεντρώνεται κατά προτίμηση σε περιοχές του εμφυτεύματος οι οποίες παρουσιάζουν προεξοχές, αυλακώσεις και ακρολοφίες.

Η άποψη αυτή υποστηρίζεται και από τη μηχανιστική θεωρία του Frost και βασίζεται στη λογική ότι η ανάπτυξη οστού προκαλείται από τους μικροτραυματισμούς των περιβαλλόντων ιστών από τις μικροανωμαλίες της επιφάνειας του εμφυτεύματος στην προσπάθεια ευνοϊκότερης κατανομής των δυνάμεων φόρτισης από την πλευρά του οστού. Οι σπείρες του εμφυτεύματος επιδρούν σε όλους αυτούς τους τομείς, γιατί όχι μόνο αυξάνουν την επιφάνεια επαφής εμφυτεύματος-οστού παρέχοντας μεγαλύτερη πρωτογενή σταθερότητα κατά την τοποθέτηση του εμφυτεύματος, αλλά και αποτελούν οι ίδιες προεξοχές για την ανάπτυξη νέου οστού και επιπλέον κατανέμουν τις δυνάμεις φόρτισης από το εμφύτευμα στο οστούν με ποικίλους τρόπους.

**δ. Το σχήμα του εμφυτεύματος.** Το σχήμα του εμφυτεύματος είναι καθοριστικό για την επιτυχία της οστεοενσωμάτωσης, διότι συμβάλλει στην πρωτογενή σταθερότητά του και επιπλέον ορίζει τη λειτουργική επιφάνεια του εμφυτεύματος στην οποία θα μεταφερθούν οι δυνάμεις φόρτισης. Θα πρέπει κάθε φορά με προσοχή να επιλέγουμε τον πλέον κατάλληλο τύπο σχήματος που θα έχει το εμφύτευμα που θα τοποθετήσουμε σε μία συγκεκριμένη θέση. Είναι μάλιστα δυνατόν σε έναν ασθενή να χρησιμοποιήσουμε εμφυτεύματα με διαφορετικό σχήμα ανάλογα με τις ανάγκες και το οστικό υπόβαθρο. Τα εμφυτεύματα σήμερα μπορεί να έχουν σχήμα:

i κυλινδρικό

ii. κωνικό ή σφηνοειδές

**i. Κυλινδρικά εμφυτεύματα.** Τα εμφυτεύματα αυτά αντικατέστησαν παλαιότερα είδη εμφυτευμάτων (π.χ. λεπιδόμορφα) η χρήση των οποίων σήμερα έχει εκλείψει **(Εικόνα 2)**. Πλέον, οι τύποι των εμφυτευμάτων που ευρέως χρησιμοποιούνται εμφανίζουν διάφορες παρεκκλίσεις του κυλινδρικού σχήματος. Τα πλεονεκτήματα των κυλινδρικών εμφυτευμάτων είναι τα εξής:

- η εύκολη διάνοιξη του φρεατίου,
- η υψηλού βαθμού αρχική σταθερότητα του εμφυτεύματος κατά την τοποθέτησή του στο οστούν και
- η μεγάλη επιφάνεια επαφής με ελάχιστους εναπομείναντες σχισμοειδείς χώρους μεταξύ οστού και εμφυτεύματος.

**ii. Κωνικού ή σφηνοειδούς σχήματος εμφυτεύματα.** Πρόκειται στην πλειονότητά τους για κυλινδρικά εμφυτεύματα, τα οποία κατασκευάζονται με τεχνική αφαίρεσης υλικού από την ακρορριζική τους επιφάνεια, οδηγώντας σε σχήμα που ομοιάζει με αυτό της οδοντικής ρίζας (ριζόμορφο). Η χρήση των κωνικών εμφυτευμάτων παρουσιάζει συγκεκριμένες ενδείξεις, όπως:

- τη δυνατότητα άμεσης εμφύτευσης σε μετεξακτικό φατνίο με μεγιστοποίηση της επιφάνειας επαφής οστού-εμφυτεύματος,
- την τοποθέτηση εμφυτευμάτων στην άνω γνάθο, όπου λόγω ιδιομορφίας της ακρολοφίας, το ακρορριζικό της τμήμα είναι στενότερο σε σχέση με την κορυφή της. Εάν χρησιμοποιήσουμε κυλινδρικά εμφυτεύματα σε αυτή την περίπτωση, είναι πολύ πιθανό να δημιουργήσουμε οστικό παράθυρο προστομιακά με ακάλυπτες σπείρες και κινητικότητα του εμφυτεύματος, ενώ τέλος,
- προκειμένου για την κάτω γνάθο, μειώνεται ο κίνδυνος διάτρησης του γλωσσικού πετάλου του φλοιώδους οστού κατά την εμφύτευση και επομένως και ο κίνδυνος τραυματισμού του κάτω φατνιακού και του γλωσσικού νεύρου.

Τα εμφυτεύματα ριζόμορφου σχήματος παρουσιάζουν καλύτερη απόκριση σε μη αξονικές και διατμητικές δυνάμεις φόρτισης. Όταν τα ριζόμορφα εμφυτεύματα δέχονται τέτοιου είδους μασητικές φορτίσεις, μπορούν να τις μετατρέπουν σε ευνοϊκότερες μορφές δυνάμεων για τα ίδια και για το περιβάλλον οστούν, με αποτέλεσμα οι τάσεις στις οποίες υπόκεινται αμφότερα να είναι σημαντικά εξασθενημένες.


ΜΕΤΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΑ ΜΑΘΗΜΑΤΑ ΣΤΑ ΕΜΦΥΤΕΥΜΑΤΑ

**ΕΠΕΙΓΟΥΣΑ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΗ**

Έναρξη των Μαθημάτων στο

Αμφιθέατρο του Πανεπιστημιακού Νοσοκομείου «ΑΤΤΙΚΟΝ»

**Σάββατο 13–11–2010, ώρα 10:00 – 13:00**

Ομιλητές:

**Καθηγητής Ε. Βαϊρακτάρης,**

**Δ. Αυγουστίδης, Θ. Νισύριος**

Θέμα: «Παράγοντες επιτυχίας των Εμφυτευμάτων»

**Προσκεκλημένος Ομιλητής: Καθηγητής Ε. Nkenke**

Πανεπιστημίου Erlangen Γερμανίας

Θέμα: «Τεχνικές Ανάπλασης των Γνάθων για Εμφυτεύματα»

**ΕΙΣΟΔΟΣ ΕΛΕΥΘΕΡΗ**

Ο Διευθυντής της Γναθοπροσωπικής Χειρουργικής Κλινικής

της Ιατρικής Σχολής του Παν/μίου Αθηνών

**Καθηγητής Ε. Βαϊρακτάρης**


Τέλος, αναφέρουμε ότι τα εμφυτεύματα μπορεί να είναι συμπαγή ή κενά στο εσωτερικό τους, ενώ το περίγραμμα του σώματός τους μπορεί να είναι παράλληλο ή κωνικό και η απόληξή τους να είναι επίπεδη, αποστρογγυλεμένη ή οξύαιχμη.

## Γ.4. Τα χαρακτηριστικά του εμφυτεύματος που αφορούν τη σχέση του με την προσθετική εργασία.

### Γ.4.1. Ο τρόπος σύνδεσης του εμφυτεύματος με το τεχνητό κολόβωμα (abutment)

Ο τρόπος σύνδεσης εμφυτεύματος-κολοβώματος αποτελεί πολύ σημαντικό παράγοντα για την πορεία της οστεοενσωμάτωσης, καθώς θα πρέπει να προσφέρει προστασία τόσο από περιστροφικές δυνάμεις, όσο και από δυνάμεις παραμόρφωσης. Ιδιαίτερα, σε περιπτώσεις που χρησιμοποιούνται κολοβώματα με μεγάλα μήκη (π.χ. σε χρόνια νωδές ακρολοφίες) οι δυνάμεις που ασκούνται είναι πολύ μεγάλες και τείνουν να εκτρέψουν το κολόβωμα. Για τον λόγο αυτό, όταν τέτοιες δυνάμεις ασκούνται μακροχρόνια, όπως συμβαίνει στους βρυγμομανείς, δημιουργείται χαλάρωση της σύνδεσης εμφυτεύματος - κολοβώματος, με κίνδυνο τελικά τη θραύση στην περιοχή της σύνδεσης.

Με την εξέλιξη των εμφυτευμάτων κρίθηκε απαραίτητη η δημιουργία ενός τρόπου σύνδεσης κολοβώματος – εμφυτεύματος, ο οποίος να προσδίδει ασφάλεια έναντι της πιθανής περιστροφής του κολοβώματος. Ο απλούστερος τύπος σύνδεσης που παρέχει αυτή την ασφάλεια είναι αυτός του ***εξωτερικού εξαγώνου***. Στην περίπτωση αυτή το κολόβωμα συναρμόζει στις ειδικές προεξοχές του μυλικού τμήματος της **εξωτερικής επιφάνειας** του εμφυτεύματος που στο σύνολό τους σχηματίζουν εξάγωνο, αποτρέποντας την περιστροφική του κίνηση. Στην πραγματικότητα υπάρχει μία ελευθερία περιστροφής, η οποία εξαρτάται από τη χαρακτηριστική γεωμετρία του εξαγώνου. Εάν αυτή η γεωμετρία αλλοιωθεί, είναι δυνατόν η ελευθερία περιστροφής ανάμεσα στο κολόβωμα και το εμφύτευμα να αυξηθεί περαιτέρω με ανεπανόρθωτες συνέπειες στην προσθετική εργασία που εδράζεται σε αυτήν τη θέση. Σε αυτές τις περιπτώσεις οι δυνάμεις της φόρτισης μεταφέρονται σε άλλα μέρη του εμφυτεύματος και στο οστούν, πράγμα που μπορεί να οδηγήσει σε χαλάρωση της βίδας σύνδεσης της προσθετικής εργασίας με το κολόβωμα, σε κάταγμα της προσθετικής εργασίας ή σε μικροκατάγματα του φατνιακού οστού και απώλεια της οστεοενσωμάτωσης.

Πλέον, η ασφάλεια έναντι περιστροφής του κολοβώματος έχει εξελιχθεί περαιτέρω και ο παραπάνω τύπος σύνδεσης έχει αντικατασταθεί με τον τύπο σύνδεσης ***εσωτερικού εξαγώνου***, ο οποίος παρουσιάζει πλεονεκτήματα, όπως:

- καλύτερη κατανομή των δυνάμεων φόρτισης,
- μεγαλύτερη αντοχή της σύνδεσης εμφυτεύματος - κολοβώματος στις μεταφερόμενες στη σύνδεση δυνάμεις φόρτισης και λιγότερες φθορές της σύνδεσης με το πέρασμα του χρόνου,
- συγκεκριμένες θέσεις ένθεσης του κολοβώματος στο εμφύτευμα και άρα ευκολότερος προσανατολισμός της προσθετικής εργασίας,
- μεγαλύτερη ασφάλεια έναντι περιστροφής του κολοβώματος.

Επιπλέον θα πρέπει να τονίσουμε το γεγονός ότι τα οδοντικά εμφυτεύματα τοποθετούνται με τη βοήθεια μέσων κοχλιώσεως τα οποία εφαρμόζουν είτε στην εξωτερική, είτε στην εσωτερική περίμετρο του σώματος του εμφυτεύματος, προκειμένου να μεταβιβαστεί η ροπή στρέψης από το μέσο στο εμφύτευμα και η όλη διεργασία γίνεται με την άσκηση συγκεκριμένης στάθμης δύναμης. Εξάλλου, αρχικός σκοπός της κατασκευής εμφυτευμάτων με σχήμα εξωτερικού εξαγώνου ήταν η εύρεση ενός σχήματος ικανού να μεταφέρει αποτελεσματικά τη ροπή από το μηχάνημα κοχλιώσεως στο σώμα του εμφυτεύματος κατά τη διάρκεια της χειρουργικής τοποθέτησης. Εάν η ροπή

στρέψης αυξηθεί, είναι δυνατό να δημιουργηθούν παραμορφώσεις στις περιοχές εκείνες όπου το μηχάνημα τοποθέτησης εφαρμόζει πάνω στο εμφύτευμα. Στην περίπτωση που οι περιοχές αυτές είναι ίδιες με τις θέσεις σύνδεσης του τεχνητού κολοβώματος με το εμφύτευμα, απαιτείται ιδιαίτερη προσοχή, δεδομένου οτι το κολόβωμα, λόγω της προηγηθείσας παραμόρφωσης, θα εμφανίζει μεγάλη ελευθερία κινήσεων. Για τον λόγο αυτό είναι προτιμότερο το μηχάνημα κοχλιώσεως να εφαρμόζει σε θέσεις διαφορετικές από εκείνες όπου θα εδραστεί το τεχνητό κολόβωμα. Οι διάφορες εταιρείες προβαίνουν συνεχώς σε μικροτροποποιήσεις της σύνδεσης εμφυτεύματος - κολοβώματος με στόχο να επιτύχουν όσο το δυνατόν μεγαλύτερη ασφάλεια έναντι της περιστροφής του κολοβώματος. Σήμερα, εμφανίζονται συστήματα σύνδεσης εμφυτεύματος-τεχνητού κολοβώματος, του τύπου του οκταγώνου κ.ά.. Δυστυχώς, δεν υπάρχουν μελέτες που να τεκμηριώνουν τη σπουδαιότητα και την αποτελεσματικότητα αυτών των τροποποιήσεων, έναντι του κλασικού τύπου σύνδεσης που παραμένει αυτός του εξαγώνου.

### Γ.4.2. Η φόρτιση του εμφυτεύματος

Φόρτιση των εμφυτευμάτων με διατμητικές δυνάμεις μεγάλης έντασης μπορεί να οδηγήσει σε αποτυχία της οστεοενσωμάτωσης, αλλά ακόμα και σε κάταγμα του εμφυτεύματος. Επομένως, τα εμφυτεύματα θα πρέπει να κατασκευάζονται με την προοπτική να κατανέμουν τις μασητικές δυνάμεις όσο το δυνατόν πιο ευνοϊκά, τόσο για το ίδιο το εμφύτευμα όσο και για το περιβάλλον οστούν. Για παράδειγμα, κάτι τέτοιο είναι εφικτό όταν χρησιμοποιούνται εμφυτεύματα με σπείρες, όπως έχουμε ήδη αναλύσει.

Επιπλέον, κατά τον σχεδιασμό των προσθετικών αποκαταστάσεων, πρέπει να δίδεται ιδιαίτερη προσοχή στην ομαλή κατανομή των μασητικών δυνάμεων και, αν κρίνεται απαραίτητο, να κατασκευάζεται προστατευτικός νάρθηκας. Θα πρέπει να αποφεύγονται απότομες κλίσεις οδοντικών φυμάτων σε προσθετικές εργασίες οι οποίες εδράζονται σε εμφυτεύματα και επίσης να αποφεύγονται τα πρόβολα. Τέλος, θα πρέπει να τοποθετείται ικανός αριθμός εμφυτευμάτων ανάλογα με την έκταση της νωδότητας του οδοντικού τόξου που θέλουμε να αποκαταστήσουμε.

Τα διφασικά εμφυτευματικά συστήματα, τουλάχιστον μέχρι σήμερα, αποτελούν την συντριπτική πλειονότητα των εμφυτευμάτων που τοποθετούνται. Η τοποθέτηση και η φόρτισή τους γίνεται σε δύο χειρουργικά στάδια: Κατά το πρώτο στάδιο πραγματοποιείται η χειρουργική τοποθέτηση του εμφυτεύματος εντός του οστού και η κάλυψή του από τον βλεννογόνο. Με αυτόν τον τρόπο η επούλωση για την επίτευξη οστεοενσωμάτωσης πραγματοποιείται σε ένα κλειστό και προστατευμένο περιβάλλον. Κατά το δεύτερο χειρουργικό στάδιο και αφού έχει παρέλθει η κατάλληλη περίοδος επούλωσης, ακολουθεί η αποκάλυψη του εμφυτεύματος και η τοποθέτηση του τεχνητού κολοβώματος. Αντίθετα, τα μονοφασικά εμφυτεύματα χαρακτηρίζονται από μία και μόνη χειρουργική φάση, εκείνη της διάνοιξης και τοποθέτησής τους εντός του οστού. Το διαβλεννογόνιο κολόβωμα στα μονοφασικά συστήματα εμφυτευμάτων είναι ενσωματωμένο στο ενδοοστικό τμήμα του εμφυτεύματος και εξέχει από τον βλεννογόνο.

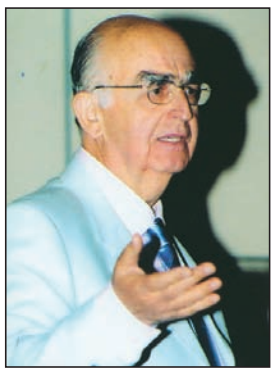
Βέβαια και διφασικά συστήματα εμφυτευμάτων μπορούν να τοποθετηθούν με μονοφασικό τρόπο. Δηλαδή, κατά τη διάρκεια της πρώτης χειρουργικής επέμβασης τοποθετείται μαζί το διαβλεννογόνιο κολόβωμα και η επούλωση πραγματοποιείται σε επαφή με το στοματικό περιβάλλον, χωρίς την ανάγκη ύπαρξης δεύτερου χειρουργικού σταδίου. Επιπλέον, εμφυτεύματα που πρωτοπαρουσιάστηκαν ως μονοφασικά διατίθενται πλέον στο εμπόριο με τη δυνατότητα διφασικής τοποθέτησης. Σήμερα, αυτό που χαρακτηρίζει τα εμφυτεύματα ως μονοφασικά ή διφασικά, πέρα από τις χειρουργικές προσεγγίσεις (ενός ή δύο σταδίων), είναι η διαφοροποίησή τους όσον αφορά το διαβλεννογόνιο τμήμα τους. **Μονοφασικό εμφύτευμα** θεωρείται εκείνο που έχει σε έναν ενιαίο κορμό το ενδοοστικό με το διαβλεννογόνιο τμήμα (abutment) και **διφασικό** εμφύτευμα εκείνο που απαρτίζεται από δύο ξεχωριστά αντίστοιχα τμήματα.

## ΤΑ ΚΡΙΤΗΡΙΑ ΤΗΣ ΕΠΙΤΥΧΗΜΕΝΗΣ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ ΜΕ ΕΜΦΥΤΕΥΜΑΤΑ

Από την εμφάνιση των πρώτων εμφυτευμάτων για την αποκατάσταση μερικής ή ολικής νωδότητας μέχρι και σήμερα, έχουν προταθεί από τους ερευνητές διάφορα κριτήρια για την αξιολόγηση της επιτυχίας αυτού του τρόπου θεραπείας. Η θέσπιση συγκεκριμένων κριτηρίων αποτελεί ένα ιδιαίτερα δύσκολο εγχείρημα, καθώς πρέπει κανείς να λάβει υπόψη του πολλές κλινικές και εργαστηριακές παραμέτρους. Το εγχείρημα γίνεται ακόμα δυσκολότερο δεδομένου ότι καμία περίπτωση δεν είναι όμοια με κάποια άλλη και έχει κάτι νέο να μας διδάξει. Επιπλέον, κάθε σύστημα εμφυτευμάτων έχει διαφορές από τα υπόλοιπα, ενώ η δεξιοτεχνία και εμπειρία του χειρουργού ποικίλλουν.

Παρά τα ανωτέρω εμπόδια, υπάρχουν κάποια σημεία στα οποία μπορεί κανείς να στηρίξει την επιτυχημένη ή μη πορεία μιας θεραπείας με εμφυτεύματα και τα οποία είναι τα εξής:

- Η μηχανική σταθερότητα των εμφυτευμάτων και η απουσία κινητικότητας, η οποία στην κλινική πράξη είναι δυνατό να ελεγχθεί με τις μεθόδους που ήδη έχουμε αναφέρει (μέθοδος RFA, μέθοδος MM).
- Ο ακτινογραφικός έλεγχος με την τεχνική του παραλληλογράφου, ο οποίος θα αποκαλύψει σταθερά επίπεδα οστού γύρω από τα τοποθετημένα εμφυτεύματα, ένα χρόνο μετά την τοποθέτησή τους, είτε πρόκειται για άμεση είτε για έμμεση φόρτιση.
- Η απουσία πόνου, νευροπάθειας ή παραισθησίας που να σχετίζεται με τη βλάβη νεύρου που διελαύνει από την περιοχή τοποθέτησης του εμφυτεύματος.
- Η δυνατότητα τοποθέτησης προσθετικής εργασίας με έδραση επί των εμφυτευμάτων για εξάλειψη της δυσλειτουργίας που υπήρχε προεγχειρητικά.
- Η σταθερή λειτουργική και αισθητική αποκατάσταση για χρονικό διάστημα ίσο ή μεγαλύτερο συγκριτικά με τις εναλλακτικές θεραπείες αποκατάστασης που είχαν προταθεί στον ασθενή προεγχειρητικά.
- Η ικανοποίηση του ασθενούς για τη λειτουργική, αλλά και αισθητική του αποκατάσταση.



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

# Ανεπιθύμητες αντιδράσεις στο στόμα από συστηματική λήψη φαρμάκων

***Η πολυφαρμακία –και η άσκοπη πολλές φορές χορήγηση φαρμάκων– αποτελεί μια από τις μάστιγες στο χώρο της Ιατρικής τα τελευταία χρόνια. Η θέση αυτή συνεπάγεται όχι μόνο τεράστια οικονομική δαπάνη που συμβάλλει στην κατάρρευση του οικονομικού συστήματος των ασφαλιστικών ταμείων, αλλά και μεγάλες αρνητικές επιπτώσεις στην υγεία των ασθενών. Δερματοβλεννογόνιες ανεπιθύμητες φαρμακευτικές αντιδράσεις συμβαίνουν στο 3-4% των ασθενών που νοσηλεύονται σε κλινικές και νοσοκομεία για άλλα προβλήματα υγείας. Επιπλέον, πάνω από 5% των νοσηλευομένων δερματολογικών και στοματολογικών ασθενών οφείλονται σε συστηματική λήψη φαρμάκων για άλλους λόγους. Ομάδες υψηλού κινδύνου για τις ανεπιθύμητες αυτές αντιδράσεις είναι οι γυναίκες, ηλικιωμένα άτομα και κυρίως η πολυφαρμακία. Έχει υπολογισθεί ότι η λήψη ταυτόχρονα 2 φαρμάκων έχει κίνδυνο ανεπιθύμητων αντιδράσεων 5%, ενώ ο κίνδυνος αυτός ανεβαίνει στο 50% όταν λαμβάνονται ταυτόχρονα 5 φάρμακα και εγγίζει το 100% όταν ο ασθενής λαμβάνει πάνω από 10 φάρμακα. Υψηλό δείκτη αντιδράσεων έχουν ορισμένες κατηγορίες φαρμάκων, όπως σουλφοναμίδες, μη-στεροειδή αντιφλεγμονώδη, αντιεπιληπτικά, αντιβιοτικά κ.'α. Ο Στοματολόγος και ο Οδοντίατρος πρέπει να είναι ενήμεροι των στοματολογικών βλαβών καθώς και των φαρμάκων εκείνων με υψηλό δείκτη αντιδράσεων, ώστε να είναι σε θέση να βγάλουν γρήγορη διάγνωση και να προχωρήσουν στις σωστές θεραπευτικές παρεμβάσεις, δεδομένου ότι μερικές φορές, πέρα από τα υποκειμενικά ενοχλήματα, απειλείται και η ζωή των ασθενών.***

Το ποσοστό των ασθενών που λαμβάνουν φάρμακα αυξάνει ραγδαία χρόνο με το χρόνο. Τούτο οφείλεται, κατά πρώτο λόγο, στην αύξηση του αριθμού των ηλικιωμένων ατόμων λόγω αύξησης του μέσου όρου ζωής, και κατά δεύτερο λόγο, που είναι συνέπεια του πρώτου, στην αύξηση των χρόνιων νοσημάτων. Και οι δύο αυτοί παράμετροι οδηγούν στην αύξηση του αριθμού των φαρμάκων που λαμβάνει ο ασθενής. Εάν στους 2 αυτούς λόγους προστεθεί και η αλόγιστη πολυφαρμακία, τη βασική ευθύνη της οποίας έχει ο ιατρικός κόσμος, γίνεται αντιληπτός ο αυξημένος κίνδυνος ανεπιθύμητων αντιδράσεων, που αυξάνει κάθετα με τον αριθμό των φαρμάκων που λαμβάνει ο ασθενής. Σύμφωνα με κορυφαίους ευρωπαϊκούς οργανισμούς, η Ελλάδα βρίσκεται στις πρώτες θέσεις συνταγογράφησης πολλών ταυτόχρονα φαρμάκων, τις περισσότερες φορές χωρίς ιατρικό λόγο.

Δυνητικά, κάθε φάρμακο μπορεί να προκαλέσει ανεπιθύμητες αντιδράσεις, όμως ο κίνδυνος ποικίλλει ανάλογα με το φάρμακο. Το δέρμα και ο βλεννογόνος του στόματος αποτελούν τους πιο συχνούς στόχους αυτών των αντιδράσεων. Οι πιο συχνές αντιδράσεις στο στόμα είναι η εμφάνιση μονήρων (εντοπισμένων) βλαβών και ακολουθούν γενικευμένες βλάβες που συνήθως συνοδεύονται από σημεία και συμπτώματα και από άλλα συστήματα. Ο καθορισμός της αιτιολογικής σχέσης φαρμάκου και αντιδράσεων στηρίζεται: **α) στη χρονολογική σειρά εμφάνισης, β) στα κλινικά χαρακτηριστικά των βλαβών, και γ) στις βιβλιογραφικές πληροφορίες.**

Αναλυτικά και οι 3 αυτοί παράμετροι αναλύονται στον **πίνακα Ι.** Οι μηχανισμοί εμφάνισης των ανεπιθύμητων φαρμακευτικών αντιδράσεων είναι βασικά τρεις: **α) ανοσολογικοί μηχανισμοί, που δεν είναι προβλέψιμοι, β) μη-ανοσολογικοί μηχανισμοί, που μερικές φορές είναι από την αρχή προβλέψιμοι, και γ) γενετική-γονιδιακή ιδιοσυγκρασία σε συγκεκριμένο φάρμακο με πιθανή συμμετοχή ανοσολογικού μηχανισμού, που και αυτοί είναι απρόβλεπτοι.**

Στον **πίνακα ΙΙ** παρατίθενται αναλυτικά οι μηχανισμοί αυτοί, τα αντίστοιχα νοσήματα και οι βλάβες που προκαλούν στο στόμα. Ανάλογα με το δείκτη ανεπιθύμητων αντιδράσεων στο στόμα, ταξινομούμε τα φάρμακα σε 3 κατηγορίες: **υψηλού-μέσου και χαμηλού δείκτη.** Στον **πίνακα ΙΙΙ** βρίσκονται ταξινομημένα τα φάρμακα με υψηλό δείκτη αντιδράσεων.

Η διάγνωση των φαρμακευτικών αντιδράσεων στο στόμα στηρίζεται κυρίως στις 3 κλινικές παραμέτρους που εξετέθησαν στον πρώτο πίνακα και δευτερευόντως σε διαγνωστικές δοκιμασίες όπως: δερματικό test (patch test), in vitro κυτταρικές δοκιμασίες (λεμφοκυτταρική τοξικότητα, παράγων αναστολής μετανάστευσης λεμφοκυττάρων, μετασχηματισμός λεμφοκυττάρων, αποκοκκίωση βασεοφίλων κ.ά.). Τέλος, η επαναχορήγηση του φαρμάκου και η επανεμφάνιση των ίδιων αντιδράσεων, που είναι όμως ηθικά και ιατρικά μη-αποδεκτή μέθοδος. **Πρέπει να τονίσουμε ότι καμία δοκιμασία δεν είναι απόλυτα αξιόπιστη αφού η ειδικότητα και η ευαισθησία τους είναι χαμηλές.**

## ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΚΗ ΣΥΣΧΕΤΙΣΗ ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΩΝ ΑΝΤΙΔΡΑΣΕΩΝ

**ΧΡΟΝΟΛΟΓΙΚΗ ΣΕΙΡΑ**
- Καταγραφή όλων των φαρμάκων που έλαβε ο ασθενής και πότε
- Χρόνος εμφάνισης εξανθήματος-ενανθήματος
- Χρονοδιάστημα λήψης φαρμάκου και αντιδράσεων
- Βελτίωση αντιδράσεων μετά τη διακοπή του φαρμάκου
- Επανεμφάνιση αντιδράσεων σε επαναχορήγηση του φαρμάκου

**ΚΛΙΝΙΚΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ**
- Τύπος αρχικής βλάβης
- Κατανομή και αριθμός βλαβών
- Προσβολή βλεννογόνων ή/και δέρματος
- Συνύπαρξη γενικών σημείων και συμπτωμάτων
- Διόγκωση λεμφαδένων και προσβολή σπλάχνων

**ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΗ ΤΕΚΜΗΡΙΩΣΗ**
- Βιβλιογραφική έρευνα για προϋπάρχουσα καταγραφή παρόμοιων αντιδράσεων από το ίδιο φάρμακο

Πίνακας Ι

## ΜΗΧΑΝΙΣΜΟΙ ΔΕΡΜΑΤΟΒΛΕΝΝΟΓΟΝΙΩΝ ΑΝΤΙΔΡΑΣΕΩΝ ΑΠΟ ΛΗΨΗ ΦΑΡΜΑΚΩΝ

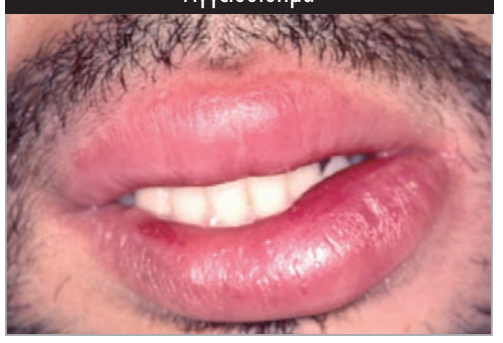
**ΑΝΟΣΟΛΟΓΙΚΟΙ ΜΗΧΑΝΙΣΜΟΙ (ΑΠΡΟΒΛΕΠΤΟΙ)**
- Φαρμακευτικές αντιδράσεις σχετιζόμενες με IgE (αναφυλακτική στοματίτις, αγγειοοίδημα, κνίδωση)
- Κυτταροτοξικές αντιδράσεις (πέμφιγα, θρομβοκυτοπενία)
- Αντιδράσεις οφειλόμενες σε ανοσοσυμπλέγματα (αγγειίτις, μορφές κνίδωσης)
- Επιβραδυνόμενες αντιδράσεις (κυτταρικού τύπου) (λειχηνοειδείς εκδηλώσεις, σύνδρομο Stevens-Johnson, σύνδρομο Lyell)

**ΜΗ-ΑΝΟΣΟΛΟΓΙΚΟΙ ΜΗΧΑΝΙΣΜΟΙ (ΠΡΟΒΛΕΨΙΜΟΙ, ΜΕΡΙΚΕΣ ΦΟΡΕΣ)**
- Υπερδοσολογία φαρμάκου (π.χ. τοξικότητα μεθοτρεξάτης)
- Φαρμακολογικά ανεπιθύμητες αντιδράσεις (βλεννογονίτις, ξηροστομία, αλωπεκία, πανκυτοπενία)
- Αθροιστική τοξικότητα (π.χ. μεθοτρεξάτη, μινοκυκλίνη, χρυσός)
- Επιβραδυνόμενη τοξικότητα (π.χ. αρσενικό και καρκίνος, αλκυλιούντες ουσίες και λευχαιμία)
- Αλληλεπιδράσεις φαρμάκων (π.χ. κυκλοσπορίνη και αζόλες, τετρακυκλίνη και ασβέστιο, μεθοτρεξάτη και σουλφοναμίδες)
- Μεταβολές στο μεταβολισμό (π.χ. ισονιαζίδη και πελλάγρα)
- Εξαρση προϋπάρχουσας νόσου (π.χ. ιντερφερόνη και ψωρίαση)

**ΓΕΝΕΤΙΚΗ/ΓΟΝΙΔΙΑΚΗ ΙΔΙΟΣΥΓΚΡΑΣΙΑ ΣΤΑ ΦΑΡΜΑΚΑ ΜΕ ΠΙΘΑΝΗ ΣΥΜΜΕΤΟΧΗ ΑΝΟΣΟΛΟΓΙΚΟΥ ΜΗΧΑΝΙΣΜΟΥ (ΑΠΡΟΒΛΕΠΤΟΙ)**
- Σύνδρομο Stevens-Johnson
- Σύνδρομο Lyell
- Ερυθηματώδης λύκος
- Λειχηνοειδείς αντιδράσεις ή έξαρση ομαλού λειχήνα
- Λοίμωξη HIV
- Φαρμακευτικό εξάνθημα με ηωσινοφιλία και συστηματικά συμπτώματα (DRESS)

Πίνακας ΙΙ

Αγγειοοίδημα



Έλκωση από Nicorantil

Ελκώσεις από σουλφοναμίδες

Διόγκωση ούλων από φάρμακα

**ΟΜΑΔΑ ΦΑΡΜΑΚΩΝ ΜΕ ΥΨΗΛΟ ΔΕΙΚΤΗ ΑΝΤΙΔΡΑΣΕΩΝ ΑΠΟ ΤΟ ΣΤΟΜΑ**

- Αντιβιοτικά (πενικιλλίνη, αμπικιλλίνη, β-λακτάμες)
- Σουλφοναμίδες
- Τριμεθοπρίμη
- Μη-στεροειδή αντιφλεγμονώδη
- Αντιεπιληπτικά
- Βαρβιτουρικά
- Διαζεπάμη
- Captopril
- Πενικιλλαμίνη
- Fosamax
- Nicorandil
- Ηπαρίνη
- Αναλγητικά
- Αλλοπουρινόλη
- Φαινοβαρβιτάλη
- Δαψόνη
- Άλατα χρυσού
- Ισονιαζίδη
- Ιντομεθαζίνη
- Κυτταροστατικά
- Αντιχολινεργικά
- Μονοκλωνικά αντισώματα

Πίνακας III

Οι φαρμακευτικές αντιδράσεις στο στόμα ταξινομούνται σε 2 μεγάλες ομάδες: **1) Τοπικές βλάβες και νοσήματα και 2) Συστηματικά νοσήματα. (πίνακας IV). Στη δεύτερη ομάδα υπάρχουν και νοσήματα που μπορεί να απειλήσουν ακόμη και τη ζωή των ασθενών** (π.χ. το σύνδρομο Stevens-Johnson, το σύνδρομο Lyell, το σύνδρομο Sweet, η πέμφιγα κ.ά.). Ο χρόνος εμφάνισης των ανεπιθύμητων αντιδράσεων ποικίλλει από λίγα λεπτά της ώρας (αγγειοοίδημα) έως 7-20 ημέρες (σύνδρομο Lyell). Στις **εικόνες 1, 2, 3, 4** παρουσιάζονται μερικά κλινικά παραδείγματα των νόσων αυτών. Η διάγνωση και θεραπεία των φαρμακευτικών αντιδράσεων στο στόμα είναι δύσκολη και απαιτεί μεγάλη κλινική και νοσοκομειακή εμπειρία, βαθεία γνώση των ιδιοτήτων κάθε φαρμάκου και ορθολογική εκτίμηση των βλαβών.

Οι βασικές αρχές θεραπευτικής αντιμετώπισης είναι: **α) πρώιμη και γρήγορη διάγνωση, β) άμεση διακοπή του υπεύθυνου φαρμάκου, γ) άμεση θεραπευτική παρέμβαση**, που χωρίζεται σε **υποστηρικτική αγωγή** και σε **ειδική θεραπεία** κατά περίπτωση. Το γενικό περίγραμμα (πλαίσιο) της θεραπευτικής αντιμετώπισης παρατίθεται στον **πίνακα V.**

Συμπερασματικά, οι φαρμακευτικές αντιδράσεις στο στόμα παρουσιάζουν συνεχώς αυξητική τάση, εμφανίζουν μεγάλο κλινικό φάσμα και παρουσιάζουν σημαντικές διαγνωστικές και θεραπευτικές δυσκολίες. Ο Οδοντίατρος πρέπει να είναι ενήμερος των αντιδράσεων αυτών και των φαρμάκων που ευθύνονται, και ο ειδικός Στοματολόγος να διαθέτει κλινική και νοσοκομειακή εμπειρία και κατάλληλη ιατρική γνώση, για να αντιμετωπίσει με επιτυχία το δύσκολο αυτό πρόβλημα.

**ΣΥΝΗΘΕΣΤΕΡΕΣ ΒΛΑΒΕΣ ΚΑΙ ΝΟΣΗΜΑΤΑ ΣΤΟ ΣΤΟΜΑ ΑΠΟ ΛΗΨΗ ΦΑΡΜΑΚΩΝ***

**ΤΟΠΙΚΑ ΝΟΣΗΜΑΤΑ**

- Αλλεργική στοματίτις - Αγγειοοίδημα
- Σταθερό φαρμακευτικό εξάνθημα
- Μη-ειδικές ελκωτικές βλάβες
- Λειχηνοειδείς αντιδράσεις
- Βλεννογονίτις από χημειοθεραπεία
- Διόγκωση ούλων
- Απολεπιστική χειλίτις
- Ξηροστομία
- Αλλαγή γεύσης
- Στοματοδυνία
- Καντιντίαση

**ΣΥΣΤΗΜΑΤΙΚΑ ΝΟΣΗΜΑΤΑ**

- Πολύμορφο ερύθημα
- Σύνδρομο Stevens-Johnson
- Σύνδρομο Lyell
- Πέμφιγα
- Ουλωτικό πεμφιγοειδές
- Πομφολυγώδες πεμφιγοειδές
- IgA νόσος
- Σύνδρομο Sweet
- Ερυθηματώδης λύκος

* Οι βλάβες μπορεί να είναι μονήρεις ή να αποτελούν μέρος δερματοβλεννογόνιων αντιδράσεων

Πίνακας IV

**ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΩΝ ΑΝΤΙΔΡΑΣΕΩΝ ΣΤΟ ΣΤΟΜΑ**

- Διακοπή ύποπτου φαρμάκου, άμεσα
- Κορτικοστεροειδή (τοπικά ή συστηματικά)
- Αντιισταμινικά
- Ανοσοκατασταλτικά
- Σύμπλεγμα βιταμινών Β
- Χορήγηση ουσιών που δεσμεύουν την αυξημένη συγκέντρωση φαρμάκου
- Αντικυττοκίνες (θαλιδομίδη, δαψόνη)
- Ανοσοσφαιρίνες, ενδοφλέβια
- Συμπτωματική αντιμετώπιση
- Καλή στοματική υγιεινή

Πίνακας V

## Κορυφαίοι επιστήμονες μέλη της Ελληνικής Εταιρείας Κλινικής Στοματολογίας

Το Δ.Σ. της Ελληνικής Εταιρείας Κλινικής Στοματολογίας ανακήρυξε Επίτιμα Μέλη της Εταιρείας διεθνείς προσωπικότητες που έχουν συμβάλει ουσιαστικά στην πρόοδο και την εξέλιξη της Στοματολογίας, καθώς και Έλληνες που διαπρέπουν στις ΗΠΑ:

**Α. Στοματολόγοι από Ευρώπη:**

1. **Bagan Jose**, Καθηγητής Στοματολογίας, Βαλέντσια, Ισπανία
2. **Carrozzo Marco**, Καθηγητής Στοματολογίας, Νιούκασλ, Αγγλία
3. **Fedele Stefano**, Λέκτωρ Στοματολογίας, Λονδίνο, Αγγλία
4. **Ficcara Giuseppe**, Καθηγητής Στοματολογίας, Φλωρεντία, Ιταλία
5. **Meleti Marco**, Καθηγητής Στοματολογίας, Πάρμα, Ιταλία
6. **Porter Stephen**, Καθηγητής Στοματολογίας, Λονδίνο, Αγγλία
7. **Scully Crispian**, Καθηγητής Στοματολογίας, Λονδίνο, Αγγλία
8. **Van der Waal Isaac**, Καθηγητής Στοματολογίας, Άμστερνταμ, Ολλανδία
9. **Syrianen Stina**, Καθηγήτρια Παθολογίας Στόματος, Τουρκού, Φινλανδία
10. **Makeeva Irina**, Καθηγήτρια και Dean, Οδοντιατρικής Σχολής, Παν. Μόσχας, Ρωσία

**Β. Έλληνες που διαπρέπουν στο χώρο της Οδοντιατρικής στις ΗΠΑ:**

1. **Ζάβρας Αθανάσιος**, Associate Professor & Head, Division of Oral Epidemiology & Biostatistics, Columbia University of Dental Medicine, USA
2. **Κούτλας Ιωάννης**, Associate Professor & Head, Division of Oral Pathology, Department of Diagnostic and Biological Sciences, Minnesota, USA
3. **Ρωμανός Γεώργιος**, Professor of Clinical Dentistry, University of Rochester, NY, USA
4. **Σούκος Νίκος**, Director Applied Molecular Photomedicine Laboratory, The Forsythe Institute, USA.
5. **Τατάκης Δημήτρης**, Professor & Director of Postdoctoral Program Division of Periodontology College of Dentistry, The Ohio State University, USA
6. **Τετράδης Σωτήριος**, Professor & Chair, Section of Oral & Maxilofacial Radiology, UCLA School of Dentistry, USA

Ο Πρόεδρος — Η Γενική Γραμματέας

Γιώργος Λάσκαρης — Ελεάνα Στουφή

Mediterranean Dental Implant Academy
Ελληνογερμανικός Οδοντιατρικός Σύνδεσμος
Akademie Praxis und Wissenschaft
DGI Deutsche Gesellschaft für Implantologie

ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΣΠΟΥΔΩΝ ΕΜΦΥΤΕΥΜΑΤΟΛΟΓΙΑΣ

ΕΝΑΡΞΗ ΝΕΟΥ ΚΥΚΛΟΥ ΑΡΧΗ 2011

Curriculum Εμφυτευματολογίας Athens Περιεχόμενα

Σεμινάριο 1 (Ημέρα 1+2) Εισαγωγή στην Εμφυτευματολογία.
Σεμινάριο 2 (Ημέρα 3+4) Διαγνωστική, σχεδιασμός και χειρουργικές επεμβάσεις.
Σεμινάριο 3 (Ημέρα 5+6) Ενσωμάτωση της Εμφυτευματολογίας στο οδοντιατρείο και επίδειξη χειρουργικών επεμβάσεων. Το μονήρες εμφύτευμα και επίδειξη χειρουργικών επεμβάσεων.
Σεμινάριο 4 (Ημέρα 7+8) Ανάπλαση Μέρος Ι
Σεμινάριο 5 (Ημέρα 9+10) Εμφυτεύματα και προσθετική αποκατάσταση
Σεμινάριο 6 (Ημέρα 11+12) Διευθέτηση των μαλακών ιστών και κατασκευή προσθετικών αποκαταστάσεων με αισθητικά κριτήρια
Σεμινάριο 7 (Ημέρα 13+14) Η φροντίδα των εμφυτευμάτων
Σεμινάριο 8 (Ημέρα 15+16) Ανάπλαση Μέρος ΙΙ
Σεμινάριο 9 (Ημέρα 17+18) Φιλοξενία σε ειδική κλινική ή ιατρείο στη Γερμανία ή Αυστρία
Σεμινάριο 10 (Ημέρα 19) Βοήθεια στη μελέτη και στην αποκατάσταση με εμφυτεύματα μιας απλής περίπτωσης
Σεμινάριο 11 (Ημέρα 20) Τελική εξέταση με παρουσίαση πέντε ολοκληρωμένων περιπτώσεων και απόκτηση της πιστοποίησης (Certification in Implant Dentistry)

Οι ομιλητές είναι γνωστές διεθνώς προσωπικότητες στο χώρο της Εμφυτευματολογίας, επιλέγονται δε οι αυθεντίες για κάθε γνωστικό αντικείμενο. Μεταξύ αυτών είναι οι: Dr. K.L. Ackermann (Filderstadt), Prof. Dr. G. Gomez-Roman (Tübingen), Prof. DDr. R. Haas (Wien), Dr. G. Iglhaut (Memmingen), Prof. Dr. F. Khoury (Olsberg), Dr. A. Kirsch (Filderstadt), Prof. Dr. Dr. F. Neukam (Erlangen), Prof. Dr. E.-J. Richter (Würzburg), Prof. Dr. Dr. H. Schliphake (Göttingen), Dr. S. Schmidinger (Seefeld), Dr. Dr. R. Streckbein (Limburg), Prof. DDr. G. Watzek (Wien) κ.ά.

ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ: Τηλ.: 21 06 43 76 01 (9-13) & 21 07 29 09 63 • Fax: 21 06 42 39 56 • web site: www.zahn.gr • e-mail: info@zahn.gr

# Το λάθος ως παράμετρος αποτυχίας στη χειρουργική των εμφυτευμάτων

Στο 11ο Παμπελοποννησιακό Οδοντιατρικό Συνέδριο στην εισήγησή του με θέμα «Το λάθος ως παράμετρος αποτυχίας στη χειρουργική των εμφυτευμάτων», ο κ. **Δημήτρης Ζαμπάρας** (διευθυντής του Τμήματος Οδοντικών Εμφυτευμάτων και Ιστικής Αναγέννησης του Νοσοκομείου «Υγεία») ανέλυσε μια σειρά από ζητήματα που προκύπτουν κατά την άσκηση της απαιτητικής ειδικότητας της Εμφυτευματολογίας και στο ιδιαίτερα σύνθετο έργο της ιστικής ανάπλασης. Έκανε εκτενή αναφορά σε περιπτώσεις συμβιβασμών και επιπλοκών που προκύπτουν στην κλινική άσκηση, καθώς και σε λάθη στα οποία μπορεί να υποπέσει ο νεότερος συνήθως συνάδελφος, που οδηγούν σε προβλήματα δυσάρεστα για τον ασθενή και πολύ απαιτητικά στην αντιμετώπισή τους από τον θεράποντα. Τα βασικότερα σημεία της εισήγησης αυτής παρουσιάζουμε στο κείμενο που ακολουθεί.

Μέσα σε 25 χρόνια άσκησης της κλινικής Εμφυτευματολογίας, της νεότερης οδοντιατρικής ειδικότητας, μέσα από κάποιους συμβιβασμούς, επιπλοκές και λάθη αποκτήσαμε πλέον την εμπειρία να οδηγούμαστε με ασφάλεια στο προσδοκώμενο από τον ασθενή αποτέλεσμα. Ένα αποτέλεσμα ιδιαίτερα απαιτητικό και ασφαλώς δαπανηρό, αφού ως γνωστόν μια ολική αποκατάσταση μπορεί να στοιχίζει πολλαπλάσιο ποσό σε σχέση με σοβαρές συμβατικές χειρουργικές επεμβάσεις.

Ας είμαστε ειλικρινείς. Όπως είχε πει και ο αείμνηστος Κωνσταντίνος Καραμανλής, υπάρχουν πράγματα που λέγονται και δεν γίνονται και πράγματα που γίνονται και δεν λέγονται. Χαρακτηριστικό σχετικό παράδειγμα αποτελεί η άποψη ότι μπορεί να επιτευχθεί κάθετη ή/και οριζόντια αύξηση της φατνιακής ακρολοφίας με την χρήση ξενομοσχεύματος, όμως πλέον είναι σε όλους γνωστό ότι κάτι τέτοιο δεν είναι εφικτό.

Υπάρχουν κλινικά περιστατικά, όπως αυτό που παρουσιάζεται στην **εικ. 1** στο οποίο ο θεράπων μπορεί να εμφανίζεται ικανοποιημένος από το αισθητικό αποτέλεσμα. Η πραγματικότητα όμως είναι αυτή που εμφανίζεται στην επόμενη εικόνα **(εικ. 2)**, όπου για το αποτέλεσμα ο μόνος που μπορεί να είναι ικανοποιημένος είναι ο οδοντοτεχνίτης για την επιτυχή απόδοση των ούλων με την υβριδική εργασία που κατασκεύασε. Αυτό συμβαίνει διότι κατά την προσπάθεια ανάπλασης της φατνιακής ακρολοφίας το αποτέλεσμα δεν υπήρξε το προσδοκώμενο και επομένως έγινε ένας προσθετικός συμβιβασμός σχετικά με την αισθητική απόδοση. Ωστόσο θα πρέπει να πούμε ότι σε περιπτώσεις ιδιαίτερα σύνθετων αναπλάσεων (με οστική αναγέννηση της φατνιακής ακρολοφίας τόσο οριζόντια όσο και κάθετη, με ταυτόχρονη ανύψωση εδάφους του ιγμορείου κ.λπ.) υπάρχουν και προσθετικοί συμβιβασμοί οι οποίοι μπορούν να γίνουν αποδεκτοί, λόγω της αδυναμίας του θεράποντος να αναπλάσει πλήρως την απολεσθείσα ακρολοφία. Στις περισσότερες περιπτώσεις το κλινικό αποτέλεσμα (το χαμόγελο του ασθενούς) μας ικανοποιεί αισθητικά δικαιώνοντας την επιλογή αυτή **(εικ. 3 και 4)**.

*Εικ. 1 Κλινική εμφάνιση του ασθενούς.*

*Εικ. 2 Αποκαλύπτεται ο προσθετικός συμβιβασμός.*

*Εικ. 3 Διακρίνεται ο προσθετικός συμβιβασμός (κεραμικά ούλα).*

*Εικ. 4 Απόλυτα ικανοποιητικό κλινικό αποτέλεσμα.*

Διαφόρων ειδών σφάλματα μπορεί να συμβούν κατά την εκπόνηση του σχεδίου θεραπείας. Ο επεμβαίνων θα πρέπει να εξατομικεύει το σχέδιο θεραπείας όχι με βάση τις ατομικές του δυνατότητες, αλλά με βάση το αιτούμενο από τον ασθενή. Ένα τέτοιο παράδειγμα φαίνεται στην **εικ. 5,** όπου σε μια προσπάθεια πιθανώς να γίνει μια συντηρητική χειρουργική επέμβαση και το αποτέλεσμα δεν προσφέρει τίποτα στον ασθενή.

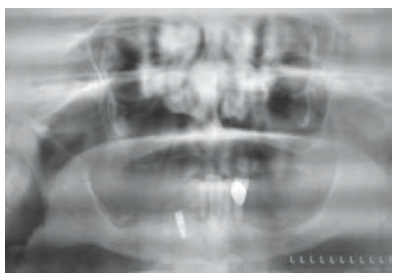
Σχετικά με τα λάθη που πιθανόν να συμβούν κατά την ιστική αναγέννηση, είναι πολύ πρόσφατη η χρονική περίοδος κατά την οποία τα ξενομοσχεύματα αποτελούσαν σχεδόν πανάκεια για κάθε είδους οστικές αναπλάσεις. Σήμερα είναι πια γνωστό ότι σε περιπτώσεις κάθετης αύξησης της φατνιακής ακρολοφίας δεν έχουν αποτελέσματα.

Όπως παρουσιάζει η **εικ. 6,** η χρήση ξενομοσχεύματος δεν είχε κανένα αποτέλεσμα μετά από 36 μήνες παραμονής στην δέκτρια θέση. Η αντιμετώπιση έγινε με την χρήση αυτομοσχεύματος και μεμβράνης κατευθυνόμενης οστικής ανάπλασης. Θα πρέπει ο θεράπων να είναι καλά εξοικειωμένος με τις ενδείξεις χρήσης του κάθε διαθέσιμου υλικού, ώστε να περιορίζει τις επιπλοκές και να επιτυγχάνει το επιθυμητό αποτέλεσμα. Χαρακτηριστικό παράδειγμα ορθής επιλογής υλικού αποτελεί η χρήση μη απορροφήσιμων μεμβρανών κατά την οριζόντια ανάπλαση της ατροφικής ακρολοφίας, ενώ σε ταυτόχρονη κάθετη αύξηση προτείνεται η χρήση μη απορροφήσιμων μεμβρανών ενισχυμένων με ελάσματα τιτανίου. Αντίθετα, οι απορροφήσιμες μεμβράνες (ιδιαίτερα αυτές της βραδείας απορρόφησης) έχουν ένδειξη σε περιπτώσεις ανάπλασης οστικών κοιλοτήτων τριών τοιχωμάτων ή σε πολύ μικρές αναγεννήσεις της τάξεως των 1-2 χιλιοστών.

Η σωστή επιλογή του υλικού αποτελεί επίσης αναμφισβήτητα καθοριστικό παράγοντα για την επιτυχία. Όταν, για οποιονδήποτε λόγο, το υλικό δεν είναι το κατάλληλο, τότε το αποτέλεσμα είναι πλημμελές, αμφίβολης πρόγνωσης και δυσάρεστο για τον ασθενή. Όπως εικονίζεται στην **εικ. 7,** η χρήση αυτών των συγκεκριμένων εμφυτευμάτων, αναμφισβήτητα δεν εξασφαλίζει το κλινικό αποτέλεσμα σε βάθος χρόνου.

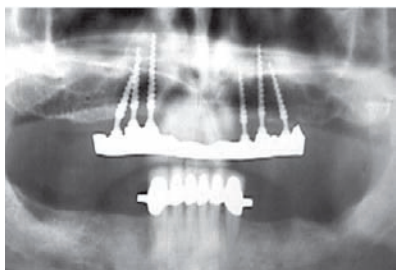
Ένα άλλο χαρακτηριστικό παράδειγμα λάθους από πλευράς του θεράποντος είναι η ατελής λήψη ή λανθασμένη αξιολόγηση του ιατρικού ιστορικού του ασθενούς. Τέτοια είναι π.χ. η λήψη αντιαιμοπεταλιακών φαρμάκων (salospire, plavix κ.λπ.) των οποίων η μη ορθολογική διακοπή πιθανόν να οδηγήσει σε μεγάλη διεγχειρητική αιμορραγία ή η χρόνια χρήση διφωσφονικών για την θεραπεία συστηματικών νοσημάτων των οποίων η μη επαρκής χρονικά διακοπή πιθανόν να οδηγήσει σε οστεονεκρώσεις των γνάθων. Σε αυτό πολλές φορές συμβάλλουν και οι καθησυχαστικές συμβουλές συναδέλφων ιατρών σχετικά με τη χρήση αυτών των φαρμάκων, οι οποίοι όμως, μην ξεχνάμε, δεν θα κληθούν να αντιμετωπίσουν τις επιπλοκές των δικών μας επεμβάσεων.

Φυσικά, όσο καλά και αν εκτελεσθεί ένα σχέδιο θεραπείας, πάντοτε μπορεί να συμβούν επιπλοκές, τόσο διεγχειρητικά όσο και μετεγχειρητικά. Η εκπαίδευση και η εμπειρία του επεμβαίνοντος σε συνδυασμό με την καλά οργανωμένη υποδομή του τμήματος οδηγούν στην επιτυχέστερη αντιμετώπιση αυτών των επιπλοκών. Υπάρχουν περιπτώσεις απαιτητικών αποκαταστάσεων με χρήση απόλυτα αξιόπιστων υλικών, όπως οι μη απορροφήσιμες μεμβράνες, όπου παρόλη την σωστή χειρουργική τεχνική είναι δυνατόν να



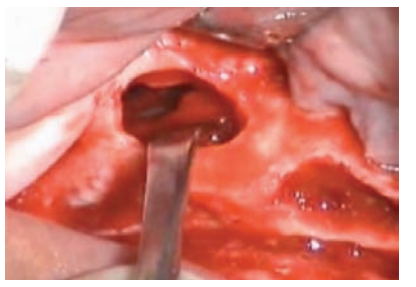
*Εικ. 5 Τοποθέτηση εμφυτεύματος χωρίς κάποιο αποτέλεσμα.*

*Εικ. 6 Αποτυχία του ξενομοσχεύματος να δημιουργήσει οστούν.*

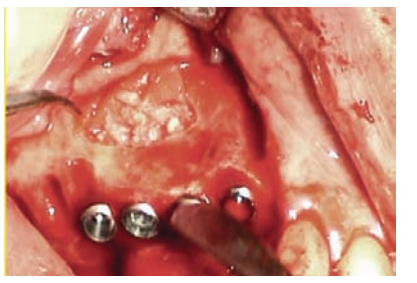


*Εικ. 7 Αμφίβολης πρόγνωσης αποτέλεσμα λόγω κακής επιλογής υλικού.*

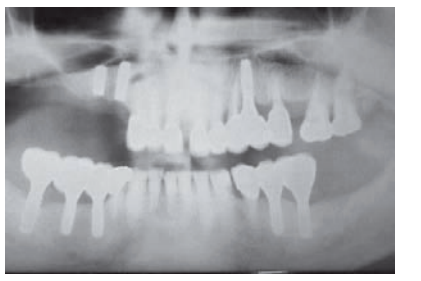
*Εικ. 8 Διάσπαση κρημνών και επιμόλυνση της μεμβράνης.*



*Εικ. 9 Διάτρηση της μεμβράνης του ιγμορείου.*



*Εικ. 10 Αποκατάσταση με χρήση PRP και αυτομόσχευμα.*



*Εικ. 11 Θραύση δύο εμφυτευμάτων.*

συμβεί η επίσης ανεπιθύμητη επιπλοκή της διάσπασης των κρημνών και η επιμόλυνση της μεμβράνης (**εικ. 8**). Αν αυτή η επιπλοκή συμβεί μετά την 6η μετεγχειρητική εβδομάδα, οι επιπτώσεις δεν είναι ιδιαίτερα σημαντικές. Αν όμως συμβεί σχετικά νωρίς, τότε απαιτείται εργώδης προσπάθεια τόσο του θεράποντος όσο και του ασθενούς με συνεχείς επιθίξεις χλωρεξιδίνης, χορήγηση αντιβιοτικής αγωγής και στενή κλινική παρακολούθηση, ώστε να αφαιρεθεί η μεμβράνη όσο είναι δυνατόν σε μεγαλύτερο χρονικό διάστημα.

Μια γνωστή σε όλους επιπλοκή αποτελεί η διάτρηση της μεμβράνης του ιγμορείου κατά την προσπάθεια ανύψωσης του εδάφους του (**εικ. 9**). Είναι μια δυσάρεστη διεγχειρητική επιπλοκή, η έκταση της οποίας καθορίζει και τον τρόπο αντιμετώπισής της. Συνήθως είναι αρκετή η χρήση μιας απορροφήσιμης μεμβράνης που σε συνδυασμό με το οστικό μόσχευμα «κλείνει» την διάτρηση. Σε περιπτώσεις εκτεταμένης διάτρησης μπορεί να χρησιμοποιηθεί ο συνδυασμός PRP και απορροφήσιμης μεμβράνης, που είναι δυνατόν να δώσει το προσδοκώμενο αποτέλεσμα λόγω της σύστασης του PRP (**εικ. 10**). Βέβαια υπάρχουν και περιπτώσεις καταστροφής τόσο μεγάλης έκτασης όπου η ιστική αναγέννηση δεν μπορεί να γίνει σε πρώτο χρόνο και επιχειρείται μετά από εύλογο χρονικό διάστημα επούλωσης.

Ακόμα και σε περιπτώσεις που έγινε προσπάθεια να εκτελεσθεί σωστά το σχέδιο θεραπείας, μπορεί να συμβεί κάποιο ανεπιθύμητο σύμβαμα, όπως η θραύση ενός η περισσότερων εμφυτευμάτων. Στην **εικ. 11** φαίνεται η θραύση δύο εμφυτευμάτων τα οποία είχαν τοποθετηθεί σε σωστή θέση. Πιθανόν η θραύση να μπορεί να αποδοθεί σε χρήση εμφυτευμάτων μικρότερης της απαιτούμενης διαμέτρου ή σε χρήση λιγότερων εμφυτευμάτων από τα απαιτούμενα για την ασφαλή και μακροχρόνια φόρτισή τους. Σε τέτοιες περιπτώσεις η αντιμετώπιση απαιτεί χειρουργική εξαίρεση των σπασμένων εμφυτευμάτων, οστική ανάπλαση με χρήση μη απορροφήσιμης μεμβράνης και οστικού αυτομοσχεύματος. Μάλιστα η ανάπλαση αυτή απαιτεί χρονική επιβάρυνση περίπου 8 μηνών για την τελική αποκατάσταση.

Και γεννάται το ερώτημα, με ποιον τρόπο ο νέος συνάδελφος μπορεί να αποκτήσει την γνώση και την εμπειρία ώστε να περιορίζει τους συμβιβασμούς, τις επιπλοκές και τα λάθη στα οποία αναφερθήκαμε προηγουμένως. Στην σημερινή πραγματικότητα η εκπαίδευση σε μεγάλο βαθμό είναι στα χέρια των εταιρειών, με ό,τι αυτό συνεπάγεται. Δεν θα πρέπει όμως να παραλείψουμε να αναφερθούμε και σε κάποιες αξιόλογες εκπαιδευτικές προσπάθειες παγκοσμίως που έγιναν τα τελευταία χρόνια, μία από τις οποίες είναι και αυτή της Οδοντιατρικής Σχολής του Πανεπιστημίου της Αθήνας.

Συμπερασματικά λοιπόν, η άσκηση της Εμφυτευματολογίας αποτελεί ένα σύνθετο και απαιτητικό πεδίο κλινικής άσκησης του σύγχρονου οδοντιάτρου. Προϋποθέτει καλή γνώση πολλών πεδίων της οδοντιατρικής επιστήμης, όπως της μικρής χειρουργικής του στόματος, βαθιά γνώση της προσθετικής καθώς και της βιολογίας του περιοδοντίου, ώστε να υποστηρίζει ικανοποιητικά το αποτέλεσμα της δουλειάς του. Πολλές φορές μπορεί να οδηγηθεί σε μια σειρά λαθών και συμβιβασμών, καθώς και να βρεθεί αντιμέτωπος με δυσάρεστες επιπλοκές. Η σωστή εκπαίδευση, σε συνδυασμό με τη μετριοπάθεια και τον ρεαλισμό του θεράποντος, μπορεί να βοηθήσει σε όσο το δυνατόν περιορισμό αυτών των καταστάσεων, για το καλό του ασθενούς.

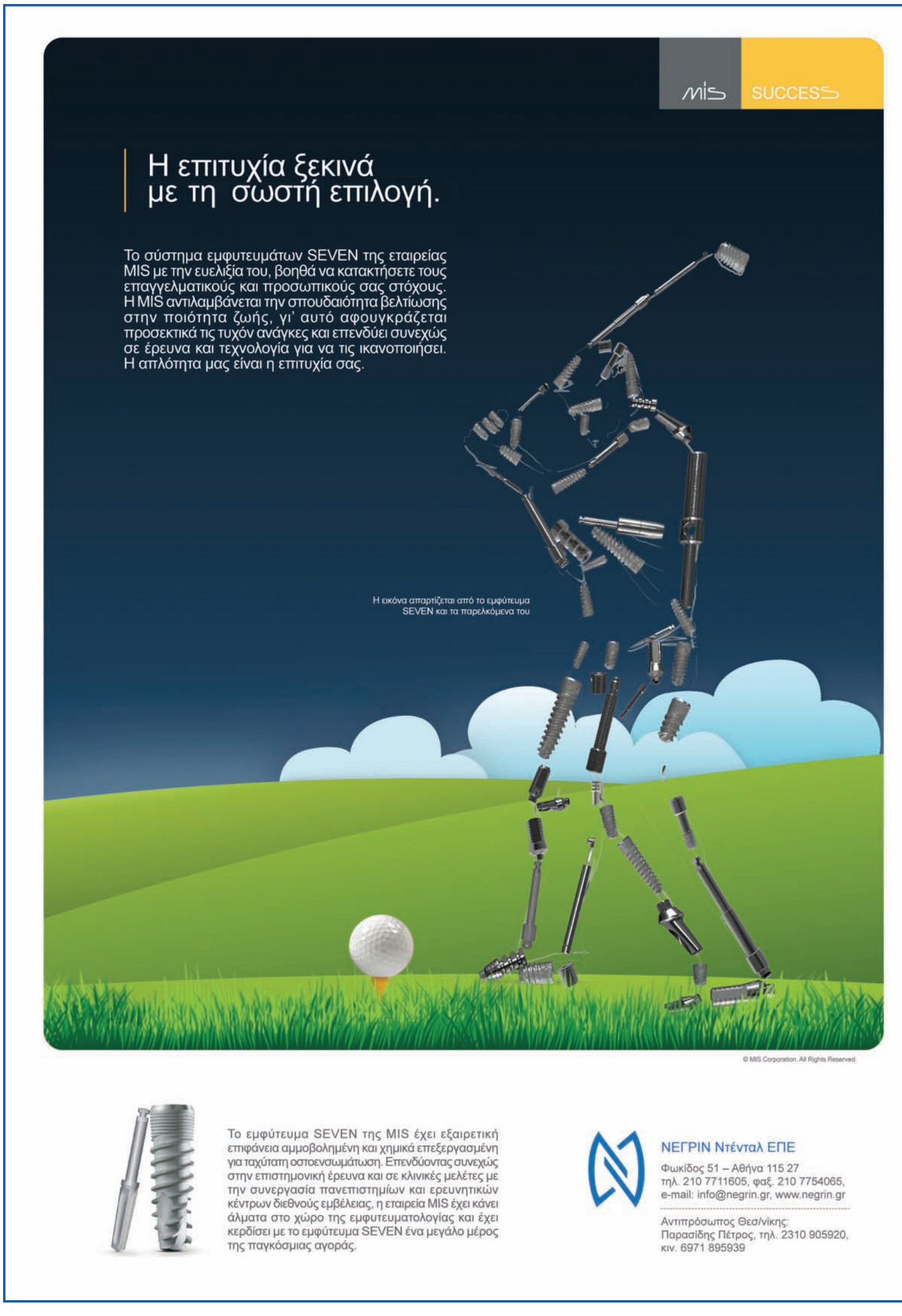
**Εταιρία Σύγχρονης Οδοντιατρικής**
**25 χρόνια παρουσίας**

Η Εταιρία Σύγχρονης Οδοντιατρικής συμπληρώνει 25 χρόνια συνεχούς παρουσίας στα δρώμενα του επιστημονικού μας χώρου.

Εορταστική εκδήλωση την Παρασκευή 3 Δεκεμβρίου 2010

Κεντρικός ομιλητής
**Πάρις Σφήκας**
Καθηγητής Τμήματος Φυσικής Πανεπιστημίου Αθηνών
Physicist, Physics Department, CERN

με θέμα: **Κατανοώντας τη φύση: Τα τελευταία 25 έτη, τα επόμενα 25**



## Ανταύγειες Οδοντικής Αισθητικής και όχι μόνο...

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

# Πόνος: ο δικός μας πόνος και ο πόνος των άλλων

Πόνος, μια αρχαία ελληνική λέξη που την ακούμε σήμερα σε όλες σχεδόν τις δυτικές γλώσσες.
Η λέξη «πόνος» προέρχεται από το αρχαίο ελληνικό ρήμα «πένομαι» δηλαδή εργάζομαι σκληρά, που ήταν συνώνυμο της έννοιας «καταβάλλω μεγάλη σωματική δύναμη», άρα κουράζομαι πολύ, και μάλιστα σε τέτοιο βαθμό, που πονάνε τα κόκαλα και το σώμα μου γενικότερα.

Αλήθεια, πόσο ελκυστικός θα ήταν ο παράδεισος αν δεν υπόσχονταν απαλλαγή από τον ψυχικό και σωματικό πόνο, σε αντίθεση με τη ζοφερή απειλή της κόλασης, που υπόσχεται αιώνιους πόνους;

Ο πόνος είναι πάντα μια **απώλεια,** γι αυτό:

***Καλύτερα ένα τέλος με πόνο παρά ένας πόνος χωρίς τέλος***

Από τη στιγμή που ερχόμαστε στη ζωή μέχρι τη στιγμή που είμαστε ήδη έτοιμοι να φύγουμε από αυτή, ο πόνος εμφανίζεται με πολλές μορφές.
Το δυσάρεστο αυτό συναίσθημα, το οποίο προκύπτει σε περίπτωση βλαπτικών ερεθισμάτων από το περιβάλλον ή από το ίδιο μας το σώμα, αποτελεί και πολύτιμο «σήμα» που καθοδηγεί θετικά τη συμπεριφορά μας, για την αποφυγή της βλάβης.

**Για το σώμα,** ο πόνος μπορεί να είναι η απώλεια της υγείας. Η εγκατάσταση μιας ανισορροπίας που μεταφράζεται σε πόνο, ο οποίος αιχμαλωτίζει την προσοχή και γενικά τη συνείδηση.

**Για την ψυχή,** ο πόνος μπορεί να βασίζεται τόσο στην απώλεια ενός συναισθήματος που τρέφουμε για κάποιον, όσο, και κυρίως, σε αυτά που δεχόμαστε από άλλα πρόσωπα.
Μπορεί επίσης να είναι απώλεια εμπιστοσύνης σε κάποιον, απώλεια των προσδοκιών που άρχισαν και δεν ολοκληρώθηκαν, απώλεια της εμπιστοσύνης στον εαυτό μας, που εκφράζεται ως φόβος για την αντιμετώπιση δύσκολων ή ακόμη και εύκολων καταστάσεων.
**Για το νου,** ο πόνος προκαλείται από την έλλειψη κατανόησης, όταν δεν μπορεί να αντιληφθεί τις αιτίες της ζωής, όταν δεν μπορεί να φτάσει στο βάθος των πραγμάτων. Πόνος επίσης προκαλείται όταν διαπιστώνουμε ότι κυνηγάμε λανθασμένες ιδέες, χρησιμοποιούμε λάθος κριτήρια, όταν έχουμε λάθος εικόνα για τον εαυτό μας.

**Ψυχικός πόνος:**
Σύνθετο και πολύπλοκο το θέμα του πόνου και σαφέστατη η αλληλεπίδραση του σωματικού με τον ψυχικό πόνο. Ενας χρόνιος σωματικός πόνος μπορεί να οδηγήσει σε ψυχική νόσο, καθώς και οι ψυχικές συγκρούσεις μπορούν να προβάλουν ως σωματικό άλγος.
Το ψυχικό stress και οι συγκρούσεις είναι φαινόμενα καθολικά και σε ένα βαθμό ο ψυχικός πόνος αναγνωρίζεται σαν αναπόφευκτη διαδικασία προσαρμογής στη ζωή και στους ισχυρούς κοινωνικούς κανόνες της, ακόμα και σαν πολύτιμη επένδυση στην εξέλιξη και ισχυροποίηση της προσωπικότητάς μας (ό,τι αξίζει πονάει και είναι δύσκολο).

Αυτό που αναδύεται μέσα από την πανάρχαια ανθρώπινη εμπειρία αλλά και που η σύγχρονη έρευνα έρχεται να ισχυροποιήσει και να βεβαιώσει είναι ότι ο πόνος εκτός από το αποτέλεσμα βλάβης είναι και ο ίδιος μια βλάβη ανεπιθύμητη έως τραγική.
Συνώνυμο της κόλασης και της κατοχής του ελέγχου (όποιος ή ό,τι μας προκαλεί πόνο μπορεί να ελέγχει τη ζωή μας με διάφορους τρόπους).

Ας μην ξεχνάμε τη δύναμη και την αξία τού να απαλλάσσουμε κάποιον από τον πόνο.

> Χεράκια μου κρατώντας τα τριαντάφυλλα
> κι απ΄ τη χαρά ζεστά των φιλημάτων,
> χεράκια μου κρατώντας τα τριαντάφυλλα
> χτυπήσατε τις πόρτες των θανάτων.
> Ματάκια μου που κάτι το εδιψάσατε
> και διψασμένα εμείνατε ποτήρια,
> ματάκια μου που κάτι το εδιψάσατε
> κι εμείνατε κλεισμένα παραθύρια.
> Ω, που 'χατε πολλά να ειπείτε, στόματα,
> κι ο λόγος σας εδιάλεξε για τάφο,
> ω, που 'χατε πολλά να ειπείτε στόματα,
> και τον καημό δεν είπατε που γράφω.
> Μάτια, χεράκια, στόματα, ιστορήστε μου
> τον πόνο κάποιας ώρας, κάποιου τόπου
> μάτια, χεράκια, στόματα, ιστορήστε μου
> τον Πόνο των Πραγμάτων του Ανθρώπου.
>
> **Κώστας Καρυωτάκης**
> (από τη συλλογή «Ο Πόνος του Ανθρώπου και των Πραγμάτων»)

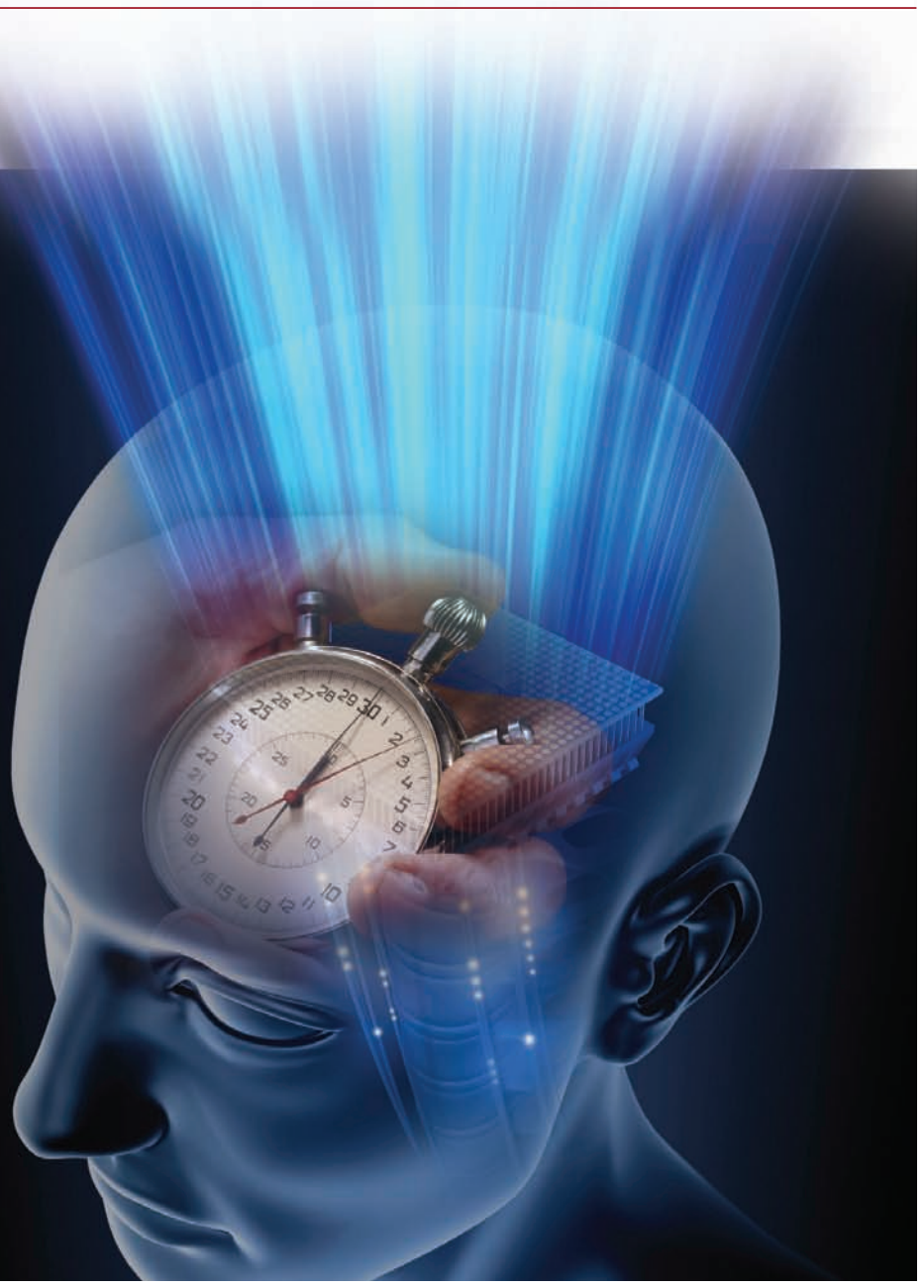
Το άγγιγμα, το χάδι, το γέλιο είναι πανίσχυρα γιατρικά και πρέπει να δίνονται πριν από το φάρμακο. Το αίτημα του μικρού παιδιού «να φιλήσει η μάνα το τραύμα του για να περάσει», έχει πλέον και πειραματικά αποδειχθεί ότι δεν αφορά μια αφηρημένη πνευματική δράση. Οι παραπάνω δραστηριότητες παράγουν ενδορφίνες, την καλύτερη, φθηνότερη και μη εθιστική μορφίνη που κατευνάζει τον πόνο.
Η σύγχρονη ιατρική παράλληλα με την φαρμακευτική αγωγή δέχεται τις εναλλακτικές μεθόδους και θεωρεί ότι νοσηλεία και θεραπεία δεν συνιστούν μόνο οι «άσπλαχνες» ιατρικές πράξεις, αλλά και το άγγιγμα, το χάδι του σώματος και της ψυχής.

**Πόνος μας ο πόνος των άλλων**
Η συναισθηματική συμμετοχή μας στον πόνο των άλλων, που κατευθύνεται από βιολογικές λειτουργίες του εγκεφάλου, μας οδηγεί άμεσα να λαμβάνουμε μέτρα για να βοηθήσουμε αυτούς που κινδυνεύουν ή υποφέρουν και να προσπαθούμε να τους ανακουφίζουμε ή και να τους απομακρύνουμε από τον κίνδυνο.

Οι περιοχές του εγκεφάλου που είναι υπεύθυνες για την αντίληψη του πόνου, δραστηριοποιούνται όχι μόνο όταν συμβεί κάτι οδυνηρό σε εμάς, αλλά και όταν παρακολουθούμε άλλους να υφίστανται έναν τραυματισμό ή μια οδυνηρή εμπειρία.
Δηλαδή η συμμετοχή μας στον πόνο των άλλων οφείλεται σε οργανικές λειτουργικές δομές του εγκεφάλου μας, που μας καθορίζουν σημαντικά μπροστά στον πόνο των συνανθρώπων μας.
Τα βιολογικά αυτά χαρακτηριστικά μας είναι ένας από τους θεμελιώδεις πυλώνες της κοινωνίας μας.
Η λειτουργία αυτή ασφαλώς συμβάλλει τα μέγιστα στην έκφραση της αλληλεγγύης, της προσφοράς βοήθειας και της συνοχής του κοινωνικού ιστού.

ΜΕΓΑΛΑ ΕΡΩΤΗΜΑΤΑ ΤΗΣ ΕΠΙΣΤΗΜΗΣ

# Τι είναι η συνείδηση;



**Δεν μπορεί ούτε να μετρηθεί ούτε να ζυγιστεί. Φιλόσοφοι και άλλοι επιστήμονες, αιώνες τώρα, προσπαθούν να εξηγήσουν τι είναι η συνείδηση. Πλήθος θεωρίες έχουν διατυπωθεί, στην προσπάθεια να απαντηθούν ερωτήματα όπως:**

- *Πού εδρεύει η συνείδηση του ανθρώπου;*
- *Είναι ανεξάρτητη από το σώμα;*
- *Μπορούν τα ζώα ή οι μηχανές να έχουν συνείδηση;*

Αναδημοσίευση από το περιοδικό SCIENCE ILLUSTRATED

Του **Gorm Palmgren**

Το αίνιγμα της συνείδησης απασχολεί τους ανθρώπους από την αρχαιότητα. Μια οριστική και πειστική απάντηση για το τι ακριβώς είναι η συνείδηση δεν έχει δοθεί μέχρι σήμερα. Πριν από 2.500 χρόνια, ο μεγάλος Έλληνας φιλόσοφος Δημόκριτος είχε ασχοληθεί με τη σχέση ανάμεσα στις αισθητηριακές εντυπώσεις και τον τρόπο που το λογικό μας τις αντιλαμβάνεται. Ο επίσκοπος Αυγουστίνος διατύπωσε γύρω στο έτος 400 μ.Χ. τον εξής προβληματισμό: «Όταν ένα υλικό πράγμα ιδωθεί με τα μάτια του νου, δεν είναι πια υλικό πράγμα αλλά ένα καθρέφτισμα αυτού του πράγματος, και η μονάδα που αντιλαμβάνεται αυτό το καθρέφτισμα στο νου δεν είναι ούτε υλικό σώμα ούτε το καθρέφτισμα του φυσικού αντικειμένου». Αυτή η διάκριση ανάμεσα σε ένα υλικό σώμα, που μπορεί να αντιλαμβάνεται τον περιβάλλοντα κόσμο, και έναν άυλο νου –ή μια άυλη ψυχή– που μπορεί να έχει συνειδητή επίγνωση του κόσμου ονομάζεται στη φιλοσοφία δυϊσμός. Πρόκειται, με δυο λόγια, για ένα διαχωρισμό ανάμεσα στο κόσμο των αισθήσεων και τον κόσμο της συνείδησης, ανάμεσα στο σώμα και την ψυχή/νου ως δύο εντελώς διαφορετικών ουσιών.

## Η ψυχή εδρεύει στην επίφυση

Ο Γάλλος φιλόσοφος και μαθηματικός Καρτέσιος (René Descartes) ανέπτυξε περισσότερο αυτή την άποψη για τη συνείδηση στο έργο του *Στοχασμοί περί της Πρώτης Φιλοσοφίας* (*Meditationes de prima philosophia*) το 1641. Περιγράφει την ψυχή σαν «άυλο, σκεπτόμενο πράγμα», που αποτελεί την ουσία του ανθρώπου και εμπεριέχει όλες τις σκέψεις, ελπίδες και αμφιβολίες του, καθώς και την πίστη του. Κατά τον Καρτέσιο, σώμα και ψυχή βρίσκονται σε αλληλεπίδραση μεταξύ τους, η ψυχή όμως μπορεί να υπάρξει και ανεξάρτητα από το σώμα.

Ο Καρτέσιος προσπάθησε να εντοπίσει πού εδρεύει η ψυχή και την τοποθέτησε στον εγκέφαλο, σε αντίθεση με άλλους φιλοσόφους, που υποστήριζαν ότι η ψυχή αιωρείται ελεύθερα ή βρίσκεται παντού. Ο Καρτέσιος γνώριζε ότι η δομή του εγκεφάλου είναι συμμετρική, ότι δηλαδή οι περισσότερες δομές είναι διπλές και βρίσκονται και στα δύο ημισφαίρια. Επειδή η ψυχή αποτελεί την ουσία του ανθρώπου, δεν μπορεί παρά να έχουμε μόνο μία, συλλογίστηκε ο Καρτέσιος· γι' αυτό και θα πρέπει να εδρεύει σε μια δομή του εγκεφάλου που είναι μοναδική. Υπέθεσε λοιπόν ότι η ψυχή βρίσκεται στην επίφυση, μια δομή του μεσεγκεφάλου. Σήμερα ξέρουμε ότι η επίφυση είναι υπεύθυνη για την παραγωγή της ορμόνης σεροτονίνη, η οποία ελέγχει τον ημερονύκτιο βιορυθμό μας. Υπάρχουν ακόμη θεωρίες που υποστηρίζουν ότι ο αδένας αυτός παίζει σημαντικό ρόλο στη συνείδησή μας – κάτι που, ωστόσο, δεν τεκμηριώνεται επιστημονικά.

## Ο Θεός σύνδεσμος σώματος-ψυχής

Από τις μεγαλύτερες προκλήσεις για τον Καρτέσιο και τον καρτεσιανό δυϊσμό ήταν ότι έπρεπε να εξηγήσει πώς η άυλη ψυχή μπορούσε να ενσωματωθεί στο υλικό τμήμα της επίφυσης και κατά συνέπεια στο σώμα, αφού σώμα και ψυχή αποτελούνταν από δύο τελείως διαφορετικές ουσίες. Ο Γάλλος φιλόσοφος δε βρήκε ικανοποιητική απάντηση, οπαδοί του όμως υποστήριξαν ότι μόνο ο Θεός μπορούσε να είναι ο σύνδεσμος μεταξύ σώματος και ψυχής.

Οι υποστηρικτές του δυϊσμού δεν έχουν καταφέρει μέχρι σήμερα να εξηγήσουν με σαφήνεια τη σχέση ανάμεσα στο σώμα και την ψυχή. Στο άλλο στρατόπεδο βρίσκεται ο υλισμός, το φιλοσοφικό σύστημα που διδάσκει ότι η ψυχή που έχει συνείδηση και ο υλικός εγκέφαλος είναι το ίδιο και το αυτό και ότι ο άνθρωπος δε διαθέτει κάτι άυλο. Η νόηση είναι λειτουργία της ύλης, η συνείδηση είναι απόρροια των διεργασιών του εγκεφάλου, επομένως παύει να υπάρχει αμέσως μόλις πάψει να λειτουργεί ο εγκέφαλος. Σε ορισμένες υλιστικές θεωρίες, κεντρικό ρόλο παίζει ο όρος «νευρωνικό αντίστοιχο»: Για κάθε επιμέρους λειτουργία της συνείδησης υπάρχει μια νευρωνική δραστηριότητα που μπορεί να την εξηγήσει. Οι περισσότεροι νευροφυσιολόγοι υιοθετούν την άποψη ότι η συνείδηση και όλα τα ανθρώπινα συναισθήματα προέρχονται από βιοχημικές αντιδράσεις στον εγκέφαλο.

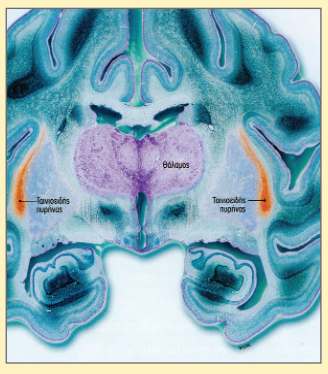
Είναι όμως πολύ δύσκολο να αποδείξει κανείς εμπειρικά την ορθότητα της θεωρίας και να αναγνωρίσει τους συγκεκριμένους νευρικούς ερεθισμούς που αντιστοιχούν στη συνείδηση. Το ιδανικό θα ήταν να μπορούσαμε να εξακριβώ-

---

Οι νευροφυσιολόγοι προσπαθούν να εντοπίσουν την έδρα της συνείδησης στον εγκέφαλο. Ο Juan Carlos Fernandez-Miranda του Πανεπιστημίου της Φλόριντα είναι ένας από εκείνους που πιστεύουν ότι ο ταινιοειδής πυρήνας παίζει καθοριστικό ρόλο.

**Το κέντρο της συνείδησης;**

Η συνείδηση είναι πιθανό να εδρεύει σε ένα λεπτό –πάχους μικρότερου του ενός χιλιοστού– στρώμα του εγκεφάλου, με νευρώνες και στα δύο ημισφαίρια. Πρόκειται για τον ταινιοειδή πυρήνα, που συνδέεται αφ' ενός με το μεγαλύτερο τμήμα του εγκεφαλικού φλοιού, όπου εντοπίζονται οι ανώτερες νοητικές λειτουργίες, και αφ' ετέρου με τα βαθύτερα τμήματα του εγκεφάλου, όπου έχουν την προέλευσή τους τα συναισθήματα.



**400:** Ο επίσκοπος Αυγουστίνος διαχωρίζει το υλικό σώμα από την άυλη ψυχή.

**1640:** Με τη φράση «Σκέπτομαι άρα υπάρχω», ο Γάλλος φιλόσοφος και μαθηματικός Καρτέσιος (René Descartes) εισάγει μια δυϊστική αντίληψη, σύμφωνα με την οποία ο υλικός εγκέφαλος αντιλαμβάνεται ό,τι η άυλη ψυχή συνειδητοποιεί. Κατά τον Καρτέσιο, η ψυχή εδρεύει στην επίφυση.

Για τη χριστιανική κοσμοαντίληψη, αλλά και σύμφωνα με πολλές φιλοσοφικές θεωρίες, σώμα και συνείδηση είναι δύο εντελώς διαφορετικές οντότητες.

σουμε τι συμβαίνει στη συνείδηση με ένα εγκεφαλογράφημα, όπως κάνουν οι νευρολόγοι όταν θέλουν να εντοπίσουν, για παράδειγμα, τους νευρώνες που ευθύνονται για την κίνηση του χεριού. Αναλύοντας τομογραφίες του εγκεφάλου πριν, κατά και μετά την κίνηση, οι νευρολόγοι εξακριβώνουν ποια κέντρα του εγκεφάλου ενεργοποιούνται. Αυτή η απλή μέθοδος, όμως, δεν μπορεί να εφαρμοστεί στη μελέτη των –σαφώς πολυπλοκότερων– διεργασιών της συνείδησης.

Υπάρχουν πολλές σχολές στην υλιστική φιλοσοφία, αλλά στην αρχή όλοι οι υλιστές ήταν σύμφωνοι ότι η ψυχή, ο φορέας της συνείδησης, είναι εγκαταστημένη σε περιορισμένο τμήμα του εγκεφάλου, μια θέση παρόμοια με εκείνη του Καρτέσιου για την επίφυση. Τον περασμένο αιώνα, όμως, η επιστήμη έκανε μεγάλες προόδους. Έτσι, οι νευροφυσιολόγοι συνειδητοποίησαν την πολυπλοκότητα που παρουσιάζει η λειτουργία του εγκεφάλου – οι απαντήσεις που έδιναν μέχρι τότε τόσο οι υλιστικές όσο και οι δυϊστικές φιλοσοφικές θεωρίες αποδείχθηκαν προβληματικές.

## Πολλαπλά προσχέδια

Ο Τσέχος ψυχολόγος Max Wertheimer έκανε το 1912 ένα σημαντικό πείραμα. Οι συμμετέχοντες σε αυτό έβλεπαν δύο εικόνες που εναλλάσσονταν πολύ γρήγορα, από τις οποίες η μία είχε έναν μπλε κύκλο στην πάνω αριστερή γωνία και η άλλη έναν κόκκινο κύκλο στην κάτω δεξιά γωνία. Αποδείχθηκε ότι οι συμμετέχοντες αντιλαμβάνονταν τις δύο εικόνες ως μία εικόνα, στην οποία ο κύκλος κινούνταν διαρκώς από τη μία γωνία στην άλλη και στο μέσον άλλαζε χρώμα από μπλε σε κόκκινο. Η δεύτερη εικόνα επηρέαζε, λοιπόν, την αντίληψη των παρατηρητών για την πρώτη εικόνα, με αποτέλεσμα η αλλαγή του χρώματος να γίνεται αντιληπτή πριν ακόμη οι συμμετέχοντες αποκτήσουν συνείδηση της δεύτερης εικόνας. Το φαινόμενο αυτό, γνωστό ως «φαινόμενο phi», οφείλεται σε μια διεργασία του εγκεφάλου η οποία συμπληρώνει το χρονικό και χωρικό χάσμα μεταξύ των εικόνων και μας δίνει έτσι την αίσθηση της κίνησης. Τα κινούμενα σχέδια είναι ένα κλασικό παράδειγμα του πώς λειτουργεί αυτό το φαινόμενο.

Ερμηνεύοντας αυτό το πείραμα, ο Αμερικανός φιλόσοφος και καθηγητής γνωσιολογίας Daniel Dennett κατέληξε, μερικές δεκαετίες αργότερα, στο συμπέρασμα ότι η συνείδηση δεν αντιλαμβάνεται τα γεγονότα με χρονολογική σειρά. Αν η συνείδηση εδραζόταν σε συγκεκριμένη περιοχή του εγκεφάλου, τα νευρικά ερεθίσματα από το μάτι θα έπρεπε να φτάνουν στον εγκέφαλο με τη σειρά με την οποία προκλήθηκαν και οι εθελοντές σε δύο ανεξάρτητα πειράματα θα είχαν συνειδητοποιήσει ότι ο κύκλος ήταν πρώτα μπλε και μετά κόκκινος. Γι' αυτό, ο Αμερικανός φιλόσοφος κατέληξε στο συμπέρασμα ότι η συνείδηση δεν εδράζεται σε κάποια συγκεκριμένη περιοχή του εγκεφάλου, αλλά θα πρέπει να βασίζεται στη συνεργασία πολλών εγκεφαλικών περιοχών.

Στο μεταξύ, οι νευρολόγοι έχουν διαπιστώσει ότι ασθένειες και ατυχήματα που προκαλούν βλάβες στον εγκέφαλο ατόμων οδηγούν σχεδόν πάντα σε αλλαγές της προσωπικότητάς τους. Και αυτό ενισχύει ακόμη περισσότερο την άποψη ότι η συνείδηση δε συνδέεται με κάποια συγκεκριμένη περιοχή του εγκεφάλου.

Ο Dennett προσπάθησε το 1991 να «θάψει» μια για πάντα το δυϊσμό του Καρτέσιου, που, κατά τη γνώμη του, είχε ασκήσει μια υπερβολική επίδραση στις υπάρχουσες θεωρίες για τη συνείδηση. Παρουσίασε τη δική του θεωρία, το λεγόμενο μοντέλο πολλαπλών προσχεδίων – «multiple drafts model». Σύμφωνα με τη θεωρία αυτή, κάθε αισθητήριο ερέθισμα είτε εξετάζεται από τον εγκέφαλο μεμονωμένα είτε συνδυάζεται με ένα άλλο ερέθισμα που είχε προσληφθεί νωρίτερα, αλλά δεν έχει γίνει ακόμη αντιληπτό από τη συνείδηση, οπότε τα δύο ερεθίσματα συγχωνεύονται και παράγουν μια ενιαία συνειδητή εμπειρία. Όπως υποδηλώνει η ονομασία της θεωρίας, αντιλαμβανόμαστε τον εξωτερικό κόσμο σε μικρά, μεμονωμένα «κομμάτια», που θυμίζουν βιαστικά προσχέδια. Όπως από αυτά μπορεί να προκύψει μέχρι και ένα μυθιστόρημα, έτσι και τα διάφορα αισθητήρια ερεθίσματα συγκεντρώνονται, ενοποιούνται και σχηματίζουν μια γενική, συνειδητή εμπειρία.

Η συνείδηση δεν εμφανίζεται αμέσως μόλις αντιληφθούμε κάτι. Θα πρέπει, αντίθετα, να την αντιμετωπίζουμε ως αποτέλεσμα μιας συνεχούς επεξεργασίας ενός αδιάκοπου ρεύματος πληροφοριών. Και, επιπλέον, όλα τα ερεθίσματα δεν καταλήγουν στη συνείδησή μας.

## Τα ζώα έχουν συνείδηση;

Σε αυτό το μοντέλο των πολλαπλών προσχεδίων δεν έχει νόημα να μιλάμε για συνείδηση παρά μόνο στο βαθμό που αυτή επηρεάζει τις πράξεις μας. Από την άλλη, η θεωρία του Dennett δίνει τη δυνατότητα διαφοροποίησης της έννοιας της συνείδησης, έτσι ώστε να μπορούμε να μιλάμε για ύπαρξη συνείδησης ακόμη και στα ζώα και τις μηχανές.

Η θεωρία του Αμερικανού φιλοσόφου δε δίνει συγκεκριμένη απάντηση στο ερώτημα πού εδρεύει η συνείδηση. Πολλοί νευρολόγοι έχουν ασχοληθεί με το θέμα τις τελευταίες δεκαετίες. Οι περισσότεροι υποστηρίζουν την κεντρική ιδέα του Dennett, ότι η συνείδηση έχει φυσική μορφή και συνδέεται με περισσότερες από μία περιοχές του εγκεφάλου.

Ο Βρετανός μοριακός βιολόγος και νευροβιολόγος Francis Crick, βραβευμένος με Νόμπελ το 1962 για τις ανακαλύψεις του πάνω στη δομή του DNA, προσπάθησε να εντοπίσει την έδρα της συνείδησης. Πέθανε το 2004, πριν ολοκληρώσει την έρευνά του, όμως ο συνάδελφός του Christof Koch συνέχισε το έργο του και δημοσίευσε το 2005 τη θεωρία τους.

## Το παράδειγμα του ρόδου

Οι Francis Crick και Christof Koch θεώρησαν ιδιαίτερης σημασίας το γεγονός ότι οι συνειδητές εντυπώσεις από ένα αντικείμενο ενσωματώνονται σχεδόν πάντα σε μια συγκεκριμένη εμπειρία. Η όψη, το χρώμα και η μυρωδιά του ρόδου συνδέονται με τη συναισθηματική μας εικόνα για το ρόδο ως σύμβολο της αγάπης. Ξέρουμε ότι η επεξεργασία των διαφόρων αισθητηριακών ερεθισμάτων και των συναισθημάτων λαμβάνει χώρα σε διαφορετικά κέντρα του εγκεφάλου, γι' αυτό και πρέπει να συνεργαστούν πολλά τμήματα του εγκεφάλου για να έχουμε μια ολοκληρωμένη συνειδητή εμπειρία του ρόδου.

Οι δύο ερευνητές άρχισαν να μελετούν την ανατομία του εγκεφάλου προκειμένου να ανακαλύψουν τη δομή που είναι αρμόδια γι' αυτή τη λειτουργία συντονισμού. Οι έρευνες τους οδήγησαν σε μια περιοχή φαιάς ουσίας κάτω από το κεντρικό τμήμα του φλοιού των δύο εγκεφαλικών ημισφαιρίων. Το εν λόγω στρώμα νευρώνων, που το πάχος τους δεν ξεπερνά το ένα χιλιοστό, λέγεται ταινιοειδής πυρήνας ή προτείχισμα. Το βρίσκουμε σε όλα τα θηλαστικά, αλλά η λειτουργία του παραμένει ανεξακρίβωτη. Οι

**ΜΕΘΟΔΟΙ**

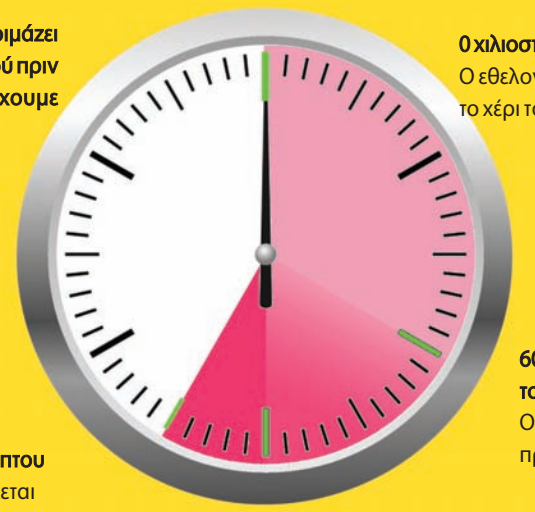
# Ερευνητές μετρούν το άμετρο

**Δεν υπάρχει ξεκάθαρος ορισμός της συνείδησης, γι' αυτό και είναι αδύνατον, π.χ., να τη διαβαθμίσουμε. Έχουν πάντως επινοηθεί ορισμένα τεστ που μας δίνουν την ευκαιρία να μελετήσουμε τη διαδικασία της συνειδητοποίησης στην πράξη, τόσο σε ανθρώπους όσο και σε ζώα και μηχανές.**

## ΤΕΣΤ ΚΑΘΥΣΤΕΡΗΣΗΣ

**για ανθρώπους**

Ο Αμερικανός νευρολόγος Benjamin Libet έκανε το 1985 ένα πείραμα τα πορίσματα του οποίου έθεσαν σε αμφιβολία το κατά πόσον οι πράξεις μας είναι συνειδητές. Ζήτησε από μια ομάδα φοιτητών να κινήσουν το χέρι τους όποτε ήθελαν, ενώ ένας ηλεκτροεγκεφαλογράφος κατέγραφε τη δραστηριότητα στον εγκέφαλό τους. Οι φοιτητές αντιλαμβάνονταν ότι είχαν αποφασίσει να κινήσουν το χέρι τους κάπου 200 χιλιοστά του δευτερολέπτου προτού γίνει η κίνηση. Ο εγκέφαλός τους όμως είχε ήδη αρχίσει να προετοιμάζει την κίνηση 400 χιλιοστά του δευτερολέπτου πριν από την απόφαση. Η συνειδητή επιλογή φαίνεται να είναι μια ψευδαίσθηση που δημιουργείται στον εγκέφαλο.




## ΤΟ ΤΕΣΤ ΤΟΥ ΚΑΘΡΕΦΤΗ

**για ζώα**

Η κλασική μέθοδος με βάση την οποία εξετάζεται η ύπαρξη συνείδησης στα ζώα επινοήθηκε το 1970 από τον Gordon Gallup. Πρόκειται για το λεγόμενο «τεστ του καθρέφτη». Οι ερευνητές υπνωτίζουν το ζώο και ζωγραφίζουν, π.χ., ένα σημάδι στο κεφάλι του. Όταν ξυπνήσει, το φέρνουν μπροστά σε έναν καθρέφτη. Αν το ζώο προσπαθήσει να αφαιρέσει το σημάδι, υποθέτουμε ότι έχει κάποιας μορφής συνείδηση του εαυτού του. Ελέφαντες και δελφίνια έχουν περάσει με επιτυχία το τεστ.

Ο ελέφαντας βλέπει το άσπρο σημάδι στον καθρέφτη – κάτι που σημαίνει ότι έχει συνείδηση του εαυτού του.

## ΤΟ ΤΕΣΤ TURING

**για μηχανές**

Ο υπολογιστής κάνει υπολογισμούς ταχύτερα από τον άνθρωπο, αυτό όμως δε σημαίνει ότι έχει συνείδηση. Ο Άγγλος μαθηματικός Alan Turing ήθελε να μελετήσει αυτό το ζήτημα, και το 1950 διαμόρφωσε ένα σχετικό τεστ, που πήρε το όνομά του. Ένα άτομο έχει γραπτό διάλογο με έναν υπολογιστή και έναν άλλο άνθρωπο, χωρίς να ξέρει ποιος είναι ποιος. Αν ο υπολογιστής τού απαντήσει τόσο καλά ώστε να του δώσει την εντύπωση ότι πρόκειται για αληθινό άνθρωπο, έχει περάσει το τεστ. Το τεστ Turing γίνεται κάθε χρόνο από το 1990, αλλά μέχρι σήμερα κανένας υπολογιστής δεν έχει καταφέρει να το περάσει.

## ΟΡΟΣΗΜΑ

**Αναζητώντας το μυστικό της συνείδησης εδώ και 2.000 χρόνια**

Για αιώνες, το μυστήριο της ανθρώπινης συνείδησης απασχολούσε κυρίως τους φιλοσόφους. Αργότερα προστέθηκαν οι ψυχολόγοι και οι νευροφυσιολόγοι.

**60 π.Χ.:** Ο Ρωμαίος πολιτικός και φιλόσοφος Κικέρων ήταν από τους πρώτους που χρησιμοποίησε την έννοια *conscientia* (= συνείδηση). Ο Κικέρων εννοούσε κατά βάση την ηθική συνείδηση, ένα σύστημα αξιών.

**1250:** Ο Ιταλός φιλόσοφος και θεολόγος Θωμάς ο Ακινάτης υποστηρίζει ότι ακόμη και τα μικρά παιδιά έχουν συνείδηση του «είναι». Διαχωρίζει την αισθητηριακή αντίληψη από την επίγνωση ότι έχουμε αντιληφθεί κάτι.

**1690:** Ο Άγγλος φιλόσοφος John Locke χρησιμοποιεί για πρώτη φορά τη λέξη «συνείδηση» με τη σημερινή της έννοια. Υποστηρίζει ότι το εγώ διαμορφώνεται από την ίδια τη ζωή, από τις εντυπώσεις και τις εμπειρίες μας.

**Γύρω στο 1700:** Ο μαθηματικός και φιλόσοφος Gottfried Wilhelm Leibniz υποστηρίζει ότι ο εγκέφαλος που αντιλαμβάνεται και η ψυχή που συνειδητοποιεί είναι δύο τελείως διαφορετικά πράγματα. Αναφέρει σαν παράδειγμα μια ψείρα, που, αν γύριζε μέσα στο κεφάλι μας, δε θα έβρισκε ούτε μια σκέψη ή ιδέα.

**1870:** Ο Αμερικανός ψυχολόγος William James είναι ένας από τους πρώτους που μελέτησαν επιστημονικά τη συνείδηση. Υποθέτει ότι αυτή εδρεύει στον εγκέφαλο, αλλά χωρίς νευρολογικές έρευνες η θεωρία του παραμένει ασαφής. Λέει για τη συνείδηση ότι είναι «πιο φάντασμα κι από τα φαντάσματα».

**1910:** Ο Τσέχος ψυχολόγος Max Wertheimer ανακαλύπτει, μέσα από ένα πείραμα, το φαινόμενο «phi». Οι συμμετέχοντες βλέπουν να εναλλάσσονται γρήγορα δύο εικόνες με έναν μπλε κι έναν κόκκινο κύκλο αντίστοιχα. Τις αντιλαμβάνονται σαν μία εικόνα, στην οποία ο κύκλος μετακινείται και παράλληλα αλλάζει χρώμα. Ο Wertheimer καταλήγει στο συμπέρασμα ότι η συνείδηση δεν εδράζεται σε ένα μόνο τμήμα του εγκεφάλου.

**1950:** Ο Καναδός χειρουργός Wilder Penfield, σε πείραμά του, ερεθίζει μηχανικά τον εγκέφαλο ασθενών που δεν έχουν υποβληθεί σε νάρκωση. Ανακαλύπτει ότι διάφορα εγκεφαλικά κέντρα ευθύνονται, μεταξύ άλλων, για την κίνηση, τις αισθήσεις και τη βούληση.

**1960:** Ο Αμερικανός νευροβιολόγος Roger Walcott Sperry ανακαλύπτει ότι, αν η σύνδεση μεταξύ δεξιού και αριστερού ημισφαιρίου στον εγκέφαλο καταστραφεί, η συνείδηση του ατόμου χωρίζεται σε δύο ανεξάρτητα μέρη, που το καθένα μπορεί να έχει τις δικές του σκέψεις.

**1980:** Ο υλιστής Αμερικανός φιλόσοφος Daniel Dennett υποστηρίζει ότι η συνείδηση και όλα τα ανθρώπινα συναισθήματα προέρχονται από βιοχημικές διεργασίες του εγκεφάλου.

**1990:** Ο ρωσικής καταγωγής νευρολόγος Mikhail Lebedev αποδεικνύει ότι άτομα στα οποία έχει ερεθιστεί ένα μικρό εγκεφαλικό κέντρο στο μετωπιαίο λοβό βιώνουν οπτικές ψευδαισθήσεις, που δεν έχουν σχέση με τα πραγματικά οπτικά ερεθίσματα.

**2004:** Ο Francis Crick, που ανακάλυψε τη διπλή έλικα του DNA, υποστηρίζει ότι η συνείδηση συνδέεται με ένα λεπτό στρώμα φαιάς ουσίας, το λεγόμενο ταινιοειδή πυρήνα, το οποίο έχει επαφή με όλα σχεδόν τα κέντρα του εγκεφάλου.

δύο ερευνητές διαπίστωσαν ότι οι νευρώνες αυτού του πυρήνα συνδέονται με όλα σχεδόν τα τμήματα του φλοιού, όπου εδρεύουν οι ανώτερες εγκεφαλικές λειτουργίες, όπως η γλώσσα, η λήψη αποφάσεων και οι αισθήσεις. Οι συνδέσεις είναι αμφίδρομες: οι νευρώνες του ταινιοειδούς πυρήνα δέχονται αλλά και αποστέλλουν πληροφορίες στο φλοιό του εγκεφάλου. Επιπλέον, επικοινωνούν με το βαθύτερο τμήμα του εγκεφάλου, απ' όπου προέρχονται τα βασικά συναισθήματα.

Με άλλα λόγια, ο ταινιοειδής πυρήνας μοιάζει με έναν κεντρικό διακόπτη, που συνδέει μεγάλες περιοχές του εγκεφάλου. Η θεωρία αυτή δεν έχει ακόμη αποδειχθεί. Ερευνητές έχουν προτείνει διάφορα πειράματα για να διαπιστωθεί αν ο πυρήνας αυτός παίζει κάποιο ρόλο στη συνείδησή μας. Σε ένα από αυτά τα πειράματα, προβλέπεται να τοποθετηθούν ηλεκτρόδια στον ταινιοειδή πυρήνα και να ενεργοποιηθούν τα εγκεφαλικά κύτταρα αυτού του λεπτού στρώματος με ρεύμα χαμηλής τάσης. Αν οι επιστήμονες καταφέρουν δι' αυτού του τρόπου να προκαλέσουν σκέψεις, εντυπώσεις ή συναισθήματα στη συνείδηση του εθελοντή, η θεωρία των Crick και Koch θα αποδειχθεί σωστή.

Η ανθρώπινη συνείδηση εξακολουθεί να απασχολεί φιλοσόφους, νευροφυσιολόγους και άλλους επιστήμονες. Έχουν διατυπωθεί πολλές θεωρίες σχετικά με το τι είναι η συνείδηση, πώς δημιουργείται και πού εδρεύει, αλλά οι συγκεκριμένες, τεκμηριωμένες γνώσεις μας σε αυτό τον τομέα παραμένουν φτωχές. Θα περάσουν πολλά χρόνια μέχρι να εξηγηθεί πώς γίνεται απλά οπτικά ερεθίσματα να ταξιδεύουν στον εγκέφαλο για να καταλήξουν, π.χ., στην απόλαυση που μας χαρίζει το αυγουστιάτικο φεγγάρι

# 2ο Πανελλήνιο Συνέδριο της ITI
# Τεκμηριωμένες καινοτομίες στη σύγχρονη εμφυτευματολογία

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

Το δραστήριο ελληνικό τμήμα της ITI διοργάνωσε στις 25-26 Σεπτεμβρίου στο συνεδριακό χώρο Δαΐς το 2ο Πανελλήνιο συνέδριο ITI με ομιλητές διεθνούς κύρους που προσπάθησαν να καλύψουν ένα μεγάλο μέρος της κλινικής και ερευνητικής εμπειρίας τους σχετικά με την οδοντική εμφυτευματολογία . Η αίθουσα ήταν ασφυκτικά γεμάτη, γεγονός που δείχνει τη διείσδυση της ITI στην Ελλάδα, αλλά και το ενδιαφέρον των Ελλήνων οδοντιάτρων για τη συνεχιζόμενη εκπαίδευση. Η συγκινητική αυτή δίψα για μάθηση αποτελεί την καλύτερη απάντηση σε όσους έχουν χαρακτηρίσει τους οδοντιάτρους «αποτυχημένους παραλίγο γιατρούς», γιατί όπως φαίνεται δεν γνωρίζουν τη μεγάλη εξέλιξη στην σύγχρονη οδοντιατρική, αλλά και το τεράστιο μαθησιακό έργο του Έλληνα οδοντιάτρου.

*Στην πρώτη φωτογραφία απεικονίζονται, από αριστερά προς τα δεξιά, οι dr.W. Martin, dr. Σ. Βογιαζής, dr. F. Boltchi, dr. N. Συκαράς, dr. G. Higginbottom, dr. Γ. Φουρμούζης, dr. Γ. Καρούσης και dr. D. Buser. Στο ασφυκτικά γεμάτο αμφιθέατρο οι σύνεδροι παρακολούθησαν με εξαιρετικό ενδιαφέρον τους ομιλητές. Στην τρίτη φωτογραφία, οι σύνεδροι κατά τη διάρκεια του διαλείμματος.*

Την έναρξη των εργασιών του συνεδρίου έκανε ο αντιπρύτανης του Πανεπιστημίου Αθηνών, Καθηγητής κ. Α. Δουκουδάκης και στη συνέχεια ακολούθησε ο πρόεδρος της ITI Professor Dr. Buser με μια σύντομη εισαγωγή για τη δράση της επιστημονικής εταιρείας ITI παγκοσμίως και τους μελλοντικούς εκπαιδευτικούς στόχους.

Το επιστημονικό πρόγραμμα του συνεδρίου ξεκίνησε με την ομιλία του **Dr. Boltchi** με θέμα τις χειρουργικές τεχνικές ελάχιστης παρέμβασης. Η εξαγωγή χωρίς κρημνούς και η άμεση εμφύτευση είναι δύο βασικά ζητήματα για την επιτυχία και τη διατήρηση της αισθητικής, ιδιαίτερα στην αισθητική ζώνη. Το στάδιο όμως της εξαγωγής συχνά συνοδεύεται από απρόβλεπτες δυσκολίες, που αλλάζουν την προβλεψιμότητα της άμεσης εμφύτευσης. Το σύστημα finger x-tract περιλαμβάνει έναν άξονα που βιδώνει στον ριζικό σωλήνα τού προς εξαγωγή δοντιού και μπορεί να συμβάλει στην ατραυματική εξαγωγή του. Έτσι ακολουθεί προβλέψιμα η άμεση εμφύτευση, εφόσον δεν έχει καταστραφεί το παρειακό τοίχωμα και διατηρείται απόσταση 2-3mm μεταξύ παρειακού τοιχώματος και εμφυτεύματος. Από μελέτες όμως φαίνεται ότι η άμεση εμφύτευση δεν αλλάζει το μοντέλο απορρόφησης του παρειακού τοιχώματος.

Οι Barros et al (2009) αναφέρουν ότι η χωρίς κρημνό άμεση τοποθέτηση εμφυτεύματος μειώνει την απώλεια του οστού. Όμως οι Van de Velde (2008) σε άλλη μελέτη εστιάζουν την προσοχή όχι στην ιδεώδη τοποθέτηση του εμφυτεύματος, αλλά στην χωρίς κρημνούς τοποθέτηση. Η ενδεχόμενη απορρόφηση του παρειακού πετάλου και το συχνά απρόβλεπτο αποτέλεσμα έχουν οδηγήσει στην εξέλιξη των τεχνικών διατήρησης του φατνίου.

Επόμενος ομιλητής ήταν ο **Frank Higginbottom** με θέμα «Αισθητική των εμφυτευμάτων». Για την τοποθέτηση του εμφυτεύματος είναι απαραίτητη η ύπαρξη οστού ικανών διαστάσεων σε ύψος και πλάτος. Η κατευθυνόμενη οστική ανάπλαση (GBR), η διατατική οστεογένεση και η ορθοδοντική υπερέκφυση είναι τεχνικές αναδημιουργίας οστού. Σε κάποιες περιπτώσεις τα μικρής διαμέτρου εμφυτεύματα δίνουν τη λύση αποφεύγοντας την GBR.

Ο καθηγητής Dr. **D. Buser** ανέπτυξε το φλέγον θέμα «Άμεση τοποθέτηση εμφυτευμάτων στην αισθητική ζώνη». Η εμφυτευματική θεραπεία σήμερα έχει στόχο την ελαχιστοποίηση των σταδίων και χειρουργείων του ασθενούς. Επειδή είναι αποδεδειγμένη η υφίζηση του παρειακού πετάλου μετά την εξαγωγή στην αισθητική ζώνη, είναι σκόπιμο να αναμένουμε 4-8 εβδομάδες προ της τοποθέτησης των εμφυτευμάτων (4 εβδομάδες στους πλάγιους, 6 στους κεντρικούς).

Από μελέτες (Braut et al 2010) φάνηκε ότι το παρειακό πέταλο είναι λεπτότερο στους κεντρικούς και τους κυνόδοντες και παχύτερο στους προγόμφιους. Έτσι σε κάθε εξαγωγή έχουμε κάποιο βαθμό απορρόφησης του παρειακού πετάλου, η οποία γίνεται εντονότερη εάν έχουμε εξαγωγή με αναπέταση κρημνών. Ο Dr. Buser ήταν αρνητικός στην άμεση αποκατάσταση, ιδίως στις περιπτώσεις που έτυχαν εκτεταμένη GBR, γιατί η κλειστή επούλωση του οστού είναι ο χρυσός κανόνας.

Σε μελέτες Lindebon 2006, Kan 2007, Cordaro 2009 στην άμεση εμφύτευση παρατηρήθηκε μετά από 2 χρόνια 1.5- 2.5mm υφίζηση. Ο σχεδιασμός του κρημνού θα πρέπει να περιλαμβάνει το πολύ μια απελευθερωτική κάθετη τομή (συνήθως στον κυνόδοντα). Έτσι αποφεύγεται ο σχηματισμός ουλώδους ιστού και προστατεύεται η αιμάτωση του κρημνού. Ενδείκνυται η παραμονή της ρίζας του καταδικασμένου δοντιού σε επίπεδο κάτω από τα ούλα για πρόσθετη δημιουργία ούλων που καλύπτουν τη ρίζα και θα δημιουργήσουν ευρεία ζώνη περιεμφυτευματικών ιστών. Ο **ομιλητής υπέδειξε (σε αντίθεση με τη σύγχρονη τάση) να μην προβαίνουμε συχνά ή συστηματικά σε πάχυνση των μαλακών ιστών με μοσχεύματα συνδετικού ιστού**. Η φόρτιση των εμφυτευμάτων γίνεται μετά τις 6-8 εβδομάδες, ιδίως σε περιπτώσεις GBR. Αναφορικά με την GBR, **το αυτομόσχευμα και το DFDBA ενδείκνυνται για οστική ανάπλαση και το BioOss μόνο στις περιπτώσεις διατήρησης του όγκου**. Συμπερασματικά, για την άμεση εμφύτευση, σημαντικές παράμετροι είναι η ευκολία της εξαγωγής, το πάχος του παρειακού πετάλου και ο βιότυπος των ούλων.

Επόμενος ομιλητής ήταν ο **W. Martin** με θέμα «Προσθετικές ενδείξεις για διφασικά και μονοφασικά εμφυτεύματα». Τα εμφυτεύματα χωρίς λείο διαβλεννογόνιο τμήμα ενδείκνυνται για αντιμετώπιση ορισμένων περιστατικών που σχετίζονται ιδιαίτερα με λεπτό βιότυπο ούλων στην αισθητική ζώνη, τις περιπτώσεις προβληματικής τοποθέτησης των εμφυτευμάτων, την έλλειψη χώρου καθώς και την δυνατότητα χρήσης abutments ζιρκονίου.

Την Κυριακή ο **W. Martin** μίλησε σχετικά με την κατηγοριοποίηση SAC. Για το σχέδιο θεραπείας σχετικά με την εμφυτευματευτική θεραπεία είναι απαραίτητη η κλινική εξέταση, ο ακτινολογικός έλεγχος και το διαγνωστικό κέρωμα. Το 1999 η ελβετική εταιρεία εμφυτευματολογίας κατέληξε στη θέσπιση τριών κατηγοριών για την αξιολόγηση κάθε περιστατικού εμφυτευματευτικού ασθενούς: simple (απλό), advanced (προχωρημένο) και complex (σύνθετο). Αναφέρθηκε στο προσθετικό , όσο και στο χειρουργικό μέρος. Η αποκατάσταση του εμφυτεύματος που σχετίζεται με το βαθμό δυσκολίας διακρίνεται σε:

Α. άμεση αποκατάσταση, μέσα στις πρώτες 48 ώρες
Β. άμεση φόρτιση (0-48 ώρες)
Γ. ενδιάμεση αποκατάσταση (48 ώρες- 3 μήνες)
Δ. συνήθης αποκατάσταση (μετά από 3 μήνες-6 μήνες)

Ο Dr. **D. Buser** ασχολήθηκε με το ζήτημα της αντιμετώπισης των αποτυχημένων εμφυτευματικών αποκαταστάσεων. Αίτια για την αποτυχία είναι:

Η κακή θέση τοποθέτησης
Η κακή επιλογή διαμέτρου (ποτέ ευρείας διαμέτρου στην αισθητική ζώνη) ή ο αριθμός των εμφυτευμάτων
Κακή αξιολόγηση των μαλακών ιστών.

Σε πολλές από τις περιπτώσεις είναι απαραίτητη η αφαίρεση των προβληματικών εμφυτευμάτων και η GBR για τοποθέτηση εμφυτευμάτων. **Για την αφαίρεση των εμφυτευμάτων θα πρέπει να αποφεύγονται οι κοίλες φρέζες γιατί αφαιρούν πολύ οστούν**, ακόμη και από το υπερώιο τοίχωμα, μετατρέποντας το πρόβλημα από οριζόντια σε κάθετη αύξηση. Έτσι **συχνά αρκεί η χρήση της καστάνιας (δυναμομέτρου)** αρχικά περιστρέφοντας το εμφύτευμα δεξιόστροφα και στη συνέχεια ξεβιδώνοντας αριστερόστροφα. Επικουρικά μπορεί να χρησιμοποιηθεί η πιεζοχειρουργική και διάφορες φρέζες.

Ο **F. Boltichi** παρουσίασε τις εφαρμογές της πλαστικής του περιοδοντίου στην εμφυτευματολογία. Η δυνατότητα κάλυψης με μαλακούς ιστούς των αποκαλυμμένων εμφυτευμάτων μπορεί να διασώσει αποκαλυμμένες μη αισθητικές εμφυτευματικές αποκαταστάσεις. Το ελεύθερο μόσχευμα συνδετικού ιστού είναι μόσχευμα εκλογής για κάλυψη σε βάθυνση ουλοπαρειακής ή ακόμη και σε περιπτώσεις θεραπείας στίξης αμαλγάματος (tattoo). Το πλεονέκτημά του σε σχέση με το ελεύθερο οστικό μόσχευμα είναι η καλύτερη χρωματική προσαρμογή και η μικρότερη συρρίκνωση. Σε λεπτό βιότυπο, για την αποφυγή της δυσχρωμίας λόγω του μετάλλου, το μόσχευμα συνδετικού ιστού είναι ο χρυσός κανόνας με προβλέψιμο αποτέλεσμα.

Αναφορικά με το νέο προϊόν της Medtronic, το πολυδιαφημισμένο BMP-2, δήλωσε ότι όσες φορές το χρησιμοποίησε, τα αποτελέσματα ήταν απογοητευτικά, ιδίως αν λάβει υπόψη το υπερβολικό κόστος των 900 δολαρίων (για τη μικρότερη ποσότητα).

Πολλές επιπλοκές στα εμφυτεύματα οφείλονται σε προβλήματα της προσθετικής αποκατάστασης, όπως η κακή εφαρμογή του κολοβώματος, η κακή εφαρμογή της αποκατάστασης, το προφίλ ανάδυσης και υπολείμματα κονίας (σε συγκολλούμενες αποκαταστάσεις). Έτσι σε περιπτώσεις εμφυτευμάτων που έχουν τοποθετηθεί σε λάθος θέση συνιστάται η αφαίρεσή τους. Αντίθετα σε αυτά που έχουμε απώλεια μαλακών ιστών παρειακά, η χρήση μοσχευμάτων συνδετικού ιστού σε συνδυασμό με GBR και υπερώιου μισχωτού κρημνού μπορεί να δώσει το επιθυμητό αισθητικό αποτέλεσμα.

**Συμπερασματικά** οι ομιλητές εντυπωσίασαν το ακροατήριο και άφησαν τις καλύτερες εντυπώσεις με τις υψηλής ποιότητας παρουσιάσεις τους. Η θεματολογία του επιστημονικού προγράμματος κάλυψε ένα μεγάλο φάσμα της κλινικής εμφυτευματολογίας και ανταποκρίθηκε απόλυτα στις προσδοκίες των συμμετεχόντων. Το συνέδριο ήταν απόλυτα επιτυχημένο, με δεδομένο τις δύσκολες εποχές που διανύουμε. Ο χώρος του συνεδρίου ήταν ιδανικός από πλευράς εγκαταστάσεων και πρόσβασης και η οργάνωση στα υψηλά πρότυπα που μας έχει συνηθίσει η ITI.

## Η ΕΚΔΗΛΩΣΗ ΠΟΥ ΤΕΙΝΕΙ ΝΑ ΓΙΝΕΙ ΘΕΣΜΟΣ

# Για τρίτη συνεχή χρονιά η εταιρεία Μιλτιάδης Βιτσαρόπουλος Α.Ε. πραγματοποιεί τριήμερο ενημέρωσης και επικοινωνίας

Όπως τα τελευταία δύο χρόνια, έτσι και φέτος η εταιρεία Μιλτιάδης Βιτσαρόπουλος Α.Ε. διοργανώνει τριήμερο ενήμερωσης και επικοινωνίας με τους οδοντιάτρους.

**Το Τριήμερο θα πραγματοποιηθεί στις 3, 4 και 5 Δεκεμβρίου 2010 στο ξενοδοχείο Holiday Inn στην Αττική Οδό, στον ίδιο ακριβώς χώρο όπου διεξήχθησαν οι δύο προηγούμενες εκδηλώσεις.**

Στόχος του Τριημέρου παραμένει η όσο το δυνατόν αρτιότερη γνωριμία και εξοικείωση των οδοντιάτρων με τα προϊόντα της εταιρείας και ιδιαίτερα εκείνα που αφορούν πρόσφατες καινοτομίες και τεχνολογίες. Γι' αυτόν το σκοπό, εκτός από την εμπορική έκθεση που θα λειτουργεί στο χώρο, έχουν προσκληθεί καταξιωμένοι Έλληνες και ξένοι ομιλητές, οι παρουσιάσεις των οποίων αφορούν καινοτόμους πρακτικές και μεθόδους.

Η πρώτη ημέρα της εκδήλωσης, Παρασκευή 3/12, αφορά κυρίως τον τομέα της αισθητικής, με ομιλητές τον Dr. Stefan Koubi και τον οδοντίατρο, Dr. Νίκο Κρόμπα. Η δεύτερη ημέρα, Σάββατο 4/12, έχει ως γενική θεματική την προσθετική επί εμφυτευμάτων με ομιλητές τον Dr. Georg Bayer, την Dr. Ευγενία Μηχαηλίδου και τον οδοντοτεχνίτη MDT Stefan Adler. Τη σκυτάλη παίρνουν την Κυριακή 5/12 η DDr. Franziska Beer και ο Dr. Roberto Rossi, οι οποίοι θα παρουσιάσουν θέματα σχετικά με Laser και οστική και ιστική αναγέννηση.

*Το πρώτο τριήμερο ενημέρωσης και επικοινωνίας αποτέλεσε την αρχή της ανάπτυξης μιας σχέσης εμπιστοσύνης ανάμεσα στην εταιρεία Μιλτιάδης Βιτσαρόπουλος Α.Ε. και στον οδοντίατρο.*

*Προσκεκλημένοι της εταιρείας είναι πάντα καταξιωμένοι ομιλητές διεθνούς κύρους. Ο ιδρυτής της εταιρείας Μιλτιάδης Βιτσαρόπουλος, έχοντας αριστερά του το γνωστό οδοντίατρο και συγγραφέα Galip Gürel, ο οποίος ήταν ένας από τους ομιλητές της περσινής εκδήλωσης. Στη φωτογραφία επίσης διακρίνεται ο οδοντίατρος και συνεργάτης του «Ο.Β.» Χρήστος Κωνσταντινίδης.*

Η εταιρεία Μιλτιάδης Βιτσαρόπουλος Α.Ε. ευελπιστεί οτι το φετινό 3ο τριήμερο ενημέρωσης θα συνεχίσει την επιτυχημένη πορεία των δύο προηγούμενων εκδηλώσεων ως προς την ανάπτυξη ειλικρινούς σχέσης μεταξύ του αντιπροσώπου οδοντιατρικών ειδών και των οδοντιάτρων. Γι' αυτόν το λόγο σάς περιμένει με χαρά να παρευρεθείτε στην εκδήλωση, με απαραίτητη πάντα προϋπόθεση μια τηλεφωνική δήλωση συμμετοχής. Σε αυτήν οι ενδιαφερόμενοι θα πρέπει να προσδιορίζουν την ημέρα και την ομιλία που επιθυμούν να παρακολουθήσουν, χωρίς φυσικά να υπάρχει όριο στον αριθμό των ημερών ή ομιλιών.


Σας προσκαλούμε στο:

3ο Τριήμερο Ενημέρωσης

3-5 ΔΕΚΕΜΒΡΙΟΥ 2010
HOLIDAY INN ΑΤΤΙΚΗΣ ΟΔΟΥ

Ομιλητές

Dr. Georg Bayer - MDT. Stephan Adler
Άμεση ακίνητη αποκατάσταση σε νωδούς ασθενείς.

Dr. Franziska Beer
Lasers - ένα καινοτόμο εργαλείο στη σύγχρονη Οδοντιατρική.

Dr. Stefen Koubi
Αισθητική προσέγγιση: είναι συμβατή η τέχνη με την επιστήμη;

Dr. Νίκος Κρόμπας
Ολοκεραμικές στεφάνες: από την επιλογή του συστήματος έως και την τελική συγκόλληση.

Dr. Ευγενία Μιχαηλίδου
• Άμεσα φορτιζόμενες μεταβατικές αποκαταστάσεις επί εμφυτευμάτων σε ολικά νωδούς ασθενείς.
• Συγκόλληση ή Κοχλίωση των επιεμφυτευματικών προσθετικών αποκαταστάσεων; Παρουσίαση εναλλακτικής προσέγγισης.

Dr. Roberto Rossi
Νέες στρατηγικές στην καθοδηγούμενη ιστική και οστική ανάπλαση, σε πρόσθιες αισθητικές περιοχές.

Έκθεση προϊόντων
Θα έχετε τη δυνατότητα να επισκεφθείτε τη μεγάλη έκθεση των προϊόντων μας και να ενημερωθείτε από επιστημονικούς συνεργάτες μας από την Ελλάδα και το εξωτερικό.

Μιλτιάδης Βιτσαρόπουλος Α.Ε.
Μεσογείων 348, 153 41 Αγία Παρασκευή, Αθήνα, Τηλ.: 210 6541 340, Fax: 210 6541 618
www.vitsaropoulos.gr, e-mail: info@vitsaropoulos.gr

# Το συνέδριο για τον εορτασμό των 25 χρόνων παρουσίας του CEREC® στην οδοντιατρική θεωρείται πλέον σταθμός

Πάνω από 3.000 άτομα παρακολούθησαν, στο Las Vegas, το Παγκόσμιο Συνέδριο για τον εορτασμό των 25 χρόνων του συστήματος CEREC. Το συνέδριο περιλάμβανε τρεις ημέρες ομιλιών από διακεκριμένους εισηγητές, πρακτικά σεμινάρια, έκθεση οδοντιατρικών ειδών και φυσικά τη θρυλική διασκέδαση του Las Vegas στις πολυτελείς εγκαταστάσεις του ξενοδοχείου Caesars Palace.

Το CEREC του εργοστασίου SIRONA DENTAL SYSTEMS GmbH Γερμανίας είναι το υψηλής τεχνολογίας μηχάνημα που βασίζεται στην τεχνολογία CAD/CAM για την κατασκευή ολοκεραμικών αποκαταστάσεων: στεφανών, όψεων, ενθέτων και επενθέτων από πορσελάνη αστρίου και ρητίνη καθώς και προσωρινών αποκαταστάσεων σε ΜΙΑ μόνο ώρα εντός του ιατρείου. Το CEREC 3D είναι το μοναδικό μηχάνημα παγκοσμίως που προσφέρει τόσοπολλές δυνατότητες με μια άριστη σχέση ποιότητας-τιμής. Εξοικονομεί χρήματα και χρόνο, αφού η αποκατάσταση μπορεί να γίνει σε μία μόνο επίσκεψη και σχεδιάζεται μπροστά στον ασθενή. Εντάσσεται εύκολα στο ιατρείο, του οποίου η αναβάθμιση γίνεται εμφανέστατα, ενώ οι αποκαταστάσεις, σχεδιάζονται από ένα φιλικό προς τον χρήστη πρόγραμμα, έχουν εξαιρετική ακρίβεια, υψηλή αισθητική και αντέχουν στο χρόνο.

*Ο προσθετολόγος-οδοντίατρος CEREC κ. Ιάκωβος Δημητρίου και από την DENTICA Α.Ε. η κ. Ελένη Κούρνια, επιστημονική υπεύθυνη του CEREC στην Ελλάδα..*

*Άποψη του χώρου της έκθεσης οδοντιατρικών.*

*Άποψη της αίθουσας διαλέξεων.*

Οδοντίατροι και οδοντοτεχνίτες συναντήθηκαν με διακεκριμένες προσωπικότητες της οδοντιατρικής, που έδωσαν εξαιρετικού επιπέδου ομιλίες σχετικά με οδοντιατρικές τεχνικές, πρακτικά σεμινάρια, ενδιαφέρουσες διαλέξεις για τη διαχείριση, την προώθηση και τη φροντίδα του ιατρείου. Ανάμεσα στους ομιλητές του συνεδρίου ήταν οι Dr. Gordon Christensen, Dr. Dennis Fasbinder, Dr. Edward A. McLaren, Prof. Dr. Albert Mehl, Dr. Alessandro DeVigus και πολλοί άλλοι. Το συνέδριο ήταν ένα μοναδικό γεγονός που σήμανε τη μεγαλύτερη συγκέντρωση οδοντιάτρων CEREC που έγινε ποτέ.

Το υψηλό επίπεδο των συνεχών επιμορφωτικών σεμιναρίων, οι δυνατότητες δικτύωσης στην οδοντιατρική κοινότητα και η διασκέδαση κατά τη διάρκεια του συνεδρίου αποτέλεσαν μια αξιοθαύμαστη συμβολή στην ενημερωτική προβολή της τεχνολογίας που άλλαξε τα οδοντιατρικά δεδομένα. Αυτό το συνέδριο-σταθμός όχι μόνο γιόρτασε τα 25 χρόνια του CEREC CAD/CAM, αλλά άνοιξε το δρόμο και για τα επόμενα 25 χρόνια τεχνολογικής καινοτομίας της Sirona, δήλωσε ο κ. Michale Augins, πρόεδρος της Sirona Αμερικής.

Μερικές από τις δεκάδες ομιλίες και θέματα που καλύφθηκαν κατά τη διάρκεια του συνεδρίου ήταν τα εξής:

**Η ενσωμάτωση του CEREC στο GALILEOS™ από τον Dr. Reznick:**

Στην ομιλία του ο γναθοχειρουργός Dr. Reznick εξήγησε πώς εντάσσονται οι οδοντιατρικές πληροφορίες του CEREC στο μηχάνημα GALILEOS. Το GALILEOS είναι το ψηφιακό τρισδιάστατο «πανοραμικό' μηχάνημα CONE BEAM, που χάρη στο τρισδιάστατο λογισμικό του επιτρέπει το συνδυασμό του σχεδίου προσθετικής θεραπείας με το χειρουργείο των εμφυτευμάτων σε πολύ ανώτερο επίπεδο από τις παραδοσιακές ακτινογραφίες δύο διαστάσεων και την «ελεύθερη»τοποθέτηση εμφυτευμάτων με στερεοσκοπική απεικόνιση. Το αποτέλεσμα: Λιγότερο επεμβατική χειρουργική διαδικασία, προηγούμενη γνώση ανατομικών προκλήσεων, **αυξημένη ακρίβεια στην τοποθέτηση εμφυτευμάτων**, μειωμένος χρόνος χειρουργείου και **ταχύτερη/βελτιωμένη ανάρρωση του ασθενούς**.

**Η εξέλιξη του συστήματος CEREC από τον καθηγητή Werner Mörmann:**

Ο καθηγητής Dr. Mormann, ο άνθρωπος που εφηύρε το σύστημα CEREC στο Πανεπιστήμιο της Ζυρίχης τη δεκαετία του 1980, εξήγησε πώς πρωτοξεκίνησε να σχεδιάζει ένα μικρό, κινητό μηχάνημα CAD/CAM συνδέοντας έναν υπολογιστή με μια οθόνη και πληκτρολόγιο, ένα ποντίκι, έναν ποδοδιακόπτη και μια οπτο-ηλεκτρονική τρισδιάστατη ενδοστοματική κάμερα σάρωσης. Εξήγησε επίσης πώς από αυτό το σχέδιό του φτάσαμε σήμερα να χρησιμοποιούμε το τελευταίας γενιάς μηχάνημα CEREC AC με την επαναστατική ενδοστοματική κάμερα Bluecam, που εκφράζει την τελευταία λέξη στην οδοντιατρική τεχνολογία.

Η Sirona και οι καλεσμένοι της έκλεισαν το συνέδριο CEREC 25 με το φαντασμαγορικό WHITE PARTY, στο νυχτερινό κέντρο PURE, που συγκαταλέγεται σε ένα από τα καλύτερα κλαμπ του κόσμου. Οι περισσότεροι συμμετέχοντες συμφώνησαν ότι το WHITE PARTY ήταν το πιο εντυπωσιακό οδοντιατρικό γεγονός της χρονιάς!

Στο συνέδριο επίσης συμμετείχαν, εκ μέρους της *DENTICA Α.Ε., της* γενικής αντιπροσωπείας της Sirona στην Ελλάδα, η κ. Ελένη Κούρνια, επιστημονική υπεύθυνη του CEREC, καθώς και ο προσθετολόγος κ. Ιάκωβος Δημητρίου, που εργάζεται με το σύστημα CEREC πάνω από 3 χρόνια στο ιδιωτικό του ιατρείο στην Αθήνα.

Τα παρακάτω νούμερα απεικονίζουν την εκπληκτική διείσδυση της τεχνολογίας CAD/CAM του εργοστασίου SIRONA στα ιατρεία και στα εργαστήρια:

- Περισσότερα από 33.800 συστήματα CAD/CAM έχουν εγκατασταθεί (29.000 οδοντιατρικά και 4.800 οδοντοτεχνικά) σε πάνω από 90 χώρες του κόσμου.
- 12,5 εκατομμύρια αποκαταστάσεις έγιναν πέρυσι, εκ των οποίων τα 7,5 με συστήματα SIRONA (5,5 εκατ. με το CEREC και 2 εκατ. με το inLab).
- Το οδοντοτεχνικό σύστημα inLab μετρά τις μεγαλύτερες πωλήσεις CAD/CAM στον κόσμο και στην Ελλάδα, τα τελευταία 2 χρόνια.
- Τα 2/3 όλων των CAD/CAM αποκαταστάσεων παγκοσμίως «κόβονται» στα συστήματα CAD/CAM του εργοστασίου SIRONA.
- Περισσότερες από 20 εκατομμύρια αποκαταστάσεις έχουν τοποθετηθεί συνολικά.
- Περισσότεροι από 8 εκατομμύρια ασθενείς έχουν θεραπευθεί με επιτυχία.
- Μία αποκατάσταση CEREC τοποθετείται κάθε 10 δευτερόλεπτα.

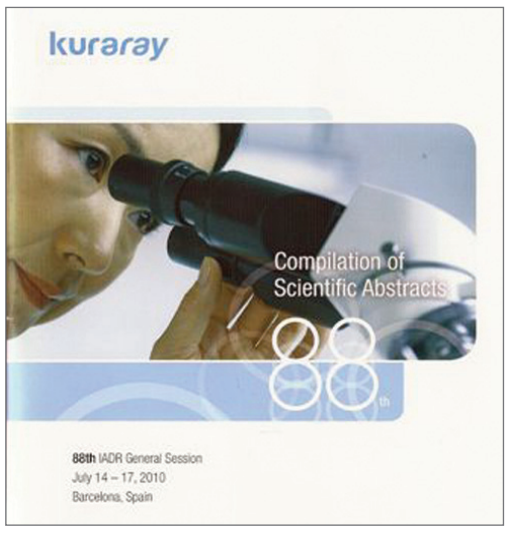
### Σχετικά με τη Sirona

Το εργοστάσιο Sirona, ως πρωτοπόρο στην οδοντιατρική τεχνολογία, έχει στηρίξει την πρόοδο χιλιάδων οδοντιάτρων και οδοντιατρικών αντιπροσώπων παγκοσμίως, στα 130 χρόνια παρουσίας του στην αγορά. Το εργοστάσιο Sirona αναπτύσσει, κατασκευάζει και λανσάρει μια ολοκληρωμένη σειρά οδοντιατρικών μηχανημάτων, περιλαμβάνοντας συστήματα CAD/CAM (CEREC), ψηφιακά ενδοστοματικά και πανοραμικά τρισδιάστατα μηχανήματα, συσκευές laser, οδοντιατρικά συγκροτήματα και χειρολαβές σε παγκόσμιο επίπεδο. Η κορυφαία θέση της SIRONA στην παραγωγή συνεχώς εξελισσόμενου οδοντιατρικού εξοπλισμού βασίζεται στη συνεχή έρευνα, την κατασκευαστική τελειότητα και την πολυετή πείρα στις διεθνείς αγορές. Η μοναδική εξειδίκευση της SIRONA στις ολοκληρωμένες λύσεις οδοντιατρικού εξοπλισμού την ενισχύουν στο έργο της: να διαμορφώνει την οδοντιατρική τεχνολογία σε ολόκληρο τον κόσμο. Επισκεφτείτε το site www.sirona.com για περισσότερες πληροφορίες.

### Σχετικά με την DENTICA Α.Ε.

Το 1975 η DENTICA Α.Ε. ιδρύεται σαν Ανώνυμος Τεχνική Εταιρεία που εισάγει, χρηματοδοτεί και συντηρεί εξοπλισμό οδοντιατρείων. Από το 1983 είναι η αποκλειστική αντιπρόσωπος των μηχανημάτων SIEMENS Γερμανίας, η οποία κατασκεύαζε τα γνωστά μηχανήματα SIRONA (Οδοντιατρικές Έδρες, Συστήματα CAD/CAM, Πανοραμικά Μηχανήματα, Συσκευές Laser κ.λπ.). Το 1997 το εργοστάσιο αυτό της SIEMENS αυτονομήθηκε σαν νομική υπόσταση με την επωνυμία SIRONA Dental Systems GmbH, με μετοχή διαπραγματεύσιμη στο χρηματιστήριο της Νέας Υόρκης. Η DENTICA Α.Ε. λειτουργεί στην Αθήνα και τη Θεσσαλονίκη, σε ιδιόκτητους χώρους, και διαθέτει εκθέσεις με κέντρα τεχνικής εξυπηρέτησης σε Ηράκλειο, Χανιά, Ιωάννινα, Κοζάνη, Βόλο, Ρόδο, Πύργο, Καβάλα, με πρόγραμμα επεκτάσεως και σε άλλες πόλεις. Παρέχει ποικιλία επιλογών στους οδοντιάτρους, με κύρια επιδίωξη τη διάθεση εξοπλισμού τελευταίας τεχνολογίας και άμεσης παροχής υπηρεσιών υψηλού επιπέδου στον τεχνικό αλλά και στον χρηματοοικονομικό τομέα. Για περισσότερες πληροφορίες και ζωντανή επίδειξη των προϊόντων του εργοστασίου μπορείτε να επικοινωνήσετε στο 210-74.88.333, προκειμένου να συνδεθείτε με το τμήμα του ειδικότερου ενδιαφέροντός σας – σε όλη την Ελλάδα.

## Τα νέα από την International Association for Dental Research

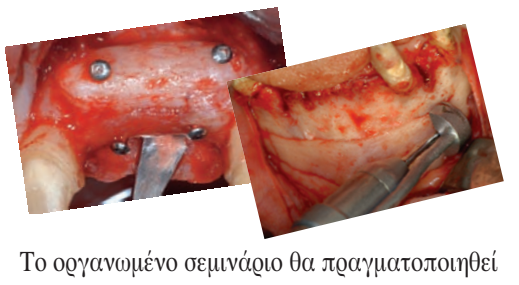



Τον Ιούλιο του 2010 ολοκληρώθηκε με επιτυχία η 88η συνάντηση του IADR (International Association for Dental Research) .

Η Kuraray Dental είναι αφοσιωμένη στην ανάπτυξη και δημιουργία προϊόντων υψηλής ποιότητας σύμφωνα με τις προκλήσεις και απαιτήσεις του σύγχρονου οδοντιάτρου. Με γνώμονα τα παραπάνω, στο πλαίσιο αυτής της συνάντησης η Kuraray έχει καταρτίσει μια σύνοψη των πιο πρόσφατων ερευνητικών και τεχνολογικών πληροφοριών που παρουσιάστηκαν στο IADR και αφορούν κλινικές μελέτες και αξιολογήσεις. Περιλαμβάνει περιλήψεις και αποτελέσματα πολυετών κλινικών μελετών σε προϊόντα όπως το SE BOND, το Panavia F 2.0 κ.ά.

Η σύνοψη αυτή διατίθεται δωρεάν από την εταιρεία Ι. Τσαπράζης Α.Ε. με μια απλή επικοινωνία στο τηλ.: 210-7716416 ή email στο info@tsaprazis.gr

## Προχωρημένο εκπαιδευτικό σεμινάριο αυξητικών τεχνικών (part I + part II) στην κλινική του prof. Khoury, Olsberg-Germany



Το οργανωμένο σεμινάριο θα πραγματοποιηθεί στις 20 και 21 Ιανουαρίου 2011. Το κόστος του είναι 1.550 ευρώ, μέρος του οποίου πριμοδοτείται από την εταιρεία Μαυραειδόπουλος (τελικό κόστος 1.000 ευρώ). Ο ελάχιστος αριθμός συμμετεχόντων είναι 10 άτομα.

Το πρόγραμμα περιλαμβάνει ζωντανά χειρουργεία, σχεδιασμό πολύπλοκων περιπτώσεων, διαχείριση μαλακών ιστών, ειδικές αυξητικές τεχνικές, άμεση φόρτιση, μακροπρόθεσμα αποτελέσματα και επιπλοκές.

**Ημερομηνίες επερχόμενων σεμιναρίων**

Τον επόμενο χρόνο θα πραγματοποιηθούν τα εξής σεμινάρια:

1. Επανάληψη των σεμιναρίων part I και part II στις 17/18-03-11, 07/08-07-11, 28/29-09-11.
2. Part IV, τριήμερο εντατικό σεμινάριο με θέματα την εμφύτευση, τις αυξητικές τεχνικές οστού, τη διαχείριση μαλακών ιστών και την προσθετική αποκατάσταση στην πράξη. Θα πραγματοποιηθεί στις 15-17.06.11 και κοστίζει 2.800 ευρώ.
3. Part V, προχωρημένο εκπαιδευτικό πρόγραμμα αυξητικών τεχνικών και διαχείρισης μαλακών ιστών πάνω σε πτωματικές κεφαλές. Θα διεξαχθεί στις 15-17.09.11 και το κόστος του είναι 2.975 ευρώ.

Για πληροφορίες και δηλώσεις συμμετοχής επικοινωνήστε με την εταιρεία Μαυραειδόπουλος-Οδοντιατρικά στο τηλ.: 210-38.37.334.

## Σεμινάρια από την εταιρεία Dentopolis ΜΕΠΕ-Ιωακείμ Ασλανίδης

Η εταιρεία Dentopolis ΜΕΠΕ Ιωακείμ Ασλανίδης διοργανώνει για δεύτερη φορά θεωρητικό και πρακτικό σεμινάριο οδοντικής φωτογράφισης με συνεχόμενο φωτισμό και live view, σε συνεργασία με τον ειδικό σε ό,τι αφορά τη διδασκαλία του χρώματος, οδοντίατρο και οδοντοτεχνίτη Δημήτρη Καπαγιαννίδη.

Το Basic I θα πραγματοποιηθεί στο Chateau στα Μεσόγεια Αττικής στις 22 Ιανουαρίου 2011 και το Basic II στο Chateau Porto Carras- Resort Χαλκιδικής στις 7 Μαΐου 2011.

Η παρακολούθηση του θεωρητικού μέρους κοστίζει 50 ευρώ, ενώ το κόστος για τη συμμετοχή και στο θεωρητικό και στο πρακτικό μέρος είναι 290 ευρώ συν ΦΠΑ.

Η εταιρεία διοργανώνει επίσης πρακτικά σεμινάρια με θέμα την εισαγωγή στην ακτινολογική προεγχειρητική και εμφυτευματολογική διάγνωση και το σχεδιασμό με λογισμικό πρόγραμμα. Ομιλητής είναι ο Ιωακείμ Ασλανίδης. Θα πραγματοποιηθούν στις 10 Νοεμβρίου, 10 Δεκεμβρίου 2010 και 12 Ιανουαρίου 2011 στις 19:00 και η συμμετοχή σε αυτά είναι δωρεάν.

Για περισσότερες πληροφορίες μπορείτε να απευθυνθείτε στην εταιρεία Dentopolis στα τηλέφωνα 211-40.79.041 και 6977-599.477.

## Πρόγραμμα επιστημονικών εκδηλώσεων της Εταιρείας Σύγχρονης Οδοντιατρικής για το 2011

**Σάββατο 19 Φεβρουαρίου 2011**

Το θέμα της ημερίδας είναι: «Αποκατάσταση δοντιού με κατεστραμμένη μύλη». Συντονίστρια θα είναι η Χ. Παξιμαδά και εισηγητές οι Μ. Αντωνιάδου, Κ. Μασούρας, Χ. Παξιμαδά, Φ. Προύντζος και Σ. Πελεκάνος.

Η αποκατάσταση κατεστραμμένου δοντιού ήταν και είναι το πρόβλημα που καλείται καθημερινά να επιλύσει ο κλινικός οδοντίατρος. Τα σύγχρονα υλικά και οι τεχνικές, που διασφαλίζουν την ελάχιστη παρέμβαση και το σεβασμό στην αποκοπή οδοντικών ιστών, δίνουν νέες δυνατότητες σε αυτόν τον τομέα.

Η αντιμετώπιση ζωντανού δοντιού με εκτεταμένη απώλεια ιστών, η αποκατάσταση ενδοδοντικά θεραπευμένου δοντιού αλλά και η αναγκαιότητα ολικής κάλυψης ή όχι τέτοιων δοντιών αποτελεί το θέμα της ημερίδας.

**Σάββατο 2 Απριλίου 2011**

Θα αναπτυχθεί η «Αντιμετώπιση περιστατικών με προβλήματα κάθετης διάστασης και προσθετικού χώρου». Συντονιστής της ημερίδας θα είναι ο Β. Χρονόπουλος, με εισηγητές τους Κ. Σάβα, Α. Σαρακηνό, Π. Σταθοπούλου και Κ. Τσούτη. Στην ημερίδα θα παρουσιαστούν οι βασικές αρχές αντιμετώπισης σύνθετων περιστατικών με προβλήματα προσθετικού χώρου και κάθετης διάστασης του προσώπου. Η ανάλυση των σχεδίων θεραπείας θα παρουσιαστεί με τη διαδραστική παρουσίαση κλινικών περιστατικών και τη λεπτομερή περιγραφή των σταδίων που ακολουθούνται μέχρι την ολοκλήρωσή τους.

**Σάββατο 4 Ιουνίου 2011**

Το θέμα θα είναι «Θεωρία και πράξη της σύγχρονης ενδοδοντικής θεραπείας», ενώ θα διεξαχθεί και πρακτικό σεμινάριο χημικομηχανικής επεξεργασίας με μηχανοκίνητα συστήματα προπαρασκευής των ριζικών σωλήνων και έμφραξη με θερμοπλαστικοποιημένη γουταπέρκα. Συντονιστής θα αναλάβει ο Σ. Σιλβέστρος και διδάσκοντες οι Ε. Κωνσταντάκη, Σ. Μάγκος, Ε. Μέλιου, Κ. Παπαδούλη, Ι. Οικονόμου και Σ. Φλωράτος.

Στο θεωρητικό μέρος θα γίνει λεπτομερής ανάπτυξη του θεωρητικού υπόβαθρου των σύγχρονων τεχνικών επεξεργασίας και έμφραξης των ριζικών σωλήνων. Θα ακολουθήσει το πρακτικό με επίδειξη από τους διδάσκοντες και πρακτική άσκηση των συμμετεχόντων σε πλαστικά blocks και φυσικά δόντια με 4 διαφορετικά συστήματα. Θα υπάρξει περιορισμένη συμμετοχή παρακολουθούντων (60 άτομα).

**Όλες οι εκδηλώσεις θα πραγματοποιηθούν στο ξενοδοχείο Divani Caravel, Αθήνα.**

## Αντιμετώπιση επειγουσών ιατρικών καταστάσεων στο οδοντιατρείο

Το Σάββατο 20 Νοεμβρίου 2010, από τις 09.00 ώς τις 16.30, η Στοματολογική Εταιρεία της Ελλάδος διοργανώνει πρακτικό σεμινάριο με θέμα «Αντιμετώπιση επειγουσών ιατρικών καταστάσεων στο οδοντιατρείο». Διδάσκοντες θα είναι ο **Αρσένιος Γεωργιάδης**, χειρουργός παίδων, εκπαιδευτής και course director στο APLS (Advanced Pediatric Life Support), ο **Άγγελος Γεράνιος**, γενικός χειρουργός, εκπαιδευτής και course director στο ATLS (Basic Life Support) και ο **Φώτης Τζέρμπος**, λέκτορας στοματικής και γναθοπροσωπικής χειρουργικής ΕΚΠΑ, εκπαιδευτής στο APLS και BLS, ο οποίος θα συντονίζει και το σεμινάριο.

Σκοπός του σεμιναρίου είναι η διαδραστική παρουσίαση των επειγουσών ιατρικών καταστάσεων στο οδοντιατρείο, με έμφαση στα σημεία και συμπτώματα (απώλεια συνείδησης, προκάρδιο άλγος, αναπνευστική δυσχέρεια, σπασμοί, πρόληψη, διάγνωση και αντιμετώπιση των επειγουσών καταστάσεων, η θεωρητική και πρακτική εκπαίδευση στη Βασική Καρδιοπνευμονική Αναζωογόνηση των ενηλίκων και των παιδιών.

Το πρακτικό σεμινάριο είναι 30 ατόμων και θα τηρηθεί αυστηρή σειρά προτεραιότητας λόγω του περιορισμένου αριθμού συμμετεχόντων. Η τιμή συμμετοχής είναι 60 ευρώ, από τα οποία το 50% θα διατεθεί για το Σύλλογο «Ελπίδα».

Η καταβολή του δικαιώματος μπορεί να γίνει με κατάθεση στην Τράπεζα EUROBANK (αριθμός λογαριασμού: 0026 0207 6002 0002 4639 με αναγραφή του ονόματος στο αποδεικτικό κατάθεσης) ή με ταχυδρομική επιταγή στη διεύθυνση Καλλιρρόης 17, Τ.Κ. 117 43, Αθήνα, τηλ: 210-92.14.325.


Η Εταιρεία «**Ortho-Quality**» με χαρά σας αναγγέλει την οργάνωση σειράς μαθημάτων, η οποία θα προσφέρεται 4 φορές τον χρόνο, με γενικό τίτλο

**«Κλινική Ορθοδοντική του Γενικού Οδοντιάτρου»**

Τα μαθήματα αυτά θα λάβουν χώρα σε ιδιόκτητο χώρο της Εταιρείας στο Χαλάνδρι και απευθύνονται σε όλους τους Οδοντιάτρους οι οποίοι θα επιθυμούσαν μία πληρέστερη επιμόρφωση στο αντικείμενο αυτό.

Η σειρά προσφέρεται **ΕΝΤΕΛΩΣ ΔΩΡΕΑΝ**, θα είναι διάρκειας δύο εβδομάδων ( Δευτέρα-Παρασκευή, ωράριο 9:00 -14:00 ) και ο μεγαλύτερος αριθμός των συμμετοχών για κάθε σειρά θα είναι 12 άτομα.

Η σειρά θα περιλαμβάνει σεμινάρια,κλινικές επιδείξεις καθώς και εργαστηριακές ασκήσεις με στόχο την απόκτηση όλων των απαραίτητων γνώσεων, τεχνικών και δεξιοτήτων για την επιτυχή αντιμετώπιση περιστατικών που εντάσσονται στον τομέα αυτόν.

Στους συμμετάσχοντες θα διανεμηθούν, επίσης ΕΝΤΕΛΩΣ ΔΩΡΕΑΝ, σε ηλεκτρονική μορφή οι

**ΣΗΜΕΙΩΣΕΙΣ ΚΛΙΝΙΚΗΣ ΟΡΘΟΔΟΝΤΙΚΗΣ ΤΟΥ ΓΕΝΙΚΟΥ ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΟΥ,** του Ηλία Κατσαβριά.

**Υπεύθυνος της σειράς**: Ηλίας Κατσαβριάς

**Θα διδάξουν**: Ηλίας Κατσαβριάς & Συνεργάτες

Περισσότερες πληροφορίες στην ηλεκτρονική διεύθυνση: www.OrthoQuality.gr

ΑΙΤΗΣΗ ΣΥΜΜΕΤΟΧΗΣ ΣΤΗ ΣΕΙΡΑ

**ΚΛΙΝΙΚΗ ΟΡΘΟΔΟΝΤΙΚΗ του ΓΕΝΙΚΟΥ ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΟΥ**

Παρακαλώ όπως με εγγράψετε να παρακολουθήσω τη σειρά

**Κλινική Ορθοδοντική του Γενικού Οδοντιάτρου**

ΕΠΩΝΥΜΟ:.....

ΟΝΟΜΑ:.....

ΤΗΛΕΦΩΝΑ ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑΣ:

Σταθερό:..... Κινητό:.....

e-mail:.....

ΕΤΟΣ ΑΠΟΦΟΙΤΗΣΗΣ:.....

ΣΧΟΛΗ ΑΠΟΦΟΙΤΗΣΗΣ:.....

**Την ανωτέρω αίτηση , μπορείτε να στείλετε:**

1. Ηλεκτρονικά (email: Orthoq@Orthoquality.gr)
2. Στο FAX 210-6857502
3. Ταχυδρομικά στην διεύθυνση :

**OrthoQuality, Αγ. Παρασκευής 55 , Χαλάνδρι, 15234**

Επίσης μπορείτε να στείλετε την αίτηση μέσω του site: www.OrthoQuality.gr

## Πρόγραμμα μεταπτυχιακών σπουδών Ορθοδοντικής - Διδακτορικό δίπλωμα

Η Οδοντιατρική Σχολή του Αριστοτέλειου Πανεπιστημίου Θεσσαλονίκης λειτουργεί το Πρόγραμμα Μεταπτυχιακών Σπουδών στην Ορθοδοντική. Ο δεύτερος κύκλος του προγράμματος οδηγεί στην απόκτηση Διδακτορικού Διπλώματος.

Ο αριθμός των εισακτέων στο πρόγραμμα, που θα ξεκινήσει το δεύτερο εξάμηνο του ακαδημαϊκού έτους 2010 - 2011, ορίζεται σε τέσσερα (4) άτομα.

Στον μεταπτυχιακό κύκλο σπουδών για την απόκτηση Διδακτορικού Διπλώματος επιλέγονται υποψήφιοι που κατέχουν μεταπτυχιακό δίπλωμα άλλων ΑΕΙ που αποκτήθηκε έπειτα από σπουδές τεσσάρων τουλάχιστον ακαδημαϊκών εξαμήνων ή μεταπτυχιακό δίπλωμα παλαιοτέρων ετών του ΑΠΘ ή τίτλο ειδικότητας στην Ορθοδοντική αναγνωρισμένο στη χώρα μας.

Η επιλογή γίνεται από την Επιτροπή Επιλογής του Εργαστηρίου Ορθοδοντικής του ΑΠΘ έπειτα από συνεκτίμηση του βαθμού ή διάκρισης του μεταπτυχιακού διπλώματος, της ερευνητικής και συγγραφικής δραστηριότητας και της προσωπικής συνέντευξης.

Οι ενδιαφερόμενοι θα πρέπει να υποβάλουν σχετική αίτηση που να συνοδεύεται από: λεπτομερές βιογραφικό σημείωμα, αντίγραφο πτυχίων ή βεβαιώσεων των προηγουμένων προπτυχιακών και μεταπτυχιακών σπουδών, ανάτυπα ή αντίγραφα όλων των επιστημονικών δημοσιεύσεών τους και συστατικές επιστολές.

Ως ημερομηνία λήξης υποβολής των αιτήσεων ορίζεται η 23η Δεκεμβρίου 2010.

Έντυπο αίτησης σχετικά με το Μεταπτυχιακό Πρόγραμμα Σπουδών Ορθοδοντικής-Διδακτορικό Δίπλωμα παρέχεται από την ιστοσελίδα http://dent-ortho.web.auth.gr/index.el.html.

Οι αιτήσεις και τα δικαιολογητικά πρέπει να αποσταλούν στην εξής διεύθυνση:
Εργαστήριο Ορθοδοντικής
Οδοντιατρική Σχολή ΑΠΘ
54124 Θεσσαλονίκη
Τηλ.: 2310-999.556 - Fax: 2310-999.549
E-mail: orthodontics@dent.auth.gr

## 13ο Πανελλήνιο Συνέδριο ΟΕΕ-ΟΕΒΕ

Η Ορθοδοντική Εταιρεία της Ελλάδος και η Ορθοδοντική Εταιρεία Βορείου Ελλάδος με τη συνεργασία του Επαγγελματικού Συλλόγου Ορθοδοντικών Ελλάδος συνδιοργανώνουν φέτος το 13ο Πανελλήνιο Συνέδριο, το οποίο θα πραγματοποιηθεί στην Αθήνα, στον Πολυχώρο «Αθηναΐδα» στις 4 και 5 Δεκεμβρίου 2010. Των εργασιών του συνεδρίου θα προηγηθεί Προσυνεδριακό Σεμινάριο με κύριο ομιλητή τον Dr. Tae Weon Kim και θέμα «Clear Aligner», το οποίο θα διεξαχθεί την Παρασκευή, 3 Δεκεμβρίου 2010 στον ίδιο χώρο.

Πληροφορίες: Ορθοδοντική Εταιρεία της Ελλάδος, Μαυρομιχάλη 95-97, 11472, Αθήνα, τηλ./fax: 210-36.15.432, E-mail: info@grortho.gr, www.grortho.gr

## «Διερευνώντας τον πλούτο της θεραπευτικής σχέσης»

Το Σάββατο 13 Νοεμβρίου, η Στοματολογική Εταιρεία Ελλάδος διοργανώνει εκπαιδευτικό σεμινάριο με θέμα «Στοιχεία επικοινωνίας στην οδοντιατρική πράξη-Διερευνώντας τον πλούτο της θεραπευτικής σχέσης».. Υπεύθυνος του σεμιναρίου είναι ο Δημήτρης Δημητριάδης και συνεργάτις του η Θάλεια Κωστοπούλου. Ο μέγιστος αριθμός συμμετεχόντων είναι 24 άτομα. Θα χορηγηθούν πιστοποιητικό παρακολούθησης και σημειώσεις. Περισσότερες πληροφορίες μπορείτε να βρείτε στην ιστοσελίδα της εταιρείας www.stomatologia.gr. Για δηλώσεις συμμετοχής επικοινωνήστε στο τηλ.: 210-92.14.325.

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

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

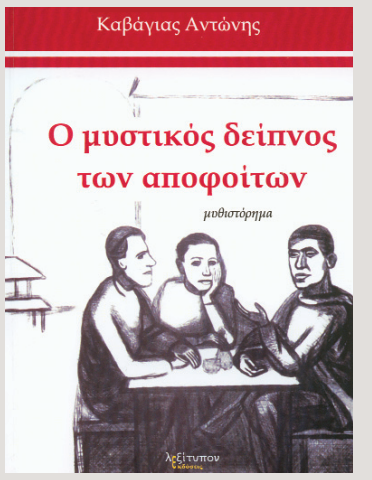
Του **Χρίστου Γ. Μαρκόπουλου**, ιατρού
προέδρου της Ελληνικής Εταιρείας Ιατρών Λογοτεχνών,
ειδικού συνεργάτη και υπευθύνου της στήλης ΓΡΑΜΜΑΤΑ-ΤΕΧΝΕΣ

**« Ο μυστικός δείπνος των αποφοίτων» είναι το νέο μυθιστόρημά του, που κυκλοφόρησε πρόσφατα από τις εκδόσεις «λεξίτυπον».**
**Απόφοιτοι ενός Λυκείου της Αθήνας, δημιουργούν ένα Σύλλογο με βασικούς σκοπούς τη διατήρηση της φιλίας των εφηβικών χρόνων και την αλληλοβοήθεια.**
**Μετά από 40 χρόνια απ' την ίδρυση του Συλλόγου, εξηντάρηδες πλέον, ξαφνικά λαμβάνουν μια επιστολή του Προέδρου να συναντηθούν, γιατί προέκυψε έκτακτο συμβάν.**
**Η συνάντηση θα γίνει σε μια ταβέρνα.**
**Πηγαίνοντας για τη συνάντηση, δεκατρείς διαφορετικές ιστορίες ζωής ξετυλίγονται. Προβλήματα κοινωνικά, ιδεολογικές αντιθέσεις, μίση και έρωτες θα αναδυθούν.**
**Θα διαλυθεί ο Σύλλογος; Ποιό μυστικό τους ενώνει;**
**Απ' αυτό το μυθιστόρημα επιλέξαμε έναν από τους τύπους που περιγράφονται, τον Δημήτρη.**

## ΔΗΜΗΤΡΗΣ

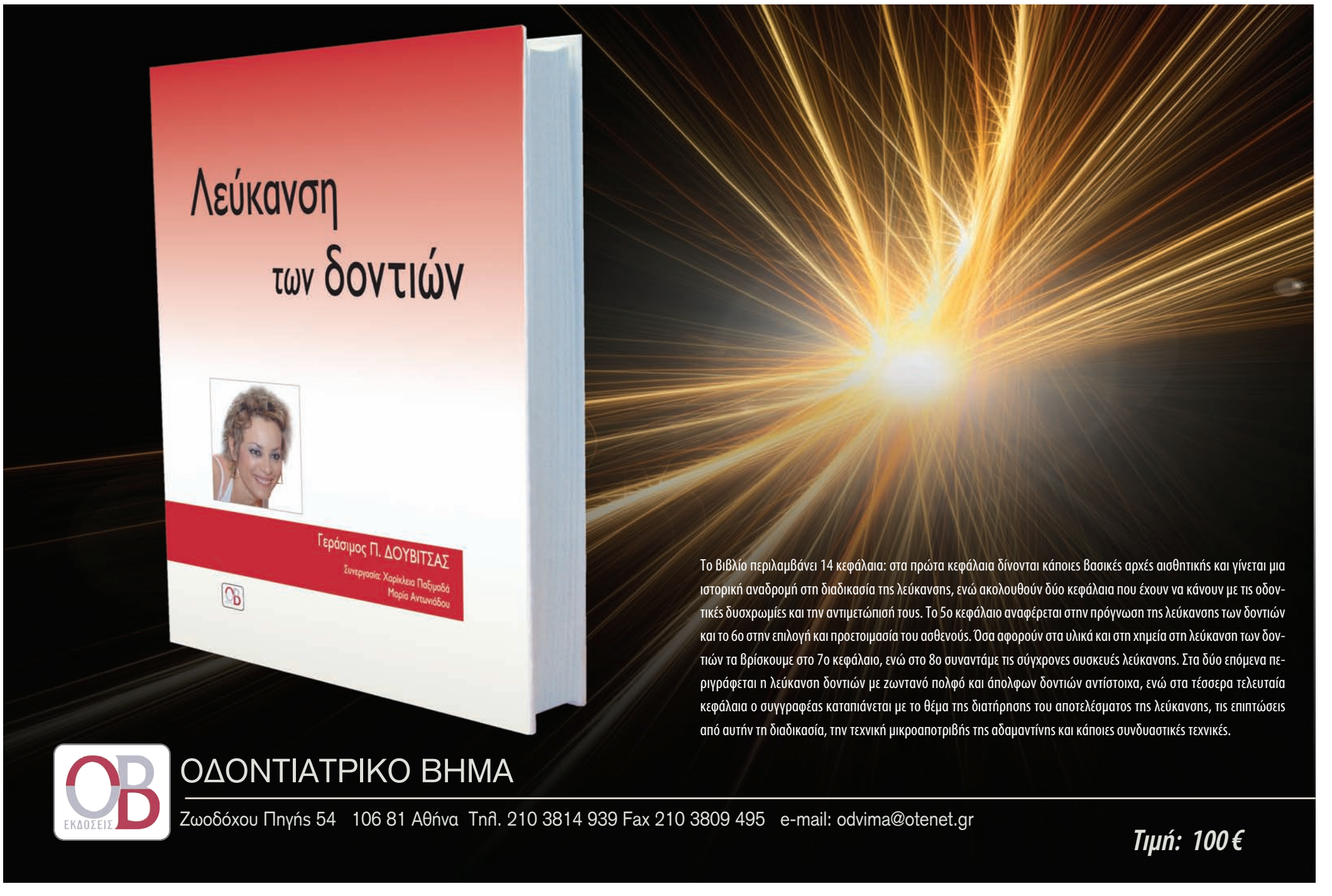
Ο Δημήτρης, ένας κοντός μεσήλικας με αραιωμένα μαλλιά, βαμμένα μαύρα, που ερχόταν σε αντίθεση με το ωχροκίτρινο και αφυδατωμένο πρόσωπό του, απόρροια μεγάλης κατανάλωσης τσιγάρων, πάτησε το κουμπί στην κονσόλα του τηλεφωνείου και φώναξε στο μικρόφωνο, της εσωτερικής ακρόασης, «Κυρία Ντέμη ελάτε σας παρακαλώ στο γραφείο μου».

Σε λίγο άνοιξε η συρόμενη πόρτα του πολυτελούς γραφείου και μια παχουλή γυναίκα, γύρω στα πενήντα, με δέκα βραχιόλια στα χέρια της και βαρύ άρωμα vivre Molyneux μπήκε μέσα.
«Με ζητήσατε κύριε Διευθυντά;»
«Ναι, πρέπει να φύγω. Τώρα είδα, στην ατζέντα μου, ότι έχω μια συνάντηση στις 10 με κάτι φίλους».
«Τους συμμαθητές σας;» ρώτησε χαμογελώντας η γραμματέας.




Ο Καβάγιας Αντώνης του Αχιλλέα γεννήθηκε στην Αθήνα το 1948. Σπούδασε Ιατρική στο Πανεπιστήμιο Αθηνών. Ειδικεύτηκε στην Παιδιατρική. Είναι διδάκτορας του Πανεπιστημίου Αθηνών στην έδρα της Ιατρικής Φυσικής. Εργασίες του έχουν παρουσιαστεί σε διεθνή και ελληνικά ιατρικά συνέδρια.
Είναι γραμματέας της Ελληνικής Εταιρείας Ιατρών Λογοτεχνών (Ε.Ε.Ι.Λ.).

«Ναι ακριβώς… Μπράβο Ντέμη που το θυμάσαι. Τι να κάνω, πρέπει να πάω, όχι πως έχω πολύ χρόνο στη διάθεσή μου, αλλά μην λένε ότι τους σνομπάρω. Δεν θα παραμείνω για πολύ, νοιώθω αρκετά κουρασμένος… Επίσης, στην ατζέντα είδα ότι αύριο έχω ραντεβού με τον Υπουργό. Πρωί-πρωί. Τι να με θέλει πάλι;».
«Ξεχάσατε κύριε Διευθυντά. Πρόκειται για την απ' ευθείας ανάθεση της κατασκευής της γέφυρας».
«Μπράβο βρε Ντέμη. Έχεις δίκιο. Αύριο θα πάω κατ' ευθείαν στο ραντεβού, δεν θα έρθω στο γραφείο. Ετοίμασέ μου συνεπώς το φάκελο με τα προσχέδια και το κοστολόγιο. Να μου τον δώσεις πριν φύγω. Επίσης τηλεφώνησε στη γυναίκα μου, πες της ότι θα αργήσω. Α! Παραλίγο να το ξεχάσω. Ακύρωσε το ραντεβού με την κόρη και το γαμπρό μου. Να τους πεις ότι θα φάμε μαζί αύριο την ίδια ώρα…».
Η γραμματέας έκανε μεταβολή και βγήκε σχεδόν τρέχοντας από το γραφείο.
Ο Δημήτρης σηκώθηκε, έφτιαξε τη γραβάτα του, φόρεσε το σακάκι του που το είχε ριγμένο στην πλάτη της δερμάτινης περιστρεφόμενης πολυθρόνας, μετά άνοιξε το κεντρικό συρτάρι του γραφείου του, πήρε τον αναπτήρα RONSON και ένα πούρο Κοχίμπα και προχώρησε προς το μικρό secretaire στη γωνιά του δωματίου. Εκεί έβαζε διάφορα προσωπικά έγγραφα. Από το συρτάρι πήρε την πρόσκληση της συνάντησης. Πάνω στο secretaire υπήρχε το άρωμα COUROS. Έριξε άφθονο πρώτα στις παλάμες. Θα χαιρετούσε τόσους φίλους, ήθελε να αφήσει το έντονο άρωμα πάνω τους. Αυτή ήταν μια συνήθεια που είχε αποκτήσει από νέος. Θυμήθηκε τι του είχε πει σχετικά ο Γιάγκος. «Άρωμα που σημαδεύει».
«Τι γλύφτης αυτό ο Γιάγκος» (σκέφτηκε). Είχε αρχίσει να τον βαριέται. Πολύ συχνά τον ενοχλούσε στο τηλέφωνο. Από εδώ το έφερνε, από εκεί το έφερνε, πάντα κατέληγε να παρακαλεί να μεσολαβήσει να γίνει τακτικός καθηγητής, έστω σε κάποιο επαρχιακό Πανεπιστήμιο. Τον είχαν πληροφορήσει ότι ήταν παθολόγος.
«Πού ξέρεις, τα χρόνια περνάνε γρήγορα». Ίσως να τον χρειαζόταν στο μέλλον. Μπορεί όμως και σύντομα. Τελευταία δεν αισθανόταν καλά. Σαν να τον εγκατέλειπαν οι δυνάμεις του.
Στον πρόεδρο, το γιατρό του, δεν του είχε και πολύ εμπιστοσύνη. Αυτό είχε προκύψει από το γεγονός ότι όταν τον ρωτούσε για κάποιο ιατρικό πρόβλημα, του απαντούσε μόνο για εκείνα που σχετίζονταν με την ειδικότητά του, τη Χειρουργική. Ενώ ο Γιάγκος ήταν πανεπιστήμον. Αν και μερικές φορές του φαινόταν ότι ξέφευγε με μια ασαφή απάντηση. Είχε πληροφορηθεί επίσης, ότι ο Αλέκος ήταν φτηνός και ότι τον αποκαλούσαν «ο γιατρός της φτωχολογιάς». Κατά την άποψή του «φτηνός γιατρός ίσον κακός γιατρός». Ενώ ο Γιάγκος είχε στιλ και κύρος, κι ας ήταν η επίσκεψή του ακριβή. Γενικά δεν συμπαθούσε το «λαϊκό επιχειρηματία».
Η γραμματέας μπήκε ξανά στο γραφείο, του έδωσε το φάκελο και του είπε «Ο σοφέρ σας περιμένει. Έβγαλε τη Μερσεντές σας από το γκαράζ». Σας εύχομαι να περάσετε καλά».



# Οι μυθικοί δείκτες της «ελληνοτροπίας»

Του **Παντελή Μπουκάλα**

«Τι τα θες, Γιώργο μου, αυτό είναι το χαρακτηριστικό του Ελληνα». Ανοιχτό το ραδιόφωνο στο ταξί, μου δώριζε θραύσματα μιας από τις ποδοσφαιροκουβέντες που ανάβουν καθημερινά στα ερτζιανά και στο Διαδίκτυο, τα οποία μετατρέπονται έτσι σε αχανές καφενείο ή σε εκκλησία ενός δήμου που όσο περισσότερο λέει ότι αδιαφορεί για τα πολιτικά τόσο περισσότερο παθιάζεται με τα αθλητικά. Ποιο το συγκεκριμένο «χαρακτηριστικό του Ελληνα» δεν μπόρεσα να καταλάβω, ούτε και ποιος ο αποφαινόμενος και ποιος ο Γιώργος, αν και ένα σημαδιακό «ήμαρτον!» που κατάφερε να φτάσει ώς τ' αυτιά μου μού έδωσε στοιχεία της ταυτότητάς του. Ο τόνος πάντως της συζήτησης, ειρωνικός, υποδήλωνε ότι επρόκειτο για έναν ακόμα εξάψαλμο με πρόχειρο στόχο την κατακαημένη «ελληνική νοοτροπία».

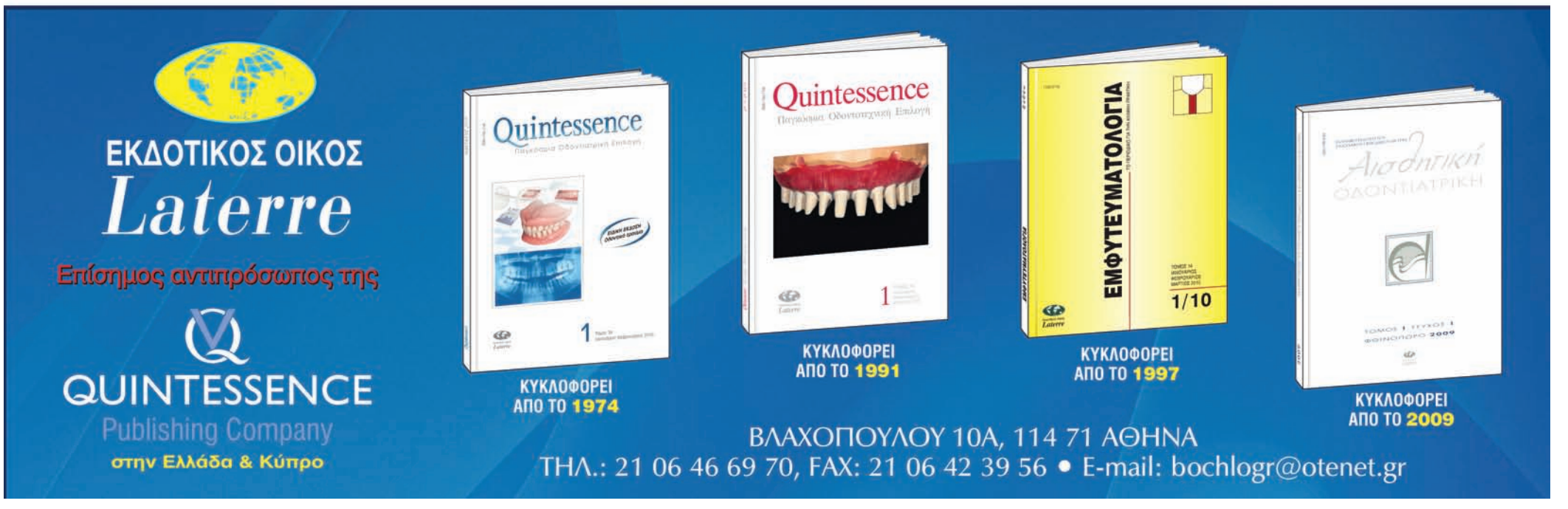
Ευτυχώς πάντως η απογοήτευσή μου για την «κατάντια μας» δεν κράτησε πολύ. Στο σπίτι πια, ένα γρήγορο ζάπινγκ με συνέφερε, χάρη σε ένα μήνυμα επί της οθόνης που με διαβεβαίωνε ότι οι ουρανοί είναι δικοί μας και δεν έχουμε τίποτα να φοβηθούμε. «Ελληνες, στις φλέβες μας ρέει ο ιχώρ» έλεγε το μήνυμα, κι αμέσως έπειτα βγήκε ο προφήτης τηλεβιβλιοπώλης και το εξήγησε καταλεπτώς. Ιδού λοιπόν. Δεν είμαστε απλώς ευλογημένοι του Θεού ή των προ Χριστού θεών, είμαστε θεοί οι ίδιοι. Διότι αυτό θέλει να πει ο «ποιητής» όταν μας βεβαιώνει ότι στις φλέβες μας ρέει ο ιχώρ· πως είμαστε θεοί, μέσα μας κυλάει ο αιθέριος χυμός, το ομηρικό «άμβροτον αίμα» που έρρεε και στις φλέβες των Ολυμπίων. Ετσι εξηγείται άλλωστε γιατί δεν είμαστε φανατικοί της εθελοντικής αιμοδοσίας. Το αίμα μεταγγίζεται, ο ιχώρ όμως όχι, γιατί είναι αιθέριος· αν έμπαινε σε σώματα άλλων φυλών, απλώς ανθρώπινων, θα τα κατέκαιγε.

Καμιά σημασία δεν έχει ποιος ήταν ο ραδιοσχολιαστής με τις κοινωνιολογικές ή και ψυχαναλυτικές ευαισθησίες που καταδίκαζε το ένα ή το άλλο «χαρακτηριστικό του Ελληνα». Ποιος λίγο ποιος πολύ, ακόμα και όσοι το έχουμε πάρει απόφαση να μη γενικεύουμε και να μη γενικολογούμε γιατί πρόκειται για βαρύ πνευματικό αμάρτημα, πάνω στη συζήτηση γλιστράμε και για να τα βολέψουμε αρπαζόμαστε από κάποιο ετοιμοπαράδοτο κλισέ. Χονδρικώς τα στερεότυπα αυτά, οι δοξασίες ή οι απόλυτες πεποιθήσεις, είναι δύο λογιών: τα απαξιωτικά ή και μηδενιστικά από τη μια, τα εγκωμιαστικά ή και αποθεωτικά από την άλλη. Εκείνο που θα έπρεπε να μας προβληματίσει δεν είναι μόνο η ευκολία με την οποία ασπαζόμαστε σαν επιστημονικώς αποδεδειγμένες αλήθειες κάποιες αυθαίρετες εικασίες, αλλά και η ακόμα πιο μεγάλη ευκολία με την οποία πολλοί μεταπίπτουμε από την υιοθέτηση των αρνητικών αφορισμών στον ενστερνισμό των απολύτως θετικών, και αντιστρόφως· η αρχή των συγκοινωνούντων δοχείων ισχύει πρωτίστως στο δογματισμό.

Εν πάση περιπτώσει, ιδού κάποια από τα δημοφιλέστερα κατεδαφιστικά πορίσματα-σλόγκαν, που ακούγονται σε τόνο μοιρολογιού συνήθως: «Ετσι είναι οι Ελληνες» (τεμπέλληνες δηλαδή, εαυτούληδες και κατεργάρηδες), «Αυτή είναι η Ελλάδα» (το συγκεκριμένο δόγμα είχε αποκτήσει και πρωθυπουργική σφραγίδα, του κ. Κ. Σημίτη), «Στην Ελλάδα ζεις» (άρα «δεν υπάρχει ελπίς»), «Αυτά θέλουν οι Ελληνες» (με το «αυτά» εννοείται συνήθως το μαστίγιο) κτλ. Στην αντίπερα όχθη, όπου η υπερβολή παίρνει τον τόνο του δοξαστικού και του θουρίου, τα κλισέ μιλούν για την «αδάμαστη ελληνική ψυχή», το «ελληνικό δαιμόνιο», το «ελληνικό φιλότιμο», «τα νικηφόρα γονίδια του Ελληνα», τον «περιούσιο λαό», το «εξεγερσιακό ελληνικό φρόνημα». Ανάγονται δηλαδή σε αδιαμφισβήτητες διαχρονικές σταθερές ή σε νόμους της Ιστορίας είτε απλές επιθυμίες (η γνωστή λήψις του ζητουμένου) είτε ποιότητες και συμπεριφορές που πρέπει να επαληθεύονται κάθε φορά, στο πεδίο της πραγματικότητας, και να μη θεωρούνται δεδομένες, υπερβατικές, εξωιστορικές.

Ακανθώδες και περίπλοκο το ζήτημα της ελληνικότητας (όπως υποθέτω και κάθε -ικότητας), έχει απασχολήσει σπουδαία μυαλά αιώνες τώρα, ήδη από την εποχή που οι λόγιοί μας αντιδικούσαν για το ποιο εθνικό όνομα μας ταιριάζει περισσότερο· συμφωνία ωστόσο πλήρης δεν έχει επιτευχθεί ούτε και φαίνεται στον ορίζοντα. Και πάλι καλά που «κόμποι» σαν κι αυτόν δεν λύνονται, δεν πρέπει να λύνονται, με τη μέθοδο του γόρδιου δεσμού, ώστε να βρίσκει έδαφος να αναπτυχθεί η σκέψη και η έλλογη αντιδικία. Καθόλου παράλογο και καθόλου κακό δεν μου φαίνεται να μη συμφωνούμε όλοι στο τι σημαίνει Ελληνας, τι Ελλάδα και τι ελληνικότητα. Το εύρος και το χρώμα που θα αποδώσει κανείς στους όρους αυτούς δεν συναρτάται μόνο με τα βιώματά του αλλά και με τις ιδέες του, την τάξη, την κοσμοαντίληψη, την πολιτική του στάση, με τις γνώσεις του εντέλει για τα περασμένα και το πώς θα χρησιμοποιήσει αναδρομικά την Ιστορία, και βέβαια με τις επιθυμίες του για τα μελλούμενα, τα κοινά μελλούμενα. Ακόμα και το ποια θα ορίσει σαν πάγια «χαρακτηριστικά του Ελληνα» ο καθένας μας, κι αν θα επιλέξει θετικά ή αρνητικά γνωρίσματα για να τα υποδείξει σαν κοινά, από την ιδεολογία του εξαρτάται, από το πώς βλέπει τον κόσμο, τον μικρό και τον μεγάλο, και τον εαυτό του εντός του κόσμου αυτού.

> “Εκείνο που θα έπρεπε να μας προβληματίσει δεν είναι μόνο η ευκολία με την οποία ασπαζόμαστε σαν επιστημονικώς αποδεδειγμένες αλήθειες κάποιες αυθαίρετες εικασίες, αλλά και η ακόμα πιο μεγάλη ευκολία με την οποία πολλοί μεταπίπτουμε από την υιοθέτηση των αρνητικών αφορισμών στον ενστερνισμό των απολύτως θετικών, και αντιστρόφως· η αρχή των συγκοινωνούντων δοχείων ισχύει πρωτίστως στο δογματισμό.”

Κοινά βιώματα φυσικά και έχουμε, μόνο που δεν μεταφράζονται απευθείας και αδιαφοροποίητα, δίχως απώλειες, επεξεργασία ή εμπλουτισμό, σε κοινά ψυχοπνευματικά γνωρίσματα, σε άξονες μιας ούτως ειπείν ελληνοτροπίας. Στον ίδιο τόπο γεννιόμαστε, ο ίδιος ήλιος κι η ίδια θάλασσα μας ευλογούν, τα ίδια βουνά μάς σκέπουν, στο ίδιο σχολείο μαθητεύουμε οι συντριπτικώς περισσότεροι και σφραγιζόμαστε από τις ίδιες αφηγήσεις για την πατρίδα και για τους άλλους, στον ίδιο τρόπο του θρησκεύειν εντασσόμαστε παιδιόθεν (αλλά υπάρχουν και Ελληνες Εβραίοι, μουσουλμάνοι ή Καθολικοί, κι ας μην τους παραανέχεται ο «κανόνας»), στον ίδιο στρατό θητεύουμε, η ίδια τηλεόραση μας παιδαγωγεί (πρέπει πια να την υπολογίζουμε κι αυτήν στους δεσποτικούς μηχανισμούς επιβολής αξιών και μοντέλων συμπεριφοράς), στην ίδια γλώσσα συλλαβίζουμε τους έρωτές μας, τα όνειρα, τα άγχη μας. Εκτός δηλαδή από τους ελάχιστους που κρατούν από σπουδαίες φαμίλιες και μεγαλώνουν σε καλά περιφρουρημένους χώρους που τους επιτρέπουν να πορεύονται παράλληλα προς την πραγματική Ελλάδα ή και μακριά της ακόμα κι αν ζουν εδώ (και άσχετα αν κάποτε, κληρονομικώ δικαιώματι, θα κληθούν να την κυβερνήσουν), οι υπόλοιποι, η μάζα καταπώς λένε, μοιραζόμαστε πολλά, πάμπολλα. Αλλά αυτό δεν αρκεί για να μας εξομοιώσει· κάθε σταγόνα του νερού διατηρεί τη μνήμη τού όλου, παραμένει εντούτοις μοναδική, μέσα στην ασημαντότητά της έστω. Γνωρίζουμε άλλωστε ότι ακόμα και στις κορυφώσεις της Ιστορίας μας, το «εμείς» δεν κάλυψε τους πάντες. Σαρωτικά πορίσματα λοιπόν, του τύπου «αυτό είναι χαρακτηριστικό των Ελλήνων» (ή όποιου άλλου λαού), και αβασάνιστα είναι και ανιστόρητα, είτε να κολακέψουν επιδιώκουν και να βαυκαλίσουν είτε να απαξιώσουν και να χλευάσουν.

*Αναδημοσίευση από την εφημερίδα «Η Καθημερινή» με τη σύμφωνη γνώμη του συγγραφέα.*