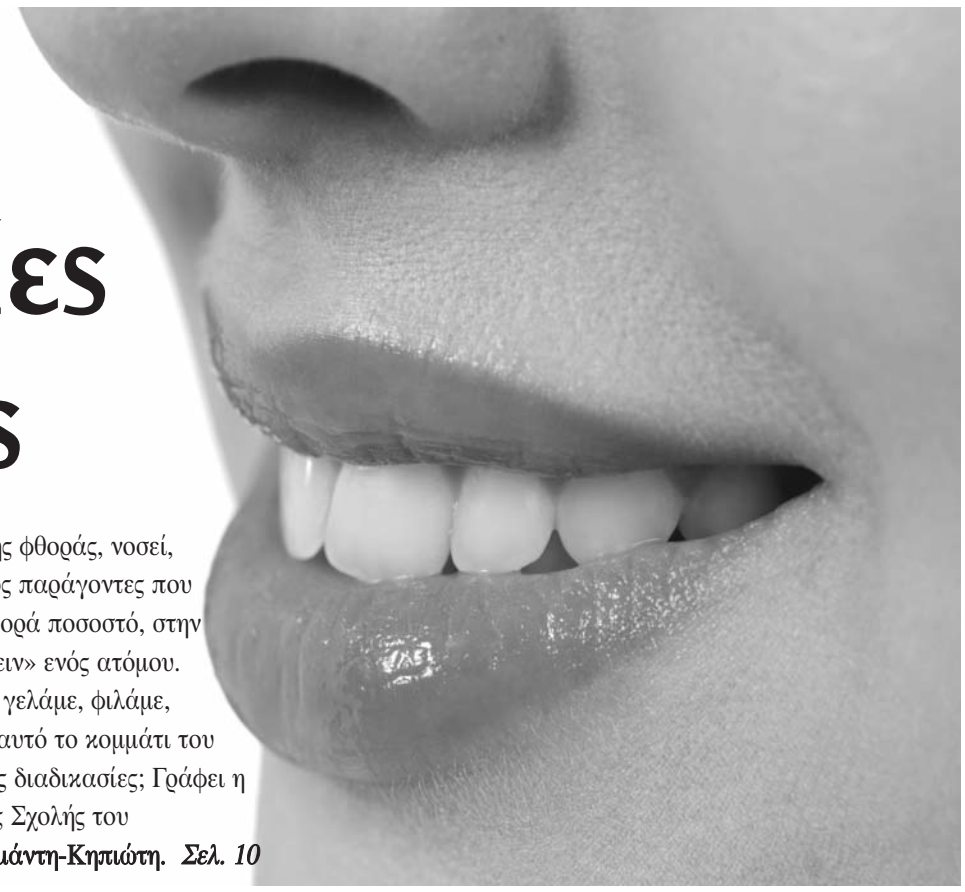
ΕΛΤΑ Hellenic Post
ΕΝΤΥΠΟ ΚΛΕΙΣΤΟ ΑΡ. ΑΔΕΙΑΣ 1668/02
ΠΛΗΡΩΜΕΝΟ ΤΕΛΟΣ Ταχ. Γραφείο ΚΕΜΠΑΘ Αριθμός Δελτίου 3384

Οδοντιατρικο Βημα

ΜΗΝΙΑΙΑ ΕΚΔΟΣΗ Ζωοδόχου Πηγής 54 106 81 Αθήνα Τηλ. 210 3814 939 Fax 210 3809 495 e-mail: odvima@otenet.gr ΝΟΕΜΒΡΙΟΣ-ΔΕΚΕΜΒΡΙΟΣ 2010 ΤΕΥΧΟΣ 74

Το στόμα μας:

Προφανείς λειτουργίες και ασαφείς επιρροές



Κάθε άτομο ξεχωριστά ενδιαφέρεται λιγότερο ή περισσότερο για το στόμα του. Πολλοί το φροντίζουν γιατί φοβούνται τον πόνο και τις διαδικασίες στο οδοντιατρείο, άλλοι γιατί δίνουν καθοριστική βαρύτητα στη δημόσια εικόνα τους και άλλοι για να είναι σίγουροι πως, όταν φιλούν το ταίρι τους, θα έχουν ευχάριστο και καθαρό στόμα.
Η στοματική κοιλότητα συνιστά ένα «όργανο» που αποδίδει πολυσύνθετες φυσιολογικές, βιολογικές ψυχολογικές και κοινωνικές λειτουργίες, καθοριστικές για την ανθρώπινη υπόσταση. Υπόκειται στους νόμους της φθοράς, νοσεί, επηρεάζει και επηρεάζεται από πλήθος παράγοντες που παρεμβαίνουν, με διαφορετικό κάθε φορά ποσοστό, στην αίσθηση και την ουσία του καλώς «έχειν» ενός ατόμου.
Όλοι μας αναπνέουμε, τρώμε, μιλάμε, γελάμε, φιλάμε, γευόμαστε… Πόσο καλά γνωρίζουμε αυτό το κομμάτι του εαυτού μας, σε σχέση με όλες αυτές τις διαδικασίες; Γράφει η αναπλ. καθηγήτρια της Οδοντιατρικής Σχολής του Πανεπιστημίου Αθηνών **Ανθούλα Διαμάντη-Κηπιώτη**. *Σελ. 10*

Ανταύγειες Οδοντικής Αισθητικής και όχι μόνο

Σε αυτό το τεύχος ο αναπληρωτής καθηγητής Οδοντιατρκής Σχολής ΕΚΠΑ **Γεράσιμος Δουβίτσας** φιλοξενεί τη συνάδελφό του, επίκουρη καθηγήτρια της Οδοντιατρικής Σχολής του Πανεπιστημίου Αθηνών, **Χαρίκλεια Παξιμαδά,** η οποία με μια σειρά φωτογραφιών παρουσιάζει ένα κλινικό περιστατικό. Το περιστατικό αφορά γυναίκα 26 ετών που επιθυμούσε αλλαγή του χρώματος των δοντιών της με την τεχνική της λεύκανσης. *Σελ. 22*

Τα μυστικά του στόματος

Σύνδρομο εστιακής υπερκεράτωσης παλαμών-πελμάτων και βλεννογόνου στόματος

Η μεγάλη πρόοδος που σημειώθηκε τα τελευταία χρόνια στο χώρο της μοριακής τεχνολογίας και στην αποκωδικοποίηση του ανθρώπινου γονιδιώματος έχει ως αποτέλεσμα την αναγνώριση πολυάριθμων γονιδίων που ευθύνονται για την κλινική εμφάνιση (φαινότυπος) πολλών παθολογικών καταστάσεων.Το σύνδρομο εστιακής υπερκεράτωσης παλαμών-πελμάτων και βλεννογόνου στόματος ταξινομείται στη μεγάλη κατηγορία **«παλαμοπελματιαία κερατοδερμία»,** που περιλαμβάνει **γενετικά** μεταβιβαζόμενα αλλά και **επίκτητα** νοσήματα. Του αναπλ. καθηγητή Στοματολογίας Ιατρικής Σχολής Παν. Αθηνών **Γιώργου Λάσκαρη**. *Σελ. 24*

Οξεία Ελκονεκρωτική ουλίτις

Η οξεία ελκονεκρωτική ουλίτις προσβάλλει κάθε ηλικία, αλλά στον δυτικό κόσμο είναι συχνότερη σε εφήβους και νεαρούς ενήλικες. Τέλος η συχνότητα της νόσου αυξάνει σε πληθυσμιακές ομάδες που διαβιούν μαζικά. Στην πρόκληση της ελκονεκρωτικής ουλίτιδας σημαντικό ρόλο παίζουν η σωματική και ψυχολογική επιβάρυνση και η επακόλουθη αύξηση της έκκρισης των στεροειδών ορμονών που προκαλούν. Γράφει ο **Δημήτριος Ανδρεάδης ,** στοματολόγος - οδοντίατρος, λέκτορας Στοματολογίας, Οδοντιατρικής Σχολής ΑΠΘ. *Σελ. 34*

8ο Παγκόσμιο Συνέδριο Ενδοδοντίας της IFEA

Πρόκειται για το μεγαλύτερο γεγονός στο χώρο της Ενδοδοδοντίας και η πραγματοποίησή του στη χώρα μας αποτέλεσε, όπως ήταν αναμενόμενο, μια μεγάλη επιστημονική γιορτή. Στο 8ο Παγκόσμιο Συνέδριο κατέφθασαν διακεκριμένοι ενδοδοντιστές από σχεδόν κάθε γωνιά του κόσμου και προσέφεραν τις γνώσεις και την κλινική τους εμπειρία προκειμένου να πετύχουν την «τεκμηρίωση», που ήταν εξάλλου και το κεντρικό θέμα του Συνεδρίου. *Σελ. 36*

Το λάθος ως παράμετρος αποτυχίας στην Προσθετική επί εμφυτευμάτων

Έχουν περάσει πάνω από 40 χρόνια από τη δημοσίευση του Brånemark και των συνεργατών του για τα οστεοενσωματούμενα εμφυτεύματα (1969). Στα χρόνια που έχουν περάσει από την πρώτη τους εφαρμογή, έχει βελτιωθεί η εμβιομηχανική, η μηχανική, η αισθητική και η πρόβλεψη της βεβαιότητας για επιτυχία. Ο χρόνος που έχει περάσει, η έρευνα που έχει μεσολαβήσει, η κλινική εμπειρία και παρατήρηση μας επιτρέπουν να διδαχθούμε τόσο από την πρόοδο της επιστήμης, όσο και από τα λάθη μας. Αλάθητοι είναι μόνον όσοι δεν κάνουν τίποτα.
Τα λάθη, όμως, αποτελούν πηγή γνώσης τότε μόνον όταν είναι ακούσια, αξιολογούνται σωστά και δεν επαναλαμβάνονται.
Στην περίπτωση της προσθετικής επί εμφυτευμάτων, η εμπειρία διδάσκει ότι περισσότερο από τα λάθη βαρύνουν οι παραλείψεις, οι οποίες οδηγούν σε αποτυχίες που θα μπορούσαν να έχουν αποφευχθεί.
Του αναπληρωτή καθηγητή της Οδοντιατρικής Σχολής του Πανεπιστημίου Αθηνών **Νίκου Κ. Καφούσια**. *Σελ. 4*

Ενδοδερμικά εμφυτεύματα & ενέσιμες θεραπείες για την ολοκλήρωση της αισθητικής αποκατάστασης του προσώπου

Μέρος 1ο – BOTOX®

Την τελευταία εικοσαετία, στα πλαίσια μιας κοινωνίας που αποδίδει συνεχώς μεγαλύτερο ρόλο στην εξωτερική εμφάνιση, αυξάνεται ραγδαία ο αριθμός των ασθενών που προσέρχονται στον ειδικό για την αποκατάσταση αισθητικών προβλημάτων στην περιοχή του προσώπου, με όσο το δυνατόν λιγότερο επεμβατικές μεθόδους.
Ιδιαίτερη συμβολή στην κατεύθυνση αυτή έχει επιτευχθεί με την εισαγωγή στην καθημερινή κλινική πράξη μίας νευροτοξίνης, της βοτουλινικής τοξίνης Α, αλλά και των διαφόρων τύπων ενδοδερμικών εμφυτευμάτων.
Οι αισθητικές επεμβάσεις που σκοπό έχουν τη βελτίωση της εμφάνισης δεν αφορούν στην αντιμετώπιση κάποιου προβλήματος υγείας, επομένως από αυτές τις παρεμβάσεις θα πρέπει να προκύπτει μόνο ωφέλεια και να εκμηδενίζεται ο κίνδυνος. Τούτο καθιστά αναγκαίο ο ιατρός να είναι άριστα καταρτισμένος, αλλά και να είναι σε θέση να αξιολογεί κατάλληλα τον ασθενή και να μπορεί να τον εκπαιδεύσει ως προς τις απαιτήσεις και τις προσδοκίες που πρέπει να αναμένει από μία τέτοια διαδικασία.

Του καθηγητή Ιατρικής Σχολής Αθηνών και διευθυντή της κλινικής Γναθοπροσωπικής Χειρουργικής του Νοσοκομείου «Αττικόν» **Ε. Βαϊρακτάρη**.
Σελ. 28

Κύριο άρθρο

Του Ηρακλή Καρκαζή
Αναπληρωτή Καθηγητή ΕΚΠΑ

Η ΔΗΜΟΣΙΑ ΔΙΑΒΟΥΛΕΥΣΗ ΓΙΑ ΤΗΝ ΠΑΙΔΕΙΑ ΚΑΙ Η ΑΙΩΝΙΑ ΑΝΑΚΥΚΛΗΣΗ

Déjà vu

Μια πρόσκληση δημόσιας διαβούλευσης για τα Πανεπιστήμια που πριν λίγο καιρό εγκαινίασε με κείμενο του το Υπουργείο Παιδείας, ασυνείδητα μας τοποθετεί στη θέση του παρατηρητή που είναι σίγουρος πως βλέπει αυτό που έχει ξαναδεί. Στο γίγνεσθαι μιας αδιάκοπης επανάληψης, ορατής ακόμα και στο περιορισμένο χρονικό παράθυρο λίγων δεκαετιών, είναι αδύνατον να μην ξαναβιώσουμε το οδυνηρό συναίσθημα της ματαίωσης και της απογοήτευσης. Κατά τα ειωθότα, όλα υποτίθεται πως θα (ξανά) αλλάξουν. Οι επαπειλούμενες κοσμογονικές αλλαγές θα οδηγήσουν δήθεν στην ενίσχυση του αυτοδιοικητικού χαρακτήρα και στην αυτοτέλεια των πανεπιστημίων, ενώ με την επιχειρούμενη διεθνοποίηση θα "σπάσει" η εσωστρέφεια, θα βελτιωθούν τα οικονομικά και θα χτυπηθεί ο νεποτισμός και η συναλλακτική παρεοκρατία. Έτσι όταν ο νόμος ψηφισθεί, για πολλοστή φορά ένα ανθρώπινο δυναμικό που γεννήθηκε, γαλουχήθηκε και ρίζωσε στις επιλήψιμα αλλοιωμένες δομές του προηγούμενου νόμου, θα κληθεί να υλοποιήσει την νέα κοσμογονία του υπουργείου. Και τότε οι πάντες θα αντισταθούν ή θα συμπράξουν στο βαθμό που οι αλλαγές θα απειλήσουν ή δεν θα απειλήσουν τις προσωπικές τους συμβάσεις και τη μακαριότητα της καθημερινότητας τους. Τί πιο φυσιολογικό και ανθρώπινο άλλωστε. Και για τους λίγους ρομαντικούς που αλτρουιστικά θα ταυτιστούν με τις όποιες αγαθές προθέσεις του νομοθέτη, για μια ακόμα φορά θα υποστούν την οδύνη της άτακτης υποχώρησης μπροστά στη λαίλαπα της σύγχρονης ελληνικής πραγματικότητας. Είμαστε άραγε εντελώς αδύναμοι και αμέτοχοι μπροστά στις επερχόμενες εξελίξεις; Αρκούν τα χιλιάδες χτυπήματα στα blogs της κάθε διαβούλευσης και οι χαλαρές παρεΐστικες συζητήσεις; Τα γεγονότα μιλούν από μόνα τους. Γαντζωμένοι σε μια αδιόρατη προσδοκία της έλευσης ενός θεόσταλτου μεταρρυθμιστή, που ποτέ βέβαια δεν έρχεται, παρακολουθούμε εξ αποστάσεως, αλλά ασφαλείς, την εικονική πραγματικότητα των εξελίξεων. Και το τελευταίο σπέρμα ελπίδας; Ίσως η ριζωμένη εθνική μνήμη μιας ποιότητας και αξιοσύνης που πότε-πότε ανατέλλει στις κρίσιμες καμπές της ιστορίας μας.

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

Το λάθος παράμετρος αποτυχίας στην Προσθετική επί εμφυτευμάτων..... 4
Του αναπληρωτή καθηγητή Προσθετολογίας και Οδοντιατρικών υλικών
της Οδοντιατρικής Σχολής του Πανεπιστημίου Αθηνών **Νίκου Κ. Καφούσια.**

Το στόμα μας: Προφανείς λειτουργίες και ασαφείς επιρροές.....10
Όλοι μας αναπνέουμε, τρώμε, μιλάμε, γελάμε, φιλάμε, γευόμαστε…
Πόσο καλά γνωρίζουμε αυτό το κομμάτι του εαυτού μας, σε σχέση με όλες αυτές τις διαδικασίες;
Γράφει η **Ανθούλα Διαμάντη Κηπιώτη**

Ανταυγειες Οδοντικης Αισθητικης και οχι μονο..... 22
Του **Γεράσιμου Δουβίτσα**, αναπληρωτή καθηγητή Οδοντιατρικής Σχολής ΕΚΠΑ

Τα Μυστικα του Στοματος.....24
Σύνδρομο εστιακής υπερκεράτωσης παλαμών- πελμάτων και βλεννογόνου στόματος
Του αναπληρωτή καθηγητή Στοματολογίας της Ιατρικής Σχολής
του Πανεπιστημίου Αθηνών **Γιώργου Λάσκαρη**

«Αποκατάσταση δοντιού με κατεστραμμένη μύλη»
Ξεκινά το νέο πρόγραμμα ημερίδων της Εταιρείας Σύγχρονης Οδοντιατρικής.....26
Συνέντευξη με την επίκουρη καθηγήτρια της Οδοντιατρικής Σχολής
του Πανεπιστημίου Αθηνών, **Χαρίκλεια Παξιμαδά**

Ενδοδερμικά εμφυτεύματα & ενέσιμες θεραπείες για την ολοκλήρωση της αισθητικής αποκατάστασης του προσώπου Μέρος 1ο – BOTOX®.....28
Μόνιμη στήλη της Γναθοπροσωπικής Χειρουργικής Κλινικής της Ιατρικής Σχολής του Πανεπιστημίου Αθηνών, Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο «Αττικόν», Διευθυντής: καθηγητής **Ε. Βαϊρακτάρης**

Λαμπερά, όμορφα πρόσθια δόντια
Αποκαθιστώντας το χαμόγελο μετά από βαριά περιοδοντίτιδα.....32

Οξεία Ελκονεκρωτική ουλίτις.....34
Γράφει ο Δημήτριος Ανδρεάδης , στοματολόγος - οδοντίατρος, λέκτορας
Στοματολογίας, Οδοντιατρικής Σχολής ΑΠΘ.

Ειδήσεις-Εκδηλώσεις-Συνέδρια..... 36-50

ΒΗΜΑ Γραμμάτων και Τεχνών.....52

Τα φιλέορτα ξόρκια της ανάγκης 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*
Νομικός Σύμβουλος:
Λάμπρος Ανδρ. Τσοπράς

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

Το λάθος ως παράμετρος αποτυχίας στην Προσθετική επί εμφυτευμάτων

Του **Νίκου Καφούσια**
Αναπλ. Καθηγητή

Έχουν περάσει πάνω από 40 χρόνια από τη δημοσίευση του Brånemark και των συνεργατών του για τα οστεοενσωματούμενα εμφυτεύματα (1969). Ο χρόνος που έχει περάσει, η έρευνα που έχει μεσολαβήσει και η κλινική εμπειρία και παρατήρηση, μας επιτρέπει να διδαχθούμε τόσο από την πρόοδο της επιστήμης, όσο και από τα λάθη μας. Αλάθητοι είναι μόνον όσοι δεν κάνουν τίποτα.

Τα λάθη, όμως, αποτελούν πηγή γνώσης τότε μόνον όταν είναι ακούσια, αξιολογούνται σωστά και δεν επαναλαμβάνονται.

Στην περίπτωση της προσθετικής επί εμφυτευμάτων, η εμπειρία διδάσκει ότι περισσότερο από τα λάθη βαρύνουν οι παραλήψεις, οι οποίες οδηγούν σε αποτυχίες που θα μπορούσαν να έχουν αποφευχθεί.

Το θέμα αυτό αναπτύχθηκε από τον κ. Καφούσια κατά τη διάρκεια του 11ου Παμπελοποννησιακού Συνεδρίου που πραγματοποιήθηκε από τις 18 έως τις 20 Ιουνίου στο Λουτράκι.

Το πρώτο ερώτημα που τίθεται είναι: εάν τα εμφυτεύματα αποτελούν δόκιμη θεραπευτική μέθοδο στη σύγχρονη οδοντιατρική.

Το δεύτερο, με τι εφόδια μπορεί ο κλινικός οδοντίατρος να τοποθετήσει εμφυτεύματα στο στόμα των ασθενών;

Προσωπικά, τοποθέτησα το πρώτο μου εμφύτευμα το 1990 (Εικ.1). Ο ασθενής ήταν ήδη

Εικ.1. Ολική οδοντοστοιχία στην άνω. Εμφυτεύματα με δοκό στην κάτω.

ηλικιωμένος, αλλά η εργασία διατηρείται ακόμη και σήμερα. Το μόνο που χάσαμε, εν τω μεταξύ, ήταν τα δύο δόντια, με τηλεσκοπικές στεφάνες, στην άνω γνάθο.

Τα εμφυτεύματα αποτελούν τη μοναδική ίσως «ειδικότητα» της οδοντιατρικής, η οποία άντλησε περισσότερα από το ελεύθερο επάγγελμα παρά από το πανεπιστήμιο. Το ελεύθερο, επίσης, επάγγελμα είναι αυτό που έδωσε τη μεγάλη ώθηση στα εμφυτεύματα.

Στα 40 περίπου χρόνια που έχουν περάσει από την πρώτη τους εφαρμογή:

Έχει βελτιωθεί:

- **Η εμβιομηχανική**
- **Η μηχανική**
- **Η αισθητική και**
- **Η πρόβλεψη της βεβαιότητας για επιτυχία.**

Σε ό,τι αφορά την αισθητική να επισημάνουμε ότι, όταν ξεκίνησαν τα εμφυτεύματα, αποτελούσαν μια λειτουργική λύση και θα ήθελα, παρά τη μεγάλη πρόοδο που έχουμε κάνει στην αισθητική, ως τέτοια να τη βλέπουμε και σήμερα. Οι περισσότεροι, αν όχι όλοι οι ασθενείς, σπεύδουν να βάλουν εμφυτεύματα για να διορθώσουν την αισθητική τους. **Αυτό είναι μέγιστο λάθος και πολλές φορές φρούδα ελπίδα.** Τα εμφυτεύματα δεν βελτιώνουν οπωσδήποτε την αισθητική. Σε πολλές περιπτώσεις, με τις κλασικές μεθόδους επιτυγχάνουμε καλύτερα αισθητικά αποτελέσματα. Τα εμφυτεύματα βελτιώνουν, όμως, πάρα πολύ τη λειτουργική απόδοση.

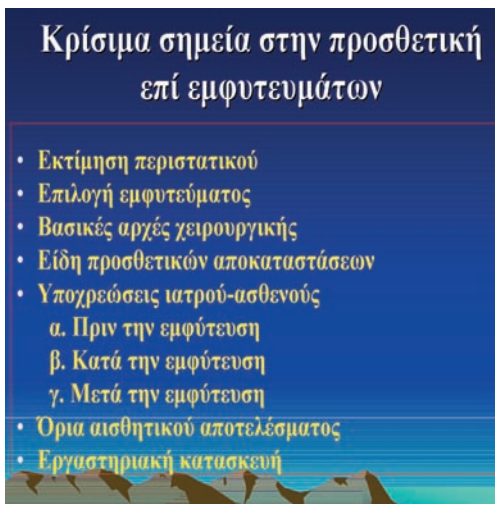
Εκεί που συνήθως υπάρχουν μεγάλα περιθώρια ευνοϊκής, από αισθητικής πλευράς, τοποθέτησης εμφυτευμάτων, μπορούμε να έχουμε εξίσου καλά αποτελέσματα και με τη συντηρητική οδοντιατρική.

Απαντώντας στο δεύτερο ερώτημα πρέπει να επισημάνουμε ότι τα εμφυτεύματα συνδυάζουν την πολυπλοκότητα της προσθετικής αποκατάστασης με τις δυσκολίες της εμφύτευσης. Η χειρουργική των εμφυτευμάτων δεν μπορεί να θεωρηθεί –μετά από μια καλή εκπαίδευση– ως ιδιαιτέρως δύσκολη διαδικασία, αρκεί φυσικά ο οδοντίατρος να ασκεί σωστά και την υπόλοιπη οδοντιατρική.

Ένας καλός οδοντίατρος, δηλαδή, μπορεί να γίνει και ένας καλός εμφυτευματολόγος, εκτός από ειδικές περιπτώσεις, όπως είναι π.χ. η ανοιχτή ανύψωση του ιγμόρειου ή η μετατόπιση του κάτω φατνιακού νεύρου.

Σήμερα, έχουμε στη διάθεσή μας μεθόδους που διευκολύνουν τη δουλειά του εμφυτευματολόγου και τις οποίες δεν τις είχαμε όταν ξεκίνησαν τα εμφυτεύματα, όπως είναι για παράδειγμα η τρισδιάστατη ψηφιακή απεικόνιση, η οποία μας επιτρέπει να εντοπίζουμε την οδό και την πορεία της ένθεσης με μεγάλη ακρίβεια.

Τα κρίσιμα σημεία της προσθετικής επί εμφυτευμάτων αναφέρονται στην εικόνα 2.



Εικ. 2.

Στο σημείο αυτό θα ήθελα να επισημάνω τις υποχρεώσεις του οδοντιάτρου και του ασθενούς πριν, κατά τη διάρκεια και μετά την εμφύτευση, αλλά και την ευθύνη που έχει ο οδοντίατρος να ενημερώσει τον ασθενή του για τα περιθώρια αισθητικής που υπάρχουν.

Το πρώτο που κάνουμε, σε συνεργασία με τον οδοντοτεχνίτη, είναι η οριοθέτηση των εμφυτευμάτων σύμφωνα με μια διαγνωστική σύνταξη δοντιών. Ο οδοντοτεχνίτης προχωράει στη σύνταξη των δοντιών όπως θα έκανε και για μια ολική οδοντοστοιχία, αφού βεβαίως του μεταφέρουμε τυχόν προσωπικές επιθυμίες του ασθενούς (Εικ. 3,4).

Έχοντας στα χέρια μας τη διαγνωστική σύν-

Εικ. 3. Τοποθέτηση όψεων (Bredent) στην επιθυμητή θέση (οδοντοτεχνίτης Κ. Καφούσιας).

Εικ. 4. Οι τοποθετημένες όψεις από την προστομιακή πλευρά.

ταξη ξανασυζητάμε πλέον με τον ασθενή:

- **Το αναμενόμενο αισθητικό αποτέλεσμα.**
- **Το είδος της προσθετικής αποκατάστασης (κινητή-ακίνητη).**
- **Το κόστος.**

Η πλειοψηφία των ασθενών προτιμάει **ακίνητες** προσθετικές αποκαταστάσεις, οι οποίες όμως να έχουν και **άψογο αισθητικό αποτέλεσμα**.

Η απαίτηση για την ταυτόχρονη εκπλήρωση και των δύο παραπάνω επιθυμιών είναι αυτή που δημιουργεί τα περισσότερα προβλήματα.

Τις παραπάνω αλληλοσυγκρουόμενες επιθυμίες, καθώς και την ευθύνη του οδοντογιατρού για τη σωστή επιλογή μπορούμε να παρακολουθήσουμε στο παρακάτω περιστατικό:

Ασθενής με έντονο προγναθισμό της κάτω γνάθου, γιατρός, ηλικίας περίπου 65 ετών, επιθυμεί μόνον ακίνητη προσθετική αποκατάσταση. Με βάση τη διαγνωστική σύνταξη προτάθηκε στον ασθενή, ως προσφορότερη λύση, κινητή τηλεσκοπική γέφυρα με απομίμηση των μαλακών μορίων, ώστε να διορθωθεί και αισθητικά η ρινοχειλική αύλακα. Ο ασθενής επέμενε στην κατασκευή ακίνητης γέφυρας.

Εδώ προκύπτει οπωσδήποτε ένα πρόβλημα. Εμμένει ο οδοντογιατρός στην άποψή του, ακόμα και με κίνδυνο να χάσει τον ασθενή, ή συμβιβάζεται στην απαίτηση του ασθενούς;

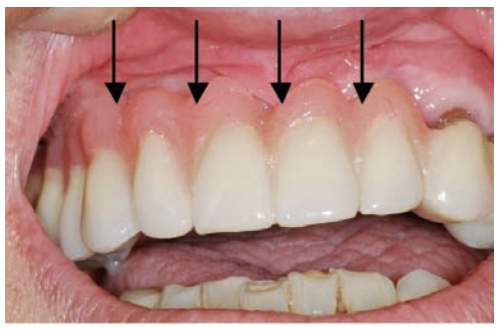
Εάν η απαίτηση του ασθενούς δεν θέτει σε κίνδυνο την υγεία του και εφόσον ο γιατρός ενημερώσει πλήρως τον ασθενή, τότε μπορεί να εκπληρωθεί η επιθυμία του ασθενούς, εν γνώσει πάντοτε του γιατρού ότι σε περίπτωση αποτυχίας δεν πρόκειται να αποφύγει το «ανάθεμα».

Στην προκειμένη περίπτωση κατασκευάστηκε μια γέφυρα, τουλάχιστον κοχλιούμενη, διατηρώντας τα 3 τηλεσκοπικά συγκρατήματα που υπήρχαν στο στόμα. (Εικ. 5, 6, 7, 8)

Εικ. 5. Η κοχλιούμενη γέφυρα. Είναι εμφανής η υπερέκταση του ροζ ακρυλικού (οδοντοτεχνίτης Κ. Καφούσιας).

Εικ. 6. Προκειμένου να υποστηριχθεί η ρινοχειλική αύλακα, προστέθηκε ροζ ακρυλικό πέρα από το αυχενικό τελείωμα των στεφανών.

Εικ. 7. Το σωστό αυχενικό τελείωμα των στεφανών.

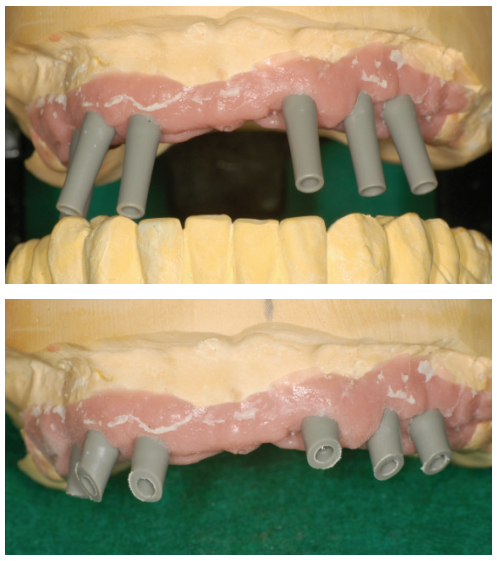


Εικ. 8. Μια συχνά επαναλαμβανόμενη «αβαρία».

Η σχολαστική στοματική υγιεινή και ο συχνός επανέλεγχος ελαχιστοποιεί τις αντιεπιστημονικές μας υπερβολές.

Ένας άλλος παράγοντας που πρέπει να συζητηθεί με τον ασθενή είναι το κόστος. Υπάρχουν περιπτώσεις που η τοποθέτηση των εμ-

φυτευμάτων δεν μπορεί να γίνει εκεί όπου θα θέλαμε και έτσι είμαστε υποχρεωμένοι να τροποποιήσουμε το αρχικό σχέδιο θεραπείας που προέβλεπε π.χ. προκατασκευασμένα abutments και να εφαρμόσουμε μια τεχνική η οποία προϋποθέτει ειδικά κολοβώματα, όχι προκατασκευασμένα, από χρυσοπλατίνα και με αποτέλεσμα μεγαλύτερο εργαστηριακό και υλικό κόστος. (Εικ. 9, 10, 11, 12)

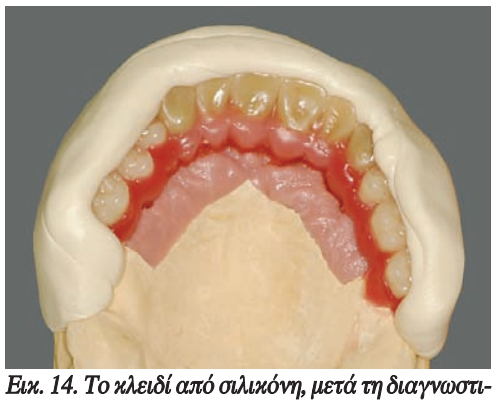


Εικ. 9, 10.

Εικ. 11, 12 (οδοντοτεχνίτης Κ. Καφούσιας).

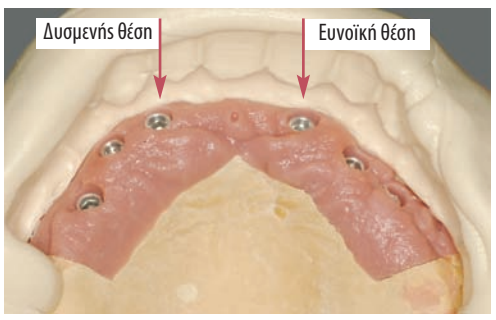
Θα πρέπει λοιπόν, εκ των προτέρων, συζητώντας με τον ασθενή μας, να έχουμε λάβει υπόψη μας και τυχόν τροποποιήσεις του σχεδίου θεραπείας μαζί με την ενδεχόμενη οικονομική επιβάρυνση. Είναι θέματα τα οποία αντιμετωπίζουν όλοι όσοι ασχολούνται με τα εμφυτεύματα και δυστυχώς μπορεί να προκύψουν έριδες και αδιέξοδα, εάν εκ των προτέρων δεν έχουν ληφθεί υπόψη.

Εικ. 13. Η επιθυμητή διαγνωστική σύνταξη.



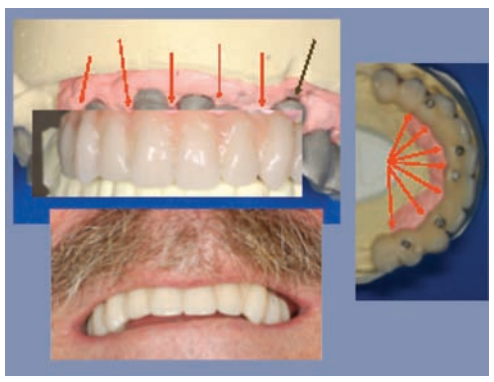
Εικ. 14. Το κλειδί από σιλικόνη, μετά τη διαγνωστική σύνταξη.

Στο περιστατικό των εικόνων 13, 14, παρά το γεγονός ότι, με βάση τη διαγνωστική σύνταξη κατασκευάστηκε ένα κλειδί για να γνωρίζουμε πού πρέπει να τοποθετηθούν τα εμφυτεύματα και στη συνέχεια τα τεχνητά κολοβώματα (abutments), η τελική θέση των εμφυτευμάτων και κατά συνέπεια των abutments δεν ακολουθεί την προβλεπόμενη από τη διαγνωστική σύνταξη θέση. Κάποια εμφυτεύματα πέφτουν επάνω στα μεσοδόντια, οπότε ο διαχωρισμός των δοντιών δεν είναι όσο θα θέλαμε φυσικός (Εικ. 15). Στην τελική κατασκευή φαίνεται, επίσης, ότι έχουμε επεκταθεί, πέραν του δέοντος, με απομίμηση ούλων, γεγονός που θα επέβαλε η εργασία να γίνει κινητή, τόσο για αισθητικούς όσο και για λόγους καλής στοματικής υγιεινής.



Εικ. 15. Τα εμφυτεύματα στη θέση 12, 13 πέφτουν πάνω στα μεσοδόντια διαστήματα, δημιουργώντας πρόβλημα στον αισθητικό διαχωρισμό.

Ο ασθενής, όμως, επέμενε η πρόσθεση να είναι ακίνητη και εμείς ενδώσαμε. Δεν μπορέσαμε να πείσουμε τον ασθενή μας πως αυτή η εργασία, έτσι τροποποιημένη, είχε μεν αισθητικό αποτέλεσμα, αλλά δεν εξασφάλιζε τη μακροβιότητα των εμφυτευμάτων. Το μόνο που μπορέσαμε να κάνουμε, σε συνεργασία με τον οδοντοτεχνίτη, ήταν να ανοίξουμε όσο γίνεται περισσότερο τα μεσοδόντια διαστήματα, προκειμένου να περνάνε τα βουρτσάκια καθαρισμού, και να επισημάνουμε στον ασθενή τη σχολαστική στοματική υγιεινή και τη μεγαλύτερη προσπάθεια που χρειάζεται εκ μέρους του. Σε καμία όμως περίπτωση δεν εξασφαλίζεται άψογη στοματική υγιεινή. (Εικ. 16)



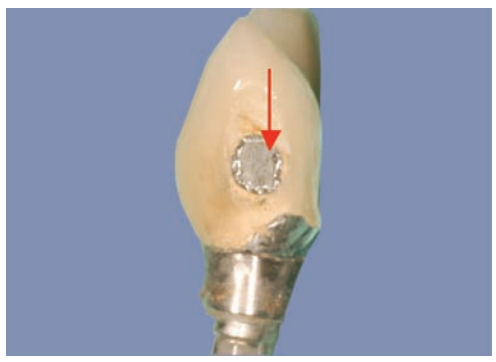
Εικ. 16. Σ' αυτό το περιστατικό εκφράζονται με τον εναργέστερο τρόπο οι αισθητικές «αβαρίες». Η εργασία έγινε τουλάχιστον κοχλιωτή. Ο ασθενής απόλυτα ευχαριστημένος και τα μικρόβια ακόμα περισσότερο (οδοντοτεχνίτης Κ. Καφούσιας).

Να θυμίσουμε, ότι οι πρώτες προσθετικές αποκαταστάσεις επί εμφυτευμάτων ήταν γέφυρες, σαν και τις οδικές, δηλαδή από κάτω ανοιχτές. Ο Brånemark δεν είχε ως προτεραιότητα την αισθητική, καθώς είχε ενθουσιαστεί με το γεγονός ότι μπορούσε κάποιος να τρώει πάλι με δόντια, τεχνητά βέβαια, αλλά με την ίδια λειτουργικότητα όπως και τα φυσικά.

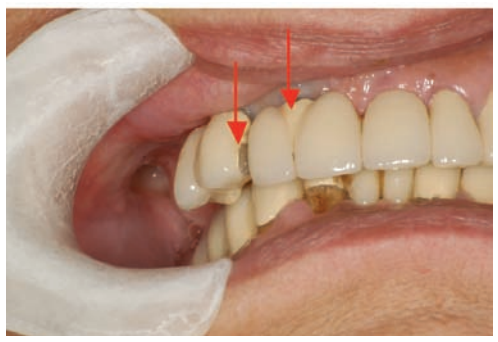
Ακόμη και η συγκόλληση του abutment με το εμφύτευμα θεωρείται ότι μπορεί να περικλείει μικρόβια, τα οποία μπορεί να είναι υπαίτια περιεμφυτευματίτιδας, εάν η εφαρμογή abutment και εμφυτεύματος δεν είναι τέλεια. Γι' αυτό και σήμερα, πάρα πολλές έρευνες δείχνουν ότι τα κωνικά εσωτερικά abutments έχουν τη στεγανότερη εφαρμογή.

Πολλές φορές, βρισκόμαστε στην ανάγκη να **συγκολλήσουμε** τις εργασίες προσωρινά, για να δούμε την εξέλιξή τους και να ξανασφίξουμε τα abutments (τα οποία μπορούν εύκολα τον πρώτο καιρό να χαλαρώσουν, οπότε πρέπει να τα ελέγχουμε πριν από την τελική συγκόλληση της εργασίας εάν αυτή είναι συγκολλούμενη). **Ένα ερώτημα που μπαίνει σ' αυτό το σημείο είναι:** πώς κολλάμε προσωρινά τις αποκαταστάσεις μας. **Στη διάθεσή μας** έχουμε το φύραμα οξειδίου του ψευδαργύρου με ή χωρίς ευγενόλη, που είναι το πιο εύχρηστο υλικό που διαθέτουμε γι' αυτήν τη δουλειά, καθώς και «ειδικές» κονίες που κυκλοφορούν στο εμπόριο. Θα πρέπει, όμως, να λάβουμε υπόψη μας το πόσο εύκολα μπορούμε, στη συνέχεια, να τις ξεκολλήσουμε. Όλοι μας έχουμε βρεθεί στην ανάγκη να «ξηλώσουμε» κατασκευή που την κολλήσαμε προσωρινά με φύραμα, ακόμη κι αν δεν πρόκειται για επιεμφυτευματικές κατασκευές. Για την αφαίρεση προσωρινά συγκολλημένων κατασκευών, συγκολλημένων με φύραμα οξειδίου του ψευδαργύρου, προτείνω μια προσωπική μου επιλογή: **με ζεστό νερό**. Παραγγέλλουμε στον ασθενή να κάνει μερικές φορές μπουκώματα με όσο γίνεται πιο καυτό νερό. Μετά από κάποιον αριθμό μπουκωμάτων, η κατασκευή μπορεί εύκολα να αφαιρεθεί.

Ένα άλλο σημείο που πρέπει να προσέξουμε είναι οι σύνδεσμοι. Εάν οι σύνδεσμοι δεν έχουν ικανοποιητική έκταση, κινδυνεύουμε να έχουμε το αποτέλεσμα που φαίνεται στις εικόνες 17α, 17β.



Εικ. 17α. Δυσανάλογα μικρής έκτασης σύνδεσμος.



Εικ. 17β. Το αποτέλεσμα του μικρού συνδέσμου είναι το σπάσιμο και της δυσμενούς τοποθέτησης του εμφυτεύματος, η κακή αισθητική.

Στο περιστατικό της εικόνας 17, μετά από 5 χρόνια, μαζί με το σπάσιμο της γέφυρας, κουνήθηκε και το εμφύτευμα στη θέση 13. Η εργασία επαναλήφθηκε με τηλεσκοπική πλέον κατασκευή. (Εικ. 18α, β, γ, δ)

Εικ. 18α.

Εικ. 18β.

Εικ. 18γ.

Εικ. 18δ (οδοντοτεχνίτης Κ. Καφούσιας).

Ακόμη και οι πιο απλές περιπτώσεις χρειάζονται νάρθηκα προσανατολισμού.

Δεν είναι εύκολο, την ώρα που χειρουργεί κάποιος, να έχει καλό προσανατολισμό στην τοποθέτηση του εμφυτεύματος, με αποτέλεσμα και σε απλές φαινομενικά περιπτώσεις να γίνεται λάθος τοποθέτηση.

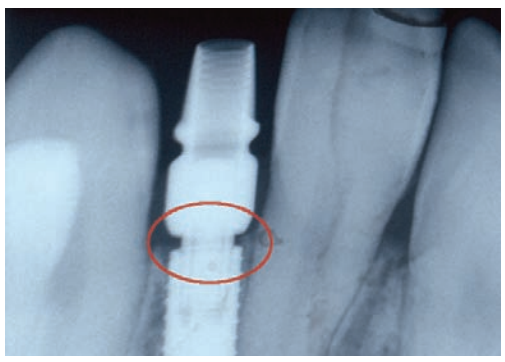
Στο περιστατικό των εικόνων 19, 20, 21 η επιλογή κεκλιμένου abutment διόρθωσε την κλίση, όχι όμως ικανοποιητικά την περιοχή του αυχένα.

Εικ. 19.

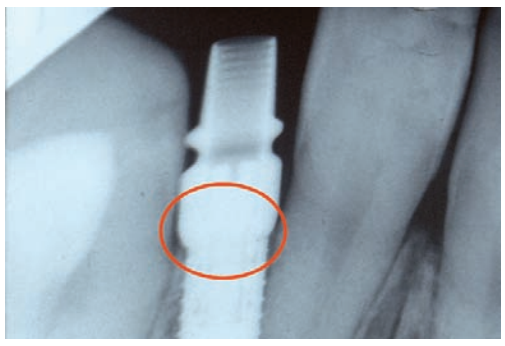
Εικ. 20.

Εικ. 21 (οδοντοτεχνίτης Κ. Καφούσιας).

Ένα άλλο λάθος, που μπορεί να το «πληρώσουμε» με επανάληψη της κατασκευής, είναι η κακή έδραση των αξόνων αποτύπωσης. Στην εικόνα 22 γίνεται εμφανές ότι ο άξονας αποτύπωσης δεν έχει εφαρμόσει απόλυτα επάνω στο εμφύτευμα, με ό,τι αυτό συνεπάγεται για την επιεμφυτευματική κατασκευή. Προς αποφυγή τέτοιων λαθών επιβάλλεται, όπου η επαφή εμφυτεύματος και άξονα αποτύπωσης δεν είναι εμφανής, η λήψη ακτινογραφίας με τοποθετημένο τον άξονα αποτύπωσης (εικ. 22, 23).



Εικ. 22. Λάθος.

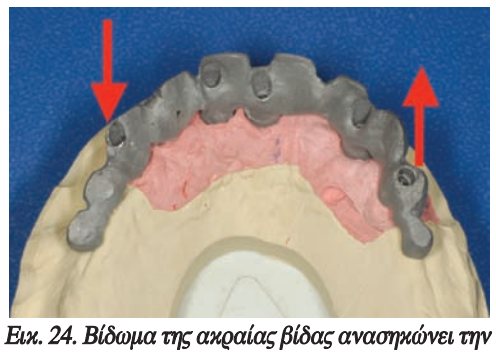


Εικ. 23. Σωστό.

Κοχλιούμενες ή συγκολλούμενες επιεμφυτευματικές κατασκευές;

Κοχλιούμενες: Μειονεκτήματα:

- Μπορεί να χαλαρώσουν, ιδιαιτέρως όταν πρόκειται για μεμονωμένες στεφάνες, με κίνδυνο να σπάσουν οι βίδες συγκράτησης.
- Σε περίπτωση μη παθητικής έδρασης της επιεμφυτευματικής κατασκευής δημιουρ-

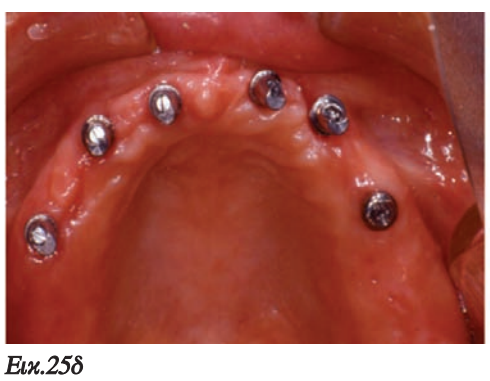


Εικ. 24. Βίδωμα της ακραίας βίδας ανασηκώνει την κατασκευή.

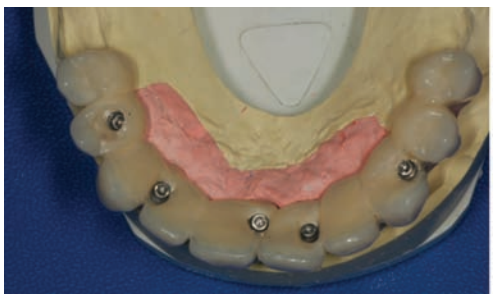
Εικ. 25α

Εικ. 25β

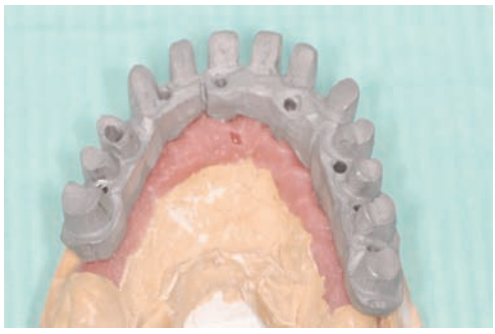
Εικ.25γ



Εικ.25δ



Εικ. 26. Η κάλυψη των βιδών με ρητίνη παρουσιάζει πάντοτε αισθητικά προβλήματα.



Εικ. 27. Τόσο η θέση των εμφυτευμάτων, όσο και το ύψος της επιεμφυτευματικής κατασκευής δυσκολεύουν αφάνταστα τους χειρισμούς.

γούνται τάσεις που βάζουν σε κίνδυνο το εμφύτευμα. Ο έλεγχος της παθητικής έδρασης γίνεται βιδώνοντας το ένα άκρο της κατασκευής και ελέγχοντας εάν το άλλο άκρο ανασηκώνεται (Εικ. 24). Το βίδωμα χωρίς τάση εξασφαλίζεται όταν δύναμη 45 με 50 Ν εφαρμόζεται στο τελευταίο τέταρτο ή μισό της περιστροφής της βίδας κατά το σφίξιμο.

- Σε περίπτωση υπερώιων ή γλωσσικών κοχλιώσεων προκύπτουν και προβλήματα δυσκολίας προσπέλασης των βιδών, καθώς και μορφολογικά μειονεκτήματα (Εικ. 25 α, β, γ, δ).
- Αισθητικά μειονεκτήματα κατά την κάλυψη των οπών της βίδας (Εικ. 26).
- Δυσκολία χειρισμών σε περιπτώσεις τοποθέτησης της βίδας σε δυσπρόσιτες περιοχές (Εικ. 27).

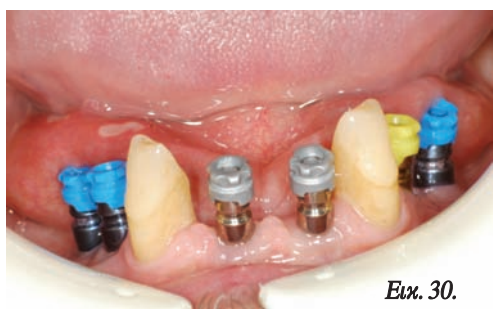
Κοχλιούμενες: Πλεονεκτήματα:
Μπορούν ανά πάσα στιγμή να αφαιρεθούν, να τροποποιηθούν, να ελεγχθούν και να επανατοποθετηθούν.

Συγκολλούμενες: Πλεονεκτήματα: Απλούστερες κατασκευές, καλύτερο αισθητικό αποτέλεσμα, παθητική έδραση ακόμα και σε ελλιπή εφαρμογή.

Συγκολλούμενες: Μειονεκτήματα: Εάν κάτι συμβεί, ολόκληρη η κατασκευή πρέπει να καταστραφεί. Ένα όμως από τα χειρότερα που μπορούν να μας συμβούν είναι να ξεβιδωθεί το abutment, αλλά να είναι κολλημένη η στεφάνη επάνω του. Εκεί, τις περισσότερες φορές πρέπει να καταστρέψουμε τη στεφάνη. Εάν είμαστε τυχεροί, μπορούμε τρυπώντας τη στεφάνη να αποκαλύψουμε τη βίδα του abutment και να το σφίξουμε, μετατρέποντας τη συγκολλούμενη κατασκευή σε κοχλιούμενη (Εικ. 29). Σ' αυτές τις περιπτώσεις βοηθάει ο σχεδιασμός, στην κάρτα του ασθενούς, του επιμήκους άξονα της βίδας.

Ένα επιπλέον κρίσιμο σημείο είναι, στην κλειστή αποτύπωση, στα συστήματα που

Εικ. 29. Διάτρηση της στεφάνης, αποκάλυψη και σφίξιμο της βίδας συγκράτησης.



Εικ. 30.

χρησιμοποιούν οδηγούς μεταφοράς (καπελάκια) των αξόνων αποτύπωσης (π.χ.σύστημα Xive). Εάν οι οδηγοί μεταφοράς χρησιμοποιηθούν παραπάνω από μία φορά, η εφαρμογή μέσα σ΄αυτούς των αξόνων αποτύπωσης είναι χαλαρή, με αποτέλεσμα την ώρα που τα περιβάλλουμε με το αποτυπωτικό υλικό αυτά να μετακινούνται (Εικ. 30). Γι' αυτό πρέπει να χρησιμοποιούνται πάντοτε καινούργιοι οδηγοί αποτύπωσης.

Σωστή επιλογή υλικών: Η σωστή επιλογή των υλικών που χρησιμοποιούνται τόσο από τον οδοντίατρο, όσο και από τον οδοντοτεχνίτη, αποτελεί βασική προϋπόθεση για την επιτυχία τόσο των ίδιων των εμφυτευμάτων, όσο και των επιεμφυτευματικών κατασκευών.

Συνοπτικά, για τα υλικά που χρησιμοποιούμε μπορώ να προτείνω τις παρακάτω κατευθύνσεις:

Κράματα: Ισχύει και για τα εμφυτεύματα ο γενικός κανόνας:

1. Όσο λιγότερα είδη κραμάτων έχουμε στο ίδιο στόμα, τόσο λιγότερα γαλβανικά στοιχεία δημιουργούμε.
2. Όσο ανθεκτικότερα στη διάβρωση κράματα τόσο το καλύτερο. Για τις επιεμφυτευματικές κατασκευές συστήνονται κατά σειρά προτίμησης: κράματα AuPt, Ti, CoCt. Δεν πρέπει να χρησιμοποιούνται κράματα Ni.
3. Η διαδικασία της χύτευσης επιδρά σημαντικά στην τελική δομή των κραμάτων, γι' αυτό όλο και περισσότερο στρεφόμαστε στην κατασκευή των μεταλλικών σκελετών με τη μέθοδο CAD-CAM και την τεχνική της πυροσυσσωμάτωσης (Sintering).

Πορσελάνες: Άριστο αισθητικό αποτέλεσμα εκεί που η περίπτωση το επιτρέπει, αλλιώς υπάρχει πάντοτε ο κίνδυνος του σπασίματος, το οποίο συνήθως δεν διορθώνεται.

Ρητίνες: Οι σύγχρονες ρητίνες αποτελούν, κατά τη γνώμη μου, στις περισσότερες των περιπτώσεων το υλικό επιλογής, μια και έχουν απαλλαγεί από τις αδυναμίες του παρελθόντος.

Εμφυτεύματα, Εργαστηριακά ανάλογα, Προκατασκευασμένα abutment, Βίδες συγκράτησης και λοιπά εξαρτήματα εμφυτευμάτων, χρειάζονται ιδιαίτερη προσοχή τόσο κατά την επιλογή τους, όσο και κατά τη χρήση τους . Πολλά από τα ξεβιδώματα και τα σπασίματα μπορεί να οφείλονται στο «πάντρεμα» πρωτότυπων εξαρτημάτων με απομιμήσεις, πράγμα όχι τόσο σπάνιο, λόγω διαφοράς κόστους.

Νέο επαγγελματικό εγχειρίδιο στοματικής υγιεινής

Πολλά εργαλεία και υλικά έχουν κάνει την εμφάνισή τους στην Προληπτική Οδοντιατρική. Αξίζει λοιπόν να παρουσιαστούν διεξοδικότερα και να αναλυθούν.
Το νέο επαγγελματικό εγχειρίδιο στοματικής υγιεινής της διάσημης υγιεινολόγου στόματος και με εξαιρετικές γνώσεις στο αντικείμενό της Antonella Botticelli, είναι αναθεωρημένο και εμπλουτισμένο με νέες πληροφορίες. Έχουν εισαχθεί και τρία καινούργια θέματα: Ανατομία, Μικροβιολογία και Ιστοπαθολογία.
Το βιβλίο έχει διαιρεθεί σε τέσσερις ενότητες: «Βασικές Έννοιες», «Ο Περιοδοντικός Ασθενής», «Ο Ασθενής με Τερηδόνα» και «Ο Ασθενής με Εμφυτεύματα». Με αυτόν το σχεδιασμό, η Antonella Botticelli τοποθετεί τον ασθενή στο επίκεντρο της προσπάθειάς της. Επίσης παρουσιάζει περιπτώσεις ασθενειών του στόματος με ευχάριστο τρόπο, που γίνεται εύκολα κατανοητός από άποψη διδασκαλίας.
Αυτό το εγχειρίδιο είναι πολύ χρήσιμο στους οδοντιάτρους που δίνουν ιδιαίτερη έμφαση στη στοματική υγιεινή, σε όσους ασχολούνται με την προληπτική οδοντιατρική και την περιοδοντολογία, αλλά και στους βοηθούς οδοντιάτρων και τους υγιεινολόγους.

400 σελίδες
28 κεφάλαια κατανεμημένα σε 4 ενότητες
900 κλινικές φωτογραφίες
200 εικονογραφήματα και πίνακες

Τιμή 105 ευρώ

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

Το στόμα μας:

Προφανείς λειτουργίες και ασαφείς επιρροές

Οι σκέψεις που καταγράφονται εδώ αποτελούν μέρος αυτών που παρουσιάστηκαν σε μορφή ελεύθερης εισήγησης στο 11ο Παμπελοποννησιακό Συνέδριο, που διοργανώθηκε τον Ιούνιο του 2010 από τον Οδοντιατρικό Σύλλογο Κορινθίας, στο Λουτράκι. Αποτελούν, κατά κάποιον τρόπο, προδημοσίευση μέρους μιας ευρύτερης συγγραφικής προσπάθειας με αντικείμενο τη στοματική κοιλότητα, "ιδωμένη" και από μια διαφορετική γωνία. Οι σκέψεις και οι προβληματισμοί αυτοί δεν έχουν βαπτιστεί ακόμη. Θα μπορούσαν να έχουν έναν τίτλο καθόλου επιστημονικό, όπως για παράδειγμα "Αυτά που βλέπουμε ή δεν βλέπουμε στο στόμα μας, αυτά που προσπερνάμε, γιατί τα θεωρούμε αυτονόητα, και αυτά που αισθανόμαστε".

Εισαγωγικά

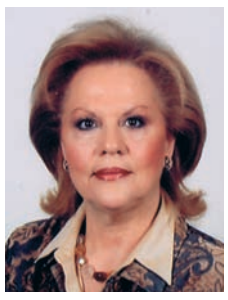
Ένα τεράστιο πλήθος ανθρώπων ενδιαφέρεται για το στόμα και τα δόντια, για διαφορετικούς λόγους. Αρχικά, ως πολυπληθέστερη ομάδα θα μπορούσε να θεωρηθεί... όλος ο κόσμος. Το κάθε άτομο ξεχωριστά, για διαφορετικούς λόγους, ενδιαφέρεται λιγότερο ή περισσότερο για το στόμα του. Κανένας άνθρωπος δεν θέλει να πονάει, όλοι απολαμβάνουν να μασούν και να γεύονται το φαγητό τους χωρίς πρόβλημα, οι περισσότεροι δεν θέλουν να έχουν σχέση με τον οδοντογιατρό τους και όλοι επιθυμούν να έχουν ευχάριστη εξωτερική εμφάνιση και αστραφτερό χαμόγελο. Πολλοί το φροντίζουν, γιατί φοβούνται τον πόνο και τις διαδικασίες στο οδοντιατρείο, άλλοι γιατί δίνουν καθοριστική βαρύτητα στη δημόσια εικόνα τους και άλλοι, για να είναι σίγουροι πως, όταν φιλούν το ταίρι τους, θα έχουν ευχάριστο και καθαρό στόμα.

Επιστήμονες διάφορων ιατρικών ειδικοτήτων έχουν, ή θα έπρεπε να έχουν, ενδιαφέρον για τη στοματική κοιλότητα, επειδή το ειδικό επιστημονικό τους πεδίο "συνορεύει" ή επηρεάζεται από τη στοματική κατάσταση. Πλαστικοί χειρουργοί, παιδίατροι, παθολόγοι, ωτορινολαρυγγολόγοι κ.ά. είναι ειδικότητες με τη συχνότερη εμπλοκή.

Επιπλέον, λογοπεδικοί και λογοθεραπευτές έχουν το στόμα ως πεδίο εφαρμογής ενός μέρους των θεραπευτικών τους παρεμβάσεων, ενώ οι αισθητικοί ασχολούνται επίσης και με αυτό από μια άλλη σκοπιά και για άλλους λόγους.

Στους χώρους παραγωγής προϊόντων που αφορούν στο στόμα, οι άνθρωποι που εμπλέκονται θα πρέπει να είναι αμέτρητοι. Εκτός από αυτούς που ασχολούνται με τη δημιουργία και την παραγωγή οδοντιατρικών μηχανημάτων, φαρμάκων, υλικών και εργαλείων, δηλαδή των αυστηρά οδοντιατρικών ειδών, υπάρχουν ακόμη και οι ασχολούμενοι με τα "βοηθήματα" ή τα "βελτιωτικά" του στόματος, όπως οι παραγωγοί στοματοπλυμάτων, καλλυντικών και καλλωπιστικών.

Υπάρχουν και άλλες κατηγορίες ανθρώπων που ασχολούνται με το στόμα. Είναι όλοι αυτοί που υπηρετούν τη "βρώση και την πόση". Μάγειροι και σεφ, ζαχαροπλάστες, γευσιγνώστες, οινογνώστες σε όλη την υφήλιο, ενδιαφέρονται κυρίως για τη γεύση, αίσθηση που εκδηλώνεται από το στόμα. Επιπλέον, τραγουδιστές, μουσικοί που παίζουν πνευστά όργανα, ηθοποιοί και παρουσιαστές, εκφωνητές των μέσων ενημέρωσης και γενικά όσοι αρθρώνουν λόγο και χρησιμοποιούν το στόμα τους για να λειτουργήσουν επαγγελματικά.



Ανθούλα Διαμάντη - Κηπιώτη
Αναπλ. Καθηγήτρια
Περιοδοντολογίας
Σεμιτέλου 6,
Αθήνα, Τ.Κ. **11528**
Τηλ. 210-77.90.309
e-mail: anthikipioti@yahoo.gr

Τέλος, αλλά όχι τελευταίοι, είναι οι οδοντίατροι. Εκατομμύρια συνάδελφοι ανά τον κόσμο, ειδικοί ή όχι, εστιάζουν το επιστημονικό τους ενδιαφέρον σε αυτό το μικρό κομμάτι του ανθρώπινου σώματος, εργάζονται πάνω και μέσα σε αυτό και κερδίζουν τα προς το ζην. Διδάσκονται σε βάθος ένα σημαντικό μέρος των ιδιοτήτων του πολυσύνθετου και πολυλειτουργικού αυτού οργάνου… αλλά όχι το όλον. Οι περισσότεροι από εμάς που διακονούμε την οδοντιατρική επιστήμη εκτεθήκαμε σε πληθώρα γνώσεων, ασχοληθήκαμε εμπεριστατωμένα με τα επιμέρους στοιχεία του, εκπαιδευτήκαμε σε πολύπλοκες τεχνικές, πιθανόν λίγο ξεκομμένα, ίσως αυτόνομα ή στεγνά και, νομίζω, ότι χάσαμε τη γοητεία του… δάσους. Θελήσαμε, όχι αναίτια ή άσκοπα, να παρέμβουμε θεραπευτικά, να επανορθώσουμε, να ανασυστήσουμε, ακόμη και να αναγεννήσουμε, και αφήσαμε λίγο πίσω το προφανές, το δεδομένο, το υπάρχον.

Όλοι μας αναπνέουμε, τρώμε, μιλάμε, γελάμε, φιλάμε, γευόμαστε… Πόσο καλά γνωρίζουμε αυτό το κομμάτι του εαυτού μας σε σχέση με όλες αυτές τις διαδικασίες;

Η στοματική κοιλότητα συνιστά ένα «όργανο» που αποδίδει πολυσύνθετες φυσιολογικές, βιολογικές, ψυχολογικές και κοινωνικές λειτουργίες καθοριστικές για την ανθρώπινη υπόσταση. Υπόκειται στους νόμους της φθοράς, νοσεί, επηρεάζει και επηρεάζεται από πλήθος παράγοντες που παρεμβαίνουν, μεδιαφορετικό κάθε φορά ποσοστό, στην αίσθηση και την ουσία του καλώς "έχειν" ενός ατόμου. Η πρόληψη, η αναγνώριση και η θεραπεία των στοματικών νοσημάτων και παθήσεων είναι ο απόλυτος στόχος της οδοντιατρικής επιστήμης. Επιπλέον όμως όλων αυτών, ένας ενδιαφέρων σύγχρονος προβληματισμός είναι εάν οι παθήσεις του στόματος μπορούν να επιδράσουν στη γενική υγεία. Το θέμα έχει προκαλέσει μεγάλη συζήτηση παγκοσμίως και τα νέα ερευνητικά δεδομένα είναι τουλάχιστον αποκαλυπτικά. Οι νοσογόνοι επιρροές από πάσχον στόμα βρίσκονται τελευταίως στο επίκεντρο της ερευνητικής και κλινικής δραστηριότητας. Το αντίστροφο, δηλαδή εάν η κακή γενική υγεία, π.χ. γενικά νοσήματα, μπορεί να προκαλέσει στοματική παθολογία και σε ποιο βαθμό, είναι ένα θέμα που απασχολεί εκατομμύρια ανθρώπους στον πλανήτη.

Το στόμα συνιστά ένα εκλεπτυσμένο όργανο που, πλην των "βιολογικών" λειτουργιών, συμμετέχει και σε ψυχολογικές λειτουργίες, σημαντικές για τον άνθρωπο. Επιπλέον, συνιστά την "είσοδο" στην ανθρώπινη υπόσταση, εκεί όπου κατοικοεδρεύει το πνεύμα και εκπέμπεται ο λόγος. Πέρα από αυτές τις αντιδράσεις, υπάρχουν ερωτηματικά εάν αρχέγονα αισθήματα εστιάζονται στο στόμα. Η σχέση του με την ψυχική σφαίρα είναι πολύπλευρη, δύσκολη στη διερεύνηση, γι' αυτό ίσως λίγο σκοτεινή. Γεγονός είναι ότι σε πολλές περιπτώσεις που το στόμα "ενεργεί" ή "χρησιμοποείται", εκλύονται συναισθήματα. Για να αποκατασταθεί η ισορροπία μέσα στο στόμα, για παράδειγμα, και να ελεγχθούν οι βλάβες, απαιτείται οδοντιατρική παρέμβαση. Αυτή όμως ανακαλεί συνήθως στους ανθρώπους εικόνες πόνου και σοβαρής ενόχλησης. Ο ασθενής στην οδοντιατρική καρέκλα διακατέχεται από αμφιθυμικά συναισθήματα. Αφενός χρειάζεται την οδοντιατρική φροντίδα, αφετέρου η ακινητοποίησή του και το αναγκαίο άνοιγμα του στόματος δημιουργούν ένα αίσθημα αποδυνάμωσης και εξάρτησης που επιδεινώνει την ενόχληση. Φοβόμαστε, φανερά ή κρυφά, τον οδοντογιατρό που "ασχολείται" με το στόμα μας, αλλά αισθανόμαστε όμορφα και γλυκά όταν προτείνουμε τα χείλη μας για να φιληθούμε.

Μετά από αυτά τα εισαγωγικά, μπορούμε να ασχοληθούμε με το στόμα στους εξής βασικούς άξονες:

- Να δείξουμε γιατί το στόμα συνιστά ένα πολυσήμαντο όργανο.
- Να υπενθυμίσουμε τους μηχανισμούς της νόσησης και πώς αυτοί επηρεάζουν ή επηρεάζονται από ενδογενείς και εξωγενείς παράγοντες.
- Να ανιχνεύσουμε ακροθιγώς τη σχέση του στόματος με τα συναισθήματά μας.

> **"Το στόμα συνιστά ένα εκλεπτυσμένο όργανο που, πλην των "βιολογικών" λειτουργιών, συμμετέχει και σε ψυχολογικές λειτουργίες, σημαντικές για τον άνθρωπο. Επιπλέον, συνιστά την "είσοδο" στην ανθρώπινη υπόσταση, εκεί όπου κατοικοεδρεύει το πνεύμα και εκπέμπεται ο λόγος."**

I. Το στόμα μας συνιστά πολυσήμαντο όργανο

Τα διάφορα όργανα του ανθρώπινου σώματος έχουν συνήθως απόλυτα εξειδικευμένο ρόλο και λειτουργία. Η στοματική κοιλότητα, αντίθετα, αποδίδει ή συμμετέχει σε πολλές και πολυσύνθετες λειτουργίες. Η σημαντικότητα του στόματος εκτείνεται πέραν του πραγματικού του μεγέθους και των προφανών λειτουργιών του.

Το στόμα, ή πιο σωστά το σύνολο του στοματογναθικού συστήματος, καταλαμβάνει μια σχετικά μικρή έκταση στο ανθρώπινο σώμα. Τα νεύρα όμως που το αφορούν, του δίνουν αίσθηση και το κινούν καταλαμβάνουν σχετικά μεγάλη περιοχή στο φλοιό του εγκεφάλου. Είναι ιδιαίτερα ενδιαφέρον να διερευνήσει κανείς συγκριτικά την έκταση της περιοχής του εγκεφάλου που αφορά το κάθε όργανο ή τα διάφορα μέρη του σώματος. Για τα αισθητικά νεύρα διαπιστώνουμε π.χ. ότι υπάρχουν μεγάλες περιοχές στον εγκέφαλο που αντιπροσωπεύουν το άκρο του χεριού, το άκρο του ποδιού και ακόμη μεγαλύτερες που αντιπροσωπεύουν το άνω και κάτω χείλος, τα δόντια, τα ούλα και τη γνάθο, καθώς επίσης και τη γλώσσα. Τα κινητικά νεύρα, όπως είναι αναμενόμενο, καταλαμβάνουν μικρότερη, αλλά όχι αμελητέα, περιοχή στο φλοιό του εγκεφάλου και αφορούν την κίνηση των χειλιών, της κάτω γνάθου και της γλώσσας.

Ανιχνεύοντας την ανθρώπινη προσωπικότητα και σύμφωνα με την ολιστική-δυναμική θεωρία (Maslow 1954), για να εξηγηθεί το "πολυσύνθετο" της ανθρώπινης συμπεριφοράς, έγινε προσπάθεια να ιεραρχηθούν οι βασικές ανάγκες που πρέπει να εκπληρώνονται. Αυτές είναι:

1) Φυσιολογικές - κυρίως βασικές, ζωτικές για επιβίωση (π.χ. αναπνοή, διατροφή)
2) Ασφάλειας - προστασία από απειλή ή κίνδυνο
3) Ιδιοκτησίας - ιδιοκτησία, στοργή, αγάπη
4) Αυτοαναγνώρισης και αυτοεκτίμησης
5) Αυτοπραγμάτωσης

Έχει υποστηριχθεί επίσης ότι οι ανθρώπινες ανάγκες οφείλουν να ικανοποιηθούν με την παραπάνω σειρά, δηλαδή πρέπει πρώτα να ικανοποιηθούν οι ανάγκες επιβίωσης, για να αναδυθούν οι ανάγκες ασφάλειας και στη συνέχεια της ιδιοκτησίας κ.λπ. Εάν οι πρώτες ανάγκες δεν εκπληρωθούν, όλες οι άλλες είναι ανύπαρκτες ή απωθούνται. Ανεξάρτητα από το γεγονός ότι η παραπάνω θεωρία έχει αμφισβητηθεί από ορισμένους ερευνητές, ο προσεκτικός παρατηρητής μπορεί εύκολα να αντιληφθεί ότι η στοματική κοιλότητα έχει τον ρόλο της σε κάθε επίπεδο αναγκών.

Ο πλέον βασικός και καθοριστικός ρόλος της στοματικής κοιλότητας είναι προφανώς να εκπληρώνει τις ανάγκες επιβίωσης (φυσιολογικές ανάγκες και ανάγκες ασφάλειας) του ανθρώπινου οργανισμού, γιατί από τη γέννηση μέχρι και το θάνατο συμβάλλει στη λειτουργία της διατροφής και της αναπνοής. Σε πολλά ζώα που δεν μιλούν, δεν γελούν, δεν φιλούν, χρησιμεύει μόνο για τη λήψη της τροφής.

Η πρώτη λειτουργία που θα συντελεστεί αμέσως μόλις το μωρό βγει στη ζωή είναι να αναπνεύσει, να εκπνεύσει, να κλάψει και στη συνέχεια να φάει. Σε όλες τις λειτουργίες το στόμα συμμετέχει, με την αναπνοή και το θηλασμό να κυριαρχούν. Η κανονική λήψη της τροφής που θα αντικαταστήσει το θηλασμό, γίνεται εφ' όρου ζωής από το στόμα και ενισχύεται από την ύπαρξη της γεύσης, που και αυτή συντελείται κυρίως στο στόμα. Πρόβλημα που πιθανόν θα υπάρξει στη στοματική κοιλότητα και θα μπλοκάρει την αναπνευστική οδό ή θα εμποδίζει την πρόσληψη τροφής, αντιπροσωπεύει για τον οργανισμό άμεσο, υπαρκτό κίνδυνο. Άρα η διατήρηση της ακεραιότητας και της υγείας της στοματικής κοιλότητας είναι ουσιώδης και καθοριστική για την ύπαρξη και τη διατήρηση της ζωής.

Η στοματική κοιλότητα συμμετέχει άμεσα στην προστασία από κίνδυνο ή απειλή. Στον άνθρωπο, όπως και σε άλλα ζώα, τα δόντια εξακολουθούν να θεωρούνται όπλο, αν και η ύπαρξη «τεχνητού οπλισμού» που υπερέχει κατά πολύ, τα καθιστά λιγότερο σημαντικά. Παρ' όλα αυτά, παρατηρήσεις δείχνουν ότι, όταν κάποιος βρίσκεται σε στρες, «ακονίζει τα δόντια του», προφανώς τα τρίζει, ή μπορεί να τα χρησιμοποιήσει όταν απειλείται, για να δαγκώσει τον αντίπαλο, σαν βοήθημα για να σχίσει κάτι ή να συγκρατήσει κάτι κ.ά.

Η σχέση απειλής και δοντιών είναι βαθιά ριζωμένη στην αντίληψη του ανθρώπου. "Του έδειξε τα δόντια του", λέμε, όταν αναφερόμαστε σε συμπεριφορές που εμπεριέχουν απειλή, "θα σε σκίσω" ουρλιάζουμε όταν είμαστε πάρα πολύ θυμωμένοι, εννοώντας φυσικά ότι θα χρησιμοποιήσουμε τα δόντια μας για την πράξη αυτή, και, τέλος, όταν κάποιος αποδυναμώνει τον αντίπαλό του, λέμε ότι τον "ξεδόντιασε". Ο ήλιος είναι απειλητικός όταν είναι "ήλιος με δόντια", γιατί, ενώ λάμπει, δεν ζεσταίνει, άρα μας ξεγελά.

Στις λειτουργίες επιβίωσης, όπου εμπλέκεται η στοματική κοιλότητα, ορισμένοι ερευνητές τοποθετούν την επικοινωνία και τη σεξουαλική δραστηριότητα. Στην κοινωνία η συνεργασία είναι ουσιώδης για την επιβίωση. Ο άνθρωπος έχει ανάγκη να είναι μέρος της κοινωνίας, και φυσικά και ψυχολογικά. Η ομιλία και οι εκφράσεις που προκύπτουν είναι κοινά, αποτελεσματικά και πολύ σημαντικά μέσα επικοινωνίας, ουσιώδη για την ύπαρξή μας.

Επιπλέον, το πρόσωπο και κυρίως το στόμα παίζουν σημαντικό ρόλο στη σεξουαλική έλξη και είναι σημαντική πηγή ενίσχυσης της σεξουαλικής συμπεριφοράς (φίλημα, στοματο-γεννητική δραστηριότητα), μια ευχαρίστηση που προτρέπει σε επανάληψη της σεξουαλικής πράξης και αυξάνει την πιθανότητα της αναπαραγωγής.

Επίσης, η εκπλήρωση των κοινωνικών αναγκών, δηλαδή η αίσθηση του να ανήκεις κάπου, η εκτίμηση και η αγάπη που δίνεις και παίρνεις, συνδέεται στενά με τη στοματική κοιλότητα. Η ομιλία και η επικοινωνία δεν είναι μόνο σημαντικές για τη φυσική επιβίωση, αλλά είναι βασικές και για την επίτευξη σταθερών σχέσεων με άλλους ανθρώπους, πράγμα που στη συνέχεια μπορεί να οδηγήσει σε συναισθήματα στοργής, αγάπης και αφοσίωσης. Η λεκτική έκφραση είναι προφανώς απαραίτητο στοιχείο της ολοκλήρωσης της προσωπικότητας και είναι αυτή το μέσον με το οποίο "παρουσιάζει" κάποιος τον εαυτό του. Η λεκτική επικοινωνία είναι σημαντική, για να προσαρμοστεί και να λειτουργήσει κάποιος στα περισσότερα επαγγέλματα της μοντέρνας κοινωνίας και, με τον τρόπο αυτόν, να οδηγηθεί στην ανάπτυξη της εκτίμησής του για τον ίδιο του τον εαυτό και στην εκτίμηση και αποδοχή από τους άλλους. Ματαίωση αυτών των αναγκών οδηγεί σε αισθήματα κατωτερότητας, αδυναμίας, αμηχανίας, απόρριψης, ενώ η εκπλήρωσή τους δημιουργεί θετικά συναισθήματα χρησιμότητας και κοινωνικής αποδοχής.

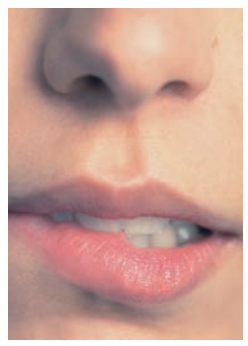
Επιπλέον, εκφράσεις της αυτοπραγμάτωσης εμπλέκουν ή διοχετεύονται διά της στοματικής κοιλότητας, π.χ. στη φιλοσοφία, στην ποίηση, στο τραγούδι. Ακόμα και πιο «χειροπιαστές» εκφράσεις -ζωγραφική, γλυπτική κ.ά.- εξαρτώνται σημαντικά από τις δυνατότητες της λεκτικής επικοινωνίας, για να παρουσιαστούν και να προβληθούν.

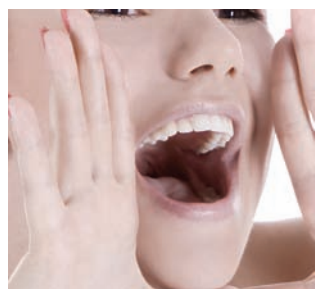
Οι αισθητικές απαιτήσεις, πλέον ρευστές στις σημερινές κοινωνίες, αν και δεν μπορούν να καθοριστούν σαφώς, επηρεάζονται από την εμφάνιση της περιοχής του στόματος. Αν και ο ορισμός της ομορφιάς π.χ. αλλάζει περιοδικά και εξαρτάται από χρονικές, τοπικές, κοινωνικές και άλλες παραμέτρους, παρ' όλα αυτά τοποθετεί την ακεραιότητα του στόματος σε σημαντική προτεραιότητα στη δημιουργία θετικών εντυπώσεων έλξης και γοητείας.

Τέλος, μέσω της στοματικής κοιλότητας συντελείται, διά της Θείας Μεταλήψεως, η ενσωμάτωση με το "Θείο". Μεταλαμβάνοντας την Αγία Κοινωνία, ο άνθρωπος δημιουργεί τη μόνη, ίσως και τη στενότερη, επαφή που έχει με την Ανώτερη Δύναμη. Ακόμη και κατά τη διάρκεια του προσκυνήματος μιας εικόνας, η εμπλοκή του στόματος υπάρχει, μια και τα χείλη μας την ακουμπούν σε ένδειξη λατρείας, αποδοχής, αφοσίωσης.

Για να συνοψίσουμε το πλήθος των λειτουργιών και να φέρουμε τα πράγματα πιο κοντά, μπορούμε να πούμε ότι, από τη στιγμή που γεννιόμαστε, χρησιμοποιούμε το στόμα μας για να αναπνεύσουμε, να κλάψουμε, να φάμε, να γευτούμε, να γελάσουμε, να μασήσουμε,να δαγκώσουμε, να μιλήσουμε, να τραγουδήσουμε, να σφυρίξουμε, να φιλήσουμε, να ερωτευτούμε.

Όλα αυτά μας οδηγούν στη σκέψη ότι θα μπορούσαμε να χωρίσουμε τις εμπλεκόμενες με το στόμα λειτουργίες και επιρροές σε αυτές που αφορούν μόνον το σώμα και σε εκείνες που αφορούν και την ψυχή. **"Στόμα και σώμα"**, **"Στόμα και ψυχή",** δύο κεφάλαια για το ίδιο θέμα με διαφορετική κατεύθυνση, περισσότερο βιολογική το πρώτο, ψυχολογική και κοινωνιολογική το δεύτερο.





> **"... μπορούμε να πούμε ότι, από τη στιγμή που γεννιόμαστε, χρησιμοποιούμε το στόμα μας για να αναπνεύσουμε, να κλάψουμε, να φάμε, να γευτούμε, να γελάσουμε, να μασήσουμε, να δαγκώσουμε, να μιλήσουμε, να τραγουδήσουμε, να σφυρίξουμε, να φιλήσουμε, να ερωτευτούμε."**

II. Στόμα και σώμα

Το στόμα μας υπόκειται στους νόμους της φθοράς και νοσεί. Οπωσδήποτε δεν είναι μέσα στους στόχους αυτής της παρουσίασης να ασχοληθούμε με τα στοματικά νοσήματα αυτά καθαυτά σε ό,τι αφορά την αιτιολογία, την παθολογία και την κλινική τους εικόνα. Αυτό που θα μας απασχολήσει είναι η επίδραση των στοματικών νοσημάτων ή καταστάσεων στη συνολική υγεία ή τη γενική αίσθηση του "καλώς έχειν" του ατόμου.

Ενώ είναι προφανές και αυτονόητο ότι το στόμα είναι ένα μέρος του σώματος και αποτελεί με πολλούς τρόπους τη "θύρα" για το υπόλοιπο σώμα, εντούτοις η διάσταση αυτή ξεχνιέται ή υποβαθμίζεται και το στόμα εξετάζεται και αξιολογείται ξεκομμένα και ανεξάρτητα. Ακόμη και σε χώρες με ιδιαίτερη οδοντιατρική ανάπτυξη, όπως π.χ. στις ΗΠΑ τα πεδία της Ιατρικής και της Οδοντιατρικής απέχουν μεταξύ τους όσο η Γη από τη Σελήνη. Κάτω από το φως όμως των αυξανόμενων ενδείξεων σχετικά με τη σύνδεση της στοματικής υγείας με τη συνολική υγεία, αυτή η απόσταση και ο διαχωρισμός των αρμοδιοτήτων άρχισε να αλλάζει.

Η άποψη ότι οι οδοντίατροι φροντίζουν τα δόντια και τα ούλα μόνον, ενώ οι γιατροί όλα τα υπόλοιπα, είναι πλέον ξεπερασμένος. Συμβαίνει συχνά, οδοντίατροι ιδιαίτερα ευαισθητοποιημένοι να ανακαλύπτουν πρώτοι ένα σημαντικό πρόβλημα γενικής υγείας, επειδή «είδαν» κάτι στο στόμα του ασθενούς τους. Όταν ένας οδοντίατρος βλέπει π.χ. φλεγμονή στα ούλα και ο ασθενής του υποστηρίζει ότι εφαρμόζει επιμελημένα τις οδηγίες στοματικής υγιεινής που έχει διδαχθεί, τότε οφείλει να ρωτήσει πότε ο ασθενής του έκανε τον τελευταίο του έλεγχο για διαβήτη. Αυτός είναι και ο λόγος που θεωρώ επιτυχημένο και απόλυτα "σημερινό" το γενικό θέμα του συνεδρίου αυτού, που είναι **"Ο ρόλος του γενικού οδοντιάτρου "εν μέσω" των σημερινών εξειδικεύσεων"**. Από αυτόν απαιτείται η αυξημένη υποψία για ένα πλήθος συσχετισμών που οφείλει να διαχειριστεί, που με τη σειρά τους προϋποθέτουν επαρκή και στέρεα γνώση του αντικειμένου αλλά και των διαδικασιών.

Επιπλέον, θα πρέπει και οι γιατροί να είναι ιδιαίτερα ευαισθητοποιημένοι στα στοματικά ευρήματα και, όταν κοιτούν το στόμα, να βλέπουν κάτι περισσότερο από τις ερεθισμένες ή όχι αμυγδαλές. Γιατρός π.χ. που παρακολουθεί ασθενή με διαβήτη σήμερα είναι απόλυτα επιβεβλημένο να τον παραπέμψει για έλεγχο στον περιοδοντολόγο.

Ο συνεχώς αυξανόμενος όγκος της έρευνας υποδεικνύει ότι από τα στοματικά νοσήματα κυρίως και ίσως μόνον η **περιοδοντική νόσος** παίζει ρόλο σε πληθώρα προβλημάτων γενικής υγείας, όπως στο διαβήτη, σε παθήσεις του αναπνευστικού, σε επιπλοκές της κύησης και του τοκετού και σε καρδιαγγειακά νοσήματα. Σχετικά περιορισμένος αριθμός ερευνών παρουσιάζει συσχέτιση της περιοδοντίτιδας με αναπνευστική ανεπάρκεια, με νεφρική ανεπάρκεια, οστεοπόρωση, πεπτικά έλκη, με παχυσαρκία και νόσο του Alzheimer.

Καθώς η σχέση μεταξύ του στόματος και του υπολοίπου σώματος γίνεται ολοένα και πιο ξεκάθαρη, θα χρειαστεί όλοι μας, ασθενείς και γιατροί, να επαναξιολογήσουμε τον όρο **στοματική υγεία** και να αποφασίσουμε ότι είναι κάτι περισσότερο από το λαμπερό χαμόγελο με τη λευκασμένη οδοντοστοιχία και την απουσία συμπτωμάτων.

Στη συνέχεια θα παρουσιαστούν τα πιο πρόσφατα ευρήματα, στο ολοένα αυξανόμενο παζλ της γνώσης, σχετικά με το συσχετισμό των στοματικών παθήσεων με τη γενική υγεία.

Η παλαιά θεωρία των εστιακών λοιμώξεων

Ανατρέχοντας λίγο στην ιστορία της επιστήμης μας, διαπιστώνουμε ακόμη μία φορά ότι στο συ-

σχετισμό αυτόν, εκτός από τη ζωή… και η γνώση κύκλους κάνει. Το έτος 1911, στο έγκριτο περιοδικό Lancet (σελ 78-86) δημοσιεύτηκε από τον W. Hunder μια εργασία με τίτλο "An adress on the role of sepsis and antisepsis in medicine", όπου, εν συντομία, υποστηρίζονταν τα εξής:

- Η λοίμωξη στα ούλα και στο περιόσεο είναι σηπτική.
- Συνιστά τεράστια πηγή σήψης στον οργανισμό.
- Χρυσά σφραγίσματα, στεφάνες, γέφυρες, μόνιμες γενικά επανορθώσεις επί και γύρω από "νοσούντα δόντια" συνιστούν μαυσωλεία χρυσού και μαζικής σήψης.
- Δεν υπάρχει ανάλογο πρόβλημα σε όλη την Ιατρική.

Η θεωρία των **εστιακών λοιμώξεων** (Focal Infections) είχε γεννηθεί και το στόμα ενοχοποιήθηκε βαρύτατα. Ακρορριζικές φλεγμονές και παθήσεις των ούλων θεωρήθηκαν οι σημαντικότεροι ένοχοι δημιουργίας παθολογίας σε απομακρυσμένα όργανα του σώματος, με αποτέλεσμα τα δόντια να εξάγονται με καταιγιστικούς ρυθμούς, για να αποφευχθούν τα… χειρότερα. Είναι χαρακτηριστικές οι δημοσιεύσεις στα επιστημονικά περιοδικά της εποχής, όπου δημιουργείται η εντύπωση ότι οι οδοντίατροι μαζί με τους χειρουργούς είχαν αποδυθεί σε αγώνα δρόμου για το ποιος θα θυσιάσει περισσότερα δόντια ή θα αφαιρέσει τις περισσότερες αμυγδαλές. Η "επιστημονική" αυτή υστερία κράτησε αρκετά χρόνια και μόνο το 1952 η Αμερικανική Ιατρική Ένωση, θεσμός με ιδιαίτερη βαρύτητα στα αμερικανικά δρώμενα, δημοσίευσε τα εξής: "Ελάχιστα δεδομένα υποδεικνύουν ότι όντως οι στοματικές φλεγμονές ευθύνονται ή συμβάλλουν στην πρόκληση συστηματικών νόσων". (Journal American Medical Association, 1952). Ο απόηχος αυτής της θεωρίας αποπροσανατόλισε για πολλά χρόνια τους επαγγελματίες της υγείας, πλανήθηκε επί δεκαετίες ως απειλή-μύθος, μέχρι που ατόνησε σχεδόν ολοσχερώς. Ήταν πλέον ώριμος ο καιρός για να τεθεί και πάλι το θέμα, αλλά σε νέες βάσεις, πράγμα που έγινε την τελευταία δεκαετία.

Οι συσχετισμοί. Το στόμα επιδρά στη γενική υγεία.

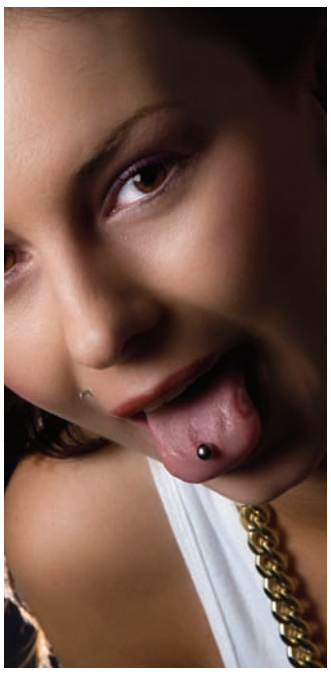
Στο σημείο αυτό πρέπει να κάνουμε πρώτα μια επισήμανση. Όπως σε κάθε "καινούργιο" τομέα επιστημονικού ενδιαφέροντος, ορισμένα ευρήματα είναι ξεκάθαρα, ενώ άλλα είναι αντιφατικά. Πολλές μελέτες, για παράδειγμα, έχουν δείξει ότι τα επίπεδα του σακχάρου του αίματος σε διαβητικούς ασθενείς με περιοδοντική νόσο ελαττώθηκαν σημαντικά όταν θεραπεύτηκε η περιοδοντική νόσος. Παρόμοιες έρευνες πάνω στο ίδιο θέμα απέτυχαν να καταλήξουν στο ίδιο συμπέρασμα.

Άλλες μελέτες, όπως αυτές που διερευνούν τη συσχέτιση μεταξύ περιοδοντικής νόσου και καρδιαγγειακών προβλημάτων, δεν έχουν ακόμη αποδείξει απόλυτη αιτιολογική σχέση.

Οπωσδήποτε όμως οι νέες πληροφορίες στο θέμα κρίκο **"στοματική-γενική υγεία"** απαιτούν αυξημένη εγρήγορση από τους επιστήμονες και άμεση υπεύθυνη ενημέρωση για τον πληθυσμό. Η περιοδοντική νόσος είναι λοίμωξη του προκαλείται από τα μικρόβια της οδοντικής πλάκας ή βιοϋμενίου. Για αρκετά χρόνια γνωρίζαμε ότι η γενική υγεία μπορεί να επηρεάσει την περιοδοντική νόσο. Σήμερα πιστεύουμε ότι όπως όλες "οι σχέσεις", είναι και αυτή αμφίδρομη, δηλαδή επηρεάζει και επηρεάζεται.

Η μικροβιακή πλάκα ή οδοντική πλάκα ή βιοϋμένας είναι ένας μικροβιακός σχηματισμός που εντοπίζεται επάνω στα δόντια, κοντά στα όρια των ούλων και στην περιοχή μεταξύ των δοντιών. Σε άτομα με μειωμένη φροντίδα για το στόμα τους, μπορεί να καλύπτει όλη σχεδόν την επιφάνεια των δοντιών. Κάποια από τα περίπου 500 είδη μικροοργανισμών που υπάρχουν στην οδοντική πλάκα, είναι μικρόβια που εισβάλλουν από το περιβάλλον και, εφ' όσον βρουν κατάλληλες συνθήκες, εδραιώνονται. Μαζί με τους μόνιμους αποίκους του στόματος και όταν πλέον αυξηθούν σε αριθμό και πιθανόν σε τοξικότητα, προκαλούν ουλίτιδα. Το ανοσολογικό μας σύστημα καταπολεμά τους "εισβολείς", αλλά τα ούλα φλεγμαίνουν και αιμορραγούν κυρίως όταν τα βουρτσίζουμε ή και αυτόματα. Εάν η ουλίτιδα παραμείνει αθεράπευτη, μπορεί να εξελιχθεί σε περιοδοντίτιδα. Σε αυτή την περίπτωση το ανοσολογικό μας σύστημα δείχνει την σκοτεινή του πλευρά. Αυτή η παραμένουσα φλεγμονή διαλύει τις ίνες του περιριζίου, καταστρέφει το φατνιακό οστούν και επί πλέον διοχετεύει φλεγμονώδεις ουσίες σε όλο τον οργανισμό.

Οι ερευνητές έχουν διαπιστώσει ότι αυτή η ανεξέλεγκτη φλεγμονή είναι πιθανόν η "μηχανή" που οδηγεί, κατευθύνει ή δημιουργεί έναν όλο και πιο πλούσιο κατάλογο επίφοβων χρόνιων παθήσεων, που ξεκινά από φραγμένες αρτηρίες και καρδιακά επεισόδια, έως αρθρίτιδες και πνευμονίες. Αυτή η φλεγμονώδης αλυσίδα είναι μια από τις πολλές υποθέσεις που μπορούν να εξηγήσουν πώς χρόνιες στοματικές φλεγμονές μπορούν να πυροδοτήσουν ή να επιβαρύνουν συστηματικά (γενικά) νοσήματα.



> **"Ενώ είναι προφανές και αυτονόητο ότι το στόμα είναι ένα μέρος του σώματος και αποτελεί με πολλούς τρόπους την «θύρα» για το υπόλοιπο σώμα, εντούτοις η διάσταση αυτή ξεχνιέται ή υποβαθμίζεται και το στόμα εξετάζεται και αξιολογείται ξεκομμένα και ανεξάρτητα."**

Μια άλλη παράμετρος είναι ότι το μικροβιακό οικοσύστημα στο στόμα μας δεν παραμένει μόνιμο και σταθερό. Σταδιακά υπεραναπτύσσονται παθογόνα βακτήρια στους φλεγμαίνοντες ουλικούς ιστούς. Με κάθε εφαρμογή της οδοντόβουρτσας ή με κάθε δαγκωματιά τροφής κάποια από τα μικρόβια αυτά μπορεί να εισχωρήσουν στα αιμοφόρα αγγεία και να ταξιδέψουν σε οποιοδήποτε όργανο του σώματος. Το ερώτημα είναι αν μπορούν να εγκατασταθούν εκεί και να κάνουν κακό.

Μεταβολές στα επίπεδα των γεννητικών ορμονών μπορεί να επιτείνουν τα συμπτώματα μιας απλής ουλίτιδας κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης, κατά την εμμηνόπαυση ή σε γυναίκες που παίρνουν αντισυλληπτικά. Πολλά ακόμη φάρμακα μπορούν να τροποποιήσουν την αντίδραση των ούλων, ώστε να γίνουν πιο "επιρρεπή" στη φλεγμονή. Αντιισταμινικά, αντιεπιληπτικά, στεροειδή, ψυχοαναληπτικά, φάρμακα για τον καρκίνο, και όλα τα φάρμακα που προκαλούν ξηροστομία, ως παρενέργεια, ενοχοποιούνται για τη δυσμενή επίδρασή τους στα ούλα.

Μικροβιακοί, ανοσολογικοί και περιβαλλοντικοί παράγοντες επιδρούν και στην εμφάνιση και στην εξέλιξη της φλεγμονής. Σύμφωνα με την Αμερικανική Ακαδημία Περιοδοντολογίας, το ένα τρίτο των Αμερικανών είναι «επιρρεπές», δηλαδή έχει 6 φορές μεγαλύτερη πιθανότητα για δημιουργία περιοδοντικής νόσου. Είναι πιθανόν, σε κάποιες περιπτώσεις, είτε αυτοί οι ίδιοι οι παράγοντες είτε η προδιάθεση του ατόμου, να προκαλέσουν, ανεξάρτητα, βλάβη οπουδήποτε στο σώμα, δημιουργώντας έτσι μια λαθεμένη άποψη για στοματική-συστηματική σχέση αιτίου-αιτιατού.

Φυσικά, μια από τις πλέον σημαντικές διαφορές μεταξύ περιοδοντικής νόσου και των άλλων συστηματικών νοσημάτων είναι ότι η πρώτη έχει γνωστά αίτια και είναι σχεδόν θεραπεύσιμη. Οι οδοντίατροι δεν πρέπει να ξεχνούν ότι διαχειρίζονται μια νόσο που εμπλέκεται σημαντικά στην ταλαιπωρία και την απώλεια του "καλώς έχειν" του ατόμου. Αυτό και μόνον καθιστά σημαντικό το να θεραπεύεται αυτή η κατάσταση, ανεξάρτητα από το αν εμπλέκεται ή όχι σε άλλες σοβαρές καταστάσεις. Τη σχέση "στόμα-γενική υγεία" δεν πρέπει ούτε να τη διογκώνουμε ούτε να την υποτιμάμε ή να την αγνοούμε.

Πώς λειτουργούν οι στοματικοί εισβολείς

Όταν τα βακτήρια έλθουν σε επαφή με τα ούλα, εκλύουν τοξίνες που διαλύουν το εξωτερικό λεπτό τοίχωμα των ούλων, δημιουργώντας μικροσκοπικές διαβρώσεις-έλκη. Η πρώτη γραμμή άμυνας του οργανισμού ενεργοποιείται και τα ουδετερόφιλα κύτταρα του αίματος προσβάλλουν τους εισβολείς. Όταν η διαδικασία διατηρείται σε ισορροπία, η μάχη μεταξύ εισβολέων και άμυνας οδηγεί στην εμφάνιση ουλίτιδας. Εάν, εντούτοις, τα βακτήρια συνεχίζουν να αθροίζονται στα ούλα, το αμυντικό (ανοσολογικό) μας σύστημα κρούει τον κώδωνα για υψηλότερο συναγερμό, κινητοποιώντας μια άλλη ομάδα κυττάρων του αίματος, τα μακροφάγα. Τα λευκά αυτά αμυντικά κύτταρα καταπίνουν τα βακτήρια, κατατρώγουν τα νεκρά ή και τα θνήσκοντα ουδετερόφιλα και οποιαδήποτε άλλα κυτταρικά υπολείμματα τα οποία ρυπαίνουν το πεδίο της μάχης. Εν τω μεταξύ, τα μακροφάγα εκκρίνουν λιπαρά οξέα και ιντερλευκίνη-1, που είναι ένας πρωταρχικός ρυθμιστής της φλεγμονής και των ανοσολογικών απαντήσεων, καθώς και τον παράγοντα άλφα νέκρωσης των όγκων (TNFa), μια πρωτεΐνη που επιτείνει την φλεγμονή. Εάν δεν αντιμετωπιστεί η κατάσταση, η προχωρημένη φλεγμονή καταστρέφει τους ιστούς με τελικό αποτέλεσμα την απώλεια των δοντιών. Η θεραπεία δεν αποτρέπει την εισβολή των βακτηρίων. Η νόσος υποτροπιάζει εάν ο ασθενής δεν ακολουθήσει σχολαστικό πρόγραμμα στοματικής υγιεινής. Αν και η βλάβη στην περιοδοντική νόσο είναι πρωταρχικά το αποτέλεσμα φλεγμονώδους διαδικασίας, μπορεί να προληφθεί ή να θεραπευθεί μόνον όταν ελεγχθεί-καταστραφεί η μικροβιακή πλάκα-βιοϋμένας που επιδρά στα ούλα.

Άλλοι παράγοντες που προδιαθέτουν τους ανθρώπους να αναπτύξουν περιοδοντική νόσο περιλαμβάνουν, επιπλέον της κακής στοματικής υγιεινής, μια κακή κληρονομιά γονιδίων. Η γενετική ανομοιομορφία είναι ιδιαίτερου ενδιαφέροντος, γιατί μπορεί να διαφωτίσει τους υποκείμενους μηχανισμούς που υπάρχουν στις διάφορες μορφές της περιοδοντικής νόσου. Στην επιθετική μορφή περιοδοντίτιδας τα ουδετερόφιλα, μεταναστεύοντας προς τα βακτήρια, τα καταιονίζουν με χημικές χειροβομβίδες που καλούνται υπεροξείδια. Το ενδιαφέρον είναι ότι, αντί να καταστρέψουν τα βακτήρια, καταστρέφουν το περιρρίζιο. Έχουμε δηλαδή μια υπερβολική ανοσολογική αντίδραση παρόμοια με αυτήν που παρατηρείται στη ρευματοειδή αρθρίτιδα, που είναι αυτοάνοση πάθηση, όπου σημαντικό μέρος της καταστροφής των υμένων που καλύπτουν τις αρθρώσεις (περιτονιών, αρθρικών σάκων κ.ά.) προκαλείται από τα ουδετερόφιλα.

Όταν η φλεγμονή προσβάλλει περιοχές που βρίσκονται μακριά από το περιοδόντιο, εξελίσσεται βαρύτερα και ταχύτερα από ό,τι στο στόμα. Στο εσωτερικό τοίχωμα των αρτηριών της καρδιάς, στο ενδοθήλιο, τα μακροφάγα εγκλωβίζουν ό,τι υπολείμματα βρουν, συμπεριλαμβανομένων και λιπαρών σωματιδίων. Όταν τα μακροφάγα νεκρωθούν, σωρεύουν λίπος στο τοίχωμα, δημιουργώντας αθηρωματική πλάκα. Η "κατασκευή" αυτή, συνδυαζόμενη με τη φλεγμονή, παχαίνει το τοίχωμα των αγγείων, περιορίζοντας βαθμιαία τη ροή του αίματος προς τους ιστούς. Ενίοτε, για λόγους που δεν είναι πλήρως κατανοητοί, το λεπτό στρώμα που καλύπτει τις αθηρωματικές πλάκες, σπάει, δημιουργώντας θρόμβους σε ελάχιστο χρόνο και προκαλώντας συχνά καρδιακή προσβολή ή εγκεφαλικό. Αυτό εξηγεί γιατί το πιο συχνό πρώτο σημείο εκδήλωσης της καρδιακής πάθησης είναι… ο αιφνίδιος θάνατος.

Το εάν η λοίμωξη στα ούλα όχι μόνο συσχετίζεται με τη φλεγμονή στις αρτηρίες, αλλά επιπλέον την ενισχύει, είναι ένα ερώτημα με σαφείς ενδείξεις, που περιμένει όμως και σαφή απάντηση. Υπάρχει μια θεωρία που υποστηρίζει ότι τα μικρόβια είναι τα "πρωταρχικά οχήματα" σε "συγκοινωνούσες" παθήσεις, ενώ άλλη θεωρία ενοχοποιεί τις προφλεγμονώδεις χημικές ουσίες που εκλύονται από τα ούλα, κατά τη διαδικασία της φλεγμονής και μπαίνουν στην κυκλοφορία. Είναι γεγονός ότι τα στοματικά βακτήρια μπορεί να εισέλθουν στην κυκλοφορία. Σε έρευνα που διεξήχθη, γίνονταν αιμοληψίες ανά λεπτό σε άτομα κατά τη διάρκεια του περιοδοντικού καθαρισμού και απόξεσης. Ο αριθμός των μικροβίων αυξήθηκε πολύ όταν άρχισε ο καθαρισμός και μετά έπεσε σε φυσιολογικά επίπεδα, ένα μόλις λεπτό μετά το τέλος του. Το εύρημα αυτό υποδεικνύει πόσο γρήγορα το ανοσοποιητικό σύστημα του οργανισμού αντιμετωπίζει τους εισβολείς αυτούς.

Σε άτομα με περιοδοντική νόσο, τέτοια μικροβιακή πλημμύρα στο αίμα συμβαίνει κάθε φορά που ένα «χαλαρό» δόντι κινείται μέσα στον θύλακο, π.χ. κατά τη μάσηση, προσφέροντας έτσι πολλές ευκαιρίες σε κάθε περιπλανώμενο μικρόβιο να μετακομίσει σε κάποια άλλη μακρινή θέση. Τα στοματικά βακτήρια, εφόσον βρεθούν οπουδήποτε αλλού στο σώμα, είναι κακά νέα. Από πειράματα πάλι ξέρουμε ότι, όταν έγινε ένεση υποδερμικά σε τρωκτικά με εναιώρημα ενός στοματικού βακτηρίου που θεωρείται βασικός ένοχος για τη δημιουργία της περιοδοντικής νόσου, προκλήθηκε θα-

νατηφόρος μόλυνση, μετά από εκτεταμένη νέκρωση του δέρματος και των υποκείμενων ιστών. Ίσως το πιο πειστικό παράδειγμα δευτεροπαθούς φλεγμονής από στοματική αιτία μάς έρχεται από περιπτώσεις ατόμων που έχουν ανεπάρκεια μιτροειδούς βαλβίδας. Τα άτομα αυτά τα συμβουλεύουμε, πριν από κάθε οδοντιατρικό ραντεβού για περιοδοντικό καθαρισμό που μπορεί να προκαλέσει ακόμα και μικρή αιμορραγία, να παίρνουν αντιβίωση. Έτσι κατά τη διάρκεια της διαδικασίας δεν θα υπάρχουν "κυκλοφορούντα" βακτήρια για να μολύνουν τη βαλβίδα, την οποία μπορούν να καταστρέψουν ή να δημιουργήσουν θρόμβους, οι οποίοι στη συνέχεια μπορούν να αποφράξουν αρτηρίες. Εάν το κρίσιμο σημείο εδώ είναι βέβαια η "ευπάθεια" της βαλβίδας, αναρωτιέται κανείς πού αλλού και πότε έχουμε παρόμοια "ευπάθεια" στο υπόλοιπο αγγειακό μας σύστημα.

Ερευνητές έχουν εντοπίσει ίχνη στοματικών βακτηρίων στην αρτηριακή αθηρωματική πλάκα. Παρότι το γεγονός ενισχύει τη θεωρία της λοίμωξης, η μέθοδος που χρησιμοποιείται για να αναγνωριστούν τα μικρόβια δεν είναι δυνατόν να μας διευκρινίσει το πόσα πολλά μικρόβια είναι στην αθηρωματική πλάκα και εάν είναι ζωντανά.

Η σημερινή άποψη για τις γενικές λοιμώξεις

Οι βιολόγοι τώρα ερευνούν την άποψη ότι είναι πιθανό πολλές χρόνιες παθήσεις που αποδίδονταν σε άλλες αιτίες, να συσχετίζονται με "λοίμωξη". Τις περασμένες δεκαετίες είχαν ανακοινωθεί σημαντικές μεταβολές σε απόψεις εδραιωμένες. Παράδειγμα «χτυπητό», τα έλκη του στομάχου που αποδίδονταν σε στρες, στις καυτερές τροφές και σε γονίδια, ενώ τώρα ξέρουμε ότι όλα ξεκινούν από το μικρόβιο Helicobacter pylori. Ο καρκίνος του τραχήλου της μήτρας είναι τώρα γνωστό ότι μπορεί να αναπτυχθεί σε γυναίκες που έχουν μολυνθεί από στελέχη του ανθρώπινου HPV (ανθρώπινος ιός κονδυλωμάτων), ο οποίος μέχρι πρόσφατα εθεωρείτο αβλαβής.

Επίσης, υποστηρίζουν ότι αυτές οι προφλεγμονώδεις χημικές ουσίες καταφανώς διαχέονται από τα ούλα στην κυκλοφορία και επιβαρύνουν το φορτίο του σωματικού αντιφλεγμονώδους συστήματος. Προφλεγμονώδεις παράγοντες από μια ομάδα κυττάρων μπορούν στο εργαστήριο να πυροδοτήσουν αντίδραση σε μια άλλη ομάδα κυττάρων, ενώ έγχυση προφλεγμονωδών ουσιών σε πειραματόζωα οδηγεί στην ίδια αντίδραση. Κάποιοι διαφωνούν με την άποψη ότι αυτές οι χημικές ουσίες μόνες τους μπορεί να εξηγήσουν τη σχέση μεταξύ περιοδοντικής παθολογίας και γενικών παθήσεων.

Ας δούμε τώρα πώς θα μπορούσε να γίνει αυτό; Ας φανταστούμε ότι υπάρχει ένας μικρός ερεθισμός στο τοίχωμα της στεφανιαίας αρτηρίας, πιθανόν ως αποτέλεσμα επίδρασης χημικών ουσιών, π.χ. από το κάπνισμα. Εάν το σύνολο του ανοσοποιητικού συστήματος λειτουργήσει σωστά, τότε είναι πολύ πιθανό τα σημεία με τον ερεθισμό να παραμείνουν ως έχουν. Εάν, εντούτοις, εισέλθουν στην κυκλοφορία προφλεγμονώδεις χημικές ουσίες από τον θύλακο, μπορεί να αυξήσουν την τοπική φλεγμονή της αρτηρίας, αρχίζοντας την εξεργασία της αθηροσκλήρυνσης.

Η γενική κατάσταση ή συνήθειες επηρεάζουν το στόμα

Σήμερα μπορούμε να υποστηρίξουμε με σχετική ασφάλεια ότι η αιτιολογία της περιοδοντικής νόσου είναι πολυπαραγοντική. Τα μικρόβια είναι μια "αναγκαία" συνθήκη αλλά συμμετέχει και ένα πλήθος άλλων παραγόντων, με διαφορετικό κάθε φορά ποσοστό, στην πρόκληση της νόσου.

Η γενετική προδιάθεση, κάποια προβλήματα γενικής παθολογίας, όπως μειωμένη άμυνα, ο διαβήτης, αυτοάνοσα νοσήματα, δερματολογικές νόσοι και διάφορα σύνδρομα, το κάπνισμα, η ψυχική καταπόνηση και η μεγάλη ηλικία είναι μερικοί από τους παράγοντες κινδύνου. Οι γνώσεις για τους συσχετισμούς αυτούς, εκτός από την επίδραση του καπνίσματος και του stress, είναι σχετικά εδραιωμένες και αποδεκτές, με αποτέλεσμα να συμπεριλαμβάνονται στα οικεία διδακτικά βιβλία.

> **"Η σύνδεση μεταξύ πόνου, φόβου και οδοντιατρικής έχει ιστορικά πολύ βαθιές ρίζες. Το άγχος και ο φόβος για τον οδοντογιατρό έχουν ενοχοποιηθεί από παλιά ως εμπόδιο για την παροχή ομαλής στοματικής φροντίδας και ως σημαντικό πρόβλημα στην οδοντιατρική πράξη. Τέτοια παραδοσιακά πρότυπα δεν αλλάζουν εύκολα σε μια κοινωνία, παρά τη συνεχή εξέλιξη της οδοντιατρικής επιστήμης με περισσότερο σύγχρονες, τεχνικά και φαρμακολογικά, θεραπείες."**

Το κάπνισμα -μια συνήθεια- και η ψυχική καταπόνηση -μια ακούσια κατάσταση- αποτελούν παράγοντες με πιο πρόσφατη διερεύνηση και αυξανόμενο ενδιαφέρον. Επειδή καθένας από τους παραπάνω παράγοντες επιδρά με διαφορετικό μηχανισμό, είναι δύσκολο να συμπεριληφθούν στον πεπερασμένο "χώρο" μιας παρουσίασης.

III. Στόμα και ψυχή

Τα φιλιά που δίνουμε και παίρνουμε, η ερωτική μας συμπεριφορά, η ευχαρίστηση που αποκομίζουμε όταν γευόμαστε ένα νόστιμο φαγητό κινητοποιούν ένα κομμάτι της ψυχής μας. Ακόμη και ο φόβος μας για τον οδοντίατρο και την οδοντιατρική πράξη υποδηλώνει συναίσθημα, έστω και αν είναι αρνητικό. Όταν χασμουριέται μια ηλικιωμένη γυναίκα από το χωριό, σχηματίζει με τα δάχτυλά της το σχήμα του σταυρού, μπροστά στο άνοιγμα του στόματός της, ενώ σε αντίστοιχη περίπτωση η σύγχρονη κοσμοπολίτισσα απλώς σκεπάζει το στόμα της με το χέρι. Και οι δύο, με διαφορετικό τρόπο, εμποδίζουν τη θέαση του "ενδότερου", ενώ η πρώτη επιπλέον ξορκίζει την είσοδο του κακού.

Λαμβάνοντας υπόψη τον πιθανό ρόλο που παίζει το στόμα στη διαμόρφωση της προσωπικότητάς μας, θα προσπαθήσουμε να διερευνήσουμε μια δυσάρεστη και μια ευχάριστη κατάσταση που έχει σχέση με το στόμα μας. Το φόβο μας για την οδοντιατρική πράξη και τη θετική μας αίσθηση για το φιλί.

Το στόμα μας και η διαμόρφωση της προσωπικότητάς μας

Έχει υποστηριχθεί ότι η ανάπτυξη της προσωπικότητας ενός ατόμου σχετίζεται στενά ή τουλάχιστον επηρεάζεται από τη στοματική κοιλότητα.

Η ψυχοσεξουαλική θεωρία της ανάπτυξης της προσωπικότητας, κατά Freud, ταξινόμησε, όπως είναι γνωστό, την ψυχολογική εξέλιξη της προσωπικότητας σε τρεις φάσεις, σύμφωνα με τα μέρη του σώματος που εκπέμπουν σεξουαλική ενέργεια (libido). Τη **στοματική φάση** (πρώτος χρόνος), την **πρωκτική φάση** (δεύτερος και τρίτος χρόνος) και τη **γενετήσια φάση** (αρχίζει γύρω στον τέταρτο χρόνο). Ορισμένες φορές η libido καθηλώνεται σε πρώιμα στάδια (στοματική ή πρωκτική), μια κατάσταση που μπορεί να έχει επίδραση στην προσωπικότητα για όλη την υπόλοιπη ζωή.

Το στόμα είναι η πρώτη ζώνη ευχαρίστησης και ικανοποίησης του νεογέννητου, όχι μόνο για τον οργανικό του ρόλο ως χορηγός τροφής, αλλά επίσης σαν ερωτογόνος ζώνη που παρέχει σεξουαλική ευχαρίστηση. Οι κύριες δραστηριότητες αυτής της ηλικίας είναι να βυζαίνει, να πιπιλίζει και γενικά να εξερευνά αντικείμενα με τα χείλη, τη γλώσσα και τα ούλα του.

Σ' αυτό το στοματικό στάδιο, εάν εμποδιστεί από το να βυζαίνει ή το κάνουμε να αισθάνεται άγχος γι' αυτό, μπορεί να προκύψει μια στοματική καθήλωση, η οποία είναι πιθανόν να οδηγήσει σε έναν ενήλικα, που συνεχίζει να εκφορτίζει σημαντικές ποσότητες libido με τη στοματική κοιλότητα και δημιουργεί μία προσωπικότητα ως "στοματικό χαρακτήρα".

Άλλος ερευνητής που ασχολήθηκε ειδικά με το θέμα διευρύνει τη φροϋδική περιγραφή των ψυχοσεξουαλικών σταδίων, ώστε να περιλαμβάνει και την κοινωνική σημασία που συσχετίζεται με κάθε στάδιο. Η σημασία της στοματικής κοιλότητας για το νεογέννητο, κατά τη διάρκεια δηλαδή του στοματικού σταδίου, βασίζεται όχι μόνο στη διοχέτευση της σεξουαλικής ενέργειας, αλλά επίσης εμπλέκει την αμοιβαία επαφή με την μητέρα, η οποία τρέφει το παιδί και συγχρόνως ερεθίζει τη στοματική του κοιλότητα. Σύμφωνα με τον ερευνητή, αυτό που χαρακτηρίζει αυτό το στάδιο είναι μια κοινωνική σύγκρουση της εμπιστοσύνης με την καχυποψία. Έτσι, η συμπεριφορά της μητέρας εμπλέκει την εμπιστοσύνη ή όχι που θα αναπτύξει το παιδί στο κοινωνικό περιβάλλον στη μετέπειτα του ζωή.

Ένας άλλος κλινικός, από τους πρώτους που τόνισε τη σπουδαιότητα των γνωστικών διαδικασιών στην ανάπτυξη της προσωπικότητας, υποστήριξε ότι κατά τη διάρκεια του πρώτου σταδίου από τη γέννηση μέχρι το δεύτερο χρόνο, το παιδί προσλαμβάνει γνώσεις του περιβάλλοντος μέσω συγκεκριμένων αισθητηριοκινητικών δραστηριοτήτων. Σ' αυτό το στάδιο η στοματική κοιλότητα λειτουργεί σαν ένα από τα πρώτα όργανα αντίληψης για το παιδί (θηλασμός, εξερεύνηση αντικειμένων με το στόμα, επανάληψη ενεργειών που προκαλούν ενδιαφέροντα αποτελέσματα κ.ά.)

Οι παραπάνω βέβαια θεωρίες δίνουν μικρό ποσοστό επηρεασμού στο περιβάλλον, όπως επίσης και στις διαδικασίες της μάθησης για τη διαμόρφωση της προσωπικότητας ενός ατόμου. Οι νεώτερες θεωρίες υποστηρίζουν ότι η προσωπικότητα εξελίσσεται δια βίου και όχι μόνον στη βρεφική-νηπιακή ηλικία. Παρ' όλα αυτά, η σημαντικότητα της στοματικής κοιλότητας σε όλη τη ζωή παραμένει αδιαφιλονίκητη.

Ο οδοντιατρικός φόβος ή άγχος

Τι είναι το οδοντιατρικό άγχος

Έχουν προταθεί πάρα πολλοί ορισμοί του άγχους, οι ψυχολόγοι χρησιμοποιούν τη λέξη με πολλούς τρόπους, με αποτέλεσμα πολλές φορές να δημιουργείται σύγχυση στη χρήση της. Για πολλούς άγχος σημαίνει «ένα κύμα» δυσάρεστων συναισθημάτων που συνοδεύεται από προαίσθημα ότι κάτι δυσάρεστο, μη επιθυμητό, πρόκειται να συμβεί. Αυτός είναι κατά βάση ένας ορισμός υποκειμενικός που βασίζεται στο πώς ένα άτομο αισθάνεται. Αλλοι ψυχολόγοι προτιμούν τη χρήση ενός συμπεριφοριστικού ορισμού, πιστεύοντας ότι η παρουσία άγχους αποδεικνύεται καλύτερα από το πώς ένα άτομο αντιδρά. Άγχος μπορεί να θεωρηθεί ότι είναι ένα γενικό συναίσθημα ανησυχίας-στενοχώριας, ενώ ο φόβος είναι η αντίδραση σε ένα συγκεκριμένο γεγονός ή αντικείμενο ή διαδικασία. Ορισμένοι άνθρωποι εκφράζουν ή αισθάνονται ανεξήγητο έντονο φόβο για κάποιες καταστάσεις, με αποτέλεσμα να προσπαθούν να αποφύγουν την αγχογόνο κατάσταση με κάθε κόστος. Τέτοιος εξαιρετικά έντονος φόβος περιγράφεται συχνά σαν φοβία. Συχνά, στην αγγλική βιβλιογραφία, οι λέξεις άγχος και φόβος χρησιμοποιούνται, για το θέμα που επεξεργαζόμαστε, εναλλάξ και χωρίς διάκριση. Η ασάφεια στον ορισμό του άγχους σημαίνει επιπλέον ότι έχει μετρηθεί με διαφορετικούς τρόπους, με αποτέλεσμα η σύγκριση μεταξύ των διαφόρων ερευνών να είναι δύσκολη έως αδύνατη.

Ανεξάρτητα όμως από ποια μέτρηση του άγχους είναι η πλέον ακριβής, οι ψυχολόγοι τελευταία υποστηρίζουν ότι όλες είναι σημαντικές και δείχνουν διαφορετικά στοιχεία του άγχους. Βλέποντάς το έτσι, το άγχος μπορεί να αναλυθεί σε έναν αριθμό από συνιστώσες παραμέτρους, η κάθε μία από τις οποίες συμβάλλει στην καλύτερη κατανόηση του προβλήματος.

Διαβάθμιση και συχνότητα οδοντιατρικού άγχους - φόβου

Διαισθητικά, μερικές καταστάσεις είναι πλέον αγχογόνες από άλλες. Το πέσιμο με αλεξίπτωτο π.χ. προκαλεί πιθανώς περισσότερη ανησυχία από όσο άλλες δραστηριότητες. Η σωστή προσέγγιση για να αποκαλυφθεί ποιες δραστηριότητες ή ποιες καταστάσεις προκαλούν το περισσότερο άγχος ή φόβο είναι να ερωτηθούν πολλά άτομα ενός πληθυσμού.

Ο φόβος για τον γιατρό, γενικά, βρίσκεται αρκετά

υψηλά στην κλίμακα και αναφέρεται ως το "σύνδρομο της άσπρης μπλούζας", που περιλαμβάνει ευρύ φάσμα υπερβολικών και παράλογων φόβων για τους γιατρούς, τις ενέσεις, το αίμα, τις ιατρικές εξετάσεις και τις χειρουργικές επεμβάσεις. Οι εκδηλώσεις του συνδρόμου μπορούν να εμφανιστούν και μόνο με τη σκέψη ενός επικείμενου ιατρικού ραντεβού, κατά την αναμονή στο ιατρείο ή κατά την επαφή με τον γιατρό και είναι συνήθως αυξημένοι καρδιακοί παλμοί, εφίδρωση, τρεμούλα, τάση λιποθυμίας, ναυτία. Υπολογίζεται ότι το 10% του πληθυσμού εμφανίζει το παραπάνω σύνδρομο.

Η σύνδεση μεταξύ πόνου, φόβου και οδοντιατρικής έχει ιστορικά πολύ βαθιές ρίζες. Το άγχος και ο φόβος για τον οδοντογιατρό έχουν ενοχοποιηθεί από παλιά ως εμπόδιο για την παροχή ομαλής στοματικής φροντίδας και ως σημαντικό πρόβλημα στην οδοντιατρική πράξη. Τέτοια παραδοσιακά πρότυπα δεν αλλάζουν εύκολα σε μια κοινωνία, παρά τη συνεχή εξέλιξη της οδοντιατρικής επιστήμης με περισσότερο σύγχρονες, τεχνικά και φαρμακολογικά, θεραπείες. Η εκπαίδευση των οδοντιάτρων και του βοηθητικού προσωπικού έχει επίσης προχωρήσει και οι επιστήμες της συμπεριφοράς (ανθρωπιστικές) αποτελούν σε πολλά οδοντιατρικά εκπαιδευτικά ιδρύματα μέρος του προγράμματος σπουδών. Παρά τις θετικές αυτές εξελίξεις, η αναλογία των ατόμων που αναφέρουν άγχος και ανησυχία σε σχέση με την οδοντιατρική θεραπεία, έχει παραμείνει περίπου στα ίδια επίπεδα τις τελευταίες δεκαετίες.

Παράδειγμα του αποτελέσματος της επίδρασης της φοβίας στην οδοντιατρική έχει περιγραφεί στο παρελθόν σε μελέτη, στην οποία βρέθηκε ότι μεταξύ των ασθενών που προσήλθαν στα επείγοντα περιστατικά οδοντιατρικής κλινικής, φοβικοί ασθενείς υπέφεραν από οδοντικό πόνο για 17 ημέρες, κατά μέσον όρο, πριν επισκεφτούν τον οδοντίατρο, ενώ οι μη φοβικοί μόνο επί 3 ημέρες.

Το ποσοστό των ατόμων με οδοντιατρικό φόβο στον πληθυσμό έχει ερευνηθεί σε διαφορετικές χώρες σε όλο τον κόσμο. Επειδή προκύπτουν διαφορές στις μεθόδους των επιδημιολογικών ερευνών, η σύγκριση και αξιολόγησή τους πρέπει να γίνεται με ιδιαίτερη προσοχή. Αρκετές έρευνες έγιναν σε τυχαία δείγματα πληθυσμού και οι μετρήσεις του οδοντιατρικού φόβου σε διαφορετικές μελέτες δείχνουν διαφορές που επηρεάζουν την αξιοπιστία τους.

Έχει υποστηριχθεί ότι ο φόβος του οδοντογιατρού βρίσκεται τέταρτος στη σειρά των πλέον συνηθισμένων φόβων και μέσα στους δέκα που συμβαίνουν συχνότερα. Συγκεκριμένα, σε δείγμα ατόμων στις ΗΠΑ, η επίσκεψη στον οδοντίατρο κατείχε την τέταρτη σειρά στην αξιολόγηση των έντονων φόβων, μετά τα φίδια, το ύψος και τις καταιγίδες, ενώ ακολουθούσαν το αεροπορικό ταξίδι, η κλειστοφοβία κ.ά. Παρόμοια έρευνα έδειξε ότι ανάμεσα σε κοινούς φόβους, τα ύψη, οι τραυματισμοί και ο φόβος του οδοντιάτρου κατατάχθηκαν σε πρώτη, δεύτερη και τρίτη σειρά αντίστοιχα. Επιπλέον, προέκυψε ότι άτομα με έναν ή περισσότερους κοινούς φόβους ήταν πιθανότερο να αναφέρουν υψηλά επίπεδα οδοντιατρικού φόβου. Αυτές οι δύο έρευνες πραγματοποιήθηκαν σε διαφορετικές περιοχές των ΗΠΑ. Τα συσχετιζόμενα αποτελέσματα δείχνουν αύξηση της συχνότητας του Ο.φ. και άμεση σχέση ανάμεσα σ' αυτόν και σε άλλους κοινούς φόβους.

Εάν κανείς μελετήσει τις έρευνες που αφορούν τη συχνότητα του **εντονότατου οδοντιατρικού φόβου** σε πληθυσμό ενηλίκων σε διαφορετικές χώρες, ανακαλύπτει, παρά τις διαφορές που προαναφέρθηκαν στις μεθόδους, μάλλον συγκρίσιμα αποτελέσματα, με ποσοστά που κυμαίνονται από 5% έως 14%.

Ίσως είναι ενδιαφέρον να αναφερθεί εδώ ποια από τις οδοντιατρικές πράξεις συνδέεται με το μεγαλύτερο άγχος. Από άτομα που αναζήτησαν θεραπεία σε οδοντιατρική κλινική ζητήθηκε να υπολογίσουν πόσο άγχος αισθάνονταν όταν επρόκειτο να τους εφαρμοστεί κάποια από τις οδοντιατρικές διαδικασίες που τους έδιναν γραμμένες. Στις απαντήσεις κατεγράφη το άγχος ως απουσία, ελάχιστο, μέτριο, πολύ ή εντονότατο. Η εξαγωγή των δοντιών ήταν η διαδικασία που ερχόταν πρώτη στην πρόκληση άγχους, ακολουθούσαν η ένεση και ο τροχισμός, ενώ ο καθαρισμός των δοντιών έρχεται στις τελευταίες διαδικασίες.

Σε παρόμοια μελέτη με περισσότερες διαδικασίες, που έγινε σε διάφορες ομάδες και όχι μόνο σε οδοντιατρικούς ασθενείς, αλλά και σε οδοντιάτρους, φοιτητές οδοντιατρικής, υγιεινολόγους και ασθενείς φοβικούς στην οδοντιατρική πράξη, αξιολογήθηκε επίσης η σημαντικότητα των διαδικασιών σε σχέση με το stress. Ορισμένες από αυτές κατέχουν σε όλες τις ομάδες υψηλή βαθμολογία όπως η "αναισθησία-ένεση" και "απονεύρωση", υπάρχουν όμως κάποιες σημαντικές διαφορές στο πώς οι διάφορες ομάδες αξιολογούν τις διαδικασίες. Οι φοβικοί ασθενείς π.χ. χαρακτηρίζουν το "πηγαίνοντας στον οδοντίατρο" ή "περιμένοντας στην αίθουσα αναμονής" πιο αγχογόνες καταστάσεις απ' ό,τι τις χαρακτήρισαν άλλες ομάδες. Μία ακόμη ένδειξη ότι δεν είναι απαραίτητα ο τροχός και η εξαγωγή αυτό που οι ασθενείς βρίσκουν ιδιαίτερα αγχωτικό, έρχεται από μελέτη που έγινε στην Αγγλία και συμπεριλάμβανε απαντήσεις και από άτομα που δεν είχαν καθόλου δόντια και φορούσαν οδοντοστοιχίες. Παρότι οι παραπάνω διαδικασίες δεν έχουν καμία εφαρμογή σ' αυτούς, το 37% υποστήριξαν ότι μερικές φορές καθυστερούν να επισκεφτούν τον οδοντογιατρό επειδή φοβούνται. Αυτά τα ευρήματα δείχνουν ότι η ένταση του φόβου που βιώνει ένα άτομο έχει σχέση και με τη γνώση ή και την προηγούμενη εμπειρία του από θεραπευτική οδοντιατρική διαδικασία.

"Το φιλί ή μάλλον καλύτερα το φίλημα, είναι μια "σύνθετη" συμπεριφορά κατά την οποία απαιτείται συνεργασία 34 μυών του προσώπου και 112 στηρικτικών μυών. Πέντε από τα δώδεκα εγκεφαλικά νεύρα λαμβάνουν και στέλνουν μηνύματα στα χείλη. Τα προτεταμένα χείλη θεωρείται ότι είναι η πλέον εκτεθειμένη ερωτογενής ζώνη του ανθρώπινου σώματος..."

Παράγοντες που επηρεάζουν τον οδοντιατρικό φόβο

Η κατανομή και ο συσχετισμός ανάμεσα σε οδοντιατρικό φόβο και άλλες μεταβλητές, όπως η ηλικία, το φύλο, το μορφωτικό επίπεδο, η κοινωνικοοικονομική θέση και ο τόπος διαμονής, διερευνήθηκαν σε πολλές μελέτες. Η ηλικία προέκυψε να έχει αρνητικό συσχετισμό, δηλαδή η συχνότητα του έντονου φόβου μειώνεται με την ηλικία, ιδιαίτερα μετά το 50ό έτος. Με την ηλικία συνήθως οι γενικότεροι φόβοι μειώνονται. Η μείωση αυτή μπορεί να έχει σχέση με τις προσωπικές εμπειρίες ασθενειών και ως εκ τούτου και θεραπειών που συνήθως προκύπτουν με την ηλικία. Επιπλέον οι τρόποι έκφρασης του φόβου ποικίλλουν από ηλικία σε ηλικία.

Οι γυναίκες παρουσιάζουν υψηλότερα ποσοστά φόβου απ' τους άντρες. Μια πιθανή εξήγηση είναι ότι οι γυναίκες, σε σύγκριση με τους άντρες, εκφράζουν πιο εύκολα τυχόν συναισθήματα φόβου ή άγχους. Παρ' όλα αυτά, πρέπει να σημειωθεί ότι άλλοι ερευνητές δεν βρήκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές στα επίπεδα Ο.φ. ανάμεσα σε άτομα των δύο φύλων σε δείγμα ατόμων ηλικίας 50 ετών ή μεγαλύτερους.

Όταν μελετήθηκε η σχέση ανάμεσα σε επίπεδο μόρφωσης και Ο.φ., βρέθηκαν αντιφατικά αποτελέσματα. Παρόμοια αντικρουόμενα συμπεράσματα προέκυψαν σχετικά με το εισόδημα και την κοινωνική θέση σε συνάρτηση με τον Ο.φ. Σε μια ελεγχόμενη έρευνα φοβικών οδοντιατρικών ασθενών, βρέθηκε σαφής κατανομή κοινωνικών τάξεων ανάμεσα στους ασθενείς, με την πλειονότητα να ανήκει στο κατώτατο κοινωνικό επίπεδο. Το αποτέλεσμα αυτό μπορεί να οφείλεται στους διαφορετικούς τρόπους έκφρασης συναισθημάτων της ανώτερης τάξης. Οι οδοντιατρικοί φοβικοί ασθενείς με καλύτερο κοινωνικοοικονομικό επίπεδο και από ανώτερη κοινωνικά τάξη μπορούν να μειώσουν τη συχνότητα της αποφυγής της οδοντιατρικής θεραπείας, λόγω της αυξημένης κοινωνικής πίεσης, της οικογενειακής υποστήριξης, της δυνατότητας να λάβουν βοήθεια από ειδικό και να πληρώσουν πιο ακριβή θεραπεία.

Αιτιολογία του οδοντιατρικού άγχους-φόβου (Ο.φ.)

Το φοβικό άγχος και κυρίως το οδοντιατρικό άγχος δεν θεωρείται συνήθως εγγενής αντίδραση. Έρευνα που αφορούσε την ψυχολογία των χαρακτηριστικών συμπεριφοράς και τον Ο.φ. δεν έδειξε κάποια αιτιολογική σχέση μεταξύ τους. Παρ' όλα αυτά κάποιες έρευνες βρήκαν σύνδεση ανάμεσα στο αυξημένο επίπεδο γενικού άγχους ή νεύρωσης και στον έντονο οδοντιατρικό φόβο. Το ερώτημα είναι αν ο Ο.φ. είναι συνέπεια άλλων γενικών φόβων ή εμφανίζεται στα άτομα αυτά από κάποια ανεξάρτητη αιτία. Υπάρχουν σχετικές αναφορές, αλλά γνωρίζουμε πολύ λίγα για το μέχρι ποιο σημείο συσχετίζονται μεταξύ τους τα άγχη και οι φόβοι.

Όταν μελετήθηκε η λειτουργική σχέση ανάμεσα στον Ο.φ.και σε πολλούς άλλους φόβους σε τελειόφοιτους φοιτητές, βρέθηκε ότι υπάρχει σύνδεση ανάμεσα στον οδοντιατρικό φόβο και φόβους πόνου, κλειστοφοβίας και ακρωτηριασμού ή παραμόρφωσης. Δεν προέκυψε συσχετισμός ανάμεσα στον Ο.φ. και στις κοινωνικές φοβίες. Επιπλέον, βρέθηκε ότι οι ασθενείς με Ο.φ. εμφανίζονταν ως πιο νευρωτικοί σε σύγκριση με τους κοινούς ασθενείς. Εχει αναφερθεί ότι τα νευρωτικά άτομα είναι πιθανότερο να αναπτύξουν φόβους και φοβίες σε σύγκριση με τα μη νευρωτικά.

Δημιουργία του φόβου

Έχει υποστηριχθεί ότι δύο είναι οι βασικοί τρόποι με τους οποίους δημιουργείται και αναπτύσσεται φόβος και άγχος: η κλασική εξαρτημένη μάθηση και οι γνωστικές μαθησιακές διαδικασίες.

Σχετικά με την κλασική εξαρτημένη μάθηση, είναι γνωστό ότι, όταν δεχτούμε ένα ερέθισμα, π.χ. το τσίμπημα μιας βελόνας, και αισθανθούμε πόνο, γίνεται σύνδεση αυτού του πόνου με το ερέθισμα. Και εφόσον το ερέθισμα -το τσίμπημα με τη βελόνα- μας το προκαλεί κάποιος άνθρωπος με άσπρη

μπλούζα που βρίσκεται σ' ένα περιβάλλον με συγκεκριμένα εργαλεία, μυρωδιά κ.τ.λ., όλα αυτά τα στοιχεία συνδέονται με την ενόχληση που αισθανθήκαμε από το τσίμπημα της βελόνας. Αυτή είναι υπεραπλουστευμένα η κλασική εξαρτημένη μάθηση. Ο φόβος που προκαλείται με κλασική εξαρτημένη μάθηση μπορεί να γεννηθεί από ένα γεγονός μεγάλης έντασης και να οικοδομηθεί σταδιακά με μια σειρά συσχετιζόμενων γεγονότων.

Η θεωρία της συντελεστικής μάθησης υποστηρίζει ότι, όταν έχουμε να κάνουμε κάτι κι έχουμε ένα ευχάριστο αποτέλεσμα, το ξανακάνουμε, δηλ. επαναλαμβάνουμε αυτήν τη συμπεριφορά. Το ερώτημα που προκύπτει είναι: "Ποιο είναι το ευχάριστο αποτέλεσμα από μια επίσκεψη στον οδοντίατρο, ακόμη και για έλεγχο του στόματός μας". Είναι ότι θα διατηρηθούν γερά δόντια, ωραίο χαμόγελο, δεν θα υπάρχει ανάγκη χρόνου και χρημάτων για τον οδοντογιατρό, δεν θα υπάρχει πόνος κ.ο.κ. Όμως σε όλα αυτά υπάρχουν πολλά "**θα**", τα ευχάριστα βρίσκονται χρονικά πολύ μακριά και η διεργασία έχει αποδοθεί σαν όρος «καθυστερημένη δικαίωση» (delayed gratification). Άμεσα, εκείνο που αισθάνεται ένα άτομο είναι το φόβο για τον πόνο, το άγχος. Και επιστρατεύει μηχανισμούς ώστε να σταματήσει να σκέφτεται να πάει στον οδοντογιατρό, να μην τον απασχολεί η στοματική του υγεία κι έτσι να μειώνεται το άγχος του. Αρα έχουμε μια αρνητική ενίσχυση στην περίπτωση αυτή.

Επιπλέον έχουμε και τη μιμητική μάθηση. Ολοι οι άνθρωποι μεγάλωσαν σε σπιτικά όπου πιθανόν φοβούνταν τον οδοντογιατρό και άκουσαν τις σχετικές ιστορίες φρίκης. Η πρώτη επίσκεψη στον οδοντογιατρό συνέδεσε πιθανόν, διά της βασικής εξαρτημένης μάθησης, την άσχημη εμπειρία με όλη την οδοντιατρική περίθαλψη. Τέλος, άλλοι βλέπουν και τους μεγαλύτερους ή βλέπουν φίλους να έχουν αυτές τις φοβικές αντιδράσεις και φυσικά και αυτοί φοβούνται. Οι φόβοι που στηρίζονται σε γνωστικές διαδικασίες αποκτώνται μέσω πληροφόρησης για διάφορες καταστάσεις ή αντικείμενα. Εξαρτημένος φόβος για τον οδοντογιατρό συνήθως αποκτάται από κάποια τραυματική εμπειρία.

Από την πλειονότητα των ερευνών προκύπτει ότι οι οδοντιατρικές εμπειρίες είναι πολύ σημαντικές. Αν ένα άτομο βιώσει τραυματικές συναισθηματικά εμπειρίες, είναι πολύ πιθανό να αναπτύξει Ο.φ. Πολλές καταστάσεις στο οδοντιατρείο μπορούν να προκαλέσουν φόβο σ' έναν άνθρωπο. Εξάλλου η σχέση και η επικοινωνία μεταξύ οδοντιάτρου και ασθενούς μπορεί να φέρει στο φως ισχυρά αρνητικά συναισθήματα, πράγμα που μπορεί να οδηγήσει στη γένεση και εκδήλωση Ο.φ. Μελέτη σε φοβικούς ασθενείς έδειξε ότι η αρνητική συμπεριφορά του οδοντιάτρου ήταν για πολλούς η γενεσιουργός αιτία του φόβου, ενώ η αντιπάθεια για τους οδοντιάτρους ήταν, πολλές φορές περισσότερο και από τον ίδιο τον οδοντιατρικό φόβο, ισχυρός παράγοντας συμπεριφοράς αποφυγής.

Υπάρχει όμως και η γνωστική θεωρία, η οποία υποστηρίζει ότι οι άνθρωποι δεν είναι απλώς οργανισμοί που αντιδρούν και ότι οι προηγούμενες θεωρίες είναι πολύ μηχανιστικές, διότι αγνοούν την εσωτερική διεργασία σ' όλους τους ανθρώπους. Ο καθένας μας αντιδρά σε ορισμένα ερεθίσματα ανάλογα με τις προηγούμενες γνωστικές εμπειρίες που έχει αποκτήσει, ανάλογα με το πώς αντιλαμβάνεται το περιβάλλον του, τις γνωστικές διεργασίες που κάνει, τα συναισθήματά του, ακόμα και με την προσωπικότητά του. Έτσι, το ίδιο ερέθισμα ένα αγχώδες άτομο θα το δεχτεί, θα το επεξεργαστεί και θα αντιδράσει διαφορετικά απ' ό,τι ένα άλλο άτομο που δεν είναι τόσο αγχώδες. Υπάρχουν άτομα τα οποία αισθάνονται ότι μπορούν να κυριαρχήσουν στο περιβάλλον τους. Αλλωστε, όλη μας η εκπαίδευση πλέον σ' αυτό αποσκοπεί. Με την ανάπτυξη και την καλλιέργειά του, ο άνθρωπος, στη συναλλαγή του με τη φύση, με το περιβάλλον του και με το εαυτό του, να έχει κάποια δυνατότητα ελέγχου.

Αυτές όλες οι διαφορές στην προσωπικότητα επιδρούν στον τρόπο που θα δεχτούμε τα διάφορα ερεθίσματα από το περιβάλλον μας. Ο κάθε άνθρωπος έχει την ιδιαιτερότητά του, που δεν είναι δυνατόν να την προβλέψουμε και να τη γενικεύσουμε, όπως προτείνουν ίσως αυτές οι μαθησιακές θεωρίες που αναφέραμε πιο πάνω. Αν δηλαδή κλοτσήσουμε μια πέτρα, μεταδίδουμε την ενέργεια του ποδιού μας και, ξέροντας πόση ενέργεια δώσαμε στο πόδι μας, ποιο είναι το σχήμα και το βάρος της πέτρας, ποια είναι η κλίση του μονοπατιού όπου θα κυλήσει η πέτρα, μπορούμε εύκολα να υπολογίσουμε έως ποιο σημείο θα φτάσει η πέτρα που κλοτσήσαμε. Αν όμως κλοτσήσουμε ένα σκυλί ή οποιοδήποτε ζώο, η αντίδρασή του θα εξαρτηθεί απ' τη διάθεσή του, απ' το τι αισθάνθηκε που το κλωτσήσαμε κ.λπ.

Συμπερασματικά, η θεωρία για το γνωστικά αποκτώμενο άγχος είναι ότι ένα άτομο μπορεί να επηρεαστεί από συγγενείς, στενούς φίλους ή ακόμα και από τα Μέσα Μαζικής Επικοινωνίας και να αποκτήσει αρνητική εικόνα για τους οδοντιάτρους και την οδοντιατρική θεραπεία. Τέτοια κοινωνικά δεδομένα και επιπρόσθετα αρνητικά ερμηνευόμενα στοιχεία κατά τη διάρκεια της οδοντιατρικής θεραπείας μπορούν να είναι η απαρχή του Ο.φ.

Ακόμη και σήμερα, η έρευνα δεν έχει καταλήξει αν η κοινωνική μάθηση συνεισφέρει άμεσα ή έμμεσα στη δημιουργία του Ο.φ. Παρ' όλα αυτά, εμπειρικά δεδομένα συγκλίνουν προς αυτή την αιτιολογική σχέση. Αυτά τα δύο μοντέλα χρησιμεύουν ως απλούστατη οριοθέτηση, αφού οι αιτίες του Ο.φ. είναι πολύ πιο πολύπλοκες. Μια πιο πιθανή εξήγηση για τη γένεση του Ο.φ. στις περισσότερες περιπτώσεις είναι ένα πολυπαραγοντικό μοντέλο όπου γνωστικά και εξαρτημένα στοιχεία λειτουργούν σε μια αλληλοενεργό διαδικασία για την εξέλιξη και διατήρηση του οδοντιατρικού φόβου.

φιλί - φίλημα - φιλώ

Στον αντίποδα των αρνητικών συναισθημάτων που εκλύονται όταν κάποιος ανοίγει το στόμα του στην οδοντιατρική καρέκλα, είναι τα θετικά συναισθήματα που του δημιουργούνται όταν προτείνει τα χείλη του για να φιλήσει ή να φιληθεί.

Το **φιλί** (ή ασπασμός) στην ελεύθερη εγκυκλοπαίδεια Wikipedia ορίζεται ως "η επαφή των χειλέων ενός ατόμου με κάποια περιοχή του σώματος κάποιου άλλου και είναι έκφραση έλξης, χαιρετισμού, σεβασμού, αποχαιρετισμού, καλής τύχης, ρομαντικής αγάπης ή σεξουαλικής επιθυμίας". Όλα τα παραπάνω συνδέονται και αφορούν σε θε-

τικά στοιχεία ή συναισθήματα. Σε μία μόνο περίπτωση το φιλί συνδέθηκε με την προδοσία, με το φιλί του Ιούδα στον Χριστό.

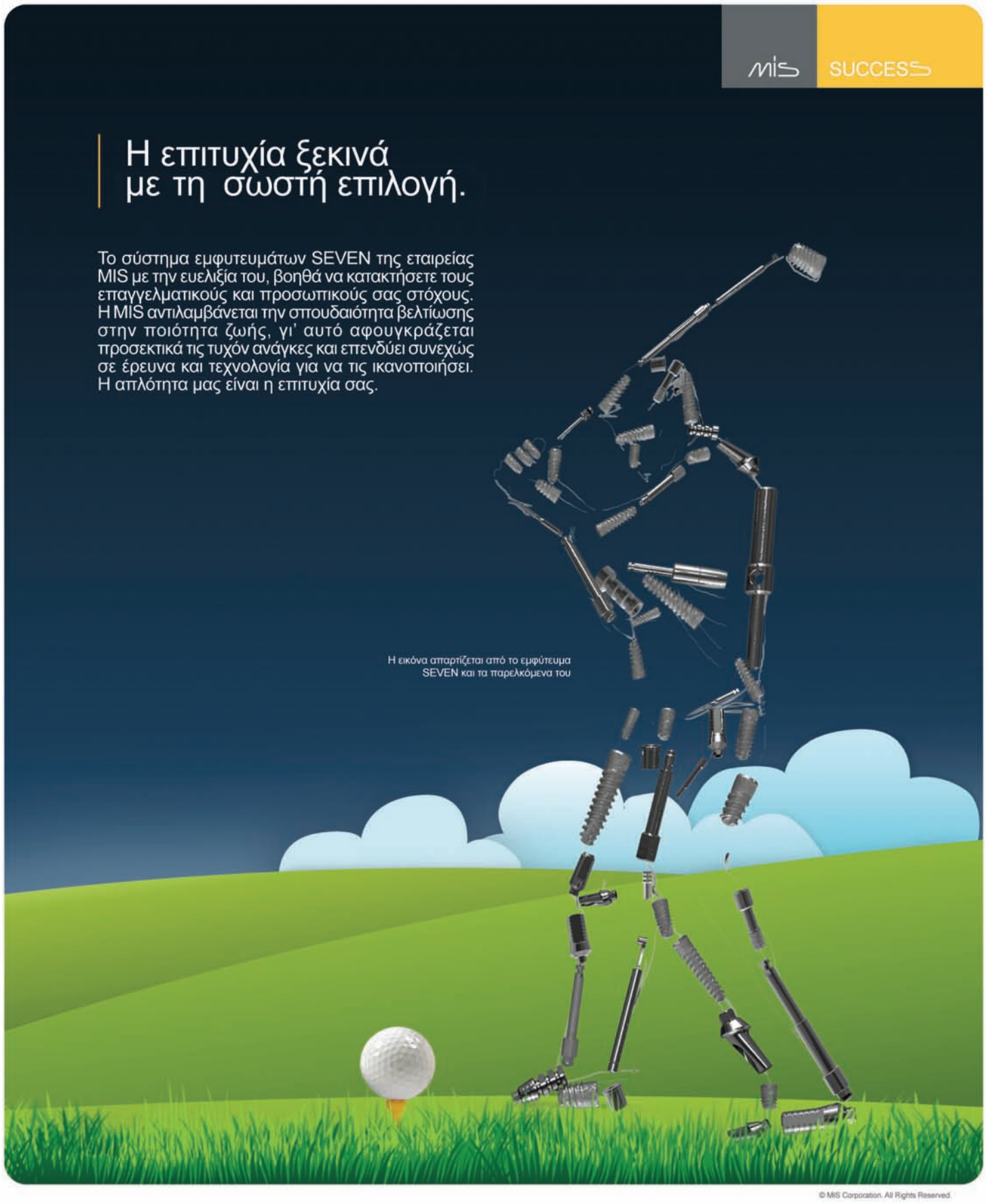
Στην ελληνική γλώσσα η λέξη προέρχεται από το αρχαίο ρήμα φιλώ, που είναι συνώνυμο του ρήματος αγαπώ, νιώθω στοργή και τρυφερότητα. Συγκεκριμένα, είναι ουσιαστικοποιημένος τύπος του αρχαίου απαρεμφάτου ***φιλείν.*** Η επιστημονική μελέτη του φιλήματος αναφέρεται διεθνώς ως "φιλη-ματολογία" (philematology).

Δεν υπάρχει απόδειξη ή καταγραφή για το πού και πότε ξεκίνησε η υπόθεση "φιλί". Η πρώτη γραπτή αναφορά, σε "κάτι" που πλησιάζει, θυμίζει ή υπαινίσσεται φιλί, έρχεται από σανσκριτικό βιβλίο της Ινδίας, περίπου 1.500 χρόνια π.Χ. Εκεί περιγράφεται η συνήθεια των ανθρώπων να τρίβουν τις μύτες τους, κάτι που στις μέρες μας αναφέρεται ως "φιλί των Εσκιμώων". Γνωρίζουμε επίσης ότι οι άνθρωποι φιλιόντουσαν κατά τα αρχαία ελληνικά και ρωμαικά χρόνια. Υπάρχουν περισσότερες από 250 αναφορές στο Κάμα Σούτρα για τους διαφορετικούς τύπους των φιλιών, πότε φιλάμε, πώς φιλάμε κ.λπ.

Φυσιολογία και προέλευση του φιλιού

Σχετικά με τη φυσιολογία του φιλιού θα μπορούσαν να αναφερθούν τα εξής: Το φιλί, ή μάλλον καλύτερα το φίλημα, είναι μια "σύνθετη" συμπεριφορά κατά την οποία απαιτείται συνεργασία 34 μυών του προσώπου και 112 στηρικτικών μυών. Πέντε από τα δώδεκα εγκεφαλικά νεύρα λαμβάνουν και στέλνουν μηνύματα στα χείλη. Τα προτεταμένα χείλη θεωρείται ότι είναι η πλέον εκτεθειμένη ερωτογενής ζώνη του ανθρώπινου σώματος. Η περιοχή του εγκεφάλου που ενεργοποιείται όταν τα χείλη "ερεθιστούν" από π.χ. μια βούρτσα, είναι μεγαλύτερη από αυτήν που αφορά τα αναπαραγωγικά όργανα.

Κατά τη διάρκεια ενός ερωτικού φιλιού η πίεση του αίματος μπορεί να φτάσει το 18, οι σφίξεις να διπλασιαστούν, η κυκλοφορία του αίματος και ο μεταβολισμός να επιταχυνθούν και να καταναλωθούν έως 20 θερμίδες το λεπτό. Επιπλέον πάνω από 5 εκατομμύρια μικρόβια ανταλλάσσονται μεταξύ των "δύο" σε ένα παθιασμένο και παρατεταμένο ερωτικό φιλί, 350 διαφορετικά είδη μικροβίων έχουν τη δυνατότητα να "μεταναστεύσουν" από το ένα στόμα στο άλλο. Επίσης, είναι δυνατό να ανταλλαγούν 0,7 γραμμάρια πρωτεΐνης, 0,45 γραμμάρια λίπους και 0,19 γραμμάρια άλλων οργανικών ουσιών.



Το εμφύτευμα SEVEN της MIS έχει εξαιρετική επιφάνεια αμμοβολημένη και χημικά επεξεργασμένη για ταχύτατη οστοενσωμάτωση. Επενδύοντας συνεχώς στην επιστημονική έρευνα και σε κλινικές μελέτες με την συνεργασία πανεπιστημίων και ερευνητικών κέντρων διεθνούς εμβέλειας, η εταιρεία MIS έχει κάνει άλματα στο χώρο της εμφυτευματολογίας και έχει κερδίσει με το εμφύτευμα SEVEN ένα μεγάλο μέρος της παγκόσμιας αγοράς.

ΝΕΓΡΙΝ Ντένταλ ΕΠΕ
Φωκίδος 51 – Αθήνα 115 27
τηλ. 210 7711605, φαξ. 210 7754065,
e-mail: info@negrin.gr, www.negrin.gr

Αντιπρόσωπος Θεσ/νίκης:
Παρασίδης Πέτρος, τηλ. 2310 905920,
κιν. 6971 895939

Τι είναι το φιλί; Ένστικτο, αποτέλεσμα εξελικτικής συμπεριφοράς, κληρονομημένη συνήθεια; Μήπως είναι μια ξεχωριστή (ιδιαίτερη) μορφή επικοινωνίας; Οι ανθρωπολόγοι δεν έχουν βγάλει ένα τελικό συμπέρασμα με το οποίο να συμφωνούν όλοι, εάν δηλαδή το φιλί είναι αποτέλεσμα γνωστικής λειτουργίας ή ενστικτώδης συμπεριφορά.

Το φιλί μπορεί να συσχετισθεί με τη συνηθισμένη σε κάποια ζώα συμπεριφορά, κατά την οποία ενώνουν τα κεφάλια τους, "χαιδεύουν" με το μουσούδι τους το ένα το άλλο, ψειρίζονται, ψάχνονται και θωπεύονται και γενικά δίνουν στον παρατηρητή την αίσθηση της πολύ κοντινής και αμοιβαίας έλξης και στοργής. Τα σκυλιά, οι πίθηκοι, οι γάτες, τα πουλιά και άλλα ζώα επιδεικνύουν τέτοιες συμπεριφορές όχι μόνο μεταξύ τους, αλλά και προς τον άνθρωπο.

Η επικρατούσα άποψη πάντως μεταξύ των ανθρωπολόγων είναι ότι το φιλί είναι κατάλοιπο της προϊστορίας μας. Στις πρώτες ανθρώπινες κοινωνίες οι μητέρες, όταν πλέον σταματούσαν τον θηλασμό του μωρού τους, μασούσαν την τροφή, έφερναν το στόμα τους σε επαφή με το στόμα του μωρού τους και με τη γλώσσα τους έσπρωχναν την τροφή μέσα στο στόμα του. Η μέθοδος αυτή διατροφής των βρεφών αναφέρεται ότι χρησιμοποιείται ακόμη και στις μέρες μας από ορισμένες φυλές, όπως οι Γιανομάμι, οι οποίοι ζουν στα τροπικά δάση της Βενεζουέλας και είναι κυνηγοί-τροφοσυλλέκτες, και από φυλές που ζουν στην Παπούα-Νέα Γουινέα. Κατάλοιπο αυτής της στοργικής πράξης, αυτής της πανάρχαιας μεθόδου βρεφικής διατροφής, όπου η τροφή και η αγάπη αναμειγνύονται με το μητρικό σάλιο, θεωρείται ότι είναι και το ερωτικό φιλί.

Το φιλί μπορεί να είναι από μια τρυφερή χειρονομία έως έκφραση έντονου ερωτικού πάθους. Γεγονός είναι ότι το επιδιώκουμε, γιατί γεννά ευχαρίστηση και άλλοτε άλλης έντασης συναισθηματική φόρτιση. Γιατί όμως; Από πού προέρχεται η ευχαρίστηση; Σύμφωνα με τους ψυχολόγους και τους ψυχαναλυτές, μας κάνει να αναβιώνουμε την ασφάλεια και την αγάπη που, ως βρέφη, αισθανόμασταν στην αγκαλιά της μητέρας μας. Σε μια άλλη ερμηνεία, ο θηλασμός μάς προετοιμάζει για το επερχόμενο ερωτικό φίλημα, μια και οι κινήσεις είναι όμοιες. Η επαφή με τη θηλή και το ρούφηγμά της είναι ουσιαστικά οι ίδιες κινήσεις που κάνει κάποιος όταν φιλάει ερωτικά τον σύντροφό του. Μας αρέσει λοιπόν τόσο πολύ να φιλάμε, γιατί το "φιλί" ήταν ήδη "εκεί" στην πρώτη και καθοριστική μας σχέση.

Για τους ψυχολόγους λοιπόν το ερωτικό φιλί, όντας απομίμηση του θηλασμού, είναι ο συμβολικός τρόπος να δώσεις τροφή στον ερωτικό σου σύντροφο και ταυτόχρονα να του προσφέρεις κάποια "ευάλωτα" σημεία του σώματός σου, γνωρίζοντας ότι δεν διατρέχουν κανέναν κίνδυνο. Τα φιλιά υποδηλώνουν οικειότητα, εμπιστοσύνη, αισθησιασμό αλλά και την ανάγκη προστασίας, τα ίδια δηλαδή συναισθήματα που συνδέουν το βρέφος με τη μητέρα.

Τέλος, οι οπαδοί της θεωρίας της εξέλιξης υποστηρίζουν ότι το ερωτικό φιλί γεννήθηκε όταν οι πρόγονοί μας έπαψαν να χρησιμοποιούν την οπίσθια στάση κατά την αναπαραγωγή και υιοθέτησαν την πρόσθια στάση. Η στάση αυτή, εκτός από το ότι ήταν πλέον βολική, ευνοούσε την ανάπτυξη συναισθηματικού δεσμού ανάμεσα στους δύο ανθρώπους, που κοιτάζονται πλέον στα μάτια, μιλούν και φιλιούνται. Με λίγα λόγια το φιλί εδώ και εκατομμύρια χρόνια επιτελεί μια απολύτως σημαντική λειτουργία: ισχυροποιεί τους δεσμούς του ζευγαριού.

Τα φιλιά μπορεί να φαίνονται ή σε ορισμένες περιπτώσεις να είναι ρομαντικά, δεν είναι όμως πάντα αγνά. Αυτό με τη μεγαλύτερη συχνότητα, εδώ και

εκατομμύρια χρόνια, είναι το ερωτικό φιλί. Ορισμένοι ανθρωπολόγοι το τοποθετούν στην προτελευταία θέση - πριν από τα χάδια στο λαιμό- στην κλίμακα των μη σεξουαλικών χειρονομιών, που οδηγούν σταδιακά αλλά σταθερά στην έκρηξη του ερωτισμού.

Δεν είναι λοιπόν χωρίς λόγο όλη η συγκίνηση για τα φιλιά, αλλά και η αγωνία και των εφήβων για το πώς θα είναι και αν θα καταφέρουν να ανταποκριθούν στο πρώτο τους φιλί, γι' αυτό και δεν είναι καθόλου περίεργο που οι περισσότεροι άνθρωποι το θυμούνται με τρυφερότητα. Πρόκειται για μια πράξη μύησης που σηματοδοτεί την έναρξη της σεξουαλικής ζωής, έστω και αν η "συνέχεια" αργήσει πολύ να λάβει χώρα.

Όμως, αφού περάσουμε στην ενήλικη ζωή και αφήσουμε πίσω μας τους αγωνιώδεις εφηβικούς πειραματισμούς, τα φιλιά μάς συγκινούν εξίσου, όπως έδειξε μια έρευνα που διεξήχθη πριν από μερικά χρόνια στη Γαλλία: Μία στις δύο γυναίκες "ψηφίζουν" ένα χυμώδες φιλί ως το καλύτερο μέσο για να διεγερθεί η επιθυμία. Πιο πολύ από οποιαδήποτε άλλη επαφή, αυτή των χειλιών μάς αγγίζει ώς τα πιο βαθιά σημεία του ψυχισμού μας, μας κάνει να ανοιγόμαστε στον άλλον, γκρεμίζει τοίχους και γεφυρώνει αποστάσεις. Γι' αυτό και οι επαγγελματίες του έρωτα, οι πόρνες, δεν φιλούν τους πελάτες τους, διατηρώντας έτσι ένα τελευταίο «οχυρό», που προστατεύει τον βαθύτερο ιδιωτικό τους κόσμο. Μπορεί να «κατακτήσεις» το σώμα ενός ανθρώπου, αν δεν καταφέρεις όμως να αποσπάσεις τα φιλιά του, θεωρείται ότι δεν τον έχεις κατακτήσει πραγματικά ούτε έχεις βάλει γερές βάσεις για να χτίσεις μια πραγματικά κοντινή και ζεστή ερωτική σχέση μαζί του. Φιλί χωρίς σεξ μπορεί κάλλιστα να υπάρξει, δύσκολα όμως το φιλί απουσιάζει από μια γεμάτη πάθος, ουσιαστική ερωτική επαφή.

Από μια έρευνα που έγινε στο Πανεπιστήμιο της Νέας Υόρκης φάνηκε ότι οι άνδρες είναι λιγότερο επιλεκτικοί σχετικά με ποιον φιλάνε. Αντίθετα οι γυναίκες δεν φιλούν τυχαία, καθώς το φιλί γι' αυτές είναι ισχυρό δείγμα συμπάθειας, ενδιαφέροντος και οικειότητας. Στην πλειονότητά τους οι γυναίκες υποστήριξαν ότι το φιλί λειτουργεί ως μηχανισμός ανάπτυξης ισχυρών δεσμών μεταξύ του ζευγαριού, αρκετές υποστήριξαν ότι είναι το "βαρόμετρο" της ερωτικής σχέσης, ενώ οι άνδρες θεωρούν ότι όσο περισσότερο γνωρίζεται το ζευγάρι, τόσο μειώνεται η σημασία του φιλιού. Γνωστός Βρετανός ψυχολόγος από το Ινστιτούτο Ψυχιατρικής του Λονδίνου, σχολιάζοντας τα ευρήματα της παραπάνω έρευνας, επεσήμανε ότι "οι γυναίκες είναι πιο επιλεκτικές και αυτός είναι ένας από τους λόγους που δίνουν μεγαλύτερη σημασία στο φιλί. Βιολογικός σκοπός των ανδρών είναι απλώς να μεταφέρουν το σπόρο τους, ενώ οι γυναίκες ζητούν έναν τρόπο να αξιολογήσουν τους άνδρες που έρχονται σε επαφή μαζί τους, καθώς από τη φύση τους, ενστικτωδώς, ψάχνουν για τον καταλληλότερο πατέρα για τα παιδιά τους".

Σύμφωνα με επιστημονική μελέτη που έγινε σε Πανεπιστήμιο στην Πενσυλβάνια των ΗΠΑ, ένα παθιασμένο φιλί απελευθερώνει ένα πολύπλοκο ορμονικό-χημικό κύμα στον εγκέφαλο το οποίο κάνει τα άτομα που φιλιούνται να νιώθουν ευτυχία, έξαψη ή χαλάρωση. Η έρευνα επικεντρώθηκε στην επίπτωση του φιλιού στα επίπεδα δύο ορμονών, της ωκυτοκίνης και της κορτιζόλης, σε ζευγάρια πριν και μετά το άγγιγμα των χεριών τους, καθώς επίσης πριν και μετά το φίλημα. Η ωκυτοκίνη έχει χαρακτηριστεί (υπεραπλουστευμένα, θα επεσήμανε κανείς) ως η ορμόνη των συναισθηματικών δεσμών και η κορτιζόλη ως η ορμόνη του άγχους. Είναι λοιπόν αναμενόμενο τα επίπεδα της ωκυτοκίνης να αυξάνουν και της κορτιζόλης να πέφτουν. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι πράγματι η κορτιζόλη πέφτει και στα δύο φύλα μετά την επαφή των χεριών και το φίλημα, όμως η ωκυτοκύνη αυξάνει στους άνδρες, αλλά πέφτει στις γυναίκες. Αυτό είναι ένα εύρημα τουλάχιστον απρόσμενο και δείχνει απλώς πόσες διαδικασίες μάς διαφεύγουν ακόμη και στη διερεύνηση… ενός φιλιού.

Το ερώτημα που παραμένει είναι πώς ακριβώς το φιλί προκαλεί τόσο σημαντικές ορμονικές αλλαγές. Πολλοί ερευνητές υποστηρίζουν ότι οι ψυχολογικοί παράγοντες είναι αυτοί που κρατούν τον πρώτο ρόλο στο παιχνίδι. Άλλοι υποπτεύονται την ύπαρξη φερορμονών στο σάλιο, χημικών αγγελιαφόρων που υπάρχουν και σε άλλα θηλαστικά. Ο ρόλος των φερορμονών δεν είναι απόλυτα σαφής και για πολλούς είναι αμφιλεγόμενος, μια και δεν διαθέτουμε επί του παρόντος όργανα και αναλύσεις για να τις ανιχνεύσουμε.

Επίλογος

Αφήσαμε έξω από την παρουσίαση πολλές ακόμη λειτουργίες, καταστάσεις, αισθήσεις που αφορούν ή και εμπλέκουν το στόμα. Το ταξίδι της διερεύνησής τους είναι μακρύ, απρόβλεπτο, πολυεπίπεδο, διαπλεκόμενο και, όπως όλα τα ταξίδια, γοητευτικό.

Ανθή Διαμάντη-Κηπιώτη
Σεμιτέλου 6,
Αθήνα, Τ.Κ. 11528
Τηλ. 210-77.90.309
e-mail: anthikipioti@yahoo.gr

Αντάυγειες Οδοντικής Αισθητικής και όχι μόνο...

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

Η οδοντική αποκατάσταση σήμερα είναι συνυφασμένη με την αισθητική.
Η ανάπτυξη υλικών που συγκολλώνται στις οδοντικές επιφάνειες άλλαξε ριζικά την κατεύθυνση της διάγνωσης και, φυσικά, της αισθητικής αποκατάστασης των σκληρών οδοντικών ιστών.

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

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

Σ' αυτό το τεύχος έχω τη χαρά να φιλοξενώ την αγαπητή συνάδελφο, Επίκουρη Καθηγήτρια της Οδοντιατρικής Σχολής του Πανεπιστημίου Αθηνών, Χαρίκλεια Παξιμαδά, που με μια σειρά φωτογραφιών παρουσιάζει ένα κλινικό περιστατικό.

Το περιστατικό αφορά γυναίκα 26 ετών που επιθυμούσε αλλαγή του χρώματος των δοντιών της με την τεχνική της λεύκανσης.
Εφαρμόστηκε συνδυασμένη τεχνική λεύκανσης, αφενός στο ιατρείο με υπεροξείδιο του υδρογόνου 38% και τη βοήθεια φωτεινής πηγής και αφετέρου στο σπίτι με νάρθηκα και υπεροξείδιο του καρβαμιδίου 20%.

Εικ.1. *Το αρχικό χαμόγελο της ασθενούς.*

Εικ.2. *Αρχική καταγραφή του χρώματος των δοντιών.*

Εικ.3. *Προστασία των μαλακών μορίων και τοποθέτηση του λευκαντικού παράγοντα στις προστομιακές επιφάνειες των δοντιών, κατά την διαδικασία λεύκανσης στο ιατρείο.*

Εικ. 4. *Ενεργοποίηση του λευκαντικού παράγοντα με λυχνία αλογόνου.*

Εικ. 5. *Οι νάρθηκες για την συνέχιση της λέυκανσης στο σπίτι με καρβαμιδικό υπεροξείδιο 20%.*

Εικ. 6. *Η εικόνα των δοντιών μετά την 1η εβδομάδα.*
(Πρώτη εφαρμογή υπεροξειδίου του υδρογόνου 38% στο ιατρείο και επτά μέρες υπεροξειδίου του καρβαμιδίου 20% στο σπίτι)

Εικ. 7. *Η εικόνα των δοντιών μετά την 2η εβδομάδα.*

Εικ. 8. *Η εικόνα των δοντιών μετά την 3η εβδομάδα.*

Εικ. 9. *Η εικόνα των δοντιών μετά την 4η εβδομάδα.*

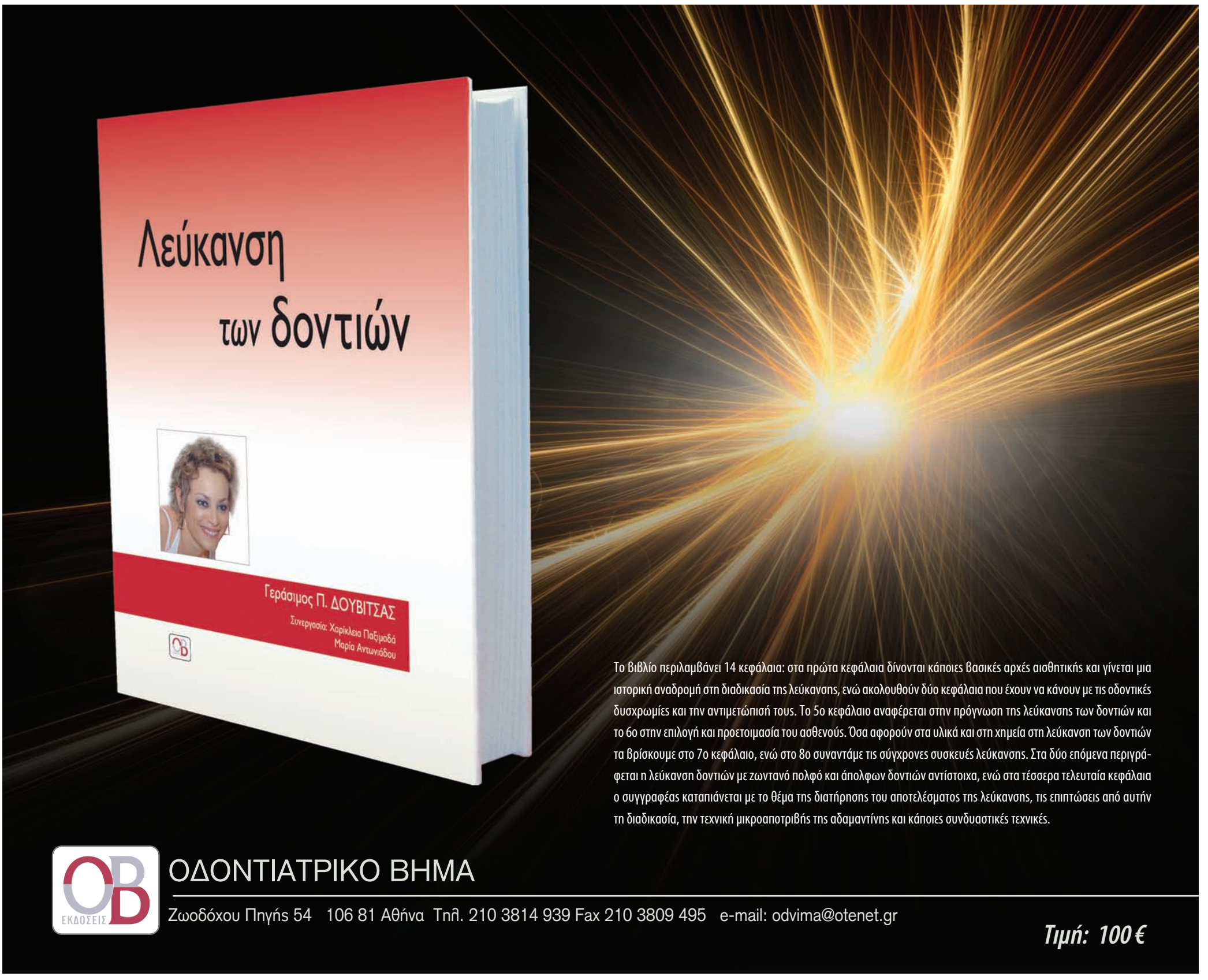
Εικ. 10. Το τελικό χαμόγελο της ασθενούς μετά τη λεύκανση.

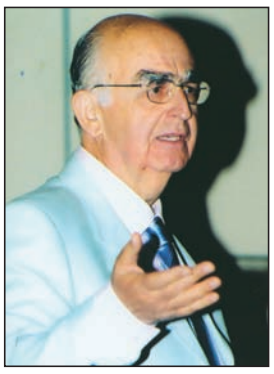
Εικ. 11. Το χρώμα των δοντιών 15 ημέρες μετά το τέλος της λεύκανσης.

Εικ. 12. Η εικόνα των δοντιών μετά την διόρθωση του φύματος των κυνοδόντων με σύνθετη ρητίνη.

Εικ. 13. Το χαμόγελο της ασθενούς μετά και την διόρθωση των κυνοδόντων.

Εικ. 14. Η εικόνα των δοντιών της ασθενούς ένα χρόνο μετά.





Τα Μυστικά του Στόματος...

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

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

Σύνδρομο εστιακής υπερκεράτωσης παλαμών- πελμάτων και βλεννογόνου στόματος

Η μεγάλη πρόοδος που σημειώθηκε τα τελευταία χρόνια στο χώρο της μοριακής τεχνολογίας και στην αποκωδικοποίηση του ανθρώπινου γονιδιώματος έχει ως αποτέλεσμα την αναγνώριση πολυάριθμων γονιδίων που ευθύνονται για την κλινική εμφάνιση (φαινότυπος) πολλών παθολογικών καταστάσεων. Μέχρι το τέλος του 2007 είχαν αναγνωρισθεί (προσδιορισθεί) πάνω από 2.000 γονίδια από τα οποία 450 περίπου ευθύνονται για δερματικές-βλεννογόνιες και άλλες ανωμαλίες (Γενοδερματοπάθειες). Το σύνδρομο εστιακής υπερκεράτωσης παλαμών-πελμάτων και βλεννογόνου στόματος ταξινομείται στη μεγάλη κατηγορία ***«παλαμοπελματιαία κερατοδερμία»,*** *που περιλαμβάνει* ***γενετικά*** *μεταβιβαζόμενα αλλά και* ***επίκτητα*** *νοσήματα. Σημαντική κλινική εκδήλωση του συνδρόμου είναι η υπερκεράτωση σε περιοχές του βλεννογόνου του στόματος που υπόκειται σε μηχανικές πιέσεις (προσπεφυκότα ούλα, οπισθογόμφιο τρίγωνο, ράχη και πλάγια της γλώσσας, παρειές, σκληρή υπερώα). Η διαγνωστική σημασία των βλαβών του βλεννογόνου του στόματος είναι μεγάλη ,αφού επιτρέπει τη διαφορική διάγνωση από άλλα σύνδρομα της ομάδας με παρόμοιες δερματικές διαταραχές και στοματικές βλάβες. Τέλος, σε μοριακό επίπεδο αποτελεί μια ερευνητική πρόκληση για τον καθορισμό του υπεύθυνου γονιδίου που μεταλλάσσεται.*

Στο άρθρο αυτό παρουσιάζουμε ένα γενετικό σύνδρομο που έχει ιδιαίτερο ενδιαφέρον για τον Οδοντίατρο και τον Στοματολόγο, αφού οι στοματικές βλάβες είναι καθοριστικής σημασίας για τη διάγνωση.

Το **σύνδρομο εστιακής υπερκεράτωσης παλαμών-πελμάτων και βλεννογόνου στόματος** είναι μια σπάνια διαταραχή που ταξινομείται στην ομάδα γενοδερματοπαθειών με τίτλο **«παλαμοπελματιαία κερατοδερμία»** και προκαλούνται από μετάλλαξη γονιδίων που κωδικοποιούν την κερατίνη. Τα γονίδια αυτά βρίσκονται είτε στο χρωμόσωμα 17q (τύπος Ι κερατίνης), είτε στο 12q (τύπος ΙΙ κερατίνης).

Η ομάδα κερατοδερμίας ταξινομείται σε 2 μεγάλες κατηγορίες: **(Ι)** την **κληρονομική (γονιδιακή)** και **(ΙΙ)** την **επίκτητη.** Και σε υπότυπους που υπάρχουν στον **Πίνακα 1** και δείχνουν εκείνα τα νοσήματα με διαταραχές (βλάβες) και στο στόμα. Το σύνδρομο εστιακής υπερκεράτωσης παλαμών-πελμάτων και βλεννογόνου στόματος για πρώτη φορά περιγράφηκε από τους Fred et al το 1964 και στη συνέχεια από τους Raphael et al το 1968, James 1973, Gorlin 1876, με διάφορες ονομασίες με έμφαση στην υπερκεράτωση παλαμών-πελμάτων και ούλων. Το 1980 περιγράψαμε (Laskaris et al. Oral Surg, Med Pathol 1980; 50:250-253) πέντε μέλη μιας οικογένειας με το σύνδρομο, που, εκτός από την υπερκεράτωση παλαμών-πελμάτων παρουσίαζαν όλοι υπερκεράτωση, με μορφή λευκών βλαβών, όχι μόνο στα ούλα, αλλά και σε άλλες περιοχές του βλεννογόνου του στόματος που υπόκειντα σε μηχανική τριβή (δόντια, οδοντοστοιχίες, τροφές) ,όπως η ράχη και τα πλάγια της γλώσσας, οπισθογόμφιο τρίγωνο, υπερώα, παρειές στο επίπεδο σύγκλισης, και προτείναμε τον τίτλο **«Εστιακή υπερκεράτωση παλαμών-πελμάτων και βλεννογόνου στόματος».** Η ονοματολογία μας αυτή έχει περιληφθεί στο κλασικό βιβλίο του McKusick: *Mendelian Inheritance in Man: A catalog of human genes and genetic disorders*, 1998, 2006.

Έκτοτε έχουν δημοσιευθεί 2 ακόμη περιπτώσεις από τους Young et al, 1982 και τους Kolde et al, 2005.

Το σύνδρομο μεταβιβάζεται με τον αυτοσωματικό επικρατούντα τύπο κληρονομικότητας. Μέχρι σήμερα δεν έχει προσδιορισθεί εάν οφείλεται σε μετάλλαξη συγκεκριμένου γονιδίου της κερατίνης.

Κλινικά χαρακτηρίζεται από εστιακή υπερκεράτωση παλαμών και πελμάτων που είναι ιδιαίτερα έντονη σε περιοχές που δέχονται πιέσεις και υπόκεινται σε μηχανική τριβή (εικ. 1, 2, 3) και είναι αμφοτερόπλευρη. Στο στόμα παρατηρείται υπερκεράτωση με τη μορφή λευκών μη αποκολλούμενων επιφανειών, που μιμείται τη λευκοπλακία, είναι έντονη σε περιοχές που δέχονται πιέσεις από τροφές και δόντια (ούλα, υπερώα, γλώσσα κ.ά.) (εικ. 4, 5). Επιπλέον, παρατηρείται δυστροφία και υπερκεράτωση ονύχων (εικ. 6). Οι βλάβες γίνονται συνήθως εμφανείς από την παιδική ηλικία και με την πάροδο του χρόνου γίνονται πιο έντονες, επηρεάζονται επίσης από την επαγγελματική δραστηριότητα του πάσχοντος. Η κλινική αξιολόγηση των βλαβών των βλεννογόνων του στόματος είναι μεγάλης σημασίας για τη διάγνωση του συνδρόμου, πάντα δε ο Στοματολόγος πρέπει να εξετάζει τις παλάμες και τα πέλματα του ασθενούς.

Ο κλινικός πρέπει να γνωρίζει και αρκετά άλλα σύνδρομα που προκαλούν υπερκεράτωση παλαμών και πελμάτων και συνοδεύονται από ποικίλες βλάβες στο στόμα, ώστε να μπορεί να κάνει διαφορική διάγνωση. Στον **Πίνακα 2** βρίσκονται συγκεντρωμένα τα σύνδρομα αυτά με τα ιδιαίτερα κλινικά και γενετικά χαρακτηριστικά. Η θεραπεία των βλαβών αυτών είναι συμπτωματική. Η συστηματική χορήγηση ρετινοειδών βελτιώνει μερικές φορές τις δερματικές βλάβες. **Σημαντικό είναι ότι οι υπερκερατινωσικές βλάβες στο στόμα δεν φαίνεται να είναι προκαρκινικές, αφού δεν έχει αναφερθεί στη βιβλιογραφία παρόμοια εξέλιξη.**

Θέλουμε να τονίσουμε την ανάγκη γνώσεων Δερματολογίας από τον Στοματολόγο καθώς και την ανάγκη συνεργασίας με τον Δερματολόγο, αφού το φάσμα των γενετικών νόσων με διαταραχές από το δέρμα και το στόμα είναι πολύ μεγάλο και συχνά δημιουργεί διαγνωστικά προβλήματα.

Πίνακας 1 Ταξινόμηση κερατοδερμίας παλαμών-πελμάτων

Κατηγορία	Βλάβες και στο στόμα
I. Γενετική (γονιδιακή)	
α. διάχυτος τύπος	• Σύνδρομο Papillon-Lefévre • Σύνδρομο Olmsted • Υποανιδρωτική εξωδερμική δυσπλασία
β. εστιακός τύπος	• Υπερκεράτωση παλαμών-πελμάτων και βλεννογόνου στόματος • Σύνδρομο Howel-Evans • Συγγενής παχυονυχία
γ. Στικτός τύπος	–
II. Επίκτητη	–
III. Λοιπές	• Συγγενής δυσκεράτωση

Πίνακας 2 Σύνδρομα υπερκεράτωσης παλαμών-πελμάτων με βλάβες και στο στόμα

Νόσος	Γενετική μεταβίβαση	Γονίδιο	Ηλικία έναρξης	Κλινικές Βλάβες		
				Δέρμα	Στόμα	Λοιπές
• Σύνδρομο εστιακής υπερκεράτωσης παλαμών-πελμάτων-βλεννογόνου στόματος	Αυτοσωματικός επικρατών	-	Παιδική – αρχή ήβης	Υπερκέρατωση παλαμών και πελμάτων σε θέσεις πιέσεων	Υπερκεράτωση βλεννογόνου σε θέσεις τριβής	Δυστροφία και υπερκεράτωση ονύχων
• Σύνδρομο Papillon-Lefévre	Αυτοσωματικός υπολειπόμενος	Cathepsin C	Με τη γέννηση ή αμέσως μετά	Υπερκεράτωση παλαμών-πελμάτων, ψωριασιοειδείς βλάβες	Περιοδοντίτις, πρώιμη απώλεια νεογιλών και μόνιμων δοντιών	Υπερίδρωση
• Σύνδρομο Olmsted	Αυτοσωματικός επικρατών, φυλοσύνδετος υπολειπόμενος	-	Νηπιακή	Υπερκεράτωση παλαμών και πελμάτων	Υπερκερατινωσικές πλάκες περιστοματικά και στις γωνίες του στόματος	Υπερκεράτωση γύρω από φυσικά στόμια (πρωκτό, περίνεο)
• Σύνδρομο Howel-Evans (τύλωση με καρκίνωμα του οισοφάγου)	Αυτοσωματικός επικρατών	Έχει εντοπισθεί το υπεύθυνο γονίδιο στο χρωμόσωμα 17q25	5-10 ετών	Υπερκεράτωση παλαμών και πελμάτων	Υπερκεράτωση βλεννογόνου	Καρκίνωμα οισοφάγου
• Συγγενής παχυονυχία	Αυτοσωματικός επικρατών	K6a, k6b	Νηπιακή	Υπερκεράτωση παλαμών και πελμάτων	Υπερκεράτωση βλεννογόνου	Πάχυνση και δυστροφία ονύχων
• Συγγενής δυσκεράτωση	Φυλοσύνδετος υπολειπόμενος	DKC1	Παιδική	Υπερκεράτωση δέρματος, ποικιλοδερμία, πομφόλυγες	Λευκοπλακία με κίνδυνο εξαλλαγής, ολιγοδοντία, διαταραχές στο σχήμα των δοντιών	Προσβολή ουροποιητικού, πρωκτού, κόλπου, ανάπτυξη κακοήθων νεοπλασιών σε διάφορα όργανα

«Αποκατάσταση δοντιού με κατεστραμμένη μύλη»

Ξεκινά το νέο πρόγραμμα ημερίδων της Εταιρείας Σύγχρονης Οδοντιατρικής

Συνέντευξη με τη **Χαρίκλεια Παξιμαδά**
Επίκ. Καθηγήτρια Οδοντικής Χειρουργικής Οδοντιατρικής Σχολής Πανεπιστημίου Αθηνών

Στη Δημοσιογράφο **Βίκυ Κουρλιμπίνη**

Η Εταιρεία Σύγχρονης Οδοντιατρικής συνεχίζει τις ιδιαίτερα επιτυχημένες επιστημονικές της εκδηλώσεις και για τη νέα χρονιά έχει προγραμματίσει μια σειρά από ημερίδες με επίκαιρα θέματα για την ενημέρωση του οδοντιάτρου. Η πρώτη από αυτές θα πραγματοποιηθεί το **Σάββατο 19 Φεβρουαρίου,** με θέμα «Αποκατάσταση δοντιού με κατεστραμμένη μύλη».

Κα Παξιμαδά, πείτε μας λίγα λόγια για το θέμα της ημερίδας και για το ποιοι θα είναι οι ομιλητές.

Η αποκατάσταση ενός ή περισσοτέρων δοντιών με εκτεταμένη απώλεια οδοντικών ιστών ήταν και είναι το πρόβλημα που καλείται καθημερινά να επιλύσει ο κλινικός Οδοντίατρος.

Η ιλιγγιώδης εξέλιξη στον χώρο των υλικών και των τεχνικών εφαρμογής τους που χαρακτηρίζουν την εποχή μας, διασφαλίζουν την «ελάχιστη παρέμβαση» στους οδοντικούς ιστούς και δίνουν νέες δυνατότητες σε αυτόν τον τομέα.

Στην ημερίδα αυτή, μαζί με τους εκλεκτούς συναδέλφους Μαρία Αντωνιάδου, Φοίβο Προύντζο, Κώστα Μασούρα και Κοσμίν Σάβα, θα μιλήσουμε για τα σύγχρονα πολυμερή υλικά, για τις ιδιότητες αλλά και τις δυνατότητες εφαρμογής τους, για τη συγκόλληση στους οδοντικούς ιστούς με τα σύγχρονα συγκολλητικά συστήματα, για εκτεταμένες αποκαταστάσεις από πολυμερή υλικά και την κλινική τους συμπεριφορά, μέσα από την μελέτη της διεθνούς βιβλιογραφίας. Ακόμη, για την αξιολόγηση υπαρχουσών ενδοδοντικών θεραπειών, τη δυνατότητα θεραπείας δοντιού με ενδοδοντικά προβλήματα, τη συμπεριφορά και την αποκατάστασή του. Τέλος θα μιλήσουμε για την αποκατάσταση δοντιών που θα χρησιμοποιηθούν σαν στηρίγματα προσθετικών εργασιών, τις προϋποθέσεις και τις τεχνικές αποκατάστασής τους.

Στη συγκεκριμένη ημερίδα, θα πραγματοποιηθεί και πρακτική επίδειξη, την οποία θα παρακολουθήσουν οι σύνεδροι μέσω βιντεοσκόπησης.

Η πρακτική επίδειξη θα αφορά την κατασκευή ενός επενθέτου από σύνθετη ρητίνη, με την ημιάμεση τεχνική, και στην συνέχεια την συγκόλλησή του στην οδοντική κοιλότητα.

Είναι μια τεχνική που μπορεί να εφαρμόσει ο κλινικός Οδοντίατρος, προκειμένου να αντιμετωπίσει δόντια με εκτεταμένη απώλεια οδοντικών ιστών, αφού εξοικειωθεί βεβαίως με τα υλικά και τον τρόπο εφαρμογής τους.

Για ποιους λόγους επιλέχθηκε το συγκεκριμένο θέμα και πόσο χρήσιμο θα το βρουν οι σύνεδροι της ημερίδας;

Πάντα ο οδοντίατρος προβληματιζόταν για την αποκατάσταση δοντιών με εκτεταμένη απώλεια είτε λόγω τερηδόνας είτε λόγω κατάγματος. Η ιδιαιτερότητα, αν θέλετε, της εποχής μας είναι ότι έχουμε σήμερα την δυνατότητα να αντιμετωπίσουμε αυτές τις εκτεταμένες οδοντικές βλάβες, τόσο σε πρόσθια όσο και σε οπίσθια δόντια, με πιο συντηρητικές τεχνικές, όσον αφορά την αποκοπή οδοντικών ιστών.

Για παράδειγμα, πριν από λίγα χρόνια, ένας γομφίος με μεγάλη απώλεια της μύλης του από τερηδόνα ή κάταγμα ή επανατερηδονισμό παλιάς αποκατάστασης, έστω κι αν ο πολφός του ήταν ζωντανός, προκειμένου να αποκατασταθεί θα έπρεπε να γίνει ενδοδοντική θεραπεία, να ακολουθήσει αποκατάσταση της μύλης με άξονα και στην συνέχεια να γίνει ολική κάλυψη του δοντιού με στεφάνη. Σήμερα, τέτοια περιστατικά μπορούν να αντιμετωπιστούν συντηρητικά, με συγκόλληση ενός ενθέτου ή επενθέτου από πολυμερή υλικά στους εναπομείναντες οδοντικούς ιστούς, ενώ το δόντι μπορεί να διατηρήσει την ζωτικότητά του και ο ασθενής σημαντικό χρόνο, αλλά και χρήματα (Εικ 1-2).

Στα πρόσθια δόντια, επίσης, μπορούμε να αντιμετωπίσουμε κατάγματα αλλά και εκτεταμένες τερηδονικές βλάβες, με τα σύγχρονα σκευάσματα των συνθέτων ρητινών και την «τεχνική διαστρωμάτωσης» παρέχοντας στους ασθενείς μας «αόρατες» αποκαταστάσεις με πολύ καλή συμπεριφορά στον χρόνο λειτουργικά αλλά και αισθητικά. (Εικ. 3-4)

Δόντια με κατεστραμμένη σχεδόν όλη την μύλη τους, μπορούν μετά από μια σωστή ενδοδοντική θεραπεία και την τοποθέτηση άξονα, χυτού ή προκατασκευασμένου, να χρησιμοποιηθούν σαν στηρίγματα προσθετικών αποκαταστάσεων δίνοντας λύσεις για ακίνητες αποκαταστάσεις. Όλα αυτά θα συζητηθούν, μέσα από την παρουσίαση κλινικών περιστατικών, στην ημερίδα «Αποκατάσταση δοντιού με κατεστραμμένη μύλη».

Βλέπουμε τελευταία πως οι περισσότερες ημερίδες και συνέδρια επιλέγουν πρακτικά θέματα της καθημερινής οδοντιατρικής πράξης. Λαμβάνετε ανάλογα μηνύματα από τον σημερινό οδοντίατρο;

Ο ελεύθερος επαγγελματίας οδοντίατρος βιώνει μια πραγματικά δύσκολη οικονομικά εποχή, στην οποία για να επιβιώσει πρέπει να είναι ενημερωμένος και να διαθέτει την ικανότητα να αντιμετωπίζει κάθε φορά τα οδοντικά προβλήματα των ασθενών του, εξατομικεύοντας το σχέδιο θεραπείας και παρέχοντας εναλλακτικές λύσεις ανάλογα με τις απαιτήσεις και τις δυνατότητες των ασθενών του.

Παράγοντες όπως η ηλικία του ασθενούς και η οικονομική του δυνατότητα, πολλές φορές, είναι οι κύριοι λόγοι που θα καθορίσουν το σχέδιο θεραπείας. Σε νεαρά άτομα η συντηρητική αποκοπή οδοντικών ιστών είναι ένα σημαντικό στοιχείο που πρέπει να επιδιώκει ο κλινικός. Δεδομένου ότι καμιά οδοντιατρική αποκατάσταση δεν έχει χρόνο ζωής διά βίου, η επιλογή συντηρητικότερων τεχνικών σε νεαρούς ασθενείς δίνει την δυνατότητα στον κλινικό να εφαρμόσει στο μέλλον και άλλα θεραπευτικά σχήματα.

Ζούμε στην «εποχή των εμφυτευμάτων». Τα εμφυτεύματα είναι ένα σημαντικό εργαλείο στα χέρια του σύγχρονου Οδοντιάτρου, αλλά δεν αποτελούν πανάκεια και πολύ περισσότερο δεν θα πρέπει να λειτουργούν εις βάρος της διατήρησης των φυσικών δοντιών.

Φροντίδα του Οδοντίατρου πρέπει να είναι η αντιμετώπιση των προβλημάτων των δοντιών των ασθενών του με σκοπό την διατήρηση, για όσο το δυνατόν περισσότερο χρόνο γίνεται, των φυσικών δοντιών στον φραγμό.

Για να το πετύχει αυτό, πρέπει να είναι ενημερωμένος για τα σύγχρονα υλικά και τις τεχνικές που εφαρμόζονται σήμερα στον οδοντιατρικό χώρο σε παγκόσμιο επίπεδο.

Γι' αυτό και τα πρακτικά θέματα της καθημερινής οδοντιατρικής πράξης πάντα τον ενδιαφέρουν. Αυτές τις γνώσεις πρέπει να τις αναζητά σε έγκυρους επιστημονικούς φορείς, όπως είναι οι επιστημονικές οδοντιατρικές εταιρείες, που σκοπό δεν έχουν το κέρδος, αλλά την ενημέρωση του Οδοντιάτρου.

Η ΕΣΟ έχει καταρτίσει εδώ και καιρό το πρόγραμμα εκδηλώσεων για το 2011. Μπορείτε να μας πείτε τι θα περιλαμβάνουν οι επόμενες ημερίδες;

Η δεύτερη ημερίδα θα γίνει στις 2 Απριλίου του 2011, με θέμα «Αντιμετώπιση περιστατικών με προβλήματα κάθετης διάστασης και προσθετικού χώρου».

Συντονιστής σε αυτή την ημερίδα είναι ο κ Β. Χρονόπουλος, ο οποίος μαζί με τους Κ. Σάβα, Α. Σαρακηνό, Π. Σταθοπούλου και Κ. Τσούτη, θα παρουσιάσουν τις βασικές αρχές αντιμετώπισης σύνθετων περιστατικών με προβλήματα προσθετικού χώρου και κάθετης διάστασης του προσώπου. Μέσα από κλινικά περιστατικά θα συζητηθούν σχέδια θεραπείας που ακολουθούνται μέχρι την ολοκλήρωσή τους.

Το θέμα και αυτής της ημερίδας είναι πρακτικό κλινικό θέμα της καθημερινής οδοντιατρικής πράξης.

Η τρίτη εκδήλωση της Εταιρείας Σύγχρονης Οδοντιατρικής που έχει προγραμματιστεί για το 2011, είναι ένα Πρακτικό Σεμινάριο. Θα γίνει στις 4 Ιουνίου και αφορά την χημικομηχανική επεξεργασία των ριζικών σωλήνων με μηχανοκίνητα συστήματα διαφόρων εταιρειών και την έμφραξή τους με θερμοπλαστικοποιημένη γουταπέρκα.

Θα γίνει λεπτομερής θεωρητική ανάπτυξη των σύγχρονων τεχνικών επεξεργασίας και έμφραξης των ριζικών σωλήνων, θα ακολουθήσει επίδειξη από τους διδάσκοντες και πρακτική άσκηση των συμμετεχόντων σε πλαστικά blocks αλλά και σε φυσικά δόντια.

Συντονιστής αυτής της ημερίδας είναι ο Σ. Σιλβέστρος, ο οποίος μαζί με τους Ε. Κωνσταντάκη, Σ. Μάγκο, Ε. Μέλιου, Κ. Παπαδούλη, Ι. Οικονόμου και Σ. Φλωράτο θα αναπτύξουν το θεωρητικό και θα εφαρμόσουν το πρακτικό μέρος του σεμιναρίου.

Στο συγκεκριμένο σεμινάριο η συμμετοχή θα είναι περιορισμένη (60 άτομα).

Κα Παξιμαδά, σας ευχαριστώ πολύ γι' αυτήν τη συνέντευξη και σας εύχομαι καλή επιτυχία στις ημερίδες που διοργανώνει η ΕΣΟ.

Και εγώ σας ευχαριστώ.

Εικ. 1. Αρχική κλινική εικόνα του γομφίου.

Εικ. 2. Το επένθετο σύνθετης ρητίνης συγκολλημένο στο στόμα.

Εικ. 3. Αρχική απεικόνιση των δοντιών αμέσως μετά τον τραυματισμό .

Εικ. 4. Το χαμόγελο του ασθενούς μετά την ανασύσταση των δοντιών.

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

ΕΝΔΟΔΕΡΜΙΚΑ ΕΜΦΥΤΕΥΜΑΤΑ & ΕΝΕΣΙΜΕΣ ΘΕΡΑΠΕΙΕΣ για την ΟΛΟΚΛΗΡΩΣΗ της ΑΙΣΘΗΤΙΚΗΣ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ του ΠΡΟΣΩΠΟΥ

Μέρος 1ο – BOTOX®

*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

Στα προηγούμενα άρθρα αναφερθήκαμε εκτενώς στα χαρακτηριστικά των σύγχρονων οστεοενσωματούμενων εμφυτευμάτων και στις δυνατότητες που αυτά παρέχουν για μία άρτια λειτουργικά και αισθητικά προσθετική αποκατάσταση. Ωστόσο, η βελτίωση της εικόνας του προσώπου δεν εξαντλείται μόνο μέσα από τις προαναφερθείσες κατηγορίες εμφυτευμάτων. Η μεγάλη επίδραση της έλλειψης δοντιών στην αισθητική του προσώπου είναι προφανής ***(εικόνα 1).*** *Αρκεί όμως μόνο η οδοντιατρική αποκατάσταση για την κάλυψη των σύγχρονων απαιτήσεων των ασθενών για την εμφάνιση του προσώπου τους; Στα πλαίσια αυτού του προβληματισμού θα παρουσιάσουμε περαιτέρω δυνατότητες της σύγχρονης αιθητικής ιατρικής που βελτιώνουν την εμφάνιση του προσώπου και ενδιαφέρουν τον γενικό οδοντίατρο.*

Την τελευταία εικοσαετία, στα πλαίσια μιας κοινωνίας που αποδίδει συνεχώς μεγαλύτερο ρόλο στην εξωτερική εμφάνιση, αυξάνεται ραγδαία ο αριθμός των ασθενών που προσέρχονται στον ειδικό για την αποκατάσταση αισθητικών προβλημάτων στην περιοχή του προσώπου, με όσο το δυνατόν λιγότερο επεμβατικές μεθόδους. Ακριβώς λόγω αυτής της σύγχρονης απαίτησης, εφαρμόζονται εκτενώς διάφορες θεραπείες που υποκαθιστούν την ανάγκη χειρουργικής επέμβασης και οι νέες αυτές τάσεις περιλαμβάνουν: ***α)*** *εφαρμογή ενδοδερμικών εμφυτευμάτων και ενέσιμων θεραπειών, όπως είναι η βοτουλινική τοξίνη Α (BOTOX®) και* ***β)*** *τη χρήση διαφόρων ειδών LASER.*

Η βελτίωση της όψης του προσώπου αποτελεί επιθυμία των ανθρώπων εδώ και πολλούς αιώνες και σε όλες τις κοινωνίες. Ανάμεσα στις θεραπείες που εφαρμόζονται σήμερα για τον σκοπό αυτό, τα ενδοδερμικά εμφυτεύματα και η χρήση της βοτουλινικής τοξίνης κατέχουν κυρίαρχη θέση και λειτουργούν με πολλαπλά οφέλη για τον ασθενή: βελτιώνοντας την εικόνα που έχει ο ασθενής για τον εαυτό του, καλυτερεύει η ψυχολογία του, αλλά και οι προσωπικές και επαγγελματικές του σχέσεις.

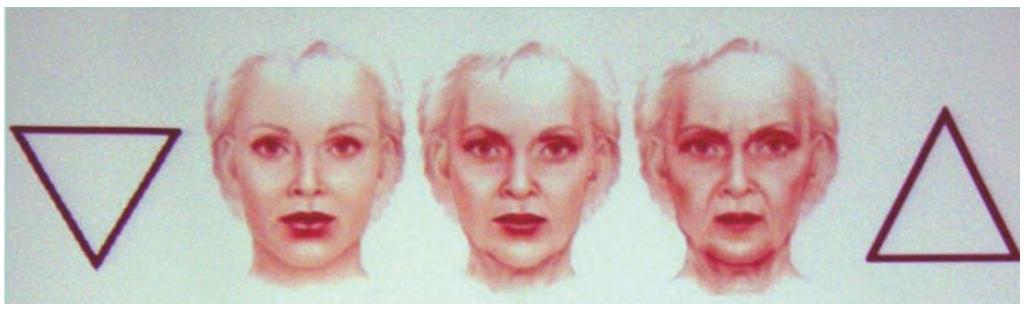
Εικόνα 1 – Διόρθωση της αισθητικής του προσώπου με τη βοήθεια επιεμφυτευματικής προσθετικής αποκατάστασης σε νωδή και ατροφική άνω και κάτω γνάθο.

Οι αισθητικές επεμβάσεις που σκοπό έχουν τη βελτίωση της εμφάνισης δεν αφορούν στην αντιμετώπιση κάποιου προβλήματος υγείας, επομένως από αυτές τις παρεμβάσεις θα πρέπει να προκύπτει μόνο ωφέλεια και να εκμηδενίζεται ο κίνδυνος. Τούτο καθιστά αναγκαίο ο ιατρός να είναι άριστα καταρτισμένος, αλλά και να είναι σε θέση να αξιολογεί κατάλληλα τον ασθενή και να ενημερώνει ρεαλιστικά ως προς τις απαιτήσεις και τις προσδοκίες που πρέπει να αναμένει από μία τέτοια διαδικασία. Μάλιστα, ο ιατρός έχει την ευθύνη να αρνηθεί απαιτήσεις που ενέχουν υψηλό κίνδυνο αποτυχίας και επιπλέον οφείλει να παραπέμψει τον ασθενή στον ειδικό για συμβουλή ή θεραπεία, σε περίπτωση που ο ίδιος κρίνει τις απαιτήσεις του ασθενή υπερβολικές και υποκρύπτουν κάποια ψυχολογική του επιβάρυνση.

Στο παρελθόν οι χειρουργικές επεμβάσεις κυριαρχούσαν στο πεδίο της επανορθωτικής χειρουργικής του προσώπου. Σήμερα, με την πληθώρα των μη χειρουργικών τεχνικών, οι οποίες προσφέρουν αισθητική βελτίωση μέσα σε σύντομο χρονικό διάστημα, η τάση είναι να πραγματοποιούνται ολοένα και λιγότερες επεμβάσεις, αλλά και να λαμβάνονται μέτρα για την προφύλαξη της εμφάνισης του προσώπου από τη φθορά του χρόνου.

Α. ΒΟΤΟΥΛΙΝΙΚΗ ΤΟΞΙΝΗ Α (BOTOX®)

Κατά τη διάρκεια των τελευταίων δεκαετιών υπάρχει ραγδαία αύξηση του αριθμού των ασθενών που επιθυμούν τη βελτίωση της εικόνας του προσώπου, λόγω των αλλαγών που επέρχονται με την ηλικία. Με το πέρασμα των ετών, η βάση του τριγώνου που βρίσκεται σε νεαρή ηλικία μεταξύ των ζυγωματικών διαφοροποιείται και αναστρέφεται σταδιακά προς το κατώτερο τμήμα του προσώπου **(εικόνα 2)**. Είναι από όλους επιθυμητό να εξαλειφθούν οι ρυτίδες και οι αύλακες του προσώπου. Σήμερα, η νέα τάση στην αισθητική χειρουργική είναι η αποκατάσταση του όγκου του προσώπου και όχι το τεντωμένο δέρμα.



Εικόνα 2 – Η φυσική γήρανση του προσώπου. Με το πέρασμα των ετών η βάση του τριγώνου που βρίσκεται σε νεαρή ηλικία μεταξύ των ζυγωματικών, διαφοροποιείται και αναστρέφεται σταδιακά προς το κατώτερο τμήμα του προσώπου.

Ιδιαίτερη συμβολή στην κατεύθυνση αυτή έχει επιτευχθεί με την εισαγωγή στην καθημερινή κλινική πράξη μίας νευροτοξίνης, της βοτουλινικής τοξίνης Α, αλλά και των διαφόρων τύπων ενδοδερμικών εμφυτευμάτων. Τόσο η χρήση της βοτουλινικής τοξίνης Α, όσο και των ενέσιμων ενδοδερμικών εμφυτευμάτων επιτρέπει την προσωρινή διόρθωση πολλών ατελειών που προσώπου που δημιουργούνται με την αύξηση της ηλικίας, αλλά με χαμηλή νοσηρότητα. Αυτή επιτυγχάνετα με: το περιορισμένο οίδημα, την απουσία τραύματος, τον ελάχιστο χρόνο διενέργειας της παρέμβασης, ενώ σε πολλές περιπτώσεις ο ασθενής μπορεί να συμμετέχει στις καθημερινές του ασχολίες αμέσως μετά το πέρας της όλης διαδικασίας.

Οι δερματικοί ή μιμικοί μύες του προσώπου βρίσκονται στον υποδόριο ιστό και νευρώνονται από το προσωπικό νεύρο. Χαρακτηριστικό τους γνώρισμα αποτελεί το γεγονός ότι με το ένα άκρο τους προσφύονται στο υπερκείμενο δέρμα και με τη δράση τους προκαλούν σε αυτό κάθετες προς τον άξονά τους γραμμώσεις, οι οποίες καλούνται **δυναμικές ρυτίδες,** ενώ αντίστοιχα οι γραμμώσεις που προκαλούνται από την υπερδραστηριότητα αυτών των μυών ονομάζονται **υπερδυναμικές ρυτίδες**. Με το πέρασμα του χρόνου, το δέρμα χάνει την ελαστικότητά του και από την επανάληψη κινήσεων και εκφράσεων του προσώπου από τη δράση των μιμικών μυών, οι δυναμικές και υπερδυναμικές ρυτίδες γίνονται πιο εκσεσημασμένες, ακόμα και με ελάχιστη δραστηριότητα των υποκείμενων μυών.

Αντίθετα, οι **στατικές ρυτίδες** είναι αυτές που δημιουργούνται από εξωγενείς παράγοντες, όπως η βαρύτητα, το κάπνισμα και η υπεριώδης ακτινοβολία και μπορεί να έχουν οποιαδήποτε φορά συγκριτικά με τον άξονα των υποκείμενων μυών.

Οι ρυτίδες που απαντώνται στο άνω ήμισυ του προσώπου, δηλαδή στο μέτωπο και στο μεσόφρυο, καλούνται επιπλέον **ρυτίδες έκφρασης** και καθώς γίνονται πιο εμφανείς με το πέρασμα του χρόνου προσδίδουν μόνιμη όψη θυμού, άγχους, αγωνίας, κούρασης, φόβου ή μελαγχολίας.

Η βοτουλινική νευροτοξίνη Α (BOTOX®) εγκρίθηκε για πρώτη φορά το 1989, προκει-

μένου να θεραπευθούν δύο διαταραχές των μυών των οφθαλμών: *ο βλεφαρόσπασμος* και *ο στραβισμός*. Το 2000, ακολούθησε η έγκρισή της και για τη θεραπεία μιας νευρολογικής διαταραχής που προκαλεί συστολές στον τράχηλο και στον ώμο, γνωστής ως *αυχενικής δυστονίας*. Όταν η βοτουλινική τοξίνη χρησιμοποιήθηκε στην περιοφθαλμική περιοχή, παρατηρήθηκε ότι οδηγούσε στην άμβλυνση των γραμμών που δημιουργούνται κατά τη συνοφρύωση στην περιοχή του μεσόφρυου και οι οποίες δίδουν στο πρόσωπο μία όψη κούρασης, θυμού ή δυσαρέσκειας. Μέχρι τον Απρίλιο του 2002, η Υπηρεσία Τροφίμων και Φαρμάκων της Αμερικής (FDA) προέβει σε ανάλυση διαφόρων μελετών που εστιάζονταν στη χρήση του BOTOX® για μείωση των έντονων ρυτίδων που δημιουργούνται κατά τη συνοφρύωση του προσώπου, η οποία έδειξε ότι τα κλινικά αποτελέσματα διαρκούσαν έως και 120 ημέρες. Η υπηρεσία κατόπιν χορήγησε άδεια έγκρισης για χρήση του φαρμάκου με την ανωτέρω ένδειξη.

Α.1 Φαρμακολογία

Διάφορες νευροτοξίνες παράγονται από το βακτήριο Clostridium botulinum, όπως οι A, B, C1, D, E, F, και G. Οι διαφορετικοί αυτοί ορότυποι παρουσιάζουν σημαντικές διαφορές όσον αφορά τόσο στους μηχανισμούς δράσης, όσο και στα κλινικά τους αποτελέσματα. Από αυτούς, ο τύπος της νευροτοξίνης Α είναι ο πιο ισχυρός και ο πρώτος που χρησιμοποιήθηκε στην κλινική πράξη. Ο μηχανισμός με τον οποίο δρα είναι ο αποκλεισμός της νευροδιαβίβασης από τις νευρομυϊκές συνάψεις, εμποδίζοντας την απελευθέρωση της ακετυλοχολίνης. Η

Εικόνα 3 – Περιοχές του προσώπου όπου εφαρμόζεται η θεραπεία με βοτουλινική τοξίνη Α

βοτουλινική τοξίνη τύπου Α είναι σήμερα ο μοναδικός τύπος τον οποίο η FDA έχει εγκρίνει για αισθητικούς σκοπούς.

Το σκεύασμα MYOBLOC® αποτελεί εμπορικό προϊόν που περιέχει τη βοτουλινική τοξίνη τύπου Β. Επί του παρόντος, έχει λάβει έγκριση μόνο για τη βελτίωση της θέσης της κεφαλής και του πόνου στον αυχένα που συνδέονται με την αυχενική δυστονία. Ωστόσο, η ολοένα και αυξανόμενη κλινική εμπειρία από τη χρήση του ορότυπου της νευροτοξίνης Β αποδεικνύει την αποτελεσματικότητά του και στη θεραπεία των ρυτίδων.

Α.2 Χορήγηση

Το BOTOX® διανέμεται σε φιαλίδια των 100 IU και συνιστάται να γίνεται ανάμειξη του με στείρο ισότονο διάλυμα NaCl, το οποίο δεν πρέπει να περιέχει συντηρητικά. Προτείνεται η ανάμειξη ενός φιαλιδίου με 4ml ισότονου διαλύματος NaCl για τις γυναίκες και 3 ml για τους άνδρες, ώστε να έχουμε μια τελική συγκέντρωση 2.5 IUκαι 3,33 IU δραστικής ουσίας ανά 0,1 ml διαλύματος αντίστοιχα.

Η βοτουλινική τοξίνη Α χορηγείται με ένεση, χρησιμοποιώντας σύριγγες Lock Luer του 1ml με βελόνα 30G. Αυτό το μέγεθος βελόνας είναι γενικά ατραυματικό και ως εκ τούτου για τους περισσότερους ασθενείς δεν απαιτείται τοπική αναισθησία. Η χρήση τοπικών αναισθητικών σπάνια είναι αναγκαία πριν από την ένεση του BOTOX®. Ανά περιόδους, οι ασθενείς εάν αισθάνονται πόνο είναι δυνατό να μειώνουν τη θερμοκρασία τοπικά στο σημείο της ένεσης με τη βοήθεια πάγου ή με κομπρέσες κρύας γέλης ή ακόμα αλοιφής EMLA.

Οι παρακάτω συστάσεις που αφορούν τη δοσολογία και τη χορήγηση της βοτουλινικής τοξίνης Α αναφέρονται σε υγιείς ενήλικες ασθενείς μέσου σωματικού βάρους, οι οποίοι επιζητούν θεραπεία για αισθητικούς λόγους. Οι περιοχές στις οποίες πραγματοποιείται τυπικά η έγχυση φαίνονται στην **εικόνα 3**. Η τυπική συνολική ποσότητα έτοιμου σκευάσματος η που ενίεται τελικά, κυμαίνεται από 25 έως 75 IU, ενώ σε κάποιους ασθενείς ίσως απαιτηθούν περιστασιακά μέχρι και 100 IU. Όταν η τοξίνη ενίεται στην περιοχή του τραχήλου, συνιστάται από ορισμένους συγγραφείς η συνολική δόση που κατανέμεται σε αυτή την περιοχή να είναι μικρότερη από 30 IU. Το βάθος και η ανατομική θέση της ένεσης καθορίζεται από την κλινική εξέταση του ασθενή, μέσα από τις διάφορες εκφράσεις του προσώπου και από τις γνώσεις του ιατρού για την ανατομία των μυών της περιοχής. Το κλινικό αποτέλεσμα εμφανίζεται συνήθως μετά από 1-2 ημέρες και διαρκεί κατά μέσο όρο μέχρι 4 - 5 μήνες.

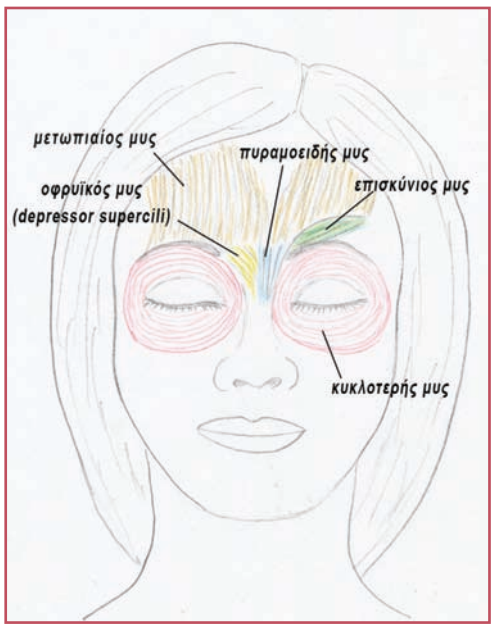
Α.3 Περιοχές του προσώπου και του τραχήλου που υπόκειντα σε θεραπεία

Υπάρχουν συγκεκριμένες περιοχές του προσώπου και του τραχήλου στις οποίες γίνεται ένεση βοτουλινικής τοξίνης και οι οποίες αναφέρονται παρακάτω. Η εφαρμογή της βοτουλινικής τοξίνης είναι δυνατό να απαλείψει ή να μειώσει τις *υπερδυναμικές* και *δυναμικές ρυτίδες* του προσώπου, είτε μόνη της, είτε σε συνδυασμό με ενέσιμα ενδοδερμικά εμφυτεύματα σε περιοχές που οι ρυτίδες αυτές είναι έντονες. Αντίθετα, η αντιμετώπιση των *στατικών ρυτίδων* είναι εφικτή μόνο με τη χρήση ενδοδερμικών εμφυτευμάτων.

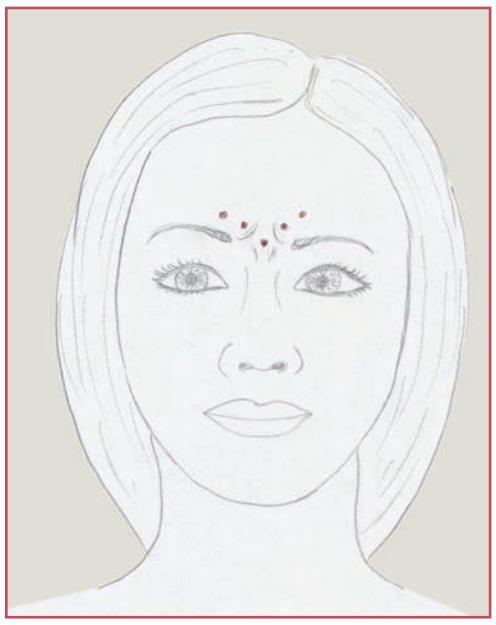
Ο ιατρός θα πρέπει να γνωρίζει πολύ καλά την ανατομία των μυών του προσώπου και κυρίως να αντιλαμβάνεται τη δυναμική ισορροπία μεταξύ των ανταγωνιστών και συναγωνιστών μυών κάθε περιοχής πριν προχωρήσει στην έγχυση του σκευάσματος. Στόχος κάθε θεραπείας είναι η επίτευξη ενός άλλου επιπέδου ισορροπίας μεταξύ των μυών αυτών και όχι η απόδοση ενός ανέκφραστου προσώπου.

Α.3.1 Μεσόφρυο

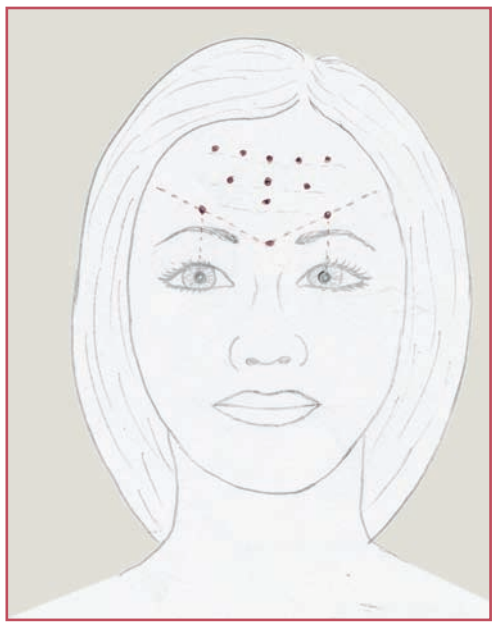
Το μεσόφρυο αποτελεί μία από τις πιο συχνές θέσεις έγχυσης της βοτουλινικής τοξίνης. Η συνοφρύωση δημιουργείται από την καθελκτική δράση των παρακάτω μυών: α) της κάθετης μοίρας εκάστου επισκύνιου μυός, η οποία δρα στο έσω τριτημόριο του σύστοιχου



Εικόνα 4 – Σχηματική απεικόνιση των μυών της έκφρασης του άνω τριτημορίου του προσώπου.



Εικόνα 5 – Οι περιοχές του μεσόφρυου, όπου γίνεται η έγχυση της βοτουλινικής τοξίνης Α.



Εικόνα 6 – Τα σημεία στα οποία γίνεται η έγχυση της βοτουλινικής τοξίνης Α στην περιοχή του μετώπου.

Εικόνα 7 – «Πόδι της χήνας»:Τα σημεία στα οποία γίνεται η έγχυση της βοτουλινικής τοξίνης Α.

οφρύος, β) του πυραμοειδούς μυός, ο οποίος δρα στο μέσο τριτημόριο των οφρύων, δ) του σφιγκτήρα των βλεφάρων και δ) ενός οφρυϊκού μυός (depressor supercili) η ύπαρξη του οποίου αμφισβητείται από πολλούς συγγραφείς. Αντίθετα, ανταγωνιστική δράση στους παραπάνω μύες ασκούν: α) η έσω μοίρα έκαστου μετωπιαίου μυός και β) η οριζόντια μοίρα έκαστου επισκύνιου μυός, οι οποίες ανέλκουν το έσω και μέσο τριτημόριο του σύστοιχου οφρύος αντίστοιχα. Όσον αφορά στο εξωτερικό τριτημόριο των οφρύων: α) το κροταφικό τμήμα του μετωπιαίου μυός ασκεί ανελκτική δράση, ενώ β) ο σφιγκτήρας των βλεφάρων ασκεί δράση καθελκτήρα μυός.Η σχηματική απεικόνιση των μυών αυτών δίδεται στην **εικόνα 4**.

Οι επισκύνιοι μύες συμπλησιάζουν τους οφρύες και ρυτιδώνουν κάθετα το δέρμα του μεσόφρυου, προκαλώντας σκυθρωπή και βλοσυρή έκφραση. Από τη σύσπαση του πυραμοειδούς μυός δημιουργούνται οριζόντιες ρυτιδώσεις ακριβώς πάνω από το ριζορρίνιο, οι οποίες προσδίδουν στο πρόσωπο βλοσυρή έκφραση. Τέλος, από τη δράση του μετωπιαίου μυός δημιουργούνται οριζόντιες ρυτίδες και αντίστοιχα προσδίδεται στο πρόσωπο έκφραση προσοχής ή έκπληξης.

Τεχνική έγχυσης: Ο ασθενής τοποθετείται σε όρθια ή ελαφρώς επικλινή θέση. Πριν από την έγχυση της τοξίνης παραγγέλνουμε να συνοφρυωθεί προκειμένου να σημειώσουμε τα σημεία έγχυσης. Εγχέουμε και με φορά μακράν της περιοχής των δύο οφθαλμικών κόγχων, βαθιά, συνήθως σε 5-7 σημεία σε σχήμα V **(εικόνα 5)**. Σε κάθε σημείο εγχέονται 0,2ml έτοιμου σκευάσματος.

Επιπλοκές: Η έγχυση στην περιοχή του επισκύνιου μυός ενέχει τον κίνδυνο παροδικής πτώσης του βλεφάρου, λόγω διάχυσης της τοξίνης προς τον ανελκτήρα μυ του άνω βλεφάρου. Η πιθανότητα αυτή απομακρύνεται με τη χορήγηση της σωστής ποσότητας τοξίνης σε θέσεις που απέχουν τουλάχιστον 1 cm μακριά από το υπερκόγχιο χείλος και πιέζοντας με τον αντίχειρα του αριστερού χεριού στο έσω τριτημόριο του υπερκόγχιου χείλους,, ακριβώς κάτω από τον επισκύνιο μυ τη στιγμή της έγχυσης (βλ. εικόνα 8).. Παραταύτα, σε περίπτωση που εμφανιστεί αυτή η επιπλοκή χορηγούμε 1-3 σταγόνες apraclonidine 0,5% (Iopidine) τρεις φορές την ημέρα, η οποία δρα στον μυ του Müller ανορθώνοντας το βλέφαρο κατά 1-2mm. Ο μικρός αυτός μυς νευρώνεται από το αυτόνομο νευρικό σύστημα και έχει δράση ανελκτήρα μυός. Επιπλέον, θα πρέπει να αποφεύγεται η έγχυση μεγάλων ποσοτήτων τοξίνης στην κεντρική περιοχή του μεσόφρυου, διότι μπλοκάροντας τους καθελκτήρες μύες, είναι δυνατό να προκληθεί υπερβολική ανύψωση του έσω τριτημορίου των οφρύων, λόγω υπέρμετρης ανταγωνιστικής δράσης των μετωπιαίων μυών.

Α.3.2 Μέτωπο

Το μέτωπο είναι επίσης μία από τις συχνότερες θέσεις εφαρμογής της βοτουλινικής τοξίνης. Από τη δράση των μετωπιαίων μυών δημιουργούνται εκσεσημασμένες ρυτιδώσεις στην περιοχή του μετώπου, οι οποίες δεν υποχωρούν συνήθως με τη βοήθεια των LASERs, καθότι το δέρμα σε αυτήν την περιοχή έχει αυξημένο πάχος, αλλά και επειδή οι μετωπιαίοι μύες βρίσκονται σε κάποιο βάθος. Η έγχυση βοτουλινικής τοξίνης στην περιοχή αποτελεί αποτελεσματική εναλλακτική λύση απέναντι στη χειρουργική ανόρθωση του δέρματος (lifting) για τη μείωση των ρυτίδων και μπορεί να συνδυαστεί με ταυτόχρονη εφαρμογή ενέσιμων ενδοδερμικών εμφυτευμάτων σε περιπτώσεις που οι ρυτίδες είναι ιδιαίτερα έντονες ή υπάρχουν στατικές ρυτίδες, όπως συμβαίνει συχνά.

Τεχνική έγχυσης: Κατά την κλινική εξέταση παραγγέλνουμε αρχικά στον ασθενή να ανασηκώσει τους οφρύες, προκειμένου να αξιολογήσουμε την έκταση των ρυτιδώσεων και να σημειώσουμε τις περιοχές έμπαρσης της βελόνας. Υπάρχουν δύο τύποι δράσης των μετωπιαίων μυών: α) **Στον πρώτο τύπο** εμφανίζονται ρυτιδώσεις που εκτείνονται σε εύρος πέρα από την περιοχή της ίριδας ή ακόμα και πέρα από το έξω τριτημόριο των οφρύων, ενώ β) **στον δεύτερο τύπο** οι ρυτιδώσεις παραμένουν στην κεντρική περιοχή του μετώπου και εκτείνονται σε μικρή απόσταση εκατέρωθεν μίας νοητής κάθετης γραμμής που διέρχεται από το μέσο της απόστασης που ορίζεται από τις κόρες των οφθαλμών. Στον πρώτο τύπο ρυτιδώσεων, ο ιατρός θα πρέπει να έχει υπόψη του ότι η έγχυση βοτουλινικής τοξίνης στην περιοχή του μετώπου θα επηρεάσει τις κινήσεις των οφρύων, οπότε πρέπει να εξασφαλίσει τη συμμετρία αυτών των κινήσεων. Επιπλέον, σε κάθε περίπτωση, οι μετωπιαίοι μύες, αλλά και οι μύες του μεσόφρυου θα πρέπει να τροποποιούνται ταυτόχρονα προκειμένου να υπάρχει ένα αρμονικό αποτέλεσμα.

Η έγχυση γίνεται υπό γωνία 60° ή 90° σε θέσεις όπως φαίνεται στην **εικόνα 6,** ανάλογα με την έκταση του μετώπου και την εκτίμηση του αισθητικού αποτελέσματος, με 0,05ml έτοιμου σκευάσματοςανά σημείο. Τα πολλαπλά σημεία έγχυσης είναι προτιμότερα.

Επιπλοκές: Κατά την έγχυση απαιτείται προσοχή προκειμένου να αποφευχθεί το ενδεχόμενο πτώσης των οφρύων από την έγχυση της τοξίνης στις υπερόφρυες περιοχές, γεγονός που αποτελεί τη συνηθέστερη επιπλοκή από την εφαρμογή της μεθόδου στα σημεία αυτά. Η επιπλοκή αυτή μπορεί να αποφευχθεί, εάν οι εγχύσεις γίνουν όσο το δυνατόν ψηλότερα και προς τη μέση γραμμή, λαμβάνοντας πάντα ως γνώμονα ότι το κατώτερο σημείο της ένεσης θα πρέπει να απέχει τουλάχιστον 1cm πάνω από τον οφρύ και τουλάχιστον 2cm σε έλλειψη εμπειρίας του ιατρού.

Σε περίπτωση που εμφανίζεται ο πρώτος τύπος δράσης των μετωπιαίων μυών, πέρα από την ασυμμετρία των κινήσεων των οφρύων στην οποία αναφερθήκαμε προηγουμένως, μπορεί να προκύψει και πτώση του έξω τριτημορίου του οφρύος, εάν γίνει αδρανοποίηση του κροταφικού τμήματος του μετωπιαίου μυός.

Τέλος, θα πρέπει να λάβουμε υπόψη ότι σε ορισμένα άτομα μεγάλης συνήθως ηλικίας, πραγματοποιείται αντιρροπιστική χρήση του μετωπιαίου μυός για βελτίωση της όρασης. Σε αυτούς τους ασθενείς καλό είναι να μην πραγματοποιείται στην ίδια συνεδρία η έγχυση βοτουλινικής τοξίνης στην περιοχή του μετώπου και του μεσόφρυου.

Α.3.3 Έξω πλάγιο τμήμα του οφθαλμικού κόγχου (πόδι της χήνας)

Το έξω πλάγιο τμήμα του οφθαλμικού κόγχου αποτελεί συνήθη περιοχή εφαρμογής της βοτουλινικής τοξίνης. Εδώ, ο υποκείμενος

ΜΕΤΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΑ ΜΑΘΗΜΑΤΑ ΣΤΑ ΕΜΦΥΤΕΥΜΑΤΑ
ΓΝΑΘΟΠΡΟΣΩΠΙΚΗ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ ΤΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΣΧΟΛΗΣ ΤΟΥ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟΥ ΑΘΗΝΩΝ
—
ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ «ΑΤΤΙΚΟΝ»
—
ΕΠΕΙΓΟΥΣΑ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΗ
ΜΑΘΗΜΑΤΑ ΙΑΝΟΥΑΡΙΟΥ – ΦΕΒΡΟΥΑΡΙΟΥ 2011
ΣΑΒΒΑΤΟ 29/01/2011, ώρα 10:00 – 15:00
Αμφιθέατρο του Πανεπιστημιακού Νοσοκομείου «ΑΤΤΙΚΟΝ»
ΘΕΜΑ:
«ΑΝΑΤΟΜΙΑ ΤΗΣ ΠΕΡΙΟΧΗΣ – ΕΥΓΕΝΗ ΑΝΑΤΟΜΙΚΑ ΜΟΡΙΑ»
«ΒΑΣΙΚΕΣ ΑΡΧΕΣ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗΣ»
«ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΕΣ ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ»
«ΑΚΤΙΝΟΓΡΑΦΙΚΗ ΑΠΕΙΚΟΝΙΣΗ- ΕΠΙΛΟΓΗ ΑΣΘΕΝΟΥΣ»
«ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΑ ΣΤΑΔΙΑ ΒΗΜΑ – ΒΗΜΑ»
«ΒΙΝΤΕΟΣΚΟΠΗΜΕΝΑ ΧΕΙΡΟΥΡΓΕΙΑ»
ΣΑΒΒΑΤΟ 19/02/2011, ώρα 10:00 – 15:00
Αμφιθέατρο του Πανεπιστημιακού Νοσοκομείου «ΑΤΤΙΚΟΝ»
ΘΕΜΑ:
«ΚΑΤΑΣΤΑΣΕΙΣ ΑΝΑΓΚΗΣ ΣΤΟ ΙΑΤΡΕΙΟ»
«ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ ΣΕ ΠΡΟΠΛΑΣΜΑΤΑ»
ΕΙΣΟΔΟΣ ΕΛΕΥΘΕΡΗ
Ο Διευθυντής της Γναθοπροσωπικής Χειρουργικής Κλινικής
της Ιατρικής Σχολής του Παν/μίου Αθηνών
Καθηγητής Ε. ΒΑΪΡΑΚΤΑΡΗΣ
ΠΡΟΣΟΧΗ!
Ενημέρωση για κάθε αλλαγή στο Site: www.med.uoa.gr/~lvairakt (Το πρώτο γράμμα στο lvairakt είναι L μικρό)
Ερωτήσεις: lvairakt@med.uoa.gr (Το πρώτο γράμμα στο lvairakt είναι L μικρό)
Τηλέφωνα: 210 - 58.31.544, 210 - 64.30.056

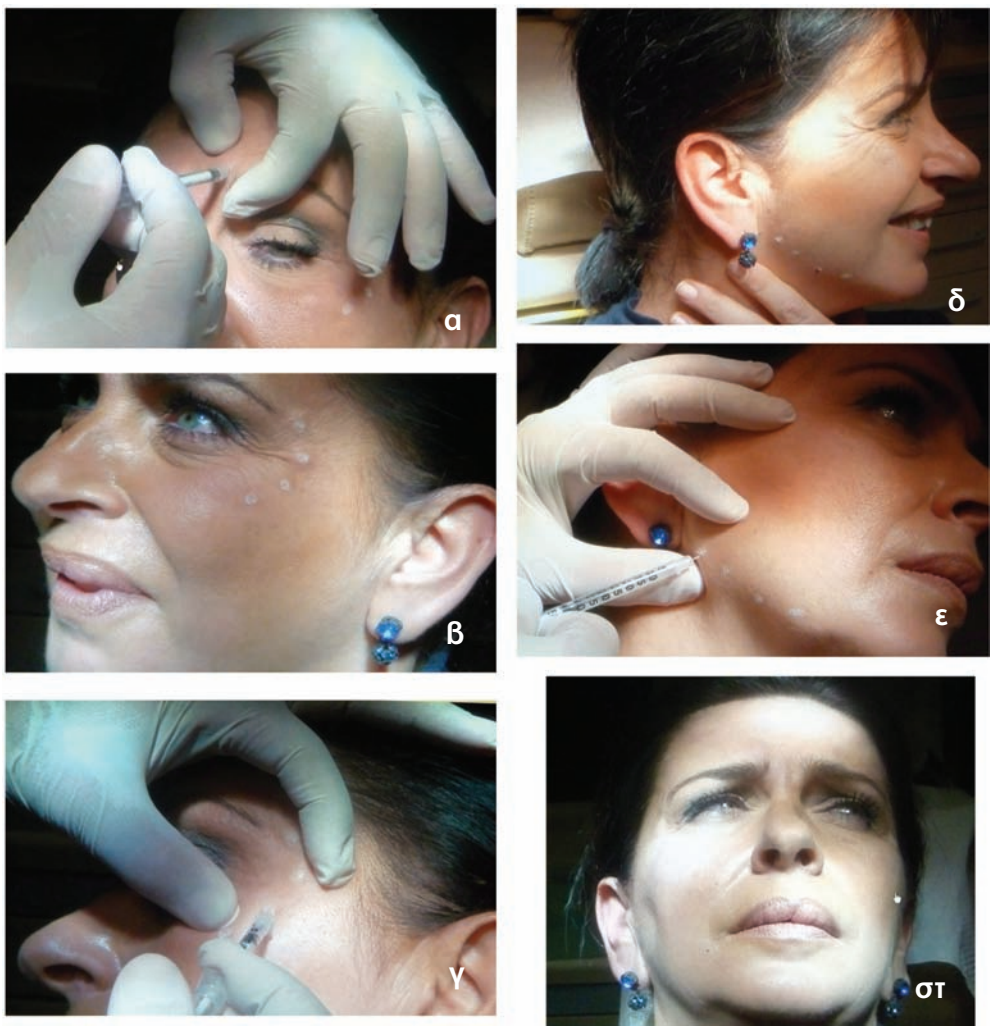
σφιγκτήρας των βλεφάρων προκαλεί την εμφάνιση έντονων γραμμώσεων, οι οποίες διατάσσονται ακτινωτά στην περιοχή του έξω κανθού και δίνουν την εικόνα «ποδιού χήνας» (crow's feet). Οι ασθενείς συνήθως ερμηνεύουν την εμφάνιση αυτών των γραμμών σαν τα πρώτα σημάδια της γήρανσης.

Τεχνική έγχυσης: Οι τυπικές θέσεις χορήγησης της ένεσης απεικονίζονται στην **εικόνα 7**. Ο ασθενής τοποθετείται σε καθιστή θέση και παραγγέλνουμε να γελάσει και να κλείσει σφιχτά τα μάτια. Η έγχυση της βοτουλινικής τοξίνης γίνεται στην έξω μοίρα του σφιγκτήρα των βλεφάρων, 1 – 1,5cm από το οστέϊνο χείλος του οφθαλμικού κόγχου για να αποφευχθεί η διάχυση του φαρμάκου προς τα έσω και η εμφάνιση διπλωπίας, ανά διαστήματα των 1,5 – 2cm, κάθετα στη φορά των ρυτίδων σε 2 – 5 σημεία. Η έμπαρση της βελόνας γίνεται με φορά προς τα άπω του οφθαλμικού κόγχου υπό γωνία 20° και η έγχυση πρέπει να γίνεται υποδόρια και όχι ενδομυϊκά. Ανάλογα με την ανταπόκριση του ασθενούς, εγχέονται 0,05ml έτοιμου σκευάσματος ανά σημείο .

Επιπλοκές: Από την εσφαλμένη εφαρμογή της μεθόδου σε αυτή την περιοχή είναι δυνατό να δημιουργηθεί ανύψωση του έξω τριτημορίου του οφρύος.

Επιπλέον, απαιτείται προσοχή στην έγχυση φαρμάκου στις κατώτερες ρυτίδες της περιοχής, οι οποίες εμφανίζονται όταν ο ασθενής χαμογελάει, προς αποφυγή αδρανοποίησης του μείζονος ζυγωματικού μυός και κατά συνέπεια πτώσης της γωνίας του στόματος. Για τον λόγο αυτό δεν εγχέουμε την τοξίνη σε απόσταση μικρότερη από 1,5cm από τον έξω κανθό και οπωσδήποτε αρκετά πάνω από το ανώτερο χείλος του ζυγωματικού οστού.

Τέλος, εάν ο ασθενής έχει αδύνατη υποστήριξη από το κάτω βλέφαρο μπορεί σε ορισμένες περιπτώσεις να δημιουργηθεί εκτρόπιο ή καθίζηση του κάτω βλεφάρου.



Εικόνα 8 – Θέσεις έγχυσης της βοτουλινικής τοξίνης στις διάφορες περιοχές του προσώπου σε ασθενή, καθώς και η σωστή τοποθέτηση των χεριών του επεμβαίνοντος κατά τη στιγμή της έγχυσης. Στην εικόνα στ) παραγγέλουμε στην ασθενή να κάνει κινήσεις των μυών του προσώπου προκειμένου να διαπιστωθεί εάν έχει επιδράσει το φάρμακο.

Α.3.4 Άλλες περιοχές

Άλλες περιοχές της κεφαλής που αντιμετωπίζονται επιτυχώς με τη βοτουλινική τοξίνη αποτελούν: το άνω χείλος (μπορεί να γίνει έγχυση σε διάφορα σημεία 0,05ml έτοιμου σκευάσματος κατά μήκος του άνω χείλους με προσοχή), η περιοχή του πώγωνα, το μυώδες πλάτυσμα, αλλά και διάφορες περιοχές εμφάνισης πτυχώσεωντου δέρματος, ως αποτέλεσμα υπερλειτουργίας των υποκείμενων μυών με γνώση βέβαια της ανατομίας της περιοχής.

Πίνακας 1 - Κριτήρια αποκλεισμού ασθενών για θεραπεία με BOTOX®

- Μυασθένεια Gravis, σύνδρομο Lambert - Eaton
- Λήψη φαρμάκων που προκαλούν νευρομυϊκό αποκλεισμό
- Εγκυμοσύνη και γαλουχία
- Αλλεργία στην τοξίνη
- Αμινογλυκοσίδες (ενισχύουν τη δράση της βοτουλινικής τοξίνης)
- Ιστορικό πάρεσης του προσωπικού νεύρου
- Βλεφαρόπτωση, ημιπάρεση προσώπου

Α.4 Επιπλοκές

Σοβαρές επιπλοκές στους ενήλικες από τη χρήση της βοτουλινικής τοξίνης είναι ασυνήθεις. Όσες επιπλοκές έχουν αναφερθεί αφορούν στη χορήγηση μη εγκεκριμένων σκευασμάτων. Συχνότερα εμφανίζονται: αιμάτωμα (5%), πτώση του βλεφάρου και του υπερόφρυου τόξου (1,8%), τοπικός πόνος (1,5%), ερεθισμός του δέρματος (1%), ξηρότητα οφθαλμού ή διαταραχή της όρασης (0,3%). Ευτυχώς, οι επιπλοκές αυτές είναι αναστρέψιμες. Σημειώνουμε ότι η μέση θανατηφόρος δόση (LD50) βοτουλινικής τοξίνης τύπου Α για τον άνθρωπο είναι 3.000 IU, οπότε το σκεύασμα BOTOX© των 100 IU κρίνεται εξαιρετικά ασφαλές.

Τα κριτήρια αποκλεισμού ασθενών για χορήγηση θεραπείας με βοτουλινική τοξίνη παρατίθενται στον **πίνακα 1**.

Λαμπερά, όμορφα πρόσθια δόντια

Αποκαθιστώντας το χαμόγελο μετά από βαριά περιοδοντίτιδα

Dr Stefen Koubi, Μασσαλία, και Gérald Ubassy, DT, Rochefort du Gard/ Γαλλία

Η απώλεια της μεσοδόντιας θηλής είναι μια σοβαρή συνέπεια της περιοδοντικής νόσου. Η χειρουργική αναδόμηση δεν είναι ακόμη εφικτή. Υπάρχουν διάφορες προσεγγίσεις για τη μείωση ή την κάλυψη των μαύρων τριγώνων που προκύπτουν ως συνέπεια της χαμένης θηλής. Οι συμβατικές αποκαταστάσεις αποτελούν μια επιλογή, εάν τα δόντια δείχνουν επιπλέον αυξημένη κινητικότητα. Αν δεν πρόκειται για κάτι τέτοιο, που σημαίνει ότι ο περιοδοντικός ιστός είναι υγιής, είναι σημαντικό να βρούμε μια βιομιμητική λύση, υπό την έννοια ότι θα ληφθούν υπόψη αισθητικοί, εμβιομηχανικοί και βιολογικοί παράγοντες.

Αρχική κατάσταση

Η θεραπεία της χαμένης θηλής με ολοκεραμικές όψεις θα παρουσιαστεί μέσω ενός κλινικού περιστατικού. Μια γυναίκα ασθενής γύρω στα σαράντα, δεν ήταν ικανοποιημένη με την εικόνα του χαμόγελού της, το οποίο χαρακτήριζε ως «ντροπιστικό». Η αισθητική διάγνωση συμπεριέλαβε την ανάλυση των χαρακτηριστικών του προσώπου, του χαμόγελου, των δοντιών και των ούλων. Η ανάλυση (Εικ. 1) αποκάλυψε τα ακόλουθα:

Εικ. 1. *Προεγχειρητική κατάσταση.*

- Πρόσωπο: Τεταμένο και ντροπαλό εξαιτίας της έλλειψης αυτοπεποίθησης λόγω των δοντιών της.
- Χαμόγελο: Σημαντικοί αισθητικοί συμβιβασμοί λόγω των μαύρων τριγώνων.
- Δόντια: Υγιή τριγωνικά, καμπυλωτά δόντια. Τα όρια των ριζών είναι ορατά.
- Ούλα: Υγιής περιοδοντικός ιστός. Απώλεια μεσοδόντιων θηλών. Τα δόντια είναι σταθερά. Έντονη αυχενική αποτριβή στον 12.
- Ακτινογραφική εξέταση: συνήθης φατνιόλυση στο αυχενικό τριτημόριο.

Διαδικασία

Η ακόλουθη διαδικασία καθορίστηκε με βάση την ανάλυση:

- Χειρουργική παρέμβαση στον 12, ώστε να αυξηθούν τα ούλα (μεταμόσχευση συνδετικού ιστού).
- Κατασκευή προτύπου εργασίας (mock-up) προκειμένου να απεικονιστεί το τελικό αποτέλεσμα.
- Προετοιμασία δοντιού σύμφωνα με το mock-up.
- Κατασκευή μεταβατικών.
- Δοκιμή των όψεων (προσαρμογή, σχήμα και χρώμα).
- Ενσωμάτωση της τελικής αποκατάστασης.

Θεραπεία

Χειρουργική παρέμβαση για την αύξηση των ούλων: Συνδετικός ιστός αφαιρέθηκε από ένα λοβό ο οποίος μετακινήθηκε προς τη στεφάνη του δοντιού. Πριν τη συνέχιση της θεραπείας, ήταν απαραίτητη μια περίοδος επούλωσης 4 μηνών.

Εικ. 2. *Mock- up.*

Εικ. 3. *Παρασκευές με υποουλικά όρια στην όμορη περιοχή.*

Εικ. 4. *Έλεγχος της σχέσης μεταξύ των παρασκευών και του όγκου της τελικής αποκατάστασης με τη βοήθεια μήτρας σιλικόνης.*

Εικ. 5. *Απομόνωση ενός δοντιού προκειμένου να επιτύχουμε βέλτιστη συγκόλληση.*

Προετοιμασία του mock-up: Μία μήτρα από σιλικόνη κατασκευάστηκε από το διαγνωστικό κέρωμα, το οποίο δημιουργήθηκε με βάση τα ευρήματα της αισθητικής ανάλυσης. Οι προσωρινές αποκαταστάσεις κατασκευάστηκαν, με τη βοήθεια της μήτρας, από χημικά πολυμεριζόμενη, λεπτόρρευστη ρητίνη Bis-GMA. Αυτό μας επέτρεψε να συζητήσουμε με την ασθενή, η οποία μας παρείχε τη γνώμη της και ενέκρινε την αποκατάσταση (Εικ. 2).

Παρασκευές: Προκειμένου να διατηρήσουμε το βάθος υπό έλεγχο και να προσέξουμε τις βιολογικές συνέπειες, το διαμάντι τοποθετήθηκε κατευθείαν στο mock-up. Με αυτή τη διαδικασία επιτεύχθηκε ομοιόμορφο πάχος περίπου 0,5 χιλιοστών σε σχέση με τον όγκο της τελικής αποκατάστασης (Gürel 2006). Μετά την αφαίρεση του κλειδιού παρασκευής (mock up), παρατηρήθηκε η παρουσία μεγαλύτερων, μη παρασκευασμένων περιοχών αδαμαντίνης. Στο παρόν περιστατικό, το θεραπευτικό πρωτόκολλο ήταν ελαφρά τροποποιημένο, όσον αφορά στην παρασκευή των αυχενικών ορίων: Συνήθως η παρασκευή όψεων οριοθετείται υπερουλικά. Σε αυτό το περιστατικό ωστόσο, οι παρασκευές οριοθετήθηκαν υποουλικά (Εικ. 3). Αυτή η τακτική ακολουθήθηκε για ποικίλους λόγους. Προκειμένου να εξαλειφθούν τα μαύρα τρίγωνα, να επιτευχθούν οι βιολογικές απαιτήσεις (καθαρισμός και ήπιες άκρες), να ληφθούν υπόψη οι εμβιομηχανικές ιδιότητες των κεραμικών (προλαμβάνοντας μη στηριζόμενες περιοχές στο κεραμικό), μπορούσε να σχεδιαστεί μόνο μια επιφάνεια επαφής, με ήπια μετάβαση από το άκρο της ρίζας προς τα όρια της επιφάνειας επαφής, για να καλυφθεί η θηλή που έλειπε (Εικ. 4).

Οι ολοκεραμικές όψεις κατασκευάστηκαν με IPS e.max®Press (MO1), υαλοκεραμικό υλικό διπυριτικού λιθίου, και το κοπτικό τριτημόριο διαστρωματώθηκε με IPS e.max®Ceram. Οι πρεσαριστές όψεις, οι οποίες απέκτησαν ελάχιστο πάχος 0,3 χιλιοστά, παρουσιάζουν υψηλή σταθερότητα, εξαιρετική ακρίβεια εφαρμογής και άριστες φωτοοπτικές ιδιότητες.

Δοκιμή των όψεων IPS e.max®Press: Μετά την αφαίρεση των προσωρινών αποκαταστάσεων, όλες οι όψεις δοκιμάστηκαν ταυτόχρονα. Αυτό επέτρεψε την εκτίμηση της συνολικής εμφάνισης. Ακολούθησε έλεγχος της ακρίβειας της εφαρμογής. Πάστα δοκιμής Variolink ® Veneer Try-In χρησιμοποιήθηκε για αυτή τη διαδικασία για να προσομοιωθεί το αποτέλεσμα του συγκολλητικού υλικού στην αποκατάσταση.

Κλινική διαδικασία: Οι όψεις συγκολλήθηκαν μία προς μία με ρητινώδη κονία ξεκινώντας από τους κεντρικούς (Εικ. 5). Ακολούθησαν οι πλάγιοι, οι κυνόδοντες κοκ. επιτρέποντας έτσι στον κλινικό να κάνει διορθώσεις στις εγγύς περιοχές των λιγότερο προεξεχόντων δοντιών (άπω επιφάνειες των κυνοδόντων ή των προγομφίων). Οι αποκαταστάσεις συγκολλήθηκαν με Variolink Veneer. Στο τελευταίο στάδιο, οι ρητινώδεις περίσσειες αφαιρέθηκαν προσεκτικά με νυστέρι, ώστε να διατηρηθεί η λάμψη στην επιφάνεια του κεραμικού και η εξαιρετική προσαρμογή στον περιοδοντικό ιστό (Εικ. 6-8).

Εικ. 6. Πλάγια εικόνα των όψεων IPS e.max® Press (από δεξιά).

Εικ. 7. Πλάγια εικόνα των όψεων IPS e.max® Press (από αριστερά).

Εικ. 8. Προστομιακή εικόνα των αποκαταστάσεων. Παρατηρούμε την ανάπτυξη των μεσοδόντιων θηλών.

Εικ. 9. Εικόνα των επάνω δοντιών. Οι οπτικές ιδιότητες του υλικού IPS e.max® Press είναι ιδιαίτερα τονισμένες σε αυτή τη φωτογραφία.

Εικ. 10. Μετάδοση φωτός διαμέσου όψεων IPS e.max® Press.

Σημείωση

Η σωστή επικοινωνία ανάμεσα στον οδοντίατρο και στον οδοντοτεχνίτη είναι υποχρεωτική σε κλινικά περιστατικά όπως αυτό, ώστε να γίνει ανταλλαγή όσο το δυνατόν περισσότερων πληροφοριών (εκμαγεία, φωτογραφίες από την αρχική κατάσταση, φωτογραφίες από τις παρασκευές και τη απόχρωσή τους, αποτύπωση των προσωρινών αποκαταστάσεων στη θέση τους, προσδιορισμός απόχρωσης). Στο συγκεκριμένο περιστατικό, συμφωνήθηκε με τον κεραμίστα να οριοθετηθούν οι παρασκευές των επιφανειών επαφής στο εκμαγείο δύο χιλιοστά από τη θηλή, επειδή για να αναπτυχθεί πάλι η θηλή, πρέπει η απόσταση ανάμεσα στο σημείο επαφής και στο άκρο της θηλής να είναι μικρότερη από πέντε χιλιοστά (Tarnow). Μετά από μερικούς μήνες, οι θηλές θα έχουν μεγαλώσει και θα έχουν γεμίσει τα μικρά κενά που δημιουργήθηκαν για αυτές. Αυτό είναι επίσης μια επιβεβαίωση της βιοσυμβατότητας του υαλοκεραμικού διπυριτικού λιθίου IPS e.max®Press (Εικ. 9 και 10).

Με την αυστηρή τήρηση της θεραπευτικής στρατηγικής και με τη χρήση υλικών που παρουσιάζουν βέλτιστες οπτικές και εμβιομηχανικές ιδιότητες, το χαμόγελο της ασθενούς τροποποιήθηκε και αποκαταστάθηκε, τηρώντας τις αρχές της ελάχιστα επεμβατικής οδοντιατρικής.

Θα ήθελα να ευχαριστήσω τον Gérald Ubassy για τη συνεργασία του και το εξαιρετικό ταλέντο του.

Στοιχεία επικοινωνίας
Dr. Stefen Koubi
Rue de la Palud 51
13001 Marseille
Γαλλία
Koubi-dent@wanadoo.fr

Gérald Ubassy
Centre de Formation International Route de Tavel
Impasse des Ormeaux
30650 Rochefort du Gard
Γαλλία
contact@ubassy.com

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 €

Οξεία Ελκονεκρωτική ουλίτις

Ανδρεάδης Α. Δημήτριος
Στοματολόγος - Οδοντίατρος
Λέκτορας Στοματολογίας,
Οδοντιατρικής Σχολής ΑΠΘ

Εισαγωγή

Η οξεία ελκονεκρωτική ουλίτις (Acute Necrotizing Ulcerative Gingivitis-NUG) αποτελεί μια ξεχωριστή νοσολογική οντότητα των παθήσεων των ούλων και του περιοδοντίου, που περιγράφηκε για πρώτη φορά το 1890 από τον Γάλλο ιατρό Jean Hyacinthe Vincent. Η νόσος γνώρισε χαρακτηριστική έξαρση στα χαρακώματα του 1ου Παγκοσμίου Πολέμου, όπου ο όρος «στόμα των χαρακωμάτων-trench mouth» αποδόθηκε για να περιγράψει τις βλάβες ελκονεκρωτικής ουλίτιδας, που εμφάνιζαν οι στρατιώτες. Από την μικροσκοπική εξέταση βλαβών των ούλων ο Vincent τεκμηρίωσε την ύπαρξη του μικροοργανισμού *Bacillus fusiformis*, που πλέον ονομάζεται *Fusobacterium nucleatum* και μιας σπειροχαίτης της *Borelia vincentii* που ευθέως σχετίζονται με την παθογένεια της νόσου. Σήμερα έχει αποδειχτεί επιπλέον η συμμετοχή και άλλων βακτηρίων και σπειροχαιτών όπως των *Bacteroid gingivalis*, *Prevotella intermedia*, *Porphyromonas gingivalis*, *Treponema spp* και *Selenomonas spp* στην παθογένεια της νόσου, ενώ πιθανολογείται ότι και ο κυτταρομεγαλοϊός (CMV), ο ιός Epstein-Barr και ο ιός του έρπη (HSV) εμπλέκονται καθοριστικά.

Στην πρόκληση της ελκονεκρωτικής ουλίτιδας σημαντικό ρόλο παίζουν η σωματική και ψυχολογική επιβάρυνση και η επακόλουθη αύξηση της έκκρισης των στεροειδών ορμονών που προκαλούν. Οι ορμόνες αυτές με τη σειρά τους επιδρούν αρνητικά στην αμυντική ικανότητα του οργανισμού λόγω μεταβολής της αναλογίας των CD4/CD8 Τ-λεμφοκυττάρων, ελάττωσης της χημειοταξίας των ουδετερόφιλων πολυμορφοπύρηνων και της φαγοκυτταρικής ικανότητας των μακροφάγων, ενώ τέλος προκαλούν και τοπική ισχιαιμία στους ιστούς. Άλλοι σημαντικοί επιβαρυντικοί παράγοντες είναι η ιογενής (HIV και λοιμώδης μονοπυρήνωση) και φαρμακευτική ανοσοκαταστολή, το κάπνισμα, ο τοπικός τραυματισμός, η κακή στοματική υγιεινή, η φτωχή διατροφή, οι διαταραχές του ύπνου, και τυχόν πρόσφατες ασθένειες, που συνέβαλαν στην εξασθένηση του οργανισμού.

Πίνακας 1: Διαφορική διάγνωση οξείας ελκονεκρωτικής ουλίτιδας

Οξεία Ελκονεκρωτική ουλίτις / Περιοδοντίτις
Πρωτοπαθής ερπητική ουλοστοματίτις
Στρεπτοκοκκική ουλοστοματίτις
Σκορβούτο (Αβιταμίνωση C)
Νοσήματα αίματος: Ακοκκιοκυτταραιμία/ ουδετεροπενία, Λευχαιμίες, Ιστιοκυττώσεις
Οξεία Ελκονεκρωτική Στοματίτις
Μεγάλες άφθες
Σύφιλη
Φυματίωση
Συστηματικές μυκητιάσεις

Πίνακας 2: Θεραπευτική αντιμετώπιση

Συστηματική (μέσης και μεγάλης βαρύτητας περιπτώσεις)
Μετρονιδαζόλη 500mg 3φορές ημερησίως για 5-6 ημέρες
Πενικιλλίνη ή ερυθρομυκίνη (εναλλακτικά)
Οξεία Ελκονεκρωτική Στοματίτις
Στοματικά διαλύματα που περιέχουν υπεροξείδιο του υδρογόνου (H2O2)
Έλεγχος της μικροβιακής πλάκας (αποτρύγωση με υπερήχους, ουλεκτομές, οδηγίες στοματικής υγιεινής κτλ)

Κλινική εικόνα

Η οξεία ελκονεκρωτική ουλίτις προσβάλλει κάθε ηλικία αλλά στο Δυτικό κόσμο είναι συχνότερη σε έφηβους και νεαρούς ενήλικες. Τέλος η συχνότητα της νόσου αυξάνει σε πληθυσμιακές ομάδες, που διαβιούν μαζικά (πχ στρατιώτες).

Η τυπική κλινική εικόνα περιλαμβάνει έντονη φλεγμονή με οίδημα και αιμορραγία των μεσοδόντιων θηλών και των παρυφών των ούλων, κρατηροειδή νέκρωση των μεσοδόντιων θηλών, που καλύπτονται από λευκόφαιη ψευδομεμβράνη και νεκρωτικό επίχρισμα, κακοσμία, σιαλόρροια και πόνο. Θα πρέπει να επισημανθεί ότι οι βλάβες στα ούλα μπορεί να είναι εντοπισμένες ή γενικευμένες. Αρκετές φορές συνυπάρχουν γενικά συμπτώματα όπως πυρετός, λεμφαδενίτιδα και κακουχία. Σε περιπτώσεις χρονιότητας της νόσου, οι νεκρωτικές βλάβες των ούλων επεκτείνονται σε βάθος προς το περιοδόντιο και τη φατνιακή απόφυση, προκαλώντας εκτεταμένες καταστροφές **(ελκονεκρωτική περιοδοντίτις)**, ή / και στο γειτονικό βλεννογόνο του στόματος όπως την παρειά και σπανιότερα στη γλώσσα, τα χείλη και την υπερώα με εικόνα ακανόνιστης έλκωσης, καλυπτόμενης από λευκόφαιο νεκρωτικό επίχρισμα **(ελκονεκρωτική στοματίτις)**. Αντιθέτως, στην υποξεία μορφή της νόσου η φλεγμονή και η νέκρωση των μεσοδόντιων και των παρυφών περιορίζεται μόνο στην κορυφή τους οπότε μπορεί να μη διαγνωσθεί η νόσος.

Η μικροσκοπική εικόνα δεν είναι ειδική και περιλαμβάνει έλκωση, που καλύπτεται από παχιά ψευδομεβράνη με ινική, πυώδη συλλογή, μικροοργανισμούς, νεκρά κύτταρα (νεκροβιοτικό υλικό), ενώ το γειτονικό φυσιολογικό επιθήλιο εμφανίζει απώλεια της κερατινοποίησης. Στη θηλώδη μοίρα του χορίου παρατηρείται έντονη οξεία ή μικτή φλεγμονώδης διήθηση και υπεραιμία.

Διαφορική διάγνωση της οξείας ελκονεκρωτικής ουλίτιδας θα πρέπει να γίνει από την πρωτοπαθή ερπητική ουλοστοματίτιδα, τη στρεπτοκοκκινική ουλίτιδα, το σκορβούτο, διαταραχές του αίματος όπως η ακοκκιοκυτταραιμία ή η ουδετεροπενία, η λευχαιμία, και οι ιστιοκυττώσεις. Σε περιπτώσεις ελκονεκρωτικής στοματίτιδας θα πρέπει να γίνει διαφορική διάγνωση κυρίως από μεγάλες άφθες, τη σύφιλη, τη φυματίωση και τις συστηματικές μυκητιάσεις

Θεραπεία

Σε αντίθεση με τις άλλες βλάβες του περιοδοντίου η αποδρομή της οξείας ελκονεκρωτικής ουλίτιδας γίνεται γρήγορα με συστηματική και τοπική θεραπεία.

Στην οξεία φάση, η συστηματική αγωγή για την εξάλειψη του λοιμογόνου παράγοντα επιτυγχάνεται με τη χορήγηση αντιμικροβιακών σκευασμάτων, όπως μετρονιδαζόλη 500mg τρείς φορές ημερησίως για 5-6 ημέρες, ή πενικιλλίνη ή ερυθρομυκίνη ιδίως όταν συνυπάρχουν γενικά συμπτώματα και εκτεταμένη καταστροφή ιστών. Τα τοπικά μέσα αντιμετώπισης που είναι καλύτερο να έπονται της οξείας φάσης περιλαμβάνουν την απομάκρυνση των ψευδομεμβρανών και των νεκρώσεων κατά το δυνατόν χωρίς πρόκληση τραυματισμών, με χρήση υπερήχων και την εφαρμογή διαλυμάτων υπεροξειδίου του υδρογόνου ή/και χλωρεξιδίνης. Επιπλέον θα πρέπει να αντιμετωπισθούν οι τυχόν επιβαρυντικοί παράγοντες, να γίνει σύσταση για σωστή διατροφή, λήψη υγρών και ανάπαυση. Στη μετέπειτα φάση της συντήρησης του αποτελέσματος και της αποφυγής υποτροπών, ο έλεγχος της μικροβιακής πλάκας με αποτρύγωση και καλή στοματική υγιεινή διαδραματίζει καθοριστικό ρόλο.

Επιλεγμένη Βιβλιογραφία

1. Research, Science and Therapy Committee of the American Academy of PeriodontologyTreatment of plaque-induced gingivitis, chronic periodontitis, and other clinical conditions. J Periodontol. 2001;72(12):1790-800
2. Slots J, Contreras A. Herpesviruses: a unifying causative factor in periodontitis? Oral Microbiol Immunol. 2000;15(5):277-80
3. Novak MJ. Necrotizing ulcerative periodontitis. Ann Periodontol. 1999;4(1):74-8
4. Rowland RW. Necrotizing ulcerative gingivitis. Ann Periodontol. 1999 Dec;4(1):65-73
5. Mirbod SM, Ahing SITobacco-associated lesions of the oral cavity: Part I. Non-malignant lesions. J Can Dent Assoc. 2000 May;66(5):252-6
6. Feller L, Lemmer J. Necrotizing periodontal diseases in HIV-seropositive subjects: pathogenic mechanisms. J Int Acad Periodontol. 2008 Jan;10(1):10-5
7. Wade Dn, Kerns DG. Acute necrotizing ulcerative gingivitis-periodontitis. A literature review. Mil Med 1998;163:337-342
8. American Academy of Periodontology: Parameter on acute periodontal diseases. J Periodontol 2000;71(suppl):863-866
9. Jimenez LM, Duque FL, Baer PN. Necrotizing ulcerative periodontal diseases in children and young adults in Medelin Columbia, 1965-2000. J Int Acad Periodontol 2005;7:55-63
10. Condreras A, Falker Jr WA, Enwonwu C. Human herpesviridae in acute necrotizing ulcerative gingivitis in children in Nigeria, Oral Microbiol Immunol 1997;12:259-265
11. Horning GM, Cohen ME. Necrotizing ulcerative gingivitis periodontitis and stomatitis: clinical staging and predisposing factors, J Periodontol 1995;66:990-998

Περιστατικά ελκονεκρωτικής ουλίτιδας- στοματίτιδας: Εργαστήριο Στοματολογίας Οδοντιατρικής Σχολής Α.Π.Θ.

Περιστατικό 1 Έφηβη 14 ετών

Εικόνα 1

Εικόνα 2

Εικόνα 3

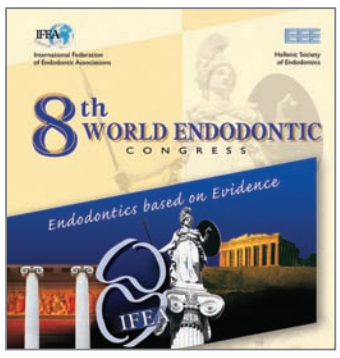
Περιστατικό 2 Άνδρας 35 ετών

Εικόνα 1

Εικόνα 2

Εικόνα 3

8ο Παγκόσμιο Συνέδριο Ενδοδοντίας της IFEA



Πρόκειται για το μεγαλύτερο γεγονός στο χώρο της Ενδοδοδοντίας και η πραγματοποίησή του στη χώρα μας αποτέλεσε, όπως ήταν αναμενόμενο, μια μεγάλη επιστημονική γιορτή. Στο 8ο Παγκόσμιο Συνέδριο κατέφθασαν διακεκριμένοι ενδοδοντιστές από σχεδόν κάθε γωνιά του κόσμου και προσέφεραν τις γνώσεις και την κλινική τους εμπειρία προκειμένου να πετύχουν την «τεκμηρίωση», που ήταν εξάλλου και το κεντρικό θέμα του Συνεδρίου. Το Συνέδριο άφησε πάντως τις καλύτερες εντυπώσεις, τόσο από πλευράς θεματολογίας και συμμετοχής, όσο και οργάνωσης.

Γράφει η **Βίκυ Κουρλιμπίνη** Δημοσιογράφος

Η χώρα μας φέτος είχε την τύχη, και παράλληλα την ευθύνη, να διοργανώσει το κορυφαίο παγκοσμίως ενδοδοντικό γεγονός, το 8ο Παγκόσμιο Συνέδριο Ενδοδοντίας της Παγκόσμιας Ομοσπονδίας Ενδοδοντικών Εταιρειών, της IFEA.

Η Ελληνική Ενδοδοντική Εταιρεία κατάφερε πριν από έξι χρόνια, με πρωτεργάτη τον τότε αντιπρόεδρό της, Αναπλ. Καθηγητή Πάνο Πανόπουλο, να κερδίσει την ανάθεση του Παγκοσμίου Συνεδρίου, έχοντας ως εχέγγυο και μείζον διαπραγματευτικό ατού τη συνεπή και διαχρονική παρουσία της σε διεθνές επίπεδο σε όλες τις κορυφαίες ευρωπαϊκές και παγκόσμιες διοργανώσεις και πάνω από όλα την πανθομολογουμένως επιτυχέστατη διοργάνωση του 13ου Πανευρωπαϊκού Ενδοδοντικού Συνεδρίου της Ευρωπαϊκής Ενδοδοντικής Εταιρείας (ESE), το οποίο είχε χαρακτηρισθεί το επιτυχέστερο Συνέδριο της ESE.

Έτσι, και παρά τις δυσμενείς οικονομικές συνθήκες τόσο στη χώρα μας, όσο και σε παγκόσμια κλίμακα, η ΕΕΕ καλωσόρισε και φιλοξένησε για 4 ημέρες, από τις 6 ώς τις 9 Οκτωβρίου 2010 πάνω από 800 ενδοδοντιστές, οι οποίοι κατέφτασαν στην πατρίδα μας προερχόμενοι από τις τέσσερις γωνίες της Γης κυριολεκτικά. Το 8ο Παγκόσμιο Συνέδριο Ενδοδοντίας της IFEA τίμησαν με την παρουσία τους συνάδελφοι από την Αυστραλία, από τις ΗΠΑ, Νότια Αφρική, την Ιαπωνία, τη Λατινική Αμερική και πολλούς άλλους κοντινούς και πολύ μακρινούς τόπους.

Η κεντρική αίθουσα συνεδριάσεων κατάμεστη κατά τη διάρκεια των εργασιών του 8ου Παγκόσμιου Συνεδρίου Ενδοδοντίας της IFEA. Σε πρώτο πλάνο διακρίνονται, από αριστερά, ο Πρόεδρος του συνεδρίου Αναπλ. Καθηγητής Πάνος Πανόπουλος, ο Πρόεδρος της ΕΕΕ Αναπλ. Καθηγητής Γιώργος Σίσκος, ο επίτιμος Πρόεδρος της ΕΕΕ Ομότ. Καθηγητής Σωτήρης Συκαράς και ο Πρόεδρος της IFEA Καθ. B. Hochkinson.

Ο θρύλος της Ενδοδοντίας Καθηγητής John Ingle κατά τη διάρκεια της ομιλίας του στην επίσημη έναρξη του συνεδρίου.

Από αριστερά, ο Καθηγητής John Maggio, ο Καθηγητής John Ingle, ο επίτιμος Πρόεδρος της ΕΕΕ, Καθηγητής Σωτήρης Συκαράς, και ο Πρόεδρος της ΕΕΕ, Αναπλ. Καθηγητής Γιώργος Σίσκος.

Ο Πρόεδρος του 8ου Παγκόσμιου Συνεδρίου Ενδοδοντίας της IFEA, Αναπλ. Καθηγητής Πάνος Πανόπουλος, το μέλος της ΕΕΕ Κωνσταντίνος Καλογερόπουλος και ο Αντιπρόεδρος της Ε.Ε.Ε. Μιχάλης Φλεβοτομάς κατά τη διάρκεια της κρουαζιέρας στο Σαρωνικό.

Οι σύνεδροι απολαμβάνουν το δείπνο τους εν πλω.

Το μέλος της οργανωτικής επιτροπής του συνεδρίου Χρήστος Συκαράς, ο Καθηγητής Δημήτρης Τζιαφάς και ο Πρόεδρος της Ιορδανικής Ενδοδοντικής Εταιρείας, Ιμπραήμ Αμπού Ταχούν.

Η θεματολογία του Συνεδρίου και οι εξέχουσες προσωπικότητες που το τίμησαν

Το κεντρικό μότο του Συνεδρίου ήταν «Η Ενδοδοντία βασιζόμενη στην τεκμηρίωση» και οι εργασίες του φιλοξενήθηκαν στο ξενοδοχείο Athens Hilton. Όπως έχει καθιερωθεί στα συνέδρια της IFEA, διοργανώθηκαν κάποια προσυνεδριακά σεμινάρια κλινικού ενδιαφέροντος με περιορισμένο αριθμό συμμετεχόντων. Στο συνέδριο της Αθήνας τα προσυνεδριακά σεμινάρια περιελάμβαναν τα παρακάτω:

- Μια νέα εποχή για τα μικροεργαλεία Ni-Ti, από τον Sergio Kuttler, καθηγητή του Nova Southeastern University της Florida
- Επανάληψη Ενδοδοντικής θεραπείας στην εποχή των εμφυτευμάτων, από τον Shimon Friedman, καθηγητή του University of Toronto
- Αντιμετώπιση επιμένοντος πόνου μετά την ολοκλήρωση της Ενδοδοντικής Θεραπείας, από την Thuan Dao, καθηγήτρια του University of Toronto
- Μικροχειρουργική ενδοδοντία, με ζωντανή επίδειξη σε ασθενή από τον Syngkuk Kim, καθηγητή του University of Pennsylvania.

Την επίσημη έναρξη του συνεδρίου έκανε η Αναπληρώτρια Υπουργός Υγείας κ. Φώφη Γεννηματά, η οποία στον σύντομο χαιρετισμό της εξήρε την προσπάθεια της ΕΕΕ να φέρει στη χώρα μας μια τόσο σημαντική διεθνή, παγκόσμιας εμβέλειας, συνεδριακή διοργάνωση και αναφέρθηκε στη σπουδαιότητα της συνεχιζόμενης επιστημονικής επιμόρφωσης και στα βήματα που γίνονται τελευταία από την Πολιτεία προς την κατεύθυνση της θέσπισης ενός σύγχρονου νομικού πλαισίου, το οποίο θα διέπει τη συνεχιζόμενη επιμόρφωση των επαγγελματιών της υγείας.

Στη συνέχεια ο πρόεδρος του Συνεδρίου, Αναπλ. Καθηγητής Πάνος Πανόπουλος, και ο Πρόεδρος της ΕΕΕ, Αναπλ. Καθηγητής Γιώργος Σίσκος, καλωσόρισαν τους συνέδρους στη Αθήνα και έδωσαν το λόγο στον Επικ. Καθηγητή Ορθοδοντικής Μανώλη Παπαγρηγοράκη, ο οποίος μας ταξίδεψε 25 αιώνες πίσω, στην Αρχαία Αθήνα, μέσα από την παρουσίαση της εξαιρετικά επιτυχημένης προσπάθειας ανάπλασης της μορφής της μικρής Μύρτιδας, θύματος του λοιμού των Αθηνών, η οποία βασίστηκε σε ευρήματα από τα δόντια και τα οστά του κρανίου της.

Συγκίνησε ο «Πατέρας της Ενδοδοντίας»

Την τελετή επίσημης έναρξης έκλεισε ένας πραγματικός θρύλος της Παγκόσμιας Ενδοδοντικής κοινότητας, ο Καθηγητής John Ingle, ένας εκ των ιδρυτών της AAE, της American Association of Endodontists, Καθηγητής Ενδοδοντίας για δεκαετίες, συγγραφέας του μνημειώδους συγγράμματος «Endodontics», τελευταίος επιζών από τους «σκαπανείς» της Ενδοδοντίας του περασμένου αιώνα, όπως, μεταξύ άλλων, οι Coolidge, Sharp και Grossmann, ο οποίος σε ηλικία 91 ετών μίλησε για περίπου μία ώρα, αναφερό-

μενος στο χθες, συνδέοντάς το με το σήμερα και προβάλλοντάς το στο μέλλον.

Ο Καθηγητής Ingle έκανε μια περιεκτική, αλλά πολύ εύστοχη αναδρομή στους κυριότερους σταθμούς της εξέλιξης της Ενδοδοντίας κατά τη διάρκεια του 20ού αιώνα, ξεκινώντας από τον Dr Kells, ο οποίος για πρώτη φορά ακτινογράφησε επιτυχώς δόντι, ακτινοβολώντας το για 25 ολόκληρα λεπτά(!) και καταλήγοντας στις μέρες μας, με τις προσδοκίες όλων να εστιάζονται στην αναγέννηση των δοντιών, κάτι που είχε προβλέψει ότι κάποτε θα γινόταν ο μεγάλος Άγγλος χημικός Boyle από το 1666! Αίσθηση προκάλεσε η διήγηση του Ingle σχετικά με την πρώτη ταινία που δημιούργησε ο Μέγας Walt Disney και η οποία ήταν μια εκπαιδευτική ταινία διάρκειας 10 λεπτών για τη στοματική υγιεινή, που του είχε παραγγελθεί από έναν οδοντίατρο του Κάνσας το 1922.

Οι κυρίως εργασίες του συνεδρίου περιελάμβαναν μεγάλο αριθμό ομιλιών στο κατευθυνόμενο πρόγραμμα, που κάλυπταν όλο το φάσμα της Ενδοδοντίας, 54 ελεύθερες ανακοινώσεις, 147 επιτοίχιες ανακοινώσεις και αρκετές επιτραπέζιες επιδείξεις.

Οι προσκεκλημένοι ομιλητές, οι οποίοι, μαζί με τους εθνικούς εκπροσώπους, σήκωσαν το βάρος του κατευθυνόμενου προγράμματος ήταν οι εξής:

Προσκεκλημένοι ομιλητές

- Paul Abbott (Αυστραλία)
- Craig Baumgartner (ΗΠΑ)
- Shimon Friedman (Καναδάς)
- Ken Hargreaves (ΗΠΑ)
- Syngkuk Kim (ΗΠΑ)
- Edgar Shaffer (Γερμανία)

Εθνικοί εκπρόσωποι

- Sen Hakan Bilge (Τουρκία)
- Giuseppe Cantatore (Ιταλία)
- Roeland De Moore (Βέλγιο)
- Alexey Erohin (Ρωσία)
- Oleksandra Golovchanska (Ουκρανία)
- Eugenio de Oro Grano (Ισπανία)
- Jose Armando Hernandez (Μεξικό)
- Michael Jameson (Νέα Ζηλανδία)
- Jeeraphat Jantarat (Ταϊλάνδη)
- Il Young Jung (N. Κορέα)
- Bill Kahler (Αυστραλία)
- Gopi Krishna (Ινδία)
- Howard Lloyd (Μεγάλη Βρετανία)
- Manuel Eduardo Machado (Βραζιλία)
- Irina Makeyeva (Ρωσία)
- Gabriela Martin (Αργεντινή)
- Misako Nakashima (Ιαπωνία)
- Walid Nehme (Λίβανος)
- Masoud Pariokh (Ιράν)
- Fabienne Perez (Γαλλία)
- Antonina Politun (Ουκρανία)
- Louis Rossman (ΗΠΑ)
- Hakan Sen (Τουρκία)
- Patrick Sequeira (Ελβετία)
- Δημήτρης Τζιαφάς (Ελλάδα)
- Peet van der Vyver (Νότια Αφρική)
- Ian Watson (Καναδάς)
- Joshua Moshonov (Ισραήλ)

Πλούσιο και το πρόγραμμα δραστηριοτήτων

Παράλληλα με το επιστημονικό πρόγραμμα, οι κοινωνικές εκδηλώσεις στο πλαίσιο του συνεδρίου προσέφεραν στους συνέδρους και στα συνοδά μέλη στιγμές χαλάρωσης και διασκέδασης.

Την πρώτη μέρα του συνεδρίου διοργανώθηκε στους χώρους του συνεδρίου δεξίωση υποδοχής για τους συνέδρους, ενώ την Πέμπτη 7 Οκτωβρίου, οι συνάδελφοι απήλαυσαν μια βραδινή βόλτα με κρουαζιερόπλοιο κατά μήκος της ακτογραμμής του Σαρωνικού με παραδοσιακά εδέσματα, ελληνικά ποτά και πολύ κέφι.

Το καθιερωμένο επίσημο δείπνο έγινε στην «Αίγλη» του Ζαππείου την Παρασκευή, 8 Οκτωβρίου, όπου δόθηκε η ευκαιρία σε όλους να διασκεδάσουν μέχρι τις μικρές πρωινές ώρες και να απολαύσουν την ελληνική φιλοξενία σε ένα σπάνιο περιβάλλον.

Για την ομολογουμένως μεγάλη επιτυχία της κορυφαίας αυτής Παγκόσμιας Ενδοδοντικής εκδήλωσης θα πρέπει να αποδοθούν τα εύσημα κατ' αρχάς στον Πρόεδρο του συνεδρίου, Αναπλ. Καθηγητή Πάνο Πανόπουλο, και στον Πρόεδρο της ΕΕΕ, Αναπλ. Καθηγητή Γιώργο Σίσκο, οι οποίοι επωμίστηκαν το μεγαλύτερο βάρος της διεκδίκησης και της διοργάνωσης του συνεδρίου και εν συνεχεία στην Οργανωτική Επιτροπή, που απαρτίστηκε από τους: Μιχάλη Φλεβοτομά, Μαρουσώ Κεράνη, Τέρρυ Φαρμάκη, Πάνο Αναστασιάδη, Κατερίνα Καββαδία, Χρήστο Συκαρά, Αντώνη Λαμπρόπουλο, Μαρία Κωνσταντάκη, Μιχάλη Σερέφογλου, Ράνια Παντελίδου, Μαρία Γεωργοπούλου, Μαρουάν Χαμπάζ, Κώστα Κοζυράκη, Νίκο Κερεζούδη και Γιώργο Κωστούρο.

Αισθητική οδοντιατρική

Άτλαντας αισθητικών αποκαταστάσεων σύνθετης ρητίνης

Esthetic Dentistry
An Atlas of Composite Applications

Engin Taviloğlu

Επιστημονική επιμέλεια-Μετάφραση
Παύλος Γαρέφης
Καθηγητής ΑΠΘ

Το βιβλίο αναμένεται να κυκλοφορήσει σύντομα από τις εκδόσεις "Ο.Β." μεταφρασμένο στα ελληνικά. Για περισσότερες πληροφορίες και παραγγελίες επικοινωνείστε μαζί μας.

Εξηγείστε στον ασθενής σας το θεραπευτικό σχέδιο...

Κερδίστε την εμπιστοσύνη του!

Τιμή 120€

Ο ασθενής σήμερα γνωρίζει πολλά για τις αισθητικές αποκαταστάσεις και προσέρχεται στον οδοντίατρο ενημερωμένος, με ερωτήσεις και απορίες, θέλοντας τα μάθει τα πάντα γύρω από τη διαδικασία που θα ακολουθηθεί.

Ο Άτλας Σύνθετων Εφαρμογών στην Αισθητική Οδοντιατρική των εκδόσεων Quintessence είναι μοναδικό εργαλείο στα χέρια του σύγχρονου οδοντιάτρου. Αποτελεί ένα αποτελεσματικό μέσο για την ενημέρωση των ασθενών σχετικά με τις λύσεις που μπορούν να δοθούν με τις σύγχρονες σύνθετες ρητίνες σε συνήθη αισθητικά προβλήματα π.χ. δυσχρωμία δοντιών, μεσοδόντια διαστήματα κ.α.

Με πάνω από 400 φωτογραφίες, είναι ιδανικό για να δείξετε στον ασθενή πραγματικά περιστατικά αισθητικών αποκαταστάσεων και να του αναλύσετε τα στάδια που θα ακολουθηθούν μέχρι να φτάσουμε στο τελικό αποτέλεσμα.

Παράλληλα όμως αναλύεται βήμα προς βήμα η αποκατάσταση κλινικών περιστατικών. Ο πολυάσχολος κλινικός μπορεί εύκολα και γρήγορα να ανατρέξει στο κλινικό αυτό εγχειρίδιο για να «ξαναθυμηθεί» ή να ενημερωθεί για εκείνες τις κρίσιμες τεχνικές λεπτομέρειες που συντελούν σε μια αισθητική αποκατάσταση σύνθετης ρητίνης υψηλής ποιότητας.

Με πλαστικοποίηση για να μην φθείρεται και πολυτελή θήκη, αποτελεί μια ιδέα πρωτότυπη και σύγχρονη, που σίγουρα θα σας εντυπωσιάσει.

ΟΒ ΕΚΔΟΣΕΙΣ

ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΙΚΟ ΒΗΜΑ

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

Το 28ο συνέδριο του FDI στη Βραζιλία Η μεγαλύτερη οδοντιατρική εκδήλωση σε μια από τις ομορφότερες χώρες του κόσμου

Ο συνεδριακός τουρισμός είναι σήμερα δυναμικά αυξανόμενος στα πιο πολλά κράτη του κόσμου. Μεγάλα conventions centers κτίζονται κοντά σε σημεία τουριστικού ή πολιτιστικού ενδιαφέροντος. Το FDI είναι ένας πολύ σημαντικός επιστημονικός φορέας και κινεί κάθε χρόνο 8.000-15.000 συνέδρους στα διάφορα σημεία του κόσμου, για να «μάθουν» αλλά και να δουν καινούργιες εικόνες, εντυπωσιακές, πρωτόγνωρες, όμορφες, από διάφορα σημεία του πλανήτη μας. Φέτος οι όμορφες αυτές εικόνες έρχονται από τη Βραζιλία. Από 2 έως 5 Σεπτεμβρίου βρεθήκαμε στο 28ο Συνέδριο του FDI, που είχε θέμα «Στοματική υγεία για όλες τις παγκόσμιες προκλήσεις».

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

Ο Χρήστος Κωνσταντινίδης στην είσοδο του συνεδριακού κέντρου.

Τόπος τέλεσης ήταν μια από τις πιο γρήγορα αναπτυσσόμενες χώρες, η Βραζιλία (Salvador de Bahia). Από το 1500 μ.Χ. που ανακαλύφθηκε από τον Πορτογάλο εξερευνητή A. Cabral πέρασε διάφορες περιόδους ευημερίας, αλλά και φτώχειας, με αποκορύφωμα τη συμφωνία της με το IMF για δάνειο 10 δισ. δολαρίων. Σήμερα, και μετά την εμπνευσμένη διακυβέρνηση του Lula Da Siva, από το 2003 μέχρι το 2010, η Βραζιλία καθίσταται οικονομικός γίγαντας με ρυθμό ανάπτυξης το 2010 8%. Τον Οκτώβριο η μεγάλη αποδοχή του λαού έφερε στην εξουσία την προστατευόμενη του Lula, Dilma Roussef. Η Βραζιλία είναι μια πολύ όμορφη χώρα με φυσικούς θησαυρούς, όπως τον Αμαζόνιο και τους καταρράκτες, αλλά και κοσμοπολίτικες πόλεις, όπως το πανέμορφο Ρίο και τη Φλοριανόπολι. Οι χορηγοί αυτού του μεγάλου και ακριβού εγχειρήματος ήταν **οι εταιρείες Μαυραειδόπουλος Δημήτρης** (Xive, Ankylos,Gore Tex) και **Sadent** (Adec, Bisco, Ivoclar).

Η Τετάρτη, 1 Σεπτεμβρίου, ήταν ουσιαστικά η πρώτη ημέρα του συνεδρίου. Οι σύνεδροι περιφέρονταν στις πολυάριθμες ομιλίες για να μπουν στο πνεύμα και στην ατμόσφαιρα του συνεδρίου. Πολύ ενδιαφέρουσα από τις πρωινές ομιλίες ήταν «**Η ιδεώδης προσθετική αποκατάσταση**» του M. Fradeani (Ιταλία). Η λειτουργική ανάλυση προηγείται του σχεδίου θεραπείας. Ακολουθεί η ανάρτηση των εκμαγείων και το διαγνωστικό κέρωμα. Η κατασκευή του διαφανούς νάρθηκα σε αυτό το στάδιο θα χρησιμεύσει σαν οδηγός για τις τελικές παρασκευές. Η αλλοίωση της επιφανειακής δομής της αδαμαντίνης διακρίνεται σε αποτριβή (attrition), διάβρωση (erosion) λόγω αεριούχων και όξινων ποτών, βουλιμίας, εμετών κ.τ.λ. και τριβή λόγω μασητικών δυνάμεων και αποτριβής. Η αλλοίωση της αδαμαντίνης μπορεί να είναι ήπια, μέτρια και εκσεσημασμένη. *Ο βρουξισμός είναι μια έξις που καταστρέφει σημαντικά τη δομή των δοντιών. Σχετίζεται με μασητικές δυνάμεις, με στρες και με το κεντρικό νευρικό σύστημα. Η παραλειτουργία αυτή μπορεί να λαμβάνει χώρα τη νύχτα, αλλά σε ένα μικρότερο ποσοστό (20%) κατά τη διάρκεια της ημέρας.*

Στη δεξίωση που παρατέθηκε για την ανάληψη του FDI 2011 από το Μεξικό.

Ο Χρήστος Κωνσταντινίδης μαζί με τον λέκτορα Ενδοδοντίας ΕΚΠΑ Ε. Φαρμάκη.

Ιδιαίτερα θερμή ήταν η υποδοχή που επεφύλαξαν οι διοργανωτές στους συνέδρους.

Μια πολύ όμορφη αναμνηστική φωτογραφία με τις Βραζιλιάνες, οι οποίες μάλιστα φορούν τις παραδοσιακές τοπικές ενδυμασίες τους.

Η αποκατάσταση της σύγκλεισης αναστέλλει σε μεγάλο βαθμό τα συμπτώματα και τη συχνότητα των συμπτωμάτων (Dawson P Mosby 2007). Για τη θεραπεία πρωταρχικά θα πρέπει να βρεθεί η κεντρική σχέση, η κάθετη διάσταση, η ορθή θέση της κροταφογναθικής (κεντρική σχέση) (Lucia 1960, Dawson 1988, Mc Kee 1997) και φυσικά θα πρέπει να ελαττωθεί η μυϊκή υπερλειτουργία.

Οι Tallgren 1957, Dawson 1989 παρατήρησαν ότι έχουμε δύο τύπους αποτριβής των δοντιών: αυτόν που πάντα τα δόντια αποτρίβονται με τον ίδιο ρυθμό που ανατέλλουν και η κάθετη διάσταση παραμένει σταθερή και αυτόν που η ανάπτυξη υπολείπεται, οπότε έχουμε μείωση της Κ.Δ. Το σχήμα και το μήκος της ρίζας είναι καθοριστικό για την αύξηση της Κάθετης Διάστασης και την τελική αποκατάσταση. Η αύξηση της Κ.Δ. δεν δημιουργεί πρόβλημα στον ασθενή μετά την πάροδο 52 εβδομάδων - 2 μηνών.

Απαραίτητες είναι οι σωστές καταγραφές καθώς και η χρήση προσωπικού τόξου. Η ουλοδοντική σχισμή έχει βάθος (0,5-1 mm σε υγιή δόντια (Newcomb 1973), έτσι σε περιπτώσεις εξεσημασμένων αποτριβών για να επιμηκύνουμε την κλινική μύλη είναι απαραίτητη η χειρουργική επιμήκυνση αυτής.

Αναφορικά με το βαθμό της ουλοδοντικής θα πρέπει, μετά την αρχική παρασκευή του αυχένα των δοντιών, κατόπιν να γίνει η τοποθέτησή του σε νέα θέση μετά την τοποθέτηση του νήματος. Έπειτα ακολουθεί η τοποθέτηση δεύτερου νήματος για τη διεύρυνση της ουλοδοντικής σχισμής. Στην τελική αποκατάσταση θα πρέπει να αποκατασταθεί ο πρόσθιος οδηγός, η συγκλεισιακή σταθερότητα. Τελικά ακολουθεί η προσθετική αποκατάσταση με κάποια ολοκεραμική ή μεταλλοκεραμική στεφάνη.

Ολοκεραμικά συστήματα

Silica based πορσελάνες (feldspathic porcelains- glass ceramics). Ενδείκνυνται για μονήρεις στεφάνες και γέφυρες στην πρόσθια περιοχή (εξαιρετική αισθητική). Λόγω της μεγάλης διαφάνειας, σε δυσχρωμικά δόντια ενδείκνυνται το πάχος της στεφάνης να είναι 1,8 mm (αντί για 1,2 mm). Η συγκόλληση γίνεται με αδροποίηση του δοντιού, σιλανοποίηση της πορσελάνης και χρήση κονίας bisGMA ρητίνης.

Αλουμινίου ή οξειδίου του ζιρκονίου. Επειδή υπερέχουν σε αντοχή, ενδείκνυνται όχι μόνο για μονήρεις στεφάνες, αλλά και για οπίσθιες γέφυρες και

κολοβώματα εμφυτευμάτων. Ο Sailer 2007 έδειξε ότι η ζιρκονία σε μελέτες τριών ετών υπολείπεται λόγω μικροσπασιμάτων 3-25% του μετάλλου.

Πολύ ενδιαφέρουσα ήταν η απογευματινή ομιλία του R. Burkhart (Ελβετία) με θέμα «**Διαχείριση των περιοδοντικών-περιεμφυτευματικών ιστών** . Η βιβλιογραφία αναφέρει ότι το εύρος των κερατινοποιημένων ούλων συσχετίζεται με το βαθμό της υφίζησης (Ericsson & Lindhe 1984). Σε τελευταίες μελέτες όμως φαίνεται ότι *πιο σημαντικό από το εύρος της κερατινοποιημένης στοιβάδας είναι το πάχος αυτής.* Σε μελέτη (Cairo et. Al 2008) φάνηκε ότι το εύρος των κερατινοποιημένων ούλων δεν επηρεάζει την επιβίωσή τους.

Σε άλλη μελέτη (Bühler O Bunkhort 2008) φάνηκε ότι στην αισθητική ζώνη έχει αμεση σχέση το εύρος της κερατινοποιημένης στοιβάδας με την υφίζηση.

Ο Thoma (2009) βρήκε ότι *με προσθήκη μοσχεύματος συνδετικού ιστού υπάρχει λιγότερη υφίζηση.* Τα αλλογενή μοσχεύματα (Acellular dermal matrix) έχουν μικρότερη υφίζηση. Σε μελέτη (Kärring & Lang) φάνηκε ότι το μόσχευμα του συνδετικού ιστού, *σε περίπτωση αφαίρεσης της στοιβάδας που το καλύπτει, δίνει γέννηση σε ίδιο ιστό με το μόσχευμα, δηλαδή κερατινοποιημένο ιστό.* Σε μελέτη (Spray et al 2000) φάνηκε ότι το ελάχιστο εύρος παρειακού οστού για να μην υπάρχει απορρόφηση είναι τα 1,8 mm.

Σε μελέτη του P. Prado η μείωση της τάσης του κρημνού κατά την συρραφή από 6,5 g σε 0,4 g αύξησε την ικανότητα κάλυψης ρίζας κατά 12%. Η τάση ιδιαίτερα συσχετίζεται με το πάχος του κρημνού (‹ 1 mm). Η αύξηση της τάσης αυξάνει αλγοριθμικά τη δημιουργία ουλώδους ιστού. Έτσι θα πρέπει οι τομες να είναι στην παρυφή της ακρολοφίας και ενδοσχισμικά και όπου χρειάζεται και αφαιρούνται 3 μέρες μετά. Τα 3/0 ράμματα δημιουργούν μεγαλύτερες τάσεις και γι' αυτό σε λεπτούς κρημνούς θα πρέπει να αποφεύγονται. Η σταθεροποίηση του κρημνού είναι υψίστης σημασίας για την πρόγνωση του αποτελέσματος. Ο Cortellini σε μελέτη (2009) επιβεβαίωσε ότι η χρήση του ελεύθερου μοσχεύματος συνδετικού ιστού αυξάνει το ποσοστό κάλυψης της ρίζας. **Η παρουσία λιγότερων αυξητικών παραγόντων στο θρόμβο του βλεννογόνου σε σχέση με το δέρμα σχετίζεται με την ηπιότερη δημιουργία ουλώδους ιστού στο βλεννογόνο σε σχέση με το δέρμα**.

Και ελληνικές συμμετοχές τη δεύτερη ημέρα του συνεδρίου

Το πρωί της δεύτερης ημέρας είχαμε και τις δύο ελληνικές παρουσίες. Η πρώτη ήταν του **Ι. Τζούτζα** με θέμα **«Υλικά και τεχνικές αποστείρωσης και απολύμανσης»** και η άλλη των **Κωνσταντινίδη Χρ., Φαρμάκη Ελ.** και **Δαμάσκου Σπ.** με θέμα «**Διάγνωση επιμήκων καταγμάτων ρίζας με CBCT».** Σαν VRF ορίζεται οιαδήποτε πλήρης επιμήκης λύση της συνέχειας της ρίζας από τον πολφικό θάλαμο μέχρι το περιρρίζιο. Είναι η τρίτη πιο σημαντική αιτία απώλειας των δοντιών . Συνήθως από μελέτες φαίνεται να ειναι συχνοτερη σε προγόμφιους 60,4% και γομφίους 21%. Η διάγνωση μέχρι τώρα ήταν:

1) Κλινική από παρουσία συριγγίου μονού ή διπλού συνήθως στο μέσο της ρίζας, άνω κατά τη μάσηση ή την πίεση.
2) Η οπισθοφατνιακή ακτινογραφία η οποία έχει περιορισμό της παρεμβολής διάφορων ανατομικών μορίων.
3) Το OCT
4) Η χειρουργική διάνοιξη και αξιολόγηση κλινικά του κατάγματος με μεγέθυνση και transullumination.
5) Η νεότερη τεχνική, το CBCT υπερέχει σε σχέση με όλες τις μεθόδους στην διάγνωση και τον προσδιορισμό του κατάγματος.

Στο ίδιο θέμα κινήθηκε η ομιλία του **S Kim** (USA) με θέμα «Διάγνωση ενδοδοντικών προβλημάτων». Η M. Jeffcoat (USA) σε άλλη αίθουσα αναφέρθηκε στο επίκαιρο θέμα «Μέχρι πότε διατηρούμε το δόντι, ώστε να μη χάσουμε το οστούν;».

Στις προηγούμενες δεκαετίες η περιοδοντική θεραπεία έδινε προτεραιότητα στην πλήρη εξάλειψη των θυλάκων με αφαιρετικές τεχνικές (Widman και modified Widman κρημνούς). Από τη δεκαετία του '90 τα μοσχεύματα και η κατευθυνόμενη ιστική αναγέννηση αναγεννά το χαμένο περιοδόντιο και το οστούν. **Στις περιπτώσεις που η πρόγνωση είναι κακή, το δόντι θα πρέπει να εξάγεται και στο μεταξακτικό φατνίο να γίνεται οστική αναγέννηση. Επίσης σε γενικά νοσήματα, όπως η μυελογενής λευχαιμία, σοβαρά καρδιαγγειακά νοσήματα, θα πρέπει να εξάγονται τα δόντια ακόμη και με αμφίβολη πρόγνωση.**

Σε κάποια γενικά νοσήματα, όπως ο διαβήτης, η ασθένεια Crest, είναι σκόπιμο να μην αφήνουμε την περιοδοντική νόσο να εξελίσσεται, γιατί θα συμβεί δυσανάλογη και ταχεία καταστροφή του οστού. Στην οστεοπόρωση συνίσταται η λήψη ασβεστίου, η άσκηση, η αποφυγή του καπνίσματος και της κατανάλωσης αεριούχων ποτών. Σε πολλούς ασθενείς με οστεοπόρωση συνιστάται η λήψη διφωσφονικών. Σε κάποιους ασθενείς η λήψη διφωσφονικών βελτιώνει ακόμη και την περιοδοντική νόσο. Τα διφωσφονικά σε ασθενείς με λήψη χημειοθεραπευτικών για τον καρκίνο δημιουργούν 10 φορές μεγαλύτερη πιθανότητα νέκρωσης των οστών των γνάθων.

Ο L. Cooper (USA) είχε την επόμενη ομιλία με θέμα «Προσθετικές λύσεις για ατροφικές γνάθους». Στις Ηνωμένες Πολιτείες υπάρχουν 40 εκατομμύρια ανόδοντες ασθενείς. Στον νωδό ασθενή έχει μεγάλη σημασία ο προσεκτικός έλεγχος των ανατομικών στοιχείων του βλεννογόνου. Ο ομιλητής έδειξε όλα τα στάδια κατασκευής των οδοντοστοιχιών, στοιχείο που δείχνει ότι η οδοντιατρική ναι μεν προχωράει σε κάποιους τομείς, όπως η ακτινολογία και η βιολογική κατανόηση κάποιων ασθενειών και θεραπειών, όμως σε κάποιους τομείς μένει σταθερά προσκολλημένη σε πρωτόκολλα με μηδενική εξέλιξη. Βέβαια ο αντίλογος είναι ότι στην τρίτη και τέταρτη ηλικία, η απλότητα των προσθετικών αποκαταστάσεων και η ευκολία της διατήρησης του αποτελέσματος είναι πολύ βασικές παράμετροι.

Ο A. Jeske (USA) μιλάει για «Φαρμακολογική θεραπεία συνδρόμου ΚΓΔ. Σε μελέτες (Tale, Dionne RA 2004) φάνηκε ότι τα μη στεροειδή αντιφλεγμονώδη είναι τα πλέον δραστικά παυσίπονα για τον πόνο της ΚΓΔ. Τα μη στεροειδή αντιφλεγμονώδη είναι επίσης δραστικά για μυαλγία, οξύ πόνο από παρεκτόπιση, περιστεφανίτιδα. Σε συστηματική μελέτη αξιολογήθηκε η παυσίπονη δράση 7 παυσίπονων με άριστη επίδοση το 1,5 (ορίζεται ως η ελάχιστη ανά ημέρα δόση για να έχει αποτέλεσμα). Παρ' όλα αυτά, τα NSaiD θα πρέπει να χορηγούνται μετά από προσεκτική λήψη του ιατρικού ιστορικού, καθώς και η καταγραφή των λαμβανόμενων φαρμάκων (τα NSaiD αλληλεπιδρούν με τα αντιπηκτικά).

Τα οπιοειδή γενικά καλό είναι να χρησιμοποιούνται μόνο σαν δεύτερη επιλογή, γιατί προξενούν αναπνευστικά προβλήματα, μυϊκό σπασμό, αλλεργίες και δυσκοιλιότητα. Συνεπώς σε περίπτωση ανάγκης χορηγούνται τα NSaid σε συνδυασμό με τα οπιοειδή και όχι τα οπιοειδή μόνα τους.

Τα κορτικοστεροειδή (dexamethasome) δεν ενδείκνυνται για αντιμετώ-

πιση του οξέος πόνου, της ΚΓΔ. Οι βενζοδιαζεπίνες (ηρεμιστικά) λειτουργούν ιδιαίτερα σε καταστάσεις μυϊκού σπασμού. Τα αντικαταθλιπτικά (amitriptyline) έχουν εφαρμογή σε χρόνιο πόνο στο πρόσωπο.

Πρώτη ομιλία της **Παρασκευής 3 Σεπτεμβρίου** ήταν αυτή του McCord (UK) με θέμα «Αποκατάσταση μερικής ανοδοντίας». Είναι σημαντικό σε ασθενείς που αναμένεται να καταστούν ανόδοντες, η διάγνωση των εκφύσεων και καταφύσεων των μασητηρίων και των μιμικών μυών. Έτσι σε Class II div II η απώλεια των κάτω προσθίων θα φέρει τον γενειακό σε θέση που θα αποσταθεροποιεί την κινητή. Γενικά η διατήρηση δοντιών ή ακόμη και ριζών είναι συχνά στρατηγικά απαραίτητη για τη διατήρηση ισορροπίας ως προς αποκαταστάσεις με κινητές εργασίες στις πάσχουσες γνάθους.
Σε πολύ πιο σύγχρονη θεματολογία ήταν η ομιλία του L Canullo (Ιταλία) με θέμα «Σύγχρονες απόψεις στις εμφυτευματικές αποκαταστάσεις».
Το platform switching έχει μελετηθεί, αποδειχτεί και συμβάλλει σε μικρότερη απορρόφηση του οστού στον αυχένα των εμφυτευμάτων. Έχει όμως και μειονεκτήματα. Το πιο βασικό είναι η ανάγκη χρήσης μεγάλης χρήσης εμφυτευμάτων, μη αισθητικό προφίλ ανάδυσης και την τάση να μεταφέρει μικρότερη τάση, την οποία μάλιστα δεν μπορεί να αντισταθμίσει.
Επόμενος ομιλητής ήταν ο L. Vascancelos (Brasil) με θέμα «*Σχέδιο θεραπείας στην αισθητική ζώνη*». *Έχει αποδεδειχθεί ότι το 60-70% της μάζας του λαγόνιου μοσχεύματος υφίσταται απορρόφηση.*
Το DFDBA έχει ενδείξεις, αλλά τόνισε ότι έχουν παρατηρηθεί και σημαντικά προβλήματα απόρριψης (Reynolds Jomi 2010).
Οι μορφογενετικές πρωτεΐνες φαίνεται να είναι στον πιο σωστό δρόμο για την GBR. Μέχρι σήμερα όμως, εκτός από το μεγάλο κόστος (5.000 $/φιαλίδιο), *υπάρχει έλλειψη προβλεψιμότητας και τεκμηρίωσης.*
Οι απογευματινές ομιλίες ξεκίνησαν με τον P. O. Glantz (Σουηδία) με θέμα το πλέον δημοφιλές θέμα του συνεδρίου: «**Εμφυτευματολογία, μαθήματα και εμπειρίες**».
Σε μελέτες φαίνεται ότι τα εμφυτεύματα παραμορφώνονται κατά τους διάφορους άξονες κατά την άσκηση δυνάμεων. *Επιπλέον αυτή η άσκηση δυνάμεων δημιουργεί στο οστούν μηχανισμό αίσθησης κατά τη μάσηση των διάφορων τροφών.*
Εμφυτεύματα που στηρίζουν κινητές οδοντοστοιχίες δύνανται να αποκατασταθούν με attachments σφαιρικού τύπου είτε με μπάρα, η οποία φαίνεται να υπερέχει ως προς τη φόρτιση των εμφυτευμάτων, υστερεί όμως ως προς τη συχνότητα καταγμάτων στην επένθετη.
Ο επόμενος ομιλητής ήταν ο M. Araujo (Βραζιλία), η αίθουσα ήταν ασφυκτικά γεμάτη και οι Βραζιλιάνοι οδοντίατροι αγωνιούσαν να ακούσουν το τεράστιο αυτό κεφάλαιο στη βραζιλιάνικη και παγκόσμια οδοντιατρική.
Το θέμα ήταν «**Πρόληψη, διάγνωση και θεραπεία της περιεμφυτευματίτιδος**». Η αποτυχία στα εμφυτεύματα διαχωρίζεται σε αυτές που συμβαίνουν εβδομάδες ή μήνες μετά την τοποθέτησή τους και σε αυτές που συμβαίνουν μετά από ένα χρόνο.
Η πιο σημαντική αποτυχία είναι η περιεμφυτευματίτιδα. Διαχωρίζεται σε περιεμφυτευματική βλεννογονίτιδα χωρίς απώλεια οστού και την περιεμφυτευματίτιδα με απώλεια οστού. Η περιεμφυτευματική βλενογοννίτιδα συνοδεύεται από ερυθρότητα και ευρήματα από τον ανιχνευτήρα. Η περιεμφυτευματίτιδα συνοδεύεται συνήθως από πύον και βάθος στην αύλακα (› 6 mm). Αυτή αντιστοιχεί σε οστική αλλοίωση σε σχήμα κρατήρα. Όπως είναι φυσικό, υπάρχει μεγάλο μικροβιακό φορτίο (Gram αρνητικά και αναερόβια βακτήρια) (Listgarten 1999).
Η περιεμφυτευματίτιδα δεν έχει συσχετιστεί με κάποιο συγκεκριμένο σύστημα εμφυτευμάτων.
Η θεραπεία πάντα ξεκινά:
1. Από την αφαίρεση της ΟΜΠ
2. Καθαρισμός του εμφυτεύματος
3. Μείωση των ανωμαλιών του εμφυτεύματος (σπείρες)
4. GTR.
Φαρμακευτικοί διακλυσμοί με CHX και φυσιολογικό ορό, χρήση τοπικών και συστηματικών αντιβιοτικών και καθαρισμός με κρημνούς και αεροαποτριβή είναι θεραπεία ρουτίνας στα περισσότερα περιστατικά περιεμφυτευματίτιδας.
Η προσβασιμότητα για καθαρισμό όλων των επιφανειών φαίνεται από μελέτες ότι σχετίζεται άμεσα με την εμφάνιση περιεμφυτευματίτιδας, αλλά και την πρόγνωση της θεραπείας της. *Η GBR σε θεραπεία περιεμφυτευματίτιδας αναφορικά με την αναγέννηση του οστού (επαναοστεοενσωμάτωση) γίνεται (Persson et al 2001) σε ποσοστό 0,43% και σε ποσοστό 95,7% έχουμε το σχηματισμό ινώδους κάψας σε επαφή με την επιφάνεια του εμφυτεύματος. Σε επιφάνειες SLA το ποσοστό ανήλθε στο 1,21%.*
Η γενετική θεραπεία έχει πλέον μπει στην οδοντιατρική. Νόσοι όπως ο διαβήτης, η περιοδοντίτιδα, η ινωμάτωσις των ούλων, η ατελής αδαμαντινογενεσία και άλλες έχουν ήδη αναγνωριστεί γονιδιακά. Στην Αμερική ο γενετικός έλεγχος γίνεται για 3.000 ασθενείς. Ο εμβολιασμός σε ασθενείς, όπως η διφθερίτιδα, η πολυεμυελίτιδα κ.ά. οδήγησαν στην εξάλειψη αυτών των νόσων.
Σε ασθένειες που οφείλονται σε συνδυασμό με γονιδιακό και περιβάλλον, η έγκαιρη ανίχνευση του γενετικού προβλήματος θα οδηγήσει σε πρόληψη πριν το πρόβλημα γίνει σοβαρό για τον ασθενή.
Είναι επίσης δυνατή η αντικατάσταση και η παρέμβαση στα γονίδια ή και η φαρμακευτική παρέμβαση στην έκφρασή τους. Ο γονιδιακός έλεγχος γίνεται με τη λήψη σιέλου, δέρματος και άλλου γενετικού υλικού.
Επόμενη ομιλία ήταν αυτή του Wong H (USA) με θέμα «Βιοϋλικά για GBR». Η πρόληψη της νόσου και της επιδείνωσής της, η αναγέννηση του απολεσθέντος περιοδοντίου και η δημιουργία νέων ιστών είναι τα βασικά στοιχεία της σύγχρονης θεώρησης της περιοδοντικής θεραπείας. Με την παραδοσιακή μη χειρουργική έχουμε συχνά τη δημιουργία μακράς επιθηλιακής πρόσφυσης και ακρορριζική μετανάστευση του προσπεφυκότος επιθηλίου.
Η ιστική αναγέννηση στηρίζεται στην αρχή του ανταγωνισμού των κυττάρων. Ο αποκλεισμός κάποιων κυττάρων και η αγγειογένεση που θα προκύψει με προγεννητικά κύτταρα και αυξητικούς παράγοντες θα οδηγήσει στην αναγέννηση ιστών, όπως οστού περιοριοδοντίου οστεΐνης κ.τ.λ. Η ωρίμαση του ιστού είναι το τελευταίο στάδιο. *Βασικές παράμετροι είναι η δημιουργία χώρου και η τέλεια σύγκλειση των κρημνών (χωρίς τάσεις).*

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

ISO 9001 TÜV NORD TÜV HELLAS SYSTEM CERTIFICATION

Στον κρίσιμο χώρο πάνω από το οστούν θα πρέπει να χρησιμοποιηθεί filler (μόσχευμα) και (από μελέτες) το 1,5-2 mm. Τα υλικά που χρησιμοποιούνται σήμερα δίνουν έμφαση στη χρήση αυξητικών παραγόντων BMP-2, Tgf κ.τ.λ.

Ο F. Francischone μίλησε για το θέμα «Πώς να προλάβουμε τεχνικές επιπλοκές με οστεοενσωματούμενες αποκαταστάσεις. Η χρήση κρεμαστών δεν επιβαρύνει ιδιαίτερα το εμφύτευμα. Παρ' όλα αυτά, ο έλεγχος της σύγκλεισης είναι επιβεβλημένος, γιατί η διάρκεια της υπερφόρτισης στα εμφυτεύματα (αν και έχει αποδειχτεί ότι υπάρχει οστική αντίληψη της πίεσης) οδηγεί σε απώλεια οστού.

Η ομιλία του M. Kelleher (UK) με θέμα «Νέοι ορίζοντες στη λεύκανση» συγκέντρωσε τους περισσότερους συνέδρους, δείχνοντας σαφώς τα βασικά ενδιαφέροντα του οδοντιάτρου. Στη λεύκανση θα πρέπει να αφαιρούνται αποκαταστάσεις ρητίνης γιατί δυσχεραίνουν τη λεύκανση. Η λεύκανση των ενδοδοντικά θεραπευμένων δοντιών γίνεται με αφαίρεση των υλικών έμφραξης μέχρι τα 2 mm από την αδαμαντινοοστεϊνική ένωση. Κατόπιν κατασκευάζονται διαφανείς νάρθηκες και ο ασθενής αλλάζει το gel λεύκανσης ανά 2 ώρες χρησιμοποιώντας το νάρθηκα. Η διαδικασία διαρκεί περί τις 2 ημέρες. Το 10% υπεροξείδιο του καρβαμιδίου αντιστοιχεί με 3,5% H_2O_2. Όμως *το H_2O_2 είναι ασταθές με παρουσία σιέλου δίνοντας σαφείς ενδείξεις στις περιπτώσεις παρουσίας σίελου για την χρήση του καρβαμιδίου.* Η επιλεκτική λεύκανση αφαιρεί τμηματικά τις δυσχρωμίες των δοντιών. Γίνεται με νάρθηκα αφού έχουμε δημιουργήσει «ρεζερβουάρ» πάνω από τις δυσχρωμικές περιοχές.

Οι χρώσεις από τετρακυλίνη χρειάζονται 6-9 μήνες για θεραπεία με 10% υπεροξείδιο του καρβαμιδίου. Οι κίτρινες χρώσεις είναι ευκολότερες, ενώ οι μπλε και οι γκρι οι δυσκολότερες (Leonard et al JADA 2004).

Η λεύκανση στο ιατρείο δεν έχει τα ίδια καλά αποτελέσματα, όπως η λεύκανση στο σπίτι (με νάρθηκες). Μόνο η μέθοδος αυτή έχει FDA approval. Αντίθετα η μέθοδος στο ιατρείο 38% υπεροξείδιο του καρβαμιδίου μπορεί να είναι κακωτική αν δεν γίνει καλή απομόνωση. Μπορεί να γίνει λεύκανση δοντιών που έχουν αποκατασταθεί με όψεις αν γίνουν ρεζερβουάρ υπερώια (Haywood et al).

Ο S. Porter (UK) μίλησε για τη χρήση του σιέλου σαν γενετικό υλικό για την έγκαιρη διάγνωση συστηματικών ασθενειών. Αν και έχει γίνει μεγάλη εξέλιξη στο θέμα της μελέτης του σιέλου, ακόμη ο χρυσός κανόνας παραμένει το αίμα. Οι ασθένειες που «γίνεται προσπάθεια» να μπορούν να ανιχνευθούν είναι τα κακοήθη νοσήματα και ο διαβήτης.

Επόμενος ομιλητής ήταν ο M. Goldberg (Γαλλία). Η ανίχνευση των υπεύθυνων για την κλειδοκρανιακή δυσόστωση γονιδίων (Cbfa1/Runx2) έχει γίνει αφορμή για την προσπάθεια δημιουργίας 3ης οδοντοφυΐας.

Το $Ca(OH)_2$ άρχισε να μελετάται το 1930. Ο κυτταρικός και μοριακός μηχανισμός μελετήθηκε εκτενώς από τον Schroeder (1985). Ο Fitzgerald (1990) παρατήρησε τη δημιουργία οδοντοβλαστών και ιδίως οστεοβλαστών. Έτσι το $Ca(OH)_2$ έδωσε έναρξη σε σειρά εργασιών για αναγέννηση του πολφού και άλλων ιστών του δοντιού (ακρορριζικά). Τα μεσεγχυματικά βλαστοκύτταρα ανάλογα με τη μορφογενετική πρωτεΐνη που θα επιδράσει (PDGF, TGF-B κ.τ.λ.) παράγουν διαφορετικούς ιστούς. Ο επαναπροσδιορισμός των ιστών με παράγοντες όπως Pct , Sox2, Nanog, Kif4, Lin 28, c-Myc μελετάται σήμερα.

Ο I. Chilvaquer (Βραζιλία) αναφέρθηκε στην νέα τεχνολογία των CBCT. Το CBCT σήμερα έχει εδραιωθεί σαν η πληρέστερη πληροφορία στον τομέα της διάγνωσης. Η ακρίβειά της όμως μπορεί να δημιουργήσει προβλήματα όπως ο θόρυβος, το beam noise (από μεταλλικά και ενδοδοντικά υλικά).

Η E. Puricelli παρουσίασε το θέμα «Χειρουργική στόματος-προβλήματα». Η γενική υγεία, τα εργαλεία και η επιδεξιότητα του θεράποντος είναι βασικές παράμετροι για την πρόγνωση της κάθε επέμβασης. Στην ορθοδοντική ανατολή δοντιών μπορεί να δημιουργηθούν προβλήματα με τη ρίζα,αλλά και με τη θέση του δοντιού στο φραγμό. Η E. Puricelli πρότεινε τη διπλή έλξη του δοντιού, δηλαδή και από τον αυχένα και την κοπτική. Με την τεχνική αυτή η ρίζα συνεχίζει την ολοκλήρωσή της παράλληλα με την ορθοδοντική ανατολή.

Σε κυνόδοντες που έχουν μεγάλη εγγύτητα με άλλα ανατομικά μόρια και μεγάλο βάθος υφίζησης, συνιστάται η εκτομή του ακρορριζίου. Το δόντι ανατέλλει φυσιολογικά και το εναπομείναν ακρορρίζιο εξάγεται.

Ο χαλινός της γλώσσας είναι μια μυϊκή πρόσφυση της γλώσσας στην κάτω γνάθο. Εξαιτίας αυτού συχνά μπορεί να δημιουργηθούν προβλήματα, όπως διαστήματα μεταξύ των δοντιών και δυσκινησία της γλώσσας. Η εκτομή του χαλινού γίνεται αφού ζητηθεί από τον ασθενή να τραβήξει τη γλώσσα προς τα μέσα. Κίνδυνοι από την εκτομή είναι το οίδημα του εδάφους του στόματος, η μειωμένη σιαλόρροια και η υποτροπή της δυσκινησίας της γλώσσας.

Σε περίπτωση καταστροφής των εκφορητικών πόρων του Warton ενδείκνυται η αποκάλυψή τους, τοποθέτηση καθετήρων και επιθηλιοποίηση γύρω από τον καθετήρα για τη δημιουργία νέου πόρου (η διάγνωση γίνεται με MRI).

Η οστεομυελίτις είναι δυνατόν να συμβεί ακόμη και μετά από εξαγωγές σε ασθενείς που κάνουν λήψη διφωσφονικών. Σε ασθενείς με λήψη διφωσφονικών (φωτό) οι εξαγωγές θα πρέπει να είναι ατραυματικές με ελάχιστη αποκάλυψη οστού και συρραφή του μετεξακτικού φατνίου.

Ιδιαίτερα ενδιαφέρουσες ήταν οι ομιλίες και την τελευταία ημέρα

Την Κυριακή, τελευταία ημέρα του συνεδρίου, τις ομιλίες άνοιξε ο W. Cheung (Hong Kong) με θέμα «Προκλήσεις στην αποκατάσταση ενδοδοντικά θεραπευμένων δοντιών». Ο δείκτης ελαστικότητας των ινών fibers είναι σχεδόν ίδιος με της οδοντίνης (Sirimal 2005).

Οι μεταλλικοί άξονες προκαλούν συχνά κατάγματα, ενώ οι fiber posts άξονες συνήθως επιτρέπουν σε περιπτώσεις βλάβης την επαναποκατάσταση του δοντιού (Newton 2003, Salameh Z 2007).

Ένα μεγάλο πλεονέκτημα των fiber posts είναι η συγκολλητική της ικανότητα με τα composites. Σε εργασία των Varvara et al (J Prost,2007) φαίνεται ότι όσο μεγαλύτερο το ferrule (εναπομένον ύψος οδοντίνης στον αυχένα), τόσο μικρότερος ήταν ο αριθμός των καταγμάτων με το μεγαλύτερο ποσοστό όπως συμβαίνει στους κοχλιούμενους άξονες. *Η τοποθέτηση carbon fiber posts φαίνεται (Hashimoto M 2003) ότι ενισχύει τα ενδοδοντικά θεραπευμένα δόντια.*

Οι Ferrari et al 2000, Fredriksson 1998 βρήκαν ποσοστά επιτυχίας στους άξονες 91-97%. Σαν κονίες συγκόλλησης ενδείκνυνται οι ρητινώδεις κονίες και όχι η υαλοϊνομερής.

Η συγκόλληση όμως με τα τοιχώματα του ριζικού σωλήνα δεν είναι ισχυρή, γιατί τα τοιχώματα αυτά είναι πλούσια σε smear layer, υπολείμματα NAOCI και ευγενόλης. Ενδείκνυται η αδροποίηση με

αδρανοποιητικό 4ης ή 5ης γενιάς. Το αλκοόλ (70%) καθαρίζει τα υπολείμματα και το EDTA. Το smear layer μπορεί να χρησιμοποιηθεί και gel CHX 2%.

Ο Manocci et al 2007 έδειξε ότι η συγκολλητική ισχύς των F Posts χάνεται με την πάροδο του χρόνου και τη συχνότητα των καταπονήσεων. Η ενίσχυση του δεσμού μεταξύ CFP και composites γίνεται με 4% HF για 1 λεπτό ή 24% H_2O_2 για 10 λεπτά και μετά σιλάνιο για 1 λεπτό. Οι fiber άξονες που έχουν μεγαλύτερη αντοχή είναι αυτοί που έχουν υποστεί έκταση. **Έχουν όμως μειονέκτημα τη συχνότερη αποκόλληση σε σχέση με τους κοχλιούμενους**.

Ο C. Emilsson (Σουηδία) αναφερόμενος στα fiber posts έδειξε τις άλλες εφαρμογές τους. Έτσι σε περίπτωση ελλειμμάτων μπορούν να αποκαταστήσουν προσθετικά ημιμόνιμα. Στις ναρθηκοποιήσεις η χρήση υαλονημάτων κερδίζει λόγω αισθητικής χώρο σε σχέση με τα σύρματα.

Ο H. Wang (USA) μίλησε για το θέμα «Χρήση και κατάχρηση των οστικών μοσχευμάτων». Μελέτες (Trejo et al 2002, Gouldin et al ,1996) έδειξαν ότι το DFDBA δεν δίνει καλύτερα αποτελέσματα σε οστικές βλάβες τριών τοιχωμάτων. **Στις εξαγωγές είναι σκόπιμο να γίνεται προσπάθεια διατήρησης ή αναγέννησης του φατνίου.**

Στους διχασμούς των ριζών η χρήση μοσχεύματος πάντα συνδυάζεται με μεμβράνη (Houser et al) δίνοντας προβλέψιμα αναγέννηση 82,5%. Το μεταξακτικό φατνίο σκόπιμο είναι να αποκαθίσταται με εμφυτεύματα πριν από την πάροδο ενός έτους, γιατί η μη διέγερσή του οδηγεί σε ατροφία. Σε μελέτη (Huyuh et al 2010) στην αισθητική ζώνη φάνηκε ότι στο 87% των περιπτώσεων η GBR ήταν σκόπιμη για ιδεώδη αισθητική.

Σε λεπτό βιότυπο η άμεση εμφύτευση μπορεί να μας οδηγήσει σε υφίζηση. Στην άμεση εμφύτευση σκόπιμο είναι να παραμένει κενό 1 mm μεταξύ εμφυτεύματος και παρειακού τοιχώματος. Αν το κενό με το μεταξακτικό φατνίο είναι μεγαλύτερο του 1,25 mm είναι σκόπιμο να τοποθετείται κάποιο μόσχευμα ,όπως το Colla Plak. **Τόνισε ότι το BioOss φαίνεται ότι δεν ενδείκνυται για οστική αναγέννηση παρά μόνο εκτός της προ αναγέννησης περιοχής για διατήρηση του όγκου επειδή δεν απορροφάται.**

Η τελική εντύπωση…

Το FDI βάδιζε προς το τέλος του και οι 7500 σύνεδροι άρχισαν να αποχωρούν με γρήγορους ρυθμούς για να επιστρέψουν στις μακρινές χώρες τους. Η έκθεση οδοντιατρικών (μικρότερη από άλλες χρονιές) είχε ήδη αρχίσει να μετακομίζει και το FDI 2010 είχε αρχίσει να περνάει στο Πάνθεον των μεγάλων Οδοντιατρικών συνεδρίων.

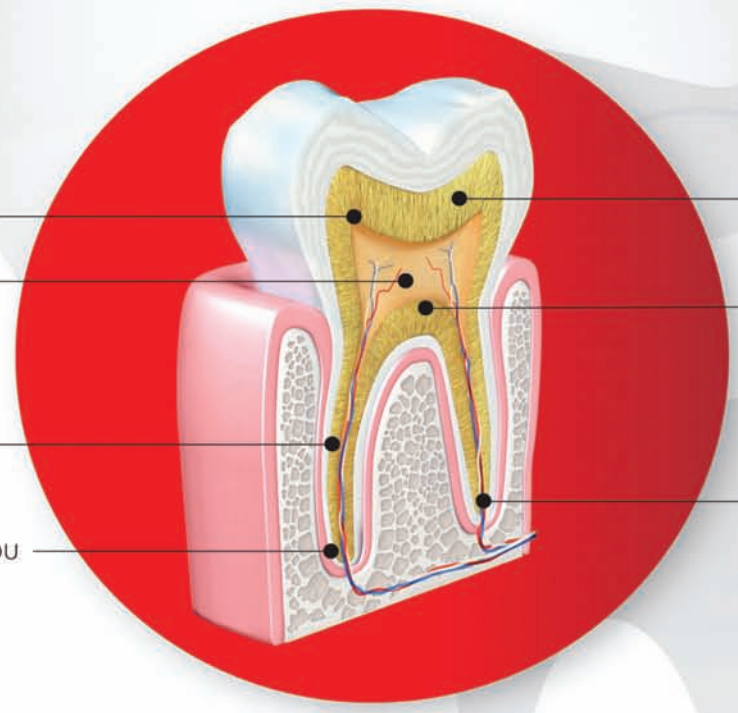
Το FDI είχε κάποιες κακές στιγμές, όπως η οργάνωση την πρώτη ημέρα, η τελετή της έναρξης, η μεγάλη απόσταση του συνεδριακού κέντρου από τα ξενοδοχεία, αλλά και η μέτρια κατάσταση του συνεδριακού κέντρου. Συνολικά όμως το FDI του 2010 ήταν αυτό που περιμέναμε. Μια γιορτή της Οδοντιατρικής με πολυάριθμες ομιλίες πάνω στα διάφορα γνωστικά αντικείμενα της οδοντιατρικής, αλλά και άλλων επιστημών, όπως η γενετική , η ψυχιατρική, η βιολογία και άλλων που έρχονται για να καλύψουν τις αλματωδώς αυξανόμενες ανάγκες της συνεχώς εξελισσόμενης επιστήμης μας.

Ο σημερινός οδοντίατρος *θα πρέπει κυριολεκτικά να τα ξέρει σχεδόν όλα.* Οι νέες τεχνολογίες και θεωρίες θα πρέπει να εμβολιάζουν τις καθιερωμένες τεχνικές και την εμπειρία για να μπορούμε να εξερευνούμε νέους ορίζοντες .

Ευχαριστούμε θερμά **τις χορηγούς** Εταιρείες **Μαυραειδόπουλος** και **Sadent**, καθώς και το προεδρείο του FDI για τη φιλοξενία τους.

Biodentine™

Το πρώτο «όλα σε ένα» βιοσυμβατό και βιοενεργό υποκατάστατο της οδοντίνης που τοποθετείται όπου εκείνη έχει καταστραφεί



Αποκαταστάσεις μύλης
- Μόνιμες εμφράξεις οδοντίνης
- Εν τω βάθει κοιλότητες
- Κάλυψη πολφού
- Πολφοτομή
- Προσωρινές εμφράξεις αδαμαντίνης

Ενδοδοντικές θεραπείες
- Διατρήσεις τοιχωμάτων ριζών
- Διάτρηση πολφικού θαλάμου
- Εσωτερικές/εξωτερικές απορροφήσεις
- Διάτρηση ακρορριζίου
- Χειρουργική ακρορριζίου

Χαρακτηριστικά και Πλεονεκτήματα
- Πολλαπλή χρήση: ενδοδοντικές θεραπείες και επανορθωτικές αποκαταστάσεις
- Αναγέννηση αντιδρώσας οδοντίνης για τη διατήρηση της ζωτικότητας του πολφού.
- Φυσική μικρομηχανική συγκράτηση για τις εξαίρετες αποφρακτικές ιδιότητες δίχως επεξεργασία επιφανειών.
- Παρόμοιες μηχανικές ιδιότητες και μηχανική συμπεριφορά με τη φυσική οδοντίνη.
- 3.5mm ακτινοσκιερότητα αλουμίνας για εύκολες βραχυπρόθεσμες και μακροπρόθεσμες επανεξετάσεις των αποκαταστάσεων.

Συσκευασία
Η Biodentine™ διατίθεται σε κουτί των 15 καψούλων και 15 αμπούλων μονών δόσεων.

Ιωάννης Τσαπράζης ΑΕ
ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΙΚΑ-ΟΡΘΟΔΟΝΤΙΚΑ
Μιχαλακοπούλου 157 Γουδή 115 27,
Τηλ.: 210 7716.416, 210 7751.000,
Fax: 210 7711.100, e-mail: info@tsaprazis.gr

septodont

ACTIVE BIOSILICATE TECHNOLOGY

Νέα εργαλεία και μέθοδοι στη συντηρητική θεραπεία των νόσων του περιοδοντίου

Η Στοματολογική Εταιρεία της Ελλάδος διοργανώνει πρακτικό σεμινάριο με θέμα «Νέα εργαλεία και μέθοδοι στη συντηρητική θεραπεία των νόσων του περιοδοντίου», το οποίο θα πραγματοποιηθεί το Σάββατο 5 Φεβρουαρίου 2010. Η άσκηση των συμμετεχόντων θα γίνει στο Επιστημονικό Κέντρο της Εταιρείας (Καλλιρρόης 17, Αθήνα) από τις 09.00 μέχρι τις 16.00.

Τα θέματα που θα συζητηθούν είναι η συντηρητική θεραπεία του περιοδοντίου, τα νέα εργαλεία (χειρός, υπέρηχος, Air Flow) που χρησιμοποιούνται στην ριζική απόξεση, η φωτοδυναμική θεραπεία ως βοήθημα στην περιοδοντική θεραπεία, η χρήση των Lasers στην συντηρητική θεραπεία του περιοδοντίου, τα αντισηπτικά και τα αντιβιοτικά (τοπική/γενική χρήση).

Για όλα τα παραπάνω θέματα θα γίνει πρακτική άσκηση σε μικρές ομάδες 5 εκπαιδευομένων σε εκμαγεία, για επίδειξη, τρόπο χρήσης και ακόνισμα των εργαλείων χειρός.

Υπεύθυνοι του προγράμματος είναι η Επίκουρη Καθηγήτρια Περιοδοντολογίας ΕΚΠΑ Α. Ανδρονικάκη και ο Περιοδοντολόγος, υποψήφιος Διδάκτορας ΣΕΜΦΕ ΕΜΠ Α. Ζαμπέλης. Συμμετέχουν επίσης οι περιοδοντολόγοι Ιωάννα Καμμά, Σωτήρης Ζησόπουλος και Έλενα Χύτα. Οι συμμετέχοντες παρακαλούνται να έχουν μαζί τους εργαλεία απόξεσης και ακόνι.

Το δικαίωμα συμμετοχής είναι 60 ευρώ. Η καταβολή του δικαιώματος μπορεί να γίνει με κατάθεση στην Τράπεζα EUROBANK ERGASIAS (αριθμός λογαριασμού: 0026 0207 6002 0002 4639 με αναγραφή του ονόματος στο αποδεικτικό κατάθεσης), με ταχυδρομική επιταγή ή στα γραφεία της Σ.Ε.Ε καθημερινά 09.30-3 (τηλ: 210-92.14.325).

Επειδή η άσκηση των συναδέλφων θα γίνει σε ολιγομελείς ομάδες και ο συνολικός αριθμός τους δεν μπορεί να υπερβαίνει τους 25, θα τηρηθεί αυστηρή σειρά προτεραιότητας.

Πρακτικό σεμινάριο εμφυτευμάτων συστήματος Dentsply-Friadent

Η Εταιρεία Οδοντοστοματολογικής Ερεύνης διοργανώνει πρακτικό σεμινάριο εμφυτευμάτων, στο οποίο θα γίνει διεξοδική ανάλυση των χειρουργικών σταδίων του εμφυτευματικού συστήματος Dentsply-Friadent (θεωρητικό και πρακτικό μέρος πάνω σε γουρουνοκεφαλές), καθώς και λεπτομερής αναφορά στα προσθετικά στάδια, στους χειρουργικούς-ακτινογραφικούς νάρθηκες και στα σχέδια θεραπείας. Επίσης θα υπάρχει και πρακτική εξάσκηση των συμμετεχόντων.

Το σεμινάριο θα γίνει στις 11 και 12 Μαρτίου 2011, στην αίθουσα διαλέξεων της Εταιρείας Οδοντοστοματολογικής Ερεύνης (Μικράς Ασίας 70, Γουδή).

Διδάσκοντες είναι ο στοματικός και γναθοπροσωπικός χειρουργός Χ. Αποστολίδης, ο προσθετολόγος Κ. Γεωργιάδης, ο λέκτορας Προσθετικής του Πανεπιστημίου Αθηνών Η. Γούσιας, ο επίκουρος καθηγητής Προσθετικής του Πανεπιστημίου Αθηνών Σ. Κούρτης, η περιοδοντολόγος Ά. Λαγού, η λέκτορας Προσθετικής του Πανεπιστημίου Αθηνών Ί. Ρούσσου και ο λέκτορας Στοματικής και Γναθοπροσωπικής Χειρουργικής του Πανεπιστημίου Αθηνών Π. Χριστόπουλος.

Η συμμετοχή στο σεμινάριο είναι 250 ευρώ και ο μέγιστος αριθμός συμμετεχόντων είναι 25 άτομα. Για να δηλώσετε συμμετοχή, μπορείτε να επικοινωνείτε στα τηλ.: 210 7780671 και 210 7716671.

Χορηγός εταιρεία είναι η Δ. Μαυραειδόπουλος.

Εκπαιδευτικές δραστηριότητες του Οδοντιατρικού Συλλόγου Κορινθίας

Το Σάββατο 4 Δεκεμβρίου 2010 στο ξενοδοχείο Sikyon Coast στο Ξυλόκαστρο έλαβε χώρα επιστημονική ημερίδα με θέμα «Φάρμακα και Οδοντιατρική Πράξη». Η ημερίδα συνδιοργανώθηκε από τον Οδοντιατρικό Σύλλογο Κορινθίας και την Κλινική Στοματολογίας του Νοσοκομείου «Ανδρέας Συγγρός» με ιδιαίτερη επιτυχία. Έξι διακεκριμένοι ομιλητές κάλυψαν ευρεία θεματολογία για ενδείξεις, αντενδείξεις και παρενέργειες των φαρμάκων που χρησιμοποιεί ο οδοντίατρος στην καθημερινή κλινική πράξη αλλά και νέες εναλλακτικές μεθόδων θεραπείας με βάση την ομοιοπαθητική. Η ημερίδα έκλεισε με πλούσιο γεύμα που παρατέθηκε για όλους τους συνέδρους με τη σημαντική συμπαράσταση των χορηγών της εκδήλωσης.

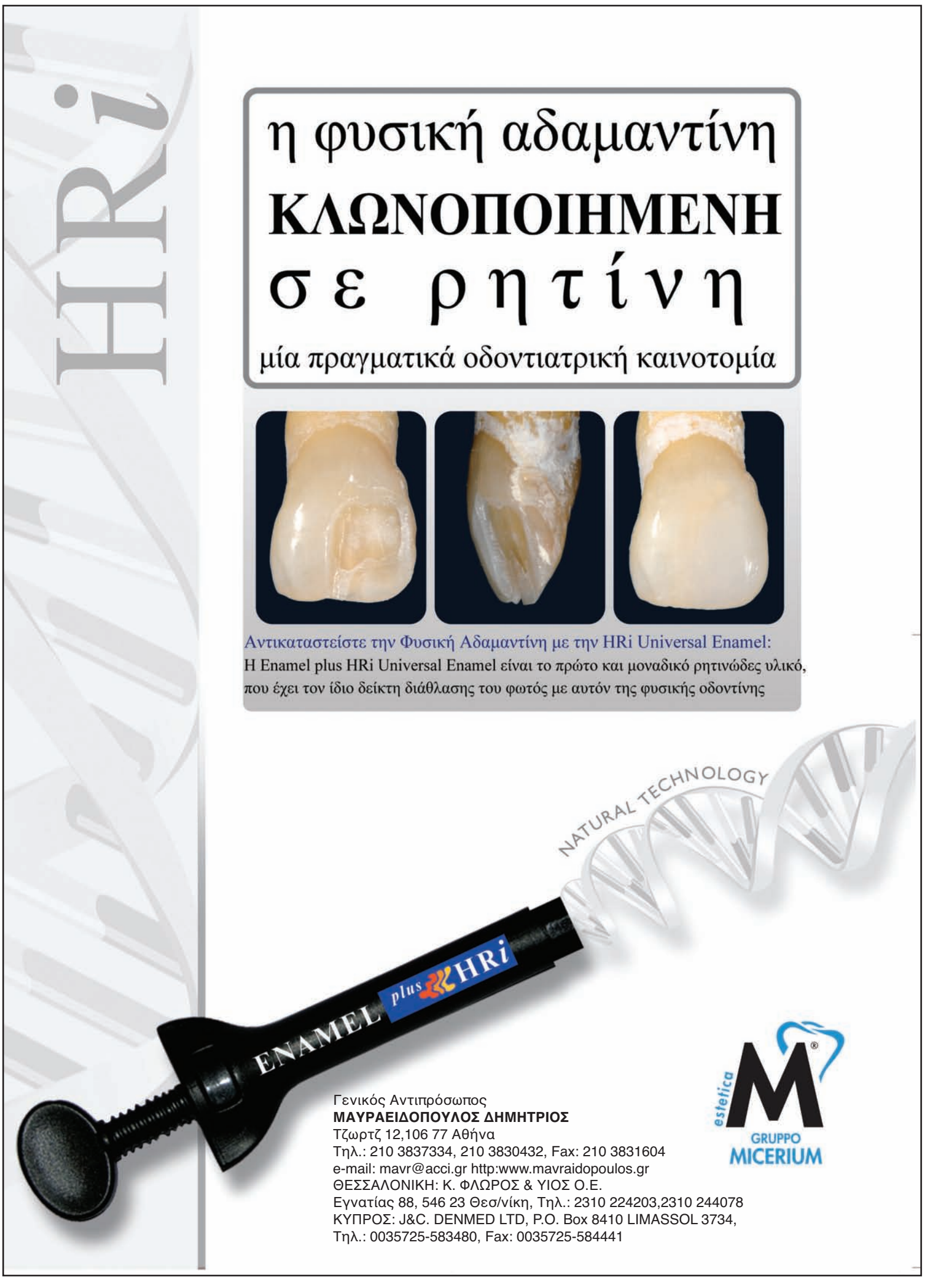
Το εκπαιδευτικό πρόγραμμα για το 2011 θα ξεκινήσει στις 22 Ιανουαρίου με μια επιστημονική ημερίδα που για πρώτη φορά συνδιοργανώνεται από τον Ιατρικό και Οδοντιατρικό Σύλλογο Κορινθίας. Η ημερίδα θα λάβει χώρα στο ξενοδοχείο Alkyon Resort στο Βραχάτι Κορινθίας με θέμα «Συνεργασία ιατρού και οδοντιάτρου: Από την επικοινωνία στην κλινική πράξη». Τη θεματολογία θα αναπτύξουν αναγνωρισμένοι καθηγητές και κλινικοί τόσο από τον ιατρικό όσο και τον οδοντιατρικό χώρο. Οι ομιλητές θα οριοθετήσουν τους άξονες συνεργασίας ιατρού και οδοντιάτρου με στόχο την καλύτερη επικοινωνία και την πληρέστερη παροχή υπηρεσιών υγείας στον ασθενή αλλά και στο κοινωνικό σύνολο.

Το νέο Δ.Σ. του Συλλόγου Αποφοίτων Οδοντιατρικής Σχολής Α.Π.Θ.

Μετά τη γενική συνέλευση και τις αρχαιρεσίες του Συλλόγου Αποφοίτων της Οδοντιατρικής Σχολής του ΑΠΘ, που πραγματοποιήθηκαν την 23η Οκτωβρίου 2010, η σύνθεση του νέου Διοικητικού Συμβουλίου είναι η παρακάτω: πρόεδρος του Συλλόγου εξελέγη η Ουρανία Παντελίδου, αντιπρόεδρος η Βάσω Παπαδημάτου, γενικός γραμματέας ο Βασίλειος Μυλωνάς, ειδικός γραμματέας ο Δημήτριος Αβραμίδης και ταμίας η Δέσποινα Μυροπούλου.

Ο Σύλλογος Αποφοίτων Οδοντιατρικής Σχολής ΑΠΘ ιδρύθηκε το 1998 και αριθμεί 350 μέλη, και μέλος του μπορεί να γίνει κάθε απόφοιτος της Ο.Σ. του ΑΠΘ. Έδρα του είναι από το 2003 η Θεσσαλονίκη.

Σκοποί του Συλλόγου είναι η σύσφιξη των μεταξύ των μελών σχέσεων, η ανταλλαγή απόψεων και ιδεών, η επαφή των μελών με τις τέχνες, τον πολιτισμό, τα γράμματα και τον αθλητισμό, η συνένωση των μελών, η αλληλοϋποστήριξη και κοινωνική συμπαράσταση προς επίτευξη των επιδιωκόμενων στόχων και τέλος η διά παντός νομίμου τρόπου εξυπηρέτηση των παραπάνω σκοπών.



Πραγματοποιήθηκε το 3ο Τριήμερο Ενημέρωσης της εταιρείας Μιλτιάδης Βιτσαρόπουλος Α.Ε.

Με πολύ μεγάλη επιτυχία ολοκληρώθηκε μεταξύ 3 και 5 Δεκεμβρίου το 3ο Τριήμερο Ενημέρωσης της εταιρείας Μιλτιάδης Βιτσαρόπουλος Α.Ε., το οποίο για τρίτη συνεχή χρονιά διοργανώθηκε στο ξενοδοχείο Holiday Inn της Αττικής Οδού. Η συμμετοχή ξεπέρασε φέτος κάθε προσδοκία, καθώς την εκδήλωση τίμησαν με την παρουσία τους οδοντίατροι από όλη την Ελλάδα, αλλά και την Κύπρο.

Ο σκοπός της εκδήλωσης ήταν η καλύτερη γνωριμία των οδοντιατρικών αντιπροσωπειών με τον οδοντίατρο και η εξοικείωση των οδοντιάτρων με τις νέες τεχνολογίες και τα υλικά που αντιπροσωπεύει η εταιρεία Μιλτιάδης Βιτσαρόπουλος Α.Ε. Σε αυτή την κατεύθυνση η εκδήλωση υποστηρίχθηκε από διακεκριμένους ομιλητές, οι οποίοι ανέπτυξαν θέματα γύρω από την αισθητική οδοντιατρική, τα εμφυτεύματα, τις συσκευές laser και τις αναπλαστικές τεχνικές. Κατά την πρώτη μέρα, ο Dr. Stefan Koubi ανέπτυξε προβληματισμούς γύρω από τη συμβατότητα της τέχνης με την επιστήμη στο πεδίο της αισθητικής οδοντιατρικής.

Το απόγευμα της ίδιας ημέρας, μπροστά σε

Κατά τη διάρκεια των ομιλιών, η αίθουσα 230 ατόμων ήταν κατάμεστη.

Στα διαλείμματα ανάμεσα στις ομιλίες οι οδοντίατροι είχαν τη δυνατότητα να επισκεφθούν την έκθεση των προϊόντων της εταιρείας σε περίπτερα χωρισμένα ανά οίκο.

ένα κοινό που γέμισε την αίθουσα, ο οδοντίατρος κ. Νίκος Κρόμπας έδωσε μια αναλυτικότατη ομιλία γύρω από τις ολοκεραμικές στεφάνες και τη διαδικασία από την επιλογή του συστήματος έως την τελική συγκόλληση. Το Σάββατο 4 Δεκεμβρίου, ο αντιπρόεδρος της DGOI Dr. Georg Bayer σε συνεργασία με τον MDT οδοντοτεχνίτη Stephan Adler παρέθεσαν τα συμπεράσματά τους μετά από 5 χρόνια κλινικής εμπειρίας σε επιταχυμένα σχέδια θεραπείας για νωδούς ασθενείς. Οι παρουσιάσεις τους πλαισιώθηκαν ιδανικά από την Dr Ευγενία Μιχαηλίδου, η οποία έδειξε με ποιο τρόπο η μεταβατική αποκατάσταση σε νωδούς ασθενείς μπορεί να αποτελέσει τον οδηγό για την τελική αποκατάσταση. Η κυρία Μιχαηλίδου παρουσίασε επίσης μια εναλλακτική προσέγγιση του διλήμματος «συγκόλληση ή κοχλίωση των επιεμφυτευματικών προσθετικών αποκαταστάσεων».

Τέλος, από το πρωί μέχρι και αργά το μεσημέρι της Κυριακής οι παρευρισκόμενοι παρακολούθησαν τις ομιλίες των Dr Roberto Rossi και της Dr Franziska Beer. Ο πρώτος παρουσίασε νέες στρατηγικές στην καθοδηγούμενη οστική και ιστική ανάπλαση σε πρόσθιες αισθητικές περιοχές, ενώ η δεύτερη τους τρόπους με τους οποίους το laser μπορεί να αποδειχθεί καινοτόμο εργαλείο στη σύγχρονη οδοντιατρική.

Στα μεσοδιαστήματα των ομιλιών οι συμμετέχοντες είχαν τη δυνατότητα να περιηγηθούν στην έκθεση των προϊόντων της εταιρείας, τα οποία ήταν χωρισμένα ανά οίκο σε μικρά εκθεσιακά περίπτερα. Επίσης προσφέρθηκε καφές και καθημερινό ελαφρύ γεύμα για όλους.

Η εταιρεία Μιλτιάδης Βιτσαρόπουλος Α.Ε. ευχαριστεί όλους όσοι συμμετείχαν και ιδιαίτερα όσους από μακριά ταξίδεψαν για να παρευρεθούν. Το γεγονός ότι η ανταπόκριση ήταν θετική δίνει την ελπίδα για τη διοργάνωση παρόμοιων εκδηλώσεων και στο μέλλον. Στόχος της εταιρείας Μιλτιάδης Βιτσαρόπουλος Α.Ε. δεν είναι η εκδήλωση αυτή να γίνει θεσμός, αλλά να γίνεται όποτε οι νέες εξελίξεις και ιδέες σε τεχνολογίες και υλικά το απαιτούν και πάντα με στόχο τη βελτίωση της επικοινωνίας μεταξύ αντιπροσωπείας και οδοντιάτρου.

Ελληνική Εταιρεία Κλινικής Στοματολογίας

Εξαιρετική επιτυχία σημείωσε η Ημερίδα Στοματολογίας στη Θεσσαλονίκη

Η Ελληνική Εταιρία Κλινικής Στοματολογίας σε συνεργασία με την Α' Δερματολογική Κλινική του Πανεπιστημίου Θεσσαλονίκης, διοργάνωσαν με εξαιρετική επιτυχία στις 16/10/10 ημερίδα Στοματολογίας στην Θεσσαλονίκη.

Η ημερίδα πραγματοποιήθηκε στο ξενοδοχείο «Νικόπολις» με κεντρικό θέμα «Η Στοματολογία κοντά στον Οδοντίατρο και τον Ιατρό σε επίκαιρα Στοματολογικά Προβλήματα».

Κορυφαίοι επιστήμονες από τον χώρο της Στοματολογίας και Δερματολογίας κατέθεσαν όλες τις σύγχρονες απόψεις αλλά και την προσωπική τους εμπειρία σε επίκαιρα στοματολογικά προβλήματα που απασχολούν τον κλινικό Οδοντίατρο και Ιατρό. Η Στοματολόγος, Οδοντίατρος– Ιατρός **Γεωργακοπούλου Ελένη**, ανέπτυξε το θέμα των μελανών βλαβών το στόμα, τα διαγνωστικά προβλήματα και την θεραπευτική προσέγγιση. Η Επίκουρη Καθηγήτρια της Ιατρικής Σχολής του Παν/μίου Αθηνών και υπεύθυνη του Στοματολογικού Τμήματος του Νοσ. «Α. Συγγρός», Στοματολόγος – Οδοντίατρος **Γκάγκαρη Ελένη**, μίλησε για το πολύ συχνό πρόβλημα της αποφλοιωτικής ουλίτιδας, την πρόκληση της διάγνωσης και την θεραπευτική αντιμετώπιση της.

Ο Καθηγητής Στοματολογίας της Οδοντιατρικής Σχολής του Αριστοτέλειου Παν. Θεσσαλονίκης **Δημήτριος Αντωνιάδης** παρουσίασε διεξοδικά την κλινική και εργαστηριακή προσέγγιση της λευκοπλακίας.

Στο ΙΙ μέρος της ημερίδας ο **Δημήτριος Ιωαννίδης**, Αν. Καθηγητής Δερματολογίας και Διευθυντής της Α Πανεπιστημιακής Δερματολογικής Κλινικής του Παν. Θεσσαλονίκης παρουσίασε τα νοσήματα των χειλέων, όπου και τονίστηκε η ανάγκη συνεργασίας Στοματολόγου και Δερματολόγου. Το πολύ ενδιαφέρον θέμα των στοματικών εκδηλώσεων των σεξουαλικώς μεταδιδόμενων λοιμώξεων παρουσίασε με συναρπαστικό τρόπο ο Αν. Καθηγητής Στοματολογίας της Ιατρικής Σχολής του Παν. Αθηνών και Επισκέπτης Καθηγητής του Παν. του Λονδίνου **Γιώργος Λάσκαρης**.

Από αριστερά προς δεξιά. Καλιακάτσου Φωτεινή, Δούκα Μαρίνα, Καψοκέφαλος Παναγιώτης, Γκάγκαρη Ελένη, Ματιάκης Απόστολος, Καρακάσης Ιωάννης, Λάσκαρης Γιώργος, Στουφή Ελεάνα, Ιωαννίδης Δημήτριος, Γεωργακοπούλου Ελένη, Λούμου Παναγίωτα, Αντωνιάδης Δημήτριος

Ακολούθησε η ομιλία της Στοματολόγου – Οδοντιάτρου **Ελεάνας Στουφή** για τα στοματολογικά προβλήματα και την θεραπευτική αντιμετώπιση των ανοσοκατεσταλμένων ασθενών στο Οδοντιατρείο.

Το ΙΙΙ μέρος της ημερίδας περιελάμβανε βραχείες Εισηγήσεις θεραπευτικής με μεγάλο πρακτικό ενδιαφέρον για τους Οδοντιάτρους που παρακολούθησαν την ημερίδα. Εισηγητές ήσαν ο **Παναγιώτης Καψοκέφαλος**, Οδοντίατρος, μετεκπαιδευθείς στο Στοματολογικό Τμήμα του Νοσ. «Α. Συγγρός» που παρουσίασε την θεραπεία της πρωτοπαθούς ερπητικής ουλοστοματίτιδας, η Παναγιώτα Λούμου, Οδοντίατρος–Ιατρός Δερματολόγος, Στοματολόγος της Β Δερματολογικής Κλινικής του Αττικού Νοσοκομείου, που ανέπτυξε τις εναλλακτικές θεραπείες του ομαλού λειχήνα. Ακολούθησε η θεραπεία της ξηροστομίας από την **Μαρίνα Δούκα** Στοματολόγο Οδοντίατρο, υπεύθυνη του Στοματολογικού Τμήματος του Ιατρικού Κέντρου Αθηνών. Ο Οδοντίατρος – Ιατρός, Στοματολόγος **Απόστολος Ματιάκης**, επιστημονικός Συνεργάτης στο Νοσ. ΑΧΕΠΑ μίλησε για την θεραπεία του ξηρού φατνίου και η Στοματολόγος– Οδοντίατρος **Φωτεινή Καλιακάτσου** για την θεραπεία της ελκονεκρωτικής ουλίτιδας.

Ιδιαίτερο γεγονός ήταν η συμμετοχή του Άγγλου Στοματολόγου Crispian Scully, ο οποίος ανέπτυξε το πολύ επίκαιρο και ενδιαφέρον θέμα του ρόλου των ιών HPV στα νοσήματα και την καρκινογένεση του στόματος, καθώς και η διάλεξη του Επ. Καθηγητή Μανώλη Παπαγρηγοράκη με θέμα «Μύρτις: Πρόσωπο με πρόσωπο με το παρελθόν».

Τέλος ακολούθησε ελεύθερη συζήτηση και ερωτήσεις για στοματολογικά προβλήματα που απασχολούν τους οδοντιάτρους, με συντονιστή τον καθηγητή Γ. Λάσκαρη.

«Φωτοδιέγερση» και Laser Οδοντιατρική: Δρόμοι παράλληλοι

Οι συμμετέχοντες οδοντίατροι συζητούν τις απορίες τους με το συντονιστή του προγράμματος Αντώνη Καλλή.

Με αφορμή τη συμπλήρωση 10 χρόνων λειτουργίας και προσφοράς στην ενημέρωση των οδοντιάτρων πάνω στη Laser οδοντιατρική, η εταιρεία Φωτοδιέγερση διοργάνωσε την Κυριακή 14 Νοεμβρίου Συμπόσιο με θέμα «Laser Οδοντιατρική με Κλινική Τεκμηρίωση». Για πρώτη φορά οι οδοντίατροι είχαν την ευκαιρία κλινικής εκπαίδευσης με Laser σε ασθενείς, ενώ συζήτησαν τις απορίες τους με τον οδοντίατρο κ. Αντώνη Καλλή, που ήταν και ο συντονιστής του προγράμματος.

Η κλινική επίδειξη περιελάμβανε παρασκευή κοιλότητας ΙΙ ομάδας στο 46, αποστείρωση ριζικού σωλήνα με Nd:YAG Laser στο 26, θεραπεία γενικευμένης περιοδοντίτιδας σε περιστατικό συναδέλφου και θεραπεία μελαγχρωματικών ούλων σε περιστατικό συναδέλφου. Εντύπωση προκάλεσε στους συμμετέχοντες ο χρόνος θεραπείας, η ακρίβεια και η άνεση που αισθάνεται ο ασθενής, χωρίς την ανάγκη αναισθησίας.

Επίσημος προσκεκλημένος στο Σεμινάριο και κύριος ομιλητής σε όλα τα θέματα κλινικού ενδιαφέροντος ήταν ο καθηγητής **Norbert Gutknecht, RWTH, University of Aachen**, ο οποίος ανέπτυξε τη μεγάλη σημασία και τη σκοπιμότητα της χρήσης Laser στην ενδοδοντική θεραπεία, καθώς και τα πολλαπλά πλεονεκτήματα στις θεραπείες περιοδοντίου. Στις παρασκευές κοιλοτήτων εντυπωσιακή ήταν η χρήση του Er:YAG Laser, με ακρίβεια και ασφάλεια στην παρασκευή ένθετων εμφράξεων, καθώς και η μη χρήση αναισθησίας.

Προσκεκλημένος ήταν ακόμη ο Διευθυντής του οδοντιατρικού

Ο κύριος ομιλητής του Συνεδρίου, καθηγητής Norbert Gutknecht, μίλησε για τη χρήση των Laser στην ενδοδοντική θεραπεία, αλλά και για τις εφαρμογές τους στην αντιμετώπιση περιοδοντικών προβλημάτων.

Μεγάλη ήταν η ανταπόκριση των οδοντιάτρων στο Συμπόσιο που διοργάνωσε η εταιρεία «Φωτοδιέγερση», καθώς η χρήση Laser κατά την καθημερινή οδοντιατρική πράξη διαρκώς διευρύνεται.

προγράμματος της **Fotona**, **Ales Mrsa,** ο οποίος παρουσίασε τις δυνατότητες του Fotona XD-2 Diode Laser και τα πλεονεκτήματά του έναντι άλλων διοδικών, αγνώστου προέλευσης. Ο Ales Mrsa παρουσίασε επίσης με πολύ παραστατικό τρόπο τις δυνατότητες αισθητικών εφαρμογών του κορυφαίου οδοντιατρικού Laser Fidelis ATd.

Στη συνέχεια, οι οδοντίατροι Ευστράτιος Τζάννου, Αθανάσιος Κωστόπουλος και Δημήτριος Στράκας, χρήστες συστημάτων Laser Fotona, παρουσίασαν περιστατικά από την καθημερινή τους κλινική πράξη με Laser. Τέλος, η καινοτόμος παρουσίαση για τη χρήση υαλουρονικού οξέος της ελβετικής εταιρείας Teosyal από την Dr Βίκυ Δεληγεώργη συγκέντρωσε το ενδιαφέρον των συμμετεχόντων. Στην περιπροσωπική αισθητική πιο συγκεκριμένα, ο συνδυασμός Laser για βελτίωση της επιδερμίδας και υαλουρονικού οξέος για άμβλυνση των ρυτίδων είναι ο ιδανικός τρόπος θεραπείας αντιγήρανσης της επιδερμίδας.

Πρωταρχικός στόχος παραμένει πάντα η εκπαίδευση των οδοντιάτρων

Η εταιρεία Φωτοδιέγερση θα συνεχίσει την προσπάθειά της στην εκπαίδευση των οδοντιάτρων στις εφαρμογές Laser και σύντομα θα ξεκινήσει workshops (πρακτικές επιδείξεις) για την εκπαίδευση των οδοντιάτρων στη χρήση ενέσιμων υλικών (υαλουρικού και αλλαντικής τοξίνης). Είναι από τις πρώτες εταιρείες που ασχολήθηκαν με την εμπορία οδοντιατρικών Laser, ενώ κατάφερε όχι μόνο να αυξάνει κάθε χρόνο τις πωλήσεις της, αλλά και να καθιερώσει τη χρήση των Laser στην ελληνική οδοντιατρική αγορά.

Τα βασικά εργαλεία που βοήθησαν στην επέκταση και ανάπτυξη της εταιρείας είναι:

Τα συστήματα Laser της Fotona, που με τα αυστηρότερα κριτήρια προδιαγραφών είναι και τα πρώτα σε πωλήσεις παγκοσμίως.

Η εκπαίδευση που παρέχει η εταιρεία, αφού είναι απαράδεκτο να χρησιμοποιούνται τα Laser από χρήστες που δεν γνωρίζουν τι είναι ενέργεια Laser και τη βιολογική αντίσταση που μπορεί να έχει με τους ιστούς. Συνεργάτες στη μεγάλη αυτή προσπάθεια εκπαίδευσης των οδοντιάτρων ήταν το Ινστιτούτο Έρευνας Οδοντιατρικών Laser στο Πανεπιστήμιο του Aachen.

Το άριστα εκπαιδευμένο προσωπικό και οι συνεργάτες της εταιρείας.

Μετά την πώληση, η εταιρεία Φωτοδιέγερση είναι η μόνη που μπορεί άμεσα και αποτελεσματικά να στηρίξει τον οδοντίατρο σε όλες τις κλινικές εφαρμογές και να παρέχει άμεση τεχνική υποστήριξη. Όλα τα παραπάνω δεν θα μπορούσαν βέβαια να γίνουν χωρίς την πολύτιμη βοήθεια των συνεργατών της εταιρείας, που τη στηρίζουν ενεργά σε όλους τους τομείς.

Εταιρεία Οδοντοστοματολογικής Ερεύνης Θεωρητικό και πρακτικό σεμινάριο εμφυτευμάτων συστήματος Ospol

Η Εταιρεία Οδοντοστοματολογικής Ερεύνης διοργανώνει στις 28 και 29 Ιανουαρίου 2011 σεμινάριο με πρακτικό και θεωρητικό μέρος για το χειρουργικό και προσθετικό τμήμα του συστήματος εφαρμογών Ospol.

Το θεωρητικό μέρος του χειρουργικού τμήματος περιλαμβάνει τις αρχές οστεοενσωμάτωσης, το σχέδιο θεραπείας, την προετοιμασία και εκπαίδευση ασθενούς, τις μετεγχειρητικές οδηγίες και την παρακολούθηση των επιπλοκών. Το θεωρητικό μέρος του προσθετικού τμήματος περιλαμβάνει σχεδιασμό επιεμφυτευματευτικής αποκατάστασης, αποτύπωση και επένθετες οδοντοστοιχίες.

Στο πρακτικό μέρος θα γίνει άσκηση χειρουργικής τοποθέτησης εμφυτευμάτων Ospol σε εκμαγεία και ανάπτυξη της φιλοσοφίας των εμφυτευμάτων Ospol.

Διδάσκοντες στο σεμινάριο θα είναι ο Κ. Αλεξανδρίδης, καθηγητής Στοματικής και Γναθοπροσωπικής Χειρουργικής του Πανεπιστημίου Αθηνών, ο οδοντίατρος Ι. Διαμάντης, ειδικευθείς στην Παθοβιολογία Στόματος στο Πανεπιστήμιο Αθηνών και ο προσθετολόγος στο Κέντρο Εμφυτευμάτων της Κοπεγχάγης και απόφοιτος του Ινστιτούτου Karolinska (1979), Goran Urde.

Το σεμινάριο θα διεξαχθεί στην αίθουσα διαλέξεων της Εταιρείας Οδοντοστοματολογικής Ερεύνης (Μικράς Ασίας 70, Γουδή) και ο μέγιστος αριθμός συμμετεχόντων είναι 25 άτομα. Συμμετοχή 150 ευρώ. Χορηγός εταιρεία είναι η Ιωάννης Τσαπράζης Α.Ε. και η Ospol. Για περισσότερες πληροφορίες και δηλώσεις συμμετοχής μπορείτε να επικοινωνείτε με την Εταιρεία Στοματολογικής Ερεύνης στο τηλέφωνο 210-77.80.671 ή με την εταιρεία Ι. Τσαπράζης Α.Ε. στο 210-77.16.416.

Biodentine ™

Η Septodont παρουσιάζει το ολοκαίνουργιο βιοενεργό υποκατάστατο της οδοντίνης, που τοποθετείται όπου εκείνη έχει καταστραφεί.

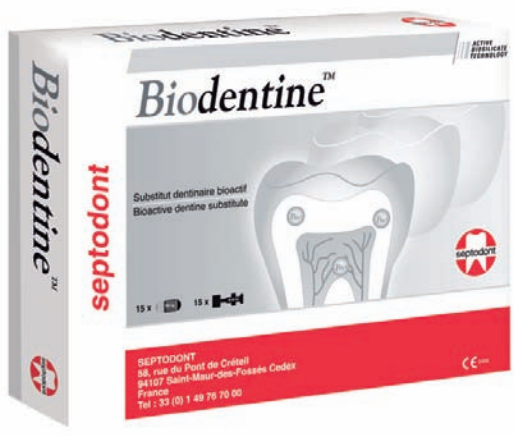
Η Biodentine ™ είναι το μοναδικό υποκατάστατο οδοντίνης που βασίζεται στην Τεχνολογία του Ενεργού Βιοπυριτίου και είναι σχεδιασμένο να θεραπεύσει την κατεστραμμένη οδοντίνη σε αποκαταστάσεις μύλης και ενδοδοντικές θεραπείες.

Η Biodentine ™ είναι απόλυτα βιοσυμβατή, εξαιτίας του πυρήνα του πυριτικού οξειδίου του ασβεστίου που περιέχει, ελαχιστοποιώντας τον κίνδυνο ιστικής αντίδρασης, και επίσης είναι βιοενεργή, οπότε προκαλεί την αναγέννηση αντιδρώσας οδοντίνης, εξασφαλίζοντας τη διατήρηση της ζωτικότητας του πολφού.

Επιπλέον, δεν απαιτεί στην εφαρμογή της αδροποίηση ή τη χρήση κάποιου συγκολλητικού παράγοντα. Προκαλεί εξαιρετική απόφραξη της αποκατάστασης, μειώνοντας τον κίνδυνο αποτυχιών λόγω ανάπτυξης βακτηριδίων, οπότε δεν εμφανίζεται μετεμφρακτική ευαισθησία.

Οι μηχανικές ιδιότητες της Biodentine™ υπερτερούν εκείνες των MTA και των υαλοϊονομερών κονιών, καθιστώντας το υλικό ικανό για ενδοδοντικές και επανορθωτικές θεραπείες.

Η Biodentine ™ μπορεί να χρησιμοποιηθεί με ασφάλεια



σε εκτεταμένες αποκαταστάσεις μύλης με άμεση ή έμμεση επικάλυψη πολφού, πολφοτομές και εν τω βάθει κοιλότητες, καθώς και ως προσωρινό εμφρακτικό υλικό. Η τελική αισθητικά αποδεκτή αποκατάσταση ολοκληρώνεται με τη χρήση μιας σύνθετης ρητίνης. Επίσης μπορεί να χρησιμοποιηθεί στην αποκατάσταση αποτυχημένων ενδοδοντικών θεραπειών, όπως διατρήσεις εσωτερικές και εξωτερικές απορροφήσεις, διάτρηση ακρορριζίου, χειρουργική του ακρορριζίου και ανάστροφη έμφραξη ριζικού σωλήνα.

Η Biodentine ™ διατίθεται σε κουτί των 15 καψουλών και 15 αμπουλών μονών δόσεων από την εταιρεία Ιωάννης Τσαπράζης Α.Ε. Για περισσότερες πληροφορίες μπορείτε να επικοινωνείτε στο τηλέφωνο 210 7716416.

Ελληνο-Γερμανικός Οδοντιατρικός Σύνδεσμος

Μια πύλη ενημέρωσης και επικοινωνίας με τις καλύτερες κλινικές στη Γερμανία

Ο Ελληνο-Γερμανικός Οδοντιατρικός Σύνδεσμος ιδρύθηκε στις 2 Μαΐου 2001. Είναι μια μη κερδοσκοπική επιστημονική εταιρεία, που έχει σκοπό τη σύσφιξη των σχέσεων μεταξύ Ελλήνων και Γερμανών οδοντιάτρων, την προβολή της επιστημονικής τους εργασίας στην Ελλάδα, τη Γερμανία αλλά και διεθνώς, την προαγωγή των κοινών επιστημονικών, επαγγελματικών, ηθικών και οικονομικών συμφερόντων τους και φυσικά την προσφορά εκπαίδευσης, μετεκπαίδευσης και συνεχούς επιμόρφωσης.

Όλα τα παραπάνω βρίσκουν εφαρμογή μέσω των κύκλων σεμιναρίων και των συνεδρίων που διοργανώνει ο Σύνδεσμος κάθε χρόνο. Για τις δραστηριότητες και τα μαθήματα που προσφέρει ο Ελληνο- Γερμανικός Οδοντιατρικός Σύνδεσμος πιο συγκεκριμένα, συνομιλήσαμε με το γναθοχειρουργό **Γιώργο Οικονόμου**, επιστημονικό υπεύθυνο του Curriculum Εμφυτευματολογίας του Ελληνο- Γερμανικού Συνδέσμου και τον περιοδοντολόγο **Θανάση Μάγκο**, επιστημονικό υπεύθυνο του Curriculum Περιοδοντολογίας.

Γιώργος Οικονόμου, γναθοχειρουργός, επιστημονικός υπεύθυνος του Curriculum Εμφυτευματολογίας του Ελληνο-Γερμανικού Συνδέσμου

Θανάσης Μάγκος, περιοδοντολόγος, επιστημονικός υπεύθυνος του Curriculum Περιοδοντολογίας του Ελληνο-Γερμανικού Συνδέσμου

Μετά την ολοκλήρωση των μαθημάτων και την επιτυχία τους στις εξετάσεις, οι συμμετέχοντες στα Curriculum της Εμφυτευματολογίας και της Περιοδοντολογίας κρατούν στα χέρια τους τα Πιστοποιητικά που τους απονεμήθηκαν.

Συνέντευξη στη Δημοσιογράφο **Βίκυ Κουρλιμπίνη**

Θα ήθελα αρχικά να μας πείτε ποιους σκοπούς εξυπηρετεί ο Ελληνο-Γερμανικός Οδοντιατρικός Σύνδεσμος.

Γιώργος Οικονόμου: Ο Σύνδεσμος δημιουργήθηκε σε μια περίοδο, όπου δεν υπήρχαν οι πηγές ενημέρωσης και πληροφόρησης που έχουμε σήμερα πάνω στους τομείς της εμφυτευματολογίας, της προσθετικής και της περιοδοντολογίας. Η ιδιωτική πρωτοβουλία για παροχή ενημέρωσης, κυρίως σε ό,τι αφορά το κομμάτι της εμφυτευματολογίας, ήταν ιδιαίτερα περιορισμένη στη χώρα μας. Στη Γερμανία, όμως, το επίπεδο της προσφερόμενης εκπαίδευσης ήταν υψηλό και αρκετά συστηματοποιημένο, κάτι που γνώριζαν πολύ καλά όσοι συνάδελφοι είχαν αρχίσει να ασχολούνται ήδη με τα εμφυτεύματα και επιθυμούσαν να διευρύνουν τις γνώσεις τους και να εμπλουτίσουν την κλινική και πρακτική τους εμπειρία.

Θανάσης Μάγκος: Ο Παντελής Μποχλόγυρος, που ήταν και ο εμπνευστής της δημιουργίας αυτού του είδους της παροχής ενημέρωσης προς τους Έλληνες οδοντιάτρους, είχε ξεκινήσει ήδη μια καλή συνεργασία με Πανεπιστήμια της Γερμανίας. Έτσι άρχισαν οι κύκλοι των μεταπτυχιακών μαθημάτων. Από τότε μέχρι σήμερα, η συνεργασία μας παραμένει στενή και αμφίπλευρη μέσω των διάφορων μαθημάτων, των σεμιναρίων και των συνεδρίων που πραγματοποιούνται.

Πόσα μέλη αριθμεί ο Σύνδεσμος και ποια είναι η διοικητική του δομή;

Θ.Μ.: Ο Ελληνο-Γερμανικός Οδοντιατρικός Σύνδεσμος απαριθμεί αυτήν τη στιγμή περίπου 200 μέλη στην Ελλάδα και στην Κύπρο και διοικείται από άμισθο επίτιμο Διοικητικό Συμβούλιο. Πρόεδρος του Συνδέσμου είναι ο ορθοδοντικός Δρ. Κων/νος Γκαβάκος, πρώτος αντιπρόεδρος ο ορθοδοντικός Δρ. Γεώργιος Παναγιωτίδης και δεύτερος αντιπρόεδρος ο γναθοχειρουργός Δρ. Νικόλαος Καλαβρέζος. Ως μέλη γράφονται Έλληνες και Γερμανοί οδοντίατροι, που σπουδάζουν ή εργάζονται στην Ελλάδα ή στη Γερμανία και επιθυμούν να συνεισφέρουν στους σκοπούς του Συνδέσμου.

Ανάμεσα στις εκδηλώσεις που διοργανώνει ο Ελληνο-Γερμανικός Οδοντιατρικός Σύνδεσμος υπάρχουν προγράμματα σπουδών Εμφυτευματολογίας, σπουδών Περιοδοντολογίας και προγράμματα Συνεχούς Εκπαίδευσης. Ας ξεκινήσουμε με τα σεμινάρια Εμφυτευματολογίας. Μπορείτε να μας πείτε για ποιους λόγους ο οδοντίατρος θα προτιμήσει να παρακολουθήσει αυτά τα σεμινάρια;

Γ.Ο.: Η Γερμανική Εταιρεία Εμφυτευματολογίας (DGI-Deutsche Gesellschaft für Implantologie) και η Ακαδημία Κλινικής και Επιστήμης (APW - Akademie Praxis und Wissenschaft) της Γερμανικής Εταιρείας Οδοντιατρικής (Deutsche Gesellschaft für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde) οργανώνουν εδώ και πολλά χρόνια ένα πρόγραμμα σπουδών (Curriculum) για την απόκτηση και πιστοποίηση των προσόντων για την εξάσκηση της Εμφυτευματολογίας. Το πρόγραμμα αυτό θεωρείται σήμερα διεθνώς ως το «χρυσό πρότυπο» («Gold Standard») της εξειδίκευσης στην Εμφυτευματολογία. Οι ομιλητές που συμμετείχαν στους προηγούμενους κύκλους είναι οι Dr. K.-L. Ackermann, Prof. Dr. G. Dhom, Prof. Dr. G. Gomez-Roman, Prof. DDr. R. Haas, Dr. G. Iglhaut, Prof. Dr. Dr. F. W. Neukam, Prof. Dr. E.-J. Richter, Dr. S. Schmidinger, Prof. Dr. H. Spiekermann, Dr. Dr. R. G. Streckbein, Prof. DDr. G. Watzek, Dr. D. Weng και Prof. Dr. M. Wichmann.

Υπεύθυνος του προγράμματος είναι ο Καθηγητής F.W. Neukam, από το Πανεπιστήμιο της Erlangen, ο οποίος θα είναι και ο Πρόεδρος του Συνεδρίου της Ε.Α.Ο. που θα γίνει τον Οκτώβριο του 2011 στην Αθήνα.

Ο Ελληνο-Γερμανικός Οδοντιατρικός Σύνδεσμος σε συνεργασία με τις δύο γερμανικές επιστημονικές εταιρείες (DGI και APW) διοργανώνουν αυτό το πρόγραμμα στην Ελλάδα.

Το πρόγραμμα σπουδών στην Εμφυτευματολογία ξεκίνησε το 2003 και από τότε έχουν γίνει 7 κύκλοι μαθημάτων, εκ των οποίων και ένας στην Κύπρο. Μέχρι σήμερα από τους 150 συμμετέχοντες 95 οδοντίατροι από την Ελλάδα και 15 από την Κύπρο έχουν αποκτήσει την πιστοποίηση (Certification).

Πόσο διαρκούν τα σεμινάρια αυτά;

Γ.Ο.: Το πρόγραμμα διαρκεί 8 συνολικά Σαββατοκύριακα, ένα κάθε μήνα περίπου, και περιλαμβάνει θεωρητικό και πρακτικό μέρος. Και επειδή τα σεμινάρια δεν πραγματοποιούνται κατά τις εργάσιμες ημέρες, είναι πιο εύκολο για τον οδοντίατρο να τα παρακολουθήσει, αφού δεν θα πρέπει να κλείσει το ιατρείο του. Πρόκειται για σεμινάρια υψηλής μετεκπαιδευτικής στάθμης. Να τονίσουμε πως σε κάθε κύκλο υπάρχει διαφορετικός προσκεκλημένος ομιλητής, διαφορετικό θέμα παρουσίασης και εργαλείο επίδειξης από εμπορική εταιρεία, προκειμένου και ποικιλία να υπάρχει, αλλά και αντικειμενικότητα.

Μετά την ολοκλήρωση της παρακολούθησης οι υποψήφιοι πηγαίνουν στην αντίστοιχη κλινική των διδασκόντων καθηγητών στη Γερμανία, όπου κάθονται δύο τουλάχιστον ημέρες. Αν ο συνάδερφος χρειάζεται βοήθεια στην πρώτη του περίπτωση αποκατάστασης με εμφυτεύματα, είναι στη διάθεσή του ένας από τους αρμόδιους υπευθύνους του Ελληνο-Γερμανικού Οδοντιατρικού Συνδέσμου.

Στη συνέχεια, και αφού ο υποψήφιος περάσει με επιτυχία τις εξετάσεις, όπου θα έχει παρουσιάσει 5 δικά του ολοκληρωμένα περιστατικά, του απονέμεται το γερμανικό δίπλωμα των DGI και APW. Το δίπλωμα αυτό, θα πρέπει να τονίσουμε, είναι το ίδιο ακριβώς και έχει την ίδια ισχύ και αναγνωρισιμότητα με αυτό που χορηγείται και στους Γερμανούς οδοντιάτρους.

Κε Μάγκο, εσείς είστε ο επιστημονικός υπεύθυνος για τα σεμινάρια Περιοδοντολογίας. Τι προσφέρουν αυτά;

Θ.Μ.: Το πρόγραμμα σπουδών Περιοδοντολογίας ξεκίνησε το 2005. Από τότε έγιναν άλλοι δύο κύκλοι. Είναι μια πιστοποιούμενη μετεκπαίδευση, που περιλαμβάνει μια σειρά από ολοκληρωμένα μετεκπαιδευτικά σεμινάρια στην Ελλάδα και στη Γερμανία σε μικρές ομάδες συμμετεχόντων. Το θεωρητικό πρόγραμμα αποτελείται από μαθήματα, σεμινάρια και συζήτηση περιπτώσεων με έλεγχο των αποκτηθέντων γνώσεων και από πρακτικές ασκήσεις (hands-on) σε μοντέλα phantom και κεφαλές χοίρων. Διδάσκουν ο καθηγητής Grimm και ο αναπληρωτής καθηγητής Gassmann του Πανεπιστημίου του Witten/Herdecke.

Το κλινικό-πρακτικό μετεκπαιδευτικό πρόγραμμα γίνεται σε ένα τριήμερο συνεχόμενο σεμινάριο στο Πανεπιστήμιο Witten/Herdecke και περιλαμβάνει κλινικές επιδείξεις (συμμετοχή σε χειρουργεία «Life-OPs»), τη θεραπεία ασθενών με επιτήρηση καθώς και την παρουσίαση ασθενών.

Μετά την ολοκλήρωση του προγράμματος και τη συμμετοχή στις τελικές εξετάσεις οι συμμετέχον-

τες λαμβάνουν δίπλωμα από το Πανεπιστήμιο Witten/Herdecke, που αποτελεί προϋπόθεση για την πιστοποίηση της κύριας ενασχόλησης στην Περιοδοντολογία.
Στους τρεις συνολικά κύκλους που έχουν πραγματοποιηθεί μέχρι σήμερα, 50 οδοντίατροι απέκτησαν πιστοποίηση (Cerification), η οποία -θα πρέπει να το πούμε ξανά- είναι η ίδια με αυτήν που αποκτούν και οι Γερμανοί συνάδελφοι.

Τι άλλα συνέδρια και ημερίδες διοργανώνει ο Ελληνο-Γερμανικός Σύνδεσμος;

Γ.Ο.: Κατ' αρχάς, διοργανώνουμε τα Διεθνή Συμπόσια Προσθετικής. Το πρώτο πραγματοποιήθηκε το 2001 και από τότε λαμβάνει χώρα κάθε δύο χρόνια, με τη συμμετοχή διακεκριμένων ομιλητών. Το επόμενο διεθνές συμπόσιο θα γίνει το Δεκέμβριο του 2011.
Το Φλεβάρη του 2009 ξεκίνησε το «Πρόγραμμα Continuum Προσθετική και Αισθητική επί Εμφυτευμάτων», το οποίο περιλαμβάνει τρία σεμινάρια με κεντρικό θέμα την προσθετική και την αισθητική επί εμφυτευμάτων. Αυτήν τη στιγμή «τρέχει» ένας νέος κύκλος, που σκοπό έχει να γνωρίσει ο οδοντίατρος και ο οδοντοτεχνίτης το πλήρες φάσμα της προσθετικής και οδοντοτεχνικής επί εμφυτευμάτων. Τα μαθήματα αυτά όμως αφορούν και τον έμπειρο εμφυτευματολόγο, γιατί του προσφέρουν μια επιστημονικά εμπεριστατωμένη γνώση των τελευταίων εξελίξεων. Το πρώτο σεμινάριο με ομιλητή τον Dr. Horst Dieterich ασχολείται, μετά από μια σύντομη εισαγωγή στην Εμφυτευματολογία, εντατικά με την αξιολόγηση των ευρημάτων, τη διαγνωστική και το σχεδιασμό μιας προσθετικής αποκατάστασης. Το δεύτερο σεμινάριο αυτού του κύκλου έχει προγραμματιστεί στις 15 και 16 Ιανουαρίου 2011, με θέμα «Προσθετική επί εμφυτευμάτων στη σχεδόν νωδή και νωδή γνάθο» και με ομιλητή τον Prof. Dr. German Gomez-Roman. Το τρίτο σεμινάριο θα γίνει στις 12 και 13 Φεβρουαρίου 2011 με θέμα «Προσθετικές υπερκατασκευές στη μερικώς νωδή γνάθο λαμβάνοντας υπόψη την αισθητική» και ομιλητή τον Dr. Josef Diemer.

Θ.Μ.: Και φυσικά δεν θα πρέπει να ξεχάσουμε το Master of Science in Implantology. Πρόκειται για ένα διετές κλινικό πρόγραμμα για την απόκτηση του ακαδημαϊκού τίτλου του Master και μεταξύ άλλων περιλαμβάνει 4 επισκέψεις (3 εβδομάδες κάθε εξάμηνο) στη Βιέννη, πρακτική άσκηση, e-learning και γραφή μιας διατριβής Master. Οι υπεύθυνοι Καθηγητές είναι οι Prof. DDr. G. Watzek, Prof. DDr. R. Haas, Prof. DDr. G. Mailath-Pokorny, Prof. DDr. R. Furhauser, Prof. Dr. Dr. F.-W. Neukam.
Ολόκληρο το πρόγραμμα σπουδών περιλαμβάνει 24 ολοκληρωμένα σεμινάρια, που γίνονται Σαββατοκύριακα. Επιπλέον περιλαμβάνονται φιλοξενίες στη Γερμανία (Hospitation), αντιμετώπιση ασθενών με επίβλεψη (Supervision) και παρουσιάσεις περιπτώσεων. Κατά τη διάρκεια των σπουδών οι συμμετέχοντες επεξεργάζονται μια έρευνα στο ιατρείο τους ή εκεί όπου εργάζονται. Τα αποτελέσματα της έρευνας αυτής θα συμπεριληφθούν στη διατριβή Master. Για την έναρξη του προγράμματος αυτού θα ενημερωθείτε από την ιστοσελίδα του Συνδέσμου.

Σας ευχαριστώ πολύ για τη συνέντευξη και σας εύχομαι καλή επιτυχία στα προγράμματά σας.

Και εμείς σας ευχαριστούμε. Και τέλος να πούμε στους αναγνώστες σας πως για περισσότερες πληροφορίες αναφορικά με τη δράση και τα προγράμματα του Ελληνο-Γερμανικού Συνδέσμου μπορούν να επισκεφτούν την ιστοσελίδα www.zahn.gr.

Implant wars Part I «Η Εμφυτευματολογία αντεπιτίθεται»

Η ICOI-HELLAS παρουσιάζει τον περιοδοντολόγο-ορθοδοντικό Maurice Salama DMD και τον περιοδοντολόγο-προσθετολόγο Henry Salama DMD (Atlanta, USA) για πρώτη φορά στην Ελλάδα, σε μια ημερίδα αφιερωμένη στην πραγματικά σύγχρονη εμφυτευματολογία. Η ημερίδα θα πραγματοποιηθεί στις 5 Φεβρουαρίου 2011, από τις 10:00 μέχρι τις 19:00 στο Μέγαρο Μουσικής Αθηνών. Η τιμή συμμετοχής είναι 250 ευρώ και 200 για τα μέλη της ICOI- HELLAS και τους φοιτητές. Θα υπάρχει ταυτόχρονη μετάφραση.
Το θέμα της ημερίδας είναι «Making Successful Clinical Decisions in Complex Anterior Esthetic and Implant Therapy: Success by Design». Το πρόγραμμα έχει σχεδιαστεί για να βοηθήσει την ομάδα αποκατάστασης, το γενικό οδοντίατρο, το χειρουργό, τον προσθετολόγο, τον ορθοδοντικό αλλά και τον οδοντοτεχνίτη, προκειμένου να μπορούν να πάρουν τις σωστές αποφάσεις κατά τη θεραπεία του αισθητικά απαιτητικού ασθενή.

Στην πρωινή συνεδρίαση θα αναπτυχθούν τα εξής θέματα:
- The key principals to developing an esthetic practice.
- Diagnostic criteria for incorporating implants into the esthetic zon.e
- Predictable and successful Immediate Implant Placement.
- Minimally Invasive Implant Therapy - when, where and how.
- Immediate loading in single restorations and full arch reconstructions.

ενώ η απογευματινή θα περιλαμβάνει τα παρακάτω:
- Soft tissue enhancement for the natural dentition and implant sites.
- Advanced Osseous augmentation protocols.
- Sinus lift procedures - lateral and crestal approaches.
- Treatment design and sequencing in complex cases.

Για εγγραφές μπορείτε να απευθυνθείτε στην κ. Αντωνιάδη στον τηλέφωνο 210-67.55.620 (12:00-20:00). Ο αριθμός των θέσεων είναι περιορισμένος και θα τηρηθεί αυστηρά σειρά προτεραιότητας.

Ημερίδα της Ελληνικής Εταιρείας Κλινικής Στοματολογίας στη Λειβαδιά

Η Ελληνική Εταιρεία Κλινικής Στοματολογίας διοργανώνει, σε συνεργασία με τον Οδοντιατρικό Σύλλογο Βοιωτίας, ημερίδα με θέμα «Συχνά Στοματολογικά προβλήματα στο Οδοντιατρείο». Η ημερίδα θα πραγματοποιηθεί το Σάββατο 29 Ιανουαρίου 2011 στη Λιβαδειά.

Στο πρώτο μέρος της ημερίδας, όπου θα προεδρεύει ο Γ. Λάσκαρης, η Ε. Γεωργακοπούλου θα αναπτύξει το θέμα «Γλωσσοδυνία: Το πιο συχνό στοματολογικό πρόβλημα», η Μ. Δούκα θα μιλήσει για τις «Διαταραχές σάλιου: Ξηροστομία και Σιαλόρροια», ενώ ο Π. Καψοκέφαλος για το θέμα «Καντιντίαση: Ένα διαρκώς αυξανόμενο πρόβλημα».

Το δεύτερο μέρος θα γίνει υπό την προεδρία του Σ. Καρακικέ. Θα ξεκινήσει με την ομιλία του Δ. Μαλάμου για τις «Λοιμώξεις στόματος από ερπητοϊούς». Θα ακολουθήσει ο Γ. Λάσκαρης με το θέμα «Λευκοπλακία: Κλινική - Εργαστηριακή προσέγγιση και θεραπεία», ενώ η ημερίδα θα ολοκληρωθεί με την ομιλία της Ε. Στουφή «Διαγνωστικά διλήμματα επί δύο περιπτώσεων». Στη συνέχεια θα υπάρξουν ελεύθερες ερωτήσεις και συζήτηση σε θέματα θεραπευτικής νόσων στόματος, με συντονιστή τον Γιώργο Λάσκαρη.

Η συμμετοχή στην ημερίδα είναι δωρεάν.

Το MIS Διεθνές Συνέδριο Εμφυτευματολογίας στο Μεξικό

Η εταιρεία εμφυτευμάτων MIS διοργανώνει Διεθνές Συνέδριο Εμφυτευματολογίας 360ο Implantology Conference στο Cancun του Μεξικού, στις 19-20-21 Μαΐου 2011. Το Συνέδριο θα πραγματοποιηθεί στο ξενοδοχείο HILTON Cancun Golf & Spa Resort (Mexico).

Παγκόσμιας φήμης εμφυτευματολόγοι θα δείξουν πρωτοποριακές τεχνικές και λύσεις, ενώ θα παρουσιαστούν για πρώτη φορά καινοτόμα υλικά & εμφυτεύματα προηγμένης σχεδίασης.

Για περισσότερες πληροφορίες επικοινωνήστε με την αντιπροσωπεία της MIS Implants Tecnologies στην Ελλάδα, ΝΕΓΡΙΝ Dental στο τηλέφωνο 210 7711605 ή στο e-mail info@negrin.gr

Μια μεγάλη απώλεια για τον οδοντιατρικό κόσμο

Η Λιάνα Ζωιτοπούλου-Coacley, η οποία έφυγε από κοντά μας τον περασμένο Μάιο, σε ηλικία 54 ετών, ήταν Πρόεδρος της Βρετανικής Εταιρείας για τη Μελέτη της Κοινωνικής Οδοντιατρικής και Διευθύντρια του τμήματος Κοινωνικής Οδοντιατρικής και Οδοντιατρικής για άτομα με ειδικές ανάγκες (Community Dentistry/ Sedation and Special Care Dentistry) του King's College DentalInstitute του Λονδίνου.

Η Λιάνα γεννήθηκε στην Αθήνα και αποφοίτησε από την Οδοντιατρική Σχολή του Πανεπιστημίου του Λίβερπουλ. Παντρεύτηκε το 1976 τον John Coacley, σήμερα Διευθυντή Μονάδας Εντατικής Θεραπείας στο Λονδίνο. Το 1992, πήρε θέση στο King's College Dental Institute στο Λονδίνο, για να οργανώσει το Τμήμα Κοινωνικής Οδοντιατρικής. Στα 18 της χρόνια εκεί, ανέπτυξε τις υπηρεσίες που παρέχονται στους ασθενείς με ειδικές ανάγκες σε όλη την πρωτοβάθμια και δευτεροβάθμια περίθαλψη. Βοήθησε να συσταθεί η ειδικότητα της οδοντιατρικής για άτομα με ειδικές ανάγκες και διορίστηκε σε θέση συμβούλου στο Βασιλιά το 2002. Βοήθησε να συσταθεί η Εθνική Ένωση Οδοντιατρικής των Σωφρονιστικών Ιδρυμάτων του Ηνωμένου Βασιλείου και τιμήθηκε από τα Βασιλικά Κολλέγια των Χειρουργών του Εδιμβούργου και του Λονδίνου με τιμητικές υποτροφίες των Οδοντιατρικών Σχολών. Λίγο πριν το θάνατό της είχε συμπεριληφθεί στον Τιμητικό Κατάλογο του Βρετανικού Οδοντιατρικού Συλλόγου (British Dental Association's roll of honour).

Η Λιάνα ήταν εξίσου Βρετανίδα και Ελληνίδα, και τα αγαπημένα της παιδιά Φίλιππος και Αλέξανδρος (που ακολούθησαν με επιτυχία Οδοντιατρικές και Ιατρικές Σπουδές), καθώς και ο αγαπημένος της σύζυγος της John, μιλούν άπταιστα Ελληνικά και αγαπούν την Ελλάδα. Η Λιάνα ήταν πάντα δημιουργική και οραματίστρια, φιλόξενη και υποστηρικτική για όλους! Εμείς όλοι, που είχαμε τη μεγάλη τύχη να τη γνωρίσουμε από κοντά, δεν μπορούμε παρά να αισθανόμαστε ότι η Ελλάδα και η Οδοντιατρική έχασαν ένα πολύ σπουδαίο παιδί τους!

AALZ Greece
World Academy for Laser Education in Dentistry

Το Ινστιτούτο Εκπαίδευσης Οδοντιατρικών Laser AALZ Greece, τη χρονιά που μας πέρασε, στον πρώτο μόλις χρόνο λειτουργίας του, διοργάνωσε τρία Πιστοποιημένα Εκπαιδευτικά Σεμινάρια Τεχνικού Ασφαλείας Laser (Laser Safety Officer Courses), και το πρώτο Μονοετές Εκπαιδευτικό Πρόγραμμα (Mastership Course) στα οδοντιατρικά laser.

Σε συνεργασία με το RWTH Πανεπιστήμιο του Άαχεν Γερμανίας, προσφέρει εκπαιδευτικά προγράμματα στην οδοντιατρική με laser που είναι πιστοποιημένα και εγκεκριμένα από την Ευρωπαϊκή Ένωση. Επιστημονικός Διευθυντής του Προγράμματος είναι ο καθηγητής Norbert Gutknecht.

Στις 15 και 16 Νοεμβρίου το πρώτο γκρουπ Ελλήνων συναδέλφων, ξεκίνησε το πρώτο Module του Mastership Course . Στο εκπαιδευτικό αυτό πρόγραμμα ο οδοντίατρος εμβαθύνει στην Φυσική των laser, στη ασφαλή και ορθή κλινική χρήση τους καθώς και τις επιστημονικά τεκμηριωμένες ενδείξεις τους. Η διάρκειά του είναι 10 εκπαιδευτικές ημέρες ενώ μέσω εκπαιδευτικής διαδικτυακής πλατφόρμας οι σπουδαστές διατηρούν επαφή με το Πανεπιστήμιο και τους διδάσκοντες καθηγητές.

Το δεύτερο Module του Mastership Course είναι προγραμματισμένο για τις 27, 28 Φεβρουαρίου και 1η Μαρτίου. Μετά όμως από έντονο ενδιαφέρον πολλών συναδέλφων και μετά από έγκριση του Πανεπιστημίου RWTH του Άαχεν, στις 25 και 26 Φεβρουαρίου θα επαναληφθεί το πρώτο Module, δίνοντας έτσι τη δυνατότητα στους ενδιαφερόμενους να ενσωματωθούν ομαλά στο δεύτερο Module που ακολουθεί.

Ακόμη στις 29 Ιανουαρίου θα πραγματοποιηθεί μονοήμερο σεμινάριο του AALZ Greece, με θέμα:

<< Διοδικά laser - κλινικές εφαρμογές >>

I. Εισαγωγή στα διοδικά Laser (810nm, 830nm, 980nm)

II. Βασικές αρχές λειτουργίας

III. Κλινικές εφαρμογές

Λόγω περιορισμένου αριθμού συμμετεχόντων δηλώστε έγκαιρα συμμετοχή στα τηλέφωνα:

Αντώνης Καλλής 2106251577 - Δημήτρης Στράκας 2421032525

Περισσότερες πληροφορίες μπορείτε να βρείτε και στην ιστοσελίδα μας:

www.aalz.gr

Πιστοποιημένη Εκπαίδευση στην οδοντιατρική με laser

AALZ World Academy for Laser Education in Dentistry

Επόμενο Workshop διοδικών laser 29 Ιανουαρίου 2011

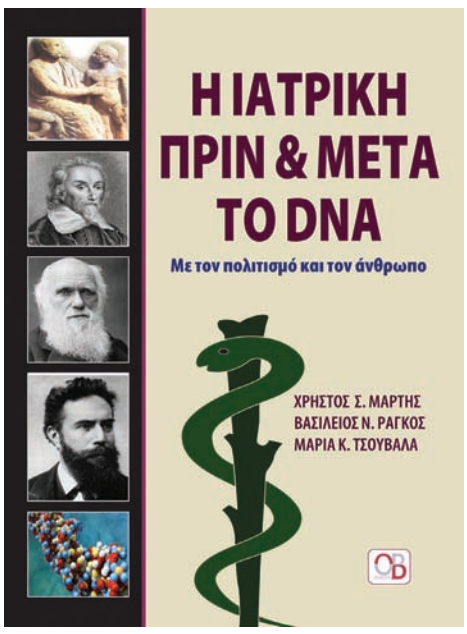
AALZ World Academy for Laser Education in Dentistry

ΒΗΜΑ Γραμμάτων και Τεχνών

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

Η ΙΑΤΡΙΚΗ ΠΡΙΝ ΚΑΙ ΜΕΤΑ ΤΟ DNA
Με τον πολιτισμό και τον άνθρωπο

των
Χρήστου Σ. Μάρτη
Βασίλειου Ν. Ράγκου
Μαρίας Κ. Τσουβάλα



Το βιβλίο **«Η ιατρική πριν και μετά το DNA-Με τον πολιτισμό και τον άνθρωπο»** των Χρήστου Σ. Μάρτη, Βασίλειου Ν. Ράγκου και Μαρίας Κ. Τσουβάλα μόλις κυκλοφόρησε από τις **εκδόσεις «Ο.Β.»** και περιλαμβάνει 6 κεφάλαια:

1. **Η ιατρική στα πρώτα βήματα** (Προϊστορία, Η Ιπποκρατική Σχολή).
2. **Μεταβατική Περίοδος** (Βυζάντιο, Μεσαίωνας, Αναγέννηση 15ος-16ος αιώνας).
3. **Επίθεση της γνώσης** (17ος-18ος αιώνας) Ορθολογισμός-Φιλοσοφία, Διαφωτισμός-Κοινωνικοί προβληματισμοί.
4. **Η έκρηξη** (19ος αιώνας) Τεχνολογία-Τα πρώτα επιστημονικά βήματα, Θεωρία της εξέλιξης, Αναισθησία-Χειρουργική ενηλικίωση, Μικροβιολογία-Ασηψία-Χειρουργική έξαρση, Ιατρική επικοινωνία-Κορύφωση της χειρουργικής στην κεντρική Ευρώπη, Αγγλοσαξονική χειρουργική-ΗΠΑ, Κοινωνική χειραφέτηση-Ελληνικός χώρος.
5. **Τεχνολογικό θαύμα** (ο 20ος αιώνας), Βιογενετική έξαρση, Περίοδος του μεσοπολέμου (κοινωνικές ανακατατάξεις), Προωθημένη Ιατρική-Μοριακή Βιολογία, Γενετική Μηχανική.
6. **Ο 21ος αιώνας** (το μέλλον), Βιολογικές επιδιώξεις, Αναπαραγωγή-Τεχνητή γονιμοποίηση, Νόηση-Μνήμη, Παράταση της επιβίωσης, Μεταμόσχευση οργάνων, Σχέση ιατρού-ασθενούς, Ευθανασία, Το μέλλον;

«Η Ιατρική σήμερα έχει πάψει να είναι η επιστήμη της κλινικής ή της απλής εργαστηριακής διάγνωσης και της συμβατικής θεραπευτικής.
Με την αδιατάρακτη συμπόρευσή της με τη Βιολογία και τη Φυσικοχημεία στους περασμένους (19ο-20ο) αιώνες και τη σύγχρονη Βιογενετική που με τις εκπληκτικές προόδους της τεχνολογίας και τηλεβιολογίας έχουν κατακτήσει περιοχές της γνώσης εντελώς απλησίαστες μέχρι λίγα χρόνια πριν…Την καλυτέρευση της ζωής του ανθρώπου και της νέας ίσως κοινωνίας που θα «κατασκευαστεί», αν συμβεί οι καινοτομίες αυτές να υλοποιηθούν, ποιος, όμως, θα την ελέγξει;
Η λογική και ο φιλοσοφικός στοχασμός, μέσα από μια παγκόσμια ενημέρωση, είναι τα μόνα καταφύγια που με ασφάλεια μπορεί ίσως να εμπιστευτεί η Ιατρική για τη χαλιναγώγηση του καινούργιου, στον τρέχοντα και ασυγκράτητα φιλόδοξο 21ο αιώνα».

Η φιλοσοφία του βιβλίου συνοψίζεται στις παρακάτω γραμμές:
«Όσο βαθύτερα και εξονυχιστικά διεισδύει η γνώση μέσα στα ιατροβιολογικά προβλήματα της φύσης, της ζωής του κυττάρου και του DNA και όσο πιο αποκαλυπτικά βγαίνουν στο φως της κατανόησης μεγάλα και σοβαρά θέματα, που άλλοτε θεωρούνταν απρόσιτα και ανεξήγητα, τόσο πιο ερωτηματικά στέκεται και ψάχνει ο ερευνητής και μελετητής ιατρός, ο βιολόγος, ο επιστήμονας γενικά στην "επαφή" του με τα λεπτομερή άδυτα μιας απροσπέλαστης υφής, όπως π.χ. είναι ο μηχανισμός ανάπτυξης, ιστογένεσης και οργανογένεσης του εμβρυικού οργανισμού, το "ακατανόητο" άπειρο του κοσμικού σύμπαντος ή το πιο άμεσο σε εμάς Κεντρικό Νευρικό Σύστημα και ιδιαίτερα ο εγκέφαλος.
Η μελέτη της ιστορίας της ανθρωποβιολογικής πορείας, στην προσπάθεια αξιοποίησης των πλεονεκτημάτων της πλέον σύγχρονης έρευνας στη γενετική και στην κυτταρική βιολογία, δείχνει ότι επιχειρείται η αναδόμηση της ζωής, από τις πιο πρωτόγονες μορφές της, συνδέοντας την έρευνα με την αποκάλυψη των μυστικών του κυττάρου και της γονιδιακής κοινωνίας του. Η έρευνα βέβαια αυτή είναι και χρήσιμη και επιβεβλημένη, αφού η επιστήμη δεν μπορεί παρά να έχει στόχους, αλλά ας μην προσδοκώνται αποτελέσματα τόσα και τέτοια που να είναι στατιστικά και αξιολογικά εντοπίσιμα και διακριτά και μάλιστα στο εγγύς μέλλον, στα επίπεδα της κλινικής και του εργαστηρίου του βιολόγου ή του ιατρού».

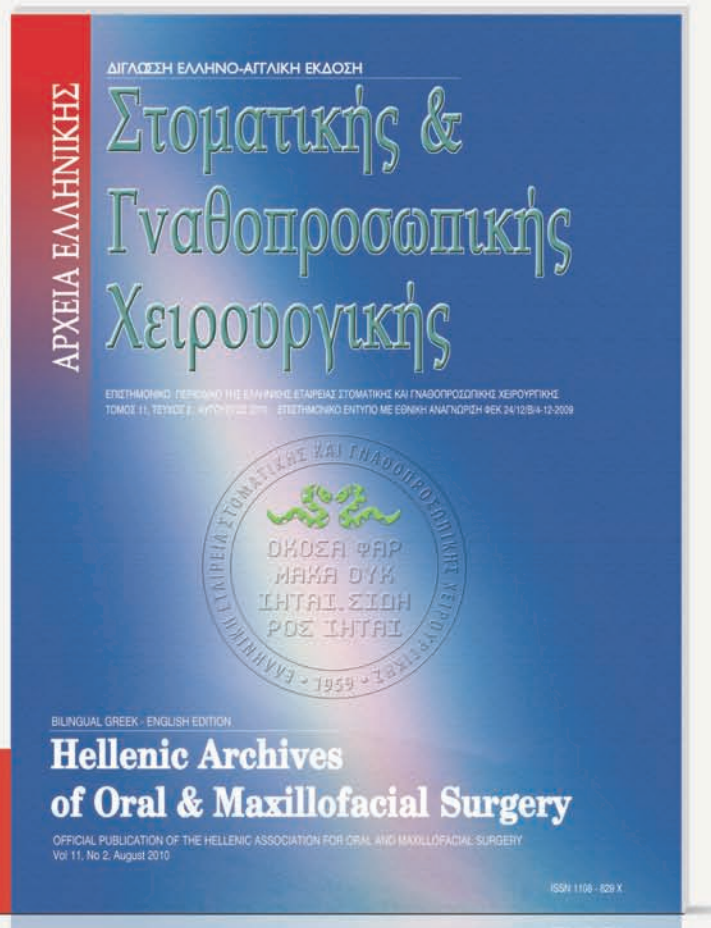
Το βιβλίο προλόγισε ο Καθηγητής και Ακαδημαϊκός Γρ. Σκαλκέας, ο οποίος έγραψε χαρακτηριστικά: *«Το βιβλίο αυτό, που θέτει ερωτήματα αλλά και τις απαντήσεις για το προσδοκώμενο γονιδιακό μέλλον της ανθρωπότητας, είναι αισιόδοξο, παρ' όλο το σκεπτικισμό που δικαιολογημένα προκαλούν οι προβληματισμοί της γενετικής μηχανικής, γιατί εμπνέεται από τον δημιουργικό ρόλο της γνώσεως και της επιστήμης, αλλά και επειδή πιστεύει ότι με τη φιλοσοφική σκέψη και το στοχασμό η ιατρική θα συνεχίσει για πάντα, μέσα από μια καινούργια βιοηθική που θα διαμορφώσουν οι σχέσεις επιστήμης-κοινωνίας, το θετικό της έργο για τη ζωή και τον άνθρωπο.*
Πρόκειται για βιβλίο πολύ αξιόλογο, χρήσιμο όχι μόνο για τους ασχολούμενους με την ιατρική, αλλά και για κάθε σκεπτόμενο άνθρωπο».

Διατίθεται από τις εκδόσεις «Ο.Β.»
Ζωοδόχου Πηγής 54, Αθήνα
Τηλ. 210-38.14.939
e-mail: odvima@otenet.gr

Τιμή: 15 ευρώ

ΑΡΧΕΙΑ ΕΛΛΗΝΙΚΗΣ
Στοματικής & Γναθοπροσωπικής Χειρουργικής
ΔΙΓΛΩΣΣΗ
ΕΛΛΗΝΟ-ΑΓΓΛΙΚΗ ΕΚΔΟΣΗ
Ιδιόκτητο Επιστημονικό Περιοδικό
της Ελληνικής Εταιρείας Στοματικής και Γναθοπροσωπικής Χειρουργικής,
με εθνική αναγνώριση ΦΕΚ 24/12//Β/4-12-2009
και Διεθνή Συμβουλευτική Επιτροπή
Διευθυντής: **Γιώργος Πάνος**, Γναθοπροσωπικός Χειρουργός

Το περιοδικό απευθύνεται:
- Στους Στοματικούς και Γναθοπροσωπικούς Χειρουργούς
- Στους Οδοντιάτρους
- Στους Ιατρούς συγγενών ειδικοτήτων
- Σε κάθε Επιστήμονα των Επαγγελμάτων Υγείας



Ετήσια συνδρομή
(για τρία τεύχη το χρόνο)
Εσωτερικό: 50 ευρώ
Φοιτητές: 35 ευρώ
Εξωτερικό: 70 ευρώ

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

Τα φιλέορτα ξόρκια της ανάγκης

Του **Παντελή Μπουκάλα**

Κάτω, οι σωροί των σκουπιδιών, διογκούμενοι μέρα με τη μέρα, υπενθυμίζουν με την οχληρή για το βλέμμα και την όσφρηση παρουσία τους ότι αποτελούν μόνιμο προεορταστικό διάκοσμο τα τελευταία χρόνια, ένα έθιμο κι αυτοί· φαίνεται ωστόσο πως η όχλησή μας κρατάει λίγο, γιατί η συνήθεια τα καταφέρνει να επιβάλει τον νόμο της μοιρολατρίας και σε αυτό το ζητηματάκι, ασήμαντο εντέλει μπροστά στα τόσα που μας ζώνουν – κι έτσι, σχεδόν παραιτηθήκαμε και από την υποχρέωση της διαμαρτυρίας, του παράπονου έστω, κι απλώς προσπερνάμε. Πάνω, για όποιον εξακολουθεί να σηκώνει τα μάτια αναζητώντας ένα κομμάτι ουρανό, στα μπαλκόνια των πολυκατοικιών, πολλαπλασιάζονται ραγδαία τα γιορτινά λαμπιόνια και οι πλαστικοί αγιοβασίληδες με τη σκαλίτσα τους, το σακούλι τους και το σίγουρο χαμόγελό τους. Βγήκαν από τα πατάρια, ξεσκονίστηκαν, διορθώθηκαν κι άρχισαν να τοποθετούνται σαράντα μέρες και παραπάνω πριν από τα Χριστούγεννα. Είναι σαν να τέθηκε σε ισχύ ένας παλαιοημερολογιτισμός από την ανάποδη, προδρομικός αυτός και όχι αργοπορημένος, και μάλιστα τριπλασιασμένος χρονικά σε σχέση με τον ήδη υπάρχοντα. Και κάτι μού λέει πως δεν ήταν μόνο η απαίτηση των παιδιών κάθε σπιτιού που έφερε άρον άρον στο προσκήνιο τον κόκκινο παππού με τις δωρηματικές υποσχέσεις. Και η τηλεόραση βέβαια, μείζων παραγωγός εθίμων και υποβολέας νοοτροπίας, έσπευσε να προσαρμόσει το πρόγραμμά της, προβάλλοντας ανάμεσα στ' άλλα, νοεμβριάτικα, και μια ταινία που ο τίτλος της, «Χριστούγεννα με το ζόρι», ταιριάζει με την όλη σπουδή.

Και στα μαγαζιά, το ίδιο έγινε, κι εκεί εφταμηνίτικη αποφασίστηκε η γέννα· στολίστηκαν λοιπόν κι αυτά προτού καλά καλά μπούμε στο δεύτερο μισό του Νοέμβρη. Τη δουλειά τους κάνουν, θα πείτε, ή μάλλον από την αναδουλειά τους τα κάνουν όλα αυτά τα βιαστικά, μήπως και προσελκύσουν τα αδυνατισμένα βαλάντια, σκηνοθετώντας από πολύ νωρίς ένα «εορταστικό κλίμα», εις μνήμην καταναλωτικών συνηθειών που φαίνεται να υποχωρούν. Αγρια μειωμένοι οι μισθοί και οι συντάξεις, ασυγκράτητη η ανεργία, το «δώρο» μια ανυπόστατη υπόθεση – το «σόπινγκ θέραπι», που υποτίθεται πως είχε γίνει του συρμού, ανήκει πια σε άλλον αιώνα. Τα πάντα αλλάζουν. Δραματικά. Για όλους; Σίγουρα δεν άλλαξαν και δεν θ' αλλάξουν για όσους, πολιτικούς, δημοσιογράφους και λοιπούς σχολιαστές–τιμητές, σωφρονίζουν κάθε βράδυ από τον γυάλινο άμβωνά τους τη μάζα, εγκαλώντας την για οκνηρία, ωχαδερφισμό, παρασιτισμό και ανομική συμπεριφορά· αυτοί θα συνεχίσουν να άρχουν και να διδάσκουν από το ύψος της βλοσυρής αλαζονείας τους και από την ασφάλεια των αποθησαυρισμένων τους. Για πολλούς όμως αλλάζουν τα πράγματα, για πάρα πολλούς· για όσους (άλλο σίγουρο κι αυτό) δεν «συμμετείχαν σε κανένα πάρτι», για όσους δεν «τα έφαγαν μαζί» παρά επέμεναν να πορεύονται ταπεινοί και τίμιοι. Εχει και τέτοιους ο τόπος, πάντοτε είχε, αφανείς, άγνωστους πολίτες· αν δεν τους είχε, για ν' ακουμπήσει πάνω τους και να στηριχτεί, θα είχε στ' αλήθεια βουλιάξει, θα είχε τσακιστεί προ πολλού. Μόνο που τους έχει περιλάβει ακόμα και αυτούς η συλλήβδην ενοχοποίηση που επιχειρείται με όπλο το τόσο βολικό δόγμα της συλλογικής ευθύνης.

Κι ωστόσο, παρά την γκρίζα καθημερινότητα, ή ίσως εξαιτίας της, τα μπαλκόνια βιάζονται να δείξουν φωτεινά και χαρούμενα. Γιατί τη νιώθει σαν βαθιά ανάγκη ο κόσμος τη γιορτή, έχει - δεν έχει ακουστά τη φράση εκείνη του Δημόκριτου του Αβδηρίτη, δεινού ταξιδευτή (μέχρι και στην Ινδία πήγε, λέει η παράδοση, και συναντήθηκε με Γυμνοσοφιστές, άρα λοιπόν είχε νιώσει πόσο απαραίτητα είναι τα πανδοχεία για τους οδοιπορούντες), στην οποία τόσο συχνά προσφεύγουμε: «βίος ανεόρταστος, μακρά οδός απανδόκευτος». Χωρίς ανάσες, χωρίς την ευκαιρία έστω για μια ανάσα, ακόμα κι αν αυτή ενδέχεται να αποδειχθεί ανεπαρκής, ο ανήφορος γίνεται κατακόρυφος. Πάντοτε υπήρχε η ανάγκη της γιορτής, η ζήτησή της (χάρη στη συνθήκη της συναισθηματικής πρώτα και κατόπιν οικονομικής σπατάλης που εγκαθιδρύει προσωρινά), και πολύ περισσότερο σε εποχές όπου η αισιοδοξία κρίνεται είτε αφέλεια είτε αμάρτημα ή παρανομία. Και τέτοια είναι η τωρινή εποχή, η οποία εξωθεί τις ψυχές τις σφυροκοπημένες από τα μέτρα της ασφυξίας (που όλο «τελειώνουν» κι όλο ανανεώνονται, πολλαπλασιάζονται και οξύνονται) να εκβιάσουν τον χρόνο, να επιταχύνουν την έλευση της εορταστικής αυταπάτης. Σαν αυτόματη αντίδραση στο «κάθε πέρσι και καλύτερα» έρχεται αυτό το «κάθε φέτος και νωρίτερα»· σαν ψυχικό αντίδοτο. Η κατήφεια, που γενικεύεται πια και εδραιώνεται, ως απόρροια όχι μόνο των θυσιών που επιβάλλονται αλλά και της ολοένα ενισχυόμενης πεποίθησης ότι όσες και όποιες κι αν είναι οι θυσίες αυτές, θα αποβούν αναποτελεσματικές, αναζητεί ένα κάποιο γιατροσόφι στον διάκοσμο, στις γιρλάντες, στα μικρά φώτα, που επιστρατεύονται για να εγκαρδιώσουν τόσο αυτόν που τα τοποθετεί και την οικογένειά του όσο και τον αδρανή ακόμα γείτονα και τον δύσθυμο απέναντι, να τον παρασύρουν κι αυτόν. Μοναδικό, αθώο κίνητρο η μικρή ελπίδα πως όλα τούτα ίσως λειτουργήσουν παραμυθητικά, σαν ξόρκια στα οποία προσφεύγουν άνθρωποι που κατά βάθος δεν τα πιστεύουν.

Αν ήταν οι ανάγκες ή οι βλέψεις της αγοράς αυτές που έφεραν τον Δεκέμβριο και τον Ιανουάριο μέσα στον Νοέμβριο, και μάλιστα ένα Νοέμβριο σχεδόν ανοιξιάτικο, πιθανότατα θα περίττευε ακόμα και ο χλευασμός αυτής της άωρης και άτοπης πανηγυρικής διάθεσης. Αλλά, μετρώντας μέρα τη μέρα να πληθαίνουν τα φωτάκια και τα στολίδια των σπιτιών όταν τίποτα το εορταστικό δεν υπαγορεύει την εγκατάστασή τους, μπαίνεις στη σκέψη πως τ' ανάβει κάποιο πείσμα, κάποια επιμονή, μια βαθύτερη ανάγκη· ιδίως τώρα που αρκετοί, περισσότεροι από κάθε άλλη φορά (και δυστυχώς λιγότεροι απ' ό,τι του χρόνου και του παραχρόνου), οι νεόπτωχοι που θα πολλαπλασιάζονται δηλαδή, αντιμετωπίζουν την πραγματική απειλή να δουν ότι αληθεύει τελικά η εικασία εκείνη των γραμματικών πως η λέξη «εορτή», παρότι τόσο όμορφη και γενναιόδωρη, συγγενεύει με τη δυσοίωνη συνήθως λέξη «έρανος». Ακόμα και η ανάγκη της ψευδαίσθησης, του συνειδητού αυτοφενακισμού, προβάλλει σαν απαραίτητη και ωφέλιμη, τώρα που γλιστρούν μέσα από τα χέρια μας για να χαθούν όλες οι παλιές βεβαιότητες· και μένουμε έτσι αμήχανοι, σχεδόν μοιρολάτρες, παγιδευμένοι σε ένα καθεστώς που όσο περνάει ο καιρός καταλαβαίνουμε ολοένα περισσότερο ότι δεν το ορίζουμε εμείς ούτε, φυσικά, οι κυβερνήτες μας.

Δεν θα μείνει μόνο ώς τα Φώτα ο εορταστικός διάκοσμος, όπως γινόταν κάποτε, ούτε και οι κάθε λογής καλικάντζαροι άλλωστε θα φύγουν τότε. Η ταπεινή ζωή του θα παραταθεί έως τα μέσα του Γενάρη, σε κάποιες περιπτώσεις ακόμα και έως τα τέλη του. Ετσι συμβαίνει με τα ξόρκια όταν δεν πιάνουν.

> “Τα πάντα αλλάζουν. Δραματικά. Για όλους; Σίγουρα δεν άλλαξαν και δεν θ' αλλάξουν για όσους, πολιτικούς, δημοσιογράφους και λοιπούς σχολιαστές–τιμητές, σωφρονίζουν κάθε βράδυ από τον γυάλινο άμβωνά τους τη μάζα, εγκαλώντας την για οκνηρία, ωχαδερφισμό, παρασιτισμό και ανομική συμπεριφορά· αυτοί θα συνεχίσουν να άρχουν και να διδάσκουν από το ύψος της βλοσυρής αλαζονείας τους και από την ασφάλεια των αποθησαυρισμένων τους. Για πολλούς όμως αλλάζουν τα πράγματα, για πάρα πολλούς· για όσους (άλλο σίγουρο κι αυτό) δεν «συμμετείχαν σε κανένα πάρτι», για όσους δεν «τα έφαγαν μαζί» παρά επέμεναν να πορεύονται ταπεινοί και τίμιοι. Εχει και τέτοιους ο τόπος, πάντοτε είχε, αφανείς, άγνωστους πολίτες· αν δεν τους είχε, για ν' ακουμπήσει πάνω τους και να στηριχτεί, θα είχε στ' αλήθεια βουλιάξει, θα είχε τσακιστεί προ πολλού.”

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

Τα κρίσιμα σημεία της σύγχρονης προσθετικής αποκατάστασης με στεφάνες και γέφυρες

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

Απόδοση στα ελληνικά: Ν. Καφούσιας

Τιμή 30€

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