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

Οδοντιατρικο Βημα

ΜΗΝΙΑΙΑ ΕΚΔΟΣΗ Σκουφά 64 106 80 Αθήνα Τηλ. 210 3814 939 Fax 210 3803 327 e-mail: odvima@otenet.gr ΙΟΥΝΙΟΣ 2011 ΤΕΥΧΟΣ 80

Αισθητικά προβλήματα κατά την ορθοδοντική αντιμετώπιση της συγγενούς έλλειψης άνω πλαγίων τομέων

Η συγγενής έλλειψη των άνω πλαγίων τομέων πλην των άλλων συνοδεύεται σχεδόν πάντοτε από ένα έντονο αισθητικό πρόβλημα, η λύση του οποίου απαιτεί προσεκτικό σχεδιασμό και συνήθως μια συνδυασμένη ορθοδοντική και προσθετική προσέγγιση. Μια από τις προτεινόμενες επιλογές, που ενδείκνυται σε μικρότερες ηλικίες και σε άτομα με ελαφρά προγναθικό (κυρτό) ή και ορθογναθικό προφίλ, είναι η ορθοδοντική εξάλειψη των διαστημάτων και η αισθητική μετατροπή των κυνοδόντων σε πλαγίους τομείς.

Όμως η επιλογή αυτή προϋποθέτει κατάλληλο σχήμα και μέγεθος κυνοδόντων και προβλέπει τη μετακίνηση όλων των δοντιών του αντίστοιχου ημιμορίου του φραγμού προς τα εγγύς. Έτσι οι κυνόδοντες καταλαμβάνουν τελικά τη θέση των πλαγίων τομέων, οι πρώτοι προγόμφιοι τη θέση των κυνοδόντων κ.ο.κ., μικραίνοντας συνολικά το οδοντικό τόξο.

Στο άρθρο του αν. καθηγητή Ορθοδοντικής **Νίκου Β. Χαραλαμπάκη** και του οδοντιάτρου **Βασίλη Ν. Χαραλαμπάκη** εξετάζονται τα προβλήματα εκείνα που χρειάζονται ιδιαίτερη προσοχή και ανάλυση για την επίτευξη του καλύτερου δυνατού αισθητικού αποτελέσματος. *Σελ. 4*

Περιοδοντολογία: Άλλαξε κάτι;

Η αναπλ. καθηγήτρια Περιοδοντολογίας **Ανθούλα Διαμάντη-Κηπιώτη καταθέτει τους προβληματισμούς της και διερευνά** αν υπάρχουν και ποιες είναι οι νεότερες γνώσεις ή οι εξελίξεις που εμπλέκονται ή τροποποιούν την εν γένει φιλοσοφία μας ως προς τη θεραπευτική των περιοδοντικών νόσων. Σκοπός του άρθρου δεν είναι να αναλυθούν διεξοδικά τα επιμέρους θέματα, αλλά να δοθεί η συνολική εικόνα, η τάση που ισχύει σήμερα και να απαντήσουμε στο ερώτημα του τίτλου, αν δηλαδή «άλλαξε κάτι» στην αιτιολογία και την παθογένεια της νόσου και στις γνώσεις μας για τον περιοδοντικό θύλακο, στις απόψεις μας για τη σημαντικότητα της συντηρητικής αγωγής και στους τρόπους μέτρησης της νόσου και αξιολόγησης ή εξαγωγής συμπερασμάτων για τη θεραπεία της. *Σελ. 10*

Κεφαλογενετική και στοματοπροσωπική γενετική

Οι γενετικές πληροφορίες που εμπεριέχονται στο DNA ενός ανθρώπου παίζουν έναν καθοριστικό και σχεδόν ντετερμινιστικό ρόλο στην ανάπτυξη των φυσιολογικών κρανιοπροσωπικών δομών. Αυτό γίνεται εμφανές όταν παρατηρηθούν μονοζυγωτικοί δίδυμοι, οι οποίοι κατά κανόνα είναι φαινοτυπικά πανομοιότυποι. Όμως, η υλοποίηση του γενετικού προγραμματισμού έχει μεγάλο βαθμό ευαισθησίας και εξαρτάται από πολλούς συντελεστές, όπως είναι οι κληρονομικές μεταλλαγές ή οι πολυμορφισμοί ορισμένων γονιδίων, οι τυχαίες ποσοτικές διακυμάνσεις των πρωτεϊνικών προϊόντων τους ή η επίδραση περιβαλλοντικών παραγόντων με τερατογόνους ιδιότητες.

Παρατίθενται τα γονίδια που ρυθμίζουν την ανάπτυξη της κεφαλής, τα δυσπλαστικά σύνδρομα της κεφαλής και η συμβολή της Γενετικής στην αντιμετώπιση των συνδρόμων της κεφαλής.

Του Χρήστου Γιαπιτζάκη, δρος κλινικού γενετιστή, οδοντιάτρου-βιολόγου, διευθυντή Κέντρου Γενετικής «Κεφαλογενετική» και ερευνητή Ιατρικής Σχολής Πανεπιστημίου Αθηνών. *Σελ. 16*

34η International Dental Show

Άλλη μια έκθεση οδοντιατρικής τεχνολογίας ή η έκθεση που δίνει το στίγμα της οδοντιατρικής επιστήμης για τα επόμενα δύο χρόνια; Στην εποχή του Internet και της γρήγορης ενημέρωσης για κάθε καινούργια ανακάλυψη και εφαρμογή, μπορεί κάποιος να ελπίζει για κάτι το καινούργιο που θα δει στη διάρκεια μιας έκθεσης;

Την IDS επισκέπτονται κάθε φορά αρκετοί ενδιαφερόμενοι και από την Ελλάδα. Ανάμεσά τους, και πιστός στο ραντεβού κάθε δύο χρόνια με την πόλη της Κολωνίας, **ο αναπληρωτής καθηγητής Νίκος Καφούσιας, ο οποίος σε αυτό το τεύχος μάς μεταφέρει τον παλμό της έκθεσης.** *Σελ. 30*

Στόχοι και προϋποθέσεις οδοντιατρικής φωτογραφίας

Η δεύτερη προϋπόθεση μιας αποδεκτής οδοντιατρικής φωτογραφίας είναι η απόδοση του σωστού βάθους της λήψης της εικόνας του στόματος. Το πρόβλημα του σωστού βάθους πεδίου ενσκήπτει κατά βάση στη φωτογράφιση κοντινών αντικειμένων, όπως και στη στοματική κοιλότητα. Το σωστό βάθος πεδίου της λήψης αποδίδεται από τον φακό, αφορά την καθαρή καταγραφή των λεπτομερειών του αντικειμένου και βρίσκεται επάνω στον οπτικό άξονα φακού-αντικειμένου. Ενώ το ανθρώπινο μάτι καταγράφει ταυτόχρονα και καθαρά τα αντικείμενα που βρίσκονται σε διαφορετικές αποστάσεις γύρω μας, ο φωτογραφικός φακός καταγράφει καθαρά το αντικείμενο μόνο όταν βρίσκεται σε ένα συγκεκριμένο εύρος απόστασης μπροστά και πίσω από το σημείο όπου εστιάζουμε.

Του Δημήτρη Καπαγιαννίδη. *Σελ. 22*

Τα μυστικά του στόματος- Σύνδρομο Sweet

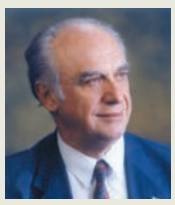
Το σύνδρομο Sweet είναι σχετικά σπάνιο νόσημα που ταξινομείται στις ουδετεροφιλικές δερματοπάθειες. Κλινικά χαρακτηρίζεται από υψηλό πυρετό, δερματικές βλάβες, επιπεφυκίτιδα, ελκώσεις στο στόμα και γενικά συμπτώματα. Ταξινομείται σε 3 βασικούς τύπους: το **κλασικό ή ιδιοπαθές**, το **παρανεοπλασματικό** και το **φαρμακευτικό.** Χαρακτηρίζεται από ουδετεροφιλία τόσο στο περιφερικό αίμα όσο και ιστολογικά. Οι κλινικές βλάβες στο στόμα έχουν τους χαρακτήρες των αφθών, είναι όμως βαθύτερες και μεγαλύτερες ελκώσεις. Συχνά δημιουργούν πρόβλημα διαφορικής διάγνωσης, αφού στον κατάλογο μπαίνουν πολλά νοσήματα που ενδιαφέρουν τον Στοματολόγο και τον Δερματολόγο. Φάρμακο πρώτης επιλογής είναι τα κορτικοστεροειδή, με εντυπωσιακά καλά αποτελέσματα. **Μόνιμη στήλη του Γιώργου Χ. Λάσκαρη, Στοματολόγου, Ιατρού-Οδοντιάτρου, αν. καθηγητή Στοματολογίας Ιατρικής Σχολής Παν. Αθηνών.** *Σελ. 24*

Γενιά των 50 συν: Αποκαθιστώντας ένα φυσικό χαμόγελο

Η κατασκευή αισθητικών, επιεμφυτευματικών ολικών οδοντοστοιχιών με το σύστημα BPS®

Σήμερα η αντίληψη της ποιότητας και το προσδόκιμο ζωής οδηγούν τους ηλικιωμένους στην επιθυμία να διατηρήσουν μια ελκυστική εμφάνιση σε όλα τα στάδια της ζωής τους. Κατά συνέπεια, η αισθητική είναι ένα σημαντικό θέμα. Οι οδοντίατροι σήμερα, προσπαθώντας να ικανοποιήσουν τις απαιτήσεις των ηλικιωμένων ασθενών, επιζητούν καλά μελετημένες τεχνικές και υλικά με κατάλληλες ιδιότητες. Στο άρθρο αυτό, οι συγγραφείς δίνουν ιδέες για τη χρήση του Βιολειτουργικού Προσθετικού Συστήματος (BPS), ενός υψηλής ποιότητας συστήματος κατασκευής προσθετικών αποκαταστάσεων, το οποίο ικανοποιεί τις ανάγκες των απαιτητικών ασθενών. *Σελ. 26.*

Κύριο άρθρο



Φ. Ι. ΜΗΤΣΗΣ
Ομ. Καθηγητής
και πρώην Πρύτανης του Π.Α.

Στοχασμοί

Η κρίση και το ζητούμενο: Προσδοκίες για έναν καλύτερο κόσμο

Είναι βαθιά η πίστη μου ότι μπορεί ο κόσμος να αλλάξει και να γίνει καλύτερος. Κάποιες σκέψεις με βασανίζουν για τα όσα συμβαίνουν και συζητούνται στις μέρες μας, αλλά και για το ποιο είναι το «ζητούμενο».

Ανήκω σε μια γενιά που φεύγει και χάνεται. Είναι η γενιά που γαλουχήθηκε με τη δημοκρατική παράδοση και τις ανθρωπιστικές αξίες και αγωνίσθηκε για ιδανικά και οράματα. Πάλεψε για έναν ανθρωπινότερο κόσμο, για κοινωνική δικαιοσύνη, χειραφέτηση των αδυνάτων και για ανθρώπινα δικαιώματα. Με τους δικούς της αγώνες οδηγηθήκαμε στη μεταπολεμική περίοδο, μετά το 1945, σε κοινωνικές κατακτήσεις και ζήσαμε εναλλακτικά σε περιόδους ανάτασης, αλλά και υποβάθμισης. Δεν πρέπει όμως να επαναπαυόμαστε στις κατακτήσεις μας ως κάτι δεδομένο: η κάθε γενιά οφείλει να είναι θεματοφύλακας αυτών των οραμάτων.

Παρακολουθούμε σήμερα, με κομμένη την ανάσα, την κούρσα της εποχής -μέσα και έξω από τη δική μας πατρίδα- με αυξημένους κινδύνους, κρίσεις και αναταραχές που οδηγούν στην άβυσσο. Ο κόσμος έχει βυθιστεί σε μια άνευ προηγουμένου κρίση, οικονομική και ηθική, και οι προκλήσεις της καπιταλιστικής παγκοσμιοποιημένης οικονομίας έχουν οδηγήσει σε αναλγησία για τον άνθρωπο.

Το χάσμα ανάμεσα στις νοητικές και ηθικές (ψυχικές) λειτουργίες, που δημιούργησε η ιλιγγιώδης ανάπτυξη της επιστήμης και της τεχνολογίας, μεγεθύνεται και η εκμετάλλευση, ο καταναλωτισμός και το κυνήγι του κέρδους μέσα σε μια αχαλίνωτη νεοφιλελεύθερη οικονομία αυξάνει τις ανισότητες, τρέφει τη διαφθορά και οδηγεί σε οπισθοδρόμηση.

Οι επιπτώσεις είναι παντού φανερές, σε όλα τα στρώματα του λαού και σε όλα τα επίπεδα, με τη φτώχεια και την ανεργία να μεγαλώνουν, με την υποβάθμιση της βιόσφαιρας και του περιβάλλοντος, με τις πολεμοχαρείς συρράξεις και την καταστροφική ανάπτυξη του εμπορίου όπλων, ναρκωτικών και λευκής σάρκας (πορνεία), με την επανεμφάνιση εθνικιστικών κινημάτων και θρησκευτικών δογμάτων και αιρέσεων και με μια έκρηξη του ρατσισμού, της ξενοφοβίας και της εγκληματικότητας που μας φέρνουν την ανασφάλεια.

Αποτέλεσμα όλων αυτών των προκλήσεων και των επιπτώσεων είναι ότι χάθηκε η αξιοπιστία και η εμπιστοσύνη των πολιτών σε θεσμούς και πρόσωπα και μια βαθιά κρίση των ηθικών αξιών μαστίζει την κοινωνία, ενώ οι μηχανισμοί Δημόσιας Διοίκησης και λειτουργίας της κοινωνίας έχουν διαβρωθεί και υπόκεινται στη διαφθορά. Η κοινωνική ηρεμία κρέμεται από μια κλωστή.

Μετά το γκρέμισμα του Τείχους του Βερολίνου και την κατάρρευση του «υπαρκτού σοσιαλισμού», άφοβα πλέον ο καπιταλισμός έγινε περισσότερο επιθετικός και προκλητικός. Παράλληλα επήλθε και η παρακμή της Αριστεράς, που θεωρούνταν ο πρωταγωνιστής των κοινωνικών κατακτήσεων, αλλά και η παρακμή των συνδικάτων, που από θεσμοφύλακες αυτών των κατακτήσεων, έγιναν συντεχνίες υπεράσπισης ταξικών διεκδικήσεων και έρχονται όχι λίγες φορές σε σύγκρουση με άλλες κοινωνικές ομάδες.

Τα πολιτικά κόμματα και οι πολιτικοί που αντιπροσωπεύουν τον λαό δεν μπορούν -όπως φαίνεται- να δώσουν απαντήσεις και να οδηγήσουν σε λύσεις και δείχνουν ανεπάρκεια να αναπτύξουν πολιτικές που να απαντούν στις προκλήσεις. Έχασαν την αξιοπιστία τους και οδήγησαν στην αμφισβήτηση των αξιών της και δεν είναι λίγοι αυτοί που πιστεύουν και ισχυρίζονται ότι στάθηκαν κατώτεροι των περιστάσεων.

Τα σοσιαλιστικά πειράματα -όπου και όπως επιχειρήθηκαν- με πρώτο απ' όλα τον «υπαρκτό σοσιαλισμό» που αναδείχτηκε σε «θρησκεία επίγειας σωτηρίας», με τα οικονομικά αδιέξοδα που δημιούργησε, με τη στέρηση της ατομικής ελευθερίας, την καταπίεση των λαών και τη διαφθορά που ανέπτυξε στις τάξεις του, απέτυχε στην πράξη και στη συνείδηση των λαών.

Ο καπιταλισμός, παρά το γεγονός ότι περιοδικά προσέφερε κάποιες κοινωνικές παροχές, κυριαρχεί σήμερα ως μοναδική ιδεολογία με τη σφραγίδα του «αλάθητου» της φιλελεύθερης παγκοσμιοποιημένης οικονομίας, με μια ξέφρενη τάση στην εκμετάλλευση και τη λατρεία του κέρδους, έχει σαρώσει τις κοινωνικές κατακτήσεις κι οδήγησε στη βαθιά οικονομική και ηθική κρίση που ζούμε σήμερα, διευρύνοντας το χάσμα των ανισοτήτων.

Μετά από όλα αυτά, ο προβληματισμός που βασανίζει και το ερώτημα που προβάλλει είναι: πού βρίσκεται η λύση και ποιο είναι το «Ζητούμενο»;

Οι προσδοκίες των ανθρώπων και των λαών πάντα βασίσθηκαν και βοηθήθηκαν από τους στοχασμούς πνευματικών δημιουργών, οι οποίοι αφύπνισαν, ενέπνευσαν κι ενεργοποίησαν τη «δυναμική» που υπάρχει στις κοινωνίες και στους λαούς.

Ξεκινώντας από την εποχή του Διαφωτισμού, οι ιδέες του ενέπνευσαν και καθοδήγησαν τη Γαλλική Επανάσταση το 1789, η οποία αποτέλεσε σταθμό στην πορεία της ανθρωπότητας ενάντια στο σκοταδισμό.

Προχωρώντας στον 19ο και τον 20ό αιώνα, οι σοσιαλιστικές ιδέες, η σκέψη και τα διδάγματα του Μαρξισμού ενέπνευσαν και πυροδότησαν την Οκτωβριανή επανάσταση του 1917 που οδήγησε σε κοινωνικές κατακτήσεις.

Και ζήσαμε τον 20ό αιώνα, με μεγάλους πολέμους και τις ανατροπές, είδαμε την κατάλυση της αποικιοκρατίας με την απελευθέρωση υπόδουλων και υποανάπτυκτων λαών, τη διάλυση πανίσχυρων αυτοκρατοριών και την εδραίωση της Κοινοβουλευτικής Δημοκρατίας, η οποία όμως -παρά το γεγονός ότι όλοι την κρίνουμε απαραίτητη- βλέπουμε ότι είναι αδύναμη και δεν μπορεί να συντονίσει και να αξιοποιήσει τις δυνάμεις που διαθέτει, για να δώσει λύσεις στα προβλήματα. Έτσι, η αναζήτηση για το «Ζητούμενο» με την είσοδο στον 21ο αιώνα, παραμένει και αναμένει απάντηση και λύσεις.

Μήπως αλήθεια αυτός ο πρώτος αιώνας της 3ης χιλιετίας μάς επιφυλάσσει απροσδόκητες εξελίξεις; Η ιστορία δεν επαναλαμβάνεται, γιατί οι συνθήκες αλλάζουν. Δίνει όμως διδάγματα και εμπειρίες και, όπως φαίνεται, οι αντικειμενικές συνθήκες σήμερα είναι ώριμες και επιδεικτικές για έναν καινούργιο δρόμο για την ανατροπή, που θα οδηγήσει σε μια Νέα Αναγέννηση κι έναν καλύτερο κόσμο. Για να οδηγηθούμε σε μια κοινωνία με σύγκλιση ιδεολογιών και πρακτικών, η οποία θα συνδυάζει την ελεύθερη οικονομία, που έχει το πλεονέκτημα να δημιουργεί ανάπτυξη, με την προοδευτικότητα των σοσιαλιστικών μεταρρυθμίσεων για κοινωνική δικαιοσύνη και καταπολέμηση των ανισοτήτων. Ένα κοινωνικό σύστημα που θα αναχαιτίσει τη σημερινή καταστροφική πορεία, θα μεταμορφώσει την ανθρωπότητα και θα αναδείξει τον άνθρωπο στο επίκεντρο της κοινωνίας. Είναι το σύμπλεγμα του ριζοσπαστικού κοινωνικού νεωτερισμού με τη σοσιαλιστική πραγματικότητα των κοινωνικών μεταλλαγών και μια μετατόπιση σε έναν κόσμο με βιώσιμη ισορροπία, όπου θα πρυτανεύει η ηθική και η κοινωνική δικαιοσύνη και η ανάπτυξη θα ταιριάζει με το περιβάλλον.

Ο δρόμος δεν φαίνεται να είναι βατός, μπορεί όμως να γίνει. Τίποτε δεν είναι ακατόρθωτο. Οι μεγάλες κατακτήσεις που έγιναν ήταν απρόβλεπτες: αυτό είναι ένα αναμφισβήτητο ιστορικό δίδαγμα.

Η «κλειδαριά της ιστορίας» περιμένει το κλειδί που χρειάζεται να την ανοίξει και το οποίο βρίσκεται ή θα βρεθεί σε ανθρώπινα χέρια. Παρά το έλλειμμα ηγεσίας που υπάρχει σήμερα διεθνώς, σοβούσες δυνάμεις αντίστασης υπάρχουν και παραμένουν δεκτικές για αφύπνιση και δράση και γι' αυτόν το νέο δρόμο. Υπάρχουν, σε όλες τις χώρες και σ' όλους τους χώρους, ενδείξεις για την παρουσία αυτής της υποφώσκουσας «Δυναμικής», που εκδηλώνεται με πρωτοβουλίες και κινήματα κοινωνικά, οικολογικά, πολιτιστικά και νεολαιίστικες εξεγέρσεις. Αυτές οι δυνάμεις είναι διάσπαρτες κι απομονωμένες, αγνοούν η μία την άλλη κι είναι αγνοημένες από κυβερνήσεις, πολιτικούς και μέσα ενημέρωσης. Και δεν λείπουν οι στοχαστές και οι διανοούμενοι -φιλόσοφοι, κοινωνιολόγοι, πολιτικοί κ.ά.- καθοδηγητές που μπορούν να ενθαρρύνουν και να κινήσουν την «μπαγκέτα» για το ξεκίνημα.

Η διακίνηση ιδεών και αφύπνιση για δράση είναι σήμερα ευκολότερη από ποτέ άλλοτε με το Διαδίκτυο, το βλέπουμε καθημερινά. Αυτή η δύναμη της παγκοσμιοποιημένης πληροφόρησης μπορεί να προσεγγίσει τον κόσμο απανταχού της Γης, να εμπνεύσει και να ενσαρκώσει ιδέες, γι' αυτό το ξεκίνημα του καινούργιου δρόμου.

Τη δική μου γενιά, που αναλώθηκε σε αγώνες, δεν την πιστώνει ο χρόνος για δράση και για νέες μεταλλάξεις. Εύχεται όμως να έρθουν αυτές γρήγορα κι όσο γίνεται ειρηνικά, πριν από την έκρηξη που σιγοβράζει και την επαναστατική βία.

Οι νέες γενιές που μεγαλώνουν βουτηγμένες στα προβλήματα και στην αναζήτηση, που αντιμετωπίζουν την ανεργία και τον κίνδυνο της διάβρωσης και της διαφθοράς, ας πάρουν τη σκυτάλη, επιστρατεύοντας τα αποθέματα δυνάμεών τους και καταπολεμώντας με ψυχραιμία την αδιαφορία και τη ροπή προς την καλοπέραση, ας είναι σε εγρήγορση, έτοιμες για δράση.

Κάποιοι φιλόσοφοι και στοχαστές από τη γενιά της δοκιμασμένης Αριστεράς πιστεύουν ότι η δύναμη που θα οδηγήσει στη Νέα Αναγέννηση θα είναι μια «Νέα Αριστερά», απαλλαγμένη από δογματισμούς κι αγκυλώσεις του παρελθόντος και από υπερβάσεις του μέτρου. Αυτή η κινητήρια Δύναμη μπορεί και πρέπει να είναι πολύ ευρύτερη, έτσι ώστε να καλύπτει ένα πολιτικό φάσμα, με ενσωματωμένες όλες τις προοδευτικές δημοκρατικές δυνάμεις που ζητούν την αλλαγή, μαζί με την ιδεολογία της Οικολογίας, για να μπορέσουν να φέρουν σε πέρας αυτή την αποστολή. Αυτό προϋποθέτει ότι θα γίνει έξω και πέρα από τις υπάρχουσες σημερινές πολιτικές των κομμάτων, με μια ανανεωμένη και αλλαγμένη πολιτική σκέψη.

Φαίνεται δύσκολο, όχι όμως ακατόρθωτο. Δεν γνωρίζουμε τι απρόβλεπτο μας επιφυλάσσει ο αιώνας που ζούμε. Το μέλλον ανήκει και στις γενιές που έρχονται.

Σημείωση

Το άρθρο του ομότιμου καθηγητή και πρώην πρύτανη του Πανεπιστημίου Αθηνών κ. Μήτση γράφτηκε τον Απρίλιο, πολύ πριν σημειωθούν οι πολιτικές και κοινωνικές εξελίξεις των τελευταίων ημερών.

ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΙΚΟ ΒΗΜΑ
Μηνιαία Έκδοση

Κωδικός 6446

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

Εκδότης: **Γιάννης Καρκατζούλης**

Σκουφά 64 106 80 Αθήνα
Τηλ. 210 3814 939, 380 9495 Fax 210 3803 327
e-mail: odvima@otenet.gr

Διευθυντής: **Γιάννης Καρκατζούλης**

Αρχισυντάκτης: **Όθωνας Γκότσης**

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

Διόρθωση:
Δήμητρα Καράμπελα, *Φιλόλογος*
Νομικός Σύμβουλος:
Λάμπρος Ανδρ. Τσοπράς

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

Αισθητικά προβλήματα κατά την ορθοδοντική αντιμετώπιση της συγγενούς έλλειψης άνω πλαγίων τομέων

Νίκος Β. Χαραλαμπάκης Αν. Καθηγητής Ορθοδοντικής

Βασίλης Ν. Χαραλαμπάκης Οδοντίατρος

Η συγγενής έλλειψη των άνω πλαγίων τομέων πλην των άλλων συνοδεύεται σχεδόν πάντοτε από ένα έντονο αισθητικό πρόβλημα η λύση του οποίου απαιτεί προσεκτικό σχεδιασμό και συνήθως μια συνδυασμένη ορθοδοντική και προσθετική προσέγγιση. Για την αντιμετώπισή του υπάρχουν οι εξής επιλογές:

1) Μόνο προσθετική αποκατάσταση (όψεις και ανασυστάσεις)
2) Ορθοδοντική διάνοιξη των διαστημάτων και προσθετική αποκατάσταση λιγότερο (κινητή εργασία, γέφυρα Maryland) ή περισσότερο επεμβατική (γέφυρα, εμφύτευμα)
3) Ορθοδοντική εξάλειψη των διαστημάτων και αισθητική μετατροπή των κυνοδόντων σε πλαγίους τομείς

Η τελευταία επιλογή, που συνήθως ενδείκνυται σε μικρότερες ηλικίες και σε άτομα με ελαφρά προγναθικό (κυρτό) ή και ορθογναθικό προφίλ, προϋποθέτει κατάλληλο σχήμα και μέγεθος κυνοδόντων και προβλέπει τη μετακίνηση όλων των δοντιών του αντίστοιχου ημιμορίου του φραγμού προς τα εγγύς. Έτσι οι κυνόδοντες καταλαμβάνουν τελικά την θέση των πλαγίων τομέων, οι πρώτοι προγόμφιοι τη θέση των κυνοδόντων κ.ο.κ μικραίνοντας συνολικά το οδοντικό τόξο.

Λόγω αυτού του συμβιβασμού προκύπτουν ορισμένα προβλήματα που χρειάζονται ιδιαίτερη προσοχή και ανάλυση για την επίτευξη του καλύτερου δυνατού αισθητικού αποτελέσματος.

Το πρώτο πρόβλημα αφορά τη διαφορά στη μορφολογία, στο μέγεθος αλλά και στο χρώμα των δοντιών που θα κλείσουν τα διαστήματα στην πρόσθια περιοχή. Η μύλη του κυνόδοντα, που είναι πιο κυρτή, τριγωνική και ογκώδης σε σχέση με αυτήν του πλάγιου τομέα, πρέπει να τροποποιηθεί. Η διαμόρφωσή της ανάλογα με την περίπτωση μπορεί να γίνει με εκτροχισμό της χειλικής επιφάνειας, με ταπείνωση κι επιπέδωση του κοπτικού άκρου, με προσθήκη ρητίνης εκατέρωθεν του κοπτικού άκρου ή με συνδυασμό των παραπάνω (Εικ. 1, 2). Συνήθως η εγγύς-άπω διάσταση ενός κυνόδοντα είναι κατά μέσον όρο 1,2 χιλιοστά μεγαλύτερη από αυτήν ενός πλάγιου τομέα. Αυτό μπορεί να διορθωθεί με προσεκτική αφαίρεση οδοντικής ουσίας από τις όμορες επιφάνειες εφ' όσον το επιτρέπει το σχήμα του δοντιού στο ύψος του αυχένα, που ακολουθείται από λείανση, στίλβωση και τοπική εφαρμογή φθορίου.

Ιδιαίτερο ενδιαφέρον εντοπίζεται στην τοποθέτηση του πρώτου προγόμφιου σε θέση κυνόδοντα. Συχνά επιλέγεται να τροχιστεί το υπερώιο φύμα του έτσι ώστε να αποφεύγονται οι πρόωρες επαφές στη μη εργαζόμενη πλευρά, εφ' όσον το παρειακό φύμα υποκαθιστά αισθητικά και λειτουργικά τον κυνόδοντα και προστατεύει τη σύγκλειση κατά τις πλαγιολισθήσεις της κάτω γνάθου. Η προστομιακή επιφάνεια και των δύο δοντιών είναι αρκετά κυρτή, όμως ο προγόμφιος σε αντίθεση με τον κυνόδοντα έχει κοντή κλινική μύλη. Αυτό σημαίνει μεγαλύτερη έκθεση ούλων στην πρόσθια περιοχή σε άτομα που επιδεικνύουν ουλικά όρια κατά το χαμόγελο (Εικ. 3, 4).

Το δεύτερο πρόβλημα επομένως έχει να κάνει με την μορφολογία των μαλακών ιστών, ειδικά σε περιπτώσεις έκθεσής τους κατά το χαμόγελο. Σε ένα αισθητικά ιδανικό χαμόγελο, επιδιώκεται τα ελεύθερα ούλα των κεντρικών τομέων να βρίσκονται στο ίδιο ύψος με αυτά των κυνοδόντων, λίγο υψηλότερα από αυτά των πλαγίων τομέων (Εικ. 5). Για το σκοπό αυτό, σε κάποιες περιπτώσεις χρειάζεται να γίνει ορθοδοντική ανατολή ή εμβύθιση ενός ή περισσοτέρων δοντιών (Εικ. 6, 7, 8).

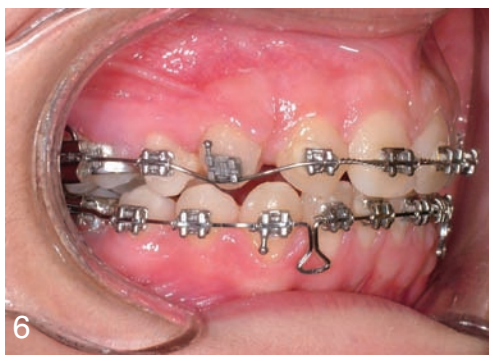
1

2

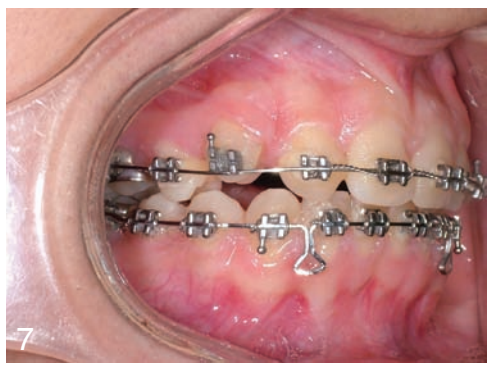
3

4

5



6



7

8

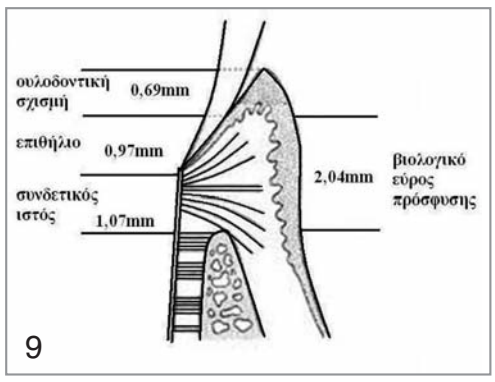
Η ορθοδοντική εμβύθιση ή ανατολή ενός δοντιού πρακτικά συνοδεύεται από αντίστοιχη κατακόρυφη μετανάστευση των προσπεφυκότων και ελευθέρων ούλων και έχει ως αποτέλεσμα μεταβολές στους περιοδοντικούς ιστούς.

Συγκεκριμένα κατά την κοπτική ορθοδοντική μετακίνηση, τα ούλα ακολουθούν την κίνηση του δοντιού λόγω του συνδετικού ιστού που προσφύεται στις επιφάνειες των ριζών. Αντίστοιχα το φατνιακό οστό κατά την κίνηση της ανατολής έλκεται από το περιρρίζιο, που είναι ο συνδετικός ιστός μεταξύ του φατνιακού οστού και της επιφάνειας της ρίζας. Στην περιοχή παρατηρείται αύξηση του αριθμού των μακροφάγων, των ινοβλαστών και των οστεοβλαστών, διάταση των αγγείων και αύξηση των ινών οξυταλάνης, που οδηγούν στην εναπόθεση νέου οστού.

Κατά την εμβύθιση, παρατηρείται συμπίεση των αγγείων, ελάττωση του εύρους του περιρριζίου και της κυκλοφορίας του αίματος, αύξηση του αριθμού των οστεοκλαστών και εκτεταμένη αναδιοργάνωση του κολλαγόνου. Ο πυθμένας της ουλοδοντικής σχισμής μετατοπίζεται ακολουθώντας την κατακόρυ-

φη κίνηση του δοντιού, πλησιάζοντας την φατνιακή απόφυση.

Το βιολογικό εύρος πρόσφυσης ορίζεται ως το άθροισμα του εύρους του προσπεφυκότος επιθηλίου και του εύρους της συνδετικογενούς πρόσφυσης που βρίσκονται πάνω από το ύψος του φατνιακού οστού (Εικ. 9). Διαφέρει σε κάθε άνθρωπο και κυμαίνεται από 0,75 έως 4,3 χιλιοστά με μέσο όρο τα 2,04 χιλιοστά. Όταν παραβιαστεί, λόγω της ορθοδοντικής εμβύθισης που συμπαρασύρει τον πυθμένα



9

της ουλοδοντικής σχισμής, το φατνιακό οστό απορροφάται μέχρι να αποκατασταθεί ξανά το βιολογικό εύρος πρόσφυσης. Παρά την απορρόφηση οστού, η συνολική οστική στήριξη του δοντιού δεν μειώνεται, γιατί το οστό απλώς «ακολουθεί» την αδαμαντινοοστεϊνική ένωση που εμβυθίζεται. Η εφαρμογή ήπιων δυνάμεων που δεν προκαλούν ισχαιμία λόγω στραγγαλισμού των αγγείων είναι ιδιαίτερα

10

11

12

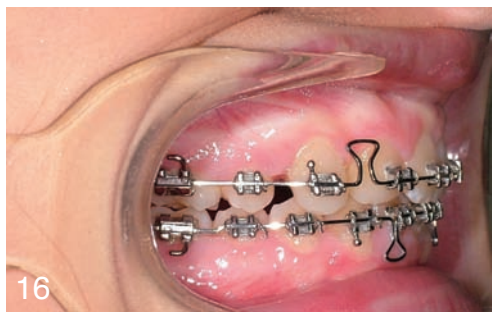
σημαντική ώστε να μην προκληθούν στο περιρρίζιο υαλοειδείς εκφυλίσεις. Πρόκειται για το σχηματισμό άμορφων μαζών στην φατνιακή απόφυση στο σημείο όπου ασκείται η υπέρμετρη δύναμη από τη ρίζα του δοντιού λόγω εκφυλισμού των ενδοθηλιακών κυττάρων των στραγγαλισμένων αγγείων και κυτταρολυσίας των ινοβλαστών.

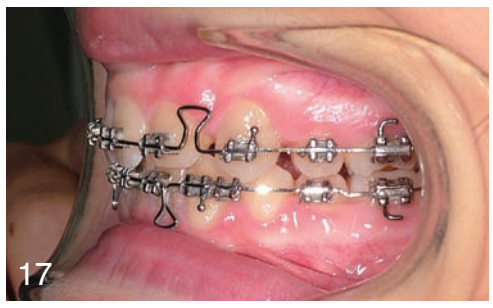
Σε περιπτώσεις που η υπερβολική έκθεση ούλων κατά το χαμόγελο στην περιοχή των προγομφίων που έχουν μετατραπεί σε κυνόδον-

13

14

15


16


17

18

19

20

21

22

23

τες οφείλεται σε αύξηση του όγκου των μαλακών ιστών που παραμένει απουσία φλεγμονής (αυτό μπορεί να διαπιστωθεί με τη βοήθεια μιας περιοδοντικής μύλης), όταν δηλαδή υπάρχουν ψευδοθύλακοι, κρίνεται σκόπιμη η επιμήκυνση της κλινικής μύλης με ουλοπλαστική, δηλαδή εκτομή των πλεοναζόντων ιστών για τη βελτίωση της μορφολογίας των ούλων.

Στη συνέχεια περιγράφονται τρία χαρακτηριστικά παραδείγματα ασθενών με συγγενείς ελλείψεις των άνω πλαγίων τομέων που αντιμετωπίστηκαν με αντίστοιχη ορθοδοντική προσέγγιση και ανασυστάσεις:

Η 1η ασθενής εμφάνιζε σε ηλικία 12 χρόνων οδοντική σύγκλειση τάξης Ι και ορθογναθικό προφίλ με συγγενείς ελλείψεις των 12 και 22 (Εικ. 10, 11, 12). Μετά την αξιολόγηση των διαγνωστικών δεδομένων τοποθετήθηκαν ακίνητοι ορθοδοντικοί μηχανισμοί και έκλεισαν οι χώροι οπότε προέκυψε οδοντική σύγκλειση τάξης ΙΙ σε γομφίους και κυνόδοντες με αρμονική οριζόντια και κατακόρυφη πρόταξη (Εικ. 13, 14, 15). Οι κοντές όμως κλινικές μύλες των 14 και 24 δημιουργούσαν ένα αισθητικό έλλειμμα στην περιοχή αυτή κατά το χαμόγελο. Αποφασίστηκε λοιπόν, αφού ελέγχθηκε το βάθος της ουλοδοντικής σχισμής και βρέθηκε φυσιολογικό, να μετακινηθούν ακροριζικά οι 14 και 24 σύμφωνα με όσα αναλύθηκαν προηγουμένως. Ακολούθησε αισθητική και λειτουργική τροποποίηση με σύνθετη ρητίνη (Εικ. 16, 17). Μετά την ολοκλήρωση της ορθοδοντικής θεραπείας τροποποιήθηκαν και οι κυνόδοντες ώστε να υποκαταστήσουν αισθητικά τους συγγενώς ελλείποντες πλάγιους τομείς (Εικ. 18, 19, 20, 21). Τόσο το χαμόγελο όσο και η πλάγια εικόνα της ασθενούς δικαιώνουν αισθητικά τη συνδυασμένη ορθοδοντική και προσθετική θεραπευτική επιλογή (Εικ. 22, 23).

Η 2η ασθενής προσήλθε σε ηλικία 14 ετών με σκελετική ανωμαλία τάξης ΙΙ, οδοντική σύγκλειση τάξης Ι κατά Angle και συγγενείς ελλείψεις των 12 και 22 (Εικ. 24, 25, 26, 27). Ανέφερε ως κύριο ενόχλημα πως δεν της άρεσε το χαμόγελό της (Εικ. 24). Τοποθετήθηκαν ακίνητοι ορθοδοντικοί μηχανισμοί και οι 14,

24

25

26

27

28

29

30

31

32

33

34

35

36

37

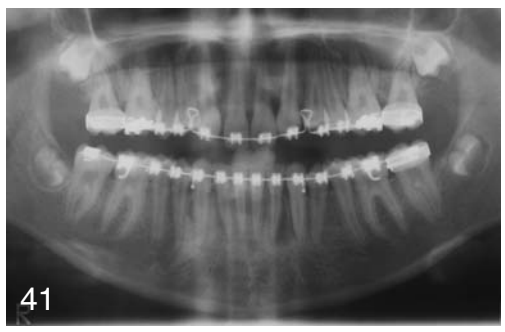
38

24 εμβυθίστηκαν (Εικ. 6, 7, 28, 29). Στη συνέχεια διαμορφώθηκαν με σύνθετη ρητίνη ώστε να προσομοιάζουν τη λειτουργική και αισθητική απόδοση των κυνοδόντων που υποκαθιστούν (Εικ. 8, 30, 31). Μετά την ορθοδοντική θεραπεία ακολούθησε η μετατροπή των κυνοδόντων σε πλάγιους τομείς σύμφωνα με όσα προαναφέρθηκαν (Εικ. 32, 33, 34). Το τελικό αποτέλεσμα (Εικ. 35, 36, 37), ικανοποίησε τις αισθητικές απαιτήσεις της ασθενούς.

Η 3η ασθενής σε ηλικία 12 ετών παρουσίαζε συγγενή έλλειψη των 12, 22, οδοντική σύγκλειση τάξης Ι και κυρτό κάτω τριτημόριο του προσώπου (Εικ. 38, 39, 40). Με τη βοήθεια ακίνητων μηχανισμών εξαλείφθηκαν τα διαστήματα (Εικ. 41). Μετά την αφαίρεσή τους, προστέθηκε ρητίνη κοπτικά των 14 και 24 με σκοπό τη δημιουργία πρόωρων επαφών (Εικ. 42), με αποτέλεσμα την εμβύθισή τους (Εικ. 43). Το τελικό αποτέλεσμα (Εικ. 44, 45, 46, 47, 48, 49) επιτεύχθηκε προοδευτικά σε βάθος τριών μηνών κατά τη διάρκεια χρήσης κινητών συγκρατητικών συσκευών και μετά από παραπομπή σε προσθετολόγο για τις αισθητικές και λειτουργικές μετατροπές των κυνοδόντων σε πλάγιους τομείς και των πρώτων προγόμφιων σε κυνόδοντες.

39

40


41

42

43

Οι συγγενείς ελλείψεις άνω πλαγίων τομέων εμφανίζονται σε ποσοστό 1,2% του συνολικού πληθυσμού στους Καυκάσιους, σύμφωνα με τα πιο πρόσφατα επιδημιολογικά δεδομένα, με τους άνδρες να εμφανίζουν ελαφρά μεγαλύτερο ποσοστό σε σχέση με τις γυναίκες. Πρόκειται λοιπόν για μια όχι σπάνια αισθητική και λιγότερο λειτουργική διαταραχή, που συχνά ο γενικός οδοντίατρος καλείται να διαχειριστεί σε ενήλικα άτομα κάτω από ιδιαίτερα δυσμενείς και επιτακτικές συνθήκες και κατά κανόνα χωρίς τη δυνατότητα προπροσθετικής ορθοδοντικής προετοιμασίας.

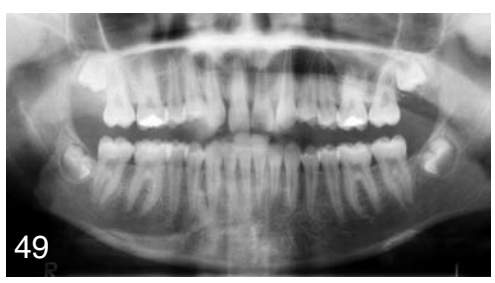
44

45

46

47

48


49

Για το λόγο αυτό και με δεδομένο ότι η θεραπευτική αποκατάσταση των περιπτώσεων αυτών είναι ιδιαίτερα απαιτητική με οποιονδήποτε τρόπο (προσθετικό ή ορθοδοντικό), η έγκαιρη διάγνωση των ελλείψεων σε νεαρή ηλικία και η συγκεκριμένη συνδυαστική προσέγγιση όταν και εφ' όσον ενδείκνυται παρουσιάζει σοβαρά πλεονεκτήματα και αποτελεί μια μόνιμη και ελάχιστα επεμβατική λύση του αισθητικού προβλήματος που προκύπτει σαν παρενέργεια από την εγγύς μετατόπιση των προγομφίων στη θέση των κυνοδόντων.

Βιβλιογραφία

Orthodontics, prosthodontics, and periodontics: a multidisciplinary approach.
Rupp RP, Dillehay JK, Squire CF.
Gen Dent. 1997 May-Jun;45(3):286-9.

Orthodontic treatment using canines in place of missing maxillary lateral incisors.
Tuverson DL.
Am J Orthod. 1970 Aug;58(2):109-27.

Management of cases with upper incisors missing.
Schwaninger B, Shaye R.
Am J Orthod. 1977 Apr;71(4):396-405.

To open or to close space--that is the missing lateral incisor question.
Savarrio L, McIntyre GT.
Dent Update. 2005 Jan-Feb;32(1):16-8, 20-2, 24-5.

Missing upper lateral incisors: orthodontic considerations in young patients.
Wexler G.
Ann R Australas Coll Dent Surg. 2000 Oct;15:136-40.

Prevalence of congenitally missing teeth in Israeli recruits.
Goren S, Tsoizner R, Dinbar A, Levin L, Brezniak N.
Refuat Hapeh Vehashinayim 2005 Apr;22(2): 49-53, 87

Congenitally missing teeth: orthodontic management in the adolescent patient.
Kokich VO Jr.
Am J Orthod Dentofacial Orthop. 2002 Jun;121(6):594-5.

Developmental absence of maxillary lateral incisors in the Portuguese population.
Pinho T, Tavares P, Maciel P, Pollmann C.
Eur J Orthod. 2005 Oct;27(5):443-9. Epub 2005 Aug 31.

Managing congenitally missing lateral incisors. Part I: Canine Substitution.
Kokich VO, Kinzer GA.
J Esthet Restor Dent 2005;17(1):5-10

Lateral thinking: the management of missing upper lateral incisors
B J Millar & N G Taylor
British Dental Journal 179, 99 - 106 (1995)
Published online: 5 August 1995 | doi:10.1038/sj.bdj.4808848

Osteoclast differentiation during experimental tooth movement by a
short-term force application: An immunohistochemical study in rats
RUI XIE, ANNE MARIE KUIJPERS-JAGTMAN & JAAP C. MALTHA
Acta Odontologica Scandinavica, 2008; 66: 314-320

http://www.ispub.com/journal/the_internet_journal_of_dental_science/volume_8_number_1_19/article/the-orthodontic-extrusion-movements-and-the-periodontal-tissues.html
http://www.adajournal.com/content/130/1/80.full.pdf
http://www.kokichorthodontics.com/Article02b6.pdf
http://ejo.oxfordjournals.org/content/22/6/697.full.pdf
http://ejo.oxfordjournals.org/content/23/6/671.full.pdf
http://www.johcd.org/pdf/Biologic%20Width%20Evaluation%20and%20Correction.pdf

Περιοδοντολογία: Άλλαξε κάτι;

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

Πρόλογος με διαπιστώσεις και… γκρίνιες

Παρακολουθώντας τα περιοδικά και τις εφημερίδες γενικού οδοντιατρικού ενδιαφέροντος, παρατηρώ ότι θέματα με αντικείμενο την κλινική Περιοδοντολογία αλλά και γενικά την πρόληψη και την θεραπευτική, εμφανίζονται σχετικά αραιά, ενώ τα πρωτεία κατέχουν θέματα που αναφέρονται σε εμφυτεύματα και γενικότερα σε αποκαταστάσεις (αισθητικές ή όχι - κάνουμε και μη αισθητικές αποκαταστάσεις;). Η άποψη είναι προσωπική και δεν επικαλείται στατιστικά στοιχεία, γιατί, και αν υπάρχουν, δεν είναι προσιτά.

Μου μοιάζει σαν να έχουμε απεμπολήσει, ή τουλάχιστον ελαχιστοποιήσει, ένα μεγάλο μέρος της οδοντιατρικής μας παρέμβασης, της «Ιατρικής μας ιδιότητας», που, αν δεν κάνω λάθος, είναι να προλαμβάνουμε, να θεραπεύουμε και να αποκαθιστούμε νοσήματα και βλάβες του στοματογναθικού συστήματος. Πιθανόν εκφράζω την προσωπική μου αγωνία, αλλά νομίζω ότι δεν ξοδεύουμε πλέον τον χρόνο και τις δυνάμεις μας για να σώσουμε, πάση θυσία, έναν δεύτερο γομφίο με βαριά περιοδοντική προσβολή αλλά τον θυσιάζουμε, χωρίς πολλές τύψεις, για να εφαρμόσουμε στην θέση του ένα εμφύτευμα. Συρρικνώθηκε το προληπτικό και το θεραπευτικό εύρος της ειδικότητας, ελαχιστοποιήθηκαν οι ικανότητές μας να το εφαρμόσουμε ή χάθηκε η διάθεση μας; Υπάρχει εξήγηση; Νομίζω ότι υπάρχει και είναι, όπως και τα κυριότερα νοσήματα του στόματος, και αυτή… πολυπαραγοντική.

Το θέμα της αποκατάστασης των ελλειμμάτων είναι σημαντικό, μοντέρνο, ανοίγει καινούργιους δρόμους, προσφέρει αμέτρητες δυνατότητες και δίνει θαυμάσιες λύσεις που ενδιαφέρουν και τον οδοντίατρο και το... κοινό. Ενημερωμένοι, επίσημα, στο θέμα αυτό είναι μόνον οι συνάδελφοι που απεφοίτησαν τα τελευταία χρόνια, οπότε το αντικείμενο διδάσκεται, στην όποια έκταση και επάρκεια, στις Οδοντιατρικές Σχολές. Τέλος ως οδοντιατρική εφαρμογή είναι καλοπληρωμένη, πολύ καλύτερα από την αμφίβολη (!) αποκαταστατική παρέμβαση του περιοδοντολόγου και ως εκ τούτου… πιασάρικη, όπως, χυδαία καμιά φορά, αναφέρεται.

Οι παραπάνω λόγοι έχουν οδηγήσει επιστημονικές εταιρείες, εμπορικούς οίκους εισαγωγής και εμπορίας οδοντιατρικών ειδών, αντιπροσώπους και… εκπροσώπους, ιδιωτικούς φορείς ακόμη και μεγάλα ιδιωτικά νοσοκομεία να αποδυθούν σε έναν αμείλικτο αγώνα δρόμου ποιος θα προλάβει πρώτος να επιμορφώσει -με το αζημίωτο φυσικά- τους συναδέλφους στις νέες τεχνικές αποκατάστασης, ιδιαίτερα αυτές που βασίζονται σε εφαρμογή εμφυτευμάτων.

Δεν μπαίνω στον πειρασμό να υποδυθώ τον εισαγγελέα και να κρίνω αξιολογικά ποιοι, ποιους και με ποιον τρόπο επιμορφώνουν. Αυτό είναι καθήκον και υποχρέωση, αλλά σε άλλες περιπτώσεις. Στην προκειμένη περίπτωση θα αναρωτηθώ μόνον αν και κατά πόσον οι «επιμορφούμενοι» συνάδελφοι γνωρίζουν σε βάθος και στέρεα τις θεραπευτικές δυνατότητες που υπάρχουν, το εύρος δηλαδή των «θεραπευτικών» ειδικοτήτων, επομένως το πλήθος των επιλογών που τους ανοίγονται καθώς και τις εξαίρετες επουλωτικές-επανορθωτικές ικανότητες του ανθρώπινου οργανισμού.

Παρόμοιοι προβληματισμοί δεν αφορούν μόνο στην ελληνική οδοντιατρική κοινότητα. Η Ευρωπαϊκή Ομοσπονδία Περιοδοντολογίας (E.F.P) για παράδειγμα, προφανώς για να ανακόψει αυτή την τάση και να ισορροπήσει τη θεματολογία, ανακοίνωσε ότι στο επόμενο EuroPerio, που θα γίνει στη Βιέννη τον Ιούνιο του 2012, το πρόγραμμα θα αφορά κατά τα 2/3 αμιγώς περιοδοντολογικά θέματα και κατά το 1/3 εμφυτευματολογικά.

Με τις παραπάνω διαπιστώσεις και τις ανάλογες... γρίνιες θα αναλύσουμε το θέμα μας με την ίδια διάθεση κριτικής αξιολόγησης. Συγκεκριμένα θα διερευνήσουμε αν υπάρχουν και ποιες είναι οι νεότερες γνώσεις ή οι εξελίξεις που εμπλέκονται ή τροποποιούν την εν γένει φιλοσοφία μας στη θεραπευτική των περιοδοντικών νόσων. Σκοπός μας δεν είναι να αναλυθούν διεξοδικά τα επιμέρους θέματα, αλλά να δοθεί η συνολική εικόνα, η τάση που ισχύει σήμερα και να απαντήσουμε στο ερώτημα του τίτλου, αν δηλ. «άλλαξε κάτι»:

- Στην αιτιολογία και την παθογένεια της νόσου και στις γνώσεις μας για τον περιοδοντικό θύλακο.
- Στις απόψεις μας για τη σημαντικότητα της συντηρητικής αγωγής.
- Στους τρόπους μέτρησης της νόσου και αξιολόγησης ή εξαγωγής συμπερασμάτων για την θεραπεία της.

1.1 Αιτιολογία και παθογένεια της Περιοδοντικής νόσου

Εάν και εφόσον θέλουμε οι επιλογές και οι θεραπευτικές μας πράξεις να είναι απόλυτα αιτιολογημένες, δηλαδή επιστημονικές, θα πρέπει να τις επαναπροσδιορίζουμε ανάλογα με τις νεότερες απόψεις που υπάρχουν -αν υπάρχουν- σχετικά με την αιτιολογία και την παθογένεια της περιοδοντικής νόσου.

Τη δεκαετία του 1950 εθεωρείτο ότι η έναρξη και η επιβάρυνση της περιοδοντικής νόσου σχετίζονταν με την ποσότητα της οδοντικής πλάκας και της τρυγίας, λόγω του ερεθισμού που προκαλούσαν στους ουλικούς ιστούς.

Όταν η γνώση για το ρόλο της οδοντικής πλάκας στη διαδικασία της φλεγμονής διευρύνθηκε, τα παράγωγα των βακτηρίων και τα προϊόντα του μεταβολισμού τους, π.χ. ενδοτοξίνες, ένζυμα κ.ά., ενοχοποιήθηκαν για την άμεση καταστροφική τους επίδραση στους ιστούς. Τις τελευταίες δεκαετίες το ενδιαφέρον εστιάστηκε στην κατανόηση της παθογένειας της περιοδοντικής νόσου, που πέρασε από το κυτταρικό στο μοριακό επίπεδο και στη συνέχεια στο γενετικό.

Η αλματώδης εξέλιξη της τεχνολογίας έδωσε στη γενετική και τη μικροβιολογία τεράστιες δυνατότητες, που οδήγησαν στη σημερινή αντίληψη για την αιτιολογία της Π.Ν., ότι δηλ. οι περισσότερες μορφές της προκαλούνται από έναν περιορισμένο αριθμό παθογόνων για το περιοδόντιο βακτηρίων, που συγκεντρώνονται στην ουλοδοντική σχισμή. Η παρουσία τους εκεί κινητοποιεί τη δημιουργία και έκλυση προϊόντων της άμυνας του ξενιστή που οδηγούν στην καταστροφή των στηρικτικών ιστών.

Τα τελευταία χρόνια έγινε κατανοητός ο ρόλος των μεσολαβητών της φλεγμονής, των κυτοκινών και των μεταλλοπρωτεϊνασών της θεμέλιας ουσίας, στην ιστική καταστροφή, στην περιοδοντική νόσο. Βακτηριακά παράγωγα, κυρίως λιποπολυσακχαρίτες, διαπερνούν το προσπεφυκός επιθήλιο και «διαχέονται» στον συνδετικό ιστό προκαλώντας στα μικρά αγγεία αγγειίτιδα. Λόγω αυτής, παράγωγα του αίματος κατακλύζουν την περιοχή και ο συνδετικός ιστός διηθείται από λεμφοκύτταρα, πλασματοκύτταρα μακροφάγα καθώς και άλλους, διαλυτούς στον ορό, παράγοντες. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα να παράγονται αντισώματα και μεγάλες ποσότητες ιντερλευκινών και κολλαγενασών που οδηγούν στην απορρόφηση του οστού και την αποδόμηση του συνδετικού ιστού, στην πλήρη δηλ. αποδιοργάνωση και καταστροφή του όλου στηρικτικού συστήματος του δοντιού.

Η κλινική έκφραση αυτών των διεργασιών είναι η εμφάνιση ή βάθυνση των θυλάκων και η έναρξη ή εξέλιξη της νόσου.

Έχοντας πλέον τις παραπάνω γνώσεις, βελτιώσαμε σημαντικά την κατανόησή μας για το τι σημαίνει «πολυπαραγοντικό» αιτιολογικό μοντέλο στην περιοδοντική νόσο και πώς οι διάφοροι παράγοντες κινδύνου μπορούν να επιδράσουν σε έναν ή πολλούς… κρίκους της αλυσίδας αυτής.

1.2 Ο Περιοδοντικός θύλακος

Θα επιμείνουμε στο θέμα «περιοδοντικός θύλακος» που αποτελεί το κύριο χαρακτηριστικό εύρημα της περιοδοντίτιδας. Ο σχηματισμός του αντανακλά στο σύνολο των διεργασιών που είναι αποτέλεσμα της αντίδρασης του ξενιστή στην παρουσία και τη δράση του μικροβιακού παράγοντα. Συνιστά παθογνωμονικό εύρημα της νόσου και αποτελεί το «θερμό αντικείμενο» όλων των θεραπευτικών ενεργειών μας που συμβάλλουν στην μείωση ή εξάλειψή του. Παλαιότερα μιλούσαμε για «θεραπεία του περιοδοντικού θυλάκου», ενώ σήμερα οι όροι θεραπεία της νόσου ή έλεγχος της νόσου ή έλεγχος της φλεγμονής ή εξάλειψη της λοίμωξης είναι πιο αποδεκτοί. Το ερώτημά μας είναι αν οι πρόσφατες εξελίξεις έχουν τροποποιήσει ή έχουν αλλάξει κάτι στην γνώση μας σχετικά με την αντιμετώπιση του θυλάκου. Αυτό είναι η αξιολόγηση του περιεχομένου του θυλάκου από μια άλλη σκοπιά, με την βοήθεια των εκπληκτικών τεχνολογικών μέσων.

Το περιεχόμενο του θυλάκου συνίσταται από ουλικό υγρό, επιθηλιακά κύτταρα, λευκοκύτταρα και πληθώρα μικροοργανισμών και των προϊόντων τους, σε ελεύθερη χαλαρή μορφή ή προσκολλημένων στη ριζική επιφάνεια και την τρυγία. Ένα στοιχείο που είχε προκαλέσει το ενδιαφέρον από το μακρινό παρελθόν είναι ότι το περιεχόμενο του θυλάκου, ακόμη και μετά την απομάκρυνση των μικροοργανισμών, όταν ενοφθαλμιστεί υποδερμικά σε πειραματόζωα, είναι τοξικό. Και ενώ αυτά ήταν γνωστά και καθιερωμένα, η γνώση μας σχετικά με την μορφή-δομή της οδοντικής πλάκας, βελτιώθηκε σημαντικά. Σήμερα ξέρουμε ότι το περιεχόμενο του θυλάκου υπάρχει με τη μορφή ενός πολυσύνθετου **βιοϋμένα** ή **βιοϋμενίου** (biofilm) που έχει τις δικές του πολύπλοκες διεργασίες και συμπεριφορές και η τρυγία θεωρείται απλώς ως παράγοντας κατακράτησης του βιοϋμένα αυτού.

Το βιοϋμένιο δεν είναι μια τυχαία ποσότητα βακτηρίων που απλώς εναποτίθεται στην οδοντική επιφάνεια. Αντίθετα διαθέτει πολύπλοκη δομή με υψηλό βαθμό οργάνωσης και μπορεί να περιγραφεί ως σύνολο βακτηριακών αποικιών που περικλείονται σε υπόστρωμα εξωκυττάριων πολυσακχαριτών. Τα βακτήρια που σχηματίζουν το μικροβιακό υμένιο έχουν διαφορε-

τικό ρυθμό ανάπτυξης και διαφορετική συμπεριφορά από τα όμοιά τους ελεύθερα βακτήρια ή τους μεικτούς μικροβιακούς πληθυσμούς και διαφορετική μεταβολική δραστηριότητα. Σε διαφορετικά σημεία της δομής ενός ώριμου βιοϋμένα υπάρχουν πολλά ανόμοια μικροπεριβάλλοντα, τροφικές πηγές, διαφορετικές τάσεις οξυγόνου.

Με την εφαρμογή της ομοεστιακής σαρωτικής ηλεκτρονικής μικροσκοπίας (confocal scanning laser microscopy) έγινε δυνατόν να επιβεβαιωθεί η ύπαρξη διαύλων νερού μέσα στο υμένιο, διά των οποίων μεταφέρονται θρεπτικά συστατικά, διευκολύνεται η απομάκρυνση των μεταβολικών αποβλήτων και γίνεται ανταλλαγή τροφικών παραγόντων μεταξύ των βακτηριακών ειδών, μέσα από ένα πολύπλοκο δίκτυο αλληλεπιδράσεων και αποδόμησης.

Οι παραπάνω γνώσεις και άλλες ακόμα πιο εξειδικευμένες που είδαν το φως της δημοσιότητας, μας εξηγούν πλέον γιατί τα βακτήρια που ζουν στο βιοϋμένιο εμφανίζουν ιδιαίτερα μεγάλη αντίσταση στα αντιβιοτικά. Η αντίσταση οφείλεται στην αργή διείσδυση του αντιβιοτικού στη δομή του βιοϋμένα, λόγω ανταλλαγής ιόντων και λόγω διαφορετικής μεταβολικής δραστηριότητας των βακτηρίων μέσα σε αυτό. Επιπλέον, τα βακτήρια, στο πλαίσιο της επικοινωνίας τους, ανταλλάσσουν στελέχη που εμφανίζουν αντίσταση στα αντιβιοτικά. Έχει υποστηριχθεί ότι το βιοϋμένιο είναι η υψηλότερα ελεγχόμενη βιολογική μονάδα στην οικολογική ιεραρχία.

Συμπερασματικά, ο μικροβιακός πληθυσμός που υπάρχει στο βιοϋμένιο έχει δύο στρατηγικές επιβίωσης. Η πρώτη είναι ο υψηλός ρυθμός πολλαπλασιασμού του και η δεύτερη η εκπληκτική τροποποίηση και προσαρμογή των ιδιοτήτων του στις διαθέσιμες περιβαλλοντικές πηγές, και αυτής ακόμη της παθογονικότητας των περιοδοντοπαθογόνων βακτηρίων.

Όταν η περιοδοντική νόσος «εγκατασταθεί», στο επιθήλιο και στον συνδετικό ιστό συμβαίνουν κατά την εξέλιξή της διάφορες ιστοπαθολογικές μεταβολές, όπως βαθιές προσεκβολές του επιθηλίου στον υποκείμενο συνδετικό ιστό, προοδευτική εκφύλιση και νέκρωση του επιθηλίου που οδηγεί σε ελκώσεις και εξελκώσεις, με αποτέλεσμα την αποκάλυψη του φλεγμαίνοντος συνδετικού ιστού και την διαπύηση. Η κατάσταση αυτή διευκολύνει την είσοδο των μικροβίων και των προϊόντων τους μέσα στους ιστούς.

Η ύπαρξη βακτηρίων μέσα στους ουλικούς ιστούς έχει διαπιστωθεί από αρκετούς ερευνητές. Εξωκυτταρικά στοιχεία από περιοδοντοπαθογόνα βακτήρια βοηθούν πιθανώς στην προσκόλληση των βακτηρίων στα ανθρώπινα επιθηλιακά κύτταρα της ουλοδοντικής σχισμής. Μικροσκοπικές αναλύσεις με την μέθοδο του ανοσοφθορισμού έχουν δείξει την ύπαρξή τους μέσα στα επιθηλιακά κύτταρα και έχει υποστηριχθεί ότι διεισδύουν επιπλέον και στα ενδοθηλιακά κύτταρα. Είναι προφανές ότι η ύπαρξη βακτηρίων μέσα στα κύτταρα θα οδηγήσει πιθανόν στην επίταση των φλεγμονωδών φαινομένων. Αν και η ύπαρξη βακτηρίων στους περιοδοντικούς ιστούς δεν αποδεικνύει την ενεργητική διείσδυση, την εγκατάσταση και τον πολλαπλασιασμό τους ώστε να δημιουργηθεί λοίμωξη, αντιλαμβάνεται κανείς ότι το γεγονός δεν είναι αμελητέο, ανοίγει άλλα παθογενετικά μονοπάτια και συνδέεται με την έναρξη, τις εξάρσεις, αλλά κυρίως με την υποτροπή της περιοδοντικής νόσου. Το όλο θέμα είναι ακόμη υπό συζήτηση και πολλοί ερευνητές θεωρούν ότι απαιτείται επιπλέον έρευνα.

2.1. Περιοδοντική θεραπεία: Συντηρητική φάση ή μη χειρουργική θεραπεία

Έχοντας αντιληφθεί πληρέστερα τους πολύπλοκους μηχανισμούς που οδηγούν στην πρόκληση της περιοδοντικής νόσου, στην ενότητα αυτή θα διερευνήσουμε πόσο σημαντική, πόσο εύκολη ή δύσκολη και πόσο αποτελεσματική είναι η μη χειρουργική περιοδοντική θεραπεία, η πρώτη φάση δηλαδή της θεραπευτικής μας παρέμβασης.

Η συντηρητική θεραπεία, όπως συνηθιζόταν να λέγεται παλαιότερα, συνιστά την πλέον κρίσιμη αγωγή για τον έλεγχο των νοσημάτων του περιοδοντίου. Η γνώση για τη σημαντικότητα αυτής της θεραπευτικής φάσης δεν είναι πρόσφατη, μια και το ενδιαφέρον των κλινικών εστιάστηκε από τις αρχές της ιστορίας της Περιοδοντολογίας σε αυτήν.

Ήδη από το 1886 ο Black υποστήριξε ότι: «Το σπουδαιότερο μέτρο για τη θεραπεία της φλεγμονής των περιοδοντικών ιστών είναι η απομάκρυνση των εναποθέσεων από τα δόντια και στη συνέχεια η ενεργοποίηση των ασθενών με ενεργό συμμετοχή τους στην στοματική υγιεινή, ώστε να τα διατηρήσουν καθαρά στο μέλλον». Μόλις ένα χρόνο αργότερα, ο πατέρας της Περιοδοντολογίας Riggs (1887) τονίζει ότι... «όταν ένα δόντι έχει χαρακτηριστική εναπόθεση τρυγίας... απαιτείται να καθαριστεί αυτό καλά... και σε τρεις ημέρες θα επέλθει χαρακτηριστική βελτίωση...». Εφόσον λοιπόν η θετική άποψη για την σημαντικότητα αυτής της θεραπευτικής διαδικασίας δεν έχει μεταβληθεί εδώ και τουλάχιστον 120 χρόνια, ποιος είναι ο λόγος να επανερχόμαστε στα ίδια και να τα επεξεργαζόμαστε ξανά;

Έχω και στο παρελθόν διατυπώσει την άποψη - και δεν κομίζω γλαύκας ες Αθήνας- ότι η γνώση, για ένα συγκεκριμένο αντικείμενο, διέρχεται φάσεις όπου, από εμπειρική ή αδιευκρίνιστη, συσσωρεύεται, φθάνει σε ένα απόγειο, στη συνέχεια, όταν οι πληροφορίες δεν αθροίζονται πλέον καταιγιστικά, το ενδιαφέρον ατονεί για άλλοτε άλλο χρόνο, για να επανέλθει ίσως ξανά, όταν οι συνθήκες, οι νέες πληροφορίες, οι τεχνολογικές εξελίξεις το επιτρέψουν ή το επιβάλουν. Η πορεία της εξέλιξης της γνώσης δεν είναι ευθεία γραμμή ανερχόμενη συνεχώς ούτε όμως και καμπύλη. Εμπειρικά την παρομοιάζω σαν αυτήν τη διαδρομή που ακολουθείται στη σπείρα, που διευρυνόμενη συνεχώς επανέρχεται στα ίδια περίπου σημεία, αλλά με μεγαλύτερη έκταση, ακτίνα ή βάθος.

Παρά το παλινδρομικό και μεταβαλλόμενο ενδιαφέρον για τη συγκεκριμένη αγωγή που διαπραγματευόμαστε, το κομμάτι αυτό της θεραπευτικής του περιοδοντίου κατέχει σημαίνουσα

θέση σε όλα τα διδακτικά βιβλία και τα ειδικά περιοδικά. Ως παρέμβαση είναι «εκ των ων ουκ άνευ» και οφείλει να είναι κτήμα-εργαλείο και να εφαρμόζεται πάντα και παντού από όλους τους οδοντιάτρους. Περιλαμβάνει δυνητικά πολλές ειμέρους διαδικασίες, οι σπουδαιότερες από τις οποίες είναι η πληροφόρηση και ενεργοποίηση του ασθενούς σε αποτελεσματική εφαρμογή στοματικής υγιεινής και η απομάκρυνση των εναποθέσεων.

Σημαντικοί παράγοντες που επηρεάζουν την αποτελεσματικότητα της απομάκρυνσης των εναποθέσεων κατά τη συντηρητική θεραπεία είναι:

α) Ο χρόνος εργασίας ανά δόντι ή ανά τεταρτημόριο.
β) Η βαρύτητα της νόσου
γ) Το επίπεδο ικανότητας του θεραπευτή και τα εργαλεία που χρησιμοποιούνται.

α) Σε ό,τι αφορά το χρόνο που απαιτείται για την απομάκρυνση των εναποθέσεων από τη ριζική επιφάνεια, αυτός είτε είναι κυμαινόμενος είτε δεν αναφέρεται σαφώς στις διάφορες κλινικές μελέτες. Σε άλλες αναφέρονται χρόνοι 4-8 ωρών, κάτω από τοπική αναισθησία, και σε άλλες τουλάχιστον 10 λεπτά ανά δόντι.

β) Είναι ευνόητο ότι η βαρύτητα της νόσου και η ποσότητα των εναποθέσεων επηρεάζει τον χρόνο. Το πόσο καλά γίνεται η απομάκρυνση των εναποθέσεων από τη ριζική επιφάνεια εξαρτάται κατά πολύ και από το βάθος των θυλάκων. Οι πλέον έμπειροι θεραπευτές απέδωσαν περισσότερες επιφάνειες χωρίς τρυγία, σε μέτριους και σε βαθείς θυλάκους. Έδωσαν επίσης καλύτερα αποτελέσματα στους διχασμούς των ριζών από αυτά των λιγότερο έμπειρων γιατρών. Παρ' όλα αυτά, υπήρχαν πάλι τρυγία και εναποθέσεις στους διχασμούς.

Σχετικά με την τρυγία, αξιολογώντας το σύνολο των γνώσεών μας σήμερα, μπορούμε να υποστηρίξουμε ότι, καθώς είναι εναλαττωμένη πλάκα, αποτελεί προϊόν της παθολογίας των νόσων του περιοδοντίου και του σχηματισμού των θυλάκων. Ο βιοϋμένας που την καλύπτει δεν της επιτρέπει να έρχεται σε άμεση επαφή πάντα με τους ιστούς του περιοδοντίου. Το γεγονός όμως ότι φιλοξενεί μονίμως και πάντοτε παθογόνα μικρόβια την καθιστά δευτερογενή αιτιολογικό παράγοντα για την εμφάνιση και εξέλιξη της περιοδοντίτιδας. Η παρουσία της κάνει αδύνατη την πλήρη απομάκρυνση της οδοντικής πλάκας ή του βιοϋμένα, άρα η πλήρης απομάκρυνσή της κατά τις θεραπευτικές μας διαδικασίες καθίσταται απαραίτητη.

γ) Από πολλούς συγγραφείς έχει υποστηριχθεί ότι οι μεγάλες αποκλίσεις στα αποτελέσματα της θεραπείας μπορούν να αποδοθούν εν μέρει και στην εμπειρία του θεραπευτή. Το θέμα έχει συζητηθεί σε συναντήσεις ειδικών χωρίς να δοθούν περισσότερες λεπτομέρειες. Είναι λογικό να συμπεράνει κανείς ότι τα αποτελέσματα που επιτυγχάνει ένας ιδιαίτερα εξειδικευμένος θεραπευτής, με απεριόριστο χρόνο εφαρμογής, δεν μπορούν να είναι παρόμοια με εκείνα που έχουμε από έναν άπειρο θεραπευτή σε καθημερινή κλινική πράξη.

Αυτό σημαίνει ότι, εφόσον αξιολογηθεί η βαρύτητα της περίπτωσης, θα πρέπει ο επεμβαίνων να αξιολογήσει και τις δικές του δυνατότητες, ώστε να προσφέρει στην ασθενή του την πλέον αποδοτική θεραπεία.

Είναι γεγονός ότι η θεραπευτική αυτή προσέγγιση είναι δύσκολη και απαιτεί, εκτός από τη γνώση, μεγάλη επιμονή και υπομονή. Οι ιστοί στους οποίους παρεμβαίνουμε είναι ζωντανοί, αντιδρούν και μπορούν να μας «πουν» πολλά, αρκεί να μάθουμε να τους διαβάζουμε και να τους δίνουμε τον χρόνο, κάτω από ευεργετικές συνθήκες, να επουλωθούν.

2.2 Αξιολόγηση αποτελεσματικότητας

Αν και ιστορικά η μη χειρουργική αγωγή στην θεραπεία της Π.Ν. έχει εδραιωθεί, παραμένει σχετικά ασαφής η αξιολόγηση της αποτελεσματικότητάς της. Οι λόγοι που συμβαίνει αυτό ποικίλλουν και θα μπορούσαν να συνοψιστούν στο ότι είτε παραμένει πιθανώς ασαφές το «μέτρο» που θεωρούμε επιτυχές το αποτέλεσμα, είτε έχει τροποποιηθεί ο τρόπος που μετράμε είτε, τέλος, έχει τελείως αλλάξει ο τρόπος που βγάζουμε τα συμπεράσματά μας.

Στο παρελθόν η μοναδική δυνατότητα για την αξιολόγηση της αποτελεσματικότητας μιας θεραπευτικής αγωγής ήταν το βλέμμα του οδοντιάτρου που είχε παρέμβει και διέκρινε, μετά από άλλοτε άλλο χρόνο, βελτίωση στο περιοδόντιο του ασθενούς του. Αναφορές σαν αυτές είναι... ανθρώπινες, προσωποποιημένες, οικείες αλλά δεν κατατοπίζουν με ακρίβεια και δεν αντέχουν στην κριτική.

Κλινικές παράμετροι, που συμπεριλαμβάνουν δείκτες, όπως π.χ. πλάκας, αιμορραγικούς δείκτες, βάθος θυλάκου κλπ., είναι στοιχεία που βοηθούν στην αξιολόγηση της όποιας παρέμβασης. Ερωτηματικά που βασανίζουν ακόμη τους ερευνητές είναι αν οι μετρήσεις του αποτελέσματος θα αφορούν σε επιφάνειες δοντιών, σε αριθμό δοντιών ή σε ασθενείς, αν οι μέσοι όροι ή οι μέσες τιμές αποδίδουν την πραγματικότητα, κατά πόσο τα αριθμητικά ευρήματα αποδίδουν κλινικά μεγέθη.

Το 1984 ερευνητές από το Gothenburg της Σουηδίας, βασισμένοι στα ευρήματά τους, υποστήριξαν ότι η μηχανική απομάκρυνση των εναποθέσεων από τους περιοδοντικούς θυλάκους οδηγεί, στο πλήθος των περιπτώσεων, σε βελτίωση της υγείας των ούλων, στην αναστολή της εξέλιξης της περιοδοντικής νόσου και τοιουτοτρόπως στην μείωση του κινδύνου της απώλειας των δοντιών. Σήμερα, σχεδόν τριάντα χρόνια μετά, μπορούμε να υποστηρίξουμε τα ίδια;

Στο 4ο Ευρωπαϊκό Workshop, η Ευρωπαϊκή Ακαδημία Περιοδοντολογίας απεφάσισε να καλύψει θέματα περιοδοντολογικής πρακτικής με βάση τις αποκαλούμενες «συστηματικές ανασκοπήσεις». Την προσπάθεια αυτή ακολούθησαν και άλλοι ερευνητές με αποκορύφωμα την άκρως ενδιαφέρουσα έκδοση του περιοδικού Periodontology 2000, του 2004, που πραγματεύεται το θέμα «μη χειρουργική περιοδοντική θεραπεία» σε όλη του την έκταση, βασισμένο στις υπάρχουσες συστηματικές ανασκοπήσεις. Τα κύρια συμπεράσματα για την αποτε-

> **«... εφόσον αξιολογηθεί η βαρύτητα της περίπτωσης, θα πρέπει ο επεμβαίνων να αξιολογήσει και τις δικές του δυνατότητες, ώστε να προσφέρει στον ασθενή του την πλέον αποδοτική θεραπεία.»**

λεσματικότητα αυτής της θεραπείας, όπως διερευνώνται στις παραπάνω μελέτες μπορούν να συνοψιστούν στα εξής :

- Σε ασθενείς με χρόνια περιοδοντίτιδα ή υποουλική απομάκρυνση των εναποθέσεων, σε συνδυασμό με υπερουλικό έλεγχο της οδοντικής πλάκας, είναι αποτελεσματικό μέσον στη μείωση της φλεγμονής, στη μείωση του βάθους των θυλάκων και τη βελτίωση του επιπέδου κλινικής πρόσφυσης.
- Η μείωση της τιμής του βάθους των θυλάκων είναι τόσο μεγαλύτερη, όσο βαθύτερος ήταν ο θύλακος προ της θεραπείας.
- Μηχανική απομάκρυνση των εναποθέσεων πιθανόν να επιφέρει απώλεια κλινικής πρόσφυσης σε θυλάκους μικρότερους των 3 χιλ.
- Δεν υπάρχει ένδειξη ότι υπάρχει διαφορά στην αποτελεσματικότητα, όταν χρησιμοποιούνται εργαλεία χειρός, sonics ή ultrasonics, στα μονόρριζα δόντια. Η απομάκρυνση των εναποθέσεων μπορεί να ολοκληρωθεί σε μικρότερο χρόνο με ultrasonics/sonics.
- Για πολύρριζα δόντια, δεν υπάρχουν ενδείξεις για την αποτελεσματικότητα των μηχανοκίνητων εργαλείων.
- Έχουν προταθεί και ερευνηθεί υποβοηθητικές θεραπείες, αλλά έως σήμερα, δεν υπάρχει προσέγγιση που να μπορεί να υποκαταστήσει μόνη της την μηχανική - μη χειρουργική θεραπεία.
- Σχετικά με την αρνητική επίδραση του καπνίσματος στη μηχανική μη χειρουργική θεραπεία, η μόνη ξεκάθαρη διαφορά βρέθηκε στη μείωση του βάθους των θυλάκων που στον καπνιστή είναι μικρότερο.

2.3 Νέα πρωτόκολλα - νέες προσεγγίσεις

Εφόσον τα ευρήματα από τις κλινικές μελέτες και των περασμένων δεκαετιών υπέδειξαν σταθερά την αποτελεσματικότητα της μη χειρουργικής θεραπείας, πολλοί ερευνητές προσπάθησαν να μεγιστοποιήσουν τα θετικά σημεία, βελτιώνοντας τα εργαλεία ή και τα θεραπευτικά πρωτόκολλα που εφαρμόζονται στην προσέγγιση.

Ο κλασικός τρόπος στην εφαρμογή της μη χειρουργικής θεραπείας ήταν να παρεμβαίνουμε ανά τεταρτημόρια ή εκτημόρια. Κλινικές μελέτες έδειξαν ότι τα περιοδοντοπαθογόνα μικρόβια φιλοξενούνται εκτός των θυλάκων και σε άλλες πιθανές στοματικές «κρύπτες», όπως π.χ. στους βλεννογόνους, στη γλώσσα, στις αμυγδαλές κ.α. και από κει μπορούν να μεταναστεύσουν σε άλλη θέση. Ένας θύλακος δηλαδή, στον οποίο έχει γίνει συμβατική απομάκρυνση εναποθέσεων και το μικροβιακό του φορτίο έχει ελαττωθεί στο κατώτερο δυνατό επίπεδο, μπορεί να επαναποικιστεί άμεσα από βακτήρια άλλων θυλάκων ή άλλων περιοχών, με συνέπεια το θεραπευτικό αποτέλεσμα να μην επιτυγχάνεται στο επιθυμητό επίπεδο.

Τα παραπάνω ευρήματα ώθησαν τους κλινικούς να διερευνήσουν τις δυνατότητες μιας «συνολικής στοματικής απολύμανσης» ή «συνολικής καταστολής του στοματικού μικροβιακού φορτίου». Η παράλληλη χρήση αντισηπτικών κρίθηκε απαραίτητη στην προσέγγιση αυτή και τα ευρήματα από τις κλινικές μελέτες ιδιαίτερα ενθαρρυντικά.

Σε ορισμένους ασθενείς τα κλινικά τους αποτελέσματα μετά τη μηχανική μη χειρουργική θεραπεία του περιοδοντίου, δεν είναι ιδιαίτερα ικανοποιητικά, για ποικίλους λόγους. Σε τέτοιες περιπτώσεις κρίνεται σκόπιμη η χορήγηση αντιβιοτικών. Παραμένει στην αξιολόγηση και την κρίση του επεμβαίνοντος να αναγνωρίσει τους ασθενείς αυτούς και να επιλέξει το κατάλληλο αντιβιοτικό. Η πολυσύνθετη φύση του βιοϋμένα και οι ποικίλες και μεταβαλλόμενες ιδιότητές του κάνουν την επιλογή δύσκολη. Όπως αναφέρθηκε και προηγουμένως, τα βακτήρια που διαβιούν στον βιοϋμένα εμφανίζουν αντίσταση στους αντιμικροβιακούς παράγοντες με πολύπλοκους αμυντικούς μηχανισμούς, γι' αυτό απαιτείται απολύτως ο μηχανικός διαχωρισμός και η απομάκρυνση της οδοντικής πλάκας πριν από τη χορήγηση αντιμικροβιακών. Γεγονός πάντως παραμένει ότι μέχρι σήμερα κανένα αντιβιοτικό δεν είναι απόλυτα αποτελεσματικό στον έλεγχο της περιοδοντικής λοίμωξης.

Από τα χοντρά κοχλιάρια, που χρησιμοποιούνταν με το χέρι και ήθελαν συνέχεια ακόνισμα για να αποδώσουν, έως τα προτεινόμενα σήμερα, υπάρχει μεγάλη διαδρομή και βελτίωση σε όλα τα επίπεδα. Όλα τα εργαλεία χειρός τροποποιήθηκαν, λέπτυναν, βελτιώθηκε η ποιότητά τους και ανασχεδιάστηκαν. Έτσι είναι δυνατόν να ανταποκρίνονται σε συγκεκριμένες απαιτήσεις, όπως π.χ. εύκολη χρήση με μικρότερη προσπάθεια και μεγαλύτερη αποτελεσματικότητα στην απομάκρυνση οδοντικής πλάκας και τρυγίας, ιδίως από δυσπρόσιτες περιοχές, όπως στο διχασμό των ριζών και στις κοιλάνσεις στην ριζική επιφάνεια. Σημαντική διαφοροποίηση από το παρελθόν είναι και το γεγονός ότι δεν χρειάζεται πλέον να κάνουμε τις ηρωικές εκείνες αποξέσεις που απέδιδαν την ριζική επιφάνεια «σαν γυαλί».

Η εφαρμογή των συσκευών απομάκρυνσης εναποθέσεων, με υψηλές συχνότητες ήχου και υπερήχων, στην περιοδοντική συντηρητική θεραπεία, άνοιξε νέους δρόμους και έκανε τη διαδικασία συντομότερη, λιγότερο κοπιαστική για τον επεμβαίνοντα και λιγότερο επώδυνη για τον ασθενή. Σήμερα κυκλοφορούν αμέτρητοι τύποι εργαλείων σε διάφορα σχήματα, μεγέθη και με ποικίλες δυνατότητες.

Η πλέον επαναστατική εφαρμογή στην περιο-

δοντική θεραπεία τα τελευταία χρόνια είναι αυτή των Lasers που εισήχθησαν σαν βοηθητική ή εναλλακτική δυνατότητα στην μηχανική θεραπεία. Έχουν το πιθανό πλεονέκτημα της βακτηριοκτόνου δράσης, της αδρανοποίησης των τοξινών και της καταστροφής και απομάκρυνσης του κοκκιωματώδους ιστού, στοιχείων που είναι επιθυμητά -αλλά όχι απαιτητά- για τη θεραπεία των περιοδοντικών θυλάκων.

Ορισμένα Lasers έχουν την πιθανή δυνατότητα να απομακρύνουν αποτελεσματικά την οδοντική πλάκα αλλά επίσης και την τρυγία από την ριζική επιφάνεια, με ελάχιστη μηχανική πίεση. Επιπλέον δεν δημιουργείται στοιβάδα από υπολείμματα της απόξεσης στις υπό έλεγχο ριζικές επιφάνειες. Το Er: YAG laser δείχνει να είναι ένα χρήσιμο «εργαλείο» που υπόσχεται πολλά με την ασφαλή και αποτελεσματική απομάκρυνση και των εναποθέσεων και των ουλικών ιστών από την ριζική επιφάνεια. Επί πλέον άλλοι τύποι Lasers, όπως Wd: YAD diode και Er lasers έχουν την δυνατότητα και της απόξεσης των μαλακών ιστών και της «απολύμανσης» των περιοδοντικών θυλάκων.

Το laser διπλής συχνότητας έχει δώσει αρκετές προσδοκίες λόγω της αποτελεσματικότητάς του στην εκλεκτική απομάκρυνση. ολλά υποσχόμενο χαρακτηριστικό είναι η ικανότητα του διοδικού laser με φθορισμό να ανιχνεύει και να εντοπίζει την οδοντική τρυγία.

Η αποτελεσματικότητα και τα οφέλη από την εφαρμογή μιας «νέας» θεραπευτικής προσέγγισης πρέπει να αξιολογείται αυστηρά με βάση τα επιστημονικά ευρήματα και την κριτική τους αξιολόγηση στην υπάρχουσα πρόσφατη βιβλιογραφία. Αν και η χρήση των lasers για την υποουλική απόξεση (curettage) και την απομάκρυνση της τρυγίας, κατά τη θεραπεία των περιοδοντικών θυλάκων, συνεχώς αυξάνεται μεταξύ των οδοντιάτρων, οι επιστημονικές μελέτες που δίνουν θετικά κλινικά αποτελέσματα για τα lasers είναι ακόμη ανεπαρκείς.

Είναι ενδιαφέρον να παραθέσω αυτούσιο ένα κομμάτι από την επίσημη θέση της Αμερικανικής Ακαδημίας Περιοδοντολογίας για τη μη χειρουργική θεραπεία του περιοδοντίου. «Η φάση αυτή είναι η πρώτη κατά σειρά και η πλέον αναγκαία παρέμβαση στο πλήθος των περιοδοντικών λοιμώξεων, είναι δύσκολη στην τεχνική της και ιδιαίτερα χρονοβόρα, συνδυάζεται με φαρμακευτική υποστήριξη όταν κριθεί απαραίτητο, είναι εξ ίσου αποτελεσματική με εργαλεία χειρός και υπερήχους, είναι ουσιώδης (δεν μπορεί δηλαδή να μη γίνει), είναι αποτελεσματική στον έλεγχο της φλεγμονής, στη μείωση του βάθους των θυλάκων, στο κέρδος της πρόσφυσης στους περισσότερους ασθενείς και περιοχές με περιοδοντίτιδα ενηλίκων».

Επίλογος

Οι νέες εφαρμογές σε καθιερωμένες θεραπείες, οι νεωτεριστικές τεχνολογίες και τα ερευνητικά δεδομένα, που εξακολουθούν να συσσωρεύονται, γεννούν πλήθος νέων ερωτηματικών και τη δυνατότητα συγκρίσεων της μιας προσέγγισης με την άλλη, μαζί ή χωρίς τον τάδε παράγοντα, σε μονόρριζα ή πολύρριζα δόντια, σε καπνίζοντες ή μη καπνίζοντες κ.ά. Μοιάζει ατέλειωτη η αλληλουχία και άπειροι οι συνδυασμοί. Στα 120 και πλέον χρόνια που μεσολάβησαν από την ύπαρξη του Riggs, φαίνεται ότι μάθαμε πολλά, όχι όμως όλα. Αυτό το μικρό ή μεγαλύτερο κενό που παρουσιάζεται μεταξύ της επιστημονικής γνώσης, που διευρύνεται ανά τον κόσμο συνεχώς, και της καθημερινής πρακτικής, θεωρώ ότι «παρηγορείται» από αυτό που αποκαλείται «κλινική εμπειρία» του θεραπευτή.

Τι σημαίνει όμως η μαγική αυτή φράση που πολύ συχνά την επικαλούμαστε και η οποία με αυστηρά επιστημονικά κριτήρια δεν έχει καμία βαρύτητα; Σχολιάζοντας κάποτε στο παρελθόν ο καθηγητής Sture Nyman είχε δώσει έναν χαριτωμένο ειρωνικό ορισμό. «Κλινική εμπειρία», είχε υποστηρίξει, «είναι η ικανότητα που αποκτάς με τα χρόνια, εργαζόμενος σε συγκεκριμένο τομέα, να κάνεις το ίδιο λάθος με μεγαλύτερη αυτοπεποίθηση κάθε φορά».

Παρ' όλα αυτά, η κλινική μας εμπειρία, βάσιμη ή αμελητέα, είναι αυτή που μας καθοδηγεί στην πρώτη επαφή μας με τον περιοδοντικό ασθενή. Μας βοηθά να σχεδιάσουμε την θεραπεία του στα δικά του μέτρα, σύμφωνα με τους δικούς του ρυθμούς. Πιθανόν μας δίνει την δυνατότητα, γνωρίζοντάς τον στο χρονικό διάστημα που απαιτείται για την ολοκλήρωση της αρχικής φάσης, να τον βοηθήσουμε ουσιαστικά στην αλλαγή των στάσεων και των συνηθειών του, όπως π.χ. στο να είναι αποτελεσματικός στην προσωπική του στοματική υγιεινή, να είναι τακτικός στις επισκέψεις του στον Περιοδοντολόγο για έλεγχο, να διακόψει το κάπνισμα, κ.ά. Για τον υπεύθυνο λοιπόν και ενημερωμένο θεραπευτή οδοντίατρο, η «κλινική εμπειρία» δεν είναι μόνο «σύνολο λαθών με αυτοπεποίθηση», αλλά το μείγμα ή το αμάλγαμα της γνώσης του, που εμπλουτίζεται με την πείρα που αποκτά όταν την εφαρμόζει. Να κλείσω αυτήν την συγγραφή επαναλαμβάνοντας το ερώτημα του τίτλου «Περιοδοντολογία: Άλλαξε κάτι;». Ναι, άλλαξε. Οι γνώσεις πολλαπλασιάστηκαν, ο τρόπος με τον οποίο σκεπτόμαστε τη νόσο τροποποιήθηκε, η παρέμβασή μας είναι μηχανική, αλλά όχι μηχανιστική, πιο συντηρητική ίσως, άρα λιγότερο ακρωτηριαστική, καλύτερα αιτιολογημένη και πιο συνολική. Αυτό που δεν άλλαξε είναι ότι, εξασκώντας το Οδοντιατρικό επάγγελμα στην καθημερινή του πρακτική, εξασκούμε όλοι και πάντοτε Περιοδοντολογία, εφόσον το περιοδόντιο αποτελεί το θεμέλιο των όποιων εφαρμογών μας.

Η παραπάνω εργασία, βελτιωμένη με νέα στοιχεία και συμπυκνωμένη, έχει παρόμοιο περιεχόμενο με δημοσίευση της ίδιας συγγραφέως στα «Περιοδοντολογικά Ανάλεκτα», 2007.

CAVEX

Ολοκληρωμένη σειρά αποτυπωτικών υλικών

Cavex SiliconA

Σιλικόνη αθροιστικού τύπου για αποτύπωση στεφανών, γεφυρών, εμφυτευμάτων και λήψη λειτουργικού αποτυπώματος.
Υδροφιλικό υλικό, αναπαράγει με λεπτομέρεια τις υποουλικές περιοχές, δεν προσκολλάται στις επιφάνειες, μακράς διάρκειας σταθερότητα διαστάσεων (7 ημέρες), ιδανικό ιξώδες και θιξοτροπικό υλικό. Αποτελείται από:
Soft putty μαλακό στοκώδης σύστασης μοναδικής τεχνολογίας Snap Set (ενεργοποιείται με την θερμοκρασία του στόματος)
SiliconA heavy body υλικό μέτριας αστάθειας κατάλληλο για μονοφασική τεχνική αποτύπωσης
SiliconA injection χαμηλής ευστάθειας κατάλληλο για τεχνική sandwich

	ΧΡΩΜΑ	ΧΡΟΝΟΣ ΑΝΑΜΕΙΞΗΣ	ΧΡΟΝΟΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ	ΧΡΟΝΟΣ ΜΕΣΑ ΣΤΟ ΣΤΟΜΑ	ΣΥΝΟΛΙΚΟΣ ΧΡΟΝΟΣ
Cavex Putty	κίτρινο	0.45 min	1.15	3.30	5.30
Cavex Heavy Body	πρασίνο	Δεν χρειάζεται	2.00	3.30	5.30
Cavex Injection	μπλε	Δεν χρειάζεται	2.00	3.30	5.30

Cavex Stabisil
Σιλικόνη συμπύκνωσης για αποτύπωμα δύο φάσεων. Σταθερότητα διαστάσεων για 7 ημέρες, είναι θιξοτροπικό, ταχεία ενδοστοματική πήξη, χρησιμοποιώντας διαφορετική ποσότητα ενεργοποιητή προσαρμόζετε το χρόνο εργασίας ανάλογα με το περιστατικό.
Συσκευασία:
Cavex Putty 900 ml παχύρευστο
Cavex Wash 140 ml λεπτόρευστο
και Cavex Activator καταλύτης 10 ml.

Cavex Αλγινικό CA37-Cavex Impressional
Τα αλγινικά cavex διατίθενται σε 2 ποιότητες το CA37 που είναι πιο παχύρευστο και το Cavex Impressional με το μπλε χρώμα και τη κρεμμώδη σύσταση "pudding" που προσφέρει εξαιρετική απόδοση λεπτομερειών.

Cavex Alginate Mixer
Η τέλεια ανάμιξη του αλγινικού με το πάτημα ενός διακόπτη
- Ικανό-λειο και ομοιογενές μείγμα σε 8 sec
- Δεν εγκλωβίζει φυσαλίδες αέρα
- Ομοιόμορφη σύσταση μείγματος

Cavex Outline
Μη ευγενολούχα, μη ελαστική πάστα αποτύπωσης για νωδή γνάθο. Εξασφαλίζει τη λεπτομερή αποτύπωση των μαλακών ιστών.
Ταχεία ενδοστοματική πήξη (3 λεπτά), άθραυστο, δεν κολλά, δεν αφήνει υπολείμματα στη στοματική κοιλότητα.
Συσκευασία:
Σωληνάριο 140 gr (λευκή πάστα)
Σωληνάριο 60 gr (μπλε πάστα)

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

Κεφαλογενετική και Στοματοπροσωπική Γενετική

Χρήστος Γιαπιτζάκης
Δρ Κλινικός Γενετιστής, Οδοντίατρος-Βιολόγος,
Διευθυντής Κέντρου Γενετικής «Κεφαλογενετική»,
Ερευνητής Ιατρικής Σχολής Πανεπιστημίου Αθηνών
Email: cyapijakis_ua_gr@yahoo.com

Οι γενετικές πληροφορίες που εμπεριέχονται στο DNA ενός ανθρώπου παίζουν καθοριστικό και σχεδόν ντετερμινιστικό ρόλο στην ανάπτυξη των φυσιολογικών κρανιοπροσωπικών δομών. Αυτό γίνεται εμφανές όταν παρατηρηθούν μονοζυγωτικοί δίδυμοι, οι οποίοι κατά κανόνα είναι φαινοτυπικά πανομοιότυποι. Όμως, η υλοποίηση του γενετικού προγραμματισμού έχει μεγάλο βαθμό ευαισθησίας και εξαρτάται από πολλούς συντελεστές, όπως είναι οι κληρονομικές μεταλλαγές ή οι πολυμορφισμοί ορισμένων γονιδίων, οι τυχαίες ποσοτικές διακυμάνσεις των πρωτεϊνικών προϊόντων τους ή η επίδραση περιβαλλοντικών παραγόντων με τερατογόνους ιδιότητες.

Η ανάπτυξη των πολύπλοκων δομών της κεφαλής από τα αρχέγονα αδιαφοροποίητα κύτταρα καθορίζεται από ένα μεγάλο φάσμα πρωτεϊνικών παραγόντων. Τα γονίδια που κωδικοποιούν αυτούς τους πρωτεϊνικούς παράγοντες εκφράζονται με αυστηρά καθορισμένη χρονική σειρά στην περιοχή που αναπτύσσει την κεφαλική δομή. Όταν τροποποιηθεί σημαντικά η δομή ή η έκφραση ενός ή περισσοτέρων από αυτά τα γονίδια, τότε προκύπτει ένα δυσπλαστικό σύνδρομο.

1. Γονίδια που ρυθμίζουν την ανάπτυξη της Κεφαλής

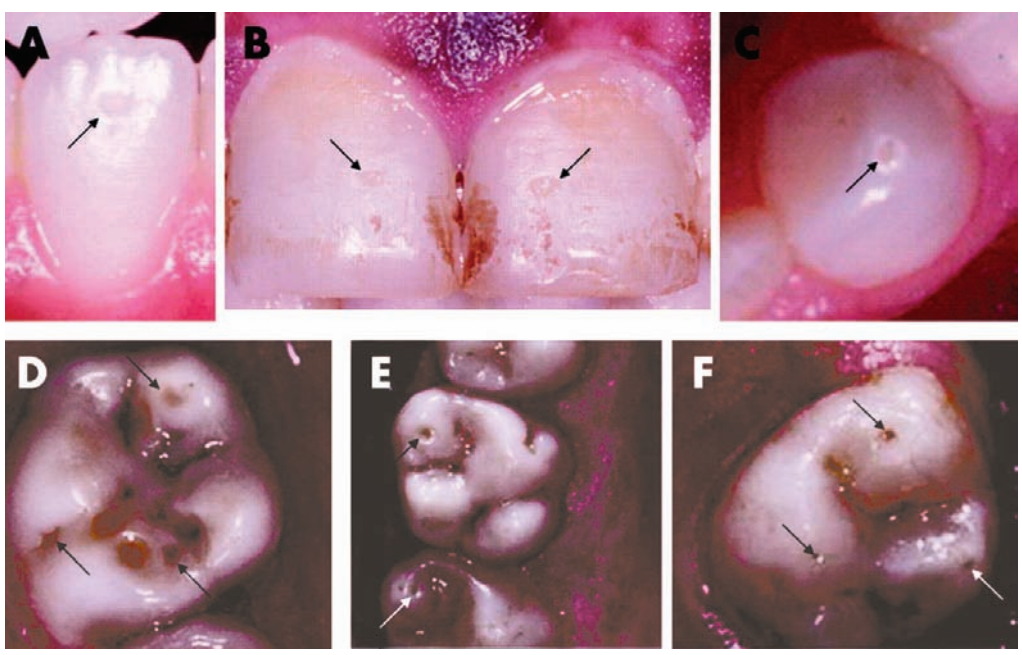
Πολυετείς γενετικές μελέτες έχουν αναδείξει ένα φάσμα γονιδίων που διαδραματίζουν σημαντικό ρόλο στη φυσιολογική ανάπτυξη της κεφαλής. Οι μελέτες αυτές περιλαμβάνουν κλινικοεργαστηριακές έρευνες ανθρώπινων συνδρόμων, πειραματικά μοντέλα μεταλλαγμένων ποντικών και έρευνες γενετικής συσχέτισης και γονιδιακής έκφρασης.

Οι πρωτεΐνες που κωδικοποιούνται από τα γονίδια, που είναι σημαντικά για την ανάπτυξη των δομών της κεφαλής, περιλαμβάνουν μεταγραφικούς παράγοντες (MSX-1/2, LHX-6/7/8, PAX-3, PAX-9, GSC, AP-2, TTF-2 κ.ά.), αυξητικούς παράγοντες (FGF-1/2, TGF-A/B, PDGF-A/B, EGF κ.ά.), υποδοχείς αυξητικών παραγόντων (FGFR-1/2/3, PDGFR-A/B, EGFR κ.ά.), πεπτίδια-μηνύτορες (ET-1, JAG-1/2, TSP-1/2, GABA κ.ά.), καθώς και εξωκυττάριες πρωτεΐνες του συνδετικού ιστού (COL-1A2/11A2, ιντεγκρίνη αV, φιμπριλλίνη κ.ά.).

Όταν τα γονίδια που διαδραματίζουν σημαντικό ρόλο στη φυσιολογική ανάπτυξη των δομών της κεφαλής του ανθρώπου επηρεάζονται από μεταλλαγές ή χρωμοσωματικές ανωμαλίες, εμφανίζονται διάφορα δυσμορφικά ή δυσπλαστικά σύνδρομα. Για πολλές στοματοπροσωπικές δομές είναι ήδη γνωστά τα σημαντικότερα γονίδια, η έκφραση των οποίων συμβάλλει στην ανάπτυξη και τον φυσιολογικό σχηματισμό των υποκείμενων ιστών.

Για παράδειγμα, λίγο πριν από την έναρξη της κρυσταλλοποίησης της οδοντίνης, οι αδαμαντοβλάστες αρχίζουν να εκκρίνουν αδαμαντινογενίνη, αδαμαντινοβλαστίνη και αδαμαντινίνη, που αποτελούν τις δομικές πρωτεΐνες της αδαμαντίνης κατά 80-90%, 5-10% και 1-5% αντίστοιχα. Αυτές οι πρωτεΐνες εκκρίνονται στο όριο της κρυσταλλοποίησης, δημιουργώντας συσσωματώματα, από τα οποία εξαρτάται η αύξηση του μήκους των κρυστάλλων. Επιπλέον, το ένζυμο αδαμαντινολυσίνη τέμνει τις δομικές πρωτεΐνες της αδαμαντίνης σε μια σειρά τμημάτων που συσσωρεύονται κατά την επιμήκυνση των κρυστάλλων, ενώ το ένζυμο καλλικρεΐνη αποδιατάσσει τη θεμέλια ουσία της αδαμαντίνης διευκολύνοντας την επαναπορρόφησή της από τους αδαμαντινοβλάστες.

Η γνώση αυτή μπορεί να χρησιμοποιηθεί στην αισθητική οδοντιατρική αποκατάσταση ασθενών με ατελή αδαμαντινογένεση, εφόσον η νόσος τους οφείλεται σε μεταλλαγές στα γονίδια της αδαμαντινοβλαστίνης και αδαμαντινίνης (Εικόνα 1). Τότε μπορεί να γίνει αδροποίηση αδαμαντίνης και πρόσδεση ρητίνης. Αντίθετα, στους ασθενείς με ατελή αδαμαντινογένεση, που οφείλεται σε μεταλλαγές στο γονίδιο της καλλικρεΐνης, αυτή η μέθοδος αισθητικής αποκατάστασης δεν είναι εφικτή.



Εικ. 1. Κλινική εικόνα υποπλαστικής ατελούς αδαμαντινογένεσης, που χαρακτηρίζεται από αυτοσωματική υπολειπόμενη κληρονομικότητα και προκαλείται από μεταλλαγές στο γονίδιο της αδαμαντινίνης (χρωμοσωματική θέση 4q21). Διακρίνονται κατά τόπους τα σημεία υποπλαστικής αδαμαντίνης των δοντιών.

Εικ. 2. Ασθενείς με σύνδρομα κρανιοσυνοστεώσεων, που οφείλονται σε μεταλλαγές στο γονίδιο FGFR2, που κωδικοποιεί τον υποδοχέα 2 του αυξητικού παράγοντα ινοβλαστών: A) ασθενής 11 ετών με σύνδρομο Crouzon, B) ασθενής 8 μηνών με σύνδρομο Pfeiffer, C) ασθενής με «άγνωστο σύνδρομο κρανιοσυνοστέωσης» σε ηλικία 11 μηνών (αριστερά) και 3 ετών (δεξιά).

2. Δυσπλαστικά Σύνδρομα της Κεφαλής

Τα δυσμορφικά ή δυσπλαστικά σύνδρομα της κεφαλής αποτελούν ένα ευρύ φάσμα κλινικών οντοτήτων, από ήπιες καταστάσεις με αισθητικές μόνο επιπτώσεις έως βαριές λειτουργικές ανωμαλίες. Τα σημαντικότερα δυσπλαστικά σύνδρομα κατά σειρά αυξανόμενης συχνότητας είναι τα εξής:

α) ***Στοματοπροσωπικές Αλληλουχίες:*** Αποτελούν παραμορφωτικές ανωμαλίες κατά την εμβρυϊκή ανάπτυξη της κεφαλής, που οφείλονται σε ενδογενή, μηχανικά και λειτουργικά αίτια. Οι βαρύτερες παραμορφώσεις οδηγούν σε αποβολή του εμβρύου. Μια από τις συχνότερες αλληλουχίες (1/8.000 γεννήσεις) είναι η αλληλουχία Robin, που αποτελεί συνδυασμό μικρογναθίας, γλωσσόπτωσης και υπερωιοσχιστίας. Η αλληλουχία Robin μπορεί να αποτελεί μέρος των εκδηλώσεων ενός κληρονομικού συνδρόμου (της συγγενούς μυοτονικής δυστροφίας, της γναθοπροσωπικής δυσόστωσης, της διαστροφικής δυσπλασίας, του συνδρόμου Beckwith-Wiedemann κ.λπ.), μιας χρωμοσωματικής ανωμαλίας (των συνδρόμων με έλλειψη γενετικού υλικού del(4q) del(6q), del(11q) κ.λπ.), ενός συνδρόμου περιβαλλοντικού παράγοντα (του εμβρυϊκού συνδρόμου αλκοόλης, του εμβρυϊκού συνδρόμου υδαντοΐνης κ.λπ.) ή να είναι άγνωστης αιτιολογίας.

β) ***Κρανιοσυνοστεώσεις:*** Αποτελούν κλινικές οντότητες που οφείλονται σε πρώιμη σύντηξη των οστών του κρανίου σε μία ή περισσότερες ραφές, οπότε προκαλείται κρανιοστένωση (Εικόνα 2). Στις κρανιοσυνοστεώσεις συμπεριλαμβάνονται για πρακτικούς λόγους και ορισμένα σύνδρομα προσωποστένωσης, όπως η ολοπροσεγκεφαλία. Η συχνότητα όλων των περιπτώσεων κρανιοσυνοστέωσης σε ευρωπαϊκούς πληθυσμούς υπολογίζεται περίπου σε 0,4/1.000 γεννήσεις, αλλά είναι πολύ πιθανό πολλαπλάσια περιστατικά να καταλήγουν σε εμβρυϊκό θάνατο και αποβολή. Για παράδειγμα, η συχνότητα της ολοπροσεγκεφαλίας είναι 0,1/1.000 γεννήσεις, αλλά 4/1.000 αποβολές εμβρύων. Η αιτιολογία είναι πολυπαραγοντική και περιλαμβάνει γενετικούς παράγοντες (μεταλλαγμένα γονίδια και χρωμοσωματικές ανωμαλίες), περιβαλλοντικούς τερατογόνους παράγοντες, αλλά και μεταβολικά νοσήματα, όπως ο υπερθυρεοειδισμός και η ραχίτιδα. Το 60% περίπου των κρανιοσυνοστεώσεων αφορούν τις οβελιαίες ραφές, το 25% τις στεφανιαίες ραφές και το υπόλοιπο 15% τις μετωπιαίες.

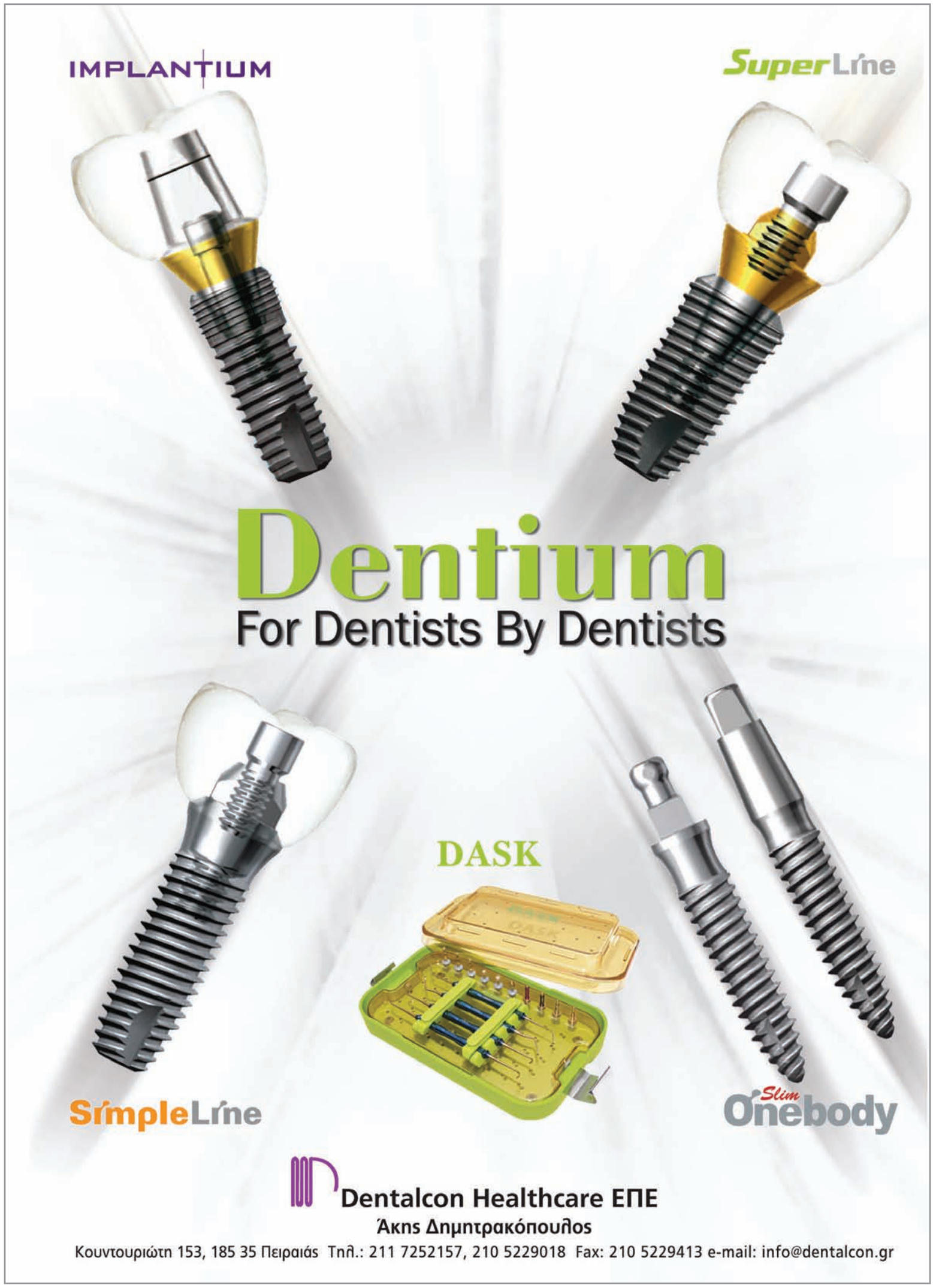
γ) ***Στοματοπροσωπικές Σχιστίες:*** Αποτελούν μείζονες συγγενείς δομικές ανωμαλίες του χείλους ή/και της υπερώας και χαρακτηρίζονται από πολυπαραγοντική αιτιολογία, καθώς οφείλονται σε γενετικούς και σε περιβαλλοντικούς παράγοντες (Εικόνα 3). Στους Ευρωπαϊκούς πληθυσμούς η συχνότητα των σχιστιών μόνο χείλους ή/και υπερώας υπολογίζεται περίπου σε 1/1.000 γεννήσεις, ενώ εκείνη των υπερωιοσχιστιών μόνο περίπου σε 0,4/1.000 γεννήσεις. Οι σύνθετες σχιστίες χείλους και υπερώας αποτελούν το 50% του συνόλου. Περίπου το ένα τρίτο των σχιστιών χείλους ή/και της υπερώας είναι μέρος ενός φάσματος στοματοπροσωπικών συνδρόμων, πολλά από τα οποία περιλαμβάνουν και ψυχοκινητική υστέρηση. Τα σύνδρομα αυτά

Εικ. 3. *Σχιστίες A) χείλους, B) και C) χείλους και υπερώας, D) υπερώας.*

μπορούν να υποδιαιρεθούν, ανάλογα με την αιτιολογία τους, σε σύνδρομα με χρωμοσωματικές ανωμαλίες, σε >250 διαφορετικά κληρονομικά σύνδρομα, σε σύνδρομα με τερατογόνα αίτια και σε σύνδρομα με άγνωστα προς το παρόν αίτια.

δ) ***Συνδρομικές δυσμορφίες:*** Αφορούν ένα μεγάλο φάσμα εκατοντάδων συνδρόμων με εκδηλώσεις στην κεφαλή, που οφείλονται κυρίως σε γενετικούς αλλά και τερατογόνους παράγοντες. Η συνολική συχνότητά τους αφορά περίπου 1/120 γεννήσεις. Περιλαμβάνουν μεταβολικά σύνδρομα, νευρολογικά σύνδρομα, τύπους ατελούς οστεογένεσης (συμπεριλαμβανομένης της ατελούς οδοντινογένεσης), χονδροδυσπλασίες και χονδροδυστροφίες, κρανιοσκελετικές δυσπλασίες, σύνδρομα υπολειπόμενης ή υπερβολικής ανάπτυξης, αμαρτονεοπλαστικά σύνδρομα, σύνδρομα δέρματος και στοματικού βλεννογόνου, διάφορους τύπους εξωδερμικής δυσπλασίας (Εικόνα 4), σύνδρομα δυσπλασιών του φαρυγγικού τόξου, σύνδρομα της μέσης γραμμής κ.λπ.

ε) ***Ενδοστοματικά Σύνδρομα:*** Αποτελούν κλινικές οντότητες που εμφανίζουν ως κύρια χαρακτηριστικά τους ορισμένες δυσπλαστικές εκδηλώσεις από τα δόντια ή το περιοδόντιο. Τα οδοντικά σύνδρομα περιλαμβάνουν ανοδοντίες, υποδοντίες, ολιγοδοντίες (Εικόνα 4), υπεραριθμίες οδόντων, τύπους ατελούς αδαμαντινογένεσης, μικροδοντίες, ταυροδοντίες, αγκυλώσεις οδόντων κ.λπ. Ειδικότερα η μη συνδρομική συγγενής έλλειψη ενός ή περισσοτέρων δοντιών αποτελεί ιδιαίτερα συχνό φαινόμενο και αφορά περίπου το 1/5 των ανθρώπων.Τα περιοδοντικά σύνδρομα περιλαμβάνουν διάφορους τύπους ινωμάτωσης

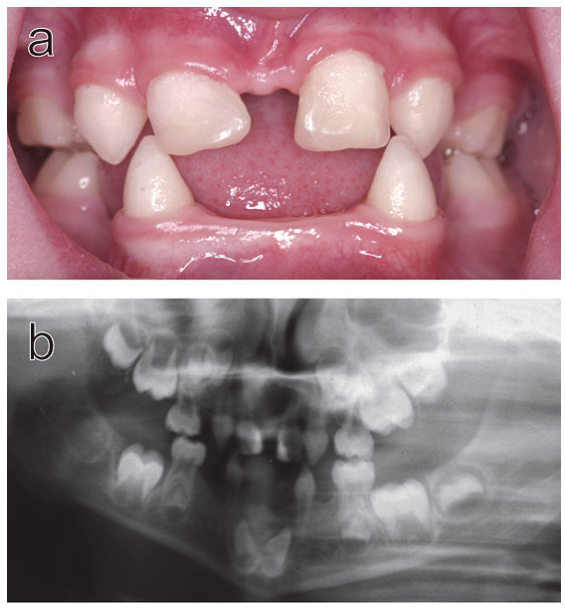


ούλων, το σύνδρομο Papillon-Lefèvre (παιδική περιοδοντοκλασία και παλαμοπελματική υπερκεράτωση) κ.λπ.

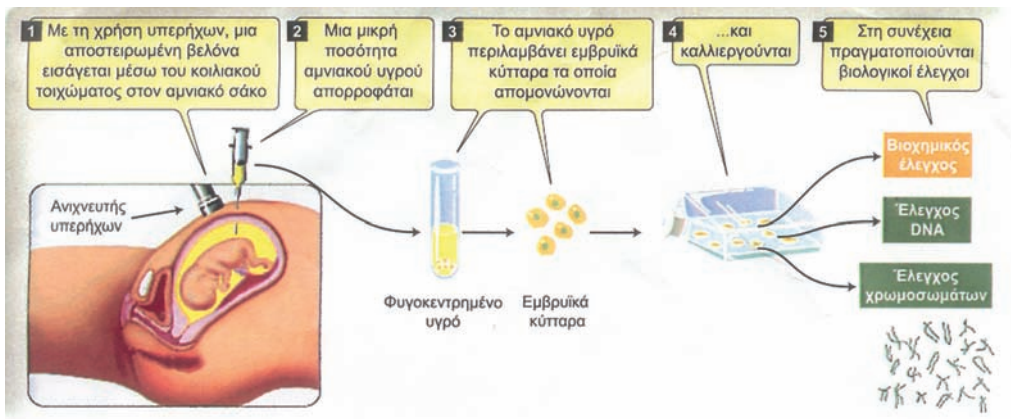
3. Συμβολή της Γενετικής στην αντιμετώπιση των Συνδρόμων της Κεφαλής

Η ορθή αντιμετώπιση των συνδρόμων της κεφαλής περιλαμβάνει την κλινική διάγνωση, τη θεραπευτική προσέγγιση και την πρόγνωση της πορείας κάθε ασθενούς, καθώς και την πρόληψη νέων περιστατικών στην οικογένειά του. Η θεραπευτική αντιμετώπιση αποτελεί αντικείμενο μιας ευρύτερης ομάδας ειδικών, που συνήθως περιλαμβάνει κλινικό γενετιστή, παιδίατρο και παιδοδοντίατρο για παιδιά ή αντίστοιχα παθολόγο και οδοντίατρο για ενήλικες, γναθοπροσωπικό χειρουργό, πλαστικό χειρουργό, νευροχειρουργό, ορθοδοντικό, λογοθεραπευτή και ψυχολόγο.

Ειδικότερα, η συμβολή του κλινικού γενετιστή-οδοντιάτρου είναι καθοριστική σε δύο κυρίως επίπεδα: α) στην ακριβή κλινική διάγνωση των στοματοπροσωπικών και κρανιοπροσωπικών συνδρόμων και β) στην πρόληψη νέων περιστατικών στην οικογένεια του ασθενούς μέσω της γενετικής συμβουλευτικής. Για το λόγο αυτό, ο γενετιστής αποτελεί σημαντικό μέλος μιας ομάδας ειδικών που αντιμετωπίζουν περιστατικά στοματοπροσωπικών συνδρόμων.



Εικόνα 4.
Κλινική εικόνα εξωδερμικής δυσπλασίας αυτοσωματικού επικρατητικού υποϊδρωτικού τύπου σε ασθενή 5 ετών. Α) Τα δόντια εμφανίζουν οπαλίζουσα και γκριζωπή απόχρωση. Οι άνω τομείς στην πραγματικότητα είναι κωνικοί σαν τους κάτω τομείς (χαρακτηριστικό του συνδρόμου), αλλά έχουν ανασυσταθεί με σύνθετη ρητίνη για αισθητικούς λόγους. Β) Πανοραμική ακτινογραφία που δείχνει ότι λείπουν 10 νεογιλά και 11 μόνιμα δόντια (η ολιγοδοντία είναι χαρακτηριστικό του συνδρόμου).



Εικ. 5. Προγεννητικός έλεγχος για κάποιο γενετικό σύνδρομο ή για κάποια κληρονομική νόσο. Η λήψη του αμνιακού υγρού που περιέχει εμβρυϊκά κύτταρα γίνεται διακοιλιακά, χωρίς να πειραχθεί το έμβρυο. Τα εμβρυϊκά κύτταρα καλλιεργούνται και στη συνέχεια γίνεται μοριακός έλεγχος (ανάλυση DNA), κυτταρογενετικός έλεγχος (ανάλυση καρυοτύπου) ή βιοχημικός έλεγχος (ποσότητα και ενεργότητα πρωτεϊνών).

3.1. Κλινική διάγνωση των Συνδρόμων της Κεφαλής

Λόγω της μεγάλης ετερογένειας των στοματοπροσωπικών και κρανιοπροσωπικών συνδρόμων, η ακριβής κλινική διάγνωση αποτελεί πρωταρχική προτεραιότητα για κάθε περιστατικό. Ο κλινικός γενετιστής-οδοντίατρος μπορεί να συμβάλει καθοριστικά στην ακριβή διάγνωση, έχοντας ως εφόδια την ειδική εκπαίδευση και την εμπειρία του. Για τη διάγνωση συνεκτιμώνται τα δεδομένα της αντικειμενικής κλινικής εξέτασης, του ατομικού ιστορικού, του λεπτομερούς οικογενειακού ιστορικού και συγκεκριμένων εργαστηριακών εξετάσεων (γενετικών, βιοχημικών, ακτινολογικών κ.λπ.).

Η ακριβής διάγνωση αφενός προσφέρει τη δυνατότητα της ακριβέστερης πρόγνωσης αξιοποιώντας τη διεθνή βιβλιογραφική εμπειρία από αντίστοιχα περιστατικά και αφετέρου επιτρέπει τον βέλτιστο σχεδιασμό της θεραπευτικής αντιμετώπισης από την ομάδα των ειδικών για την επίτευξη του καλύτερου δυνατού αποτελέσματος. Επιπλέον, η ακριβής διάγνωση προσφέρει τις βάσεις για την παροχή γενετικής συμβουλής προς την ενδιαφερόμενη οικογένεια με στόχο την πρόληψη νέων περιστατικών.

3.2. Γενετική συμβουλευτική

Τα περισσότερα στοματοπροσωπικά σύνδρομα αποτελούν σημαντικό ψυχολογικό φορτίο για τον ασθενή και τους συγγενείς του. Συνήθως οι γονείς παιδιών με βαριά σύνδρομα αγωνιούν

Αισθητική οδοντιατρική

Esthetic Dentistry
An Atlas of Composite Applications
Engin Taviloglu

Επιστημονική επιμέλεια-Μετάφραση
Παύλος Γαρέφης
Ομότιμος Καθηγητής ΑΠΘ

Τιμή 120€

Εξηγείστε στον ασθενή σας το θεραπευτικό σχέδιο... Κερδίστε την εμπιστοσύνη του!

Άτλαντας αισθητικών αποκαταστάσεων σύνθετης ρητίνης

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.

ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΙΚΟ ΒΗΜΑ
Σκουφά 64 106 80 Αθήνα Τηλ. 210 3814 939 e-mail: odvima@otenet.gr

για τον πιθανό κίνδυνο επανεμφάνισης αντίστοιχου περιστατικού σε επόμενη κύηση. Κατά τη διάρκεια της πρώτης συνεδρίας γενετικής συμβουλευτικής, ο κλινικός γενετιστής αφενός παρέχει ψυχολογική υποστήριξη στον ασθενή και στους συγγενείς του και αφετέρου συλλέγει πληροφορίες για το οικογενειακό ιστορικό και το σχεδιασμό ενός πλήρους γενεαλογικού δένδρου. Αυτή η διαδικασία γίνεται στο πλαίσιο φιλικής συζήτησης, με σεβασμό των ευαίσθητων προσωπικών δεδομένων και ταυτόχρονη εκτίμηση της ψυχολογικής κατάστασης των μελών της οικογένειας.

Σε επόμενη συνεδρία γενετικής συμβουλευτικής, αφού έχει τεθεί η ακριβής διάγνωση του υποκείμενου συνδρόμου και έχει εντοπιστεί το αίτιο, ο κλινικός γενετιστής ενημερώνει τους γονείς με κατανοητό τρόπο για την παρούσα κατάσταση και τις θεραπευτικές δυνατότητες. Συνήθως η γνώση αυτή λυτρώνει τους γονείς από το άγχος του αγνώστου και τις ανυπόστατες ενοχές, και εξασφαλίζει την καλή συνεργασία τους κατά τη θεραπευτική αντιμετώπιση του προβλήματος του παιδιού τους από την ομάδα των ειδικών.

3.3. Υπολογισμός του κινδύνου επανεμφάνισης και Πρόληψη

Κατά τη διάρκεια της γενετικής συμβουλευτικής, οι γονείς ενημερώνονται για την πιθανότητα επανεμφάνισης παρόμοιων περιστατικών και τη δυνατότητα πρόληψης με προγεννητικό έλεγχο. Ο κίνδυνος επανεμφάνισης ενός στοματοπροσωπικού συνδρόμου σε μια οικογένεια είναι διαφορετικός ανά περίπτωση:

α) Όταν το αίτιο εμφάνισης του συνδρόμου είναι κάποιος περιβαλλοντικός παράγοντας (π.χ. ένα αντιεπιληπτικό φάρμακο που λαμβάνεται από μια έγκυο), συνιστάται η αποφυγή λήψης του σε επόμενη κύηση, ώστε ο κίνδυνος επανεμφάνισης να μηδενιστεί.

β) Όταν το σύνδρομο οφείλεται σε χρωμοσωματική ανωμαλία, πραγματοποιείται ανάλυση καρυοτύπου των γονέων, ώστε να ελεγχθεί η πιθανότητα κάποιος από τους δύο να είναι υγιής φορέας μιας ισορροπημένης ανακατάταξης. Εφόσον και οι δύο γονείς έχουν φυσιολογικό καρυότυπο, τότε ο κίνδυνος επανεμφάνισης είναι πρακτικά μηδενικός. Εάν ο ένας γονέας είναι φορέας μιας ισορροπημένης χρωμοσωματικής ανωμαλίας, τότε ο κίνδυνος επανεμφάνισης του συνδρόμου είναι 50% σε κάθε επόμενη κύηση. Στην περίπτωση αυτή συνιστάται προγεννητικός έλεγχος καρυοτύπου (Εικόνα 5).

γ) Όταν πρόκειται για κάποιο κληρονομικό σύνδρομο, τότε ο κίνδυνος επανεμφάνισης κυμαίνεται από 25 έως 50%, κατά αντιστοιχία με τον υπολειπόμενο ή τον επικρατητικό τύπο κληρονομικότητας του συνδρόμου. Εφόσον είναι γνωστή η θέση και η αλληλουχία βάσεων DNA του υπεύθυνου γονιδίου, μπορεί να γίνει μοριακός προγεννητικός έλεγχος (Εικόνα 5) με ανίχνευση της υπεύθυνης μεταλλαγής (άμεσος τρόπος). Εφόσον η θέση της μεταλλαγής δεν είναι γνωστή, μπορεί να γίνει μοριακός προγεννητικός έλεγχος (Εικόνα 5) με διερεύνηση ενδογονιδιακών πολυμορφικών δεικτών του DNA, που συγκληρονομούνται με το σύνδρομο στη συγκεκριμένη οικογένεια (έμμεσος τρόπος).

δ) Όταν το αίτιο του συνδρόμου παραμένει άγνωστο, η καλύτερη προσέγγιση του κινδύνου επανεμφάνισης γίνεται σύμφωνα με το μοντέλο της πολυπαραγοντικής κληρονομικότητας χρησιμοποιώντας επιδημιολογικά δεδομένα από τη διεθνή βιβλιογραφία. Για παράδειγμα, ο κίνδυνος εμφάνισης σχιστίας χείλους ή υπερώας σε ένα νεογέννητο εξαρτάται από το βαθμό συγγένειας με ένα άτομο με σχιστία άγνωστης αιτιολογίας. Ο κίνδυνος κυμαίνεται από 0,3% για πρώτο εξάδελφο, σε 4,1% για έναν αδελφό και έως 10% για δύο αδέλφια με σχιστία. Όταν ο κίνδυνος επανεμφάνισης είναι αυξημένος, συνιστάται ο προληπτικός υπερηχογραφικός έλεγχος σε τακτά χρονικά διαστήματα κατά τη διάρκεια της κύησης.

Θα πρέπει να υπογραμμιστεί ότι ο ρόλος του κλινικού γενετιστή είναι απλώς συμβουλευτικός και ότι η τελική απόφαση για την πραγματοποίηση προγεννητικού ελέγχου ανήκει αποκλειστικά στους γονείς. Υπολογίζεται ότι με το συνδυασμό της ακριβούς κλινικής διάγνωσης και της γενετικής συμβουλευτικής είναι εφικτή η πρόληψη επανεμφάνισης περισσοτέρων από 75% των στοματοπροσωπικών συνδρόμων με βαριά κλινική εικόνα.

Βιβλιογραφία

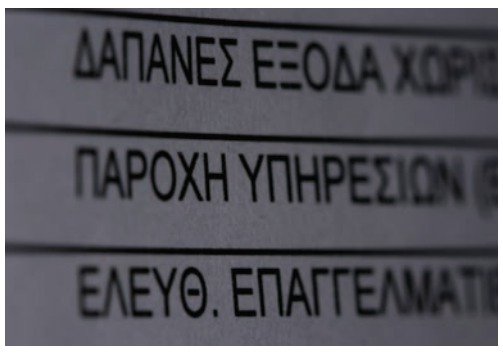
Γιαπιτζάκης Χ. Γενετικοί Μηχανισμοί Ανάπτυξης του Προσώπου (Κεφάλαιο 1 στο βιβλίο «Αισθητική Οδοντιατρική» των Δουβίτσα Γ.Π. και Παξιμαδά-Τσακανίκου Χ.), Ιατρικές Εκδόσεις Ζήτα, Αθήνα 2011. Το παρόν άρθρο και οι φωτογραφίες του είναι απόσπασμα από το Κεφάλαιο 1 του βιβλίου με την ευγενική άδεια των συγγραφέων.

Γιαπιτζάκης Χ. Γενετική των Στοματοπροσωπικών Σχιστιών: Από τα Γονίδια στον Ασθενή (Κεφάλαιο 7 στο βιβλίο «Γναθοπροσωπική Χειρουργική: Τραύμα - Κρανιοπροσωπικές Δυσπλασίες» των Βαϊρακτάρη Ε.Γ., Schwenzer N., Neukam F.W.), Ιατρικές Εκδόσεις Π.Χ. Πασχαλίδης, Αθήνα 2005.

Στόχοι και προϋποθέσεις οδοντιατρικής φωτογραφίας

Του Δημήτρη Καπαγιαννίδη

Εισαγωγή. Η δεύτερη προϋπόθεση μιας αποδεκτής οδοντιατρικής φωτογραφίας είναι η απόδοση του σωστού βάθους της λήψης της εικόνας του στόματος. Το πρόβλημα του σωστού βάθους πεδίου ενσκήπτει κατά βάση στην φωτογράφιση κοντινών αντικειμένων, όπως και στην στοματική κοιλότητα. Το σωστό βάθος πεδίου της λήψης αποδίδεται από τον φακό, αφορά την καθαρή καταγραφή των λεπτομερειών του αντικειμένου και βρίσκεται επάνω στον οπτικό άξονα φακού-αντικειμένου. Ενώ το ανθρώπινο μάτι καταγράφει ταυτόχρονα και καθαρά τα



Εικόνα 1. *Το μικρό βάθος πεδίου της λήψης επιτρέπει καταγραφή λεπτομερειών μόνο σε μια μικρή απόσταση στο κέντρο της εικόνας, ενώ εκτός του βάθους πεδίου η καταγραφή είναι θολή.*

αντικείμενα που βρίσκονται σε διαφορετικές αποστάσεις γύρω μας, ο φωτογραφικός φακός καταγράφει καθαρά το αντικείμενο μόνο όταν βρίσκεται σε ένα συγκεκριμένο εύρος απόστασης μπροστά και πίσω από το σημείο όπου εστιάζει ο φακός. Όλα τα αντικείμενα που είναι κοντύτερα ή μακρύτερα από την απόσταση αυτή, ο φακός τα καταγράφει θολά (Εικ. 1). Έτσι, ορίζοντας το βάθος πεδίου της λήψης, ορίζουμε ένα εύρος απόστασης εμπρός και πίσω από ένα προς φωτογράφιση αντικείμενο, όπου ο φακός καταγράφει καθαρά τις λεπτομέρειες.

Η έκταση του βάθους πεδίου της λήψης επηρεάζεται από την επιλογή δύο χαρακτηριστικών του φακού, του διαφράγματός του και της μεγέθυνσής του.

Στην οδοντιατρική φωτογράφιση, χρησιμοποιούμε φακούς με μεγάλη εστιακή απόσταση (macro), για να φέρουμε κοντά και να καταγράψουμε μεγεθυσμένα τα δόντια. Στους φακούς αυτούς, όσο μεγαλώνει η εστιακή απόσταση (80-200mm), τόσο μικραίνει το βάθος πεδίου και η ποσότητα του φωτός που θα προσπέσει στον αισθητήρα. Συνεπώς, εγγενώς στην οδοντιατρική φωτογράφιση ο φακός στερεί από τη λήψη της εικόνας το βάθος πεδίου και τη φωτεινότητα της. Πρέπει λοιπόν να αυξηθεί το βάθος και η φωτεινότητα της λαμβανομένης εικόνας, και αυτό γίνεται με τον κατάλληλο χειρισμό του διαφράγματος και του κλείστρου.

Το διάφραγμα του φακού λειτουργεί όπως η ίριδα του ματιού, που επιτρέπει ανάλογα με την ένταση του φωτισμού να διέλθει προς τον αισθητήρα της μηχανής (ωχρά κηλίδα) περισσότερο ή λιγότερο φως. Όσο μικραίνει το διαμέτρημα του διαφράγματος (αυξάνει η τιμή της κλίμακας f 5, 6, 8, 11, 16, 22, 32, 45) τόσο μεγαλώνει το βάθος πεδίου (Εικ. 2).

Πρακτικά, κλείσιμο του διαφράγματος σημαίνει υποφωτισμός του αισθητήρα. Για να αυξηθεί η ποσότητα του φωτός που προσβάλλει τον αισθητήρα, ή πρέπει να παραμείνει το κλείστρο ανοιχτό για περισσότερο χρόνο (το κλείστρο λειτουργεί όπως το βλέφαρο στο μάτι, ανοίγει και κλείνει για κάποιο χρονικό διάστημα για να αφήσει το φως να περάσει προς τον αισθητήρα) ή να αυξηθεί η ένταση του φωτισμού του φλας. Προτιμάται η δεύτερη λύση, δηλαδή η αύξηση της έντασης του φωτισμού του φλας, διότι αύξηση του χρόνου του κλείστρου, λόγω της μικροκίνησης της μηχανής, σημαίνει απώλεια της καθαρότητας του αντικειμένου.

Στην οδοντιατρική φωτογραφία (κοντινή λήψη) το βάθος πεδίου της λήψης εκτείνεται κατά 2/3 πέραν και 1/3 εγγύτερα της εστίασης (περιοχή νεταρίσματος). Κλινικά αυτό σημαίνει ότι π.χ.

Ratio	Aperture						
	5,6	8	11	16	22	32	45
1:10	41	59	81	117	161	234	1260
1:5	11.2	16	22	32	44	64	90
1:2	2.2	3.2	4.4	6.4	8.8	13	18
1:1	0.75	1.07	1.47	2.13	2.9	4.27	6.0
2:1	0.28	0.40	0.55	0.80	1.10	1.60	2.3
3:1	0.17	0.24	0.33	0.47	0.65	0.94	1.33

Εικόνα 2. *Στην επάνω γραμμή φαίνεται το κλείσιμο του διαφράγματος (από αριστερά προς τα δεξιά) και η αντίστοιχη αύξηση του βάθους πεδίου της λήψης σε mm. Στην αριστερή κατακόρυφη γραμμή φαίνεται η αύξηση της μεγέθυνσης της λήψης και η αντίστοιχη ελάττωση του βάθους πεδίου σε mm για κάθε διάφραγμα.*

Εικόνα 3. *Αν και το κλινικό ενδιαφέρον είναι στους τομείς, η εστίαση γίνεται στους κυνόδοντες της άνω γνάθου, με συνέπεια όλο το οδοντικό τόξο να περιλαμβάνεται μέσα στο βάθος πεδίου της φωτογραφικής λήψης.*

Εικόνα 4. *Η κοπτική γραμμή είναι σε εστία ενώ η ρίζα είναι έξω από το βάθος πεδίου της λήψης και είναι θολή.*

για να φωτογραφίσουμε ένα οδοντικό τόξο που έχει βάθος (τρίτη διάσταση) σε πλήρη λεπτομέρεια, δεν εστιάζουμε στους κεντρικούς τομείς της άνω γνάθου, αλλά στους κυνόδοντες (Εικ. 3). Όταν το δόντι που θα φωτογραφίσουμε έχει μεγάλο μήκος, η λήψη θα γίνει κάθετα στον επιμήκη άξονά του, άλλως υπάρχει η πιθανότητα το μήκος του να εκτείνεται πέραν της έκτασης του βάθους πεδίου της λήψης, με συνέπεια τα όρια του δοντιού να καταγράφονται θολά (Εικ. 4). Παρόμοια, η φωτογράφιση ενός οδοντικού τόξου από μπροστά (μεγάλο βάθος) ενέχει τον κίνδυνο τα τελευταία δόντια να είναι εκτός πε-

Εικόνες 5, 6. *Η οβελιαία φωτογράφιση του οδοντικού τόξου μπορεί να θέσει εκτός βάθους πεδίου της λήψης κάποια περιοχή (πρόσθιο ή οπίσθιο μέρος του τόξου), ενώ στη μασητική λήψη αυτό είναι μικρής πιθανότητας.*

δίου λήψης (Εικ. 5). Αντίθετα, η μασητική φωτογράφιση (μικρό βάθος) ενέχει μικρότερο κίνδυνο να εμφανίσει θολές περιοχές (Εικ. 6).

Κλινικά, ο καθορισμός της εστίας γίνεται με τις κατοπτρικές ανακλάσεις. Η θέση και η λαμπρότητα των κατοπτρικών ανακλάσεων καθορί-

Εικόνα 7. *Στη μικροφωτογραφία η κατοπτρική ανάκλαση του εγγύς ορίου της στεφάνης είναι σε εστία (γυαλίζει), ενώ το άπω όριο εκτός βάθους πεδίου της λήψης (θολό). Στη μικροφωτογραφία το βάθος πεδίου λήψης είναι ελάχιστο και συνεπώς εστίαση έπρεπε να γίνει στο ενδιάμεσο των δύο ορίων της στεφάνης.*

Εικόνα 8. *Στον αμύητο φωτογράφο η χειρωνακτική επιλογή μεγάλου διαφράγματος (μικρό νούμερο, π.χ. 8, 5, 6) συνεπάγεται δραματική μείωση του βάθους πεδίου της λήψης σε μερικά χιλιοστά στον α΄ προγόμφιο.*

ζουν την εστία και το βάθος πεδίου της φωτογραφίας που λαμβάνουμε, το οποίο είναι ορατό (σε σταθερό φωτισμό) (Εικ. 7).

Επειδή η παραπάνω λειτουργία, για τον αμύητο στην φωτογραφία οδοντίατρο, ίσως να φαίνεται δυσνόητη (εικ 8) παρατίθενται ορισμένες πρακτικές οδηγίες που θα βοηθήσουν στην λήψη οδοντιατρικής φωτογραφίας με επαρκές βάθος πεδίου.

1. Χρησιμοποιήστε ισχυρό φωτισμό στη σκοτεινή στοματική κοιλότητα.

2. Για τους αρχάριους, συνιστάται η χρήση της αυτόματης φωτομέτρησης με προτεραιότητα διαφράγματος, που θα δώσει την ιδανική ταχύτητα κλείστρου για το επιλεγμένο από τον χρήστη διάφραγμα (f 16- 32).

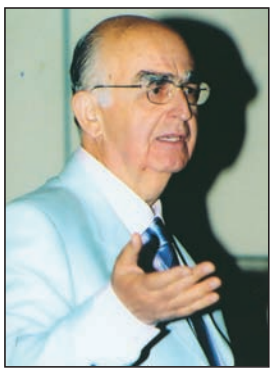
3. Εάν είστε έμπειρος γνώστης της λειτουργίας της μηχανής, επιλέξτε πλήρως χειροκίνητη λειτουργία με διάφραγμα f 16 και ταχύτητα κλείστρου μεγαλύτερη του 1/120sec, για λήψη ενδοστοματικής φωτογραφίας.

4. Εάν με το διάφραγμα f 16 η λήψη είναι υποφωτισμένη, ανοίξτε το διάφραγμα (f 11) ή αυξήστε τον χρόνο ανοίγματος του κλείστρου μέχρι 1/30sec (απαραίτητη η χρήση τρίποδα σταθεροποίησης) και αυξήστε την ευαισθησία του αισθητήρα ISO μέχρι 400.

5. Επειδή τα δόντια είναι διαταγμένα σε τόξο, δεν εστιάζουμε στο δόντι προς φωτογράφιση (π.χ. τομείς ή γομφίους), αλλά στο μέσο του τόξου (π.χ. στον κυνόδοντα), ώστε να αποδοθεί με λεπτομέρεια όλο το οδοντικό τόξο.

6. Σε κάθε περίπτωση η θεωρητική κατάρτιση μέσω εκπαίδευσης (σε σεμινάρια και διαλέξεις που δίνονται) είναι απαραίτητη για να επιτυγχάνεται μια φωτογραφική λήψη επαναλαμβανόμενη (ακρίβεια) και να προσεγγίζει τη φυσική πραγματικότητα (αξιόπιστη).

Συμπεράσματα. Για να επιτευχθεί το σωστό βάθος πεδίου μιας οδοντιατρικής φωτογραφίας κοντινής λήψης, πρέπει το διάφραγμα να είναι κλειστό, να χρησιμοποιείται ισχυρός φωτισμός, να είναι μικρή η ταχύτητα του κλείστρου, ενώ η μηχανή και ο ασθενής πρέπει να είναι, όσο το δυνατόν, ακίνητοι.



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 Sweet

Το σύνδρομο Sweet είναι σχετικά σπάνιο νόσημα που ταξινομείται στις ουδετεροφιλικές δερματοπάθειες. Κλινικά χαρακτηρίζεται από υψηλό πυρετό, δερματικές βλάβες, επιπεφυκίτιδα, ελκώσεις στο στόμα και γενικά συμπτώματα. Ταξινομείται σε 3 βασικούς τύπους: το **κλασικό ή ιδιοπαθές**, το **παρανεοπλασματικό** και το **φαρμακευτικό.** Χαρακτηρίζεται από ουδετεροφιλία τόσο στο περιφερικό αίμα όσο και ιστολογικά. Οι κλινικές βλάβες στο στόμα έχουν τους χαρακτήρες των αφθών, είναι όμως βαθύτερες και μεγαλύτερες ελκώσεις. Συχνά δημιουργούν πρόβλημα διαφορικής διάγνωσης, αφού στον κατάλογο μπαίνουν πολλά νοσήματα που ενδιαφέρουν τον Στοματολόγο και τον Δερματολόγο. Φάρμακο πρώτης επιλογής είναι τα κορτικοστεροειδή, με εντυπωσιακά καλά αποτελέσματα.

Το **Σύνδρομο Sweet** ή **οξεία εμπύρετος ουδετεροφιλική δερματοπάθεια** περιγράφηκε το 1964 από τον Sweet. Πρόκειται για σχετικά σπάνιο νόσημα άγνωστης αιτιολογίας, αν και αναπτύσσεται συχνά μετά από λοίμωξη του ανώτερου αναπνευστικού ή του γαστρεντερικού. Πρόσφατα, έχει υποστηριχθεί ότι η απελευθέρωση κυτοκινών τοπικά ή συστηματικά συμμετέχει ενεργά στον παθογενετικό μηχανισμό της νόσου. Οι κυτοκίνες που ευθύνονται είναι κυρίως η ιντερλευκίνη-1, ο παράγων διέγερσης κοκκιοκυττάρων (G-CSF) ο παράγων διέγερσης κοκκιοκυττάρων και μακροφάγων (GM-CSF), και η ιντερφερόνη-γ. Προσβάλλει πιο συχνά γυναίκες, σχέση 4:1, ηλικίας 30-60 ετών. Σε ποσοστό πάνω από 20% συνυπάρχει με νεοπλασία ***(παρανεοπλασματική νόσος),*** κυρίως χρόνια λεμφογενή λευχαιμία, ή και άλλους συμπαγείς όγκους. Επιπλέον, σχετικά συχνή είναι η συνύπαρξη με **φλεγμονώδεις νόσους του εντέρου** (νόσος του Crohn, ελκώδης κολίτις), **εγκυμοσύνη** (πρώτο και δεύτερο τρίμηνο της κύησης), **λοιμώξεις** και **φάρμακα.** Τα φάρμακα που έχουν πιο συχνά σχετισθεί με τη νόσο είναι ο παράγων διέγερσης των κοκκιοκυττάρων (G-CSF), αντιβιοτικά (μινοκυκλίνη, τριμεθοπρίμη-σουλφαμετθοξαζόλη), αντιδιουρητικά, αντισυλληπτικά, αντιεπιληπτικά. Τέλος, σε ποσοστό 50-60% δεν συνυπάρχει κανένας από τους πιο πάνω παράγοντες. Έτσι, με επιδημιολογικά και κλινικά κριτήρια, το σύνδρομο Sweet ταξινομείται σε 3 βασικούς τύπους: το ***κλασικό ή ιδιοπαθές,*** το ***παρανεοπλασματικό*** και το ***φαρμακευτικό.***

Συχνά, των εκδηλώσεων του συνδρόμου Sweet προηγείται λοίμωξη του ανώτερου αναπνευστικού και σπανιότερα του γαστρεντερικού. Τα βασικά κλινικά σημεία είναι αιφνίδιος υψηλός πυρετός 38-39°C, αρθραλγίες, μυαλγίες, καταβολή δυνάμεων, δερματικό εξάνθημα, οφθαλμικές βλάβες και ελκώσεις στο στόμα (Πίνακας Ι).

Στο δέρμα, πρώιμα, αναπτύσσονται οιδηματώδεις ερυθρές βλατίδες και πλάκες που συρρέουν και εμφανίζουν τάση επέκτασης. Μερικές από τις βλάβες έχουν τάση για νέκρωση και δημιουργία ελκώσεων ή/και πομφολύγων και φλυκταινών (Εικ. 3, 4).

Πιο συχνά οι δερματικές βλάβες εντοπίζονται στην περιοχή κεφαλής και τραχήλου, και στα άνω άκρα. Η δοκιμασία παθεργίας είναι συνήθως θετική. Στους οφθαλμούς παρατηρούνται επιπεφυκίτις, αιμορραγίες, επισκληρίτις, ιριδοκυκλίτις.

Στο στόμα δημιουργούνται βαθιές επώδυνες ελκώσεις, που προσομοιάζουν με μεγάλες άφθες, μεγέθους από 1 έως πολλά εκατοστά (Εικ. 1) και εκτεταμένες διαβρώσεις (Εικ. 2). Οι κλινικές εκδηλώσεις της νόσου διαρκούν, χωρίς θεραπεία, 1-3 μήνες και υποτροπιάζουν στο 30% των ασθενών. Εντούτοις, εάν αρχίσει πρώιμα η ορθή θεραπεία, οι βλάβες υποχωρούν σε 1-2 εβδομάδες.

Η διάγνωση στηρίζεται σε κλινικά κυρίως κριτήρια. Πρέπει όμως να τεκμηριωθεί και εργαστηριακά.

Οι εργαστηριακές εξετάσεις που απαιτούνται για τεκμηρίωση της νόσου υπάρχουν στον Πίνακα Ι. Στο περιφερικό αίμα παρατηρείται λευκοκυττάρωση με χαρακτηριστική επικράτηση των ουδετεροφίλων (60-80%). Επιπλέον ανευρίσκεται αυξημένη ΤΚΕ, CRP και η α2-σφαιρίνη. Ιστολογικά, παρατηρείται λεμφοκυτταρική διήθηση με έντονη επικράτηση των ουδετεροφίλων στο χόριο, που συχνά μεταναστεύουν και στην επιδερμίδα σχηματίζοντας μικροαποστήματα. Χαρακτηριστικό εξάλλου εύρημα είναι η περιαγγειακή ουδετεροφιλική διήθηση χωρίς παρουσία αγγειίτιδας.

Η διαφορική διάγνωση περιλαμβάνει κυρίως τα νοσήματα που βρίσκονται ταξινομημένα στον Πίνακα ΙΙ.

Θεραπευτικά, φάρμακο πρώτης επιλογής είναι τα κορτικοστεροειδή με εντυπωσιακά καλό αποτέλεσμα. Χορηγούνται πρεδνιζολόνη 0,5-1 mg/kg την ημέρα για 2-3 εβδομάδες και μετά σταδιακή μείωση και διακοπή για 2-3 εβδομάδες. Δεύτερης επιλογής φάρμακα είναι η κολχικίνη (1-1,5 mg την ημέρα), η δαψόνη (100-200 mg την ημέρα) και η θαλιδομίδη (100-200 mg την ημέρα). Συμπερασματικά, το σύνδρομο Sweet αποτελεί ένα ακόμη συστηματικό νόσημα που αφορά άμεσα τον Στοματολόγο και η διάγνωσή του απαιτεί στέρεες γνώσεις Δερματολογίας και Εσωτερικής Παθολογίας.

Πίνακας Ι
Διαγνωστικά κριτήρια συνδρόμου Sweet

Κλινικά	Εργαστηριακά
• Υψηλός πυρετός 38,5-39° C	• Ιστολογικά, με χαρακτηριστική ζώνη και περιαγγειακή διήθηση με ουδετερόφιλα
• Γενικά συμπτώματα (μυαλγίες, αρθραλγίες, καταβολή δυνάμεων)	• Λευκοκυττάρωση στο περιφερικό αίμα με χαρακτηριστική ουδετεροφιλία (60-80%)
• Λοίμωξη αναπνευστικού ή γαστρεντερικού	• Αυξημένη ΤΚΕ, CRP και α2-σφαιρίνη
• Δερματικό εξάνθημα (επώδυνες πλάκες και βλατίδες με σχηματισμό φυσαλίδων και φλυκταινών)	• Μερικές φορές αυξημένος τίτλος αντισωμάτων ANCA (20-30%)
• Οφθαλμικές διαταραχές (επιπεφυκίτις, επισκληρίτις, ιριδοκυκλίτις)	
• Ελκώσεις στον στοματικό βλεννογόνο	
• Σπάνια προσβολή άλλων οργάνων (νεφρά, ήπαρ, πάγκρεας)	

Πίνακας ΙΙ
Διαφορική διάγνωση συνδρόμου Sweet

- Σύνδρομο Αδαμαντιάδη-Behçet
- Σύνδρομο RFAPA
- Αυτοάνοσα νοσήματα του κολλαγόνου
- Πολύμορφο ερύθημα
- Βλαστική πυοστοματίτις
- Γαγγραινώδες πυόδερμα
- Άλλες ουδετεροφιλικές δερματοπάθειες
- Οξείες λευχαιμίες
- Μη-Hodgkin λέμφωμα

Εικ.1. Σύνδρομο Sweet. Άτυπη μεγάλη άφθα στο κάτω χείλος.

Εικ. 2. Σύνδρομο Sweet. Εκτεταμένες διαβρώσεις και εφελκίδες στο κάτω χείλος.

Εικ. 3. Σύνδρομο Sweet. Οίδημα, φλύκταινες, νεκρώσεις, βλατίδες και αρθρίτις στα δάκτυλα.

Εικ. 4. Σύνδρομο Sweet. Νεκρωτική βλάβη στο δέρμα.

Γενιά των 50 συν: Αποκαθιστώντας ένα φυσικό χαμόγελο

Η κατασκευή αισθητικών, επιεμφυτευματικών ολικών οδοντοστοιχιών με το σύστημα BPS®

Dr Giovanni Molina Lugo, Colonia Polanco, Dr Francisco Paul Curiel Aguilera, San Francisco del Rincon and Dr Carlos A Ramirez Schleske, Granada/ all from Mexico

Σήμερα η αντίληψη της ποιότητας και το προσδόκιμο ζωής οδηγούν τους ηλικιωμένους στην επιθυμία να διατηρήσουν μια ελκυστική εμφάνιση σε όλα τα στάδια της ζωής τους. Ζητούν κινητές αποκαταστάσεις, που θα τους επιτρέπουν να είναι ενεργητικοί και να απολαμβάνουν τη ζωή τους. Κατά συνέπεια, η αισθητική είναι ένα σημαντικό θέμα. Οι οδοντίατροι σήμερα, προσπαθώντας να ικανοποιήσουν τις απαιτήσεις των ηλικιωμένων ασθενών, επιζητούν καλά μελετημένες τεχνικές και υλικά με κατάλληλες ιδιότητες. Στο άρθρο αυτό, οι συγγραφείς δίνουν ιδέες για τη χρήση του Βιολειτουργικού Προσθετικού Συστήματος (BPS), ενός υψηλής ποιότητας συστήματος κατασκευής προσθετικών αποκαταστάσεων, το οποίο ικανοποιεί τις ανάγκες των απαιτητικών ασθενών.

Τις προηγούμενες δεκαετίες το Βιολειτουργικό Προσθετικό Σύστημα (Biofunctional Prosthetic System) καθιερώθηκε ως το πρότυπο περίθαλψης στο πεδίο των ολικών οδοντοστοιχιών. Η επιτυχία του συστήματος έγκειται στην αρμονική αλληλεπίδραση συμβατών προϊόντων, στην ορθή χρήση τους στον ασθενή και στην αποτελεσματική συνεργασία οδοντιάτρου και οδοντοτεχνίτη. Μεταξύ άλλων το σύστημα περιλαμβάνει μια σειρά εργαλείων (π.χ. αρθρωτήρες), ώστε να μπορεί να αποδοθεί εκ νέου ικανοποιητική μασητική λειτουργία, καθώς και υλικά βέλτιστης συμβατότητας (π.χ. ρητίνες βάσεων οδοντοστοιχιών), τα οποία επιτρέπουν την αναπαραγωγή των μαλακών ιστών και τη σύνδεση μεταλλικών σκελετών και τεχνητών δοντιών. Το σύστημα BPS περιλαμβάνει όλα τα στοιχεία που απαιτούνται για την κλινική και εργαστηριακή διαδικασία κατασκευής των οδοντοστοιχιών. Κατά συνέπεια, εξασφαλίζεται μια ομαλή ροή επικοινωνίας μεταξύ των συμμετεχόντων - ασθενούς, οδοντιάτρου και οδοντοτεχνίτη.

Η συνεχώς αυξανόμενη επιθυμία για επιεμφυτευματικές οδοντοστοιχίες ερμηνεύεται εύκολα από το γεγονός ότι οι ασθενείς σήμερα διατηρούν τη δραστηριότητα και την καλή τους υγεία ακόμα και σε προχωρημένη ηλικία. Επιθυμούν να χαίρονται τη ζωή στο έπακρο. Στο πλαίσιο αυτό, οι επιεμφυτευματικές οδοντοστοιχίες μπορούν να συμβάλουν ουσιαστικά στη βελτίωση της ποιότητας της ζωής τους. Ένα από τα κύρια πλεονεκτήματα του συστήματος BPS είναι ότι προσφέρει όλα τα προϊόντα που απαιτούνται από τον σχεδιασμό μέχρι την ολοκλήρωση κάθε περιστατικού, εξασφαλίζοντας έτσι ικανοποιητικά αποτελέσματα. Η επιτυχημένη πορεία των τεχνητών δοντιών -SR Phonares® NHC - βοήθησε στην περαιτέρω αύξηση της ποιότητας κατά την κατασκευή αισθητικών οδοντοστοιχιών σε νωδούς ασθενείς. Τα τεχνητά αυτά δόντια αποτελούν την πρώτη επιλογή για υψηλής ποιότητας προσθετικές αποκαταστάσεις, εξαιτίας των καινοτόμων χαρακτηριστικών τους, όπως είναι η αντίσταση στην αποτριβή, η μειωμένη κατακράτηση μικροβιακής πλάκας, η μικρή τάση για αποχρωματισμό, καθώς και η φυσικότητα στο σχήμα και στην απόχρωση.

Διάγνωση και σχέδιο θεραπείας

Μια ασθενής ηλικίας 57 ετών προσήλθε στο οδοντιατρείο μας παραπονούμενη για την αισθητική εμφάνιση και τη λειτουργία των δοντιών της. Ο προσεκτικός κλινικός και ακτινογραφικός έλεγχος και η ανάλυση των διαγνωστικών εκμαγείων στον αρθρωτήρα έδειξαν γενικευμένη, περιπεπλεγμένη περιοδοντίτιδα, με φτωχή πρόγνωση όλων των δοντιών (Εικ 1 και 2). Μετά από συζήτηση με την ασθενή των διαφόρων εναλλακτικών λύσεων αποφασίστηκε το ακόλουθο σχέδιο θεραπείας:

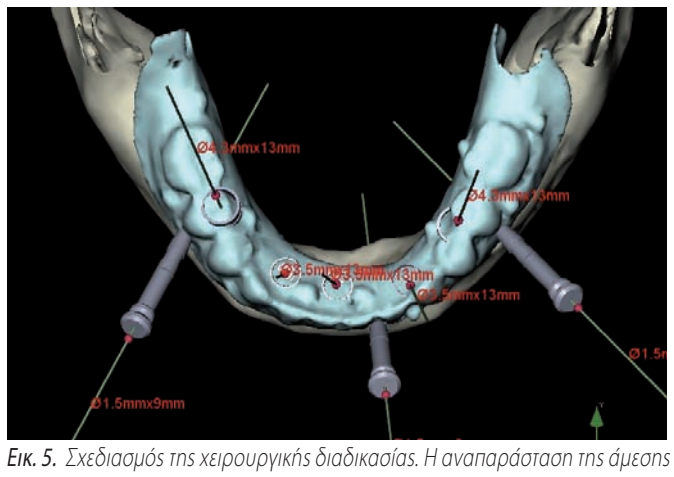
- Εξαγωγή των δοντιών που δεν μπορούσαν να διατηρηθούν στον φραγμό και κατασκευή προσωρινών - άμεσων οδοντοστοιχιών
- Τοποθέτηση 5 εμφυτευμάτων στην άνω γνάθο και 5 εμφυτευμάτων στην κάτω γνάθο
- Αποκατάσταση με επιεμφυτευματικές άνω και κάτω υβριδικές οδοντοστοιχίες

Εικ. 1. *Αρχική εικόνα: Τα εναπομείναντα δόντια προσβεβλημένα από περιοδοντική νόσο.*

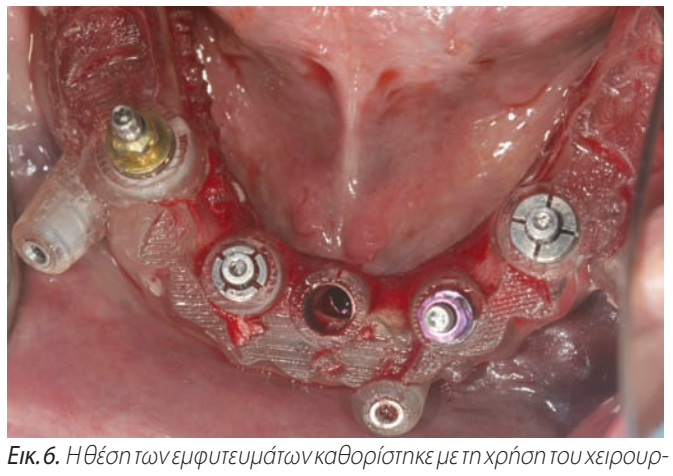
Εικ. 2. *Ο ακτινογραφικός έλεγχος αποκάλυψε απώλεια πρόσφυσης των φυσικών δοντιών και προβληματικές αποκαταστάσεις.*

Εικ. 3. *Αμέσως μετά την εξαγωγή των δοντιών τοποθετήθηκαν οι άμεσες ολικές οδοντοστοιχίες (κατασκευάστηκαν με το σύστημα BPS).*

Εικ. 4. *Οι προσωρινές – άμεσες οδοντοστοιχίες στο στόμα. Στο διάστημα της τρίμηνης επούλωσης έλαβε χώρα η απαραίτητη αναδιαμόρφωση του οστού.*



Εικ. 5. *Σχεδιασμός της χειρουργικής διαδικασίας. Η αναπαράσταση της άμεσης οδοντοστοιχίας λειτούργησε ως βάση για την ορθή τοποθέτηση των εμφυτευμάτων.*



Εικ. 6. *Η θέση των εμφυτευμάτων καθορίστηκε με τη χρήση του χειρουργικού νάρθηκα και έγινε η τοποθέτησή τους.*

Προσωρινές - άμεσες οδοντοστοιχίες

Το πρώτο στάδιο εργασίας περιελάμβανε την κατασκευή άμεσων οδοντοστοιχιών με το σύστημα BPS (Εικ. 3). Στον ίδιο χρόνο έγιναν οι εξαγωγές και η διευθέτηση του οστού, όπου ήταν απαραίτητο. Η ασθενής φόρεσε τις άμεσες οδοντοστοιχίες αμέσως μετά το χειρουργείο. Αυτές παρέμειναν στο στόμα για διάστημα 3 μηνών (Εικ. 4).

Το σύστημα BPS ως σχεδιαστικό εργαλείο στην υπολογιστικά καθοδηγούμενη χειρουργική

Στην ασθενή πραγματοποιήθηκε μια αξονική τομογραφία κωνικής δέσμης. Με βάση αυτή την τομογραφία σχεδιάστηκε η χειρουργική επέμβαση τοποθέτησης των εμφυτευμάτων, με τη βοήθεια κατάλληλου ψηφιακού τρισδιάστατου σχεδιαστικού λογισμικού. Οι μεταβατικές οδοντοστοιχίες λειτούργησαν ως σημείο αναφοράς στην όλη διαδικασία. Αυτό βοηθά να διασφαλίσουμε τη σωστή θέση και γωνίωση των εμφυτευμάτων σε σχέση με τις μελλοντικές προσθετικές υπερκατασκευές (Εικ. 5). Οι χειρουργικοί νάρθηκες για τον καθορισμό της θέσης των εμφυτευμάτων κατασκευάστηκαν με στερεολιθογραφία. Εξασφαλίζεται έτσι λιγότερο τραυματική χειρουργική διαδικασία και υψηλή ακρίβεια (Εικ. 6).

Κατασκευή των οδοντοστοιχιών

Η κατασκευή των μόνιμων οδοντοστοιχιών περιελάμβανε τα ακόλουθα στάδια:

Εικ. 7. Σύνταξη των τεχνητών δοντιών στον αρθρωτήρα (Stratos 300).

Εικ. 8. Ο σκελετός από τιτάνιο της άνω γνάθου κατασκευασμένος με τεχνική CAD/CAM.

Εικ. 9. Ο σκελετός από τιτάνιο της κάτω γνάθου κατασκευασμένος με τεχνική CAD/CAM.

Εικ.10. Οι ολοκληρωμένες υβριδικές οδοντοστοιχίες πριν από την τοποθέτησή τους στο στόμα.

Εικ. 11. Οι οδοντοστοιχίες κοχλιώνονται με βίδες στα εμφυτεύματα.

Εικ. 12. Άριστη εναρμόνιση των φυσικών δοντιών (SR Phonares NHC) και των μαλακών ιστών στο στοματικό περιβάλλον.

Εικ. 13. Μια εικόνα που λέει πολλά: η ασθενής με τις νέες επιεμφυτευματικές υβριδικές οδοντοστοιχίες.

1. Εξασφάλιση ικανοποιητικής μασητικής λειτουργίας

Στις μόνιμες οδοντοστοιχίες χρησιμοποιήθηκαν τεχνητά δόντια SR Phonares NHC. Η σύνταξή τους έγινε σύμφωνα με τη μέθοδο BPS Phonares, σε αρθρωτήρα Stratos® 300 με τα συνοδά εξαρτήματα. Τα εξατομικευμένα στοιχεία της ασθενούς καταγράφηκαν και μεταφέρθηκαν στο εργαστήριο με προσωπικό τόξο UTS (Εικ. 7).

2. Κατασκευή του σκελετού από τιτάνιο

Ο σκελετός από τιτάνιο κατασκευάστηκε σύμφωνα με τη σύνταξη των δοντιών, με τη βοήθεια της τεχνικής CAD/CAM. Αποφασίσαμε να χρησιμοποιήσουμε τιτάνιο, διότι το υλικό συνδυάζει βιοσυμβατότητα και παθητικότητα, με ακρίβεια, υψηλή αντοχή στη θραύση και χαμηλό βάρος (Εικ. 8 και 9).

3. Ολοκλήρωση των μόνιμων αποκαταστάσεων

Η σύνταξη των δοντιών σε δυναμική σύγκλειση και η υπερκατασκευή από τιτάνιο συνδυάζονται με τη βοήθεια του υλικού της βάσης της οδοντοστοιχίας (SR Ivocap® System). Το υλικό SR Ivocap HI (High Impact - Υψηλή αντοχή στην κρούση) διαμορφώνεται μέσω χύτευσης με έγχυση. Παρέχει υψηλή αντοχή στην κρούση και δεν αυξάνει την κάθετη διάσταση, διασφαλίζοντας έτσι υψηλή ακρίβεια εφαρμογής. Μπορεί να επιτευχθεί ικανοποιητικός δεσμός μεταξύ του υλικού της βάσης, των τεχνητών δοντιών και του μεταλλικού σκελετού. Επιπλέον, δημιουργείται μια ομαλή μετάβαση από τα δόντια στους παρακείμενους μαλακούς ιστούς (Εικ. 10).

4. Ενσωμάτωση της ολοκληρωμένης οδοντοστοιχίας

Οι ολοκληρωμένες οδοντοστοιχίες κοχλιώνονται επάνω στα εμφυτεύματα. Οι οπές των βιδών καλύπτονται αρχικά με τάπες από τεφλόν και στη συνέχεια εμφράσσονται με ένα προσωρινό εμφρακτικό υλικό (Systemp® inlay). Για τις μασητικές επιφάνειες των δοντιών χρησιμοποιήθηκε το IPS Empress® Direct, ενώ για τη διαμόρφωση των μαλακών ιστών χρησιμοποιήθηκε το SR Adoro® Gingiva 4. Η υψηλή ακρίβεια εξασφαλίστηκε μέσω της διαδικασίας που περιγράφτηκε παραπάνω, ιδιαίτερα σε ό,τι αφορά την κάθετη διάσταση και την κεντρική σύγκλειση (Εικ. 11). Η απρόσκοπτη ενσωμάτωση των δοντιών SR Phonares NHC στο περιβάλλον του στόματος και η άριστη λειτουργικότητά τους τα διαχωρίζει από τα υπόλοιπα τεχνητά δόντια προηγούμενων γενεών. Τα υψηλής αισθητικής αυτά δόντια, σε συνδυασμό με τις τεχνικές, τις οδηγίες και τις δεξιότητες ομαδικής συνεργασίας του οδοντιάτρου και του οδοντοτεχνίτη, εξασφαλίζουν ένα επιτυχημένο αποτέλεσμα στην προσθετική αποκατάσταση με επιεμφυτευματικές οδοντοστοιχίες νωδών ασθενών (Εικ. 12 και 13).

Συμπεράσματα

Η διαδικασία BPS που περιγράφηκε παραπάνω επιτρέπει την κατασκευή ολικών οδοντοστοιχιών, οι οποίες εξασφαλίζουν ικανοποιητική μασητική λειτουργία, υψηλού βαθμού άνεση και ολοκληρωμένη αισθητική εικόνα. Κατά συνέπεια, ο τύπος αυτός προσθετικής αποκατάστασης βοηθά σημαντικά στη βελτίωση της ποιότητας ζωής των ασθενών. Τα πλεονεκτήματα για τον κλινικό από μια τέτοια αποκατάσταση είναι προφανή: Το τυποποιημένο, αξιόπιστο σύστημα επιτρέπει την κατασκευή υψηλής ποιότητας αποκαταστάσεων με απλό, γρήγορο και οικονομικό τρόπο - ακόμα και σε σύνθετα κλινικά περιστατικά.

Στοιχεία επικοινωνίας:

Dr Giovanni Molina Lugo
Homero 655 PB – A01
Colonia Polanco, D.F. C.P. 11550
Mexico
begol@prodigy.net.mx

Dr Francisco Paul Curiel Aguilera
Prol. Josefa Ortiz de Dominguez #408,
Zona Centro
San Francisco del Rincon, Gto. C.P. 36300
Mexico
pacocuriel@prodigy.net.mx

Dr Carlos A Ramirez Schleske
Hospital Espanol Sala 4 Consultorio 7
Ave. Ejercito Nal 613 004
11520 Granada
Mexico
carsch54@prodigy.net.mx

Η εταιρία **ΚΟΥΤΡΑΣ** ενημερώνει τους **Οδοντιάτρους και Οδοντοτεχνίτες**, ότι αναλαμβάνει την εκποίηση ανακυκλώσιμων οδοντιατρικών μετάλλων, **όπως πολύτιμες στεφάνες- δόντια, οδοντοτεχνικά ρινίσματα. Τηλ. 210 -6032254 , 6944525048**

Ανταύγειες Οδοντικής Αισθητικής και όχι μόνο...

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

Επάνοδος στους αυλικούς

Στο τεύχος 66, Φεβρουάριος 2010, του «Οδοντιατρικού Βήματος» και στο κύριο άρθρο, με τίτλο *Οι συνάνθρωποί μας οι πονηροί και λοιπά ζώα του βασιλείου μας*, αναφέρθηκα στα χαρακτηριστικά των αυλικών.

Πρόσφατα έφθασε στα χέρια μου (δώρο αγαπητού και εξέχοντος συναδέλφου) ένα μικρό πόνημα, 21 σελίδων όλο κι όλο, του Paul Henri Baron D' Holbach, των εκδόσεων Άγρα, με τίτλο *Η τέχνη της κοινωνικής αναρρίχησης: Δοκίμιο προς χρήση των αυλικών*.

Ο εν λόγω φιλόσοφος γεννήθηκε στη Ρηνανία το Δεκέμβριο του 1723 και πέθανε στο Παρίσι τον Ιανουάριο του 1789. Λόγιος και υλιστής φιλόσοφος, σπούδασε Νομικά και εγκαταστάθηκε στο Παρίσι το 1751. Από το 1760 αρχίζει να συγγράφει φιλοσοφικά έργα, τα οποία εκδίδει με ψευδώνυμο, προκειμένου να αποφύγει την εμπλοκή με την εξουσία, επειδή τα γραπτά του είναι αντικληρικά, σαφώς αθεϊστικά και υλιστικά. Πιστεύει πως οι ανθρώπινες σχέσεις έχουν ως βάση την αναγκαιότητα, όπως ακριβώς και οι κινήσεις που παρατηρούνται στη φύση. Τοποθετεί στο κέντρο των πάντων το έλλογο ον και βασίζει τη φιλοσοφία του στη φύση. Απώτερος στόχος του είναι να αποδεσμεύσει την ηθική από κάθε είδους θρησκευτικό δόγμα και να την αναγάγει αποκλειστικά στις φυσικές αρχές της. Πολλά έργα του καταδικάστηκαν από την κυβέρνηση και δόθηκαν στην πυρά.

Η διαχρονικότητα των απόψεων του και η ταύτιση αυτών με το σήμερα, με τα όσα συμβαίνουν στη χώρα μας, την κοινωνία μας, αλλά και στη μικρή μας οδοντιατρική οικογένεια (πανεπιστημιακή και επαγγελματική), με τα όσα εξευτελιστικά ζούμε και μάλιστα από «επώνυμους» συναδέλφους, προβάλλοντας αστείες, αψυχολόγητες και παιδαριώδεις δικαιολογίες, όπως ότι δεν υπολόγισαν καλά την αρχή, δεν είχαν καταλάβει τις προϋποθέσεις, δεν ήξεραν τι γίνεται, είναι μερικά από τα στοιχεία που με έκαναν να επανέλθω σήμερα, παραθέτοντας μερικά αποσπάσματα από το μικρό αυτό δοκίμιο του Baron D' Holbach. Δυστυχώς, ακόμα και σήμερα υπάρχουν άνθρωποι που αδυνατούν να καταλάβουν ότι η καρδιά τους δεν μπορεί να παχύνει επειδή τα θέλουν όλα δικά τους, επειδή θέλουν να καθορίζουν το μέλλον των άλλων. Αδυνατούν να το καταλάβουν, παρόλο που έμειναν με λιγότερα μαλλιά. Αδυνατούν να καταλάβουν ότι αυτή η συμπεριφορά τους είναι *ύβρις, το ανώτερο, δηλαδή, κακό, η ασυγχώρητη από θεούς και ανθρώπους υπέρβαση του μέτρου.*

Αντιγράφοντας

….Ο άνθρωπος της αυλής είναι αναντίρρητα το πλέον αξιοπερίεργο δημιούργημα που έχει να επιδείξει το ανθρώπινο είδος. Είναι ζώο αμφίβιο στο οποίο απαντούν συλλήβδην όλες οι αντιφάσεις. Ενας Δανός φιλόσοφος συγκρίνει τον αυλικό με το άγαλμα του είδε στο όνειρό του ο Ναβουχοδονόσωρ και το οποίο ήταν φτιαγμένο από πολλά και διαφορετικά μεταξύ τους υλικά. «Το κεφάλι του αυλικού, λέει, είναι από γυαλί, τα μαλλιά του από χρυσό, τα χέρια του από ρετσίνι, το σώμα του από γύψο, η καρδιά του είναι μισή από σίδηρο και μισή από λάσπη, τα πόδια του από άχυρο και το αίμα του από νερό και υδράργυρο». Πρέπει να ομολογήσει κανείς ότι ένα ζώο τόσο αλλόκοτο δύσκολα ταξινομείται.

…..Οι φιλόσοφοι, που είναι συνήθως άνθρωποι δύστροποι, θεωρούν το επάγγελμα του αυλικού απερίφραστα ποταπό, αισχρό, περίπου σαν το επάγγελμα του δηλητηριαστή. Οι λαοί με την αχαριστία τους διόλου δεν συναισθάνονται όλο το εύρος των υποχρεώσεων που οφείλουν στους γενναιόφρονες αυτούς ανθρώπους, οι οποίοι, προκειμένου να διατηρήσουν την καλή διάθεση του Ηγεμόνα τους, βυθίζονται οι ίδιοι στην πλήξη, θυσιάζονται για τα καπρίτσια του, εκχωρώντας του επί μονίμου βάσεως την εντιμότητά τους, την υπόληψή τους, την υπερηφάνεια, την αιδώ και τις τύψεις τους. Αραγε οι ηλίθιοι άνθρωποι του λαού δεν συναισθάνονται καθόλου το τίμημα όλων αυτών των θυσιών; Δεν τους περνάει από το μυαλό πόσο μπορεί να κοστίζει να είναι κάποιος καλός αυλικός;

…..Αν εξετάσουμε τα πράγματα κάτω από αυτή την οπτική, θα δούμε ότι ανάμεσα σε όλες τις τέχνες, η τέχνη της αναρρίχησης είναι η πλέον επίπονη. Η υψηλή αυτή τέχνη αποτελεί ίσως την πιο αξιοθαύμαστη κατάκτηση του ανθρώπινου πνεύματος. Η φύση έχει μπολιάσει την καρδιά των ανθρώπων με αξιοπρέπεια, αυτοσεβασμό και υπερηφάνεια, που από όλα τα άλλα χαρίσματα είναι τα πιο δύσκολο να καταπατηθούν. Η ψυχή εξανίσταται όταν κάτι πάει να την ταπεινώσει. Αντιδρά βίαια κάθε φορά που την πληγώνουν σ' αυτό το ευαίσθητο σημείο και εάν από νωρίς δεν αποκτήσουμε τη συνήθεια να αντιμαχόμαστε, να συνθλίβουμε και να καταπνίγουμε εν τη γενέσει της την ισχυρή αυτή τάση, κάποια στιγμή θα είναι πια αδύνατο να τη δαμάσουμε. Αυτό ο αυλικός εκπαιδεύεται εξ απαλών ονύχων.

…..Υπάρχουν θνητοί που το πνεύμα τους πάσχει από αδιαλλαξία, που η σπονδυλική τους στήλη παρουσιάζει πρόβλημα ευλυγισίας και ο σβέρκος τους μια έλλειψη ευκαμψίας. Η άτυχη αυτή διάπλαση τους εμποδίζει να τελειοποιηθούν στην τέχνη της αναρρίχησης και τους καθιστά ανίκανους να προαχθούν στην Αυλή. Τα φίδια και τα άλλα ερπετά φθάνουν ψηλά στα βουνά και στους βράχους, τη στιγμή που και το πιο δυνατό άλογο ουδέποτε μπορεί να φθάσει ως εκεί. Η Αυλή δεν είναι φτιαγμένη γι αυτά τα αγέρωχα όντα, τα άκαμπτα, που δεν μπορούν ούτε να ανέχονται ιδιοτροπίες, ούτε να ενδίδουν σε καπρίτσια, ούτε ακόμα να εγκρίνουν ή και να υποβοηθούν, όποτε χρειάζεται, τα εγκλήματα τα οποία η Μεγαλειότητα κρίνει απαραίτητα.

…..Ένας καλός αυλικός δεν πρέπει ποτέ να έχει γνώμη, ή μάλλον δεν πρέπει να έχει παρά τη γνώμη του κυρίου του, ενώ με τη διορατικότητά του πρέπει πάντα να προαισθάνεται τη γνώμη αυτή. Ένας καλός αυλικός δεν πρέπει ποτέ να έχει δίκιο, δεν του επιτρέπεται επ' ουδενί να διαθέτει περισσότερο πνεύμα απ' ό,τι ο κύριός του. Πρέπει να γνωρίζει πολύ καλά ότι ο κύριος του δεν μπορεί ποτέ να σφάλλει. Ενας καλός αυλικός πρέπει να έχει αρκετά γερό στομάχι για να χωνεύει όλες τις προσβολές τις οποίες ο κύριός του ευαρεστείται να του πετάει κατάμουτρα.

……. Για να ζήσει κανείς στην αυλή, οφείλει να έχει απόλυτη κυριαρχία πάνω στους μυς του προσώπου του, ώστε να δέχεται χωρίς κανένα μορφασμό δυσαρέσκειας τις πιο τραυματικές ταπεινώσεις.

…..Ο αυλικός μπροστά στον κύριό του πρέπει να συμπεριφέρεται σαν εκείνον τον Σπαρτιάτη που τον μαστίγωναν γιατί έκλεψε μια αλεπού κι αυτός, παρά το γεγονός ότι κατά τη διάρκεια του μαστιγώματος το αγρίμι, που το 'χε κρύψει κάτω απ' το πανωφόρι του, του ξέσκιζε την κοιλιά, δεν έβγαλε μιλιά. Ο αυλικός πρέπει ασταμάτητα κάτω από την επίφαση φιλίας να ξέρει να αποκοιμίζει τους αντιπάλους, να δείχνει ένα πρόσωπο ανοιχτό και εγκάρδιο σ' εκείνους που απεχθάνεται περισσότερο, να αγκαλιάζει με τρυφερότητα τον εχθρό τον οποίο κανονικά θα ήθελε να πνίξει.

…..Οποίον σεβασμό, οποία τιμή δεν οφείλουμε στα εξαιρετικά αυτά άτομα τα οποία η κοινωνική τους τάξη και η καταγωγή τους τα καθιστά εκ φύσεως τόσο υπερήφανα, βλέποντάς τα να θυσιάζουν έτσι γενναιόδωρα την υπερηφάνειά τους, το ανάστημά τους, τον εγωισμό τους! Όχι μόνο τίποτε το αξιοκατάκριτο δεν βρίσκουν σ' αυτά που κάνουν για τον κύριό τους, αλλά θεωρούν τιμή τους και τις πιο ταπεινές ενασχολήσεις για χάρη του ιερού του προσώπου. Κυνηγούν νυχθημερόν την ευτυχία να του είναι χρήσιμοι. Το πνεύμα του Ευαγγελίου διδάσκει την ταπεινότητα. Ο Υιός του Ανθρώπου μάς είπε ότι ο υψωθείς ταπεινωθήσεται. Οι άνθρωποι της Αυλής ακολουθούν την εντολή κατά γράμμα. Ας μη μας εκπλήσσει, λοιπόν, αν η Θεία Πρόνοια τους ανταμείβει πλουσιοπάροχα για την ευκαμψία τους, και αν η ταπεινότητά τους επιδαψιλεύει τις τιμές, τα πλούτη και τον σεβασμό όλων των ευνομουμένων.

Το «τις αγορεύειν βούλεται;» και η ισηγορία

Του **Παντελή Μπουκάλα**

Για το αίμα και την αδιάσπαστη συνέχειά του ορκίζονται μονάχα όσοι παραβλέπουν τις ροές της ιστορίας και τις βίαιες επιρροές των κατά καιρούς κατακτητών, που ούτε λίγοι υπήρξαν ούτε η δεσποτεία τους ήταν χρονικά ασήμαντη· πάνω–κάτω οι αιματολόγοι είναι οι ίδιοι με όσους ανεβάζουν την ιστορία των Ελλήνων στα (μόλις) σαράντα χιλιάδες χρόνια και επιπλέον αναγνωρίζουν δίχως δεύτερη σκέψη, ούτε καν πρώτη, ίχνη της ελληνικής παρουσίας σε κάθε χώρα του κόσμου, αλλά πλέον και στον Αρη, όπου οι αρχαιοελληνικές αποικίες οργανώνουν τη θριαμβευτική επάνοδό τους. Οσο για το αρχαίο πνεύμα, μπορεί να μην το βλέπουμε καθόλου στο χώρο του εξαθλιωμένου αθλητισμού μας, παρά την αθανασία που με ποιητική γενναιοδωρία τού αποδόθηκε, στοιχεία του πάντως αναγνωρίζονται σε ποικίλες στάσεις και συμπεριφορές μας, οι οποίες μάλλον αυθόρμητες πρέπει να θεωρηθούν παρά κληρονομημένες· για να εκδηλωθούν δηλαδή και να υπάρξουν, δεν προϋποθέτουν γονιδιακή μεταβίβαση ή γνώση της αρχαιότητας, της γραμματείας της λ. χ., της πολιτικής της ιστορίας ή της μυθολογίας της.

Δεν είναι ανάγκη, θέλω να πω, να γνωρίζει ο δημοτικός ποιητής τις αντιλήψεις των αρχαίων για το θάνατο και τον Κάτω Κόσμο ώστε να καταλήξει σε ανάλογη στάση, η οποία, ανεπηρέαστη από τους αιώνες του χριστιανισμού και των εσχατολογικών επαγγελιών του, αδιαφορεί για την ανάσταση. Δεν είναι ανάγκη να έχουμε πληροφορηθεί από τον Πλούταρχο πως οι τοτινοί Ελληνες πίστευαν ότι το να γευματίζει κανείς μονάχος του, δίχως καλή παρέα, είναι σαν να γεμίζει απλώς το στομάχι του όπως τα ζώα· κι εμείς, δίχως τη συντροφιά μας, που πολλές φορές τη βρίσκει το ξημέρωμα να λύνει τα προβλήματα του κόσμου όλου, άνοστο το μετράμε το φαγητό. Και δεν είναι ανάγκη να ξέρει ο Νεοέλληνας οδηγός, που σφάζει και σφάζεται για την προτεραιότητα ή για μια θέση παρκαρίσματος, ότι ανάμεσα στα υπόλοιπα πρωτεία που έχει τούτος ο τόπος για να καμαρώνει ή να θλίβεται, είναι και το πρωτείο της ανάγωγης οδηγικής συμπεριφοράς.

Θολωμένος από την προφητεία της Πυθίας για το μαύρο κι άραχλο μέλλον του, ο Οιδίποδας διασταυρώνεται σε κάποιο τρίστρατο, τη Σχιστή οδό, με άλλη άμαξα, βασιλική. Ο κήρυκας του βασιλιά τον προστάζει να αφήσει το πέρασμα ανοιχτό, για να περάσει πρώτος ο αφέντης του. Πέφτουν λοιπόν σε καβγά και, λόγο το λόγο, ο Οιδίποδας (που μόνο το λαοφιλές «ξέρεις ποιος είμαι 'γώ ρε;» δεν θα μπορούσε να πει, γιατί δεν καλοήξερε κι ο ίδιος ποιος ήταν) σκοτώνει αυτόν που, όπως θα μάθαινε αργότερα, ήταν ο πατέρας του, ο Λάιος. Λοιπόν; Μπορούμε να υποθέσουμε πώς, όποτε μαλώνουμε σε δίστρατα και τρίστρατα, είτε υπάρχουν φανάρια είτε όχι, όταν μας πνίγει το δίκιο για μια προτεραιότητα και εξαντλούμε το χριστιανικό υβρεολόγιό μας, αποδεικνύουμε την αυθεντική, οιδιποδειακού προτύπου, ελληνικότητά μας; Ή μήπως όποτε λουφάρουμε, σκαρφιζόμενοι οτιδήποτε για να πάρουμε τρελόχαρτο και να μη στρατευτούμε, αποδεικνύουμε ότι κρατάμε από τη φύτρα του Οδυσσέα, του πρώτου που επιχείρησε να αποφύγει τη στράτευσή του, τη συμμετοχή του στον Τρωικό Πόλεμο, παριστάνοντας τον τρελό;

> “Δεν είναι ανάγκη να έχουμε πληροφορηθεί από τον Πλούταρχο πως οι τοτινοί Ελληνες πίστευαν ότι το να γευματίζει κανείς μονάχος του, δίχως καλή παρέα, είναι σαν να γεμίζει απλώς το στομάχι του όπως τα ζώα· κι εμείς, δίχως τη συντροφιά μας, που πολλές φορές τη βρίσκει το ξημέρωμα να λύνει τα προβλήματα του κόσμου όλου, άνοστο το μετράμε το φαγητό. Και δεν είναι ανάγκη να ξέρει ο Νεοέλληνας οδηγός, που σφάζει και σφάζεται για την προτεραιότητα ή για μια θέση παρκαρίσματος, ότι ανάμεσα στα υπόλοιπα πρωτεία που έχει τούτος ο τόπος για να καμαρώνει ή να θλίβεται, είναι και το πρωτείο της ανάγωγης οδηγικής συμπεριφοράς.”

Αν θέλουμε καλά και σώνει να ερμηνεύσουμε πτυχές της συμπεριφοράς μας με γονιδιακούς ή αιματικούς όρους, ευκολότερο είναι, νομίζω, να εντοπίσουμε την αρχαία κληρονομιά και την επίδρασή της σε αρνητικά ή και απεχθή γνωρίσματά μας, και μάλιστα σοβαρότερα από την επιθετική οδήγηση ή τη λούφα (που κρατάει από το ομηρικό «λωφάω», αναπαύομαι). Η ροπή μας λ. χ. προς τον διχασμό και τον εμφύλιο πόλεμο εμφανίζεται ακατανίκητη στους αιώνες, αφού εκδηλώνεται ακόμα και σε στιγμές πανεθνικής ενότητας, όταν αντιμετωπίζουμε εξωτερικούς εχθρούς σε πόλεμο επιβίωσης· και ποτέ δεν λείπουν οι μηδίζοντες και οι φιλοτομαριστές, από τον Εφιάλτη ώς τον Πηλιογούση, τους κουίσλιγκ και τους μαυραγορίτες. Η εικόνα του διαρκούς εμφυλίου που σχηματίζουν οι τέσσερις «Προβολείς» του Ελύτη στον «Μικρό ναυτίλο» συνοψίζει πικρόχολα τα πάθη χιλιετιών.

Παλιό χούι επίσης είναι να «απομυθοποιούμε» το παρόν συγκρίνοντάς το με την αρχαιότητα, που την εξιδανικεύουμε και κατ' ουσίαν τη νοθεύουμε, για να ταιριάξει με ό, τι εμείς θέλουμε να πιστεύουμε για την υπόστασή της. Δεν ξέρω αν αυτή η συνήθεια κρατάει από τον Ησίοδο και τα τέσσερα γένη του, που ακολούθησαν πτωτική πορεία, τη βλέπουμε πάντως εν δράσει κάθε τόσο, με σταθερό στόχο την απαξίωση του παρόντος. Τώρα, με όσα συμβαίνουν στις πλατείες, ιδιαίτερα με τις ανοιχτές συνελεύσεις, δεν άργησαν να εκδηλωθούν όσοι, εν ονόματι μιας άψογης αρχαιότητας, τις κατακρίνουν σαν ρηχή απομίμηση της αθηναϊκής Εκκλησίας του Δήμου. Ενοχλητική υπόθεση, τωόντι, η άμεση δημοκρατία, ακόμα και σε εμβρυϊκή, ατελή ή εμποδισμένη μορφή, εξού και ο δριμύς επικριτικός λόγος εναντίον της. Αν όμως το καλοσκεφτούμε, αυτή η ανάσταση ή ανάκτηση του πολιτικού πολιτισμού που θεμελιώθηκε στο «τις αγορεύειν βούλεται;», η αναγνώριση δηλαδή του δικαιώματος οποιουδήποτε (κι ας μην είναι τρανός, ειδήμων, από τζάκι κτλ.) να πει το λόγο του και να ελπίζει ότι θα ακουστεί, είναι η μεγάλη προσφορά του κινήματος των πλατειών που, ακόμα και ανεπιγνώστως, τιμά την κληρονομιά μας πολύ περισσότερο απ' όσο οι ανέξοδοι πανηγυρικοί περί ενδόξων προγόνων.

Ισηγορία, ιδού σε μία λέξη, συνώνυμη της δημοκρατίας, όλος ο αρχαίος πλούτος που έμεινε αδρανής. Το δικαίωμα όλων, στις λαϊκές συνελεύσεις, να πουν το λόγο τους, έστω συναισθηματικό ή πολιτικά ανοργάνωτο, θυμίζει πόσο μακριά από την αθηναϊκή επινόηση του 5ου αιώνα π. Χ. είναι οι τωρινές δημοκρατίες: σήμερα, δικαίωμα λόγου έχουν επί της ουσίας μόνο οι νεμόμενοι τις ποικίλες εξουσίες, οι «ειδικοί», οι «προσωπικότητες», οι επαγγελματίες της πολιτικής (πολλοί εκ των οποίων απέκτησαν το δικαίωμα αυτό εκ κληρονομίας). Ναι αλλά, λένε οι κατήγοροι, σ' αυτές τις συνελεύσεις μιλάνε και άνθρωποι αβαθείς. Μάλιστα. Αλλά, πρώτον, αυτό είναι η ισηγορία, που τόσο ενοχλεί τους αριστοκράτες. Και, δεύτερον, τον ίδιο ψόγο εκτόξευσε ήδη ο επίσης αριστοκράτης Αριστοφάνης, ο οποίος ειρωνευόταν όσους χειρώνακτες και άλλους ταπεινής καταγωγής παρενέβαιναν στην Εκκλησία του Δήμου. Οχι. Ιδανικά δεν ήταν τα πράγματα ούτε στον Χρυσό Αιώνα, αφού «ο δημοκρατικός ζήλος έφτανε ήδη από τότε στα όριά του», όπως σημείωνε η Ζακλίν ντε Ρομιγύ στο βιβλίο της «Η έξαρση της δημοκρατίας στην αρχαία Αθήνα» (μτφρ. Μπάμπης Αθανασίου, Κατερίνα Μηλιαρέση, εκδ. «Graal/Το Αστυ», 2006). Πάλι ο Αριστοφάνης λέει στους «Αχαρνείς» του ότι εντεταλμένοι φύλακες, κρατώντας σκοινιά βαμμένα κόκκινα («μεμιλτωμένα»), κυνηγούσαν όσους απέφευγαν να πάνε στην Εκκλησία του Δήμου, ως όφειλαν, προτιμώντας το χάζι και το κουβεντολόι στην αγορά· τους κοκκίνιζαν λοιπόν το χιτώνα, σαν τεκμήριο της λούφας τους, που συνεπαγόταν πρόστιμο. Τουλάχιστον, τώρα, όσοι προσέρχονται, προσέρχονται αυθορμήτως. Δίχως το φόβο του προστίμου ή την προσδοκία της ανταμοιβής.

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.

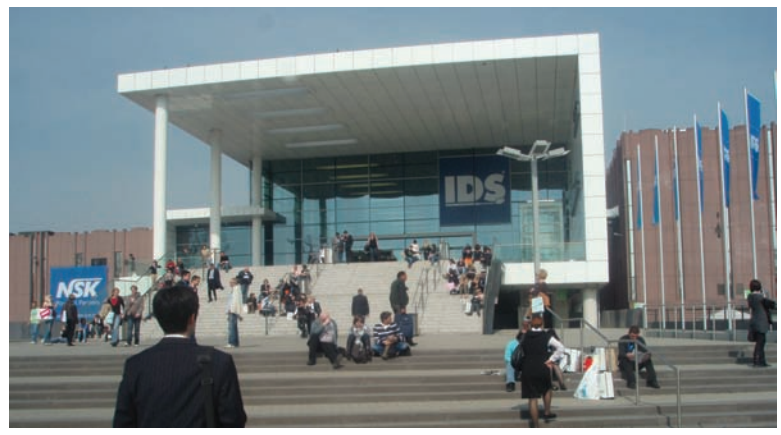
Απόδοση στα ελληνικά: Ν. Καφούσιας

Τιμή 30€

ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΙΚΟ ΒΗΜΑ
Σκουφά 64 106 80 Αθήνα Τηλ. 210 3814 939 e-mail: odvima@otenet.gr

34η International Dental Show

Με σύνθημα την καινοτομία, η φετινή έκθεση ξεπέρασε κάθε προσδοκία



Γράφει ο **Ν. Καφούσιας**, Αν.καθηγητής

Άλλη μια έκθεση οδοντιατρικής τεχνολογίας ή η έκθεση που δίνει το στίγμα της οδοντιατρικής επιστήμης για τα επόμενα δύο χρόνια; Στην εποχή του Internet και της ταυτόχρονης και ακαριαίας ενημέρωσης όλων των ενδιαφερομένων για κάθε καινούργια ανακάλυψη και εφαρμογή, μπορεί κανένας να ελπίζει για κάτι το καινούργιο που θα δει κατά τη διάρκεια μιας έκθεσης; Ακόμα ένα πανηγύρι, ευκαιρία να ξεφύγει κάποιος από τη ρουτίνα της καθημερινής δουλειάς; Ευκαιρία για αγορές από το «εξωτερικό»; Τι από όλα αυτά μπορεί να αντιπροσωπεύει η οδοντιατρική έκθεση της Κολωνίας ή και, εάν ακόμα αντιπροσωπεύει όλα τα παραπάνω, ποιο είναι το κυρίαρχο στοιχείο της; Ποιο είναι το στίγμα της; Ας αφήσουμε την απάντηση για το τέλος, αφού παρακολουθήσουμε μια ομάδα επισκεπτών της φετινής έκθεσης.

Η παρέα των επισκεπτών αποτελούνταν από τους: Νίκο Καφούσια, Γιάννη Χαιρόπουλο, Γιάννη Μπουρνέλη, Τάσο Γονατίδη, Τάκη Δρόλαπα, Διονύση Πίλικα, Κωνστ. Καφούσια, Αμαλία Σαμαρά και Αργυρώ Παπαδοπούλου.

Τα ξενοδοχεία της Κολωνίας κατά τη διάρκεια της έκθεσης στοιχίζουν τα τριπλάσια λεφτά απ' ό,τι τον άλλο καιρό και δεδομένου ότι αυτό τον καιρό οι Γερμανοί παρακολουθούν όλα μας τα έξοδα, αποφασίσαμε να δείξουμε συνετή διαγωγή και να μείνουμε σε κατά πολύ φθηνότερα ξενοδοχεία του γειτονικού Düsseldorf.

Το Düsseldorf είναι η έβδομη πιο πυκνοκατοικημένη πόλη της Γερμανίας και το 2009, σε μια έρευνα των πόλεων με την υψηλότερη ποιότητα ζωής, κατετάγη έκτη πόλη παγκοσμίως και πρώτη στη Γερμανία.

Φτάσαμε αργά το απόγευμα της Τετάρτης και μετά από μια μικρή ανάσα κατευθυνθήκαμε στην παλιά πόλη για φαγητό. Τόσο οι ντόπιοι όσο και οι επισκέπτες, εκμεταλλευόμενοι τον καλό καιρό, είχαν κατακλύσει την παλιά πόλη .

Το Düsseldorf μας καλωσόριζε και παρέπεμπε αναντίρρητα στην έκθεση της Kolo(nia)s

Κάποιος μάλιστα από τους ντόπιους φρόντιζε, λόγω της καλοκαιρίας, να αερίζονται με ιδιαίτερα εντυπωσιακό τρόπο τα πιο θερμά μέρη του κορμιού του. Ο Διονύσης (ο φωτορεπόρτερ της παρέας) άρχισε να ξετυλίγει το ταλέντο του, απαθανατίζοντας τον τροβαδούρο. Η παρέα κατέληξε σε μια κλασική γερμανική μπιραρία, όπου μεταξύ άλλων δοκίμασε και το κλασικό χοιρινό κότσι με ξινολάχανο (Schweinehaxen). Για τους αδαείς να σημειώσουμε ότι για τα επόμενα, μετά το πρώτο ποτήρι μπίρας, δεν χρειάζεται παραγγελία, αυτά αντικαθίστανται αυτομάτως μόλις αδειάσει το προηγούμενο. Επιστρέφοντας στο ξενοδοχείο, νομίσαμε ότι για πρώτη μέρα είχαμε φτάσει στα όρια της αντοχής μας.Τις επόμενες τρεις μέρες διαπιστώσαμε ότι η κούραση της πρώτης μέρας ήταν αστεία μπροστά σε αυτό που μας περίμενε κατά την επίσκεψη στην έκθεση.

Πέμπτη πρωί η πρώτη μας επαφή με την έκθεση. Πρώτη εντύπωση: η άψογη οργάνωση. Παρά τις χιλιάδες των επισκεπτών, κανένας συνωστισμός. Η κάρτα εισόδου σού άνοιγε την μπάρα για τη Διεθνή Οδοντιατρική Έκθεση και η περιήγηση στον γνωστό-άγνωστο κόσμο της οδοντιατρικής τεχνολογίας άρχιζε.

- **Η φετινή έκθεση θεωρείται η μεγαλύτερη όλων των εποχών με 1.956 εκθέτες από 59 χώρες και περίπου 115.000 επισκέπτες από 148 χώρες.**
- **Το 66% των εκθετών ήρθαν από την αλλοδαπή, αυξάνοντας το ποσοστό τους κατά 9%.**
- **Οι αλλοδαποί επισκέπτες αντιπροσώπευαν το 42% αυξάνοντας τη συμμετοχή τους κατά 20%.**

Μεγάλη αύξηση είχαν οι επισκέπτες ιδίως από την Κεντρική και Νότια Αμερική, Αυστραλία, ΗΠΑ, Καναδά, αλλά και Ιταλία, Γαλλία, Κάτω χώρες, Ισπανία, Μεγάλη Βρετανία, Ελβετία, Ρωσία, Ουκρανία, Τουρκία, Ισραήλ, Κίνα και Ινδίες.

Σύμφωνα με δημοσκόπηση που διενεργήθηκε:

- **Το 95% των επισκεπτών που ρωτήθηκαν υπήρξαν από πολύ ευχαριστημένοι μέχρι ευχαριστημένοι από την έκθεση.**
- **Το 95% των επισκεπτών ήταν πολύ ευχαριστημένοι μέχρι ευχαριστημένοι με την προσφορά των προϊόντων και τις προσδοκίες τους από την έκθεση.**

Ο πρόεδρος της Γερμανικής Οδοντιατρικής Ομοσπονδίας (BZÄK)Dr. Peter Engel, αναφερόμενος στην εβδομάδα της έκθεσης είπε: «Το επίπεδο του επαγγέλματος ανεβαίνει. Η οδοντιατρική αγορά είναι για τη Γερμανία μια ατμομηχανή. Οι πρόοδοι του οδοντιατρικού επαγγέλματος θα μπορούσαν να εξασφαλίσουν, στο μέλλον, μια ακόμα καλύτερη οδοντιατρική φροντίδα. Σ΄αυτό το σημείο, όμως, πρέπει να επέμβει η πολιτική. Πρέπει να δημιουργήσει εκείνη την πολιτική της υγείας που θα επιτρέψει στους νεωτερισμούς να εφαρμοστούν και στην πράξη».

Προγράμματα οδοντιατρικής βοήθειας για τους φτωχότερους των φτωχών σε όλο τον κόσμο παρουσίασαν περισσότεροι από 40 συμμετέχοντες στη διάσκεψη για το συντονισμό των οργανισμών βοήθειας της Γερμανικής Οδοντιατρικής Ομοσπονδίας.

Πρωτεργάτες των προσπαθειών αρωγής είναι: οδοντίατροι, οδοντοτεχνίτες και φοιτητές οδοντιατρικής που εργάζονται σε περιοχές του κόσμου που έχουν ανάγκη, αλλά και στη Γερμανία, παρέχοντας οδοντιατρική βοήθεια σε ορφανά, άστεγους, άτομα με ειδικές ανάγκες, καθώς και άτομα απομακρυσμένων περιοχών, στα οποία δεν παρέχεται ιατρική φροντίδα.

Ιδιαίτερα εντυπωσιασμένος υπήρξε και ο πρόεδρος του συνδέσμου των Γερμανικών Ενώσεων των οδοντοτεχνιτών (VDZI), Jürgen Schwichtenberg, επισημαίνοντας μεταξύ άλλων: «...Ιδιαιτέρως η ψηφιακή τεχνολογία είναι για το μέλλον σημαντικότερη από ποτέ». Επισήμανε επίσης: «...Από πολιτικής πλευράς έχει ιδιαίτερη σπουδαιότητα η έναρξη συνεργασίας -στο πλαίσιο της IDS- του συνδέσμου των Γερμανικών Ενώσεων των Οδοντοτεχνιτών (ZDZI) και της European Association for Dental Technology (EADT).

Λίγο σαν χαμένοι , περισσότερο εντυπωσιασμένοι, ξεκινάμε την περιήγηση στην παγκόσμια λαοθάλασσα της οδοντιατρικής τεχνολογίας. Πρόκειται για ένα είδος λαϊκής αγοράς με πάγκους και από τις δύο πλευρές, με ιδιαίτερο χαρακτηριστικό την κυριαρχία των μεγάλων εταιρειών. Αυτές καταλαμβάνουν τεράστια τετράγωνα και διοργανώνουν ποικίλες εκδηλώσεις. Από ζωντανές επεμβάσεις και επιδείξεις μέχρι καλλιτεχνικά δρώμενα. Όπως προχωράμε, με την προσοχή μας να ελκύεται από ό,τι τον καθένα εντυπωσιάζει, φτάνει στ' αυτιά μας η μελωδία της μικρής Νεφέλης, η οποία μας οδηγεί προς το περίπτερο της Ivoclar, μπροστά στο οποίο νεράιδες στα λευκά λικνίζονται στους

γνωστούς για μας ήχους του τραγουδιού.

Ρίχνουμε μια ματιά στον κατάλογο των «Speaker's Corner, προκειμένου να επιλέξουμε τις ζωντανές επιδείξεις. Διαπιστώνουμε ότι γύρω στους 80 παρουσιαστές επιδεικνύουν, και τις πέντε μέρες της έκθεσης, νέες μεθόδους και προϊόντα, από συστήματα εμφυτευμάτων, ψηφιοποίησης, οδοντικής αισθητικής, τεχνολογίας Laser, μέχρι δυνατότητες διαχείρισης του Stress

των οδοντιάτρων.

Οι ζωντανές επεμβάσεις κλέβουν την παράστα-

ση. Ο επισκέπτης έχει την ευκαιρία να παρακολουθήσει την κλινική διαδικασία των τεχνικών που τον ενδιαφέρουν, εφαρμοσμένη από επιλεγμένους κλινικούς, μια και μέσω αυτών οι εταιρείες προβάλλουν τα προϊόντα τους.

Στα περίπτερα των εκδόσεων έχει κανείς την ευκαιρία να φυλλομετρήσει τη μετουσίωση της γνώσης σε έντυπο κείμενο. Όσο και εάν η ψηφιακή τεχνολογία χαράζει νέους ορίζοντες στη διάδοση της γνώσης, η εκδοτική τέχνη δημιουργεί, εκτός από την πνευματική, και μια «αισθησιακή» σχέση μεταξύ συγγραφέα και αναγνώστη με διαμεσολαβητή

και «προξενητή» τον εκδότη.

Ιδιαίτερη έμφαση, στην IDS 2011, δόθηκε στην ψηφιακή τεχνολογία και τη μορφοποίηση των προσθετικών αποκαταστάσεων με την παράκαμψη της χύτευσης, μέσω της πυροσυσσωμάτωσης με Laser (Sintern) και κοπής με CAM. Και στις δύο μεθόδους μπορεί να αντικατασταθεί η κλασική αποτύπωση με ψηφιακή.

Στη μέθοδο της πυροσυσσωμάτωσης (Laser - Sintern) η σκόνη του επιλεγμένου κράματος λιώνει σε θερμοκρασία 1.400˚C και μορφοποιεί το σκαναρισμένο πρότυπο.

Το ενδιαφέρον των επισκεπτών διαπιστώνεται

και από το γεγονός ότι η πλειονότητά τους δεν εγκατέλειπαν την έκθεση παρά μόνο με τη λήξη της. Δεν μπορείς να επισκεφτείς την Κολωνία χωρίς να δοκιμάσεις την περίφημη μπίρα της (Kölsch). Η παρέα εξασφάλισε μια αποκλειστική αίθουσα, σε μια από τις γνωστές μπιραρίες, και κατα-

Όλοι μαζί τα φάγαμε και τα ήπιαμε…

νάλωσε, πλην του κυρίως γεύματος, δυο μέτρα λουκάνικο (το διέθεταν με το μέτρο) και 38 ποτήρια μπίρας εκτός από αυτά που ήπιε ο σερβιτόρος, ο οποίος σε κάθε καινούργια παραγγελία μπίρας κατέβαζε και ο ίδιος από ένα ποτήρι μονορούφι (όχι, δεν ήταν χοντρός).

Η μέρα της δεύτερης επίσκεψης στην έκθεση κύλησε με την ίδια απεγνωσμένη προσπάθεια να προλάβουμε να τα δούμε όλα, πράγμα που δυστυχώς κατά τον βραδινό απολογισμό αποδείχτηκε πάλι ανεκπλήρωτος στόχος τον οποίο μεταθέσαμε για την επομένη. Το βράδυ ακολούθησε πανδαισία μπίρας και γερμανικών σπεσιαλιτέ στην μπιραρία Schumacher του Ντίσελντορφ. Η ανακάλυψη της βραδιάς ήταν ο πουρές, τον οποίον τιμήσαμε δεόντως ως εκπρόσωπο της πασίγνωστης γερμανικής πατάτας. Η βραδιά έκλεισε με ρυζόγαλο, τσάι και μπακλαβάδες,

στην τουρκική μπακλαβαδερί **Damla** (Σταγόνα), απέναντι από το ξενοδοχείο όπου μέναμε.

Η περιήγηση στην έκθεση εξακολούθησε με αμείωτο ενδιαφέρον και τις δύο επόμενες μέρες, στις οποίες ο καθένας πλέον, ανάλογα με τα ενδιαφέροντά του, επισκεπτόταν νέα περίπτερα ή παρακολουθούσε ό,τι είχε επισημάνει τις προηγούμενες μέρες.

Ο οδοντογιατρός δεν τροχίζει πλέον, λεπτόρρευστο πολυμερές εμποδίζει την εξάπλωση της

Zahnarzt bohrt nicht mehr

τερηδόνας, ο ενδοστοματικός σαρωτής αντικαθιστά την αποτύπωση, προβάλλει στο τετράστηλό της η εφημερίδα της Πέμπτης που μοιράζουν στην είσοδο.

Το Σάββατο, τελευταία μέρα της έκθεσης, το αφιερώσαμε για επίσκεψη σε όσα περίπτερα είχαμε επισημάνει κάτι ιδιαίτερα ενδιαφέρον και για ευνοϊκές αγορές κυρίως υλικών, επειδή πολλοί εκθέτες, μικρών κυρίως εταιρειών, πουλάνε τα προϊόντα τους και κυρίως επιδέχονται παζάρι.

Μετά το ολοήμερο ξεθέωμα του Σαββάτου, καταλήξαμε στο παραδοσιακό αριστοκρατικό Kaffee, στην πλατεία της Domm, για καφέ και γλυκό. Όταν κάποιος από την παρέα επισκέφτηκε τις τουαλέτες, μας περιέγραψε εντυπωσιασμένος τη χλιδή τους και το γεγονός ότι οι διαφανείς γυάλι-

Σ' ένα από τα περίπτερα

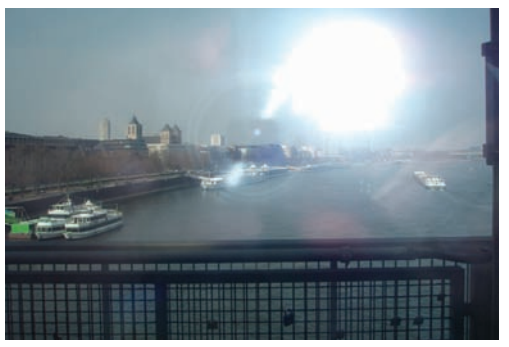
Η κίνηση σ' έναν από τους διαδρόμους που συνδέουν τα περίπτερα.

νες πόρτες γίνονταν αδιαφανείς μόλις τις κλείδωνες. Αυτό δεν ήταν δυνατόν να μην ενεργοποιήσει τον φωτορεπόρτερ της παρέας, ο οποίος έσπευσε με την επαγγελματική του Nikon, κρεμασμένη από το λαιμό, να απαθανατίσει το περιβάλλον. Μπροστά στα ανδρικά ουρητήρια βρισκόταν ένα άτομο εκπληρώνοντας τη φυσική του ανάγκη, ενώ ο ρεπόρτερ μας, με επαγγελματική ευσυνειδησία, σάρωνε με το βλέμμα του το περιβάλλον για το επιθυμητό ενσταντανέ. Σ' εμάς, που περιμέναμε τη σειρά μας, έγινε ξαφνικά κατανοητό πόσο «επικίνδυνο» είναι, σε ορισμένες περιπτώσεις, το επάγγελμα του φωτορεπόρτερ γιατί.. άντε μετά εσύ να πείσεις τους γερμανούς

ότι φωτογραφίζεις το περιβάλλον και όχι τους ίδιους σε αποκαλυπτικές στάσεις. Ευτυχώς, τα γέλια της παρέας δεν άφησαν περιθώριο παρερμηνείας των προθέσεών μας και δεν χρειάστηκε να «καταστρέψουμε» τις λήψεις.

Η ζωντάνια της πόλης σε κάνει να ξεχνάς τις δύσκολες οικονομικές συγκυρίες, ενώ δεσπόζει η προβολή του χαρακτηριστικού αρώματος **«Eau de Cologne».** Ξεκίνησε το 1709 από τον Ιταλό Johan Maria Farina, ο οποίος ίδρυσε στην Κολωνία την παλαιότερη αρωματοποιία. Ένα μπουκάλι **«Eau de Cologne»** κόστιζε τότε μισό ετήσιο εισόδημα. Και παρ' όλα αυτά υπήρξαν προσωπικότητες, όπως ο Ναπολέων, οι οποίοι παράγγελναν 30 με 40 μπουκάλια. Αυτό

οφειλόταν και στο γεγονός ότι λόγω της πανούκλας και άλλων ασθενειών αποφεύγανε το νερό. Το **«Eau de Cologne»** οφείλει την επιτυχία του στο ότι ο Farina, ο εμπνευστής του, εξέλιξε για πρώτη φορά ένα ελαφρύ άρωμα, το οποίο χάρη στα φυσικά του προϊόντα προσαρμοζόταν διαφορετικά στο κάθε δέρμα. Το **«4711»** προστέθηκε αργότερα από τον Wilhelm Mühlens, μετά από μια απαγορευτική δικαστική απόφαση.



Μέσα από το τρένο, κατά την αναχώρησή μας, απαθανατίσαμε για τελευταία φορά την όμορφη πόλη της Κολωνίας και τον ποταμό Ρήνο που τη διασχίζει.

Η τελευταία βραδιά πέρασε στο Düsseldorf με φαγητό στο ξενοδοχείο Merkur και καλό κρασί Βουργουνδίας. Έκλεισε με ρυζόγαλο και μπακλαβά στο Τούρκικο και ανταλλαγή συμπερασμάτων, ως προς το αρχικό ερώτημα. Σε άλλα συμφωνήσαμε, σε άλλα όχι. Όλοι πάντως συνυπογράψαμε τη διαπίστωση της αρθρογράφου του «Dental Praxis»: **Όχι στην IDS της Κολωνίας με καινούργια παπούτσια.**

Η επιστροφή

Η προσμονή

Ραντεβού στην Κολωνία μετά δύο χρόνια. Η IDS είναι για τους ασχολούμενους με την οδοντιατρική τεχνολογία και επιστήμη, ό,τι η Fontana di Trevi για όσους επισκέπτονται τη Ρώμη και ρίχνουν μέσα ένα νόμισμα.

Στο περίπτερο του γερμανικού εκδοτικού οίκου Quintessenz, ο εκδότης και διευθυντής του «Ο.Β.» Γιάννης Καρκατζούλης και η δημοσιογράφος της εφημερίδας Βίκυ Κουρλιμπίνη, μαζί με τον διευθυντή εκδόσεων της Quintessenz, Johannes W. Wolters.

Στη δεξιά φωτογραφία, το περίπτερο Dentalline-Δεβερίκος, μία από τις τρεις συνολικά ελληνικές εταιρείες οδοντιατρικών ειδών που έλαβαν μέρος στην έκθεση. Ήταν ένα περίπτερο που ξεχώριζε, τόσο για την αισθητική του, όσο και για την επισκεψιμότητά του.

Επιστημονικές εκδηλώσεις Ελληνικού Τμήματος ITI για το 2011

Η ITI (International Team for Implantology) είναι μια ανεξάρτητη επιστημονική εταιρεία, παγκόσμιας απήχησης και διεθνούς συμμετοχής, που σκοπό της έχει να εξελίξει, να προωθήσει και να κάνει προσιτή την τεκμηριωμένη γνώση στον τομέα της οδοντικής εμφυτευματολογίας προς όφελος του ασθενούς. Σήμερα που οι αποκαταστάσεις με εμφυτεύματα καταμβάνουν μεγάλο μέρος της καθημερινής οδοντιατρικής πράξης με διευρυνόμενες κλινικές εφαρμογές από μεγάλο αριθμό οδοντιάτρων και για αυξανόμενο πληθυσμό ασθενών, η ITI έχει εστιάσει την επιστημονική της δράση στην εκπαίδευση, την ανάπτυξη τυποποιημένων θεραπευτικών μεθόδων, την εκτίμηση κλινικών δυσκολιών και κινδύνων και την ποιοτική διασφάλιση για αξιόπιστα αποτελέσματα. Καθοδηγούμενη από το όραμά της, η ITI προσπαθεί και επιδιώκει να φτάσει το μήνυμα της θεραπευτικής και ερευνητικής φιλοσοφίας της σε ένα διαρκώς αυξανόμενο κοινό που θα μπορούσε να ωφεληθεί από την εμπειρία της συσσωρευμένης γνώσης.

Η εκπαιδευτική δράση της ITI επιτυγχάνεται μέσα από δραστηριότητες και προϊόντα για παροχή τεκμηριωμένης και ποιοτικής περίθαλψης ασθενών, σε ημερίδες, συμπόσια, συναντήσεις, μαθήματα, επστημονικά προγράμματα και συνέδρια. Η ITI, ως διεθνής επιστημονική εταιρεία που αναπτύχθηκε σημαντικά τα τελευταία χρόνια για να καλύψει και τις απαιτήσεις ενός ολοένα αυξανόμενου αριθμού μελών (820 Fellows και 7.100 μέλη το 2010), βασίζεται σε μια οργανωτική δομή που αντανακλά τα ενδιαφέροντα και τις ανάγκες της. Για την καλύτερη κατανομή και διεκπεραίωση του έργου της, υπάρχουν επιτροπές και εθνικά τμήματα ανά τον κόσμο που υποστηρίζουν και προωθούν εκπαιδευτικές δραστηριότητες σε όλα τα επίπεδα της προπτυχιακής, μεταπτυχιακής και συνεχιζόμενης εκπαίδευσης των οδοντιάτρων διασφαλίζοντας με τον τρόπο αυτό τη ροή και μετάδοση πληροφοριών προς κάθε Μέλος και διευκολύνοντας αντίστροφα την αξιολόγηση της ανταπόκρισης από τις κεντρικές δομές. Σήμερα υπάρχουν παγκοσμίως 26 Τμήματα ITI , κάθε ένα από τα οποία διοικείται από πενταμελές διοικητικό συμβούλιο.

Το Ελληνικό Τμήμα ITI, που περιλαμβάνει και την Κύπρο, ιδρύθηκε το 2007 και απαριθμεί 11 Fellows και 190 Μέλη. Μέσα στα τέσσερα χρόνια λειτουργίας του, παρουσιάζει σημαντικά βήματα προόδου και ανάπτυξης τονίζοντας την ισχυρή και υπεύθυνη παρουσία του στο χώρο της Εμφυτευματολογίας και της Συνεχιζόμενης Εκπαίδευσης.

Στο πλαίσιο της φιλοσοφίας ITI και ακολουθώντας τις τελευταίες οδηγίες, το ελληνικό τμήμα ITI δημιουργεί σε όλη την Ελλάδα τοπικούς πυρήνες επιμόρφωσης και συνεχούς εκπαίδευσης, τα study clubs. Αυτά βασίζονται σε μια φιλοσοφία που λειτουργεί με μεγάλη επιτυχία για πολλά χρόνια σε άλλες χώρες, όπως η Ελβετία και οι ΗΠΑ, και που η ITI προωθεί τώρα σε παγκόσμιο επίπεδο για την πιο άμεση και εποικοδομητική επιμόρφωση των μελών της. Το κάθε study club απαρτίζεται από 20-30 σταθερά μέλη με έναν υπεύθυνο (study club director), ενώ τη συνολική εποπτεία της λειτουργίας τους θα έχει ο study club coordinator.

Τα study clubs συναντιούνται 3 ή 4 φορές τον χρόνο και οι συναντήσεις είναι διάρκειας 3-5 ωρών. Οι εκπαιδευτικές δραστηριότητες των study clubs αφορούν κατά κύριο λόγο στην ανταλλαγή απόψεων μεταξύ των συμμετεχόντων με παρουσιάσεις περιστατικών, αναφορά και συζήτηση λαθών, δυσκολιών, επιτυχιών καθώς και παράξενων και ενδιαφερόντων περιστατικών. Μπορούν ακόμη να περιλαμβάνουν την ανάπτυξη ενδιαφερόντων θεμάτων από μέλη των study clubs ή από προσκεκλημένους ομιλητές της Ελλάδας ή του εξωτερικού. Μέσα από αυτές τις συναντήσεις οι συμμετέχοντες θα ενημερώνονται για τα νέα επιστημονικά δεδομένα και τις νέες τάσεις που διαφαίνονται στην κλινική εμφυτευματολογία βάσει της διεθνούς βιβλιογραφίας. Τα study clubs είναι χρηματοδοτούμενα από την ITI, και ως εκ τούτου η συμμετοχή των μελών είναι δωρεάν, γεγονός που δίνει τη δυνατότητα σε όλους μας να βελτιωθούμε και να ανταλλάξουμε απόψεις στα θέματα που μας αφορούν. Προϋπόθεση, όμως, για να συμμετέχει κάποιος στα study clubs είναι να είναι μέλος της ITI και να είναι εγγεγραμμένος σε ένα από αυτά τις δραστηριότητες του οποίου και μόνο μπορεί να παρακολουθήσει. Η συμμετοχή όσων ενδιαφέρονται και δεν είναι μέλη ITI, είναι ελεύθερη για την πρώτη συνάντηση, προκειμένου να ενημερωθούν και να διαπιστώσουν τον τρόπο λειτουργίας τους.

Περισσότερες πληροφορίες σχετικά με τα Study Club που λειτουργούν, τους υπευθύνους και τις ημερομηνίες συναντήσεων μπορείτε να βρείτε στην ιστοσελίδα **www.iti.org/greece**.

Επίσης για το 2011 είναι προγραμματισμένες τρεις επιστημονικές ημερίδες. Η πρώτη έγινε στο Λουτράκι στις 28 Μαΐου με θέμα «Άμεση Εμφύτευση-Άμεση Φόρτιση», η δεύτερη είναι προγραμματισμένη για τις 24 Σεπτεμβρίου 2011 στην Αθήνα με προσκεκλημένους ομιλητές τους Dr. Luca Cordaro και Dr. Mario Roccuzzo και θέμα «Effective treatment in patients with periodontal disease and/or with severely compromised dentition», ενώ η τελευταία για το 2011 θα γίνει στις 3 Δεκεμβρίου 2011.

Περισσότερες πληροφορίες σχετικά με τη θεματολογία, τους ομιλητές και τον τόπο κάθε ημερίδας ITI μπορείτε να βρείτε επίσης στην ιστοσελίδα **www.iti.org/greece**.

Με την ευκαιρία αυτή το Δ.Σ. του ελληνικού τμήματος ITI θα ήθελε να απευθύνει προσωπική πρόσκληση σε κάθε συνάδελφο να μας τιμήσει με την εγγραφή του ως Μέλος στην Επιστημονική Εταιρεία ITI, ελπίζοντας να συναντηθούμε σύντομα σε κάποια από τις μελλοντικές επιστημονικές εκδηλώσεις μας.

Δ.Σ. Ελληνικού Τμήματος ITI

Νικήτας Συκαράς, *Chairman*
Σοφοκλής Βογιαζής, *Educational Delegate*
Γιάννης Φουρμούζης, *Study Club Coordinator*
Γιώργος Βήλος, *Section Communication Officer*
Αλέξανδρος Κοσμάς, *Section Administrator*

Τηλέφωνο επικοινωνίας: 210 -77.70.670/675

Στοματολογία - Έγχρωμος Άτλας

Ένα σύγχρονο, εύχρηστο και πρακτικό βοήθημα για την επίλυση κάθε διαγνωστικού προβλήματος στο στόμα

Του Καθηγητή Στοματολογίας Γιώργου Λάσκαρη

100 €

514 σελίδες και περίπου 644 έγχρωμες φωτογραφίες

Το πιο ολοκληρωμένο βιβλίο στο είδος του στη διεθνή βιβλιογραφία, με εκδόσεις στα Αγγλικά και σε 8 ακόμη γλώσσες.

- Το υλικό είναι ταξινομημένο σε 37 κεφάλαια και σε κάθε νόσο παρατίθενται τα κλινικά σημεία και συμπτώματα και η διαφορική διάγνωση
- Για κάθε νόσημα αναφέρονται οι κατάλληλες εργαστηριακές εξετάσεις που βοηθούν στη διάγνωση και τη θεραπεία
- 214 νέες έγχρωμες εικόνες έχουν προστεθεί στον παλιό Άτλαντα και 150 έχουν αντικατασταθεί από άλλες καλύτερης ποιότητας

Απαραίτητο για τον οδοντίατρο, το γιατρό και το φοιτητή για μια σωστή κατανόηση της Παθολογίας του Στόματος

«Θεραπευτική Νόσων Στόματος»

Από τον Καθηγητή Στοματολογίας
Γιώργο Λάσκαρη

60 €

320 σελίδες και περίπου 250 πίνακες

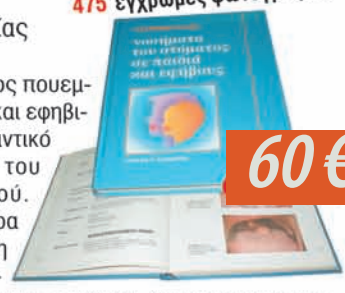
Η πιο σύγχρονη θεραπευτική προσέγγιση των νόσων του στόματος

Περιέχει χρήσιμες οδηγίες πριν από την απόφαση για θεραπεία με στόχο επιτυχημένο αποτέλεσμα και κατοχύρωση της υγείας του ασθενούς και παραθέτει αναλυτικά τα θεραπευτικά σχήματα (επιλογή κατάλληλου φαρμάκου, μορφή χορήγησης, δοσολογικά σχήματα, διάρκεια θεραπείας, ανεπιθύμητες δράσεις φαρμάκων και άλλες λεπτομέρειες), που διασφαλίζουν τον ασθενή και καταξιώνουν τον ιατρό-θεραπευτή.

Νοσήματα του στόματος σε παιδιά και εφήβους

416 σελίδες και περίπου 475 έγχρωμες φωτογραφίες

Γιώργου Λάσκαρη
Καθηγητή Στοματολογίας



60 €

Τα νοσήματα του στόματος πουεμφανίζονται στην παιδική και εφηβική ηλικία αποτελούν σημαντικό τμήμα της Παθολογίας του ανθρώπινου οργανισμού. Παρά ταύτα, μέχρι σήμερα δεν υπήρξε μεθοδευμένη προσπάθεια συγκέντρωσης όλων των γνώσεων που απαιτούνται, ώστε η ιατρική προσφορά να είναι ανάλογη με την κοινωνική ευαισθησία και τις απαιτήσεις της παιδικής ηλικίας.

Ο καθηγητής Γιώργος Λάσκαρης κατάφερε να παρουσιάσει με επιστημονικό και ταυτόχρονα εύληπτο τρόπο τα νοσήματα του στόματος στα παιδιά και στους εφήβους, περιγράφοντας με σαφήνεια, ακρίβεια και πληρότητα τα κύρια χαρακτηριστικά της κάθε νόσου. Στο βιβλίο τα νοσήματα χωρίστηκαν σε τρεις μεγάλες ενότητες: α)τοπικά νοσήματα, β) συστηματικά νοσήματα και γ) όγκοι (καλοήθεις, ινοοστικές βλάβες, κακοήθη νεοπλάσματα). Η ταξινόμηση αυτή, σε συνδυασμό με την προσέγγιση κάθε νόσου με την παράθεση κλινικών, εργαστηριακών και θεραπευτικών πληροφοριών και την ταυτόχρονη παρουσία αντιπροσωπευτικής κλινικής εικόνας και μερικές φορές ιστοπαθολογικής ή άλλης, καθιστά το βιβλίο ένα απαραίτητο βοήθημα σε κάθε χώρο όπου δίνεται καθημερινά μάχη με τα νοσήματα των παιδιών.

ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΙΚΟ ΒΗΜΑ
Σκουφά 64 106 80 Αθήνα Τηλ. 210 3814 939 e-mail: odvima@otenet.gr

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

Συνέδριο OSTEOLOGY

Στο διασημότερο συνεδριακό κέντρο της Ευρώπης, το Osteology foundation διοργάνωσε το διεθνές συνέδριο στις Κάννες, από τις 14 μέχρι τις 16 Απριλίου 2011, με παρουσία 3.500 συνέδρων από όλο τον κόσμο. Τεράστια banners σε διάφορα σημεία της πόλης ενημέρωναν για το συνέδριο και η πόλη ζούσε σε «οδοντιατρικούς ρυθμούς».

Ο David Nisand αναφέρθηκε στους σταθμούς της εμφυτευματολογίας της τελευταίας δεκαετίας. Ως πρώτη έθεσε τις νέες επιφάνειες που δίνουν τη δυνατότητα ταχύτερης οστεοενσωμάτωσης. Δεύτερος μεγάλος σταθμός φαίνεται ότι είναι η Piezosurgery. Ήδη από τότε που πρωτοεμφανίστηκε στην κλινική πράξη (Vercelotti 2000), έχει αλλάξει τη μορφή και το πρωτόκολλο της διαχείρισης του οστού των γνάθων. Οι καθιερωμένες ενδείξεις της πιεζοχειρουργικής είναι η λήψη block και τεμαχισμένου οστού, η ανύψωση ιγμορείου και η διάσχιση ακρολοφίας. Όμως η σαφής υπεροχή όσον αφορά την ελαχιστοποίηση του τραύματος στο οστούν, σταδιακά δίνει στην πιεζοχειρουργική θέση ακόμη και στην παρασκευή των φρεατίων για εμφυτεύματα (Preti 2007). Μειονέκτημα είναι ο διπλάσιος χρόνος έναντι της κλασικής χρήσης εγγλυφίδων.

Όμως ο Stubinger (2010) έδειξε ότι αν και η πρώτη φάση επούλωσης του φρεατίου γίνεται ταχύτερη μετά τις πρώτες δέκα βδομάδες, δεν υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά. Αντίθετα οι Rashad et al (2011) βρήκαν ότι η πιεζοχειρουργική παράγει περισσότερη θερμότητα σε σχέση με την κλασική τεχνική.

Επόμενος ομιλητής ήταν ο W. Zechner με θέμα «Επιπλοκές στην οστική αναγέννηση». Αναφορικά με την ανύψωση ιγμορείου, αν και η πιεζοχειρουργική αποτελεί πρώτη επιλογή, θα πρέπει 4-6 εβδομάδες μετά την επέμβαση να αξιολογείται ακτινογραφικά η υγεία της μεμβράνης του Schneider. Εκτός όμως από τη χρήση πιεζοχειρουργικής, η χρήση μεμβράνης για την κάλυψη του οστικού παραθύρου, η σταθεροποίηση αυτής και η αποφυγή διάτρησης της μεμβράνης του Schneider είναι σημαντικές παράμετροι.

Ο Dietmar Weng αναφέρθηκε στο βιολογικό εύρος των περιεμφυματικών ιστών. Σύμφωνα με τα κριτήρια επιτυχίας των εμφυτευμάτων (Tarb & Albrektson 1998), η κατ' έτος απώλεια της παρυφής του οστού δεν θα πρέπει να υπερβαίνει τα 0,2mm. Η μεσόφαση μεταξύ κολοβώματος και εμφυτεύματος φαίνεται ότι ασκεί επίδραση στην απώλεια οστού. Η ελαστική παραμόρφωση κατά την άσκηση δύναμης, μάλιστα, μεγιστοποιεί το κενό αυτό.

Το platform switching μεταφέρει τη μεσόφαση αυτή μακριά από την παρυφή του οστού, με αποτέλεσμα την ελαχιστοποίηση της απορρόφησης. Η τεχνολογία έχει καταστήσει εφικτή τη χρήση της για βελτίωση του αποτελέσματος. Για το θέμα αυτό μίλησε ο M. Chiapasco.

Έτσι σήμερα, εκτός από το platform switching, γίνονται έρευνες και σε εμφυτεύματα μειωμένης διαμέτρου με καλά αποτελέσματα.

Οι Zinsli et al (2004), Flanegan (2008) και άλλοι έδειξαν ότι τα εμφυτεύματα από το κλασικό κράμα Ti (Grade IV) σπάνε συχνά, όταν η διάμετρός του είναι μικρότερη των 3mm. Έτσι η τοποθέτηση εμφυτευμάτων θα γίνει πιο απλή διαδικασία. Σήμερα η έρευνα γίνεται σε κράμα 85% Ti και 15% Zn. Η **Strauman με το Roxolid® έχει ήδη τεκμηριωθεί από πολλές μελέτες που δείχνουν επιτυχία 98,9% και απουσία καταγμάτων σε διάμετρο 3,3mm. Έτσι η τοποθέτηση εμφυτευμάτων θα γίνει πιο απλή διαδικασία, χωρίς ανάγκη ενδιάμεσης φάσης οστικής αναγέννησης με πάχυνση ακρολοφίας.**

Ο συνδυασμός του Grade IV με το ταντάλιο, ένα κράμα που μιμείται το φατνιακό οστούν, ήταν το θέμα της ομιλίας του M. Schlee. Το πλεονέκτημα αυτής της επιφάνειας είναι η ταχύτερη ενσωμάτωση και ωρίμαση των ιστών. Οι επιφάνειες αυτές εφαρμόζονται στην ορθοπεδική με μεγάλη επιτυχία και διάφορα συστήματα στην εμφυτευματολογία πραγματοποιούνται ήδη για την εφαρμογή τους στην οδοντιατρική.

Ο J.Becker μίλησε για το πάντα προσφιλές του θέμα σε διεθνείς διοργανώσεις, την περιεμφυτευματίτιδα. Οι Berglund (1991), Pontoriero και άλλοι έχουν αποδείξει ότι η αιτιολογία της περιεμφυτευματίτιδας είναι το βιοϋμένιο. Η διάγνωση γίνεται με την περιοδοντική μύλη (με ελαφρά δύναμη 0,25 N), και δεν προκαλεί βλάβη στους περιμεφυτευματικούς ιστούς.

Το CBCT σήμερα είναι τεκμηριωμέ-

Στο ιστορικό συνεδριακό κέντρο των Καννών, εκεί ακριβώς όπου κάθε Μάιο γίνεται το Φεστιβάλ Κινηματογράφου, 3.500 σύνεδροι έδωσαν το «παρών» στη μεγάλη διοργάνωση του Osteology. Η έκθεση οδοντιατρικών ήταν εστιασμένη στην θεματολογία του συνεδρίου και γενικά η διοργάνωση ήταν άψογη. Οι δύο τεράστιες αίθουσες ήταν μονίμως ασφυκτικά γεμάτες, δείχνοντας το επίπεδο των σύνεδρων αλλά και των ομιλιών. Αξίζει μνείας η καταπληκτική δεξίωση της Παρασκευής με μιούζικαλ, ιταλικά ποκ και τζαζ συγκροτήματα και κουζίνες που θα ικανοποιούσαν και τον πιο απαιτητικό. Το συνέδριο αυτό τα είχε όλα, μόρφωση, κοσμοπολίτικη αίσθηση και διασκέδαση, ανεβάζοντας ψηλά τον πήχη για οποιαδήποτε άλλη διεθνή διοργάνωση.

Αυτά βέβαια για τον υπόλοιπο κόσμο, γιατί στην Ελλάδα η πραγματικότητα για τα συνέδρια είναι σκληρή.

ΜΕΙΩΜΕΝΑ κατά 20% είναι τα συνέδρια που έχουν προγραμματισθεί για το 2011, ενώ έως και 40% έχει υποχωρήσει η συνολική συμμετοχή συνέδρων, σύμφωνα με τα επικαιροποιημένα στοιχεία του Συνδέσμου Ελλήνων Επαγγελματιών Οργανωτών Συνεδρίων.

Όπως αναφέρουν αυτά, η χώρα φιλοξένησε 10% λιγότερα συνέδρια από το 2009. Ωστόσο, βασικό πρόβλημα είναι η συρρίκνωση των συνεδρίων, που το 2010 άγγιξε το 15%, με την έννοια ότι οι διοργανώσεις πλέον είναι μικρότερης κλίμακας και περιορισμένης αριθμητικής συμμετοχής.

Μεγάλο πλήγμα έχουν δεχτεί τα διεθνή συνέδρια που λαμβάνουν χώρα στην Ελλάδα, καθώς το 2011 θα είναι μειωμένα κατά 40%. Οσον αφορά το 2012, εκτιμάται (HAPCO) ότι τα συνέδρια στα οποία συμμετέχουν ξένοι σύνεδροι θα υποστούν απώλεια της τάξης του 15% σε σύγκριση με το 2011. Από την άλλη, τα εθνικά συνέδρια για το 2012 υπολογίζεται ότι θα κυμανθούν στα επίπεδα του 2011. Επειδή όμως τα συνέδρια είναι απαραίτητα για την επιστημονική μας ολοκλήρωση αλλά και για την οικονομία της χώρας μας, πιστεύω ότι πρέπει όλοι οι φορείς να προσπαθήσουν να αντιστρέψουν το ταχύτερο δυνατόν αυτή την τάση. Ιδέες μπορεί να είναι η μείωση των τιμών για τους συνέδρους, η επιλογή ωραίων προορισμών, η προσεκτική επιλογή των θεμάτων και των ομιλητών. **Από τη δική μας πλευρά θα προσπαθούμε πάντα να σας φέρνουμε «κοντά» στη μαγεία των συνεδρίων. Στην προσπάθεια αυτή αρωγοί μας ήταν η εταιρεία του Δ. Μαυραειδόπουλου (Xive,Ankylos,Gore Tex), η εταιρεία Sadent (Nobelbiocare, Satelec, Discus) και η Αρριάνη (Bio-Oss).**

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

105 €

ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΙΚΟ ΒΗΜΑ
Σκουφά 64 106 80 Αθήνα Τηλ. 210 3814 939 e-mail: odvima@otenet.gr

νο για τη διάγνωση της περιεμφυτευματίτιδος. Η θεραπεία γάβικα απαιτεί την αφαίρεση του βιοφίλμ από τις μολυσμένες εμφυτευματικές επιφάνειες. Μεγαλύτερη δυνατότητα αφαίρεσης (95%) γίνεται με το Er- Yag και τη σοδοβολή (κίνδυνος εμφυσήματος). Ο ιδεώδης τρόπος πλήρους αφαίρεσης βιοφίλμ είναι ο χειρουργικός, γιατί αφαιρεί την πλάκα και δεν εξαλείφει απλώς τα μικρόβια της πλάκας. Έτσι σε συντηρητική θεραπεία με Er- Yag laser, ο δείκτης BOP ήταν ίδιος με το control group.

Η μεγάλη ημέρα τυπικής έναρξης του συνεδρίου στον υπέροχο χώρο συνεδρίων των Καννών ήταν η Πέμπτη.

Ο Maltias Klumm, ο πιο σημαντικός φωτογράφος και σύζυγος της CEO του National Geographic, ήταν ο ομιλητής που άνοιξε τις ομιλίες. Η επιλογή αυτή δείχνει το πολυεπίπεδο της γνώσης του σύγχρονου οδοντιάτρου. **Ναι, μας ενδιαφέρουν τα δόντια, αλλά μας ενδιαφέρει και η μηχανική, η στατιστική, τα οικονομικά, η κοσμολογία, η βιολογία. Ίσως σήμερα η οδοντιατρική να είναι η πιο πολυσυλλεκτική από πλευράς γνώσεων και ενδιαφερόντων ειδικότητα της ιατρικής.** Ο M. Klumm, βασικό μέλος σε διεθνές οικονομικό forum στο Νταβός, μίλησε για θεμελιώδη ζητήματα του σύγχρονου ανθρώπινου πολιτισμού, όπως την ισορροπία του οικοσυστήματος, την καταστροφή των τροπικών δασών και την κλιματική αλλαγή. Έδειξε μαγικές εικόνες από διάφορα σημεία του πλανήτη, από διάφορα είδη, άλλα που υπάρχουν σε αφθονία και άλλα που σε λίγο καιρό θα εξαφανιστούν από την ανθρώπινη υπερεκμετάλλευση. Γενικά η ομιλία αυτή ενημέρωσε, συγκίνησε και έδωσε μια διαφορετική διάσταση στο οδοντιατρικό συνέδριο. Η Οδοντιατρική είναι ενεργό μέρος του σύγχρονου πολιτισμού!

Ο Ch. Hammerle συνέχισε μετά το διάλειμμα με ένα από τα προσφιλή μας θέματα, την GBR, τεχνική που ξεκίνησε από τον Lindhe το 1982. Σε μελέτη του Antoun (2001) αποδείχτηκε ότι η μεμβράνη είναι απαραίτητη για την οστική ανάπλαση.

Η GBR γίνεται είτε με κλειστή είτε με διαβλεννογόνια επούλωση. Η μεμβράνη e- PTFE δίνει ελαφρώς καλύτερα αποτελέσματα σε σύγκριση με τις απορροφούμενες (98% vs 95%), με μειονέκτημα τη συχνότερη διάνοιξη των κρημνών. Έτσι σήμερα η απορροφούμενη μεμβράνη είναι υλικό επιλογής, με εξαίρεση τα πολύ ευμεγέθη ελλείμματα. Η δημιουργία χώρου με κάποια filler κάτω από τη μεμβράνη είναι απαραίτητη (Schmid, Hammerle 1997).

Στο 6ο Workshop Περιοδοντολογίας κατέληξαν ότι δεν είναι προβλέψιμη η μάζα του οστού που θα δημιουργηθεί από την GBR. Επίσης η ποιότητα του οστού και συνεπώς η πρόγνωση των τοποθετημένων σε αναγεννημένο οστούν εμφυτευμάτων δεν είναι ακριβώς όπως στο προϋπάρχον οστούν. Στην κάθετη GBR μελέτη του 2009 (Esposito M. et al)κατέληξε ότι καλύτερη πρόγνωση έχει η τοποθέτηση κοντύτερων εμφυτευμάτων σε προϋπάρχον οστούν παρά μακρύτερων σε αναγεννημένο. Σε μελέτη του Benic G φάνηκε ότι η CBCT δεν δίνει με ακρίβεια τις διαστάσεις του παρειακού πετάλου στα εμφυτεύματα.

Ο S. Jensen είχε την επόμενη ομιλία με θέμα «Επιλογή υλικών για την GBR». Οι μεμβράνες μειώνουν την απορρόφηση του μοσχεύματος, εμποδίζουν τη μετανάστευση επιθηλιακών κυττάρων, αλλά και τη μετακίνηση του μοσχεύματος από την περιοχή αναγέννησης. Οι απορροφούμενες μεμβράνες είναι είτε Polymeric, Polyglicoid ή Polylactid. Σε αντίθεση με τις μη απορροφούμενες e-PTFE η Ti (συνήθως Gore-Tex) δεν χρήζουν δεύτερης επέμβασης, δεν έχουν συχνές αποκαλύψεις, αλλά δεν έχουν ιδιότητες διατήρησης χώρου και απορροφώνται σχετικά γρήγορα. **Φαίνεται όμως ότι για μεγάλα ελλείμματα η Gore Tex αποτελεί τον χρυσό κανόνα.**

Το αυτογενές μόσχευμα έχει το πλεονέκτημα ότι είναι οστεοεπαγωγικό και οστεοκαθοδηγητικό, αλλά έχει το μειονέκτημα της απορρόφησης και της δημιουργίας δεύτερου τραύματος για τη λήψη του. Το αλλομόσχευμα έχει τα πλεονεκτήματα του αυτομοσχεύματος (Mellonig et al 1995), αλλά και μειονεκτήματα, όπως μεταφορά νόσων, απορρόφηση και μειωμένα μηχανικά χαρακτηριστικά. Τα ξενομοσχεύματα έχουν πλεονεκτήματα όσον αφορά τη μειωμένη απορρόφηση, αλλά δεν έχουν οστεοεπαγωγικά χαρακτηριστικά και η απορρόφησή τους δεν μπορεί να επιλεγεί. Η γεωμετρία και τα επιφανειακά χαρακτηριστικά των μοσχευμάτων παίζουν σημαντικό ρόλο στη δράση τους. Τα αλλοπλαστικά έχουν το πλεονέκτημα της μεταβαλλόμενης απορρόφησης, αλλά δεν έχουν οστεοκαθοδηγητικά χαρακτηριστικά. **Η έρευνα πλέον έχει επικεντρωθεί στη δημιουργία απορροφήσιμης μεμβράνης με μεγαλύτερο χρόνο απορρόφησης, καθώς και στην εξέλιξη της πολλά υποσχόμενης μεμβράνης της Strauman.**

Ο M. Araujo μίλησε πάνω στο πολύ ενδιαφέρον θέμα «Διατήρηση των διαστάσεων του μεταξακτικού φατνίου». Η γνάθος αποτελείται από το οστούν της βάσης της γνάθου και από τη φατνιακή απόφυση. Το φατνιακό οστούν γύρω από το δόντι δεν περιέχει Αβέρσιους σωλήνες, αλλά ίνες κολλαγόνου, ανάλογες με την οστεΐνη. Σε μελέτες (Janario 2011) φάνηκε ότι το μέσο πάχος του παρειακού πετάλου στην αισθητική περιοχή είναι 0,5mm. Το 15% ήταν παχύτερο από 1mm. Μετά την εξαγωγή, το 30% της οριζόντιας απώλειας λαμβάνει χώρα στους πρώτους 3 μήνες και το 50% στους πρώτους 5 μήνες. Στους πρώτους 12 μήνες λαμβάνει χώρα κάθετη απώλεια 1-2mm. Ακόμη κι αν τοποθετηθεί εμφύτευμα στο μεταξακτικό φατνίο παρειακά, υπάρχει κάθετη απώλεια 1-3mm άσχετα με την αρχική οστεοενσωμάτωση (Avanjo et al 2006).

Σε συμφωνία με όσα μας είχε πει ο Lindhe, **ο Araujo έδειξε ότι με την τοποθέτηση ξενομοσχεύματος (Bio-Oss) στο μεταξακτικό φατνίο προλαμβάνει την απώλεια του παρειακού πετάλου (μέτρηση σε 3 και 6 μήνες).** Φαίνεται ότι, επειδή οι οστεοκλάστες δεν μπορούν να απορροφήσουν το Bio-Oss στις 4 εβδομάδες, αντικαθίστανται από οστεοβλάστες μέχρι την παρυφή του μοσχεύματος, οδηγώντας στην πλήρη οστεοενσωμάτωση των υλικών και συνεπώς στη διατήρηση των διαστάσεων του φατνίου, έχοντας μόνο μικρή απώλεια παρειακά.

Ο s. Chen ανέπτυξε το θέμα «Άμεση εμφύτευση, ενδείξεις και περιορισμοί». Η άμεση εμφύτευση έχει το προφανές πλεονέκτημα της μιας επέμβασης, αλλά σημαντικά μειονεκτήματα, την απρόβλεπτη απώλεια διαστάσεων του μεταξακτικού φατνίου και το έλλειμμα των μαλακών ιστών. Η

τοποθέτηση Bio-Oss προστομιακά και μεμβράνης μειώνει την οριζόντια απώλεια. Φυσικά, το πάχος του παρειακού πετάλου έχει πολύ σημαντική επίδραση στην τελική απώλεια των διαστάσεων οριζόντια και κάθετα του παρειακού πετάλου. Παρά τις μελέτες που συνηγορούν στην πλήρωση με οστούν μεταξύ του εμφυτεύματος και του μεταξακτικού φατνίου μέχρι 2,5mm, ο ομιλητής έδειξε πολλά περιστατικά απώλειας εμφυτεύματος λόγω μη πλήρωσης των κενών και μάλιστα τα περισσότερα με κλειστή επούλωση. Ο λεπτός βιότυπος, η σωστή φορά τοποθέτησης είναι επίσης κάποιες πολύ σοβαρές παράμετροι επιτυχίας της άμεσης εμφύτευσης.

Το απόγευμα της πρώτης μέρας στη δευτερεύουσα αίθουσα του συνεδριακού χώρου, ήταν αφιερωμένο στην περιεμφυτευματίτιδα. Πρώτος ομιλητής ήταν φυσικά ο T. Berglund. Αναλύοντας με τον χαρακτηριστικό του τρόπο τον τρόπο του πειραματικού μοντέλου με τις προσθέσεις, **τόνισε ότι η περιεμφυτευματίτις διαφέρει σημαντικά από την περιοδοντίτιδα.** Οι αδρές επιφάνειες ευνοούν τη μεγάλη βαρύτητα της περιεμφυτευματίτιδας (Albony et al 2011). Στην περιεμφυτευματίτιδα η φλεγμονή είναι οξεία και πιο επιθετική. Η πρόοδός της είναι πιο ταχεία και σχετίζεται με τη φύση και τη μορφολογία του εμφυτεύματος. Ο G. Saln αναφέρθηκε στους προδιαθεσικούς και άλλους παράγοντες που σχετίζονται με την περιεμφυτευματίτιδα. Η κακή τοποθέτηση των εμφυτευμάτων, η μειωμένη απόσταση μεταξύ των εμφυτευμάτων, η κακή προσθετική αλλά και τα υπολείμματα κονίας (81%) είναι παράγοντες προδιαθεσιακοί της περιεμφυτευματίτιδας.

Ο J. Blanco στην κυρίως αίθουσα αναφέρθηκε στην οριζόντια πάχυνση πολύ στενών ακρολοφιών. Το αναγεννημένο οστούν στην περιοχή των εμφυτευμάτων είχε την ίδια συμπεριφορά και απορρόφηση, όπως και στο προϋπάρχον οστούν. Ο έλεγχος σήμερα γίνεται με CBCT με κάποιο βαθμό σχετικής ακρίβειας. Η ταχέως ανερχόμενη και ιδιαιτέρως εμφανίσιμη συνεργάτης του M. Simion, Isabella Roccjietta είχε την επόμενη ομιλία. Όταν υπάρχει έλλειμμα στην κάθετη διάσταση, οι εναλλακτικές λύσεις είναι τα κοντά εμφυτεύματα, η κάθετη αύξηση (διατατική οστεογένεση, BMP, blocks κ.τ.λ.). Σήμερα η ανάγκη αποφυγής λήψης μοσχεύματος και η ανακάλυψη των μορφογεννητικών πρωτεϊνών (BMP-2, BMP-7, PTH, TGFB, PDGF) οδηγούν στους bioengineered ιστούς. Για τη θεραπεία κάθετων ελλειμμάτων από τελευταίες μελέτες χρήσης block μοσχεύματος από άλογα που έχουν αφαιρεθεί σε πρωτεΐνες (deproteinized equine blocks,) εμποτισμένου με αυξητικούς παράγοντες χωρίς χρήση μεμβράνης, φαίνεται ότι δεν έχει μεγάλα προβλήματα των ανάλογων blocks και τη μεγάλη απορρόφησή τους. Ο J. Becker μίλησε με θέμα «Παράγοντες κινδύνου και επιπλοκές στην GBR». Η διάσχιση των κρημνών και η αποκάλυψη της μεμβράνης αποτελούν την πιο συχνή και πρώιμη επιπλοκή. Η αποκάλυψη e-PTFE μεμβράνης πριν από τις 10-12 εβδομάδες οδηγεί σε ολική απώλεια της οστεοενσωμάτωσης. Αντίθετα στη μεμβράνη κολλαγόνου μετά τη διάλυση αυτής (7-10 ημέρες μετά την αποκάλυψή της) παραμένουν περιοχές αναγεννημένου οστού. Οι cross-linked απορροφούμενες μεμβράνες έχουν μεν τα ίδια αποτελέσματα με τις non cross- linked (Bio Gide), αλλά έχουν δυσμενέστερη συμβατότητα με τους μαλακούς ιστούς και συνεπώς μεγαλύτερη συχνότητα αποκαλύψεων, αλλά πιο μακρόχρονη αποδόμηση. Στη θεραπεία περιεμφυτευματίτιδος, λόγω της πολυπλοκότητας της κάλυψης, έχουμε συχνά αποκάλυψη των μεμβρανών. Η νέα μόδα χρήσης του φυσικού υδροξυλοπατίτη χωρίς τη χρήση μεμβράνης έχει πολύ φτωχά αποτελέσματα. Σε περιπτώσεις που δεν ανταποκρίνονται στην GBR, τότε η implantoplasty είναι η καλύτερη επιλογή.

Ο S. Renvert συμφωνεί με αυτήν τη φιλοσοφία, δηλαδή με την ανοιχτή χειρουργική θεραπεία, αφήνοντας την κλειστή, συντηρητική απόξεση μόνο για τα πρώτα στάδια της νόσου. Γενικά η τέλεια εξάλειψη όλων των εναποθέσεων περιοπαθογόνων βακτηρίων είναι επιβεβλημένη για την προστασία των υπόλοιπων υγιών δοντιών και εμφυτευμάτων. Σε τελευταίες μελέτες αποδείχτηκε ότι τα περιοπαθογόνα παραμένουν ακόμη και μετά την εξαγωγή όλων των δοντιών, δηλαδή και σε άτομα νωδά. Δηλαδή σημεία προσοχής είναι η γλώσσα, αλλά ακόμη και οι αμυγδαλές.

Οι U. Grunder, F Renouard , J.L. Giovanolli, J. Lindhe και M. Sanz είχαν το στρογγυλό τραπέζι με θέμα μια εντοπισμένη βλάβη κεντρικού και πλάγιου σε ασθενή με έντονο ουλικό χαμόγελο. Η λύση ήταν η ορθοδοντική ανατολή των καταδικασμένων δοντιών, η διόρθωση δηλαδή του ενδοδοντικού, περιοδοντικού θυλάκου, η εξαγωγή του κεντρικού και η τοποθέτηση εμφυτεύματος. Σκόπιμο είναι η τοποθέτηση να γίνει χωρίς κρημνούς και να τοποθετηθεί υποεπιθηλιακό μόσχευμα.

Ο P. Bouchard ξεκίνησε τις ομιλίες του Σαββάτου με θέμα «Κάλυψη ρίζας». Κατέληξε ότι η βασική ανάγκη είναι ο αισθητικός παράγοντας. Ακολούθησε ο I. Zabalegui, που συνέχισε στο ίδιο θέμα. Το ύψος του οστού στα όμορα, ο βιότυπος, η αιμάτωση των ιστών είναι τα πρώτα στοιχεία που καταγράφουμε στον υποψήφιο ασθενή για κάλυψη ρίζας. Η τεχνική τους με μεγάλο όγκο μοσχεύματος δίνει γρήγορα και προβλέψιμα την κάλυψη χωρίς ουλές και δυσχρωμίες. Τα υποκατάστατα που υπάρχουν σήμερα (alloderm, micrograft) είναι τεκμηριωμένα και μπορούν να χρησιμοποιηθούν και για αυτομοσχεύματα με τα ίδια ποσοστά επιτυχίας. Η χρήση **emdogain** αυξάνει το ποσοστό επιτυχίας και μειώνει τις πιθανότητες εξωτερικής απορρόφησης της ρίζας. Ο ομιλητής σε περιστατικά που τα εμφυτεύματα δεν δίνουν το επιθυμητό αποτέλεσμα στην εμφάνιση προτίμησε γέφυρες με προτεραιότητα στη σωστή αύξηση των μαλακών ιστών, στα στηρίγματα και στα ενδιάμεσα.

Ο G. Zucchelli ακολούθησε με θέμα «Κίνδυνοι στη χειρουργική των μαλακών ιστών». Η διάγνωση του ύψους της αδαμαντινοοστεϊνικής ένωσης είναι καθοριστική για το ύψος της κάλυψης της ρίζας. Αν υπάρχει αποτριβή και έχει χαθεί η αδαμαντινοοστεΐνη, ο Zucchelli έδειξε το σύστημα διάγνωσης του μέγιστου βαθμού κάλυψης της ρίζας, ανάλογα με την κατά Miller τάξη της υφίζησης. Έτσι μέχρι το σημείο αυτό

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

πρώτα προβαίνουμε στην αυχενική έμφραξη και μετά στην κάλυψη της ρίζας.

Ο Z. Artzi μίλησε για τους κινδύνους κατά την ανύψωση ιγμορείου. Ο Pjetursun βρήκε 2,9% φλεγμονών μετά τη διαδικασία. Για αποφυγή των φλεγμονών θα πρέπει να είμαστε προσεκτικοί. Έτσι, είναι απαραίτητη η διάγνωση με CBCT για τη θέση της αρτηρίας, την ύπαρξη διαφραγμάτων αλλά και τη θέση τους. Ο ομιλητής αναφορικά με τα διαφράγματα έδειξε ένα ενδιαφέρον περιστατικό με διάφραγμα κατεύθυνσης εμπρός-πίσω. Στην περίπτωση αυτή έγινε διάνοιξη δύο παραθύρων και ανύψωση και των δύο τμημάτων της μεμβράνης. Αν το μόσχευμα που θα χρησιμοποιηθεί σαν ιγμόρειο είναι αυτομόσχευμα, τότε θα υπάρξει σημαντική απορρόφηση. Αν χρησιμοποιηθεί βόειο ξενομόσχευμα, πρακτικά μετά τους 6 μήνες δεν υπάρχει περαιτέρω απορρόφηση.

Τελευταίος ομιλητής των πάνελ ήταν ο D. Buselechner με θέμα «Επιπλοκές κατά την ανύψωση ιγμορείου». Από μελέτες έχει φανεί συσχέτιση μεταξύ ανύψωσης ιγμορείου και αλλαγής της ποιότητας της φωνής. **Η υπερώια ρίζα των πρώτων γομφίων είναι θέση που μπορούν στο 75% των περιπτώσεων να τοποθετηθούν εμφυτεύματα, χωρίς να προηγηθεί ανύψωση ιγμορείου.**

Οι Timmenga et al ανέφεραν διατήρηση της μεμβράνης 44% των ανυψώσεων. Με την πιεζοχειρουργική το ποσοστό μειώνεται στο 5%. Ο P. Stone για αποφυγή των διατρήσεων πρότεινε μια νέα εγγλυφίδα 3mm βάθους, η οποία με τη ροή του ορού απωθεί τη μεμβράνη, αποφεύγοντας τη διάτρησή τους. Ο A. Barone et al (2008), αντίθετα, βρήκε μεγαλύτερο ποσοστό διατρήσεων με την πιεζοχειρουργική έναντι της κλασικής διαδικασίας. Το μέσο πάχος της μεμβράνης είναι 90mm και η δυνατότητα ελαστικής παραμόρφωσης 120%. Μετά τρυπάει και είναι απαραίτητη η κάλυψη της διάτρησης με κάποια μεμβράνη, πριν τοποθετηθεί το μόσχευμα. Σήμερα έχει αρχίσει να γίνεται και χρήση σπόγγων κολλαγόνου εμβαπτισμένου σε BMP-2 σε συνδυασμό με BioOss. Έχει προταθεί ιδίως για την κλειστή ανύψωση η χρήση μοσχευμάτων που εγχέονται που να έχουν καλύτερη δυνατότητα πλήρωσης. Γενικά η καλή συμπύκνωση του μοσχεύματος είναι σκόπιμη.

Ο H. Antoun αναφέρθηκε στη σύγκριση αυτομοσχεύματος εναντίον βόειου μοσχεύματος. Σε ελλείμματα class II και III δεν υπάρχει διαφορά στην πρόγνωση μεταξύ αυτογενούς και βόειου, καθώς και απορροφήσιμης και μη απορροφήσιμης. Σε class IV και V όμως, κανόνας είναι το αυτομόσχευμα με ή χωρίς προσθήκη βόειου, καθώς και η μεμβράνη ενισχυμένου τιτανίου e-PTPE. Σε class VI (οριζόντια και κάθετα ελλειμματική ατροφική ακρολοφία), αυτογενή blocks για κάθετη οριζόντια αύξηση φαίνεται να έχουν προβλέψιμα αποτελέσματα. Εναλλακτικές τεχνικές κάθετης αύξησης είναι η διατατική οστεογένεση (δεν έχουμε αύξηση σε οριζόντια διάσταση). Με την τεχνική αυτή έχουμε κέρδος έως και 20mm, αλλά με αυξημένη κλίση γλωσσικής, καθώς και διάσχιση της ακρολοφίας, ώστε να μετακινηθεί μυλικά το κατεαγός και το κενό να πληρωθεί με ξενομόσχευμα. Φυσικά, για τους πιο εξειδικευμένους η μεταφορά του κάτω φατνιακού αποτελεί ακόμη μια εναλλακτική λύση.

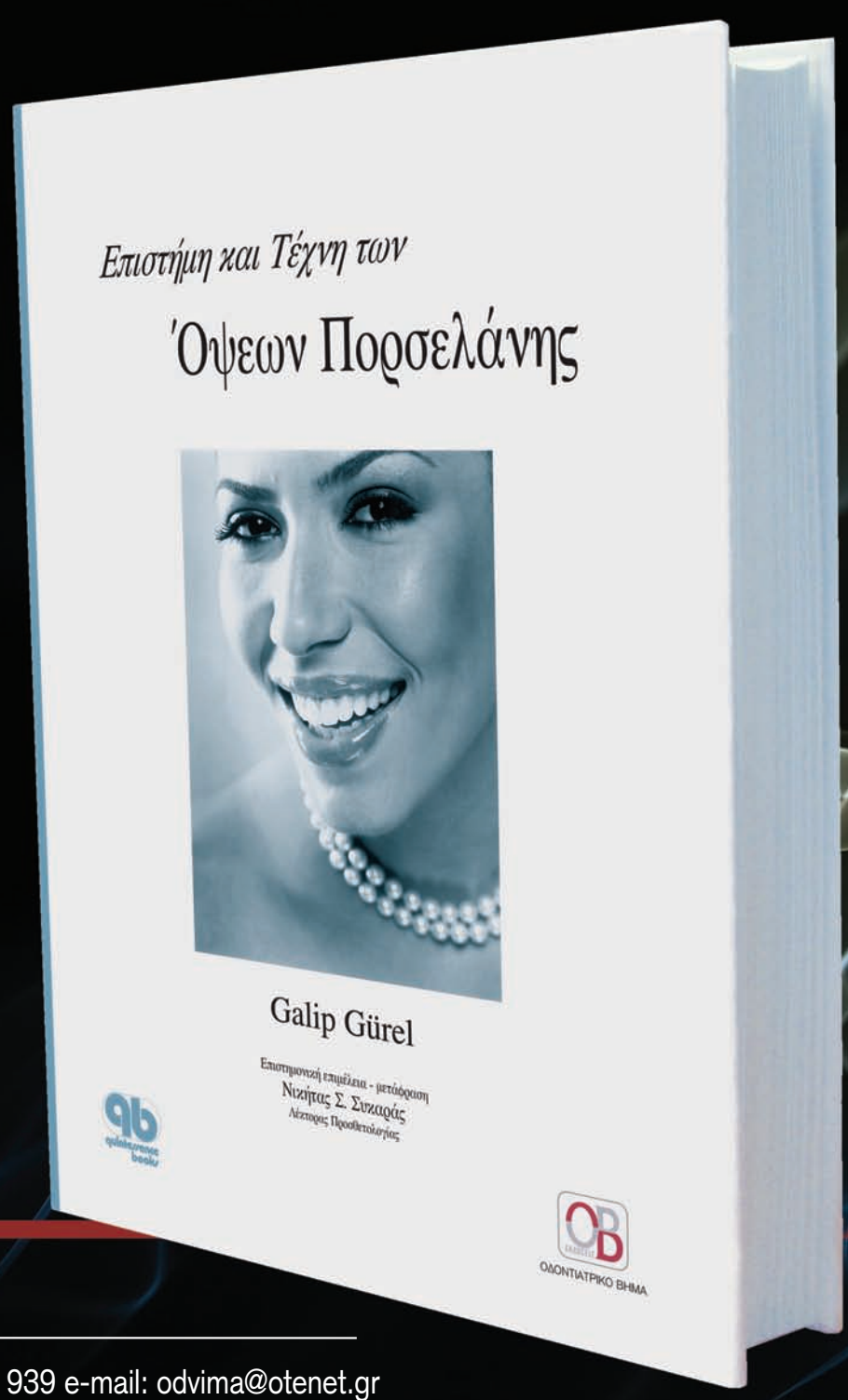
Ο J. Urban αναφέρθηκε σε θεραπευτικά πρωτόκολλα κάθετων ελλειμμάτων των γνάθων. Για τα μεγάλα κάθετα ελλείμματα προτείνονται σαν μεμβράνες το δίχτυ τιτανίου ή οι νέες πυκνής σύστασης e-PTFE TR μεμβράνες. Το BMP-2 έχει απρόβλεπτα αποτελέσματα όσον αφορά την ποσότητα και την πλήρωση με οστούν και δημιουργία μεγαλύτερης διάρκειας οιδήματα. Η V. Chappu μίλησε με θέμα «Αισθητική επιτυχία στη θεραπεία με εμφυτεύματα». Η εισαγωγή του PES (pink esthetic score) έχει ωθήσει την εμφυτευματολογία αισθητικότερα. Σήμερα η κατανόηση της σημασίας του υποκύπτοντος όμορα και παρειακά οστού έχει οδηγήσει σε τροποποίηση των αρχικών τεχνικών και αύξηση τεχνικών της GBR. Ο M. Simion τόνισε ότι η αύξηση της ζώνης των κερατινοποιημένων ούλων συμβάλει σημαντικά, όχι μόνο στην εμφάνιση των περιεμφυτευματικών ιστών, αλλά και στην αντοχή στην περιεμφυτευματίτιδα.

Ο R. Jung στην ομιλία του τεκμηρίωσε τη χρήση μεμβράνης κολλαγόνου στην επούλωση μαλακών ιστών. Έτσι η μεμβράνη κολλαγόνου χρησιμοποιείται για τη διατήρηση φατνίου αλλά και για την αύξηση των μαλακών ιστών. Οι σπόγγοι κολλαγόνου υπερέχουν μάλιστα σημαντικά ως προς τα επιθηλιακά μοσχεύματα συνδετικού ιστού, γιατί όχι μόνο αυξάνουν τον όγκο των μαλακών ιστών, αλλά και δημιουργούν νεοπλαστο οστούν. Οι M. Sanz και Herford μελετούν μάλιστα τη δυνατότητα να δημιουργούν κερατινοποιημένα ούλα.

Ο S. Jepsen μίλησε πάνω στο ίδιο θέμα, που φαίνεται ότι είναι από τα πιο φλέγοντα θέματα στην GTR. Στην ανασκόπηση που παρουσίασε, η χρήση CTG (ελευθ. μοσχ. συνδ. ιστού) αύξανε 5 φορές την πιθανότητα πλήρους κάλυψης της υφίζησης του δοντιού. Ο Cairo F (2002) έδειξε ότι στο 90% υπήρχε πόνος και οίδημα στη δότρια περιοχή του CTG: Ο F. Vigneletti είχε την τελευταία ομιλία «Υποκατάστατα μαλακού ιστού στους περιεμφυτευματικούς ιστούς». Οι Corn (1962), Bowers (1963), Land & Loec (1972) θεώρησαν 1-3mm κερατινοποιημένων ούλων απαραίτητα για την υγεία του περιοδοντίου. Σε μελέτη των Carro et al (2008) φάνηκε ότι το εύρος των κερατινοποιημένων ούλων δεν σχετίζεται με την υγεία τους. Αντίθετα οι Chenng και Warren σε μελέτες τους βρήκαν σχέση του εύρους κερατινοποιημένων ούλων και υγείας των εμφυτευμάτων.

Σήμερα χρησιμοποιούνται τα Dermagrafts (ανθρώπινης προέλευσης ή από ανθρώπινους ινοβλάστες), Apligraft (ξενομόσχευμα), Alloderm (ανθρώπινο αλλογενές) και άλλα υποκατάστατα του CTG με σχετική επιτυχία στην αύξηση των κερατοποιημένων ουλών.

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

Σκουφά 64 106 80 Αθήνα Τηλ. 210 3814 939 e-mail: odvima@otenet.gr

Τιμή 210 €

48ο ετήσιο συνέδριο της Στοματολογικής Εταιρείας της Ελλάδος

Το 48ο Συνέδριο της Στοματολογικής Εταιρείας της Ελλάδος πραγματοποιείται στο Διασυνεδριακό Κέντρο Δημητσάνας από 8 έως 10 Σεπτεμβρίου 2011. Η διοργάνωση γίνεται σε συνεργασία με τον Οδοντιατρικό Σύλλογο Αρκαδίας.

Το κατευθυνόμενο πρόγραμμα αποσκοπεί στην ενημέρωση των οδοντιάτρων σε θέματα σύγχρονου προβληματισμού και περιλαμβάνει στρογγυλά τραπέζια, εισηγήσεις, πρακτικά σεμινάρια, ενώ θα γίνει και η επιστημονική αντιπαράθεση στο θέμα «Σύγχρονες v/s καθιερωμένες μέθοδοι και τεχνικές στην ενδοδοντολογία» από τους Ν. Κερεζούδη και Μ. Γεωργοπούλου. Οι σύνεδροι θα έχουν την ευκαιρία να παρακολουθήσουν τρία στρογγυλά τραπέζια με τα εξής θέματα: «Οδοντογενείς λοιμώξεις» (συντονίστρια: Α. Τριανταφυλλίδου, συμμετέχουν: Γ. Βενέτης, Γ. Καρακινάρης και Ι. Τηλαβερίδης), «Διαχείριση της δυσκολίας στην προσθετική αποκατάσταση (συντονιστής: Ν. Συκαράς και συμμετέχουν οι Σ. Κωνσταντουλάκης και Π. Λομβαρδάς) και «Η θεραπευτική αντιμετώπιση του οδοντικού τραύματος» (συντονιστής: Ν. Λυγιδάκης, συμμετέχουν οι Θ. Κουιμτζής, Η. Μπερδούσης και Κ. Τσινίδου).

Επίσης θα υπάρξουν πολύ ενδιαφέρουσες εισηγήσεις από τους προσκεκλημένους ομιλητές. Ο Η. Καρκαζής θα αναπτύξει το θέμα «Η θέση των ολικών οδοντοστοιχιών στη σύγχρονη οδοντιατρική», η Ο. Νικολάτου-Γαλίτη το θέμα «Η συμβολή του οδοντιάτρου στην αντιμετώπιση του ογκολογικού ασθενούς» ο Ν. Κρανιάς θα αναφερθεί στις «Λεπτόρρευστες ρητίνες», ο Ε. Παπάζογλου στις «Συγκολλητικές κονίες» και τέλος ο Γ. Τζώρτζης θα έχει την εισήγηση «Η συμβολή της Γναθοπροσωπικής Χειρουργικής στη λειτουργία του ΠΓΝ Τρίπολης. Παρόν και μέλλον».

Το 48ο ετήσιο συνέδριο της Στοματολογικής Εταιρείας της Ελλάδος θα περιλαμβάνει επίσης τα παρακάτω πρακτικά σεμινάρια: «Τοποθέτηση εμφυτεύματος και άμεσης προσθετικής αποκατάστασης» και «Αισθητικές αποκαταστάσεις με σύνθετες ρητίνες». Η είσοδος στα πρακτικά σεμινάρια είναι ελεύθερη.

Για περισσότερες πληροφορίες μπορείτε να επικοινωνείτε με τη Στοματολογική Εταιρεία της Ελλάδος, Καλλιρρόης 17, 117 43 Αθήνα - τηλ: 210-92.14.325, fax: 210-92.14.204, e-mail: stomsoc@otenet.gr- www.stomatologia.gr

Heraeus

Ο γερμανικός οίκος Heraeus, ένας από τους μεγαλύτερους κατασκευαστές οδοντιατρικών και οδοντοτεχνικών προϊόντων παγκοσμίως, ξεκίνησε από την 1η Απριλίου 2011, τη λειτουργία γραφείου Οδοντιατρικού Τμήματος στην εταιρεία Heraeus Hellas ΕΠΕ. Την οργάνωση και λειτουργία του γραφείου ανέλαβε η κ. Μαίρη Κωνσταντινίδου, η οποία εργάζεται στον οδοντιατρικό χώρο για περισσότερα από 18 χρόνια.

Στόχος της εταιρείας είναι η ουσιαστικότερη και αποτελεσματικότερη προώθηση των προϊόντων και η παροχή πληρέστερων υπηρεσιών σχετικά με την ενημέρωση και την εκπαίδευση των συνεργατών της στα υλικά που κατασκευάζει.

Η διάθεση των προϊόντων Heraeus πραγματοποιείται από τις εταιρείες:
Λ. ΠΑΝΤΕΛΙΔΗΣ ΕΠΕ (τηλ 210-5232609) και DENTAPHARM ΑΕΒΕΕ (τηλ 210-5236920).

Για οποιαδήποτε πληροφορία σχετικά με τα υλικά Heraeus και την οργάνωση σεμιναρίων ή άλλων εκδηλώσεων, επικοινωνήστε με την κ. Κωνσταντινίδου, στα τηλ. 210-69.95.666 ή κιν. 6945-774.228.

Αρχαιρεσίες της Ορθοδοντικής Εταιρείας Ελλάδος

Η Ορθοδοντική Εταιρεία της Ελλάδος διοργάνωσε επιστημονική ημερίδα το Σάββατο 16 Απριλίου 2011, με ομιλητή τον Αναπληρωτή Καθηγητή Μόσχο Α. Παπαδόπουλο, ο οποίος ανέπτυξε το θέμα: «Νέες εξελίξεις στην ορθοδοντική διάγνωση και θεραπεία».

Την ίδια μέρα πραγματοποιήθηκαν οι αρχαιρεσίες για την ανάδειξη του νέου Διοικητικού Συμβουλίου της ΟΕΕ, το οποίο συγκροτήθηκε σε σώμα ως εξής: πρόεδρος εξελέγη ο Παναγιώτης Σκουλαρίκης, αντιπρόεδρος ο Μιχάλης Καλαβρυτινός, γεν. γραμματέας η Δήμητρα Ευθυμιάδου, ταμίας ο Περικλής Πάνος και μέλη οι Εμμανουήλ Ιγγλέζος, Παναγιώτης Καναρέλης, Αλέξανδρος Κόκκας, Νίκη Ράδου και Παναγιώτης Χατζόπουλος.