Οδοντιατρικο Βημα

ΔΙΜΗΝΙΑΙΑ ΕΚΔΟΣΗ Σκουφά 64 106 80 Αθήνα Τηλ. 210 3814 939 Fax 210 3803 327 e-mail: odvima@otenet.gr ΙΑΝΟΥΑΡΙΟΣ -ΦΕΒΡΟΥΑΡΙΟΣ 2012 ΤΕΥΧΟΣ 84

Στρες και Στοματική Υγεία

Το στρες συνιστά διαταραχή της ομοιόστασης του οργανισμού που έχει ως συνέπεια την απορρύθμιση των λειτουργιών του σώματος με αποτέλεσμα την επίδρασή του σε όλο το νοσολογικό φάσμα. Για πολλούς ανθρώπους, είναι δύσκολο να αντιληφθούν πόσο στρες βιώνουν και σε ποιό βαθμό αυτό επηρεάζει αρνητικά τον οργανισμό τους, με αποτέλεσμα να το αντιλαμβάνονται όταν πλέον εμφανίσουν κάποιο πρόβλημα ή κάποια ασθένεια.

Θα ήταν περίεργο, από βιολογικής πλευράς, να μην επιδρά το στρες στο στόμα, μια και έχει επίδραση σε όλα σχεδόν τα συστήματα και τις λειτουργίες του ανθρώπινου οργανισμού. Σε περιόδους αυξημένου και παρατεταμένου στρες εκδηλώνονται συχνότερα πόνοι στο στόμα, στις γνάθους και στην κροταφογναθική άρθρωση. Επιπλέον το συναισθηματικό στρες, που προκαλείται από αγχώδεις διαταραχές που περιλαμβάνουν τις φοβίες, τις κρίσεις πανικού, το γενικευμένο άγχος ακόμα και το σύνδρομο του μετατραυματικού στρες μπορεί να προκαλέσουν επίσης προβλήματα. Ακόμη και η κατάθλιψη θεωρείται ότι εμπλέκεται στην εμφάνιση αυτών των προβλημάτων. Κατά συνέπεια, σκοπός αυτής της ανασκόπησης είναι η αποσαφήνιση του όρου στρες καθώς και της σχέσης του με διαταραχές του στόματος.

Διαβάστε το πρώτο μέρος του πολύ ενδιαφέροντος αυτού θέματος που *γράφουν οι* Αρτέμιος Κ. Αρτεμιάδης, Χριστίνα Δαρβίρη και Ανθή Διαμάντη-Κηπιώτη στη **σελ. 26.**

ΓΝΑΘΟΠΡΟΣΩΠΙΚΗ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΚΑΙ ΕΜΦΥΤΕΥΜΑΤΑ

Αποτυχίες των εμφυτευμάτων μετά την επίτευξη οστεοενσωμάτωσης

Σε προηγούμενα άρθρα αναπτύχθηκαν εκτενώς οι παράγοντες που καθορίζουν την επιτυχία των εμφυτευμάτων, δηλαδή την επίτευξη οστεοενσωμάτωσης.Σε αυτό το τεύχος παρουσιάζονται οι αιτίες που οδηγούν σε αποτυχία ενός ήδη οστεοενσωματωμένου εμφυτεύματος. Σε αυτές τις περιπτώσεις **η αποτυχία οφείλεται κατά πρώτον σε μη ενδεδειγμένη προσθετική αποκατάσταση**, ενώ **κατά δεύτερον στην έλλειψη καλής και σχολαστικής στοματικής υγιεινής εκ μέρους του ασθενή**.

Γράφει ο καθηγητής Ιατρικής Σχολής Αθηνών, Διευθυντής της Κλινικής Γναθοπροσωπικής Χειρουργικής του Νοσοκομείου «Αττικόν» Ε. Βαϊρακτάρης. **Σελ. 12**

Πρωτόκολλο καταγραφής των οπτικών ιδιοτήτων των δοντιών

Στην κλινική οδοντιατρική πράξη η διαδικασία της αναγνώρισης, καταγραφής, μελέτης, επικοινωνίας και αναπαραγωγής των οπτικών ιδιοτήτων των δοντιών (χρωματικών και γεωμετρικών) αποτελεί και σήμερα ένα ασαφές ζητούμενο και επίσης ένα υποκειμενικό μη προβλέψιμο εγχείρημα. Η δυσκολία έγκειται σε εγγενείς αδυναμίες της μεθόδου και των υλικών που χρησιμοποιούνται κατά τη διαδικασία αυτή όπως: η υποκειμενικότητα της όρασης, η απόλυτη εξατομίκευση της οπτικής συμπεριφοράς των φυσικών δοντιών, η μεταβαλλόμενη χρονικά βιοκρυσταλλική δομή των φυσικών δοντιών, η απουσία των τεχνολογικών εργαλείων που θα καταγράφουν αντικειμενικά όλες τις οπτικές ιδιότητες των δοντιών, θα αποδίδουν πληροφορίες κλινικά εφαρμόσιμες και τέλος οι δεξιότητες και οι μέθοδοι που εφαρμόζουν οι κλινικοί (γιατροί, τεχνίτες) για να αναπαραγάγουν τις οπτικές αυτές ιδιότητες.

Η εργασία αυτή στοχεύει στην παρουσίαση ενός κλινικού πρωτόκολλου φωτογραφικής καταγραφής των οπτικών ιδιοτήτων των δοντιών, για να χρησιμοποιηθεί μεταξύ κυρίως ιατρείου, ασθενούς και εργαστηρίου αλλά και σε πολλές άλλες περιπτώσεις

Γράφει ο οδοντίατρος Δημήτρης Καπαγιαννίδης. **Σελ. 4**

ΑΙΣΘΗΤΙΚΗ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΠΡΟΣΘΙΩΝ ΔΟΝΤΙΩΝ

Αποκατάσταση των προσθίων δοντιών με σύνθετη ρητίνη IPS Empress® Direct

Οι οδοντιατρικές σύνθετες ρητίνες υφίστανται συνεχή βελτίωση με στόχο να αποδίδουν όλο το φάσμα των οπτικών και φυσικών ιδιοτήτων των οδοντικών ιστών. Υλικά όπως το IPS Empress Direct είναι η απόδειξη ότι ο παραπάνω στόχος έχει επιτευχθεί για το σύνολο των κλινικών εφαρμογών. Οι εξαιρετικές ιδιότητες χειρισμού και το ευρύ πεδίο εφαρμογών του διευκολύνουν τον κλινικό να κατασκευάζει αισθητικές αποκαταστάσεις. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα το υλικό να αποτελεί απαραίτητο εργαλείο κατά την άσκηση της αισθητικής οδοντιατρικής. **Σελ. 16.**

Αποκατάσταση οδοντικής τερηδόνας IIns ομάδος κατά Black

Τα παραδοσιακά περιφερικά οδοντιατρικά τεχνητά τοιχώματα τύπου Tofflemire, όπου ήταν ικανοποιητικά για τις αποκαταστάσεις αμαλγάματος, συχνά δεν δίνουν το επιθυμητό αποτέλεσμα όταν χρησιμοποιηθούν με τα σύγχρονα υλικά αποκατάστασης σύνθετων ρητινών σε Ομάδας ΙΙ κατά Black. Στη **σελ. 24** παρουσιάζουμε ένα ιδαίτερα επίκαιρο περιστατικό σε αποκατάσταση ομάδος ΙΙ χρησιμοποιώντας το Soft Face ™ 3D-Ring τεχνητό τοίχωμα.

Ο Γεώργιος Σουρής (1853-1919) ήταν ένας από τους σπουδαιότερους σατιρικούς ποιητές της νεότερης Ελλάδας και έχει χαρακτηριστεί ως «σύγχρονος Αριστοφάνης».

Ποιός εἶδε κράτος λιγοστὸ
σ᾽ ὅλη τὴ γῆ μοναδικό,
έκατὸ νὰ ἐξοδεύῃ καὶ πενήντα νὰ μαζεύῃ;
Νὰ τρέφῃ ὅλους τους ἀργούς,
νἄχῃ ἑπτὰ Πρωθυπουργούς,
ταμεῖο δίχως χρήματα
καὶ δόξης τόσα μνήματα;
Νἄχῃ κλητῆρες γιὰ φρουρὰ
καὶ νὰ σὲ κλέβουν φανερά,
κι ἐνῷ αὐτοὶ σὲ κλέβουνε
τὸν κλέφτη νὰ γυρεύουνε;

Κλέφτες φτωχοὶ καὶ ἄρχοντες μὲ ἄμαξες καὶ ἄτια,
κλέφτες χωρὶς μία πῆχυ γῆ καὶ κλέφτες μὲ παλάτια,
ὁ ἕνας κλέβει ὄρνιθες καὶ σκάφες γιὰ ψωμὶ
ὁ ἄλλος τὸ ἔθνος σύσσωμο γιὰ πλούτη καὶ τιμή.
Ὅλα σ᾽ αὐτὴ τὴ γῆ μασκαρευτῆκαν
ὀνείρατα, ἐλπίδες καὶ σκοποί,
οἱ μοῦρες μας μουτσοῦνες ἐγινῆκαν
δὲν ξέρομε τί λέγεται ντροπή.

Ὁ Ἕλληνας δυὸ δίκαια ἀσκεῖ πανελευθέρως,
συνέρχεσθαί τε καὶ οὐρεῖν εἰς ὅποιο θέλει μέρος.
Χαρὰ στοὺς χασομέρηδες! χαρὰ στοὺς ἀρλεκίνους!
σκλάβος ξανάσκυψε ὁ ρωμιὸς καὶ δασκαλοκρατιέται.
Γι᾽ αὐτὸ τὸ κράτος, ποὺ τιμᾶ τὰ ξέστρωτα γαϊδούρια,
σικτὶρ στὰ χρόνια τὰ παλιά, σικτὶρ καὶ στὰ καινούργια!
Καὶ τῶν σοφῶν οἱ λόγοι θαρρῶ πὼς εἶναι ψώρα,
πιστὸς εἰς ὅ,τι λέγει κανένας δὲν ἐφάνη…
αὐτὸς ὁ πλάνος κόσμος καὶ πάντοτε καὶ τώρα,
δὲν κάνει ὅ,τι λέγει, δὲν λέγει ὅ,τι κάνει.

Σουλούπι, μπόϊ, μικρομεσαῖο,
ὕφος τοῦ γόη, ψευτομοιραῖο.
Λίγο κατσούφης, λίγο γκρινιάρης,
λίγο μαγκούφης, λίγο μουρντάρης.
Σπαθὶ ἀντίληψη, μυαλὸ ξεφτέρι,
κάτι μισόμαθε κι ὅλα τὰ ξέρει.
Κι ἀπὸ προσπάππου κι ἀπὸ παπποῦ
συγχρόνως μποῦφος καὶ ἀλεποῦ.
Καὶ ψωμοτύρι καὶ γιὰ καφὲ
τὸ «δὲ βαρυέσαι» κι «ὦχ ἀδερφέ».
Ὡσὰν πολίτης, σκυφτὸς ραγιᾶς
σὰν πιάσει πόστο: δερβεναγᾶς.
Θέλει ἀκόμα -κι αὐτὸ εἶναι ὡραῖο-
νὰ παριστάνει τὸν εὐρωπαῖο.
Στὰ δυὸ φορώντας τὰ πόδια πού ᾽χει
στό ᾽να λουστρίνι, στ᾽ ἄλλο τσαρούχι.

Δυστυχία σου Ἑλλάς,
μὲ τὰ τέκνα ποὺ γεννᾶς.
Ὦ Ἑλλάς, ἡρώων χώρα,
τί γαϊδάρους βγάζεις τώρα;

Το «τότε» και το «τώρα»

Δεν σας κρύβουμε οτι το κύριο άρθρο αυτού του τεύχους μας προβλημάτισε πολύ.
Αρχικά σκεφτήκαμε να γράψουμε και εμείς κάτι για την οικονομική κρίση, αν και δεν είμαστε πολιτική εφημερίδα. Την κρίση όμως τη βιώνουμε και εμείς, όπως όλοι γύρω μας.
Πριν ξεκινήσουμε να γράφουμε το κύριο άρθρο, είπαμε να ρίξουμε μια ματιά στο τί γράφεται σήμερα. Πού να πρωτοκοιτάξουμε όμως και τι να πρωτοακούσουμε; Όλα είναι χιλιοειπωμένα, στα δελτία ειδήσεων, στις οικονομικές αναλύσεις των εφημερίδων, στις καθημερινές κουβέντες των ανθρώπων δίπλα μας…
Γι' αυτό αποφασίσαμε να στραφούμε σε πιο παλιά κείμενα, μήπως εκεί βρίσκαμε κάτι πιο πρωτότυπο να γράψουμε και ίσως και την απάντηση στο ερώτημα: Πού έχει τις ρίζες της η κρίση; Στο σήμερα ή στο χτες;
Ξαφνικά πέσαμε πάνω σε ένα ποίημα, ένα ποίημα του Γεώργιου Σουρή. Γράφτηκε το 1910, πριν από 100 χρόνια δηλαδή. Κι' όμως, όταν το διαβάζουμε νομίζουμε ότι γράφτηκε σήμερα.
Με θλίψη διαπιστώνουμε πως τίποτα δεν έχει αλλάξει στην Ελλάδα τον τελευταίο αιώνα.
Η κρίση είμαστε εμείς οι ίδιοι...

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

Πρωτόκολλο καταγραφής των οπτικών ιδιοτήτων των δοντιών.....4
Του οδοντιάτρου Δημήτρη Καπαγιαννίδη

Αποτυχίες των εμφυτευμάτων μετά την επίτευξη οστεοενσωμάτωσης.....12
Μόνιμη στήλη της Γναθοπροσωπικής Χειρουργικής Κλινικής της Ιατρικής Σχολής του Πανεπιστημίου Αθηνών. Γράφει ο καθηγητής Ιατρικής Σχολής Αθηνών, Διευθυντής της Κλινικής Γναθοπροσωπικής Χειρουργικής του Νοσοκομείου «Αττικόν» Ε. Βαϊρακτάρης.

Αισθητική αποκατάσταση προσθίων δοντιών
Αποκατάσταση των προσθίων δοντιών με σύνθετη ρητίνη IPS Empress® Direct.....16

Τα μυστικά του στόματος
Πεμφιγοειδές της εγκυμοσύνης.....23
Του αναπληρωτή καθηγητή Στοματολογίας της Ιατρικής Σχολής του Πανεπιστημίου Αθηνών Γιώργου Λάσκαρη

Παρουσίαση περιστατικού:
Αποκατάσταση οδοντικής τερηδόνας IIης ομάδος κατά Black.....24

Στρες και Στοματική Υγεία.....26
Γράφουν οι Αρτέμιος Κ. Αρτεμιάδης, Χριστίνα Δαρβίρη και Ανθή Διαμάντη-Κηπιώτη

Ανταύγειες Οδοντικής Αισθητικής και όχι μόνο
Το φιλί στη λογοτεχνία.....32
Του Γεράσιμου Δουβίτσα, αναπλ. καθηγητή Οδοντιατρικής Σχολής ΕΚΠΑ

Τα απορρίμματα της κρίσης 34
Του Παντελή Μπουκάλα

Ειδήσεις-Εκδηλώσεις-Συνέδρια 35-38

Κάντε κλικ στην ηλεκτρονική μας διεύθυνση
www.odvima.gr

- Για να διαβάζετε τα τελευταία τεύχη της εφημερίδας «Οδοντιατρικό Βήμα».
- Να ενημερώνεστε για τα περιοδικά «Ενδοδοντολογία» και «Αρχεία Ελληνικής Στοματικής και Γναθοπροσωπικής Χειρουργικής».
- Να βρίσκετε πληροφορίες για τα βιβλία των εκδόσεων μας, να βλέπετε την περίληψη και τα περιεχόμενά τους, όπως επίσης και να ενημερώνεστε για τα βιβλία της «Quintessence» και πώς μπορείτε να τα παραγγείλετε.

Επισκεφτείτε τη σελίδα των εκδόσεών μας και αναζητήστε εύκολα και γρήγορα τις πληροφορίες που επιθυμείτε.

ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΙΚΟ ΒΗΜΑ
Διμηνιαία Έκδοση
Κωδικός 6446

Ιδιοκτήτης: **ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΙΚΟ ΒΗΜΑ Μ.Ε.Π.Ε.**
Εκδότης: **Γιάννης Καρκατζούλης**

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

Διευθυντής: **Γιάννης Καρκατζούλης**
Αρχισυντάκτης: **Όθωνας Γκότσης**
Σύνταξη: **Βίκυ Κουρλιμπίνη**
Αγγελική Λαμπροπούλου
Γιούλη Κόκκορη

Υπεύθυνος λογιστηρίου
Γιώργος Κάντζος

Νομικός Σύμβουλος:
Λάμπρος Ανδρ. Τσοπράς

Υπεύθυνος Τυπογραφείου:
pressious arvanitidis A.E.B.E.
78ό χλμ. ΕθνικήςΟδού Αθηνών Λαμίας
Τηλ. 22620 710 78

ΕΝΩΣΗ ΔΗΜΟΣΙΟΓΡΑΦΩΝ ΙΔΙΟΚΤΗΤΩΝ ΠΕΡΙΟΔΙΚΟΥ ΤΥΠΟΥ
FIPP Federation International of Periodical Press
EMMA EUROPEAN MAGAZINE MEDIA ASSOCIATION

ΟΛΟΚΛΗΡΩΜΕΝΗ ΣΤΟΜΑΤΙΚΗ ΥΓΙΕΙΝΗ

SPOT JWT

LISTERINE® TOTAL CARE

Το πιο εξελιγμένο Listerine

Πρωτόκολλο καταγραφής των οπτικών ιδιοτήτων των δοντιών

Του οδοντιάτρου Δημήτρη Καπαγιαννίδη

Στην κλινική οδοντιατρική πράξη η διαδικασία της αναγνώρισης, καταγραφής, μελέτης, επικοινωνίας και αναπαραγωγής των οπτικών ιδιοτήτων των δοντιών (χρωματικών και γεωμετρικών) αποτελεί και σήμερα ένα ασαφές ζητούμενο και επίσης ένα υποκειμενικό, μη προβλέψιμο εγχείρημα. Η δυσκολία έγκειται σε εγγενείς αδυναμίες της μεθόδου και των υλικών που χρησιμοποιούνται κατά την διαδικασία αυτή, όπως: η υποκειμενικότητα της όρασης[1], η απόλυτη εξατομίκευση της οπτικής συμπεριφοράς των φυσικών δοντιών, η μεταβαλλόμενη χρονικά βιο-κρυσταλλική δομή των φυσικών δοντιών, η απουσία των τεχνολογικών εργαλείων που θα καταγράφουν αντικειμενικά όλες τις οπτικές ιδιότητες των δοντιών, θα αποδίδουν πληροφορίες κλινικά εφαρμόσιμες και τέλος οι δεξιότητες και οι μέθοδοι που εφαρμόζουν οι κλινικοί (γιατροί, τεχνίτες) για να αναπαραγάγουν τις οπτικές αυτές ιδιότητες.

Η πρώτη προσπάθεια καθορισμού μόνο των χρωματικών ιδιοτήτων των δοντιών έγινε με τη χρήση των χρωματολογίων[2] και τη συνεπικουρία της επισφαλέστατης λεκτικής ή γραπτής περιγραφής (σχεδιαγράμματα χρωματικών χαρτών κλπ). Ακολούθησε η κλινική εφαρμογή των μετρητικών συσκευών χρώματος (φωτόμετρα, φασματοφωτόμετρα)[3], που αποτέλεσε ένα πρώτο βήμα στην ψηφιακή καταγραφή των χρωματικών ιδιοτήτων (οικογένεια, πυκνότητα, φωτεινότητα) των δοντιών. Η κλινική αξία των παραπάνω μέσων αποδείχθηκε ανεπαρκής, διότι από τις οπτικές ιδιότητες των δοντιών κάλυπτε μόνο τις χρωματικές (φωτεινότητα, πυκνότητα, οικογένεια), παραλείποντας τις κλινικά σημαντικότερες ιδιότητες της ημιδιαφάνειας, του φθορισμού, του μεγέθους, του σχήματος-κατοπτρικών ανακλάσεων, της μορφολογίας, της προοπτικής, της διαστρωμάτωσης, του οπαλισμού και του ιριδισμού. Παράλληλα, η ψηφιακή μέτρηση του χρώματος με τη χρήση των παραπάνω συσκευών παρουσιάζει μεν ακρίβεια, αλλά και ταυτόχρονα προβλήματα αξιοπιστίας (accuracy) μεταξύ των συσκευών[4], ακριβού κόστους αγοράς, αναβαθμίσεων, κόστους συντήρησης κλπ.

Η ψηφιακή φωτογραφία αποτελεί συγκριτικά ένα χαμηλού κόστους πολυχρηστικό, κλινικό εργαλείο που μπορεί να καταγράψει πληροφορίες όλων των οπτικών ιδιοτήτων των δοντιών χωρίς μεγάλη ακρίβεια (precision) και αξιοπιστία (accuracy). Παρά την παραπάνω αδυναμία της φωτογραφικής λήψης, οι λαμβανόμενες εικόνες των δοντιών μπορούν να αποστέλλονται μεταξύ των κλινικών σε ικανή και αναγκαία ποιότητα για κλινική εφαρμογή αν ληφθούν βάσει πρωτοκόλλου και βαθμονομηθούν οι λήψεις και οι οθόνες προβολής[5,6]. Παράλληλα με την καταγραφή των οπτικών ιδιοτήτων των δοντιών, πολλές άλλες κλινικές εφαρμογές καθιστούν τη φωτογραφία ισχυρό κλινικό εργαλείο για:

1. Καταγραφή των οπτικών ιδιοτήτων της οδοντικής, οδοντοστοματικής και οδοντοπροσωπικής σύνθεσης για να χρησιμοποιηθούν στην επανορθωτική οδοντιατρική ή σε πρωτόκολλα διαφόρων ειδικοτήτων (ορθοδοντική, γναθοχειρουργική, ιατροδικαστική, δερματολογία, χειρουργική κλπ).

2. Η καταγραφή βάσει ειδικών πρωτοκόλλων συγκεκριμένων διαγνωστικών πληροφοριών και η δημιουργία αρχείων της στοματικής κοιλότητας του κάθε ασθενή για την εκπόνηση του σχεδίου θεραπευτικής αποκατάστασης παράλληλα με τα άλλα εργαλεία (ακτινογραφίες, εκμαγεία μελέτης, παρακλινικές εξετάσεις κοκ).

3. Η τεκμηρίωση με εικόνες της αρχικής κατάστασης και τελικής θεραπευτικής αποκατάστασης για να χρησιμοποιηθεί σε ποικίλες ανάγκες:

a. Νομικές διενέξεις

b. Σε ασφαλιστικούς και άλλους φορείς

c. Για εκπαίδευση (δημοσιεύσεις, παρουσιάσεις, accrediting boards κλπ)

d. Για την επικοινωνία μεταξύ κλινικών (study groups κλπ).

e. Μακροχρόνια παρακολούθηση περιστατικών.

f. Έλεγχος ποιότητας προϊόντων, υλικών και τεχνικών.

g. Παρακολούθηση της εξέλιξης δεξιοτήτων των κλινικών και προσωπικού του ιατρείου.

h. Ενημέρωση ασθενών (συμβουλευτική, προώθηση κλπ)

i. Ψυχαγωγία

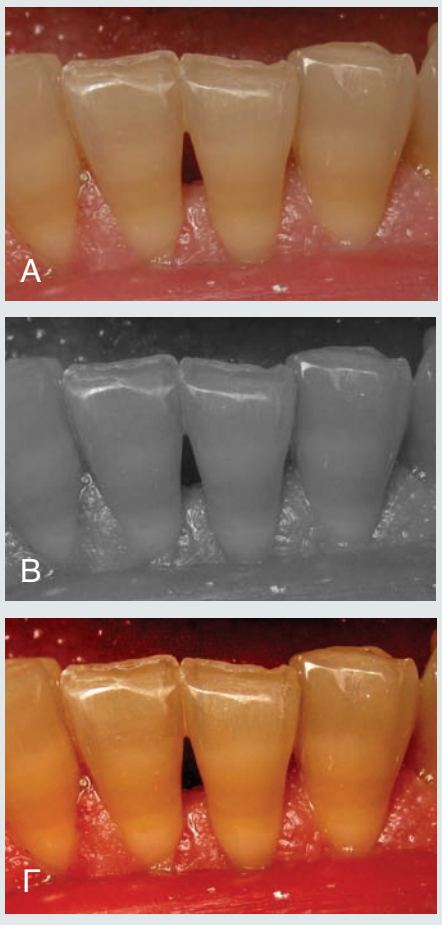
4. Η καταγραφή των οπτικών ιδιοτήτων των δοντιών (χρωματικές, γεωμετρικές) για την επικοινωνία μεταξύ ιατρείου και εργαστηρίου. Η οδοντιατρική φωτογραφία δεν ενέχει μετρητικό χαρακτήρα, όμως μπορεί να τεκμηριώνει την πραγματικότητα του στόματος εάν είναι ακριβής και αξιόπιστη. Η ακρίβεια της φωτογραφίας προϋποθέτει την επαναληψιμότητα (να λαμβάνεται η ίδια φωτογραφία οποτεδήποτε, οπουδήποτε και από οποιονδήποτε), ενώ η αξιοπιστία την αλήθεια (σύμπτωση εικόνας και πραγματικότητας). Για να είναι η φωτογραφία ακριβής και αξιόπιστη απαιτείται η λήψη να γίνεται με βάση ένα πρωτόκολλο.

Σκοπός. Η εργασία αυτή στοχεύει στην παρουσίαση ενός κλινικού πρωτόκολλου φωτογραφικής καταγραφής των οπτικών ιδιοτήτων των δοντιών, για να χρησιμοποιηθεί μεταξύ κυρίως ιατρείου, ασθενούς και εργαστηρίου αλλά και σε πολλές άλλες περιπτώσεις που προαναφέρθηκαν.

Υλικά οδοντιατρικής φωτογραφίας

Τα βασικά εργαλεία που απατούνται για κλινική οδοντιατρική φωτογράφηση είναι:

- **Σώμα μηχανής** :Μονο-οπτική Ρεφλέξ. Αισθητήρας CMOS μεγαλύτερος των 8MP και ανάλογα με το διαθέσιμο χρηματικό ποσό Full Frame αισθητήρας.
- **Φακός**: 60mm (crop factor 1,5 ή 1,6) ή ανάλογα με το διαθέσιμο χρηματικό ποσό 100mm σε συνδυασμό με αισθητήρα full frame.
- **Φωτισμός:** Δακτυλιοειδής (ring flash) ή ανάλογως του διαθέσιμου χρηματικού ποσού συνεχής φωτισμός ή και spot-flash.



Εικ. 1. Η χρήση μιας φωτογραφικής λήψης μπορεί να καταδείξει την κατά περιοχές κατανομή της φωτεινότητας των οδοντικών ιστών με τη χρήση ειδικά ασπρόμαυρης ή με μεγάλου contrast τροποποιημένης φωτογραφίας.

Μέθοδος καταγραφής οπτικών ιδιοτήτων των δοντιών

Η μέθοδος περιλαμβάνει τη φωτογραφική καταγραφή των χρωματικών και γεωμετρικών ιδιοτήτων των δοντιών.

Α. Χρωματικές ιδιότητες των δοντιών

1. Η φωτεινότητα του χρώματος (value)

Είναι μεγίστης κλινικής σημασίας η αντίληψη της έντασης και κατανομής της φωτεινότητας στις διάφορες περιοχές των οδοντικών ιστών κατά την παρατήρηση μιας φωτογραφίας (Εικ. 1. Α,Β Γ). Αυτό θα βοηθήσει στην επιλογή των κατάλληλων αισθητικών υλικών για κάθε περιοχή (συνθέτων ρητινών ή κεραμικών μαζών) και στην επιλογή της τεχνικής (θέση και πάχος) της διαστρωμάτωσης τους.

Παράλληλα η καταγραφή της συνολικής φωτεινότητας των οδοντικών ιστών (composite tooth color)[7], που καθορίζει τη λευκότητά τους, αποτελεί βασική διαδικασία που θα συμβάλλει στην αντίληψή τους ειδικά σε ανεκπαίδευτους παρατηρητές (κλινικούς και ασθενείς). Για παράδειγμα, η φωτογράφηση και η επίδοση φωτογραφιών στον ασθενή πριν και μετά την λεύκανση αποτελεί το ισχυρότερο πειστήριο της φωτεινότητας-λευκότητας που επιτεύχθηκε[8] (Εικ. 2 Α, Β).

Η τεχνική της φωτογράφησης της φωτεινότητας των δοντιών

Για την καταγραφή της φωτεινότητας των οδοντικών ιστών απαιτείται σωστή έκθεση του αντικειμένου-δοντιού, που επιτυγχάνεται με σωστή ένταση φωτισμού. Η σωστή ένταση επιτυγχάνεται με την κατάλληλη χειροκίνητη ρύθμιση διαφράγματος (f 32), ταχύτητας 1/125 sec και ευαισθησία αισθητήρα ISO 100 για την ενδοστοματική φωτογράφηση. Στην αυτόματη επιλογή έκθεσης επιλέγουμε στη μηχανή προτεραιότητα διαφράγματος (Αν ή Α), με προεπιλογή f 32 και αυτόματα επιλέγεται από την μηχανή η ταχύτητα του κλείστρου.

Σε κάθε περίπτωση υποφωτισμένες και κυρίως υπερφωτισμένες φωτογραφικές λήψεις είναι

Εικ. 2. Ο βαθμός λευκότητας αποδεικνύεται αναμφισβήτητα με φωτογραφίες πριν και μετά την διαδικασία λεύκανσης.

DMG

LuxaCore® Z-Dual Smartmix

Διπλού πολυμερισμού σύνθετη ρητίνη, με οξείδιο του ζιρκονίου και νανοτεχνολογία για κατασκευή κολοβωμάτων.

- Βελτιωμένες, πιο κοντά στο φυσικό δόντι ιδιότητες
- Εξαιρετική ροή
- Κόβεται σαν την οδοντίνη
- Υψηλή αντοχή στη συμπίεση

Luxatemp Star

NEO

Υλικό κατασκευής προσωρινών στεφανών και γεφυρών. Εξαιρετική αντοχή στην κάμψη και αντίσταση στη θραύση. Υψηλότερη αρχική σκληρότητα. Χρωματική σταθερότητα.

- Εξαιρετική αισθητική
- Ακριβής και άμεση εφαρμογή της προσωρινής αποκατάστασης χάρη στην καλή ροή στο αποτύπωμα, την ελάχιστη συστολή και τη χαμηλή απορρόφηση νερού του Luxatemp Star.

Honigum® MixStar Heavy

Πολυβινυλοσιλοξάνη με μικροκρυστάλλους κεριού, σαν πρώτο υλικό σε αποτύπωση δύο φάσεων.

Συστήνεται για Εμφυτευματολογία από το Brånemark Center

Χρησιμοποιείται σαν πρώτο υλικό σε όλες τις τεχνικές αποτύπωσης δύο φάσεων. Ενδείκνυται για αποτυπώματα στεφανών και γεφυρών, ενθέτων, επενθέτων και για αποτυπώματα εμφυτευμάτων. Συνδυάζεται τέλεια με το Honigum Light.

Honigum® Light

Πρωτοποριακή πολυβινυλοσιλοξάνη με μικροκρυστάλλους κεριού, λεπτόρρευστη.

Ενδείκνυται για όλες τις τεχνικές αποτύπωσης δύο φάσεων.

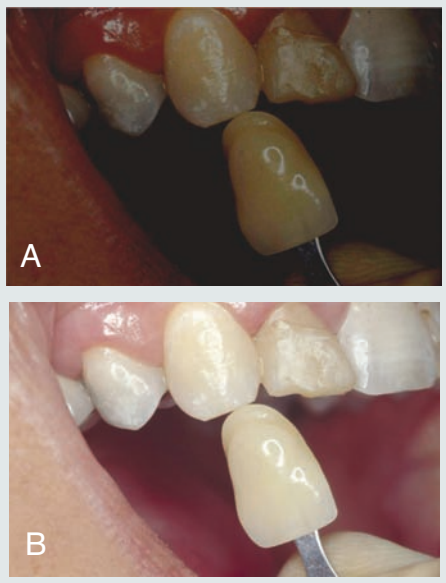
- Εξαιρετικά σταθερό στο δισκάριο
- Αναπαράγει και τις παραμικρές λεπτομέρειες
- Συνδυάζεται με όλες τις γνωστές πολυβινυλοσιλοξάνες.

Μιλτιάδης Βιτσαρόπουλος Α.Ε.

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

Επισκεφθείτε το site μας στο Internet

www.vitsaropoulos.gr



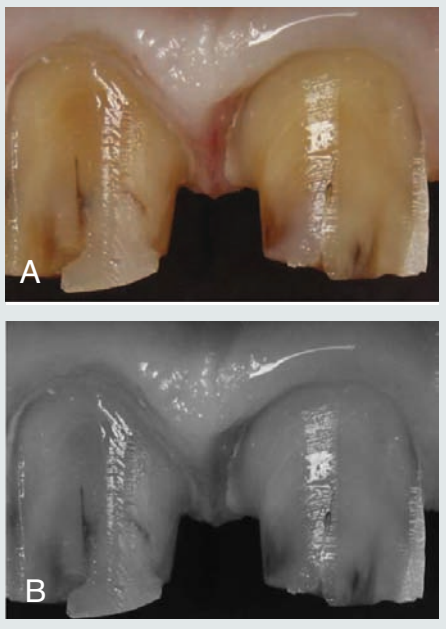
Εικ.3. Οι υποφωτισμένες, αλλά κυρίως οι υπερφωτισμένες φωτογραφίες είναι ακατάλληλες για τη λήψη του χρώματος των δοντιών.

ακατάλληλες για τον καθορισμό των χρωματικών ιδιοτήτων των δοντιών (Εικ 3. Α, Β)

2. Η χρωματική πυκνότητα (Chroma)

Η χρωματική πυκνότητα καθορίζεται από την οδοντίνη. Η φωτογραφική καταγραφή της χρωματικής πυκνότητας παρουσιάζει κλινικό ενδιαφέρον στις διαστρωματώσεις αισθητικών υλικών, διότι επηρεάζει την επιλογή του είδους και της κατανομής των υλικών οδοντίνης που θα χρησιμοποιήσουμε . Η πυκνότητα επηρεάζει και τη φωτεινότητα (δυσχρωμικά δόντια) γεγονός που την καθιστά περισσότερο οπτικά αντιληπτή. (Εικ 4. Α, Β)

Σε περιπτώσεις ολοκεραμικών αποκαταστάσεων η χρωματική πυκνότητα της υποκείμενης οδοντίνης πρέπει να καταγράφεται φωτογραφικά με την χρήση δείγματος ειδικού χρωματολογίου (Εικ. 5), διότι όπως αναφέρθηκε, πιθανόν να ελαττώσει τη φωτεινότητα της ολοκεραμικής αποκατάστασης.

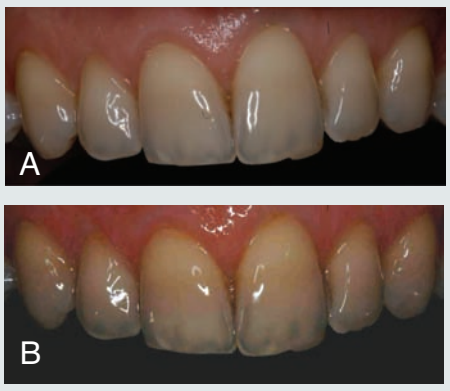


Εικ 4. Οι περιοχές μεγάλης χρωματικής πυκνότητας (κίτρινες ή καφέ) φαίνονται χαμηλότερης φωτεινότητας (γκρι, μαύρο) λόγω μεγάλης απορρόφησης του προσπίπτοντος φωτός στην ασπρόμαυρη φωτογραφία.

Εικ 5. Η φωτογράφηση της πυκνότητας της οδοντίνης με την χρήση χρωματολογίου κολοβωμάτων (Die shade guide, Vivadent).

Η τεχνική της φωτογράφησης της χρωματικής πυκνότητας

Για τη σωστή φωτογράφηση της χρωματικής πυκνότητας των δοντιών απαιτείται ελάττωση της ευαισθησίας του αισθητήρα κατά ½ f stop με στόχο την ελάττωση της φωτεινότητας της έκθεσης[9]. Η ελάττωση της φωτεινότητας της εικόνας βοηθάει στην καλύτερη οπτική αντίληψη της χρωματικής πυκνότητας (Εικ 6. Α, Β).



Εικ 6. Η ελάττωση της φωτεινότητας της ευαισθησίας του αισθητήρα κατά ½ f stop συμβάλλει στο ευχερέστερο εντοπισμό της χρωματικής πυκνότητας (κίτρινη οριζόντια λωρίδα) του μεσαίου τριτημορίου των δοντιών.

Επίσης στην αύξηση της χρωματικής πυκνότητας συμβάλλει και η χρήση πολωτικού φίλτρου που αφαιρεί την διαχεόμενη ανάκλαση από την οδοντική ουσία (κρυστάλλους οδοντίνης, αδαμαντίνης και επιφάνεια). Η διαχεόμενη ανάκλαση των οδοντικών ιστών αλλά και της επιφάνειας τους θολώνει την εικόνα και ελαττώνει την αντίθεση της.

3. Η χρωματική οικογένεια (Hue)

Η επιλογή της χρωματικής οικογένειας των δοντιών ελάχιστη κλινική σημασία παρουσιάζει και τείνει να εξαλειφθεί από τα σύγχρονα χρωματολόγια (Εικ. 7).

Εικ. 7. Στα σύγχρονα οδοντικά χρωματολόγια (Bleached guide Vita 3D- Master shade guide) η διαβάθμιση χρωματική οικογένειας παραλείπεται ενώ κυριαρχεί η διαβαθμισμένη ελάττωση της φωτεινότητας με ταυτόχρονη αύξηση της χρωματικής πυκνότητας.

Η τεχνική της φωτογράφησης της χρωματικής οικογένειας

Παρ' όλα αυτά, για τη σωστή φωτογράφηση της χρωματικής οικογένειας των δοντιών απαιτείται φωτεινή πηγή συνεχούς φάσματος (όχι χρωματισμένος φωτισμός Flash ή συνεχής). Η χρήση του σωστού χρώματος του φωτισμού (daylight, 5500K) κατά τη φωτογραφική λήψη καθορίζεται από τον αισθητήρα στην επιλογή της ισορροπίας λευκού (White balance) με την ψηφιακή επιλογή flash. (Menu White balanceFlash).

Κλινικές παρατηρήσεις της φωτογράφησης των χρωματικών ιδιοτήτων των δοντιών (Εικ. 8)

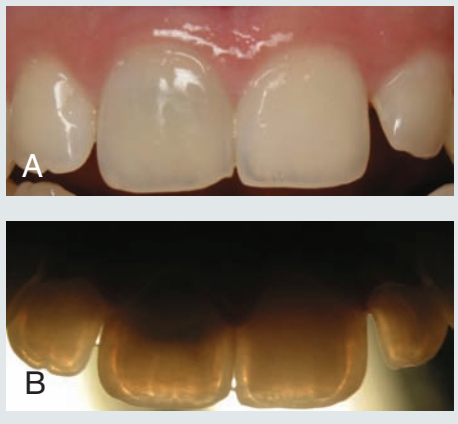
- Το χρώμα του δοντιού (οικογένεια, πυκνότητα, φωτεινότητα) φωτογραφίζεται σε αντιπαράθεση με το πιθανό δείγμα ενός χρωματολογίου (ο οφθαλμός-εγκέφαλος διακρίνει καλύτερα με την σύγκριση " δόντι-δείγμα" από το να υποθέτει το χρώμα του δοντιού από μνήμης).
- Το δείγμα και το φυσικό δόντι είναι στο ίδιο παρειο-υπερώιο επίπεδο για την αποφυγή διαφορετικής έντασης προσπίπτοντος φωτισμού.
- Το δείγμα και το φυσικό δόντι δεν πρέπει να παρουσιάζουν κατοπτρικές ανακλάσεις οι οποίες αποκρύπτουν τη χρωματική συμπεριφορά της οδοντικής ουσίας. Αποτελεί βοήθεια στην αντίληψη του παρατηρητή η δυνατότητα προεπισκόπησης δια μέσου του φακού της παρουσίας των κατοπτρικών ανακλάσεων με την χρήση συνεχούς φωτισμού και όχι flash.
- Για την αποφυγή λαθών πρέπει να φωτογραφίζονται, εκτός από το πιθανότερο δείγμα του χρωματολογίου και τα παρακείμενα δόντια στην κλίμακα φωτεινότητας των χρωματολογίων (ένα φωτεινότερο και ένα σκοτεινότερο από το επιλεγμένο δείγμα).
- Η πρόσπτωση του φωτισμού και η λήψη γίνεται υπό γωνία>30° σε σχέση με το επίπεδο της προστομιακής επιφάνειας, ώστε να μη παρατηρούνται κατοπτρικές ανακλάσεις στο δόντι ή το δείγμα του χρωματολογίου.

Εικ. 8. Μία μόνο φωτογραφία που έχει ληφθεί με σωστή τεχνική είναι ικανή και αναγκαία, ώστε ο τεχνίτης να αποκαλύψει το χρώμα του δοντιού.

4. Ο οπαλισμός και ιριδισμός των δοντιών (opalescence, iridescence)

Οι οπτικές αυτές ιδιότητες καταγράφονται επαρκώς κατά την τεχνική της καταγραφής των χρωματικών ιδιοτήτων των δοντιών και δεν απαιτούνται επιπλέον φωτογραφικές λήψεις. Αν και γεωμετρικά φαινόμενα στην προέλευσή τους, τα περιγράφουμε στα χρωματικά, δεδομένου ότι επηρεάζουν τη χρωματική αντίληψη των δοντιών

Ο οπαλισμός αποτελεί φαινόμενο της αδαμαντίνης και μπορεί να φωτογραφηθεί είτε σαν ανακλώμενο φως (μπλε) με την τεχνική που περιγράφηκε παραπάνω ή σαν διερχόμενο φως (κεχριμπαρί) μέσα σε καθρέπτη που ανακλά τη διέλευση του φωτός από την υπερώια περιοχή των δοντιών (Εικ 9 Α, Β). Η μελέτη του είδους, της κατανομής και της ποσότητας του οπαλισμού της αδαμαντίνης συμπληρώνουν τη χρωματική συμπεριφορά της οδοντίνης. Η αναπαραγωγή της οπαλίζουσας περιοχής είναι απαραίτητη για τη χρωματική εξομοίωση των αποκαταστάσεων με τα φυσικά δόντια.



Εικ. 9. Η φωτογράφηση του μπλε οπαλισμού γίνεται σε ανακλώμενο και του κεχριμπαρί οπαλισμού σε διερχόμενο φως.

Ο ιριδισμός αποτελεί φαινόμενο της αδαμαντίνης και καταγράφεται σαν άσπρο επίπλουν διαφορετικού πάχους και έκτασης σε κάθε διαφορετικό ασθενή στην επιφάνεια της αδαμαντίνης. Καταγράφεται με την συμβατική προαναφερθείσα φωτογράφηση του χρώματος, αλλά όντας δυσδιάκριτος δια τους άπειρους παρατηρητές αναδεικνύεται με την επεξεργασία της εικόνας με τη χρήση αυξημένης αντίθεσης (contrast) (Εικ. 10 Α, Β).

Εικ. 10. Η φωτογράφηση της άσπρης επίστρωσης της αδαμαντίνης γίνεται με τον συμβατικό τρόπο του χρώματος και αναδεικνύεται με την αύξηση της αντίθεσης της εικόνας κατά 80/100.

5. Ο φθορισμός των δοντιών- αποκαταστάσεων (Fluorescence)

Ο φθορισμός αποτελεί φαινόμενο κυρίως της οδοντίνης και συμβάλλει στην αύξηση της φωτεινότητας των δοντιών λόγω της αύξησης της ανακλαστικότητας (reflectance). Η φωτεινότητα αυξάνει γιατί προσπίπτει στο δόντι υπεριώδης ακτινοβολία (μη ορατή) εκπεμπόμενη ταυτόχρονα με ορατή από διάφορες φωτεινές πηγές και ανακλάται ως λευκό και μπλε φως. Η κλινική του σημασία είναι μεγάλη στην εξομοίωση της λευκότητας οδοντικών ιστών και των αισθητικών υλικών (ρητινών επί εμφράξεων και κεραμικών επί προσθετικών αποκαταστάσεων) (Εικ. 11 Α, Β).

Εικ. 11. Η διαφορετική ένταση φθορισμού οδοντικών ιστών και ρητινών σημαίνει διαφορετική ανακλαστικότητα σε φωτισμό που περιέχουν υπεριώδη ακτινοβολία. Η φωτογράφηση της αποκατάστασης με φθορίζοντα φωτισμό, βοηθά στην επίλυση λεπτών διαφορών φωτεινότητας των αποκαταστάσεων.

Η τεχνική της φωτογράφησης του φθορισμού

Απαιτείται η χρήση ειδικού λαμπτήρα παραγωγής υπεριώδους ακτινοβολίας (Εικ 12), φωτογράφηση στο σκοτάδι, χωρίς φλας, με χρήση τρίποδα και ρυθμίσεις που περιλαμβάνουν αργή ταχύτητα κλείστρου(60-125), μεγάλο διάφραγμα (f 10-20) και αυξημένη ευαισθησία αισθητήρα ISO (800-3200).

Εικ. 12. Οι λαμπτήρες υπεριώδους ακτινοβολίας σε σκοτεινό χώρο και τις ανάλογες ρυθμίσεις της μηχανής καταγράφουν φωτογραφικά το φαινόμενο του φθορισμού των δοντιών.

ENDO-EZE®

TiLOS™

STRENGTH MEETS FLEXIBILITY

Τιμή γνωριμίας

από ~~585,00€~~ **395,00€**

Το σύστημα περιλαμβάνει:
χειρολαβή, ρίνες
& τελική έμφραξη!

Endo-Eze TILOS

Ανατομική Ενδοδοντική Τεχνολογία

Το TILOS είναι ένα μηχανοκίνητο υβριδικό σύστημα ρινών το οποίο αποτελείται από ρίνες νικελίου τιτανίου και από ανοξείδωτο ατσάλι και συνδυάζει τα καλύτερα στοιχεία των τεχνικών crown-down και step-back: προσφέρει **ασφαλή, αποτελεσματικά και προβλέψιμα αποτελέσματα.**

Οι ρίνες TILOS χρησιμοποιούνται με την χειρολαβή της Ultradent (παλινδρομική κίνηση των 30°), και διατίθενται σε ατομικά σετ για τον ασθενή, σετ ρινών ακρορριζίου και ανταλλακτικά. Το σύστημα TILOS περιλαμβάνει ρίνες χειρός /χειρολαβής από ανοξείδωτο ατσάλι και νικέλιο τιτάνιο.

Εξελίσσοντας το σύστημα Ανατομικής Ενδοδοντικής Τεχνολογίας, η Ultradent με το TILOS, προσφέρει στον οδοντίατρο **τη σωστή κίνηση και το σωστό μέταλλο για κάθε τμήμα του ριζικού σωλήνα.**

Επικοινωνήστε μαζί μας, για την επίδειξη του συστήματος στο ιατρείο σας, με δυνατότητα παραχώρησής του για μια εβδομάδα

Μεσογείων 36, Τ.Κ 115 27 Αθήνα | Τηλ.: 210 7482170 | Fax: 2107482109
e-mail: ultradent@otenet.gr | www.ultrdent.gr | www.ultradent.com

ULTRADENT PRODUCTS INC.
Improving Oral Health Globally

Β. Γεωμετρικές οπτικές ιδιότητες των δοντιών

1. Η ημιδιαφάνεια των δοντιών (translucency)

Αποτελεί τη βασικότερη ιδιότητα των οδοντικών ιστών μαζί με τη φωτεινότητα τους. Η ημιδιαφάνεια καθορίζει την γκριζάδα των δοντιών και η αδιαφάνεια τη λευκότητα. Η αντιπαράθεση περιοχών φωτεινότητας-αδιαφάνειας (reflectance) και γκριζάδας-διαφάνειας (transmittance ή absorbance) σε ένα δόντι αυξάνει την κλινική αντίληψη της αντίθεσης (contrast). Παράλληλα, και στη λαμβανόμενη φωτογραφική εικόνα η αντίληψη της αντίθεσης αυτής συνεπάγεται την ευκολία οπτικής διάκρισης της γεωμετρικής αυτής ιδιότητας των δοντιών από τον κλινικό. Η αντίθεση αυτή μπορεί να γίνει ευκολότερα αντιληπτή με την χρήση ψηφιακών εργαλείων επεξεργασίας εικόνας. Κλινικά είναι ιδιαίτερης σημασίας ο καθορισμός της ποσότητας, του είδους και της κατανομής της. (Εικ. 13)

Εικ. 13. Η φωτογραφία της ημιδιαφάνειας συμβάλλει στον καθορισμό της ποσότητας, του είδους και της κατανομής της. Με οποιονδήποτε άλλον τρόπο δεν μπορούμε να καταγράψουμε όλες τις κλινικές πληροφορίες της ημιδιαφάνειας των δοντιών.

Η τεχνική της φωτογράφησης της ημιδιαφάνειας των δοντιών

Η φωτογράφηση της ημιδιαφάνειας των δοντιών γίνεται από παρειακή κατεύθυνση. Για την φωτογραφική καταγραφή της ημιδιαφάνειας απαιτείται η υπερώια χρήση μαύρου ανακλαστήρα (contractors) (Εικ. 14) και υποφωτισμός της λήψης κατά 1f stop του διαφράγματος από τη χειροκίνητη ή την ψηφιακή επιλογή αναλόγως της μηχανής (Exposure compensation).

Εικ. 14. Η χρήση μαύρου ανακλαστήρα υπερώια συμβάλλει στην καταγραφή της συνολικής ημιδιαφάνειας των οδοντικών ιστών.

Καταγράφεται επίσης και η ημιδιαφάνεια της οδοντίνης μετά τον τροχισμό της αδαμαντίνης (Εικ 15).

Εικ. 15. Η φωτογράφηση της συνολικής ημιδιαφάνειας του παρακείμενου δοντιού ταυτόχρονα με την ημιδιαφάνεια της παρασκευασμένης οδοντίνης αποτελούν βασικές πληροφορίες στον τεχνίτη για την κατασκευή ολοκεραμικών αποκαταστάσεων.

Κλινικές παρατηρήσεις της φωτογράφησης και επεξεργασίας της εικόνας της ημιδιαφάνειας

- Οι διαφορές ημιδιαφάνειας σε ένα δόντι διακρίνονται καλύτερα με την επεξεργασία της εικόνας και την αύξηση της αντίθεσης (contrast) κατά 80/100 με ένα πρόγραμμα επεξεργασίας εικόνας (οδοντιατρική εικόνα office picture manager επεξεργασία εικόνας φωτεινότητα contrast) (Εικ 16. Α, Β). Η αύξηση της αντίθεσης σε μία εικόνα αποτελεί ισχυρότατο κλινικό εργαλείο δεδομένου ότι αναδεικνύει όλες τις διαφορές φωτεινότητας-ημιδιαφάνειας επάνω σε ένα δόντι ή μεταξύ των παρακείμενων δοντιών (αδιαφανείς φθορίζοντες λοβοί οδοντίνης, περιοχές δευτερογενούς και τριτογενούς οδοντίνης, νεκρωτικούς χρωματισμούς, οπαλισμούς, ιριδισμούς και διαφάνειες αδαμαντίνης).

Εικ. 16. Η αντίθεση ημιδιάφανων και αδιαφανών περιοχών γίνεται καλλίτερα αντιληπτή με την αύξηση (80/100)της αντίθεσης σε μία εικόνα.

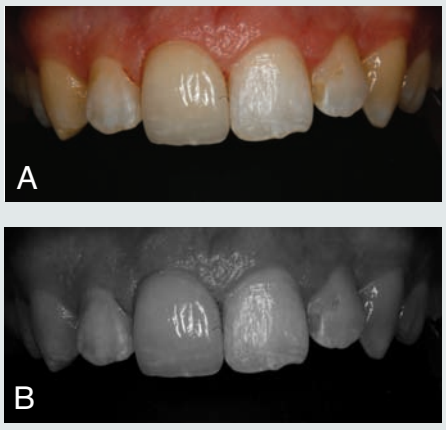
Α. Φυσική λήψη

Β. Αυξημένη αντίθεση

Γ. Ελαττωμένη αντίθεση

Εικ. 17. Η αύξηση της αντίθεσης της φυσικής εικόνας Α στην εικόνα Β καθιστά τον 12 αντιληπτό ως χαμηλότερης φωτεινότητας λόγω μεγαλύτερης ημιδιαφάνειας, ενώ στη Γ η διάκριση είναι δυσχερέστερη.

- Παράλληλα διακρίνεται ευκολότερα η διαφορετική ημιδιαφάνεια-γκριζάδα ενός δοντιού από τα παρακείμενα δόντια σε μία φυσική ή τεχνητή οδοντική σύνθεση (Εικ 17. Α, Β, Γ).
- Επειδή η ανθρώπινη όραση διακρίνει καλλίτερα τις διαφορές φωτεινότητας από τις διαφορές χρωματικότητας (οικογένεια, πυκνότητα) ο κλινικός καλό είναι να αφαιρέσει το χρώμα κατά την φωτογραφική λήψη (menu, Picture style, neutral) ή με επεξεργασία αφαίρεση της χρωματικότητας της εικόνας (desaturation) (Εικ 18. Α, Β). Με τους παραπάνω τρόπους θα γίνει άμεσα διακριτή από τον άπειρο κλινικό η διαφορά ημιδιαφάνειας των φυσικών δοντιών ή του δείγματος του χρωματολογίου και του τεχνητού δοντιού κλπ.



Εικ. 18. Με την αφαίρεση της χρωματικότητας (οικογένεια και πυκνότητα) γίνεται ευκολότερα αντιληπτή η διαφορά φωτεινότητας-ημιδιαφάνειας του τεχνητού σε σχέση με το φυσικό δόντι από τον άπειρο κλινικό.

2. Οι κατοπτρικές ανακλάσεις της επιφάνειας των δοντιών (specular glazes ή highlights)

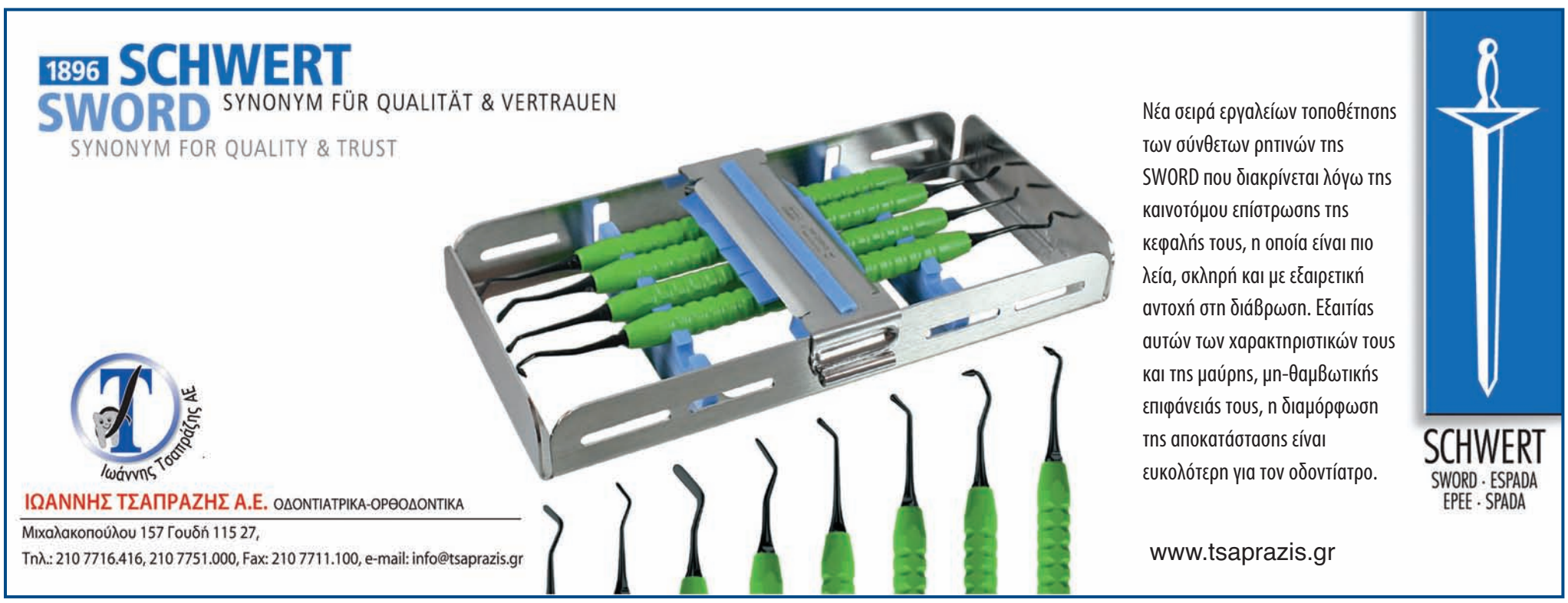
Αποτελούν τη βασικότερη παράμετρο της οπτικής αντίληψης των δοντιών δεδομένου ότι καθορίζουν μία σειρά γεωμετρικών παραμέτρων όπως: φωτεινότητα, μέγεθος, σχήμα, τραχύτητα και στιλπνότητα των δοντιών και η προοπτική. Έτσι, οι κατοπτρικές ανακλάσεις αυξάνουν τη λευκότητα των δοντιών λόγω της επιφανειακής ανάκλασης του προσπίπτοντος φωτισμού (surface reflectance). Είναι οπτικά κυρίαρχες σε μια οδοντική σύνθεση (λαμπερό γέλιο!!!) διότι αποκρύπτουν την διάφανη και χρωματική συμπεριφορά των οδοντικών ιστών της οδοντίνης και αδαμαντίνης, αποτρέποντας την είσοδο του φωτός στην οδοντική ουσία. Παράλληλα αποδίδουν το σχήμα και την προοπτική των δοντιών λόγω της αντίληψης της αντίθεσης μεταξύ της προστομιακής (φωτεινής) και της μεσοδόντιας (σκοτεινής) περιοχής της οδοντικής σύνθεσης (Εικ 19).

Εικ. 19. Οι κατοπτρικές ανακλάσεις συμβάλλουν στο λαμπύρισμα των στοματικών ιστών (δόντια, ούλα) και αυξάνουν τον εντυπωσιασμό μέσω της αυξημένης φωτεινότητας, παρά την πιθανή χαμηλή ανακλαστικότητα των οδοντικών ουσιών (διαφανής και χρωματικά πυκνή οδοντίνη, διαφανής αδαμαντίνη).

Η τεχνική της φωτογράφησης των κατοπτρικών ανακλάσεων των δοντιών.

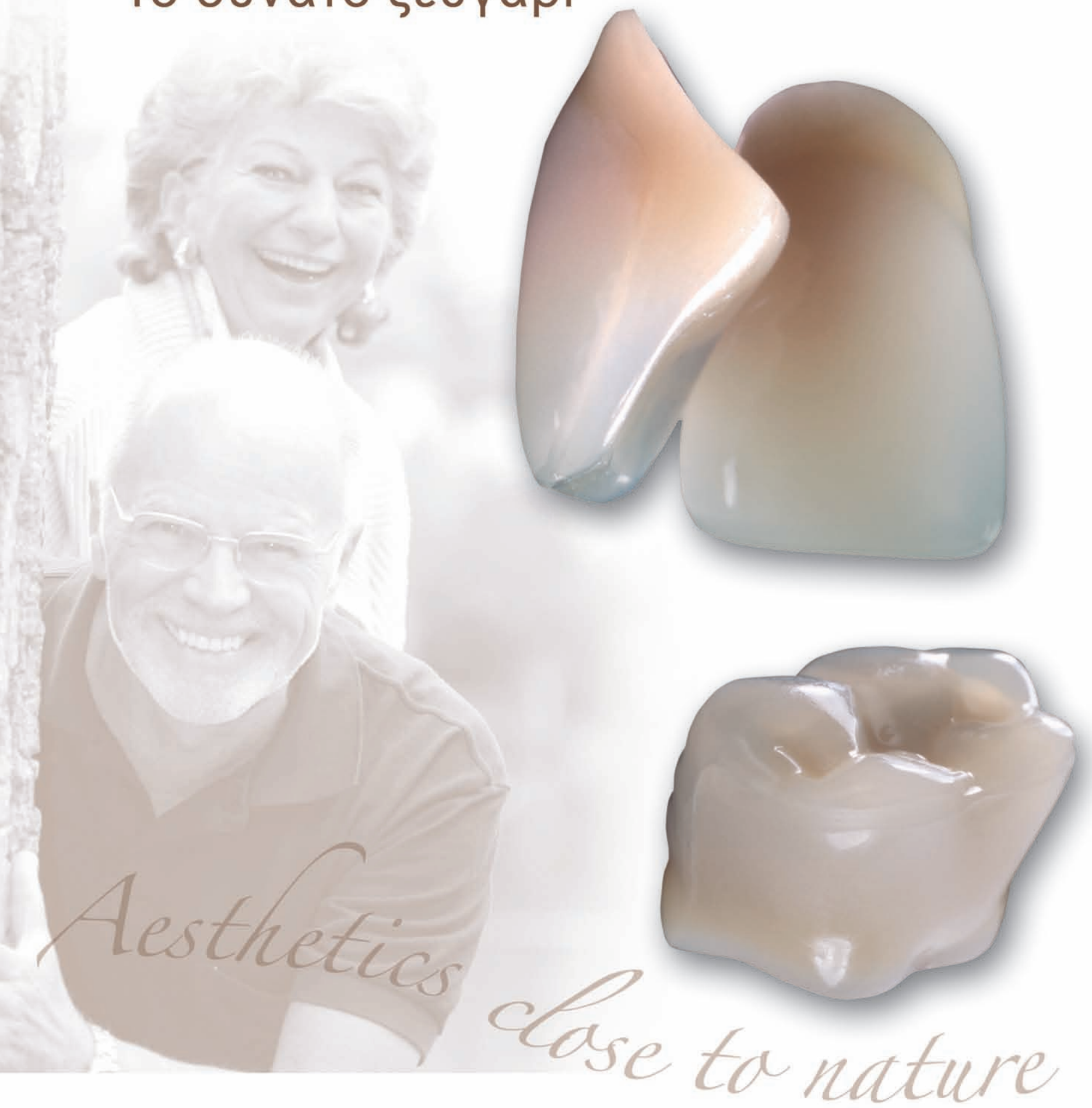
Για την φωτογραφική καταγραφή των κατοπτρικών ανακλάσεων απαιτούνται τρεις φωτογραφικές λήψεις.

Στην πρώτη λήψη οριζοντιώνουμε τον οπτικό άξονα του φακού ώστε να είναι κάθετος στην προστομιακή επιφάνεια του δοντιού και καταγράφουμε την ανάκλαση της προστομιακής όψης (face of the tooth)[10]. Η δεύτερη φωτογραφική λήψη γίνεται εκ των άνω, με μικρή κατακόρυφη γωνία του οπτικού άξονα του φακού και της προστομιακής επιφάνειας του δοντιού,



SR Vivodent® PE και SR Orthotyp ® PE

Το δυνατό ζευγάρι



- Διαστρωμάτωση υψηλής αισθητικής - PE = Pearl Effect = φαινόμενο μαργαριταριού.
- Έντονα χρωματισμένοι αυχένες.
- Άριστα τεκμηριωμένη ημι-ανατομική σύγκλειση.
- Σταθερότητα αποχρώσεων.
- Υψηλού βαθμού σκληρότητα και πυκνότητα.
- Αντίσταση στη διαλυτότητα.
- Ιδιαίτερα κατάλληλα για οδοντοστοιχίες επί εμφυτευμάτων.

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

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

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

ivoclar vivadent®
passion vision innovation

ώστε να καταγραφεί η ανάκλαση-σχήμα του αυχενικού τριτημορίου του δοντιού και τα χαρακτηριστικά της αυχενικής οριακής ακρολοφίας (θέση, μήκος, μορφή). Η τρίτη φωτογραφική λήψη γίνεται εκ των κάτω με μικρή κατακόρυφη γωνία, ώστε να καταγραφούν τα χαρακτηριστικά του κοπτικού τριτημορίου και της κοπτικής οριακής ακρολοφίας (Εικ. 20 Α, Β, Γ)

Εικ. 20. Οι τρείς λήψεις με διαφορετική κατακόρυφη αξονική γωνία καταγράφουν τη μορφή, την θέση και το μέγεθος των κατοπτρικών ανακλάσεων των δοντιών που καθορίζουν μια σειρά γεωμετρικών παραμέτρων (κυρίως το σχήμα του δοντιού) της αντίληψής τους.

Χρησιμοποιείται κατά προτίμηση δακτυλιοειδής (ring), συνεχής φωτισμός, αντί του στιγμιαίου (flash) για να φαίνονται οι κατοπτρικές ανακλάσεις (what you get is what you see).

3. Η τραχύτητα (Gloss) και στιλπνότητα (Luster) των δοντιών

Η τραχύτητα και η στιλπνότητα των αποκαταστάσεων αποτελούν οπτικά κυρίαρχα γεωμετρικά χαρακτηριστικά των δοντιών που καθορίζουν τη φυσική ή τεχνητή αντίληψή τους.

Η τεχνική της φωτογράφησης της τραχύτητας και στιλπνότητας των δοντιών

Η φωτογράφηση της τραχύτητας και στιλπνότητας των δοντιών (φυσικών και τεχνητών) στόχο έχει την απόδοση των μέγιστων κατοπτρικών ανακλάσεων, όπου εμφανίζονται οι γεωμετρικές αυτές ιδιότητες. Η φωτογράφηση γίνεται όπως των κατοπτρικών ανακλάσεων. Ιδιαίτερη σημασία δίνεται στην φωτογράφηση με βέλτιστη εστίαση (νετάρισμα) και την μέγιστη μεγέθυνση (1:1= τέσσερα δόντια στο πλάνο ή 2:1=δύο δόντια στο πλάνο), μιας και το βάθος πεδίου δεν είναι απαραίτητο.

Κλινικές παρατηρήσεις.

- Η τραχύτητα της οδοντικής επιφάνειας καθορίζει τη μορφή και έκταση των κατοπτρικών ανακλάσεων (surface texture, microanatomy) και ευκρινώς προδίδει το τεχνητό δόντι από το φυσικό (Εικ 21). Η εξομοίωση της τραχύτητας επιτυγχάνεται κατά το χτίσιμο ή με την λείανση κατά το τρόχισμα της επιφάνειας του τεχνητού δοντιού.

Εικ. 21. Η τραχύτητα της επιφάνειας του φυσικού δοντιού (21) δεν αποδόθηκε στο τεχνητό (11) με συνέπεια την πρόδηλη οπτική διαφορά τους.

Εικ. 22. Η διαφορά στιλπνότητας κυρίως μεταξύ των κεντρικών τομέων και των υπόλοιπων δοντιών αλλά και λιγότερο η διαφορά στιλπνότητας μεταξύ των κεντρικών τομέων καθιστούν την τεχνητή τους προέλευση εμφανή.

Η στιλπνότητα της οδοντικής επιφάνειας εμφανίζεται επί της κατοπτρικής ανάκλασης και μπορεί να είναι από γυαλιστερή (bright, shine, glister) έως θολή (dim, haze)[11]. Η κλινική σημασία είναι καίρια όταν οι διαφορές είναι μεγάλες και ο τεχνίτης δεν μπορεί να διαγνώσει τον βαθμό στιλπνότητας, τότε επιβάλλεται να λάβει φωτογραφική εικόνα (Εικ. 22. Α, Β). Ο βαθμός στιλπνότητας επιτυγχάνεται κατά την στίλβωση των αποκαταστάσεων. Ο τρόπος στίλβωσης αποδίδει τον βαθμό στιλπνότητας.

4. Η μορφολογία των δοντιών (morphology of teeth)

Η μορφολογία των δοντιών καθορίζεται από τα εξωτερικά περιγράμματα της επιφάνειας κατά την επισκόπηση των δοντιών.

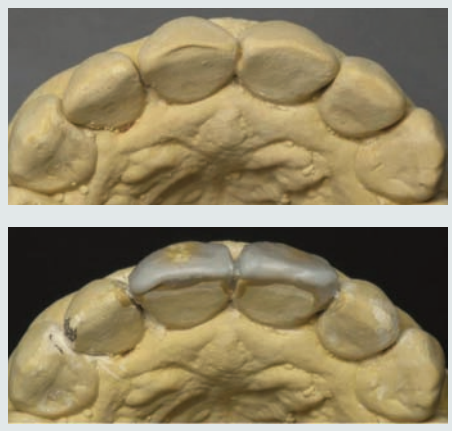
Η τεχνική της φωτογράφησης της μορφολογίας των δοντιών

Για την φωτογραφική καταγραφή της μορφολογίας απαιτούνται τρεις λήψεις.

- Μια εκ των πρόσω που καθορίζει το περίγραμμα των δοντιών όπως συνήθως παρατηρούμε και αναφερόμαστε στα δόντια (Εικ. 23 Α, Β). Η λήψη αυτή είναι ιδιαίτερα χρήσιμη σε διαχείριση αραιοδοντιών, μεγάλων μεσοδόντιων χώρων, κοπτικού ή ουλικού περιγράμματος κλπ.
- Μια εκ του πλαγίου (η εγγύς ευκολότερη) για να καθοριστεί το παρειακό περίγραμμα και η παρειακή κυρτότητα των δοντιών. Με την πλάγια φωτογράφιση καταγράφονται και διάφορα μορφολογικά στοιχεία της σύνθεσης των δοντιών (θέσεις, κλίσεις) σε συσχέτιση με την παρειο-υπερώια θέση τους και το παρειακό τους περίγραμμα (Εικ. 24. Α, Β).
- Και μία από μασητική κατεύθυνση για να καθοριστεί η μορφή και το μέγεθος της μείζονος περιμέτρου των δοντιών και η θέση της κοπτικής ακρολοφίας σε σχέση με την μείζονα περίμετρο και μία σειρά επιμέρους μορφολογικών χαρακτηριστικών (αποτριβές κλίσεις, στροφές κλπ) (Εικ. 25 Α, Β).

Εικ. 23. Τα περιγράμματα (κοπτικό, όμορο, αυχενικό) πριν και μετά την αποκατάσταση αποδίδονται με μία φωτογραφία εκ των πρόσω.

Εικ. 24. Η πλάγια φωτογράφιση αποκαλύπτει μορφολογικά στοιχεία της οδοντικής (μορφή, κυρτότητες, κλίσεις) και οδοντοστοματικής σύνθεσης



Εικ 25. Κοπτική λήψη καταγράφει μορφολογικές ιδιότητες και τροποποιήσεις των δοντιών πριν και μετά την αποκατάσταση

Συμπέρασματα.

- Η φωτογράφηση από τον γιατρό με βάση τις αρχές του πρωτοκόλλου αυτού θα βοηθήσει το εργαστήριο να χειριστεί τις αναγκαίες πληροφορίες ώστε να κατασκευαστούν δόντια που να ταυτίζονται οπτικά με τα παρακείμενα φυσικά κατά προβλέψιμο τρόπο.
- Το πρωτόκολλο καταγραφής των οπτικών ιδιοτήτων των δοντιών που περιγράφηκε περιλαμβάνει τη λήψη 9 φωτογραφιών. Μια για τις χρωματικές ιδιότητες, μια για τον φθορισμό, τρεις για τις κατοπτρικές ανακλάσεις, μια για την ημιδιαφάνεια και τρεις για την μορφολογία.
- Η γνώση των οπτικών ιδιοτήτων των δοντιών, ο χειρισμός και οι ρυθμίσεις της φωτογραφικής μηχανής αλλά και η βασική επεξεργασία εικόνας είναι αναγκαίες προϋποθέσεις για την εμπλοκή του κλινικού με πιο αποτελεσματικό τρόπο στον ψηφιακό φωτογραφικό χώρο της οδοντικής αποκατάστασης.

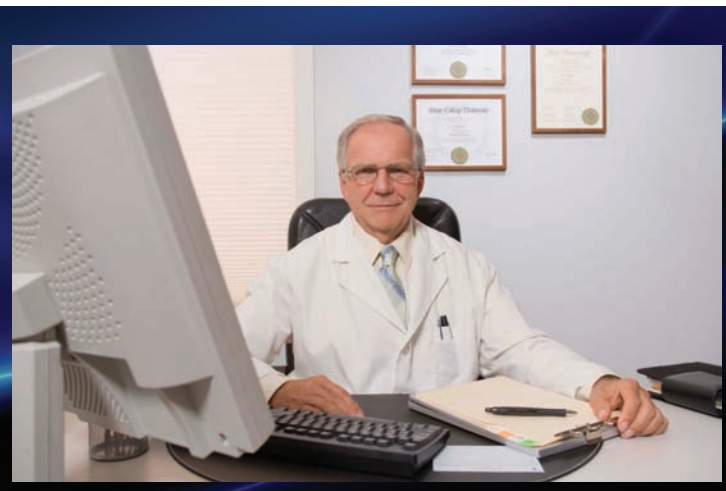
Βιβλιογραφία

1. Sproull RC. Color matching in dentistry. 3. Color control. J Prosthet Dent 1973;31:146-154.
2. Seghi RR, Johnston WM, O'Brien WJ. Spectrophotometric analysis of color differences between porcelain systems. J Prosthet Dent 1986;56:35-40.
3. Seghi RR, Johnston WM, O' Brien WJ. Performance assessment of colorimetric devices on dental porcelains. J Dent Res 1989;68:1755-1759.
4. Lehmann KM et al. Repeatability of Color-Measuring Devices. Eur J Esthet Dent. 2011 Winter Vol 6;4:428-435
5. Jarad FD, Russel MD, Moss BW. The use of digital imaging for color matching and communication in restorative dentistry Br Dent J 2005;199:43-49.
6. Chu S, Devigus A, Paravina R, Mieleszko A. Fundamentals of Color shade matching and communication in Esthetic Dentistry 2010, 2nd Edition Quintessence Pub Co.
7. Muia P. Esthetic Restorations. Improved Dentist-laboratory Communication. 1993 Quintessence Pub Co. Inc, Carol Steam. Illinois
8. Bengel W. Digital Photography and the Assessment of Therapeutic results after Bleaching procedures. J Esthet Restor Dent 15;S21-S32, 2003.
9. Irfan Ahmad. Digital and Conventional Dental Photography: A practical clinical Manual. Quintessence Pub Co Inc 2004 pp113.
10. Singer BA. Fundamentals of Esthetics. In Dale BG, Aschheim KW. Esthetic Dentistry: A Clinical Approach to Techniques and materials. Ed Lea &Febiger 1993 Philadelphia
11. Hunter RS, Harold RW. The Measurement of Appearance, 2nd ed. John Wiley & Sons, New York 1987.

Κάντε κλικ στην ηλεκτρονική μας διεύθυνση www.odvima.gr

- Για να διαβάζετε τα τελευταία τεύχη της εφημερίδας «Οδοντιατρικό Βήμα».
- Να ενημερώνεστε για τα περιοδικά «Ενδοδοντολογία» και «Αρχεία Ελληνικής Στοματικής και Γναθοπροσωπικής Χειρουργικής».
- Να βρίσκετε πληροφορίες για τα βιβλία των εκδόσεων μας, να βλέπετε την περίληψη και τα περιεχόμενά τους, όπως επίσης και να ενημερώνεστε για τα βιβλία της «Quintessence» και πώς μπορείτε να τα παραγγείλετε.

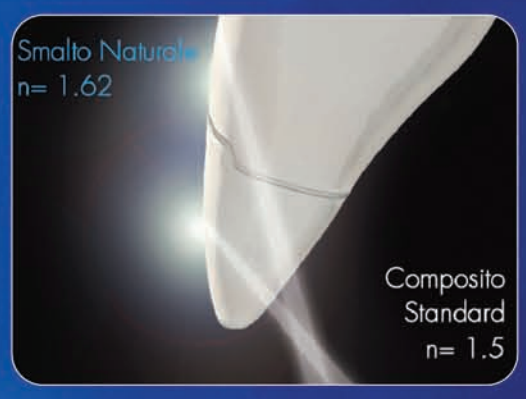
Επισκεφτείτε τη σελίδα των εκδόσεών μας και αναζητήστε εύκολα και γρήγορα τις πληροφορίες που επιθυμείτε.



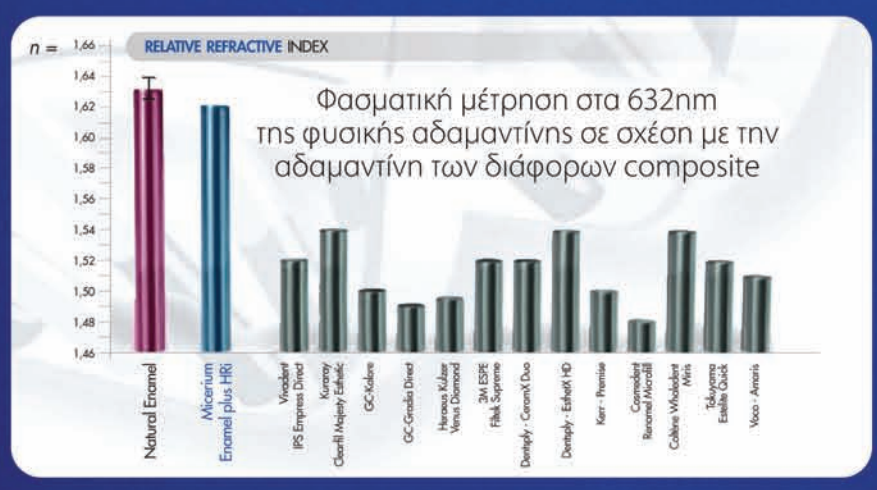
GRUPPO MICERIUM

Η φυσική αδαμαντίνη ΚΛΩΝΟΠΟΙΗΜΕΝΗ σε ρητίνη HRi

Πρακτικά σεμινάρια



Πάθος για την αισθητική!



Γρήγορο και άριστο αποτέλεσμα
με τη χρήση ενός μόνο υλικού
(Enamel HRi)
και στο ίδιο πάχος
με τη φυσική αδαμαντίνη

Σύστημα λεύκανσης ENA WHITE

ENA WHITE **REGULAR**
12% Υπεροξείδιο του υδρογόνου

ENA WHITE **POWER**
35% Υπεροξείδιο του υδρογόνου

ENA WHITE
LIGHT
6% Υπεροξείδιο
του υδρογόνου

Επενδύστε σε ποιότητα και αξίες.
Είναι τα μόνα που αντέχουν στο χρόνο!

ΜΑΥΡΑΕΙΔΟΠΟΥΛΟΣ

Επικοινωνήστε μαζί μας για περισσότερες πληροφορίες και προσφορές

Τζωρτζ 12, 106 77 Αθήνα, Τηλ.: 210 3847735, http//www.mavraidopoulos.gr, e-mail: klonoshlias@gmail.com

Γναθοπροσωπική Χειρουργική & Εμφυτεύματα

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

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

e-mail: lvairakt@med.uoa.gr

ΑΠΟΤΥΧΙΕΣ ΤΩΝ ΕΜΦΥΤΕΥΜΑΤΩΝ ΜΕΤΑ ΤΗΝ ΕΠΙΤΕΥΞΗ ΟΣΤΕΟΕΝΣΩΜΑΤΩΣΗΣ

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

Ε. Βαϊρακτάρης* MD, DDS, Dr, Dr, **Δ. Αυγουστίδης**** MD, **Θ. Νισύριος**** MD, **Σ. Βασιλείου**** MD, DDS, Dr
* Καθηγητής Ιατρικής Σχολής Αθηνών, Διευθυντής της Κλινικής Γναθοπροσωπικής Χειρουργικής του Νοσοκομείου «Αττικόν»
** Επιστημονικοί συνεργάτες, Κλινική Γναθοπροσωπικής Χειρουργικής, Νοσοκομείο «Αττικόν», Ιατρική Σχολή Παν/μίου Αθηνών

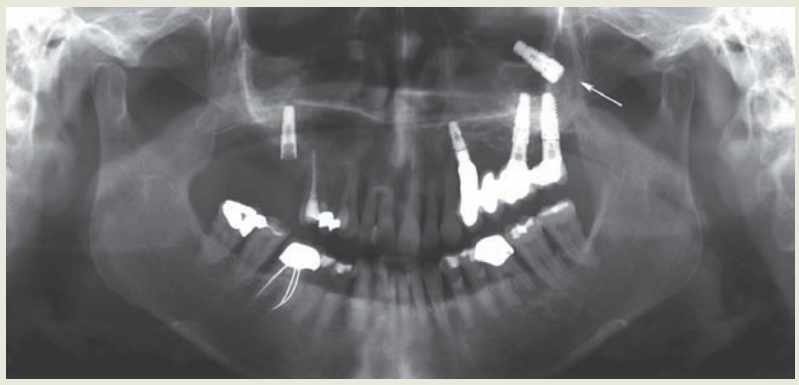
Α. Εισαγωγή

Σε προηγούμενα άρθρα μας αναπτύξαμε εκτενώς τους παράγοντες που καθορίζουν την επιτυχία των εμφυτευμάτων, δηλαδή την επίτευξη οστεοενσωμάτωσης. Συγκεκριμένα, εστιάσαμε τη μελέτη μας στις εξής παραμέτρους:

Α) Στον παράγοντα «ασθενή», ο οποίος περιλαμβάνει συστηματικές νόσους, την ηλικία, κ.ά.,
Β) Στον παράγοντα «ιατρό», ο οποίος αφού εκτιμήσει όλα τα δεδομένα θα πρέπει να είναι σε θέση να επιλέξει το κατάλληλο εμφύτευμα και να το τοποθετήσει στην κατάλληλη θέση, αποφεύγοντας διάφορα συμβάματα (**Εικόνα 1**) καιαφού έχει λάβει υπόψη από πριν όλες τις παραμέτρους για τον σχεδιασμό της ενδεδειγμένης ανά περίπτωση προσθετικής εργασίας και
Γ) Στον παράγοντα «εμφύτευμα», καθότι συγκεκριμένα χαρακτηριστικά των εμφυτευμάτων επηρεάζουν την επιτυχημένη οστεοενσωμάτωση (σχήμα εμφυτεύματος, διάμετρος κ.ά.).

Στο παρόν τεύχος θα εστιαστούμε σε παράγοντες που οδηγούν σε αποτυχία ενός ήδη οστεοενσωματωμένου εμφυτεύματος. Σε αυτές τις περιπτώσεις **η αποτυχία οφείλεται:**

α) Κατά πρώτον, σε μη ενδεδειγμένη προσθετική αποκατάσταση. Προσθετικές εργασίες τέτοιου είδους είτε προκαλούν υπερφόρτιση στο εμφύτευμα από εμβιομηχανικής άποψης παράγοντες, είτε προδιαθέτουν σε τοπικές βακτηριακές λοιμώξεις, ευνοώντας τη συσσώρευση μικροβιακής πλάκας και προβάλλοντας εμπόδια στην απομάκρυνσή της.
Ένας πολύ σημαντικός παράγοντας που εμπίπτει ακριβώς στην κατηγορία αυτή είναι η επίτευξη εξισορροπημένης σύγκλεισης μετά τη φόρτιση του εμφυτεύματος.



Εικόνα 1 – Το βέλος δείχνει εμφύτευμα μέσα στο αριστερό ιγμόρειο, δεδομένου ότι τη στιγμή της τοποθέτησής του δεν είχαν αναλυθεί επαρκώς όλες οι παράμετροι που αφορούσαν τη συγκεκριμένη ανατομική περιοχή.

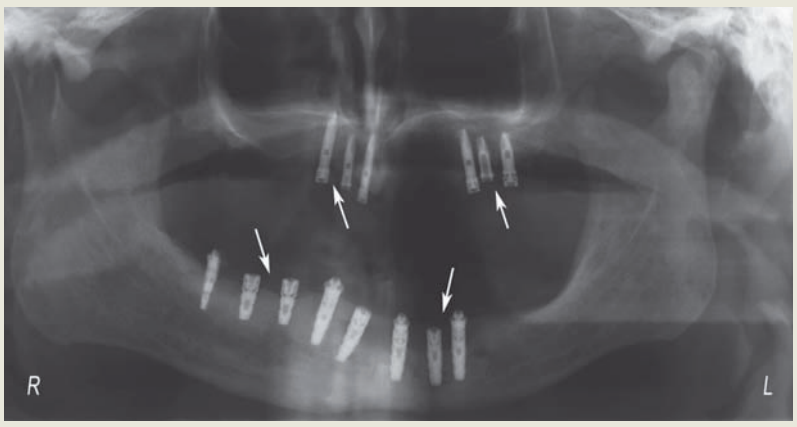
Εάν η εξισόρροπηση της σύγκλεισης δεν επιτευχθεί, επέρχεται υπερφόρτιση του εμφυτεύματος με αποτέλεσμα την άσκηση ακατάλληλων αξονικών δυνάμεων στη μυλική περιοχή αυτού, οδηγώντας σε μικροκατάγματα που προδιαθέτουν αφ' ενός μεν σε απορρόφηση του οστού και αφ' ετέρου στον εποικισμό του εμφυτεύματος με μικρόβια. Η απώλεια αυτή του οστού οδηγεί με τη σειρά της σε υποχώρηση του επιθηλίου και του συνδετικού ιστού προς την ακρορριζική περιοχή του εμφυτεύματος, η ταχύτητα της οποίας εξαρτάται από το μέγεθος των ασκούμενων δυνάμεων.
Όπως άλλωστε και με τα φυσικά δόντια, η μηχανική υπερφόρτιση από μόνη της δεν προκαλεί απορρόφηση του οστού αν δεν συνυπάρχει και μικροβιακή λοίμωξη. Ωστόσο, η υπερφόρτιση αυτή θεωρείται σημαντικός αρχικός προδιαθεσικός παράγοντας και αποδεδειγμένα συνεισφέρει στην απώλεια της αρχικής οστεοενσωμάτωσης, καθιστώντας επιτακτικό τον απόλυτο έλεγχο της σύγκλεισης αμέσως μετά τη φόρτιση του εμφυτεύματος.
Άλλες φορές η τοποθέτηση του εμφυτεύματος είναι τέτοια που καθιστά απολύτως αδύνατη την τοποθέτηση προσθετικής εργασίας κατά τρόπο αποδεκτό από εμβιομηχανική άποψη (**Εικόνα 2**).

β) Κατά δεύτερον, στην έλλειψη καλής και σχολαστικής στοματικής υγιεινής εκ μέρους του ασθενή. Τόσο ο παράγοντας αυτός, όσο και ο παράγοντας της υπερφόρτισης του εμφυτεύματος, λόγω μη εξισορρόπησης της σύγκλεισης στην προσθετικής εργασίας, οδηγούν με μαθηματική ακρίβεια στην απώλεια οστού γύρω από το εμφύτευμα και στην εμφάνιση της περιεμφυτευματίτιδας, την οποία θα αναπτύξουμε διεξοδικά παρακάτω.

Β. Περιεμφυτευματίτιδα

Τα κλινικά σημεία της περιεμφυτευματίτιδας μπορεί να είναι ήπια ή σοβαρά και περιλαμβάνουν: ***i)*** *την ερυθρότητα,* ***ii)*** *την υπερπλασία,* ***iii)*** *την αιμορραγία,* ***iv)*** *τον σχηματισμό θυλάκων,* ***v)*** *τη διαπύηση και τη δημιουργία συριγγίου, vi) την απορρόφηση του οστού και τέλος vii) την κινητικότητα του εμφυτεύματος.*
Υπό φυσιολογικές συνθήκες σχηματίζονται προσφύσεις διαφορετικού τύπου μεταξύ του διαβλεννογόνιου τμήματος του εμφυτεύματος αφ' ενός και αφ' ετέρου του συνδετικού ιστού που περιβάλλει το εμφύτευμα. Ο συνδετικός ιστός περιλαμβάνει μια εσωτερική ζώνη από ίνες πλούσιες σε κολλαγόνο και μια εξωτερική ζώνη με αγγεία και χαλαρό ιστό. Οι προσφύσεις αυτές σχηματίζουν ένα φυσικό φραγμό στην είσοδο μικροβίων, ενώ τα πολυάριθμα αγγεία προσφέ-

Εικόνα 2 – Τοποθέτηση εμφυτεύματος με πολύ μεγάλη κλίση κατά τον κατακόρυφο άξονα, κατά τρόπο ώστε ο αυχένας αυτού να φέρεται εκτός του οδοντικού τόξου προστομιακά. Αδύνατη η προσθετική αποκατάσταση που να εξασφαλίζει άριστη αισθητική και να μεταβιβάζει κατάλληλα τις δυνάμεις στον άξονα του εμφυτεύματος.



Εικόνα 3 – Τα βέλη δείχνουν περιοχές με μεγάλη απώλεια οστού, λόγω της περιεμφυτευματίτιδας που έχει εγκατασταθεί, συνέπεια της ελλιπούς στοματικής υγιεινής από την πλευρά του ασθενή.

ρουν επιπλέον γραμμή άμυνας απέναντι στη λοίμωξη. Αν μια φλεγμονή στην πορεία της υπερνικήσει αυτή την άμυνα και διασπάσει τον εν λόγω φραγμό, τότε τα μικρόβια θα εισβάλουν άμεσα εντός του συνδετικού ιστού.

Η φλεγμονή αρχίζει στη θέση όπου το εμφύτευμα διατιτραίνει το στοματικό βλεννογόνο με τη μορφή της **βλεννογονίτιδας**. Αν σε αυτή τη φάση δεν πραγματοποιηθεί θεραπεία, τότε θα επεκταθεί στο οστούν που περιβάλλει το εμφύτευμα και θα λάβει τη μορφή της **περιεμφυτευματίτιδας (Εικόνα 3)**. Στα αρχικά στάδια της περιεμφυτευματίτιδας, το οστούν που περιβάλλει το ακρορριζικό τμήμα του εμφυτεύματος παραμένει φυσιολογικό και το εμφύτευμα είναι καλά σταθεροποιημένο στην κοίτη του. Εφόσον η κατάσταση δεν ελεγχθεί σε αυτό το στάδιο, επέρχεται πλήρης απορρόφηση σε όλο το εύρος του περιεμφυτευματικού οστού. Σταδιακά, στη θέση του απορροφημένου οστού σχηματίζεται κοκκιώδης ιστός, ο οποίος διαχωρίζεται από την επιφάνεια του εμφυτεύματος με πλακώδες επιθήλιο και είναι εποικισμένος με μικροοργανισμούς.

Στη διεθνή βιβλιογραφία έχει γίνει μεγάλη συζήτηση για τη χρησιμότητα των προσφύσεων που αναπτύσσονται γύρω από το εμφύτευμα και οι οποίες προαναφέρθηκαν προηγουμένως. Οι προσφύσεις αυτές σε φυσιολογικές καταστάσεις οδηγούν σε σταθερή, ακίνητη και με επαρκές εύρος ζώνη προσπεφυκότων ούλων γύρω από το εμφύτευμα. Κάποιοι συγγραφείς θεωρούν αυτή τη ζώνη απαραίτητη για τη διατήρηση της υγείας των περιεμφυτευματικών ιστών. Αντίθετα, άλλοι δεν τη θεωρούν αναγκαία, ιδίως όταν ο ασθενής μπορεί να διατηρεί πολύ καλή στοματική υγιεινή. Το συμπέρασμα που προκύπτει λοιπόν είναι ότι σε περίπτωση που το εμφύτευμα καλύπτεται από ευκίνητο βλεννογόνο, δεν είναι απαραίτητο να διενεργούνται επεμβάσεις σε δεύτερο χρόνο για τη δημιουργία αυτής της ζώνης πρόσφυσης, εκτός εάν στην περιοχή εμφανίζονται υποτροπιάζουσες λοιμώξεις, ή εάν η ζώνη αυτή κρίνεται απαραίτητη για αισθητικούς λόγους, όπως στην προστομιακή περιοχή των προσθίων δοντιών.

Οι νόσοι των περιεμφυτευματικών ιστών αντιστοιχούν σε συγκεκριμένα νοσήματα του περιοδοντίου. Αναλυτικότερα, η **βλεννογονίτιδα** αντιστοιχεί με την **ουλίτιδα** και η **περιεμφυτευματίτιδα** με την **περιοδοντίτιδα**. Ο συσχετισμός αυτός βασίζεται **α)** πρώτον στην ανεύρεση μικροβιακής πλάκας στην επιφάνεια του εμφυτεύματος, όμοιας με αυτή που απομακρύνεται από την επιφάνεια των φυσικών δοντιών και **β)** δεύτερον στο ότι η απομάκρυνση της πλάκας και η τήρηση σχολαστικής στοματικής υγιεινής εκ μέρους του ασθενή, αναστέλλει την περιεμφυτευματίτιδα, όπως αντίστοιχα και την περιοδοντίτιδα.

Σε υγιείς περιεμφυτευματικούς ιστούς ανευρίσκονται gram θετικοί αερόβιοι κόκκοι και ακίνητα ραβδία, όπως ακριβώς και στο υγιές περιοδόντιο. Η παρουσία όμως ολικής ή μερικής νωδότητας διαφοροποιεί τη σύσταση αυτής της μικροβιακής χλωρίδας.

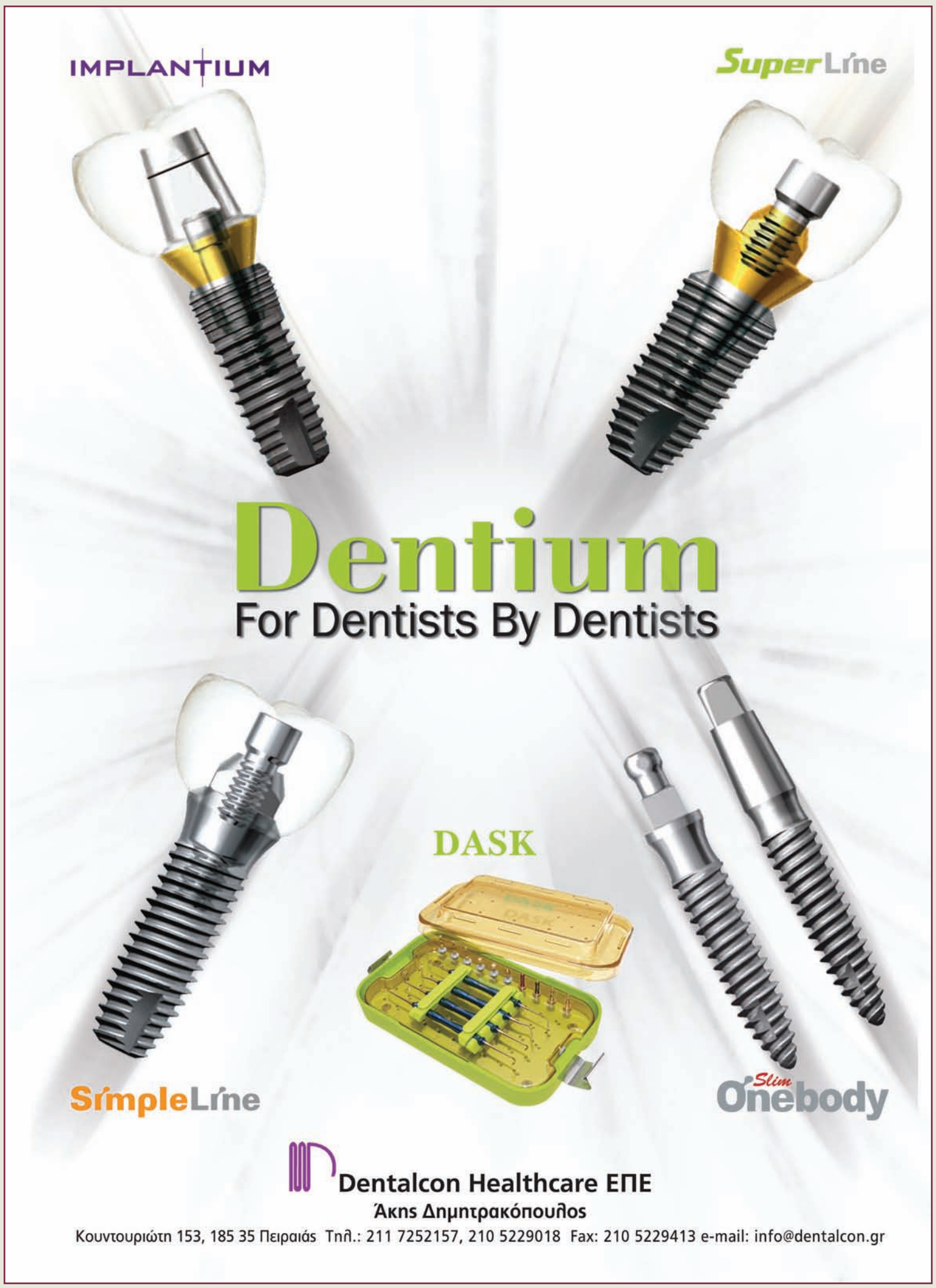
Συγκεκριμένα, η μικροβιακή χλωρίδα σε εμφυτεύματα, τα οποία τοποθετήθηκαν σε γνάθο με ολική νωδότητα, εγκαθίσταται αμέσως μετά την εμφύτευση και δεν υφίσταται συνήθως περαιτέρω μεταβολές. Είναι όμοια με αυτήν που υπάρχει στους μαλθακούς ιστούς στα άτομα που φέρουν ολική οδοντοστοιχία και περιλαμβάνει κυρίως τα εξής μικρόβια: S. sanguis, Streptococcus mitis, P. intermedia και P. Nigrescens, ενώ σπάνια ανευρίσκονται και οι A. Actinomycetemcomitans και P.gingivalis.

Αντίθετα, στα άτομα με μερική νωδότητα της γνάθου και εμφυτεύματα που έχουν οστεοενσωματωθεί, η χλωρίδα τους επηρεάζεται από εκείνη των φυσικών δοντιών που έχουν παραμείνει στον φραγμό. Στις περιπτώσεις αυτές η αναλογία των κόκκων, των κινητών ραβδίων και των σπειροχαιτών είναι αυξημένη συγκριτικά με εκείνη που ανευρίσκεται σε εμφυτεύματα που έχουν τοποθετηθεί σε γνάθους με ολική νωδότητα. Όσο περισσότερες σπειροχαίτες περιλαμβάνουν τα φυσικά δόντια, τόσο περισσότερες σπειροχαίτες και ραβδία ανευρίσκονται και στα εμφυτεύματα εις βάρος της αναλογίας των κόκκων και μάλιστα η αναλογία αυτή αυξάνεται σταδιακά με την πάροδο του χρόνου (σε αντίθεση με τις περιπτώσεις ολικής νωδότητας όπου, όπως αναφέρθηκε προηγουμένως, η χλωρίδα των εμφυτευμάτων μετά την αρχική της εγκατάσταση παραμένει σταθερή).

Επομένως, οποτεδήποτε αναπτύσσεται περιεμφυτευματίτιδα ανευρίσκεται μεγάλη ποικιλία μικροβίων, χωρίς ωστόσο η νόσος να μπορεί να αποδοθεί σε έναν συγκεκριμένο μικροοργανισμό. Τόσο σε άτομα με ολική νωδότητα, όσο και σε αυτά με μερική νωδότητα των γνάθων και περιεμφυτευματίτιδα έχουν απομονωθεί: σπειροχαίτες, P.intermedia, P. micros, C. Rectus και P. gingivalis. Σε εμφυτεύματα με θυλάκους μεγαλύτερους από 6mm παρατηρείται σημαντική αύξηση στα αναερόβια gram αρνητικά κινητά ραβδία, όπως τα Bacteroides intermedius, Fusobacterium κ.ά.

Επιπλέον, έχει αναφερθεί ότι εμφυτεύματα που τοποθετούνται σε άτομα με υποτροπιάζουσες περιοδοντίτιδες έχουν μεγαλύτερες πιθανότητες αποτυχίας, διότι εποικίζονται από τα μικρόβια των περιοδοντικών θυλάκων. Ωστόσο, από μια μελέτη όπου έγινε τοποθέτηση εμφυτευμάτων σε ασθενείς των οποίων η στοματική κοιλότητα είχε εποικιστεί με P.intermedia και στο 30% αυτών και με P. Gingivalis (τους επικρατέστερους οργανισμούς σε περιοδοντίτιδα), τα ευρήματα που προέκυψαν ήταν άκρως ενδιαφέροντα: Ενώ αυτά τα μικρόβια ανευρέθηκαν μετά από έναν μήνα και στα εμφυτεύματα, μετά από 3 χρόνια παρακολούθησης δεν παρατηρήθηκε απόρριψη των εμφυτευμάτων (μόνο σε έναν ασθενή παρατηρήθηκε απώλεια οστού περιφερικά του εμφυτεύματος μεγαλύτερη από 0,5mm). Συνεπώς, **το συμπέρασμα της μελέτης αυτής ήταν ότι τα μικρόβια που προκαλούν περιοδοντίτιδα δεν προκαλούν κατ' ανάγκη και περιεμφυτευματίτιδα**. Φαίνεται λοιπόν ότι απαιτούνται κι άλλοι τοπικοί ή συστηματικοί παράγοντες για να δώσουν την ευκαιρία σε αυτούς τους μικροοργανισμούς να γίνουν παθογόνοι. Σε αυτό το σκέλος, ίσως κάποιο ρόλο να παίζει και η γενετική προδιάθεση του ατόμου.

Βέβαια, πάντα θα πρέπει κανείς να λαμβάνει υπόψη ότι η απώλεια δοντιών σε άτομα με περιοδοντίτιδα, εκτός από άλλους παράγοντες,



οφείλεται και στην ελλιπή στοματική υγιεινή από μέρους του ασθενή. Για τον λόγο αυτό στην περίπτωση που έχει γίνει τοποθέτηση εμφυτευμάτων σε αυτά τα άτομα απαιτείται μεγαλύτερη ευαισθητοποίησή τους για διενέργεια σχολαστικής στοματικής υγιεινής.

Γ. Θεραπεία της περιεμφυτευματίτιδας

Η θεραπεία της περιεμφυτευματίτιδας είναι ανάλογη της βαρύτητας της νόσου. Αρχικά, συστήνεται και πάλι στον ασθενή να τηρεί **σχολαστική στοματική υγιεινή** και πραγματοποιείται απομάκρυνση της μικροβιακής πλάκας με ειδικά πλαστικά ξέστρα. Στο στάδιο αυτό **ελέγχεται η οδοντική σύγκλειση** και επιδιορθώνεται τυχόν διαπιστωμένη μηχανική υπερφόρτιση των εμφυτευμάτων. Ταυτόχρονα, θα πρέπει να πραγματοποιηθεί **εξάλειψη των περιεμφυτευματικών θυλάκων**, ενώ χρήσιμη είναι και **η τοπική εφαρμογή μετά την απόξεση δοξυκυκλίνης** (Atridox).

Σε πρόσφατη μελέτη, όπου στη μία από τις δύο ομάδες ασθενών που έλαβαν μέρος έγινε τοπική εφαρμογή δοξυκυκλίνης, παρατηρήθηκε σημαντική μείωση της αιμορραγίας κατά την είσοδο της μύλης και ικανοποιητική πρόσφυση των ιστών, με σημαντική ελάττωση του βάθους των θυλάκων συγκριτικά με την ομάδα ελέγχου ($P< 0,001$).

Μετά την αρχική θεραπεία και ανάλογα με το αποτέλεσμα, μπορεί να πραγματοποιηθεί το δεύτερο στάδιο της θεραπείας, το οποίο περιλαμβάνει **χειρουργική παρέμβαση**. Η θεραπεία στο στάδιο αυτό είναι ανάλογη με τον τύπο και το μέγεθος του οστικού ελλείμματος. Δημιουργείται ένας κρημνός μερικού ή ολικού πάχους και μετά την αναστροφή του απομακρύνεται με μεταλλικά περιοδοντικά ξέστρα ο κοκκιώδης ιστός και το διηθημένο επιθήλιο του θυλάκου. Απαιτείται βέβαια προσοχή ώστε το μεταλλικό εργαλείο να μην έλθει σε επαφή με την επιφάνεια του εμφυτεύματος και την καταστρέψει. Για τον καθαρισμό του εμφυτεύματος χρησιμοποιούνται πλαστικά ξέστρα, ενώ σε περίπτωση στενού οστικού θυλάκου χρήσιμες είναι ειδικές συσκευές που παράγουν spray νερού. Επιπλέον, όταν ανευρίσκεται αβαθής και στενός οστικός θύλακος μπορεί να γίνει εξομάλυνση των ορίων του (οστεοπλαστική). Εφόσον ο ασθενής διατηρεί πολύ καλή στοματική υγιεινή, αυτή η θεραπεία κρίνεται ικανοποιητική.

Στο τέλος της διαδικασίας, λαμβάνει χώρα καθαρισμός της επιφάνειας του εμφυτεύματος από βακτηρίδια και ενδοτοξίνες με λωρίδα γάζας εμποτισμένης σε διάλυμα κιτρικού οξέος, πλύση του χειρουργικού πεδίου με ορό και συρραφή του τραύματος. Μετεγχειρητικά γίνεται σύσταση στον ασθενή για στοματικές πλύσεις με χλωρεξιδίνη.

Αν σε έναν βαθύ θύλακο έχει αποκαλυφθεί ένα σημαντικό τμήμα της τραχείας επιφάνειας του εμφυτεύματος, τότε γίνεται **εμφυτευματοπλαστική**. Συγκεκριμένα, η τραχεία επιφάνεια του εμφυτεύματος μετά την απομάκρυνση της μικροβιακής πλάκας λειαίνεται (επιπεδώνονται τα σπειράματα) με ένα διαμάντι και κατόπιν η επιφάνεια υφίσταται στίλβωση με ελαστικό τροχολιθάκι σχήματος φλόγας. Σε όλη τη διάρκεια της διαδικασίας γίνεται άφθονος καταιονισμός ύδατος στην επιφάνεια του εμφυτεύματος.

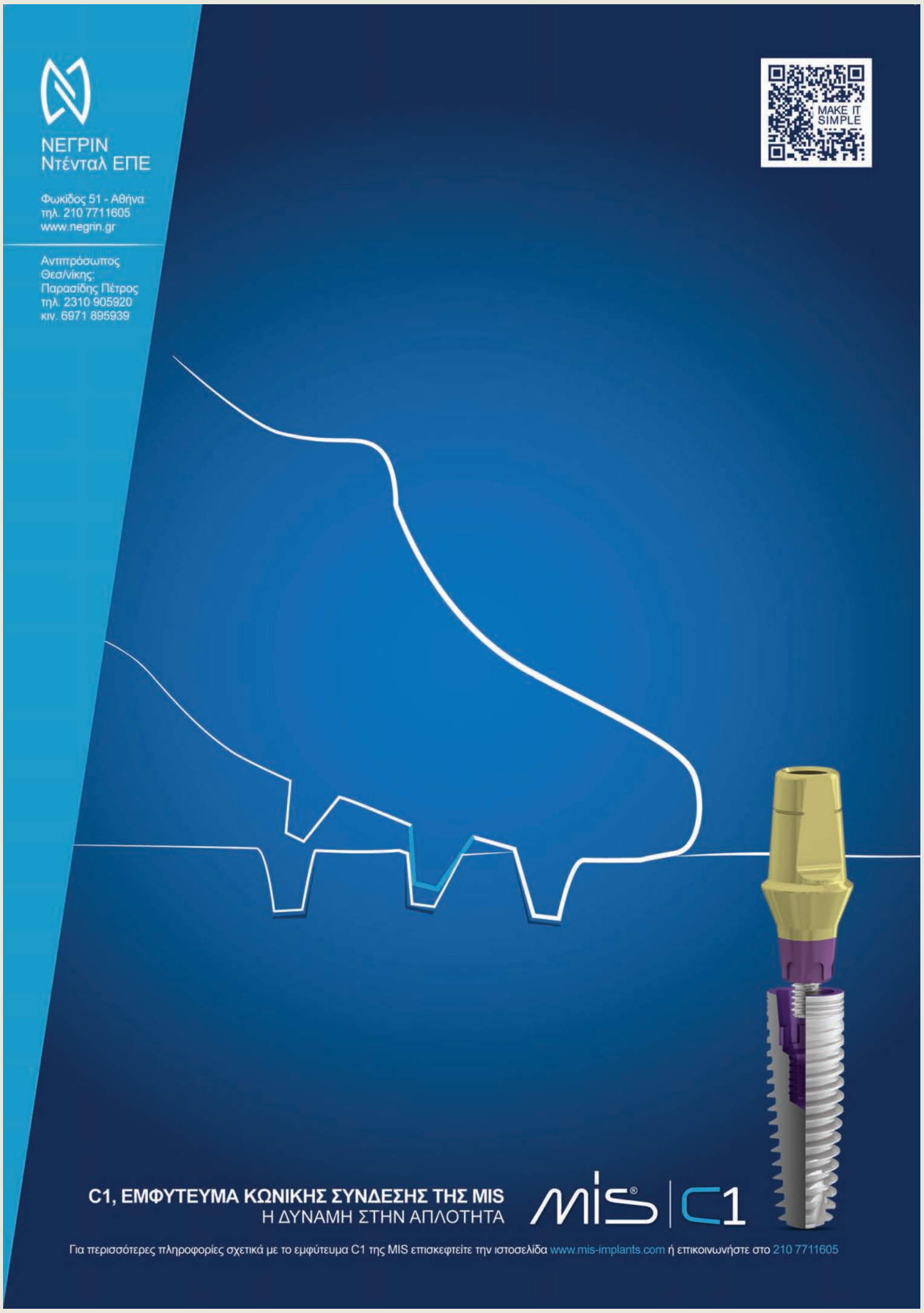
Όταν υπάρχει οριζόντια φατνιολυσία με αβαθή και μεγάλου εύρους θύλακο (σχήματος τάφρου) περιφερικά του εμφυτεύματος, μπορεί να χρησιμοποιηθεί μεμβράνη οστικής ανάπλασης, η οποία θα πρέπει να καλύπτει το οστικό έλλειμμα πλήρως και σε όλο του το εύρος. Για τη σταθεροποίηση της μεμβράνης αυτής δημιουργείται οπή, μέσα από την οποία θα περάσει το μυλικό τμήμα του εμφυτεύματος κατά την καθήλωση της.

Όταν, εκτός από το μεγάλο εύρος ο θύλακος είναι βαθύς, μπορεί να τοποθετηθεί υδροξυλαπατίτης (συνθετικό μόσχευμα) για να πληρωθεί το έλλειμμα και πάνω από αυτόν να καθηλωθεί η μεμβράνη. Επιπλέον, για τις περιπτώσεις αυτές, προκειμένου να επέλθει πλήρωση του οστικού κενού, αναφέρεται στη βιβλιογραφία και η χρήση διαφορετικών τύπων αλλογενών και ξενογενών μοσχευμάτων. Ωστόσο, καλύτερα αποτελέσματα λαμβάνονται όταν ο θύλακος μετά από σχολαστικό καθαρισμό, πληρωθεί με οστικό αυτομόσχευμα και από πάνω του καθηλωθεί μεμβράνη, προκειμένου αυτή να αποτελέσει φραγμό στην παρεμβολή των μαλθακών ιστών και στην είσοδο μικροβίων.

Συμπερασματικά, για την πρόληψη των επιπλοκών που μπορεί να συμβούν μετά από επιτυχή οστεοενσωμάτωση των εμφυτευμάτων, θα πρέπει να γίνεται συχνή παρακολούθηση του ασθενή ανά τακτά χρονικά διαστήματα. Θα πρέπει να συστηθεί η εφαρμογή καλής στοματικής υγιεινής και ο ασθενής να ελέγχεται για τη σχολαστική εφαρμογή της.

Τέλος, λαμβάνοντας υπόψη και τις παραμέτρους που έχουν αναφερθεί σε προηγούμενα άρθρα μας, οι παράγοντες που δρουν επιβαρυντικά για την υγεία του περιοδοντίου μπορούν να προληφθούν σε όλες τις φάσεις της θεραπείας με εμφυτεύματα. Αναλυτικότερα:

α) Θα πρέπει να συστηθεί διακοπή του καπνίσματος, πριν ακόμα από την τοποθέτηση του εμφυτεύματος.
β) Θα πρέπει να πραγματοποιείται σωστός προεγχειρητικός έλεγχος και προσεκτικός σχεδιασμός της προσθετικής αποκατάστασης.
γ) Η ύπαρξη συστηματικού νοσήματος μπορεί να απαιτεί ειδική προετοιμασία του ασθενή.
δ) Καλό είναι να αποφεύγονται τα μικρής διαμέτρου και μικρού μήκους εμφυτεύματα.
ε) Η άμεση φόρτιση πρέπει να εφαρμόζεται μόνο σε αυστηρά επιλεγμένες περιπτώσεις.
στ) Πρέπει να ελέγχεται η οδοντική σύγκλειση και να αποφεύγεται η μηχανική υπερφόρτιση του εμφυτεύματος.
ζ) Η εμπειρία του επεμβαίνοντος, αλλά και η συνεχής έρευνα και εξέλιξη στον τομέα των εμφυτευμάτων θα ελαχιστοποιήσουν τις όποιες επιπλοκές σε βάθος χρόνου.



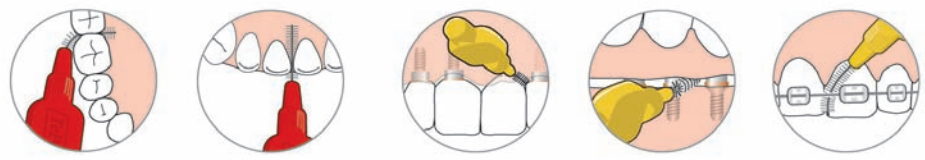
Μεσοδόντιος καθαρισμός

Φροντίζουμε για υγιή χαμόγελα

0	1	2	3	4	5	6	7	7
Ροζ	Πορτοκαλί	Κόκκινο	Μπλε	Κίτρινο	Πράσινο	Μωβ	Γκρι	Μαύρο
0,4 mm	0,45 mm	0,5 mm	0,6 mm	0,7 mm	0,8 mm	1,1 mm	1,3 mm	1,5 mm

TePe Μεσοδόντιο Βουρτσάκι - Για όλα τα μεσοδόντια διαστήματα

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



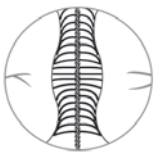
Κάμψτε το βουρτσάκι απαλά για να καθαρίσετε τα διαστήματα ανάμεσα στα πίσω δόντια. Μην επαναφέρετε την κάμψη...

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

Καθαρίζει αποτελεσματικά τα εμφυτεύματα και τα ορθοδοντικά μηχανήματα.

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

Χρήσιμη συμβουλή



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

TePe Angle™ - σχηματίζει γωνία για καλύτερη προσπέλαση

Το μεσοδόντιο βουρτσάκι TePe Angle είναι εύχρηστο και έχει δημιουργηθεί για την καλύτερη δυνατή προσπέλαση σε όλα τα μεσοδόντια διαστήματα. Η λεπτή κεφαλή της οδοντόβουρτσας σχηματίζει γωνία για εύκολη πρόσβαση π.χ. ανάμεσα στα πίσω δόντια, από την υπερώια και γλωσσική πλευρά επίσης.

Ο έξυπνος σχεδιασμός έχει σαν αποτέλεσμα τον εύκολο χειρισμό του TePe Angle. Η μακριά και επίπεδη λαβή εξασφαλίζει ένα φυσικό εργονομικό κράτημα, επιτρέποντας ο καθαρισμός να γίνεται με ελεγχόμενες και σταθερές κινήσεις.

Για να μπορεί να εισχωρεί τόσο σε στενά όσο και σε φαρδύτερα μεσοδόντια διαστήματα, το TePe Angle **διατίθεται σε έξι χρωματικά κωδικοποιημένα μεγέθη, αντίστοιχα με τα αυθεντικά μεσοδόντια βουρτσάκια της TePe.** Όλα τα μεγέθη έχουν σύρμα επενδεδυμένο με πλαστικό για απαλό καθάρισμα. Η λαβή είναι κατασκευασμένη από ανακυκλώσιμο πολυπροπυλένιο.

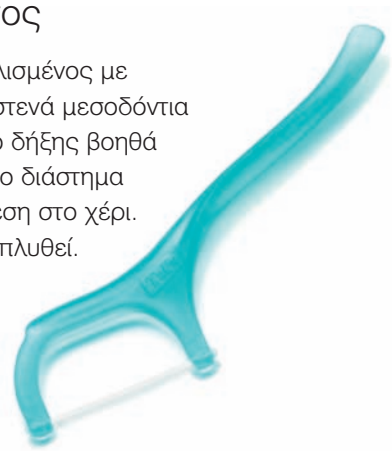
TePe Μεσοδόντιο ζελέ με φθόριο - Δυναμική πρόληψη

Το Ζελέ Μεσοδοντίων Διαστημάτων της TePe με Φθόριο που τοποθετείται με τα Μεσοδόντια Βουρτσάκια της TePe, παρέχει αποτελεσματικό καθαρισμό, προστασία από την τερηδόνα και μια αίσθηση φρεσκάδας.

- 1500 ppm φθορίου (0,32% NaF)
- Χωρίς αποτριπτικές ουσίες
- Φρέσκο άρωμα μέντας

TePe Mini Flosser - Ευκολία στη χρήση του νήματος

Ένας μικρός συγκρατητήρας νήματος, εξοπλισμένος με νήμα για εύκολη χρήση, ακόμα και σε πολύ στενά μεσοδόντια διαστήματα. Το έξυπνα σχεδιασμένο επίπεδο δήξης βοηθά να εισχωρήσει απαλά το νήμα στο μεσοδόντιο διάστημα και η μικρή και λεπτή λαβή εφαρμόζει με άνεση στο χέρι. Μπορεί να χρησιμοποιηθεί και πάλι αφού ξεπλυθεί. Διατίθεται σε διαφορετικά χρώματα.



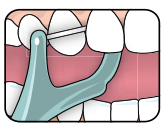
Καθαρισμός των πίσω δοντιών από την παρειακή πλευρά.

Καθαρισμός των πίσω δοντιών από τη γλωσσική πλευρά.

Καθαρισμός των προσθίων δοντιών από τη γλωσσική πλευρά.

Καθαρισμός των εμφυτευμάτων από την παρειακή πλευρά.

Καθαρισμός των εμφυτευμάτων από την υπερώια πλευρά.



Πιέζοντας ελαφρά με τα δόντια του αντίθετου φραγμού πάνω στο μασητικό επίπεδο, το νήμα θα τοποθετηθεί με ασφάλεια στην κατάλληλη θέση.

- Επίπεδο δήξης για ασφαλή και εύκολη χρήση.
- Εύκολη πρόσβαση σε στενά μεσοδόντια διαστήματα.
- Μικρό και λεπτό.

TePe Ξύλινες Οδοντογλυφίδες - ένα κλασσικό κομμάτι

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

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

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

Πλαστικές Οδοντογλυφίδες - λεπτές και εύκαμπτες

- ιδιαίτερα λεπτή
- μαλακή και εύκαμπτη
- μπορεί να επαναχρησιμοποιηθεί

Θήκη ταξιδίου

Made in Sweden

PlacControl® Προϊόντα Στοματικής Υγιεινής

ΤΗΛ. 800 11 75222
(ΧΩΡΙΣ ΧΡΕΩΣΗ ΑΠΟ ΣΤΑΘΕΡΟ)
plac@otenet.gr www.placcontrol.gr

Αισθητική αποκατάσταση προσθίων δοντιών

Αποκατάσταση των προσθίων δοντιών με σύνθετη ρητίνη IPS Empress® Direct

Dr. Julio Reynafarje και Dr Rony Hidalgo, Lima/Peru

Οι οδοντιατρικές σύνθετες ρητίνες υφίστανται συνεχή βελτίωση με στόχο να αποδίδουν όλο το φάσμα των οπτικών και φυσικών ιδιοτήτων των οδοντικών ιστών. Υλικά όπως το IPS Empress Direct είναι η απόδειξη ότι ο παραπάνω στόχος έχει επιτευχθεί για το σύνολο των κλινικών εφαρμογών. Οι εξαιρετικές ιδιότητες χειρισμού και το ευρύ πεδίο εφαρμογών του διευκολύνουν τον κλινικό να κατασκευάζει αισθητικές αποκαταστάσεις. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα το υλικό να αποτελεί απαραίτητο εργαλείο κατά την άσκηση της αισθητικής οδοντιατρικής.

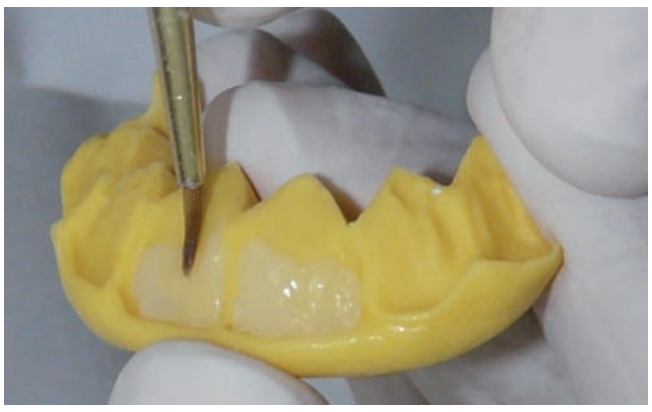
Ο ασθενής μας παρουσιάστηκε παραπονούμενος για την εμφάνιση των άνω τομέων του. Είχε μόλις ολοκληρώσει την ορθοδοντική θεραπεία διάρκειας 13 μηνών. Οι ορθοδοντικές συσκευές είχαν αφαιρεθεί και είχε γίνει προφυλακτική θεραπεία στα δόντια. Ακολούθως, έγινε λεύκανση των προσθίων δοντιών (Εικ. 1). Κατά τη διάρκεια της λεύκανσης, έγινε λήψη αποτυπωμάτων του άνω και κάτω

Εικ. 1. Αρχική εικόνα.

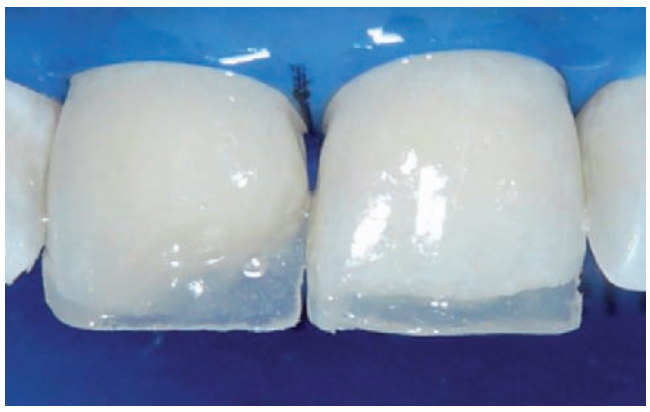
φραγμού και κατασκευάστηκαν διαγνωστικά εκμαγεία. Ως οδηγός για τη θεραπεία χρησιμοποιήθηκε διαγνωστικό κέρωμα των προσθίων δοντιών. Κατά τη διαδικασία αυτή τροχίστηκε σημαντικά η υπερώια επιφάνεια των δοντιών που επρόκειτο να αποκατασταθούν. Μετά από τον έλεγχο της σύγκλεισης, χρησιμοποιήθηκε μια σιλικόνη υψηλού ιξώδους για να αποτυπώσουμε με ακρίβεια την υπερώια επιφάνεια του κερώματος των άνω προσθίων δοντιών. Το αποτύπωμα αυτό χρησιμοποιήθηκε ως μήτρα για την ανακατασκευή των δοντιών. Είναι σημαντικό να αφαιρεθεί το ουλικό όριο του αποτυπώματος, ώστε να αποφύγουμε υπερκάλυψη όταν τα δόντια έχουν απομονωθεί πλήρως και έχει τοποθετηθεί η μήτρα που βοηθά στην εφαρμογή της πρώτης ποσότητας του υλικού. Στην προσπάθεια να έχουμε βέλτιστη συγκόλληση, περιμένουμε δύο εβδομάδες μετά την ολοκλήρωση της λεύκανσης, πριν προβούμε στην ανασύσταση των τομέων με ρητίνη. Το σχέδιο θεραπείας που καταρτίστηκε περιελάμβανε αφαίρεση της εγγύς – κοπτικής έμφραξης ρητίνης του #11, η οποία δεν ικανοποιούσε τον ασθενή αισθητικά, μετά τη λεύκανση. Επιπλέον, έγινε λοξοτόμηση των ορίων της αδαμαντίνης στην κοιλότητα.

Για να επιτευχθεί ισχυρός δεσμός, αδροποιήθηκαν οι προ-

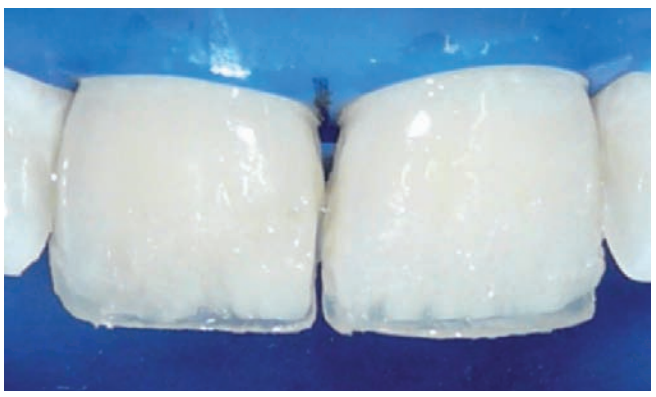
Εικ. 2. Εφαρμογή του συγκολλητικού παράγοντα (ExciTE VivaPen).

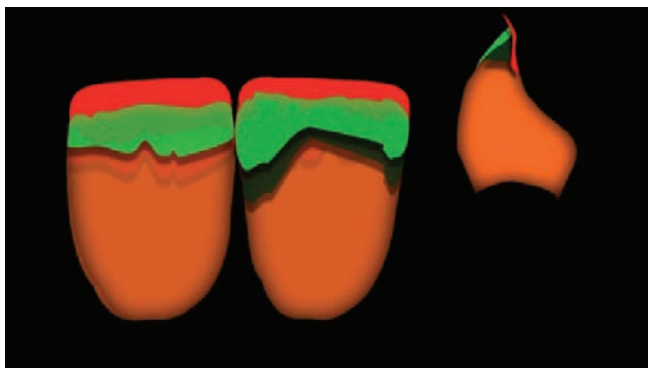


Εικ. 3. Τοποθέτηση του διαφανούς στρώματος στη μήτρα σιλικόνης.



Εικ. 4. Το διαφανές στρώμα φωτοπολυμερίστηκε και σφραγίστηκε με Tetric EvoFlow A2.





Εικ. 5α και β. Η μεσαία στοιβάδα από A1 Dentin IPS Empress Direct εκτείνεται μέχρι το κοπτικό άκρο.

στομιακές και οι υπερώιες επιφάνειες των #11 και 21 με οξύ (Total Etch®) για 20 δευτερόλεπτα και έγινε έκπλυση με νερό για άλλα 20 δευτερόλεπτα. Στη συνέχεια στεγνώθηκαν οι επιφάνειες με ρεύμα αέρα και τοποθετήθηκε ο συγκολλητικός παράγοντας (ExciTE® VivaPen) (Εικ 2). Ακολούθως, ο διαλύτης του συγκολλητικού παράγοντα έπρεπε να απομακρυνθεί με ήπιο ρεύμα αέρα. Για τον σκοπό αυτό ο αέρας από την πολλαπλή σύριγγα κατευθύνθηκε σε ένα οδοντιατρικό ενδοστοματικό κάτοπτρο, το οποίο κρατήθηκε υπό γωνία. Με τον τρόπο αυτό αποφεύγεται πιθανή μόλυνση του συγκολλητικού παράγοντα από μικρο-σταγονίδια νερού. Το παραπάνω βήμα διαρκεί κατά μέσο όρο 20 δευτερόλεπτα. Ωστόσο, ο εμπειρικός κανόνας απαιτεί ξήρανση έως ότου η επιφάνεια αποκτήσει γυαλιστερή και λεία εμφάνιση. Σε αυτό το στάδιο, ο συγκολλητικός παράγοντας μπορεί να πολυμεριστεί για 10 δευτερόλεπτα με τη χρήση της συσκευής Bluephase® G2 σε χαμηλή ένταση (low mode).

Η αποκατάσταση του δοντιού ξεκίνησε με χτίσιμο της υπερώιας επιφάνειας με σύνθετη ρητίνη. Η πρώτη ποσότητα τοποθετήθηκε στη μήτρα σιλικόνης, ώστε να υποστηρίξει τα επόμενα στρώματα. Για τον σκοπό αυτόν χρησιμοποιήσαμε το διαφανές υλικό Trans 30 από τη σειρά IPS Empress Direct. Για να αποφύγουμε τον σχηματισμό φυσαλίδων στην υπερώια επιφάνεια, τοποθετήσαμε το αποκαταστατικό υλικό με πινελάκι (Εικ 3).

Η μήτρα τοποθετήθηκε στο στόμα και η ρητίνη συμπιέστηκε ελαφρώς στις υπερώιες επιφάνειες και των δύο δοντιών. Στη συνέχεια, το υλικό φωτοπολυμερίστηκε για 20 δευτερόλεπτα με τη συσκευή σε πρόγραμμα ήπιας έναρξης (soft-start mode). Αμέσως μετά τα σημεία επαφής και οι όμορες επιφάνειες σφραγίστηκαν με ένα λεπτό στρώμα Tetric EvoFlow® (απόχρωση A2), ώστε να αποφευχθεί ο σχηματισμός φυσαλίδων στις περιοχές αυτές (Εικ. 4).

Χρησιμοποιήθηκαν αδιαφανή υλικά, ώστε να μειωθεί η ορατή γραμμή μεταξύ σύνθετης ρητίνης και φυσικού δοντιού. Στο συγκεκριμένο περιστατικό το υλικό ήταν A2 Dentin από τη σειρά IPS Empress Direct για το εσωτερικό στρώμα. Επιλέχθηκε A1 Dentin από την ίδια σειρά για το επιφανειακό στρώμα, το οποίο εκτείνεται έως την κοπτική περιοχή. Αυτή η σταδιακή διαστρωμάτωση μιμείται την εμφάνιση της οδοντίνης, αφού δημιουργείται δομή αντίστοιχη με τη δομή του φυσικού δοντιού. Επίσης, σημειώθηκαν τα κοπτικά άκρα, ώστε να γίνει αντιγραφή της ανατομίας των λοβών και να εξασφαλισθεί η διαφάνεια των κοπτικών άκρων (Εικ. 5α και 5β).

Μετά την ολοκλήρωση της διαστρωμάτωσης των στοιβάδων οδοντίνης, ξεκίνησε η αποκατάσταση της διαφάνειας των κοπτικών άκρων. Για τον σκοπό αυτό χρησιμοποιήθηκαν υλικά Trans Opal Effect από τη σειρά IPS Empress Direct. Αυτά γέμισαν την περιοχή μεταξύ οδοντίνης και κοπτικού άκρου. Χρησιμοποιήθηκε πιινελάκι, ώστε να ελεγχθεί καλύτερα η εφαρμογή του υλικού. Κάθε στοιβάδα πολυμερίστηκε πλήρως για 20 δευτερόλεπτα με τη συσκευή σε πρόγραμμα ήπιας έναρξης (soft-start mode).

Πριν από την ολοκλήρωση της αποκατάστασης των εσωτερικών στρωμάτων και την τοποθέτηση των στοιβάδων της αδαμαντίνης, τα δόντια υπέστησαν χαρακτηρισμούς με

e.max®
IPS

„ΤΟ ΜΕΛΛΟΝ ΞΕΚΙΝΑΕΙ ΣΗΜΕΡΑ – ΜΕ ΔΙΠΥΡΙΤΙΚΟ ΛΙΘΙΟ."

Oliver Brix, Οδοντοτεχνίτης, Γερμανία.

Να είστε οραματιστές: Να σκέπτεστε το αύριο, αλλά να ενεργείτε για το σήμερα. Το διπυριτικό λίθιο IPS e.max προσφέρει αποτελεσματικές και ευέλικτες λύσεις – χωρίς να θυσιάζεται η αισθητική.

all ceramic
all you need

Dental Vision ΕΠΕ
- Μιχαλακοπούλου 125 | 115 27 Αθήνα | τηλ: 210 77 55 900
- Τσιμισκή 34 | 546 23 Θεσσαλονίκη | τηλ: 2310 253 800

www.dentalvision.gr

SADENT ΑΕΒΕ
- 17ης Νοέμβρη 4 | 151 27 Μελίσσια | τηλ: 210 80 49 493
- Τετραπόλεως 4 | 115 27 Γουδή | τηλ: 210 77 77 608
- Ν. Τέλογλου 7 | 546 36 Θεσσαλονίκη | τηλ: 2310 968 799
- Θεσσαλία | τηλ: 2410 549 168

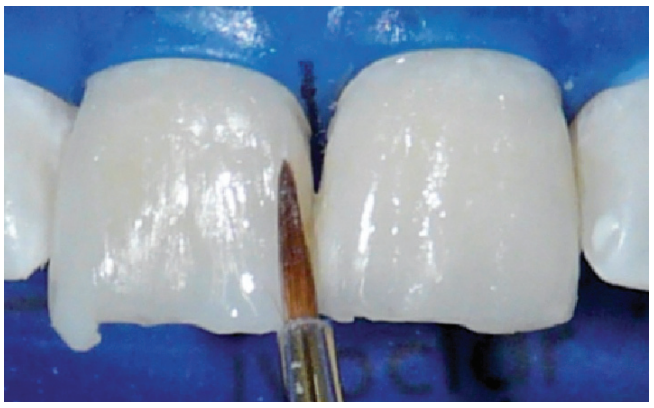
www.sadent.com

www.ivoclarvivadent.com

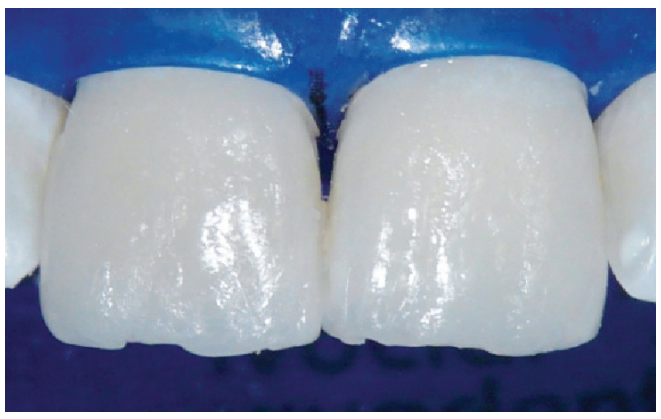
Ivoclar Vivadent AG
Bendererstr. 2 | FL-9494 Schaan | Liechtenstein | Tel.: +423 / 235 35 35 | Fax: +423 / 235 33 60

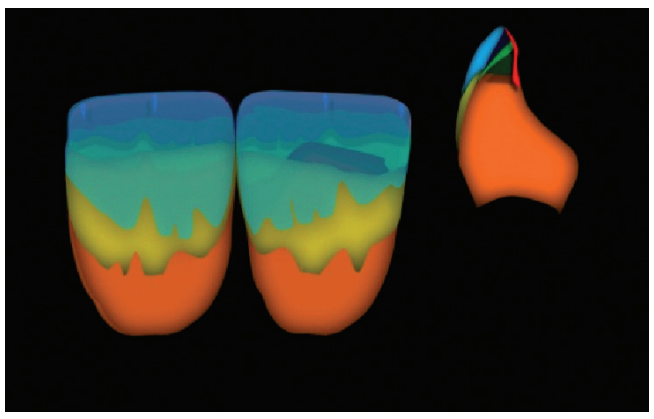
ivoclar vivadent®
passion vision innovation

Εικ. 6. Εφαρμογή του υλικού IPS Empress Direct Opal Effect στο κοπτικό άκρο και στο εγγύς όριο και του υλικού Tetric Color white.



Εικ. 7. Η μεσαία στοιβάδα αδαμαντίνης με υλικό A2 Enamel IPS Empress Direct απλώνεται με πινελάκι.





Εικ. 8α και β. Η κοπτική στοιβάδα αδαμαντίνης με υλικό A1 Enamel IPS Empress Direct και δίπλα μια γραφική αναπαράσταση του δεύτερου στρώματος της αδαμαντίνης στην προστομιακή επιφάνεια (ελαφριά μπλε απόχρωση).

Εικ. 9. Στίλβωση με Astropol. Ακολουθεί στίλβωση των όμορων περιοχών με Astrobrush.

Εικ. 10. Αισθητική αποκατάσταση των προσθίων δοντιών. Οι αποκαταστάσεις έχουν ολοκληρωθεί άριστα χρωματικά.

υλικά effects, τα οποία πολυμερίστηκαν επίσης για 20 δευτερόλεπτα με τη συσκευή σε πρόγραμμα ήπιας έναρξης (soft-start mode) (Εικ. 6).

Ενώ αποφασίζαμε το χρώμα των αποκαταστάσεων, συνειδητοποιήσαμε ότι τα πρόσθια δόντια παρουσίαζαν μια διαφορά χρώματος, η οποία εκτεινόταν από το μέσο μέχρι το κοπτικό τριτημόριο. Προκειμένου να επιτύχουμε μια φυσική εμφάνιση της αποκατάστασης αποφασίσαμε να χρησιμοποιήσουμε επιφανειακά διαβάθμιση χρώματος με αποχρώσεις A2 και A1 (Εικ. 7 έως 8β). Κάθε στοιβάδα μετά την τοποθέτηση και τη διαμόρφωσή της πολυμερίστηκε πλήρως για 20 δευτερόλεπτα με τη συσκευή σε πρόγραμμα ήπιας έναρξης (soft-start mode).

Στη συνέχεια, αφαιρέθηκαν οι περίσσειες της σύνθετης ρητίνης. Αυτό πραγματοποιείται συνήθως με λεπτόκοκκο διαμάντι ή φρέζα καρβιδίων με εγκάρσιες εγκοπές. Ταυτόχρονα, τα παραπάνω κοπτικά μας επιτρέπουν να ολοκληρώσουμε την ανατομία των δοντιών που αποκαθιστούμε. Ακολούθως, οι αποκαταστάσεις γυαλίστηκαν με το σύστημα Astropol® και υπό καταιονισμό νερού. Τα λάστιχα στίλβωσης έχουν το πλεονέκτημα έναντι των δίσκων να μην αλλάζουν την υφή της αποκατάστασης αφαιρώντας υλικό, η οποία επιτυγχάνεται με τη διαμόρφωση με πινελάκι των υλικών που αποκαθιστούν την αδαμαντίνη. Η διαδικασία αυτή διατηρεί τη φυσική εμφάνιση και τη στιλπνότητα των αισθητικών αποκαταστάσεων (Εικ. 9).

Συμπέρασμα

Υλικά όπως αυτά της σειράς IPS Empress Direct επιτρέπουν την πιστή αναπαραγωγή των διαστάσεων του χρώματος και των επιπέδων διαφάνειας των φυσικών οδοντικών δομών στις αποκαταστάσεις. Τα υλικά αυτά είναι εύκολα στον χειρισμό τους και προσφέρουν ένα ευρύ πεδίο εφαρμογών. Επιπλέον, οι ρεολογικές τους ιδιότητες επιτρέπουν την εφαρμογή τους με πινέλο. Κατά συνέπεια, ο οδοντίατρος μπορεί να αποδώσει επιφανειακή μορφολογία και στιλπνότητα παρόμοια με εκείνη των φυσικών δοντιών (Εικ. 10).

Στοιχεία επικοινωνίας:

Dr Julio Reynafarje
Jr Grimaldo del Solar 231 Off 101
Miraflores, Lima 18
Peru
www.cdaperu.com
reynafarje@cdaperu.com

Dr Rony Hidalgo
Alameda del Crepusculo 195
Alborada, Lima 33
Peru
hidalgo@endoroot.com

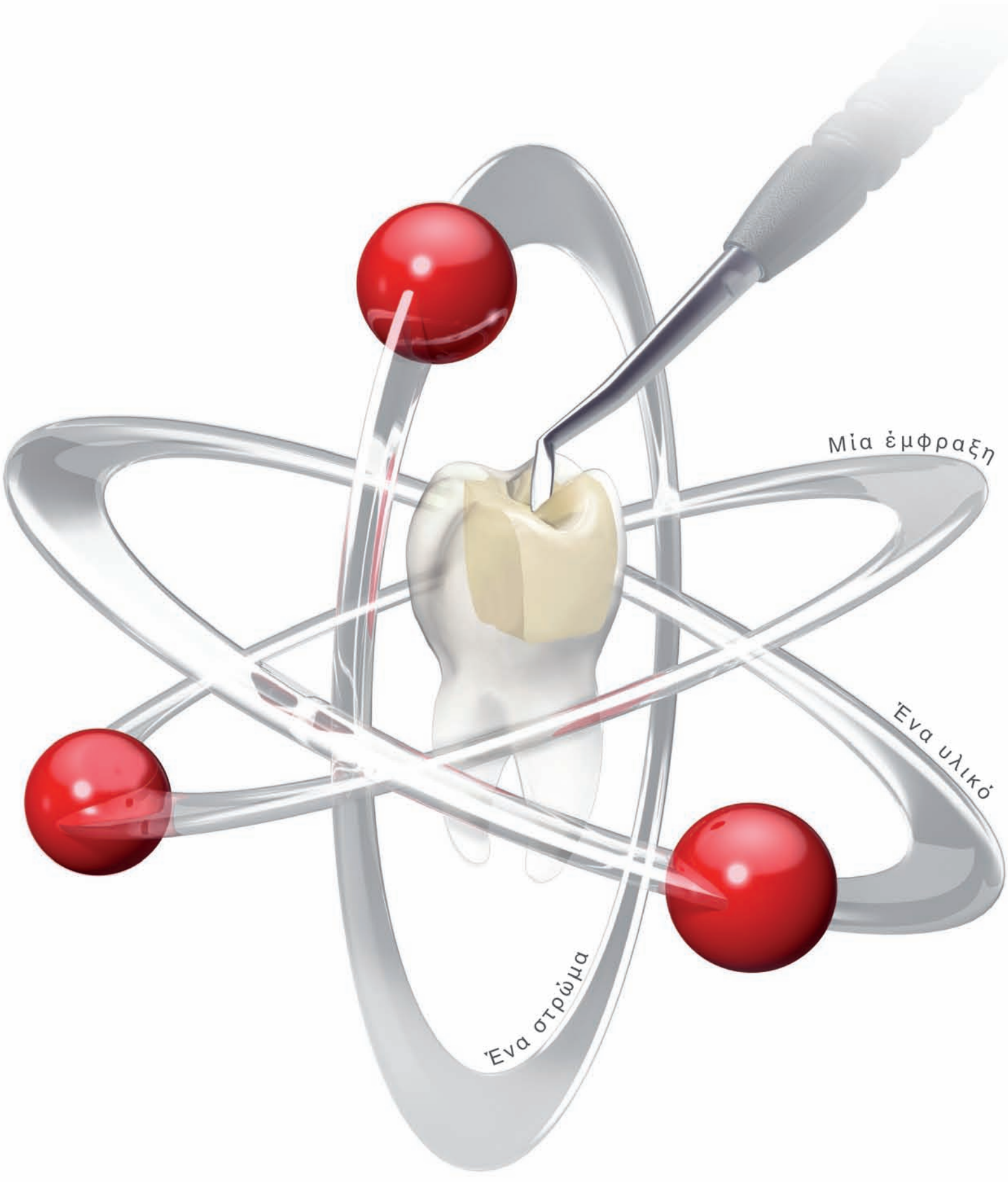
Κάντε κλικ στην ηλεκτρονική μας διεύθυνση www.odvima.gr

- Για να διαβάζετε τα τελευταία τεύχη της εφημερίδας «Οδοντιατρικό Βήμα».
- Να ενημερώνεστε για τα περιοδικά «Ενδοδοντολογία» και «Αρχεία Ελληνικής Στοματικής και Γναθοπροσωπικής Χειρουργικής».
- Να βρίσκετε πληροφορίες για τα βιβλία των εκδόσεων μας, να βλέπετε την περίληψη και τα περιεχόμενά τους, όπως επίσης και να ενημερώνεστε για τα βιβλία της «Quintessence» και πώς μπορείτε να τα παραγγείλετε.

Επισκεφτείτε τη σελίδα των εκδόσεών μας και αναζητήστε εύκολα και γρήγορα τις πληροφορίες που επιθυμείτε.

Tetric EvoCeram® Bulk Fill

Η σύνθετη ρητίνη ενός στρώματος χωρίς συμβιβασμούς



Νέο επίπεδο αποτελεσματικότητας στις αποκαταστάσεις οπισθίων:

- **Μία έμφραξη:** Τοποθέτηση και διαμόρφωση χωρίς να απαιτείται τελικό στρώμα.
- **Ένα υλικό:** Η λεία σύσταση βοηθάει στην προσαρμογή της σύνθετης ρητίνης στην κοιλότητα.
- **Ένα στρώμα:** Η τεχνική της μονοστρωματικής εφαρμογής 4 χιλ. απογειώνει τις διαδικασίες έμφραξης.

Tetric EvoCeram® Bulk Fill

Επίσημοι διανομείς:

Dental Vision ΕΠΕ
Μιχαλακοπούλου 125 / 115 27 Αθήνα / τηλ: 210 77 55 900 / Τσιμισκή 34 / 546 23 Θεσσαλονίκη / τηλ: 2310 253 800 / www.dentalvision.gr

SADENT ΑΕΒΕ
17ης Νοέμβρη 4 / 151 27 Μελίσσια / τηλ: 210 80 49 493 / Τετραπόλεως 4 / 115 27 Γουδή / τηλ: 210 77 77 608 /
Ν. Τέλογλου 7 / 546 36 Θεσσαλονίκη / τηλ: 2310 968 799 / Θεσσαλία / τηλ: 2410 549 168 / www.sadent.com

Κύπρου:
dentalcon trading ltd.
Λ. Λάρνακα 57, PO Box 27245 / 1643 Λευκωσία / τηλ: 22 466 000 / www.dentalcon.com.cy

www.ivoclarvivadent.com
Ivoclar Vivadent AG
Bendererstr. 2 | FL-9494 Schaan | Liechtenstein | Tel.: +423 / 235 35 35 | Fax: +423 / 235 33 60

ivoclar vivadent®
passion vision innovation

Αποτελεσματική πρόληψη κ

Duraph

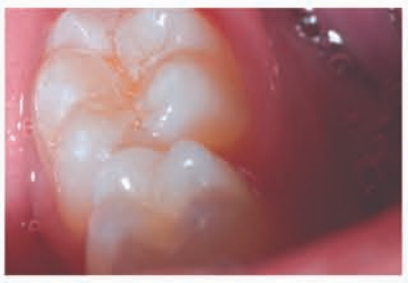
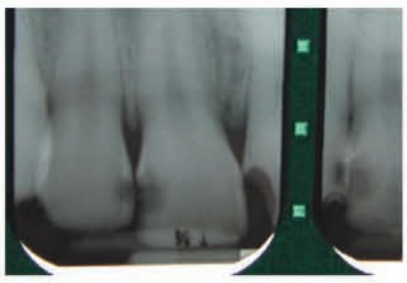
ΣΥΣΤΗΜΑ ΘΕ

Duraphat 50 mg/ml Οδοντικό Εναιώρημα
22.600 ppm φθορίου

Ενδείξεις
- Πρόληψη τερηδόνας σε παιδιά και ενήλικες
- Επαναλάτωση αρχόμενων τερηδονικών βλαβών
- Ανακούφιση από την οδοντινική υπερευαισθησία

Οφέλη
- Επιλεκτική εφαρμογή φθορίου στα επιθυμητά σημεία
- Γρήγορη και μεγάλη απορρόφηση του φθορίου
- Σταδιακή απελευθέρωση φθορίου για μεγάλο χρονικό διάστημα
- Ελαχιστοποίηση κατάποσης φθορίου
- Απουσία ανακλαστικού εμέτου

Φαρμακευτικά προϊόντα Duraphat, αναγκαίο μέσο πρόλη

	Παιδιά με κίνδυνο για τερηδόνα	Τερηδόνα σχισμών	Βλάβες όμορων περιοχών	Αρχόμενες βλάβες
				
	Κίνδυνος για τερηδόνα που οδηγεί σε αρχόμενες τερηδονικές βλάβες ή/και σφραγισμένα δόντια.	Κίνδυνος για τερηδόνα λόγω της οδοντικής πλάκας που συσσωρεύεται στις σχισμές.	Η τερηδόνα όμορων περιοχών δεν ανιχνεύεται εύκολα.	Οι αρχόμενες βλάβες μπορεί να εξελιχθούν σε κοιλότητες τερηδόνας αν δεν θεραπευθούν.
	Το 83% των παιδιών πρώιμης ηλικίας παραμένουν ελεύθερα τερηδόνας.[1]	Μείωση της τερηδόνας των πρώτων μόνιμων γομφίων κατά 38%.[2]	Μείωση της εμφάνισης νέων όμορων βλαβών κατά 60%.[3]	Μείωση του βάθους των λευκών κηλίδων κατά 76%.[4]
		Αναστροφή αρχόμενων τερηδονικών βλαβών σε σχισμές: μείωση τερηδονικών βλαβών κατα 21%.[5]	Μείωση της τερηδόνας κατά 70%.[6]	Επαναλάτωση αρχόμενων τερηδονικών βλαβών σε ποσοστό 55% μετά από 3 μήνες[7] και 75% μετά από 6 μήνες.[7]

Η Περίληψη Χαρακτηριστικών Προϊόντος και οι βιβλιογραφικές αναφορές δημοσιεύονται εντός του παρόντος εντύπου

Colgate® Ο ΣΥΜΜΑΧΟΣ ΣΑΣ ΣΤΗΝ ΚΑΛΗ ΣΤΟΜΑΤΙΚΗ ΥΓΕΙΑ

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

και θεραπεία της τερηδόνας

hat®
ΕΡΑΠΕΙΑΣ

Duraphat Οδοντόπαστα υψηλής συγκέντρωσης φθορίου
5.000 ppm φθορίου

Πρόληψη και θεραπεία τερηδόνας σε ασθενείς με:

- **Ενεργές τερηδόνες ή αρχόμενες τερηδονικές βλάβες**
- **Εκτεθειμένες ριζικές επιφάνειες λόγω περιοδοντίτιδας ή περιοδοντικής θεραπείας**
- **Εκτεταμένες προσθετικές εργασίες όπως γέφυρες και στεφάνες**
- **Εκτεθειμένη οδοντίνη**
- **Ορθοδοντικά μηχανήματα**
- **Χρόνια ξηρότητα στόματος**

Οφέλη

- **Υψηλή προστασία χωρίς τη μεταβολή συνηθειών καθημερινής στοματικής υγιεινής**
- **Ευχάριστη γεύση**
- **Ασφαλής για καθημερινή χρήση**

ψης και θεραπείας στην καθημερινή οδοντιατρική πρακτική

Ορθοδοντικές συσκευές	Δευτερογενής τερηδόνα	Εκτεθειμένοι οδοντικοί αυχένες	Ομάδες ειδικών ασθενών	Υπερευαισθησία
Κίνδυνος για τερηδόνα λόγω της δυσκολίας στη σωστή απομάκρυνση της πλάκας.	Κίνδυνος για τερηδόνα στα όρια γύρω από σφραγίσματα και στεφάνες.	Η οδοντίνη των εκτεθειμένων αυχένων είναι πολύ ευάλωτη στην τερηδόνα.	Ασθενείς με ξηροστομία (π.χ. λόγω σακχαρώδους διαβήτη, χημειο-/ακτινοθεραπείας, φαρμακευτικής αγωγής).	Κίνδυνος για υπερευαισθησία στα σημεία με εκτεθειμένη οδοντίνη.
Μείωση του βάθους των τερηδονικών βλαβών κατά 48%.[8]	Σημαντική επιβράδυνση της εξέλιξης των βλαβών.[9]	Μείωση της εξέλιξης της τερηδόνας στις ριζικές επιφάνειες κατά 50%.[10]	Πρόληψη τερηδόνας στις ομάδες ειδικών ασθενών.	Ανακούφιση που διαρκεί με 2-3 εφαρμογές σε διάστημα λίγων ημερών.[11]
		Επαναλάτωση αρχόμενων τερηδονικών βλαβών σε ποσοστό 55% μετά από 3 μήνες[7] και 75% μετά από 6 μήνες.[7]	Πρόληψη τερηδόνας στις ομάδες ειδικών ασθενών.	

Πληροφορίες για τα προϊόντα και τον τρόπο διάθεσης καλέστε:
210 4831900 – Τμήμα Ιατρικής Ενημέρωσης Colgate

Colgate

Duraphat® Φθοριούχο βερνίκι

Duraphat 50 mg/ml Οδοντικό Εναιώρημα)

ΠΕΡΙΛΗΨΗ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΩΝ ΤΟΥ ΠΡΟΪΟΝΤΟΣ
1. ΟΝΟΜΑΣΙΑ ΤΟΥ ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΟΥ ΠΡΟΪΟΝΤΟΣ
DURAPHAT 50 mg/ml Οδοντικό Εναιώρημα.
2. ΠΟΙΟΤΙΚΗ ΚΑΙ ΠΟΣΟΤΙΚΗ ΣΥΝΘΕΣΗ 1 ml εναιωρήματος περιέχει 50 mg φθοριούχου νατρίου το οποίο είναι ισοδύναμο με 22,6 mg φθορίου.
Για πλήρη λίστα των εκδόχων, βλέπε λήμμα 6.1.
3. ΦΑΡΜΑΚΟΤΕΧΝΙΚΗ ΜΟΡΦΗ Οδοντικό εναιώρημα
Καφέ/κίτρινο, αδιαφανές εναιώρημα
4. ΚΛΙΝΙΚΕΣ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ
4.1 Θεραπευτικές ενδείξεις Για την πρόληψη της τερηδόνας σε παιδιά και ενήλικες ως μέρος ενός ολοκληρωμένου προγράμματος ελέγχου της τερηδόνας. Για την:
- προφύλαξη από υποτροπιάζουσα τερηδόνα (ή τερηδόνα στην παρυφή των ούλων)
- προφύλαξη από την εξέλιξη της τερηδόνας
- προφύλαξη από την απασβέστωση γύρω από ορθοδοντικά εξαρτήματα
- προστασία οπών και σχισμών (μασητική τερηδόνα).

Για την απευαισθητοποίηση των υπερευαίσθητων οδόντων ως μέρος μιας θεραπευτικής αγωγής, η οποία συμπεριλαμβάνει καθημερινή χρήση κατάλληλης οδοντόπαστας.
4.2 Δοσολογία και τρόπος χορήγησης Το DURAPHAT οδοντικό εναιώρημα 50 mg/ml πρέπει να εφαρμόζεται από τον οδοντίατρο. Πριν την εφαρμογή του, η περίσσεια της πλάκας θα πρέπει να αφαιρείται και τα δόντια να στεγνώνονται. Το DURAPHAT εφαρμόζεται σαν λεπτό στρώμα στις περιοχές που είναι περισσότερο ευαίσθητες στην ανάπτυξη τερηδόνας, με τη βοήθεια βούρτσας, εμβόλου ή τολυπίου βάμβακος.
Συνιστώμενη εφάπαξ δόση:
Για νεογιλή οδοντοστοιχία: μέχρι 0,25 ml
(= 5,65 mg fluoride)
Για μικτή οδοντοστοιχία: μέχρι 0,40 ml
(= 9,04 mg fluoride)
Για μόνιμη οδοντοστοιχία: μέχρι 0,75 ml
(= 16,95 mg fluoride)
Για την προστασία από την τερηδόνα, η εφαρμογή συνήθως επαναλαμβάνεται κάθε 6 μήνες, ενώ πιο συχνές εφαρμογές (κάθε 3 μήνες) είναι δυνατό να εκτελούνται.
Για υπερευαισθησία θα πρέπει να γίνουν 2 ή 3 εφαρμογές εντός ολίγων ημερών.
Ο ασθενής δεν θα πρέπει να βουρτσίσει τα δόντια του ή να μασήσει τροφή για 4 ώρες μετά την εφαρμογή.
Οδός χορήγησης: Για οδοντική χρήση
4.3 Αντενδείξεις
- Υπερευαισθησία στο κολοφώνιο και/ή σε οποιοδήποτε από τα υπόλοιπα συστατικά του προϊόντος
- Ελκώδης ουλίτιδα
- Στοματίτιδα
- Βρογχικό άσθμα

4.4 Ειδικές προειδοποιήσεις και προφυλάξεις κατά τη χρήση
Η εφαρμογή του DURAPHAT οδοντικό εναιώρημα 50 mg/ml σε όλη την οδοντοστοιχία δεν θα πρέπει να γίνεται όταν ο ασθενής είναι νηστικός.
Την ημέρα εφαρμογής του DURAPHAT δεν θα πρέπει να συγχορηγούνται παρασκευάσματα υψηλής περιεκτικότητας σε φθόριο, όπως γέλες που περιέχουν φθόριο. Η συγχορήγηση συμπληρωμάτων με φθόριο θα πρέπει να αναστέλεται για αρκετές ημέρες μετά την εφαρμογή του DURAPHAT.
4.5 Αλληλεπιδράσεις με άλλα φαρμακευτικά προϊόντα και άλλες μορφές αλληλεπίδρασης
Θα πρέπει να λαμβάνεται υπόψη η παρουσία αλκοόλης στη σύνθεση του DURAPHAT.
4.6 Κύηση και γαλουχία
Καθώς το προϊόν περιέχει 33,8% αιθανόλη (κάθε δόση περιέχει έως 0,2 g αλκοόλης), συνιστάται η αποφυγή της χρήσης του από εγκύους και γυναίκες κατά την περίοδο της γαλουχίας.
4.7 Επίδραση στην ικανότητα οδήγησης και χειρισμού μηχανών: Καμμία γνωστή.
4.8 Ανεπιθύμητες ενέργειες
Διαταραχές του γαστρεντερικού: Πολύ σπάνιες (<1/10.000): Στοματίτιδα, ελκώδης ουλίτιδα, ακούσια προσπάθεια για έμετο και οίδημα στόματος μπορεί να παρατηρηθεί σε μεμονωμένες περιπτώσεις ευαίσθητων (αλλεργικών) ατόμων - εάν θεωρηθεί απαραίτητο, το επίστρωμα του οδοντικού εναιωρήματος μπορεί εύκολα να απομακρυνθεί από το στόμα με βούρτσισμα και πλύσιμο.
Διαταραχές του δέρματος και του υποδόριου ιστού: Πολύ σπάνιες (<1/10.000): Ερεθισμός, σε περιπτώσεις ευαίσθητων ατόμων, αγγειοοίδημα.
Διαταραχές του αναπνευστικού συστήματος, του θώρακα και του μεσοθωράκιου:
Πολύ σπάνιες/μεμονωμένο περιστατικό (<1/10.000): Άσθμα
4.9 Υπερδοσολογία
Σε πολύ υψηλές δόσεις, το φθόριο παρουσιάζει οξεία τοξική δράση μέσω της αναστολής ενζύμων, που προκαλεί υπερασβεστιαιμία. Δόσεις αρκετών χιλιογραμμαρίων φθορίου ανά kg βάρους σώματος προκαλούν ναυτία και έμετο.
Το επίστρωμα του οδοντικού εναιωρήματος μπορεί πολύ εύκολα να απομακρυνθεί από το στόμα με βούρτσισμα και πλύσιμο.
5. ΦΑΡΜΑΚΟΛΟΓΙΚΕΣ ΙΔΙΟΤΗΤΕΣ
5.1 Φαρμακοδυναμικές ιδιότητες Φαρμακοθεραπευτική κατηγορία: Στοματολογικά προϊόντα, παράγοντες προφύλαξης από την τερηδόνα. Κωδικός ATC: A01A A01
Το φθοριούχο νάτριο εφαρμοζόμενο τοπικά μετά από την ανατολή του οδόντος, μειώνει την τερηδόνα παρεμποδίζοντας την αφαλάτωση και προάγοντας την επιμετάλλωση της αδαμαντίνης του οδόντος και επίσης παρεμποδίζοντας την μικροβιακή επίδραση στην δημιουργία της τερηδόνας.
Το DURAPHAT οδοντικό εναιώρημα 50 mg/ml μειώνει επίσης την οδοντική υπερευαισθησία.
Κατά την αντιμετώπιση της διάβρωσης των οδόντων η οποία σχετίζεται με συχνή κατανάλωση όξινων ποτών ή γαστρική παλινδρόμηση, υψηλές συγκεντρώσεις τοπικών φθοριούχων παραγόντων θεωρούνται σημαντικές. Το DURAPHAT είναι τουλάχιστον τόσο αποτελεσματικό στην in vitro αντιμετώπιση της διάβρωσης όσο και ένα διάλυμα φθοριούχου νατρίου 2%.
5.2 Φαρμακοκινητικές ιδιότητες
Μετά την από του στόματος χορήγηση, η απορρόφηση του φθορίου είναι ταχεία και εκτεταμένη (90-100%), ενώ η μέγιστη συγκέντρωση φθορίου στο πλάσμα επιτυγχάνεται μεταξύ 30 και 60 λεπτών από την κατάποση. Το φθόριο κατανέμεται ευρέως σε όλο το σώμα και συγκεντρώνεται στα οστά και τους οδόντες. Περίπου 50% του φθορίου αποθηκεύεται. Η αποβολή λαμβάνει χώρα κατά πρώτον από τους νεφρούς, ενώ λιγότερο από 10% απεκκρίνεται στα κόπρανα και λιγότερο από 1% στον ιδρώτα και το σίελο.
Το DURAPHAT καλύπτει τους οδόντες με υμένιο εναιωρήματος, το οποίο σκληραίνει και γίνεται ανθεκτικό με την παρουσία σιέλου και το οποίο τις επόμενες ώρες μετά την εφαρμογή του έχει σαν αποτέλεσμα τη συσσώρευση φθορίου στην οδοντική αδαμαντίνη σε μετρήσιμο βάθος.
5.3 Προκλινικά δεδομένα για την ασφάλεια
Η εφαρμογή του προϊόντος γίνεται μόνο από τον οδοντίατρο και η ποσότητα του φθορίου που λαμβάνει ο ασθενής εφάπαξ είναι εντός των επιτρεπτών ορίων ασφάλειας. Οι συνιστώμενες δόσεις είναι έως 0,75 ml για μόνιμη οδοντοστοιχία. Η θεραπεία συνιστάται κάθε 6 μήνες ή το πολύ κάθε 3 μήνες. Για περιπτώσεις υπερευαισθησίας συνιστώνται 2-3 εφαρμογές εντός ολίγων ημερών. Τα επίπεδα φθορίου που επιτυγχάνονται στην περίπτωση αυτή είναι επίσης εντός των επιτρεπτών ορίων ασφάλειας. Λόγω της βραδείας αποδέσμευσης του φθορίου, τα επίπεδα στο πλάσμα είναι ακόμα μικρότερα από τα επίπεδα που είναι γνωστό ότι δεν προκαλούν ανεπιθύμητες ενέργειες στα παιδιά.
6. ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΕΣ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ
6.1 Κατάλογος εκδόχων: Αιθανόλη 96%, White wax (E901), Κόμμεα λάκκας (E904), Colophony, Μάστιξ, Σακχαρίνη (E954). Άρωμα βάτου της ιδέας (σμέουρου) (περιέχει Ethyl butyrate, Geraniol, Iris Resinoid, Isoamyl Acetate, Jasmine Absolute, Vanillin και προπυλενογλυκόλη).
6.2 Ασυμβατότητες
Καμμία γνωστή.
6.3 Διάρκεια ζωής
Σφραγισμένη συσκευασία: 3 χρόνια. Για τα σωληνάρια αλουμινίου: μετά το πρώτο άνοιγμα, χρησιμοποιήστε το περιεχόμενο μέσα σε διάστημα 3 μηνών.
6.4 Ιδιαίτερες προφυλάξεις κατά την φύλαξη του προϊόντος: Να μη φυλάσσεται σε θερμοκρασία άνω των 25ºC.
6.5 Φύση και συστατικά του περιέκτη: Κουτί που περιέχει ένα σωληνάριο των 10 ml ή 5 σωληνάρια των 30 ml από αλουμίνιο με εσωτερική επίστρωση ρητίνης, τυπωμένο εξωτερικά, με λευκό πλαστικό βιδωτό καπάκι και βύσμα σφραγίσεως.
Κουτί που περιέχει ένα γυάλινο κύλινδρο των 1,6 ml ή 5 γυάλινους κυλίνδρους των 1,6 ml με ελαστικό πώμα από βρωμιοβουτύλιο και καπάκι αλουμινίου χρώματος χρυσού στο πάνω μέρος του κυλίνδρου και ελαστικό πώμα από χλωροβουτύλιο χρώματος σκούρου μπλε στο κάτω μέρος του κυλίνδρου.
6.6 Οδηγίες χρήσης/ χειρισμού: Εάν θεωρηθεί απαραίτητο, τα δόντια θα πρέπει να καθαριστούν, ειδικότερα στις περιοχές που είναι περισσότερο ευπαθείς στην τερηδόνα. Όταν ομάδες ασθενών (π.χ παιδιά) πρόκειται να αρχίσουν θεραπεία, θα πρέπει να καθαρίσουν τα δόντια τους μόνοι τους, με τη βοήθεια οδοντόβουρτσας.
Αρχίστε καθαρίζοντας ένα ή δύο τεταρτημόρια από την περίσσεια σιέλου με τη βοήθεια μιας σύριγγας αέρα (ή με μικρή ποσότητα σελλουλόζης). Το DURAPHAT οδοντικό εναιώρημα 50 mg/ml εφαρμόζεται από το σωληνάριο με τη βοήθεια ενός μικρού τολυπίου βάμβακος, εμβόλου ή βούρτσας, επαλείφοντας μικρές ποσότητες προϊόντος επανειλημμένα έτσι ώστε να δημιουργηθεί μια λεπτή επίστρωση. Στη συνέχεια εφαρμόστε το προϊόν και στα υπόλοιπα τεταρτημόρια με τον ίδιο τρόπο. Συνιστάται να ξεκινήσετε εφαρμόζοντας το προϊόν στα δόντια από την κάτω σιαγόνα πριν να συγκεντρωθεί υπερβολική ποσότητα σιέλου και παρεμποδίσει την εφαρμογή. Ενδέχεται να μην είναι απαραίτητη η επάλειψη της γλωσσικής επιφάνειας των οδόντων, διότι γενικά η περιοχή αυτή είναι ανθεκτική στην δημιουργία τερηδόνας. Το DURAPHAT θα πρέπει να εφαρμόζεται κυρίως στα σημεία εκείνα που είναι πιο ευπαθή στην τερηδόνα.
Η εφαρμογή του DURAPHAT από τον κύλινδρο ενδείκνυται κυρίως για τοπική εφαρμογή μικρών δόσεων. Ένας μη αιχμηρός σωληνίσκος με την μια άκρη του λυγισμένη σε γωνία χρησιμοποιείται για τη διευκόλυνση της εφαρμογής στις εφαπτόμενες και άπω επιφάνειες.
Για την εφαρμογή του προϊόντος στις εφαπτόμενες επιφάνειες, τοποθετήστε το σωληνίσκο μεταξύ των δοντιών και εφαρμόστε μια μικρή ποσότητα προϊόντος. Το οδοντικό εναιώρημα θα πρέπει να εφαρμόζεται και από τις δύο πλευρές του διοδοντικού διαστήματος, καθώς και από την μασητική πλευρά.
Για σχισμές, μια σταγόνα DURAPHAT πρέπει να επαλείφεται κατά μήκος της σχισμής με τη βοήθεια του σωληνίσκου. Τα όρια των σφραγισμάτων και των οδοντιατρικών συσκευών, καθώς και η βάση των υπερευαίσθητων δοντιών μπορούν να επαλειφθούν με τον ίδιο τρόπο.
Οι λείες επιφάνειες των δοντιών θα πρέπει να λάβουν την αγωγή όταν η δράση της τερηδόνας βρίσκεται σε υψηλά επίπεδα, ειδικότερα εάν η απασβέστωση είναι ορατή. Ο σωληνίσκος θα πρέπει να τοποθετηθεί έτσι ώστε να εφάπτεται με το δόντι και να επαλειφθεί το DURAPHAT με τη λυγισμένη άκρη του σωληνίσκου.
Οι περιοχές γύρω από ορθοδοντικές συσκευές μπορούν να επαλειφθούν με DURAPHAT με τη βοήθεια του σωληνίσκου.
Το υποκίτρινο χρώμα του DURAPHAT διευκολύνει την εφαρμογή και τον έλεγχο.Το DURAPHAT λειτουργεί με τη βοήθεια του σιέλου. Η δράση του DURAPHAT εξαρτάται από την παρατεταμένη δράση του φθορίου. Η επικάλυψη δεν θα πρέπει να αφαιρείται νωρίτερα από τον ενδεδειγμένο χρόνο. Οι ασθενείς θα πρέπει να συμβουλεύονται να μην βουρτσίζουν τα δόντια τους ή να μασούν τροφή για τουλάχιστον 4 ώρες μετά την αγωγή. Κατά τη διάρκεια αυτού του διαστήματος, είναι δυνατό να καταναλωθούν μαλακές τροφές και υγρά. Εντούτοις, εάν χρειαστεί, η επικάλυψη είναι εύκολο να αφαιρεθεί με βούρτσισμα ή πλύσιμο.
Εργαλεία, υφάσματα κ.λπ. τα οποία έρχονται σε επαφή με το DURAPHAT μπορούν να καθαριστούν με αλκοόλη.
7. ΚΑΤΟΧΟΣ ΤΗΣ ΑΔΕΙΑΣ ΚΥΚΛΟΦΟΡΙΑΣ
COLGATE-PALMOLIVE ΕΜΠΟΡΙΚΗ (ΕΛΛΑΣ) Μ. ΕΠΕ
Αθηνών 89, 18541 Πειραιάς
8. ΑΡΙΘΜΟΣ ΑΔΕΙΑΣ ΚΥΚΛΟΦΟΡΙΑΣ: 26445/9-4-2009
9. ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΠΡΩΤΗΣ ΕΓΚΡΙΣΗΣ/ΑΝΑΝΕΩΣΗΣ ΤΗΣ ΑΔΕΙΑΣ: 24-4-2000
10. ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΑΝΑΘΕΩΡΗΣΗΣ ΤΟΥ ΚΕΙΜΕΝΟΥ: 9-4-2009
ΤΡΟΠΟΣ ΔΙΑΘΕΣΗΣ: Χορηγείται με ιατρική συνταγή
ΛΤ 22,04€

Duraphat® 5000 ppm

Οδοντόπαστα υψηλής συγκέντρωσης φθορίου

ΠΕΡΙΛΗΨΗ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΩΝ ΠΡΟΪΟΝΤΟΣ
1. ΟΝΟΜΑΣΙΑ ΤΟΥ ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΟΥ ΠΡΟΪΟΝΤΟΣ
DURAPHAT 5000, οδοντόπαστα 500 mg/100g
2. ΠΟΙΟΤΙΚΗ ΚΑΙ ΠΟΣΟΤΙΚΗ ΣΥΝΘΕΣΗ: 1g οδοντόπαστας περιέχει 5 mg φθορίου (ως φθοριούχο νάτριο), που αντιστοιχούν σε 5000 ppm φθορίου.
Έκδοχο: 1g οδοντόπαστας περιέχει 5mg sodium benzoate.
Για τον πλήρη κατάλογο των εκδόχων βλ. παράγραφο 6.1.
3. ΦΑΡΜΑΚΟΤΕΧΝΙΚΗ ΜΟΡΦΗ: Οδοντόπαστα - Πάστα χρώματος κυανού
4. ΚΛΙΝΙΚΕΣ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ
4.1 Θεραπευτικές ενδείξεις
Πρόληψη τερηδόνας σε εφήβους και ενήλικες, ιδιαίτερα σε ασθενείς με κίνδυνο πολυτερηδονισμού (τερηδόνες μύλης και/ ή ρίζας).
4.2 Δοσολογία και τρόπος χορήγησης
Να χρησιμοποιείται μόνο από άτομα άνω των 16 ετών. Να μην καταπίνεται.
Βουρτσίστε με προσοχή σε καθημερινή βάση:
- απλώστε μία λωρίδα 2 εκ. στην οδοντόβουρτσα για κάθε βούρτσισμα.
- 2 εκ. οδοντόκρεμας παρέχουν μεταξύ 3mg και 5mg φθορίου.
- βουρτσίστε 3 φορές ημερησίως μετά από κάθε γεύμα.
- βουρτσίστε κάθετα στο δόντι, από τα ούλα προς την κορυφή του δοντιού.

Το προσεκτικό βούρτσισμα χρειάζεται περίπου 3 λεπτά.
Τρόπος χορήγησης: Για οδοντική χρήση
4.3 Αντενδείξεις
Αυτό το φαρμακευτικό προϊόν δεν πρέπει να χρησιμοποιείται σε περιπτώσεις υπερευαισθησίας στη δραστική ουσία ή σε κάποιο από τα έκδοχα.
4.4. Ειδικές προειδοποιήσεις και ιδιαίτερες προφυλάξεις κατά τη χρήση Η οδοντόπαστα DURAPHAT 5000 δεν προορίζεται για χρήση σε εφήβους και παιδιά κάτω των 16 ετών, βλ. 4.2.
Η οδοντόπαστα αυτή περιέχει υψηλό ποσοστό φθορίου. Γι' αυτό πρέπει να ζητείται η γνώμη του οδοντιάτρου πριν να χρησιμοποιηθεί το προϊόν.
Υψηλός αριθμός δυνητικών πηγών φθορίου, μπορεί να προκαλέσει δηλητηρίαση από φθόριο. Πριν από την χρήση φαρμακευτικών προϊόντων που περιέχουν φθόριο όπως είναι το DURAPHAT 5000, πρέπει να γίνει εκτίμηση της συνολικής προσληφθείσας ποσότητας φθορίου (πόσιμο νερό, φθοριωμένο αλάτι, άλλα φάρμακα που περιέχουν φθόριο - δισκία, σταγόνες, μαστίχες ή οδοντόπαστες).Δισκία, σταγόνες, τσίχλες, γέλη ή βερνίκια που περιέχουν φθόριο, καθώς και φθοριωμένο νερό ή αλάτι πρέπει να αποφεύγονται, όταν χρησιμοποιείται η οδοντόπαστα DURAPHAT 5000.
Στους υπολογισμούς για τη συνιστώμενη ποσότητα πρόσληψης ιόντων φθορίου, η οποία είναι 0,05 mg/kg την ημέρα απ' όλες τις πηγές και η οποία δεν πρέπει να ξεπερνά το 1 mg την ημέρα, πρέπει να λαμβάνεται υπόψη πιθανή κατάποση οδοντόπαστας (κάθε σωληνάριο οδοντόπαστας DURAPHAT 5000 περιέχει 255 mg ιόντων φθορίου).
Αυτό το προϊόν περιέχει βενζοϊκό νάτριο. Το βενζοϊκό νάτριο είναι μέτρια ερεθιστικό για το δέρμα, τα μάτια και τους βλεννογόνους.
4.5 Αλληλεπιδράσεις με άλλα φαρμακευτικά προϊόντα και άλλες μορφές αλληλεπίδρασης Καμία γνωστή.
4.6 Κύηση και γαλουχία
Δεν υπάρχουν επαρκή στοιχεία από τη χρήση της οδοντόπαστας DURAPHAT 5000 σε έγκυες γυναίκες. Μελέτες σε ζώα κατέδειξαν τοξικότητα σε σχέση με την αναπαραγωγή μόνο μετά τη χορήγηση πολύ υψηλών επιπέδων φθοριούχου νατρίου. Συνεπώς, αυτή η οδοντόπαστα δε θα πρέπει να χρησιμοποιείται κατά την κύηση και τη γαλουχία, εκτός αν έχει γίνει προσεκτική αποτίμηση της σχέσης κινδύνου-οφέλους.
4.7 Επιδράσεις στην ικανότητα οδήγησης και χειρισμού μηχανών Δεν εφαρμόζεται.
4.8 Ανεπιθύμητες ενέργειες
Διαταραχές του γαστρεντερικού συστήματος: Δεν είναι γνωστή η συχνότητα (δεν μπορεί να εκτιμηθεί από τα διαθέσιμα στοιχεία): αίσθηση καύσου του στόματος.
Διαταραχές του ανοσοποιητικού συστήματος: Σπάνιες (>1/10.000 έως <1/1.000): Αντιδράσεις υπερευαισθησίας.
4.9 Υπερδοσολογία
- Οξεία δηλητηρίαση από φθόριο
Η τοξική δόση, δηλαδή η χαμηλότερη δόση που μπορεί να προκαλέσει συμπτώματα δηλητηρίασης, είναι 5 mg φθορίου ανά kg σωματικού βάρους.
Η δηλητηρίαση αυτή εμφανίζεται με τη μορφή πεπτικών ενοχλημάτων: έμετο, διάρροια, κοιλιακό άλγος. Σε εξαιρετικά σπάνιες περιπτώσεις μπορεί να αποβεί θανατηφόρος. Αν από ατύχημα καταποθεί σημαντική ποσότητα του φαρμακευτικού προϊόντος, ο ασθενής πρέπει να υποβληθεί άμεσα σε πλύση στομάχου ή να προκληθεί έμετος. Ο ασθενής πρέπει να πάρει ασβέστιο (μεγάλη ποσότητα γάλακτος) και πρέπει να βρίσκεται υπό ιατρική παρακολούθηση για αρκετές ώρες.
- Οξεία δηλητηρίαση από μίνθη
Η οδοντόπαστα DURAPHAT 5000 περιέχει μίνθη, η οποία αν κατά λάθος καταποθεί σε μεγάλες ποσότητες, ενδέχεται να προκαλέσει σπασμούς, ιδιαίτερα σε βρέφη και παιδιά.
- Χρόνια δηλητηρίαση από φθόριο
Η αδαμαντίνη θα εμφανίσει χρώση ή κηλίδες, αν η καθημερινή απορρόφηση φθορίου ξεπερνά το 1,5 mg ημερησίως για αρκετούς μήνες ή χρόνια, ανάλογα με το βαθμό της υπερδοσολογίας. Αυτό το φαινόμενο συνοδεύεται σε σοβαρές μορφές και από αυξημένη ευθραυστότητα της αδαμαντίνης. Φθορίωση των οστών (οστεοσκλήρυνση) παρατηρείται μόνο όταν η χρόνια πρόσληψη του φθορίου είναι υψηλή (πάνω από 8 mg ημερησίως).
5. ΦΑΡΜΑΚΟΛΟΓΙΚΕΣ ΙΔΙΟΤΗΤΕΣ
5.1 Φαρμακοδυναμικές ιδιότητες Φαρμακοθεραπευτική κατηγορία: Παράγοντες προφύλαξης ενάντια στην τερηδόνα. Κωδικός ATC: A01AA01.
Ο κύριος τρόπος της αντιτερηδονογόνου δράσης του φθορίου είναι μετά την ανατολή των δοντιών, τοπικά. Πιστεύεται ότι και τα συμπληρώματα φθορίου μέσω της συστηματικής οδού δρουν επίσης κυρίως τοπικά (κατά την κατάποση, μέσω του σάλιου).
Υπάρχουν τρεις μηχανισμοί επίδρασης, που έχουν συσχετιστεί με το φθόριο:
- η αναστολή της απομεταλλικοποίησης (μειώνοντας τη διαλυτότητα της αδαμαντίνης σε όξινο περιβάλλον)
- η προαγωγή της επανεφαλάτωσης της αδαμαντίνης κατά τη διάρκεια της διεργασίας της τερηδόνας
- η βακτηριοκτόνος επίδραση ενάντια στα μικρόβια της οδοντικής πλάκας. Αυτό αναστέλλει τον πολλαπλασιασμό των βακτηρίων της οδοντικής πλάκας και προλαμβάνει την παραγωγή των οξέων, που προκαλούν την τερηδόνα. Το φθόριο από μόνο του δεν είναι αρκετό για να εξαλείψει τη βακτηριακή πλάκα, ούτε είναι ολοκληρωμένη θεραπεία αντιμετώπισης της τερηδόνας.

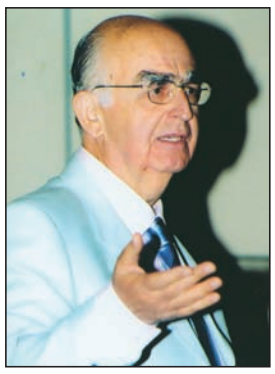
5.2 Φαρμακοκινητικές ιδιότητες
Η οδοντόπαστα DURAPHAT 5000 δρα τοπικά στα δόντια, γι' αυτό δεν έχει θέση η συστηματική οδός χορήγησης. Ωστόσο, παρέχονται οι ακόλουθες πληροφορίες σε περίπτωση που από ατύχημα καταποθεί οδοντόπαστα κατά τη διάρκεια της θεραπείας.
Το φθόριο που καταπίνεται μετατρέπεται σε υδροφθορικό οξύ. Η μέγιστη συγκέντρωση επιτυγχάνεται εντός 30-60 λεπτών. Ο όγκος κατανομής είναι 1 L/kg. Τα ιόντα φθορίου κατανέμονται στα δόντια και στα οστά και δεν συνδέονται με τις πρωτεΐνες του πλάσματος. Ο τελικός χρόνος ημιζωής κυμαίνεται μεταξύ 2-9 ωρών. Τα ιόντα φθορίου απεκκρίνονται κυρίως στα ούρα, αλλά μικρές ποσότητες μπορεί να απεκκριθούν στα κόπρανα και στον ιδρώτα. Δεν είναι γνωστό με ποια μορφή.
5.3 Προκλινικά δεδομένα για την ασφάλεια
Τα προκλινικά δεδομένα δεν αποκαλύπτουν ιδιαίτερο κίνδυνο για τον άνθρωπο, πέρα από τις σχετικές πληροφορίες που αναφέρονται στα άλλα σημεία της παρούσας Περίληψης Χαρακτηριστικών του Προϊόντος.Μετά από χορήγηση από του στόματος φθοριούχου νατρίου σε ποντίκια, αρουραίους και κουνέλια, επίδραση στην αναπαραγωγή και έμβρυο-τοξικότητα παρατηρήθηκαν μόνο σε υψηλές δόσεις.
6. ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΕΣ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ
6.1 Κατάλογος εκδόχων Σορβιτόλη υγρή (μη κρυσταλλική), Dental Type Silica, Dental Type Silica (Precipitated), Πολυαιθυλενογλυκόλη 600, Tetrapotassium pyrophosphate, Ξανθάνης κόμμι, Νάτριο βενζοϊκό (E 211), Νάτριο λαουρυλοθειικό, Άρωμα δυόσμου (που περιέχει αιθέριο έλαιο μίνθης, Carvone, αιθέριο έλαιο δυόσμου, μίνθη, anethol και αιθέριο έλαιο λεμονιού), Σακχαρίνη νατριούχος, Κυανό (E133) και Ύδωρ κεκαθαρμένο
6.2 Ασυμβατότητες Δεν εφαρμόζεται
6.3 Διάρκεια ζωής 3 χρόνια
6.4 Ιδιαίτερες προφυλάξεις κατά τη φύλαξη του προϊόντος
Μη φυλάσσετε σε θερμοκρασία μεγαλύτερη των 25ºC.
6.5 Φύση και συστατικά του περιέκτη
51g σε σωληνάριο (PE/PET/αλουμίνιο) με βιδωτό πώμα (πολυπροπυλένιο). Το σωληνάριο είναι συσκευασμένο σε χάρτινο κουτί.
Μεγέθη συσκευασίας: 1 σωληνάριο x 51 g ή 3 σωληνάρια x 51g
6.6. Ιδιαίτερες προφυλάξεις απόρριψης Καμία ειδική υποχρέωση
7. ΚΑΤΟΧΟΣ ΤΗΣ ΑΔΕΙΑΣ ΚΥΚΛΟΦΟΡΙΑΣ
Colgate - Palmolive Εμπορική (Ελλάς) Μ. Ε.Π.Ε.
Αθηνών 89, 18541 Πειραιάς
8. ΑΡΙΘΜΟΣ(ΟΙ) ΑΔΕΙΑΣ ΚΥΚΛΟΦΟΡΙΑΣ 30477/07/24-06-2008
9. ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΠΡΩΤΗΣ ΕΓΚΡΙΣΗΣ/ΑΝΑΝΕΩΣΗΣ ΤΗΣ ΑΔΕΙΑΣ
9-12-2005
10. ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΑΝΑΘΕΩΡΗΣΗΣ ΤΟΥ ΚΕΙΜΕΝΟΥ
1-9-2009
ΤΡΟΠΟΣ ΔΙΑΘΕΣΗΣ: Χορηγείται χωρίς ιατρική συνταγή
ΛΤ 6,58€

Βοηθήστε να γίνουν τα φάρμακα πιο ασφαλή:
Συμπληρώστε την "ΚΙΤΡΙΝΗ ΚΑΡΤΑ"
Αναφέρατε:
- **ΟΛΕΣ τις ανεπιθύμητες ενέργειες για τα Νέα φάρμακα**
- **Τις ΣΟΒΑΡΕΣ ανεπιθύμητες ενέργειες για τα Γνωστά φάρμακα**

N

Φαρμακοεπαγρύπνηση: 210 8045712

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ
1. Weintraub et al.: Fluoride varnish efficacy in preventing early childhood caries. J Dent Res 85(2), 172-176, 2006
2. Bravo et al.: A 24-month study comparing sealant and fluoride varnish in caries reduction on different permanent first molars. J Public Health Dent. 57(3): 184-186, 1997
3. Moberg Skold et al.: Effect of schoolbased fluoride varnish programmes on Approximal caries in adolescents from different caries risk areas Caries Res 39, 273-279, 2005
4. Arends & Schuthof: Effect of Fluoridation on Lesion Depth and Microhardness Indentations of Artificial White Spot Lesions. Caries Res 15, 176-178, 1981
5. Schirrmeister JF, Gebrande JP, Altenburger MJ, Monting JS & Hellwig E. Effect of Dentifrice Containing 5000 ppm Fluoride on Non-Cavitated Fissure Carious Lesions in Vivo After 2 Weeks. Am J Dent 2007, 20(4):212-216
6. Tavss EA, Mellberg JR, Joziak M, Gambogi RJ, Fisher SW. Relationship between dentifrice fluoride concentration and clinical caries reduction. Am J Dent 2003, 16(6): 369-74
7. Baysan A, Lynch E, Ellwood R, Davies R, Petersson L. Reversal of Primary Root Caries Using Dentifrices Containing 5,000 and 1,000 ppm Fluoride. Caries Research 2001;35:41-46
8. Ogaard et al. Microradiography and confocal laser scanning microscopy applied to enamel lesions formed in vivo with and without fluoride varnish treatment. Eur J Oral Sci 104, 378-383, 1996
9. Fontana et al. Inhibition of sencondary caries lesion progression using fluoride varnish. Caries Res 36, 129-135, 2002
10. Schaeken et al. Effects of fluoride and chlorhexidine on the microflora of dental root surfaces and progression of root-surface caries. J Dent Res 70 (2), 150-153, 1991
11. Gaffar A. Treating hypersensitivity with fluoride varnishes. Community Dent Oral Epidemiol 19, 1088-1097, 1998



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

Πεμφιγοειδές της εγκυμοσύνης

Το πεμφιγοειδές της εγκυμοσύνης αποτελεί την πιο εντυπωσιακή και σοβαρή δερματοπάθεια που μπορεί να συμβεί κατά το τελευταίο τρίμηνο της εγκυμοσύνης ή αμέσως μετά τον τοκετό. Περιγράφηκε για πρώτη φορά από τον Milton το 1872 και τον Bulkley το 1874 με τον όρο «έρπης της εγκυμοσύνης». Η νόσος για πολλές δεκαετίες παρέμεινε ένα μυστήριο με σκοτεινή παθογένεση και άγνωστη αιτιολογία. Εκατό χρόνια μετά την αρχική περιγραφή, το 1973 με τον άμεσο ανοσοφθορισμό αποκαλύφθηκε ότι ανοσολογικός μηχανισμός, με καθήλωση συμπληρώματος C3 κατά μήκος της βασικής μεμβράνης της επιδερμίδας, είναι υπεύθυνος για τη νόσο. Η εκδήλωση της νόσου έχει δραματικό χαρακτήρα με γενικευμένο βασανιστικά κνησμώδες, πομφολυγώδες, εξάνθημα στο δέρμα. Ο βλεννογόνος του στόματος συμμετέχει σε ποσοστό 10% στο χορό των βλαβών με πομφόλυγες και επώδυνες ελκώσεις. Η νόσος δεν απειλεί τη ζωή του νεογνού και της μητέρας. Εντούτοις, πρόωρος τοκετός και λιποβαρή νεογνά είναι συχνές επιπλοκές.

Το πεμφιγοειδές της εγκυμοσύνης ή έρπης της κύησης είναι σπάνια αυτοάνοσος φυσαλλιδοπομφολυγώδης δερματοπάθεια που εμφανίζεται συνήθως κατά το τελευταίο τρίμηνο της κύησης ή αμέσως μετά τον τοκετό και συνήθως υποστρέφει 3-4 μήνες μετά τον τοκετό. Η συχνότητα της νόσου είναι 1 περίπτωση σε 50.000 γεννήσεις. Αν και η ακριβής παθογένεση παραμένει ασαφής, πιστεύεται ότι άγνωστος παράγων στον ορό προκαλεί εναπόθεση C3 κατά μήκος της βασικής μεμβράνης του δερμο-επιδερμικού ορίου. Στις περισσότερες περιπτώσεις ανιχνεύονται αντισώματα που στρέφονται εναντίον αντιγόνων των ημιδεσμοσωματίων με μοριακό βάρος 180 kDa (BPAG2, collagen XVII). Επιπλέον, ανιχνεύονται κυκλοφορούνται στον ορό αντισώματα IgG έναντι στοιχείων της βασικής μεμβράνης, με την τεχνική του έμμεσου ανοσοφθορισμού.

Κλινικά, στο δέρμα εμφανίζονται, ξαφνικά, κνησμώδες ερύθημα και στη συνέχεια φυσαλλίδες και μικρές τεταμένες πομφόλυγες που συρρέουν και καταλαμβάνουν εκτεταμένες περιοχές στον κορμό, την κοιλιακή χώρα, τα άκρα και το πρόσωπο (Εικ. 1, 2). Μερικές φορές η έκταση, η βαρύτητα των βλαβών και η ανάλογη συμπτωματολογία είναι εκρηκτική. Ο βλεννογόνος του στόματος προσβάλλεται σπάνια (10%), με αιμορραγικές πομφόλυγες που στη συνέχεια σπάζουν καταλείποντας επιφανειακές επώδυνες ελκώσεις (Εικ. 3, 4).·Η παρειά, η μαλακή υπερώα, η γλώσσα και τα ούλα αποτελούν τις πιο συχνές θέσεις εντόπισης. Οι βλάβες του στόματος σχεδόν πάντα ακολουθούν τις δερματικές και συνήθως ανταποκρίνονται γρήγορα στη θεραπευτική αγωγή. Η κλινική έκφραση και πορεία της νόσου παρουσιάζει ευρύ φάσμα (Πίνακας 1). Η διαφορική διάγνωση στο στόμα περιλαμβάνει τα νοσήματα που βρίσκονται ταξινομημένα στον Πίνακα 2. Υποτροπή της νόσου σε δεύτερη εγκυμοσύνη είναι αρκετά συχνή. Τα νεογέννητα προσβάλλονται στο 10% των περιπτώσεων με ήπιες αυτοϊώμενες βλάβες. Πρόσφατα δεδομένα δείχνουν ότι πρόωρος τοκετός και λιποβαρή νεογνά να είναι σύνηθες φαινόμενο. Ο Οδοντίατρος και ο Στοματολόγος πρέπει να γνωρίζουν το φάσμα των νόσων και επιπλοκών στο στόμα κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης (Πίνακας 3). Η διάγνωση της νόσου στηρίζεται στο ιστορικό, την κλινική εικόνα και επιβεβαιώνεται με τα ιστολογικά και ανοσολογικά ευρήματα (Πίνακας 4).

Εικ. 1. Κνιδωτικές βλάβες και φυσαλλίδες στο δέρμα.

Εικ. 2. Κνιδωτικό εξάνθημα παλάμης.

Εικ. 3. Πομφόλυγες παρειάς.

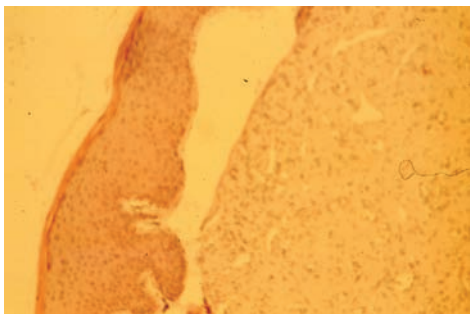
Εικ. 4. Πομφόλυγες στα ούλα και στο φατνιακό βλεννογόνο.

Πίνακας 1
Κλινικά χαρακτηριστικά πεμφιγοειδούς της εγκυμοσύνης

- Εμφάνιση στο τελευταίο τρίμηνο της εγκυμοσύνης ή αμέσως μετά τον τοκετό
- Αιφνίδια έναρξη
- Κνησμώδες ερύθημα
- Γενικευμένες φυσαλλίδες ή πομφόλυγες στο δέρμα Πομφόλυγες στο βλεννογόνο του στόματος (10%)
- Προσβολή του νεογνού (10%)
- Υποχωρεί σε 3-4 μήνες μετά τον τοκετό
- Συχνή υποτροπή σε δεύτερη εγκυμοσύνη

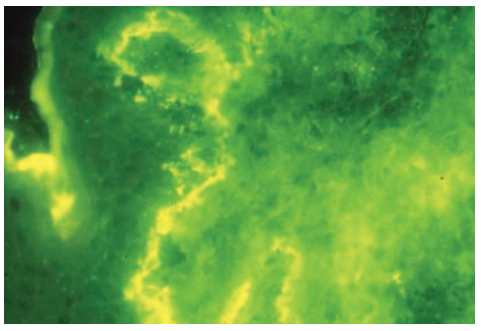
Πίνακας 2
Διαφορική διάγνωση των βλαβών στο στόμα

- Πεμφιγοειδές των βλεννογόνων
- Πομφολυγώδες πεμφιγοειδές
- Γραμμική IgA δερματοπάθεια
- Ερπητοειδής δερματίτις
- Επίκτητη πομφολυγώδης επιδερμόλυση
- Πομφολυγώδης αιμορραγική κυνάγχη
- Φαρμακευτική στοματίτις



Εικ. 5. Ιστολογική εικόνα στόματος, υποεπιθηλιακή πομφόλυγα.

Εικ. 6. Ιστολογική εικόνα δέρματος, υποεπιδερμιδική πομφόλυγα.



Εικ. 7. Άμεσος ανοσοφθορισμός στόματος. Γραμμική καθήλωση C3 κατά μήκος της βασικής μεμβράνης του επιθηλίου.

Πίνακας 3
Νοσήματα στο στόμα κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης

- Ουλίτις
- Περιοδοντίτις
- Πυογόνο κοκκίωμα της εγκυμοσύνης
- Πεμφιγοειδές της εγκυμοσύνης

Πίνακας 4
Εργαστηριακά ευρήματα

- Ιστολογικά υποεπιθηλιακή πομφόλυγα και περιαγγειακή διήθηση με λεμφοκύτταρα και ηωσινόφιλα.
- Στον άμεσο ανοσοφθορισμό, καθήλωση συμπληρώματος C3, με ή χωρίς IgG, κατά μήκος της βασικής μεμβράνης του επιθηλίου.
- Στον έμμεσο ανοσοφθορισμό κυκλοφορούντα αντισώματα IgG έναντι της βασικής μεμβράνης.

Η ιστολογική εξέταση δείχνει υποεπιθηλιακή ή και ενδοεπιθηλιακή φυσαλλίδα και περιαγγειακή φλεγμονώδη διήθηση από ηωσινόφιλα και λεμφοκύτταρα στο χόριο (Εικ. 5, 6). Στον άμεσο ανοσοφθορισμό παρατηρείται καθήλωση C3, με ή χωρίς IgG, σε γραμμοειδή διάταξη κατά μήκος της βασικής μεμβράνης της επιδερμίδας (Εικ.7). Στον έμμεσο ανοσοφθορισμό παρατηρούνται κυκλοφορούντα IgG αντισώματα έναντι της βασικής μεμβράνης.

Η συστηματική χορήγηση κορτικοστεροειδών αποτελεί τη θεραπεία πρώτης επιλογής. Χορηγείται πρεδνιζολόνη 50-100 mg την ημέρα, ανάλογα με τη βαρύτητα της νόσου, μέχρι πλήρους ελέγχου της νόσου και στη συνέχεια προοδευτική μείωση και διακοπή για 3-4 μήνες. Επιπλέον, σε επίμονες περιπτώσεις χορηγούνται, σε συνδυασμό με τα κορτικοστεροειδή, ανοσοκατασταλτικά φάρμακα (αζαθειοπρίνη 100-150 mg την ημέρα ή μυκοφαινολικός εστέρας 1-2 g την ημέρα).

Συμπερασματικά, το πεμφιγοειδές της εγκυμοσύνης αποτελεί μια σχετικά σπάνια νόσο που μπορεί να συμβεί κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης που πρέπει να γνωρίζει ο Στοματολόγος και να επιδιώξει τη συνεργασία με το Δερματολόγο και το Γυναικολόγο για τη σωστή αντιμετώπιση.

Παρουσίαση περιστατικού

Αποκατάσταση οδοντικής τερηδόνας IIης ομάδος κατά Black

Από Dr. Robert G. Ritter, DMD

Ο Dr. Robert G. Ritter, DMD απέκτησε το πτυχίο της Οδοντιατρικής από την Ιατρική Σχολή της Νότιας Καρολίνας το 1994. Διετέλεσε ως Κλινικός Διευθυντής στο IOAD, το Ινστιτούτο Στοματικής τέχνης και σχεδιασμού στη Σαρασότα, FI με μάστερ στις προσθετικές αποκαταστάσεις CDT. Είναι ο πρωτεργάτης του PowerPac για την παγκόσμια αισθητική. Δίδαξε και συμμετείχε σε οδοντιατρικά σεμινάρια και εργαστηριακές ασκήσεις για την εκπαίδευση οδοντιάτρων στα προϊόντα νέας τεχνολογίας για την εφαρμογή τους στη καθημερινή οδοντιατρική πράξη. Επίσης είναι συγγραφικό μέλος της REALITY.

Η κλινική πορεία του Dr. Ritter εστιάζει στη συγκολλούμενη αισθητική οδοντιατρική. Προωθεί την αισθητική οδοντιατρική ως πρωταρχικής σημασίας στην οδοντιατρική φροντίδα. Μεγάλωσε και κατοικεί στο Palm Beach.

Τα παραδοσιακά περιφερικά οδοντιατρικά τεχνητά τοιχώματα τύπου Tofflemire, όπου ήταν ικανοποιητικά για τις αποκαταστάσεις αμαλγάματος, συχνά δεν δίνουν το επιθυμητό αποτέλεσμα όταν χρησιμοποιηθούν με τα σύγχρονα υλικά αποκατάστασης σύνθετων ρητινών σε Ομάδας ΙΙ κατά Black. Τα τμηματικά οδοντιατρικά συστήματα τεχνητών τοιχωμάτων έχουν ειδικά σχεδιαστεί για να ξεπερνούν τη δυσκολία της δημιουργίας ενός σωστού ανατομικά σημείου επαφής στις περιπτώσεις αυτές.

Ο δακτύλιος ενός τμηματικού οδοντικού τεχνητού τοιχώματος έχει σχεδιαστεί για να προκαλεί μεγαλύτερη απομάκρυνση του δοντιού σε σχέση με τον παραδοσιακό συνδυασμό του Tofflemire και της σφήνας μέσω της εφαρμογής τάσης ενός ελατηρίου στις παρακείμενες επιφάνειες. Αυτός ο επιπρόσθετος διαχωρισμός χρησιμοποιείται για να αντισταθμίσει το πάχος του τεχνητού τοιχώματος και τη συστολή πολυμερισμού της σύνθετης ρητίνης.

Το σύστημα τεχνητού τοιχώματος Composi-Tight 3D ™ Sectional Matrix System από Garrison Dental Solutions συνδυάζει τους δύο τύπους δακτυλίων διαχωρισμού για την ασφαλή εφαρμογή του δακτυλίου σε μεγάλη ποικιλία κλινικών περιστατικών. Το πορτοκαλί Soft Face ™ 3D-Ring είναι ο δακτύλιος που θα χρησιμοποιηθεί στα περισσότερα κλινικά περιστατικά, γιατί εκτός από την ισχυρή πίεση διαχωρισμού που ασκεί, η χρήση των αποστρογγυλεμένων μαλακών τμημάτων σιλικόνης επιτρέπουν την προσαρμογή του τεχνητού τοιχώματος σε μεγάλη ποικιλία οδοντικών μορφολογιών. Η εφαρμογή του διευκολύνει τη λείανση και τη στίλβωση της αποκατάστασης γρηγορότερα. Επίσης το Soft Face ™ 3D-Ring περιέχει τη καμπύλη στην εσωτερική επιφάνεια κάθε στελέχους ώστε προσαρμόζεται εύκολα πάνω από την κάθε σφήνα.

Το γκρι λεπτό G-Ring χρησιμοποιείται σε ορισμένες περιπτώσεις όπου το σχήμα της οδοντοστοιχίας δεν επιτρέπει το αποστρογγυλεμένο σχήμα του Soft Face ™ 3D-Ring (πορτοκαλί) να προσαρμοστεί σφικτά γύρω από το δόντι, όπως στην άπω επιφάνεια του κυνόδοντα. Στην περίπτωση αυτή τα άκρα του G-Ring προσαρμόζονται τέλεια και η συγκράτηση είναι ιδανική. Τα λεπτά άκρα του G-Ring επίσης προτιμούνται στην παιδοδοντία ή σε δόντια με διάφορες παρεκκλίσεις.

Τα τεχνητά τοιχώματα Garrison φέρουν καμπύλες τριών διαστάσεων για να δίνουν το ακριβές σημείο επαφής σύμφωνα με τη φυσική καμπυλότητα του κάθε δοντιού. Κατασκευάζονται από εξαιρετικά λεπτό 33μm μαλακό ανοξείδωτο χάλυβα και διατίθενται σε ποικιλία μεγεθών για να ταιριάζουν με το ύψος του κάθε δοντιού.

Παρουσίαση περιστατικού σε αποκατάσταση ομάδος ΙΙ χρησιμοποιώντας το Soft Face ™ 3D-Ring τεχνητό τοίχωμα:

Μια γυναίκα ασθενής, 50 χρόνων, εμφανίζει τερηδόνα ομάδος ΙΙ στην άπω επιφάνεια του 24.

Εφαρμόζεται συγκολλητικός παράγοντας.

Τοποθετείται ελαστικός απομονωτήρας. Η απομόνωση της περιοχής εμποδίζει την επιμόλυνση της από αίμα και σάλιο.

Η κοιλότητα γεμίζει με σύνθετη ρητίνη και στην τελευταία επίστρωση διαμορφώνεται η οδοντική μορφολογία πριν το τελικό φωτοπολυμερισμό.

Παρασκευάζεται η κοιλότητα για την ομάδα ΙΙ.

Το Composi-Tight 3D ™ Sectional Matrix τεχνητό τοίχωμα τοποθετείται για να γίνει η αποκατάσταση. Η επιλογή του τεχνητού τοιχώματος γίνεται σύμφωνα με το ύψος του δοντιού (από το ούλο ως τη μασητική του επιφάνεια). Επίσης εφαρμόζει και η μπλέ (μικρή) μεσοδόντια σφήνα των Garrison Dental Solution.

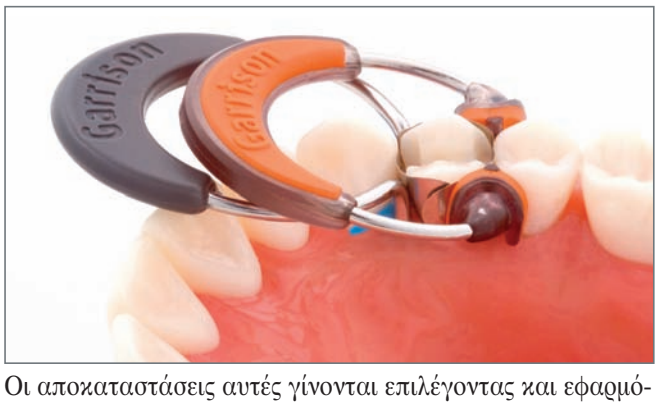
Ο δακτύλιος, η σφήνα και το τεχνητό τοίχωμα αφαιρούνται. Η αποκατάσταση είναι έτοιμη αμέσως μετά την απομάκρυνση του τεχνητού τοιχώματος. Δείτε την απουσία του παρειακής ή γλωσσικής λάμψης.

Χρησιμοποιώντας την τεχνική της ολικής αδροποίησης, φωσφορικό οξύ απλώνεται στη κοιλότητα για 15 δευτερόλεπτα.

Ακολουθεί η λείανση και η στίλβωση της αποκατάστασης. Το τελικό αποτέλεσμα έχει άριστη αισθητική απόδοση και ευρύ, στενό σημείο επαφής.

Συνωστισμός των δακτυλίων και εγγύς-άπω αποκαταστάσεις:

Και οι δύο τύποι δακτυλίων Composi-Tight Soft Face ™ 3D-Ring (πορτοκαλί) και το λεπτό G-Ring (γκρι) έχουν γωνιακή απόκλιση 102.5 °, οπότε επιτρέπουν τη ταυτόχρονη χρήση τους σε εγγύς-άπω αποκαταστάσεις και πολλαπλές οδοντικές αποκαταστάσεις. Κάθε δακτύλιος διαπερνά τον άλλο και σε διάφορους συνδυασμούς.



Οι αποκαταστάσεις αυτές γίνονται επιλέγοντας και εφαρμόζοντας και τα δύο τεχνητά τοιχώματα, τις δύο σφήνες και τους δύο δακτυλίους. Πρώτα μπαίνει ο εγγύς δακτύλιος και στη συνέχεια ο άπω από πάνω. Ολοκληρώστε την αποκατάσταση όπως προηγουμένως.

Χρήσιμες πληροφορίες:

- Κυλήστε ελαφρά τα τεχνητά τοιχώματα με τα δάχτυλά σας για να υπερκαλύψουν τη καμπυλότητα του δοντιού εγγύς-γλωσσικά. Έτσι τα άκρα των τεχνητών τοιχωμάτων δεν εμποδίζουν τη τοποθέτηση του Soft Face ™ 3D-Ring. Το τεχνητό τοίχωμα θα πρέπει να μπαίνει με τη κοίλη επιφάνειά του προς τη μασητική επιφάνεια του δοντιού.
- Κρατήστε το τεχνητό τοίχωμα με το δάχτυλο για να μην μετακινηθεί από τη σφήνα κατά την εισαγωγή της στο σημείο. Η τάση θα πρέπει να είναι ισχυρή για να μην μετακινηθεί το τεχνητό τοίχωμα κατά το στοιβαγμό της σύνθετης ρητίνης.
- Χρησιμοποιείστε τους σωστούς αρπαγοφόρους για τη τοποθέτηση των δακτυλίων. Εξαιτίας της δυνατής τάσης των δακτυλίων του 3D συστήματος, οι συνήθεις αρπαγοφόροι δεν ανοίγουν τους δακτυλίους ικανοποιητικά για την τοποθέτησή τους στους γομφίους. Οι ειδικοί αρπαγοφόροι του Garrison ελέγχουν εξαιρετικά τους δακτυλίους και τους ανοίγουν στην απαιτούμενη απόσταση.
- Σταθεροποιείστε τη σφήνα μετά τη τοποθέτηση του δακτυλίου. Η επιθυμητή τάση των δακτυλίων θα απομακρύνει τα δόντια και μερικές φορές η σφήνα ελαφρώς χαλαρώνει. Είναι σημαντικό να σπρώχνουμε τη σφήνα περισσότερο για να εξασφαλίζουμε την άριστη έμφραξη του ουλικού ορίου. Αυτό εύκολα επιτυγχάνεται με το σχεδιασμό του Soft Face ™ 3D-Ring.
- Αφήστε το στέλεχος στη σφήνα. Αν χρησιμοποιείτε τη Garrison Wedge Wand, προτιμείστε να αφήσετε τη λαβή στη σφήνα μετά την αρχική τοποθέτηση. Έτσι πολύ εύκολα θα σφίξετε σφήνα μετά τη τοποθέτηση του δακτυλίου και επίσης θα την αφαιρέσετε άμεσα κατά την ολοκλήρωση της αποκατάστασης.
- Τοποθέτηση σφήνας στην παρασκευή της κοιλότητας της αποκατάστασης. Αν το σημείο επαφής με το παρακείμενο δόντι δεν έχει καταστραφεί, η τοποθέτηση του τεχνητού τοιχώματος είναι δύσκολη. Αυτό μπορεί να ξεπεραστεί με τη χρήση της προστατευτικής ασπίδας μεσοδοντίων του Garrison FenderWedge πριν την παρασκευή της κοιλότητας. Εναλλακτικά ο λεπτός δακτύλιος G-Ring ή μια πολύ στενά τοποθετημένη σφήνα χρησιμοποιείται για την απομάκρυνση των δοντιών πριν αρχίσει η παρασκευή της κοιλότητας. Όταν η αποκατάσταση ολοκληρωθεί απομακρύνεται το FenderWedge, ο δακτύλιος ή η σφήνα και τοποθετείται το τεχνητό τοίχωμα. Επίσης ένας κεκαμένος αρπαγοφόρος από Garisson Dental Solutions μπορεί να βοηθήσει στην τοποθέτηση του τεχνητού τοιχώματος.

PIPS® Photon Induced Photoacoustic Streaming

Απολύμανση ριζικού σωλήνα με δημιουργία φωτοακουστικού φαινομένου

Το μεγαλύτερο ποσοστό αποτυχιών στις ενδοδοντικές θεραπείες, μεγαλύτερο μάλιστα από 50%, είναι μικροβιακής αιτιολογίας. Γι' αυτόν το λόγο, στόχος μας κατά τη χημικομηχανική προετοιμασία είναι η όσο το δυνατόν μεγαλύτερη διεύρυνση του ριζικού σωλήνα και η απομάκρυνση του smear layer.

Του **Αντώνη Καλλή**
M.Sc Lasers in Dentistry
Πανεπιστημιο Aachen

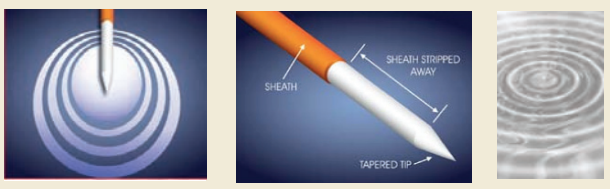
Πολλές έρευνες γίνονται την τελευταία δεκαετία για την απομάκρυνση του οδοντικού ξέσματος από τα στόμια των οδοντοσωληναρίων. Η επανάσταση όμως στην αποστείρωση του ριζικού σωλήνα για πιο αποτελεσματικές ενδοδοντικές θεραπείες έρχεται από μια καινοτομία, τα laser, που συνεχώς αυξάνει την παρουσία της στα οδοντιατρεία. Ένα ειδικά διαμορφωμένο tip, που χρησιμοποιείται στο Er:Yag Laser, το Fotona Pips®, το οποίο δημιουργεί το φωτοακουστικό φαινόμενο στο ριζικό σωλήνα, χρησιμοποιώντας είτε τα γνωστά μας διαλύματα (υποχλωριώδες νάτριο, EDTA) είτε φυσιολογικό ορό.

Διαδικασία-Περιγραφή

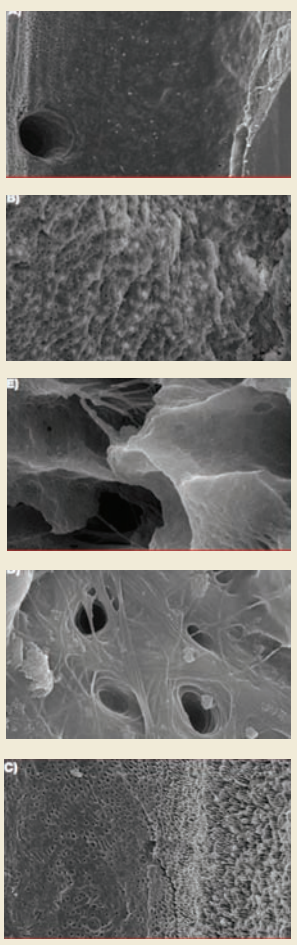
Το PIPS ® είναι μια κατοχυρωμένη ευρεσιτεχνία ειδικά διαμορφωμένου tip για χειρολαβή Er:Yag Laser. Η επαναστατική αυτή ευρεσιτεχνία είναι η ιδανική μέθοδος καθαρισμού των ριζικών σωλήνων και απομάκρυνσης όλων των μικροσωματιδίων (smear layer, οργαν. υπολείμματα), χρησιμοποιώντας την ενέργεια του Er:Ya Laser κάτω από το όριο αποκοπής οδοντίνης. **(Εικ. 1, 2, 3)**

Μηχανισμός δράσης

Το PIP εκμεταλλεύεται την ισχύ του Er:Yag Laser στο να δημιουργήσει φωτοακουστικά κρουστικά κύματα (shock waves) εντός των διαλυμάτων που χρησιμοποιούμε για χημικομηχανική προετοιμασία. Το συνεχές φωτοακουστικό φαινόμενο που δημιουργείται αυξάνει τη ροή των διαλυμάτων σε όλο το ριζικό σωλήνα και σε παράπλευρους ριζικούς σωλήνες, ακόμη και σε δυσπρόσιτες περιοχές, αυξάνοντας έτσι την αποτελεσματικότητά τους. Τελειώνοντας, ο ριζικός σωλήνας, οι παράπλευροι ριζικοί σωλήνες αλλά και τα οδοντοσωληνάρια είναι ελεύθερα smear layer. Το PIP ® είναι εξίσου αποτελεσματικό για τελικό διακλυσμό με νερό πριν από την έμφραξη του ριζικού σωλήνα. **(Εικ. 4, 5, 6, 7, 8)**

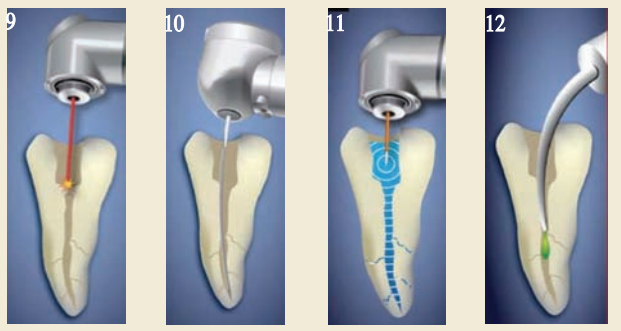


Εικ. 1, 2, 3. Η ευρεσιτεχνία: Το απογυμνωμένο και στο άκρο κωνικό tip βελτιώνει τη μετάδοση των κρουστικών κυμάτων (shock waves) σε επίπεδα ισχύος κάτω από το όριο αποκοπής.



Εικ. 4, 5, 6, 7, 8. Εικόνες ηλεκτρονικού μικροσκοπίου μετά τη χρήση του PIPS® για καθαρισμό του ριζικού σωλήνα.

Η εφαρμογή του PIPS tip, όπως βλέπετε και στις **εικ. 9-12**, γίνεται μετά τη διαμόρφωση της πρόσβασης στο ριζικό σωλήνα και τη χημικομηχανική προετοιμασία, η οποία μπορεί να γίνει μέχρι ISO#25. Δεν απαιτείται μεγαλύτερη διεύρυνση, γιατί το PIPS tip τοποθετείται στο μυλικό τριτημόριο του ριζικού σωλήνα.



Εικ. 13. Χρήση του Nd: Yag laser για βαθύτερη απολύμανση του ριζικού σωλήνα.

Μπορείτε να εμφράξετε το ριζικό σωλήνα όπως συνήθως. Με τη χρήση της μεθόδου αυτής ιδανική είναι και η έμφραξη του ριζικού σωλήνα με εμφρακτική ρητίνη.

Πλεονεκτήματα

Μπορούμε να συνοψίσουμε τα πλεονεκτήματα της χρήσης PIPS tip με Er:Yag Laser στα κάτωθι:

1. Το τοίχωμα του κύριου ριζικού σωλήνα και των παράπλευρων καθαρίζεται πολύ πιο αποτελεσματικά με τη δημιουργία φωτοακουστικού φαινομένου, παρά με την κλασική χημικομηχανική προετοιμασία.
2. Δεν υπάρχει ανάγκη μεγάλης διεύρυνσης του ριζικού σωλήνα (ελάχιστη διεύρυνση ISO#25) και ως εκ τούτου γίνεται εξοικονόμηση οδοντικών ιστών, αλλά και χρόνου εργασίας.
3. Η παροχή ισχύος Laser κάτω από το όριο αποκοπής σέβεται τους ιστούς και δεν προκαλεί κανένα πρόβλημα, όπως άλλα Laser.
4. Αφού το PIPS tip εισέρχεται μόνο στο μυλικό τριτημόριο, δεν υπάρχει κίνδυνος θραύσης του tip, ούτε εξώθησης χημικού παράγοντα στο ακρορρίζιο.
5. Τέλος υπάρχει μεγάλη εξοικονόμηση του χρόνου εργασίας.

Συμπληρωματική χρήση Nd: Yag

Για καταστροφή των μικροβίων σε βαθύτερα στρώματα οδοντίνης (βάθος μέχρι 1mm) laser πρώτης επιλογής είναι το Nd: Yag laser.

Μετά την προετοιμασία του ριζικού σωλήνα με τη μέθοδο του PIPS (Photon Induced Photoacoustic Streaming), η δράση του Nd: Yag laser αυξάνει κατά πολύ, γιατί μέρος της ενέργειάς του δεν σπαταλάται για την καταστροφή μικροβίων στην επιφάνεια του ριζικού σωλήνα, ούτε για την απομάκρυνση του smear layer.

Χρειάζονται ακόμη αρκετές μελέτες για να συνδυαστούν δύο μήκη κύματος, αλλά η χρήση του PIPs άνοιξε καινούργιους δρόμους στην Ενδοδοντία.

Ο σχεδιασμός και η δημιουργία του PIPs tip έγινε από τον Dr. Enrico Divito με την ερευνητική ομάδα στο Medical Dental Advanced Technologies Group, LLD (MDATG) με τη βοήθεια του Dr. Mark Colonna.

Στρες και Στοματική Υγεία

Αρτέμιος Κ. Αρτεμιάδης[1], Χριστίνα Δαρβίρη[2], Ανθή Διαμάντη-Κηπιώτη[3]

[1] Ιατρός, Επιστημονικός Συνεργάτης στο Μεταπτυχιακό Πρόγραμμα Σπουδών Ιατρικής Σχολής Αθηνών «Έλεγχος του Στρες και Προαγωγή της Υγείας»
[2] Καθηγήτρια Επιστημονικά Υπεύθυνη στο Μεταπτυχιακό Πρόγραμμα Σπουδών Ιατρικής Σχολής Αθηνών «Έλεγχος του Στρες και Προαγωγή της Υγείας»
[3] Αναπληρώτρια Καθηγήτρια Περιοδοντολογίας στο Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών

Ο όρος στρες χρησιμοποιείται καθημερινά, από πλήθος ανθρώπων, σε όλο τον κόσμο, συχνά με διαφορετική ή παραπλήσια έννοια. Χρησιμοποιείται ίσως μερικές φορές καταχρηστικά, τόσο από ειδικούς της υγείας όσο και από μη ειδικούς, για να περιγράψει τη ψυχολογική ή και σωματική επίδραση ψυχοπιεστικών γεγονότων της ζωής στον ανθρώπινο οργανισμό και στη φυσιολογία ή ομοιόστασή του. Ακόμη και στη διεθνή βιβλιογραφία ανευρίσκεται με πλήθος συνώνυμες ή παρόμοιες λέξεις, με επιθετικούς προσδιορισμούς όπως π.χ. stress, distress, emotional stress, emotional distress, psychological stress, κ.ά. Στη βιβλιογραφία επίσης υπάρχουν αναφορές για το άγχος (anxiety) και την κατάθλιψη (depression) τα οποία εμφανίζονται συχνά ως psychological distress. Όλες αυτές οι λέξεις σε κάποιον, που δεν έχει ασχοληθεί με το συγκεκριμένο αντικείμενο δηλ. το στρες, ώστε να είναι ενήμερος των Ελληνικών και των διεθνών όρων, καθώς και της μεταφραστικής μεταφοράς τους από τη μια γλώσσα στην άλλη, είναι πιθανόν να δημιουργούν σύγχυση ή απλά να του διαφεύγουν λεπτές διαφορές ή αποχρώσεις στο νόημα ή τους ορισμούς.

Το στρες συνιστά διαταραχή της ομοιόστασης του οργανισμού που έχει ως συνέπεια την απορρύθμιση των λειτουργιών του σώματος με αποτέλεσμα την επίδρασή του σε όλο το νοσολογικό φάσμα. Για πολλούς ανθρώπους, είναι δύσκολο να αντιληφθούν πόσο στρες βιώνουν και σε ποιο βαθμό αυτό επηρεάζει αρνητικά τον οργανισμό τους, με αποτέλεσμα να το αντιλαμβάνονται όταν πλέον εμφανίσουν κάποιο πρόβλημα ή κάποια ασθένεια.

Θα ήταν περίεργο, από βιολογικής πλευράς, να μην επιδρά το στρες στο στόμα, μια και έχει επίδραση σε όλα σχεδόν τα συστήματα και τις λειτουργίες του ανθρώπινου οργανισμού. Σε περιόδους αυξημένου και παρατεταμένου στρες εκδηλώνονται συχνότερα πόνοι στο στόμα, στις γνάθους και στην κροταφογναθική άρθρωση. Επιπλέον το συναισθηματικό στρες, που προκαλείται από αγχώδεις διαταραχές που περιλαμβάνουν τις φοβίες, τις κρίσεις πανικού, το γενικευμένο άγχος ακόμα και το σύνδρομο του μετατραυματικού στρες μπορεί να προκαλέσουν επίσης προβλήματα. Ακόμη και η κατάθλιψη θεωρείται ότι εμπλέκεται στην εμφάνιση αυτών των προβλημάτων. Κατά συνέπεια, σκοπός αυτής της ανασκόπησης είναι η αποσαφήνιση του όρου στρες καθώς και της σχέσης του με διαταραχές του στόματος.

Ιστορική αναδρομή-Ορισμοί του Στρες

Σε μια πρώτη προσέγγιση, η λέξη έχει τη ρίζα της στο Ινδο-Ευρωπαϊκό "str" το οποίο έχει σχετισθεί ιστορικά με την άσκηση πίεσης. Τόσο το ελληνικό «στραγγαλίζειν», όσο και το λατινικό "stringere" που έχουν την καταγωγή τους από πολύ παλιά, παράγουν τον όρο στρες. Η σύγχρονη ελληνική μετάφραση του όρου θα μπορούσε να είναι "καταπόνηση" ή "πίεση". Παρόλα αυτά ο όρος στρες έχει επικρατήσει για μεγαλύτερη σαφήνεια.

Η ιδέα της ομοιόστασης ή σταθερής κατάστασης (steady state) του οργανισμού καθιερώθηκαν στην ιατρική φυσιολογία από τον Γάλλο φυσιολόγο Claude Bernard και αργότερα από τον Αμερικανό φυσιολόγο Walter Bradford Canon. Συγκεκριμένα ο πρώτος μίλησε για το εσωτερικό περιβάλλον (milieu interieur) και τη δυναμική ισορροπία των αντιδράσεων που διατηρούν την απαραίτητη για την επιβίωση σταθερή του κατάσταση, ενώ ο Canon επέκτεινε τη θεώρηση αυτή διακρίνοντας τους στρεσογόνους παράγοντες σε σωματικούς και ψυχικούς και εισάγοντας την αντίδραση «μάχης ή φυγής» (fight or flight) ως τις κυριότερες αντιδράσεις του οργανισμού στο στρες.

Η καθιέρωση του όρου στρες, όμως, έγινε τον 20αιώνα από τον Αυστρο-Ουγγαρό καθηγητή Hans Selye, ο οποίος όρισε ότι το στρες είναι «**η μη συγκεκριμένη απάντηση του οργανισμού σε κάθε απαίτηση για αλλαγή**» περιγράφοντας με αυτόν τον τρόπο το σύνδρομο γενικής προσαρμογής (general adaptation syndrome) με βάση τις σωματικές αλλαγές που παρατήρησε σε πειραματόζωα μετά από στρες. Σύμφωνα με τον ίδιο το σύνδρομο αυτό εκδηλώνεται σε τρία στάδια:

1. Την ενεργοποίηση: αποτελεί την κινητοποίηση των σωματικών μηχανισμών αντιμετώπισης της διαταραχής της ομοιόστασης (π.χ. αύξηση κορτιζόλης),
2. Την αντίσταση: αφορά την προσπάθεια του οργανισμού για επιστροφή στην ομοιόσταση και
3. Την εξάντληση: στο στάδιο αυτό το σώμα εξαντλείται και διαταράσσονται οι φυσιολογικές λειτουργίες ή επέρχεται ο θάνατος.

Ο Selye ήταν ο πρώτος που μίλησε για την δυνατότητα τόσο των θετικών όσο και αρνητικών γεγονότων να προκαλέσουν στρες και που περιέγραψε τον άξονα υποθάλαμο-υπόφυσης-επινεφριδίων (hypothalamic-pituitary axis, HPA) και γι' αυτό δικαίως θεωρείται μέχρι σήμερα ο πατέρας της βιολογικής θεώρησης του στρες.

Στα πλαίσια αυτά και κατά τη διάρκεια της ταχύτατης ανάπτυξης του κλάδου της ψυχονευροενδοκρινολογίας, εξελισσόταν η ψυχολογική θεώρηση του στρες κάτω από το μοντέλο της γνωστικής θεωρίας των Lazarus και Folkman. Σύμφωνα με αυτούς τους ερευνητές, το άτομο σε μια πρώτη φάση αξιολογεί το βαθμό που ένα γεγονός αποτελεί απειλή ή όχι. Στην πρώτη περίπτωση ακολουθεί μια δεύτερη φάση στην οποία το άτομο αξιολογεί τους διαθέσιμους πόρους για την αντιμετώπιση αυτής της απειλής. Αν οι πόροι αυτοί επαρκούν τότε προκύπτει το θετικό στρες (eustress) (το άτομο αντιμετωπίζει το στρεσογόνο γεγονός ως πρόκληση που επιθυμεί να αντιμετωπίσει), ενώ σε αντίθετη περίπτωση προκύπτει το ζημιογόνο αρνητικό στρες (distress). Επεκτείνοντας αυτήν τη θεωρία, οι Lazarus και Folkman μίλησαν για δύο είδη αντιμετώπισης του στρες:

1. **Αντιμετώπιση εστιασμένη στο πρόβλημα**: αποσκοπεί στην επίλυση της «σύγκρουσης» μεταξύ ατόμου και περιβάλλοντος (εσωτερικού ή εξωτερικού) και
2. **Αντιμετώπιση εστιασμένη στο συναίσθημα**: αποσκοπεί στην ελάφρυνση των αρνητικών συναισθημάτων που προκύπτουν από το αρνητικό στρες. Αν και η βιβλιογραφία δεν αποκαλύπτει κάποια υπεροχή της μίας έναντι της άλλης, υπάρχει η γενική αντίληψη ότι η αντιμετώπιση εστιασμένη στο πρόβλημα είναι πιο αποτελεσματική.

Από τα παραπάνω γίνεται σαφές ότι το στρες ως μια διαδικασία επαναφοράς της ομοιόστασης αποτελεί ένα θεμελιώδες και μη ειδικό στοιχείο της φυσιολογίας κάθε ζωντανού οργανισμού. Παρόλα αυτά, η ανάπτυξη της έρευνας πάνω στο στρες έχει οδηγήσει σε μια πιο ειδική αντιμετώπιση και θεώρηση του φαινομένου. Συγκεκριμένα, ο επικρατών ορισμός του στρες είναι ο ακόλουθος: **«στρες είναι η κατάσταση πραγματικής ή θεωρούμενης διαταραχής της ομοιόστασης»**. Τα ερεθίσματα που οδηγούν σε αυτήν τη διαταραχή ονομάζονται στρεσογόνοι παράγοντες (stressors) και μπορεί αυτοί να είναι φυσικοί ή ψυχολογικοί. Μικρή ένταση και χρονική διάρκεια αυτών των παραγόντων αντιμετωπίζονται από τη συνήθη λειτουργία διακριτών ομοιοστατικών συστημάτων (π.χ. ρύθμιση της αρτηριακής πίεσης μέσω αγγειοσυστολής). Όταν όμως οι στρεσογόνοι παράγοντες υπερβούν ένα συγκεκριμένο ουδό έντασης ή διάρκειας, εκλύουν μια σειρά από σωματικές και συμπεριφοριστικές απαντήσεις που όλες μαζί συνιστούν την αντίδραση στο στρες (stress response). Χαρακτηριστικό γνώρισμα των αντιδράσεων αυτών είναι η ενεργοποίηση του συστήματος του στρες το οποίο ουσιαστικά συντονίζει ως «μαέστρος» τη λειτουργία των επιμέρους ομοιοστατικών μηχανισμών (τόσο σε επίπεδο συστημάτων, όσο και σε επίπεδο οργάνων ή κυττάρων).

Το σύστημα του στρες, όπως και κάθε άλλο ομοιοστατικό σύστημα, είναι αποτελεσματικό μέσα σε συγκεκριμένα όρια ενεργοποίησης. Η λειτουργία μέσα σε αυτά τα όρια οδηγεί σε eustress ή εύστρες ενώ η λειτουργία έξω από αυτά (υπερ- ή υπολειτουργία) οδηγεί σε distress, αλλόσταση ή κακόσταση. Distress, αλλόσταση ή κακόσταση μπορούν να προκύψουν από ανεπαρκή ενεργοποίηση του συστήματος του στρες, από υπερβολική ενεργοποίηση, από επαναλαμβανόμενους διαφορετικούς στρεσογόνους παράγοντες που εξαντλούν το σύστημα ή από ανικανότητα του συστήματος να προσαρμοστεί (habituation) σε ένα χρόνιο και επαναλαμβανόμενο διακριτό στρεσογόνο ερέθισμα. Για την επιτυχημένη αντιμετώπιση του στρεσογόνου ερεθίσματος έχει επιπλέον προταθεί ο όρος "υπέρσταση" για να περιγράψει μια νέα κατάσταση ομοιόστασης που σηματοδοτεί την καταλληλότερη προσαρμογή του οργανισμού σε αυτό το ερέθισμα. Συμπερασματικά, από μια γενική θεώρηση του στρες ιστορικά, η σύγχρονη έρευνα θεωρεί το στρες συνώνυμο με την ενεργοποίηση του συστήματος του στρες που θα περιγραφεί παρακάτω.

Το σύστημα του στρες και ο ρόλος του στην υγεία

Τα κεντρικά στοιχεία του συστήματος του στρες εντοπίζονται στον υποθάλαμο και στο στέλεχος του εγκεφάλου. Τα κεντρικά αυτά στοιχεία είναι δύο:

1) **Ο παρακοιλιακός πυρήνας του υποθαλάμου** (ParaVentricular Nuclei, PVN) ο οποίος περιέχει νευρώνες που εκκρίνουν τους νευροδιαβιβαστές κορτικοεκλυτίνη (Corticotropin Releasing Hormone, CRH) και το πεπτίδιο αργινίνης-βασοπρεσσίνης (arginine-vasopressin peptide, AVP) και
2) **Ο υπομέλανας τόπος (locus ceruleus, LC)** στην περιοχή της γέφυρας που μαζί με άλλους νευρώνες κατά μήκος του εγκεφαλικού στελέχους παράγει τον νευροδιαβιβαστή νορεπινεφρίνη (σύστημα locus ceruleus/norepinephrine, LC/NE system). Το χαρακτηριστικό αυτών των δύο στοιχείων είναι ότι συνδέονται μεταξύ τους διεγείροντας το ένα το άλλο (θετική ανατροφοδότηση). Με αυτόν τον τρόπο, όταν επιδράσει το στρεσογόνο ερέθισμα, το σύστημα του στρες ενεργοποιείται συνέχεια και σταματάει μόνο όταν λειτουργήσουν ανασταλτικοί μηχανισμοί σε επίπεδο εγκεφάλου ή ορμονών (μηχανισμός αρνητικής ανατροφοδότησης).

Κάθε ένα από τα δύο κεντρικά στοιχεία του συστήματος του στρες επιδρά στην περιφέρεια με μια περιφερική οδό. Στον παρακοιλιακό πυρήνα του υποθαλάμου ξεκινά η περιφερική οδός του HPA άξονα και στο σύστημα LC/NE ξεκινά η οδός του συμπαθητικού/αδρενομυε-

λώδους συστήματος (sympathetic/adrenomedullary axis, SAM).

1. Από τον εγκέφαλο ο παρακοιλιακός πυρήνας του υποθαλάμου (ParaVentricular Nuclei, PVN) εκκρίνει την ορμόνη CRH στην πυλαία κυκλοφορία γύρω από το μίσχο της υπόφυσης και προκαλεί την έκκριση της ορμόνης αδρενοκορτικοτρόπου ή φλοιοεπινεφριδιοτρόπου (AdrenoCorticoTropic Hormone, ACTH) από το πρόσθιο μέρος του αδένα της υπόφυσης. Η ACTH που απελευθερώνεται στο αίμα, με τη σειρά της ενεργοποιεί τον φλοιό των επινεφριδίων προς έκκριση της κορτιζόλης. Σημειώνεται ότι η αδρενοκορτικοτρόπος επιδρά στο εξωτερικό κομμάτι του αδένα που ονομάζεται φλοιός και συγκεκριμένα σε μια περιοχή που ονομάζεται στηλιδωτή ζώνη (μεσαία ζώνη φλοιού), από την οποία εκκρίνονται ορμόνες που ονομάζονται γλυκοκορτικοειδή (π.χ. κορτιζόλη). Η κορτιζόλη είναι καταβολική ορμόνη που σημαίνει ότι ενεργοποιεί μεταβολικούς μηχανισμούς σε όλο το σώμα προς παραγωγή ενέργειας για την αντιμετώπιση της κατάστασης στρες.

Η δράση της αδρενοκορτικοτρόπου ορμόνης (ACTH) προκαλεί εκτός από την απελευθέρωση των γλυκοκορτικοειδών, την έκκριση και άλλων ορμονών όπως είναι τα αλατοκορτικοειδή με κύριο εκπρόσωπο την αλδοστερόνη (από τη εξωτερική σπειροειδή ζώνη του φλοιού). Τα αλατοκορτικοειδή συμβάλλουν στη ρύθμιση της αρτηριακής πίεσης αυξάνοντάς την, με αποτέλεσμα να ενοχοποιούνται για την εμφάνιση της ιδιοπαθούς αρτηριακής υπέρτασης λόγω στρες. Σημειώνεται ότι από την εσωτερική δικτυωτή ζώνη του φλοιού παράγονται ασθενή ανδρογόνα όπως είναι δεϋδροεπιανδροστερόνη (DHEA) ή το θειϊκό παράγωγό της (DHEA-S) που είναι αναβολικές ορμόνες ανταγωνιζόμενες τις δράσεις της κορτιζόλης. Μάλιστα ο λόγος κορτιζόλης/DHEA αποτελεί συχνό δείκτη στρες στη βιβλιογραφία, η αύξηση του οποίου έχει συσχετισθεί με μεγαλύτερες καταστροφικές συνέπειες του στρες στον οργανισμό.

2. Όσον αφορά τη δεύτερη περιφερική οδό του στρες, οι νευρικές ίνες του συμπαθητικού νευρικού συστήματος (ΣΝΣ) απελευθερώνουν τον νευροδιαβιβαστή νορεπινεφρίνη (νοραδρεναλίνη) σε διάφορους ιστούς (π.χ. λείοι μύες αγγείων και αδένες) προκειμένου να ενεργοποιηθούν οι λειτουργίες που είναι απαραίτητες για την αντίδραση στο στρες . Με τον ίδιο τρόπο η επίδραση του ΣΝΣ στο μυελό των επινεφριδίων οδηγεί στην απελευθέρωση επινεφρίνης (αδρεναλίνης) κατά 80% και νορεπινεφρίνης (νοαδρεναλίνης) κατά 20% προς την κυκλοφορία του αίματος. Άρα το ΣΝΣ εκτός από τις άμεσες λειτουργίες ανάγκης που ενεργοποιεί σε όλο τα σώμα άμεσα με τις νευρικές του ίνες, οδηγεί επίσης και στην απελευθέρωση αδρεναλίνης στο αίμα. Η ενεργοποίηση του ΣΝΣ μετά από στρες αποτελεί την πρωταρχική ακαριαία αντίδραση του οργανισμού σε ένα στρεσογόνο ερέθισμα, ενώ η ενεργοποίηση του HPA άξονα ακολουθεί .

Αξίζει να αναφερθεί ότι πολλές περιοχές ή συστήματα του εγκεφάλου λειτουργούν διεγερτικά ή ανασταλτικά στο κεντρικό αυτό σύστημα του στρες, με κύριους εκπρόσωπους τον ιππόκαμπο (ανασταλτική δράση), την αμυγδαλή (διεγερτική δράση) και τον έσω προμετωπιαίο φλοιό (μικτή δράση). Το σύστημα του στρες αλληλεπιδρά επίσης με νευροορμονικές οδούς που αφορούν την ανταμοιβή/τιμωρία, το φόβο, τη λήψη τροφής, τη ρύθμιση της θερμοκρασίας και του πόνου, την αναπαραγωγή, την ανάπτυξη, το μεταβολισμό, το ανοσοποιητικό σύστημα κ.α. Ειδικά για το ανοσοποιητικό το οξύ στρες έχει φανεί να επάγει τη φλεγμονή, ενώ το χρόνιο, είτε να την καταστείλει, είτε να την τροποποιεί οδηγώντας σε χρόνια φλεγμονή, ακόμα και αυτοανοσία. Συμπερασματικά, δεδομένων αυτών των αλληλεπιδράσεων αλλά και της ευρύτητας της δράσης των ορμονών (π.χ. κορτιζόλη που έχει υποδοχείς πρακτικά σε κάθε κύτταρο του οργανισμού επηρεάζοντας το μεγαλύτερο μέρος του γονιδιώματος) και των συστημάτων (π.χ. συμπαθητικό νευρικό σύστημα) του στρες, κάθε διαταραχή του ανθρώπινου οργανισμού δυνητικά θα μπορούσε να συνδεθεί με το στρες.

Έτσι, το στρες και συγκεκριμένα η δυσπροσαρμοστική αντίδραση του συστήματος στρες σχετίζεται μέχρι και με το 50% των σύγχρονων νοσημάτων. Το στρες αποτελεί τόσο παράγοντα κινδύνου για την εμφάνιση και την υποτροπή πολλών νοσημάτων, όσο και αποτέλεσμα των απαιτήσεων και των συνεπειών των νοσημάτων στην ζωή του ατόμου. Καρδιαγγειακά, καρκίνος, λοιμώξεις, φλεγμονώδη και ψυχικά νοσήματα έχουν κατά καιρούς σχετισθεί είτε άμεσα είτε έμμεσα με το στρες. Πιο ενδιαφέρουσα ίσως στην επιστημονική βιβλιογραφία είναι η σχέση του στρες με ανθυγιεινές συμπεριφορές όπως είναι το κάπνισμα, το αλκοόλ, η ανθυγιεινή διατροφή, η έλλειψη ρουτίνας ύπνου κ.α. Τα βιολογικά μονοπάτια της σύνδεσης του στρες με τις συμπεριφορές υγείας και τα νοσήματα έχουν σε μεγάλο βαθμό αποσαφηνιστεί, ειδικά για καταστάσεις όπως είναι το μεταβολικό σύνδρομο, ο σακχαρώδης διαβήτης, η αρτηριακή υπέρταση, η κατάθλιψη και τα αυτοάνοσα νοσήματα. Σε κάθε περίπτωση, η συμβολή του στρες στο σύγχρονο βιοψυχοκοινωνικό μοντέλο της υγείας είναι ότι αποτελεί κύριο διαμεσολαβητικό παράγοντα της σχέσης του ευρύτερου κοινωνικού περιβάλλοντος με τις ψυχικές και σωματικές επιπτώσεις του στην υγεία.

Επίδραση του Stress στη στοματική κοιλότητα

Από τις έρευνες που έχουν γίνει, θα μπορούσε κανείς να υποστηρίξει ότι τα προβλήματα που εμφανίζονται, λόγω της επίδρασης του στρες, πιο συχνά στο στόμα, είναι τα παρακάτω:

1. Επίδραση στο σάλιο

Το σάλιο έχει πολλές λειτουργίες, διαδραματίζοντας έτσι σημαντικό ρόλο στη διατήρηση της

1ο Εξουσιοδοτημένο εργαστήριο Bruxzir στην Ελλάδα
Digident
Νικόλαος Κ. Νικολούδιας
Νέας Εφέσσου 21-23, Βύρωνας, 16231 2107646841
E-mail: info@digident.gr www.digident.gr

ισορροπίας στο στόμα. Περιέχει συστατικά που με διάφορους τρόπους αλληλεπιδρούν με τους μικροοργανισμούς, ελέγχοντας με αυτό τον τρόπο τη σύνθεση του μικροβιακού πληθυσμού της στοματικής κοιλότητας. Οι λειτουργίες του επιγραμματικά, είναι οι εξής:

1. Βοηθάει στην πέψη του αμύλου, καθώς περιέχει την αμυλάση ή πτυαλίνη.
2. Περιέχει βλεννίνη που χρησιμεύει στη λίπανση των τροφών.
3. Συγκρατεί «κολλημένα» τα τεμαχισμένα κομμάτια της τροφής για την καλύτερη κατάποσή τους.
4. Προάγει την πρόσληψη αλάτων-μετάλλων από τα δόντια.
5. Έχει αντιβακτηριακή δράση, καθώς περιέχει αντισώματα, λυσοζύμη, λακτοφερρίνη και άλλες πρωτεΐνες και πεπτίδια που έχουν αντιβακτηριακές ιδιότητες.

Σημαντικός αντιμικροβιακός παράγοντας στο σάλιο είναι η εκκριτική ανοσοσφαιρίνη (IgA), η οποία «κολλά» με τα βακτήρια και τους μύκητες, οδηγεί σε βακτηριακή συγκόλληση και πιθανόν στην καταστροφή και την θανάτωσή τους, μέσω του συμπληρώματος, δηλ. μέσω ενός άλλου αμυντικού μηχανισμού. Η ανοσοσφαιρίνη αυτή είναι γνωστό ότι παίζει σημαντικό ρόλο στην ανοσολογική αντίδραση των βλεννογόνων της μύτης και του στόματος κατά των λοιμώξεων από αναπνευστικούς ιούς.

Το σάλιο είναι από τα πλέον διερευνημένα στοιχεία του στόματος, σχετικά με το στρες. Ελεγχόμενοι από το συμπαθητικό και το παρασυμπαθητικό οι σιαλογόνοι αδένες επηρεάζονται από πολλούς παράγοντες. Η διέγερση από το παρασυμπαθητικό οδηγεί σε αγγειοδιαστολή και αυξημένη έκκριση σιάλου, ενώ από το συμπαθητικό οδηγεί σε μια σειρά συνθέτων αντιδράσεων με μικρό ή κανένα αποτέλεσμα. Η έκκριση σάλιου επηρεάζεται από φυσικούς και ψυχολογικούς παράγοντες σε υγιή άτομα όπως η ηλικία, η θέση του σώματος, ο καρδιακός ρυθμός, το κάπνισμα, η θερμοκρασία, η προσμονή λήψης φαγητού, η κατάθλιψη κ.ά. Αποθήκευση σάλιου δεν γίνεται. Οι διακυμάνσεις που υπάρχουν όπως αναφέραμε, στο ρυθμό παραγωγής του όταν χρονίσουν ή μονιμοποιηθούν δημιουργούν σοβαρό πρόβλημα και τότε πλέον μιλάμε για διαταραχές στην έκκριση σάλιου.

Το σάλιο είναι ευαίσθητο σε ποικίλες νοσηρές καταστάσεις σε ότι αφορά τα οργανικά και τα ανόργανα στοιχεία του. Έτσι εξακολουθεί να εφαρμόζεται ο έλεγχός του για διαγνωστικούς λόγους όπως π.χ. για καθορισμό των επιπέδων των λιποδιαλυτών φαρμάκων και ορμονών στη συστηματική κυκλοφορία.

Χρησιμοποιείται επίσης συχνά για να καθοριστούν τα επίπεδα των στεροειδών ορμονών. Η αξιολόγηση των επιπέδων της σιαλικής κορτιζόλης, έχει υποστηριχθεί ως τεχνική μη επεμβατική, δηλαδή τεχνική εκλογής για την μέτρηση του έντονου στρες, μια και επηρεάζεται από ψυχολογικά ερεθίσματα. Κατά τη συλλογή χρησιμοποιούνται ειδικές συσκευές (Salivette) που το άτομο τοποθετεί στο στόμα του ή μασάει. Η κορτιζόλη ως μικρό και αρκετά λιπόφιλο μόριο, περνάει εύκολα από τις κυτταρικές μεμβράνες στο σίαλο και μάλιστα η συσχέτιση των τιμών στο αίμα (της ελεύθερης κορτιζόλης) και των τιμών στο σίαλο φτάνουν το 0,9. Η μεταφορά της από το αίμα στο σίελο είναι ταχύτατη και υπολογίζεται σε 1 λεπτό. Τα περισσότερα ερευνητικά πρωτόκολλα μετρούν την κορτιζόλη σιάλου τρεις ή περισσότερες φορές την ημέρα για μία ή περισσότερες ημέρες. Ένα ιδιαίτερα ενδιαφέρον και 'χρήσιμο' εύρημα είναι το ότι η σιαλική κορτιζόλη αυξάνεται μετά από φυσικό στρες όπως επίσης και μετά από ψυχολογική πίεση ή και χρόνιο στρες. Καθώς δεν υπάρχει αποθήκευση σάλιου στο σώμα, δηλ. σάλιο παράγεται τόσο και τότε που χρειάζεται, δεν μεσολαβεί λανθάνον χρόνος μεταξύ ερεθίσματος και εμφάνισης της κορτιζόλης στο σάλιο. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα η μέτρησή της να αντανακλά πολύ αξιόπιστα τις χρονοεξαρτώμενες μεταβολές της ορμόνης στο πλάσμα απ' ότι η μέτρηση της στα ούρα. Η άμεση απάντηση μαζί με την υψηλή διαθεσιμότητά της (μη επεμβατική, εύκολη στην συλλογή και την διατήρηση) την κάνουν τεχνική εκλογής στην αξιολόγηση του στρες.

Μεταβολές της ποσότητας και της ποιότητας του σάλιου οφειλόμενες σε οξύ ή χρόνιο στρες μπορούν να διεγείρουν την έναρξη άλλων ψυχοφυσιολογικών μεταβολών στη στοματική κοιλότητα. Η επίδραση του στρες στη ροή του σάλιου είχε επισημανθεί από την δεκαετία του 1930 (Windsor 1931). Η πρώτη αξιόλογη γνωστή έρευνα είναι αυτή των Bogdonoff και συν. (1961) που εξέτασαν την σχέση του στρες και της ροής του παρωτιδικού σάλιου σε 24 φυσιολογικά άτομα τα οποία διέφεραν ως προσωπικότητες. Τα 17 από αυτά χαρακτηρίστηκαν ως «επιθετικές» προσωπικότητες και τα 7 ως «αμυντικές», ενώ ο παράγων στρες ήταν μια φυσική απειλή. Όλα τα άτομα με την επιθετική προσωπικότητα εμφάνισαν αύξηση της ροής του σάλιου, 6 από τα «αμυντικά» έδειξαν ελάττωση και ένα άτομο δεν έδειξε καμία μεταβολή γιατί όπως εξήγησε βρήκε την απειλή αμελητέα. Το παραπάνω μοντέλο επαναλήφθηκε σε πολλές μελέτες με άλλοτε άλλα ευρήματα αλλά παρά τις ατομικές διαφορές στην αντίδραση, το οξύ στρες συνήθως οδηγεί σε μείωση της ποσότητας του εκκρινόμενου σάλιου.

Ανάλογες έρευνες έγιναν με διαφορετικά μοντέλα επιλογής ατόμων με ανάλογα διάφορα γνωρίσματα της προσωπικότητας όπως την αντίδραση, την εξωστρέφεια κ.ά. Επιπλέον μελετήθηκε η επίδραση που έχει στην ροή του σάλιου το χρόνιο στρες, το κοινωνικό, το εργασιακό στρες, η κατάθλιψη κ.α. Στις αρχές του 1970 έγινε σαφές ότι η μέτρηση της ροής από μόνη της δεν ήταν επαρκής στο να κατανοηθεί η συνολική επίδραση του στρες στο σάλιο. Για το λόγο αυτό σήμερα χρησιμοποιούνται πιο σύνθετες μετρήσεις.

Σχετικά με την επίδραση του στρες στη **σύνθεση** του σάλιου βρέθηκε ότι ελαττώνεται το pH, αυξάνεται η πρωτεΐνη, ελαττώνεται ο όγκος και η αμυλάση του.

Έχουμε ήδη αναφερθεί στο σημαντικό αντιμικροβιακό σύστημα του σάλιου, αυτό της εκκρι-

τικής ανοσοσφαιρίνης Α(S-IgA). Σήμερα θεωρείται πλέον σαφές ότι κάτω από στρες, χρόνιο ή οξύ, μειώνονται τα επίπεδα της ανοσοσφαιρίνης, αυξάνοντας έτσι την πιθανότητα της στοματικής λοίμωξης ή και της στοματικής νόσου.

2. Επίδραση στους σκληρούς ιστούς

Παρ' ότι αναφερόμαστε στους σκληρούς ιστούς του δοντιού, το ερώτημα αφορά κυρίως την αδαμαντίνη και ίσως σε αμελητέο ποσοστό στην οστεΐνη (αν έχει αποκαλυφθεί λόγω υφίζησης των ούλων). Το μεγαλύτερο ποσοστό των ερευνών για τη διερεύνηση της πιθανής σχέσης τερηδόνας και στρες, έχει διενεργηθεί σε πειραματόζωα και η συσχέτιση αποδείχθηκε θετική. Στους ανθρώπους τα ευρήματα δεν είναι ξεκάθαρα, παρ' ότι μια αρχική επιδημιολογική μελέτη υπέδειξε συσχετισμό. Το θέμα εξακολουθεί να προκαλεί τους ειδικούς, μια τάση «υποβόσκει», αλλά προς το παρόν οι δείκτες DMFT και οι δείκτες του άγχους δεν συνδέονται.

Πιθανός μηχανισμός επίδρασης του στρες στην τερηδονική δραστηριότητα είναι «δια μέσου» του σάλιου και των μεταβολών του που επηρεάζουν και την προσκόλληση, τη δραστηριότητα και την επιβίωση των στοματικών βακτηρίων. Άλλος μηχανισμός είναι ο «συμπεριφοριστικός» δια των μεταβολών δηλαδή στις υγιεινές συνήθειες των ατόμων που βιώνουν στρες.

Μια τελείως διαφορετική υπόθεση, που υποστηρίχθηκε προ εικοσαετίας περίπου, αναφέρει ότι υπάρχει πιθανόν ενεργητική μεταφορά ιόντων από τον πολφό προς την οδοντίνη και αδαμαντίνη που συνοδεύεται από μεταφορά λεμφοκινών. Σε περίπτωση στρες η μεταφορά παρεμποδίζεται μειώνοντας έτσι την αποκαταστατική διαδικασία στην οδοντική επιφάνεια. Η υπόθεση δεν επιβεβαιώθηκε το διάστημα που μεσολάβησε.

3. Έκλυση πόνου

α. Δυσλειτουργία της κροταφογναθικής διάρθρωσης.

Αν και ο συσχετισμός του στρες με ορισμένες νοσολογικές οντότητες, όπως π.χ. το στομαχικό έλκος ή υψηλή αρτηριακή πίεση του αίματος, έχει αναγνωριστεί πολλά χρόνια πριν, σχετικά πρόσφατα έγινε κατανοητό ότι ένας από τους πλέον συνηθισμένους πόνους του προσώπου σχετίζεται ισχυρά με το στρες. Για πολλά χρόνια και από πολλούς ονομάζονταν σύνδρομο της κροταφογναθικής διάρθρωσης και πιστεύονταν ότι ήταν αποτέλεσμα αρθριτικής εμπλοκής. Σήμερα πιστεύεται ότι το πρόβλημα ξεκινά από τους προσωπικούς μύες και στην διεθνή βιβλιογραφία αναφέρεται ως Temporomandibular Pain and Dysfunction Syndrome (TMPDS) ή myofacial pain dysfunction (MPD).

Το στρες, το άγχος, η κατάθλιψη καθώς και η σωματοποίηση σχετίζονται ισχυρά με το σύνδρομο που είναι σύνηθες στο Δυτικό κόσμο. Σε μια μελέτη σε Αμερικανούς φοιτητές αναφέρεται ποσοστό 39% ενώ σε μια παρόμοια ενηλίκων στο Τορόντο το ποσοστό ήταν 49%. Το ποσοστό της συχνότητας εμφάνισης του άγχους, της μελαγχολίας, της ψυχολογικής κατάπτωσης και της σχέσης τους με την δυσλειτουργία της άρθρωσης και τον πόνο, ποικίλλει σημαντικά.

Θεωρητικά επί υπάρχοντος στρες στις περισσότερες περιπτώσεις οι μύες συσπώνται ισχυρά, συχνά για αρκετό χρόνο, και πονούν. Κάποιοι ερευνητές έδειξαν ότι τα άτομα με το σύνδρομο έχουν ψυχολογικά χαρακτηριστικά που τα κάνουν πιο επιρρεπή στο να έχουν συναισθηματικές δυσκολίες στην αντιμετώπιση των γεγονότων της ζωής τους. Αυτό τους κάνει να είναι πιο αγχώδεις και να αντιδρούν στο στρες με παρατεταμένη και έντονη σύσπαση των μασητήρων μυών. Ο ηλεκτρομυογραφικός έλεγχος έδειξε πολύ μεγαλύτερη δραστηριότητα στα άτομα αυτά σε σχέση με ομάδα ελέγχου, και κατά τις αρχικές μετρήσεις και σε αυτές που έγιναν κάτω από στρες.

Ένα ενδιαφέρον επιδημιολογικό στοιχείο είναι ότι η «νόσος» εμφανίζεται συχνότερα στις γυναίκες απ' ότι στους άνδρες και κυρίως σε ηλικίες από 20-40 ετών. Ερμηνείες μπορούν να δοθούν αρκετές, το εύρημα όμως δεν έχει διερευνηθεί επιστημονικά.

Η αιτιολογία είναι και εδώ πολυπαραγοντική. Εκτός από τους ψυχολογικούς παράγοντες έχουν ενοχοποιηθεί ανατομικοί και νευρομυϊκοί παράγοντες.

Θεραπευτικά πέρα από τις καθαρά οδοντιατρικές παρεμβάσεις (χρήση νάρθηκα),τα αγχολυτικά με κύριο εκπρόσωπο τις βενζοδιαζεπίνες είναι μια ενδεδειγμένη κατηγορία φαρμάκων για τον έλεγχο του πόνου. Χορήγησή τους για μερικές εβδομάδες οδηγεί σε έλεγχο του στρες και του νυκτερινού βρυγμού. Χορηγούνται επίσης μυοχαλαρωτικά καθώς και αντικαταθλιπτικά από τα οποία τα τρικυκλικά είναι τα πλέον διαδεδομένα. Απαραίτητη σε πολλές περιπτώσεις θεωρείται η στήριξη του ασθενή από σύμβουλο ψυχολόγο-ψυχοθεραπευτή.

β. Εκδήλωση άτυπων πόνων

Πόνος ψυχογενούς προέλευσης συμπεριλαμβάνει καταστάσεις που φθάνουν έως εμάς με διάφορα ονόματα όπως άτυπος πόνος του προσώπου, άτυπη οδονταλγία, γλωσσοδυνία, στοματική δυσαισθησία κ.ά. Διαφορετικοί όροι χρησιμοποιούνται για να καταγράψουν μια ποικιλία καταστάσεων. Σε πολλές περιπτώσεις οι διάφορες επώδυνες καταστάσεις συνδέονται και είναι δύσκολο να διαχωριστούν. Μια ταξινόμηση τοποθετεί τους διάφορους χρόνιους πόνους σε δύο κατηγορίες δηλαδή: 1) στην άτυπη οδονταλγία (που αφορά διάφορες καταστάσεις χρόνιου πόνου ψυχογενούς προέλευσης, δεν προέρχεται από μυοσκελετική παθοφυσιολογία και συχνά απαντάται στη βιβλιογραφία ως άτυπος προσωπικός πόνος) και 2) στην γλωσσοδυνία (που αφορά σε καταστάσεις πιο ξεκάθαρες με χρόνιο πόνο μέσα στη στοματική κοιλότητα).

1) **άτυπη οδονταλγία**. Αφορά σε εκδήλωση έντονου πόνου σε περιοχή χωρίς ιδιαίτερη παθολογία, εντοπίζεται σε δόντια και ούλα και μπορεί να αναφερθεί ως εντοπισμένος ή διαχεόμενος. Η πολυπλοκότητα της περιο-

χής του προσώπου και του στόματος συμβάλλει στο να δημιουργούνται προβλήματα διαφοροδιάγνωσης από πόνο πολφικής αιτιολογίας, νευραλγία του τριδύμου και από σύνδρομο δυσλειτουργίας της κροταφογναθικής διάρθρωσης.

Ο πόνος είναι επίμονος και βαθύς, δεν συνοδεύεται από άλλα συμπτώματα. Από κάποιους ερευνητές έχει υποστηριχθεί ότι συνδέεται αιτιολογικά με αγγειακό πόνο ή συνδέεται με νευροαγγειακά αίτια.

Η συχνότητα εμφάνισης του δεν είναι εύκολο να καθοριστεί ούτε καν στις Δυτικές κοινωνίες όπου έχει διερευνηθεί. Συνήθως η διερεύνηση του επιπολασμού δίνει και κάποιο συγκεκριμένο χρονικό διάστημα για το οποίο ο ασθενής ερωτάται αν εμφάνισε συμπτώματα. Το διάστημα αυτό ποικίλει στις διάφορες έρευνες από 2-4 εβδομάδες έως τους 4-6 μήνες, με αποτέλεσμα ο επιπολασμός να εμφανίζεται από 12% στο Seattle, 24% στη Σουηδία και 40% στο Τορόντο. Ενδιαφέρον στοιχείο είναι ότι το πρόβλημα είναι συχνότερο σε γυναίκες ηλικίας 40-55 ετών.

2) **γλωσσοδυνία**. Οι περισσότερες μελέτες που διερευνούν τη γλωσσοδυνία αναφέρονται σε ένα πιο γενικευμένο-ευρύ σύνδρομο που ορίζεται ως στοματοδυνία ή σύνδρομο στοματικής καυσαλγίας. Η κατάσταση συνδέεται με μια ανεξήγητη, επίμονη και διαρκή αίσθηση καύσου ή και πόνου στο στόμα, συχνά συνοδευόμενο από άλλα φαινόμενα όπως ξηρότητα, παραισθησία και γευστικές –οσφρητικές αλλαγές. Το πλήθος των ασθενών υποδεικνύει τη γλώσσα ως την κύρια εντόπιση των συμπτωμάτων γι' αυτό έχει γίνει αποδεκτός ο όρος γλωσσοδυνία από την IASP (taxonomy committee International Association for the Study of Pain.) Η επιτροπή αυτή ορίζει την γλωσσοδυνία ως «καυστικό πόνο» στην άκρη και στα πλάγια της γλώσσας, συχνά περιλαμβάνει τα χείλη και την υπερώα, συνοδεύεται από πικρή γεύση, ξηροστομία, δυσκολία στη δήξη. Οι μελέτες επιπολασμού στο γενικό πληθυσμό είναι σπάνιες και οι πληροφορίες που έχουμε προέρχονται από ασθενείς γενικών οδοντιατρείων. 2.6% ανέφεραν αίσθηση καύσου κατά το χρόνο της έρευνας, ενώ το ποσοστό έγινε 5.1% όταν αναζητήθηκαν τα συμπτώματα τα τελευταία 5 χρόνια. Το πρόβλημα εμφανίζεται συνήθως στις γυναίκες και το ποσοστό είναι 4.2% σε σχέση με τους άνδρες που είναι 0.8%.

4. Επίδραση στην τοπική αναισθησία

Το στρες οποιασδήποτε κατηγορίας και προέλευσης επηρεάζει την αίσθηση του πόνου. Μπορεί να οδηγήσει σε αναλγησία ή σε υπεραλγία (stress induced analgesia-hyperalgesia) εξαρτώμενο από το «ερέθισμα» και τη συγκρότηση (συναισθηματική-γνωστική) του ατόμου. Οι περισσότεροι οδοντίατροι έχουν εμπειρία με περιπτώσεις που ήταν δύσκολο και σπάνια αδύνατο να πετύχουν πλήρη τοπική αναισθησία. Το ποσοστό της αποτυχίας να επιτευχθεί τοπική αναισθησία κατά την διάρκεια μιας θεραπείας κυμαίνεται από 2-20%.

5. Επίδραση στους μαλακούς ιστούς και το περιοδόντιο

α) Αφορά στην εμφάνιση **υποτροπιάζοντα έρπη** καθώς και **υποτροπιαζουσών αφθών**. Οι άφθες είναι μικρές ελκώσεις μεγέθους 3-4 χιλ. που μπορεί να εμφανιστούν οπουδήποτε μέσα στο στόμα. Η επιφάνεια τους είναι καλυμμένη συνήθως από λευκωπή μάζα νεκρωμένου ιστού. Είναι ιδιαίτερα επώδυνες και εμφανίζονται σε περιόδους κούρασης, άγχους ή γενικότερα όταν η αντίσταση του οργανισμού είναι μειωμένη. Οι άφθες επουλώνονται μόνες τους μετά από 10 ή 15 ημέρες. Μπορεί να παραμείνουν περισσότερο ή να επαναλαμβάνονται συχνά ιδίως όταν υπάρχει υπόβαθρο έντονου μη διαχειριζόμενου στρες.

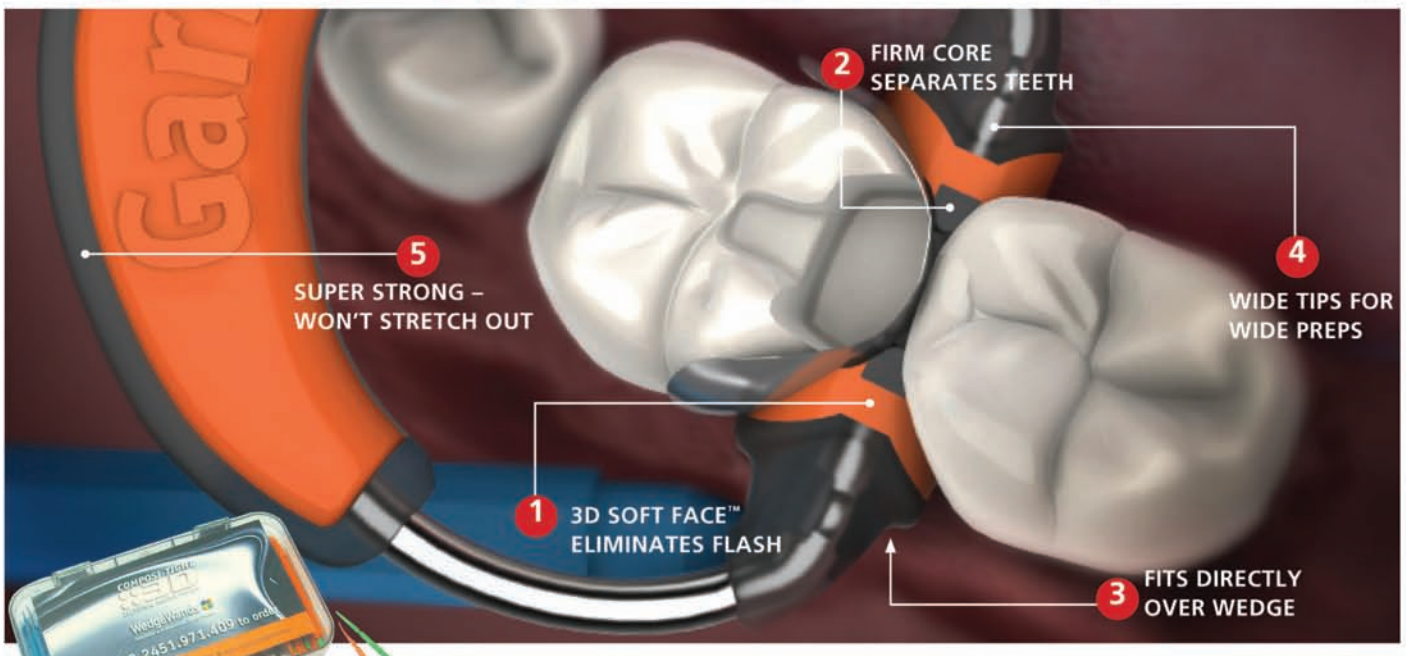
Ο επιχείλιος έρπης οφείλεται σε ιό που παραμένει σε λανθάνουσα κατάσταση στον οργανισμό. Ενεργοποιείται και δίνει συμπτώματα μετά από έκθεση στον ήλιο, πριν από την περίοδο, όταν η άμυνα είναι μειωμένη, όπως μετά από εμπύρετο νόσημα και μετά από σωματική ή ψυχική καταπόνηση. Εμφανίζεται με μικρή τοπική ενόχληση και αίσθημα καψίματος στο χείλος, με πολλές μικρές φυσαλίδες που περιέχουν διαυγές υγρό. Μετά λίγες ημέρες οι φυσαλίδες σπάζουν, μένουν μικρές πληγές που σκεπάζονται από κρούστα, η οποία στη συνέχεια ξεραίνεται και πέφτει. Κατά την περίοδο πού ο ιός είναι σε έξαρση, είναι έντονα μεταδοτικός. Για τον λόγο αυτό το άτομο που έχει επιχείλιο έρπητα δεν φιλάει και δεν αφήνει τα προσωπικά του είδη να χρησιμοποιηθούν από άλλους.

β) **Οξεία ελκονεκρωτική ουλίτιδα.** Η πιθανότητα εμπλοκής του στρες στην εκδήλωση ή και την επιβάρυνση των νόσων του περιοδοντίου ενώ έχει απασχολήσει τους ειδικούς εδώ και τουλάχιστον 60 χρόνια, δεν είναι απόλυτα εδραιωμένη.

Αρχικά διερευνήθηκε η επίδραση του στρες στο περιοδόντιο, σε ότι αφορά την εμφάνιση οξείας ελκονεκρωτικής ουλίτιδας. Η ελκονεκρωτική ουλίτιδα ήταν γνωστή από την αρχαία εποχή. Περιγράφεται από τον Ξενοφώντα που αναφέρει ότι οι Έλληνες στρατιώτες, κατά την επιστροφή τους από την Περσία, υποφέρουν από εξελκωμένα, επώδυνα στόματα που μυρίζουν άσχημα. Από τότε έχουν περιγραφεί επιδημίες όπως στον Ρωμαϊκό στρατό μετά τον 1ο αιώνα, κατά την έξοδο του Μεσολογγίου, σε Γάλλους στρατιώτες κατά την διάρκεια πολεμικών επιχειρήσεων το 1859, κατά τον 1ο και 2ο Παγκόσμιο Πόλεμο. Αμέσως μετά τον 2ο πόλεμο η συχνότητα εμφάνισης της νόσου στους Δανούς στρατιώτες ήταν 14%.

Σήμερα στις αναπτυγμένες χώρες η συχνότητα εμφάνισης είναι ελάχιστη σε αντίθεση με τις αναπτυσσόμενες. Στα παιδιά της Νιγηρίας βρέθηκε στο 15% και το ποσοστό φθάνει το 27% σε παιδιά της ίδιας χώρας που νοσηλεύονται με υποσιτισμό σε νοσοκομεία. Υψηλότερη συχνότητα της νόσου εμφανίζεται σε πληθυ-

Απλή και αποτελεσματική χρήση σύνθετων ρητινών σε οπίσθιες αποκαταστάσεις



GDS
Composi-Tight 3D Sectional Matrix System
Το Composi-Tight 3D Sectional Matrix System σχεδιάστηκε για να δημιουργεί στενά, ανατομικά σημεία επαφής σε αποκαταστάσεις Class II σύνθετων ρητινών. Η καμπυλότητα του τεχνητού τοιχώματος σχηματίζει την ιδανική ανατομία του δοντιού, ενώ τα δύο είδη δακτυλίων απομακρύνουν τα δόντια και το τοίχωμα εφαρμόζει στενά δημιουργώντας ένα φυσικό σημείο επαφής.

kuraray

Clearfil S³ Bond

S³ Bond Molecular Dispersion Technology
Ο μονοφασικός αυτοαδροποιούμενος συγκολλητικός παράγοντας, Clearfil S³ Bond, επιτυγχάνει ανάλογο αποτέλεσμα με το διφασικό λόγω του ομογενοποιημένου στρώματος συγκόλλησης (υδρόφιλο και υδρόφοβο) και της διείσδυσής του. Στη σύνθεσή του εμπεριέχονται υδρόφιλα και υδρόφοβα μονομερή και η παρασκευή του γίνεται ακολουθώντας την MD τεχνολογία. Σύμφωνα με τη μέθοδο παρασκευής του διατηρείται η ομοιόμορφη επίστρωση του συγκολλητικού παράγοντα, χωρίς αυτή να διαχωρίζεται μετά την εξάτμιση του διαλύτη.
Ο υδρόφοβος παράγοντας του προϊόντος διεισδύει στο δόντι σε συνδυασμό με τον υδρόφιλο παράγοντα, βελτιώνεται η ποιότητα του επιχρίσματος και έχει μακροβιότητα ο δεσμός.

Clearfil Majesty™ Esthetic

Εύχρηστο σύστημα αποκατάστασης. Άριστη λειαντική ικανότητα
Απλή και υψηλής αισθητικής απόδοσης αποκατάσταση με την εφαρμογή ενός μόνο στρώματος ρητίνης. • Προσομοιάζει τη διαφάνεια και τη διάχυση του φωτός των φυσικών δοντιών (χαμαιλεοντισμός). • Διαθέτει 9 αποχρώσεις βασικές (A1, A2, A3, A3.5, A4, B2, B3, C3, HO) και 8 βοηθητικές (E, XL, OC, OA2 OA3, OA4, T, AM) για ειδικά περιστατικά. • Η φωτεινότητα και η αδιαφάνεια του υλικού δεν αλλάζει με τον πολυμερισμό, οπότε η ρητίνη αρχικά μπορεί να χρησιμοποιηθεί ως χρωματικός δείκτης για την ακριβή επιλογή απόχρωσης.

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, www.tsaprazis.gr

σμούς που πάσχουν από AIDS ή είναι φορείς του ιού.
Τα κύρια χαρακτηριστικά της νόσου είναι η νέκρωση των ούλων στις θηλές ανάμεσα από τα δόντια, η αιμορραγία και ο πόνος. Επιπλέον μπορεί να υπάρξει κακοσμία στο στόμα, άλλοτε άλλης έντασης, πρήξιμο των λεμφαδένων κάτω από τη γνάθο καθώς και πυρετός. Η νόσος προσβάλλει κυρίως νέα άτομα αλλά μπορεί να εμφανιστεί σε οποιαδήποτε ηλικία ιδίως όταν συνυπάρχει κάποιο γενικό νόσημα, υποσιτισμός ή βλάβες στο αίμα.
Το στρες και η μεγάλη καταβολή του οργανισμού γενικότερα είναι ένας από τους τρεις παράγοντες που απαιτείται να συνυπάρξουν για να εκδηλωθεί η νόσος.

Χρόνια περιοδοντίτιδα- Επιθετική περιοδοντίτιδα

Τις τελευταίες δύο δεκαετίες διεξήχθησαν αρκετές μελέτες με αντικείμενο την διερεύνηση της συμμετοχής του στρες στη αιτιολογία και παθογένεια της **χρόνιας περιοδοντίτιδας** και της **επιθετικής περιοδοντίτιδας**. Οι έρευνες αυτές είναι εξαιρετικά πολύπλοκες και αφορούν σε δύο κατευθύνσεις. Η πρώτη αφορά τη «βιολογική» κατεύθυνση και η δεύτερη τη «συμπεριφοριστική».

Η **βιολογική** συμπεριλαμβάνει τους μηχανισμούς εκείνους οι οποίοι αφορούν στην ορμονική λειτουργία όπου μέσω της διέγερσης του άξονα υποθαλάμου-υπόφυσης. Όπως έχουμε ήδη αναφέρει, έκκριση των ορμονών αυτών και κυρίως της κορτιζόλης σημαίνει επίδραση στην ανοσολογική απάντηση δηλ. αναστολή σημαντικών λειτουργιών των λευκοκυττάρων και όχι μόνο. Εκτός όμως από αυτόν το μηχανισμό, δηλ. της διέγερσης του υποθαλάμου-υπόφυσης, υποστηρίξαμε ότι το στρες κινητοποιεί το αυτόνομο νευρικό σύστημα. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα την έκκριση κατεχολαμινών που επηρεάζουν με τη σειρά τους την παραγωγή προσταγλανδινών ή και άλλων μεσολαβητών της φλεγμονής που συμμετέχουν στην παθογένεια των περιοδοντικών νόσων. Οι διαδικασίες αυτές είναι δυνατό να τροποποιήσουν την τοπική άμυνα του ξενιστή στη μικροβιακή πρόκληση, με αποτέλεσμα την εκδήλωση ή την επιβάρυνση της νόσου. Στη διεθνή βιβλιογραφία υπάρχουν περιορισμένα δεδομένα για την απόλυτη τεκμηρίωση αυτής της άποψης.

Η **συμπεριφοριστική** θεώρηση αφορά στις μεταβολές που συμβαίνουν επειδή τα άτομα κάτω από στρες τροποποιούν τις καθημερινές τους υγιεινές συνήθειες, δεν βουρτσίζουν τα δόντια τους, παραμελούν την διατροφή τους, πίνουν και καπνίζουν περισσότερο και βεβαίως δεν επισκέπτονται τον οδοντίατρο τους για έλεγχο. Οι παράμετροι αυτές λαμβάνονται υπόψη στα πολύπλοκα στατιστικά μοντέλα που χρησιμοποιούνται στις σύγχρονες έρευνες.
Συμπερασματικά μπορούμε να πούμε ότι, παρά τον περιορισμένο αριθμό μελετών λόγω ιδιαίτερης δυσκολίας στη «μέτρηση» του παράγοντα στρες, γενικά παρατηρήθηκε σοβαρότερη περιοδοντική καταστροφή σε άτομα με σοβαρά οικονομικά προβλήματα, ή με κακή οικογενειακή κατάσταση, ή σε άτομα με «ιδιαίτερες ψυχολογικές καταστάσεις» ιδίως όταν ανήκουν σε τύπο προσωπικότητας ευάλωτου στις καταπονήσεις.
Ένα ενδιαφέρον στοιχείο είναι η επίδραση του στρες στην επούλωση των περιοδοντικών ιστών. Βασισμένοι στην άποψη της διπλής επίδρασης της «συμπεριφοριστικής» και της «βιολογικής» μπορούμε να αντιληφθούμε τους παθοφυσιολογικούς δρόμους των επιδράσεων αυτών. Συγκεκριμένα τα υψηλότερα επίπεδα των γλυκοκοστεροειδών (κορτιζόλης) και κατεχολαμινών (επινεφρίνη και νορ-επινεφρίνη) μπορούν να οδηγήσουν σε οτιδήποτε από τα ακόλουθα:

- Υπεργλυκαιμία, η οποία πιθανώς θα επιδράσει στη λειτουργία των ουδετεροφίλων και θα επηρεάσει την αρχική φάση της επούλωσης.
- Μείωση των επιπέδων της αυξητικής ορμόνης, που θα καθυστερήσει την αποκαταστατική δυνατότητα των ιστών.
- Τροποποίηση του προφίλ των κυτοκινών, που θα έχει επίδραση στη λειτουργία κυττάρων όπως π.χ. των μακροφάγων και των ινοβλαστών, σημαντικών για την αναδιαμόρφωση του τραύματος.
- Ελάττωση των επιπέδων της ιστικής μεταλλοπρωτεϊνάσης (tissue matrix metalloproteinase) που μπορεί να οδηγήσει σε μειωμένη ιστική ανάπλαση και ελαττωματική διαμόρφωση του τραύματος.
- Ελάττωση των επιπέδων των natural killer, πράγμα που σημαίνει μειωμένη δυνατότητα του ξενιστή να διατηρήσει ένα κατάλληλο ανοσολογικό μηχανισμό απέναντι στα περιοδοντοπαθογόνα.
- Αναστροφή της σχέσης των βοηθητικών λεμφοκυττάρων (T helper 1/ T helper2) με επικράτηση των Th2 γεγονός που σημαίνει αυξημένη προδιάθεση σε λοιμώξεις.

Παρά τις παραπάνω επισημάνσεις, το θέμα παραμένει αρκετά σκοτεινό και ο ρόλος του στρες στην επούλωση θα γίνει ξεκάθαρος όταν εκπονηθούν άρτια σχεδιασμένες προοπτικές μελέτες.

Επειδή το θέμα είναι εκτεταμένο, κρίθηκε σκόπιμο να δημοσιευθεί σε δύο συνέχειες. Στο επόμενο λοιπόν φύλλο της εφημερίδας μας θα διαβάσετε με ποιούς τρόπους «μετριέται» το στρες και πολύ περιληπτικά, θα ενημερωθείτε για το πως κανείς το διαχειρίζεται. Επίσης θα παρακολουθήσετε την προσπάθεια των συγγραφέων να διερευνήσουν και τη συμμετοχή της στοματικής κοιλότητας στην 'δημιουργία' του στρες.

Αναταύγειες Οδοντικής Αισθητικής

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

και όχι μόνο...

Το Φιλί στη Λογοτεχνία

Επιστολές στη Ζυλιέτ Ντρουέ

> *Σε φιλώ χίλιες φορές, αγαπημένη μου Ζυλιέτ,*
> *σ΄ όλο το σώμα,*
> *γιατί μου φαίνεται πως σε κάθε σημείο του σώματός σου*
> *αισθάνομαι την καρδιά σου,*
> *όπως παντού στη ζωή μου αισθάνομαι τον ερωτά σου.*
>
> *(Βίκτορ Ουγκό)*

Το φιλί είναι πρώτα απ' όλα μια στοματική πράξη. Το δίνουμε με τα χείλη και όπως λέει ο Αλαίν Μονταντόν, είναι ένα «στοματικό σήμα». Μέσα από τα φιλιά το σώμα μιλάει, συνήθως για να εκφράσει όσα δεν καταφέρνουν να πουν οι λέξεις. Όμως, όπως και οι λέξεις, έτσι και τα φιλιά δεν έχουν πάντα την ίδια σημασία, δεν λένε πάντα την αλήθεια. Αντλώντας παραδείγματα από την παγκόσμια λογοτεχνία, προτείνει μια μικρή φαινομενολογία του φιλιού, ξεδιπλώνοντας τους ποικίλους τρόπους με τους οποίους φιλιούνται οι άντρες και οι γυναίκες. Γιατί, όσο κι αν μοιάζει πράξη φυσική, το φιλί εξαρτάται από τον εκάστοτε πολιτισμό και συχνά αλλάζει σημασία. Δηλαδή δεν πρόκειται μόνο για μια μορφή σωματικής έκφρασης, αλλά και για μια συμβολική γλώσσα.

Η όλη διαδικασία του φιλιού είναι εντυπωσιακή, αφού μια απλή επαφή των χειλιών είναι ικανή να εκφράσει τις μυστικές κινήσεις της ψυχής, τις πιο φευγαλέες αισθήσεις, τα πιο ποικίλα συναισθήματα. Ως μια καθαρά σωματική εμπειρία, οξύνει τις αισθήσεις, αισθανόμαστε τον πόθο του άλλου, αυξάνει τους κτύπους της καρδιάς ανεξάρτητα αν το δίνουμε ή το δεχόμαστε. Εξάλλου, αν το δώσουμε και δεν αρέσει, μπορούν να μας το επιστρέφουν.

Φυσικά μπορούμε να διακρίνουμε πολλά είδη φιλιών. Οι Ρωμαίοι λ.χ. διέκριναν τα εθιμοτυπικά φιλιά (oscula), αυτό της φιλίας και της αγάπης (basia), το φιλί του ερωτικού πάθους (suavia). Επιπλέον μπορούμε να διακρίνουμε το μητρικό φιλί, τα φιλιά που ανταλλάσουμε στις τελετές, τα φιλιά που συνοδεύουν το χαιρετισμό. Φιλάμε επίσης κάτι το ιερό μια εικόνα, ένα άγαλμα, φιλάμε το χέρι του παππού, δίνουμε ένα τελευταίο φιλί στον νεκρό. Εδώ πρέπει να θυμίσω ότι η γυναίκα που πουλάει το κορμί της αρνείται να φιλήσει γιατί θεωρεί ότι εκεί ακριβώς συμβαίνει η πιο βαθιά και προσωπική επικοινωνία του σώματος.

Το φιλί ως κίνηση, τόσο στην κοινωνική όσο και στην ερωτική του διάσταση, έχει περιγραφεί στη λογοτεχνία κι έχει απεικονιστεί στη ζωγραφική και στη γλυπτική πάμπολλες φορές, δίνοντας ερεθίσματα για άπειρες ερμηνείες, που προσπαθούν, όπως αναφέρει ο ψυχαναλυτής Σαρλ Μελμάν, να δώσουν απάντηση στο ερώτημα: «Τι είναι αυτό που κάνει το συμμετρικό τρίψιμο δύο οπών, που έχουν ως βασική λειτουργία την ομιλία και τη διατροφή, να προκαλεί στους εραστές τέτοια έκσταση, ακόμα κι όταν η οδοντοστοιχία είναι σε κακή κατάσταση και η υγιεινή του στόματος πλημμελής;»

Φυσικά στη λογοτεχνία, όπως και στο νου κάθε απλοϊκού ανθρώπου, απουσιάζει παντελώς η άποψη ότι, το φιλί είναι μόνο η αντιπαράθεση δύο κυκλοτερών μυών σε κατάσταση συστολής.

Όταν φιλάμε ανταλλάσουμε σάλια και εισπνέουμε την ανάσα του/της συντρόφου που συμβολίζει την ίδια τη ζωή. Χαρακτηριστικά, ο κοινωνιολόγος Εντγκάρ Μορέν επισημαίνει ότι, το φιλί είναι η συνάντηση του σώματος με την ψυχή, η συνάντηση του έρωτα με την ψυχή. Στις αρχαϊκές μυθολογίες, η ανάσα είναι η έδρα της ψυχής, εξάλλου ο πρώτος αισθησιασμός, που συνδέεται με την επιβίωση, βρίσκεται στο στόμα. Με άλλα λόγια κατά τη διαδικασία του φιλιού λειτουργεί μια πνευματική, αλλά και μια υλική διάσταση.

Χαρακτηρισμός του φιλιού

Ενδιαφέρον παρουσιάζει το φιλί αφενός από γλωσσολογικής άποψης, καθώς και από σημασιολογικής άποψης.

Από γλωσσολογικής άποψης μπορεί να αναφέρεται ως φιλί, ασπασμός, φίλημα, φιλάκι.

Από σημασιολογικής άποψης μπορεί να είναι ερωτικό φιλί, κανιβαλικό φιλί, το πρώτο ή το τελευταίο φιλί, ζωογόνο ή θανατηφόρο φιλί, φιλί της υπόσχεσης, φιλί του βρικόλακα, φιλί του Ιούδα (προδοσία), χειροφίλημα, ρομαντικό καυτό φιλί, φιλί-δαγκωματιά (Μπωντλέρ), φιλί-τσίμπημα (Πήτερ Παν), αγνό φιλί, βαθύ φιλί, αλλά και πρακτικές που ίσως υπερβαίνουν τα όρια του φιλιού, όπως η αιδοιολειξία και η πεολειξία.

Επιπλέον ένα φιλί μπορεί να χαρακτηριστεί ως γλυκό, ερωτικό, τρυφερό, στοργικό,, νόστιμο, ηδονικό, υπέροχο, εξαίσιο, μαγευτικό, χαριτωμένο, λαίμαργο, μεθυστικό, θερμό, καυτό, φλογερό, ζεστό, υγρό, λάγνο, αγνό, ντροπαλό, τρεμάμενο, κρυφό, κλεφτό, λαθραίο, γρήγορο, έντονο, παρατεταμένο, επαναλαμβανόμενο, ψυχρό, παγωμένο, προσποιητό, χυδαίο, αδέξιο, δύσοσμο, σαλιάρικο, κλπ.

Πρακτικές, φόβοι και προκαταλήψεις

Το φιλί μεταμορφώνεται ανάλογα με την ιστορία που εκτυλίσσεται γύρω του. Λειτουργεί σαν μια ηχώ που εντείνει τις μυθιστορηματικές καταστάσεις και εξυμνεί το σώμα. Όπου η λογοτεχνία αναφέρεται στο φιλί, γίνεται πάντα λόγος για τα στοματικά όργανα (στόμα, χείλη, γλώσσα, δόντια), αποδεικνύοντας ότι πρόκειται για μια πράξη που συνδέεται με την απόλαυση και τις αισθήσεις.

Όπως αναφέρεται παραπάνω, το φιλί, όσο κι αν θεωρείται κάτι το φυσικό, εξαρτάται σε μεγάλο βαθμό από τον εκάστοτε πολιτισμό. Στην Κίνα και στην Ιαπωνία ήταν κάτι το εντελώς ασυνήθιστο. Ο Γάλλος ανθρωπολόγος Πωλ ντ' Ανζουά αναφέρεται στη φρίκη που προκαλούσε στους Κινέζους η θέα του Ευρωπαϊκού φιλιού στο στόμα. Ένα θέαμα που προκαλούσε φόβο και αποστροφή, αφού το έβλεπαν σαν μια μορφή κανιβαλισμού. Παράλληλα οι Ευρωπαίοι εύρισκαν διασκεδαστική την πρακτική του τριψίματος της μύτης των ιθαγενών της Μαδαγασκάρης, που αντιστοιχούμε στο φιλί στόμα με στόμα.

Για πολλούς λαούς το φιλί θεωρούνταν πράξη απόλυτης οικειότητας, ίσως ακόμη περισσότερο και από τη συνουσία, γεγονός που έκανε τη δημόσια εκδήλωσή του ταμπού. Επιπλέον η δοξασία, σύμφωνα με την οποία μπορούμε να ρουφήξουμε την ψυχή ενός άλλου από το στόμα, ενδεχομένως να έκανε ορισμένους να φοβούνται μήπως καταπιούν τη ψυχή του συντρόφου τους.

Σε ορισμένες περιοχές της Ινδίας, αλλά και σε άλλες χώρες, οι εθνικιστές ινδουιστές απαγορεύουν στους τουρίστες να φιλιούνται σε δημόσιους χώρους. Στην χώρα που πρυτανεύει μια άκρως βικτωριανή ηθική, στις ΗΠΑ και σε κάποιες Πολιτείες απαγορεύεται να φιλάς μια γυναίκα την Κυριακή. Στο Μέριλαντ απαγορεύεται το φιλί να διαρκεί πάνω από ένα δευτερόλεπτο, στην Αϊόβα πάνω από πέντε λεπτά, στο Ρόουντ Αϊλαντ, πάνω από τρία λεπτά, ενώ στο Γουϊσκόνσιν το γαλλικό φιλί απαγορεύεται ρητά δια νόμου.

Στη Γαλλία, όπου, μάλλον για λόγους ασφαλείας, απαγορεύονται τα φιλιά πάνω σε ισόπεδες σιδηροδρομικές διαβάσεις, το φιλί στα παγκάκια αποτελεί συστατικό της εθνικής κουλτούρας.

Στην κομμουνιστική Κίνα, όπου οι στοματικές λοιμώξεις αντιμετωπίζονται με έντονο φόβο, οι ηγέτες της σκέφτηκαν να απαγορεύσουν τη χυδαία και επικίνδυνη αυτή συνήθεια.

Φυσικά, οι λαοί οι οποίοι δεν αποδέχονται την πρακτική του φιλιού, έτσι όπως εμείς την εννοούμε, δεν σημαίνει ότι δεν διαθέτουν τις δικές μορφές φιλιού. Γνωστότερο όλων είναι το τρίψιμο της μύτης των Εσκιμώων, αλλά και άλλων λαών του βορρά. Αυτή η μορφή φιλιού παρουσιάζει ιδιαίτερο ενδιαφέρον, αφού συνδέεται με την οσφρητική γειτνίαση.

Σύμφωνα με την θεωρία του Εντουαρντ Τουίτσελ Χωλ, σχετικά με την Ανθρωπολογία του χώρου, η δημιουργία κοινωνικών σχέσεων συνδέεται με τον τρόπο που ο κάθε πολιτισμός αντιλαμβάνεται στις αποστάσεις. Επομένως το τρίψιμο της μύτης συνδέεται άμεσα με την αίσθηση της όσφρησης, καθώς δίνει στο άτομο την ευκαιρία να διεισδύσει στην ιδιωτική οσφρητική ζώνη του άλλου, και οικειοποιούμενο τη μυρουδιά της, να γίνει μέρος αυτής της ιδιωτικής ζώνης.

Πιο κοντά σ' εμάς, στο δικό μας πολιτισμό, ο Προυστ, στο μυθιστόρημά του Ζαν Σαντέιγ, επισημαίνει τη σημασία της οσμής στην ερωτική σχέση: «Η Φρανσουάζ έσπρωχνε με δύναμη τον Ζαν αλλά εκείνος είχε ξεχάσει να φιλήσει τον λαιμό της, τον έβλεπε εκεί, τόσο κοντά της, δεν μπορούσε ακριβώς να θυμηθεί τη μυρωδιά του, και έτρεχε και πάλι προς εκείνη, τη φιλούσε γρήγορα στο λαιμό και, καθώς απομακρύνονταν από κοντά της βλέποντας την πόρτα να ανοίγει, φρόντιζε να της πει, ώστε να μην του μετρήσει τη χάρη αυτή: Ηταν πολύ σύντομο, δεν πρόλαβα να μυρίσω.»

Ο ρόλος της όσφρησης είναι εξίσου σημαντικός με τις γευστικές αισθήσεις του φιλιού, αφού η όσφρηση είναι μια από τις πλέον αρχαϊκές και πρωτόγονες αισθήσεις. Το βρέφος είναι ιδιαίτερα ευαίσθητο στη μυρωδιά της μητέρας, την οποία ξέρει να αναγνωρίζει. Στο δυτικό πολιτισμό, από την αναγέννηση ακόμη, είχε αρχίσει σταδιακά η απώθηση των σωματικών οσμών, κάτι που βλέπουμε και σήμερα με τη χρήση αποσμητικών και την κατάχρηση αρωμάτων. Ο ιστορικός Αλαίν Κορμπέν στο βιβλίο του «*Το μίασμα και ο ασφάδελος*» περιγράφει την προοδευτική αυτή απώθηση των οσμών στην πολιτιστική διαδικασία. Όμως, το άρωμα γυναίκας (odor di femina) παραμένει ένα ισχυρό θέλγητρο. Το να χαρίζει σε κάποιον το μαντηλάκι με το άρωμά της, συνιστά μια φετιχιστική κίνηση, ως απτό υποκατάστατο της απούσας.

Με άλλα λόγια, το φιλί συνδέεται με τις αισθήσεις της έλξης και της αποστροφής. Η κακοσμία του στόματος δημιουργούσε πάντα αποστροφή και γι' αυτό η οδοντόκρεμα και η τσίχλα, ως αντίδοτο της στοματικής κακοσμίας, χαιρετίστηκαν σαν μια σημαντική ανακάλυψη. Οι αρχαίοι Αιγύπτιοι συνήθιζαν να πιπιλούν καραμέλες με μέλι και μπαχαρικά για να αρωματίζουν το στόμα τους. Το Domostroi, ένα ρώσικο εγχειρίδιο οικιακής οικονομίας του 16ου αιώνα, εφιστά την προσοχή στις δυσοσμίες του στόματος που αντίκεινται στην ευπρέπεια του φιλιού.

> *Φιλί! Αλθαία εσύ στον κήπο με τα χάδια!*
> *Ζωηρό ακομπανιαμέντο στα πλήκτρα των δοντιών,*
> *Γλυκά ρεφρέν που τραγουδά η αγάπη*
> *Με την αγγελική της τη φωνή στις φλογερές καρδιές.*
>
> *(Paul Verlaine)*

Αξιοσημείωτη, σχετικά με το τελευταίο φιλί στο νεκρό, είναι η αναφορά του Βίωνος του Σμυρναίου (Αλεξανδρινός ποιητής του 2ου π.Χ. αιώνα) όπου, στον *Επιτάφιο Αδώνιδος*, περιγράφει με έξοχο τρόπο την Αφροδίτη να θρηνεί πάνω από το σώμα του ετοιμοθάνατου Άδωνη: «Θα ΄θελα καθώς πεθαίνεις να με φιλούσες για μια τελευταία φορά. Φίλα με μικρέ, όσο ακόμα είναι το φιλί σου ζωντανό. Έτσι που με την τελευταία ανάσα, η ψυχή σου να περάσει στο στήθος μου και να τρυπώσει στην καρδιά μου, που χτυπάει σαν τρελή. Το φιλί αυτό θα το κρατήσω για πάντα, σαν να ΄ναι ο Άδωνις ο ίδιος».

Όπως αναφέρεται και παραπάνω, η κάθε χώρα και η κάθε εποχή εμφανίζει τα δικά της ήθη, σχετικά με το φιλί.

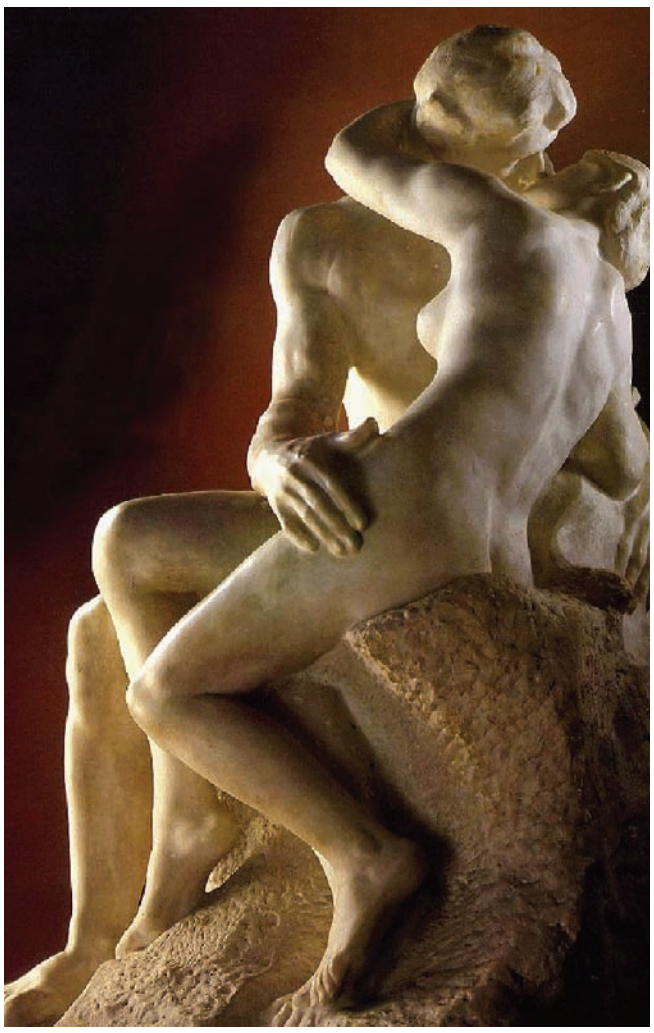
Η Μάρτα Γουίλμοτ, στο ταξιδιωτικό χρονικό της, *Γράμματα από τη Ρωσία* (1803), εξέφραζε την έκπληξή της για τη συνήθεια των Ρώσων να ανταλλάσσουν φιλιά στο μάγουλο.

Οι Βρετανοί εξακολουθούν ακόμα και σήμερα να αντιμετωπίζουν τα κάθε είδους φιλιά που δίνονται στο μάγουλο, με έντονη επιφύλαξη, ιδίως αυτά που δίνονται μεταξύ των ανδρών. Όμως, μερικούς αιώνες νωρίτερα οι Αγγλοι θεωρούνταν πρώτοι στα φιλιά. Στις επιστολές του Εράσμου και συγκεκριμένα στην XXVI, διαβάζουμε: «Υπάρχουν εκεί (στην Αγγλία) γυναίκες εκπάγλου καλλονής και τα ήθη είναι αξιοσημείωτα. Κατά την άφιξή σου σε υποδέχονται με φιλιά, κατά την αποχώρησή σου σε συνοδεύουν προς την έξοδο με φιλιά. Όπου και να βρεθείς, θα δεχθείς φιλιά».

Οι Γάλλοι είναι αναμφίβολα οι απόλυτοι μάστορες του φιλιού στην Ευρώπη. Δεν είναι τυχαίο το γεγονός ότι τα διασημότερα γλυπτά με θέμα το φιλί (το φιλί του Ροντέν και το φιλί του Μπρανκούζι) φιλοτεχνήθηκαν και τα δύο στο Παρίσι. Λέγεται επίσης πως το φιλί με τη γλώσσα είναι εφεύρεση των Γάλλων, γι΄ αυτό εξάλλου αποκαλείται και Γαλλικό φιλί. Στη Γαλλία θεωρούνταν μεγάλη απρέπεια, ακόμα και προσβολή, να δεχθεί μια γυναίκα της ανώτερης τάξης την επίσκεψη ενός κυρίου και να μην τη φιλήσει στο στόμα, ακόμα κι' αν είχε μουστάκι.

Ο Βολταίρος, στο φιλοσοφικό του λεξικό, επισημαίνει ότι στην Ευρώπη ο μοναδικός τρόπος που υπήρχε για να χαιρετίσει κανείς μια κυρία ήταν να τη φιλήσει στο στόμα. Και προσθέτει ότι όχι μόνο στην Γερμανία, στην Ιταλία και στην Αγγλία, αλλά και στην Ισπανία οι καρδινάλιοι είχαν το δικαίωμα να φιλούν τις βασίλισσες στο στόμα.

Ο αριθμός των φιλιών που δίνεται για να χαιρετίσει κάποιος ένα φιλικό του πρόσωπο ή για να δείξει εγκαρδιότητα στο καλωσόρισμά του, ποικίλλει από χώρα σε χώρα. Στην Κόστα Ρίκα οι άνθρωποι δίνουν ένα φιλί στο μάγουλο. Στην Ισπανία, στην



Δομινικανή Δημοκρατία, στην Ουγγαρία, καθώς και στη χώρα μας, ανταλλάσσουν δύο φιλιά, ένα στο κάθε μάγουλο. Στην Βραζιλία οι νέοι ανταλλάσσουν τρία φιλιά, όπως επίσης τρία φιλιά ανταλλάσσουν οι άνθρωποι στο Βέλγιο, στο Λουξεμβούργο, στις κάτω χώρες και την Σερβία.

Κοινωνική επίδραση του φιλιού

Το γεγονός ότι το φιλί στο στόμα κατέχει μια τόσο σοβαρή θέση στην κοινωνική αλληλεπίδραση, οφείλεται στο ότι πρόκειται για μια ψυχική ανταλλαγή. Φυσικά αυτό ισχύει πρωτίστως στις ερωτικές σχέσεις, αλλά επηρεάζει και τις κοινωνικοπολιτικές σχέσεις.

Όπως αναφέρει ο Αγγλος χρονικογράφος Ερντερικ Βιτάλις (1075-1142), ο Γουλιέλμος ο Κατακτητής όταν επισκέπτονταν το Λονδίνο, γοήτευε τους πάντες και με τη θερμή ευγένειά του, τους παρότρυνε να τον καλωσορίσουν με φιλιά. Αυτή η εγκαρδιότητα ήταν ένας τρόπος να «αιχμαλωτίζει» κανείς τον πολιτικό του αντίπαλο.

Στις εθιμοτυπικές συναντήσεις ο Χρουστσόφ και οι άλλοι Ρώσοι πολιτικοί συνήθιζαν να υποδέχονται τους αντιπάλους τους από τη Δύση, φιλώντας τους στο στόμα. Ο Κοσίγκιν το 1968 φίλησε στο στόμα τον Τσέχο πρόεδρο Ντούμπτσεκ, λίγες μέρες προτού στείλει τα σοβιετικά τανκς στην Πράγα.

Σύμφωνα με τον Yannick Carre, όταν επιβάλλεται να φιληθούν στο στόμα ένας άνδρας και μια γυναίκα, η κατάσταση περιπλέκεται. Ο Ιππόλυτος Ρώμης, κήρυττε, στις αρχές του 3ου αιώνα, το διαχωρισμό των δύο φύλων: «Οι πιστοί ας ανταλλάξουν το φιλί της ειρήνης, οι άντρες με τους άντρες και οι γυναίκες με τις γυναίκες».

Όμως το φιλί δεν αποτελούσε μόνο την έκφραση της λαχτάρας για μια αρμονικά δεμένη κοινωνία, αλλά και έκφραση σαρκικής ικανοποίησης.

Ερωτικό φιλί

Ο Ζαν-Λυκ Τουρνιέ στο βιβλίο του, *Μικρό λεξικό του φιλιού*, γράφει: «Καμιά άλλη πράξη δεν εμπλέκει τον άνθρωπο με τόσο απόλυτο και εκούσιο τρόπο όπως το φιλί».

Απ' όλα τα ερωτογόνα όργανα του ανθρώπου, το στόμα είναι εκείνο που λόγω της θέσης του, βρίσκεται πιο κοντά στον εγκέφαλο, δηλαδή πιο κοντά στο κέντρο της σκέψης και των αισθήσεων.

Κατά τη διαδικασία ενός φιλιού με τη γλώσσα συμμετέχουν τουλάχιστον 29 μύες (εκ των οποίων 17 γλωσσικοί μύες), και ανταλλάσσονται 9 mg νερό, 0,18 mg οργανικές ουσίες, 0,7 mg λιπαρές ουσίες, 0,45 mg άλατα, εκατοντάδες βακτηρίδια και εκατομμύρια μικρόβια.

Το Φιλί

> *Οσο με φιλούσες*
> *περίμενα το άγγιγμα της γλώσσας,*
> *το στριφογύρισμά της μέσα στο στόμα μου.*
> *Οσο με φιλούσες*
> *είχα την αναίδεια να κρίνω την τέχνη σου.*
> *Να μελετώ την υφή και την ένταση*
> *απ΄ τα χείλη σου.*
> *Για να σωπάσω,*
> *να πάψω να σε κρίνω,*
> *ήθελα την πρόσταχη τόλμη σου.*
>
> *(Αλέξ. Μπακονίκα)*

Με χιούμορ αλλά και με κυνισμό ο Σκοτ Φιτζέραλντ, λέει: «Το φιλί γεννήθηκε την ημέρα που το πρώτο αρσενικό ερπετό έγλειψε το πρώτο θηλυκό ερπετό, δίνοντας του να καταλάβει με λεπτό και κολακευτικό τρόπο, ότι ήταν εξίσου εύγευστο με το μικρό ερπετό που είχε φάει το προηγούμενο βράδυ».

Ο ρομαντικός ποιητής Αλφρέ ντε Μυσέ στην *Εξομολόγηση ενός παιδιού του αιώνα*, αναφωνεί: «Αχ, φιλί! Μυστηριώδες ελιξίριο για τα διψασμένα χείλη!».

Στο μυθιστόρημά του, ο Αχιλλέας Τατίου, ένα έργο που υμνεί τον παιδεραστικό έρωτα. Γράφει: «Ο Μενέλαος υποστηρίζει ότι ναι μεν τα φιλιά των αγοριών δεν έχουν τη γυναικεία επιδεξιότητα, όμως δεν ξεγελούν, και είναι φυσικά, γιατί δεν καταφεύγουν στα γυναικεία τεχνάσματα. Τα φιλιά τους μοιάζουν με νέκταρ που έτρεξε και μετατράπηκε σε χείλη».

Τα ερωτικά φιλιά είναι απολαύσεις του στόματος, τις οποίες έχει αναγγείλει η απόλαυση του ματιού στη θέα των όμορφων χειλιών, των λευκών δοντιών και της ροδαλής γλώσσας.

Ο Λατίνος ποιητής Κάτουλλος, επιδίδεται σε μια γενναιόδωρη αριθμητική φιλιών: Η Λουίζ Λαμπέ, εκλιπαρώντας τον εραστή της για ένα του φιλί, του λέει: «Φίλα με πάλι, φίλα με ξανά. Δώσε μου ένα από τα πιο γλυκά σου φιλιά. Δώσε μου ένα από τα πιο ερωτικά σου φιλιά. Κι εγώ θα σου τα ανταποδώσω με τέσσερα φιλιά πιο καυτά κι απ' τη φωτιά.

> *Τα όμορφα κοραλλένια χείλη της,*
> *Τα όμορφα κρυσταλλένια χείλη της,*
> *Κόκκινα και λευκά,*
> *Είναι σαν μαργαρίτα*
> *Που το ρόδινο και λευκό της χρώμα*
> *Γοητεύει όσους την κοιτούν.*
>
> *(Ζαν Γκοντάρ)*

Βιβλία σχετικά με το φιλί

- Το φιλί του Δράκου: Χρύσα Δημουλίδου, Εκδόσεις Λιβάνη 2007
- Το φιλί της Δευτέρας: Σάκης Αθανασιάδης, Εκδόσεις Ιωλκός 2001
- Περσικό φιλί: Αρης Σφακιανάνης, Θεατρικό έργο
- Φονικό φιλί: Μεχμέτ Μουράτ Σομέρ, Εκδόσεις Πατάκη 2009
- Το φιλί: Τζακίν Ουίλσον, Εκδόσεις Ψυχογιός 2011
- Μάγισσες-Το φιλί του σκότους: Μπράντον Αλεξάντερ, Εκδόσεις Λιβάνη 2006
- Το φιλί με την ψυχή στο στόμα: Αλαίν Μονταντόν, Εκδόσεις Γνώση 2009
- Το φιλί του νερού: Μάρνα Μηλιώνη-Γκανά, Εκδόσεις Ζαχαράκη 2008
- Χάρτινα Φιλιά: Δημήτρης Χίλιος, Εκδόσεις Πατάκη 2006
- Το φιλί, Ιστορική και Ψυχολογική Μελέτη: Γιάννης Ψυχάρης, Εκδόσεις Πόλις 1996

Τα απορρίμματα της κρίσης

Του **Παντελή Μπουκάλα**

Μια από τις μικρές ειδήσεις με τις οποίες μας αποχαιρέτισε το βαρύτατο 2011 για να δώσει τη θέση του στο 2012, που οι μάντεις, ξεσκονίζοντας τάχα τα αρχεία των Μάγια, προβλέπουν πως θα είναι συμπαντικώς καταστροφικό, αφορούσε κάτι το ευτελές: τα σκουπίδια. Ακούστηκε δηλαδή και γράφτηκε ότι ο όγκος των σκουπιδιών που εναποτίθενται στη χωματερή των Λιοσίων μειώθηκε κατά 17% στη διάρκεια του 2011 και βαίνει ολονέν μειούμενος. Μικρή και ταπεινή λοιπόν η είδηση, λίαν ενδιαφέρουσα πάντως, αρκετές δε οι πιθανές ερμηνείες της, και όχι αντικρουόμενες. Μάλλον συνέβησαν πολλά ταυτόχρονα ώστε να μειωθούν τα εμβληματικά απορρίμματα του πολιτισμικού μας μοντέλου, τα επισήμως καταμετρούμενα, την ώρα ωστόσο που, εξαιτίας της κρίσης, πολλαπλασιάζονται τα ανθρώπινα απορρίμματα, όσα με τις «αντιπαραγωγικές» ή και «αντεθνικές» αξιώσεις τους «εμποδίζουν τη σωτηρία της πατρίδας».

Ερμηνεία πρώτη, ελαφρώς παραμυθητική: Επιτέλους, έπειτα από τόσα χρόνια «περιβαλλοντικής παιδείας» πήρε να ξυπνάει η οικολογική μας συνείδηση, επί μακρόν υπνώττουσα· και όχι απλώς υπνώττουσα παρά και περήφανη για τον ύπνο της, γιατί, έτσι ήθελε να πιστεύει, δεν την είχε χτυπήσει το μικρόβιο των οικολογούληδων. Δεν χωράει αμφιβολία ότι πλήθυναν με τον καιρό οι οικογένειες που χωρίζουν τα σκουπίδια τους σε μπλε και γκρίζα, ανακυκλώσιμα και μη, έστω και αν τους αποθαρρύνει το γεγονός ότι συχνά το περιεχόμενο των μπλε κάδων το περισυλλέγουν οι συνήθεις σκουπιδιάρες και όχι οι «πράσινες». Αλλά δεν χωράει επίσης αμφιβολία ότι η Αθήνα παραμένει μία από τις ρυπαρότερες πόλεις του κόσμου, με ευθύνη τόσο των χρηστών της όσο και των διοικητών της - κι από κοντά το ίδιο συμβαίνει στις περισσότερες πόλεις της περιφέρειας, που ακολουθούν σεβαστικά το πρωτευουσιάνικο μοντέλο σε όλες τις εκφάνσεις του. Δεν λέω ότι πρέπει να τοποθετηθούν πάραυτα τασάκια στους δρόμους επί ειδικών μικροστύλων, όπως συμβαίνει σε κάποιες ευρωπαϊκές πρωτεύουσες. Δεν είμαστε για τέτοιες πολυτέλειες, όπως αποδείχτηκε και με τα ειδικά κουτιά που εγκατέστησε ο δήμος σε διάφορα σημεία της πόλης, από τα οποία μπορούσαν οι απροετοίμαστοι φιλόζωοι να αποσπούν πλαστικά γάντια για να μαζεύουν τα οσμηρά παραπροϊόντα της σκυλίσιας ζωής: Τα γάντια εξαφανίζονταν εν ριπή οφθαλμού, όσες φορές κι αν ανεφοδιάζονταν τα κουτιά, είτε επειδή κάποιοι «σπάνε πλάκα» καταταστρέφοντας οτιδήποτε δημόσιο («Χα! Οι ηλίθιοι! Δες τι έβαλαν...») είτε επειδή οι μικροβιοφοβικοί σαν τον Νίκο Σταυρίδη της παλιάς ταινίας είχαν βρει την ευκαιρία να εξοπλίζονται τζάμπα.

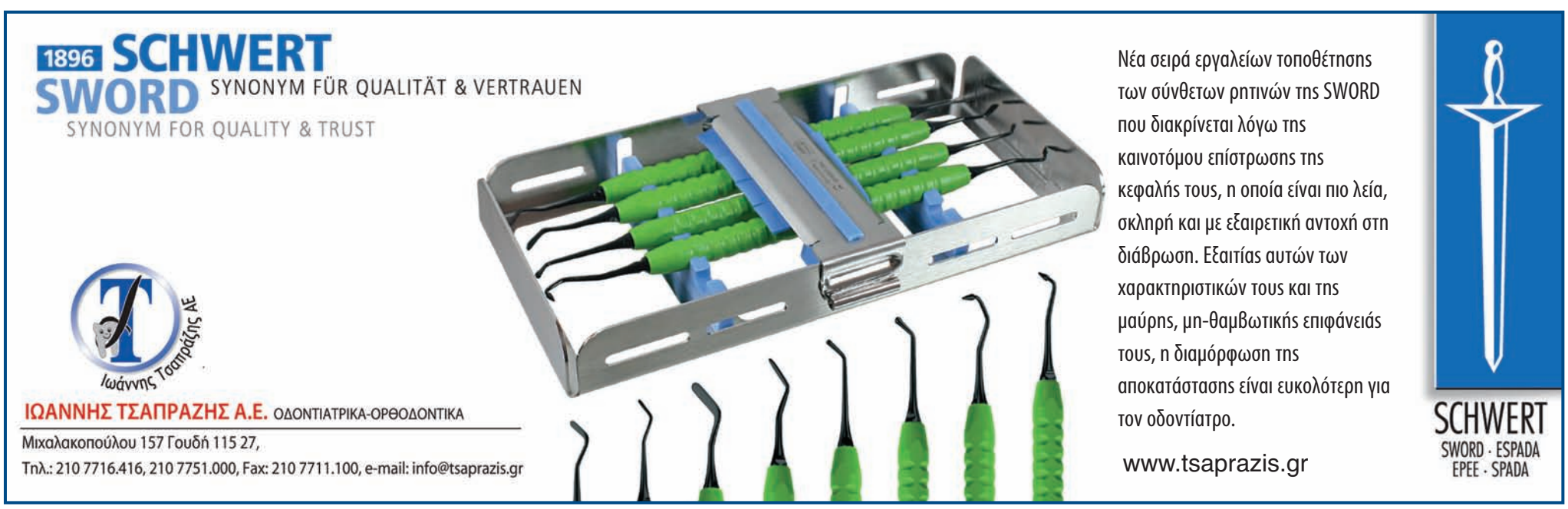
Οχι τασάκια λοιπόν στους δρόμους, κάπως σαν μοντέρνες ερμές κεφαλές. Αλλά μ' εκείνα τα «βαρέα αντικείμενα» που μένουν στους δρόμους των συνοικιών δέκα και είκοσι μέρες δεν μπορεί να υπάρξει ταχύτερη μέριμνα, αν βέβαια δεν πρόκειται για εικαστική παρέμβαση; Και με τα παρατημένα αυτοκίνητα, που όχι μόνο στερούν θέσεις παρκαρίσματος (για τις οποίες σφαζόμαστε μεταφορικώς και κυριολεκτικώς) αλλά καταντούν και συλλέκτες σκουπιδιών, δεν μπορεί να γίνει τίποτα ύστερα από δύο και τρία χρόνια που έχουν στο παρμπρίζ τους το επίσημο απειλητικό αυτοκολλητάκι, «θα σας το πάρουμε αν δεν το περιμαζέψετε» ή κάτι τέτοιο; Τουλάχιστον ας ξεκολλήσουν οι υπηρεσίες το αυτοκόλλητο, ώστε και αυτό να μην πανηγυρίζει καγχάζοντας και εμείς να μην κουνάμε την κεφαλή μας επιτιμητικά μόλις το βλέπουμε.

> **«Είχαμε πιστέψει βέβαια κάποια στιγμή, ευτυχώς όχι όλοι, ότι μπορούμε να απολαμβάνουμε εσαεί δανεική ζωή. Αλλά φαίνεται ότι βγαίνουμε πια από τον λήθαργο στον οποίο είχαμε βουλιάξει από την ευπιστία μας, την πνευματική μας πτωχεία ή την οργιώδη διαφήμιση που προπαγάνδιζε τις μεταξωτές της κορδέλες χωρίς έλεγχο από όσους υποτίθεται πως έχουν την υποχρέωση να ελέγχουν τη διαφημιστική βιομηχανία»**

Ερμηνεία δεύτερη: Υπακούοντας στις εντολές του ραγδαίως εξασθενούντος βαλαντίου μας και όχι στις αυστηρές συστάσεις των βλοσυρών πολιτικών και οικονομικών προυχόντων, Ελλήνων και τροϊκανών, «χαμηλώσαμε το επίπεδο της ζωής μας» για να το φέρουμε πιο κοντά στην αληθινή ισχύ των οικονομικών μας. Είχαμε πιστέψει βέβαια κάποια στιγμή, ευτυχώς όχι όλοι, ότι μπορούμε να απολαμβάνουμε εσαεί δανεική ζωή. Αλλά φαίνεται ότι βγαίνουμε πια από τον λήθαργο στον οποίο είχαμε βουλιάξει από την ευπιστία μας, την πνευματική μας πτωχεία ή την οργιώδη διαφήμιση που προπαγάνδιζε τις μεταξωτές της κορδέλες χωρίς έλεγχο από όσους υποτίθεται πως έχουν την υποχρέωση να ελέγχουν τη διαφημιστική βιομηχανία. Και πια χαλάμε λιγότερα. Στο σπίτι και όταν βγαίνουμε έξω, με την παρέα. Τα δώρα λιγόστεψαν (ή μάλλον διαλέγουμε τα χρήσιμα παρά τα εντυπωσιακά), η γκαρνταρόμπα μας δεν ανανεώνεται αναιτίως κάθε λίγο και λιγάκι για να ανταποκρίνεται υστερικά στις επιταγές της μόδας, το αμαξάκι των δύο χρόνων δεν μας φαίνεται παλιομοδίτικο, από τους εσπρέσο των τεσσάρων ευρώ παίρνουμε τις αποστάσεις μας και το κρέας δεν μετέχει καθημερινά στη δίαιτά μας όπως τον παλιό καλό καιρό - ποιον «παλιό», μόλις χθες. Και αφού χαλάμε λιγότερα, πολύ λιγότερα, μειώθηκαν και τα κάθε λογής σκουπίδια που παρήγε ο καταναλωτισμός μας. Υπέστη λοιπόν τις συνέπειες της κρίσης και αυτός ο σημαδιακός κατά κεφαλήν δείκτης της ψεύτικης ευμάρειάς μας.

Ερμηνεία τρίτη: Οσο οικολόγοι κι αν γίναμε, όσο κι αν νερώσαμε εξ ανάγκης την καταναλωτική μας μέθη, δεν αρκούν αυτά για να εξηγήσουν τη μείωση των απορριμμάτων. Στην όλη υπόθεση έχουν συμβάλει καθοριστικά τα φαντάσματα της ημέρας. Λέω για τους συνανθρώπους μας, μελαψούς συνήθως, εξ Ανατολής, που διασχίζουν σαν αόρατοι από το πρωί ώς το βράδυ τις συνοικίες μαζεύοντας οτιδήποτε μεταλλικό. Οδηγώντας καροτσάκια των σούπερ μάρκετ ή και πεταμένα καροτσάκια νηπίων στην ανάγκη, τα φορτώνουν με ό,τι βρουν αφημένο στα πεζοδρόμια και με ό,τι τους αποφέρει η επιμελής διερεύνηση του περιεχομένου των κάδων. «Ξεπερασμένες» ηλεκτρικές και ηλεκτρονικές συσκευές, σωλήνες, σύρματα, κατσαρολικά, κρεμάστρες, χαλασμένα παιχνίδια, μπιμπελό, τα πάντα βρίσκουν τη θέση τους στα καροτσάκια, που δείχνουν απεριόριστης χωρητικότητας. Μετέχουν όλοι αυτοί σε αλυσίδες περισυλλογής, που τις διοικούν και τις εκμεταλλεύονται κάποιοι «δικοί μας», λευκοί; Ισως. Το βέβαιο είναι πως οι μεταλλοσυλλέκτες, μαζί με τους «παραδοσιακούς» ρακοσυλλέκτες, που πληθαίνουν όσο βαραίνει η κρίση, προάγουν την ανακύκλωση περισσότερο απ' ό,τι η επίσημη πολιτεία.

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



Ημερίδα Ενδοδοντίας από το Ινστιτούτο Μέριμνα

Επιστροφή στην «χαμηλού κόστους, μη επεμβατική και προληπτική» οδοντιατρική;

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

Θυμάστε το πολύ δημοφιλές θέμα σε παλιότερα συνεδρία: «Εμφυτεύματα ή ενδοδοντική θεραπεία»; Φαίνεται λοιπόν ότι η απάντηση δεν ενέχει μόνο τον παράγοντα τεχνολογική και γνωστική εξέλιξη , αλλά και τον παράγοντα χρόνο, με όλες τις συντεταγμένες του. Σήμερα μάλλον τη μάχη κερδίζει η ενδοδοντική θεραπεία και μάλιστα αυτό επιβάλλεται από τους ασθενείς. Στους δύσκολους καιρούς της κρίσης και του οικονομικού μαρασμού, η οδοντιατρική γενικά έκανε μια μεγάλη στροφή και επέστρεψε εκεί που ξεκίνησε. Έτσι, οι εμφράξεις, οι θεραπείες ουλίτιδας και περιοδοντίτιδας αλλά και οι ενδοδοντικές θεραπείες έγιναν ο βασικός συντελεστής επιβίωσης του μέσου οδοντιάτρου. Όλα αυτά θα μπορούσαν να ονομαστούν ως «χαμηλού κόστους, μη επεμβατική και προληπτική οδοντιατρική».

Στο πνεύμα της εποχής το Ινστιτούτο Μέριμνα διοργάνωσε μια ημερίδα ενδοδοντίας στις 28 Ιανουαρίου με ομιλητή τον κ. Φλωράτο. Το σεμινάριο ήταν βασικά κλινικού ενδιαφέροντος και παρουσιάστηκαν όλα τα στάδια, οι τεχνικές και τα συμβάντα που μπορούν να υπάρξουν κατά τη διάρκεια μια ενδοδοντικής θεραπείας.

Ξεκινώντας με τη διάνοιξη των στομίων των ριζικών σωλήνων, είναι η καλή διάνοιξη των στομίων στο υποπολφικό τοίχωμα. Έτσι μετά την ανεύρεση των στομίων χρησιμοποιούμε πρώτα το Orifice opener σε βάθος 2-3mm και ακολούθως η Gated#2 σε βάθος 3-4mm.

Στους άνω γομφίους, η παρουσία δεύτερου εγγύς παρειακού ριζικού σωλήνα ανέρχεται στον μεν 1ο γομφίο της άνω στο 97%, και μάλιστα σε ποσοστό 41% αυτοί καταλήγουν σε διαφορετικό ακρορρίζιο . Στο 2ο γομφίο της άνω γνάθου το ποσοστό είναι 40%. Στους κάτω γομφίους το ποσοστό ανέρχεται στο 42% στους πρώτους γομφίους και 24,2% στους δεύτερους. Ο ΕΠ2 βρίσκεται περίπου 2mm από το ΕΠ1 και σε κατεύθυνση υπερώια. Γενικά τα στόμια των ριζικών σωλήνων βρίσκονται στις κορυφές της ένωσης του εδάφους του πολφικού θαλάμου και των περιφερειακών τοιχωμάτων. Το έδαφος του πολφικού θαλάμου είναι πάντα πιο σκούρου χρώματος και γκριζωπό, σε σχέση με το κιτρινωπό των περιφερειακών τοιχωμάτων. Το περίγραμμα του πολφικού θαλάμου στο ύψος των στομίων είναι ομόκεντρο με το εξωτερικό περίγραμμα του δοντιού.

Ο σκοπός της ενδοδοντικής θεραπείας είναι η εξάλειψη της μικροβιακής μόλυνσης και η πρόληψη επαναμόλυνσης. Σε ζωντανούς πολφούς η χημικομηχανική επεξεργασία και η τελική έμφραξη μπορούν να γίνουν στην ίδια συνεδρία, ενώ σε νεκρούς αντενδείκνυται. Σύμφωνα με τη βιβλιογραφία (Endstrom 1964, Sjögren 1997) η έμφραξη όταν η καλλιέργεια από τον ρ.σ. είναι αρνητική δίνει πολύ καλύτερα αποτελέσματα (89 vs 76% και 94 vs 68% αντίστοιχα).

Οι μικροβιολογικοί στόχοι της ενδοδοντικής θεραπείας είναι σε περίπτωση ζωντανού πολφού η πρόληψη περιακρορριζικής περιοδοντίτιδος, ενώ σε νεκρό πολφό η εξάλειψη της μικροβιακής μόλυνσης. Βιβλιογραφικά προκύπτει (Strindberg 1956, Bystrom 1987) ότι σε παρουσία περιακρορριζικής αλλοίωσης τα ποσοστά επιτυχίας μειώνονται στο 79% (από 92%). Η ιδεώδης διεύρυνση θα πρέπει να είναι 35-40, γιατί έχει βρεθεί ότι το ακρορρίζιο έχει διαστάσεις 0,37mm (κεντρικοί τομείς και πλάγιοι), 0,33 οι κυνόδοντες, 0,35 οι προγόμφιοι,0,40 οι γομφίοι άνω και 0,38 οι γομφίοι κάτω.

Ακολούθησε πρακτική άσκηση για διάνοιξη και χημικομηχανική επεξεργασία με το σύστημα Bio-race και έμφραξη με θερμοπλαστικοποιημένη γουταπέρκα. Η ανάδευση των υγρών διακλυσμού με υπέρηχο αφαιρεί περισσότερα υπολείμματα σε σχέση με το διακλυσμό με βελόνα. Το Naoci είναι ιδεώδες σαν αντιμικροβιακό, δραστικό στους μύκητες και προσφέρει ισχυρή αντιμικροβιακή δράση. Δεν αφαιρεί όμως το οδοντινικό επίχρισμα και δεν πρέπει να ανακατεύεται με CHX.

Σαν χημειοθεραπευτικό ενδείκνυται η CHX. Έχει ευρύ αντιμικροβιακό φάσμα, είναι μάλιστα δραστική ακόμη και κατά του E. Faecalis. Διεισδύει σε βάθος στα οδοντινοσωληνάρια και διατηρεί παρατεταμένη δράση. Δεν διαλύει όμως νεκρωτικά υπολείμματα, αδρανοποιείται με παρουσία εξιδρώματος, αίματος και πύου και δεν είναι αποτελεσματικό στα Gram- βακτήρια. Συνιστάται η χρήση αυτού για 1-3 λεπτά και κατόπιν η έκλυση και αφαίρεση του με τοποθέτηση για 1 εβδομάδα $Ca(OH)_2$. Ακολουθεί η τελική έμφραξη.

Η ημερίδα ήταν πολύ περιεκτική. Τυπική μεν ενδοδοντική ομιλία, αλλά χάρη στην προσπάθεια του ομιλητή, ήταν πολύ χρήσιμη για την κλινική μας πράξη και ισορροπημένη μεταξύ κλινικής τεκμηρίωσης και κλινικής πρακτικής.

Επιστημονικές εκδηλώσεις της Ελληνικής Περιοδοντολογικής Εταιρείας

Στα πλαίσια ενημέρωσης των Ελλήνων Οδοντιάτρων, η Ελληνική Περιοδοντολογική Εταιρεία διοργανώνει για το 1ο εξάμηνο του 2012 τις ακόλουθες επιστημονικές εκδηλώσεις:

Επιστημονική ημερίδα με θέμα: «**Αντιμετώπιση ελλειμμάτων σκληρών και μαλακών ιστών στην αισθητική ζώνη**», με προσκεκλημένο ομιλητή τον καθ. Νίκο Δόνο, που θα γίνει στο Ξενοδοχείο «Crowne Plaza», Μιχαλακοπούλου 50, Αθήνα, το Σάββατο 10 Μαρτίου 2012. Συντονιστής της ημερίδας θα είναι ο αναπλ. καθηγητής Β. Πανής. Θα αναπτυχθούν τα εξής θέματα: «Διατήρηση μετεξακτικού φατνίου» από τον Ι. Βούρο, «Αύξηση φατνιακής ακρολοφίας με τη χρήση σκληρών ιστών» από τον Σ. Βασιλόπουλο, ενώ μετά το διάλειμμα ο Ν. Συκαράς θα μιλήσει για το θέμα «Προσθετική προσέγγιση σε ελλειμματική ακρολοφία στην αισθητική ζώνη» και ο Ν. Δόνος για την «Εισαγωγή στην πλαστική χειρουργική του περιοδοντίου και η χρήση του Mucograft».
Ύστερα από το ελαφρύ γεύμα που θα προσφερθεί στους συμμετέχοντες, θα ακολουθήσει πρακτικό σεμινάριο με συντονιστή τον καθηγητή Ν. Δόνο. Θα παρουσιαστούν και θα αναλυθούν οι τεχνικές χρήσης του Mucograft και θα ακολουθήσει πρακτική εξάσκηση σε γνάθους χοίρων.
Η συμμετοχή στο θεωρητικό μέρος για μέλη της ΕΠΕ και για φοιτητές είναι 30 ευρώ, για μη μέλη 50. Η τιμή συμμετοχής στο πρακτικό μέρος είναι 100 ευρώ. Το πρακτικό σεμινάριο θα παρακολουθήσουν 15 άτομα και θα τηρηθεί απόλυτη σειρά προτεραιότητας.
Για περισσότερες πληροφορίες μπορείτε να επικοινωνείτε με την κα Μαρία Μπλαζάκη- Τηλ./fax 210 7484167, e-mail: helperio@periodontology.gr

Στις 30, 31 Μαρτίου και 1 Απριλίου 2012 (Παρασκευή – Κυριακή) θα πραγματοποιηθεί κλινικό σεμινάριο με θέμα «**Κλινική εφαρμογή των εμφυτευμάτων**» (ανανεωμένο).
Πρόκειται για ένα εντατικό τριήμερο σεμινάριο, που απευθύνεται τόσο σε αρχάριους, όσο και σε εκείνους που έχουν ήδη εμπειρία στη θεραπεία με εμφυτεύματα. Περιλαμβάνει όλα όσα πρέπει να γνωρίζει ο σύγχρονος οδοντίατρος, ώστε να εντάξει τη θεραπεία με εμφυτεύματα στην καθημερινή οδοντιατρική πράξη. Ιδιαίτερη έμφαση έχει δοθεί στα εξής: επιλογή ασθενών, διαγνωστικές μέθοδοι, σχέδιο θεραπείας και σύγχρονες χειρουργικές τεχνικές.
Επίσης παρουσιάζονται οι σύγχρονες απόψεις σχετικά με: τοποθέτηση εμφυτευμάτων σε ελλειμματικό οστό (οστικά μοσχεύματα, κατευθυνόμενη οστική αναγέννηση, ανύψωση ιγμόρειου κλπ.), άμεση εμφύτευση, άμεση φόρτιση- άμεση αποκατάσταση, αισθητική εμφυτευμάτων, διευθέτηση μαλακών ιστών, επιπλοκές και αντιμετώπισή τους, δόντια και εμφυτεύματα.
Υπεύθυνοι του σεμιναρίου είναι οι Γιώργος Μπαλτάς και Σπύρος Βασιλόπουλος. Τα θέματα θα αναπτυχθούν από τους παρακάτω ομιλητές: Χ. Αποστολίδης, Ι. Βούρος, Κ. Γεωργιάδης, Η. Γούσιας, Α. Διαμάντη-Κηπιώτη, Α. Κωνσταντινίδης, Γ. Μπαλτάς, Α. Πούλιος, Ν. Συκαράς, Ι. Φουρμούζης.
Ο αριθμός συμμετεχόντων είναι 25 άτομα και η συμμετοχή για μέλη Ε.Π.Ε. είναι 250 και για μη μέλη 300 ευρώ. Θα χορηγηθούν πιστοποιητικά συμμετοχής.
Πληροφορίες για το κλινικό σεμινάριο εμφυτευμάτων μπορείτε να παίρνετε από την κα Μαρία Μπλαζάκη στα γραφεία της Εταιρείας, Δευτέρα, Τετάρτη και Πέμπτη 10:00 π.μ. - 2:00 μ.μ, τηλ./fax 210 7484167, e-mail: helperio@periodontology.gr. Θα τηρηθεί απόλυτη σειρά προτεραιότητας. Οι ενδιαφερόμενοι συνάδελφοι μπορούν να ζητήσουν αναλυτικό πρόγραμμα από τα γραφεία της εταιρείας.

Τέλος να υπενθυμίσουμε πως το **Πανευρωπαϊκό Συνέδριο Περιοδοντολογίας «Europerio 7»** , θα γίνει στη Βιέννη, 6-9 Ιουνίου 2012. Πληροφορίες μπορείτε να βρείτε στους δικτυακούς τόπους www.efp.net & www.periodontology.gr

Πρόγραμμα E-LEARNING

Συμπληρώθηκε με επιτυχία ένας χρόνος μαθημάτων συνεχιζόμενης εκπαίδευσης της Στοματολογικής Εταιρείας της Ελλάδος μέσω διαδικτύου. Τα σεμινάρια διάρκειας μιας περίπου ώρας γίνονται κάθε δεύτερη και τελευταία Δευτέρα κάθε μήνα και ώρα 13:00-14:00. Ο πρώτος κύκλος για το 2012 έχει ήδη αρχίσει και περιλαμβάνει τα παρακάτω θέματα και ομιλητές:

- 12 Μαρτίου: Ε. Κατσώνη – Οδοντίατρος με θέμα «Διαγνωστική προσέγγιση σε περιακρορριζικές αλλοιώσεις της κάτω γνάθου».
- 26 Μαρτίου: Ε. Πιπέρη – Λέκτορας Στοματολογίας ΕΚΠΑ με θέμα «Ανεπιθύμητες φαρμακευτικές αντιδράσεις από τη στοματική κοιλότητα».
- 30 Απριλίου: Η. Γούσιας - Επίκουρος Καθηγητής Ακίνητης Προσθετικής ΕΚΠΑ με θέμα «Οδοντικές παρασκευές και ακίνητη προσθετική».
- 14 Μαΐου: Ν. Συκαράς - Επίκουρος Καθηγητής Προσθετολογίας ΕΚΠΑ με θέμα «Σύνδεσμοι ακριβείας στις μερικές οδοντοστοιχίες».
- 28 Μαΐου: Κ. Τσιχλάκης - Καθηγητής Ακτινοδιαγνωστικής ΕΚΠΑ με θέμα «Συγκριτική απεικόνιση ενδοστικών αλλοιώσεων στην πανοραμική ακτινογραφία και τον οδοντιατρικό υπολογιστικό τομογράφο».

Σε περίπτωση που το πρόγραμμα σας φανεί ενδιαφέρον, μπορείτε να στείλετε τη συγκατάθεσή σας για παρακολούθηση με e-mail, ώστε να συμπεριληφθείτε σ' αυτά. Την τοποθέτηση της πλατφόρμας αναλαμβάνει η ΣΕΕ χωρίς χρέωση, (χορηγός του προγράμματος είναι η εταιρεία GlaxoSmithKline). Εξυπακούεται ότι οι ηλεκτρονικές διευθύνσεις θα χρησιμοποιηθούν μόνο για το σκοπό αυτό.

Για περισσότερες πληροφορίες μπορείτε να επικοινωνείτε με τη Στοματολογική Εταιρεία της Ελλάδος, τηλ: 210-9214325, e-mail: stomsoc@otenet.gr

Το LISTERINE® στο 31ο Πανελλήνιο Οδοντιατρικό Συνέδριο

Η εταιρεία Johnson & Johnson έδωσε δυναμικό παρόν στο 31ο Π.Ο.Σ. που πραγματοποιήθηκε τον περασμένο Νοέμβριο στη Θεσσαλονίκη. Το εντυπωσιακό περίπτερο του LISTERINE® κατάφερε να προσελκύσει το ενδιαφέρον των συνέδρων, οι οποίοι είχαν την ευκαιρία να ενημερωθούν από τους ανθρώπους της Johnson & Johnson για τη νέα επαγγελματική συσκευασία LISTERINE® Total Care, τις ιδιότητες και την αποδεδειγμένη αποτελεσματικότητά του.

Την ίδια ώρα περισσότεροι από 150 οδοντίατροι και φοιτητές της οδοντιατρικής παρακολούθησαν τη δορυφορική ομιλία που διοργανώθηκε με την ευγενική χορηγία της Johnson & Johnson, με θέμα την αποτελεσματικότητα του στοματικού διαλύματος που βασίζεται στα αιθέρια έλαια, προσθέτοντας αξία στην εκπαίδευσή τους γύρω από τα στοματικά διαλύματα και τη στοματική υγιεινή γενικότερα. Πιο συγκεκριμένα, ο επίκ. Καθηγητής Προληπτικής και Κοινωνικής Οδοντιατρικής του Πανεπιστημίου Αθηνών Βασίλειος (William) Παπαϊωάννου αναφέρθηκε στη σημασία που έχει η χρήση στοματικού διαλύματος στη στοματική υγιεινή, ενώ η Δρ. Μαρία Μαντζουράνη ανέπτυξε τα οφέλη για τη στοματική υγιεινή από ένα στοματικό διάλυμα βασισμένο στα αιθέρια έλαια. Από τους συμμετέχοντες μάλιστα, η δορυφορική αυτή ομιλία χαρακτηρίστηκε ως πολύ ενδιαφέρουσα.

Τέλος στους συνέδρους που παρακολούθησαν στο 31ο Π.Ο.Σ. και επισκέφτηκαν το περίπτερο της Johnson & Johnson διανεμήθηκαν τσάντες LISTERINE®, δείγματα Total Care, επαγγελματικές συσκευασίες Total Care, ποτηράκια LISTERINE® και ενημερωτικά έντυπα.

Το νέο LISTERINE® ZERO™ της Johnson & Johnson είναι κλινικά αποδεδειγμένο ότι αντιμετωπίζει τα βακτήρια που προκαλούν οδοντική πλάκα και ουλίτιδα, φρεσκάροντας την αναπνοή.

Με λιγότερο έντονη γεύση χάρη στη σύνθεσή του χωρίς οινόπνευμα.

Στοματολογική Εταιρεία της Ελλάδας
Πρόγραμμα «Καλύτερη Στοματική Υγεία μέσα στην Οικογένεια»

Η Στοματολογική Εταιρεία της Ελλάδος (ΣΕΕ), στο πλαίσιο της δεύτερης φάσης της συνεργασίας «***Live.Learn.Laugh. Phase Two: Twice Daily Tooth Brushing***», οργάνωσε και υλοποίησε πρόγραμμα πρόληψης, με τον τίτλο «***Καλύτερη Στοματική Υγεία μέσα στην Οικογένεια» (Oral Health Through Family***). Το πρόγραμμα πραγματοποιήθηκε με τη συνεργασία της ΑΙΜ, των Δήμων Αιγάλεω και Κρωπίας και του Οδοντιατρικού Συλλόγου Αττικής.

Ο κεντρικός στόχος του προγράμματος ήταν η ευαισθητοποίηση των γονέων στη φροντίδα της στοματικής υγείας των παιδιών και στην επισκεψιμότητα στο οδοντιατρείο. Για το σκοπό αυτό έγιναν επισκέψεις στους παιδικούς σταθμούς των δύο περιοχών, οργανώθηκαν συναντήσεις με γονείς, μοιράστηκε ενημερωτικό υλικό και Κάρτες Οδοντιατρικών Επισκέψεων (*Dental Pass Card*).

Το πρόγραμμα υλοποιήθηκε από τον Οκτώβριο έως και τον Δεκέμβριο του 2011, από ειδικά εκπαιδευμένους οδοντίατρους-συνεργάτες της ΣΕΕ. Συνολικά έγιναν επισκέψεις σε 15 παιδικούς σταθμούς και συμμετείχαν 350 γονείς. Κατά τη διάρκεια των συζητήσεων, αναλύθηκαν ζητήματα φροντίδας της στοματικής υγείας των παιδιών, τονίστηκε η σημασία των τακτικών επισκέψεων στο οδοντιατρείο και η σπουδαιότητα της περιορισμένης λήψης σακχαρούχων τροφών.

Το πρόγραμμα «***Καλύτερη Στοματική Υγεία μέσα στην Οικογένεια***», θα συνεχιστεί και φέτος στους Δήμους Αιγάλεω και Κρωπίας και θα επεκταθεί σε άλλους Δήμους του Λεκανοπεδίου. Στόχος της παγκόσμιας συνεργασίας «***Live.Learn.Laugh. Phase Two: Twice Daily Tooth Brushing***» παραμένει η μετρήσιμη βελτίωση της στοματικής υγείας του πληθυσμού, μέσω του τακτικού βουρτσίσματος, δύο φορές την ημέρα, με φθοριούχο οδοντόκρεμα.

ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΕΤΑΙΡΙΑ ΚΛΙΝΙΚΗΣ ΣΤΟΜΑΤΟΛΟΓΙΑΣ
ΗΜΕΡΙΔΑ ΣΤΟΜΑΤΟΛΟΓΙΑΣ

Σάββατο 28 Απριλίου 2012, ώρα 09:15 π.μ. – 14:30 μ.μ.

Ξενοδοχείο Caravel (Αίθουσα Ολυμπία), Αθήνα

Η συμμετοχή είναι δωρεάν

Επίκαιρα Στοματολογικά Προβλήματα: Νεότερες απόψεις στη Διαγνωστική και Θεραπευτική Προσέγγιση

ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ

ΜΕΡΟΣ Ι

Πρόεδροι: Κίττας Χ. – Φραγκίσκος Φ.

Ομιλητές:

Ανάγνου Ν.: *Βλαστοκύτταρα: Νέα εποχή για την Ιατρική και Οδοντιατρική.*

Δαμουλής Π.: *Επιθετική Περιοδοντίτις: Τοπικό ή Συστηματικό πρόβλημα.*

Τζιούφας Α.: *Σύνδρομο Sjögren: Ιατρική προσέγγιση.*

Λούμου Π.: *Σύνδρομο Sjögren: Στοματολογική και Οδοντιατρική προσέγγιση.*

Βλαχογιαννόπουλος Π.: *Ερυθηματώδης λύκος και Κροταφική Αρτηρίτις: Ιατρική προσέγγιση.*

Γεωργακοπούλου Ε.: *Ερυθηματώδης λύκος και Κροταφική Αρτηρίτις: Στοματολογική προσέγγιση.*

Λάσκαρης Γ.: *Πεμφιγοειδές των Βλεννογόνων: Κλινικοί Φαινότυποι και Αντιγονική Αντιστοιχία – Νέα Δεδομένα.*

ΜΕΡΟΣ ΙΙ

Πρόεδροι: Πατρικίου Α. – Βαϊρακτάρης Ε.

Ομιλητές:

Γκάγκαρη Ε.: *Ομαλός Λειχήνας: Διαγνωστικά, Θεραπευτικά και Προγνωστικά Διλήμματα.*

Ζέλου Αι.: *Φλεγμονώδεις Νόσοι του Εντέρου (Νόσος του Crohn – Ελκώδης Κολίτις – Κοιλιοκάκη): Ιατρική προσέγγιση.*

Στουφή Ε.: *Φλεγμονώδεις Νόσοι του Εντέρου (Νόσος του Crohn – Ελκώδης Κολίτις – Κοιλιοκάκη): Στοματολογική προσέγγιση.*

Φακίτσας Ι.: *Συστηματικά και Τοπικά Νοσήματα στο Στόμα και Απόφαση για Τοποθέτηση Εμφυτευμάτων.*

ΜΕΡΟΣ ΙΙΙ

Πρόεδροι: Λάσκαρης Γ. – Ανδρεάδης Δ.

Εισηγήσεις Θεραπευτικής (5΄)

Ομιλητές:

Καλιακάτσου Φ.: *Θεραπεία Συγχειλίτιδας.*

Δούκα Μ.: *Θεραπεία Κοκκιωματώδους Χειλίτιδας.*

Μαλάμος Δ.: *Θεραπεία Ερπητικής Ουλοστοματίτιδας.*

Καψοκέφαλος Π.: *Κριτήρια Θεραπείας Λευκοπλακίας*

Γαβριήλ Σ.: *Θεραπεία Επώδυνου Δυσλειτουργικού Συνδρόμου Κροταφογναθικής*

ΟΜΙΛΗΤΕΣ

Ανάγνου Ν.: Καθηγητής Βιολογίας Ιατρικής Σχολής Παν. Αθηνών.

Βλαχογιαννόπουλος Π.: Καθηγητής Παθολογίας Ιατρικής Σχολής Παν. Αθηνών.

Γαβριήλ Σ.: Γναθοχειρουργός, Δ/ντής «Θριάσειο» Νοσοκομείο.

Γεωργακοπούλου Ε.: Στοματολόγος. Ιατρός-Οδοντίατρος.

Γκάγκαρη Ε.: Υπεύθυνη Στοματολογικού Τμήματος Νοσ. «Α. Συγγρός», Επικ. Καθηγήτρια.

Δαμουλής Π.: Περιοδοντολόγος.

Δούκα Μ.: Στοματολόγος – Οδοντίατρος.

Ζέλου Αι.: Γαστρεντερολόγος, Επισκέπτης Καθ. Νοσ. John's Hopkins (USA).

Καλιακάτσου Φ.: Στοματολόγος – Οδοντίατρος.

Καψοκέφαλος Π.: Στοματολόγος – Οδοντίατρος.

Λάσκαρης Γ.: Στοματολόγος. Ιατρός-Οδοντίατρος, Αν. Καθηγητής Στοματολογίας.

Μαλάμος Δ.: Στοματολόγος – Οδοντίατρος.

Στούφη Ε.: Στοματολόγος – Οδοντίατρος.

Τζιούφας Α.: Καθηγητής Παθολογίας Ιατρικής Σχολής Παν. Αθηνών.

Φακίτσας Ι.: Γναθοχειρουργός.

Γιώργος Λάσκαρης — *Πρόεδρος*

Ελεάνα Στουφή — *Γεν. Γραμματέας*

Ελλ. Εταιρίας Κλινικής Στοματολογίας

Πλοήγηση από το κινητό σας στο λαβύρινθο της συγκόλλησης

Σύστημα Πλοήγησης για Συγκόλληση: Τώρα επίσης διαθέσιμο ως εφαρμογή για iPhone και iPad

Σε απάντηση στην αυξανόμενη δημοτικότητα του mobile internet, η Ivoclar Vivadent έχει αναπτύξει μια νέα έκδοση της εφαρμογής του συστήματος πλοήγησης για συγκόλληση. Η νέα εφαρμογή επιτρέπει στους χρήστες να αποκτήσουν μια συνολική εικόνα των επιλογών συγκόλλησης, κατά τη διάρκεια του διαλείμματος ή εν κινήσει.

Το Cementation Navigation System (CNS) είναι μια εφαρμογή πολυμέσων από την Ivoclar Vivadent, η οποία προσφέρει στον οδοντίατρο πρακτικό προσανατολισμό και καθοδήγηση στην επιλογή της καλύτερης ρητινώδους κονίας για κάθε περίπτωση. Από τον Μάρτιο του 2011 που ξεκίνησε, το CNS έχει συναντήσει πολύ θετική ανταπόκριση.

Τα 40.000 και πλέον DVD που έχουν διανεμηθεί και οι πάνω από 30.000 επισκέψεις στο www.cementation-navigation.com μαρτυρούν το μεγάλο ενδιαφέρον που επέδειξε η οδοντιατρική κοινότητα.

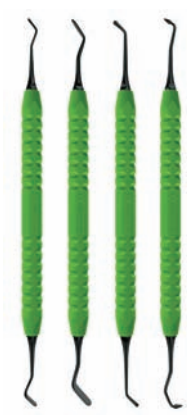
Επιπλέον, το CNS είναι τώρα διαθέσιμο για download στο iTunes Store, τόσο ως εφαρμογή για iPhones όσο και για iPads. Η νέα έκδοση διαθέτει επιπλέον μια ενότητα για «Επιεμφυτευματική Συγκόλληση». Επίσης, όλες οι διαδικασίες συγκόλλησης που μπορούν να γίνουν με ρητινώδεις κονίες της Ivoclar Vivadent εξηγούνται τώρα λεπτομερώς με περισσότερες από 200 κινούμενες εικόνες.

Όσοι επιθυμούν να αποκτήσουν μια επισκόπηση των πλεονεκτημάτων του CNS, μπορούν να το κάνουν τώρα διασκεδάζοντας με το «CNS - The Game». Οι εφαρμογές πλοήγησης και το παιχνίδι μπορεί να βρεθούν στο iTunes App Store, βάζοντας τον όρο αναζήτησης «Ivoclar».

Για περισσότερες πληροφορίες μπορείτε να επικοινωνείτε με την
Dental Vision: 210 77 55 900
SADENT AEBE: 210 80 49 493
Κύπρου: dentalcon trading: τηλ: + 357 22 466 000

Ivoclar Vivadent AG
E-Mail: info@ivoclarvivadent.com
www.ivoclarvivadent.com

SWORD- Εργαλεία τοποθέτησης σύνθετων ρητινών



Η ολοκαίνουργια σειρά εργαλείων τοποθέτησης των σύνθετων ρητινών της SCHWERT διακρίνεται λόγω της καινοτόμου επίστρωσης της κεφαλής τους, η οποία είναι πιο λεία, σκληρή και με εξαιρετική αντοχή στη διάβρωση. Εξαιτίας αυτών των χαρακτηριστικών της και της μαύρης, μη-θαμβωτικής επιφάνειάς τους, η διαμόρφωση της αποκατάστασης είναι ευκολότερη για τον οδοντίατρο.

Τα 4 πιο δημοφιλή εργαλεία διαμόρφωσης των σύνθετων ρητινών είναι:

- Το μικρό και πιο λεπτομερές εργαλείο τοποθέτησης ρητινών για τις μικρές κοιλότητες.
- Το μεγαλύτερο εργαλείο τοποθέτησης ρητινών για τις μεγαλύτερες κοιλότητες.
- Το εργαλείο στίλβωσης σε σχήμα αχλαδιού και
- Το εργαλείο διαμόρφωσης οπών και σχισμών διπλής και απλής γωνίας.

Οι εναλλασσόμενες κεφαλές εργασίας προσαρμόζονται σε μια πλαστική λαβή, έτσι ώστε είναι πιθανό να αντικατασταθούν αντί να χρησιμοποιήσουμε κάποιο ξεχωριστό εργαλείο.

Η εργονομική και ελαφριά λαβή τους επιτρέπει τη λεπτομερή και εξαιρετικά ακριβή τοποθέτηση των σύνθετων ρητινών χωρίς να επιβαρύνεται λειτουργικά ο οδοντίατρος.

Για περισσότερες πληροφορίες απευθυνθείτε στην εταιρεία Τσαπράζης Ιωάννης ΑΕ

Ημερίδα Οδοντιατρικού Συλλόγου Κορινθίας

Μετά την ιδιαίτερα επιτυχημένη ημερίδα ενδοδοντίας που διοργάνωσε στις αρχές Φεβρουαρίου ο Οδοντιατρικός Σύλλογος Κορινθίας σε συνεργασία με την Ελληνική Ενδοδοντική Εταιρεία, την οποία παρακολούθησαν πάνω από 100 οδοντίατροι, ο Σύλλογος έχει ήδη προγραμματίσει άλλη μια ενδιαφέρουσα ημερίδα, αυτή τη φορά με την υποστήριξη του τομέα Περιοδοντολογίας της Οδοντιατρικής Σχολής του Πανεπιστημίου Αθηνών.

Η ημερίδα του Οδοντιατρικού Συλλόγου Κορινθίας θα πραγματοποιηθεί το Σάββατο, 4 Μαΐου, στις 10:00 π.μ. στο συνεδριακό κέντρο Sikyon Coast Hotel- Resort στη Συκιά στο Ξυλόκαστρο.

Τα θέματα που θα αναπτυχθούν είναι:

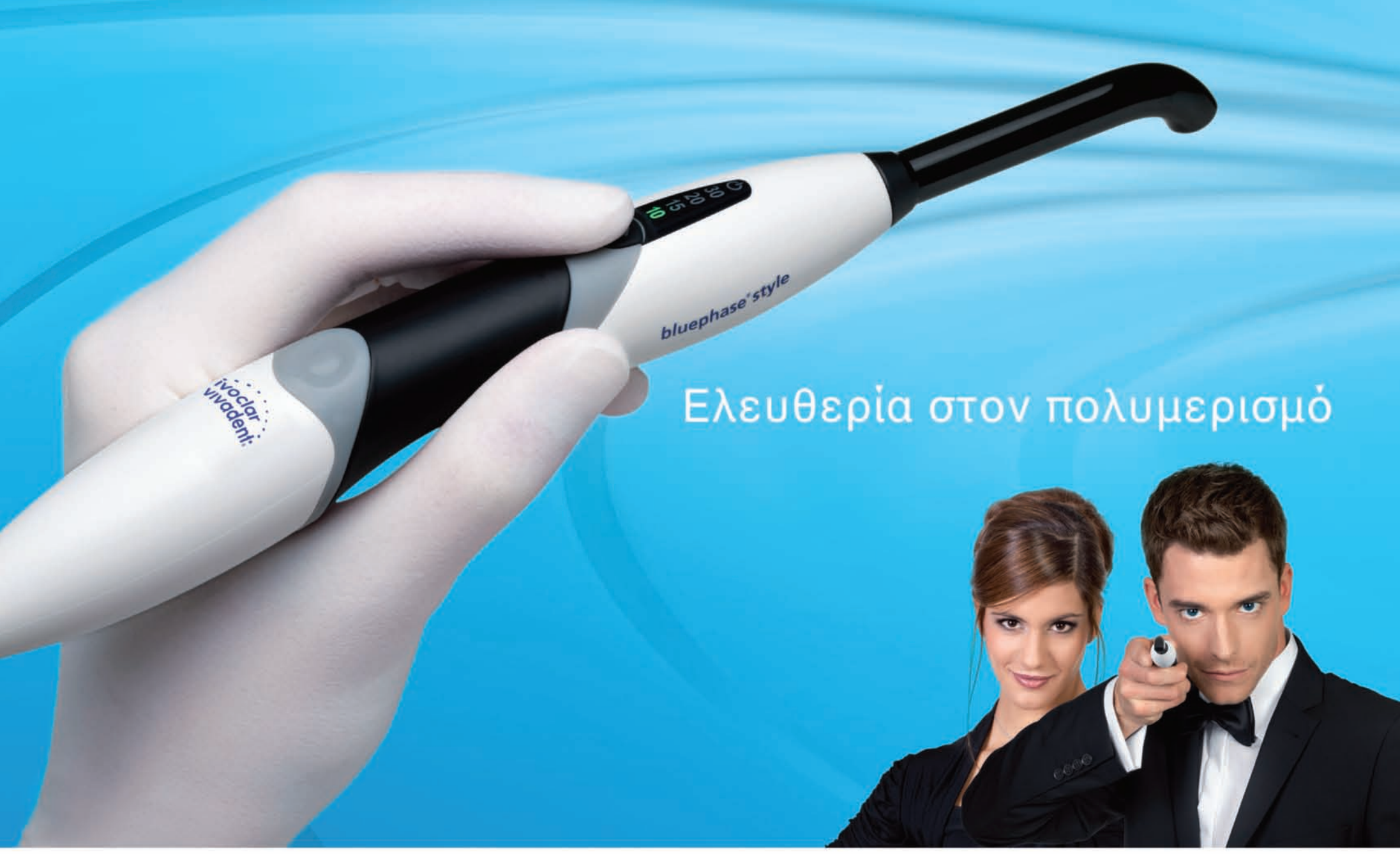
1. Η συνεργασία οδοντιάτρου- περιοδοντολόγου.
2. Νέες προσεγγίσεις στη μη χειρουργική θεραπευτική αντιμετώπιση της περιοδοντικής νόσου.
3. Βιοθεραπευτικοί παράγοντες στη σύγχρονη Περιοδοντολογία.
4. Η εφαρμογή του laser στην Περιοδοντολογία.
5. Χειρουργική του περιοδοντίου και επανορθωτική οδοντιατρική:

α. χειρουργική αποκάλυψη κλινικής μύλης
β. πλαστική χειρουργική των περιοδοντικών ιστών

6. Θεραπεία περιεμφυτευματίτιδας.

Προσκεκλημένοι ομιλητές είναι οι καθηγητές ΕΚΠΑ Ι. Βρότσος και Φ. Μαδιανός και οι επίκουροι καθηγητές ΕΚΠΑ Ι. Καρούσης και Β. Παπαϊωάννου. Στους συμμετέχοντες θα χορηγηθούν πιστοποιητικά παρακολούθησης.

Για περισσότερες πληροφορίες μπορείτε να επικοινωνείτε με τον Οδοντιατρικό Σύλλογο Κορινθίας στο τηλέφωνο 27410 20439.



NEO

bluephase® style

LED για κάθε χρήση
και τώρα επιπλέον άνεση για να χωράει σε κάθε χέρι

ΚΑΘΕ ΧΕΡΙ
Ξεκούραστο κράτημα για άνδρες και γυναίκες

ΚΑΘΕ ΥΛΙΚΟ
Γενική χρήση χάρη στο πολυκυματικό (polywave) LED με ευρύ φάσμα

ΚΑΘΕ ΦΟΡΑ
Κατ' εκλογήν λειτουργία με καλώδιο χάρη στο Click & Cure (κουμπώνω & πολυμερίζω)

www.ivoclarvivadent.com

Ivoclar Vivadent AG
Bendererstr. 2 | FL-9494 Schaan | Liechtenstein | Tel.: +423 / 235 35 35 | Fax: +423 / 235 33 60

Dental Vision ΕΠΕ
Μιχαλακοπούλου 125 | 115 27 Αθήνα | τηλ: 210 77 55 900 | Τσιμισκή 34 | 546 23 Θεσσαλονίκη
τηλ: 2310 253 800 | **www.dentalvision.gr**

SADENT ΑΕΒΕ
17ης Νοέμβρη 4 | 151 27 Μελίσσια | τηλ: 210 80 49 493 | Τετραπόλεως 4 | 115 27 Γουδή | τηλ: 210 77 77 608
Ν. Τέλογλου 7 | 546 36 Θεσσαλονίκη | τηλ: 2310 968 799 | Θεσσαλία | τηλ: 2410 549 168 | **www.sadent.com**

Κύπρου:
dentalcon trading ltd.
Λ. Λάρνακα 57, PO Box 27245 | 1643 Λευκωσία | τηλ: 22 466 000 | **www.dentalcon.com.cy**

ivoclar vivadent®
passion vision innovation

sirona.

η μόνη λύση για να αντιμετωπίσετε σωστά την κρίση...

...ΑΠΟ ΤΟ ΜΕΓΑΛΥΤΕΡΟ ΕΡΓΟΣΤΑΣΙΟ ΤΟΥ ΚΟΣΜΟΥ

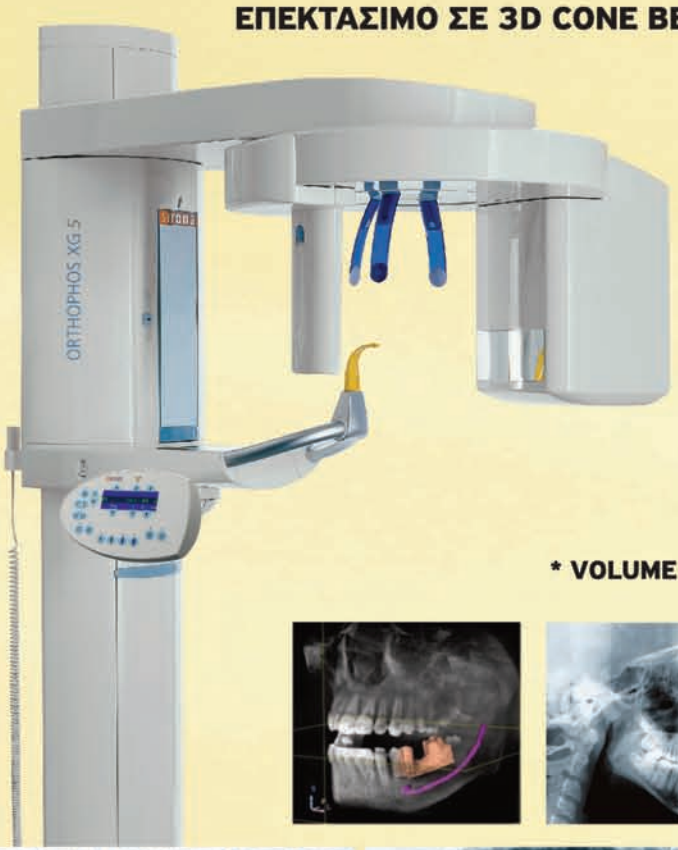
SIRONA SINIUS

πολυμορφικό και ευέλικτο

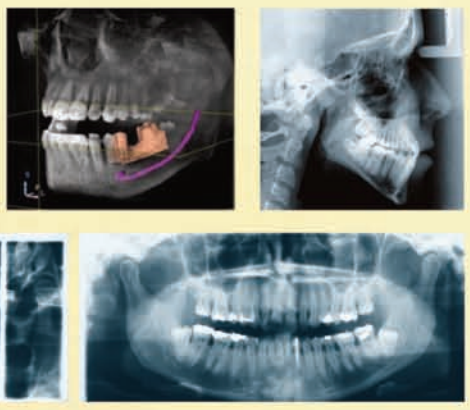
sirona.
το παρελθόν και η συνέχεια των οδοντιατρικών
SIEMENS

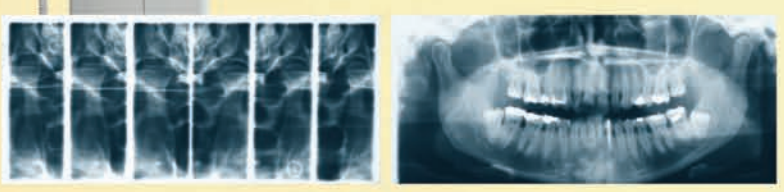
ORTHOPHOS XG 5 DS CEPH

ΕΠΕΚΤΑΣΙΜΟ ΣΕ 3D CONE BEAM*

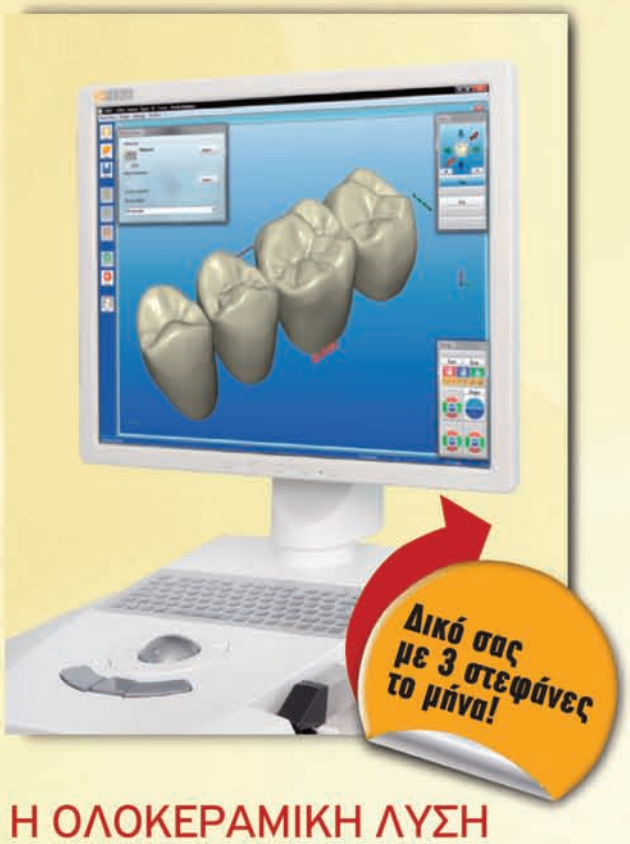


*** VOLUME Ø8x8**





CEREC AC



Η ΟΛΟΚΕΡΑΜΙΚΗ ΛΥΣΗ ΣΕ ΜΙΑ **ΜΟΝΟ** ΕΠΙΣΚΕΨΗ

Φέρνει το εργαστήριο στο ιατρείο σας!!!

SIROLaser Xtend

€ 7.500 + ΦΠΑ

- Διοδικό laser 980nm
- Ισχύς 5 Watt*
- Εφαρμογές
  - Ενδοδοντίας
  - Περιοδοντολογίας
  - Χειρουργ. Μαλακών Ιστών
- Οθόνη αφής και εύκολο μενού
- Εντάσσεται εύκολα στο ιατρείο

*με δυνατότητα αναβάθμισης σε 14 Watt

30 δόσεις x **€ 250** / ΜΗΝΑ

DENTICA AE
ΓΕΝΙΚΗ ΑΝΤΙΠΡΟΣΩΠΕΙΑ

www.dentica.gr

εγγύηση επιτυχίας!

Αθήνα: Φειδιππίδου 32 & Τετραπόλεως, τηλ.: **210 7488 333** • Θεσσαλονίκη: Τέλογλου 7, τηλ.: **231096 0441**
Χανιά: Σμύρνης 59. τηλ.: **28210 94637** • Καλαμάτα: Παν Καίσαρη 15, τηλ.: **27210 92936**
Πτολεμαΐδα: Γιώργος Ευθυμιάδης, Τριγλίας 1α, τηλ: **24630-24102.**

The Dental Company

sirona.