ΒΗΜΑ 85_ΒΗΜΑ 74 02/05/2012 11:44 π.μ. Page 1

Οδοντιατρικο Βημα

ΔΙΜΗΝΙΑΙΑ ΕΚΔΟΣΗ Σκουφά 64 106 80 Αθήνα Τηλ. 210 3814 939 Fax 210 3803 327 e-mail: odvima@otenet.gr ΜΑΡΤΙΟΣ -ΑΠΡΙΛΙΟΣ 2012 ΤΕΥΧΟΣ 85

Τεχνικές οστικής ανάπλασης για τοποθέτηση εμφυτευμάτων

Σε προηγούμενα τεύχη έγινε εκτενή αναφορά στα διάφορα μοσχευματικά υλικά, τα οποία χρησιμοποιούνται στις τεχνικές οστικής ανάπλασης. Σε αυτό το τεύχος αναλύονται τα ιδιαίτερα σημεία κάθε τεχνικής, συμπεριλαμβανομένων των περιπτώσεων τόσο της τμηματικής, όσο και της ολικής οστικής ανάπλασης ατροφικών γνάθων, πριν ή ταυτόχρονα με την τοποθέτηση οστεοενσωματούμενων οδοντικών εμφυτευμάτων. Επιπλέον εξετάζονται τα ποσοστά επιτυχίας των τεχνικών αυτών, καθώς και τα ποσοστά επιτυχίας και επιβίωσης των εμφυτευμάτων που τοποθετούνται σε θέσεις όπου έχει εφαρμοστεί οστική ανάπλαση.

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

Σελ. 8.

Η χρήση της χλωρεξιδίνης στην οδοντιατρική

Πολύς λόγος έχει γίνει για τη χρήση και την αποτελεσματικότητα της χλωρεξιδίνης στην οδοντιατρική. Η στοματολόγος, ιατρός και οδοντίατρος Ελένη Α. Γεωργακοπούλου αναλύει στο άρθρο της τις ενδείξεις χορήγησης της χλωρεξιδίνης στην περιοδοντολογία, την προληπτική οδοντιατρική, τη χειρουργική στόματος και την ενδοδοντία, ενώ ειδική αναφορά γίνεται και στις τυχόν ανεπιθύμητες παρενέργειες του φαρμάκου. Παράλληλα, το "Ο.Β." παρουσιάζει μια ολοκληρωμένη έρευνα αγοράς για τα σκευάσματα χλωρεξιδίνης που κυκλοφορούν στο εμπόριο.

Σελ. 4.

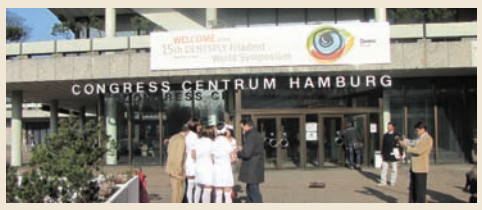
Η στρατηγική της «υπερφυσικής οδοντίνης»

Η ενίσχυση της οδοντίνης/αδαμαντίνης χρησιμοποιώντας τη τεχνολογία της αυτοαδροποίησης

Τα αυτοαδροποιούμενα συγκολλητικά συστήματα κρίθηκαν ιδιαιτέρως ικανά στη δημιουργία μιας οξεοβασικής ζώνης αντοχής (ABRZ) παρακείμενης στην υβριδική στιβάδα μετά την οξεοβασική ενεργοποίησή της. Ο ακριβής μηχανισμός δημιουργίας της ζώνης αυτής παραμένει ακόμη αδιευκρίνιστος αλλά τα εργαστηριακά ευρήματα υποδεικνύουν ότι η παρακείμενη οδοντίνη της μεσόφασης οδοντίνης-συγκολλητικού παράγοντα είναι διαφορετική από τη φυσική οδοντίνη και ότι η ABRZ ζώνη έχει αυξημένη αντοχή στην εισβολή των οξέων από την εμφάνιση δευτερογενούς τερηδόνας. Γι'αυτό η ενισχυμένη αυτή μορφή οδοντίνης με την ικανότητα να παρεμποδίζει την επανεμφάνιση τερηδόνας ονομάστηκε «υπερφυσική οδοντίνη». Χρησιμοποιώντας την τεχνολογία της αυτοαδροποίησης, η δημιουργία ενός «υπερφυσικού δοντιού» είναι εξαιρετικά σημαντική διότι προστατεύει τους οδοντικούς ιστούς οι οποίοι θα πρέπει να ακολουθούν την αύξηση του προσδόκιμου ορίου ζωής του γενικού πληθυσμού. Ενημερωθείτε για όλα τα νέα επιστημονικά και ερευνητικά δεδομένα πάνω στο συγκεκριμένο θέμα στη σελ. 20

Το 15ο Συνέδριο της Friadent στο Αμβούργο

Ο οδοντίατρος Χρήστος Κωνσταντινίδης ταξίδεψε μέχρι Αμβούργο και μας μεταφέρει όλο το ρεπορτάζ για τα όσα διαδραματίστηκαν στο 15ο Συνέδριο της Friadent, το οποίο



παρακολούθησαν πάνω από 2.500 σύνεδροι. Το επιστημονικό κύρος των προσκεκλημένων ομιλητών, αλλά και τα άκρως ενδιαφέροντα θέματα που ακούστηκαν πάνω στα νέα δεδομένα της οδοντιατρικής, κατέστασαν το συνέδριο της Friadent ιδιαίτερα πετυχημένο, ενώ δεν θα πρέπει να παραλείψουμε πως υπήρξε και ελληνική συμμετοχή σε αυτό. Σελ.32

Με στόχο τη βελτιωμένη φωτεινότητα

Δημιουργώντας αισθητικές όψεις με IPS e.max® Press

Η απώλεια οδοντικών ιστών μπορεί να οφείλεται σε διάφορα αίτια, όπως τερηδόνες, αποτριβές ή ακόμα και τραυματισμούς. Η αποκατάσταση της οδοντικής φθοράς με συγκολλούμενες κεραμικές αποκαταστάσεις αποτελεί την καλύτερη δυνατή λύση. Για τον σκοπό αυτό χρησιμοποιούνται διάφορες τεχνικές όπως η διαστρωμάτωση επάνω σε πυράντοχο εκμαγείο και η τεχνική CAD/CAM. Η τεχνική εν θερμώ πρεσαρίσματος (hot pressing) αποτελεί μια ακόμα εναλλακτική τεχνική, η οποία παρουσιάζεται στη *σελ. 16.*

Ανταύγειες Οδοντικής Αισθητικής

Ο αναπληρωτής καθηγητής οδοντιατρικής ΕΚΠΑ Γεράσιμος Δουβίτσας φιλοξενεί στη στήλη του τον Σπύρο Κουτάγια, ο οποίος παρουσιάζει ένα πολύ ενδιαφέρον περιστατικό, που περιλαμβάνεται στον 3ο Τόμο της νέας τρίτομης έκδοσης του βιβλίου «Κλινική Αισθητική Οδοντιατρική». το περιστατικό αφορά σε ένα ανδρα 38 ετών, στον οποίον μετά την κλινική εξέταση διαπιστώθηκε ότι απαιτείται αποκατάσταση των προσθίων και των οπισθίων δοντιών της άνω και της κάτω γνάθου. *Σελ. 14*

Στρες και Στοματική Υγεία

Στο προηγούμενο τεύχος δημοσιεύτηκε το πρώτο μέρος της εισήγησης με τίτλο «Στρες και στοματική υγεία». Μετά από μια σύντομη μικρή ιστορική αναδρομή, δόθηκαν οι ορισμοί και αναλύθηκε το σύστημα του στρες και ο ρόλος του στην υγεία γενικά. Στη συνέχεια επισημάνθηκε η επίδραση του στρες στην στοματική κοιλότητα όπως εμφανίζεται στη βιβλιογραφία και διερευνήθηκε η επίδραση του στρες στο σάλιο, στους σκληρούς οδοντικούς ιστούς, στην κροταφογναθική διάρθρωση, στην έκλυση του πόνου και στην τοπική αναισθησία.Τέλος αξιολογήθηκε η επίδραση του στους μαλακούς ιστούς και το περιοδόντιο.

Στο δεύτερο μέρος του μεγάλου αυτού θέματος εξετάζεται η μέτρηση και η διαχείριση τους στρες, αλλά και η "συμβολή" της στοματικής κοιλότητας σε αυτό. Το θέμα έχουν επιμεληθεί οι Αρτέμιος Κ. Αρτεμιάδης, Χριστίνα Δαρβίρη και Ανθή Διαμάντη-Κηπιώτη. *Σελ. 24*

ΒΗΜΑ 85_ΒΗΜΑ 74 02/05/2012 11:44 π.μ. Page 2

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

Η χρήση της χλωρεξιδίνης στην οδοντιατρική 4
Της στοματολόγου, ιατρού και οδοντίατρου **Ελένης Α. Γεωργακοπούλου**

Τεχνικές οστικής ανάπλασης για τοποθέτηση εμφυτευμάτων
Μέρος 1ο 8
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.

Τα μυστικά του στόματος
Σύνδρομο Αδαμαντιάδη-Behçet 12
Του αναπληρωτή καθηγητή Στοματολογίας της Ιατρικής Σχολής του Πανεπιστημίου Αθηνών Γιώργου Λάσκαρη

Ανταύγειες Οδοντικής Αισθητικής και όχι μόνο 14
Του Γεράσιμου Δουβίτσα, αναπλ. καθηγητή Οδοντιατρικής Σχολής ΕΚΠΑ

Με στόχο τη βελτιωμένη φωτεινότητα
Δημιουργώντας αισθητικές όψεις με IPS e.max® Press 16

Η στρατηγική της «υπερφυσικής οδοντίνης»
Η ενίσχυση της οδοντίνης/αδαμαντίνης χρησιμοποιώντας
τη τεχνολογία της αυτοαδροποίησης 20

Στρες και Στοματική Υγεία- Β' μέρος 24
Γράφουν οι Αρτέμιος Κ. Αρτεμιάδης, Χριστίνα Δαρβίρη και Ανθή Διαμάντη-Κηπιώτη

Ειδήσεις-Εκδηλώσεις-Συνέδρια 28-38

ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΙΚΟ ΒΗΜΑ
Δημηνιαία 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

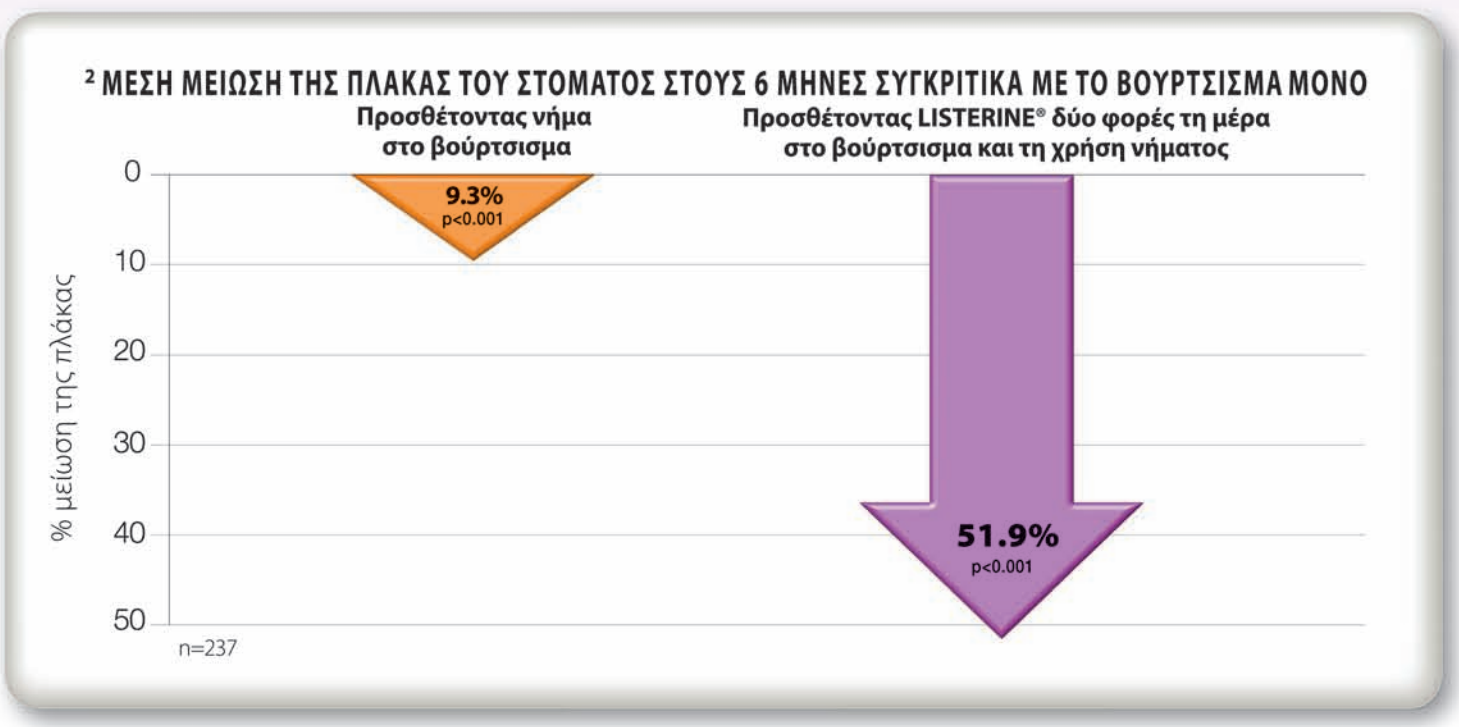
ΕΝΩΣΗ ΔΗΜΟΣΙΟΓΡΑΦΩΝ ΙΔΙΟΚΤΗΤΩΝ ΠΕΡΙΟΔΙΚΟΥ ΤΥΠΟΥ
FIPP Federation International of Periodical Press
EMMA EUROPEAN MAGAZINE MEDIA ASSOCIATION

Ο χρόνος βουρτσίσματος των δοντιών είναι σημαντικός!

Πόσοι ασθενείς σας όμως τηρούν το χρόνο που τους προτείνετε;

Προσαρμοσμένο από την αναφορά 1

Η συμπληρωματική χρήση του LISTERINE® επιφέρει μία πρόσθετη μείωση της πλάκας στο στόμα της τάξης του 52% συγκριτικά με το βούρτσισμα και τη χρήση νήματος μόνο[2]



1. Yankel SL, Emling R, Fickinger K. Patient perception of brushing time compared to actual care. J Dent Res 1981: 60: 619 (Abstr 1241). [Quoted in The Dentist, December 2008: 44-46.]

2. Sharma NC et al. J Am Dent Assoc 2004; 135: 496-504.

LISTERINE®

Για πιο βαθύ καθαρισμό, συστήνετε LISTERINE®

SPOT JWT

ΒΗΜΑ 85_ΒΗΜΑ 74 02/05/2012 11:44 π.μ. Page 4

Η χρήση της Χλωρεξιδίνης στην Οδοντιατρική

Ελένη Α. Γεωργακοπούλου
Στοματολόγος- Ιατρός-Οδοντίατρος
Ειδική Γραμματέας Ελληνικής Εταιρίας Κλινικής Στοματολογίας,
Μετεκπαιδευμένη στη Στοματολογία στο Πανεπιστήμιο Λονδίνου

Η χλωρεξιδίνη είναι ένα διγουανίδιο που πρωτοχρησιμοποιήθηκε το 1954 ως απολυμαντικό και τοπικό αντισηπτικό. Οι χημικές μορφές της χλωρεξιδίνης είναι τρεις: η γλυκονική, η οξική και υδροχλωρικά άλατα. Από το 1970 υπάρχουν οι πρώτες παρατηρήσεις πως η γλυκονική χλωρεξιδίνη έχει την ιδιότητα να αναστέλλει το σχηματισμό της μικροβιακής πλάκας.

Η χημική δομή της χλωρεξιδίνης χαρακτηρίζεται από μια ισχυρή βάση με κατιονικές ιδιότητες. Η κατιονική βάση συνδέεται με το αρνητικά φορτισμένο κυτταρικό τοίχωμα των μικροβίων, αποσταθεροποιώντας την οσμωτική τους ισορροπία. Αυτός είναι ο βασικός μηχανισμός της αντιμικροβιακής της δράσης. Όταν χορηγείται σε χαμηλές συγκεντρώσεις, δρα βακτηριοστατικά και έχει διάρκεια δράσης 12 περίπου ώρες. Σε υψηλότερες συγκεντρώσεις δρα βακτηριοκτόνα προκαλώντας την καθίζηση ή την πήξη του κυτταροπλάσματος των βακτηρίων. Το αντι-μικροβιακό φάσμα της χλωρεξιδίνης καλύπτει gram θετικά και σε μικρότερο βαθμό gram αρνητικά βακτήρια και ακόμα λιγότερο μύκητες και ζύμες.

Σκευάσματα χλωρεξιδίνης για οδοντιατρική χρήση κυκλοφορούν σε μορφή: Στοματοπλυμάτων, αερολυμάτων (spray), γέλης, βερνικιών και μεμβρανών για ενδοθυλακική χρήση. Έχει πολύ χαμηλή τοξικότητα, δεδομένου ότι είναι ελάχιστα απορροφήσιμη από τη γαστρεντερική οδό και το 90% αποβάλλεται στα κόπρανα.

ΕΝΔΕΙΞΕΙΣ ΧΟΡΗΓΗΣΗΣ

Τα σκευασμάτα χλωρεξιδίνης στην Οδοντιατρική χρησιμοποιούνται βασικά για την πρόληψη των νοσημάτων του περιοδοντίου. Επιπλέον υπάρχουν κι άλλες χρήσεις στην Οδο-ντιατρική οι οποίες θα παρουσιαστούν συνοπτικά (πίνακας 1).

Πίνακας 1: Ενδείξεις- δράση
Μείωση του σχηματισμού μικροβιακής πλάκας – Πρόληψη νοσημάτων περιοδοντίου, – Πρόληψη τερηδόνας ρίζας Διατήρηση στοματικής υγιείνής σε άτομα που δεν μπορούν να βουρτσίσουν
Απολύμανση ριζικών σωλήνων – υγρό διακλυσμών

Περιοδοντολογία

Πλήθος μελετών στη διεθνή βιβλιογραφία ασχολούνται με την αποτελεσματικότητα της χλωρεξιδίνης στην πρόληψη της περιοδοντίτιδος και στη διατήρηση του θεραπευτικού αποτελέσματος της περιοδοντικής θεραπείας. Η χλωρεξιδίνη είναι η πιο αποτελεσματική αντιμικροβιακή ουσία στην πρόληψη του σχηματισμού οδοντικής πλάκας. Στις περισσότερες μελέτες το συμπέρασμα είναι πως η χρήση της χλωρεξιδίνης σε ασθενείς με περιοδοντική νόσο είναι επικουρική στο μηχανικό καθαρισμό των δοντιών. Καθημερινή χρήση πρωί και βράδυ στοματοπλυμάτων χλωρεξιδίνης (είτε συγκέντρωσης 0,12% είτε συγκέντρωσης 0,2% δεν υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά στην αποτελεσματικότητα) σε συνδυασμό με σωστό μηχανικό καθαρισμό (βούρτσισμα, χρήση οδοντικού νήματος) συμβάλλει στη μείωση της φλεγμονής του περιοδοντίου.

Επιπλέον, η χλωρεξιδίνη κυκλοφορεί και σε μορφή ενδοθυλακικών μεμβρανών ζελατίνης (2,5mg) οι οποίες έχουν χρήση σε βαθείς θυλάκους επικουρικά στην περιοδοντική θεραπεία. Μια προτεινόμενη χρήση της χλωρεξιδίνης είναι για την εφαρμογή της τεχνικής της « ολικής απολύμανσης της στοματικής κοιλότητας» (full mouth disinfection). Η τεχνική αυτή έχει χρησιμοποιηθεί ως μέρος μιας εντατικής περιοδοντικής θεραπείας. Στόχος είναι να ολοκληρωθεί ο χειρουργικός καθαρισμός όλων των περιοδοντικών θυλάκων μέσα σε σύντομο χρονικό διάστημα, π.χ. 24 ώρες, και να ελαχιστοποιηθεί η πιθανότητα επαναμολύνσεως των θυλάκων με παθογόνους μικροοργανισμούς που προέρχονται από άλλα τμήματα του στόματος και του στοματοφάρυγγα, καθώς και από ατελώς θεραπευμένους θυλάκους. Για το σκοπό αυτό γίνεται εντατική εφαρμογή χλωρεξιδίνης σε περιοχές όπως η γλώσσα και οι αμυγδαλές και υποουλικοί διακλυσμοί με χλωρεξιδίνη. Η τεχνική αυτή έχει δεχτεί αμφισβήτηση σχετικά με την αποτελεσματικότητα και τη χρησιμότητά της.

Ακόμη, τα στοματοπλύματα χλωρεξιδίνης είναι χρήσιμα για τη στοματική υγιεινή μετά από περιοδοντικά χειρουργεία, εάν ο ασθενής αδυνατεί να βουρτσίσει λόγω πόνου.

Προληπτική οδοντιατρική

Βερνίκια χλωρεξιδίνης έχουν χρησιμοποιηθεί σε παιδιά με υψηλό κίνδυνο ανάπτυξης τερηδόνας (συγκέντρωση 1%, εφαρμογή 3 φορές το χρόνο για 2 χρόνια) με αναφερόμενα θετικά αποτελέσματα στην ανάπτυξη τερηδόνας σε βαθιές οδοντικές σχισμές. Η χρήση βερνικίων χλωρεξιδίνης μπορεί να βοηθήσει στην πρόληψη της τερηδόνας ρίζας σε ασθενείς με ξηροστομία και γηριατρικούς ασθενείς που έχουν δυσκολία στην τακτική πρόσβαση για οδοντια-

Προϊόντα με βάση τη χλωρεξιδίνη που κυκλοφορούν στην ελληνική αγορά

Ο οδοντίατρος έχει στη διάθεσή του μια ποικιλία σκευασμάτων χλωρεξιδίνης και μάλιστα σε διάφορες μορφές.

Η οδοντίατρος και δημοσιογράφος του "Ο.Β." Γιούλη Κόκκορη ήρθε σε επαφή με τις παρακάτω εταιρείες και διεξήγαγε για λογαριασμό της εφημερίδας μια ενδελεχή έρευνα αγοράς για τα προϊόντα της χλωρεξιδίνης που διατίθενται σήμερα στο εμπόριο, τα οποία και σας παρουσιάζουμε.

ARRIANI PHARMACEUTICALS

Η εταιρία Arriani Pharmaceuticals S.A. σε συνεργασία με την Laboratorios Kin S.A. παρουσιάζει στην Ελλάδα τη νέα σειρά στοματικής υγιεινής με χλωρεξιδίνη Kin® GINGIVAL & PerioKin®. Η σειρά Kin® GINGIVAL περιλαμβάνει το στοματικό διάλυμα Kin® GINGIVAL με Χλωρεξιδίνη 0,12% & Φθοριούχο Νάτριο 0,05%.

1. Το στοματικό διάλυμα Kin® GINGIVAL, δεν περιέχει οινόπνευμα και έχει ευχάριστη γεύση που εξασφαλίζει άριστη συμμόρφωση του ασθενούς.

2. Στην σειρά περιλαμβάνεται και η οδοντόπαστα Kin® GINGIVAL Toothpaste, με Χλωρεξιδίνη 0,12% & Φθοριούχο Νάτριο 0,22% για αποτελεσματική αντιμικροβιακή φροντίδα και προστασία από την τερηδόνα. Πολύ σημαντικό είναι ότι η οδοντόπαστα δεν περιέχει τον επιφανειοδραστικό παράγοντα Sodium Lauryl Sulfate, ο οποίος είναι γνωστό ότι απενεργοποιεί την χλωρεξιδίνη.

3. Η σειρά PerioKin® έχει επίσης και τη γέλη PerioKin® Gel με Χλωρεξιδίνη 0,20%, για εντοπισμένη υψηλή αντιμικροβιακή φροντίδα. Η γέλη διαθέτει τέτοια φαρμακοτεχνική μορφή που εξασφαλίζει άριστη προσκόλληση στον στοματικό βλεννογόνο.

4. Τέλος η σειρά συμπληρώνεται από το PerioKin® Spray με Χλωρεξιδίνη 0,20% και περιστρεφόμενη κάνουλα για ακριβή ψεκασμό της πάσχουσας περιοχής.

PIERRE FABRE

Η PIERRE FABRE κυκλοφορεί το στοματικό διάλυμα Eludril.

Το Eludril με τη μοναδική σύνθεσή του, χλωρεξιδίνη (0,10%) και χλωροβουτανόλη (0,5%), προσφέρει σημαντικά πλεονεκτήματα για μια σωστή στοματική υγιεινή.

Η χλωρεξιδίνη αποτελεί τον γνωστό αντιμικροβιακό παράγοντα που χρησιμοποιούν σχεδόν όλοι οι οδοντίατροι κατά τη διάρκεια μιας οδοντικής θεραπείας, ενώ η χλωροβουτανόλη «παίζει» διπλό ρόλο στο διάλυμα: από τη μία ενισχύει τη δράση της χλωρεξιδίνης, από την άλλη βοηθάει στην ανακούφιση από τον πόνο.

Η ολοκληρωμένη σύνθεση του Eludril, έχει αναγνωριστεί διεθνώς για την αποτελεσματικότητα του ενάντια στα βακτήρια της οδοντικής πλάκας και μας δίνει ισοδύναμο αποτέλεσμα με διαλύματα χλωρεξιδίνης 0,12% και 0,20%. Έτσι, είναι ιδανικό για χρήση μετά από περιοδοντικό χειρουργείο, εξαγωγή, αποτρύγωση, εμφυτεύματα, θεραπείες ουλίτιδας και περιοδοντίτιδας. Επίσης, μπορεί να χρησιμοποιηθεί από τον οδοντίατρο στο ιατρείο για ενσταλλάξεις σε περιοδοντικούς θύλακες και πλύσεις των ριζικών σωλήνων.

Η μοναδική σύνθεση του Eludril έχει αποδειχτεί μέσα από ένα μεγάλο αριθμό από μελέτες που έχουν πραγματοποιηθεί και δημοσιευτεί σε μεγάλα επιστημονικά περιοδικά του εξωτερικού, καθώς κυκλοφορεί σε 83 χώρες, και γι' αυτό δεν είναι τυχαίο ότι κατέχει τις υψηλότερες θέσεις στην συνταγογραφία της Ευρώπης.

Ενδεικτικά αναφέρουμε τη μελέτη που αποδεικνύει την προστασία από τον μύκητα Candida albicans και τη μελέτη που τεκμηριώνει την προστασία που παρέχει σε ασθενείς με HIV.

Το σίγουρο είναι ότι το στοματικό διάλυμα Eludril επιτυγχάνει τη μέγιστη αποτελεσματικότητα με κατάλληλη συγκέντρωση σε χλωρεξιδίνη, ώστε να αποφεύγονται οι παρενέργειες και η χρώση των δοντιών.

Κυκλοφορεί σε 2 συσκευασίες : 200ml & 500ml.

EludrilPERIO

Το EludrilPERIO περιέχει 0,12% χλωρεξιδίνη και δεν περιέχει αλκοόλ. Είναι έτοιμο προς χρήση, έχει δροσερή γεύση και συστήνεται για πλύσεις 2 φορές ημερησίως.

INTERMED

Η Εταιρεία INTERMED διαθέτει στην Ελληνική αγορά τα εξής προϊόντα με Βάση την χλωρεξιδίνη:

1. Το Αντισηπτικό στοματικό διάλυμα με εκχυλίσματα φαρμακευτικών βοτάνων CHLORHEXIL 0,12% MOUTHWASH, που έχει σαν κύριο συστατικό του την Chlorhexidine Digluconate 0,12%.

Χρησιμοποιείται για τον δραστικό έλεγχο των μικροοργανισμών της στοματικής κοιλότητας, την αποτελεσματική προστασία από την πλάκα και την ουλίτιδα και για την σύσφιξη και ενδυνάμωση των χαλαρωμένων, ερεθισμένων ή αιμορραγούντων ούλων.

Ενδείκνυται στην αντιμετώπιση της ουλίτιδας, στον έλεγχο της μικροβιακής πλάκας και στην σύσφιξη των ούλων από τον ερεθισμό μεταξύ τροχισμού και λήψης αποτυπωμάτων.

2.Το CHLORHEXIL 0,20% GINGIVAL GEL, έχει σαν κύριο συστατικό την Chlorhexidine Digluconate 0,20%. Είναι ειδικά σχεδιασμένη γέλη για την αγωγή των εντοπισμένων κακώσεων της στοματικής κοιλότητας.

Χρησιμοποιείται τοπικά για την αποτελεσματική καταπολέμηση της ουλοοδοντικής μικροβιακής πλάκας, τη φροντίδα των αιμορραγούντων ούλων και τη μείωση της δράσης των τερηδονογόνων μικροβίων.

Η τοποθέτηση του ενδείκνυται σε εντοπισμένες κακώσεις και πληγές, εντοπισμένες ουλίτιδες και περιοδοντίτιδες, περιστεφανίτιδες, εμφυτεύματα και εξαγωγές.

3. Το Αντισηπτικό spray στόματος με χαμομήλι για τοπική εφαρμογή, CHLORHEXIL 0,20% SPRAY με κύριο συστατικό την Chlorhexidine Digluconate 0,20%.

Χρησιμοποιείται για την καταπολέμηση της οδοντικής μικροβιακής πλάκας και την προστασία του περιοδοντίου.

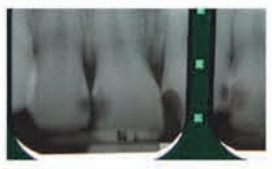
Ενδείκνυται για τοπική εφαρμογή

Colgate

Duraphat® 5000 ppm

Οδοντόπαστα υψηλής συγκέντρωσης φθορίου

- ✓ Καθημερινή πρόληψη και θεραπεία της τερηδόνας για άτομα 16 ετών και άνω
- ✓ Αποδεδειγμένη αναστροφή αρχόμενων τερηδονικών βλαβών

Θεραπευτική Ένδειξη	Αποτελεσματικότητα
Αναστροφή τερηδόνας σχισμών	**Επαναλάτωση αρχόμενων τερηδονικών βλαβών σε σχισμές κατα 21%.[1]**
Αναστροφή τερηδόνας ρίζας	**Επαναλάτωση αρχόμενων τερηδονικών βλαβών σε ποσοστό 55% μετά από 3 μήνες[6] και 75% μετά από 6 μήνες.[2]**
Προστασία από την δευτερογενή τερηδόνα	**Πρόληψη της τερηδόνας κατά 70%**
Προστασία από τερηδόνα σε ασθενείς με ξηροστομία (π.χ. λόγω σακχαρώδους διαβήτη, χήμειο-/ακτινοθεραπείας, φαρμακευτικής αγωγής).	
 Μείωση τερηδόνας όμορων περιοχών	
Μείωση τερηδόνας σε ορθοδοντικούς ασθενείς	

Ανακαλύψτε την υψηλότερη προστασία που μπορεί να δώσει καθημερινά μια φαρμακευτική οδοντόκρεμα

Αριθμός Άδειας Κυκλοφορίας: 30477/07/24-06-2008 • Διατίθεται χωρίς ιατρική συνταγή • Τιμή: 7,04€
Η Περίληψη Χαρακτηριστικών Προϊόντος και οι βιβλιογραφικές αναφορές δημοσιεύονται εντός του παρόντος εντύπου

Διατίθεται μόνο στα φαρμακεία

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

BHMA 85_BHMA 74 02/05/2012 11:45 π.μ. Page 6

τρικό έλεγχο και αποτρύγωση.
Αντίθετα σε ό,τι συμβαίνει σε ειδικούς πληθυσμούς στο γενικό πληθυσμό τα επιστημονικά δεδομένα που έχουμε στη διάθεσή μας δε συνηγορούν υπέρ της χρήσης της χλωρεξιδίνης σε καθημερινή βάση για την πρόληψη της οδοντικής τερηδόνας.

Χειρουργική στόματος

Η χλωρεξιδίνη χρησιμοποιείται για την καθημερινή υγιεινή μετά από επεμβάσεις στο στόμα όταν είναι αδύνατος ο μηχανικός καθαρισμός. Ιδιαίτερα χρήσιμη είναι σε περιπτώσεις διαγναθικής ακινητοποίησης. Επίσης έχει προταθεί πως η πλύση με χλωρεξιδίνη για 30" πριν από τη διενέργεια χειρουργικών επεμβάσεων στο στόμα μειώνει την πιθανότητα μικροβιαιμίας.

Ενδοδοντία

Διαλύματα χλωρεξιδίνης έχουν χρησιμοποιηθεί σαν υγρό διακλυσμών για την απολύμανση των ριζικών σωλήνων. Η επίδραση της χλωρεξιδίνης στο μικροβιακό βιοϋμένιο είναι σημαντικά μικρότερη από εκείνη του υποχλωριώδους νατρίου (NaOCl), αφού έχει μικρή δυνατότητα να διαλύσει οργανικό υπόστρωμα. Δεν έχει τοξικότητα και μπορεί να χρησιμοποιηθεί σε δόντια με ανοιχτό ακρορρίζιο εναλλακτικά του NaOCl.

Ασθενείς με αναπηρία

Η σωματική ή πνευματική αναπηρία μπορεί να εμποδίσει τη σωστή εφαρμογή στοματικής υγιεινής. Η χρήση της χλωρεξιδίνης σε μορφή σπρέι 0.2% μείωσε της συγκέντρωση πλάκας και το δείκτη αιμορραγίας σε ασθενείς αυτής της κατηγορίας σε συνδυασμό με προσπάθεια για σωστό βούρτσισμα. Επειδή τη στοματική υγιεινή αυτών των ασθενών μπορεί να τη φροντίζουν εξ' ολοκλήρου άλλα άτομα (νοσηλευτές, οικείοι) τα σπρέι είναι η πιο απλή μορφή χρήση για τους φροντιστές αυτών των ατόμων.

Ασθενείς που λαμβάνουν αντινεοπλασματική θεραπεία

Η στοματική υγιεινή είναι πολύ σημαντική στους ασθενείς που υπόκεινται σε ακτινοθεραπεία και χημειοθεραπεία για καοήθεις νεοπλάσιες. Η ανοσοκαταστολή, η τάση για αιμορραγία, και η μείωση της ροής του σιάλου, είναι συχνές παρενέργειες της χημειοθεραπείας και της ακτινοθεραπείας. Η κατά περιπτωση προσαρμοσμένη χρήση σκευασμάτων χλωρεξιδίνης από τους ασθενείς συμβάλλει στη βελτίωση της στοματικής υγιεινής κυρίως μειώνοντας την πιθανότητα εμφάνισης και επιδείνωσης της περιοδοντικής νόσου. Επίσης, μπορεί να χρησιμοποιηθεί σε ασθενείς με θρομβοπενία που δεν πρέπει να βουρτσίζουν λόγω κινδύνου αιμορραγίας. Τέλος, πιθανόν να συμβάλλει στη μείωση της πιθανότητας μικροβιαιμίας από τα στελέχη της στοματικής χλωρίδας. Να σημειωθεί πως η χρήση της χλωρεξιδίνης δε συνιστάται για την πρόληψη και θεραπεία της χημειοακτινοβλεννογονίτιδος.

Ανεπιθύμητες ενέργειες

Η χλωρεξιδίνη είναι ένα ασφαλές φάρμακο. Η πιο συχνή ανεπιθύμητη ενέργεια είναι η εναπόθεση χρωστικών στα δόντια, όταν γίνεται καθημερινή χρήση για περισσότερο από 15 μέρες. Η χρώση δεν είναι μόνιμη. Αφαιρείται εύκολα με πάστα στίλβωσης. Η εναπόθεση χρωστικών είναι η βασική αιτία που δε συνιστάται η μακροχρόνια χρήση. Επίσης, μπορεί να προκαλέσει αλλαγή της γεύσης, (δυσγευσία), επιμήκυνση των τριχοειδών θηλών της γλώσσας (τριχωτή γλώσσα), αποκόλληση του επιθηλίου (επιθηλιόλυση) και σπάνια αλλεργικές αντιδράσεις. Μια πιθανή παρενέργεια είναι η δημιουργία αντοχής των μικροοργανισμών της στοματικής χλωρίδας στα αντιμικροβιακά φάρμακα (τοπικά και συστηματικά). Μέχρι στιγμής δεν υπάρχουν επαρκή στοιχεία για να επιβεβαιώσουν την ανάπτυξη ανθεκτικών στελεχών και επιπρόσθετα σε πρόσφατη μελέτη δεν ανιχνεύθηκαν ανθεκτικά στελέχη σε άτομα που χρησιμοποιούσαν το στοματόπλυμα σε καθημερινή βάση (πίνακας 2).

Πίνακας 2. Ανεπιθύμητες αντιδράσεις Διαλυμάτων χλωρεξιδίνης
• Χρωματισμός δοντιών • Αλλαγή γευσης • Επιθηλιόλυση • Τριχωτή γλώσσα • Αλλεργικές αντιδράσεις • Ανάπτυξη ανθεκτικών μικροβιακών στελεχών (αμφισβητείται)

Σύνοψη

Η χλωρεξιδίνη είναι μια αποτελεσματική αντιμικροβιακή ουσία με πολλές εφαρμογές στην Οδοντιατρική. Οσον αφορά τη βασική της ένδειξη δηλαδή την πρόληψη των νοσημάτων του περιοδοντίου, η επικρατούσα άποψη είναι πως η χρήση της είναι επικουρική στο μηχανικό καθαρισμό των οδόντων. Είναι ιδιαίτερα χρήσιμη σε ασθενείς που έχουν περιορισμένη δυνατότητα να βουρτσίσουν και να χρησιμοποιήσουν οδοντικό νήμα. Όπως όλες οι φαρμακευτικές ουσίες θα πρέπει να χορηγείται με γνώμονα το ισοζύγιο κόστος/όφελος για τον ασθενή στα πρότυπα του Ιπποκρατικού «*ὠφελέειν, ἢ μὴ βλάπτειν*».

"Η διάρκεια και η συχνότητα χρήσης των σκευασμάτων χλωρεξιδίνης καθορίζεται από το θεράποντα Οδοντίατρο. Έχει υποστηριχθεί ότι τα συστατικά των οδοντόκρεμων αναστέλλουν τη δράση της χλωρεξιδίνης. Για το λόγο αυτό έχει προταθεί η χρήση των σκευασμάτων χλωρεξιδίνης να μη γίνεται αμέσως μετά το βούρτσισμα."

Ενδεικτική Βιβλιογραφία

Autio-Gold J. The role of chlorhexidine in caries prevention. Oper Dent. 2008 ;33(6):710-6.

Gunsolley JC. A meta-analysis of six-month studies of antiplaque andantigingivitis agents. J Am Dent Assoc. 2006 Dec;137(12):1649-57.

Hong CH, Nape as JJ, Hodgson BD, Stokman MA, Mathers-Stauffer V, Elting LS,Spijkervet FK, Brennan MT; Dental Disease Section, Oral Care Study Group,Multinational Association of Supportive Care in Cancer (MASCC)/International Society of Oral Oncology (ISOO). A systematic review of dental disease in patients undergoing cancer therapy. Support Care Cancer. 2010 ;18(8):1007-21.

Kanisavaran ZM. Chlorhexidine gluconate in endodontics: an update review. Int Dent J. 2008;58(5):247-57.

Lang N, Lindhe J "Clinical periodontology and implant dentistry" 5th ed, 2008, ED: Lang, Lindhe

Matthews D. No difference between 0.12% and 0.2% chlorhexidine mouthrinse on reduction of gingivitis. Evid Based Dent. 2011;12(1):8-9

Pannuti CM, Lotufo RF, Cai S, Saraiva Md Mda C, de Freitas NM, Falsi D. Effect of a 0.5% chlorhexidine gel on dental plaque superinfecting microorganisms in mentally handicapped patients. Pesqui Odontol Bras. 2003;17(3):228-33

Sreenivasan P, Gaffar A. Antiplaque biocides and bacterial resistance: a review. J Clin Periodontol. 2002;29(11):965-74

Teles RP, Teles FR. Antimicrobial agents used in the control of periodontal biofilms: effective adjuncts to mechanical plaque control? Braz Oral Res. 2009;23 Suppl 1:39-48.

Worthington HV, Clarkson JE, Bryan G, Furness S, Glenny AM, Littlewood A,McCabe MG, Meyer S, Khalid T. Interventions for preventing oral mucositis for patients with cancer receiving treatment. Cochrane Database Syst Rev. 201113;(4):CD000978.

*** Όπου αναφέρεται στο κείμενο χλωρεξιδίνη= γλυκονική χλωρεξιδίνη.**

σε όλες τις περιπτώσεις που χρήζουν αντιμικροβιακή αγωγή, όπως οι εντοπισμένες ουλίτιδες, τα εμφυτεύματα και οι εξαγωγές.

4. Το Αντισηπτικό στοματικό διάλυμα με χαμομήλι CHLORHEXIL 0,20% MOUTHWASH, έχει σαν κύριο συστατικό Chlorhexidine Digluconate 0,20%.
Χρησιμοποιείται για τον αποτελεσματικό και γρήγορο έλεγχο της ουλοοδοντικής μικροβιακής πλάκας, για βραχυπρόθεσμη χρήση μετά από χειρουργική επέμβαση στα ούλα.
Ενδείκνυται μετά από εξαγωγές, στην αντιμετώπιση της περιοδοντίτιδας, σε ασθενείς με ανοσοκαταστολή ή με αδυναμία μηχανικού καθαρισμού, σε εμφυτεύματα και γναθοχειρουργικές επεμβάσεις.

5. Το Αντισηπτικό στοματικό διάλυμα εντατικής φροντίδας CHLORHEXIL EXTRA MOUTHWASH, έχει σαν κύριο συστατικό την Chlorhexidine Digluconate 0,20%.
Το σκεύασμα περιέχει επιπλέον και Triclosan 0,10%, που εμφανίζει ευρύ φάσμα αντιμικροβιακής και αντιφλεγμονώδους δράσης και το Cetylpyridinium Chloride 0,05%, που έχει αντιμικροβιακή δράση και προκαλεί την δέσμευση ερεθιστικών τοξινών μικροβιακής προέλευσης.

Χρησιμοποιείται για την αποτελεσματική αντιμικροβιακή προστασία της στοματικής κοιλότητας, και την ανακούφιση από τα συμπτώματα της φλεγμονής.
Ενδείκνυται σε εμφυτεύματα και χειρουργεία του περιοδοντίου, σε εγκλείστους και ημιεγκλείστους και πλύσεις ριζικών σωλήνων.

6.Το CHLORHEXIL-F MOUTHWASH είναι Φθοριούχο στοματικό διάλυμα, με ήπια αντισηπτική δράση, για την καθημερινή υγιεινή περιποίηση της στοματικής κοιλότητας.
Κύριο συστατικό του η Chlorhexidine Digluconate 0,05%, που σε συνδυασμό με το Sodium Fluoride και οργανικό φθόριο (olaflur) 250ppmF - ενδείκνυται για την ενδυνάμωση της αδαμαντίνης και την πρόληψη της τερηδόνας.
Χρησιμοποιείται για την καθημερινή ουλοοδοντική φροντίδα, την σύσφιξη των ούλων και την ενεργοποίηση του αμυντικού συστήματος των ούλων.
Ενδείκνυται στην, στην προστασία από ουλίτιδα, περιοδοντίτιδα, τερηδόνα, στην συντήρηση του αποτελέσματος μετά από περιοδοντικές θεραπείες ή εμφυτεύματα και στην ενδυνάμωση της αδαμαντίνης

7. Η οδοντόκρεμα CHLORHEXIL-F TOOTHPASTE με βασικό συστατικό την Chlorhexidine Digluconate 0,10% σε συνδυασμό με το Sodium Fluoride και οργανικό φθόριο (olaflur) 1000 ppm F-.

Χρησιμοποιείται για την αποτελεσματική καταπολέμηση της ουλοοδοντικής μικροβιακής πλάκας και τερηδόνας, την ενδυνάμωση της αδαμαντίνης των δοντιών και ούλων, τη σύσφιξη των ούλων και μείωση των ουλορραγιών καθώς και την αποτελεσματική καταπολέμηση της κακοσμίας.
Ενδείκνυται για την θεραπεία ουλίτιδας και περιοδοντίτιδας, τη σύσφιξη των ούλων και μείωση των ουλορραγιών.
Δεν περιέχει SLS και ισχυρούς αποτριπτικούς παράγοντες και είναι κατάλληλη για ομοιοπαθητική.
Όλα τα προϊόντα με την ονομασία CHLORHEXIL δεν περιέχουν οινόπνευμα και έχουν ευχάριστη γεύση.

OMEGA PHARMA HELLAS S.A.

Η εταιρεία OMEGA PHARMA HELLAS S.A, διαθέτει στην ελληνική αγορά τα εξής προϊόντα χλωρεξιδίνης:

1) Το Στοματικό Διάλυμα Plac Away Thera Plus, με Διγλυκονική Χλωρεξιδίνη 0,2%, Υαλουρονικό Οξύ 0,05% και Oral Care Complex extra 2%:.
Το διάλυμα αυτό εμποδίζει το σχηματισμό της μικροβιακής πλάκας, συμβάλλει στην καταπολέμηση των νόσων του περιοδοντίου και βοηθά στην ανάπλαση των αιμορραγούντων ούλων.

2) Την Οδοντόκρεμα Plac Away Thera Plus, που περιέχει Διγλυκονική Χλωρεξιδίνη 0,2%, Tea Tree Oil 0,1% και Oral Care Complex extra 2%.
Η εν λόγω οδοντόκρεμα, απομακρύνει αποτελεσματικά και εμποδίζει τον επανασχηματισμό της μικροβιακής πλάκας, συμβάλλει στην καταπολέμηση των νόσων του περιοδοντίο και μειώνει τον ερεθισμό των ούλων.

3) Το Στοματικό Διάλυμα Plac Away Daily Care, με Διγλυκονική Χλωρεξιδίνη 0,014%, χλωριούχο Κετυλπυριδίνιο 0,05% και Φαινοξυαιθανόλη 0,6%.
Το διάλυμα αυτό ελέγχει και μειώνει αποτελεσματικά την οδοντική μικροβιακή πλάκα, προστατεύει από ουλίτιδα, περιοδοντίτιδα και τερηδόνα και αντιμετωπίζει αποτελεσματικά την κακοσμία του στόματος.

FROIKA

Η ελληνική εταιρεία FROIKA διαθέτει στην αγορά ένα πλήθος προιόντων με βάση την χλωρεξιδίνη.
Μεταξύ αυτών διακρίναμε:
Το στοματικό διάλυμα Froiplak Plus και την γέλη Froiplak gel με περιεκτικότητα σε χλωρεξιδίνη 0,2% και ισχυρή αντισηπτική δράση, καθώς επίσης και την οδοντόκρεμα Froident με περιεκτικότητα σε χλωρεξιδίνη 0,01%.

PLAC CONTROL

Η Εταιρεία PLAC CONTROL κυκλοφορεί το Στοματικό διάλυμα PlacControl με σύνθεση χλωρεξιδίνης 0,12% και 0,2%.
Το στοματόπλυμα αυτό έχει εξαιρετική δροσερή γεύση και παρουσιάζει μειωμένες παρενέργειες.

TePe®
Φροντίζουμε για υγιή χαμόγελα

Μεσοδόντιος Καθαρισμός

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

TePe Μεσοδόντια Βουρτσάκια - Για όλα τα μεσοδόντια διαστήματα

Η απλή σειρά αποτελείται από εννέα διαφορετικού μεγέθους Μεσοδόντια Βουρτσάκια, χρωματικά κωδικοποιημένα και σχεδιασμένα να μπορούν να εισχωρήσουν σε στενά και φαρδύτερα μεσοδόντια διαστήματα.

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

TePe Μεσοδόντιο Βουρτσάκι πολύ μαλακό - extra soft

Αυτή η μοναδική σειρά από μεσοδόντια βουρτσάκια έχει ειδικά επιλεγμένες, πολύ μαλακές ίνες για απαλό καθάρισμα. Περιλαμβάνει έξι μεγέθη, όλα με σύρμα επενδεδυμένο με πλαστικό, για ασφαλή χρήση. Τα χρωματικά κωδικοποιημένα μεγέθη είναι αντίστοιχα με εκείνα της αυθεντικής σειράς, σε ανοιχτότερες αποχρώσεις.

NEO

TePe Angle™ - Σχηματίζει γωνία για καλύτερη προσπέλαση

Το νέο μεσοδόντιο βουρτσάκι TePe Angle™ είναι εύχρηστο και έχει δημιουργηθεί για καλύτερη προσπέλαση σε όλα τα μεσοδόντια διαστήματα. Διατίθεται σε έξι χρωματικά κωδικοποιημένα μεγέθη (από το φούξια έως το πράσινο) αντίστοιχα με τα αυθεντικά μεσοδόντια βουρτσάκια της TePe.

TePe Mini Flosser™
- Ευκολία στη χρήση του νήματος

Ο συγκρατητήρας νήματος TePe Mini Flosser κυκλοφορεί τώρα βελτιωμένος με νήμα για εύκολη χρήση, ακόμη και στα πολύ στενά μεσοδόντια διαστήματα. Διατίθεται σε διαφορετικά χρώματα.

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.

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

NEO

TePe Μεσοδόντιο ζελέ με χλωρεξιδίνη & φθόριο
- Για υγιή ούλα και δόντια

Το νέο αντιβακτηριδιακό gel συνδυάζει τα πλεονεκτήματα της χλωρεξιδίνης και του φθορίου με διπλή προστασία στα ούλα και στα δόντια. Η χλωρεξιδίνη καταπολεμά την πλάκα και την ουλίτιδα, ενώ το φθόριο προλαμβάνει την τερηδόνα και προστατεύει την ευαίσθητη επιφάνεια της ρίζας.

- Χλωρεξιδίνη 0,2%
- Φθόριο 0,32% (1500ppm)
- Χωρίς αποτριπτικά, χωρίς αλκοόλ
- Με γεύση μέντα

TePe Ξύλινες Οδοντογλυφίδες
- Ένα κλασσικό κομμάτι

Διατίθενται σε 3 μεγέθη, με ή χωρίς φθόριο, με τριγωνικό σχήμα.

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

TePe Πλαστικές Οδοντογλυφίδες
- Λεπτές και εύκαμπτες

Ιδιαίτερα λεπτή πλαστική οδοντογλυφίδα, μαλακή και εύκαμπτη μπορεί να επαναχρησιμοποιηθεί. Συνοδεύεται με θήκη ταξιδίου.

Plac Aid Picks
- Ελαστικές οδοντογλυφίδες

Οι ελαστικές οδοντογλυφίδες PLAC AID PICKS είναι πολύ μαλακές και άνετες στη χρήση με μοναδικό σχεδιασμό.
Περιλαμβάνει μια πλαστική θήκη μεταφοράς για να διατηρούνται καθαρές έτοιμες προς χρήση.
Διατίθεται σε 2 μεγέθη small και large.

Find us on Facebook

PlacControl®
Προϊόντα Στοματικής Υγιεινής

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

BHMA 85_BHMA 74 02/05/2012 11:45 π.μ. Page 8

Γναθοπροσωπική Χειρουργική & Εμφυτεύματα

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

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

Τεχνικές Οστικής Ανάπλασης για Τοποθέτηση Εμφυτευμάτων

Μέρος 1ο

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

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

Η αποκατάσταση ελλειπόντων δοντιών με εμφυτεύματα άρχισε σταδιακά να κερδίζει έδαφος τις τελευταίες δεκαετίες, με αποτέλεσμα να έχει πλέον καθιερωθεί ως λύση πρώτης επιλογής για πολλούς ασθενείς. Παρόλα αυτά, στην καθημερινή κλινική πράξη εμφανίζονται περιπτώσεις, όπου το οστικό υπόβαθρο της γνάθου είναι ανεπαρκές για τοποθέτηση εμφυτεύματος. Σε αυτές τις περιπτώσεις είναι αναγκαία η εφαρμογή ειδικών τεχνικών, οι οποίες περιλαμβάνουν την τοποθέτηση μοσχευμάτων, προκειμένου να εξασφαλιστεί επαρκές εύρος και ύψος οστού στη θέση εμφύτευσης και οι οποίες είναι γνωστές ως *τεχνικές οστικής ανάπλασης*.
Σε προηγούμενα άρθρα μας αναφερθήκαμε εκτενώς στα διάφορα μοσχευματικά υλικά, τα οποία χρησιμοποιούνται στις τεχνικές οστικής ανάπλασης. Στο παρόν άρθρο θα αναλύσουμε τα ιδιαίτερα σημεία κάθε τεχνικής, καλύπτοντας τις περιπτώσεις τόσο της τμηματικής, όσο και της ολικής οστικής ανάπλασης ατροφικών γνάθων, πριν ή ταυτόχρονα με την τοποθέτηση οστεοενσωματούμενων οδοντικών εμφυτευμάτων. Θα αναλύσουμε επιπλέον τα ποσοστά επιτυχίας των τεχνικών αυτών, καθώς και την αξιολόγηση της πορείας των εμφυτευμάτων που τοποθετούνται σε θέσεις όπου έχει εφαρμοστεί οστική ανάπλαση. Όλες οι τεχνικές στις οποίες θα αναφερθούμε μπορούν να πραγματοποιηθούν στο ιατρείο με μεγάλη ευκολία και εξαιρετική αποτελεσματικότητα, αρκεί να είναι κατάλληλα εξοπλισμένο..

Οι συνηθέστεροι παράγοντες που οδηγούν σε ανεπαρκές οστικό υπόβαθρο για τοποθέτηση εμφυτεύματος, διότι δημιουργούν απορρόφηση ή καταστροφή του οστού της γνάθου είναι οι εξής:

– Η χρόνια μερική ή ολική νωδότητα,
– Η περιοδοντική νόσος,
– Ο τραυματισμός του οστού της γνάθου.

Με τον όρο *οστική ανάπλαση* αναφερόμαστε στη διαδικασία συνδυασμού μοσχευματικών υλικών και εξειδικευμένων τεχνικών που έχουν ως στόχο την αποκατάσταση του οστικού ελλείμματος της φατνιακής ακρολοφίας, προκειμένου να καταστεί δυνατή η τοποθέτηση οστεοενσωματούμενων οδοντικών εμφυτευμάτων, δηλαδή να υπάρχει το κατάλληλη ύψος και εύρος οστού, ικανού για τη συγκράτηση του εμφυτεύματος.
Σε πολλές περιπτώσεις, η τεχνική οστικής ανάπλασης που θα εφαρμοστεί είναι δυνατό να συνδυαστεί με ταυτόχρονη τοποθέτηση εμφυτευμάτων. Άλλοτε όμως, κυρίως σε περιπτώσεις εκτεταμένης οστικής απορρόφησης, σε πρώτο στάδιο εφαρμόζεται η κατάλληλη τεχνική για την ανάπλαση του οστού και μετά την πάροδο ικανοποιητικού χρονικού διαστήματος, όταν πλέον έχει αποκατασταθεί επαρκώς το οστικό έλλειμμα, πραγματοποιείται η εμφύτευση. Όπως γίνεται εύκολα κατανοητό, οι τεχνικές οστικής ανάπλασης έχουν εξαιρετική σημασία, διότι επιτρέπουν την τοποθέτηση εμφυτευμάτων και κατ' επέκταση την αποκατάσταση της νωδότητας, όταν κάτι τέτοιο δεν είναι εφικτό με άλλα μέσα.
Υπάρχουν διάφορες ταξινομήσεις των τεχνικών οστικής ανάπλασης. Η πιο απλή βασίζεται στο είδος της παρέμβασης που γίνεται στο οστούν της γνάθου και είναι η εξής:

Α. Τεχνικές με άθικτη φατνιακή ακρολοφία
Β. Τεχνικές στις οποίες πραγματοποιείται οστεοτομία
Γ. Τεχνικές με διατήρηση μετεξακτικού φατνίου

Πιο κάτω θα αναφερθούμε εκτενώς στα ιδιαίτερα σημεία κάθε τεχνικής.

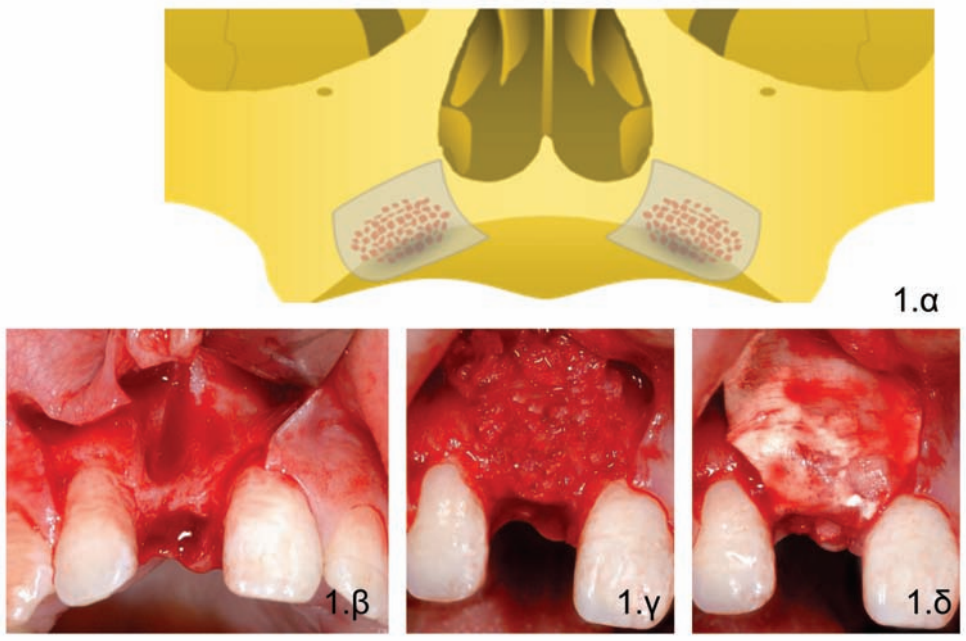
Α. ΤΕΧΝΙΚΕΣ ΜΕ ΑΘΙΚΤΗ ΦΑΤΝΙΑΚΗ ΑΚΡΟΛΟΦΙΑ

Στην κατηγορία αυτή υπάγονται:
1. Η Κατευθυνόμενη Οστική Ανάπλαση (ΚΟΑ)
2. Το επένθετο οστικό μόσχευμα και
3. Η ανύψωση του εδάφους του ιγμορείου με ανοικτή προσπέλαση

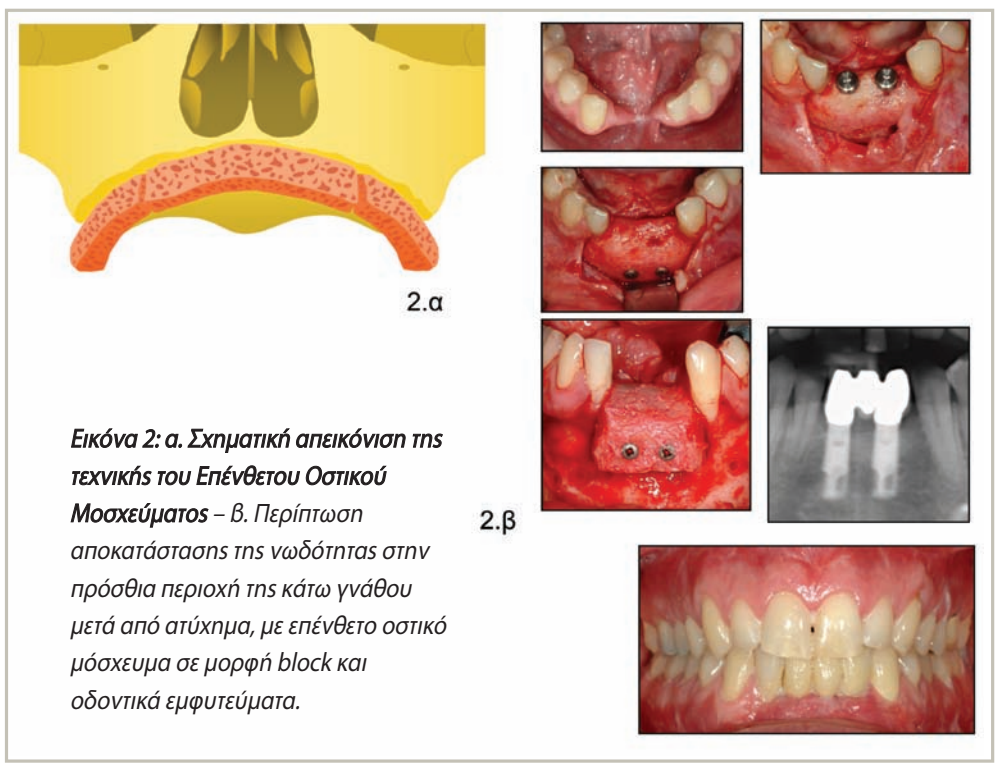
Α.1 Κατευθυνόμενη Οστική Ανάπλαση (ΚΟΑ)
Ως *Κατευθυνόμενη Οστική Ανάπλαση* ορίζεται κάθε τεχνική οστικής ανάπλασης που γίνεται χρήση μοσχευματικού υλικού για την πλήρωση του οστικού ελλείμματος και ταυτόχρονα κάλυψη ή μη αυτού με μεμβράνη ή με κάποιο άλλο σταθεροποιητικό μέσο (π.χ πλέγμα τιτανίου).
Η τεχνική αυτή περιλαμβάνει πέντε επιμέρους κατηγορίες, ανάλογα με το είδος του οστικού ελλείμματος που πρέπει να αποκατασταθεί και οι οποίες είναι:

α) Η κάθετη ΚΟΑ
β) Η οριζόντια ΚΟΑ
γ) Ο συνδυασμός κάθετης και οριζόντιας ΚΟΑ,
δ) Η κάλυψη του κενού σχισμοειδούς χώρου που δημιουργείται μεταξύ του εμφυτεύματος και του μετεξακτικού φατνίου, καθώς και
ε) Η πλήρωση οστικής απώλειας σε περιπτώσεις περιεμφυτευματίτιδας

Από το σύνολο των παραπάνω επιμέρους κατηγοριών, οι τρεις πρώτες είναι «αληθώς» αυξητικές τεχνικές και σε αυτές θα αναφερθούμε εκτενώς στο παρόν άρθρο. Οι τεχνικές αυτές εφαρμόζονται προκειμένου να επέλθει αύξηση



***Εικόνα 1: α. Σχηματική απεικόνιση ΚΟΑ** – β. Νωδή φατνιακή ακρολοφία (περιοχή του 11) με οστικό έλλειμμα - γ. Μετά την τοποθέτηση αυτογενούς μοσχεύματος – δ. Κάλυψη του μοσχεύματος με απορροφήσιμη μεμβράνη.*



***Εικόνα 2: α. Σχηματική απεικόνιση της τεχνικής του Επένθετου Οστικού Μοσχεύματος** – β. Περίπτωση αποκατάστασης της νωδότητας στην πρόσθια περιοχή της κάτω γνάθου μετά από ατύχημα, με επένθετο οστικό μόσχευμα σε μορφή block και οδοντικά εμφυτεύματα.*

Opalescence® BOOST

Εκθαμβωτικό Χαμόγελο Σήμερα!

Το Opalescence Boost είναι η λεύκανση ιατρείου η οποία σας επιτρέπει σε 40 λεπτά, χωρίς ειδικό εξοπλισμό ή τη χρήση λάμπας λεύκανσης, να προσφέρετε στους ασθενείς σας ένα εκθαμβωτικό χαμόγελο γρήγορα και με ασφάλεια!

- 40% υπεροξείδιο του υδρογόνου, γρήγορα αποτελέσματα με 2 εφαρμογές των 20 λεπτών
- Ενεργοποιείται χημικά, δεν απαιτείται η χρήση ειδικής λάμπας ή φωτός
- Με ουδέτερο pH και σύνθεση PF (νιτρικό κάλιο και φθόριο) για την ενδυνάμωση της αδαμαντίνης, προστασία από την τερηδόνα και ελαχιστοποίηση της ευαισθησίας.
- Μπορεί να χρησιμοποιηθεί σε ολόκληρο το τόξο, μεμονωμένα δόντια ή σε ενδοδοντικά θεραπευμένα δόντια
- Νέο OpalDam Green – απομόνωση σε πράσινο χρώμα προσφέρει χρωματική αντίθεση για να είστε σίγουροι ότι έχετε κάνει σωστή τοποθέτηση.
- Διατίθενται 6 διαφορετικές συσκευασίες (ενός ασθενή, 2 ασθενών, 4 ασθενών, ανταλλακτικά των 2 και των 20 ασθενών και ειδική συσκευασία για μεμονωμένα δόντια)- πολλές επιλογές ανάλογα με τις ανάγκες του ιατρείου σας

NOW 40% HP

ULTRADENT PRODUCTS, INC.

Μεσογείων 36, 11527 Αθήνα, Τηλ: 210.74.82.170, Fax: 210.74.82.109, e-mail: ultradent@otenet.gr, www.ultradent.gr

BHMA 85_BHMA 74 02/05/2012 11:45 π.μ. Page 10

του όγκου της υπολειμματικής φατνιακής ακρολοφίας σε οριζόντια ή κάθετη διάσταση ή σε συνδυασμό αυτών.

Και οι τρεις αυτές κατηγορίες της Κατευθυνόμενης Οστικής Ανάπλασης περιλαμβάνουν την τοποθέτηση ειδικού μοσχευματικού υλικού ταυτόχρονα με την τοποθέτηση των εμφυτευμάτων ή σε δεύτερο χρόνο, σε περιπτώσεις πολύ μεγάλης οστικής απώλειας, όπως ήδη έχει αναφερθεί. Μετά την τοποθέτηση του μοσχεύματος στη δέκτρια θέση, η περιοχή καλύπτεται είτε μόνο με βλεννογονοπεριόστεο κρημνό, είτε με κάποιο σταθεροποιητικό μέσο, όπως είναι οι απορροφήσιμες ή μη απορροφήσιμες μεμβράνες ή το πλέγμα τιτανίου και με βλεννογονπεριόστεο κρημνό **(Εικόνα 1)**.

Ανάλογα με τη βλάβη, την οποία θέλουμε να αποκαταστήσουμε με την ΚΟΑ και το υλικό του μοσχεύματος που θα χρησιμοποιήσουμε, ποικίλουν τόσο ο χρόνος αναμονής για πραγματοποίηση της εμφύτευσης (έως 3-6 μήνες), όσο και ο χρόνος έναρξης της διαδικασίας προσθετικής αποκατάστασης μετά την εμφύτευση (3-13 μήνες). Η οστική αύξηση που επιτυγχάνεται σε περιπτώσεις κάθετης ΚΟΑ ανέρχεται σε 2 – 7 mm, ενώ στην οριζόντια ΚΟΑ κυμαίνεται από 2 – 4,5 mm.

Τα ποσοστά επιτυχίας της ΚΟΑ ποικίλουν από 67% έως 100% ανεξάρτητα από το σταθεροποιητικό μέσο που χρησιμοποιήθηκε (μεμβράνη ή πλέγμα τιτανίου). Η αποτυχία της μεθόδου σχετίζεται κυρίως με έκθεση της μεμβράνης και κατ' επέκταση με επιμόλυνση και απώλεια τμήματος ή ολόκληρης της ποσότητας του μοσχεύματος που χρησιμοποιήθηκε.

Όσον αφορά τη σταθερότητα των διαστάσεων του τοποθετούμενου μοσχεύματος σε βάθος χρόνου, υπάρχουν δεδομένα μόνο ως προς την κάθετη διάσταση, καθώς αυτή είναι πολύ πιο εύκολο να ελεγχθεί με συμβατικά ακτινογραφικά μέσα. **Το ύψος της περιεμφυτευματικής απώλειας οστού το οποίο επέρχεται σε χρονικό διάστημα 1 – 7 ετών μετά από κάθετη ΚΟΑ ανέρχεται σε 1 – 2,9 mm.** Επιπλέον, δεν έχει τεκμηριωθεί διαφορά ανάμεσα στη χρησιμοποίηση αυτογενούς ή μη μοσχεύματος κατά την ΚΟΑ, ενώ η χρήση απορροφήσιμης ή μη απορροφήσιμης μεμβράνης δε μεταβάλλει τα ποσοστά επιτυχίας της μεθόδου.

Σχετικά με την τοποθέτηση εμφυτευμάτων στις θέσεις όπου έχει εφαρμοστεί ΚΟΑ, αυτή μπορεί να πραγματοιηθεί είτε ταυτόχρονα με την τεχνική οστικής ανάπλασης, είτε μετά τη σταθεροποίηση του μοσχεύματος και τη δημιουργία νέου οστού. Όπως καταδεικνύουν διάφορες μελέτες, **η ετερόχρονη με την ΚΟΑ εμφύτευση ενέχει μικρότερο κίνδυνο απώλειας του μοσχεύματος, ωστόσο δεν εμφανίζει διαφορά στην επιβίωση και λειτουργικότητα της τελικής προσθετικής αποκατάστασης.** Γενικά, **τα ποσοστά επιτυχίας της εμφύτευσης** σε θέσεις όπου έχει πραγματοποιηθεί ΚΟΑ κυμαίνονται από 86 – 98,3%, ενώ *τα ποσοστά επιβίωσης των εμφυτευμάτων* ξεπερνούν το 90% μετά από περίοδο ενός έτους φόρτισης.

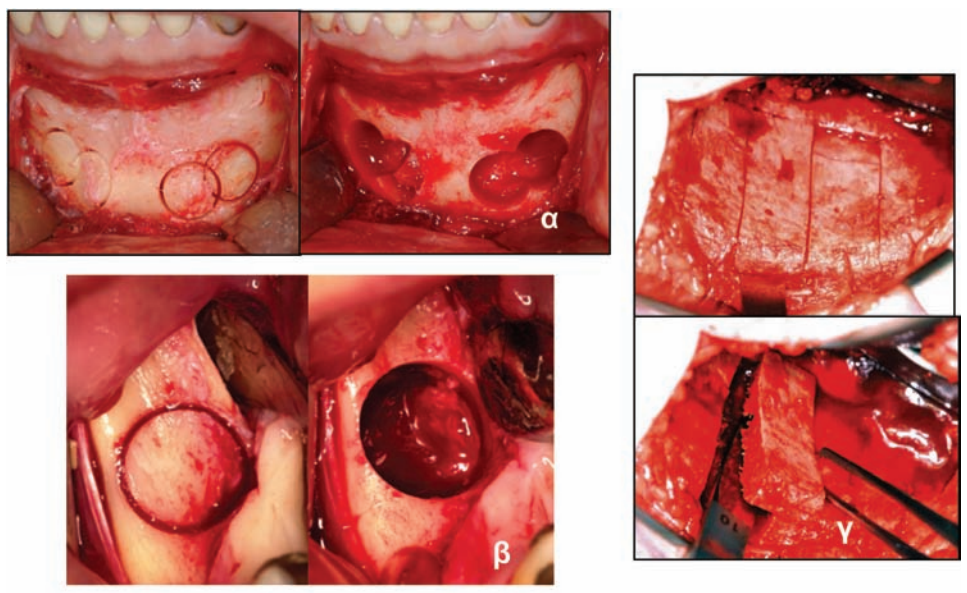
Από τα προαναφερόμενα συμπεραίνουμε ότι τα ποσοστά επιβίωσης των εμφυτευμάτων που τοποθετούνται σε θέσεις όπου έχει προηγηθεί ΚΟΑ είναι παρόμοια με τα ποσοστά που σημειώνονται όταν το οστικό υπόβαθρο είναι εξ αρχής επαρκές για εμφύτευση.

Α. 2 Επένθετο Οστικό Μόσχευμα

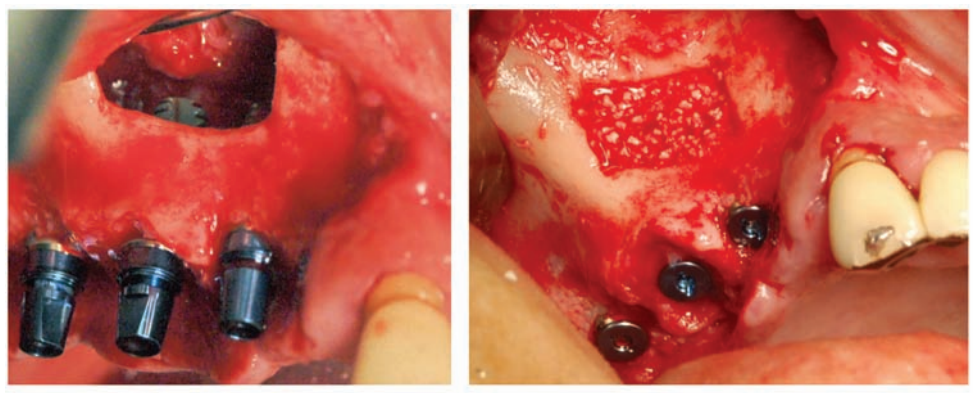
Η τεχνική αυτή περιλαμβάνει την τοποθέτηση μοσχεύματος στην επιφάνεια της υπολειμματικής φατνιακής ακρολοφίας με σκοπό την αύξηση του όγκου αυτής κατά την οριζόντια ή και κάθετη διάσταση. Στόχος είναι να καταστεί δυνατή η τοποθέτηση εμφυτευμάτων ικανοποιητικών διαστάσεων στη θέση αυτή, τα οποία θα ανταποκρίνονται στις λειτουργικές και αισθητικές απαιτήσεις της προσθετικής αποκατάστασης.

Πίνακας 1: Η τεχνική της Κατευθυνόμενης Οστικής Ανάπλασης, συγκριτικά με την τοποθέτηση Επένθετου Μοσχεύματος *(Chiapasco et al., 1999)*

	Τεχνική Ανάπλασης	
	ΚΟΑ	**Επένθετο Μοσχευμα**
Χρησιμοποιούμενα Υλικά	- Απορροφήσιμες ή μη μεμβράνες - Οστικό μόσχευμα από ενδοστοματική ή άλλη θέση	- Μόσχευμα από ενδοστοματική ή άλλη ή άλλη προέλευση
Κέρδος σε ύψος οστού 6-8 μήνες μετά την ανάπλαση	2,8 ± 1,2 mm	4,0 ± 0,8 mm
Επιβίωση των εμφυτευμάτων μετά από 2 χρόνια	>93%	>93%
Νοσηρότητα της δότριας περιοχής του μοσχεύματος	ΝΑΙ	ΝΑΙ
Ανάγκη υπερδιόρθωσης λόγω απορρόφησης του μοσχεύματος	ΝΑΙ	ΝΑΙ
Πλεονεκτήματα	Προστασία του μοσχεύματος	Ταυτόχρονη κάθετη και οριζόντια αύξηση της φατνιακής ακρολοφίας
Μειονεκτήματα	- ↑↑ κόστος λόγω μεμβράνης - ↑κίνδυνος έκθεσης & επιμόλυνσης μεμβράνης -μοσχεύματος	Συχνά προκύπτει ανάγκη φατνιοπλαστικής



Εικόνα 3: Ενδοστοματικές και εξωστοματικές δότριες θέσεις οστικού μοσχεύματος. *Λήψη μοσχεύματος από: α. Τη γενειακή σύμφυση, β. Το οπισθογόμφιο τρίγωνο και γ. Την πρόσθια άνω λαγόνια άκανθα*



Εικόνα 4: *Περίπτωση ανύψωσης της μεμβράνης του ιγμορείου άντρου μετά από προσπέλαση του πλάγιου τοιχώματος αυτού. Ταυτόχρονη τοποθέτηση εμφυτευμάτων και μοσχευματικού υλικού.*

Α.2α Επένθετο οστικό μόσχευμα σε μορφή συμπαγούς τεμαχίου (block)

Στην περίπτωση αυτή, το μόσχευμα είτε προέρχεται από ενδοστοματική ή εξωστοματική δότρια περιοχή του σώματος του ασθενούς, είτε πρόκειται για κατάλληλα επεξεργασμένο αλλογενές ή ξενογενές μόσχευμα. Μετά από αναπέταση βλεννογονοπεριοστικού κρημνού, το τεμάχιο οστού τοποθετείται και σταθεροποιείται με συγκρατητικά μέσα όπως βίδες, πλάκες ή ειδικό πλέγμα στην επιθυμητή θέση **με άμεση ή έμμεση τοποθέτηση των εμφυτευμάτων**, ανάλογα με την αρχική κατάσταση της φατνιακής ακρολοφίας. Η έμμεση εμφύτευση συνήθως γίνεται 4 – 6 μήνες μετά την πραγματοποίηση της αυξητικής τεχνικής με νέα επέμβαση και αφαίρεση των συγκρατητικών μεταλλικών στοιχείων, ενώ η προσθετική αποκατάσταση αρχίζει κατά μέσο όρο 3 – 6 μήνες μετά την εμφύτευση, όπως προτείνεται και για περιοχές που δεν έχουν υποστεί οστική ανάπλαση **(Εικόνα 2)**.

Αναφορικά με την περιοχή προέλευσης του μοσχεύματος **(Εικόνα 3)**, όταν αυτό προέρχεται από ενδοστοματικές θέσεις υπάρχει ο κίνδυνος τραυματισμού νευρικών στοιχείων με επακόλουθη παροδική ή μόνιμη παραισθησία. Ο εν λόγω κίνδυνος είναι μικρότερος (0 – 5%) όταν ως δότρια θέση χρησιμοποιείται το οπισθογόμφιο τρίγωνο της κάτω γνάθου, ενώ ανέρχεται σε ποσοστό 10 – 50% σε λήψη μοσχεύματος από τη γενειακή σύμφυση. Για τον λόγο αυτό, θα πρέπει ο χειρουργός να είναι επιφυλακτικός στην επιλογή της γενειακής σύμφυσης ως δότριας θέσης για το μόσχευμα, εφόσον η οπισθογόμφια περιοχή προσφέρει όχι μόνο ίδιας ποιότητας, αλλά και ίσης ή και περισσότερης ποσότητας οστούν, ενώ ο κίνδυνος τραυματισμού του νεύρου στην περίπτωση αυτή είναι σημαντικά μικρότερος. Όταν σαν δότρια θέση χρησιμοποιείται η πρόσθια ή η οπίσθια λαγόνια άκανθα, εκτός από τη διαδικασία της επιπρόσθετης χειρουργικής επέμβασης, θα πρέπει να αναλογιστεί κανείς και τη νοσηρότητα της περιοχής λήψης του μοσχεύματος. Ο πόνος και η ενόχληση που εμφανίζεται στην της περιοχή αποτελούν παροδικά συμπτώματα, ωστόσο στο 2% των περιπτώσεων παρατηρείται πόνος ή ενόχληση σε βάθος χρόνου.

Τα ποσοστά επιβίωσης των εμφυτευμάτων που τοποθετούνται έχοντας επιτευχθεί οστική ανάπλαση με αυτή τη μέθοδο κυμαίνονται ανάλογα με τις διάφορες μελέτες από 80% – 100% (μέσος όρος 94%). Στη πλειονότητα των μελετών αυτών, τα παρατηρούμενα ποσοστά επιβίωσης των εμφυτευμάτων είναι μεγαλύτερα από 90%, ενώ τα μεγαλύτερα ποσοστά απώλειας εμφυτευμάτων συνδέονται με τη διαδικασία της ταυτόχρονης οστικής ανάπλασης και εμφύτευσης. Από την άλλη πλευρά, η πραγματοποίηση ταυτόχρονης οστικής ανάπλασης και εμφύτευσης μειώνει τον χρόνο μέχρι την τελική αποκατάσταση του ασθενούς και επιπλέον τον κίνδυνο απορρόφησης του μοσχεύματος, δεδομένου ότι η παρουσία των εμφυτευμάτων επιτρέπει στις δυνάμεις φόρτισης να δρουν επί του μοσχεύματος από την αρχή της τοποθέτησής του.

Όσον αφορά στην απορρόφηση που επέρχεται στο οστικό μόσχευμα σημειώνουμε τα εξής:

α) Η απορρόφηση είναι μεγαλύτερη τον πρώτο χρόνο μετά την οστική ανάπλαση και την τοποθέτηση της επιεμφυτευματικής προσθετικής αποκατάστασης, ενώ μειώνεται σημαντικά τα επόμενα χρόνια.

β) Όσο η πυκνότητα του οστικού μοσχεύματος και το πάχος του φλοιώδους οστού αυξάνονται, τόσο μειώνεται η απορρόφηση του μοσχεύματος. Συγκεκριμένα, όπως προκύπτει από διάφορες πειραματικές μελέτες, το λαγόνιο μόσχευμα παρουσιάζει ποσοστά απορρόφησης 12 – 60%, ενώ μοσχεύματα προερχόμενα από τα οστά του κρανίου παρουσιάζουν ποσοστά απορρόφησης 0 – 15%. Για τα διάφορα ενδοστοματικά μοσχεύματα, δεν υπάρχουν ακόμη επαρκή βιβλιογραφικά δεδομένα.

γ) Κατά την οστική ανάπλαση πρέπει πάντα να επιδιώκουμε υπερδιόρθωση της περιοχής, έχοντας ως στόχο ότι το οστούν που θα παραμείνει μετά την απορρόφηση του μοσχεύματος πρέπει να είναι επαρκές για την τοποθέτηση των εμφυτευμάτων.

δ) Όταν χρησιμοποιούνται αυτογενή μοσχεύματα, κρίνεται σκόπιμη η χρησιμοποίηση τεμαχίων φλοιώδους – σπογγώδους οστού, διότι τα σπογγώδη τεμάχια από μόνα τους, όταν δεν υποστηρίζονται από μεμβράνη ή νάρθηκα τιτανίου, δεν μπορούν να διατηρήσουν το απαιτούμενο σχήμα που έχει αποδοθεί αρχικά στη φατνιακή ακρολοφία με την τοποθέτησή τους και για τον λόγο αυτό υπόκεινται γρήγορα σε απορρόφηση.

Συμπερασματικά, η τεχνική του επένθετου οστικού μοσχεύματος είναι πολύ χρήσιμη σε περιπτώσεις μεγάλης οστικής απορρόφησης,

BHMA 85_BHMA 74 02/05/2012 11:45 π.μ. Page 11

διότι καθιστά δυνατή την αποκατάσταση του ασθενούς με οδοντικά εμφυτεύματα. Θα πρέπει να προτιμάται, όταν αυτό είναι εφικτό, από τη Le Fort I οστεοτομία με ενδιάμεσο μόσχευμα και από τους μικροαγγειούμενους κρημνούς, λόγω της μικρότερης νοσηρότητας της δότριας, αλλά και της δέκτριας περιοχής. Η χρήση τόσο της Le Fort I οστεοτομίας, όσο και των μικροαγγειούμενων κρημνών θα πρέπει να περιορίζεται σε πολύ ακραίες περιπτώσεις, όπως σε μεγάλη διαγναθική απόσταση λόγω απορρόφησης. Στον Πίνακα 1 παρουσιάζεται η σύγκριση της τεχνικής αυτής με την ΚΟΑ.

Α.2β «Τεχνική της σήραγγας για τοποθέτηση οστικού μοσχεύματος υπό μορφή συμπαγούς τεμαχίου ή κατατετμημένων τεμαχιδίων – κόκκων

Στην περίπτωση αυτή το συμπαγές τεμάχιο ή τα τεμαχίδια – κόκκοι αυτογενούς ή μη μοσχεύματος τοποθετούνται σε θήκη – σήραγγα, η οποία διαμορφώνεται κατάλληλα ανάμεσα στον βλεννογόνο και το οστούν μετά από τομή και αποκόλληση του βλεννογονοπεριόστεου. Η χειρουργική αυτή προσέγγιση αποκαλείται «τεχνική της σήραγγας» (tunnel technique) και εφαρμόζεται συνήθως σε οπίσθιες νωδές περιοχές της κάτω γνάθου.

Όταν χρησιμοποιείται συμπαγές τεμάχιο μοσχεύματος (block), το ύψος και πάχος της φατνιακής ακρολοφίας που μετράται μετά από το στάδιο επούλωσης και ενσωμάτωσης του μοσχεύματος, είναι ικανό να υποστηρίξει εμφυτεύματα διαμέτρου 3,75 – 4mm και μήκους 10mm κατ' ελάχιστο. Επιπλέον, πλεονέκτημα αποτελεί και το γεγονός ότι στην περίπτωση αυτή η ανάγκη χρήσης μεμβράνης περιορίζεται, λόγω της συνοχής του περιοστέου.

Όταν χρησιμοποιείται μόσχευμα με τη μορφή τεμαχιδίων – κόκκων, αυτό τοποθετείται και συμπυκνώνεται σε κατάλληλη ποσότητα, ανάλογα με την ανάγκη αύξησης του όγκου της φατνιακής ακρολοφίας, για την πλήρωση της σήραγγας που δημιουργείται μετά την τομή και την αποκόλληση του βλεννογονοπεριόστεου. Οι Block & Degen (2004), χρησιμοποιώντας κόκκους κατεψυγμένου – αφαλατωμένου οστικού μοσχεύματος, παρατήρησαν άμεσα μετεγχειρητικά αύξηση στο ύψος της φατνιακής ακρολοφίας κατά 5 – 8mm. Μετά όμως από χρονικό διάστημα επούλωσης 4 μηνών προκειμένου να ακολουθήσει η εμφύτευση, οι ερευνητές παρατήρησαν απορρόφηση του όγκου του μοσχεύματος της τάξης του 50%. Παρόλα αυτά, τα ποσοστά επιβίωσης των εμφυτευμάτων ανήλθαν στο 97%.

Συμπερασματικά, απαιτούνται περισσότερες μελέτες τόσο σε αριθμό περιστατικών, όσο και σε μακροχρόνια παρακολούθηση των ασθενών, προκειμένου αυτή η προσπέλαση να εδραιωθεί σαν τεχνική εκλογής σε κάποιες περιπτώσεις.

Α.3 Ανύψωση του εδάφους του ιγμορείου με ανοικτή προσπέλαση

Η ανύψωση του εδάφους του ιγμορείου με προσπέλαση από το έξω-πλάγιο ή πλευρικό τοίχωμα αυτού, είναι μια πολύ διαδεδομένη και επαρκώς μελετημένη τεχνική, η οποία επιτρέπει την άμεση ή έμμεση εμφύτευση, ανάλογα με το αρχικό πάχος της νωδής ακρολοφίας **(Εικόνα 4)**. Σε προηγούμενο άρθρο μας έχουμε αναπτύξει εκτενώς αυτή την τεχνική, καθώς και τις παραλλαγές της, ωστόσο θα αναφέρουμε και εδώ κάποια καίρια σημεία.

Όπως είναι γνωστό, η τεχνική αυτή ενέχει τον κίνδυνο διάτρησης της μεμβράνης του Schneider, είτε κατά τη διάνοιξη του οστικού παραθύρου με μηχανοκίνητα εργαλεία, είτε κατά την προσπάθεια αποκόλλησής της από το οστούν. Τα ποσοστά πρόκλησης διάτρησης της μεμβράνης κυμαίνονται από 10% έως 34%, (μέσος όρος 20%). Εάν επέλθει διάτρηση, στις περισσότερες περιπτώσεις το έλλειμμα καλύπτεται με απορροφήσιμη μεμβράνη ή με αναδίπλωση της μεμβράνης του Schneider και η διαδικασία τοποθέτησης του μοσχεύματος ή και των εμφυτευμάτων συνεχίζεται χωρίς πρόβλημα. Σε λιγότερο από 1% των περιπτώσεων, η διάτρηση προκαλεί εκτενές έλλειμμα σε τέτοιο βαθμό, ώστε να μην επιτρέπει τη συνέχιση της διαδικασίας.

Ανεξάρτητα από τη διάτρηση ή μη της μεμβράνης του Schneider, οι μετεγχειρητικές επιπλοκές από την ανύψωση του εδάφους του ιγμορείου με ανοικτή προσπέλαση, ανέρχονται στο 3-4% των περιπτώσεων και σχετίζονται με μόλυνση του μοσχεύματος ή και ιγμορίτιδα με συνέπεια την απώλεια τμήματος ή ολόκληρου του όγκου του μοσχεύματος.

Τα ποσοστά επιβίωσης των εμφυτευμάτων που τοποθετούνται σε περιοχή όπου έχει προηγηθεί ανύψωση ιγμορείου κυμαίνονται από 61-100%, ανάλογα με τη μελέτη, με μέσο όρο 93%. Αξιοσημείωτο είναι το γεγονός ότι στην πλειονότητα των μελετών το ποσοστό αυτό ξεπερνά το 90% και εξαρτάται από παράγοντες, όπως:

Το μοσχευματικό υλικό πλήρωσης της κοιλότητας. Ανάλογα με το υλικό αυτό τα ποσοστά επιβίωσης των εμφυτευμάτων είναι: i. Για αυτόλογο μόσχευμα 89%, ii. για αλλογενές μόσχευμα 93,4%, iii. για ξενογενές μόσχευμα 95,5%, iv. για αλλοπλαστικό μόσχευμα 98,4%, ενώ v. για συνδυασμό διαφόρων τύπων

Τον χρόνο τοποθέτησης των εμφυτευμάτων. Όταν η διαδικασία της εμφύτευσης δεν πραγματοποιείται ταυτόχρονα με την ανύψωση του εδάφους του ιγμορείου, τα ποσοστά επιβίωσης των εμφυτευμάτων κυμαίνονται από 73-100%. Σε αντίθετη περίπτωση τα ποσοστά αυτά κυμαίνονται από 61-100%. Παραταύτα, η έμμεση εμφύτευση προτείνεται μόνο σε περιπτώσεις όπου το πάχος της υπολειπόμενης φατνιακής ακρολοφίας είναι μικρότερο από 4-5 mm και δεν μπορεί να προσφέρει ικανή πρωτογενή συγκράτηση στα τοποθετούμενα εμφυτεύματα.

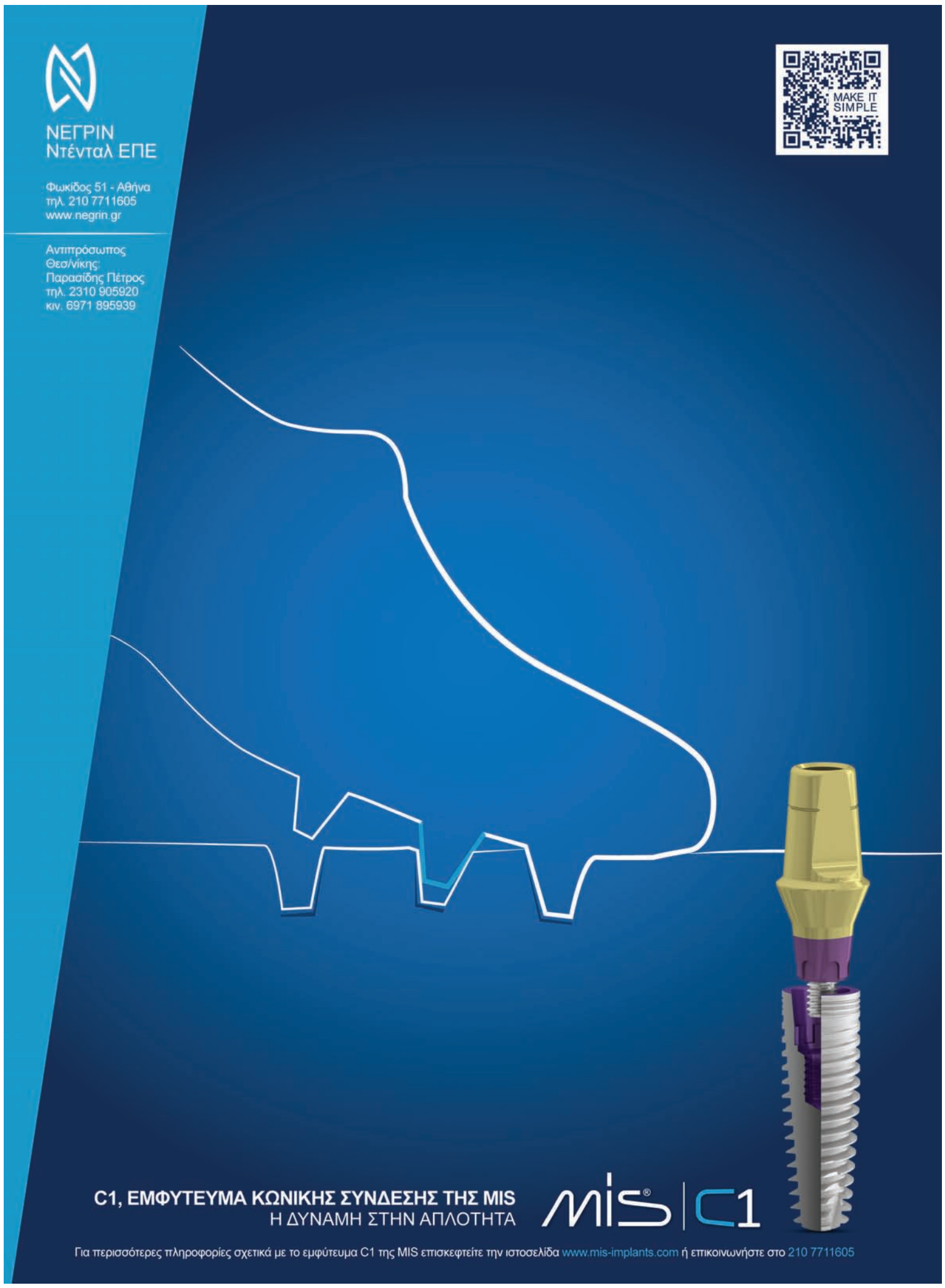
Συμπερασματικά μπορούμε να αναφέρουμε ότι:

α) Τα ποσοστά επιβίωσης των εμφυτευμάτων που τοποθετούνται σε περιοχή όπου προηγήθηκε ανύψωση του εδάφους του ιγμορείου είναι συγκρίσιμα με αυτά που παρατηρούνται σε νωδές περιοχές της άνω γνάθου που δε χρήζουν οστικής ανάπλασης.

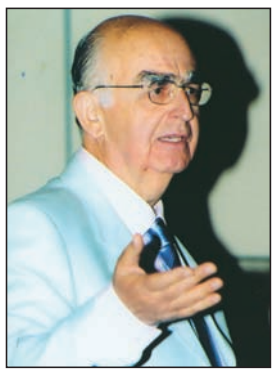
β) Ο συνδυασμός αυτογενούς με ξενογενές ή αλλοπλαστικό μόσχευμα φαίνεται να παρουσιάζει το μικρότερο ποσοστό απορρόφησης του μοσχεύματος και επαναπνευματισμού του ιγμορείου άντρου.

γ) Ταυτόχρονη ανύψωση της μεμβράνης του ιγμορείου και τοποθέτηση εμφυτευμάτων ενδείκνυται μόνο όταν το πάχος της φατνιακής ακρολοφίας είναι > 4-5mm και η ποιότητα του οστού ικανοποιητική.

δ) Η προσθετική αποκατάσταση πρέπει να αρχίζει 5-6 μήνες μετά την τοποθέτηση των εμφυτευμάτων.



ΒΗΜΑ 85_ΒΗΜΑ 74 02/05/2012 11:45 π.μ. Page 12



Τα Μυστικά του Στόματος...

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

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

Σύνδρομο Αδαμαντιάδη-Behçet

Το Σύνδρομο Αδαμαντιάδη-Behçet είναι πολυσυστηματικό και πολυσυμπτωματικό νόσημα, άγνωστης αιτιολογίας, με χρόνια πορεία και απρόβλεπτες εξάρσεις και υφέσεις. Είναι τόσο μεγάλο το φάσμα των κλινικών σημείων και συμπτωμάτων, που πραγματικά κάθε ιατρός που ασχολείται με το νόσημα, διακατέχεται από δέος όταν βρεθεί αντιμέτωπος, αφού πρέπει να διαθέτει βαθιές γνώσεις κλινικής ιατρικής και πείρα. Επιπλέον, αποτελεί ίσως το πιο κλασικό παράδειγμα νόσου που εμπλέκονται σχεδόν όλες οι υποειδικότητες της Παθολογίας και αναδεικνύει με τον πιο εντυπωσιακό τρόπο το ρόλο του κλινικού ιατρού. Ακόμη, αναδεικνύει την ανάγκη συνεργασίας μεταξύ τους για την αποτελεσματική αντιμετώπιση. Κορυφαία θέση στην ομάδα κατέχει ο Στοματολόγος, αφού πολύ συχνά είναι ο πρώτος που θα έλθει σε επαφή με τη νόσο, δεδομένου ότι οι άφθες στο στόμα αποτελούν το πιο σταθερό, πρώιμο και αξιόπιστο διαγνωστικό κριτήριο. Τα λοιπά πρωτεύοντα διαγνωστικά κριτήρια περιλαμβάνουν βλάβες στα γεννητικά όργανα, το δέρμα, τους οφθαλμούς και το test παθεργίας. Ακολουθούν ένας γαλαξίας σημείων και συμπτωμάτων από άλλα όργανα και συστήματα που αποτελούν τα δευτερεύοντα διαγνωστικά κριτήρια. Στον αιώνα της αποθέωσης των εργαστηριακών εξετάσεων, το σύνδρομο Αδαμαντιάδη-Behçet αποτελεί το πιο σπουδαίο παράδειγμα της καταξίωσης της κλινικής γνώσης και πείρας όπου η διάγνωση στηρίζεται σχεδόν αποκλειστικά σε κλινικά κριτήρια αφού καμία εργαστηριακή εξέταση δεν είναι διαγνωστική.

Το σύνδρομο Αδαμαντιάδη-Behçet είναι χρόνια πολυσυστηματική και πολυσυμπτωματική φλεγμονώδης νόσος των αγγείων, με ασαφή παθογένεση. Πρώτος ο **Ιπποκράτης (460-377 π.Χ.)** περιέγραψε με το δικό του γλαφυρό τρόπο τη συμπτωματολογία της νόσου. Στη συνέχεια σημαντική ήταν η συνεισφορά του **Blöthe (1908)** και ακολούθως του Έλληνα Οφθαλμιάτρου **Βενέδικτου Αδαμαντιάδη το 1931** και του Τούρκου Δερματολόγου **Hulusi Behçet το 1937** που περιέγραψαν την αρχική κλασική τριάδα εντόπισης της νόσου που αποτελείτο από βλάβες στο στόμα, τα μάτια και τα γεννητικά όργανα.

Παρά το γεγονός ότι η αιτιολογία και η παθογένεια δεν είναι πλήρως γνωστά, υπάρχουν ισχυρές ενδείξεις ότι αυτοάνοσος μηχανισμός χυμικού και κυτταρικού τύπου έναντι ενός ή περισσοτέρων αντιγόνων παίζει σημαντικό ρόλο στον παθογενετικό μηχανισμό της νόσου. Η αυξημένη, εξάλλου, συχνότητα σε άτομα που έχουν τα αντιγόνα HLA-B5 και B51 παρέχει ενδείξεις για την ανοσογενετική φύση της νόσου. Επιπλέον, βακτηρίδια (στρεπτόκοκκοι) και ιοί (HSV-1, Epstein-Barr, κυτταρομεγαλοϊός) ενδέχεται να παίρνουν μέρος στην κινητοποίηση του ανοσοπαθογενετικού μηχανισμού, σε γενετικά προδιατιθεμένα άτομα, που, τελικά, προκαλεί λευκοκυτταροκλαστική αγγειίτιδα. Η νόσος απαντά σε ολόκληρο τον κόσμο, είναι όμως πολύ πιο συχνή στην Ιαπωνία και σε χώρες της Μεσογείου (Τουρκία, Ελλάδα, Ιταλία) και Μέσης Ανατολής. Στην Τουρκία η συχνότητα είναι 80-100 περιπτώσεις ανά 100.000 άτομα, στην Ιαπωνία 10 ανά 100.000, στην Ελλάδα υπολογίζεται 3-5 ανά 100.000, στην Αγγλία 0,64 ανά 100.000, ενώ στις ΗΠΑ 0,12-0,15 ανά 100.000. Προσβάλλει πιο συχνά άνδρες παρά γυναίκες (5:1 έως 10:1), συνήθως μεταξύ 20-30 ετών, χωρίς να αποκλείονται αποκλίσεις από τις ηλικίες αυτές. Σχεδόν όλα τα όργανα του ανθρώπινου οργανισμού μπορεί να προσβληθούν· για το λόγο αυτό το νόσημα αφορά πολλές ιατρικές ειδικότητες.

Πίνακας 1
Πρωτεύοντα διαγνωστικά κριτήρια (International Study Group για διάγνωση Συνδρόμου Αδαμαντιάδη-Behçet)

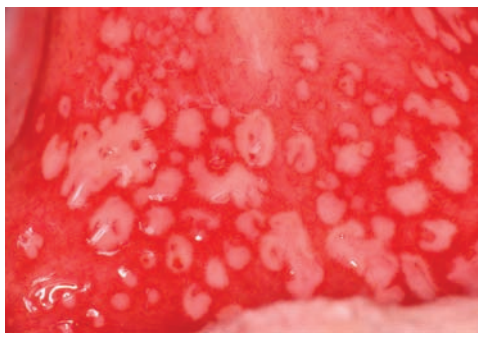
Εντόπιση	Κλινικές εκδηλώσεις
Στόμα	Υποτροπιάζουσες άφθες, τουλάχιστον 3-5 υποτροπές το χρόνο που αξιολογούνται από Στοματολόγο.
Γεννητικά όργανα	Ελκώσεις στα γεννητικά όργανα (όσχεον, βάλανος, μεγάλα και μικρά χείλη του αιδοίου που αξιολογούνται από τον ιατρό ή αναφέρονται από τον ασθενή.
Δέρμα	Βλατίδες, φλύκταινες, ακμοειδή στοιχεία, οζώδες ερύθημα, νεκρωτικά οζίδια που αξιολογούνται από Δερματολόγο.
Οφθαλμός	Επιπεφυκίτις, χοριοειδίτις, ιριδοκυκλίτις με υπόπυον, αμφιβληστροειδίτις, επισκληρίτις που αξιολογούνται από Οφθαλμίατρο
Δοκιμασία παθεργίας	Θεωρείται θετικό όταν στη θέση έμπασης βελόνας, μεγέθους 20-22 gauge, υποδερματικά στον αντίχειρα σε βάθος 5-6 mm και έγχυση 0,1 ml φυσιολογικού ορού, δημιουργηθεί βλατίδα ή φλύκταινα που αξιολογείται από ιατρό μετά από 24-48 ώρες

* Αξιόπιστη θεωρείται η διάγνωση εάν υπάρχουν οπωσδήποτε άφθες και 1-2 ακόμη κριτήρια.

Πίνακας 2
Διαφορική διάγνωση Συνδρόμου Αδαμαντιάδη-Behçet

- Άφθες
- Ερπητική στοματίτις
- Πολύμορφο ερύθημα
- Πεμφιγοειδές των βλεννογόνων
- Πέμφιγα
- Σύνδρομο MAGIC
- Σύνδρομο Sweet
- Σύνδρομο Reiter
- Βλαστική πυοστοματίτις
- Γαγγραινώδες πυόδερμα
- Νόσος του Crohn
- Ελκώδης κολίτις
- Συστηματικός ερυθηματώδης λύκος
- Άλλες αγγειοπάθειες

Το International Study Group for Behçet's Disease (Πιν. 1) έχει καθορίσει τα κύρια διαγνωστικά κριτήρια (πρωτεύοντα) του συνδρόμου που είναι: υποτροπιάζοντα (πάνω από 3 υποτροπές το χρόνο) έλκη στο στόμα (άφθες), υποτροπιάζουσες ελκώσεις στα γεννητικά όργανα, βλάβες στους οφθαλμούς, βλάβες στο δέρμα, δοκιμασία παθεργίας (pathergy test) που είναι θετική στο 50-60% των περιπτώσεων. Επιπλέον, μπορεί να παρατηρηθούν λιγότερο συχνά, και άλλες κλινικές διαταραχές (δευτερεύοντα κριτήρια), όπως αρθραλγίες, αρθρίτις, θρομβοφλεβίτις, θρομβώσεις φλεβών, απόφραξη αρτηριών και ανευρύσματα, περικαρδίτις, ενδοκαρδίτις, επιδιδυμίτις, προσβολή του αναπνευστικού και γαστρεντερικού συστήματος, προσβολή του ΚΝΣ. Για διάγνωση του συνδρόμου απαιτούνται υποτροπιάζουσες ελκώσεις στο στόμα και δύο ακόμη από τα κύρια διαγνωστικά κριτήρια. Εντούτοις, δεν αποκλείεται η νόσος όταν υπάρχει ένα από τα κύρια κριτήρια και πάνω από δύο δευτερεύοντα. Ο βλεννογόνος του στόματος προσβάλλεται σχεδόν στο 90-100% και, συχνά, οι βλάβες προηγούνται των άλλων εκδηλώσεων. Στο στόμα δημιουργούνται άφθες κάθε μορφής (μικρές, μεγάλες, ερπητόμορφα έλκη ή και άτυπες), που υποτροπιάζουν συχνά και εντοπίζονται σε οποιαδήποτε θέση (εικ. 1). Στα γεν-



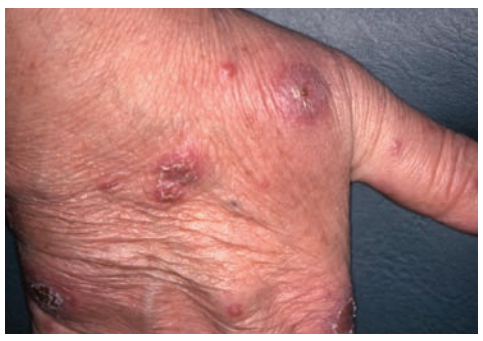
Εικ. 1. Πολλαπλές άφθες στη μαλακή υπερώα.

Εικ. 2. Δύο μεγάλες ελκώσεις στο δέρμα του οσχέου.

Εικ. 3. Πολλαπλές στρογγυλές ελκώσεις στα χείλη του αιδοίου.

Εικ. 4. Έντονη επιπεφυκίτις και κερατίτις.

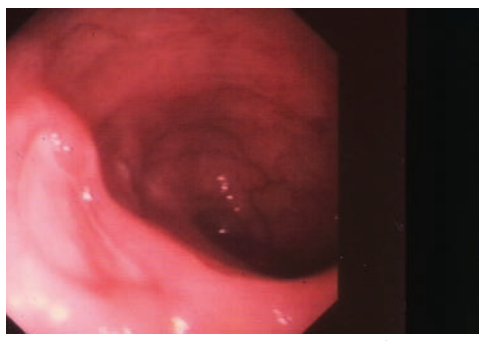
Εικ. 5. Ιριδοκυκλίτις με συγκέντρωση πύο στον πυθμένα του προσθίου θαλάμου του οφθαλμού (υπόπυο).



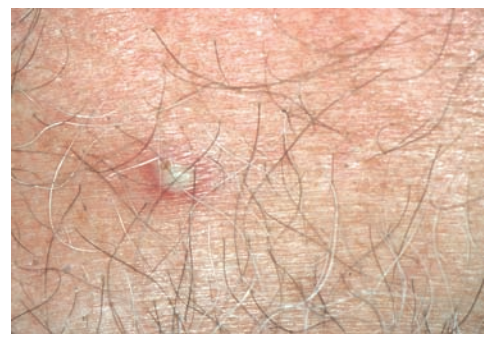
Εικ. 6. Πολλαπλές βλατίδες και νεκρωτικές βλάβες στο δέρμα της ράχης του χεριού.

BHMA 85_BHMA 74 02/05/2012 11:45 π.μ. Page 13

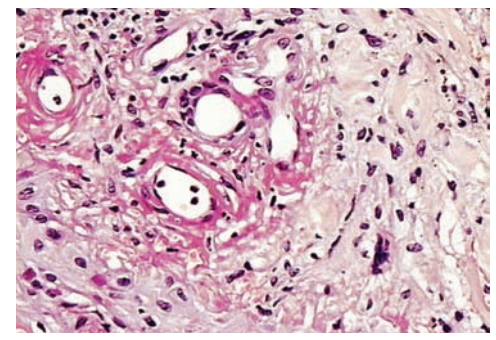
Εικ. 7. Έλκη και φλύκταινες στο δέρμα της περιπρωκτικής χώρας.



Εικ. 8. Μεγάλη στρογγυλή έλκωση στο βλεννογόνο του ορθού.



Εικ. 9. Θετική δοκιμασία παθεργίας, με σχηματισμό φλύκταινας στη θέση έμπαρσης ενδοδερμικής ένεσης.



Εικ. 10. Ιστολογική εικόνα. Παρατηρείται έντονη αγγειίτις με ινιδοειδή νέκρωση του τοιχώματος και φλεγμονώδη διήθηση. Χρώση αιματοξυλίνη-ηωσίνη, μεγ.x200.

νητικά όργανα παρατηρούνται βαθιές στρογγυλές ελκώσεις, σαφώς αφοριζόμενες, κυρίως, στο δέρμα του οσχέου (εικ. 2), το πέος, τα μεγάλα χείλη του αιδοίου (εικ. 3), στην έσω επιφάνεια του μηρού ή ακόμα και βαλανίτις. Στους οφθαλμούς (80-90%) παρατηρείται επιπεφυκίτις (εικ. 4), ιριδοκυκλίτις με υπόπυο (εικ. 5), χοριοειδίτις, αμφιβληστροειδίτις, επισκληρίτις, κερατίτις, που μερικές φορές μπορεί να προκαλέσουν τύφλωση. Στο δέρμα παρατηρούνται βλατίδες, φλύκταινες, θυλακίτις, οζώδες ερύθημα και, πιο σπάνια, νεκρώσεις (εικ. 6, 7). Ακόμη, όχι σπάνια, προσβάλλεται το ορθό όπου δημιουργούνται ελκώσεις, τύπου αφθών (εικ. 8) και δημιουργούν διαγνωστικό πρόβλημα με την ελκώδη κολίτιδα και τη νόσο του Crohn. Τέλος, η δοκιμασία (test) παθεργίας που αποτελεί πρωτεύων διαγνωστικό κριτήριο αποβαίνει θετική στο 50-60% των ασθενών (εικ. 9). Η διάγνωση του συνδρόμου στηρίζεται, αποκλειστικά σχεδόν, στο ιστορικό και την κλινική αξιολόγηση των βλαβών. Η πρόγνωση είναι συνήθως καλή. Εντούτοις, σοβαρές επιπλοκές από τα αγγεία, την καρδιά, τους πνεύμονες και το ΚΝΣ μπορεί να οδηγήσουν ακόμη και σε θάνατο. Η διαφορική διάγνωση περιλαμβάνει πληθώρα άλλων νόσων που βρίσκονται συγκεντρωμένες στον Πίνακα 2.

Οι εργαστηριακές εξετάσεις δεν είναι διαγνωστικές της νόσου. Ιστολογικά παρατηρείται αγγειίτις με διήθηση του τοιχώματος από ουδετερόφιλα με λευκοκυττοκλασία ή λευκοκυτταροκλαστική αγγειίτιδα με ή χωρίς θρομβώσεις και αγγειακή νέκρωση (εικ. 10). Σε όψιμες βλάβες παρατηρείται αγγειοκεντρική λεμφοκυτταρική διήθηση. Η ανεύρεση εξάλλου των αντιγόνων ιστοσυμβατότητας HLA-B5 και B51 έχει περιορισμένη διαγνωστική αξία, κυρίως σε ασθενείς εκτός της Ασίας.

Η θεραπευτική αντιμετώπιση του συνδρόμου Αδαμαντιάδη-Behçet είναι δύσκολο και πολύπλοκο πρόβλημα λόγω της πληθώρας των βλαβών, της απρόβλεπτης πρόγνωσης και την έλλειψη τεκμηριωμένων αποτελεσμάτων από τα φάρμακα που έχουν δοκιμασθεί. Πλήθος φαρμάκων είτε συστηματικά ή τοπικά έχουν δοκιμασθεί. Το βέβαιο είναι ότι πρέπει να υπάρχει συνεργασία μεταξύ πολλών ιατρικών ειδικοτήτων (Στοματολόγος, Οφθαλμίατρος, Δερματολόγος, Ρευματολόγος, Γαστρεντερολόγος, Νευρολόγος κ.ά.) πριν την έναρξη της θεραπείας για καθορισμό του ενδεδειγμένου σχήματος σε κάθε περίπτωση. Συστηματικά τα κορτικοστεροειδή, τα ανοσοκατασταλτικά, η κολχικίνη, η δαψόνη, η θαλιδομίδη και μονοκλωνικά αντισώματα (etanercept, infliximab) που αναστέλλουν τον TNF-a παράγοντα έχουν χρησιμοποιηθεί είτε μόνα, ή σε συνδυασμό με άλλα φάρμακα σε διάφορα δοσολογικά σχήματα με αρκετή επιτυχία. Η τοπική συμπτωματική θεραπεία αφορά κυρίως τον Στοματολόγο και τον Δερματολόγο και έχουν παρηγορικό χαρακτήρα.

Συμπερασματικά, στο σύνδρομο Αδαμαντιάδη-Behçet καταξιώνεται ο κλινικός ιατρός με βαθιά γνώση εσωτερικής Παθολογίας και μεγάλη κλινική πείρα. Ακόμη, αποτελεί το πιο τυπικό παράδειγμα συνεργασίας πολλών υποειδικοτήτων της Παθολογίας όπου ο έμπειρος Στοματολόγος μπορεί να αποτελέσει τον «*μαέστρο στην ιατρική ορχήστρα*» στο διαγνωστικό και θεραπευτικό πεδίο.

Ελληνική Εταιρεία Κλινικής Στοματολογίας

Νέο Διοικητικό Συμβούλιο

Το νέο διοικητικό συμβούλιο συγκροτήθηκε σε σώμα, μετά τις εκλογές της 15ής Φεβρουαρίου 2012 ως εξής:

Πρόεδρος: Γιώργος Λάσκαρης.
Αντιπρόεδρος: Δημήτρης Αντωνιάδης
Γενική Γραμματέας: Ελεάνα Στουφή
Ειδική Γραμματέας: Ελένη Γεωργακοπούλου
Ταμίας: Παναγιώτης Καψοκέφαλος
Μέλη: Γιώτα Λούμου και Δημήτρης Μαλάμος.

ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΕΤΑΙΡΙΑ ΚΛΙΝΙΚΗΣ ΣΤΟΜΑΤΟΛΟΓΙΑΣ
ΗΜΕΡΙΔΑ ΣΤΟΜΑΤΟΛΟΓΙΑΣ

Σάββατο 26 Μαΐου 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

Προσφώνηση: *Γ. Λάσκαρης*

Πρόεδροι: Κίττας Χ. – Φραγκίσκος Φ.

Ομιλητές:
Ανάγνου Ν.: *Κλινικές εφαρμογές των Μεσεγχυματικών Βλαστικών Κυττάρων: Σημερινά Δεδομένα και Προοπτικές*
Καψοκέφαλος Π.: Λευκοπλακία: Κλινικοί και Εργαστηριακοί Δείκτες Εξαλλαγής- Νέα Δεδομένα
Τζιούφας Α.: *Σύνδρομο Sjögren: Ιατρική προσέγγιση.*
Λούμου Π.: *>> >>: Στοματολογική και Οδοντιατρική προσέγγιση.*
Βλαχογιαννόπουλος Π.: *Ερυθηματώδης λύκος - Κροταφική Αρτηρίτις: Ιατρική προσέγγιση.*
Γεωργακοπούλου Ε.: *: Στοματολογική προσέγγιση.*
Λάσκαρης Γ.: *Πεμφιγοειδές των Βλεννογόνων: Κλινικοί Φαινότυποι και Αντιγονική Αντιστοιχία – Νέα Δεδομένα.*

ΜΕΡΟΣ ΙΙ

Πρόεδροι: Πατρικίου Α. – Βαϊρακτάρης Ε.

Ομιλητές:
Ανδρεάδης Δ.: Ομαλός Λειχήνας: Διαγνωστικά, Θεραπευτικά και Προγνωστικά Διλήμματα
Ζέλου Αι.: *Φλεγμονώδεις Νόσοι του Εντέρου (Νόσος του Crohn – Ελκώδης Κολίτις – Κοιλιοκάκη): Ιατρική προσέγγιση.*
Στουφή Ε.:*: >> >>: Στοματολογική προσέγγιση.*
Φακίτσας Ι.: *Συστηματικά και Τοπικά Νοσήματα στο Στόμα και Απόφαση για Τοποθέτηση Εμφυτευμάτων.*

ΜΕΡΟΣ ΙΙΙ

Πρόεδροι: Λάσκαρης Γ. – Στουφή Ε..

Βραχείες Εισηγήσεις Θεραπευτικής (5΄)

Ομιλητές:
Καλιακάτσου Φ.: *Θεραπεία Συγχειλίτιδας.*
Δούκα Μ.: *Θεραπεία Κοκκιωματώδους Χειλίτιδας.*
Μαλάμος Δ.: *Θεραπεία Ερπητικής Ουλοστοματίτιδας.*
Ματιάκης Α.: *Θεραπεία Νεκρωτικής Σιαλαδενομεταπλασίας*
Γαβριήλ Σ.: *Θεραπεία Επώδυνου Δυσλειτουργικού Συνδρόμου Κροταφογναθικής*

ΟΜΙΛΗΤΕΣ

Ανάγνου Ν.: Καθηγητής Βιολογίας Ιατρικής Σχολής Παν. Αθηνών.
Ανδρεάδης Δ.: *Λέκτορας Στοματολογίας Παν. Θεσσαλονίκης.*
Βλαχογιαννόπουλος Π.: Καθηγητής Παθολογίας- Ανοσολογίας Ιατρικής Σχολής Παν. Αθηνών.
Γαβριήλ Σ.: Γναθοχειρουργός, Δ/ντής «Θριάσειο» Νοσοκομείο.
Γεωργακοπούλου Ε.: Στοματολόγος. Ιατρός-Οδοντίατρος.
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, Επισκέπτης Καθηγητής Παν. Λονδίνου.
Λούμου Π. *: Στοματολόγος. Ιατρός- Οδοντίατρος.*
Μαλάμος Δ.: Στοματολόγος – Οδοντίατρος.
Ματιάκης Α.: *Στοματολόγος. Ιατρός- Οδοντίατρος, Λέκτορας Στοματολογίας Παν. Θεσσαλονίκης.*
Στούφη Ε.: Στοματολόγος – Οδοντίατρος.
Τζιούφας Α.: Καθηγητής Παθολογίας- Ρευματολογίας Ιατρικής Σχολής Παν. Αθηνών.
Φακίτσας Ι.: Γναθοχειρουργός.

Γιώργος Λάσκαρης — *Πρόεδρος*
Ελεάνα Στουφή — *Γεν. Γραμματέας*
Ελλ. Εταιρίας Κλινικής Στοματολογίας

Θα χορηγηθεί πιστοποιητικό παρακολούθησης

ΒΗΜΑ 85_ΒΗΜΑ 74 02/05/2012 11:45 π.μ. Page 14

Αντάυγειες Οδοντικής Αισθητικής και όχι μόνο...

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

Η οδοντική αποκατάσταση σήμερα είναι συνυφασμένη με την αισθητική.
Η ανάπτυξη υλικών που συγκολλώνται στις οδοντικές επιφάνειες άλλαξε ριζικά την κατεύθυνση της διάγνωσης και, φυσικά, της αισθητικής αποκατάστασης των σκληρών οδοντικών ιστών.
Ο οδοντίατρος, με μια σημαντική ελευθερία κινήσεων και επιλογών και πάντα στο πλαίσιο αποδεκτών βιολογικών αρχών, μπορεί να εφαρμόζει δημιουργικές αισθητικές τεχνικές, χωρίς να θυσιάζει υπερβολική ποσότητα ιστών αλλά και χωρίς να περιορίζει τις μελλο- ντικές επιλογές του.
Αναγκαία προϋπόθεση για την εφαρμογή στην κλινική πράξη όλων αυτών αποτελεί αφ' ενός η ανάπτυξη της αισθητικής μας αντίληψης και αφ΄ετέρου η γνώση των τεχνικών που απαιτούν οι κλινικές εφαρμογές.
Σ' αυτό το τεύχος έχω την τιμή να φιλοξενώ τον αγαπητό συνάδελφο Σπύρο Κουτάγια με το παρακάτω περιστατικό, το οποίο περιλαμβάνεται στον 3ο Τόμο της νέας τρίτομης έκδοσης του βιβλίου μου, με τίτλο «Κλινική Αισθητική Οδοντιατρική».

Περιστατικό

Ανδρας 38 ετών, στον οποίον μετά την κλινική εξέταση διαπιστώθηκε ότι απαιτείται αποκατάσταση των προσθίων και των οπισθίων δοντιών της άνω και της κάτω γνάθου.

Σε όλα τα δόντια τοποθετήθηκαν μονήρεις ολοκεραμικές στεφάνες ζιρκονίας, εκτός από τους τομείστης κάτω γνάθου, στους οποίους τοποθετήθηκαν ολοκεραμικές στεφάνες διπυριτικού λιθίου μερικής επικάλυψης.

Η όλη θεραπευτική διαδικασία δίνεται με τις παρακάτω εικόνες.

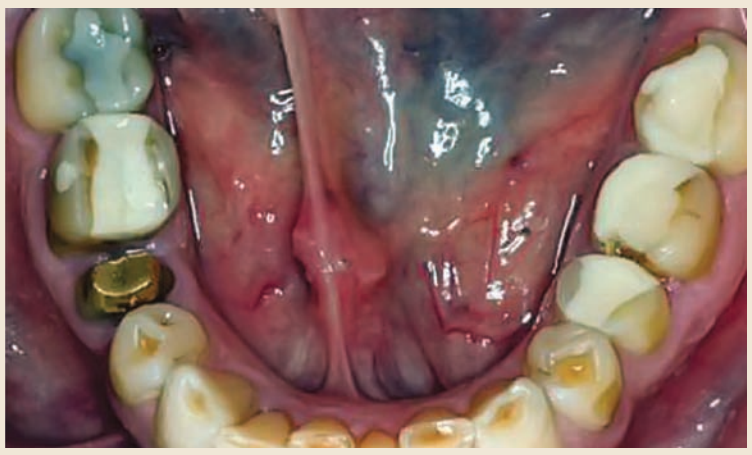
Εικ. 1. Το χαμόγελο του ασθενούς πριν από την αποκατάσταση

Εικ. 2. Προστομιακή κλινική εικόνα των προσθίων δοντιών πριν από την αποκατάσταση.

Εικ. 3. Δεξιά πλάγια προστομιακή κλινική εικόνα των δοντιών μετά την προ-προσθετική φάση.

Εικ. 4. Αριστερή πλάγια προστομιακή κλινική εικόνα των δοντιών μετά την προπροσθετική φάση.

Εικ. 5. Μασητική κλινική εικόνα των άνω δοντιών μετά τη συντηρητική φάση. Παρατηρούμε την απώλεια οδοντικής ουσίας στο υπερώιο περίγραμμα των άνω προσθίων δοντιών και στις μασητικές επιφάνειες των οπισθίων δοντιών.



Εικ. 6. Μασητική κλινική εικόνα των κάτω δοντιών μετά τη συντηρητική φάση. Παρατηρούμε την απώλεια οδοντικής ουσίας στο κοπτικό χείλος των κάτω προσθίων δοντιών και στις μασητικές επιφάνειες των οπισθίων δοντιών.

ΒΗΜΑ 85_ΒΗΜΑ 74 02/05/2012 11:45 π.μ. Page 15

Εικ. 7. Μασητική κλινική εικόνα των εργαστηριακά κατασκευασμένων προσωρινών αποκαταστάσεων στην άνω γνάθο μετά από ανατύπωση των διαγνωστικών κερωμάτων.

Εικ. 8. Μασητική κλινική εικόνα των εργαστηριακά κατασκευασμένων προσωρινών αποκαταστάσεων στην κάτω γνάθο μετά από ανατύπωση των διαγνωστικών κερωμάτων.

Εικ. 9. Μασητική κλινική εικόνα των κεραμικών σκελετών ζιρκονίας κατά τη δοκιμή τους στην άνω γνάθο.

Εικ. 10. Μασητική κλινική εικόνα των κεραμικών σκελετών ζιρκονίας κατά τη δοκιμή τους στην κάτω γνάθο. Οι τέσσερεις τομείς φέρουν πυρήνες διπυριτικού λιθίου για στεφάνες μερικής επικάλυψης.

Εικ. 11. Μασητική εργαστηριακή εικόνα των κεραμικών στεφανών ολικής επικάλυψης με πυρήνα ζιρκονίας στο εκμαγείο μεταφοράς της άνω γνάθου.

Εικ. 12. Μασητική εργαστηριακή εικόνα των κεραμικών στεφανών ολικής επικάλυψης με πυρήνα ζιρκονίας και των στεφανών μερικής επικάλυψης με πυρήνα διπυριτικού λιθίου στο εκμαγείο μεταφοράς της κάτω γνάθου.

Εικ. 7. Μασητική κλινική εικόνα των εργαστηριακά κατασκευασμένων προσωρινών αποκαταστάσεων στην άνω γνάθο μετά από ανατύπωση των διαγνωστικών κερωμάτων.

Εικ. 8. Μασητική κλινική εικόνα των εργαστηριακά κατασκευασμένων προσωρινών αποκαταστάσεων στην κάτω γνάθο μετά από ανατύπωση των διαγνωστικών κερωμάτων.

Εικ. 15. Δεξιά πλάγια κλινική εικόνα των οπισθίων δοντιών μετά την αποκατάσταση.

Εικ. 16. Αριστερή πλάγια κλινική εικόνα των οπισθίων δοντιών μετά την αποκατάσταση.

Εικ. 17. Το χαμόγελο του ασθενούς μετά την αποκατάσταση.

BHMA 85_BHMA 74 02/05/2012 11:45 π.μ. Page 16

Με στόχο τη βελτιωμένη φωτεινότητα

Δημιουργώντας αισθητικές όψεις με IPS e.max® Press

Benjamin Votteler, MDT, Pfullingen/Germany

Η απώλεια οδοντικών ιστών μπορεί να οφείλεται σε διάφορα αίτια, όπως τερηδόνες, αποτριβές ή ακόμα και τραυματισμούς. Η αποκατάσταση της οδοντικής φθοράς με συγκολλούμενες κεραμικές αποκαταστάσεις αποτελεί την καλύτερη δυνατή λύση. Για τον σκοπό αυτό χρησιμοποιούνται διάφορες τεχνικές όπως η διαστρωμάτωση επάνω σε πυράντοχο εκμαγείο και η τεχνική CAD/CAM. Η τεχνική εν θερμώ πρεσαρίσματος (hot pressing) αποτελεί μια ακόμα εναλλακτική τεχνική, η οποία παρουσιάζεται σε αυτό το άρθρο.

Η τεχνική πρεσαρίσματος αποτελεί ιδανική λύση για τη δημιουργία όψεων: η υψηλή ποιότητα (χρώμα, ακρίβεια ορίων) μπορεί να εξασφαλιστεί με τη χρήση μιας αποτελεσματικής μεθόδου εργασίας. Το αν η αποκατάσταση θα εναρμονιστεί απρόσκοπτα ή όχι στο στοματικό περιβάλλον δεν εξαρτάται μόνο από τη διαστρωμάτωση που εφαρμόζεται από τον οδοντοτεχνίτη. Η τεχνική πρεσαρίσματος που χρησιμοποιείται για την κατασκευή της αποκατάστασης παίζει επίσης έναν σημαντικό ρόλο στο τελικό αποτέλεσμα. Το νέο σετ IPS e.max® Press Impulse kit παρέχει νέους κυλίνδρους (press ingots) που δίνουν τη δυνατότητα στο εργαστήριο να επιτυγχάνει εντυπωσιακά αποτελέσματα.

Η ασθενής, γυναίκα ηλικίας 19 ετών, παρουσιάστηκε με οριζόντιο κάταγμα στο κοπτικό τριτημόριο και απώλεια της αδαμαντίνης που εκτεινόταν και στην υπερώια επιφάνεια. Ο τραυματισμός συνέβη στα 14 της, όταν κατά τη διάρκεια παιχνιδιού χτύπησε στο χείλος μιας καρέκλας.

Εντούτοις, υπήρξε τυχερή στην ατυχία της: τα δύο τραυματισμένα πρόσθια δόντια παρέμειναν ζωντανά. Τα δόντια αποκαταστάθηκαν με προσωρινές εμφράξεις σύνθετης ρητίνης μέχρι να ολοκληρωθεί η ανάπτυξη της ασθενούς. Τώρα, πλέον μπορούσαν να γίνουν οι μόνιμες αποκαταστάσεις (Εικ 1). Η επιλογή των κεραμικών κυλίνδρων δεν ήταν εύκολη, λόγω του ότι το χρώμα των προσθίων δοντιών ήταν περισσότερο φωτεινό από την απόχρωση A1 της οδοντίνης.

Εικ 1: Αρχική εικόνα: οριζόντια κατάγματα και απόσπαση αδαμαντίνης.

Αναζητώντας το σωστό υλικό

Συνήθως, επιλέγω κύλινδρο ο οποίος είναι έναν χρωματικό τόνο ανοικτότερος από το χρώμα των δοντιών. Αυτό δεν ήταν δυνατό στο συγκεκριμένο περιστατικό. Οι κύλινδροι Bleach BL από τη σειρά IPS e.max® Press LT (χαμηλής διαφάνειας) δεν κάλυπταν τις απαιτήσεις του περιστατικού. Επιπλέον, ο κορεσμός του χρώματος των κυλίνδρων Bleach είναι πολύ υψηλός και είναι ακατάλληλος για όψεις σε μη δυσχρωμικά δόντια, ενώ δεν επιτρέπει στο χρώμα του φυσικού δοντιού να φαίνεται μέσα από την αποκατάσταση. Ακόμα και οι κύλινδροι IPS e.max® Press HT (υψηλής διαφάνειας) με τις εξαιρετικές οπτικές ιδιότητες δεν ήταν κατάλληλοι για το περιστατικό αυτό.

Υπήρξα τυχερός, γιατί λίγες μέρες πριν αντιμετωπίσω το περιστατικό παρακολούθησα ένα εσωτερικό σεμινάριο συνεχιζόμενης εκπαίδευσης στην Ivoclar Vivadent για ολοκεραμικά, έλαβα τους πρώτους κυλίνδρους από τη σειρά IPS e.max Press Impulse kit και επίσης είχα τη δυνατότητα να δω όλα αυτά τα υλικά σε ασθενή. Οι κύλινδροι Impulse είναι διαθέσιμοι σε τρεις αποχρώσεις με διαφορετικού βαθμού φωτεινότητα (Value shades) και σε δύο αποχρώσεις με διαφορετικού επιπέδου αδιαφάνειας (Opal Shades).

Στο συγκεκριμένο περιστατικό αποφάσισα να χρησιμοποιήσω μια εξατομικευμένη τεχνική διαστρωμάτωσης. Οι νέοι κύλινδροι Value ήταν το ιδανικό υλικό για τον σκοπό αυτό. Η διαφάνεια των κυλίνδρων αυτών είναι μεταξύ της αντίστοιχης των κυλίνδρων IPS e.max Press HT και IPS e.max Press LT. Επιπλέον, αποδίδουν φυσικό φθορισμό. Η διαβάθμιση της χρωματικής πυκνότητας (chroma) εμφανίζεται με τρεις βαθμούς (V1, V2, V3).

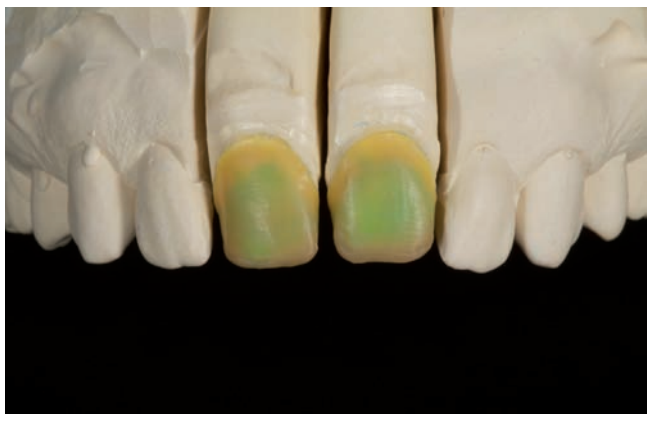
Οι ακόλουθες πληροφορίες είναι σημαντικές για τη δημιουργία της αποκατάστασης: η απόχρωση του Value 1 είναι μεταξύ HT BL1 και HT BL2 και οι αποχρώσεις των Value 2 και Value 3 είναι μεταξύ LT A1 και HT BL1. Κατά την άποψή μου, οι κύλινδροι αυτοί συμπληρώνουν ιδανικά το κενό στη σειρά των κυλίνδρων, εξασφαλίζοντας τα επίπεδα φωτεινότητας που λείπουν μέχρι τώρα. Η οπαλινότητα των κυλίνδρων είναι συγκρίσιμη με εκείνη των υλικών IPS e.max Press HT.

Πραγματοποιήθηκαν κλασικές παρασκευές της προστομιακής και της υπερώιας επιφάνειας των δοντιών, ώστε να τοποθετηθούν όψεις 360º (Εικ 2). Μετά τη λήψη του αποτυπώματος και την κατασκευή του εκμαγείου, σχεδιάστηκαν οι σκελετοί σε κερί πάχους 0,4 – 0,5 χιλ (Εικ 3) και πρεσαρίστηκαν οι κύλινδροι IPS e.max Press Impulse Value 1 (Εικ 4). Η θερμοκρασία πρεσαρίσματος ήταν αυτή που απαιτείται για τους κυλίνδρους HT. Η επιφανειακή στοιβάδα αφαιρέθηκε σχεδόν πλήρως κατά την αποχωμάτωση της αποκατάστασης με σφαιρίδια γυαλιού (50 μm) υπό πίεση 2 bar. Κατά τη γνώμη μου, η χρήση ενός κατάλληλου φούρνου έχει τη σημαντικότερη επίδραση στο τελικό αποτέλεσμα – για παράδειγμα ο φούρνος Programat® EP 5000 εξασφαλίζει ήπια κατεργασία του υλικού κατά τη διάρκεια του κύκλου πρεσαρίσματος.

Διαστρωμάτωση δομής

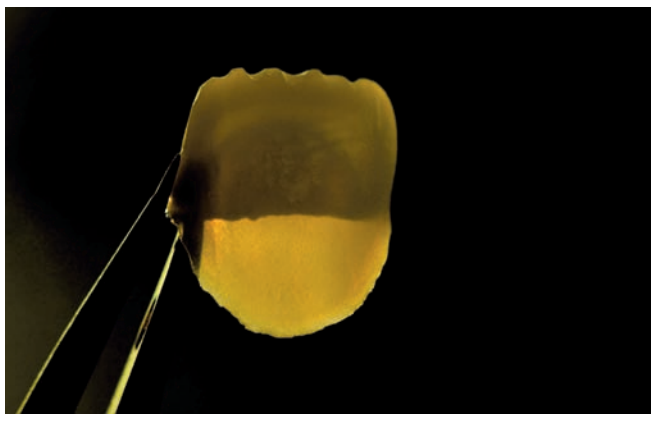
Μετά τη βασική όπτηση, οι αυχενικές και οι όμορες περιοχές χαρακτηρίστηκαν με IPS e.max® Ceram stains (Shades και Essences) (Εικ 5). Χτίστηκε η οδοντίνη και εφαρμόστηκε στην

Εικ 2: Συντηρητικές παρασκευές για όψεις 360º.



Εικ 3: Διαμόρφωση των σκελετών IPS e.max Press Impulse σε κερί.

Εικ 4: Οι σκελετοί μετά το πρεσάρισμα των κυλίνδρων.



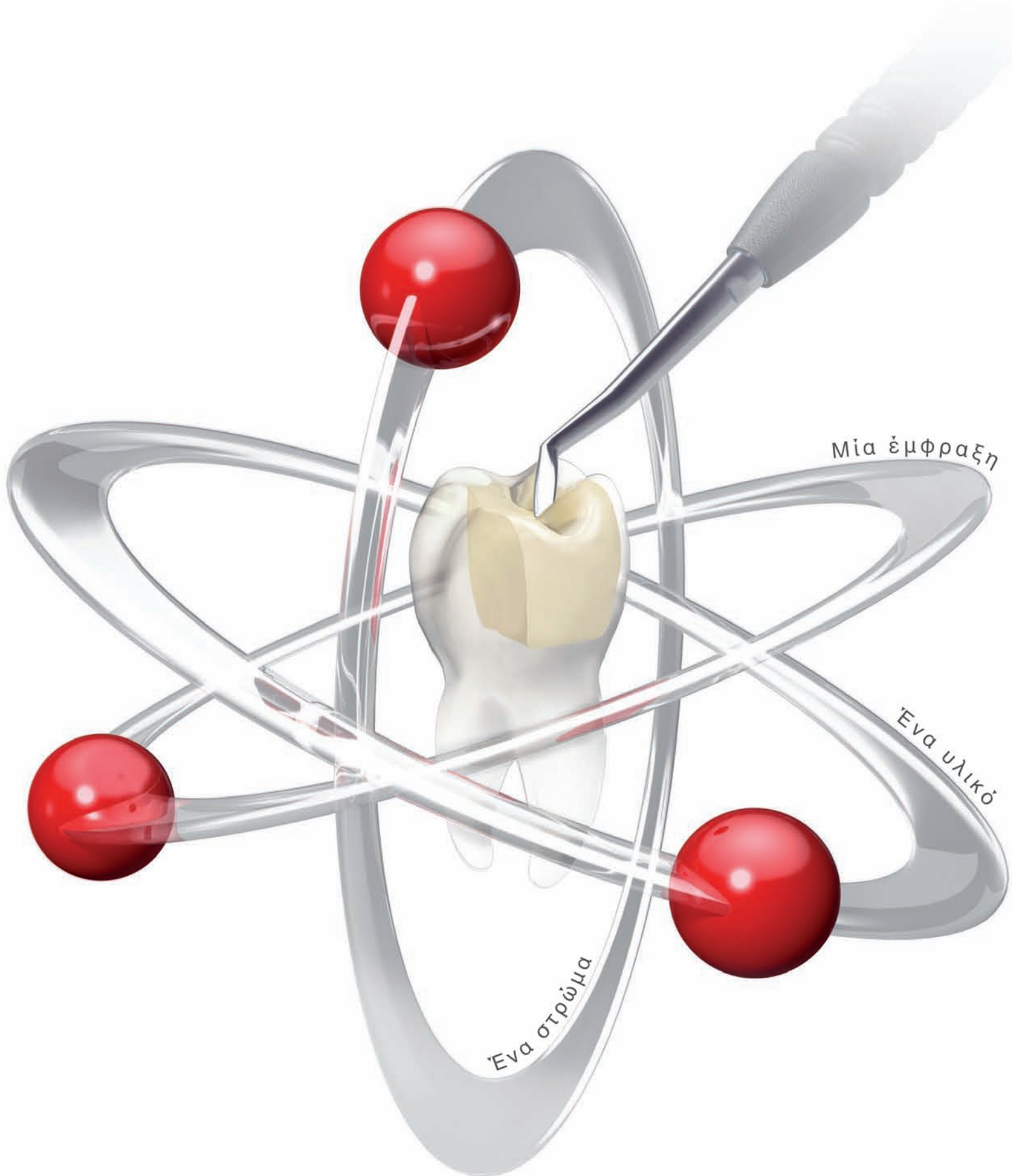
Εικ 5: Οι σκελετοί εμφανίζουν φυσική οπαλινότητα.

Εικ 6: Στις κοπτικές και στις όμορες περιοχές τοποθετήθηκε υλικό Effect για την απομίμηση της φυσικής νεανικής οπαλινότητας.

Εικ 7: Ανακατασκευή των λοβών.

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

BHMA 85_BHMA 74 02/05/2012 11:45 π.μ. Page 18

Εικ 8: Οι όψεις μετά τη διαστρωμάτωση στο εκμαγείο.

Εικ 9: Η δοκιμή στο στόμα της ασθενούς.

Εικ 10: Η σκόνη χρυσού διευκολύνει την τελική διαμόρφωση των αποκαταστάσεων.

Εικ 11: Οι ολοκληρωμένες αποκαταστάσεις στο εκμαγείο.

Εικ 12: Οι αποκαταστάσεις στο στόμα βέλτιστα εναρμονισμένες στη φυσική οδοντοφυία.

Εικ 13: Το αποτέλεσμα: αρμονικά περιγράμματα των χειλέων...

κοπτική περιοχή Transpa Neutral (TN), ώστε να μειωθεί ο κορεσμός του χρώματος. Στις κοπτικές και στις όμορες περιοχές τοποθετήθηκε Opal Effect 1 (OE 1) για την απομίμηση της φυσικής νεανικής οπαλινότητας (Εικ 6).

Η ύπαρξη λοβών ήταν κάτι που είχα παρατηρήσει ήδη από τη φάση της επιλογής του χρώματος. Ένα μίγμα από τα υλικά IPS e.max Ceram Mamelon εξασφάλισαν τη φυσική αναπαραγωγή των λοβών. Μια ήπια μετάβαση μεταξύ εσωτερικών δομικών χαρακτηριστικών και σώματος του δοντιού εξασφαλίστηκε με Dentin / OE3 και ρυθμίστηκε ο βαθμός φωτεινότητας. Υλικά Enamel και Opal χρησιμοποιήθηκαν για την ολοκλήρωση του σχήματος του δοντιού στην υπερώια επιφάνεια. Πριν από την ολοκλήρωση της διαδικασίας διαστρωμάτωσης και την κύρια όπτηση, δημιουργήθηκε το «πλαίσιο» της αποκατάστασης με μια στοιβάδα οδοντίνης, ώστε να προκύψει το περιφερικό στεφάνι. Οι όψεις ήταν ελαφρώς πιο ογκώδεις, για να εξισορροπηθεί η συστολή του υλικού. Έτσι, η ανάγκη διορθωτικού κύκλου όπτησης ξεπεράστηκε (Εικ 7).

Επειδή ήταν η πρώτη φορά που χρησιμοποιούσα τους νέους κυλίνδρους Value σε ασθενή, είχα μεγάλη επιθυμία να ελέγξω το αισθητικό αποτέλεσμα στο στόμα (Εικ 8). Έτσι, στο στάδιο της δοκιμής διαπίστωσα μια ισορροπημένη διαφάνεια στην αποκατάσταση: χωρίς γκριζάρισμα ή υπερβολική ένταση χρώματος από την προσπάθεια κάλυψης του σκελετού (Εικ 9).

Λείανση και στίλβωση υψηλής ακρίβειας

Η ολοκλήρωση της μορφολογίας και της λειτουργικής ακεραιότητας της αποκατάστασης είναι σημαντικό κομμάτι της δουλειάς μου. Οι επιφάνειες πήραν την τελική τους μορφή με κοπτικά εργαλεία πριν γίνει η υάλωση – η σκόνη χρυσού είναι χρήσιμη σε αυτή τη φάση (Εικ 10). Μετά την όπτηση της υάλωσης, τα όμορα σημεία επαφής και η σύγκλειση ελέγχθηκαν στο εκμαγείο. Η διαδικασία ολοκληρώθηκε στο εργαστήριο με στίλβωση της αποκατάστασης σε μοτέρ γυαλίσματος με μίγμα λεπτόκοκκης ελαφρόπετρας και Sidol και με εμποτισμένο σε νερό τσόχινο δίσκο (Εικ 11).

Ενσωμάτωση της αποκατάστασης – μια στιγμή αγωνίας

Η παρασκευασμένη αδαμαντίνη των φυσικών δοντιών αδροποιήθηκε με 37% ορθοφωσφορικό οξύ για 30 δευτερόλεπτα και ξεπλύθηκε με σπρέι για 60 δευτερόλεπτα. Έγινε εφαρμογή συγκολλητικού παράγοντα τριών συστατικών (Syntac® Classic) σύμφωνα με τις οδηγίες του κατασκευαστή. Οι ολοκεραμικές στεφάνες αδροποιήθηκαν με 9% υδροφθορικό οξύ για 20 δευτερόλεπτα και ξεπλύθηκαν με νερό.

Εικ 14: ...όψεις με φυσική οπαλινότητα και ιδανική φωτεινότητα...

Εικ 15: ...και τελικά μια ευτυχισμένη ασθενής.

Στη συνέχεια, οι αποκαταστάσεις καθαρίστηκαν με αλκοόλη και σιλανοποιήθηκαν με Monobond Plus. Σημείωση: οι αποκαταστάσεις πρέπει να προστατεύονται από το φως μετά την τοποθέτηση του συγκολλητικού παράγοντα (στο περιστατικό αυτό ήταν το Heliobond®). Για να αποφύγουμε την επιμόλυνση των επιφανειών που έχουν υποστεί κατεργασία θα πρέπει η αδροποίηση και η σιλανοποίηση να μην γίνονται στο εργαστήριο, αλλά στο ιατρείο άμεσα πριν από την τοποθέτησή τους στο στόμα.

Για τη συγκόλληση τέτοιων αποκαταστάσεων θα πρέπει να χρησιμοποιείται μια φωτοπολυμεριζόμενη ρητινώδης κονία (Variolink® Veneer), η οποία θα πρέπει να είναι διαθέσιμη σε πολλές διαφορετικές φωτεινότητες. Οι φωτοπολυμεριζόμενες κονίες αυτού του τύπου έχουν το πλεονέκτημα να παρέχουν στον κλινικό επαρκή χρόνο για την απομάκρυνση της περίσσειας.

Μετά την κατεργασία των 360° όψεων και την εφαρμογή της κονίας, αυτές τοποθετήθηκαν με ακρίβεια στα παρασκευασμένα δόντια και αφαιρέθηκαν οι περίσσειες. Χρησιμοποιήθηκε οδοντιατρικό νήμα για την απομάκρυνση της περίσσειας του υλικού από τα μεσοδόντια διαστήματα, βουρτσάκι για τα όρια και μικρό σφουγγαράκι για τις υπερώιες επιφάνειες. Στη συνέχεια, οι όψεις πολυμερίστηκαν από την προστομιακή και την υπερώια επιφάνεια επί 5 δευτερόλεπτα σε κάθε πλευρά.

Στα όρια της κονίας τοποθετήθηκε Liquid Strip, ώστε να αποφευχθεί η επαφή με το οξυγόνο (στοιβάδα αναστολής οξυγόνου). Αν δεν ληφθεί το μέτρο αυτό, υπάρχει ο κίνδυνος δυσχρωμίας των ορίων της κονίας μετά από αρκετά σύντομο χρονικό διάστημα.

Οι αποκαταστάσεις πολυμερίστηκαν 60 δευτερόλεπτα από κάθε πλευρά και αφαιρέθηκαν τα νήματα απώθησης. Στη φάση αυτή είναι σημαντικό να ελέγχεται η ουλοδοντική σχισμή για τυχόν υπολείμματα κονίας που έχουν παραμείνει. Μετά από τον στατικό και τον δυναμικό έλεγχο της σύγκλεισης, η διαδικασία ολοκληρώθηκε (Εικ 12 έως 15).

Συμπέρασμα

Οι νέοι κύλινδροι IPS e.max Press Impulse Value εξασφαλίζουν διαφάνεια που είναι μεταξύ της αντίστοιχης των κυλίνδρων IPS e.max Press HT και IPS e.max Press LT. Ο φθορισμός και η οπαλινότητα του υλικού που πρεσάρεται εξασφαλίζουν βέλτιστο αισθητικό αποτέλεσμα της αποκατάστασης. Οι κύλινδροι, όπως και τα υπόλοιπα υλικά της σειράς IPS e.max Press έχουν αντοχή σε κάμψη 400 MPa και ως εκτούτου διασφαλίζουν τη μακροβιότητα των αποκαταστάσεων.

Στοιχεία επικοινωνίας:
Benjamin Votteler, MDT
Dentaltechnik Votteler GmbH & Co. KG
Arbach ob der Straße 10
72793 Pfullingen
Germany
benni@votteler.eu
www.votteler.eu

IPS e.max®

„Η ΣΥΝΤΗΡΗΤΙΚΗ ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΙΚΗ ΕΙΝΑΙ ΤΟ ΜΕΛΛΟΝ. ΤΟ ΔΙΠΥΡΙΤΙΚΟ ΛΙΘΙΟ ΕΙΝΑΙ Η ΕΠΙΛΟΓΗ ΜΟΥ."

Urs Brodbeck, Οδοντίατρος, Ελβετία.

Λεπτές όψεις, ένθετα και στεφάνες 3/4 είναι λύσεις θεραπευτικού σχεδίου οι οποίες διαφυλάσσουν οδοντική ουσία. Το κατάλληλο υλικό για αυτές τις θεραπείες είναι το διπυριτικό λίθιο IPS e.max συνδυάζει περιορισμένο πάχος και αντοχή – χωρίς να θυσιάζεται η αισθητική. Για ικανοποιημένους ασθενείς.

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

BHMA 85_BHMA 74 02/05/2012 11:45 π.μ. Page 20

Η στρατηγική της «υπερφυσικής οδοντίνης» Η ενίσχυση της οδοντίνης/αδαμαντίνης χρησιμοποιώντας τη τεχνολογία της αυτοαδροποίησης

Περίληψη

Τα αυτοαδροποιούμενα συγκολλητικά συστήματα κρίθηκαν ιδιαιτέρως ικανά στη δημιουργία μιας οξεοβασικής ζώνης αντοχής (ABRZ) παρακείμενης στην υβριδική στιβάδα μετά την οξεοβασική ενεργοποίησή της. Ο ακριβής μηχανισμός δημιουργίας της ζώνης αυτής παραμένει ακόμη αδιευκρίνιστος αλλά τα εργαστηριακά ευρήματα υποδεικνύουν ότι η παρακείμενη οδοντίνη της μεσόφασης οδοντίνης-συγκολλητικού παράγοντα είναι διαφορετική από τη φυσική οδοντίνη και ότι η ABRZ ζώνη έχει αυξημένη αντοχή στην εισβολή των οξέων από την εμφάνιση δευτερογενούς τερηδόνας. Γι'αυτό η ενισχυμένη αυτή μορφή οδοντίνης με την ικανότητα να παρεμποδίζει την επανεμφάνιση τερηδόνας ονομάστηκε «υπερφυσική οδοντίνη». Χρησιμοποιώντας τη τεχνολογία της αυτοαδροποίησης, η δημιουργία ενός «υπερφυσικού δοντιού» είναι εξαιρετικά σημαντική, διότι προστατεύει τους οδοντικούς ιστούς οι οποίοι θα πρέπει να ακολουθούν την αύξηση του προσδόκιμου ορίου ζωής του γενικού πληθυσμού.

Λέξεις κλειδιά: λειτουργικό μονομερές, MDP, υπερφυσική οδοντίνη, υπερφυσική αδαμαντίνη, τεχνική αυτοαδροποίησης, ζώνη οξεοβασικής αντοχής, υβριδική στιβάδα.

Toru Nikaido, έδρα Οδοντικής Χειρουργικής, τμήμα Επανορθωτικής Οδοντιατρικής, Μεταπτυχιακό τμήμα Ιατρικών και Οδοντιατρικών Επιστημών, Ιατρική και Οδοντιατρική Σχολή στο Τόκιο.

Go Inoue, έδρα Οδοντικής Χειρουργικής, τμήμα Επανορθωτικής Οδοντιατρικής, Μεταπτυχιακό τμήμα Ιατρικών και Οδοντιατρικών Επιστημών, Ιατρική και Οδοντιατρική Σχολή στο Τόκιο

Tomohiro Takagaki, έδρα Οδοντικής Χειρουργικής, τμήμα Επανορθωτικής Οδοντιατρικής, Μεταπτυχιακό τμήμα Ιατρικών και Οδοντιατρικών Επιστημών, Ιατρική και Οδοντιατρική Σχολή στο Τόκιο.

Kanchana Waydeasekera, έδρα Οδοντικής Χειρουργικής, τμήμα Επανορθωτικής Οδοντιατρικής, Μεταπτυχιακό τμήμα Ιατρικών και Οδοντιατρικών Επιστημών, Ιατρική και Οδοντιατρική Σχολή στο Τόκιο.

Na Li, Τμήμα Προσθετικής, Στοματολογία, Τέταρτη Στρατιωτική Ιατρική Σχολή, Xian, Κίνα.

Alireza Rasd, έδρα Οδοντικής Χειρουργικής, τμήμα Επανορθωτικής Οδοντιατρικής, Μεταπτυχιακό τμήμα Ιατρικών και Οδοντιατρικών Επιστημών, Ιατρική και Οδοντιατρική Σχολή στο Τόκιο GCOE πρόγραμμα, Διεθνές ερευνητικό κέντρο μοριακής επιστήμης σε ασθένειες δοντιών και οστών, Ιατρική και Οδοντιατρική Σχολή, Τόκιο.

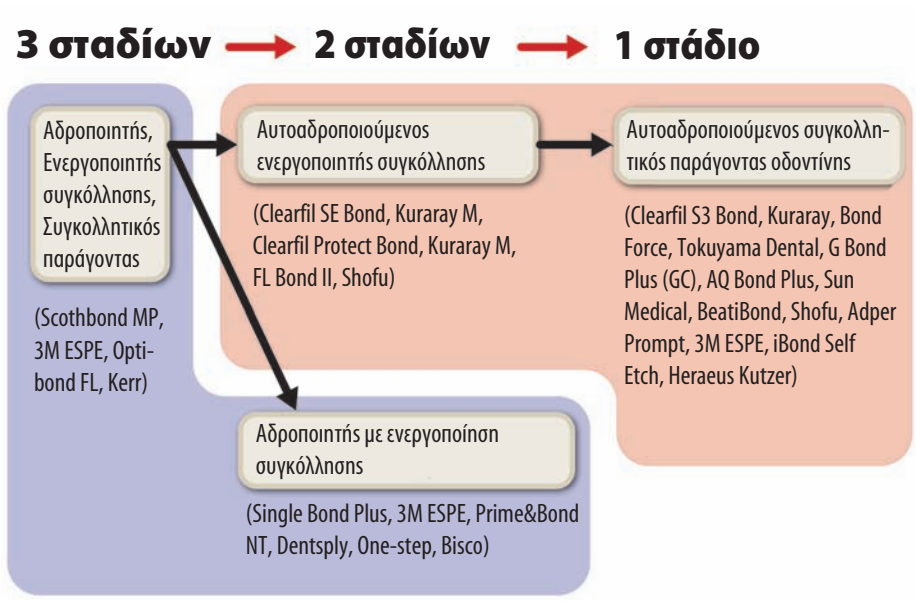
Junji Tagami, έδρα Οδοντικής Χειρουργικής, τμήμα Επανορθωτικής Οδοντιατρικής, Μεταπτυχιακό τμήμα Ιατρικών και Οδοντιατρικών Επιστημών, Ιατρική και Οδοντιατρική Σχολή στο Τόκιο GCOE πρόγραμμα, Διεθνές ερευνητικό κέντρο μοριακής επιστήμης σε ασθένειες δοντιών και οστών, Ιατρική και Οδοντιατρική Σχολή, Τόκιο.

Η τεχνική της ελάχιστης παρασκευής της κοιλότητας έγινε ευρέως αποδεκτή για την άμεση αποκατάσταση βλαβών με σύνθετες ρητίνες, χρησιμοποιώντας τα διάφορα συγκολλητικά συστήματα.

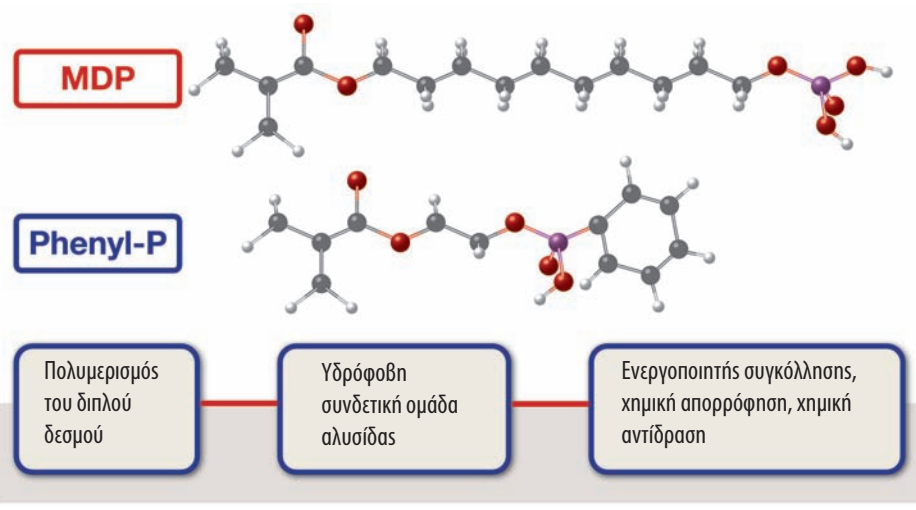
Η υβριδοποίηση είναι απαραίτητη για την απόκτηση άριστου δεσμού συγκόλλησης στην οδοντίνη.

Σε προηγούμενες μελέτες, διάφορες τεχνικές αναπτύχθηκαν για τη μορφολογική αξιολόγηση της μεσόφασης συγκολλητικού παράγοντα – οδοντίνης και την αποκάλυψη της υβριδοποίησης.

Οι Tsuchiya et al. παρατήρησαν μια αναχαίτιση στη τεχνητή δευτερογενή τερηδόνα γύρω από τις συγκολλούμενες αποκαταστάσεις στο ηλεκτρονικό μικροσκόπιο σάρωσης (SEM). Η επίδραση της τερηδόνας στη μεσόφαση συγκολλητικού παράγοντα-οδοντίνης μπορεί να προκαλέσει την εμφάνιση βασικών φυσικοχημικών αρχών που ορίζουν τη διάλυση των μεσοφασικών δομών του οδοντικού ιστού. Οι μελετητές βρήκαν μια ζώνη οξεοβασικής αντοχής (ABRZ) παρακείμενης στην υβριδική στιβάδα μετά την οξεοβασική ενεργοποίησή της. Το ηλεκτρονικό μικροσκόπιο μετάδοσης (TEM), στο οποίο παρακολούθησαν τη μεσόφαση συγκολλητικού παράγοντα-οδοντίνης μετά την οξεοβασική ενεργοποίησή της, έδειξε ότι η ABRZ ζώνη περιείχε κρυστάλλους υδροξυαπατίτη και η δομή τους προσομοίαζε εκείνη της φυσικής οδοντίνης, με περισσότερη αντοχή στη τερηδόνα από τη φυσική οδοντίνη. Οι αποδόσεις αυτές της ABRZ ζώνης υποδεικνύουν ότι η τεχνολογία της συγκόλλησης μπορεί να ενισχύσει την οδοντίνη σε εισβολή οξέων και προτάθηκε η ενισχυμένη αυτή μορφή οδοντίνης να ονομαστεί «υπερφυσική οδοντίνη». Στη μελέτη αυτή περιγράφεται η δημιουργία της «υπερφυσικής οδοντίνης» χρησιμοποιώντας τα αυτοαδροποιούμενα συγκολλητικά συστήματα.



***Εικόνα 1.** Κατηγοριοποίηση των διαφόρων συγκολλητικών συστημάτων οδοντίνης*



***Εικόνα 2.** Χημική σύνθεση των λειτουργικών μονομερών, MDP και Phenyl-P.*

Αυτοαδροποιούμενα συγκολλητικά συστήματατα οποία περιέχουν το MDP μονομερές

Τα σύγχρονα συγκολλητικά συστήματα έχουν βελτιωθεί και απλοποιηθεί και ταξινομούνται σε δύο κύριες κατηγορίες: τα αυτοαδροποιούμενα συγκολλητικά συστήματα και εκείνα που αδροποιούν την οδοντίνη με τη χρήση οξέος (Εικόνα 1).

Η κατηγορία των αυτοδροποιούμενων συγκολλητικών συστημάτων διαχωρίζεται σε δύο υποκατηγορίες: Τα αυτοαδροποιούμενα συγκολλητικά συστήματα των δύο-σταδίων και εκείνα του ενός σταδίου, τα οποία ονομάστηκαν «όλα σε ένα συγκολλητικά συστήματα».

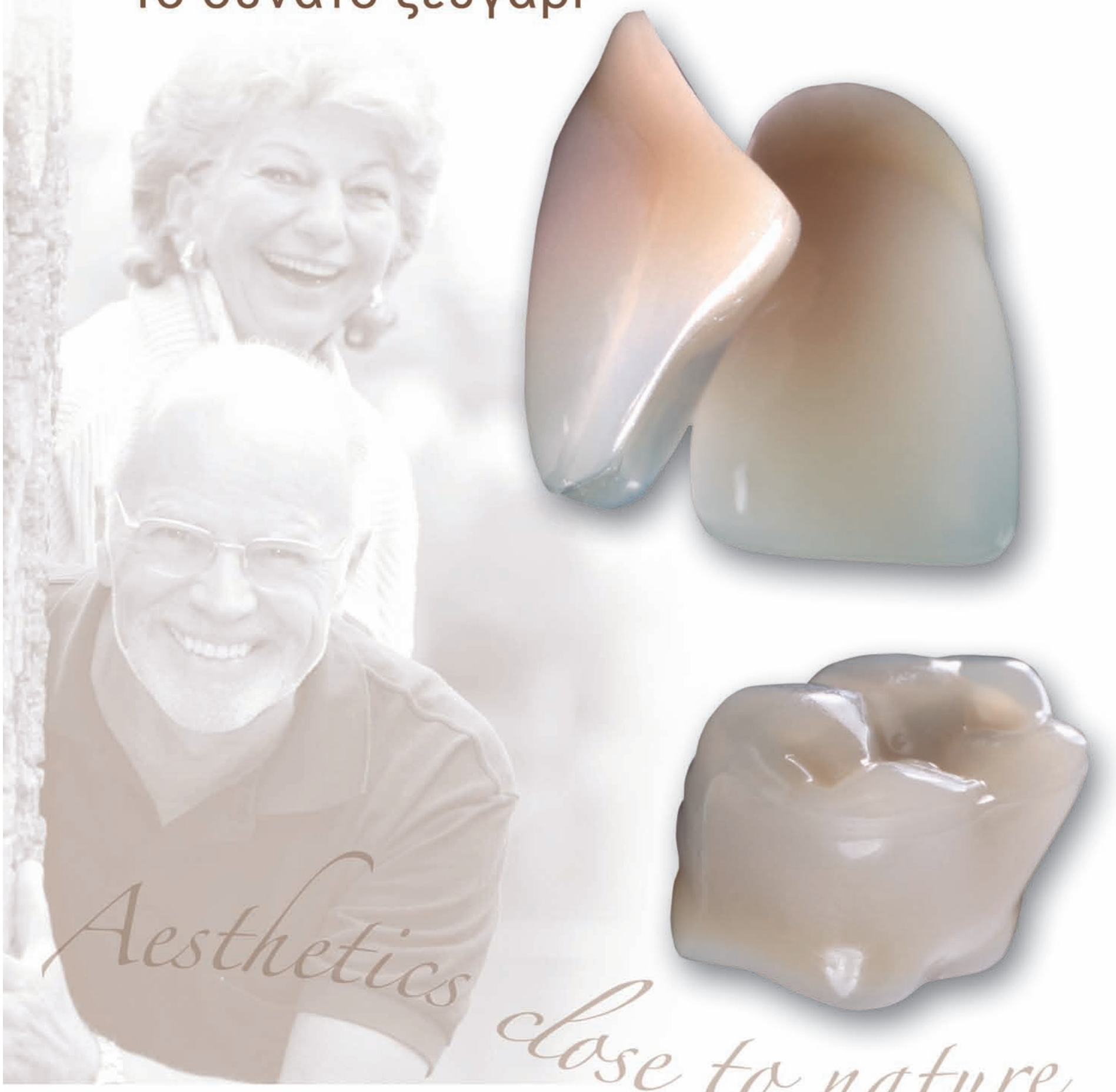
Το Clearfil SE Bond (Kuraray Medical, Τόκιο, Ιαπωνία) είναι αυτοαδροποιούμενο σύστημα δύο σταδίων χωρίς να απελευθερώνει φθόριο και περιέχει το ειδικό μονομερές MDP (10-methacryloxydecyl dihydrogen phosphate) (Εικόνα 2). Το MDP αποτελεί το κλειδί για την ιδιότητα της αυτοαδροποίησης και τη διείσδυση του συγκολλητικού παράγοντα στην οδοντίνη. Όμως η οξύτητα του αυτοαδροποιούμενου ενεργοποιητή συγκόλλησης (pH=2) δεν είναι τόσο ισχυρή όσο τα κλασικά αδροποιητικά διαλύματα, όπως το φωσφορικό και το κιτρικό οξύ. Γι'αυτό τα αυτοαδροποιούμενα συγκολλητικά συστήματα απασβεστοποιούν την οδοντίνη μερικώς, αφήνοντας κρυστάλλους στην υβριδική στιβάδα. Η άριστη συγκόλληση της οδοντίνης με τα αυτοαδροποιούμενα συγκολλητικά συστήματα έχει μελετηθεί και αποδειχθεί σε πολυάριθμες κλινικές μελέτες. Σήμερα το Clearfil SE Bond αποτελεί τη «χρυσή σταθερά» των συγκολλητικών συστημάτων στην οδοντίνη.

Επίσης το Clearfil Protect Bond (Kuraray Medical) είναι δύο σταδίων αυτοαδροποιούμενο συγκολλητικό σύστημα. Ο ενεργοποιητής συγκόλλησης περιέχει ένα αντιμικροβιακό μονομερές (MDPB) και ο συγκολλητικός παράγοντας απελευθερώνει φθόριο (έχει επεξεργαστεί με φθοριούχο νάτριο).

Το Clearfil S3 Bond, (Kuraray Medical) είναι συγκολλητικό σύστημα ενός σταδίου και στη δομή του δεν περιέχει φθόριο. Εφόσον στα συστήματα του ενός σταδίου έχουν συνδυαστεί ο αυτοαδροποιούμενος ενεργοποιητής συγκόλλησης με τον συγκολλητικό παράγοντα, τα συστήματα αυτά πλεονεκτούν στην εξοικονόμηση χρόνου κατά την καθημερινή κλινική πράξη. Όμως έχει καταγραφεί ότι η στρώση των συγκολλητικών συστημάτων του ενός σταδίου είναι διαπερατή και επιτρέπει τη δημιουργία υδατικών διαύλων. Επίσης το Clearfil Protect Bond και το Clearfil S3 Bond περιέχουν το μονομερές MDP.

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.

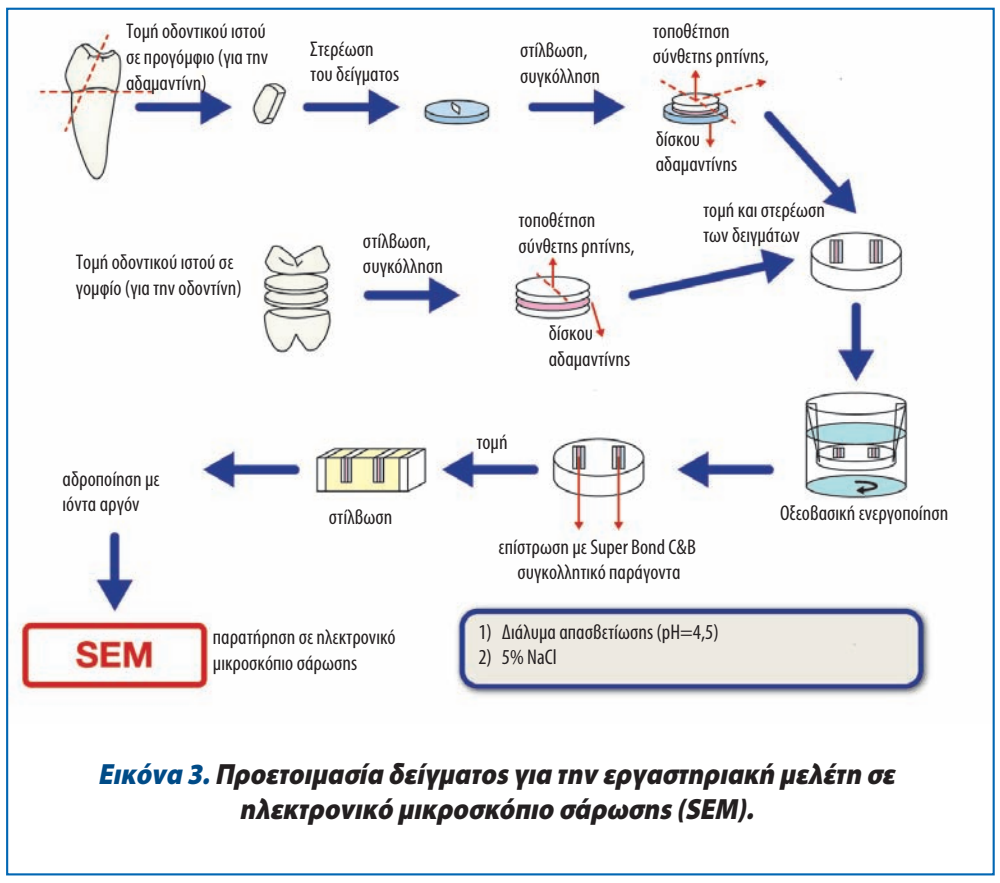
www.ivoclarvivadent.com
IvoclarVivadent AG
Bendererstr. 2 / FL 9494 Schaan Liechtenstein / τηλ: 00423 235 35 35 / fax: 00423 235 33 60

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

BHMA 85_BHMA 74 02/05/2012 11:45 π.μ. Page 22



***Εικόνα 3.** Προετοιμασία δείγματος για την εργαστηριακή μελέτη σε ηλεκτρονικό μικροσκόπιο σάρωσης (SEM).*

Μορφολογική ανάλυση της οξεοβασικής ζώνης αντοχής (ABRZ)

Η προετοιμασία του δείγματος για τις εργαστηριακές μελέτες της οξεοβασικής ζώνης αντοχής (ABRZ) (Εικόνα 3.)

Η μεθοδολογία αυτή έχει καθιερωθεί ως στερεότυπο από τους Inoue et al. για όλες τις μελέτες. Η εικόνα 4 παρουσιάζει τις εικόνες μέσω ηλεκτρονικού μικροσκοπίου σάρωσης στο σημείο της μεσόφασης μεταξύ του συγκολλητικού παράγοντα και της οδοντίνης ύστερα από την οξεοβασική ενεργοποίηση του οδοντικού ιστού.

Τα συγκολλητικά συστήματα της Εικ.4 είναι το Clearfil SE Bond, το Clearfil Protect Bond, το Clearfil S3 Bond και το Single Bond (3M E-SPE, Μινεάπολις, MN, Αμερική). Το Single Bond ανήκει στην κατηγορία των κλασικών αδροποιητικών συστημάτων με τη χρήση οξέος. Στις εικόνες του ηλεκτρονικού μικροσκοπίου σάρωσης, η εξωτερική αλλοίωση (OL) όπου είναι η επιφάνεια της απασβεστιωμένης οδοντίνης για την ενεργοποίηση της δευτερογενούς τερηδόνας, παρατηρείται σ'όλα τα δείγματα. Το βάθος της εξωτερικής αλλοίωσης ποικίλει από 10-15μm. Η υβριδική στιβάδα (H) γίνεται ορατή με την επεξεργασία της με τα ιόντα αργόν.

Επίσης στο Clearfil SE Bond (Εικ. 4 α) διακρίνεται η υβριδική στιβάδα με πάχος περίπου 0.5-1 μm. Επιπλέον η ζώνη οξεοαντοχής (ABRZ, λευκά τριγωνάκια) με πάχος περίπου 1μm διακρίνεται ευκρινώς κάτω από την υβριδική στιβάδα.

Στο Clearfil Protect Bond (Εικ. 4β) διακρίνεται η υβριδική στιβάδα στη μεσόφαση η οποία είναι παρόμοια με εκείνη του Clearfil SE Bond. Η μεσόφαση δείχνει την ύπαρξη της ABRZ ζώνης πάχους άνω του 1μm δίπλα στην υβριδική στιβάδα. Επιπρόσθετα στη ABRZ ζώνη παρατηρείται μια αυξανόμενη καμπύλη σε πάχος από την κορυφή προς τη βάση της εξωτερικής αλλοίωσης.

Στο Clearfil S3 Bond (Εικ. 4γ) το πάχος του συγκολλητικού παράγοντα είναι μικρότερο από10 μm, λεπτότερο συγκρινόμενο με τα άλλα συγκολλητικά συστήματα. Η υβριδική στιβάδα ελάχιστα διακρίνεται στη μεσόφαση. Η ABRZ ζώνη έχει πάχος περίπου 1 μm για το υλικό αυτό.

Στο Single Bond (Εικ. 4δ), η υβριδική στιβάδα έχει πάχος 3-4 μm και είναι η παχύτερη συγκριτικά με τα υπόλοιπα συγκολλητικά συστήματα, λόγω της μεγαλύτερης δραστικότητας του φωσφορικού οξέος που χρησιμοποιήθηκε ως αδροποιητής. Όμως το Single Bond δεν εμφανίζει καθόλου τη δημιουργία της ABRZ ζώνης στη μεσόφαση.

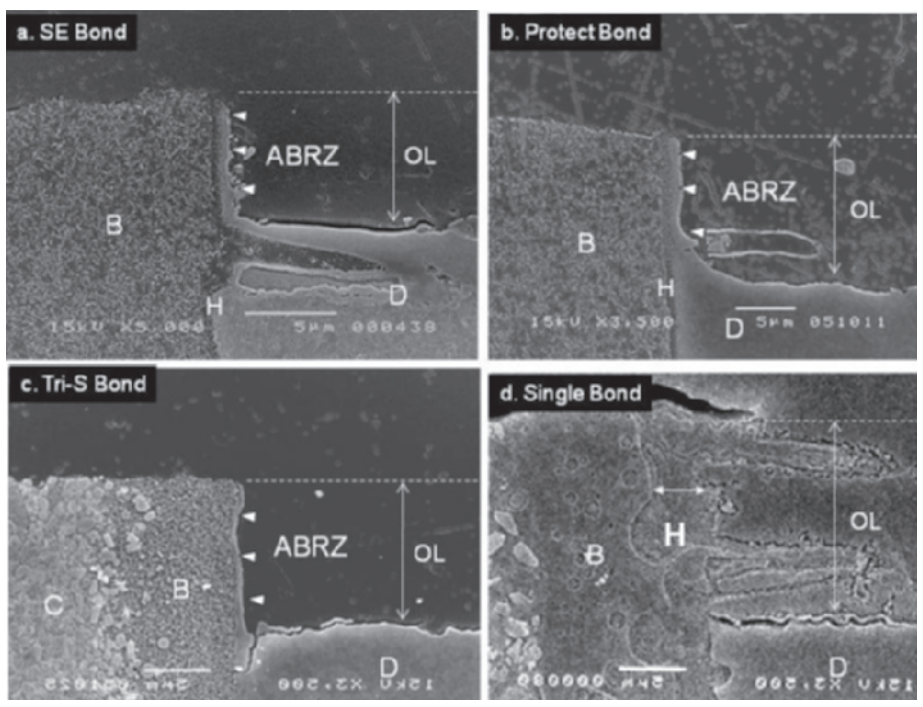
Από τις προηγούμενες μελέτες του ηλεκτρονικού μικροσκοπίου σάρωσης, η ABRZ ζώνη παρατηρείται μόνο μετά τη χρήση ενός αυτοαδροποιούμενου συγκολλητικού συστήματος. Επίσης η δημιουργία της ABRZ ζώνης μεγάλου πάχους σχετίζεται με την απελευθέρωση φθορίου του συγκολλητικού παράγοντα.

Η «Υπερφυσική οδοντίνη» ορίζεται ως η ενισχυμένη οδοντίνη

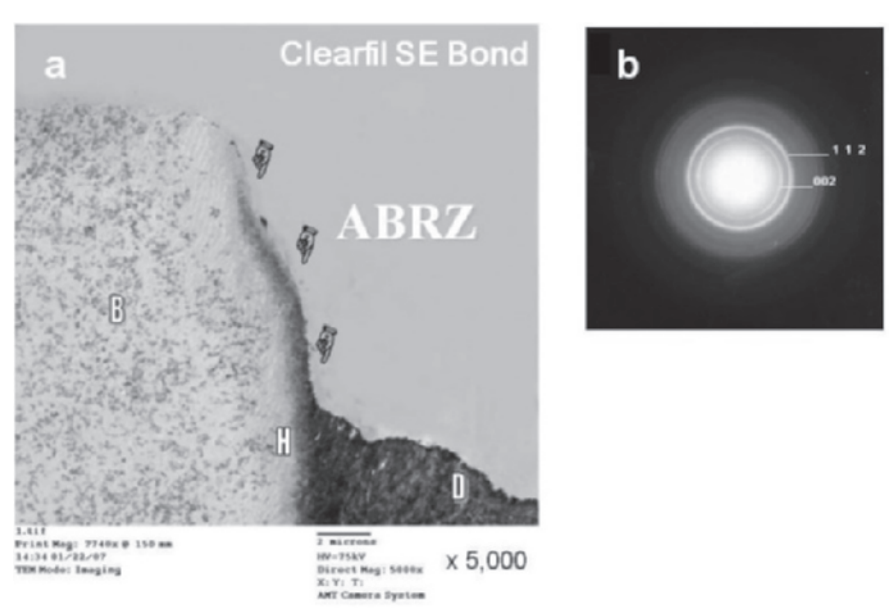
Η Εικόνα 5α δείχνει την απεικόνιση σε ηλεκτρονικό μικροσκόπιο μετάδοσης (TEM) της μεσόφασης μεταξύ του Clearfil SE Bond και της οξεοβασικά ενεργοποιημένης οδοντίνης. Η επιλεγμένη περιοχή του ηλεκτρονικού μικροσκοπίου (SAED) μιας μικρής δέσμης κρυστάλλων της ABRZ ζώνης φανερώνει την παρουσία απατίτη σ'αυτή την περιοχή (Εικ. 5β). Η μελέτη αυτή αποδεικνύει ότι τα αυτοαδροποιούμενα συγκολλητικά συστήματα απασβεστιώνουν μερικώς και ήπια την οδοντίνη, αφήνοντας κρυστάλλους υδροξυαπατίτη στη βάση της υβριδικής στιβάδας. Αυτά τα υπολείμματα των κρυστάλλων απατίτη λειτουργούν ως βάση για την επιπρόσθετη χημική αντίδραση με το λειτουργικό μονομερές, όπως το MDP. Η βάση της ABRZ ζώνης δείχνει πυκνά συγκεντρωμένους κρυστάλλους σε συνέχεια με την οδοντίνη. Η ABRZ ζώνη περιέχει κρυστάλλους υδροξυαπατίτη και εμφανίζει δομή παρόμοια με της οδοντίνης, με μεγαλύτερη αντοχή στη τερηδόνα από ότι η φυσική οδοντίνη. Η συμπεριφορά της ABRZ ζώνης δείχνει εμφανώς ότι η τεχνολογία της αυτοαδροποίησης ενισχύει την αντοχή της οδοντίνης στην επίθεση των οξέων κι έτσι προτείνεται η ενισχυμένη αυτή μορφή οδοντίνης να ονομαστεί «υπερφυσική οδοντίνη».

Η «υπερφυσική οδοντίνη» σχηματίζεται από το συγκολλητικό σύστημα που περιέχει το MDP μονομερές

Κάποιες μελέτες εστιάστηκαν στην αδαμαντίνη παρουσιάζοντας το σχηματισμό της «υπερφυσικής αδαμαντίνης» στη μεσόφαση μεταξύ του συγκολλητικού παράγοντα και της αδαμαντίνης. Στην Εικόνα 6 φαίνονται οι εικόνες του ηλεκτρονικού μικροσκοπίου σάρωσης της μεσόφασης συγκολλητικού παράγοντα και αδαμαντίνης μετά την οξεοβασική ενεργοποίησή του χρησιμοποιώντας συγκολλητικά συστήματα δύο σταδίων, τα οποία περιέχουν τα δύο λειτουργικά μονομερή MDP και Phenyl-P. Βρέθηκε ότι η αδαμαντίνη στη ABRZ ζώνη διακρίνονταν καθαρά όταν το συγκολλητικό σύστημα περιείχε MDP στον ενεργοποιητή συγκόλλησης ή στον κυρίως συγκολλητικό παράγοντα (Εικ. 6 α). Όμως η αδαμαντίνη στη ABRZ ζώνη δεν υπήρχε στη συγκεκριμένη περιοχή και το σημείο της διάβρωσης βρισκόταν εκεί όπου υπήρχε το Phenyl-P στον ενεργοποιητή συγκόλλησης ή στον κυρίως συγκολλητικό παράγοντα (Εικ. 6 β). Αφού η αδαμαντίνη στη ABRZ ζώνη βρέθηκε με μεγαλύτερη οξεοβασική αντοχή από τη φυσική αδαμαντίνη, η αδαμαντίνη της ABRZ ζώνης ονομάστηκε «υπερφυσική αδαμαντίνη».

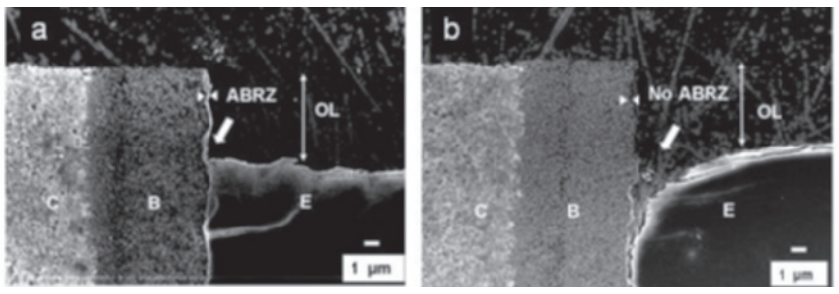


***Εικόνα 4:** Παρατηρήσεις σε ηλεκτρονικό μικροσκόπιο σάρωσης της μεσόφασης μεταξύ του συγκολλητικού παράγοντα και της οδοντίνης ύστερα από την οξεοβασική του ενεργοποίηση (x3500): α) Clearfil SE Bond, β) Clearfil Protect Bond, γ) Clearfil S3 Bond, δ) Single Bond.*
ABRZ: ζώνη οξεοβασικής αντοχής, B: συγκολλητικός παράγοντας, C: σύνθετη ρητίνη, D: οδοντίνη, H: υβριδική στιβάδα, OL: εξωτερική αλλοίωση.
Η ABRZ ζώνη παρατηρείται όταν χρησιμοποιηθούν τα αυτοαδροποιούμενα συγκολλητικά συστήματα (α, β, γ). Στο συγκολλητικό παράγοντα που απελευθερώνει φθόριο, το Clearfil Protect Bond (β), η ABRZ ζώνη διακρίνεται ως μια αυξανόμενη καμπύλη σε πάχος από την κορυφή προς τη βάση της εξωτερικής αλλοίωσης. Το Single Bond, σύστημα αδροποίησης με οξύ, δε δείχνει τη δημιουργία της ABRZ ζώνης στη μεσόφαση.



***Εικόνα 5:** Παρατήρηση μέσω ηλεκτρονικού μικροσκοπίου μετάδοσης (TEM) της μεσόφασης μεταξύ του Clearfil SE Bond και της οξεοβασικά ενεργοποιημένης οδοντίνης (x5000):*
α) Στην κορυφή της ABRZ ζώνης, η πυκνή περιοχή ηλεκτρονίων περιέχει μερικούς τυχαία τοποθετημένους κρυστάλλους υδροξυαπατίτη σε μερική διάλυση, ενώ η περιοχή της βάσης της ABRZ ζώνης δείχνει τους πυκνά τοποθετημένους κρυστάλλους. Αυτές οι περιοχές με τους κρυστάλλους υδροξυαπατίτη είναι σε συνέχεια με την οδοντίνη. β) Το SAED σχέδιο προκύπτει από τους κρυστάλλους υδροξυαπατίτη στη ζώνη οξεοβασικής αντοχής της οδοντίνης επεξεργασμένης με το Clearfil SE Bond. Οι κορυφές (d-spacing) 002 και 211 είναι πανομοιότυπες, δηλαδή υπάρχει υδροξυαπατίτης στη ABRZ ζώνη.
ABRZ: ζώνη οξεοβασικής αντοχής, B: συγκολλητικός παράγοντας, D: οδοντίνη, H: υβριδική στιβάδα, OL: εξωτερική αλλοίωση.

BHMA 85_BHMA 74 02/05/2012 11:45 π.μ. Page 23

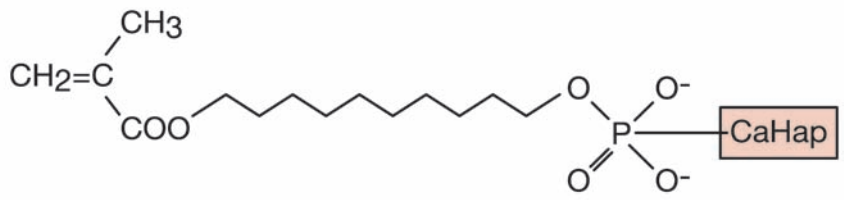


Εικόνα 6: ***Εικόνες μέσω ηλεκτρονικού μικροσκοπίου σάρωσης της μεσόφασης του συγκολλητικού παράγοντα και της αδαμαντίνης ύστερα από την οξεοβασική ενεργοποίησή της χρησιμοποιώντας πειραματικά τα συγκολλητικά συστήματα των δύο σταδίων, τα οποία περιείχαν τα λειτουργικά μονομερή MDP (α) και Phenyl-P (β). ABRZ: ζώνη οξεοβασικής αντοχής, B: συγκολλητικός παράγοντας, E: αδαμαντίνη, H: υβριδική στιβάδα, OL: εξωτερική αλλοίωση***
Η αδαμαντίνη της ABRZ ζώνης φαίνεται ολοκάθαρα στο συγκολλητικό παράγοντα με το MDP μονομερές που υπάρχει στη δομή του ενεργοποιητή συγκόλλησης ή στον κυρίως συγκολλητικό παράγοντα (Clearfil SE Bond) (α). Όμως η αδαμαντίνη στην ABRZ ζώνη δεν υπήρχε στη συγκεκριμένη περιοχή και η διάβρωση εμφανίστηκε στο σημείο ένωσης του συγκολλητικού παράγοντα με το Phenyl-P στη δομή του ενεργοποιητή συγκόλλησης ή στον κυρίως συγκολλητικό παράγοντα (β).

Χαρακτηρισμός της ABRZ ζώνης στην οδοντίνη / αδαμαντίνη

Ο ακριβής μηχανισμός ακόμη δεν έχει διευκρινιστεί για τη δημιουργία της ABRZ ζώνης στην οδοντίνη / αδαμαντίνη. Όμως μπορεί να ειπωθεί ότι η οδοντίνη της ABRZ ζώνης είναι εξ΄ολοκλήρου διαφορετική από τη συμβατική υβριδική στιβάδα. Πιστεύουμε ότι αυτό σχετίζεται με τη βαθύτερη διείσδυση του μονομερούς. Από την άλλη πλευρά, η αδαμαντίνη της ABRZ ζώνης δημιουργείται στη μεσόφαση του συγκολλητικού παράγοντα και της αδαμαντίνης.
Οι προηγούμενες μελέτες υποστηρίζουν ότι τα λειτουργικά μονομερή των συγκολλητικών συστημάτων επηρεάζουν τη μορφολογία της οδοντίνης / αδαμαντίνης στην ABRZ ζώνη. Έχει αναφερθεί ότι το MDP μονομερές προσκολλάται άμεσα και ισχυρά στον υδροξυαπατίτη δημιουργώντας λιγότερο διαλυτά άλατα (Εικ.7), συγκρινόμενα με τα λειτουργικά μονομερή 4-META και Phenyl-P (Εικ. 2). Επίσης ο σχηματισμός της ABRZ ζώνης επηρεάζεται από την απελευθέρωση ιόντων φθορίου από τα ανάλογα συγκολλητικά συστήματα. Τα ιόντα φθορίου συμβάλλουν στην αύξηση της κρυσταλλοποίησης του φωσφορικού ασβεστίου και μειώνουν την αναλογία της διάσπασης του υδροξυαπατίτη στην ABRZ ζώνη. Έχει αναφερθεί ότι τα συγκολλητικά συστήματα που απελευθερώνουν φθόριο έχουν θετική επίδραση στη μακρόχρονη διάρκεια της ABRZ ζώνης. Όμως η κατάλληλη συγκέντρωση της απελευθέρωσης των ιόντων φθορίου είναι ακόμη αδιευκρίνιστη. Η δομή της ABRZ ζώνης που αποκτάται από το κάθε συγκολλητικό σύστημα μπορεί να αποτελέσει ένα δείκτη (in vitro) για να προβλέψει τη χρονική διάρκεια του δεσμού συγκόλλησης στους οδοντικούς ιστούς.

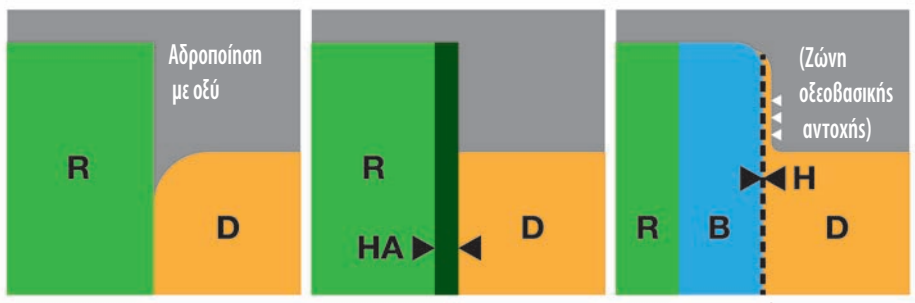
Ισχυρός χημικός δεσμός του MDP με τον υδροξυαπατίτη



Ισχύ του χημικού δεσμού με τον υδροξυαπατίτη

Εικόνα 7: ***Χημική αντίδραση του λειτουργικού μονομερούς με τον υδροξυαπατίτη***

Δεν υπάρχει υβριδική στιβάδα | **Δημιουργία υβριδικής στιβάδας**



Απουσία θεραπείας | **Αδροποίηση με οξύ** | **Χρήση αυτοαδροποιούμενου ενεργοποιητή συγκόλλησης**

Εικόνα 8: ***Σχηματική περίληψη των αποτελεσμάτων της οξεοβασικής ενεργοποίησης. Η υβριδοποίηση είναι απαραίτητη για να παρεμποδίζει την εμφάνιση της δευτερογενούς τερηδόνας. Όμως η ABRZ ζώνη δεν υπάρχει στα κλασικά συστήματα αδροποίησης με οξύ. Η ABRZ ζώνη δημιουργείται μόνο με τη χρήση των αυτοαδροποιούμενων συγκολλητικών συστημάτων.***

Στρατηγικές για την ενίσχυση της δομής του φυσικού οδοντικού ιστού

Τα τελευταία χρόνια έχει παρατηρηθεί μια ραγδαία αύξηση του νωδού πληθυσμού, ιδιαιτέρως στις αναπτυγμένες χώρες, λόγω της αύξησης του ορίου του προσδόκιμου ζωής και της αδιαφορίας ως προς την ύπαρξη προληπτικών οδοντιατρικών προγραμμάτων. Όμως η ανάπτυξη οδηγεί στην αύξηση των περιστατικών εμφάνισης ριζικής τερηδόνας, οδοντικής αποτριβής και οδοντικών καταγμάτων στους μεσήλικες και στους γηριατρικούς ασθενείς. Τα περιστατικά αυτά είναι οι πιθανοί παράγοντες επικινδυνότητας προκαλώντας την απώλεια των δοντιών. Για να αποκτήσεις μια καλή ποιότητα ζωής είναι σημαντικό να διατηρήσεις τη φυσική οδοντοστοιχία τους για ολόκληρη τη ζωή τους.

Η ιδέα του «υπερφυσικού δοντιού» αποτελεί την ενίσχυση των φυσικών οδοντικών ιστών χρησιμοποιώντας σύγχρονα υλικά και εξελιγμένη τεχνολογία.
Η υβριδοποίηση είναι σημαντική στην παρεμπόδιση της εμφάνισης της δευτερογενούς τερηδόνας, όμως η ABRZ ζώνη δεν διαφαίνεται στα κλασικά συστήματα αδροποίησης με οξύ. Η ABRZ ζώνη δημιουργείται μόνο στα αυτοαδροποιούμενα συγκολλητικά συστήματα (Εικ. 8) η οποία εμποδίζει την εμφάνιση της αρχόμενης τερηδόνας από τα οξέα των μικροοργανισμών.

Χρησιμοποιώντας την τεχνολογία της αυτοαδροποίησης, η δημιουργία του «υπερφυσικού δοντιού» είναι το κλειδί στη στρατηγική για την προστασία των φυσικών δοντιών καθ'όλη τη διάρκεια της ζωής του ανθρώπου.

Πείραμα δημιουργίας ενός «υπερφυσικού δοντιού»

Εστιάζουμε στην τεχνολογία της αυτοαδροποίησης για τη δημιουργία ενός «υπερφυσικού δοντιού»

Εικόνα 9: ***Ο στόχος του πειράματος δημιουργίας ενός «υπερφυσικού δοντιού» είναι η ενίσχυση των οδοντικών ιστών χημικά, μηχανικά και βιολογικά.***

Βιβλιογραφία

1. Tyas MJ, Anusavice KJ, Frencken JE, Mount GJ. Minimal Intervention dentistry - a review, FDI Commission Project 1-97. International Dental Journal 2000;50:1-12.
2. Nakabayashi N, Nakamura M, Yasuda N. Hybrid layer as a dentin bonding mechanism. J Aesthet Dent 1991;3:133-138.
3. Inokoshi S, Hosoda H, Harnirattisai C, Shimada Y. Interfacial structure between dentin and seven dentin bonding systems revealed using argon ion beam etching. Oper Dent 1993;18:8-16.
4. Tay FR, King NM, Chan KM, Pashley DH. How can nanoleakage occur in self-etching adhesive systems that demineralize and infiltrate simultaneously? J Adhes Dent 2002;4:255-269.
5. Koshiro K, Sidhu SK, Inoue S, Ikeda T, Sano H. New concept of resin-dentin interfacial adhesion: The Nanointeraction zone. J Biomed Mater Res B Appl Biomater 2006;77:401-408.
6. Tsuchiya S, Nikaido T, Sonoda H, Foxton RM, Tagami J. Ultrastructure of the dentin-adhesive interface after acid-base challenge. J Adhes Dent 2004;6:183-190.
7. Waidyasekera K, Nikaido T, Weerasinghe DS, Ichinose S, Tagami J. Reinforcement of dentin in self-etch adhesive technology: a new concept. J Dent 2009;37:604-609.
8. Nikaido T, Weerasinghe DD, Waidyasekera K, Inoue G, Foxton RM, Tagami J. Assessment of the nanostructure of acid-base resistant zone by the application of all-in-one adhesive systems: Super dentin formation. Biomed Mater Eng 2009;19:163-171.
9. Nikaido T, Inoue G, Takagaki T, Waydeasekera K, Iida Y, Shinohara SM, Sadr A, Tagami J. New strategy to create "Super Dentin" using adhesive technology; Reinforcement of adhesive-dentin interface and protection of tooth structures. Japanese Dental Science Review 2011;47:31-42.
10. Nikaido N, Kunzelmann K-H, Chen H, Ogata M, Harada N, Yamaguchi S, Cox CF, Hickel R, Tagami J. Evaluation of thermal cycling and mechanical loading on bond strength of a self-etching primer system to dentin. Dent Mater 2002;18(3):269-275.
11. Inoue S, Koshiro K, Yoshida Y, De Munck J, Nagakane K, Suzuki K, Sano H, Van Meerbeek B. Hydrolytic stability of self-etch adhesives bonded to dentin. J Dent Res 2005;84:1160-1164.
12. Mine A, De Munck J, Cardoso MV, Van Landuyt KL, Poitevin A, Kuboki T, Yoshida Y, Suzuki K, Lambrechts P, Van Meerbeek B. Bonding effectiveness of two contemporary self-etch adhesives to enamel and dentin. J Dent. 2009;37(11):872-883.
13. Akimoto N, Takamizu M, Momoi Y. 10-year clinical evaluation of a self-etching adhesive system. Oper Dent 2007;32:3-10.
14. Van Meerbeek B, Peumans M, Poitevin A, Mine A, Van Ende A, Neves A, De Munck J. Relationship
between bond-strength tests and clinical outcomes. Dent Mater 2010;26:e100-e121.
15. Tay FR, Pashley DH, Suh BI, Carvalho RM, Itthagarun A. Single-step adhesives are permeable membranes. J Dent 2002;30:371-382.
16. Yoshida E, Uno S. Voids formation along the bonding interface between a smeared dentin surface and all-in-one adhesives. Dent Mater J 2004;23:643-649.
17. Inoue G, Tsuchiya S, Nikaido T, Foxton RM, Tagami J. Morphological and mechanical characterization of the acid-base resistant zone at the adhesive-dentin interface of intact and caries-affected dentin. Oper Dent 2006;31:466-472.
18. Shinohara MS, Yamauti M, Inoue G, Nikaido T, Tagami J, Giannini M, de Goes MF. Evaluation of antibacterial and fluoride-releasing adhesive system on dentin--microtensile bond strength and acid-base challenge. Dent Mater J 2006;25:545-552.
19. Tsujimoto M, Nikaido T, Inoue G, Sadr A, Tagami J. Ultrastructural observations of the acidbase resistant zone of all-in-one adhesives using three different acid-base challenges. Dent Mater J 2010;29:655-660.
20. Inoue G, Nikaido T, Foxton RM, Tagami J. The acid-base resistant zone in three dentin bonding systems. Dent Mater J 2009;28:717-721.
21. Ilda Y, Nikaido T, Kitayama S, Takagaki T, Inoue G, Ikeda M, Foxton RM, Tagami J. Evaluation of dentin bonding performance and acid-base resistance of the interface of two-step self-etching adhesive systems. Dent Mater J 2009;28:493-500.
22. Li N, Nikaido T, Takagaki T, Sadr A, Makishi P, Chen J, Tagami J. The role of functional monomers in bonding to enamel: acid-base resistant zone and bonding performance. J Dent 2010;38:722-730.
23. Nikaido T, Chikawa C, Li N, Takagaki T, Sadr A ,Yoshida Y, Suzuki K, Tagami J. Effect of functional monomers in all-in-one adhesive systems on formation of enamel/dentin acid-base resistant zone. Dent Mater J (accepted).
24. Yoshida Y, Nagakane K, Fukuda R, Nakayama Y, Okazaki M, Shintani H, Inoue S, Tagawa Y, Suzuki K, De Munck J, Van Meerbeek B. Comparative study on adhesive performance of functional monomers. J Dent Res 2004;83:454-458.
25. Fukegawa D, Hayakawa S, Yoshida Y, Suzuki K, Osaka A, Van Meerbeek B. Chemical interaction of phosphoric acid ester with hydroxyapatite. J Dent Res 2006;85:941-944.
26. Yoshihara K, Yoshida Y, Nagaoka N, Fukegawa D, Hayakawa S, Mine A, Nakamura M, Minagi S, Osaka A, Suzuki K, Van Meerbeek B. Nano-controlled molecular interaction at adhesive interfaces for hard tissue reconstruction. Acta Biomater 2010;6:3573-3582.
27. Ichikawa C, Nikaido T, Inoue G, Sadr A, Tagami J. Ultra-morphologies of the dentin acid-base resistant zone of two-step self-etching systems after long-term storage in water. J Adhes Dent (accepted).
28. Takagaki T, Nikaido T, Tsuchiya S, Ikeda M, Foxton RM, Tagami J. Effect of hybridization on bond strength and adhesive interface after acid-base challenge using 4-META/MMA-TBB resin. Dent Mater J 2009;28:185-193

BHMA 85_BHMA 74 02/05/2012 11:45 π.μ. Page 24

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

Στο προηγούμενο τεύχος της εφημερίδας μας δημοσιεύτηκε το πρώτο μέρος της εισήγησης με τίτλο «Στρες και στοματική υγεία». Στην εισήγηση αυτή μετά από σύντομη εισαγωγή και μια μικρή ιστορική αναδρομή, δόθηκαν οι ορισμοί και αναλύθηκε το σύστημα του στρες και ο ρόλος του στην υγεία γενικά. Στη συνέχεια επισημάνθηκε η επίδραση του στρες στην στοματική κοιλότητα όπως εμφανίζεται στη βιβλιογραφία. Ειδικότερα διερευνήθηκε η επίδραση του στρες στο σάλιο, στους σκληρούς οδοντικούς ιστούς, στην κροταφογναθική διάρθρωση, στην έκλυση του πόνου και στην τοπική αναισθησία.Τέλος αξιολογήθηκε η επίδραση του στους μαλακούς ιστούς και το περιοδόντιο.

Η μέτρηση του στρες

Απουσία μιας μέτρησης "χρυσού προτύπου" (gold standard) του στρες, η σύγχρονη έρευνα υιοθετεί τρεις βασικούς τύπους μετρήσεων που αντιστοιχούν σε τρεις προσεγγίσεις του στρες:

Την προσέγγιση του περιβάλλοντος: επικεντρώνεται στην καταγραφή των γεγονότων ή εμπειριών στη ζωή ενός ατόμου που αντικειμενικά έχουν αυξημένες προσαρμοστικές απαιτήσεις π.χ. απώλεια συζύγου, σοβαρή νόσος κ.α.

Την ψυχολογική προσέγγιση: επικεντρώνεται στις υποκειμενικές αξιολογήσεις του ατόμου για τις απαιτήσεις ενός στρεσογόνου γεγονότος (εδώ εντάσσεται και η γνωστική θεωρία των Lazarus και Folkman).

Την βιολογική προσέγγιση: επικεντρώνεται στην ενεργοποίηση συγκεκριμένων βιολογικών συστημάτων εξαιτίας ψυχολογικών ή σωματικών στρεσογόνων γεγονότων (εδώ εντάσσεται η ενεργοποίηση του συστήματος του στρες και οι επιδράσεις σε άλλα βιολογικά συστήματα π.χ. ανοσοποιητικό, αναπαραγωγικό, γαστρεντερικό κ.α.)

Στην πρώτη προσέγγιση ανήκουν τα στρεσογόνα γεγονότα (stressors), στη δεύτερη προσέγγιση το αντιλαμβανόμενο στρες (perceived stress) και στη τρίτη προσέγγιση οι συναισθηματικές, συμπεριφορικές και σωματικές αποκρίσεις ή αλλιώς η απάντηση στο στρες (stress response). Σε γενικές γραμμές οι βιολογικές μετρήσεις του στρες είναι ισχυρότεροι προγνωστικοί δείκτες παθολογίας σχετιζόμενης με το στρες σε σχέση με τις ψυχολογικές μετρήσεις και ακόμη περισσότερο με τις περιβαλλοντικές μετρήσεις.

Η περιβαλλοντική και ψυχολογική μέτρηση του στρες γίνεται με τη βοήθεια ερωτηματολογίων (συνεντεύξεις ή λίστες). Χαρακτηριστικά παραδείγματα περιβαλλοντικών μετρήσεων του στρες είναι: η λίστα Social Readjustment Rating Scale (SRRS), η συνέντευξη Life Events and Difficulties Schedule (LEDS), η λίστα καθημερινών μικροενοχλήσεων Hassles Scale, αλλά και ειδικά ερωτηματολόγια που αφορούν συγκεκριμένες καταστάσεις όπως είναι η οικογένεια (Family Environment Scale), η εργασία (Job Content Questionnaire) και η συζυγική σχέση (Marital Situations Inventory). Η λογική των εργαλείων μέτρησης του στρες, βάση της περιβαλλοντικής προσέγγισης είναι ότι, όσο περισσότερα τα στρεσογόνα γεγονότα, ή όσο πιο «βαριά» είναι αυτά τόσο μεγαλύτερη η πιθανότητα να εμφανιστούν υψηλά επίπεδα στρες .

Παραδείγματα ψυχολογικών προσεγγίσεων και ειδικότερα μέτρησης του αντιλαμβανόμενου στρες είναι τα παρακάτω: Stress Appraisal Measure, Perceived Stress Scale και Impact of Event Scale (IES). Τα εργαλεία μέτρησης της ψυχολογικής προσέγγισης δεν εστιάζουν σε στρεσογόνα γεγονότα, αλλά κυρίως στον τρόπο που το άτομο αντιμετωπίζει, αξιολογεί και αισθάνεται σε σχέση με το περιβάλλον του και τις εμπειρίες του. Γενικά, οι μετρήσεις αυτές έχουν μεγαλύτερη προγνωστική αξία από τα ερωτηματολόγια στρεσογόνων γεγονότων για την πρόβλεψη διαταραχής, αλλά ενέχουν σημαντικό βαθμό υποκειμενισμού και μεταβλητότητας ανάλογα με τις συνθήκες της μέτρησης.

Οι βιολογικές μετρήσεις του στρες αντιστοιχούν στα κέντρα και τις οδούς του συστήματος του στρες όπως περιγράφηκε συνοπτικά παραπάνω. Τα κύρια συστήματα που παραδοσιακά μετρώνται με τους βιολογικούς δείκτες είναι το αυτόνομο νευρικό σύστημα (ΑΝΣ), ο άξονας συμπαθητικό-μυελός επινεφριδίων του στρες (sympathetic-adrenal medullary axis) και ο HPA άξονας . Η λειτουργική ενότητα των συστημάτων HPA και SAM του στρες φαίνεται σε μια πρόσφατη μετα-ανάλυση όπου ο συγκεντρωτικός συντελεστής συσχέτισης r της επινεφρίνης με την ACTH μετά από στρεσογόνα ερεθίσματα ήταν 0,93, ενώ της ACTH με την νορεπινεφρίνη του ΑΝΣ ήταν μόλις 0,4, εξαιτίας κυρίως των χαρακτηριστικών μέτρησης της νορεπινεφρίνης που θα συζητηθούν παρακάτω .

Ο HPA άξονας ενεργοποιείται 15-20 λεπτά μετά από κάποιο στρεσογόνο ερέθισμα, αν και ανάλογα με τον τύπο του ερεθίσματος δεν ενεργοποιείται πάντα, ειδικά αν το ερέθισμα εκλαμβάνεται ως αντιμετωπίσιμο από το άτομο. Η κορτιζόλη μπορεί να μετρηθεί για ερευνητικούς σκοπούς σε διάφορα βιολογικά υγρά όπως είναι το αίμα, τα ούρα και όπως έχουμε ήδη αναφέρει στο σάλιο. Τα τελευταία χρόνια η μέτρηση της ελεύθερης κορτιζόλης, όπως ειπώθηκε παραπάνω, στο σάλιο έχει κερδίσει έδαφος έναντι των υπολοίπων βιολογικών υγρών κυρίως λόγω της ευκολίας μέτρησης (σε εργαστηριακές ή καθημερινές συνθήκες) και του υψηλού βαθμού συμμόρφωσης των ατόμων. Θα πρέπει να σημειωθεί ότι παράγοντες όπως ο τύπος του στρεσογόνου ερεθίσματος, η ηλικία, το φύλο, τα φάρμακα και άλλοι όπως η προσωπικότητα κ.α. επηρεάζουν την ενεργοποίηση του HPA άξονα μετά από στρες. Άλλοι βιολογικοί δείκτες του HPA άξονα είναι η CRH, η ACTH, η AVP (arginine vasopressin) και DHEA (dehydroepiandrosterone) .

Η μέτρηση της ενεργοποίησης του ΣΝΣ και του SAM άξονα είναι πιο δύσκολη από αυτή του HPA άξονα. Ο κύριος νευροδιαβιβαστής του ΣΝΣ, η νορεπινεφρίνη (NE) αφού απελευθερωθεί από τις τελικές νευρικές απολήξεις στους λείους μυς των αγγείων, εισέρχεται στην αιματική κυκλοφορία με διάχυση. Η NE απομακρύνεται ταχέως από το αίμα, ενώ οι συγκεντρώσεις σε αυτό είναι ελάχιστες λόγω της υψηλής επαναπρόσληψης από τις αυτόνομες νευρικές απολήξεις. Ο χρόνος ημίσειας ζωής της NE είναι πολύ μικρός (1-2 λεπτά), και άρα οι μετρήσεις στο αίμα αντανακλούν οξείες εκκρίσεις ύστερα από οξύ στρες. Επίσης, η απελευθέρωση NE δεν είναι ίδια σε όλο το σώμα, άρα η μέτρησή της στο αίμα π.χ. του δεξιού άνω άκρου αντανακλά ουσιαστικά τη NE μόνο του άκρου. Επίσης κατά τη διάρκεια του στρες δεν μπορεί να διαφοροποιηθεί η προέλευση της NE από το συμπαθητικό σύστημα ή από τα επινεφρίδια, πόσο μάλλον αφού η αναλογία αυτή διαφέρει από ερέθισμα σε ερέθισμα τουλάχιστον στα πειραματόζωα. Σημειώνεται ότι NE εισέρχεται και στο ΕΝΥ, αλλά δεν είναι γνωστό αν προέρχεται αποκλειστικά από τις συμπαθητικές μεταγαγγλιακές ίνες ή από τον ίδιο το εγκέφαλο.

Σε ότι αφορά την επινεφρίνη, οι συγκεντρώσεις της στο αίμα είναι πιο αξιόπιστες από τις NE για τη διέγερση του συμπαθητικού συστήματος, αφού η προέλευσή της είναι αποκλειστικά από τα επινεφρίδια και η είσοδός της στο αίμα είναι άμεση. Ο χρόνος ημίσειας ζωής είναι παρόμοιος με τη NE, αλλά οι συγκεντρώσεις της και η διάρκεια δράσης της μετά από στρες είναι μεγαλύτερες (8-10 φορές υψηλότερες από τα επίπεδα ηρεμίας). Γενικά η NE επηρεάζεται περισσότερο από βραχυχρόνιες καταστάσεις όπως είναι η στάση του σώματος, η άσκηση κτλ, ενώ η επινεφρίνη θεωρείται πιο αξιόπιστη ορμόνη για τη μέτρηση του στρες. Υπάρχουν και άλλες λιγότερο χρησιμοποιούμενες μέθοδοι που δεν θεωρούμε σκόπιμο να αναπτύξουμε.

Τέλος, η καρδιαγγειακή αντιδραστικότητα (cardiovascular reactivity) ως αντιπροσωπευτική της ενεργοποίησης του ΣΝΣ θεωρείται η βασική μεταβλητή μέτρησης και μεσολαβητής της σχέσης του στρες με την ανάπτυξη στεφανιαίας νόσου ή υπέρτασης. Στοιχεία μέτρησης της είναι οι καρδιακοί παλμοί και η αρτηριακή πίεση. Δεδομένου ότι οι δύο αυτές μεταβλητές είναι εξαιρετικά ευμετάβλητες, η μέτρησή τους έχει περιοριστεί στις εργαστηριακές συνθήκες. Τελευταία επίσης μετράται η α-αμυλάση σιέλου. Η αμυλάση είναι ένζυμο αποικοδόμησης υδατανθράκων που παράγεται από τους σιελογόνους αδένες μετά τη διέγερση από το συμπαθητικό σύστημα. Άρα η αμυλάση είναι δείκτης ενεργοποίησης του ΣΝΣ. Μάλιστα οι αυξήσεις της α-αμυλάσης συμβαίνουν παράλληλα με την αύξηση της NE με καθυστέρηση περίπου 5-10 λεπτά. Τέλος, η ημερήσια διακύμανση της α-αμυλάσης είναι αντίθετη με αυτή της κορτιζόλης, με τις υψηλότερες τιμές να εμφανίζονται το απόγευμα.

Για λόγους πληρότητας, επιπλέον τρόποι μέτρησης του στρες είναι: το ηλεκτροεγκεφαλογράφημα (ΗΕΓ), η λειτουργική μαγνητική τομογραφία (functional magnetic resonance imaging, fMRI), η τομογραφία εκπομπής ποζιτρονίων (positron emission tomography, PET), η μέτρηση της ηλεκτρικής αγωγιμότητας του δέρματος (skin conductance, SC) (αντανακλά τη λειτουργία των ιδρωτοποιών αδένων που νευρώνονται από το συμπαθητικό νευρικό σύστημα), η μέτρηση της κινητικότητας του στομάχου κ.α

Διαχείριση του στρες

Η διαχείριση του στρες είναι ένα τεράστιο και εξαιρετικά ενδιαφέρον κεφάλαιο που η ανάπτυξή του απαιτεί μια ξεχωριστή αναφορά. Εδώ μπορούμε απλώς επιγραμματικά να επισημάνουμε ότι προϋποθέτει τόσο συλλογικές όσο και ατομικές μεθόδους. Σε συλλογικό επίπεδο η πολιτεία και οι διάφοροι θεσμικοί φορείς θα πρέπει να μεριμνήσουν για την πρόληψη εκείνων των συνθηκών που επιδεινώνουν το στρες των πολιτών μέσα από νομοθετικές και περιβαλλοντικές ρυθμίσεις.

Σε ατομικό επίπεδο τροποποιήσιμοι παράγοντες που έχουν σχετισθεί με την αντίσταση στο δυσπροσαρμοστικό στρες είναι η πνευματικότητα, η κοινωνική υποστήριξη, η γνωσιακή εκτίμηση των στρεσογόνων παραγόντων, οι πρώιμες εμπειρίες της νεογνικής, βρεφικής και παιδικής ηλικίας, η αισιοδοξία κ.α. Τεχνικές όπως η συμβουλευτική (π.χ. διαχείριση χρόνου, διατήρηση ρουτίνας 24ώρου), η γνωσιακή συμπεριφοριστική θεραπεία, η ατομική ή ομαδική ψυχοθεραπεία και οι τεχνικές χαλάρωσης (π.χ. προοδευτική μυϊκή χαλάρωση, διαλογισμός κ.α.) έχουν δείξει πολλά οφέλη. Σε κάθε περίπτωση, το άτομο, αλλά και ο επαγγελματίας υγείας καλούνται να αναγνωρίζουν τους παράγοντες εκείνους που επιφέρουν σημαντικό στρες στη ζωή και να προβαίνουν στην αντιμετώπισή του μέσα από ατομικά και συλλογικά προγράμματα διαχείρισης του στρες.

Όσο αφορά το μάσημα της τσίχλας θα μπορούσε να υποστηριχθεί ότι αφορά σε συμπεριφορά

ΒΗΜΑ 85_ΒΗΜΑ 74 02/05/2012 11:45 π.μ. Page 25

και είναι μια συνήθεια που υπάρχει, και αφορά εκατομμύρια ανθρώπους σε όλο τον κόσμο προκειμένου να διαχειριστούν το στρες τους. Στον Δυτικό κυρίως κόσμο είναι αποδεκτή ως πράξη και θεωρείται ότι το μάσημα ενός κομματιού τσίχλας φρεσκάρει την αναπνοή και εξαλείφει ή έστω μειώνει την δύσοσμη απόπνοια. Υπάρχει ωστόσο και ένας «παράπλευρος μύθος» ότι δηλ. βοηθά στην διαχείριση του καθημερινού στρες και οδηγεί στην χαλάρωση. Οι αθλητές στην καθημερινότητα τους μασούν τσίχλα γιατί θεωρούν ότι μειώνουν το στρες τους πριν από την αθλητική δοκιμασία. Είναι γεγονός ότι το μάσημα της τσίχλας διεγείρει τους σιαλογόνους αδένες που εκκρίνουν έτσι περισσότερο σάλιο, αντισταθμίζοντας την ελαφρά ξηροστομία που υπάρχει λόγω του στρες.

Διεθνείς ονομαστές φίρμες και Ινστιτούτα που έχουν ιδρυθεί από την παγκόσμια βιομηχανία της «τσίχλας» στηρίζουν έρευνες που υποδεικνύουν ότι το μάσημα της μειώνει το στρες, βοηθά στον έλεγχο του βάρους, ενισχύει την αυτοσυγκέντρωση και βοηθά στην στοματική υγεία. Δεν υπάρχουν όμως πολλές επιστημονικές μελέτες καταξιωμένων ερευνητών ή ανεξάρτητων Κέντρων, στο πρόσφατο παρελθόν. Το 2008 παρουσιάστηκαν, στο 10ο Διεθνές συνέδριο της συμπεριφοριστικής Ιατρικής, τα αποτελέσματα εργασίας τα οποία υποστηρίζουν ότι το μάσημα της τσίχλας διώχνει το στρες και παρέχει και άλλα οφέλη. Η έρευνα έγινε σε Αυστραλούς εθελοντές οι οποίοι μετά το μάσημα της τσίχλας εμφάνισαν μειωμένα επίπεδα σιαλικής κορτιζόλης κατά 16% όταν το στρες ήταν μέτριο και 12% όταν ήταν έντονο. Στην ίδια έρευνα υποστηρίζεται ότι οι «τσιχλομασητές» επέδειξαν μεγαλύτερη ετοιμότητα και βελτιωμένη δημιουργικότητα σε πολυεπίπεδες δραστηριότητες. Αντίθετα σε μελέτη από το SouthWestern Medical Center στο Dallas υποστηρίζεται ότι έντονο μάσημα τσίχλας για αρκετό (;) χρόνο οδηγεί πιθανόν σε προβλήματα της κροταφογναθικής διάρθρωσης που είναι καταπόνηση των μασητηρίων μυών, σπασμός και πόνος. Σε σοβαρές περιπτώσεις μπορεί να οδηγήσει σε δυσλειτουργία της άρθρωσης και πρόκληση ισχυρών πονοκεφάλων, πόνο στον αυχένα και δυσκολία στην κατάσπαση της γνάθου.

Η American Dental Association συνιστά μόνον τσίχλες χωρίς ζάχαρη ή με υποκατάστατα ζάχαρης. Διεθνώς όμως οι τσίχλες με ζάχαρη χρησιμοποιούνται κατά κόρον και ενοχοποιούνται για τη συμμετοχή τους στην δημιουργία οδοντικής τερηδόνας. Μειονέκτημα είναι το γεγονός ότι επειδή θεωρείται ότι βοηθά στην απομάκρυνση των εναποθέσεων από τα δόντια, χρησιμοποιείται από πολλούς ως κακό υποκατάστατο του βουρτσίσματος και του flossing των δοντιών. Κίνδυνος υπάρχει για αιφνίδια κατάποση, όταν χρησιμοποιείται από μικρά παιδιά. Το μάσημα της τσίχλας είναι πιθανόν αποδεκτή ως περιστασιακή αλλά όχι ως μόνιμη συνήθεια.

ΑΝΤΙ ΕΠΙΛΟΓΟΥ: Η ΣΤΟΜΑΤΙΚΗ ΚΟΙΛΟΤΗΤΑ ΚΑΙ Η «ΣΥΜΒΟΛΗ» ΤΗΣ ΣΤΟ ΣΤΡΕΣ

Η στοματική κοιλότητα συνιστά ένα «όργανο» που αποδίδει πολυσύνθετες φυσιολογικές, ψυχολογικές και κοινωνικές λειτουργίες καθοριστικές για την ανθρώπινη υπόσταση. Επιπλέον αντιπροσωπεύει την είσοδο στα βαθύτερα στρώματα της ανθρώπινης προσωπικότητας, εκεί που «κατοικοεδρεύει» το πνεύμα και απ' όπου εκπέμπεται ο λόγος. Εκείνο που αναρωτιέται κανείς είναι αν υπάρχουν αρχέγονα αισθήματα που εστιάζονται στο στόμα και στα δόντια. Υπάρχει ένα θέμα, ίσως όχι τόσο σημαντικό, που δεν έχει διερευνηθεί αρκετά ή οι πιθανές σχετικές αναφορές δεν μας είναι προσιτές. Η θέα ενός ανοικτού στόματος, ανθρώπου ή ζώου, όχι μόνον στην πραγματικότητα αλλά και στην έντυπη εικόνα ή στην τηλεόραση, μας είναι απωθητική έως ανατριχιαστική. Η αποστροφή έχει να κάνει με το μέγεθος και το βάθος αυτού καθ' αυτού του στόματος και με το μέγεθος και το σχήμα των δοντιών. Γνωρίζουμε την ύπαρξη του, έχουμε συνηθίσει να το «υπομένουμε» όταν είναι κλειστό αλλά όταν ανοίγει, μας είναι άγνωστο και απρόβλεπτο. Όλα αυτά τα διαφορετικά ανατομικά στοιχεία που συνυπάρχουν γύρω από **«μια μεγάλη τρύπα που κατακερματίζει, καταπίνει και εξαφανίζει»** συνιστούν απειλή. Το είδος και το μέγεθος της απειλής ποικίλλει και είναι δυνατό να κάνει κάποιος πολλές υποθέσεις και μεταφορές όπως π.χ. μύλος-λειοτρίβηση, γκρεμός-καταστροφή, κενό-απώλεια, τάφος-θάνατος.

Το στόμα καθώς και τα επί μέρους στοιχεία που το απαρτίζουν υπόκεινται στους νόμους της φθοράς και ως «ζώντα» βιολογικά στοιχεία νοσούν. Η βλάβη, η νόσος, ή απλώς ο πόνος απαιτούν έλεγχο ή αποκατάσταση ή θεραπεία, πράγμα που σημαίνει οδοντιατρική παρέμβαση. Η οδοντιατρική παρέμβαση δημιουργεί στρες και ανακαλεί συνήθως στους ανθρώπους εικόνες πόνου ή σοβαρής ενόχλησης.

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

Η σύνδεση μεταξύ πόνου, φόβου και οδοντιατρικής έχει ιστορικά πολύ βαθιές ρίζες. Το άγχος και ο φόβος για τον οδοντογιατρό έχουν ενοχοποιηθεί από παλιά ως εμπόδιο για την παροχή ομαλής στοματικής φροντίδας και σαν σημαντικό πρόβλημα στην οδοντιατρική πράξη. Τέτοια παραδοσιακά πρότυπα δεν αλλάζουν εύκολα σε μια κοινωνία, παρά τη συνεχή εξέλιξη της οδοντιατρικής επιστήμης με περισσότερο εξελιγμένες, τεχνικά και φαρμακολογικά, θεραπείες. Παρά τις θετικές αυτές εξελίξεις η αναλογία των ατόμων που αναφέρουν,

BHMA 85_BHMA 74 02/05/2012 11:45 π.μ. Page 26

στρες σε σχέση με την οδοντιατρική θεραπεία, έχει παραμείνει περίπου στα ίδια επίπεδα τις τελευταίες δεκαετίες.

Το ποσοστό των ατόμων με οδοντιατρικό φόβο στον πληθυσμό έχει ερευνηθεί σε πολλές διαφορετικές χώρες, σε όλο τον κόσμο. Έχει υποστηριχθεί ότι ο φόβος του οδοντογιατρού βρίσκεται 4ος στη σειρά των πλέον συνηθισμένων φόβων και μέσα στους δέκα που συμβαίνουν συχνότερα. Συγκεκριμένα, σε δείγμα ατόμων στις ΗΠΑ, η επίσκεψη στον οδοντίατρο κατείχε την 4η σειρά στην αξιολόγηση των έντονων φόβων μετά τα φίδια, το ύψος και τις καταιγίδες, ενώ ακολουθούσαν το αεροπορικό ταξίδι, η κλειστοφοβία κ.ά. Παρόμοια έρευνα έδειξε ότι ανάμεσα σε κοινούς φόβους, τα ύψη, οι τραυματισμοί και ο φόβος του οδοντιάτρου κατατάχθηκαν σε πρώτη, δεύτερη και τρίτη σειρά αντίστοιχα. Επιπλέον προέκυψε ότι άτομα με ένα ή περισσότερους κοινούς φόβους ήταν πιθανότερο να αναφέρουν υψηλά επίπεδα οδοντιατρικού φόβου.

Εάν κανείς μελετήσει τις έρευνες που αφορούν τη συχνότητα του εντονότατου οδοντιατρικού φόβου, σε πληθυσμό ενηλίκων σε διαφορετικές χώρες, ανακαλύπτει μάλλον συγκρίσιμα αποτελέσματα, παρά τις διαφορές που προαναφέρθηκαν στις μεθόδους. Τα ευρήματα δείχνουν ότι η ένταση του στρες που βιώνει ένα άτομο έχει σχέση και με τη προσωπικότητα του, τη γνώση ή και την προηγούμενη του εμπειρία από θεραπευτική οδοντιατρική διαδικασία.

Βιβλιογραφικές πηγές

Βύρων Δρούκας. Λειτουργία και δυσλειτουργία του στοματογναθικού Συστήματος. Επιστ. Εκδόσεις Παρισιάνου. Αθήνα 2008

Adam KE, Kumari M. Assessing salivary cortisol in large-scale, epidemiological research. Psychoneuroendocrinology 2009; 34:1423-1436.

Auerbach SM. Stress management and coping research in the health care setting: an overview and methodological commentary. J Consult Clin Psychol 1989; 57(3):388-95.

Chrousos GP. Stress and disorders of the stress system. Nat Rev Endocrinol 2009; 5(7): 374-81.

Chrousos GP. Stressors, stress, and neuroendocrine integration of the adaptive response. The 1997 Hans Selye Memorial Lecture. Ann N Y Acad Sci 1998; 851:311-35.

Cohen S, Kamarck T, Mermelstein R. A global measure of perceived stress. J Health Soc Behav 1983; 24:385-396.

Cohen S, Kessler R, Gordon UL. Measuring stress. Oxford University Press, New York, 1997.

Cooper CL, Dewe PJ. A Brief History of Stress. Wiley-Blackwell, 2004.

Feder A, Nestler EJ, Charney DS. Psychobiology and molecular genetics of resilience. Nat Rev Neurosci 2009; 10(6):446-57.

Goldstein DS. Clinical assessment of sympathetic responses to stress. Ann N Y Acad Sci 1995; 29(771):570-93.

Goldstein DS, Kopin IJ. Adrenomedullary, adrenocortical, and sympathoneural responses to stressors: a meta-analysis. Endocr Regul 2008; 42:111–119.

Gunnar MR, Talge NM, Herrera A. Stressor paradigms in developmental studies: what does and does not work to produce mean increases in salivary cortisol. Psychoneuroendocrinology 2009; 34(7):953-67.

Holmes TH, Rahe RH. The social readjustment rating scale. J Psychosom Res 1967; 11: 213-218.

Horowitz MJ, Wilner N, Alvarez W. Impact of event scale: A measure of subjective distress. Psychosom Med 1979; 41:209-218.

Kamarck TW, Lovallo WR. Cardiovascular reactivity to psychological challenge: conceptual and measurement considerations. Psychosom Med 2003; 65(1):9-21.

Kanner AD, Coyne JC, Schaefer C, Lazarus RS. Comparison of two modes of stress measurement: Daily hassles and uplifts versus major life events. J Behav Med 1981; 4: 1-39.

Karasek R. Job Content Questionnaire and user's guide. Lowell, MA: University of Massachusetts, 1985.

Korte SM, Koolhaas JM, Wingfield JC, McEwen BS. The Darwinian concept of stress: benefits of allostasis and costs of allostatic load and the trade-offs in health and disease. Neurosci Biobehav Rev. 2005; 29(1):3-38.

Kudielka BM, Hellhammer DH, Wüst S. Why do we respond so differently? Reviewing determinants of human salivary cortisol responses to challenge. Psychoneuroendocrinology 2009; 34(1):2-18.

Lazarus RS, Folkman S. Stress, appraisal and coping. New York: Springer, 1984

McEwen BS, Gianaros PJ. Central role of the brain in stress and adaptation: links to socioeconomic status, health, and disease. Ann N Y Acad Sci 2010; 1186:190-222.

Moos RH, Moos BS. Family Environment Scale manual. Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press, 1981.

Nater UM, Rohleder N. Salivary alpha-amylase as a non-invasive biomarker for the sympathetic nervous system: current state of research. Psychoneuroendocrinology 2009; 34(4):486-96.

Peacock EJ, Wong PTP. The Stress Appraisal Measure (SAM): A multidimensional approach to cognitive appraisal. Stress Medicine 1990; 6:227-236.

Peruzzo DC, Benatti BB, Ambrosano GMB, Nogueira-Filho GR, Sallum EA, Casati MZ, Nociti FH. A systematic review of stress and psychological factors as possible risk factors for periodontal disease. Am Acad Periodontology 2007; 78(8):1491-1504.

Piazza JR, Almeida DM, Dmitrieva NO, Klein LC. Frontiers in the use of biomarkers of health in research on stress and aging. J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci 2010; 65(5):513-25.

Rosch PJ. Remininscences of Hans Seyle and the birth of 'stress'. Stress Medicine 1998; 14:1-6

Selye H. The general adaptation syndrome and the diseases of adaptation. J Clin Endocrinol 1946; 6:117.

Smolen RC, Spiegel DA, Bakker-Rabdau MK, Bakker CB, Martin C. A situational analysis of the relationship between spouse-specific assertiveness and marital adjustment. J Psychopathol Behav 1985; 7:397-410.

Ulrich-Lai YM, Herman JP. Neural regulation of endocrine and autonomic stress responses. Nat Rev Neurosci 2009; 10(6):397-409.

Varvogli L, Darviri C. Stress Management Techniques: evidence-based procedures that reduce stress and promote health. JHS 2011; 5(2):74-89

Vitetta L, Anton B, Cortizo F, Sali A. Mind-body medicine: stress and its impact on overall health and longevity. Ann N Y Acad Sci 2005; 1057:492-505.

ITI International Team for Implantology

ITI
Πανελλήνιο Συνέδριο
Αθήνα
29-30 Σεπτεμβρίου
2012

Implants in Daily Practice: Today and Tomorrow

ΘΕΜΑΤΟΛΟΓΙΑ
- Οστικά Μοσχεύματα
- Διαχείριση Πολύπλοκων Ιστικών Ελλειμμάτων
- Αναδυόμενες Προοπτικές στην Οδοντική Εμφυτευματολογία
- Αξιολόγηση Αισθητικού Κινδύνου
- Αξιολόγηση Δυσκολίας Ανάπλασης
- Χειρουργικές Επιπλοκές
- Προσθετικές Επιπλοκές

ΕΠΙΤΡΟΠΗ ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΟΥ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΟΣ
Dr. Νικήτας Συκαράς (Πρόεδρος)
Dr. Σοφοκλής Βογιαζής
Dr. Ιωάννης Φουρμούζης
Dr. Γεώργιος Βήλος

ΔΙΕΘΝΕΙΣ ΟΜΙΛΗΤΕΣ
Prof. Dr. James Ruskin
Dr. William Martin

ΕΛΛΗΝΕΣ ΟΜΙΛΗΤΕΣ
Dr. Γεώργιος Βήλος
Dr. Ιωάννης Καρούσης
Prof. Dr. Φοίβος Μαδιανός
Dr. Δημήτριος Νικολιδάκης

ΣΥΝΕΔΡΙΑΚΟΣ ΧΩΡΟΣ
Στο Μέγαρο Διεθνές Συνεδριακό Κέντρο Αθηνών

Επωφεληθείτε του μειωμένου κόστους εγγραφής δηλώνοντας συμμετοχή πριν την 1η Ιουνίου, 2012!
www.iti.org/congressgreece

ITI International Team for Implantology, Peter-Merian-Weg 10, 4052 Basel (Switzerland)

BHMA 85_BHMA 74 02/05/2012 11:45 π.μ. Page 27

«Οταν το Εθνος ευρίσκεται εις κόμματα»...

Του **Παντελή Μπουκάλα**

Η ιστορία διδάσκει. Ετσι μας έμαθαν απ' το δημοτικό. Κι έτσι αρχίσαμε κι εμείς από μια στιγμή κι έπειτα να λέμε στους μικρότερους, με τεντωμένο το δάχτυλο της αυθεντίας. Και όντως διδάσκει η ιστορία. Αλλά υπό μία αυστηρή προϋπόθεση: ότι την ξέρουμε ή τέλος πάντων ότι προσπαθούμε να τη μάθουμε, να μάθουμε κάποια από τα αναρίθμητα κεφάλαιά της, όσα κατ' εξοχήν μάς αφορούν. Και, δεύτερη προϋπόθεση, ότι στην προσπάθειά μας να μάθουμε την ιστορία (μας), αποκλείουμε τίμια και εξαρχής το στρογγύλεμα εκείνο που θα βόλευε τις εθνικές μας φαντασιώσεις· ότι πετάμε τις παρωπίδες, ώστε να μπορέσουμε να δούμε και να αναγνωρίσουμε πράγματα και όχι ινδάλματα, ανθρώπους και όχι ημιθέους.

Και αφού συνηθίζουμε να λέμε, τάχα σολωμιστές φανατικοί, ότι εθνικό είναι το αληθές, δεν θα 'λεγε την αλήθεια κανείς αν ισχυριζόταν (όπως αναρίθμητοι πάντως ισχυρίζονται, επώνυμοι, επίσημοι, αρμόδιοι) ότι την ιστορία μας, την ιστορία της Ελλάδας και των Ελλήνων, τη διδασκόμαστε (και, με τη σειρά μας, τη διδάσκουμε) ακέραιη και όχι νοθευμένη από την ιδεολογική της χρήση και κατάχρηση, όχι προκρούστεια προσαρμοσμένη σε μοντέλα εξιδανικευτικά και αυτοδικαιωτικά. Και φτάνουμε έτσι στο μεσοστράτι της ζωής μας ή και στα γεράματα συνεχίζοντας να υποστηρίζουμε σαν αναμφίλεκτη αλήθεια τους αυτοεγκωμιαστικούς θρύλους και τα ανιστόρητα σχήματα με τα οποία μας εφοδίασε η επίσημη, καθαρισμένη ιστορία, πρώτο μέλημα της οποίας δεν είναι η συλλογική αυτογνωσία, όσο πικρή, αλλά η καλλιέργεια του εθνικού ναρκισσισμού. Και καταντούμε έτσι ευεπίφοροι στην υιοθέτηση οποιουδήποτε νεόκοπου αστικού μύθου υπηρετεί τη βαυκαλιστική εθνική μας φιλαυτία, ακόμα κι αν συγκρούεται κατάφωρα με την απτή πραγματικότητα.

Αν λοιπόν η ιστορία δίδασκε, κι αν τα μαθήματά της γίνονταν οδηγός ατομικού και κοινωνικού βίου, δεν μπορεί, κάποια στιγμή θα αποφασίζαμε ν' αλλάξουμε στάση σε δυο-τρία ζητήματα κρίσιμα για την πορεία του «εθνικού σκάφους». Να ξαναδούμε λ.χ. αν μας τιμά το ότι επιτρέπουμε να υφίσταται κακοήθη εξαλλαγή η έννοια του πολίτη, ο οποίος υποβιβάζεται σε πελάτη. Σε πελάτη του κράτους, ή μάλλον των κομμάτων εξουσίας με τα οποία ταυτίζεται το κράτος ήδη από τη σύστασή του. Σίγουρα μπορεί κανείς να επικαλεστεί τις πιεστικές ανάγκες που τον υποχρεώνουν να ζει διπλή ζωή, μία στη φαντασία του (όπου υπάρχει ελεύθερος) και μία στην καθημερινότητά του, όπου, για να ξεπεράσει τα βιοτικά προβλήματα ή για να ζήσει παρασιτικά, εις βάρος του συνόλου, καταντάει κόλακας των ισχυρών και εθελόδουλος υπηρέτης τους - ένας πελάτης απολύτως εξαρτημένος, με νόμισμά του την ψήφο του, ατομική ή οικογενειακή. Αλλά ήδη αυτή η εξαλλοίωση του χαρακτήρα της ψήφου, που από εικόνα ελεύθερου φρονήματος μετατρέπεται σε πιστοποιητικό υποταγής στους κομματάρχες, διαβρώνει το ίδιο το πολίτευμα, αφού καθιστά τους πολίτες εκούσιους ή εξαναγκασμένους ομήρους των κομμάτων, τα οποία γεύονται το κράτος σαν λάφυρό τους. Για ποια δημοκρατία μπορούμε να μιλήσουμε έπειτα; Και πόσο σοβαρές μπορούμε να θεωρήσουμε τις τωρινές διαβεβαιώσεις των συγκυβερνώντων κομμάτων ότι έφτασε ο καιρός να καταλυθεί το πελατειακό σύστημα, αυτή η ακένωτη πηγή διαφθοράς και ανομίας;

Σημείωσα λίγο παραπάνω ότι το νεοελληνικό κράτος συγκροτήθηκε ως δέσμιο των κομμάτων, είχε δηλαδή εξαρχής μειωμένη εσωτερική ελευθερία (για την «εξωτερική», ως προς τους συμμάχους, αρκεί να θυμηθούμε πώς βαφτίζονταν τα κόμματα, «γαλλικό», «αγγλικό» ή «ρωσικό»). Αυτή η κατάρα, να είναι το κράτος λεία του εκάστοτε κυβερνώντος κόμματος που πετάει κοψίδια στους δικούς του, δεν έπαψε ποτέ να βαραίνει τον τόπο, καθηλώνοντάς τον στην αδικία, τη διαφθορά, την ανισότητα, την ανελευθερία. Ενα επεισόδιο από τα χρόνια της Επανάστασης, σε μια περίσταση όντως δραματική, θα είχε πολλά να πει αν η ιστορία δίδασκε πράγματι. Χειμώνας του 1826. Βόλια και τρόφιμα σπανίζουν στο πολιορκούμενο Μεσολόγγι. Συγκροτείται επιτροπή για να μεταβεί στο Ναύπλιο, να ζητήσει βοήθεια. Αλλα «κατά δυστυχίαν», γράφει στα Απομνημονεύματά του ο Χειμαριώτης αγωνιστής Σπυρομίλιος, «είχε προκηρυχθή να συγκροτηθή Εθνική Συνέλευσις, και εις αυτόν τον καιρόν ενεργούνται όλαι αι σκευωρίαι και αι ραδιουργίαι διά τας εκλογάς των πληρεξουσίων και των κομμάτων· άρα ήτον εις τον μεγαλύτερον βρασμόν αι φατρίαι. Και ημείς, όντες σχεδόν ένα χρόνον εις το Μεσολόγγιον, όπου δεν εσπουδάζαμε άλλο [...] από τον πόλεμον· όπου δεν ωμιλούσαμε δι' άλλο ειμή διά κανονοστάσια, περιτειχίσματα και τάφρους· όπου δεν ηκούομεν άλλο παρά κρότους κανονίων και τουφεκίων και εκρήξεις βομβών και οβουζοβόλων, ήμεθα ως νήπια εις αυτό το νέον στάδιον». Διότι, συνεχίζει, «ούτε Κωλεττίσται ήμεθα, ούτε Μαυροκορδατίσται, ούτε και καμίας άλλης φατρίας, ειμή Ελληνες πατριώται». Αυτό ήταν το μέγα λάθος τους: Γιατί «όταν το Εθνος ευρίσκεται εις κόμματα, η αδιαφορία δεν προξενεί καλόν, αλλά μάλιστα βλάβην· και ιδού πραγματικώς τι μετά ημέρας εσυνέβη ημών των ιδίων· αφ' ου επληροφορήθησαν τω όντι ότι δεν εμελετούσαμε να ενισχύσωμεν κανέν κόμμα, αδιαφόρεσαν όλα τα κόμματα απ' ημάς, και εν ω τους ωμιλούσαμε διά το Μεσολόγγιον, όλοι έλεγον το "ναι, έχετε δίκαιον", αλλά δεν εσύμπραττον υπέρ αυτού με ζήλον· εν ω αν είχομεν εγκολπωθή εν κόμμα, με τον ψήφον του Μεσολογγίου ενισχύετο, και επομένως αυτό το κόμμα ήθελε ήτο ο προστάτης του Μεσολογγίου».

Κι ενώ το Μεσολόγγι το έζωνε ο θάνατος, στο Ναύπλιο οι κομματάνθρωποι συνέχισαν να «αισχροκερδίζουν» εις βάρος του και να σπαταλούν το Δάνειο με την Αγγλία. Για να κατανοήσει έτσι ο Σπυρομίλιος ό,τι έχουν καταλάβει γενιές και γενιές: πόσο ψέμα υπάρχει κάτω από την πατριδοκάπηλη ρητορική: «Τότε εκαταλάβαμε ότι δεν είχομεν όλοι τον αυτόν σκοπόν, την σωτηρίαν της Πατρίδος δηλαδή, ότι δεν εθωρούσαμε όλοι τα πράγματα με το αυτόν όμμα· ούτως αρχίσαμε ν' απελπιζώμεθα διά το Μεσολόγγιον [...]· ελυπούμεθα λοιπόν διότι έλειπεν το καθαρόν πνεύμα του πατριωτισμού». Τίποτα παλιό. Και τίποτα καινούργιο.

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

“Αν λοιπόν η ιστορία δίδασκε, κι αν τα μαθήματά της γίνονταν οδηγός ατομικού και κοινωνικού βίου, δεν μπορεί, κάποια στιγμή θα αποφασίζαμε ν' αλλάξουμε στάση σε δυο-τρία ζητήματα κρίσιμα για την πορεία του «εθνικού σκάφους». Να ξαναδούμε λ.χ. αν μας τιμά το ότι επιτρέπουμε να υφίσταται κακοήθη εξαλλαγή η έννοια του πολίτη, ο οποίος υποβιβάζεται σε πελάτη. Σε πελάτη του κράτους, ή μάλλον των κομμάτων εξουσίας με τα οποία ταυτίζεται το κράτος ήδη από τη σύστασή του. Σίγουρα μπορεί κανείς να επικαλεστεί τις πιεστικές ανάγκες που τον υποχρεώνουν να ζει διπλή ζωή, μία στη φαντασία του (όπου υπάρχει ελεύθερος) και μία στην καθημερινότητά του, όπου, για να ξεπεράσει τα βιοτικά προβλήματα ή για να ζήσει παρασιτικά, εις βάρος του συνόλου, καταντάει κόλακας των ισχυρών και εθελόδουλος υπηρέτης τους - ένας πελάτης απολύτως εξαρτημένος, με νόμισμά του την ψήφο του, ατομική ή οικογενειακή.”

9ο Διεθνές Συνέδριο της Ελληνικής Ακαδημίας Αισθητικής Οδοντιατρικής 11-12 Μαΐου 2012 στο Ξενοδοχείο HYATT REGENCY, στη Θεσσαλονίκη

Το Ετήσιο Συνέδριο της ΕΑΑΟ αποτελεί θεσμό στην οδοντιατρική επιμόρφωση εκατοντάδων Ελλήνων και ξένων συναδέλφων που το εμπιστεύονται κάθε χρόνο. Στο φετινό συνέδριο φημισμένοι προσκεκλημένοι ομιλητές τόσο από την Ελλάδα όσο και από το εξωτερικό (Ιταλία, Αμερική, Ελβετία, Γερμανία, Βενεζουέλα) θα μεταφέρουν αμερόληπτα και υπεύθυνα στο ακροατήριο τις σύγχρονες γνώσεις και κλινική εμπειρία τους, στους τομείς των άμεσων και έμμεσων αποκαταστάσεων από σύνθετη ρητίνη, των ολοκεραμικών αποκαταστάσεων, της συγκόλλησης, της ενδοδοντικής θεραπείας ελάχιστης παρέμβασης, των εμφυτευμάτων, των σύγχρονων απεικονιστικών τεχνικών, των μεταβατικών αποκαταστάσεων και του σχεδιασμού της θεραπείας.
Την Παρασκευή 11 Μαΐου θα πραγματοποιηθούν μόνο πρακτικά σεμινάρια. Το θεωρητικό μέρος του συνεδρίου θα πραγματοποιηθεί το Σάββατο 12 Μαΐου. Η τιμή προεγγραφής μέχρι 4 Μαΐου είναι 70 Ευρώ. Για περισσότερες πληροφορίες μπορείτε να επικοινωνείτε στο τηλέφωνο της ΕΑΑΟ: 2310 277 088. Αναλυτικό πρόγραμμα στην ιστοσελίδα : www.eaao.gr

BHMA 85_BHMA 74 02/05/2012 11:45 π.μ. Page 28

Στην Κω το 26ο Πανελλήνιο Συνέδριο της Ε.Ε.Σ.Γ.Χ.

Το 26ο Πανελλήνιο Συνέδριο της Ελληνικής Εταιρείας Στοματικής και Γναθοπροσωπικής Χειρουργικής θα πραγματοποιηθεί 1-3 Ιουνίου στην Κω, στο συνεδριακό κέντρο Κυπριώτης. Το Συνέδριο είναι συνδεδεμένο με τη 2η συνάντηση HITAOMS (Ελληνική, Ισραηλινή και Τουρκική Εταιρεία Στοματικής και Γναθοπροσωπικής Χειρουργικής).

Το συνέδριο θα διεξαχθεί στα αγγλικά με Έλληνες και ξένους ομιλητές, **ενώ το Σάββατο θα υπάρξει στα Ελληνικά ένα επιπλέον ξεχωριστό κατευθυνόμενο πρόγραμμα που θα απευθύνεται στους Έλληνες οδοντιάτρους** με ειδική τιμή συμμετοχής τα 50 ευρώ.

Τα θέματα που θα αναπτυχθούν είναι άκρως ενδιαφέροντα, προσαρμοσμένα στις απαιτήσεις των καιρών, ενώ οι σύνεδροι θα έχουν την ευκαιρία να ενημερωθούν για όλες τις τελευταίες εξελίξεις πάνω στον τομέα της γναθοπροσωπικής χειρουργικής από εξειδικευμένους ομιλητές, αλλά και να περάσουν ένα απολαυστικό τριήμερο στην πανέμορφη Κω. Στο επιστημονικό πρόγραμμα συμμετέχουν ομιλητές με παγκόσμια ακτινοβολία στην διεθνή βιβλιογραφία, όπως ο **Alexander Schramm από την Γερμανία, ο Oded Nahlieli και η Dorrit Nitzan από το Ισραήλ, ο Constantinos Laskarides από της ΗΠΑ και ο George Dimitroulis από την Αυστραλία.**

Οι εγγραφές θα ξεκινήσουν στις 9:00 το πρωί της Παρασκευής, 1 Ιουνίου και από της 10:00 μέχρι τις 12:00 θα υπάρξουν ελεύθερες ανακοινώσεις. Μετά από το διάλειμμα του καφέ, από τις 12:30 μέχρι τις 14:00, οι σύνεδροι θα παρακολουθήσουν την συνεδρία με θέμα «**Orthognathic-Cosmetic OMFS**». Ομιλητές θα είναι οι Anastassios I. Mylonas (Greece: Hippocrates and Oral & Maxillofacial Surgery), Nicolaos Lazarides (Greece: The history of orthognathic surgery), George Panos (Greece: Long term outcomes of orthognathic surgery) και ο Constantinos Laskarides (USA: Chairside cosmetic procedures under local anesthesia).

Θα ακολουθήσει ελαφρύ γεύμα, ενώ από τις 15:00 μέχρι τις 17:00 θα πραγματοποιηθούν οι υπόλοιπες ελεύθερες ανακοινώσεις.

Το απόγευμα στις 18:00 θα γίνει η τελετή έναρξης του 26ου Πανελλήνιου Συνεδρίου και θα ακολουθήσει η ορκωμοσία στον Ιπποκράτειο Όρκο στο Ασκληπιείο της Κω.

Το Σάββατο, 2 Ιουνίου, θα παρουσιαστούν τρία πολύ ενδιαφέροντα θέματα. Το πρώτο (09:00-

11:00) θα αφορά τη **TMJ**. Το θέμα αυτό θα αναλύσουν οι εξής προσκεκλημένοι ομιλητές: Dorrit Nitzan (Israel: The pathogenesis of internal derangement and its effect on our treatment approach και TMJ Osteoarthritis: Diagnosis, risk factors, pathogenesis, supported by two new animal models) και ο George Dimitroulis (Australia: TMJ Disorders - when do you operate? και Journals articles - fact or fiction?).

Στη συνέχεια θα αναπτυχθεί το θέμα «**New technologies/ innovations in OMFS**» από τους Alexander Schramm (Germany: Computer assisted Oral & Maxillofacial Surgery),
Cem Sener (Turkey: Advancement in dental implants: What's coming next?),
Adi Rachmiel (Israel: Distraction versus orthognathic surgery for cleft maxilla) και
Oded Nahlieli (Israel: Endoscopy of the salivary glands and other usages of the endoscopic technique).

Μετά το διάλειμμα για ελαφρύ γεύμα θα ακολουθήσει το θέμα «**Cancer-Rehabilitation**». Θα το παρουσιάσουν οι Nick Pigadas (UK: Free flaps based rehabilitation in Head and Neck surgery), Nikos Papadogeorgakis (Greece: Craniomaxillofacial approaches to scull base tumors), Christos Perisanidis (Austria: Microvascular reconstruction of the mandible) και ο Costas Antoniades (Greece: Oral cancer prognostics).

Η Κυριακή 3 Ιουνίου τρίτη και τελευταία ημέρα του συνεδρίου θα ξεκινήσει με το θέμα «**Paediatric OMFS/Biphosphonates**». Ομιλητές θα είναι οι Ioannis Iatrou (Greece: Paediatric oral & maxillofacial surgery in Greece), Mustafa Sancar Ataç (Turkey: Tissue management in secondary cleft lip and palate patients) και Ferda Tasar (Turkey: Current concepts in management of BRONJ). Μετά το σύντομο διάλειμμα, το συνέ-

kuraray

Κερδίστε χρόνο-
Κάντε τη συγκόλληση με ένα βήμα!

Clearfil S3 Bond

- Αυτοαδροποιούμενο μονοφασικό σύστημα συγκόλλησης με υψηλό δεσμό αντοχής.
- Δεν επηρεάζεται από την τεχνική τοποθέτησης: δεν απαιτείται ανάμιξη, ανακίνηση ή πολύπλοκη διαδικασία εφαρμογής.
- Σύσταση προϊόντος με βάση νερό/αιθανόλη.
- Παρεμποδίζει την εμφάνιση της μετεμφρακτικής ευαισθησίας.
- Η μοναδική Τεχνολογία της Μοριακής Διασποράς εμποδίζει το διαχωρισμό των φάσεων του διαλύματος.

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

BHMA 85_BHMA 74 02/05/2012 11:45 π.μ. Page 29

δριο θα ολοκληρωθεί με το θέμα «**Implantology**», το οποίο θα αναπτύξουν οι Hadar Better (Israel: Maxillent: minimally invasive sinus lift implant device - a multi-center safety and efficacy trial),
Nur Mollaoglu (Turkey: Use of platelet rich fibrin (PRF) in implant surgery),Zvi Laster (Israel: Surgical solutions to complicated cases in implantology) και Gabi Chaushu (Israel: Atrophic alveolar ridge augmentation by cancellous bone-block allograft).

Σάββατο, 2 Ιουνίου, το ειδικό κατευθυνόμενο πρόγραμμα για Έλληνες οδοντιάτρους

Το αποκλειστικό αυτό πρόγραμμα για Έλληνες οδοντιάτρους θα είναι στην ελληνική γλώσσα. Η τιμή συμμετοχής θα είναι 50 ευρώ, οι εγγραφές θα γίνουν το πρωί (8.30-9.00). και θα ακολουθήσουν εικοσάλεπτες εισηγήσεις με σύγχρονα θέματα που αφορούν την καθημερινότητα στο οδοντιατρείο.

Από τις 9.00-11.30 θα παρουσιαθούν οι ακόλουθες εισηγήσεις: «Διφωσφωνικά. **Φάρμακα που επηρεάζουν την καθημερινή οδοντιατρική πράξη**» από τον Φώτη Τζέρμπο, «**Οστεομυελίτιδες-Σύγχρονες απόψεις**» από τον Στέλιο Δαλαμπίρα, «**Mini implants: μια εναλλακτική λύση για τη δυσανεξία στις ολικές οδοντοστοιχίες**» από τον Ιωάννη Τηλαβερίδη, «**Ενδείξεις χειρουργικής αφαίρεσης εγκλείστων δοντιών. Επιπλοκές-αντιμετώπιση**» από τον Βασίλειο Πετσίνη , «**Διαφορική διάγνωση προσωπαλγιών. Ο ρόλος του οδοντίατρου**» από τον Νικόλαο Κολόμβο, «**Απαραίτητα φάρμακα και εξοπλισμός στο Οδοντιατρείο**» από τη Νάντια Λυγιδάκη και «**Μικρές επεμβάσεις στα παιδιά**» από τον Ιωάννη Αετόπουλο.

Μετά το διάλειμμα μισής ώρας για καφέ, τη σκυτάλη θα πάρουν από τις 12:00-13:30 οι: Γιώργος Κολούτσος με την εισήγηση «**Διαχείριση ατροφικής κάτω γνάθου στην εμφυτευματολογία**», Μαρία Λαζαρίδου για τη «**Διαχείριση της εγκύου ασθενούς στο Οδοντιατρείο**», Λάμπρος Γκουτζάνης για την «**Οδοντογενή ιγμορείτιδα-ξένα σώματα στο ιγμόρειο**» και ο Παναγιώτης Κανάκης με την εισήγηση «**Συστηματικά νοσήματα και οδοντιατρικός ασθενής**».

Μετά το ελαφρύ γεύμα που θα προσφερθεί, την ημέρα θα κλείσουν οι εισηγήσεις των Κώστα Ψωμαδέρη για το θέμα «**Συνδυασμός εμφυτεύματος και οστικού μοσχεύματος. Πότε και Που**», Βασίλη Αντωνιάδη για τη «**Διαχείριση Ογκολογικού ασθενή. Πριν και μετά τη θεραπεία**», Αναστάσιου Μυλωνά για τα «**Βασικά στοιχεία σχεδιασμού τομών, ανάπτυξης κρημνών και συρραφής**», Παναγιώτη Χριστόπουλου για το θέμα «**Οδοντογενείς λοιμώξεις. Τα όρια παρέμβασης του οδοντιάτρου**», Γιώργου Παντέλα για τα «**Σύγχρονα μέσα εγχειρητικής αιμόστασης**» και Γρηγόρη Βενέτη με την εισήγηση «**Συντηρητική και μικροεπεμβατική διαχείριση καθημερινών προβλημάτων της ΚΓΔ**».

Περισσότερες πληροφορίες για το ελληνικό πρόγραμμα μπορείτε να ζητάτε στις ηλεκτρονικές σελίδες www.HITAOMS2012.org, www.haoms.org και στο τηλέφωνο 2310 999651 ή με e-mail στο voula@dent.auth.gr.

Πραγματικά αξίζει να επισκεφτείτε το 26ο Πανελλήνιο Συνέδριο της Ελληνικής Εταιρείας Στοματικής και Γναθοπροσωπικής Χειρουργικής, και για τη θεματολογία του και την αναγνωρισμένη εγκυρότητα των ομιλητών, αλλά και φυσικά για να χαρείτε ένα όμορφο τριήμερο σε ένα από τα ωραιότερα νησιά των Δωδεκανήσων.

Νέο Διοικητικό Συμβούλιο της Ε.Π.Ο.Ε. για την τριετία 2012-2015

Στα γραφεία της Εταιρίας Προληπτικής Οδοντιατρικής Ελλάδας (Ε.Π.Ο.Ε), Μόδη 3 Θεσσαλονίκη, πραγματοποιήθηκαν στις 19-2-2012 ημέρα Κυριακή, οι αρχαιρεσίες για την ανάδειξη του νέου Διοικητικού Συμβουλίου για την τριετία 2012-2015.

Το μέλος που συγκέντρωσε τις περισσότερες ψήφους προσκάλεσε τα επόμενα έξι πλειονοψηφήσαντα μέλη για την πρώτη τους συγκέντρωση, την Παρασκευή 23-2-2012.

Το νέο Διοικητικό Συμβούλιο της Ε.Π.Ο.Ε. συγκροτήθηκε σε σώμα με την ακόλουθη σύσταση: Πρόεδρος αναδείχτηκε ο Κάλφας Σωτήρης, αντιπρόεδρος η Τοπίτσογλου Βασιλική, γενική γραμματέας η Παντελίδου – Παπαδοπούλου Ουρανία, αναπληρ. γραμματέας ο Αρχάκης Αριστείδης, ταμίας ο Ράλλης Δημήτριος, βοηθός ταμίας η Μπόκα Βασιλική και υπεύθυνος δημοσίων σχέσεων ο Αραποστάθης Κωνσταντίνος. Αναπληρωματικό μέλος εξελέγη η Αδαμίδου Βικτωρία. Την εξελεγκτική επιτροπή Ε.Π.Ο.Ε. 2012-2015 απαρτίζουν οι Κουρτίδου Μαρία, Δαυιδοπούλου Σωτηρία και Αμούτζια Κατερίνα.

Ημερίδα Αισθητικής Οδοντιατρικής

Με απόλυτη επιτυχία κι εξαιρετικά μεγάλη συμμετοχή (120 οδοντιάτρων), πραγματοποιήθηκε στη Θεσσαλονίκη στις 3 Μαρτίου 2012, η 1η ημερίδα Αισθητικής Οδοντιατρικής, που διοργανώθηκε από το γερμανικό οίκο κατασκευής οδοντιατρικών **Heraeus** και την εταιρεία **Οδοντιατρικά Αποστολίδη**.

Θέμα της ημερίδας ήταν «Οι προκλήσεις στις αποκαταστάσεις με ρητίνες, τεχνικές ελάχιστης παρέμβασης», με εισηγήτρια την **Δρ. Κατερίνα Παπαθανασίου**. Μετά την διάλεξη, πραγματοποιήθηκαν δύο πρακτικά σεμινάρια των 19 ατόμων το καθένα, όπου οι συμμετέχοντες εξασκήθηκαν σε εκμαγεία Frasaco, σε ανασυστάσεις IVης και IIης ομάδος, καθώς και σε κλείσιμο διαστήματος και σε τεχνικές στίλβωσης ρητινών. Επίσης, οι συμμετέχοντες επωφελήθηκαν από τις ειδικές προσφορές στα προϊόντα Heraeus, που ίσχυσαν μόνο για την συγκεκριμένη εκδήλωση.

Ενοικιάζεται ή πωλείται οδοντιατρείο
Με πλήρη εξοπλισμό, κατάλληλο και για κατοικία.
Το οδοντιατρείο βρίσκεται επί της οδού Κηφισίας 72, στον τρίτο όροφο, και είναι 78 τμ, διαμπερές. Πωλούνται και ξεχωριστά τα μηχανήματα (μάρκας Galus).
Τηλέφωνα επικοινωνίας: 210 7753496 και 6945 181475.

ΒΗΜΑ 85_ΒΗΜΑ 74 02/05/2012 11:45 π.μ. Page 30

ΗΜΕΡΙΔΑ ΠΕΡΙΟΔΟΝΤΟΛΟΓΙΑΣ ΑΠΟ ΤΗΝ ΕΤΑΙΡΕΙΑ ΣΥΓΧΡΟΝΗΣ ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΙΚΗΣ

Μεμβράνες, οστικά μοσχεύματα, Laser: Σύγχρονες προκλήσεις για το γενικό οδοντίατρο. *Θέσεις και αντιπαραθέσεις*

Η Εταιρεία Σύγχρονης Οδοντιατρικής διοργανώνει την τρίτη κατά σειρά ημερίδα για την περίοδο 2011-2012. Μετά τις δύο πολύ επιτυχημένες επιστημονικές εκδηλώσεις που πραγματοποίησε το Δεκέμβριο του 2011 και το Φεβρουάριο του 2012, σειρά έχει η ημερίδα με θέμα «Μεμβράνες, οστικά μοσχεύματα, Laser: Σύγχρονες προκλήσεις για το γενικό οδοντίατρο. Θέσεις και αντιπαραθέσεις», η οποία θα γίνει το Σάββατο 26 Μαΐου στο ίδιο ξενοδοχείο με τις προηγούμενες, το Crowne Plaza, στην οδό Μιχαλακοπούλου 50, στην Αθήνα.

Γράφει η **Βίκυ Κουρλιμπίνη** δημοσιογράφος

Συντονιστής της ημερίδας θα είναι ο επίκ. καθηγητής Οδοντιατρικής του Πανεπιστημίου Αθηνών Σπύρος Σιλβέστρος, τον οποίο θα πλαισιώσουν ο περιοδοντολόγος (BSc, DDS, MBA, Ms, PHD, University of Texas, USA) Αναστάσιος Μάμαλης και η περιοδοντολόγος (DDS, MSc, MSc Laser, Πανεπιστήμιο Αθηνών – Ελλάδα, University of Vienna - Austria) Ειρήνη Ν. Γεωργίου.

Οι ομιλητές θα ασχοληθούν με την κλινικά και επιστημονικά τεκμηριωμένη αναζήτηση της αποτελεσματικότητας, του εφικτού και της επιτυχίας, καθώς και όλων αυτών των θεραπευτικών μέσων και υλικών για την επίλυση των προβλημάτων που ο σύγχρονος οδοντίατρος αντιμετωπίζει στην καθημερινή κλινική πράξη.

Πιο συγκεκριμένα, η ημερίδα θα ξεκινήσει με την ομιλία του Α. Μάμαλη για τις «Βιολογικές αρχές της κατευθυνόμενης οστικής- ιστικής ανάπλασης». Θα συνεχίσει ο Σ. Σιλβέστρος με την «Κλινική εφαρμογή της κατευθυνόμενης οστικής – ιστικής ανάπλασης. Ενδείξεις, αντενδείξεις και περιορισμοί», ενώ στο τέλος η Ε. Γεωργίου θα αναλύσει το θέμα «Οδοντιατρικά laser και θεραπεία περιοδοντίτιδας– περιεμφυτευματίτιδας. Αποτελεσματικότητα και περιορισμοί».

Εμείς συνομιλήσαμε και με τους τρεις ομιλητές, προκειμένου να λάβουμε περισσότερες πληροφορίες για την ημερίδα και τα θέματα που θα αναπτυχθούν, όπως επίσης για να μάθουμε τι νέο έχει να προσφέρει στον οδοντίατρο αυτή η ημερίδα και τι καινούργιο θα κερδίσει από την παρακολούθησή της.

Ξεκινήσαμε τη συζήτησή μας με τον πρώτο ομιλητή, τον Α. Μάμαλη.

κ. Μάμαλη, μπορείτε να μας πείτε τι το διαφορετικό θα έχει αυτή η ημερίδα σε σχέση με τις τόσες που διοργανώνονται τον τελευταίο καιρό;

Το σημαντικότερο είναι, και επιμένω σε αυτό, πως θα είναι απόλυτα τεκμηριωμένη επιστημονικά. Πιστεύω πως η επιστημονική τεκμηρίωση, παρόλο που αποτελεί προαπαιτούμενο, λείπει από πολλές ημερίδες. Θα παρουσιαστούν ακόμη πολλά νέα δεδομένα και καινούργια περιστατικά, ενώ θα γίνει και μια πολύ λεπτομερής και σαφής επεξήγηση για τις ιδιότητες των υλικών, των μεμβρανών κτλ και πως, πότε και που θα πρέπει να χρησιμοποιούνται.

Η ημερίδα θα ξεκινήσει με την ομιλία σας για τις βιολογικές αρχές της κατευθυνόμενης οστικής - ιστικής ανάπλασης. Πείτε μας λίγα λόγια για το θέμα σας.

Τα οστικά μοσχεύματα αποτελούν πλέον μια καθημερινή κλινική πρακτική σε περιπτώσεις, όπως διατήρηση της φατνιακής ακρολοφίας μετά από εξαγωγή του δοντιού, αύξηση της φατνιακής ακρολοφίας για τοποθέτηση οστεοενσωματούμενων εμφυτευμάτων, κατευθυνόμενη ιστική και οστική ανάπλαση περιοδοντικών βλαβών, ανύψωση του εδάφους του ιγμορείου για τοποθέτηση εμφυτευμάτων και αποκατάσταση οστικών βλαβών συνέπεια νεοπλασματικών νοσημάτων.

Για το γενικό οδοντίατρο η τοποθέτηση οστικού μοσχεύματος σε μετεξακτικό φατνίο με σκοπό τη διατήρηση της ακρολοφίας, προκειμένου να τοποθετηθεί προβλέψιμα οστεοενσωματούμενο εμφύτευμα, παραμένει μια πρόκληση το αποτέλεσμα της οποίας επηρεάζει καθοριστικά την έκβαση του σχεδίου θεραπείας.

Τα μοσχεύματα βάσει του τρόπου δράσης και της προέλευσής τους διακρίνονται σε αυτομοσχεύματα, αλλομοσχεύματα, ξενομοσχεύματα και αλλοπλαστικά μοσχεύματα. Εδώ θα αναλυθούν με σαφή και ξεκάθαρο τρόπο οι ιδιότητές τους, ενώ σκοπός μας είναι να καταλάβει ο οδοντίατρος που θα παρακολουθήσει την ημερίδα, τι θα πρέπει να επιλέγει κάθε φορά ανάλογα με το περιστατικό.

Στη συνέχεια απευθύναμε τις ερωτήσεις μας προς το Σ. Σιλβέστρο, ο οποίος είναι και ο συντονιστής της ημερίδας.

κ. Σιλβέστρο, εσείς περνάτε στο κλινικό κομμάτι της κατευθυνόμενης οστικής – ιστικής ανάπλασης. Θα μιλήσετε ακόμη για ενδείξεις, αντενδείξεις και περιορισμούς. Μπορείτε να μας δώσετε περισσότερες διευκρινήσεις για την ομιλία σας;

Η κατευθυνόμενη οστική–ιστική ανάπλαση αποτελεί τον απώτερο σκοπό και ιδανικό στόχο μιας επιτυχημένης περιοδοντικής θεραπείας και αναπόσπαστο κομμάτι της επιτυχημένης χειρουργικής των εμφυτευμάτων.

Η ανάπλαση σκληρών και μαλακών ιστών γύρω από τα εμφυτεύματα είναι εξαιρετικά ενδιαφέρουσα προσέγγιση της χειρουργικής των εμφυτευμάτων, καθώς κατέχει ουσιώδη ρόλο όχι μόνο σε ότι σχετίζεται με τη δυνατότητα ή μη τοποθέτησής τους, αλλά και σε οτι αφορά την αισθητική των περιεμφυτευματικών ιστών, το προφίλ ανάδυσης των εμφυτευμάτων και την μακροχρόνια διατήρησή τους. Διάφοροι τύποι οστικών μοσχευμάτων προορίζονται για την κατά το δυνατόν προβλέψιμη και πληρέστερη ανακατασκευή του ελλειπόντος οστού. Παρέχεται έτσι η δυνατότητα όχι μόνο να τοποθετηθούν εμφυτεύματα σε μια νωδή ακρολοφία, αλλά επιπλέον να έχουν σωστότερη διασπορά και καλύτερη αισθητική. Ο τομέας της αισθητικής των περιεμφυτευματικών ιστών υποστηρίζεται επιπλέον με τις χειρουργικές τεχνικές ανάπλασης μαλακών ιστών. Η επιλογή του κατάλληλου τύπου και μεγέθους μοσχεύματος μαλακών ιστών (μόσχευμα συνδετικού ιστου – ελεύθερο ουλικό μόσχευμα) είναι ουσιαστικής σημασίας όταν κάνουμε λόγο για αισθητική και εμφυτεύματα. Τα μοσχεύματα αυτά, παρέχουν τη δυνατότητα αύξησης του όγκου των μαλακών ιστών γύρω από τα εμφυτευματα αποδίδοντας μορφολογία ούλων κατά το δυνατόν πλησιέστερα την μορφολογία που έχουν τα ούλα γύρω από τα φυσικά δόντια. Επιπλέον δίνουν την δυνατότητα να διαμορφωθούν κερατινοποιημένοι ιστοί εκεί που απουσιάζουν διασφαλίζοντας έτσι την αποτελεσματικότερη εφαρμογή στοματικής υγιεινής και την διατήρηση της υγείας των περιεμφυτευματικών ιστών.

Όλα τα παραπάνω θα αναπτυχθούν με μεγάλη σαφήνεια και κατανοητό τρόπο, για να μπορέσει να τα εφαρμόσει με επιτυχία και ο οδοντίατρος.

κ. Γεωργίου, εσείς έχετε το τελευταίο κομμάτι της ημερίδας, το οποίο θα αφορά τα οδοντιατρικά laser και τη θεραπεία περιοδοντίτιδας και περιεμφυτευματίτιδας, τα αποτελεσματικότητα και τους περιορισμούς. Πόσο λοιπόν μπορεί να βοηθήσουν τα οδοντιατρικά laser;

Η εξέλιξη της οδοντιατρικής τεχνολογίας δεν σχετίζεται μόνο με την παρασκευή νέων υλικών, αλλά αφορά και στη δημιουργία σύγχρονου τεχνολογικού εξοπλισμού. Ο τεχνολογικός εξοπλισμός σε συνδυασμό με την τεκμηριωμένη επιστημονική γνώση έρχεται να εμπλουτίσει τις μέχρι τώρα δυνατότητες του κλινικού οδοντιάτρου στην αντιμετώπιση της περιοδοντικής νόσου και των περιεμφυτευματικών βλαβών.

Όπως γνωρίζουμε σύγχρονα και βελτιωμένα αναπλαστικά υλικά (μεμβράνες – οστικά μοσχεύματα) έχουν κατασκευαστεί με στόχο αρχικά την ανάπλαση των περιοδοντικών ιστών και ακολούθως την αντιμετώπιση των προχωρημένων περιεμφυτευματικών βλαβών. Ωστόσο η εφαρμογή προηγμένων τεχνολογικά συσκευών οδοντιατρικών laser, μόνων ή σε συνδυασμό με τα υπάρχοντα αναπλαστικά υλικά, υπόσχονται θεαματικά αποτελέσματα όσον αφορά στη θεραπεία της περιοδοντίτιδας και της περιεμφυτευματίτιδας, και την ανάπλαση προχωρημένων περιοδοντικών και περιεμφυτευματικών βλαβών.

Εκμεταλλευόμενοι την αντιμικροβιακή και βιοδιεγερτική επίδραση των οδοντιατρικών laser, η ολοκλήρωση της περιοδοντικής θεραπείας επιτυγχάνεται σε περιορισμένο αριθμό συνεδριών, με ελάχιστη ταλαιπωρία των ασθενών, διατηρώντας την αισθητική των περιοδοντικών ιστών, προβλέψιμα και αποτελεσματικά. Επίσης η αντιμετώπιση των περιεμφυτευματικών βλαβών καθίσταται περισσότερο προβλέψιμη, χάρη στην αντιμικροβιακή δράση που μπορούν να έχουν συγκεκριμένα μήκη κύμματος επί της επιφάνειας των εμφυτευμάτων, χωρίς να αλοιώνουν τις εργοστασιακές επεγεργασίες που τις χαρακτηρίζουν. Το κλειδί της επιτυχίας στην εφαρμογή των laser για την αντιμετώπιση περιοδοντικών και περιεμφυτευματικών βλαβών, είναι η επιλογή του κατάλληλου μήκους κύματος στις ενδεδειγμένες για κάθε περίπτωση ενεργειακές ρυθμίσεις και με τη σωστή τεχνική σε οτι αφορά τον χρόνο και τον τρόπο εφαρμογής επί της θεραπευόμενης βλάβης.

Στο πρόγραμμα διαβάζω πως στο τέλος θα υπάρξει μια ώρα αμφίδρομης συζήτησης των ομιλητών με τους συμμετέχοντες. Κύριε Σιλβέστρο, ως συντονιστής της ημερίδας, θα ήθελα να σας ρωτήσω για ποιους λόγους συμπεριλάβατε αυτή τη συζήτηση στο πρόγραμμα, από τη στιγμή που πάντα υπάρχει χρόνος για την υποβολή ερωτήσεων;

Η αμφίδρομη συζήτηση των ομιλητών με τους συμμετέχοντες θα είναι διαδραστική. Δεν πρόκειται για τη συνήθη μορφή «ερωτήσεις των συνέδρων και απαντήσεις των ομιλητών». Θα υπάρχουν ερωτήσεις, αλλά και συζήτηση μεταξύ μας. Θα προσπαθήσουμε να κάνουμε μια σύνδεση των τριών θεμάτων μεταξύ τους, δηλαδή των βιολογικών αρχών της περιοδοντολογίας, του τεχνικού μέρους της ανάπλασης και της θεραπείας με laser, ενώ οι παρακολουθούντες θα μπορούν να επεμβαίνουν με ερωτήσεις και απορίες. Πιστεύω πως αν συνδέσουμε αυτά τα θέματα μέσω της συζήτησης και των ερωτήσεων που θα υποβάλλει ακόμη και ο ένας ομιλητής στον άλλο, τότε θα προκύψει ένα σαφές συμπέρασμα και ο σύνεδρος θα αποκομίσει την ουσία από την ημερίδα.

Σας ευχαριστώ πολύ και τους τρεις για τις πληροφορίες που μας δώσατε και σας εύχομαι καλή επιτυχία στην ημερίδα. Εύχομαι να είναι και αυτή εξίσου επιτυχημένη, όπως και οι προηγούμενες.

Και εμείς σας ευχαριστούμε.

Το δικαίωμα συμμετοχής στην ημερίδα είναι 60 ευρώ για τους οδοντιάτρους και 20 ευρώ για τους φοιτητές. Στους συμμετέχοντες θα δοθεί πιστοποιητικό παρακολούθησης. Για περισσότερες πληροφορίες μπορείτε να επικοινωνείτε με τη κ. Γιάννα Κνήνη στο τηλ.: 210 2525027 και με την κ. Φλωράνθη Μπαχά στο τηλ.: 210 4185795.

DENTALCOM Γ. ΠΑΠΑΖΟΓΛΟΥ Α.Ε.

www.dentalcom.gr

ΚΑΡΥΟΦΥΛΛΗ 24, ΓΟΥΔΗ, 115 27 ΑΘΗΝΑ
ΤΗΛ.: 210.7775021, 210.7775110, 210.7775929 FAX: 210.7770480, e-mail: dentalco@otenet.gr - www.dentalcom.gr

ASA Smile

ΠΡΟΣΦΟΡΕΣ ΜΑΪΟΥ - ΙΟΥΝΙΟΥ 2012

Οι προσφορές ισχύουν εφόσον υπάρχουν αποθέματα
και οι τιμές που αναγράφονται δεν συμπεριλαμβάνουν ΦΠΑ

ΟΔΟΝΤΑΓΡΕΣ

0100-...

ΤΙΜΗ ΤΕΜ 45.00 € -20% **36.00 €**

Εξαιρούνται οι κωδικοί:
0100-22L, 0100-22R, 0100-86/L, 0100-86/R

ΜΟΧΛΟΣ

0200-...

ΤΙΜΗ ΤΕΜ **20.00 €**

LEONARDO Light

set 7 ΤΕΜ **150.00 €**

Fig. 1/2
Gracey

Fig. 5/6
Gracey

Fig. 7/8
Gracey

ΣΥΡΙΓΓΕΣ ΑΝΑΙΣΘΗΣΙΑΣ

0480-1 0480-2 0480-3

ΤΙΜΗ ΤΕΜ 29.00 € -20% **23.20 €**

ΕΝΔΟΣΤΟΜΑΤΙΚΑ ΚΑΤΟΠΤΡΑ

12 ΤΕΜ **14.40 €**

2200E-4
Piano
mm. 22

2200E-5
Piano
mm. 24

ΣΠΑΘΕΣ....

1101-1, 2, 3

1102-1, 2, 3

ΤΙΜΗ ΤΕΜ 7.50 € -20% **6.00 €**

ΕΡΓΑΛΕΙΑ GRACEY

Ref.: 1807-02,04,06,08,010,12,14

ΤΙΜΗ ΤΕΜ 15.00 € -20% **12.00 €**

ΑΥΤΟΣΦΡΑΓΙΖΟΜΕΝΕΣ ΕΡΓΑΛΕΙΟΘΗΚΕΣ

2771-1

ΜΕΓΑΛΗ: **90.00 €**
ΜΕΣΑΙΑ: **68.00 €**
ΜΙΚΡΗ: **60.00 €**

-20%

ΒΑΜΒΑΚΟΛΑΒΙΔΕΣ

5 ΤΕΜ **+1ΔΩΡΟ**

ΤΙΜΗ ΤΕΜ 6.60 € -20% **5.28 €**

0601-1
Flagg
Cm. 15

0601-2
London-College
Cm. 15

0601-3
Meriam
Cm. 16

ΕΡΓΑΛΕΙΑ ΛΕΙΑΝΣΗΣ ΑΜΑΛΓΑΜΑΤΟΣ

Ref.: 1200-1,2,3,4

ΤΙΜΗ ΤΕΜ 7.50 € -20% **6.00 €**

LED ΦΩΤΟΠΟΛΥΜΕΡΙΣΜΟΥ ΡΗΤΙΝΩΝ

Ref.: LD105

430.00 €

ΑΠΟΤΥΠΩΤΙΚΑ ΔΙΣΚΑΡΙΑ ΧΡΩΜΑΤΙΚΑ ΚΩΔΙΚΟΠΟΙΗΜΕΝΑ

Ref.: 2801- ...

ΤΙΜΗ ΤΕΜ **4.70 €**

10+2 ΔΩΡΟ

ΑΝΟΞΕΙΔΩΤΑ ΑΠΛΑ Ή SUPER

Codicolor INDEX

Ref.: 2804- ...

ΤΙΜΗ ΤΕΜ **7.63 €**

10+2 ΔΩΡΟ

ΔΙΣΚΑΡΙΑ ΑΝΟΞΕΙΔΩΤΑ ΝΩΔΑ

Ref.: S2813

85.00 € -20% **68.00 €**

σετ 11 τεμ. + διαβήτης

ΣΥΝΔΕΣΜΟΤΟΜΟΣ

Ref.: 0295-3

ΤΙΜΗ ΤΕΜ 26.00 € -20% **20.80 €**

ΕΞΟΛΚΕΑΣ ΣΤΕΦΑΝΩΝ

Ref.: 2305-D

ΤΙΜΗ ΤΕΜ 29.00 € -20% **23.20 €**

ΠΛΗΡΗΣ ΜΕ 3 ΜΥΤΕΣ

ΑΡΠΑΓΟΦΟΡΟΣ

Ref.: 3030

Ivory

ΤΙΜΗ ΤΕΜ **33.00 €**

ΤΡΥΠΑΝΟ

Ref.: 3032

ΤΙΜΗ ΤΕΜ **65.00 €**

04/2012

ΒΗΜΑ 85_ΒΗΜΑ 74 02/05/2012 11:45 π.μ. Page 32

Το 15ο Συνέδριο της Friadent στο Αμβούργο

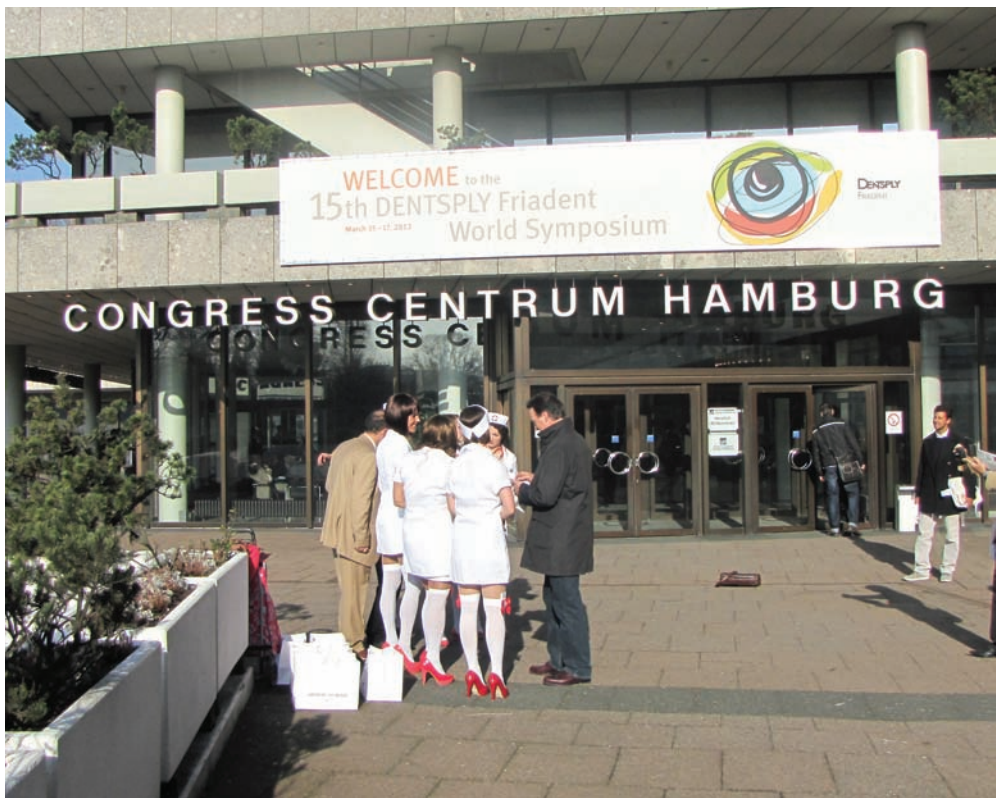
Το ταξίδι για το 15ο Συνέδριο της Friadent ξεκίνησε από το αεροδρόμιο της Αθήνας, περιμένοντας το αεροπλάνο για Αμβούργο στις 5:00πμ! Στο μυαλό μου είχα μια στατιστική που είχα διαβάσει, σύμφωνα με την οποία οι γυναίκες αποτελούν το 70-80% των νέων οδοντιάτρων. Έτσι αναπόφευκτα περίμενα να δω την αναλογία στην ελληνική αποστολή.

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

Πρώτη έκπληξη ήταν ότι οι γυναίκες ήταν μια μικρή μειοψηφία. Δεύτερη έκπληξη ήταν ότι σε σχέση με πριν από δύο χρόνια ήμασταν ελάχιστοι…

Ευτυχώς, η πρώτη ημέρα του συνεδρίου ήταν καθησυχαστική, μιας και οι σύνεδροι ήταν ελαφρώς περισσότεροι από το 14ο συνέδριο στη Βαρκελώνη. Κοιτώντας όμως αν οι γυναίκες ήταν τελικά πλειοψηφία, διαπίστωσα πως αποτελούσαν μόνο το 20% των συνέδρων, ενώ ελάχιστες παρουσίες υπήρξαν και στην ομάδα των ομιλητών.

Τι συμβαίνει λοιπόν; Είναι οι γυναίκες αδιάφορες για την εμφυτευματολογία και την οδοντιατρική; Είμαστε ή όχι ίσοι;



2.500 οδοντίατροι έδωσαν το παρόν στο συνέδριο της Friadent

Ο **John Davves** ξεκίνησε τις ομιλίες του συνεδρίου, αναφερόμενος στο κατασκευαστικό μέρος. Η οστεογένεση επαφής με την κατάλληλη διαμόρφωση της επιφάνειας του εμφυτεύματος μπορεί να οδηγήσει σε σύνδεση του οστού με την επιφάνεια του εμφυτεύματος. Έτσι η οστεοενσωμάτωση οδηγείται σε επίπεδα ολοκλήρωσης που λέγεται σύνδεση (bonding).

Ο **German Gomez Roman** ακολούθως ασχολήθηκε με την κλινική υπόσταση των εμφυτευμάτων. Έτσι αναφέρθηκε στη γέννηση του συστήματος Tubingen που ήταν συχνά άμεσο με το σκεπτικό την προσπάθεια διατήρησης του μεταξακτικού φατνίου. Το εμφύτευμα αυτό ήταν κεραμικό και ονομάστηκε Frialit 1. Η σχεδίασή του ξεκίνησε το 1974 (Schulte). Η λεία όμως επιφάνειά του και τα συχνά κατάγματα οδήγησαν στη μετάβασή του από κεραμικό σε τιτάνιο (Frialit 2, 1990).

Η ανάγκη για μεγαλύτερη αρχική σταθερότητα και για προσωρινή αποκατάσταση (temp-base) οδήγησε στην εξέλιξη του συστήματος X-IVE, που ανέβασε την οκταετή επιτυχία από το 93% (Frialit 2) στο 97%.

Ο **Nigel Saynor** αναφέρθηκε στο τρίτο σύστημα της Friadent, το Ankylos. Η άμεση εμφύτευση (Esposito, Κοκκουλοπούλου et al) σε έρευνα έδειξε ότι η άμεση εμφύτευση μπορεί να διατηρήσει τις διαστάσεις του μεταξακτικού φατνίου. Όμως μπορεί να έχει προβλήματα υφίζησης και απώλειας ιστών, εφόσον δεν ληφθούν υπόψη το δυναμικό του μεταξακτικού φατνίου και ο βιότυπος των μαλακών ιστών. Η βιοδιέγερση του παρειακού πετάλου οδηγεί τελικά στην πάχυνσή του. Ο ομιλητής συνιστά την τοποθέτηση, 12 εβδομάδες μετά την εξαγωγή. Σαν ιδεώδες υλικό συνέστησε το ανόργανο βόειας προέλευσης μόσχευμα, επειδή απορροφάται πολύ αργά. Η σχεδίαση των τελικών προσθετικών αποκαταστάσεων είναι αυτή που θα μας οδηγήσει στη θέση τοποθέτησης των εμφυτευμάτων ή αλλιώς θα έχουμε προβλήματα στην κάθετη διάσταση, στη σύγκλειση και στην αισθητική. Ιδιαίτερα σε επένθετες οδοντοστοιχίες θα πρέπει να λαμβάνονται υπόψη η ανάγκη πρόσθετου χώρου για τη μπάρα και ο σύνδεσμος ακριβείας.

Ο **McCullock** αναφέρθηκε στο σοβαρό ζήτημα της τοποθέτησης εμφυτευμάτων σε ασθενείς με διαβήτη. Η αυξημένη γλυκόζη στο αίμα των διαβητικών μειώνει την οστεοενσωμάτωση. Επιπλέον τα αυξημένα επίπεδα του CRP αυξάνουν τον κίνδυνο επιπλοκής και φλεγμονών. Η επούλωση των εμφυτευμάτων σχετίζεται με τον τύπο της επιφάνειας του, γιατί αυτή απορροφά τις πρωτεΐνες που έλκουν και προσκολλούν τα αιμοπετάλια. Τα αιμοπετάλια εκκρίνουν μορφογεννητικές πρωτεΐνες και άλλους παράγοντες που ενεργοποιούν τους οστεοβλάστες. Ακολούθως έχουμε προσκόλλησή τους, παραγωγή και ενασβεστίωση του οστού. *Ιδιαίτερα στον τύπο ΙΙ διαβήτη έχουμε αυξημένα επίπεδα γλυκόζης στο αίμα. Το οστούν αποτελείται κατά 33% ανόργανη ουσία (υδροξυλαπατίνη) και 67% από οργανική ουσία (90% κολλαγόνο και 10% πρωτεΐνες). Η γλυκόζη επηρεάζει το κολλαγόνο και έτσι έχουμε μειωμένη συγκόλληση των οστεοκυττάρων μεταξύ τους, οπότε διαταράσσεται η διαδικασία του σχηματισμού οστού. Σε περιστατικό διαβήτη με επίπεδα >10mmol/L είναι απαραίτητη η χρήση επιφανειών εμφυτευμάτων με υδροφιλικά χαρακτηριστικά.*

Ακολούθησε η ομιλία του **K.A. Schleger** με θέμα «Χαρακτηριστικά της επιφάνειας του εμφυτεύματος και σχηματισμός οστού». Σε μελέτες, η κάλυψη των επιφανειών των εμφυτευμάτων με αυξητικές πρωτεΐνες, όπως BMP2 και PDGF δεν έδωσε διαφορά σε σχέση με το control. Η κάλυψη της επιφάνειας με πεπτίδια (Pepgen) (Schlegel et al 2009) έδωσε καλύτερα αποτελέσματα σε συγκεντρώσεις 100 mg/ml. Η κάλυψη με υδροξυλαπατίτη μιμείται το στάδιο του κατεάγοντος οστού και έτσι έχουμε τη διαδικασία της οστεογένεσης με απόλυτη αναλογία, όπως στην επανόρθωση του κατάγματος.

Επόμενη ομιλία ήταν αυτή του **G. Körner**. Κατά την άμεση εμφύτευση, η μέση απώλεια μετά από έξι μήνες είναι 1,24mm περίπου και 0,80mm εγγύς και άπω. Αυτή η απώλεια φυσικά οφείλεται σε απώλεια του οστού στον αυχένα του εμφυτεύματος. Οι Darby (et al 2009) σε έρευνα κατέληξαν ότι δεν υπάρχει προβλέψιμη διαδικασία για τη διατήρηση των διαστάσεων του μεταξακτικού φατνίου. Η διατήρηση όμως του μεταξακτικού φατνίου με κάποιο ανόργανο μόσχευμα και η απόφραξη του ανοίγματος με ελεύθερο ουλικό μόσχευμα οδηγεί στη βέλτιστη κατάσταση του οστού. Η σε δεύτερο χρόνο τοποθέτηση, συνδεδεμένη με *πάχυνση των μαλακών ιστών*, με περιστροφικό υπερώιο κρημνό σε ελεύθερο μόσχευμα συνδετικού ιστού οδηγεί σε σταθερότητα και στους περιεμφυτευματικούς ιστούς και ιδεώδες αισθητικό αποτέλεσμα. **Οι Buhter et al (2008) υποστήριξαν ότι η επάρκεια σε κερατικοποιημένα ούλα είναι βασικός παράγοντας σταθερότητας των εμφυτευμάτων**, ιδιαίτερα στην αισθητική ζώνη. Ο **A. Jacksonville**

Ανάμεσα στους ομιλητές που συμμετείχαν στο συνέδριο, διακρίνουμε από αριστερά τους αδερφούς Kitler, τον I. Nair, τον Salama και τον Teung.

Στιγμιότυπο κατά τη διάρκεια του διαλείμματος: δεξιά ο οδοντίατρος Χρ. Κωνσταντινίδης, στο κέντρο ο ομιλητής Γ. Ρωμανός και αριστερά ο F. Khoury.

BHMA 85_BHMA 74 02/05/2012 11:45 π.μ. Page 33

αναφέρθηκε στο θέμα του μικροκενού μεταξύ εμφυτεύματος και κολοβώματος. Στο σύστημα Ankylos η τοποθέτηση του microgap κάτω από την παρυφή της ακρολοφίας ευνοεί την αποφραξη με οστούν. Η χρήση μικρότερης διαμέτρου εμφυτευμάτων (3,5 mm) ευνοεί επίσης τη σταθερότητα του οστού και μειώνει τις επιπλοκές από το mikrogap. Η τοποθέτηση 1 mm κάτω από την παρυφή και η τοποθέτηση του κολοβώματος από την αρχή της διαδικασίας χωρίς την αφαίρεσή του οδηγεί σε μείωση της απώλειας οστού εξαιτίας του μικροκενού.

Ο **H. Weber** μίλησε για το προσφιλές θέμα «Βιομηχανική των εμφυτευμάτων». *Όταν τα εμφυτεύματα βρίσκονται σε θέση κυνόδοντα ή προγόμφιου είναι προτιμότερο η σύγκλειση να είναι ομαδική συνέργεια για καλύτερη προστασία,* αλλά και δημιουργία μηχανισμού τάσης. Ελλείμματα εφαρμογής του σκελετού οδηγούν σε μηχανική καταπόνηση στα εμφυτεύματα και είναι πιθανή αιτία πρόκλησης ακόμη και καταγμάτων. Με την τεχνική spark erosion μπορούμε να πετύχουμε ιδεώδη εφαρμογή. *Η ελαστικότητα της κάτω γνάθου μας περιορίζει να μην κάνουμε «πέταλα» στην κάτω γνάθο αλλά να τεμαχίζουμε την ακίνητη προσθετική εργασία άπω των κυνοδόντων*. **Αναφορικά με τη σύνδεση φυσικών δοντιών, θα πρέπει να λάβουμε υπόψη την κατά 10-40 φορές μεγαλύτερη κινητικότητα των φυσικών δοντιών σε σχέση με τα εμφυτεύματα.**

Οι δίδυμοι αδερφοί **Kistler** συνέχισαν με το ενδιαφέρον θέμα «Εναλλακτικές θεραπείες με γωνιώδη εμφυτεύματα». **Γωνιώδη εμφυτεύματα** τοποθετούνται συνήθως στις περιπτώσεις όπου δεν έχουμε επάρκεια οστού. Ιδιαίτερα για το πρωτόκολλο all in 4, η εισαγωγή των νέων εξαρτημάτων για γωνιώδη εμφυτεύματα έδωσε τη δυνατότητα αποφυγής του γενειακού τρήματος και του ιγμορείου, και ταυτόχρονα εύκολη και ιδεώδη προσθετική αποκατάστασή τους. Η απώλεια οστού στον αυχένα των κεκλιμένων εμφυτευμάτων είναι όπως σε όλα, δηλαδή 1 mm . Η μέγιστη ενδεικνυόμενη γωνίωση είναι 24,6 μοίρες στην κάτω και 28,2 μοίρες στην άνω γνάθο. Φυσικά η γωνία τοποθέτησης γίνεται κατόπιν 3D μελέτης.

Ο **I. Naert** αναφέρθηκε σε CAD- CAM λύσεις για εμφυτευματικές αποκαταστάσεις. Η καταγραφή CAD σήμερα γίνεται είτε με άμεση επαφή ή με οπτικό τρόπο ενδοστοματικά ή εξωστοματικά. Είναι σήμερα εφικτό η αποστολή των δεδομένων (CAD) μέσω internet. Ενδοστοματικής καταγραφής συσκευές σήμερα είναι οι Trios, I Tero, Cyrtina, Lava, Cerec, E4D. Στην Ολλανδία το 7% των οδοντιάτρων χρησιμοποιεί κάποια από αυτές και το 80% των εργαστηρίων. **Προς το παρόν οι συσκευές αυτές ενδείκνυνται για μονήρεις αποκαταστάσεις, γιατί για τη λήψη τεταρτημορίου η παραμόρφωση πενταπλασιάζεται, ενώ για λήψη ολόκληρου του φραγμού επταπλασιάζεται. Επίσης, παρουσία σιέλου, η παραμόρφωση είναι 20% μεγαλύτερη σε σχέση με τη λήψη στεγνού δοντιού. Είναι ακόμη πολύ σημαντικό, ότι το CBCT έχει 4 φορές μεγαλύτερη παραμόρφωση σε σχέση με τα οπτικά μέσα καταγραφής.**

Η τεχνολογία CAM προς το παρόν είναι «αφαιρετική», δηλαδή από τη μια αφαιρεί, τροχίζοντας με κατάλληλους δίσκους κοπής, αλλά από την άλλη εξελίσσεται με την εισαγωγή ηλεκτρομηχανικών τεχνικών, υπερήχων κτλ. Σήμερα, συνθετικές τεχνικές που χρησιμοποιούνται είναι η στερεολιθογραφία ή fused deposition modeling (FDH), selective electron beam melting (SEBM), Laser powder forming (SLM) και inkjet printing. Η εταιρεία Layerwise με τη νέα αυτή τεχνική, δηλαδή σκόνη κατασκευής μεγάλων αλλά και ακανόνιστων σχημάτων, κατάφερε να δημιουργήσει τη νέα κάτω γνάθο σε ασθενή (ήταν πρώτο θέμα στις ειδήσεις ακόμη και στην Ελλάδα τον Φεβρουάριο του 2012). Σύντομα η εισαγωγή του ψηφιακού αρθρωτήρα θα αλλάξει την αρχή της CAD στατικής σχεδίασης στη δυναμική, με ρυθμίσεις πλαγίων κινήσεων και προολίσθησης, πρόσθιας οδήγησης κτλ. **Φαίνεται λοιπόν πως η προσθετική αλλάζει τελείως από τέτοιες σημαντικές καινοτομίες** *που στην Ολλανδία, την Αμερική, τη Γερμανία αλλά και σε άλλα σημαντικά ερευνητικά κέντρα σχεδιάζουν για το μέλλον της κοινωνίας, όταν άλλοι λαοί ασχολούνται με τετριμμένα και ανούσια μνημονιακά θέματα.*

Χρησιμοποιώντας την CAD- CAM τεχνική ο εντυπωσιακός ομιλητής Lim K. Cheung έδειξε ανακατασκευή γνάθου σε ημιγναθεκτομή με πλέγμα και κόνδυλο κατασκευασμένο με CAD- CAM τεχνική. Έξι μήνες μετά, στο αναδημιουργημένο οστούν μέσα στο πλέγμα έγινε η τοποθέτηση εμφυτευμάτων. Σε εκτεταμένες γναθεκτομές έκανε χρήση της περόνης σαν δότη οστού και κατόπιν ανύψωση καθ' ύψος του μοσχεύματος με διατατική οστεογένεση. Σε όλα τα περιστατικά κατέστη δυνατή η τοποθέτηση εμφυτευμάτων. Σε περιπτώσεις επάρκειας οστού στην άνω γνάθο, είναι λογική η μεταφορά του οστού από την άνω στην κάτω γνάθο. Γενικά στα μεγάλα οστικά μοσχεύματα είναι απαραίτητη η λήψη αιματούμενων οστικών μοσχευμάτων.

Ακολούθησε ο **Maurice Salama** με θέμα «Εμφυτεύματα και αισθητική των μαλακών ιστών». **Η πάχυνση των παρειακών ούλων (<1,45mm), ιδιαίτερα σε άμεση εμφύτευση, είναι πολύ καθοριστική στην αισθητική ζώνη. Η ορθοδοντική υπερέκφυση καταδικασμένων δοντιών βοηθά σε κέρδος στην κάθετη διάσταση.**

Και με ελληνική συμμετοχή η δεύτερη ημέρα του Συνεδρίου

Το Σάββατο ξεκίνησε με την απονομή του 1ου βραβείου φοιτητών οδοντιατρικής στους Έλληνες φοιτητές Ι. Παπαδόπουλο και Γ. Ποζίδη για το poster με θέμα «Μεταφορά του προφίλ ανάδυσης από την προσωρινή στη μόνιμη αποκατάσταση». Αξίζει να τους συγχαρούμε και να τους ευχηθούμε καλή σταδιοδρομία.

Η πρώτη ομιλία του Σαββάτου έγινε από τον Galip Gürel. Η ομιλία δεν αφορούσε όπως συνήθως τις όψεις στις οποίες έχει δημιουργήσει παράδοση, αλλά τις εμφυτευματικές αποκα-

BHMA 85_BHMA 74 02/05/2012 11:45 π.μ. Page 34

ταστάσεις. Παρουσίασε περιστατικά, στα οποία η τοποθέτηση έγινε με σύστημα Expertease (computer Guides) της Friadent και οι προσθετικές με υβριδικές αποκαταστάσεις. Ο ίδιος ο Gürel δεν δηλώνει εμφυτευματολόγος, αλλά προσπαθεί να συνδέσει τους εμφυτευματολόγους με τους προσθετολόγους και τους κεραμιστές. Αυτό πρακτικά μεταφράζεται, μιας και δεν είναι οπαδός των μεγάλων χειρουργείων, σε εκτενή χρήση ροζ πορσελάνης. Αξίζει να σημειωθεί, ότι η ομιλία αυτή, αν δεν ήταν του Gürel, θα είχε προξενήσει αντιδράσεις, αφού γυρνάει την οδοντιατρική χρόνια πίσω, αλλά τελικά φαίνεται ότι παγκοσμίως το όνομα και όχι το ταλέντο είναι το εισιτήριο της επιτυχίας και της καθιέρωσης.

Η **S. Nene** παρουσίασε μια τεχνική διεύρυνσης της ακρολοφίας. Η τεχνική αυτή είναι η διάσχιση της ακρολοφίας. Στοιχείο που χρήζει προσοχής είναι η όσο το δυνατόν μικρότερη αποκόλληση των κρημνών για διατήρηση της αιμάτωσης των οστικών πετάλων. Έγινε χρήση του συστήματος των expanders της Ankylos. Το κύριο μέρος τοποθετείται προς την παρειακή πλευρά. Η τοποθέτηση προς το υπερώιο τοίχωμα έγινε χωρίς καμία επιβάρυνση του παρειακού.

Ο **M. Quiryren** αναφέρθηκε στην περιεμφυτευματίτιδα που φαίνεται ότι συσχετίζεται με το κάπνισμα, τη στοματική υγιεινή και την προδιάθεση στην περιοδοντίτιδα. Αναφορικά με τις ακρορριζικές αλλοιώσεις στα εμφυτεύματα, πρότεινε τη χειρουργική εκτομή του ριζικού τμήματος του εμφυτεύματος. Οι βλάβες συσχετίζονται με ενδοδοντικά βακτήρια (e. faecalis κ.ά).

Ο **J. Meyl**e συντήρησε το θέμα της περιεμφυτευματίτιδας, ενώ η Roos- Jansker συνέχισε με την ομιλία «Ιδεώδες σχέδιο θεραπείας περιεμφυτευματίτιδος». Οι επιπλοκές στα εμφυτεύματα μπορεί να είναι είτε πρώιμες λόγω της μόλυνσης ή της υπερφόρτισης, είτε μεθύστερες. Η θεραπεία είναι συντηρητική. Διακρίνεται σε περιεμφυτευματική βλενογοννίτιδα και περιεμφυτευματίτιδα. Η έγκαιρη διάγνωση και θεραπεία είναι σημαντική. Η θεραπεία είναι συντηρητική ή χειρουργική. Στόχος είναι η εξάλειψη της φλεγμονής και των θυλάκων. Ενδείκνυται να αφαιρείται η προσθετική εργασία. Ο καθαρισμός γίνεται με 3% υπεροξείδιο του υδρογόνου, βούρτσες τιτανίου (Strauman), αεροστίλβωση, ειδικά ξέστρα και πλύσεις χλωρεξιδίνης. Η εξάλειψη των οστικών κρατήρων γίνεται είτε αφαιρετικά είτε με προσπάθεια οστικής αναγέννησης. Με τη χρήση οστικών υποκατάστατων, σε μελέτη (Roos- Jansker) υπάρχει πλήρωση δύο σπειρών στο 81% σε πέντε χρόνια. Η στοματική υγιεινή είναι καθοριστική, ειδικά σε περιστατικά που εμφανίστηκε περιεμφυτευματική βλενογοννίτιδα, έστω και μια φορά. Η έλλειψή της υπερδιπλασιάζει τον κίνδυνο μετάπτωσης σε περιεμφυτευματίτιδα.

Οι Έλληνες φοιτητές που μας τίμησαν με το 1ο Βραβείο

Η συσκευή ενδοστοματικής συγκόλλησης

Ο **G. Nogueira** έδωσε πρόσθετες πληροφορίες για το θέμα, αναφερόμενος στη διαχείριση της περιεμφυτευματίτιδας. *Η κατηγορία των διαβητικών, λόγω του πλούσιου σε γλυκόζη κολλαγόνου, έχει τη μεγαλύτερη ευπάθεια και τη δυσμενέστερη πρόγνωση.* **Σε μελέτες (Esposito 2012) φαίνεται ότι σε περιστατικά θεραπευμένης περιεμφυτευματίτιδας υπάρχει επανεμφάνιση της νόσου στο 100% μετά από δέκα χρόνια. Στην περιεμφυτευματίτιδα οι ινοβλάστες διέφεραν από τους αντίστοιχους της περιεμφυτευματίτιδας.** Η VEGF αυξάνεται και προάγει την αγγειογένεση, συνεπώς τη φλεγμονή. Ανάλογα αυξάνεται και ο αριθμός των λευκοκυττάρων. Η επιφάνεια του εμφυτεύματος σχετίζεται με την πρόοδο και την πρόγνωση της νόσου. Η θεραπεία της περιεμφυτευματίτιδας είναι πολύ πιο δύσκολη και απρόβλεπτη από τη θεραπεία της περιοδοντίτιδας.

Ο **S. Rinke** ασχολήθηκε με την CAD- CAM προσθετική των εμφυτευμάτων. Τα κολοβώματα ζιρκονίας μπορούν να περιλαμβάνουν το κολόβωμα και τη μύλη της αποκατάστασης είτε να είναι δύο τεμαχίων με βάση τιτανίου και «μύλη» από ζιρκονία. Τα κεραμικά κολοβώματα σε ιστούς πάχους έως 3mm δημιουργούν μικρότερη δυσχρωμία. Οι επένθετες είναι μια απλή, προσφιλής λύση, ιδίως εάν έχουμε τοποθετήσει μικρό αριθμό εμφυτευμάτων. Η αποκατάσταση γίνεται είτε με μπάρα ή διπλές στεφάνες, σφαιρικούς συνδέσμους ή το *locator*. Η επιτυχία των επένθετων σε μπάρα με 4 ή 6 εμφυτεύματα κυμαίνεται από 98% (κάτω γνάθος) μέχρι 94% (άνω γνάθος). Μαζί με τη διάκριση των poster, είχαμε και τον «δικό μας» **Στέφανο Κούρτη**, ο οποίος μίλησε για το θέμα «20 χρόνια εμπειρίας με το σύστημα της Friadent». Το XIVE έχει το υψηλότερο ποσοστό επιτυχίας 97,8% στα 10 χρόνια. Το ποσοστό αυτό μειώνεται στα 8mm και δεν σχετίζεται με τη διάμετρο. Σε τύπο οστού D1 και D4 τα ποσοστά επιτυχίας μειώνονται. Η επιτυχία βασίζεται στην εμπνευσμένη μορφολογία του εμφυτεύματος, καθώς και στην επιφάνειά του (plus). Τα XIVE παρουσιάζουν προσθετικές επιπλοκές μόνο 3,5%, γεγονός που τα κάνει όχι μόνο το πιο ασφαλές σύστημα της FRIADENT, αλλά και από τα πλέον ασφαλή παγκοσμίως.

Ταυτόχρονα στην άλλη αίθουσα μιλούσε ο άλλος Έλληνας **Γ. Ρωμανός** (USA). Το CO_2 μπορεί να είναι πολύ χρήσιμο στη θεραπεία της περιεμφυτευματίτιδας, ιδίως αν συνοδεύεται από GBR.

Ακολούθησε η ομιλία του M.Degiol (Ιταλία) με θέμα «Ενδοστοματική συγκόλληση». Αυτή εξασφαλίζει παθητική και τέλεια εφαρμογή. Σε ολικές αποκαταστάσεις, προκειμένου να έχουμε σε άμεση φόρτιση παθητική εφαρμογή, γίνεται συγκόλληση μπάρας, η οποία ενισχύει την υπάρχουσα οδοντοστοιχία για κάποιο διάστημα μέχρι να μεταβούμε στην τελική αποκατάσταση.

Ο L. Couper (USA) συνέκρινε τους CrCO με τον χρυσό σαν υλικά κατασκευής σκελετών επιεμφυτευματικών κατασκευών. Δεν βρέθηκε καμία παραμόρφωση που να σχετίζεται με το υλικό κατασκευής.

Ο **Ali Tahmased** (Neth) αναφέρθηκε στην Computer Assisted τοποθέτηση εμφυτευμάτων. Σε μελέτες (Jung R. 2009) φάνηκε ότι με τα Computer είναι δυνατό να υπάρχει παραμόρφωση μέχρι και 4,1 από την προβλεπόμενη θέση και έως 0,75mm από το προβλεπόμενο σημείο εμφύτευσης. Είναι βασικό στην κρίση των χειρουργικών στερεολιθογραφικών νάρθηκων με mini εμφυτεύματα ή βίδες στερέωσης στην ακρολοφία. Όταν υπάρχουν αρκετά φυσικά δόντια, τότε ο νάρθηκας στηρίζεται στα φυσικά δόντια και σταθεροποιείται με ακρυλικό.

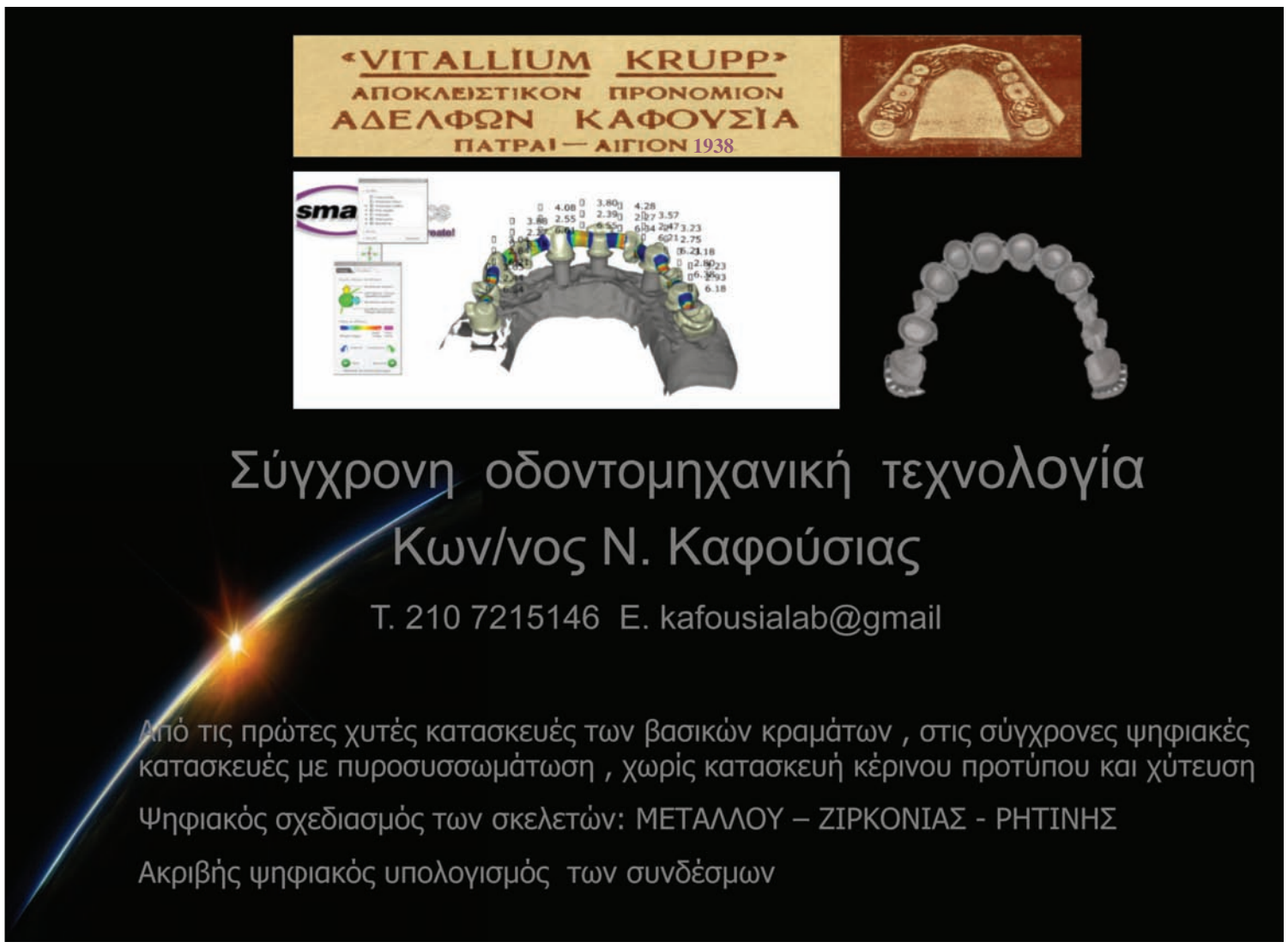
Ο τελικός απολογισμός

Με τη συζήτηση τελείωσε και αυτό το 15ο κατά σειρά συνέδριο της FRIADENT, που σε γενικές γραμμές έδωσε νέα γνώση στους 2.500 συνέδρους. **Τα νέα δεδομένα ήταν η προσπάθεια για χρήση στενότερων εμφυτευμάτων, η ανάγκη για κοχλιούμενες αποκαταστάσεις, έχοντας πάντα το ενδεχόμενο της περιεμφυτευματίτιδας**. Η CAD-CAM φαίνεται να χτυπά σιγά- σιγά την πόρτα της προσθετικής και της χειρουργικής φάσης στην εμφυτευματολογία. Βέβαια περισσότερο έρχεται σαν ένα πολύ ακριβό gadget, παρά σαν κάτι που θα αλλάξει την εμφυτευματολογία. **Από πλευράς συνολικής διαδικασίας για ένα μέσο χειρουργό είναι πολύ πιο χρονοβόρα από την κλασσική μέθοδο**. Από πλευράς άμεσης κατασκευής της προσθετικής, ο M. Degidi έδειξε ότι μια ανάλογη κατασκευή γίνεται σε ελάχιστο χρόνο (ενδοστοματική συγκόλληση μεταλλικού σκελετού με ελάχιστο κόστος). Φυσικά δεν θα πρέπει να ξεχνάμε ότι μπορεί να γίνει (η Computer Assisted μέθοδος) αρκετά ανακριβής, ιδιαίτερα εάν η ποιότητα του οστού δεν είναι καλή (D2), χρειάζεται χρονοβόρα και προσεκτική σταθεροποίηση και αγορά ειδικού και ακριβού εξοπλισμού. Επιπλέον είναι προβληματική σε μικρά στόματα και πάνω από όλα στερεί τη χαρά της εμφύτευσης. Επιπλέον, όταν είναι flapless στερούμαστε την κλειστή επούλωση και φυσικά χάνουμε προσπεφυκότα ούλα.

Η επάρκεια των ιστών ήταν και παραμένει προϋπόθεση επιτυχίας, για BMP δεν ακούστηκε τίποτα, και φυσικά η XIVE παρουσίασε κάποια νέα προϊόντα, όπως τα γωνιώδη MP abutments. Αυτά ήταν αρκετά για ένα μόνο συνέδριο.

Υπομονή δύο ακόμη χρόνια για να δούμε πού και κατά πόσο θα έχει προχωρήσει η FRIADENT το 2014 στη Βιέννη. Δεν θα πρέπει να παραβλέψουμε τη μεγάλη προσπάθεια της αντιπροσωπίας στην Ελλάδα από το **Δημήτρη Μαυραειδόπουλο**, που παρά την κρίση στη χώρα μας κράτησε ένα καλό επίπεδο στην ελληνική αποστολή, τόσο σε αριθμό συμμετοχών, όσο και σε επιστημονική συμμετοχή στο συνέδριο.

Το Αμβούργο ήταν αρκετά ενδιαφέρουσα πόλη, ενώ το υπέροχο gala της FRIADENT με μουσική, ποτό και δείπνο στο λιμάνι της πόλης την έκανε ακόμη πιο ενδιαφέρουσα.



ΒΗΜΑ 85_ΒΗΜΑ 74 02/05/2012 11:45 π.μ. Page 35

Στη Σπάρτη το 13ο Παμπελοποννησιακό Οδοντιατρικό Συνέδριο

θα παρουσιαστούν οι προβληματισμοί και οι σύγχρονες λύσεις στην αισθητική ζώνη

Στη Σπάρτη θα πραγματοποιηθεί φέτος το 13ο Παμπελοποννησιακό Οδοντιατρικό Συνέδριο, το οποίο διοργανώνει ο Οδοντιατρικός Σύλλογος Λακωνίας και τελεί υπό την αιγίδα της Περιφέρειας Πελοποννήσου Π.Ε. Λακωνίας. Το συνέδριο θα λάβει χώρα στο Διοικητήριο Σπάρτης από τις 22 μέχρι τις 24 Ιουνίου 2012 και αναμένεται να συγκεντρώσει το ενδιαφέρον των συνέδρων, και λόγω της θεματολογίας του, αλλά και εξαιτίας των προσκεκλημένων ομιλητών. Το θέμα που επιλέχτηκε είναι «Η αισθητική ζώνη. Προβληματισμοί και σύγχρονες λύσεις». Επίκαιρο και ουσιαστικό, ένα θέμα που απασχολεί ιδιαίτερα το σύγχρονο οδοντίατρο.

Μια πρώτη γεύση για το περιεχόμενο και τη φιλοσοφία του 13ου Παμπελοποννησιακού Οδοντιατρικού Συνεδρίου δίνει στο μήνυμα του, το οποίο και δημοσιεύουμε αυτούσιο, ο Πρόεδρος της Επιστημονικής Επιτροπής του Συνεδρίου, Καθηγητής Στοματικής και Γναθοπροσωπικής Χειρουργικής της Οδοντιατρικής Σχολής Πανεπιστημίου Αθηνών **Γιάννης Α. Ιατρού:**

«Το τριήμερο που θα βρεθούμε στην καρδιά

της Λακωνίας, για την καθιερωμένη ετήσια Οδοντιατρική συνάντηση σε μια πόλη της Πελοποννήσου, ευελπιστούμε να είναι πολύ ενδιαφέρον και εποικοδομητικό. Σε έναν τόπο με πολλά ιδιαίτερα χαρακτηριστικά, η μακραίωνη Ιστορία θα συναντηθεί με την σύγχρονη επιστημονική γνώση στο πεδίο της Οδοντιατρικής Επιστήμης.
Ως κύριο θέμα του Συνεδρίου διαλέξαμε την επικέντρωση στην περισσότερο προβεβλημένη αλλά και πιο απαιτητική για τον Οδοντίατρο «αισθητική ζώνη». Θα πραγματοποιηθεί τόσο η ανάδειξη των δυσκολιών όσο και των σύγχρονων θεραπευτικών επιλογών για την αντιμετώπισή τους. Η ολοκληρωμένη και σε βάθος ανάλυση του βασικού θέματος θα γίνει από επίλεκτους και διακεκριμένους συναδέλφους με διεθνή αναγνώριση.
Στα προβλεπόμενα στρογγυλά τραπέζια θα αναπτυχθεί «η αισθητική ζώνη» με σύνθεση των επί μέρους γνωστικών αντικειμένων. Έτσι λοιπόν θα φωτισθεί το θέμα από όλες τις εμπλεκόμενες Οδοντιατρικές Ειδικότητες. Οι σύνεδροι θα νοιώσουν πλουσιότεροι σε γνώσεις και εμπειρίες και θα μπορέσουν αμέσως να τις μεταφέρουν και να τις εφαρμόσουν στο χώρο δουλειάς τους.
Παράλληλα με το κυρίως θέμα, θα υπάρξουν βέβαια εισηγήσεις και ελεύθερες επιστημονικές ανακοινώσεις, έτσι ώστε να καλυφθούν όλα τα σύγχρονα Οδοντιατρικά πεδία. Έχουν ακόμη προγραμματισθεί πρακτικά σεμινάρια σύνθετων ρητινών και εμφυτευμάτων με περιορισμένη συμμετοχή αλλά μεγάλο ενδιαφέρον.
Εκτός από τα καθαρά Οδοντιατρικά δρώμενα, γνωστό είναι ότι η Σπάρτη και η γύρω περιοχή έχει πολύ όμορφη Φύση και είναι γεμάτη από Ιστορία. Θα μας δοθεί λοιπόν μια μοναδική ευκαιρία να περπατήσουμε εκεί που γαλουχήθηκαν οι σκληροί μαχητές των Θερμοπυλών και του Λεωνίδα, ή εκεί που έζησαν και άφησαν τα ίχνη τους οι δεσπότες και οι δέσποινες του Μυστρά, οι Βιλεαρδουίνοι, οι Καντακουζηνοί και οι Παλαιολόγοι και ... να τα ιχνηλατήσουμε.
Με την πεποίθηση ότι μαζί θα περάσουμε ένα αξέχαστο τριήμερο, σας καλούμε στην Σπάρτη στις 22 Ιουνίου 2012».

Κατά τη διάρκεια του συνεδρίου, θα πραγματοποιηθούν 4 στρογγυλά τραπέζια ως ακολούθως: **«Η αισθητική ζώνη στα παιδιά και τους εφήβους»** με συντονίστρια τη Λ. Παπαγιαννούλη, **«Η αισθητική ζώνη στους Ενήλικες»**, με συντονιστή τον Φοίβο Μαδιανό, **«Οστικά ελλείμματα στην αισθητική ζώνη – Αξιόπιστες λύσεις – Εμφυτεύματα»**, με συντονιστή τον Κωνσταντίνο Αλεξανδρίδη και **«Λοιμώξεις στοματικής περιοχής»**, το οποίο θα συντονίζει ο Ιωάννης Δημητρακόπουλος. Επίσης θα διεξαχθούν και 2 σεμινάρια hands on (εμφυτευμάτων και αισθητικής οδοντιατρικής).

Οι προσκεκλημένοι ομιλητές

Οι ομιλητές που θα αναπτύξουν τα θέματα του συνεδρίου, με αλφαβητική σειρά, είναι οι ακόλουθοι:

Αθανάσιος Ε. Αθανασίου, *Καθηγητής & Διευθυντής, Εργαστήριο Ορθοδοντικής, Οδοντιατρική Σχολή, Α.Π.Θ.*
Κωνσταντίνος Αλεξανδρίδης, *Καθηγητής & Διευθυντής, Κλινική Στοματικής & Γναθοπροσωπικής Χειρουργικής Ε.Κ.Π.Α.*
Χάρης Αποστολίδης, *Στοματικός & Γναθοπροσωπικός Χειρουργός.*
Γεώργιος Βαδιάκας, *Λέκτορας Παιδοδοντιατρικής Οδοντιατρικής Σχολής Ε.Κ.Π.Α.*
Σπύρος Βασιλόπουλος, *Λέκτορας Περιοδοντολογίας, Οδοντιατρικής Σχολής Ε.Κ.Π.Α.*
Σωτηρία Γκιζάνη, *Λέκτορας, Εργαστήριο Παιδοδοντιατρικής Οδοντιατρικής Σχολής Ε.Κ.Π.Α.*
Στυλιανός Δαλαμπίρας, *Αναπληρωτής Καθηγητής Στοματικής & Γναθοπροσωπικής Χειρουργικής Οδοντιατρικής Σχολής Ε.Κ.Π.Α.*
Ιωάννης Δημητρακόπουλος, *Καθηγητής Στοματικής & Γναθοπροσωπικής Χειρουργικής Οδοντιατρικής Σχολής Α.Π.Θ.*
Λάμπρος Ζουλούμης, *Αναπληρωτής Καθηγητής Στοματικής & Γναθοπροσωπικής Χειρουργικής Οδοντιατρικής Σχολής Α.Π.Θ.*
Νάντια Θεολόγη – Λυγιδάκη, *Λέκτορας Στοματικής & Γναθοπροσωπικής Χειρουργικής Οδοντιατρικής Σχολής Ε.Κ.Π.Α.*
Ιωάννης Ιατρού, *Καθηγητής, Κλινική Στοματικής & Γναθοπροσωπικής Χειρουργικής Τμήμα Οδοντιατρικής, Πανεπιστήμιο Αθηνών.*
Σπύρος Καρατζάς, *Οδοντίατρος , Περιοδοντολόγος.*
Εμμανουήλ Κασσωτάκης, *Οδοντίατρος, Ειδικευμένος στην αισθητική.*
Νικόλαος Κερεζούδης, *Επίκουρος Καθηγητής Ενδοδοντίας, Οδοντιατρική Σχολή Πανεπιστημίου Ε.Κ.Π.Α.*
Νικόλαος Κολόμβος, *Λέκτορας Στοματικής & Γναθοπροσωπικής Χειρουργικής Οδοντιατρικής Σχολής Ε.Κ.Π.Α.*
Δημήτριος Κωνσταντώνης, *Ορθοδοντικός.*
Νικόλαος Λυγιδάκης, *Reader, Leeds University, Παιδοδοντίατρος.*
Φοίβος Μαδιανός, *Καθηγητής, Εργαστήριο Περιοδοντολογίας Ε.Κ.Π.Α.*
Γιώργος Παπαβασιλείου, *Επίκουρος Καθηγητής, Τομέας Προσθετολογίας, Οδοντιατρικής Σχολής Ε.Κ.Π.Α.*
Λίζα Παπαγιαννούλη – Λασκαρίδη, *Καθηγήτρια & Διευθύντρια Εργαστηρίου Παιδοδοντιατρικής Οδοντιατρικής Σχολής Ε.Κ.Π.Α.*
Δημήτριος Παπαδάκης, *Στοματικός & Γναθοπροσωπικός Χειρουργός.*
Βασίλειος Πετσίνης, *Λέκτορας Στοματικής & Γναθοπροσωπικής Χειρουργικής Οδοντιατρικής Σχολής Ε.Κ.Π.Α.*
Νικόλαος Πέτρου, *Προσθετολόγος.*
Γρηγόριος Πολυζώης, *Γναθοπροσωπικός Προσθετολόγος, Αναπληρωτής Καθηγητής Κινητής Προσθετικής, Οδοντιατρικής Σχολής Ε.Κ.Π.Α.*
Αλεξάνδρα Σκλαβούνου, *Καθηγήτρια & Διευθύντρια, Εργαστήριο Στοματολογίας, Τμήμα Οδοντιατρικής Πανεπιστήμιο Αθηνών.*
Δρ. Μίνως Σταυριδάκης, *Προσθετολόγος.*
Φώτης Τζέρμπος, *Επίκουρος Καθηγητής Στοματικής & Γναθοπροσωπικής Χειρουργικής Οδοντιατρικής Σχολής Ε.Κ.Π.Α.*
Ιωάννης Τζούτζας, *Αναπληρωτής Καθηγητής Οδοντιατρικής Σχολής Ε.Κ.Π.Α., Εργαστήριο Οδοντικής Χειρουργικής.*
Γεώργιος Τζώρτζης, *ΣΓΠΧ, Επιμ Α' ΕΣΥ, MSc. Υπεύθυνος Τμήματος Στοματικής & Γναθοπροσωπικής Χειρουργικής ΓΝ Τρίπολης.*
Δημήτριος Τσάτσας, *Ενδοδοντολόγος Boston University U.S.A.*
Κωνσταντίνος Τσιχλάκης, *Καθηγητής & Διευθυντής Εργαστηρίου Ακτινοδιαγνωστικής του στόματος, Οδοντιατρική Σχολή Ε.Κ.Π.Α.*

Πραγματικά είναι μια πολύ καλή ευκαιρία να παρακολουθήσετε το 13ο Παμπελοποννησιακό Οδοντιατρικό Συνέδριο, το οποίο τα τελευταία χρόνια αποτελεί σημείο αναφοράς στα οδοντιατρικά δρώμενα.

Για περισσότερες πληροφορίες σχετικά με το συνέδριο και τη συμμετοχή σας, μπορείτε να επικοινωνήσετε με την THEMA Team ΕΠΕ, Αγίου Κωνσταντίνου 40, Μαρούσι, τηλ: 210 61 07 213, e-mail: kmili@themateam.gr

Ημερίδα Ορθογναθικής Χειρουργικής

Τα Εργαστήρια Ορθοδοντικής και Στοματικής και Γναθοπροσωπικής Χειρουργικής της Οδοντιατρικής Σχολής του Αριστοτελείου Πανεπιστημίου Θεσσαλονίκης συνδιοργανώνουν το Σάββατο, 26 Μαΐου 2012, από τις 09:00 μέχρις τις 14:00, επιστημονική ημερίδα με θέμα «Ορθογναθική Χειρουργική» με ομιλητές μέλη των Δ.Ε.Π. και ειδικευόμενους στις δύο ειδικότητες. Η ημερίδα θα πραγματοποιηθεί στο Αμφιθέατρο Μανδαλιδείου, στην Οδοντιατρική Σχολή Α.Π.Θ.
Συντονιστές εκδήλωσης είναι ο Αναπληρωτής Καθηγητής Ορθοδοντικής Ν. Τοπουζέλης και η Αναπληρώτρια Καθηγήτρια Στοματικής και Γναθοπροσωπικής Χειρουργικής Α. Τριανταφυλλίδου.
Την εκδήλωση προσκαλούνται να παρακολουθήσουν ορθοδοντικοί, γναθοχειρουργοί, ειδικευόμενοι στις δύο ειδικότητες και συνάδελφοι οδοντίατροι ή φοιτητές με ενδιαφέρον στην θεματολογία της ημερίδας. Η παρακολούθηση είναι δωρεάν, απαιτείται όμως η έγκαιρη δήλωση συμμετοχής στην γραμματεία της ημερίδας (Πληροφορίες κ. Π. Ευσταθιάδου, τηλ. 2310 999651, fax: 2310 999451, email: voula@dent.auth.gr).

BHMA 85_BHMA 74 02/05/2012 11:45 π.μ. Page 36

Προκηρύξεις βραβείων της Ελληνικής Ενδοδοντικής Εταιρείας

Όπως κάθε χρονιά, η Ελληνική Ενδοδοντική Εταιρεία θα απονείμει την ερευνητική υποτροφία «Ιωάννης Μαργέλος» και το φοιτητικό βραβείο σε δύο επί πτυχίο φοιτητές της Οδοντιατρικής Σχολής. Επιπλέον, θα απονεμηθεί και το βραβείο «Σωτήρης Συκαράς», το οποίο δίνεται κάθε τρία χρόνια.

Ερευνητική υποτροφία ΕΕΕ «Ιωάννης Μαργέλος»

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

Η διάκριση συνίσταται στην απονομή τιμητικού τίτλου στον ερευνητή. Στο ερευνητικό εργαστήριο απονέμεται τιμητικός τίτλος. Παραλήπτης της διάκρισης είναι ο Διευθυντής του εργαστηρίου. Η βράβευση για το έτος 2012 θα γίνει σε ειδική τελετή κατά τη διάρκεια της επόμενης Πανελλήνιας επιστημονικής εκδήλωσης της ΕΕΕ.

Φοιτητικό Βραβείο Ελληνικής Ενδοδοντικής Εταιρείας

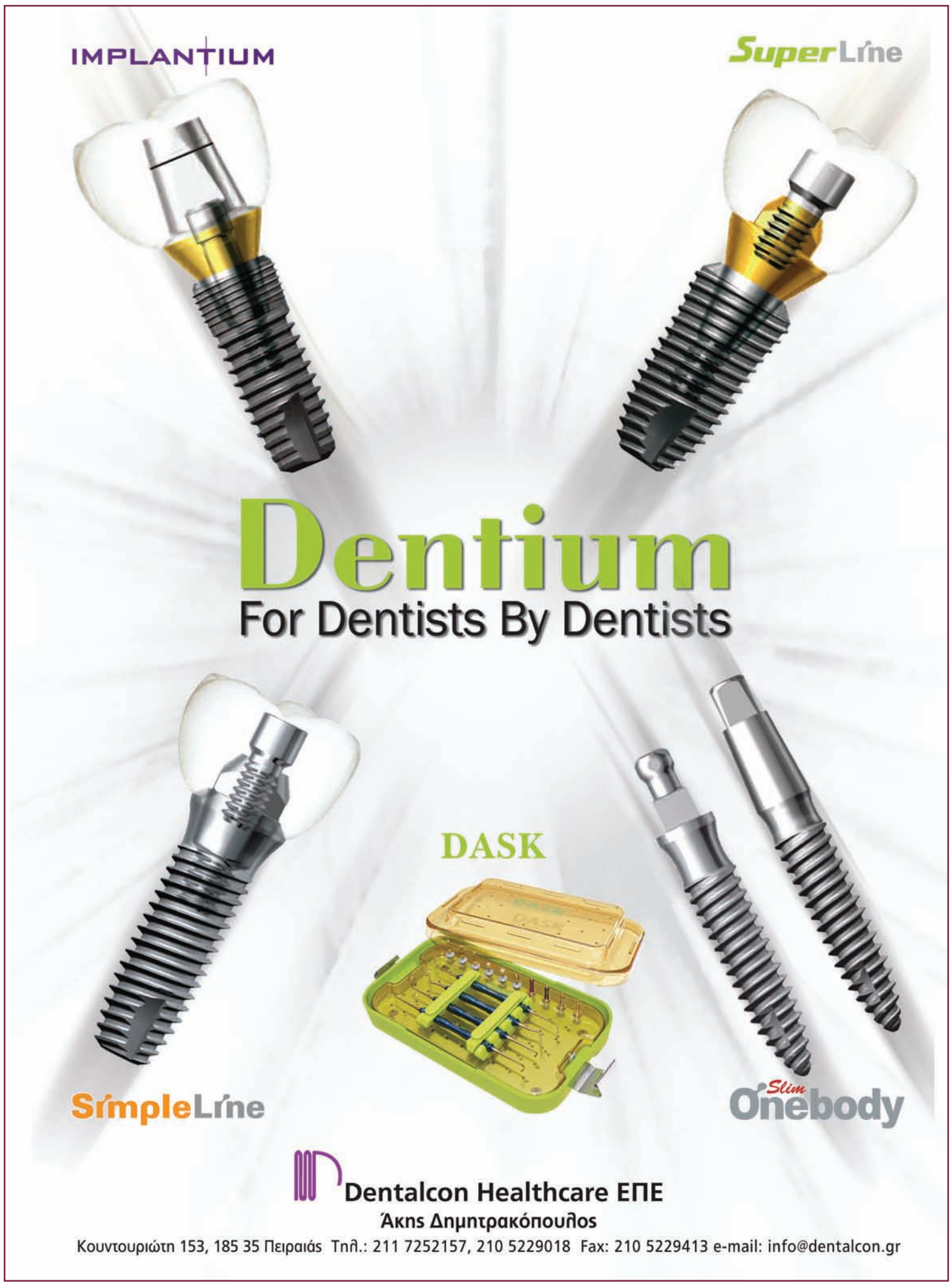
Η Ελληνική Ενδοδοντική Εταιρεία προκηρύσσει διαγωνισμό για τη χορήγηση του βραβείου της, με την ονομασία «Φοιτητικό Βραβείο Ελληνικής Ενδοδοντικής Εταιρείας».

Η διάκριση αφορά στην εξίσου κατ' έτος βράβευση δύο επί πτυχίω φοιτητών της Οδοντιατρικής Σχολής, έναν από το ΕΚΠΑ και έναν από το ΑΠΘ και συνίσταται στην απονομή τιμητικού τίτλου, ο οποίος συνοδεύεται από χρηματικό έπαθλο 500. Τιμητικός τίτλος – έπαινος απονέμεται επίσης στους δύο πρώτους επιλαχόντες, έναν από κάθε Οδοντιατρική Σχολή. Χορηγοί του βραβείου είναι οι Εταιρείες «SADENT ΑΕΒΕ», «ΜΙ-ΛΤΙΑΔΗΣ ΒΙΤΣΑΡΟΠΟΥΛΟΣ Α.Ε.» και η ΕΕΕ.

Βραβείο Ε.Ε.Ε. «Σωτήρης Συκαράς»

Η Ελληνική Ενδοδοντική Εταιρεία προκηρύσσει διαγωνισμό για την απονομή του βραβείου της με την ονομασία «Βραβείο Ελληνικής Ενδοδοντικής Εταιρείας – Σωτήρης Συκαράς», το οποίο απονέμεται ανά τριετία και συνίσταται σε εφ' άπαξ καταβολή χρηματικού ποσού χιλίων πεντακοσίων (1.500) ευρώ και χορήγηση τιμητικού διπλώματος. Χορηγός του Βραβείου είναι η Εταιρεία «Dental Expert-Αννα Ελμάογλου ΕΠΕ». Το βραβείο θα απονεμηθεί σε ειδική εκδήλωση κατά τη διάρκεια της επόμενης πανελλήνιας επιστημονικής εκδήλωσης της ΕΕΕ.

Περισσότερες πληροφορίες για τις προϋποθέσεις και τους όρους συμμετοχής στους διαγωνισμούς παρέχονται στην ιστοσελίδα της Ελληνικής Ενδοδοντικής Εταιρείας: www.endodontics.gr



Διοργάνωση της 21ης Πανθεσσαλικής Οδοντοστοματολογικής Συνόδου

«Ελκυστικό χαμόγελο, ο καθρέφτης της υγείας» θα είναι το θέμα της 21ης Πανθεσσαλικής Οδοντοστοματολογικής Συνόδου, η οποία αποτελεί μια κοινή προσπάθεια των τεσσάρων Οδοντιατρικών Συλλόγων της Θεσσαλίας με τη συνδρομή της Στοματολογικής Εταιρείας Θεσσαλίας.

Η Πανθεσσαλική Οδοντοστοματολογική Σύνοδος διοργανώνεται εδώ και 21 χρόνια με επιτυχία, χάρη στις συντονισμένες προσπάθειες των τεσσάρων Συλλόγων, με σκοπό την αρτιότερη ενημέρωση των μελών τους αλλά και των λοιπών οδοντιάτρων από άλλους Συλλόγους που θα παραβρεθούν.

Και φέτος, όπως και κάθε χρονιά, καταβάλλεται μεγάλη προσπάθεια ώστε να παρουσιαστεί ένα πρόγραμμα, που θα καλύπτει όσο το δυνατό περισσότερους τομείς της οδοντιατρικής, αλλά και θέματα γενικού ενδιαφέροντος.

Φέτος η Σύνοδος θα πραγματοποιηθεί στο Βόλο, στο ξενοδοχείο Domotel Xenia Volou από Παρασκευή 18 έως Κυριακή 20 Μαΐου 2012.

Το κόστος εγγραφής είναι 50,00 την ημέρα της Συνόδου. Οι φοιτητές δικαιούνται 50% έκπτωση με επίδειξη της φοιτητικής τους ταυτότητας.

Για περισσότερες πληροφορίες μπορείτε να επικοινωνήσετε με τον Οδοντιατρικό Σύλλογο Μαγνησίας, τηλ.: 24210 27521 (από 13:30 - 14:30 Δευτέρα- Παρασκευή), fax.: 242107670, email: info@os-magnesia.gr

MIS - Σεμινάριο εμφυτευματολογίας στη Νέα Υόρκη

Η εταιρεία MIS διοργανώνει από τις 30 Ιουλίου έως τις 2 Αυγούστου 2012
σεμινάριο Εμφυτευματολογίας «Implants in the Apple» στο New York University. Διεθνούς φήμης ομιλητές θα παρουσιάσουν πρωτοποριακές τεχνικές και λύσεις.

Στα πλαίσια του σεμιναρίου, θα πραγματοποιηθεί η 2ο Ετήσια MIS Ποδηλατοδρομία στα περίχωρα της Νέας Υόρκης.

Θα απονεμηθεί δίπλωμα από την MIS και το NYU.

Για πληροφορίες επικοινωνήστε με την εταιρεία ΝΕΓΡΙΝ Dental στο τηλ.: 210 7711605.

ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΕΤΑΙΡΕΙΑ ΠΑΘΟΛΟΓΙΑΣ ΣΤΟΜΑΤΟΣ
2° ΠΑΝΕΛΛΗΝΙΟ ΣΥΝΕΔΡΙΟ
ΣΤΟΜΑΤΟΛΟΓΙΑΣ
13-14 Σεπτεμβρίου 2012 | Ξενοδοχείο Hilton, Αθήνα
www.oralpathmed.gr
&
EUROPEAN ASSOCIATION OF ORAL MEDICINE
11th BIENNIAL EAOM CONGRESS
13th-15th September, 2012 | Hilton Athens Hotel
www.eaom2012.gr
Γραμματεία Συνεδρίων:
ERA ΕΠΕ, Ασκληπιού 17, 10680 Αθήνα
Τηλ.: 210 3634944, Fax: 210 3631690, E-mail: info@era.gr, website: www.era.gr
era

BHMA 85_BHMA 74 02/05/2012 11:45 π.μ. Page 38

Τα αποτελέσματα δέκα ετών έρευνας

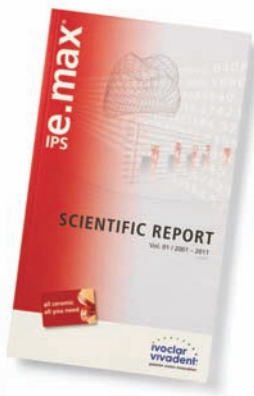
Μελέτες που αφορούν το ολοκεραμικό σύστημα IPS e.max

Η νέα Επιστημονική Αναφορά από την Ivoclar Vivadent περικλείει τις σημαντικότερες μελέτες του IPS e.max που διεξήχθησαν τα τελευταία δέκα χρόνια. Περισσότερες από 20 κλινικές in-vivo μελέτες, καθώς και άλλες in-vitro μελέτες έχουν συγκεντρωθεί και παρουσιάζονται με σαφή και δομημένο τρόπο. Αυτές επιβεβαιώνουν την επιτυχή εφαρμογή και την αξιοπιστία του συστήματος IPS e.max.

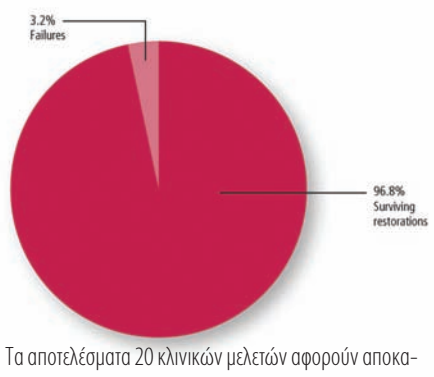
Το IPS e.max είναι ένα καινοτόμο ολοκεραμικό αποκαταστατικό σύστημα, το οποίο περιλαμβάνει ένα υαλοκεραμικό διπυριτικού λιθίου και ένα υλικό οξειδίου του ζιρκονίου, κατάλληλα για τεχνική πρεσαρίσματος και τεχνική CAD/CAM. Το σύστημα συμπληρώνεται από ένα καθολικής χρήσης υαλοκεραμικό νανο-φθοριοαπατίτη, το οποίο χρησιμεύει ως υλικό επικάλυψης για το σύνολο των αποκαταστάσεων.

Ελκυστική παρουσίαση επιστημονικών δεδομένων

Από την έναρξη της ανάπτυξης του πριν από μια δεκαετία, το σύστημα IPS e.max ερευνήθηκε επιστημονικά σε συνεχή βάση. Πολλοί σημαντικοί ερευνητές με τις μελέτες τους συνέβαλαν ουσιαστικά στη δημιουργία μιας αξιόλογης πηγής επιστημονικών δεδομένων για το IPS e.max. Τα αποτελέσματα των σημαντικότερων ερευνών που περιλαμβάνουν λεπτομέρειες σχετικά με τη μεθοδολογία, τα ποσοστά επιτυχίας και τα ποσοστά επιβίωσης παρατίθενται στη νέα Επιστημονική Αναφορά για το IPS e.max.



Η Επιστημονική Αναφορά από τον Ivoclar Vivadent συγκεντρώνει για πρώτη φορά τις σημαντικότερες μελέτες του IPS e.max, που διεξήχθησαν τα τελευταία δέκα χρόνια.



Τα αποτελέσματα 20 κλινικών μελετών αφορούν αποκαταστάσεις (στεφάνες και γέφυρες) που κατασκευάστηκαν με το σύστημα IPS e.max. Παρατίθενται τα ποσοστά αποτυχίας και τα ποσοστά επιβίωσης: Ποσοστό 96,8% επιβίωση. Ποσοστό 3,2% αποτυχία.

Συνολικό ποσοστό επιβίωσης του συστήματος 96,8 %

Η αναφορά συνοψίζει δεδομένα από την κλινική εφαρμογή του IPS e.max, τα οποία καλύπτουν μεγάλους χρόνους ελέγχου: περισσότερο από πέντε χρόνια για το οξείδιο του ζιρκονίου και περισσότερο από δέκα χρόνια για το διπυριτικό λίθιο. Επιπλέον, το συνολικό ποσοστό επιβίωσης του συστήματος υπολογίστηκε συνδυάζοντας τα ποσοστά του IPS e.max Press (έξι μελέτες), του IPS e.max CAD (έξι μελέτες) και του IPS e.max ZirCAD (οκτώ μελέτες). Οι 20 αυτές μελέτες περιλαμβάνουν ένα σύνολο 1.071 αποκαταστάσεων. Το συνολικό ποσοστό επιβίωσης του συστήματος υπολογίστηκε στο 96,8%.

Δεδομένα για τα επιμέρους συστατικά του συστήματος

Εκτός από τα συνολικά αποτελέσματα του συστήματος IPS e.max, η Επιστημονική Αναφορά περιέχει επίσης και αποτελέσματα κλινικών δοκιμών που επικεντρώνονται στα επιμέρους συστατικά. Μελετήθηκαν τα υαλοκεραμικά διπυριτικού λιθίου IPS e.max Press και IPS e.max CAD, το υλικό IPS e.max ZirCAD με βάση το οξείδιο του ζιρκονίου, καθώς και σχετικά προϊόντα όπως το IPS e.max ZirPress και το IPS e.max Ceram. Τα ποσοστά επιβίωσης των υλικών αυτών κυμαίνονται μεταξύ 93,7% και 98,4%. Η Επιστημονική Αναφορά (Scientific Report) του IPS e.max Vol. 01/2001–2011 στην Αγγλική γλώσσα διατίθεται στη διεύθυνση www.ivoclarvivadent.com.

Το IPS e.max® αποτελεί πατέντα του Ivoclar Vivadent AG.

Η ιστοσελίδα της Ivoclar Vivadent για κινητά και tablet PCs

Η βελτιωμένη ιστοσελίδα της Ivoclar Vivadent έχει πλέον την κατάλληλη μορφή για πλοήγηση σε αυτή μέσω κινητού τηλεφώνου και tablet PCs. Οι χρήστες μπορούν τώρα να έχουν πρόσβαση στο περιεχόμενο της ιστοσελίδας πολύ πιο εύκολα και άνετα, ακόμη και όταν βρίσκονται καθ' οδόν.

Ολοένα και αυξάνονται όσοι έχουν πρόσβαση στο διαδίκτυο μέσω κινητού τηλεφώνου ή υπολογιστή tablet, προκειμένου να βρουν τις πληροφορίες που χρειάζονται, ανεξάρτητα με το πού βρίσκονται. Για να ανταποκριθεί στις ανάγκες τους, η Ivoclar Vivadent βελτίωσε το σχεδιασμό της ιστοσελίδας της, αναφορικά με την πρόσβαση σε αυτή από το κινητό.

Όταν οι χρήστες επισκέπτονται την ιστοσελίδα της Ivoclar Vivadent από ένα smartphone ή τάμπλετ, η ιστοσελίδα ανοίγει αυτόματα στην έκδοση για κινητά τηλέφωνα. Η ιστοσελίδα για κινητά τηλέφωνα προσφέρει το ίδιο περιεχόμενο και λειτουργίες, όπως και η κανονική ιστοσελίδα. Ωστόσο, μέρος του περιεχομένου έχει διαφορετική διάταξη, ώστε να είναι ευκολότερη η πλοήγηση σε μικρότερη οθόνη. Η έκδοση αυτή της ιστοσελίδας είναι διαθέσιμη για όλους τους τύπους κινητών συσκευών και το περιεχόμενό της θα προσαρμόζεται αυτόματα στο μέγεθος της οθόνης της συσκευής που χρησιμοποιείται.

Η ιστοσελίδα της Ivoclar Vivadent βελτιώθηκε για πιο άνετη πρόσβαση μέσω smartphone και τάμπλετ PCs

Μια ιστοσελίδα φιλική προς το χρήστη

Η ιστοσελίδα της Ivoclar Vivadent διαθέτει ελκυστικό και εύκολο σχεδιασμό. Η απλή καθοδήγηση του χρήστη και η έξυπνη λειτουργία αναζήτησης παρέχουν εύκολη πρόσβαση σε μια μεγάλη ποικιλία προϊόντων και έναν πλούτο πληροφοριών για τους οδοντιάτρους και τους οδοντοτεχνίτες.

Για περισσότερες πληροφορίες μπορείτε να επικοινωνήσετε με την Ivoclar Vivadent AG
Bendererstr. 2
9494 Schaan
Principality of Liechtenstein
Phone: +423 235 35 35 Fax: +423 235 33 60
E-mail: info@ivoclarvivadent.com
www.ivoclarvivadent.com

Duraphat® 5000 ppm

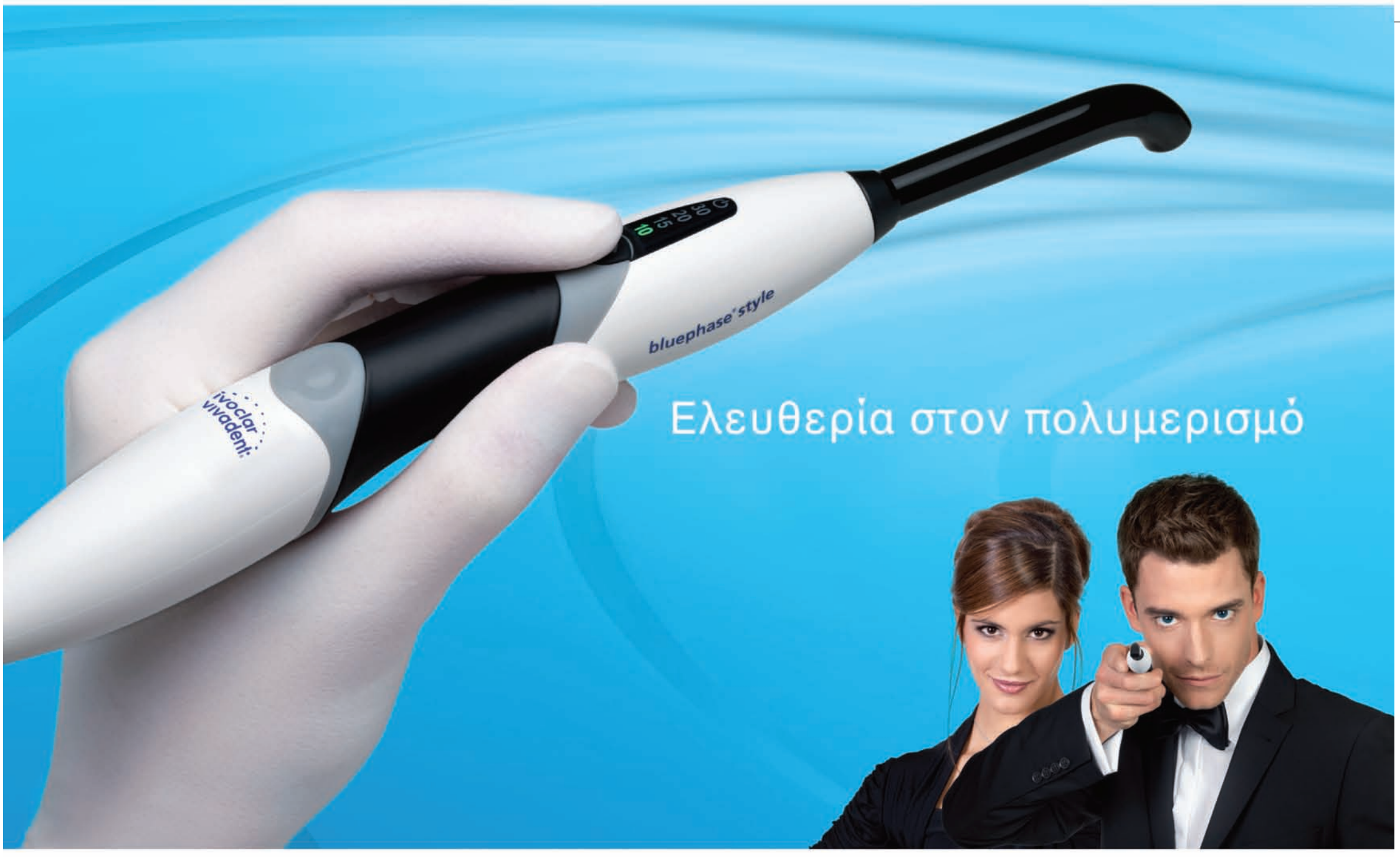
Οδοντόπαστα υψηλής συγκέντρωσης φθορίου

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. Φθορίαση 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 Υδωρ 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 7,04€

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ
1. Arends & Schuthof: Effect of Fluoridation on Lesion Depth and Microhardness Indentations of Artificial White Spot Lesions. Caries Res 15, 176-178, 1981
2. 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

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

Φαρμακοεπαγρύπνηση: 210 8045712



ΝΕΟ

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

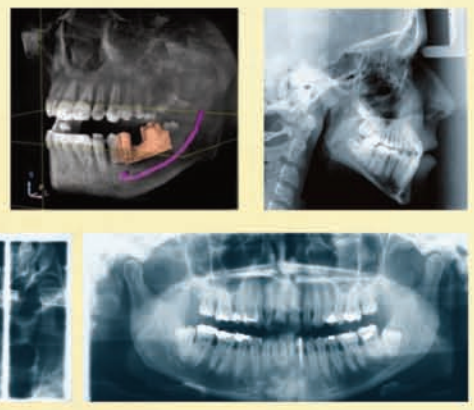
πολυμορφικό και ευέλικτο

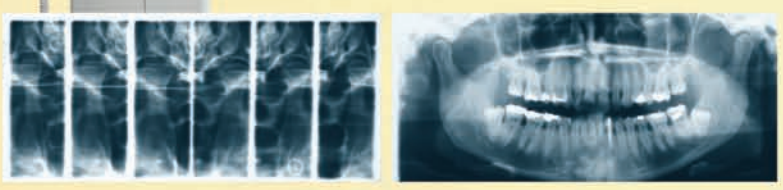
sirona
το παρελθόν και η συνέχεια των οδοντιατρικών
SIEMENS

ORTHOPHOS XG 5 DS CEPH

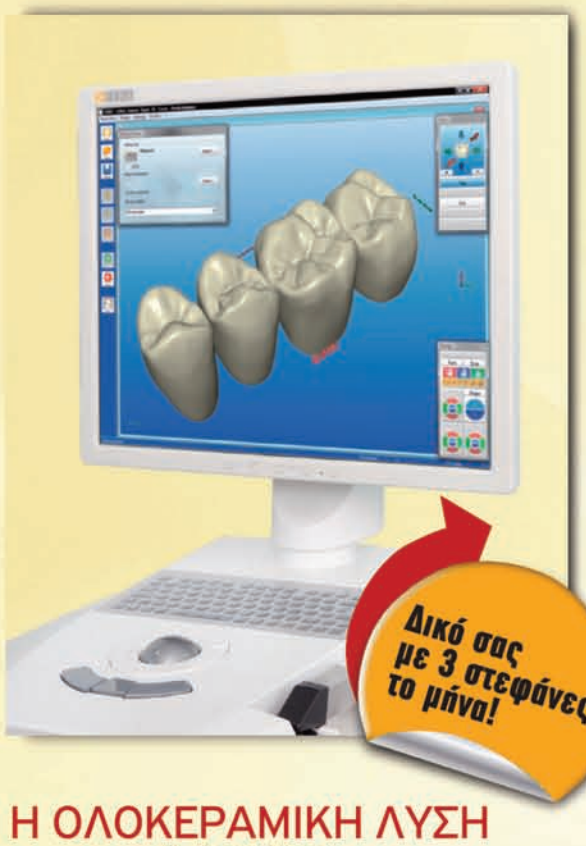
ΕΠΕΚΤΑΣΙΜΟ ΣΕ 3D CONE BEAM*

*** 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.