Οδοντιατρικο Βημα

ΔΙΜΗΝΙΑΙΑ ΕΚΔΟΣΗ Σκουφά 64 106 80 Αθήνα Τηλ. 210 3814 939 Fax 210 3803 327 e-mail: odvima@otenet.gr ΜΑΪΟΣ - ΙΟΥΝΙΟΣ 2012 ΤΕΥΧΟΣ 86

Επαναλαμβανόμενες θραύσεις οδοντοστοιχιών

ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΟΥ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΟΣ

Η θεαματική πρόοδος της Οδοντιατρικής τις τελευταίες δεκαετίες έχει αναμφίβολα βελτιώσει αισθητά το επίπεδο στοματικής υγείας. Με τη βελτίωση της ποιότητας ζωής και της οδοντιατρικής περίθαλψης όλο και περισσότερα άτομα διατηρούν για μεγαλύτερο χρονικό διάστημα τα δόντια τους.

Με την αύξηση όμως του προσδόκιμου επιβίωσης, ο αριθμός των νωδών ασθενών συνεχίζει να είναι μεγάλος και η ανάγκη για προσθετική αποκατάσταση με οδοντοστοιχίες παραμένει και θα αποτελεί λύση ανάγκης ή και επιλογή για πολλά χρόνια ακόμα. Το πλέον αποδεκτό υλικό κατασκευής οδοντοστοιχιών, παρά τα εγγενή μειονεκτήματα σε ό,τι αφορά στις φυσικομηχανικές απαιτήσεις και κυρίως την αντοχή στη θραύση και κόπωση,, εξακολουθεί να είναι η θερμοπολυμεριζόμενη ακρυλική ρητίνη. Οι οδοντοστοιχίες για να λειτουργούν ικανοποιητικά στο στοματικό περιβάλλον πρέπει να μπορούν να ανθίστανται στις μασητικές δυνάμεις.

Οι **Ν. Πολυχρονάκης, Α. Ζήσης και Στ. Γιαννικάκης** αναλύουν ένα από τα συνηθέστερα προβλήματα που καλείται να αντιμετωπίσει ο οδοντίαστρος στην καθημερινή κλινική πράξη: τη θραύση της οδοντοστοιχίας. *Σελ. 4.*

Τεχνικές Οστικής Ανάπλασης για Τοποθέτηση Εμφυτευμάτων

Μέρος 2ο

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. Στο προηγούμενο τεύχος, ο καθηγητής Ιατρικής Σχολής Αθηνών, Διευθυντής της Κλινικής Γναθοπροσωπικής Χειρουργικής του Νοσοκομείου «Αττικόν» **Ε. Βαϊρακτάρης** αναφέρθηκε εκτενώς στις τεχνικές με άθικτη φατνιακή ακρολοφία. Στο παρόν άρθρο, ο καθηγητής αναλύει τις τεχνικές που πραγματοποιούνται με οστεοτομία. *Σελ. 23.*

ΣΥΝΔΡΟΜΟ REITER: Σημαντικός ο ρόλος του Στοματολόγου

Το Σύνδρομο Reiter ή αντιδραστική αρθρίτις, αποτελεί ένα ακόμη παράδειγμα στο χώρο της Ιατρικής, όπου η κλινική γνώση και πείρα καταξιώνεται στην κλινική πράξη. Στο άρθρο του, ο Στοματολόγος Ιατρός - Οδοντίατρος Γ.Χ.Λάσκαρης αναφέρει τα χαρακτηριστικά του συνδρόμου, τις αιτίες εκδήλωσής του (αν και η ακριβής αιτιολογία πραμένει ασαφής) και τον πληθυσμό που προσβάλλει συχνότερα. Επίσης, επισημαίνει την ανάγκη συνεργασίας γιατρών πολλών ειδικοτήτων για την αντιμετώπιση της νόσου. *Σελ. 26.*

Αντιμετώπιση της οδοντινικής υπερευαισθησίας

Τι είναι η οδοντινική υπερευαισθησία, ποιά είναι τα χαρακτηριστικά της και ποιοί παράγοντες την προκαλούν; Η κα. **Κατερίνα Σολωμού**, υπεύθυνη επιστημονικών θεμάτων στην Colgate- Palmolive, δίνει απαντήσεις στα παραπάνω ερωτήματα και εξηγεί ότι με βάση την υδροδυναμική θεωρία, τα επώδυνα ερεθίσματα προκαλούν αλλαγή στην κίνηση του υγρού της οδοντίνης, με αποτέλεσμα να ενεργοποιούνται οι νευρικές απολήξεις και να προκαλείται πόνος. *Σελ. 20.*

Ένας ιδανικός συνδυασμός

Το υαλοκεραμικό διπυριτικού λιθίου (LS2) φαίνεται ότι ενισχύει την αισθητική εμφάνιση και τη μακροβιότητα των προσθετικών αποκαταστάσεων. Στο συγκεκριμένο θέμα, αναλύονται οι δυνατότητες του συστήματος IPS e.max® System, το οποίο προσαρμόζεται σταθερά στις μεταβαλλόμενες συνθήκες της αγοράς και στις ανάγκες των χρηστών. Μάλιστα, όταν χρησιμοποιείται σε συνδυασμό με το σύστημα CEREC® AC System (Sirona), επιτρέπει την κατασκευή αισθητικών αποκαταστάσεων με υψηλή ακρίβεια εφαρμογής, σε μια συνεδρία. *Σελ. 16.*

Στις 29 και 30 Σεπτεμβρίου το Πανελλήνιο Συνέδριο της ITI στο Μέγαρο Μουσικής

Εν μέσω κρίσης, η επιστημονική εταιρεία Ι.Τ.Ι. συνεχίζει να προσελκύει νέα μέλη σε Ελλάδα και Κύπρο, αποδεικνύοντας ότι οι δυνατότητες που προσφέρει στους οδοντιάτρους είναι πολύτιμες. Ο γναθοπροσωπικός χειρουργός και υπεύθυνος για θέματα επικοινωνίας του ελληνικού τμήματος της Ι.Τ.Ι., **Γεώργιος Βήλος**, μίλησε στο Ο.Β. για την Ι.Τ.Ι., τα προνόμια των μελών της, αλλά και για το Πανελλήνιο Συνέδριο που θα πραγματοποιηθεί τον ερχόμενο Σεπτέμβριο στην Αθήνα με τη συμμετοχή επιστημόνων διεθνούς ακτινοβολίας. *Σελ. 30.*

Η Κεφαλαλγία Τύπου Τάσεως και η Δυσλειτουργία του Στοματογναθικού Συστήματος

Η κεφαλαλγία είναι μια οδυνηρή εμπειρία που βασανίζει πολλά άτομα. Είναι επίσης, ένα πολύ συχνό σύμπτωμα που οφείλεται σε πολλές και διαφορετικές αιτίες. Επιστημονικές έρευνες καταδεικνύουν ένα ευρύ φάσμα συχνοτήτων, με ποσοστά που κυμαίνονται από 20% μέχρι και 100%.

Αποτελεί πράγματι, σπάνιο φαινόμενο η ανεύρεση ατόμων που να μην έχουν, έστω και μία φορά στη ζωή τους, εμπειρία πονοκεφάλου.

Η σοβαρή αυτή διαφορά μεταξύ των ποσοστών μπορεί να εξηγήσει τις μεγάλες αποκλίσεις που παρουσιάζει η παράμετρος «κεφαλαλγία».

Κατ' αρχάς, θα πρέπει να διευκρινίσουμε τι ακριβώς εννοούμε λέγοντας «κεφαλαλγία».

Παραδείγματος χάρη, ένας πόνος στην περιοχή των ζυγωματικών δύσκολα μπορεί να περιγραφεί ως κεφαλαλγία, σε αντίθεση με έναν πόνο που εντοπίζεται στους κροτάφους. Σε αυτές λοιπόν τις περιοχές, υπάρχουν μετακινούμενα σύνορα, βάσει των οποίων διαφοροποιείται η προσωπαλγία από την κεφαλαλγία.

Αντιθέτως, εάν θέσουμε ευθέως το ερώτημα στον ασθενή μας, εάν έχει πονοκέφαλο, τότε συχνά η απάντηση του είναι σαφής με ένα ναι ή όχι.

Ο ασθενής κατά πάγια τακτική έχει ίδιες αντιλήψεις επί του θέματος, ενώ ταυτόχρονα ο ίδιος αποφασίζει εάν θα πρέπει να πει κάτι περισσότερο γι' αυτό το θέμα.

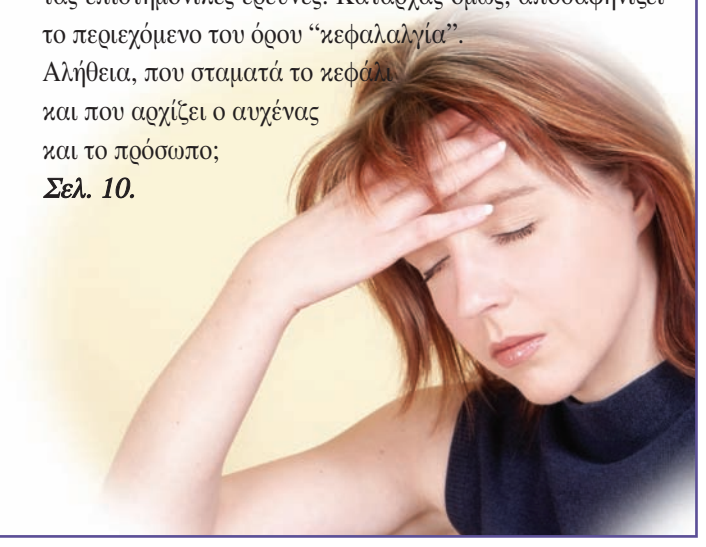
Προκύπτει λοιπόν, το ερώτημα:

Η κεφαλαλγία είναι μια οδυνηρή εμπειρία που βασανίζει πολλούς ασθενείς, έχει ευρύ φάσμα συχνοτήτων και οφείλεται σε πολλες και διαφορετικές αιτίες.

Εμπίπτει όμως, η κεφαλαλγία στην αρμοδιότητα του οδοντιάτρου; Σε αυτό το ερώτημα, ο καθηγητής **Βύρων Δρούκας** δίνει καταφατική απάντηση και την αιτιολογεί παραθέτοντας επιστημονικές έρευνες. Καταρχάς όμως, αποσαφηνίζει το περιεχόμενο του όρου "κεφαλαλγία".

Αλήθεια, που σταματά το κεφάλι
και που αρχίζει ο αυχένας
και το πρόσωπο;

Σελ. 10.



Κάντε κλικ στην ηλεκτρονική μας διεύθυνση

www.odvima.gr

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

ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΙΚΟ ΒΗΜΑ
Διμηνιαία Έκδοση
Κωδικός 016446

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: **Ηλιάνα Γιαννούλη**
Αγγελική Λαμπροπούλου
Γιούλη Κόκκορη

Υπεύθυνος λογιστηρίου
Γιώργος Κάντζος

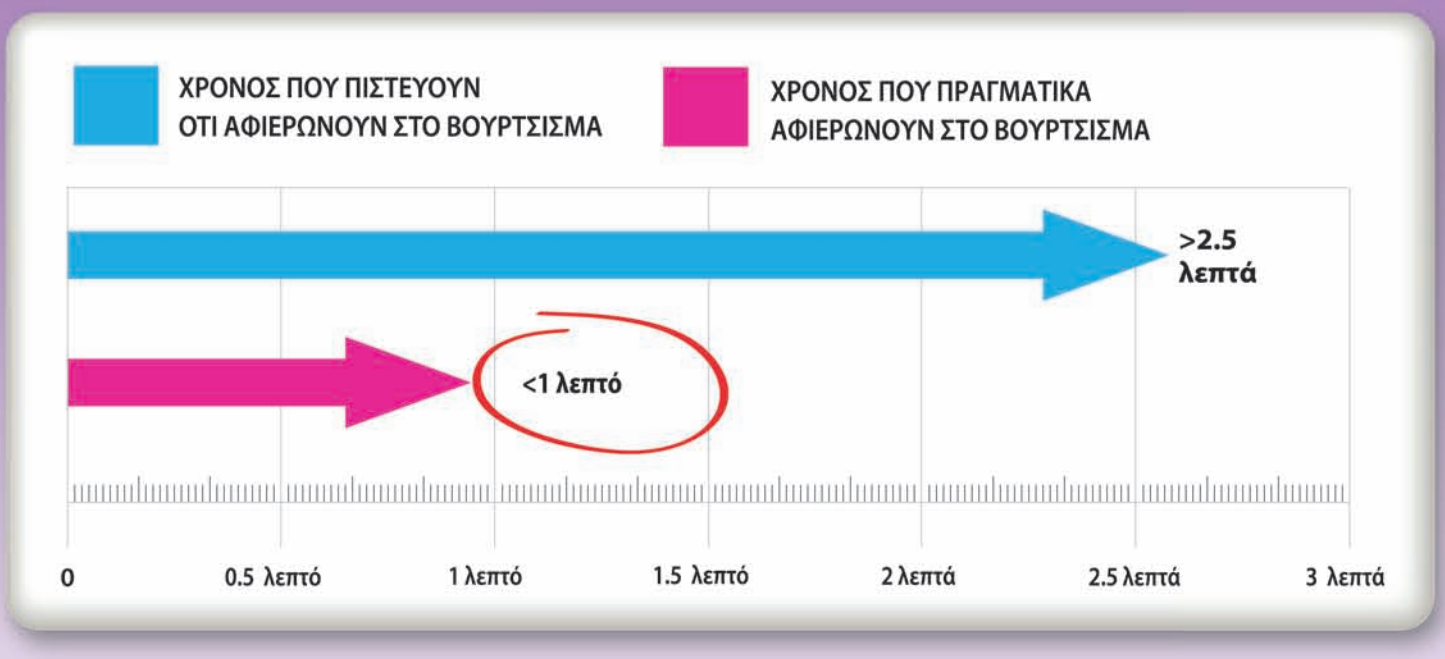
Νομικός Σύμβουλος:
Λάμπρος Ανδρ. Τσοπράς

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

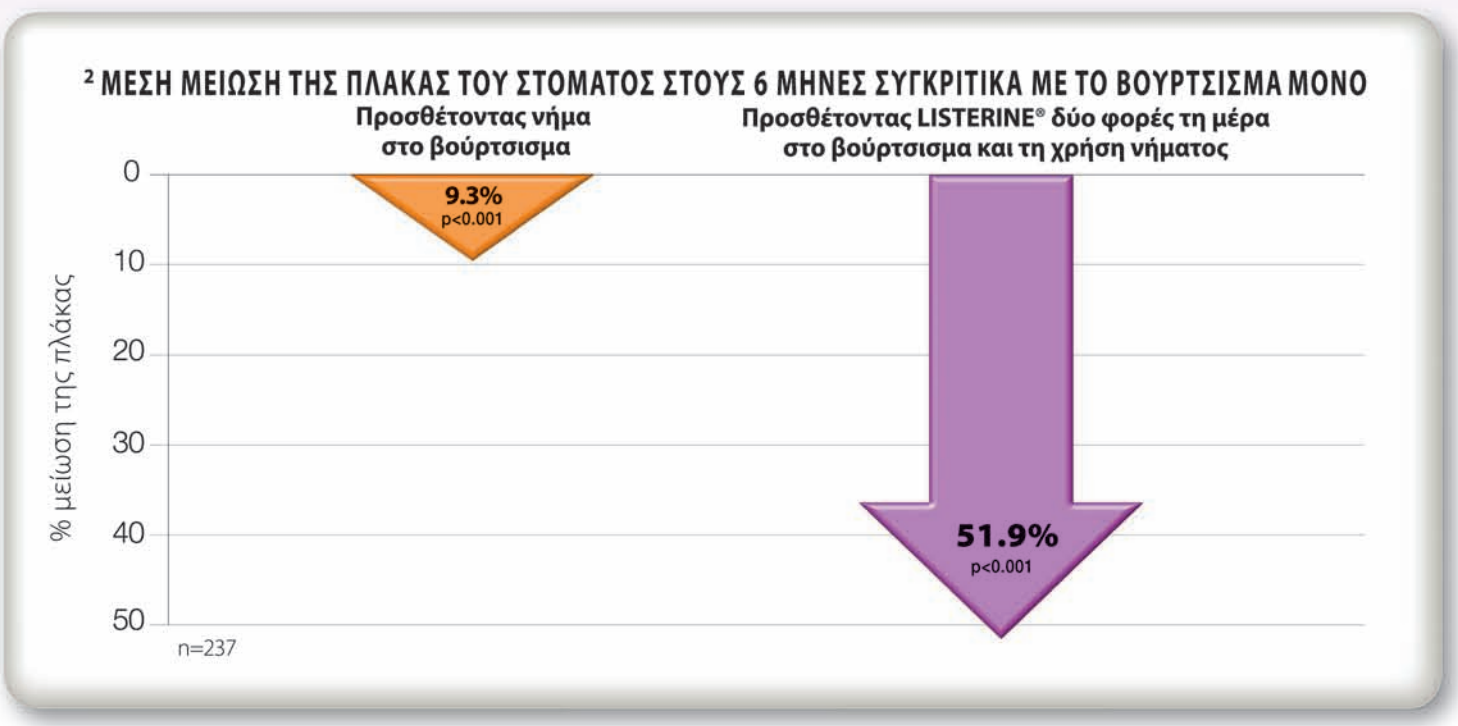
Ο χρόνος βουρτσίσματος των δοντιών είναι σημαντικός!

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

Επαναλαμβανόμενες θραύσεις οδοντοστοιχιών

ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΟΥ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΟΣ

Πρακτικό θέμα

Νικόλαος Πολυχρονάκης* Αλκιβιάδης Ζήσης Σταύρος Γιαννικάκης *****

* Λέκτορας Κινητής Προσθετικής Οδοντιατρικής Σχολής ΕΚΠΑ

** Αναπληρωτής Καθηγητής Κινητής Προσθετικής Οδοντιατρικής Σχολής ΕΚΠΑ

*** Αναπληρωτής Καθηγητής, Τμήμα Οδοντικής Τεχνολογίας, Τ.Ε.Ι. Αθήνας.

Διεύθυνση για επικοινωνία:
Νικόλαος Πολυχρονάκης,
Οδοντιατρική Σχολή ΕΚΠΑ
Θηβών 2
115 27 Γουδή, Αθήνα
Τηλ: 210-7461182
E-mail: nicpolis@dent.uoa.gr

Εισαγωγή

Η θεαματική πρόοδος της Οδοντιατρικής τις τελευταίες δεκαετίες έχει αναμφίβολα βελτιώσει αισθητά το επίπεδο στοματικής υγείας. Με την βελτίωση της ποιότητας ζωής και της οδοντιατρικής περίθαλψης όλο και περισσότερα άτομα διατηρούν για μεγαλύτερο χρονικό διάστημα τα δόντια τους.

Με την αύξηση όμως του προσδόκιμου επιβίωσης, ο αριθμός των νωδών ασθενών συνεχίζει να είναι μεγάλος και η ανάγκη για προσθετική αποκατάσταση με οδοντοστοιχίες παραμένει και θα αποτελεί λύση ανάγκης ή και εκλογής για πολλά χρόνια ακόμα. Το πλέον αποδεκτό υλικό κατασκευής οδοντοστοιχιών, παρά τα εγγενή μειονεκτήματα σε ότι αφορά στις φυσικομηχανικές απαιτήσεις και κυρίως την αντοχή στην θραύση και κόπωση, εξακολουθεί να είναι η θερμοπολυμεριζόμενη ακρυλική ρητίνη. Οι οδοντοστοιχίες για να λειτουργούν ικανοποιητικά στο στοματικό περιβάλλον πρέπει να μπορούν να ανθίστανται στις μασητικές δυνάμεις.

Στην καθημέρα κλινική πράξη είναι σύνηθες το φαινόμενο να υφίστανται οι οδοντοστοιχίες βλάβες, όπως θραύση της βάσης, αποκόλληση ή και θραύση δοντιών, κ.τ.λ.[1]

Θραύση οδοντοστοιχίας μπορεί να συμβεί είτε κατά τη λειτουργία της ή τυχαία (π.χ. πτώση ή ατύχημα).

Η θραύση κατά τη λειτουργία οφείλεται σε βιοχημικούς και μηχανικούς παράγοντες:

Α) Οι βιοχημικοί παράγοντες σχετίζονται κυρίως με τη σύσταση του σάλιου. Το νερό του σάλιου απορροφάται από το πολυμερές της βάσης της οδοντοστοιχίας και εξασθενεί τη συνοχή του γιατί δρα σαν πλαστικοποιητής. Επίσης ένζυμα αλλά και χημικές ουσίες (π.χ. οξέα, βάσεις, αλκοόλ) του σάλιου ή της τροφής έχουν σαν αποτέλεσμα την χημική επιβάρυνση του ιστού της ρητίνης.

Β) οι μηχανικοί παράγοντες σχετίζονται με τις τάσεις που ασκούνται στη μάζα της ακρυλικής ρητίνης κατά την άσκηση μασητικών δυνάμεων αλλά και λόγω άλλων παραγόντων, όπως ύπαρξη ξένων σωμάτων (υπολείμματα γύψου, τοποθέτηση σύρματος) ή πόρων που αποτελούν σημεία συγκέντρωσης τάσεων, τη γεωμετρία και τυχόν ανωμαλίες της επιφάνειας της οδοντοστοιχίας.[2-6]

Η θραύση της οδοντοστοιχίας μπορεί να οφείλεται επίσης στην κακή εφαρμογή της βάσης στην επιφάνεια έδρασης που να προκαλείται από σφάλματα κατά την κατασκευή της ή είναι αποτέλεσμα της απορρόφησης της φατνιακής ακρολοφίας. Συγκλεισιακή δυσαρμονία (μη ισόρροπη σύγκλειση), ατελής πολυμερισμός της ακρυλικής ρητίνης και η μειωμένη αντοχή στη θραύση του υλικού της βάσης είναι άλλοι παράγοντες που οδηγούν συχνά σε θραύση βάσης οδοντοστοιχίας.[3,7]

Είναι γεγονός ότι οι επαναλαμβανόμενες κάμψεις που υφίσταται το υλικό κατά τη μάσηση οδηγούν σε κόπωση της βάσης χωρίς όμως να είναι δυνατή η θραύση αν δεν συνυπάρχουν και άλλοι παράγοντες.[5] Σύμφωνα με μελέτη[8] θεωρητικά ένας νωδός ασθενής με οδοντοστοιχίες δεν μπορεί με την άσκηση ακόμα και της μέγιστης μασητικής του δύναμης, να θραύσει μια οδοντοστοιχία. Η κλινική πράξη όμως αποδεικνύει ότι συμβαίνουν πολλές θραύσεις και μάλιστα επαναλαμβανόμενες. Συχνή είναι η θραύση άνω οδοντοστοιχιών που συγκλίνουν με ανταγωνιστή φυσικό φραγμό ή με φραγμό που έχει αποκατασταθεί με προσθετική εργασία στηριζόμενη σε φυσικά δόντια ή εμφυτεύματα.

Κλινικοί παράγοντες που σχετίζονται με τη θραύση των οδοντοστοιχιών είναι το μη σωστά οριοθετημένο μασητικό επίπεδο, το συγκλεισιακό σχήμα, οι υπερβολικές μασητικές δυνάμεις (παραλειτουργικές έξεις), νευρολογικά προβλήματα (επιληψία, parkinson) και οι εκσεσημασμένοι χαλινοί.[4,5,6,9,10,11] Το φαινόμενο της θραύσης στη μέση γραμμή, συνήθης περιοχή θραύσης, εξηγείται για την μεν άνω οδοντοστοιχία από τη κάμψη των δύο ημιμορίων της με υπομόχλιο την οβελιαία ραφή της υπερώας αποτέλεσμα της απορρόφησης της ακρολοφίας για την δε κάτω από τη μικρότερη διατομή της βάσης στην περιοχή της μέσης γραμμής. Η εντομή του χαλινού και το διάστημα μεταξύ των κεντρικών υποβοηθεί τοπογραφικά την εκκίνηση της ρωγμής από τη μέση γραμμή.[1,10,12]

Η ανάγκη για επιδιορθώσεις οδοντοστοιχιών επιβεβαιώνεται από διάφορες αναφορές όπως αυτή του Cunningham[13] που βρήκε ότι ο αριθμός των οδοντοστοιχιών που επιδιορθώνονται κάθε χρόνο είναι το 60% αριθμού των οδοντοστοιχιών που κατασκευάζονται. Επίσης σε έρευνα που πραγματοποίησε ο Hargreaves[14] αναφέρεται ότι το 68% των οδοντοστοιχιών που κατασκευάζονται και τοποθετούνται σε ασθενείς θα θραυστούν μέσα στα επόμενα τρία χρόνια.

Μέθοδοι αντιμετώπισης του προβλήματος

Για την αντιμετώπιση του προβλήματος της θραύσης των οδοντοστοιχιών η ανεύρεση της αιτίας που την προκάλεσε και η αντιμετώπισή της θεωρείται πρωταρχικής σημασίας, διαφορετικά η οδοντοστοιχία είναι πολύ πιθανό να θραυστεί ξανά και μάλιστα σε σύντομο χρονικό διάστημα.[6] Όσον αφορά τις μεθόδους που έχουν κατά καιρούς προταθεί για την ενίσχυση της βάσης των οδοντοστοιχιών είναι: 1) Η χρήση τροποποιημένων θερμοπολυμεριζόμενων ακρυλικών ρητινών υψηλής αντοχής στην κρούση (high impact acrylics) 2) η αντικατάσταση του πολυμεθακρυλικού μεθυλίου με άλλα εναλλακτικά υλικά 3) η ενσωμάτωση διαφόρων ενισχυτικών (ίνες, πλέγμα) μέσα στη μάζα της ρητίνης 4) η ενσωμάτωση μεταλλικού σύρματος ή πλέγματος στην ακρυλική ρητίνη και 5) η κατασκευή μέρους της βάσης της οδοντοστοιχίας από κράματα μετάλλων.

1) Τροποποιημένες θερμοπολυμεριζόμενες ακρυλικές ρητίνες υψηλής αντοχής στην κρούση (high impact acrylics). Παράγονται με τη προσθήκη στο πολυμεθακρυλικό μεθύλιο (PMMA) ελαστομερούς βουταδιενίου-στυρενίου έτσι ώστε να τροποποιηθούν οι μηχανικές του ιδιότητες σε ότι αφορά κυρίως την αντοχή σε δυνάμεις κρούσης.[15] Το μονομερές που χρησιμοποιείται περιέχει πολύ μικρή ποσότητα ή και καθόλου παράγοντα διασταύρωσης. Η τεχνική της εγκλείστρωσης και ο κύκλος πολυμερισμού είναι ακριβώς η ίδια που ακολουθείται στις συμβατικές ακρυλικές ρητίνες. Στα πλεονεκτήματά του αναφέρονται η μεγάλη αντοχή στην κρούση (2-3 φορές μεγαλύτερη από τις συμβατικές θερμοπολυμεριζόμενες ακρυλικές ρητίνες)[16] και στην κόπωση[17] και η μικρή συστολή πολυμερισμού.[18] Αντιθέτως η σκληρότητα, το όριο αναλογίας, το μέτρο ελαστικότητας ή μέτρο του Young και η αντοχή σε θλιπτικές δυνάμεις υστερούν σε σχέση με τις συμβατικές θερμοπολυμεριζόμενες ακρυλικές ρητίνες.[15] Η χρήση των ρητινών αυτών, παρά τα μειονεκτήματά τους θεωρείται σαν η πιο επιτυχημένη και διαδεδομένη μέθοδο αντιμετώπισης του προβλήματος της θραύσης των οδοντοστοιχιών.[19]

2) Εναλλακτικά του πολυμεθακρυλικού μεθυλίου υλικά. Προσπάθειες για την παραγωγή νέων υλικών με βελτιωμένες μηχανικές ιδιότητες όπως μεγαλύτερη αντοχή στη κρούση και κόπωση σε σχέση με το πολυμεθακρυλικό μεθύλιο, έχουν γίνει στο παρελθόν και εξακολουθούν να γίνονται συνεχώς. Πολυαμίδια, εποξικές ρητίνες, πολυστυρένια, πολυμερή του βινυλίου, πολυκαρβονικά, νάυλον και διμεθακρυλική ουρεθάνη είναι μερικά από αυτά.[18,20,21] Τα υλικά αυτά δεν αποδείχθηκαν ικανά να αντικαταστήσουν το πολυμεθακρυλικό μεθύλιο σαν υλικό κατασκευής βάσης οδοντοστοιχιών και πολλά αποσύρθηκαν.[18,20,22]

3) Ενσωμάτωση ενισχυτικών ινών ή πλέγματος. Τελευταία εφαρμόζεται η ενσωμάτωση διαφόρων ινών όπως άνθρακα, υάλου αραμιδίου, και πολυαιθυλενίου με σκοπό τη βελτίωση της αντοχής στην θραύση των βάσεων οδοντοστοιχιών με ικανοποιητικά αποτελέσματα.

Οι ίνες άνθρακα (carbon fibers), που κατασκευάζονται από την θέρμανση του πολυακρυλονιτριδίου αρχικά στον αέρα στους 200-250˚C και μετά σε αδρανείς ατμοσφαιρικές συνθήκες στους 1200˚C, ενσωματώνονται στο πολυμεθακρυλικό μεθύλιο με την μορφή νήματος (ανθρακονήματα) ή πλέγματος.[23] Η χρησιμοποίηση των ινών αυτών βελτιώνει σημαντικά την αντοχή στη θραύση των οδοντοστοιχιών. Πιο αναλυτικά, οι Bowman και Maley[24] σε κλινική μελέτη που πραγματοποίησαν και περιελάμβανε 28 ασθενείς με ιστορικό επανειλημμένων θραύσεων οδοντοστοιχιών βρήκαν ότι, οι οδοντοστοιχίες που είχαν ενισχυθεί με ανθρακονήματα άντεχαν το διπλάσιο χρόνο πριν τη θραύση. Μειονεκτήματα είναι το σκούρο χρώμα τους το οποίο δημιουργεί αντιαισθητική απόχρωση στην οδοντοστοιχία, η πιθανή τοξικότητα του άνθρακα και η δυσκολία της τοποθέτησής τους κατά την διαδικασία της εγκλείστρωσης.[19,20]

Η εφαρμογή των ινών υάλου (glass fibers) στις οδοντοστοιχίες περιγράφηκε από τον Smith το 1957.[25] Οι ίνες αυτές χρησιμοποιούνται σε διάφορες μορφές όπως πλέγμα, δέσμη κτλ. (Εικ. 1,2).[19] Η ενσωμάτωση των ινών αυτών στην ακρυλική αυξάνει την αντοχή στη θραύση. Ο Hedzelek και συν.[26] βρήκαν ότι ο τρόπος εφαρμογής τους (διαστρωμάτωση) επηρεάζει σημαντικά την αντοχή στη θραύση.

Οι ίνες αραμιδίου (Kevlar) υποστηρίχθηκε ότι βελτιώνουν την αντοχή στην θραύση και τη κόπωση της ακρυλικής ρητίνης,[27] όμως δεν έτυχαν ευρείας αποδοχής λόγω της κακής αισθητικής απόδοσης (κίτρινες) και της δυσκολίας που παρουσιάζουν κατά την διαδικασία στίλβωσης.[28]

Οι ίνες πολυαιθυλενίου (ultra-high modulus polyethylene fibers) αυξάνουν, ακόμη και όταν χρησιμοποιούνται σε μικρή ποσότητα, την αντοχή στην κρούση. Σε έρευνα που πραγματοποίησε ο Gutteridge[29] βρέ-

DMG

LuxaCore® Z-Dual Smartmix

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

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

Luxatemp Star

NEO

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

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

Honigum® MixStar Heavy

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

Συστήνεται για Εμφυτευματολογία από το Brånemark Center

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

Honigum® Light

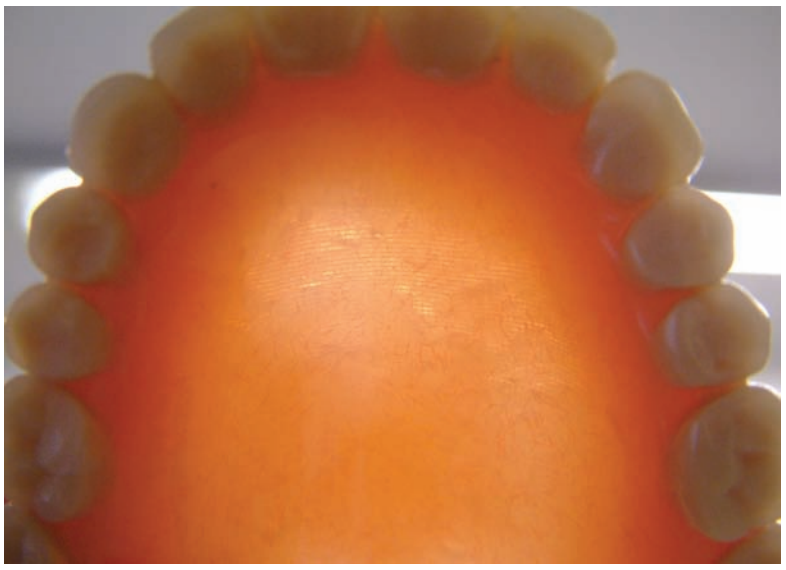
Πρωτοποριακή πολυβινυλοσιλοξάνη με μικροκρυστάλλους κεριού, λεπτόρρευστη.

Ενδείκνυται για όλες τις τεχνικές αποτύπωσης δύο φάσεων.

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

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

Επισκεφθείτε το site μας στο Internet
www.vitsaropoulos.gr



Εικ. 1: Πλέγμα υάλου στην υπερώια επιφάνεια της άνω οδοντοστοιχίας. Μετά την όπτηση.

Εικ. 2: Ίνες υάλου σε μορφή δέσμης για ενίσχυση κάτω οδοντοστοιχίας. Πριν το στοιβαγμό.

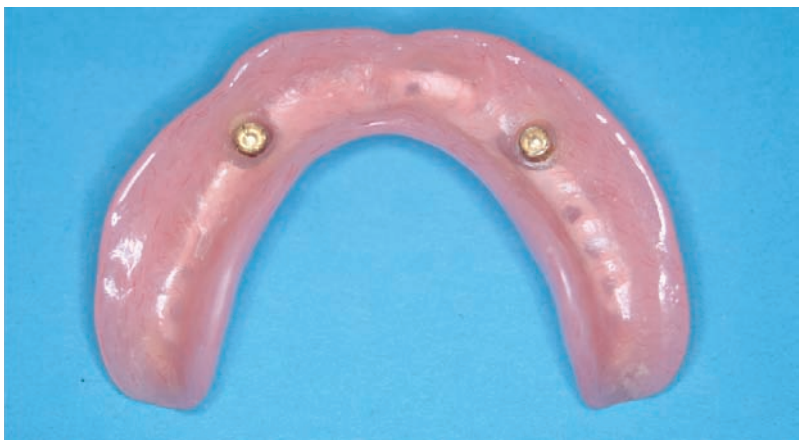
θηκε ότι η ενσωμάτωση ινών πολυαιθυλενίου μήκους 6 χιλιοστών και σε αναλογία 1% κατά βάρος ακρυλικής ρητίνης αυξάνει την αντοχή της στην κρούση. Επιπλέον η παρουσία τους μειώνει την απορρόφηση του νερού της ακρυλικής ρητίνης και ελαχιστοποιεί τις μεταβολές διαστάσεων.[30] Η ευκολία κατά την διαδικασία της στίλβωσης όπως και η αισθητική απόδοση συνιστούν επιπλέον πλεονεκτήματα.[28] Αντιθέτως, η δυσκολία που παρουσιάζουν κατά την ενσωμάτωσή τους στο ακρυλικό αποτελεί μειονέκτημα.[19]

4) Ενσωμάτωση μεταλλικού σύρματος ή πλέγματος στην ακρυλική ρητίνη. Μια από τις παραδοσιακές μεθόδους ενίσχυσης της βάσης των οδοντοστοιχιών είναι η τοποθέτηση μεταλλικού σύρματος ή πλέγματος μέσα στη μάζα της. (Εικ. 3) Με αυτό τον τρόπο έχει βρεθεί ότι αυξάνεται σημαντικά η αντοχή στην κάμψη και η αντίσταση στη θραύση. Σε εργασία που πραγματοποίησαν οι Carroll και von Fraunhofer[31] και περιελάμβανε την μελέτη της επίδρασης της ενσωμάτωσης σύρματος από ατσάλι διαφόρων διαστάσεων στην αντοχή στη κάμψη δοκιμίων από ακρυλική ρητίνη, αναφέρουν ότι η τοποθέτηση σύρματος διαμέτρου πάνω από 0,063mm αυξάνει σημαντικά την αντοχή της ακρυλικής ρητίνης. Κλινικά ανιχνεύσιμη, ωστόσο, αύξηση στην αντοχή στην κάμψη επέρχεται όταν η διάμετρος του σύρματος είναι 1,3mm. Το ερώτημα όμως που τίθεται είναι πώς θα τοποθετηθεί ένα τέτοιας διαμέτρου σύρμα στην οδοντοστοιχία δεδομένου ότι το πάχος της είναι περίπου 2mm.

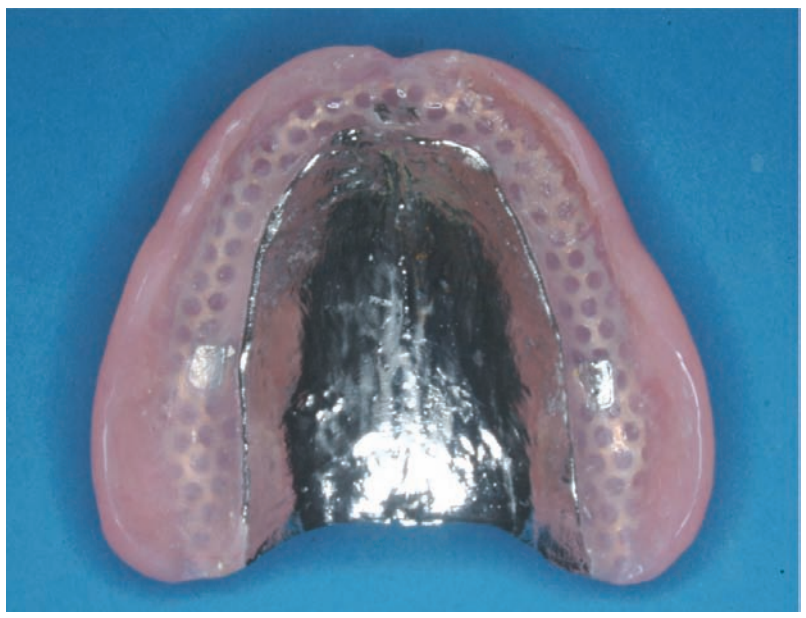
Σε ανάλογη εργασία που πραγματοποίησαν οι Vallittu και Lassila[32] όπου μελέτησαν την αντοχή στη θραύση δοκιμίων κατασκευασμένων από πολυμεθακρυλικό μεθύλιο ενισχυμένων με μεταλλικά σύρματα διαφόρων διαμέτρων βρέθηκε ότι η μεγαλύτερη αντίσταση στην θραύση επιτυγχάνεται όταν χρησιμοποιούνται σύρματα διαμέτρου 2,5mm, αν και με μικρότερης διατομής σύρματα (1,0mm) αναφέρεται ότι αυξάνεται η αντοχή στην θραύση.

Σαν μειονέκτημα αυτής της μεθόδου ενίσχυσης αναφέρεται η προβληματική εφαρμογή των οδοντοστοιχιών στους υποκείμενους ιστούς γεγονός που θα πρέπει να λαμβάνεται σοβαρά υπ' όψιν όταν πρόκειται να χρησιμοποιηθεί σύρμα σαν μέσο ενίσχυσης.[33] Επίσης η συγκέντρωση τάσεων γύρω από το σύρμα που ενσωματώνεται στην οδοντοστοιχία και μπορεί να προκαλέσει θραύση της, επιτυγχάνοντας ακριβώς αντίθετο αποτέλεσμα από το προσδοκώμενο, θεωρείται σαν ένα επιπλέον μειονέκτημα της μεθόδου.[6]

5) Κατασκευή βάσης οδοντοστοιχίας από κράματα μετάλλων. Τα υλικά που χρησιμοποιούνται για τη κατασκευή της βάσης είναι χρωμιοκοβάλτιο, χρυσός, αλουμίνιο και ανοξείδωτος χάλυβας.[6,34] Στην άνω γνάθο η μεταλλική κατασκευή μπορεί να αφορά: α) ένα τμήμα της βάσης της οδοντοστοιχίας που έχει σχήμα ιππείου πετάλου, β) υπερώια πλάκα που καλύπτει όλη την υπερώα αλλά στο οπίσθιο όριο υπάρχει μεταλλικό πλέγμα για τη συγκράτηση της ακρυλικής ρητίνης και τη δημιουργία οπισθοϋπερώϊας απόφραξης και γ) ολόκληρη τη βάση της οδοντοστοιχίας (Εικ. 4).[6] Στη κάτω γνάθο η μεταλλική κατασκευή συνήθως έχει σχήμα πλέγματος και καλύπτει την κορυφή της φατνιακής ακρολοφίας.[11] Η βιολογική συμπεριφορά των υλικών που χρησιμοποιούνται για την κατασκευή της, η θερμική αγωγιμότητα όπως και η μεγάλη αντοχή που εμφανίζει, θεωρούνται πλεονεκτήματα. Αντιθέτως στα μειονεκτήματα μπορούν να αναφερθούν το διαφορετικό από τους ιστούς χρώμα, η πολυπλοκότητα της κατασκευής, το υψηλότερο κόστος, η δυσκολία αντιμετώπισης προβλημάτων μετά την τοποθέτηση και η αδυναμία αναπροσαρμογής της βάσης.[11,16]



Εικ. 3: Ενσωμάτωση χυτού πλέγματος από χρωμιοκοβαλτιούχο κράμα στην κάτω οδοντοστοιχία (επένθετη).



Εικ. 4: Κατασκευή μεταλλικής βάσης ολικής κάλυψης της υπερώας.

Εικ. 5: Παρασκευή γλωσσικής επιφάνειας για την ενσωμάτωση ινών υάλου κατά την επιδιόρθωση θραυσμένης κάτω οδοντοστοιχίας.

Εικ. 6: Τοποθέτηση ινών υάλου και αυτοπολυμεριζόμενης ακρυλικής ρητίνης για επιδιόρθωση θραυσμένης κάτω οδοντοστοιχίας.

Συζήτηση

Το πολυμεθακρυλικό μεθύλιο από την εισαγωγή του στην οδοντιατρική 70 χρόνια πριν, παραμένει το κατ' εξοχήν υλικό κατασκευής οδοντοστοιχιών. Παρά τα πλεονεκτήματά του, π.χ. καλή αισθητική απόδοση, ευκολία στη χρήση, κλινικά αποδεκτές μεταβολές διαστάσεων, παρουσιάζει κάποια μειονεκτήματα που οφείλονται κυρίως στις φυσικομηχανικές του ιδιότητες, και συχνά δημιουργούν προβλήματα στους ασθενείς και βεβαίως στον οδοντίατρο. Στη μειωμένη αντοχή στην κρούση οφείλονται οι θραύσεις των οδοντοστοιχιών από τυχαία πτώση τους, ενώ η μειωμένη αντοχή στην κόπωση του υλικού προκαλεί θραύσεις κατά την μάσηση. Για την αύξηση της αντοχής του υλικού, προτείνονται μέθοδοι όπως η τροποποίηση της χημικής σύστασης της ρητίνης, η παραγωγή νέων υλικών με βελτιωμένες φυσικομηχανικές ιδιότητες, η ενσωμάτωση διαφόρων μεταλλικών και μη ενισχυτικών στην ακρυλική ρητίνη και η κατασκευή μεταλλικών βάσεων οδοντοστοιχιών.[6,15,19,34]

Η προσθήκη διαφόρων χημικών παραγόντων (ελαστομερών) στη συμβατική ακρυλική ρητίνη έχει σαν στόχο την παραγωγή ρητινών που απορροφούν μεγαλύτερο ποσό ενέργειας πριν την θραύση τους (υψηλής αντοχής στην κρούση) απ' ότι οι συμβατικές ακρυλικές ρητίνες. Ουσιαστικά καθιστώντας το υλικό περισσότερο ελαστικό δίνεται η δυνατότητα για απόσβεση μεγαλύτερων μασητικών δυνάμεων. Το μειονέκτημα των ρητινών αυτών είναι ότι ενώ η αντοχή σε δυνάμεις κρούσης αυξάνεται, το μέτρο ελαστικότητας μειώνεται. Αυτό σημαίνει ότι η οδοντοστοιχία παρουσιάζει μικρή αντίσταση στην ελαστική παραμόρφωση (εύκαμπτη).[15] Επίσης το υψηλότερο κόστος σε σχέση με τις συμβατικές ακρυλικές ρητίνες (3-4 φορές στην Ελληνική οδοντιατρική αγορά) θεωρείται σαν ένας παράγοντας που θα πρέπει να λαμβάνεται υπ' όψιν για την καθημερινή χρήση τους. Παρά το γεγονός ότι οι ρητίνες αυτές δεν είναι άθραυστες, όταν υπάρχουν ασθενείς με ιστορικό επανειλημμένων θραύσεων οδοντοστοιχιών ή διαφαίνονται παράγοντες που προδιαθέτουν σε θραύση, συνιστάται ανεπιφύλακτα η χρήση τους.[35]

Η χρησιμοποίηση ινών άνθρακα και αραμιδίου παρότι βελτιώνουν σημαντικά την αντοχή στη θραύση των οδοντοστοιχιών, η δυσκολία που παρουσιάζουν στις εργαστηριακές διαδικασίες όπως και η αντιαισθητική τους εμφάνιση αποτελούν ανασταλτικούς παράγοντες για την εφαρμογή τους.[19,28]

Οι ίνες ή το πλέγμα υάλου και πολυαιθυλενίου φαίνεται ότι αποτελούν αποτελεσματική μέθοδο ενίσχυσης -παρά τα μειονεκτήματά τους- της βάσης των οδοντοστοιχιών. Επίσης, οι ίνες υάλου μπορούν

Opalescence
trèswhite
SUPREME

Now TrèsFast!

Βγάζετε τα δισκάρια από την συσκευασία

Κεντράρετε το νάρθηκα στο τόξο.

Ρουφάτε ελαφρά

Αφαιρείτε το εξωτερικό δισκάριο

Φορέστε για 15–20 λεπτά.
(Treswhite Supreme 15%)

Μεγαλύτερη λευκαντική δύναμη σε λιγότερο χρόνο!
15% υπεροξείδιο του υδρογόνου με χρόνο εφαρμογής μόνο 15 λεπτά!

Trèswhite Supreme 15%

- Λεύκανση για το σπίτι σε έτοιμα προγεμισμένα δισκάρια μιας χρήσεως – δεν χρειάζεται η κατασκευή ενός νάρθηκα λεύκανσης
- 15% υπεροξείδιο του υδρογόνου - πιο δυνατό με χρόνο εφαρμογής μόνο 15-20 λεπτά ημερησίως
- Με σύνθεση PF (νιτρικό κάλιο & φθόριο) η οποία αποδεδειγμένα βοηθά στην πρόληψη της τερηδόνας, ενδυνάμωση της αδαμαντίνης και ελαχιστοποίηση της ευαισθησίας.
- Άνετο με πολύ καλή εφαρμογή
- Ευέλικτο – μπορεί να χρησιμοποιηθεί για ολοκληρωμένη θεραπεία, σε συνδυασμό με λεύκανση που έχει προηγηθεί στο ιατρείο και για αναμνηστική εφαρμογή.

Το Treswhite διατίθεται επίσης σε συγκέντρωση 10% υπεροξείδιο του υδρογόνου με χρόνο εφαρμογής 30-60 ημερησίως και σε συγκέντρωση 8% ειδικά σχεδιασμένο για χρήση πάνω από ορθοδοντικά μπράκετ.

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

να χρησιμοποιηθούν, σε συνδυασμό με αυτοπολυμεριζόμενες ρητίνες, με μεγάλη επιτυχία στις επιδιορθώσεις θραυσμένων οδοντοστοιχιών (Εικ. 5,6).[36,37]

Η ενσωμάτωση μεταλλικού σύρματος ή πλέγματος στην ακρυλική ρητίνη για την αύξηση της αντοχής στην θραύση, εφαρμόζεται ευρύτατα από τα οδοντοτεχνικά εργαστήρια χωρίς να υπάρχουν σαφή επιστημονικά δεδομένα. Αύξηση της αντοχής στην κάμψη που να έχει κλινική σημασία, επέρχεται με την τοποθέτηση στην οδοντοστοιχία σύρματος διαμέτρου τουλάχιστον 1,3mm γεγονός που δημιουργεί άλλου είδους προβλήματα όπως κακή αισθητική απόδοση και ανάγκη για αυξημένο πάχος της βάσης.[32] Επίσης, η δυσμενής επίδραση που έχει η τοποθέτηση σύρματος στην εφαρμογή των οδοντοστοιχιών στους υποκείμενους ιστούς όπως και η συσσώρευση τάσεων γύρω απ' αυτό αποτελούν επιπλέον μειονεκτήματα της μεθόδου.[6,34]

Η κατασκευή μεταλλικής βάσης από χρωμιοκοβάλτιο ή άλλα μέταλλα αυξάνει σημαντικά την αντοχή στη θραύση και γίνεται καλά ανεκτή από τους ασθενείς. Η συγκριτικά μεγαλύτερη διαβροχή του μετάλλου (wettability) σε σχέση με την ακρυλική ρητίνη κάνει φιλικότερο το υλικό και αυξάνει τη συγκράτηση.[38] Το αυξημένο βάρος (κυρίως για βάση από χρυσοκράματα) όπως και η αδυναμία τροποποιήσεων που πιθανόν να χρειαστούν αποτελούν μειονεκτήματα που πρέπει να λαμβάνονται υπ' όψη. Ο βαθμός κάλυψης της υπερώας από τη μεταλλική βάση εξαρτάται από το ποσοστό αύξησης της αντοχής στη θραύση που επιδιώκεται. Περιοχές επιρρεπείς σε τραυματισμούς π.χ. όρια οδοντοστοιχίας θα πρέπει να καλύπτονται από ακρυλική ρητίνη για να υπάρχει η δυνατότητα τροποποιήσεων τους.[6]

Συμπεράσματα

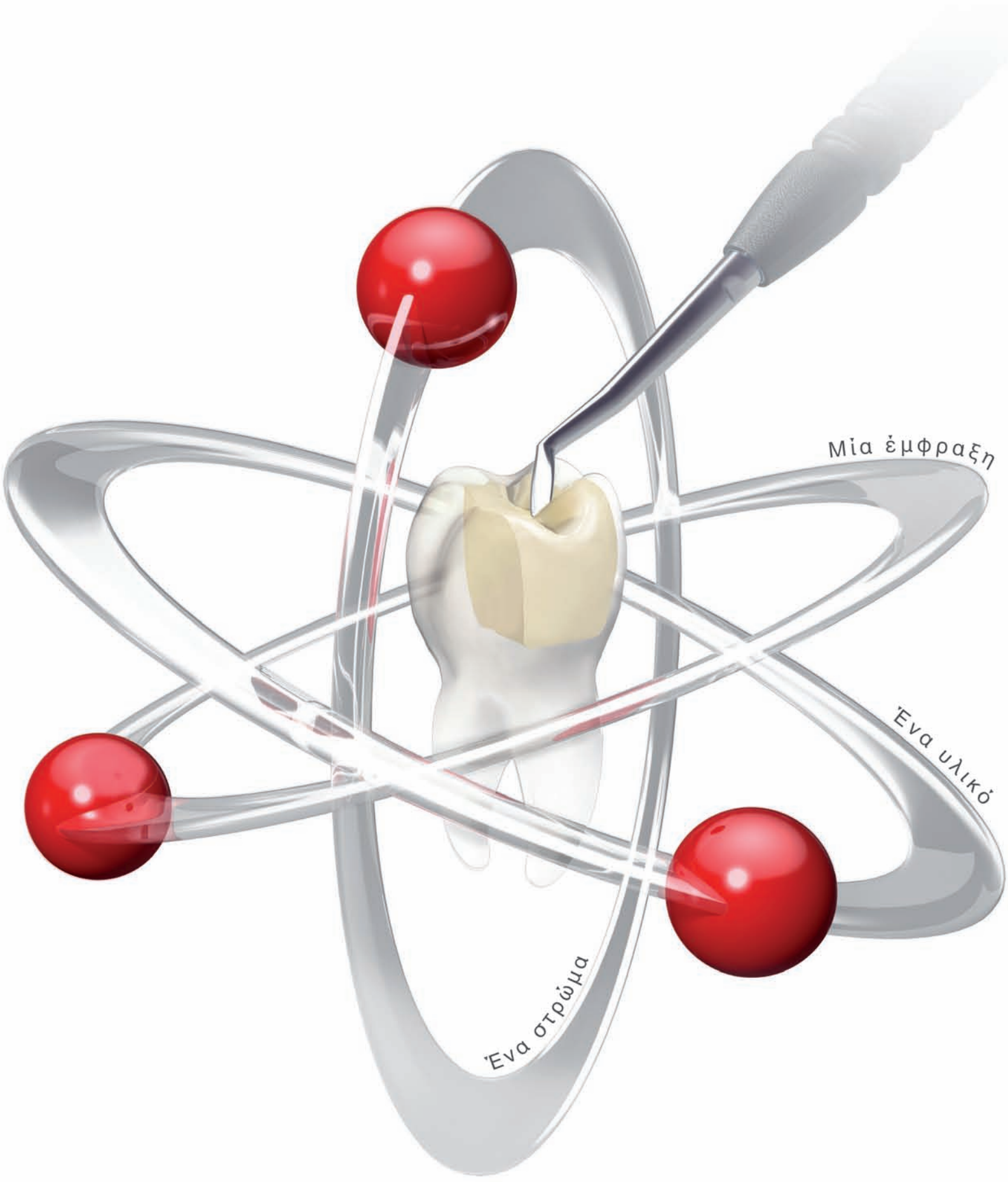
Η αντιμετώπιση του προβλήματος της θραύσης των οδοντοστοιχιών πρέπει να ξεκινά από την εξακρίβωση της αιτίας που την προκάλεσε. Ο έλεγχος της σύγκλεισης, η σωστή εφαρμογή της βάσης των οδοντοστοιχιών στους υποκείμενους ιστούς, το μέγεθος των χαλινών που επηρεάζει και το μέγεθος της αντίστοιχης εντομής της οδοντοστοιχίας, ο ανταγωνιστής φραγμός είναι μερικά από τα στοιχεία που πρέπει να αξιολογηθούν προκειμένου να μειωθεί η πιθανότητα θραύσης. Η χρήση ρητινών υψηλής αντοχής στη θραύση, η ενσωμάτωση ενισχυτικών στη βάση της οδοντοστοιχίας και η κατασκευή μεταλλικής βάσης είναι μερικές από τις προτεινόμενες λύσεις.

Βιβλιογραφία

1. *Darbar UR, Huggett R, Harrison A*: Denture fracture-a survey. Br Dent J 1994; 176:342-345.
2. *Harrison A, Lewis TT*: The development of an abrasion testing machine for dental materials. J Biomed Mater Res 1975; 9:341-353.
3. *Vallittu P Lassila VP, Lappalainen R:* Evaluation of damage to removable dentures in two cities in Finland. Acta Odontol Scand 1993; 51:363-369.
4. *Smith DC:* The acrylic denture: Mechanical evaluation and midline fracture. Br Dent J 1961; 110:257-267.
5. *Kelly E:* Fatigue fracture in denture base polymers. J Prosthet Dent 1969; 21:257-262.
6. *Basker RM, Davenport JC, Tomlin HR:* Prosthetic treatment of the edentulous patient. 3rd ed. London. Macmillan press LTD. 1992:263-269.
7. *Beyli MS, von Fraunhofer JA:* An analysis of causes of fracture of acrylic resin dentures. J Prosthet Dent 1981; 46:238.
8. *Schneider RL:* Diagnosing functional complete denture fractures. J Prosthet Dent 1985; 54:809-814.
9. *Farmer JB:* Preventive prosthodontics: Maxillary denture fracture. J Prosthet Dent 1983; 50:172-175.
10. *Morrow RM, Rudd KD, Eissman HF:* Dental Laboratory Procedures. St Louis. Mosby. 1980:371-372.
11. *Berry HH, Funk OJ:* Vitallium strengthener to prevent lower denture breakage. J Prosthet Dent 1971; 26:532-536.
12. *Zissis AJ, Polyzois GL, Yannikakis SA:* Repairs in complete dentures: Results of a Survey. Quintessence Dent Techn Yearbook 1997:149-155.
13. *Cunningham JL:* Bond strength of denture teeth to acrylic bases. J Dent 1993; 21: 274-280.
14. *Hargreaves AS:* The prevalence of fractured denture. Br Dent J 1969; 126:451-455.
15. *Craig RG:* Restorative Dental Materials.10th ed. St Louis. Mosby. 1997: 503, 506.
16. *Δημητρίου Π, Ζήσης Α, Καρκαζής Η, Πολυζώης Γ, Σταυράκης Γ:* Κινητή Προσθετική. Ολικές οδοντοστοιχίες. 4η έκδοση. Αθήνα. 2001: 122, 123.
17. *Winkler S:* Denture base resins. Dent Clin North Am 1984; 28:287-297.
18. *Stafford GD, Bates JF, Huggett R, Handley RW:* A review of the properties of some denture base polymers. J Dent 1980; 8:292-306.
19. *Jagger DC, Harrison A, Jandt KD:* The reinforcement of dentures. J Oral Rehabil 1999; 26:185-194.
20. *O'Brien WJ:* Dental materials and their selection. 3rd edition. Chicago. Quintessence Publishing Co, Inc. 2002: 81- 84.
21. *Diaz-Arnold AM, Vargas MA, Shaull KL, Laffoon JE, Qian F:* Flexural and fatigue strengths of denture base resin. J Prosthet Dent 2008; 100:47-51.
22. *Peyton FA:* History of resins in dentistry. Dent Clin North Am 1975; 19:211-222.
23. *Yazdanie N, Mahood M:* Carbon fiber acrylic resin composite: an investigation of transverse strength. J Prosthet Dent 1985; 53:543-547.
24. *Bowman AJ, Manley TR:* The elimination of breakage in upper dentures by reinforcement with carbon fibre. Br Dent J 1984; 156:87-89.
25. *Smith DC:* The non-metalic denture base-recent developments. Dent Pract 1957; 8:73-80.
26. *Hedzelek W, Gajdus P:* Mechanical strength of an acrylic resin palatal denture base reinforced with mesh or bundle of glass fibers. Int J Prosthodont 2007; 20:311-12.
27. *Mullarky RH:* Aramid fiber reinforcement of acrylic appliances. J Clin Orthodont 1985; 19:655-658.
28. *Brown D:* Fibre-reinforced materials. Dent Update 2000; 27:442-448.
29. *Gutteridge DL:* The effect of including ultra-high-modulus polyethylene fibre on the impact strength of acrylic resin. Br Dent J 1988; 164 (19):177-180.
30. *Chow TW, Cheng YY, Ladizesky NH:* Polyethylene fibre reinforced poly(methylmethacrylate) – water absorption and dimensional changes during immersion. J Dent 1993; 21:367-372.
31. *Carroll CE, von Fraunhofer JA:* Wire reinforcement of acrylic resin prostheses. J Prosthet Dent 1984; 52 (5):639-641
32. *Vallittu PK, Lassila VP:* Reinforcement of acrylic resin denture base material with metal or fibre strengtheners. J Oral Rehabil 1992; 19:225-230.
33. *Teraoka F, Nakagama M, Takahashi J:* Adaptation of acrylic dentures reinforced with metal wire. J Oral Rehabil 2001; 28:937-942.
34. *Bailey LR:* Denture repairs. In: Winkler S: Essentials of complete denture prosthodontics. 2nd ed. St. Louis. Ishiyaku EuroAmerica, Inc.1994: 354.
35. *Zappini G, Kammann A, Wachter W:* Comparison of fracture tests of denture base materials. J Prosthet Dent 2003; 90:578-585.
36. *Stipho HD:* Repair of acrylic denture base reinforced with glass fiber. J Prosthet Dent 1998; 80:546-550.
37. *Kostoulas I, Kavoura VT, Frangou MJ, Polyzois GL:* Fracture force, deflection, and toughness of acrylic denture repairs involving glass fiber reinforcement. J Prosthodont 2008; 17:257-261.
38. *Zissis A, Yannikakis S, Jagger R, Waters M:* Wettability of denture materials. Quintessence Int 2001; 31:457-462.

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 τής σύνθετης ρητίνης στην κοιλότητα.
- **Ένα στρώμα:** Η τεχνική τής 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

Η Κεφαλαλγία Τύπου Τάσεως και η Δυσλειτουργία του Στοματογνναθικού Συστήματος

Η κεφαλαλγία είναι μια οδυνηρή εμπειρία που βασανίζει πολλά άτομα. Είναι επίσης ένα πολύ συχνό σύμπτωμα που οφείλεται σε πολλές και διαφορετικές αιτίες. Επιστημονικές έρευνες καταδεικνύουν ένα ευρύ φάσμα συχνοτήτων, με ποσοστά που κυμαίνονται από 20% μέχρι και 100%. Αποτελεί πράγματι σπάνιο φαινόμενο η ανεύρεση ατόμων που να μην έχουν έστω και μία φορά στη ζωή τους εμπειρία πονοκεφάλου. Η σοβαρή αυτή διαφορά μεταξύ των ποσοστών μπορεί να εξηγήσει τις μεγάλες αποκλίσεις που παρουσιάζει η παράμετρος «κεφαλαλγία». Κατ' αρχάς, θα πρέπει να διευκρινίσουμε τι ακριβώς εννοούμε λέγοντας «κεφαλαλγία!!!». Αλήθεια, πού σταματά το κεφάλι και πού αρχίζει ο αυχένας και το πρόσωπο; Παραδείγματος χάρη, ένας πόνος στην περιοχή των ζυγωματικών δύσκολα μπορεί να περιγραφεί ως κεφαλαλγία σε αντίθεση με έναν πόνο που εντοπίζεται στους κροτάφους. Σε αυτές λοιπόν τις περιοχές υπάρχουν μετακινούμενα σύνορα, βάση των οποίων διαφοροποιείται η προσωπαλγία από την κεφαλαλγία. Αντιθέτως, εάν θέσουμε ευθέως το ερώτημα στον ασθενή μας, εάν έχει πονοκέφαλο, τότε συχνά η απάντηση του είναι σαφής με ένα ναι ή όχι. Ο ασθενής κατά πάγια τακτική έχει ίδιες αντιλήψεις επί του θέματος, ενώ ταυτόχρονα ο ίδιος αποφασίζει εάν θα πρέπει να πει κάτι περισσότερο γι' αυτό το θέμα. Προκύπτει λοιπόν το ερώτημα: Η κεφαλαλγία εμπίπτει στις θεραπευτικές αρμοδιότητες του Οδοντιάτρου; Η απάντηση στο ερώτημα είναι καταφατική. *(Carlsson και Magnusson 1983).*

Βύρων Δρούκας
Καθηγητής,
Διευθυντής Κλινικής Αντιμετώπισης
Στοματοπροσωπικού Πόνου

Κατά τη διάρκεια των τελευταίων 40 ετών και πλέον, ένας σημαντικός αριθμός ερευνών, κατέδειξε τη σχέση κεφαλαλγίας και λειτουργικών διαταραχών του Στοματογναθικού συστήματος. Κατεδείχθησαν επίσης τα θετικά αποτελέσματα επί της κεφαλαλγίας που είχαν οι διάφοροι τύποι θεραπείας οι οποίοι κατ' αρχάς αποσκοπούσαν στην άρση των συμπτωμάτων δυσλειτουργίας του ασθενούς.

Στο σημείο αυτό θεωρώ σκόπιμο ακροθιγώς να αναφερθώ σε ορισμένες βασικές έννοιες ή αρχές από το χώρο των κεφαλαλγιών, όσο και των λειτουργικών διαταραχών του Στοματογναθικού συστήματος. Εξ αρχής θα πρέπει να γνωρίζουμε ότι οι κεφαλαλγίες στη συντριπτική τους πλειοψηφία δεν «σκοτώνουν» *(Μητσικώστας 2003)*

Όμως, αναφερόμενοι γενικώς σε θέματα υγείας, συχνά παρατηρούμε το φαινόμενο, η σοβαρότητα μιας πάθησης να προσμετράται από το εάν ή όχι σκοτώνει το άτομο. Έτσι λοιπόν, παραβλέπουμε έναν ιδιαίτερα σημαντικό παράγοντα συνυφασμένο με την ανθρώπινη φύση, που είναι η ποιότητα ζωής. Έναν τέτοιον ακριβώς ρόλο διεκδικούν οι κεφαλαλγίες.

Η αξία της επιστημονικά τεκμηριωμένης ταξινόμησης, για την εύρυθμη επικοινωνία μεταξύ της έρευνας και της κλινικής πράξης, είναι προφανής. Προκειμένου όπως η κεφαλαλγία, είτε ως σύμπτωμα, είτε ως νόσος, αξιολογηθεί επί το ορθότερον, έχουν παρουσιαστεί διάφορες ταξινομήσεις.

Η πρώτη παρουσιάστηκε το 1962, από την Αμερικανική Εταιρεία Κεφαλαλγίας, η οποία στη συνέχεια παρέμεινε ανενεργής λόγω των πολλών ασαφειών της.

Η εργασία αποτελεί το Α΄ μέρος της ενότητας Κεφαλαλγία-Δυσλειτουργία του Στοματογναθικού Συστήματος. Το Β΄ μέρος αναφέρεται στην θεραπευτική προσέγγιση.

Η δεύτερη δημοσιεύθηκε το 1988, από τη Διεθνή Εταιρεία Κεφαλαλγίας, η οποία και έγινε απολύτως αποδεκτή σε διεθνές επίπεδο.

Η δημοσίευση της συνέπεσε με μικρή χρονική διαφορά με την κυκλοφορία της σουματριπτάνης *(Humphrey et al 1990, Peroutka 1990)*, γεγονός κορυφαίο που σφράγισε επιστημονικά τις προηγηθείσες δεκαετίες στο χώρο των κεφαλαλγιών.

Το 2004, στη Ρώμη και πάλι η Διεθνής Εταιρεία Κεφαλαλγίας, ανακοίνωσε την αναθεώρηση της ταξινόμησης του 1988. Η νέα ταξινόμηση εμφανίστηκε ως πληρέστερη της προηγουμένης, γεγονός που θα αποδειχθεί διαχρονικά.

Οι επιμέρους αναλύσεις εκφεύγουν των σκοπών του άρθρου.

Οι ταξινομήσεις της Διεθνούς Εταιρείας Κεφαλαλγίας, προσέφεραν ένα χρησιμότατο διαγνωστικό «εργαλείο» για τη λεπτομερή αξιολόγηση των κεφαλαλγιών σε αιτιοπαθογενετική βάση, θεσπίζοντας συγκεκριμένα διαγνωστικά κριτήρια τα οποία συνέτειναν στην πλήρη αποδοχή τους μέσα από εξειδικευμένες πληθυσμιακές έρευνες. *(Μητσικώστας 2004).*

Εξειδικεύοντας τη σχέση Κεφαλαλγίας – Δυσλειτουργίας, θα σημειώσουμε ότι ο «δεσμός» αφορά τις πρωτοπαθείς κεφαλαλγίες και ιδιαιτέρως την Κεφαλαλγία Τύπου Τάσεως (ΚΤΤ).

Λίγα λοιπόν λόγια για να γνωρίσουμε από πιο κοντά τη συνηθέστερη και συχνότερη μορφή κεφαλαλγίας μεταξύ όλων και ταυτόχρονα τόσο στενά συνδεδεμένης με τον εξειδικευμένο χώρο του Στοματοπροσωπικού πόνου.

Όταν λοιπόν, διερευνούμε και ανασκοπούμε τη σχέση κεφαλαλγίας και δυσλειτουργίας, πρωτίστως εννοούμε τη ΚΤΤ.

Η ΚΤΤ διακρίνεται στην επεισοδιακή και στη χρονία μορφή της. Η διάκριση μεταξύ των δύο, στηρίζεται στη συχνότητα των κρίσεων.

Εφ' όσον ο ασθενής παρουσιάζει κεφαλαλγία περισσότερες από τις μισές ημέρες του χρόνου, η κεφαλαλγία του χαρακτηρίζεται ως χρονία. Στην αντίθετη περίπτωση χαρακτηρίζεται ως επεισοδιακή. Ο ετήσιος επιπολασμός της κυμαίνεται από 30-80%.

Στο γενικό πληθυσμό η επεισοδιακή μορφή της ΚΤΤ, είναι τόσο συχνή ώστε η *Rasmussen et al (1991)* υποστηρίζει ότι είναι πιο φυσικό να έχει κάποιος τέτοια εμπειρία, από το να μην έχει.

Ωστόσο, η χρονία μορφή της είναι σημαντικά σπανιότερη. Σύμφωνα με τον *Μητσικώστα και συν (1994)*, στην Ελλάδα η επεισοδιακή ΚΤΤ έχει ετήσιο επιπολασμό 3,34-9,5%, ανάλογα με την πληθυσμιακή ομάδα και ισόβιο επιπολασμό 55% *(Σπαντιδέας 1994).*

Η κλινική εικόνα της ΚΤΤ, τόσο της επεισοδιακής, όσο και της χρονίας έχει ως ακολούθως:

- Πρόκειται για ήπιας μορφής, καλοήθη κεφαλαλγία τα επεισόδια της οποίας διαρκούν από μερικά λεπτά έως και μερικές ημέρες.
- Ο χαρακτήρας του πόνου είναι συσφιγκτικός, αμφοτερόπλευρης εντόπισης σε ποσοστό 90%.
- Δεν επιτείνεται από τις φυσικές δραστηριότητες του ατόμου ούτε και τις επηρεάζει σε αντίθεση με την ημικρανία.
- Δυνατόν να συνοδεύεται από ηχοφοβία ή φωτοφοβία, όχι όμως ταυτόχρονα και από τα δύο.
- Σύμφωνα με την Rasmussen (1991), η επεισοδιακή της μορφή είναι συχνότερη στις γυναίκες.
- Η πλειονότης των ασθενών περιγράφει τον πόνο ως βάρος, σφίξιμο ή πίεση.
- Η εντόπιση του δεν είναι σταθερή, ξεκινά συνήθως από το μέτωπο, ή την ινιακή χώρα, εξαπλούμενος σε ολόκληρο το κεφάλι και επεκτεινόμενος στον αυχένα.

Η κλινική εξέταση του ασθενούς αποκαλύπτει ευαίσθητους στη ψηλάφηση περικρανιακούς μυς. Ομοίως η ενδοστοματική ψηλάφηση των μασητήριων μυών και της ευρύτερης περιοχής του Στοματογναθικού συστήματος, αποκαλύπτει την ίδια ευαισθησία. Η περαιτέρω φυσική και νευρολογική εξέταση ανευρίσκεται κατά φύση.

Η ΚΤΤ αν και είναι η πλέον συχνή και συνήθης κεφαλαλγία, εντούτοις λίγες μόνον μελέτες έχουν εκπονηθεί σχετικές με την προσέγγιση και ερμηνεία της αιτιοπαθογένειας της.

Επιγραμματικά και δίχως περαιτέρω σχόλια αναφέρω τις σημαντικότερες απόψεις οι οποίες αιτιοπαθογενετικά προσπαθούν να ερμηνεύσουν την ΚΤΤ.

Α) Ψυχολογικοί παράγοντες
Β) Μυϊκή τάση των περικρανιακών μυών και νευροφυσιολογικοί παράμετροι
Γ) Αγγειακοί παράγοντες
Δ) Λοιμώδεις παράγοντες
Ε) Βιοχημικοί παράγοντες
ΣΤ) Κατώφλι του πόνου (Μητσικώστας 2004)

Κατά της άποψη του γράφοντος, οι ψυχολογικοί παράγοντες και η μυϊκή τάση των περικρανιακών μυών αποτελούν ίσως τους ισχυρότερους αι-

TePe®
Φροντίζουμε για υγιή χαμόγελα

Μεσοδόντιος Καθαρισμός

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.

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

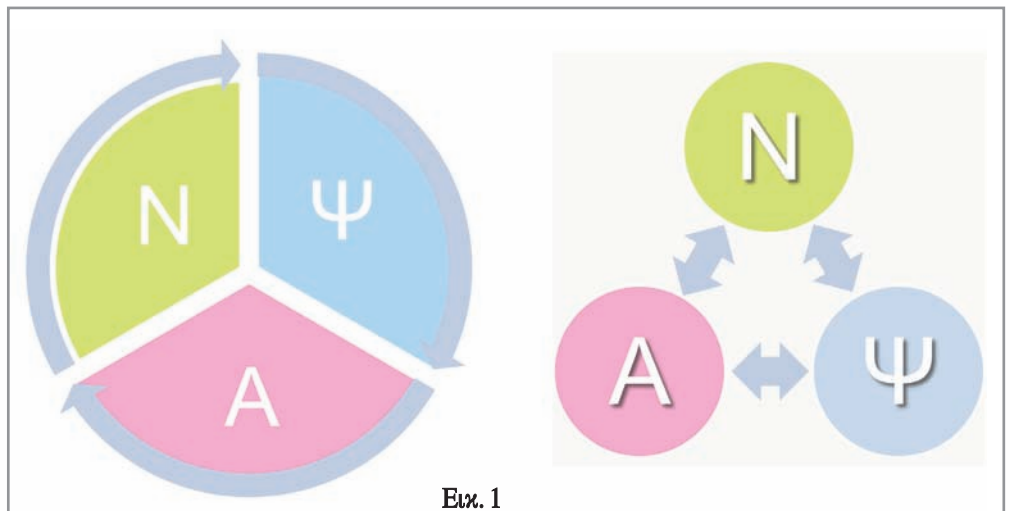
Οι ελαστικές οδοντογλυφίδες PLAC AID PICKS είναι πολύ μαλακές και άνετες στη χρήση με μοναδικό σχεδιασμό.
Περιλαμβάνει μια πλαστική θήκη μεταφοράς για να διατηρούνται καθαρές έτοιμες προς χρήση.
Διατίθεται σε 2 μεγέθη small και large.

Find us on Facebook

PlacControl®
Προϊόντα Στοματικής Υγιεινής

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

τιοπαθογενετικούς παράγοντες της ΚΤΤ.
Τα τελευταία 30 χρόνια ηλεκτρομυογραφικώς κατεδείχθη ότι η αυξημένη μυϊκή τάση των περικρανιακών μυών και η συνοδός αγγειοσύσπαση που ακολουθεί, των αρτηριών της κεφαλής προκαλούν πόνο και ισχαιμία.
Ομοίως εκτενείς κλινικές έρευνες κατέδειξαν την ισχυρότατη αιτιοπαθογενετική σχέση μεταξύ της ΚΤΤ και ψυχολογικών παραγόντων. Λεπτομερείς αναλύσεις της προσωπικότητας των ασθενών με ΚΤΤ, με MMI *(Minnesota Multiphasic Personality Inventory)* ανέδειξαν ότι οι αγχώδεις διαταραχές, κατάθλιψη, υστερία κλπ. συνυπήρχαν σταθερά με την ΚΤΤ *(Ostfeld et al 1957, Martin et al 1967, Inan et al 1994, Aguire et el 2000).*
Επανερχόμενος στο δεύτερο άξονα του άρθρου που είναι η δυσλειτουργία του Στοματογναθικού συστήματος θα θυμίσω ότι ο όρος είναι συλλεκτικός και εμπεριέχει τις κλινικές οντότητες που εμπλέκουν ολόκληρη τη δομή του, μυϊκή και σκελετική. Είναι επίσης συνώνυμος του όρου κρανιογναθικές διαταραχές *(Craniomandibular disorders).* Με τη χρήση του όρου αυτού, περιγράφουμε το σύνολο των νοσηρών καταστάσεων οι οποίες πρωτογενώς ή δευτεροπαθώς, επινέμονται το Στοματογναθικό σύστημα και την ευρύτερη περιοχή του *(Δρούκας 2003).*



Εικ. 1

Αρχικά οι διαταραχές αυτές, όπως είναι γνωστό περιεγράφησαν ως σύνδρομο του *James Costen (1934).* Οι απόψεις του στη συνέχεια εκρίθησαν ανεδαφικές, ως στερούμενες ανατομικής τεκμηρίωσης. Η ιστορική όμως δικαίωση του Costen συνίσταται στο γεγονός ότι κατάφερε να στρέψει την προσοχή των συγχρόνων του σε χώρους της εξειδικευμένης οδοντιατρικής.
Επιπροσθέτως πρόκειται για αθροιστικές διαταραχές με κοινά συμπτώματα που δεν σχετίζονται ή δεν προέρχονται από τον πόνο οδοντικής αιτιολογίας *(Okeson 1995, Bell 1990).* Ο πόνος της δυσλειτουργίας του Στοματογναθικού συστήματος δεν πρέπει να συγχέεται με άλλες μορφές πόνου όπως ο πόνος ψυχογενούς ή νευρογενούς προελεύσεως.
Οι λειτουργικές διαταραχές του εν λόγω συστήματος απαρτίζουν ιδιαίτερη κατηγορία παθήσεων, στις οποίες συμπεριλαμβάνονται διαταραχές των κροταφογναθικών διαρθρώσεων και των μυών της περιοχής. Υπό την ευρεία τους έννοια, εντάσσονται ως υποομάδα στο χώρο των μυοσκελετικών και ρευματολογικών διαταραχών.
Η αιτιοπαθογένεια τους, απετέλεσε ένα από τα πλέον αμφιλεγόμενα πεδία της οδοντιατρικής. Εκπροσωπήθηκε από δύο κυρίως σχολές. Η πρώτη επικεντρώθηκε στον τοπικό παράγοντα, δηλαδή στη σύγκλειση των δοντιών, ενώ η δεύτερη σε παράγοντες κεντρικής αιτιολογίας *(Molin 1973, Storey 1979, Riise 1989, Kampe 1987).*
Ο ρόλος της σύγκλεισης αμφισβητήθηκε έντονα με σοβαρή επιστημονική τεκμηρίωση. *(Carlsson και Droukas 1984, Droukas et al 1984,1985, Agerberg και Sandstrom 1988 κλπ.)*
Από τις αρχές της δεκαετίας του 1980 αρχίζει να γίνεται αντιληπτό ότι οι διάφοροι μεμονωμένοι παράγοντες δεν είναι ικανοί από μόνοι τους να στηρίξουν την αιτιολογία τους.
Βαθμηδόν αρχίζουν να χάνουν την επιστημονική τους αξία παραχωρώντας τη θέση τους σε ένα περισσότερο προωθημένο πρότυπο πολυπαραγοντικής αιτιολογίας.
Στο πρότυπο αυτό συνυπάρχουν και εμπλέκονται ταυτόχρονα μεταξύ τους τρείς βασικοί παράγοντες.
α) ανατομικοί
β)νευρομυϊκοί
γ) ψυχολογικοί Εικ. 1.
Η διαταραχή των δύο ή και των τριών αυξάνει τις πιθανότητες δυσλειτουργίας.
Η ερμηνεία της διακύμανσης των συμπτωμάτων από ασθενή σε ασθενή, εξαρτάται από το ποιος παράγων επικρατεί έναντι των άλλων.
Η νευροφυσιολογική ερμηνεία των δυσλειτουργικών συμπτωμάτων από τις κροταφογναθικές (ΚΓΔ) διαρθρώσεις, στηρίζεται στις ιδιότητες των υποδοχέων του πόνου των νευρικών οδών, καθώς και των κεντρικών κυκλωμάτων.
Οι υποδοχείς του πόνου στις αρθρώσεις, στους μυς, στις περιτονίες, στους τένοντες κλπ αποτελούν τελικές απολήξεις μικρών αμύελων και εμμύελων πυρηνικών αξόνων. Οι υποδοχείς στις ΚΓΔ και στους μυς της περιοχής που νευρώνονται από το τρίδυμο, διαφέρουν από εκείνους σε άλλα σημεία του σώματος.
Γενικώς είναι αποδεκτό ότι οι περισσότεροι υποδοχείς του πόνου, πυροδοτούνται από τις μεταβολές των συγκεντρώσεων των χημικών ουσιών του περιβάλλοντος. Οι ουσίες αυτές (π.χ. προσταγλαδίνες) εκκρίνονται από τα σιτευτικά κύτταρα, τα βασεόφελα, τα μακροφάγα, τα αιμοπετάλια κλπ. *(Schaible και Schmidt 1988, Mense 1991)*

Η ψυχολογική ερμηνεία των δυσλειτουργιών σημείων και συμπτωμάτων, υποστηρίζει ότι οι γνωσίες του ατόμου, συνθέτουν ένα σύνολο παραγόντων το οποίο μπορεί να είναι το έναυσμα ή το αποτέλεσμα της δυσλειτουργίας του Στοματογναθικού συστήματος.

Τα τελευταία 40 χρόνια, έχουν μελετηθεί οι ίδιοι παράγοντες σε συνδυασμό με τη ψυχοσύνθεση του ατόμου.*(Dworkin et el 1991, Rugh και Davis 1992 κλπ.)*

Το 1990 η αποδοχή εκ μέρους του οδοντιατρικού κόσμου της συμμετοχής των ψυχοφυσιολογικών παραγόντων στη δυσλειτουργία του Στοματογναθικού συστήματος, ήταν μεγαλύτερη σε σχέση με το 1973. Η διαπίστωση αυτή καταδεικνύει ότι ο ρόλος των παραγόντων αυτών στις διαταραχές της ευρύτερης περιοχής του Στοματογναθικού συστήματος έχει ουσιαστικά τεκμηριωθεί και κατανοηθεί από τους κλινικούς.

Οι *Rugh και Dahlström (1994)*, διακρίνουν τους ψυχολογικούς παράγοντες σε 3 κατηγορίες: α) παράγοντες που αφορούν τη ψυχολογία της συμπεριφοράς, β) παράγοντες που σχετίζονται με τις γνωσίες του ατόμου γ) αμιγώς ψυχοσυγκινισιακοί παράγοντες.

Επανερχόμενος στον τελικό άξονα της παρουσίασης όπου συγκλείνουν η Κεφαλαλγία και η Δυσλειτουργία θα θυμίσω ότι η κεφαλαλγία ως σύμπτωμα μπορεί να προσβάλει την ευρύτερη περιοχή του Στοματογναθικού συστήματος και ιδιαιτέρως σε ασθενείς με δυσλειτουργία των ΚΓΔ.

Σχετικές έρευνες κατέδειξαν ότι η περιοδική κεφαλαλγία επισυμβαίνει σε ποσοστό 70-85% σε δυσλειτουργικούς ασθενείς, σε αντίθεση με το γενικό πληθυσμό όπου το σχετικό ποσοστό ανέρχεται περίπου στο 20%. *(Magnusson και Carlsson 1978, Bus και Harkins 1995)*

Σε επιδημιολογική έρευνα με σκοπό τη μελέτη της διασποράς της δυσλειτουργίας των ΚΓΔ στον πληθυσμό Αθηνών – Πειραιώς, σε δείγμα 850 ατόμων, βρέθηκε ότι η συχνότητα της κεφαλαλγίας σε ηλικίες μεταξύ 15 και 19 ετών, ήταν 4%, ενώ στις ηλικίες 70-79 ετών, έφθασε στο16%. Στους άνδρες οι πάσχοντες αποτελούσαν το 5% του συνόλου, ενώ στις γυναίκες το 14% *(Κανόνης 1983)*. Η διαφορά μεταξύ ανδρών και γυναικών ήταν στατιστικά σημαντική ($P< 0,01$,X^2).

Διαφορετικά είδη κεφαλαλγίας θεωρούμενα ως πιθανό σύμπτωμα δυσλειτουργίας απετέλεσαν πεδίο αντιπαράθεσης.

Στη συχνά ανασκοπούμενη εργασία τους *James Costen (1934)*, η κεφαλαλγία εμφανίζεται ως κύριο σύμπτωμα στους 7 από τους 11 ασθενείς που μετείχαν στην έρευνα.

Πριν από 50 και πλέον χρόνια οι *Berlin et al 1954,1956, Berlin και Desner 1960* σε σειρά εργασιών, διαπίστωσαν τα θετικά αποτελέσματα της εφαρμογής απλών θεραπευτικών μέσων τα οποία χρησιμοποιεί η φυσιολογία του Στοματογναθικού συστήματος, επί των κεφαλαλγιών. Ποσοστό άνω των 60% που αναζήτησε θεραπεία σε Νευρολόγο, ανέφερε εξάλειψη της κεφαλαλγίας, ενώ ποσοστό 24%, ανέφερε σχετική βελτίωση.

Κατά τη δεκαετία του 70, αρκετές έρευνες κατέδειξαν τη σχέση Κεφαλαλγίας – Δυσλειτουργίας. Βρέθηκε επίσης στατιστικώς σημαντική συσχέτιση μεταξύ της βαρύτητας της δυσλειτουργίας και της συχνότητας της κεφαλαλγίας *(Magnusson 1981)*. Παρ' όλα αυτά ο απόηχος των αποτελεσμάτων από τις έρευνες δεν είχε την αναμενόμενη αποδοχή.

Η κριτική που ακολούθησε επικεντρώθηκε κυρίως στη διαπίστωση της ελλείψεως προσδιορισμού του τύπου της κεφαλαλγίας καθώς και του γεγονότος της ελλείψεως ομάδων ελέγχου, για τη μέτρηση των αυτόματων διακυμάνσεων και της placebo επίδρασης.

Τα ανωτέρω μειονεκτήματα προσπάθησαν να ανασκευάσουν μεταγενέστερες έρευνες.

Σε μια από αυτές *(Magnusson 1981)* μελετήθηκε η μεταβολή της συχνότητας και της έντασης της κεφαλαλγίας σε ομάδα δυσλειτουργικών ασθενών. Από αυτούς 70% ανέφερε αξιοσημείωτη ελάττωση της συχνότητας ένα χρόνο μετά της έναρξη της θεραπείας και ποσοστό λίγο μεγαλύτερο του 40% ελάττωση της έντασης. Οι μεταβολές της ομάδος ελέγχου ήταν μικρές. Η κριτική που ασκήθηκε εστιάστηκε στο γεγονός της έλλειψης κατηγοριοποίησης της κεφαλαλγίας.

Σε μεταγενέστερες έρευνες η *Forsell (1985)* βελτίωσε τα κενά των προηγουμένων ερευνών κατατάσσοντας τους ασθενείς σε 3 ομάδες.

Στη πρώτη ομάδα κατετάγησαν ασθενείς με ημικρανία στη δεύτερη ασθενείς με ΚΤΤ και στην τρίτη ασθενείς με μικτή κεφαλαλγία. (Μικτή κεφαλαλγία είναι ο συνδυασμός της χρονίας ΚΤΤ και της ημικρανίας. Όταν ένας ασθενής εμφανίζει και τις δύο μορφές κρίσεων, θα πρέπει να τίθενται και οι δύο διαγνώσεις).

Η κάθε μια από τις κύριες ομάδες διαιρέθηκε σε δυο ίσες υποομάδες. Οι μισοί από τους ασθενείς κάθε ομάδος έλαβαν κανονική θεραπεία, σε σχέση με τους άλλους μισούς που έλαβαν θεραπεία placebo.

Τα αποτελέσματα υπήρξαν ενδιαφέροντα. Οι ασθενείς που δέχτηκαν πραγματική θεραπεία, παρουσίασαν αξιοσημείωτη ελάττωση της συχνότητας της κεφαλαλγίας σε ποσοστό 70% και 55% αντίστοιχα της έντασης. Τα αντίστοιχα ποσοστά στην ομάδα placebo ήταν 50% και 12%.

Στην ομάδα των ημικρανιακών ασθενών δεν παρατηρήθηκαν διαφορές, ενώ η τρίτη ομάδα έδειξε τα ίδια πρότυπα με την ομάδα αμιγούς κεφαλαλγίας τύπου τάσεως.

Τα συμπεράσματα από το σύνολο της έρευνας έδειξαν ότι η ΚΤΤ αποτελεί σύμπτωμα προκαλούμενο άμεσα από τη δυσλειτουργία του Στοματογναθικού συστήματος, χωρίς αυτό να συμβαίνει και με την ημικρανία.

Η διαπίστωση αυτή προσεγγίζει κατά τρόπο μη αμφισβητήσιμο από πλευράς αιτιοπαθογένειας, τους ψυχολογικούς παράγοντες αφ' ενός και τη μυϊκή τάση των περικρανιακών μυών αφ' ετέρου, για όλους ανεξαιρέτως τους τύπους μυϊκής δυσλειτουργίας του Στοματογναθικού συστήματος.

Το 1989 ο *Shokker* μελέτησε τη σχέση κεφαλαλγίας και δυσλειτουργίας των ΚΓΔ. Οι ασθενείς με δυσλειτουργίας χωρίσθηκαν σε 2 τυχαί-

ες ομάδες. Η πρώτη δέχθηκε τη θεραπεία ρουτίνας σύμφωνα με το πρωτόκολλο που ακολουθούν οι κλινικές Στοματοπροσωπικού πόνου, ενώ η δεύτερη, την παραδοσιακή Νευρολογική θεραπεία.

Οι ασθενείς της πρώτης ομάδος ανέφεραν στατιστικώς σημαντικότερη βελτίωση της συχνότητας και της έντασης της κεφαλαλγίας, συγκριτικά με τους ασθενείς της δεύτερης ομάδος.

Το 1989 στην Κλινική Φυσιολογίας του Στοματογναθικού Συστήματος *(Σήμερα Κλινική Αντιμετώπισης Στοματοπροσωπικού Πόνου)*, της Οδοντιατρικής Σχολής Αθηνών, μελετήθηκε η συχνότητα και το ποσοστό θεραπείας της κεφαλαλγίας σε 116 ασθενείς με δυσλειτουργία του Στοματογναθικού συστήματος. Από την ανάλυση και αξιολόγηση των αποτελεσμάτων των 116 ασθενών, κεφαλαλγία παρουσίαζαν 73 ασθενείς δηλαδή ποσοστό 70,69%. Μετά την ολοκλήρωση της θεραπείας, η πλειονότης των 73 ασθενών (ποσοστό 94,52%) ανέφερε πλήρη αποδρομή της κεφαλαλγίας και μόνο 4 ασθενείς (ποσοστό 5,48%) συνέχισε να παραπονείται για κεφαλαλγία. Από θεραπευτικής απόψεως τα αποτελέσματα στατιστικώς ήταν πολύ σημαντικά P<0,0001. Μειονέκτημα της έρευνας ήταν η έλλειψη κατηγοριοποίησης της κεφαλαλγίας και η απουσία ομάδος ελέγχου *(Δρούκας και συν. 1989).*

Το 2011 σε κλινική έρευνα επί 40 ασθενών που προσήλθαν στο ιατρείο κεφαλαλγίας του Ναυτικού Νοσοκομείου Αθηνών, με μοναδικό σύμπτωμα την κεφαλαλγία αναζητώντας θεραπεία, διαπιστώθηκε ότι η κεφαλαλγία ήταν ισχυρά συνδεδεμένη με την παρουσία δυσλειτουργίας του Στοματογναθικού συστήματος *(Λιναρδάκου 2011).* Κατά τη διάρκεια της δεκαετίας 1998-2008 ένας ιδιαίτερα σημαντικός αριθμός εργασιών έχει εκπονηθεί, αποβλέποντας στη διερεύνηση και μελέτη της σχέσης των Κρανιογναθικών διαταραχών και του Στοματοπροσωπικού πόνου με την ΚΤΤ. (Λεπτομέρειες τίτλων και περιεχομένου, ο αναγνώστης μπορεί να αναζητήσει στο Medline απ' όπου ξεχώρησα ανάμεσα από πληθώρα, 16 τον αριθμό ως τις πλέον αξιόλογες).

Η αξιολόγηση των εργασιών της τελευταίας δεκαετίας, καταδεικνύει μια πιο ολοκληρωμένη προσπάθεια συγκριτικά με τις εργασίες των προγενεστέρων δεκαετιών. Η μεγάλη διαφορά μεταξύ τους έγκειται κυρίως στο γεγονός της ορθολογιστικότερης αξιολόγησης των κεφαλαλγιών, με τη βοήθεια των ταξινομήσεων της Διεθνούς Εταιρείας Κεφαλαλγίας.

Θα πρέπει βεβαίως να σημειώσουμε, ότι οι διάφορες επιστημονικές ταξινομήσεις και τα διάφορα διαγνωστικά κριτήρια αποτελούν κλινικό βοήθημα και οπωσδήποτε όχι αναφαίρετη πραγματικότητα.

Συζήτηση

Συχνά οι κεφαλαλγικοί ασθενείς διακατέχονται από το φόβο, η κεφαλαλγία τους να αποτελεί συνακόλουθο σύμπτωμα ή προίμιο μοιραίας και μη αναστρέψιμης ενδοκρανιακής εξεργασίας.

Είναι επίσης γνωστό ότι ο εγκεφαλικός ιστός και η καθ' αυτό δομή του δεν αλγούν από μόνα τους. Είναι επίσης δεδομένο ότι μια ενδοκρανιακή εξεργασία για να προκαλέσει κεφαλαλγία θα πρέπει να αυξηθεί σε μέγεθος έτσι ώστε να πιέζει τις εγκεφαλικές μήνιγγες.

Συνεπώς της κεφαλαλγίας προηγούνται άλλα νευρολογικά σημεία που θα οδηγήσουν στη σωστή διάγνωση με σπάνιες εξαιρέσεις. Ορισμένες σπάνιες μορφές πρωτοπαθών κεφαλαλγιών, όπως η αθροιστική κεφαλαλγία, είναι

τόσο τυπικές στην εμφάνιση τους, ώστε δύσκολα μπορούν να ερμηνευθούν ως ΚΤΤ.

Εφ' όσον λοιπόν από τη λήψη του ιστορικού και την κλινική εξέταση, διαπιστωθεί σημειολογία συνάδουσα με δυσλειτουργία του Στοματογναθικού συστήματος, τότε ασφαλώς ενδείκνυται η εφαρμογή του θεραπευτικού πρωτοκόλλου που εφαρμόζει η Κλινική Στοματοπροσωπικού Πόνου.

Μια σημαντική παράμετρος που απαραιτήτως πρέπει να λαμβάνεται υπ' όψιν, είναι ο χρόνος. Δηλαδή η χρονική διάρκεια για την οποία ο ασθενής παραπονείται ότι υποφέρει από κεφαλαλγία.

Τα κλινικά χαρακτηριστικά της ΚΤΤ, μπορεί να τα εμφανίζει οποιαδήποτε μορφή δευτεροπαθούς κεφαλαλγίας. Η μόνη παράμετρος η οποία διαφοροποιεί αυτό το ενδεχόμενο είναι το μακρύ ιστορικό κεφαλαλγίας του ασθενούς. Αποτελεί ιδιαίτερη ευθύνη για τον κλινικό, η πρόσφατης έναρξη κεφαλαλγίας, να αποδοθεί σε χρόνιο και παρατεταμένο σπασμό των περικρανιακών μυών λόγω π.χ. βρυγμού, ενώ στην πραγματικότητα, η κεφαλαλγία είναι συνακόλουθο σύμπτωμα γενικότερων παθολογικών καταστάσεων, οι οποίες ενδεχομένως να αποδειχθούν μοιραίες.

Επίμετρον

- Η κεφαλαλγία είναι ένα σύνηθες σύμπτωμα στο γενικό πληθυσμό
- Υπάρχει ισχυρή συσχέτιση μεταξύ της βαρύτητος της δυσλειτουργίας και της συχνότητος της κεφαλαλγίας
- Έχει τεκμηριωθεί το γεγονός ότι τα θεραπευτικά πρωτόκολλα που ακολουθούν και εφαρμόζουν οι κλινικές Στοματοπροσωπικού Πόνου, έχουν θετική επίδραση στη συχνότητα και στην ένταση της ΚΤΤ
- Προ το παρόν η γνώση μας αναφορικά με το βαθμό που η δυσλειτουργία αποτελεί την αιτία της ΚΤΤ στο γενικό πληθυσμό χρήζει περαιτέρω διερεύνησης. Με άλλα λόγια, η δυσλειτουργία του Στοματογναθικού συστήματος δεν προκαλεί απαραιτήτως κεφαλαλγία. Συνεπώς απαιτείται περαιτέρω διερεύνηση της πιθανότητας, η δυσλειτουργία να προκαλεί κεφαλαλγία, σε ασθενείς με προδιάθεση κεφαλαλγίας.
- Δια τους ασχολούμενους με το χώρο του Στοματοπροσωπικού Πόνου, αποτελεί προτεραιότητα η διερεύνηση της συσχέτισης της κεφαλαλγίας με τη δυσλειτουργία τους Στοματογναθικού συστήματος. (Okeson 1996)
- Είναι χρήσιμο κατά τη λήψη του ιστορικού του ασθενούς να θυμόμαστε τα λόγια τους James Lance (1987), σύμφωνα με τα οποία «οι ασθενείς που πάσχουν από λιγότερο σοβαρές μορφές κεφαλαλγίες συχνά είναι ανήσυχοι και μεγαλοποιούν τα συμπτώματα τους, επιζητώντας το γόητρο του ημικρανικού».
- Ακούγοντας λοιπόν με προσοχή τον ασθενή μας και εκτιμώντας ανάλογα τις εξατομικευμένες απαντήσεις στα ερωτήματα λέξεις - κλειδιά που του έχουμε υποβάλει, μπορούμε να θέσουμε την ακριβή διάγνωση της ημικρανίας ή της ΚΤΤ στις περισσότερες των περιπτώσεων.(Magnusson 2003)

Βιβλιογραφία

1. Carlsson GE, Magnusson T. Κλινική Φυσιολογία του Στοματογναθικού Συστήματος για το γενικό Οδοντίατρο. Επιμέλεια Μετάφραση Βύρων Χρ. Δρούκας, Σταύρος Κοιλιαρίδης.
Επιστημονικές Εκδόσεις Γρ. Κ. Παρισιάνος.
Αθήνα, 1983.

2. Μητσικώστα Δ.Δ. Κεφαλαλγία.
Εκδόσεις Βήτα Αθήνα 2004 Β΄ έκδοση.

3. Ad Hoc Committee on Classification of Headache
Classification of Headache JAMA 1962, 179: 717-718

4. Headache Classification Committee of the International Headaches Society. Classification and diagnostic criteria for headache disorders, cranial neuralgias and facial pain.
Cephalalgia 1988, 8 (suppl 7): 1-96.

5. ICHD – II. The International Classification of Headache. Disorders. Cephalalgia 2004, 24 (suppl 1): 1-160.

6. Mumphrey PP, Feniuk W, Perren MS, Beresford IJ, Sking le M, Whalley ET. Serotonin and migrafine. AnnNY Acad Sci 1990, 600: 587-598

7. Peroutka ST. Sumatriptain in acute migraine: pharmacology and review of world experience. Headache 1990, 30 (suppl 2): 554-560.

8. Rasmmussen BK, Sensen R, Schroll M, Olsen J. Epidemiology of headache in a general population – a prevalence study.
J Clinic Epidemiol 1991, 44: 1147-1157.

9. Mitsikostas DD, Thomas A, Gatzonis S, Ilias A, Papageorgiou C. An epidemiological study of headache among the monks of Athos (Greece). Headache 1994, 34: 539-541.

10. Σπαντιδέας Α. Επίπτωση ημικρανίας και λοιπών μορφών κεφαλαλγίας στον ελληνικό πληθυσμό.
Κεφαλαλγία 1994, 2: 10-11.

11. Δρούκας Β. Λειτουργία και Δυσλειτουργία του Στοματογναθικού Συστήματος.
Παρισιάνος Αθήνα 2003.

12. Ostefeld AM, Reis DJ, Wolf HG. Studies on headaches: bulbar conjunctival ischaemia and muscle – contraction headache. Arch Neurol Psychiatry 1957, 77: 113-119.

14. Okeson JP. Bell's orofacial pains. 5th ed. Chicago, Quintessence, 1995: 123-133.

15. Bell WE. Temporomandibular disorders. Classification, diagnosis, management. 3rd ed. Chicago, Year Book 1990: 166-176.

16. Molin C. Studies in mandibular pain dysfynction syndrome. Swed Dent J 197, GG (Suppl 4): 1-15.

17. Storey A. Controversies related to temporomandibular joint function and dysfynction. In: Zarb GA, Carlsson GE (eds). Temporomandibular Joint Function and dysfunction. Muuksgaard. Copenhagen, 1979: 433-457.

18. Riise C. Clinical and electromyographic studies on occlusion. Thesis. Karolinska Institute, Stocholm 1983.

19. Kampe T. Function and dysfunction of the masticatory system in individuals with intact and restored dentitions.
A clinical psychological and physiological study. Swed Dent J 1987, (Suppl): 42.

20. Carlsson GE, Droukas B. Dental occlusion and the health of the masticatory system.
J Craniomandib Pract 1984, 2: 141-147.

21. Droukas B, Lindee C, Carlsson GE. Relationship between occlusal factors and signs and symptoms of mandibular dysfunction. A clinical study of 48 dental itadents. Acta Odontol Scand 1984, 42: 277-283.

22. Droukas B, Lindee C, Carlsson GE. Occlusion and mandibular dysfunction: A clinical study of patients referred for functional disturbances of the masticatory system. J Prosthet Dent 1985, 53: 402-406.

23. Agerbere G, Samdstrom R. Frequency of occlusal intereferences: A clinical study in teenagers and young adults. J Prosthet Dent 1988, 59: 212-217.

24. Dworkin SF, LeResche L, Vonkorf M. Studying the natural history of MD epidemiological perspective on physical and physiological findings. In: Vig K D, Vig PS (eds). Clinical research as the basis of clinical practice. Ann Arbor: Center for human growth and development. The University of Michigan, 1991: 39-60.

25. Rugh JD, Davis SE. Temporomandibular disorders: psychological and behavioral aspects. In: Sarnat BG, Laskin DM (eds). The Temporomandibular Joint: a biological basis for clinical practice.
WB Saunders Co, Philadelphia, 1992: 329-345.

26. Rugh JD, Dahlstrom L. Behavioral and psychological mechanisms. In: Zarb GA, Carlsson GE, Sessle BJ, Mohl ND (eds). Temporomandibular joint and masticatory muscle disorders. Munkgaard, Copenhagen, 1994: 208-218.

27. Magnusso T, Carlsson GE. Recurent headaches in relation to temporomandibular joint paint – dysfunction. Acta Odontol Scand 1978, 36: 333-338.

28. Bush FM, Harkins SW. Pain – related limitations in activities of daily living in patients with chronic orofacial pains: Psychometric properties of a disability index. J Orofac Pain 1995, 9: 57-63.

29. Κανόνης Γ. Επιδημιολογική έρευνα της διασποράς της δυσλειτουργίας της Κροταφογναθικής διάρθρωσης στον πληθυσμό της περιοχής Αθήνας-Πειραιά. Διδακτορική διατριβή. Αθήνα 1983.

30. Costen JB. A syndrome of ear and sinus symptoms dependent upon disturbed function of the temporomandibular joint. Ann Otol 1934,43:1-15.

31. Berlin R, Dessner L, Eberg S. Huvudvärksdiagnostiken ock Käkleds-syndromemet. Sv Läk T 1954,51:678-684.

32. Berlin R, Dessner L, Eberg S. Chronic headache and dysfunction of the temporomandibular join. Acta Med Scand 1956,154:167-176.

33. Berlin R, Dessner L. Bruxism and chronic headache. Lancet 1960, ii:289-291.

34. Magnusson T. Mandibular dysfunction and recurrent headache. Thesis University of Göteborg, Göteborg 1981.

35. Forsell H. Mandibular dysfunction and headache. Thesis Ebo, University of Turku 1985.

36. Δρούκας Β., Παπαγιαννοπούλου Π., Τζάκης Μ. Μελέτη της συχνότητας και του ποσοστού θεραπείας του πονοκεφάλου σε ασθενείς με κρανιογναθικές διαταραχές. (Κλινική έρευνα επί 116 ασθενών). Στοματολογία 1989,46:126-130.

37. Λιναρδάκου Αικ. Διακρίβωση του βαθμού συσχέτισης της κεφαλαλγίας τύπου τάσεως με τη δυσλειτουργία του Στοματογναθικού συστήματος. Διπλωματική εργασία (Master) Αθήνα 2011.

38. Okeson JP. Orofacial Pain. Guidelines for assessment, diagnosis, and management. Quintessence Publ Co Inc,1996.

39. Lance JW. Mechanism and management of headache. 3rd ed. Butterworths, London, Boston 1978:130.

40. Magnusson T. Υποκειμενικά συμπτώματα σε σχέση με τις λειτουργικές διαταραχές των κροταφογναθικών διαρθρώσεων. Στο: Δρούκας Β.(εκδ.) Λειτουργία και δυσλειτουργία του Στοματογναθικού συστήματος. Επιστημονικές Εκδόσεις Παρισιάνου Αθήνα 2003:139-179 .

CURASEPT
ORAL CARE SYSTEM

CURASEPT ADS® Η εξέλιξη της χλωρεξιδίνης

Η μοναδική σειρά χλωρεξιδίνης με ADS* system
κατά των χρώσεων και των διαταραχών της γεύσης, χωρίς αλκοόλ & SLS.

*Το ADS® (Anti Discoloration System) αναστέλλει τις χημικές αντιδράσεις που προκαλούν τον χρωματισμό των δοντιών και της γλώσσας καθώς και τις διαταραχές της γεύσης που προκαλεί η χρήση της χλωρεξιδίνης[1].

✓ Αποτελεσματικότητα ✓ Ασφάλεια

✓ Ποιότητα Ζωής

Υψηλές συγκεντρώσεις για εντοπισμένες ανάγκες

CURASEPT ADS 100
Γέλη
1% CHX

CURASEPT ADS 350
Γέλη
0,50% CHX

Ουλίτιδα **Περιοδοντίτιδα** **Περιεμφυτευματίτιδα** **Μετεγχειρητικά**

Περιοδοντικοί Θύλακοι **Τραυματισμοί στοματικού βλεννογόνου**

Άριστη προσκόλληση και εξαιρετική σταθερότητα

Δυναμικοί συνδυασμοί για μέγιστη αποτελεσματικότητα

CURASEPT ADS 220
Στοματικό Διάλυμα
0,20% CHX

CURASEPT ADS 212
Στοματικό Διάλυμα
0,12% CHX

CURASEPT ADS 205
Στοματικό Διάλυμα
0,05% CHX + **0,05%** F

CURASEPT ADS 720
Οδοντόπαστα
0,20% CHX

Εντατική αντιμικροβιακή δράση

CURASEPT ADS 712
Οδοντόπαστα
0,12% CHX

Αντιμικροβιακή δράση παρατεταμένης διάρκειας

CURASEPT ADS 705
Οδοντόπαστα
0,05% CHX + **0,05%** F

Ενισχυμένη καθημερινή προστασία των ούλων & του σμάλτου των δοντιών

Τα προϊόντα Curasept είναι πιστοποιημένα σαν ιατροτεχνολογικά βοηθήματα (CE) με την εγγύηση ποιότητας, αποτελεσματικότητας και ασφάλειας του Ελβετικού οίκου CURADEN. **Μόνο στα φαρμακεία.**

[1] Chlorhexidine with an anti-discoloration system after periodontal flap surgery: a crossover, randomized, triple blind clinical trial. Cortellini P, Labriola A, Zambelli R, Pini Prato G, Nieri M, Tonetti MS. J. Clinical Periodontology Vol. 35, no. 7, 2008.

synviva Τζαβέλλα 42, Νέο Ψυχικό 15 451, Αθήνα, Τηλ.: 210 6776732, Email: info@synviva.com, www.synviva.com

Ένας ιδανικός συνδυασμός

Αποκαθιστώντας έναν άνω αριστερό προγόμφιο
Dr Toshihisa Terada και Dr Hidetaka Sasaki, Τόκιο / Ιαπωνία

Το υαλοκεραμικό υλικό διπυριτικού λιθίου επιτρέπει την κατασκευή αισθητικών αποκαταστάσεων με βέλτιστη φυσική στιλπνότητα, οι οποίες εξασφαλίζουν υψηλό ποσοστό ικανοποίησης των ασθενών.

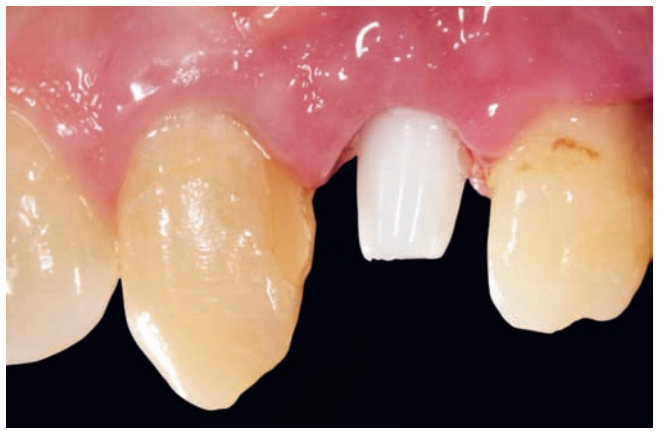
Το υαλοκεραμικό διπυριτικού λιθίου (LS2) φαίνεται ότι ενισχύει την αισθητική εμφάνιση και τη μακροβιότητα των προσθετικών αποκαταστάσεων. Το υλικό αυτό αποτελεί τη βάση του συστήματος IPS e.max® System, το οποίο προσαρμόζεται σταθερά στις μεταβαλλόμενες συνθήκες της αγοράς και στις ανάγκες των χρηστών, από την αρχική του εμφάνιση. Όταν χρησιμοποιείται σε συνδυασμό με το σύστημα CEREC® AC System (Sirona), επιτρέπει την κατασκευή αισθητικών αποκαταστάσεων με υψηλή ακρίβεια εφαρμογής, σε μια συνεδρία. Χρησιμοποιούμε το σύστημα IPS e.max System από την είσοδό του στην Ιαπωνική αγορά. Μπορούμε να δούμε τις περίπου 500 αποκαταστάσεις από IPS e.max, οι οποίες έχουν ήδη τοποθετηθεί σε ασθενείς. Όλα τα θεραπευτικά σχήματα που περιελάμβαναν αποκαταστάσεις με IPS e.max είχαν επιτυχή έκβαση – προς το παρόν οι χρόνοι ελέγχου είναι κάτω από τέσσερα χρόνια. Οι κατασκευές με IPS e.max αποτελούν μια σημαντική κλινική επιλογή του φάσματος της προσθετικής θεραπείας. Η εξαιρετική αισθητική εμφάνιση και η φυσική επιφανειακή στιλπνότητα που επιτυγχάνονται λόγω της άριστης διαφάνειας του υλικού, εξασφαλίζουν φυσική χρωματική απόδοση και υψηλό ποσοστό ικανοποίησης του ασθενούς. Με το σύστημα IPS e.max, μπορεί να χρησιμοποιηθεί η αφαιρετική τεχνική (cut-back) ή οι πλήρως ανατομικές αποκαταστάσεις να χαρακτηριστούν άμεσα. Αυτό βοηθά τους οδοντιάτρους να ικανοποιούν τις απαιτήσεις των ασθενών τους.

Οι πρώτοι κύβοι IPS e.max CAD blocks που εισήχθησαν στην αγορά ήταν οι MO (μεσαία αδιαφάνεια) και οι LT (χαμηλή διαφάνεια). Στη συνέχεια διατέθηκαν επιπλέον κύβοι που διαδέχθηκαν γρήγορα τους προηγούμενους, όπως οι HT (υψηλή διαφάνεια), η σειρά Impulse και η σειρά B 40 για την τεχνική CAD-on technique. Πριν από λίγο καιρό, η σειρά προϊόντων διευρύνθηκε με την είσοδο του ανατομικού στηρίγματος RC Straumann® Anatomic IPS e.max® Abutment (Straumann) – αποτέλεσμα της συνεργασίας των εταιρειών Straumann και Ivoclar Vivadent. Το προκατασκευασμένο αυτό στήριγμα από οξείδιο του ζιρκονίου είναι συμβατό με το εμφύτευμα Straumann® Bone Level Implant. Επιτρέπει στους οδοντιάτρους να ολοκληρώνουν τις υπερκατασκευές των εμφυτευμάτων άμεσα στο ιατρείο. Με την προσθήκη του συγκεκριμένου στηρίγματος στη σειρά, οι χρήστες των προϊόντων Straumann, CEREC και Ivoclar Vivadent μπορούν τώρα να επιλέξουν από ένα ευρύ φάσμα συμβατών υλικών στο πεδίο της υπολογιστικά κατευθυνόμενης εμφυτευματολογίας, από τα στηρίγματα μέχρι τα υλικά κατασκευής των προσωρινών αποκαταστάσεων και των υπερκατασκευών. Το σύστημα διαθέτει σημαντικά πλεονεκτήματα όσον αφορά την αντοχή και την επαναληψιμότητα. Ένα ακόμα συγκριτικό πλεονέκτημα του προϊόντος είναι ότι το στήριγμα είναι κατασκευασμένο από οξείδιο του ζιρκονίου, ένα υλικό βιοσυμβατό και αισθητικά ελκυστικό.

Μελέτη κλινικού περιστατικού

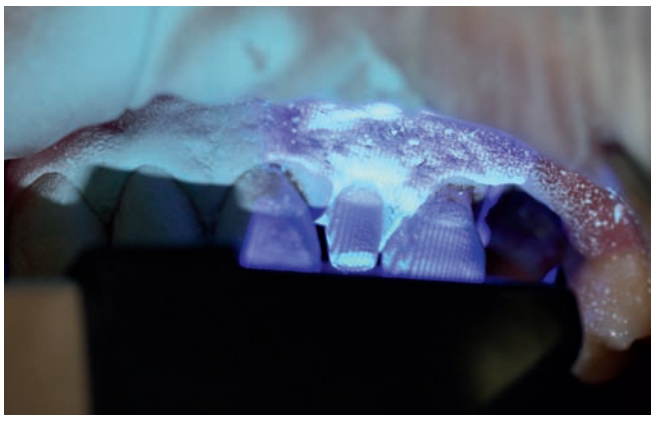
Άνδρας ασθενής, ηλικίας 33 ετών προσήλθε στο ιατρείο μας με έλλειψη του #24. Μετά από εκτενή συζήτηση των διαφορετικών θεραπευτικών επιλογών με τον ασθενή, αποφασίστηκε η κάλυψη του κενού χώρου από μια αποκατάσταση υψηλής αισθητικής: μια επιεμφυτευματική ολοκεραμική στεφάνη. Στην περιοχή του ελλείποντος δοντιού τοποθετήθηκε ένα εμφύτευμα Straumann Bone Level Implant (RC, διαστάσεων 4.1 χιλ, 10 χιλ SLActive®). Στη συνέχεια πραγματοποιήθηκε διαδικασία κατευθυνόμενης οστικής αναγέννησης. Περίοδος επούλωσης 4 μηνών ήταν απαραίτητη προκειμένου να επιτευχθεί επιτυχής οστεοενσωμάτωση και βέλτιστη μορφολογία και αρχιτεκτονική των μαλακών ιστών. Το εμφύτευμα αποκαλύφθηκε με τη βοήθεια του εργαλείου διάνοιξης των ιστών και η βίδα επούλωσης αντικαταστάθηκε από ένα κατάλληλο στήριγμα επούλωσης (ύψους 4 χιλ) (Εικ.1α και β). Μετά από την πλήρη επούλωση των μαλακών ιστών, κοχλιώθηκε στο εμφύτευμα ένα στήριγμα RC Straumann Anatomic IPS e.max Abutment (Εικ. 2α και β). Όπως και σε προηγούμενα περιστατικά μείναμε εντυπωσιασμένοι από την ακρίβεια εφαρμογής του κολοβώματος, η οποία επιτυγχάνεται χάρη στις αυστηρές διαδικασίες ποιοτικού ελέγχου, στις οποίες υποβάλλονται τα στηρίγματα κατά τη διάρκεια, αλλά και μετά από την παραγωγική διαδικασία.

Εικ. 1α και β: Το εμφύτευμα στη νωδή περιοχή, που προέκυψε μετά την απώλεια του #24, τέσσερις μήνες μετά από την τοποθέτησή του. Σημειώστε τη βέλτιστη αρχιτεκτονική των μαλακών ιστών.



Εικ. 2α και β: Ακρίβεια εφαρμογής του στηρίγματος ζιρκονίας.

Εικ.3: Το στήριγμα Straumann Anatomic IPS e.max Abutment προσφέρει εξαιρετική ευελιξία εφαρμογής με την επιλογή των δύο αποχρώσεων, των δύο σχεδίων και των δύο διαφορετικών υψών μαλακών ιστών.

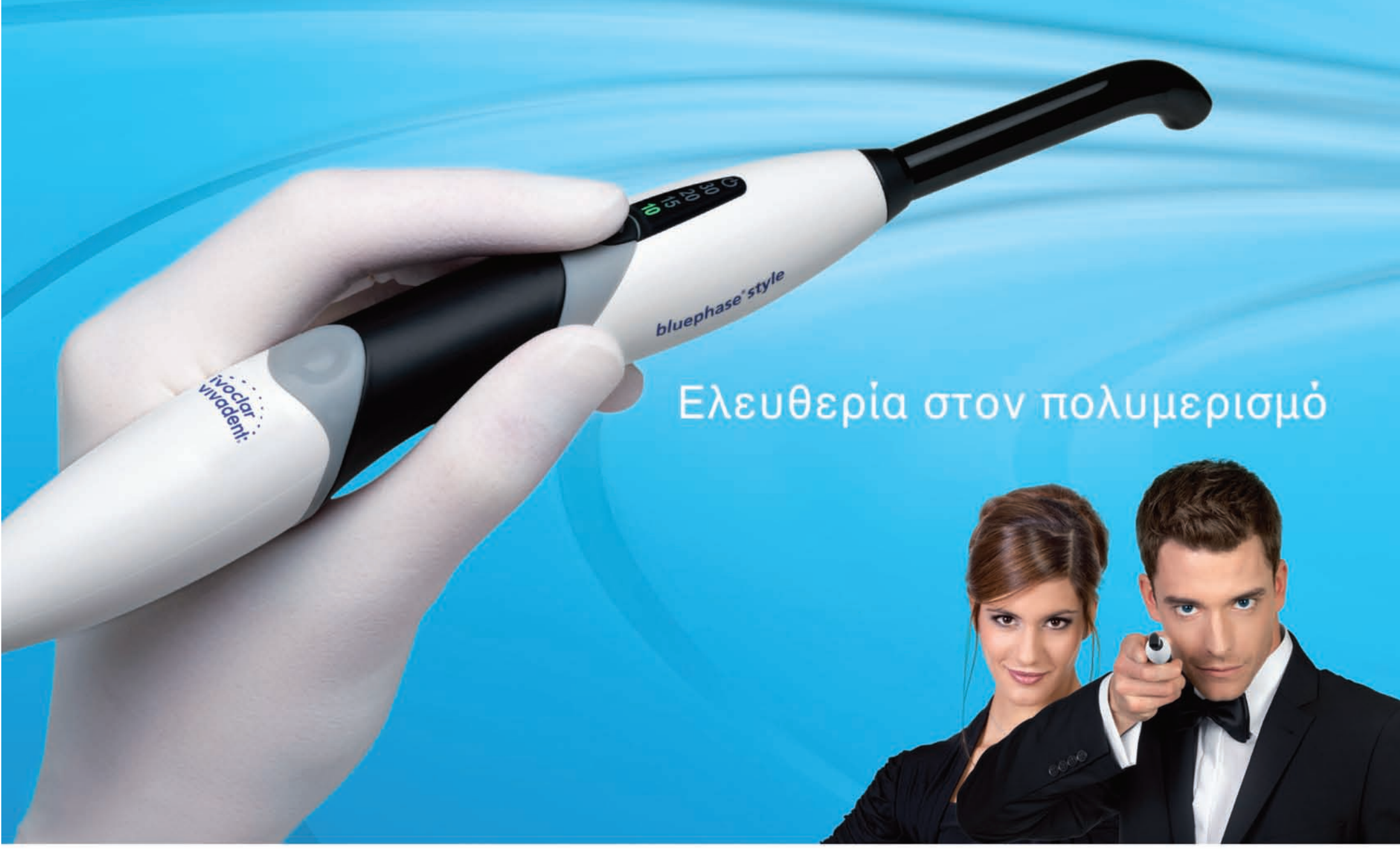


Εικ.4: Το ψηφιακό αποτύπωμα λαμβάνεται με το CEREC Bluecam.

Πριν από μερικά χρόνια, οι οδοντοτεχνίτες χρειάζονταν αρκετές ημέρες ή κάποιες φορές ίσως και εβδομάδες, για να ολοκληρώσουν το στήριγμα κάθε εμφυτευματικού περιστατικού. Η διαθεσιμότητα των τυποποιημένων στηριγμάτων οξειδίου του ζιρκονίου μειώνει ουσιαστικά τον συνολικό χρόνο θεραπείας. Το στήριγμα που περιγράφεται στο παρόν άρθρο διατίθεται σε δύο διαφορετικά ύψη μαλακών ιστών (2χιλ και 3.5χιλ), σε δύο αποχρώσεις (MO0 and MO1) και σε δύο διαφορετικά σχήματα (ευθύ 0˚ και γωνιώδες 15˚) και προσφέρει μεγάλη ευελιξία εφαρμογής. (Εικ.3).

Μετά από την τοποθέτηση του στηρίγματος, έγινε λήψη ψηφιακού αποτυπώματος με τη χρήση του CEREC Bluecam. Βοηθητικά μέσα όπως το OptraGate® και το IPS® Contrast Spray Chairside (απόχρωση blue lemon) παρέχουν επιπλέον υποστήριξη (Εικ. 4). Το Bluecam (μέγιστη εστιακή απόσταση 2.5εκ) επιτρέπει την «παρασκευή» του αυχενικού ορίου του στηρίγματος, το οποίο οριοθετείται βαθύτερα από το αντίστοιχο αυχενικό όριο του φυσικού δοντιού στηρίγματος, λόγω της υψηλής ακρίβειας αποτύπωσης. Στη συνέχεια, χρησιμοποιήθηκε παρειακή σάρωση για την αποτύπωση των ανταγωνιστών και την καταγραφή της σύγκλεισης. Ο σχεδιασμός της συγκλεισιακής επιφάνειας

Το οξείδιο του ζιρκονίου είναι ιδανικό υλικό για την κατασκευή στηριγμάτων σε εμφυτεύματα που έχουν τοποθετηθεί στην πρόσθια περιοχή, όπου η υψηλή αισθητική απόδοση και η μακροβιότητα είναι ύψιστης σημασίας.



Ελευθερία στον πολυμερισμό

NEO

bluephase® style

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

ΚΑΘΕ ΧΕΡΙ
Ξεκούραστο κράτημα για άνδρες και γυναίκες

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

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

Δύο βραβεία σχεδίασης για το Bluephase Style

iF product design award 2012

reddot design award winner 2012

www.ivoclarvivadent.com

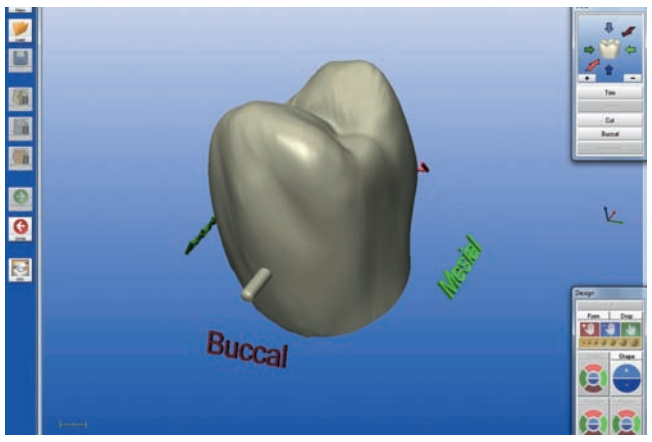
Ivoclar Vivadent AG
Bendererstr. 2 | FL-9494 Schaan | Liechtenstein | Tel.: +423 / 235 35 35 | Fax: +423 / 235 33 60

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



Εικ..5: Ψηφιακός σχεδιασμός της στεφάνης. Η φωτογραφία απεικονίζει την αναπαράσταση της προσωρινής αποκατάστασης στην οθόνη του υπολογιστή, με τη χρήση του λογισμικού CEREC Biogeneric software.

Εικ.7: Η προσωρινή στεφάνη δεν χρειάστηκε τροποποιήσεις και τοποθετήθηκε άμεσα στο στόμα του ασθενή.

της προσωρινής αποκατάστασης έγινε με το λογισμικό CEREC Biogeneric software (Εικ. 5).

Για την κατασκευή της προσωρινής στεφάνης χρησιμοποιήθηκε Telio® CAD (Εικ. 6). Η σειρά προϊόντων Telio CAD περιλαμβάνει κύβους από ακρυλικά πολυμερή, τα οποία μπορούμε να επεξεργαστούμε στο ιατρείο με συστήματα CAD/CAM. Στο περιστατικό αυτό, η προσωρινή φρεζαρίστηκε με βάση τα στοιχεία της σάρωσης, χωρίς να κάνουμε οποιαδήποτε εξατομίκευση και τοποθετήθηκε άμεσα στο στόμα του ασθενή. Ο μέγιστος χρόνος ζωής των προσωρινών αποκαταστάσεων με Telio CAD είναι δώδεκα μήνες. Διατίθενται κύβοι σε έξι διαφορετικές αποχρώσεις (BL3, A1, A2, A3, A3.5 and B1) και σε δύο μεγέθη (B40L and B55). Το Telio CAD δίνει τη δυνατότητα εύκολης στίλβωσης και έτσι εξασφαλίζει ένα υψηλό αισθητικό αποτέλεσμα και αποτελεί ιδανικό υλικό για την κατασκευή προσωρινών επιεμφυτευματικών αποκαταστάσεων (Εικ. 7). Ένα ακόμα πλεονέκτημα των κύβων Telio CAD είναι ότι μπορούμε να τους κατεργαστούμε άμεσα στο ιατρείο με τα CEREC AC και CEREC MC-XL. Η προσωρινή αποκατάσταση που κατασκευάσαμε προσκολλήθηκε στην ίδια συνεδρία. Το σχήμα και η συγκλεισιακή επιφάνεια της προσωρινής μεταφέρθηκε και στη μόνιμη αποκατάσταση. Για την κατασκευή της μόνιμης αποκατάστασης επιλέχθηκε το υλικό IPS e.max CAD (LT A3.5) (Εικ. 8).

Εικ.6: Η προσωρινή στεφάνη φρεζάρεται από τους κύβους του ακρυλικού πολυμερούς Telio CAD acrylate polymer blocks με τη χρήση συσκευής CAD/CAM, στο ιατρείο.

Εικ.8: Το σχήμα και η συγκλεισιακή μορφολογία της προσωρινής μεταφέρθηκαν στη μόνιμη στεφάνη, πριν από την κατεργασία του IPS e.max CAD (LT A3.5).

Τα δεδομένα από τον ψηφιακό σχεδιασμό της αποκατάστασης μπορούν να χρησιμοποιηθούν για την κατασκευή πολλαπλών αποκαταστάσεων από διαφορετικά υλικά. Τα δεδομένα αποθηκεύονται και μπορούν να υποστούν κάποια μικρή τροποποίηση, αν είναι απαραίτητο. Μετά από τη μηχανική κατεργασία, ο χαρακτηρισμός της τελικής αποκατάστασης έγινε στο συγκεκριμένο περιστατικό με IPS e.max CAD Crystall./Shade and Stains και η κρυστάλλωση έγινε σε φούρνο Programat® CS (Εικ. 9α και β). Η όπτηση αυτή διαρκεί στον φούρνο Programat CS περίπου 20 λεπτά και οδηγεί σε πλήρη κρυστάλλωση της αποκατάστασης από IPS e.max CAD. Κατά τη διαδικασία, οι κρύσταλλοι του διπυρικού λιθίου αναπτύσσονται πλήρως και το υλικό παίρνει την τελική του απόχρωση και αντοχή των 360 MPa. Λόγω του γεγονότος ότι οι αποκαταστάσεις μπορούν να τροποποιηθούν χρωματικά στη μπλε φάση, η διαδικασία είναι ιδιαίτερα σύντομη και οδηγεί σε φυσικό, αισθητικό αποτέλεσμα.

Εικ. 9α και β: Η μόνιμη στεφάνη χαρακτηρίστηκε χρωματικά με IPS e.max CAD Crystall./Shade and Stains και υπέστη κρυστάλλωση σε φούρνο Programat CS.

Μετά από τον έλεγχο της έδρασης, της οριακής εφαρμογής, των όμορων σημείων επαφής και της σύγκλεισης της στεφάνης IPS e.max CAD, εφαρμόστηκε ένας παράγοντας σιλανίου (Monobond® Plus) για ένα λεπτό. Σιλάνιο εφαρμόστηκε και στην επιφάνεια του στηρίγματος. Το Monobond Plus περιέχει τρεις διαφορετικούς τύπους μεθακρυλικών: μεθακρυλικό σιλανίου, μεθακρυλικό φωσφορικού οξέος και μεθακρυλικό δισουλφιδίου. Αυτοί κάνουν το Monobond Plus έναν ιδανικό μονοφασικό συγκολλητικό παράγοντα, κατάλληλο για χρήση με ένα ευρύ φάσμα αποκαταστατικών υλικών, όπως υαλοκεραμικά, κεραμικά οξειδίου του ζιρκονίου, κεραμικά οξειδίου του αλουμινίου, κράματα πολύτιμων μετάλλων, βασικά κράματα και σύνθετες ρητίνες. Η δημιουργία ενός ισχυρού δεσμού ανάμεσα στην αποκατάσταση και τον συγκολλητικό παράγοντα βελτιώνει την ασφάλεια και την αξιοπιστία της αποκαταστατικής διαδικασίας. Στο περιστατικό αυτό ακολουθήθηκε πρωτόκολλο μόνιμης συγκόλλησης με ρητινώδη κονία (Εικ. 10). Η κονία που χρησιμοποιήθηκε ήταν η Multilink® Implant. Με το προϊόν αυτό, η αφαίρεση της περίσσειας είναι πολύ πιο εύκολη από τις συμβατικές κονίες. Για τον λόγο αυτό ενδείκνυται ιδιαίτερα για χρήση σε επιεμφυτευματικές αποκαταστάσεις, όπου η αφαίρεση της περίσσειας της κονίας είναι σημαντική για την επιτυχία της αποκατάστασης.

Συμπέρασμα

Η εικόνα 11 δείχνει την ολοκληρωμένη αποκατάσταση μετά από τη μόνιμη συγκόλληση. Η δημιουργία του ανατομικού στηρίγματος RC Straumann Anatomic IPS e.max Abutment άλλαξε μια ιδιαίτερα σύνθετη διαδικασία: οι επιεμφυτευματικές αποκαταστάσεις μπορούν πλέον να κατασκευάζονται ακολουθώντας μια συστηματική σειρά θεραπευτικών σταδίων και επιτυγχάνοντας εξαιρετικά αποτελέσματα. Χρησιμοποιώντας το IPS e.max σε συνδυασμό με το CEREC AC εξασφαλίζουμε πολλά πλεονεκτήματα, όπως βελτιωμένη αισθητική, μακροχρόνια σταθερότητα και μικρότερους χρόνους θεραπείας.

Εικ.10: Η στεφάνη συγκολλήθηκε μόνιμα με τη χρήση ρητινώδους κονίας Multilink Implant.

Εικ.11: Η τελική αποκατάσταση στο στόμα. Ο ελλείπων #24 αντικαταστάθηκε από μια υψηλής αισθητικής, φυσική, ολοκεραμική επιεμφυτευματική αποκατάσταση.

Στοιχεία επικοινωνίας:

Dr Toshihisa Terada
Toshi Dental Clinic
2-9 Kanda Jimbocho, Chiyoda-ku
Tokyo, Japan
www.toshi-dc.com

Dr Hidetaka Sasaki
Toshi Dental Clinic
2-9 Kanda Jimbocho, Chiyoda-ku
Tokyo, Japan
www.toshi-dc.com

e.max®
IPS

„ ΕΙΝΑΙ ΜΙΑ
ΕΥΚΟΛΗ
ΑΠΟΦΑΣΗ.”

Shigeo Kataoka, Οδοντοτεχνίτης, Ιαπωνία.

Εάν απαιτούνται ολοκεραμικές στεφάνες αντοχής, η απόφαση είναι εύκολη: διπυριτικό λίθιο IPS e.max. Με αυτό το υλικό μπορείτε να κατασκευάζετε γρήγορα και αποτελεσματικά γερές στεφάνες. Με δεδομένη την υψηλή αισθητική του υλικού, δεν χρειάζεται επικάλυψη στην περιοχή των οπισθίων.

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

Αντιμετώπιση της οδοντινικής υπερευαισθησίας

Κατερίνα Σολωμού, MSc, PhD
Υπεύθυνη Επιστημονικών Θεμάτων Colgate-Palmolive

Τι είναι η οδοντινική υπερευαισθησία; Η οδοντινική υπερευαισθησία είναι μια κατάσταση που χαρακτηρίζεται από σύντομο, οξύ πόνο, προκαλείται από την εκτεθειμένη οδοντίνη ως αντίδραση προς εξωτερικά ερεθίσματα και δεν μπορεί να αποδοθεί σε άλλη κατάσταση ή νόσο του στόματος. Η υπερευαισθησία εκδηλώνεται όταν η οδοντίνη είναι εκτεθειμένη και τα οδοντινικά σωληνάρια είναι ανοιχτά και έχουν πρόσβαση στον πολφό. Σύμφωνα με την υδροδυναμική θεωρία, τα αλγογόνα ερεθίσματα προκαλούν αλλαγή στην κίνηση του υγρού της οδοντίνης η οποία ενεργοποιεί τις νευρικές απολήξεις, προκαλώντας πόνο.

Η βιβλιογραφία για όλα αυτά που αναφέρονται στο άρθρο είναι στη διάθεση κάθε ενδιαφερόμενου (email επικοινωνίας: Katerina_Solomou@colpal.com)

Πόσο σημαντικό είναι το πρόβλημα της οδοντινικής υπερευαισθησίας;
Η οδοντινική υπερευαισθησία είναι ένα σύνηθες πρόβλημα στοματικής υγείας που επηρεάζει μέχρι και το 57% των ασθενών, και μέχρι το 98% των περιοδοντικών ασθενών. Στην Ελλάδα, πρόσφατη έρευνα της Οδοντιατρικής Σχολής Αθηνών έδειξε ότι ποσοστό 21% των ασθενών είχαν τουλάχιστον μια αυχενική οδοντινική ευαισθησία στο μηχανικό ερέθισμα, ενώ το 38,5% των ασθενών ήταν ευαίσθητοι στο θερμικό ερέθισμα (κρύος αέρας).

Πως η οδοντινική υπερευαισθησία επηρεάζει την επίσκεψη στο οδοντιατρείο;
Μολονότι η οδοντινική υπερευαισθησία επηρεάζει πολλά άτομα, μόνον ένα μικρό ποσοστό αυτών αναζητούν βοήθεια από τον οδοντίατρο τους. Η επίσκεψη στο οδοντιατρείο μπορεί να είναι δυσάρεστη και επώδυνη για τον ασθενή λόγω της οδοντινικής υπερευαισθησίας, και ο οδοντίατρος μπορεί να χρειαστεί να εργαστεί με πιο αργό ρυθμό, με αποτέλεσμα καθυστερήσεις και αδυναμία ολοκλήρωσης της εργασίας στην προγραμματισμένη επίσκεψη. Η επιστημονική πρόοδος έχει θέσει τις βάσεις για νέες προσεγγίσεις στη διαχείριση της οδοντινικής υπερευαισθησίας.

Ποιό είναι το 1ο βήμα για τη διαχείριση της οδοντινικής υπερευαισθησίας;
Πριν την έναρξη οποιασδήποτε θεραπείας για την αντιμετώπιση της οδοντινικής υπερευαισθησίας, είναι απαραίτητος ο έλεγχος και η διαφορική διάγνωση ώστε να αποκλειστούν άλλες καταστάσεις και νόσοι της στοματικής κοιλότητας με παρόμοια συμπτώματα.

Έλεγχος
Σύμφωνα με το Canadian Advisory Board of Dentine Hypersensitivity, όλοι οι ασθενείς θα πρέπει να ελέγχονται για οδοντινική υπερευαισθησία από τον οδοντίατρο τους σε κάθε επίσκεψη, αφού συχνά οι ασθενείς δεν αναφέρουν το πρόβλημα αυτό. Ρωτώντας τους ασθενείς εάν είχαν ή έχουν πρόβλημα ευαισθησίας, είναι εύκολο να εντοπιστούν οι ασθενείς που υποφέρουν. Είναι σημαντικό να δοθεί στους ασθενείς η δυνατότητα να περιγράψουν τον πόνο και τα αλγογόνα ερεθίσματα. Επίσης, είναι σημαντική η λήψη οδοντιατρικού και ιατρικού ιστορικού (π.χ. γαστρο-οισοφαγική παλινδρόμιση), και η καταγραφή των διατροφικών συνηθειών (π.χ. συχνότητα κατανάλωσης όξινων τροφών και ποτών). Στη συνέχεια πρέπει να ακολουθήσει κλινική εξέταση των ευαίσθητων δοντιών με εφαρμογή μηχανικού ερεθίσματος (π.χ. με ανιχνευτήρα) ή θερμικού ερεθίσματος (π.χ. με εκτόξευση κρύου αέρα με αεροσύριγγα).

Διαφορική διάγνωση
Σε συνδυασμό με το ιστορικό και την κλινική εξέταση για ευαισθησία, θα πρέπει επίσης να αποκλειστούν άλλες καταστάσεις ή νόσοι όπως για παράδειγμα:

- τερηδόνα,
- πολφίτιδα,
- σπασμένο φύμα του δοντιού,
- φλεγμονή των ούλων,
- κατεστραμμένες προσθετικές αποκαταστάσεις,
- μασητικό τραύμα,
- κροταφογναθική δυσλειτουργία.

Ποιό είναι το 2ο βήμα για τη διαχείριση της οδοντινικής υπερευαισθησίας;
Αφού ολοκληρωθεί ο έλεγχος και η διαφορική διάγνωση, το επόμενο βήμα είναι ο προσδιορισμός της υποκείμενης αιτίας. Καθώς η οδοντινική υπερευαισθησία δεν είναι νόσος, αλλά μάλλον το «σύμπτωμα» μίας ή περισσοτέρων υποκείμενων αιτιών, είναι αναγκαίος ο προσδιορισμός των πιθανών καταστάσεων που μπορεί να έχουν οδηγήσει σε οδοντινική υπερευαισθησία. Η διαχείριση της οδοντινικής υπερευαισθησίας πρέπει πρώτα να στοχεύει στην εξάλειψη, ή έστω μείωση, των υποκείμενων αιτιών. Στις αιτίες αυτές περιλαμβάνονται τόσο οι παράγοντες που οδηγούν στην έκθεση της οδοντίνης όσο και αυτοί που οδηγούν στη διάνοιξη των οδοντινοσωληναρίων.

Η έκθεση της οδοντίνης μπορεί να προκύψει από την υφίζηση των ούλων, καθώς και από την απώλεια της αδαμαντίνης. Τα υπάρχοντα δεδομένα υποδεικνύουν ότι η υφίζηση των ούλων είναι η κύρια αιτία έκθεσης οδοντίνης. Από τη στιγμή που θα προκληθεί υφίζηση των ούλων, η οστεΐνη που καλύπτει την επιφάνεια της οδοντίνης μπορεί να αφαιρεθεί εύκολα με μηχανικό ή χημικό τρόπο. Η διάβρωση από τα οξέα θεωρείται ένας σημαντικός παράγοντας για τη διάνοιξη των εκτεθειμένων οδοντινικών σωληναρίων.

Οι πιο συχνές καταστάσεις που αποτελούν τις υποκείμενες αιτίτες της οδοντινικής υπερευαισθησίας είναι οι ακόλουθες:

Υπερβολικό βούρτσισμα δοντιών και λανθασμένη τεχνική βουρτσίσματος
Το υπερβολικό βούρτσισμα των δοντιών καθώς και η λανθασμένη τεχνική βουρτσίσματος έχουν συσχετιστεί με απώλεια ουλικού ιστού, και στη συνέχεια απομάκρυνση της οστεΐνης. Για την αντιμετώπιση της συγκεκριμένης υποκείμενης αιτίας είναι αναγκαία η εκπαίδευση του ασθενή στην σωστή τεχνική βουρτσίσματος των δοντιών, καθώς και η ενημέρωση του σχετικά με το ρόλο των όξινων τροφών στην πρόκληση οδοντινικής υπερευαισθησίας.

Οδοντική φθορά
Η οδοντική φθορά ορίζεται ως η σταδιακή μη αναστρέψιμη απώλεια σκληρών οδοντικών ιστών, που δεν σχετίζεται με την τερηδόνα, και περιλαμβάνει 4 κύριους τύπους: αποτριβή (abrasion), μασητική αποτριβή (attrition), απόσπαση (abfraction) και διάβρωση (erosion).
In vitro και in situ μελέτες έχουν δείξει ότι η αποτριβή και η διάβρωση μπορεί να οξύνουν την απώλεια αδαμαντίνης. Αντίθετα, το βούρτσισμα μόνο με οδοντόβουρτσα δεν έχει καμία επίδραση στην αδαμαντίνη, και το βούρτσισμα με οδοντόκρεμα συμβάλει λίγο έως καθόλου στην απώλεια αδαμαντίνης κατά τη διάρκεια της ζωής. Ωστόσο, το βούρτσισμα σε συνδυασμό με όξινη τροφική διάβρωση μπορεί να οδηγήσει σε απώλεια αδαμαντίνης. Επομένως, ασθενείς με αποτριβή και διάβρωση θα πρέπει να θεωρηθούν ως υψηλού κινδύνου για την εκδήλωση οδοντινικής υπερευαισθησίας. Στους ασθενείς αυτούς θα πρέπει να δοθούν οδηγίες για τον σωστό τρόπο βουρτσίσματος των δοντιών και τη μείωση της κατανάλωσης όξινων τροφών και ποτών, καθώς και για αποφυγή του βουρτσίσματος των δοντιών πριν και μετά την κατανάλωση όξινων.

Περιοδοντική νόσος και περιοδοντική θεραπεία
Η περιοδοντική νόσος μπορεί να οδηγήσει σε καταστροφή των περιοδοντικών ιστών και απώλεια ουλικού ιστού, με επακόλουθη έκθεση οδοντίνης και απομάκρυνση οστεΐνης. Επίσης, και η περιοδοντική θεραπεία μπορεί να αποτελέσει αιτία οδοντινικής υπερευαισθησίας, αφού μπορεί να απομακρύνει ουλικό ιστό οδηγώντας σε έκθεση της ριζικής επιφάνειας, ενώ η αποτρύγωση/απόξεση ρίζας μπορεί να αφαιρέσει οστεΐνη, εκθέτοντας έτσι τα οδοντινοσωληνάρια στα εξωτερικά ερεθίσματα. Έχει αναφερθεί ότι περίπου το 50% των περιοδοντικών ασθενών υποφέρουν από οδοντινική υπερευαισθησία μετά από αποτρύγωση/απόξεση ρίζας και μετά από περιοδοντικό χειρουργείο.

Προσθετικές αποκαταστάσεις
Η προετοιμασία ζωντανών δοντιών για προσθετικές αποκαταστάσεις αναπόφευκτα οδηγεί στη διάνοιξη πολλών οδοντινικών σωληναρίων. Κατά συνέπεια, είναι πολύ συχνή η εκδήλωση υπερευαισθησίας μετά την προετοιμασία, ιδιαίτερα σε νεαρά δόντια με μεγάλο πολφό και ελάχιστη δευτερογενή οδοντίνη. Το επίχρισμα οδοντίνης που δημιουργείται δεν επαρκεί για την κάλυψη της εκτεθειμένης οδοντίνης, και ως εκ τούτου είναι δυνατή η μετατόπιση του υγρού εντός των οδοντινικών σωληναρίων και η πρόκληση πόνου.

Λεύκανση δοντιών
Κατά τη διαδικασία της λεύκανσης στο οδοντιατρείο και στο σπίτι μπορεί να εκδηλωθεί ευαισθησία των δοντιών, η οποία και θεωρείται η πιο συχνή επιπλοκή, με επιπολασμό περίπου 60%. Σε περιπτώσεις που η υπερευαισθησία δεν είναι ανεκτή, μπορεί να χρειαστεί διακοπή – προσωρινή ή και μόνιμη – της λεύκανσης. Η αιτία της ευαισθησίας στη διάρκεια της λεύκανσης θεωρείται πολυπαραγοντική (όξινο pH, εκροή του οδοντινικού υγρού λόγω όσμωσης και διείσδυση του υπεροξειδίου στον πολφό μέσω της αδαμαντίνης και της οδοντίνης).

Αναπτυξιακές βλάβες (υπενασβεστίωση τομέων/γομφίων)
Η υπενασβεστίωση τομέων/γομφίων (ΥΤΓ) είναι ένας τύπος οδοντικής βλάβης με επιπολασμό που κυμαίνεται από 6% στη Γερμανία έως και 40% στη Δανία. Η αιτιολογία της κατάστασης αυτής δεν έχει κατανοηθεί πλήρως, αλλά μπορεί να έχει πολλές συνέπειες στη στοματική υγεία, περιλαμβανομένης και της οδοντινικής υπερευαισθησίας, η οποία αποτελεί κι ένα από τα διαγνωστικά κριτήρια της ΥΤΓ.

Ποιό είναι το 3ο βήμα για τη διαχείριση της οδοντινικής υπερευαισθησίας;
Το 3ο βήμα για τη διαχείριση της οδοντινικής υπερευαισθησίας είναι η επιλογή της κατάλληλης απευαισθητοποιητικής τεχνολογίας. Η κατανόηση του μηχανισμού της οδοντινικής υπερευαισθησίας έχει οδηγήσει σε δύο θεραπευτικές προσεγγίσεις:

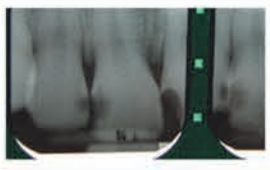
Α. Αποτροπή της νευρικής αντίδρασης σε αλγογόνα ερεθίσματα
Η προσέγγιση αυτή βασίζεται κυρίως στα άλατα καλίου, που είναι γνωστό ότι εκπολώνουν τα διεγερμένα νεύρα, «μουδιάζοντας» έτσι τον πόνο της υπερευαισθησίας. Το νιτρικό κάλιο (5%), το χλωριούχο κάλιο (3.75%) και το κιτρικό κάλιο (5.5%) χρησιμοποιούνται σε οδοντόκρεμες για ανακούφιση από την οδοντινική υπερευαισθησία, απελευθερώνοντας 2% ιόντα καλίου που είναι το ενεργό απευαισθητοποιητικό στοιχείο. Κλινικές μελέτες υποστηρίζουν ότι και οι τρεις μορφές καλίου είναι αποτελεσματικές σε σύγκριση με απλές φθοριούχες οδοντόκρεμες, αν και απαιτείται χρήση για τουλάχιστον 2 εβδομάδες ώστε να επιτευχθεί μετρήσιμη μείωση της ευαισθησίας και 4-8 εβδομάδες για σημαντική ανακούφιση από τον πόνο. Ωστόσο, η κλινική

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

τεκμηρίωση υπέρ της αποτελεσματικότητας οδοντοκρεμών με κάλιο στη μείωση της οδοντινικής υπερευαισθησίας είναι αμφίσημη, καθώς ορισμένες μελέτες δεν έδειξαν όφελος σε σχέση με απλές φθοριούχες οδοντόκρεμες.

Β. Έγκλειση των ανοιχτών οδοντινικών σωληναρίων για παρεμπόδιση του υδροδυναμικού μηχανισμού.

Υπάρχουν διάφορες τεχνολογίες έγκλεισης που χρησιμοποιούνται σε προϊόντα για το οδοντιατρείο και το σπίτι, και ορισμένες από τις πιο κοινές είναι οι ακόλουθες.

Άλατα στροντίου

Τα άλατα στροντίου θεωρείται ότι δρουν με καθίζηση αδιάλυτων στοιχείων στροντίου στην επιφάνεια της οδοντίνης, με αποτέλεσμα την έγκλειση των σωληναρίων. Το χλωριούχο στρόντιο (10%) ήταν ο πρώτος παράγοντας έγκλεισης που χρησιμοποιήθηκε σε οδοντόκρεμες, αλλά δεν ήταν συμβατό με το φθόριο και αντικαταστάθηκε από οδοντόκρεμες με άλατα καλίου που παρουσιάστηκαν ως καλύτερος απευαισθητοποιητικός παράγοντας. Αργότερα, το στρόντιο επανεμφανίστηκε ως οξικό στρόντιο που είναι συμβατό με το φθόριο. Τα περιορισμένα στοιχεία για την αποτελεσματικότητα των αλάτων στροντίου στην ανακούφιση από υπερευαισθησία είναι μάλλον αμφίσημα.

Άλατα κασσίτερου

Τα άλατα κασσίτερου θεωρείται ότι δρουν με καθίζηση αδιάλυτων μεταλλικών στοιχείων κασσιτέρου στην επιφάνεια της οδοντίνης, με αποτέλεσμα την έγκλειση των σωληναρίων. Τα προϊόντα που βασίζονται στα άλατα κασσίτερου μειώνουν σημαντικά την ευαισθησία μετά από 4-8 εβδομάδες χρήσης, ενώ μια πρόσφατη μελέτη έδειξε ότι οδοντόκρεμα με φθοριούχο κασσίτερο βελτίωσε την κατάσταση μετά από 3 ημέρες και 2 εβδομάδες χρήσης. Σύμφωνα με πρόσφατη ανασκόπηση τα άλατα κασσίτερου δεν προσφέρουν άμεση ανακούφιση.

Υψηλή συγκέντρωση φθορίου

Τα προϊόντα με υψηλή συγκέντρωση φθορίου μειώνουν την υπερευαισθησία μέσω της καθίζησης σφαιριδίων φθοριούχου ασβεστίου στα οδοντινοσωληνάρια, και προϊόντα επαγγελματικής χρήσης όπως π.χ. φθοριούχο βερνίκι (22,600 ppm φθορίου) μειώνουν σημαντικά την ευαισθησία μετά την εφαρμογή.

Calcium sodium phosphosilicate

Η τεχνολογία Calcium sodium phosphosilicate - γνωστή με την εμπορική ονομασία NovaMin - θεωρείται ότι λειτουργεί μέσω του σχηματισμού ενός στρώματος ασβεστίου-φωσφώρου, που στη συνέχεια κρυσταλλοποιείται σε μια μορφή παρόμοια με υδροξυαπατίτη και κλείνει τα ανοιχτά οδοντινοσωληνάρια. Μελέτες έχουν δείξει ότι οδοντόκρεμες με τεχνολογία Novamin είναι σημαντικά πιο αποτελεσματικές στη μείωση της υπερευαισθησίας σε σύγκριση με απλές φθοριούχες οδοντόκρεμες, αλλά και οδοντόκρεμες με άλατα καλίου. Εντούτοις, μέχρι στιγμής δεν υπάρχουν δημοσιευμένα στοιχεία που να αποδεικνύουν άμεση ανακούφιση από την ευαισθησία.

Γλουταραλδεΰδη

Η γλουταραλδεΰδη - ένας παράγοντας που χρησιμοποιείται κυρίως σε προσθετικές εργασίες - λειτουργεί μέσω της δημιουργίας ενός συσσωματώματος εντός των οδοντινοσωληναρίων, και χρησιμοποιείται μόνο σε επαγγελματικά προϊόντα για χρήση στο οδοντιατρείο, αφού απαιτεί προεργασία όπως αδροποίηση πριν την εφαρμογή. Ορισμένες κλινικές μελέτες έδειξαν μείωση της υπερευαισθησίας ενώ άλλες όχι.

Απευαισθητοποιητικές τεχνολογίες	Άλατα Καλίου	Άλατα Στροντίου	Φθόριο	Άλατα Κασσίτερου	Calcium Sodium Phosphosilicate	Αργινίνη – Ανθρακικό ασβέστιο
Μηχανισμός Δράσης	Απευαισθητοποίηση νευρικών απολήξεων	Έγκλειση οδοντινικών σωληναρίων μέσω εναπόθεσης αδιάλυτων στοιχείων στροντίου στην επιφάνεια της οδοντίνης	Έγκλειση οδοντινικών σωληναρίων μέσω εναπόθεσης σφαιριδίων φθοριούχου ασβεστίου στην επιφάνεια της οδοντίνης	Έγκλειση οδοντινικών σωληναρίων μέσω εναπόθεσης στοιχείων κασσίτερου στην επιφάνεια της οδοντίνης	Έγκλειση οδοντινικών σωληναρίων μέσω σχηματισμού στρώματος ασβεστίου-φωσφώρου που μοιάζει με υδροξυαπατίτη στην επιφάνεια της οδοντίνης	Έγκλειση οδοντινικών σωληναρίων μέσω σχηματισμού στρώματος πλούσιου σε ασβέστιο και φώσφωρο στην επιφάνεια της οδοντίνης που επάγεται από την αργινίνη και το ανθρακικό ασβέστιο
Διαθέσιμες μορφές προϊόντος	Οδοντόκρεμα	Οδοντόκρεμα	Φθοριούχο βερνίκι για χρήση στο οδοντιατρείο	1) Οδοντόκρεμα 2) Γέλη	1) Πάστα για χρήση στο οδοντιατρείο 2) Οδοντόκρεμα 3) Συνταγογραφούμενη Οδοντόκρεμα	1) Πάστα για χρήση στο οδοντιατρείο 2) Οδοντόκρεμα
Άμεση ανακούφιση	ΟΧΙ	ΟΧΙ	ΟΧΙ	ΟΧΙ	ΟΧΙ	ΝΑΙ
Μεγάλης διάρκειας ανακούφιση	ΝΑΙ, με τακτική χρήση της οδοντόκρεμας 2x / ημέρα	ΝΑΙ, με τακτική χρήση της οδοντόκρεμας 2x / ημέρα	ΝΑΙ, με 2-3 εφαρμογές σε διάστημα 10 ημερών	ΝΑΙ, με τακτική χρήση της οδοντόκρεμας ή της γέλης 2x / ημέρα	ΝΑΙ, με τακτική χρήση της οδοντόκρεμας 2x / ημέρα ή 1 μόνον εφαρμογή της επαγγελματικής πάστας	ΝΑΙ, με τακτική χρήση της οδοντόκρεμας 2x / ημέρα ή 1 μόνον εφαρμογή της επαγγελματικής πάστας
Συμβατότητα με φθόριο	ΝΑΙ	ΟΧΙ με χλωριούχο στρόντιο ΝΑΙ με οξικό στρόντιο	ΝΑΙ	ΝΑΙ	ΝΑΙ	ΝΑΙ

Αργινίνη και Ανθρακικό ασβέστιο

Η καινοτόμος Τεχνολογία Pro-Argin™ βασίζεται στο συνδυασμό 8% αργινίνης και ανθρακικού ασβεστίου. Η τεχνολογία αυτή λειτουργεί μέσω της έμφραξης των οδοντινοσωληναρίων και του σχηματισμού ενός προστατευτικού στρώματος ασβεστίου και φωσφώρου στην επιφάνεια της οδοντίνης. Η αργινίνη, ένα φυσικό αμινοξύ, προσελκύει ανθρακικό ασβέστιο στην επιφάνεια της οδοντίνης, και ιόντα ασβεστίου και φωσφώρου φράσσουν τα σωληνάρια και σχηματίζουν ένα προστατευτικό στρώμα. Η Τεχνολογία Pro-Argin™ επιταχύνει το φυσικό μηχανισμό έγκλεισης που βασίζεται στο σάλιο. Η τεχνολογία αυτή προσφέρει επίσης προστασία από τις επιθέσεις των οξέων και είναι συμβατή με το φθόριο. Η Τεχνολογία Pro-Argin™ έχει ενσωματωθεί σε απευαισθητοποιητική πάστα στίλβωσης για χρήση στο οδοντιατρείο και σε οδοντόκρεμα για το σπίτι.

Κλινικές μελέτες έχουν δείξει ότι η εφαρμογή της απευαισθητοποιητικής πάστας στίλβωσης Colgate Sensitive Pro-Relief με τεχνολογία Pro-Argin™ είτε πριν την αποτρύγωση ή μετά, προσφέρει άμεση ανακούφιση από τον πόνο της οδοντινικής υπερευαισθησίας, που διαρκεί τουλάχιστον 28 ημέρες.

Παρομοίως, πολλές κλινικές μελέτες έδειξαν ότι η οδοντόκρεμα Colgate Sensitive Pro-Relief με 8% αργινίνη και ανθρακικό ασβέστιο μειώνει σημαντικά την οδοντινική υπερευαισθησία. Η οδοντόκρεμα αυτή προσφέρει στατιστικά σημαντική μείωση του πόνου της υπερευαισθησίας σε σύγκριση με οδοντόκρεμες με άλατα καλίου και απλή φθοριούχο οδοντόκρεμα.

Επιπλέον, κλινικές μελέτες έδειξαν ότι η απευθείας εφαρμογή της οδοντόκρεμας με 8% αργινίνη και ανθρακικό ασβέστιο με το ακροδάχτυλο κάνοντας μασάζ για 1 λεπτό στο ευαίσθητο δόντι, προσφέρει άμεση ανακούφιση από την υπερευαισθησία, και η βελτίωση αυτή είναι σημαντικά μεγαλύτερη συγκριτικά με οδοντόκρεμα με 2% κάλιο και απλή φθοριούχο οδοντόκρεμα.

Ποιά είναι τα κύρια κριτήρια επιλογής απευαισθητοποιητικού παράγοντα;

Τα κυριότερα κριτήρια επιλογής είναι:

- Άμεση και μεγάλης διάρκειας ανακούφιση
- Αντιμετώπιση της αιτίας δηλ. έγκλειση οδοντινοσωληναρίων
- Μίμηση της φυσικής διαδικασίας έγκλεισης
- Εύκολη εφαρμογή
- Απουσία παρενεργειών

Συμπεράσματα

Η οδοντινική υπερευαισθησία αποτελεί σημαντικό πρόβλημα πολλών ασθενών, οι οποίοι, όμως, συχνά δεν ζητάνε βοήθεια από τον οδοντίατρο. Επομένως, είναι αναγκαίο να διερευνήσει ο οδοντίατρος τυχόν πρόβλημα υπερευαισθησίας με έλεγχο που περιλαμβάνει:

- λήψη ιστορικού
- κλινική εξέταση
- διαφορική διάγνωση

Ιδιαίτερη προσοχή απαιτείται για ασθενείς που διατρέχουν αυξημένο κίνδυνο για εκδήλωση οδοντινικής υπερευαισθησίας, όπως άτομα με:

- υφίζηση ούλων λόγω λανθασμένου τρόπου βουρτσίσματος
- οδοντική φθορά
- περιοδοντική νόσο
- λεύκανση
- υπενασβεστίωση τομέων/γομφίων

Στη συνέχεια, καίριας σημασίας είναι η επιλογή της κατάλληλης απευαισθητοποιητικής τεχνολογίας. Οι δύο κυριότερες θεραπευτικές προσεγγίσεις για την αντιμετώπιση της οδοντινικής υπερευαισθησίας είναι:

Α. αποτροπή νευρικής διέγερσης από αλγογόνα ερεθίσματα

Β. έγκλειση οδοντινικών σωληναρίων.

Για την πιο αποτελεσματική αντιμετώπιση της οδοντινικής υπερευαισθησίας, βασικά κριτήρια επιλογής απευαισθητοποιητικού παράγοντα είναι τα παρακάτω:

- Άμεση και μεγάλης διάρκειας ανακούφιση
- Έγκλειση των ανοιχτών οδοντινικών σωληναρίων
- Μίμηση της φυσικής διαδικασίας έγκλεισης
- Εύκολη εφαρμογή
- Απουσία παρενεργειών

Η αντιμετώπιση της οδοντινικής υπερευαισθησίας αποτελεί μια πρόκληση για τον οδοντίατρο, αλλά η επιστημονική πρόοδος έχει οδηγήσει πλέον σε αποτελεσματικά, εύκολα στη χρήση και προσιτά απευαισθητοποιητικά προϊόντα, που ανακουφίζουν τους ασθενείς και συμβάλλουν στη βελτίωση της ποιότητας της ζωής τους.

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 2ο

*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»

Τα ενδοστικά εμφυτεύματα χρησιμοποιούνται για την αποκατάσταση ελλειπόντων δοντιών και σταδιακά κερδίζουν όλο και αυξανόμενο έδαφος τις τελευταίες δεκαετίες, με αποτέλεσμα να έχουν πλέον καθιερωθεί ως λύση πρώτης επιλογής. 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*.

Στο άρθρο του προηγουμένου τεύχους ξεκινήσαμε την αναφορά μας σε τεχνικές οστικής ανάπλασης, με τις οποίες μας δίνεται η δυνατότητα τοποθέτησης οδοντικών οστεοενσωματούμενων εμφυτευμάτων ακόμα και όταν αυτή φαντάζει αδύνατη, λόγω ανεπάρκειας του οστικού υποστρώματος.

Έχουν γίνει διάφορες ταξινομήσεις των τεχνικών οστικής ανάπλασης με πολλούς τρόπους. Μία απλή κατηγοριοποίηση που προτείναμε, ανάλογα με την παρέμβαση που γίνεται κάθε φορά στο οστούν της γνάθου, είναι η εξής:

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

Λόγω της μεγάλης έκτασης του άρθρου, στο προηγούμενο τεύχος αναφερθήκαμε στην πρώτη από τις τρείς αυτές κατηγορίες. Φυσικά, η κατηγορία αυτή καλύπτει ένα μεγάλο ποσοστό των τεχνικών οστικής ανάπλασης που πραγματοποιούνται στην καθημερινή πράξη σε επίπεδο ιατρείου, όμως και οι δύο επόμενες έχουν ενδείξεις σε συγκεκριμένες περιπτώσεις, μας προσφέρουν σημαντικές λύσεις και είναι χρήσιμες στην προσπάθεια αντιμετώπισης του προβλήματος της μειωμένης οστικής μάζας.

Β. ΤΕΧΝΙΚΕΣ ΣΤΙΣ ΟΠΟΙΕΣ ΠΡΑΓΜΑΤΟΠΟΙΕΙΤΑΙ ΟΣΤΕΟΤΟΜΙΑ

Ο όρος *οστεοτομία* περιλαμβάνει τη διαδικασία επέμβασης στο οστούν της φατνιακής ακρολοφίας. Ανάλογα με τον τύπο της οστεοτομίας, τη χρήση ή μη μοσχεύματος, αλλά και τη μορφή του μοσχεύματος που θα επιλεγεί διακρίνουμε τις εξής υποκατηγορίες:

Β.1. Οριζόντια οστεοτομία με ενδιάμεσο (ένθετο) οστικό μόσχευμα (Inlay Bone Graft)
I) Le Fort I οστεοτομία με ενδιάμεσο μόσχευμα στην άνω γνάθο.
II) Ενδιάμεσο μόσχευμα στη πρόσθια περιοχή της κάτω γνάθου

Β.2. Κάθετος διαχωρισμός της φατνιακής ακρολοφίας (Bone Splitting)

Β.3. Διατατική Οστεογένεση σε κάθετο ή οριζόντιο επίπεδο (Distraction Osteogenesis)

Β.4. Ανύψωση του εδάφους του ιγμορείου με κλειστή προσπέλαση – Τεχνική των οστεοτόμων (Sinus Lift - Osteotome Technique)

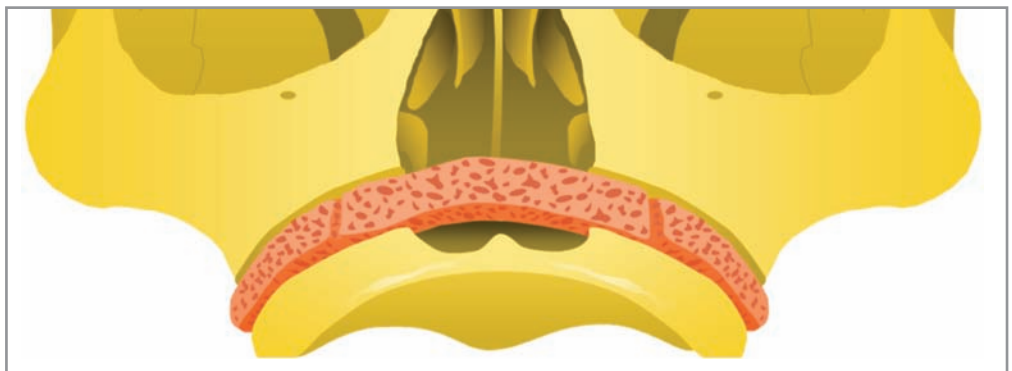
Β.5. Αποκατάσταση με μικροαγγειούμενο κρημνό. (Microvascularized Flap)

Β.1 Οριζόντια οστεοτομία με ενδιάμεσο (ένθετο) οστικό μόσχευμα (Inlay Bone Graft)

Η τεχνική αυτή μπορεί να χρησιμοποιηθεί είτε στην άνω γνάθο με τη μορφή της Le Fort I οστεοτομίας και την τοποθέτηση ένθετου μοσχεύματος, είτε με αντίστοιχο τρόπο στην πρόσθια περιοχή της κάτω γνάθου. Περιλαμβάνει οστεοτομία της γνάθου με δύο κάθετες τομές και μια οριζόντια, οπότε τοποθετείται συμπαγές οστικό μόσχευμα μεταξύ των δυο δημιουργούμενων οστικών τμημάτων. Η σταθεροποίηση γίνεται με υλικά οστεοσύνθεσης, τα οποία αφαιρούνται σε δεύτερο χρόνο.

Β.1.Ι Le Fort I οστεοτομία με ένθετο μόσχευμα στην άνω γνάθο.

Η τεχνική αυτή παρέχει: α) τη δυνατότητα διόρθωσης εξεσημασμένης ατροφίας ολόκληρης της άνω γνάθου και παράλληλα της αυξημένης διαγναθικής απόστασης (IVης τάξης κατά Cawood & Howell, 1988) και β) τη δυνατότητα αποκατάστασης μιας μη ευνοϊκής σκελετικής τάξης που έχει διαμορφωθεί, λόγω απορρόφησης της άνω γνάθου. Με τον τρόπο αυτό, αφενός μεν αποκαθιστά το απαραίτητο οστικό υπόστρωμα για τοποθέτηση εμφυτευμάτων και αφετέρου επιτρέπει ορθότερη προσθετική και αισθητική προσέγγιση της νωδότητας της άνω γνάθου. Η επέμβαση χρήζει πολύ προσεκτικής προεγχειρητικής εκτίμησης και μελέτης και πραγματοποιείται από εξειδικευμένη χειρουργική και οδοντιατρική ομάδα, σε νοσοκομειακό περιβάλλον υπό γενική αναισθησία.



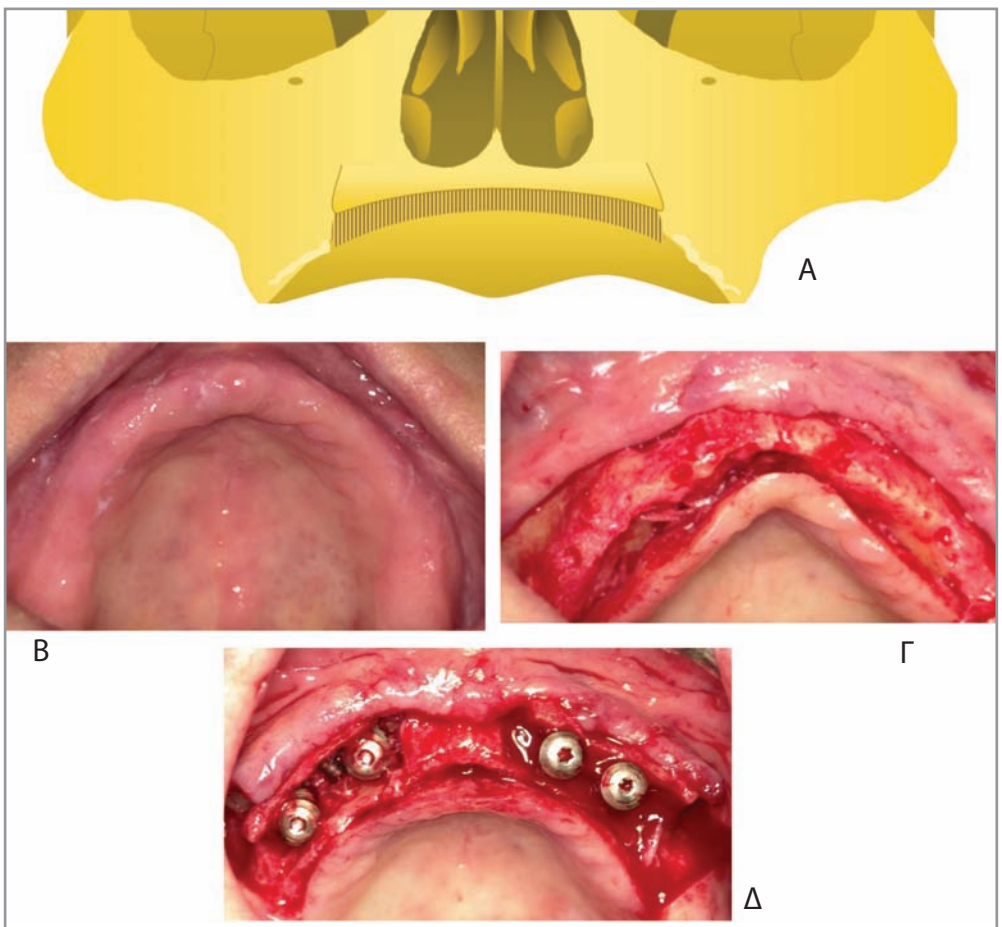
Εικόνα 1: Σχηματική απεικόνιση Le Fort I οστεοτομίας και τοποθέτησης ενδιάμεσου τεμαχίου οστικού μοσχεύματος.

Η διαδικασία είναι ίδια με τη Le Fort I οστεοτομία, με τη διαφορά ότι αφού γίνει η οστεοτομία τοποθετείται συμπαγές οστικό μόσχευμα μεταξύ των κατεαγότων οστικών τμημάτων και σταθεροποιείται στη θέση του με πλάκες και βίδες οστεοσύνθεσης. **(Εικόνα 1)** Το οστικό μόσχευμα προέρχεται συνήθως από την πρόσθια λαγόνια ακρολοφία. Η εμφύτευση μπορεί να γίνει είτε στον ίδιο χρόνο με την επέμβαση, είτε σε δεύτερο χρόνο, 3-10 μήνες μετά. Η προσθετική αποκατάσταση αρχίζει 4-12 μήνες μετά την εμφύτευση και περιλαμβάνει ακίνητη ή επένθετη προσθετική εργασία, ανάλογα με το πλήθος, την κατανομή και την πρωτογενή συγ-

κράτηση των εμφυτευμάτων και ανάλογα με την κατάσταση του οστικού υποστρώματος ή άλλους παράγοντες που αφορούν τη γενικότερη υγεία του ασθενούς και το προσδοκώμενο αποτέλεσμα. Η μετεγχειρητική πορεία είναι κατά κανόνα ομαλή, ενώ οι επιπλοκές είναι ασυνήθεις και μπορεί να περιλαμβάνουν:

- διεγχειρητικό κάταγμα της υπερώας,
- μετεγχειρητική ιγμορίτιδα,
- μετεγχειρητική νοσηρότητα της δότριας περιοχής και
- αποκάλυψη του οστικού μοσχεύματος και των υλικών οστεοσύνθεσης με μικρή απώλεια οστού, λόγω λοίμωξης.

Μια έμπειρη ομάδα μπορεί να ανταπεξέλθει σε όλες τις παραπάνω δυσκολίες και επιπλοκές, χωρίς κάποιο «κόστος» για το τελικό αποτέλεσμα. Πλήρης αποτυχία και απώλεια του μοσχεύματος είναι σπάνια, ενώ η επιτυχία της μεθόδου ανέρχεται, σύμφωνα με πρόσφατη ανασκόπηση της βιβλιογραφίας, στο 95,8%.
Σε ότι αφορά τα ποσοστά επιβίωσής των εμφυτευμάτων, καταγράφονται διαφορές ανάλογα με τον χρόνο τοποθέτησής τους. Έτσι, τα εμφυτεύματα που τοποθετούνται ταυτόχρονα με το οστικό μόσχευμα εμφανίζουν επιβίωση 86%, ενώ αυτά που τοποθετούνται σε δεύτερο χρόνο 91%. Η μέση επιβίωση σε αμφότερες τις ομάδες φθάνει στο 88%, ποσοστό προφανώς μικρότερο από το αντίστοιχο εμφυτευμάτων που τοποθετούνται σε γνάθο στην οποία δεν έχει προηγηθεί ανάπλαση. Η απώλεια των εμφυτευμάτων συμβαίνει είτε πριν είτε μετά την έναρξη της προσθετικής αποκατάστασης. Από την άλλη πλευρά, τα ποσοστά επιτυχίας των εμφυτευμάτων κυμαίνονται από 82 – 91%, ανάλογα με τη μελέτη και για 1-9 έτη παρακολούθησης μετά τη φόρτισή τους.



Εικόνα 2: Η μέθοδος κάθετου διαχωρισμού της φατνιακής ακρολοφίας.
Α) Σχηματική απεικόνιση,
Β,Γ,Δ) Κλινική περίπτωση με ταυτόχρονη τοποθέτηση των εμφυτευμάτων

Συμπερασματικά, μπορούμε να πούμε τα εξής για την τεχνική της Le Fort I οστεοτομίας με έν-θετο μόσχευμα:

α) Είναι μια αξιόπιστη τεχνική με προβλέψιμα αποτελέσματα. Έχει κύρια ένδειξη τη σημαντική ατροφία της άνω γνάθου με ταυτόχρονη αύξηση της διαγναθικής απόστασης, κατάσταση η οποία δε μπορεί να υπερκεραστεί από λύσεις όπως τα επένθετα μοσχεύματα μόνα τους ή σε συνδυασμό με ανύψωση του εδάφους του ιγμορείου.

β) Η μετεγχειρητική νοσηρότητα της δότριας περιοχής είναι προσωρινή και δεν προκαλεί προβληματισμό.

γ) Η πιθανότητα μερικής ή πλήρους απώλειας του μοσχεύματος κυμαίνεται έως 4,5% και εξαρτάται, σύμφωνα με κάποιους ερευνητές, από τη διατήρηση της ακεραιότητας της μεμβράνης του Schneider. Άλλοι αναφέρουν 100% ποσοστά ενσωμάτωσης του μοσχεύματος, παρά την πλήρη απώλεια της μεμβράνης.

δ) Ο κατάλληλος χρόνος τοποθέτησης των εμφυτευμάτων δεν έχει ακόμα διευκρινιστεί, αφενός λόγω των συγκρίσιμων αποτελεσμάτων και αφετέρου λόγω της διαφορετικής κατεύθυνσης και προσέγγισης που έχει κάθε σχολή.

ε) Η άμεση φόρτιση σε εμφυτεύματα που τοποθετούνται ταυτόχρονα με την επέμβαση δεν έχει ακόμα διερευνηθεί.

στ) Δεν υπάρχουν κατευθυντήριες οδηγίες σε ότι αφορά τον αριθμό και τις διαστάσεις

Οστική ανάπλαση στην οδοντιατρική εμφυτευματολογία

Το παγκόσμιο best seller του Fouad Khoury αναμένεται να κυκλοφορήσει σύντομα και στην ελληνική γλώσσα

Επιστημονική επιμέλεια: Νικήτας Σ. Συκαράς Επίκουρος Καθηγητής ΕΚΠΑ - Μετάφραση: **Στάθης Καρατζογιάννης** οδοντίατρος

Το οστικό μόσχευμα αποτελεί σήμερα ένα από τα πιο βασικά κεφάλαια στην οδοντιατρική εμφυτευματολογία.

Το βιβλίο Οστική ανάπλαση στην οδοντιατρική εμφυτευματολογία των **εκδόσεων Quintessence, με 530 σελίδες και 1.800 έγχρωμες φωτογραφίες,** περιγράφει και αναλύει τις πιο σύγχρονες τεχνικές μεταμόσχευσης στη χειρουργική των εμφυτευμάτων. Για το λόγο αυτό αποτελεί ένα εγχειρίδιο πραγματικά μοναδικό.

Σύντομα θα κυκλοφορήσει στην ελληνική γλώσσα από τις εκδόσεις «Ο.Β.». Μάλιστα, η ελληνική μετάφραση βασίζεται στην τελευταία γερμανική έκδοση Augmentative Verfahren in der Implantologie του συγγραφέα **Fouad Khoury**, η οποία κυκλοφόρησε το 2009 και σήμερα έχει γίνει παγκόσμιο best seller.

Στο βιβλίο αναλύονται:

- οι βιολογικές βάσεις της οστικής μεταμόσχευσης και της οστεοενσωμάτωσης των εμφυτευμάτων
- η διάγνωση και το σχέδιο θεραπείας των επεμβάσεων
- η διαχείριση των μαλακών ιστών στη χειρουργική των οστικών μοσχευμάτων και των εμφυτευμάτων
- η μεταμόσχευση με ενδοστοματικά και εξωστοματικά οστικά μοσχεύματα και η οστεογένεση
- η ενσωμάτωση μετά από σύνθετες εμφυτευματικές και προσθετικές αποκαταστάσεις
- οι επιπλοκές και οι κίνδυνοι που ενδέχεται να προκύψουν

Το βιβλίο Οστική ανάπλαση στην οδοντιατρική εμφυτευματολογία αποτελεί σημείο αναφοράς για κάθε εμφυτευματολόγο, γναθοχειρουργό και, φυσικά, για κάθε οδοντίατρο που ενδιαφέρεται για το συγκεκριμένο επιστημονικό πεδίο.

Η ελληνική έκδοση αναμένεται να κυκλοφορήσει σύντομα. Η τιμή του βιβλίου στη Γερμανία ανέρχεται σε 280 ευρώ. Ωστόσο, το "Ο.Β.", λαμβάνοντας υπόψη τις δύσκολες οικονομικές συγκυρίες, δίνει την ευκαιρία σε όσους το προπαραγγείλουν να προμηθευτούν το επιστημονικό αυτό σύγγραμα μόνο με 160 ευρώ.

Για περισσότερες πληροφορίες, μπορείτε να επικοινωνείτε με τις εκδόσεις «Ο.Β.» στα τηλέφωνα: 210 3814939, 210 3809495

των εμφυτευμάτων που θα τοποθετηθούν, ωστόσο προτείνεται η χρήση 6-8 εμφυτευμάτων μεγάλου μήκους. Αυτό οδηγεί σε διατήρηση μεγαλύτερου όγκου οστικού μοσχεύματος με μικρότερα ποσοστά απορρόφησης. Μικρότερα σε μήκος εμφυτεύματα εμφανίζουν χαμηλότερα ποσοστά επιβίωσης.

Β.1.ΙΙ) Ένθετο μόσχευμα στη πρόσθια περιοχή της κάτω γνάθου

Η τεχνική αυτή ενδείκνυται σε περιπτώσεις μεγάλης ατροφίας της γνάθου. Περιλαμβάνει οστεοτομία με δύο κάθετες και μία οριζόντια τομή στο πρόσθιο τμήμα της κάτω γνάθου, μεταξύ των γενειακών τρημάτων. Στη συνέχεια, τοποθετείται τεμάχιο οστικού μοσχεύματος μεταξύ των δύο δημιουργούμενων οστικών τμημάτων, προερχόμενο συνήθως από την πρόσθια λαγόνια άκανθα. Στις περιοχές όπισθεν των τρημάτων γίνεται οστική ανάπλαση τύπου «επένθετου μοσχεύματος», λόγω κινδύνου τρώσης του κάτω φατνιακού νεύρου. Η εμφύτευση γίνεται 3-5 μήνες μετά την πρώτη επέμβαση, ενώ η προσθετική αποκατάσταση αρχίζει 3-6 μήνες μετά. Οι περισσότεροι ερευνητές προτείνουν την τοποθέτηση 2-4 εμφυτευμάτων και την κατασκευή επένθετης οδοντοστοιχίας. Ήσσονος σημασίας επιπλοκές είναι η μερική διάσπαση του τραύματος και η πιθανότητα απώλειας του μοσχεύματος της τάξης του 10-15%, η οποία γίνεται αντιληπτή κατά το στάδιο της εμφύτευσης. Τα ποσοστά επιβίωσης των εμφυτευμάτων κυμαίνονται από 90 έως 95%, ενώ εμφανίζουν ποσοστά επιτυχίας της τάξης του 95%, έως και 7 έτη μετά τη φόρτισή τους.

Συμπερασματικά, αν και δεν υπάρχει εκτεταμένη βιβλιογραφία αμιγώς για τη συγκεκριμένη τεχνική, τα ποσοστά επιβίωσης και επιτυχίας των εμφυτευμάτων είναι συγκρίσιμα με εμφυτεύματα που τοποθετούνται σε γνάθο χωρίς τη διαδικασία οστικής ανάπλασης. Επιπλέον, υπερτερεί της τεχνικής επένθετου (onlay) λαγόνιου οστικού μοσχεύματος, λόγω της μικρότερης παρατηρούμενης οστικής απορρόφησης (10-15% έναντι 15-50% που παρατηρείται στο επένθετο λαγόνιο μόσχευμα στην πρόσθια περιοχή της κάτω γνάθου).

Β.2 Κάθετος διαχωρισμός της φατνιακής ακρολοφίας (Bone Splitting)

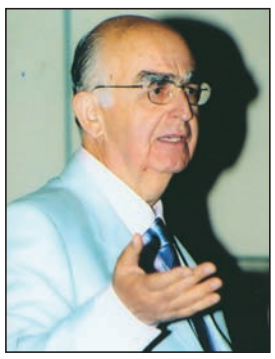
Η τεχνική ενδείκνυται σε ακρολοφίες με πολύ μικρό πάχος κατά την παρειο-υπερώια ή την παρειο-γλωσσσική διάσταση. Οι ακρολοφίες εμφανίζονται οξύαιχμες τόσο κατά την κλινική εξέταση, όσο και στις κάθετες τομές της αξονικής τομογραφίας (Dental Scan). Η διαδικασία περιλαμβάνει την πραγματοποίηση κάθετης τομής στην ακρολοφία και διαχωρισμό της σε δύο πέταλα: παρειακό και γλωσσικό/υπερώιο **(Εικόνα 2)**. Προϋπόθεση για την πραγματοποίηση της τεχνικής είναι να έχουμε ικανό ύψος φατνιακής ακρολοφίας ώστε να γίνει ταυτόχρονα και η τοποθέτηση των εμφυτευμάτων. Τα εμφυτεύματα θα στηρίζονται στο άθικτο τμήμα του οστού που βρίσκεται άνωθεν (άνω γνάθο) ή κάτωθεν (κάτω γνάθο) των δύο πετάλων που δμιουργούνται. Ουσιαστικά, δημιουργείται ένα είδος sandwich από τα δύο διαχωρισθέντα πέταλα της φατνιακής ακρολοφίας, μέσα στα οποία βρίσκονται τα εμφυτεύματα. Το διάστημα που δημιουργείται είτε πληρούται με μοσχευματικά υλικά, είτε κατ' άλλους συγγραφείς παραμένει κενό. Η σύγκλειση του τραύματος γίνεται με ή χωρίς τη χρήση μεμβράνης. Η προσθετική αποκατάσταση αρχίζει 3-6 μήνες μετά την εμφύτευση και περιλαμβάνει κινητή-επένθετη ή ακίνητη αποκατάσταση.

Σύμφωνα με μελέτες, η χειρουργική αυτή διαδικασία εμφανίζει ποσοστά επιτυχίας μεγαλύτερα του 98%, είναι αξιόπιστη και σχετικά ελάχιστα επεμβατική για τη διόρθωση του πάχους της ακρολοφίας. Η διαδικασία πώρωσης και δημιουργίας οστού στο κενό που προκύπτει από τον διαχωρισμό των οστικών πετάλων είναι αντίστοιχή με αυτήν που συμβαίνει μετά από ένα κάταγμα.

Στο σημείο αυτό πρέπει να παραθέσουμε ορισμένους περιορισμούς:

- Η διαδικασία εφαρμόζεται συχνότερα και ευκολότερα στην άνω γνάθο, λόγω μικρότερης πυκνότητας του φατνιακού οστού και μικρότερου πάχους του παρειακού πετάλου σε σχέση με την κάτω γνάθο. Η εφαρμογή της στην κάτω γνάθο, αν και αναφέρεται, ενέχει αυξημένο κίνδυνο κατάγματος του παρειακού πετάλου και τρώσης του κάτω φατνιακού νεύρου.
- Εξεσημασμένη ατροφία σε οριζόντιο επίπεδο, την οποία θέλουμε να διορθώσουμε με αυτήν την τεχνική, πιθανόν να οδηγήσει σε τοποθέτηση εμφυτευμάτων με έντονη παρειακή κλίση, λόγω της κλίσης του εναπομείναντος μετά την οστεοτομία οστού. Αυτό επηρεάζει δυσμενώς την προσθετική αποκατάσταση. Σε περιπτώσεις με πολύ έντονη κλίση της φατνιακής ακρολοφίας, τεχνικές όπως η Κατευθυνόμενη Οστική Αναγέννηση και το Επένθετο μόσχευμα θα δώσουν τη λύση στο πρόβλημα.

Σε ότι αφορά τα ποσοστά επιβίωσης των εμφυτευμάτων, αυτά ανέρχονται σε 91-97,3%, ενώ τα ποσοστά επιτυχίας σε 86,2-97,5% έως και 6 χρόνια μετά τη φόρτιση. Τα ποσοστά αυτά είναι συγκρίσιμα με εμφυτεύματα που τοποθετούνται σε γνάθο χωρίς να έχει προηγηθεί τεχνική ανάπλασης.



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

ΣΥΝΔΡΟΜΟ REITER: Σημαντικός ο ρόλος του Στοματολόγου

Το Σύνδρομο Reiter ή αντιδραστική αρθρίτις, αποτελεί ένα ακόμη παράδειγμα στο χώρο της Ιατρικής όπου η κλινική γνώση και πείρα καταξιώνεται στην κλινική πράξη. Κλασικά το σύνδρομο χαρακτηρίζεται από την τριάδα, αρθρίτιδα, μη γονοκοκκική ουρηθρίτιδα, και επιπεφυκίτιδα. Επιπλέον, συνυπάρχουν και πληθώρα δερματοβλεννογόνιων εκδηλώσεων όπου προέχουσα θέση κατέχουν οι εκδηλώσεις από το στόμα, καθώς και γενικά συμπτώματα. Παρά το γεγονός ότι η ακριβής αιτιολογία παραμένει ασαφής, όλα τα σύγχρονα δεδομένα συγκλίνουν ότι λοιμώδης παράγοντες και ανοσολογικοί μηχανισμοί, σε γενετικά προδιατεθειμένα άτομα (γονίδια HLA-B27), συμμετέχουν στον παθοφυσιολογικό μηχανισμό της νόσου. Κατά κανόνα των κλινικών εκδηλώσεων προηγείται λοίμωξη στο ουροποιητικό ή το γαστρεντερικό σύστημα. Ενδιαφέρον, εξάλλου είναι, ότι το σύνδρομο απαντά σε αυξημένη συχνότητα σε ασθενείς με λοίμωξη HIV (AIDS). Προσβάλλει πιο συχνά άνδρες παρά γυναίκες (σχέση 6:1 έως 10:1), συνήθως ηλικίας μεταξύ 20-30 ετών. Λόγω του μεγάλου φάσματος των κλινικών εκδηλώσεων, για διάγνωση και θεραπεία, απαιτείται η συνεργασία πολλών ειδικοτήτων της Παθολογίας, όπως: Στοματολόγος, Δερματολόγος, Ουρολόγος, Οφθαλμίατρος, Ρευματολόγος, Λοιμωξιολόγος κ.α. Χωρίς αμφιβολία το Σύνδρομο Reiter αποτελεί ένα ακόμη παράδειγμα για τον κεντρικό ρόλο του Στοματολόγου στην ιατρική ομάδα της εσωτερικής Παθολογίας.

Το **Σύνδρομο Reiter ή αντιδραστική αρθρίτις**, αποτελεί ένα συναρπαστικό νόσημα, λόγω του μεγάλου φάσματος των κλινικών εκδηλώσεων και της ασαφούς παθοφυσιολογίας, και μια επιστημονική πρόκληση για τον κλινικό γιατρό. Πρώτος ο **Ιπποκράτης (460-377 π.Χ.)** είχε παρατηρήσει τη σχέση μεταξύ νόσων που μεταδίδονται με σεξουαλική επαφή, και σημείων και συμπτωμάτων από τις αρθρώσεις. Στη συνέχεια ο Brodie το 1818 και ο Stoll το 1869, καθώς και οι Fiessinger και Leroy το 1916, δημοσίευσαν περιπτώσεις με τα σημεία και συμπτώματα του συνδρόμου.

Ο **Hans Reiter** δημοσίευσε στο περιοδικό **Dtsch Med Wochenschr 1916**; 42:1635-6, μία περίπτωση με την κλασική τριάδα (αρθρίτις, επιπεφυκίτις, ουρηθρίτις). Η πρόταση και καθιέρωση του ονόματος **«σύνδρομο Reiter», έγινε το 1942 από τους Bauer και Engleman (Trans Assoc Am Physicians 1942; 57:307-313).**

Το σύνδρομο Reiter είναι σπάνια νόσος άγνωστης αιτιολογίας που προσβάλλει κυρίως άνδρες ηλικίας 20-30 ετών (σχέση ανδρών-γυναικών 6:1 έως 10:1). Η παθογένεια είναι ασαφής. Εντούτοις υπάρχουν ενδείξεις ότι μικροβιακοί παράγοντες **(chlamydia trachomatis, shigella flexneri, salmonella enteritidis, yersinia enterocolitica κ.α.)** σε συνδυασμό με κινητοποίηση ανοσολογικών μηχανισμών, συμμετέχουν στην παθογένεια της νόσου. Ισχυρές ενδείξεις υπέρ αυτής της άποψης είναι ότι των εκδηλώσεων της νόσου προηγείται λοίμωξη του ουρογεννητικού ή του γαστρεντερικού συστήματος. Η πλειοψηφία εξάλλου των ασθενών με σύνδρομο Reiter φέρουν σε υψηλό ποσοστό (60-90%) το αντιγόνο HLA-B27, σε σύγκριση με το γενικό πληθυσμό που απαντά σε ποσοστό 10%. Σημαντικό επίσης είναι ότι το σύνδρομο απαντά σε αυξημένη συχνότητα σε ασθενείς με λοίμωξη HIV (AIDS).

Κλινικά τα σημεία και συμπτώματα του συνδρόμου, εμφανίζονται συνήθως 1 μήνα μετά την ουρογεννητική ή εντερική λοίμωξη. Προηγούνται πυρετός, ανορεξία, καταβολή, απώλεια βάρους και ακολουθούν μια πλειάδα εκδηλώσεων από διάφορα όργανα και συστήματα που περιλαμβάνουν το ουρογεννητικό, τις αρθρώσεις, τον οφθαλμό, το δέρμα, το στόμα, και μερικές φορές και τα σπλάχνα (Πίνακας 1). Από το ουρογεννητικό, κυρίαρχο εύρημα είναι η μη-γονοκοκκική ουρηθρίτις ή τραχηλίτις που απαντά σε ποσοστό 80-90%, ενώ μπορεί να συνυπάρχει προστατίτις, επιδιδυμίτις και αιδοιοκολπίτις.

Ακολουθεί η αρθρίτις που είναι σταθερό εύρημα σχεδόν σε όλους τους ασθενείς (εικ. 1). Τυπικά πρόκειται για ασύμμετρη μη-οροθετική αρθρίτιδα πρωτίστως των μεγάλων αρθρώσεων, με κύριο στόχο το γόνατο και τον αστράγαλο (ποδοκνημική διάρθρωση). Ακόμη μπορεί να συνυπάρχει και τενοντίτις.

Πίνακας 1. Κλινικές εκδηλώσεις συνδρόμου Reiter

Σύστημα	Εκδηλώσεις
Ουρογεννητικό	Μη-γονοκοκκική ουρηθρίτις, προστατίτις, επιδιδυμίτις, αιδοιοκολπίτις
Αρθρώσεις	Ασύμμετρη αρθρίτις (κυρίως γόνατα, ποδοκνημική διάρθρωση), τενοντίτις
Οφθαλμοί	Επιπεφυκίτις, ραγοειδίτις, κερατίτις
Δέρμα	Κυκλική βαλανίτις, ψωριασικές βλάβες, γονορροϊκή κερατοδερμία, δυστροφία νυχιών
Στόμα	Ερύθημα, απόπτωση τριχοειδών θηλών και βλάβες τύπου γεωγραφικής γλώσσας, φυσαλίδες, διαβρώσεις
Λοιπά	Καρδιακές, νευρολογικές, νεφρικές, αγγειακές

Από τους οφθαλμούς σταθερό εύρημα είναι η επιπεφυκίτις (εικ. 2) (30-60%), και ακολουθούν ραγοειδίτις και κερατίτις. Εάν οι οφθαλμικές βλάβες παραμείνουν χωρίς θεραπεία μπορεί να οδηγήσουν σε τύφλωση. Από το δέρμα παρατηρούνται ψωριασικές βλάβες (εικ. 3), γονορροϊκή κερατοδερμία (εικ. 4), κυκλική βαλανίτις, και δυστροφία νυχιών. Από το στόμα έχουμε εκδηλώσεις σε ποσοστό 20-30% που μερικές φορές είναι πρώιμες. Παρατηρείται διάχυτη ερυθρότητα του στοματικού βλεννογόνου (εικ. 5), απόπτωση των θηλών της γλώσσας και δημιουργία βλαβών του τύπου της γεωγραφικής γλώσσας, ενώ μπορεί ακόμη και να δημιουργηθούν και άτυπες διαβρώσεις. Η αξιολόγηση των βλαβών του στόματος από τον Στοματολόγο είναι μεγάλης σημασίας αλλά και δύσκολο πρόβλημα αφού στη διαφορική διάγνωση περιλαμβάνονται πολλά νοσήματα και βλάβες που βρίσκονται ταξινομημένα στον Πίνακα 2. Τέλος, σε λίγες περιπτώσεις μπορεί να υπάρξουν καρδιακές, νεφρικές, νευρολογικές και αγγειακές διαταραχές. Η διάγνωση του συνδρόμου Reiter στηρίζεται κυρίως στο ιστορικό και την αξιολόγηση των κλινικών σημείων και συμπτωμάτων.

Πίνακας 2. Διαφορική διάγνωση βλαβών στόματος

- Γεωγραφική γλώσσα
- Γεωγραφική στοματίτις
- Ψωρίαση
- Σύνδρομο Αδαμαντιάδη-Behçet
- Πολύμορφο ερύθημα
- Αντιδράσεις από λήψη φαρμάκων
- Ομαλός λειχήνας
- Στοματίτις από επαφή κανέλλας
- Σύφιλη
- Νόσος του Kawasaki

Η εργαστηριακή συμβολή είναι μικρή αφού καμία εξέταση δεν είναι απόλυτα ειδική. Ενδεικτικές της νόσου εργαστηριακές εξετάσεις είναι: η αιματολογική, μικροβιολογική, αρθροσκόπηση, ιστολογική των βλαβών του δέρματος και στόματος, και η ακτινογραφία των αρθρώσεων. Η θεραπεία του συνδρόμου περιλαμβάνει συστηματική χορήγηση κορτικοστεροειδών, κυκλοσπορίνη, μη-στεροειδή αντιφλεγμονώδη φάρμακα, σουλφασαλαζίνη, ασπιρίνη, μεθοτρεξάτη κ.α. Η πρόγνωση είναι αμφίβολη. Συνήθως τα σημεία και συμπτώματα διαρκούν 4-12 μήνες και μετά υποστρέφουν. Εντούτοις, σε ποσοστό 15-20% καταλείπεται κάποιου βαθμού αναπηρία.

Συμπερασματικά το σύνδρομο Reiter χαρακτηρίζεται από ευρύ φάσμα κλινικών εκδηλώσεων που αγγίζει πολλές ιατρικές ειδικότητες: Ρευματολόγο, Ουρολόγο, Οφθαλμίατρο, Δερματολόγο, Λοιμωξιολόγο και Στοματολόγο. Αποτελεί ακόμη μια επιβεβαίωση ότι ο Στοματολόγος πρέπει να κατέχει σημαντική θέση στην ομάδα της Γενικής Παθολογίας με τις ανάλογες υποχρεώσεις.

Εικ. 1: Αρθρίτις με παραμόρφωση των δακτύλων καθώς και ψωριασικές βλάβες

Εικ. 2: Επιπεφυκίτις.

Εικ. 3: Ψωριασικές βλάβες στο δέρμα.

Εικ. 4: Γονορροϊκή κερατοδερμία.

Εικ. 5: Διάχυτη ερυθρότητα και διαβρώσεις στα άνω ούλα και το χείλος

Ελληνική Εταιρία Κλινικής Στοματολογίας, για μία ακόμη φορά απέδειξε την πλούσια επιστημονική της δραστηριότητα

Η **Ελληνική Εταιρία Κλινικής Στοματολογίας** (Ε.Ε.Κ.Σ.) διοργάνωσε το Σάββατο 26 Μαΐου την ετήσια Ημερίδα της στο Ξενοδοχείο Caravel με θέμα **«ΕΠΙΚΑΙΡΑ ΣΤΟΜΑΤΟΛΟΓΙΚΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ, Νεότερες απόψεις στη Διαγνωστική και Θεραπευτική Προσέγγιση»**. Η Ημερίδα είχε και φέτος εξαιρετική επιτυχία, αφού όπως κάθε χρόνο χαρακτηρίστηκε από το υψηλό επίπεδο προγράμματος με ευρύ και ενδιαφέρον επιστημονικό φάσμα.

Κορυφαίοι Έλληνες επιστήμονες από το χώρο της Ιατρικής και της Στοματολογίας, κατέθεσαν όλες τις σύγχρονες απόψεις αλλά και την προσωπική τους εμπειρία σε επίκαιρα στοματολογικά θέματα που απασχολούν τον κλινικό Οδοντίατρο αλλά και τον Ιατρό.

Τέσσερα (4) ήταν τα σημαντικά σημεία της εφετινής Ημερίδας, **πρώτον,** η μαζική συμμετοχή που ξεπέρασε τους χίλιους (1.000) οδοντιάτρους και ιατρούς (εικ. 1), **δεύτερον,** η εξαιρετικά υψηλή συμμετοχή νέων οδοντιάτρων, **τρίτον,** η πρωτοτυπία της παρουσίασης τριών βασικών εισηγήσεων, σε συστηματικά νοσήματα, με παράλληλη παρουσίαση αφενός από πλευράς στοματικών ευρημάτων από Στοματολόγο, και αφετέρου από πλευράς εσωτερικής Παθολογίας από ειδικούς για κάθε νόσο ιατρούς, και **τέταρτον,** το υψηλό επίπεδο όλων των εισηγήσεων που αποτυπώθηκε από τη μαζική παρουσία των συνέδρων μέχρι και την τελευταία εισήγηση του προγράμματος. Το μήνυμα ελήφθη. Όλοι μαζί μπορούμε να επιτύχουμε σπουδαίες επιδόσεις.

Περισσότεροι από χίλιοι οδοντίατροι παρακολούθησαν την ημερίδα, όπως φαίνεται από την κατάμεστη αίθουσα.

Ο πρόεδρος της Εταιρείας, Γεώργιος Λάσκαρης.

Προσφωνώντας τους συνέδρους ο Πρόεδρος της Εταιρίας, Καθηγητής **Γιώργος Λάσκαρης** (εικ. 2), μεταξύ των άλλων είπε:

«Κύριε Υπουργέ, Αγαπητοί Συνάδελφοι,

*Η ετήσια Ημερίδα μας γίνεται φέτος σε μία δυσμενή συγκυρία για την πατρίδα μας, την Ελλάδα μας, σε ηθικό, οικονομικό, πολιτικό και οικουμενικό επίπεδο. Στον αντίποδα όλων των αρνητικών που συμβαίνουν, πιστεύουμε ότι κινητοποιούνται δημιουργικές δυνάμεις έτοιμες να δώσουν τη μάχη σε όλα τα επίπεδα και να την κερδίσουν. Οφείλουμε να επιδείξουμε ατομικά και συλλογικά πίστη και αγωνιστικότητα, πάνω σε υγιείς αρχές, για ν'αρχίσει σιγά-σιγά ένας κύκλος ανάκαμψης, στον οποίο **ο καθένας από εμάς να έχει προσανατολισμένη τη δράση του.** Η Ελληνική Εταιρία Κλινικής Στοματολογίας πιστή στις αρχές αυτές καλεί όλους τους συναδέλφους να συσστρατευθούν στη μάχη αυτή, **ώστε να δώσουμε ένα θετικό μήνυμα στο χώρο της Υγείας.** Το επιστημονικό πρόγραμμα φέτος στηρίζεται αποκλειστικά σε καταξιωμένους Έλληνες ομιλητές από το χώρο της Ιατρικής και Οδοντιατρικής, στέλνοντας το μήνυμα ότι όλοι μαζί ενωμένοι μπορούμε.»*

Την Ημερίδα τίμησε ο Υπουργός Υγείας, Καθηγητής της Ιατρικής και μέλος στην Εταιρία μας, κ. **Χρήστος Κίττας,** που απηύθυνε σύντομο χαιρετισμό και κήρυξε την έναρξη, δήλωσε δε εντυπωσιασμένος από τη μεγάλη συμμετοχή.

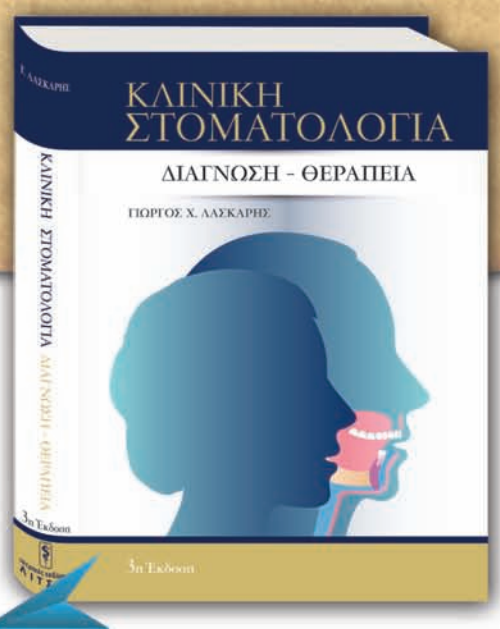
Συμπερασματικά, η **Ελληνική Εταιρία Κλινικής Στοματολογίας**, για μία ακόμη φορά απέδειξε την πλούσια επιστημονική της δραστηριότητα, συμβάλλοντας με τον τρόπο αυτό στην έγκυρη ενημέρωση Οδοντιάτρων και Ιατρών, ιδιαίτερα τους δύσκολους αυτούς οικονομικούς καιρούς που διανύουμε.

ΚΛΙΝΙΚΗ ΣΤΟΜΑΤΟΛΟΓΙΑ
ΔΙΑΓΝΩΣΗ - ΘΕΡΑΠΕΙΑ
ΓΙΩΡΓΟΣ Χ. ΛΑΣΚΑΡΗΣ

ΝΕΟ ΚΥΚΛΟΦΟΡΗΣΕ

Στοματολόγος. Ιατρός-Οδοντίατρος
Αν. Καθηγητής Στοματολογίας Ιατρικής Σχολής Παν. Αθηνών
Επισκέπτης Καθηγητής Παν. Λονδίνου
Ιδρυτής και Διευθυντής Στοματολογικού Τμήματος Νοσ. «Α. Συγγρός» (1971-2008)

3η Έκδοση 730 σελ. μεγέθους 21Χ29cm
1.003 έγχρωμες φωτογραφίες



ΤΙΜΗ €160,00
Το Βιβλίο με την Παγκόσμια Καθιέρωση

- Ο διεθνούς φήμης κλινικός Στοματολόγος και Συγγραφέας με μεγάλη κλινική πείρα και γνώση, παραδίδει στον Έλληνα Οδοντίατρο και Ιατρό το πιο ολοκληρωμένο βιβλίο στο είδος του, σε 3η έκδοση, πλήρως αναθεωρημένο και διευρυμένο με όλα τα νοσήματα του στόματος παρουσιασμένα με υψηλής στάθμης έγχρωμες εικόνες και εκτεταμένο κείμενο.
- Το μοναδικό βιβλίο στο χώρο της Υγείας με 4 αλλεπάλληλες εκδόσεις στην Αγγλική γλώσσα από το 1988, που χρησιμοποιείται ως βιβλίο αναφοράς στα περισσότερα Πανεπιστήμια του κόσμου.
Μεταφρασμένο σε 7 ακόμη διεθνείς γλώσσες και με διεθνή βραβεία.
- Η 3η έκδοση στα Ελληνικά είναι το καταστάλαγμα της πολύχρονης αφοσίωσης και σύνθεσης της πείρας του συγγραφέα, στη Στοματολογία.
Έχει γραφεί εξ ολοκλήρου από την αρχή, προσαρμοσμένο στις σύγχρονες επιστημονικές και εκδοτικές απαιτήσεις.

Βιβλίο αξιόπιστο και χρήσιμο για τον Οδοντίατρο, το Δερματολόγο, τον Ωτορινολαρυγγολόγο, τον Παθολόγο και πολλές υποειδικότητες της εσωτερικής Παθολογίας, καθώς και το φοιτητή της Οδοντιατρικής και Ιατρικής, με προοπτική 20ετίας.

Διατίθεται και από τις Εκδόσεις "Οδοντιατρικό Βήμα". Τηλέφωνο επικοινωνίας: 210 3814939

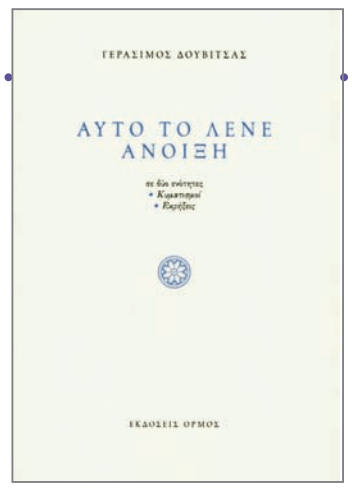
Ανταύγειες Οδοντικής Αισθητικής

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

...και όχι μόνο...

Η οδοντική αποκατάσταση σήμερα είναι συνυφασμένη με την αισθητική.
Η ανάπτυξη υλικών που συγκολλώνται στις οδοντικές επιφάνειες άλλαξε ριζικά την κατεύθυνση της διάγνωσης και, φυσικά, της αισθητικής αποκατάστασης των σκληρών οδοντικών ιστών.
Ο οδοντίατρος, με μια σημαντική ελευθερία κινήσεων και επιλογών και πάντα στο πλαίσιο αποδεκτών βιολογικών αρχών, μπορεί να εφαρμόζει δημιουργικές αισθητικές τεχνικές, χωρίς να θυσιάζει υπερβολική ποσότητα ιστών αλλά και χωρίς να περιορίζει τις μελλοντικές επιλογές του.
Αναγκαία προϋπόθεση για την εφαρμογή στην κλινική πράξη όλων αυτών αποτελεί αφ' ενός η ανάπτυξη της αισθητικής μας αντίληψης και αφ΄ετέρου η γνώση των τεχνικών που απαιτούν οι κλινικές εφαρμογές.

Σ' αυτό το Τεύχος Ποίηση. Από τη νέα ποιητική μου συλλογή, που κυκλοφόρησε τον Απρίλιο του 2012 από τις Εκδόσεις Αρμός.



ΛΑΘΡΕΠΙΒΑΤΗΣ

…….. και από τότε χάθηκες.

Η βροχή που ακολούθησε
ξέπλυνε τα αποτυπώματα.

Μελοδραματικοί κλυδωνισμοί
παγίδεψαν τη φαντασία.

Λαθρεπιβάτης ήμουν
και με κατέβασες.

Πλεονάζων εραστής, είπες
και πρόσθεσες:
μην παίρνεις την απώλεια τοις μετρητοίς
παρ' το σαν μέτρο ασφαλείας
κι ακόμη, σαν
εξοικονόμηση σπάταλου περισσεύματος.

Ποιος να το πίστευε….
Ευμεγέθη συμπτώματα, ακόμα
και μετά το τέλος του παραμυθιού.

ΒΑΘΥΡΡΙΖΗ ΧΩΡΑ

Στέγνωσε το δάκρυ της θάλασσας
στη βαθύρριζη χώρα.
Στον ορίζοντά της
απλώθηκε η νύχτα.
Τα δώρα που της δόθηκαν
δεν της ανήκουν πια.

Θρυμματισμένα όνειρα
σκέπασαν τα σκουριασμένα μάτια της.
Ερειπωμένες σκέψεις
κατέκλεισαν τ' ανάπηρο κορμί της.
Πράσινοι και γαλάζιοι Βούδες
ρούφηξαν το χαμόγελό της.
Μάκρυναν τα μαλλιά της
και τα παραδώσαν σε μεθυσμένα ψαλίδια.

Κι εμείς…..
Για πόσο ακόμα
θα αλέθουμε τις λέξεις με τα δόντια;
Για πόσο ακόμα
θα κοιτάμε τις αράχνες να πυκνώνουν;
Για πόσο ακόμα
θα περιμένουμε το εγερτήριο των ρήξεων;

ΣΤΗ ΣΚΙΑ ΤΗΣ ΚΡΙΣΗΣ ΙΙ

Ποιοι είστε εσείς
οι μονοκύτταροι
και πως κοιτάζετε τα πρόσωπά σας
στον καθρέπτη;

Ποιοι είστε εσείς
που πριν ακόμη φύγετε
σκεπάσατε τα όνειρα
με στάχτες;

Τα όνειρα
Που φώτιζαν σε άγιο φως τα μέτωπά μας
Που χρύσιζαν τους δρόμους που χαράζαμε
Που ευλογούσανε τις μέρες μας.

Ποιοι είστε εσείς
ασπόνδυλα ερπετά
που έχετε το θράσος
ακόμη να μιλάτε;

Κι εμείς,
Γιατί εμείς να είμαστε πάντα οι χαμένοι;
Γιατί εμείς να κάνουμε μοίρα μας, την ανοχή τους;
Γιατί απλώς, να τους γυρίζουμε την πλάτη;

ΓΙΑ ΠΕΝΤΕΞΙ ΦΙΛΟΥΣ

Αξίζει, σας ορκίζομαι
όλο αυτό
αξίζει, για πεντέξι φίλους.

Τριάντα πέντε χρόνια
άξιζε, σας ορκίζομαι
για πεντέξι φίλους, και
για να μη μιλήσω για τα παιδιά
που πέρασαν
που περνούν
που θα περάσουν.

ΔΕΝ ΜΙΛΩ ΓΙΑ ΟΛΟΥΣ

Δεν μιλώ για εκείνους
που από τη φύση τους, ή από επιλογή τους
περιμένουν τον κλειδούχο να σηκώσει την αυλαία του νου τους.
Ούτε καν γι' αυτούς που νιώθουν
ή κινούνται ως δημόσιοι υπάλληλοι.

Μιλώ γι' αυτούς
που αφουγκράζονται τον ήχο των φύλλων
που εκνευρίζονται στο τρίξιμο του ξηρού χαρτιού.
Γι' αυτούς που τους αρέσει το γαλάζιο χωρίς όρια
που διατηρούν την όψη καθαρή χωρίς χαρακιές.

Δεν μιλώ για εκείνους
που περπατούν στις μύτες των ποδιών
για ν' αποφύγουν τις πέτρες.
Που περιμένουν το φύσημα του βαστάζου
για να γεμίσουν τα πανιά τους.

Μιλώ γι' αυτούς
που η καρδιά τους έχει καημό για τη θάλασσα
γι' αυτούς που συλλογίζονται τα δειλινά.
Που έχουν τον αγέρα κι ακόμα αποζητούν
που προλαβαίνουν το φως του πρωινού.

Smile Line

MADE IN SWITZERLAND

...γιατί είστε μοναδικοί

Η Smile Line με μεγάλη χαρά αναγγέλλει την συνεργασία της με την Styleitaliano, μια ομάδα κλινικών και ερευνητών με πάθος για την Αισθητική Οδοντοπροσθετική

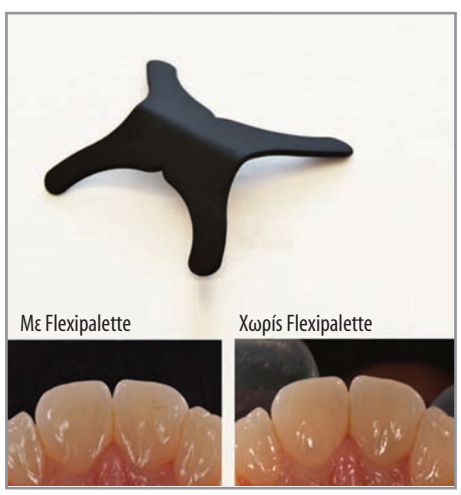
Η πρώτη γραμμή προϊόντων που παρουσιάζεται στην αγορά κάτω από τον τίτλο «Smile Line powered by Styleitaliano», είναι ένα σετ πολύ καινοτόμων constrastors για την φωτογράφηση στο στόμα: τα Flexipalette

Τα **Flexipalette** είναι κατασκευασμένα από ένα εύκαμπτο φύλλο καθαρού χαλκού (100%), καλυμμένο με Plastimed, μία ελαστική σιλικόνη για ιατρική χρήση, χωρίς λατέξ, ασφαλής και υποαλλεργική.

- Τα **Flexipalette** μπορούν να αποστειρωθούν σε αυτόκαυστο κλίβανο στους 135^{0}C.
- Τα **Flexipalette** είναι τελείως αδιαφανή και χωρίς ανάκλαση.
- Τα **Flexipalette** είναι απαλά και εύχρηστα στην στοματική κοιλότητα.
- Τα **Flexipalette** μπορούν να αναδιπλωθούν σε γωνία 30 έως 45 μοιρών.

Flexipalette A
- Ο μοναδικός της σχεδιασμός δίνει την δυνατότητα φωτογράφησης ολόκληρου τόξου τόσο στην άνω όσο και στην κάτω γνάθο.
- Εύκολο στον χειρισμό από τον οδοντίατρο και ιδανικό για την ακριβή τοποθέτηση από τον ίδιο τον ασθενή.

Flexipalette B
- Φαρδύτερο κυκλικό σχήμα για μεγάλα και μέτρια οδοντικά τόξα.
- Η απέναντι πλευρά (πιο στενή) για μέτρια και μικρά τόξα, παιδιατρική χρήση και πλάγια φωτογράφηση σε προσθιοπίσθια διεύθυνση



Flexipalette C
Ευρύ περίγραμμα σχήματος «Η» που βοηθά στην απώθηση του άνω χείλους ή σε στενές περιοχές, χρήσιμο επίσης ως μαύρο φόντο σε μασητικές λήψεις.
- Στενό περίγραμμα σχήματος «Η» για απώθηση του κάτω χείλους και παιδιατρική χρήση

Flexipalette Color Match
Απόλυτα μοναδικό! κατασκευασμένο ως ένα απαλό αχρωματικό 18% γκρι.
- Παρέχει ένα απαλό ουδέτερο φόντο, που δεν θα επηρεάσει την χρωμοληψία, ειδικά στα πρόσθια δόντια (όχι για φωτογράφηση).
- Εργαλείο ρύθμισης της ισορροπίας του λευκού και των παραμέτρων φωτογράφησης με ψηφιακές κάμερες.

NIKOLOPOULOS DENTAL SUPPLIES
Χ. ΝΙΚΟΛΟΠΟΥΛΟΣ & ΣΙΑ Ο.Ε.
NDS

ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΙΚΑ - ΟΔΟΝΤΟΤΕΧΝΙΚΑ ΕΙΔΗ

ΠΑΤΗΣΙΩΝ 21, 104 32
ΤΗΛ.: 210 5239342, 210 5239386 • FAX: 210 5235272
htp://www.nds.gr • e-mail: info@nds.gr

Η I.T.I. (International Team for Implantology) διευρύνει το δίκτυό της «αγκαλιάζοντας» όλο και περισσότερους Έλληνες Οδοντιάτρους

Στις 29 και 30 Σεπτεμβρίου το Πανελλήνιο Συνέδριο της ITI στο Μέγαρο Μουσικής Αθηνών

Εν μέσω κρίσης η επιστημονική εταιρεία I.T.I. συνεχίζει να προσελκύει νέα μέλη σε Ελλάδα και Κύπρο αποδεικνύοντας ότι οι δυνατότητες που προσφέρει στους οδοντιάτρους είναι πολύτιμες. Παράλληλα, διαφαίνεται η ανάγκη για συνεχή ενημέρωση σχετικά με θέματα που αφορούν στην εμφυτευματολογία. Άλλωστε πρόκειται για έναν κλάδο που διαρκώς εξελίσσεται. Ο γναθοπροσωπικός χειρουργός και υπεύθυνος για θέματα επικοινωνίας του ελληνικού τμήματος της I.T.I., Γεώργιος Βήλος, μίλησε στο Ο.Β. για την I.T.I., τα προνόμια των μελών της, αλλά και για το Πανελλήνιο Συνέδριο που θα πραγματοποιηθεί τον ερχόμενο Σεπτέμβριο στην Αθήνα με τη συμμετοχή επιστημόνων διεθνούς ακτινοβολίας.

Γράφει η **Ορσαλία Φυτά** δημοσιογράφος

Την κρίσιμη περίοδο που διανύουμε όλοι οι επαγγελματικοί κλάδοι- και οι οδοντίατροι- περνούν δύσκολες στιγμές. Παρ' όλα αυτά η ITI συνεχίζει κανονικά τις δραστηριότητές της στην Ελλάδα και μάλιστα το Σεπτέμβριο θα πραγματοποιήσει και ένα μεγάλο Συνέδριο στο Μέγαρο Μουσικής. Πώς το εξηγείτε αυτό το φαινόμενο;

Παρά την οικονομική κρίση το ελληνικό τμήμα της ITI έχει αναπτυχθεί ιδιαίτερα τα τελευταία δύο χρόνια. Ακόμα και συγκριτικά με τα άλλα τμήματα παγκοσμίως έχει σημειώσει εντυπωσιακή άνοδο. Έτσι, σήμερα, το τμήμα που περιλαμβάνει Έλληνες οδοντιάτρους από την Ελλάδα, αλλά και την Κύπρο, απαριθμεί 213 μέλη (members) και 11 fellows (ανώτερη βαθμίδα των members).

Η ITI είναι μια επιστημονική εταιρεία και δεν έχει κάποια άμεση σχέση με εμπορικές εταιρείες εμφυτευμάτων ή άλλων οδοντιατρικών βιοϋλικών. Ασχολείται με την οδοντιατρική εμφυτευματολογία, την ανάπλαση απωλεσθέντων σκληρών και μαλακών ιστών και γενικά με όλες τις παραμέτρους της σύγχρονης οδοντιατρικής θεραπείας και αποκατάστασης που σχετίζονται με τα οδοντικά εμφυτεύματα. Ένας από τους βασικούς σκοπούς της I.T.I. είναι η βιβλιογραφική τεκμηρίωση της οδοντιατρικής και της εμφυτευματολογίας και για το λόγο αυτό έχει δημοσιεύσει κατά καιρούς θέσεις ομοφωνίας (*consensus statements*, π.χ. 2000, 2003, 2008). Σε αυτήν την προσπάθεια έχουν συμπράξει ερευνητές και κλινικοί με διεθνή εμβέλεια και κύρος. Κάθε έτος η I.T.I. δημοσιεύει και από ένα επιστημονικό τόμο (*treatment guide*), στον οποίο αναλύεται διεξοδικά κάποιο κλινικό θέμα της εμφυτευματολογίας. Ως τώρα έχουν κυκλοφορήσει 5 τέτοιοι τόμοι, καθώς και ένα λεξικό εμφυτευματολογικών όρων (*Glossary Oral & Maxillofacial Implants*) και επίσης ένας οδηγός ταξινόμησης των εμφυτευματολογικών περιστατικών σύμφωνα με το βαθμό δυσκολίας που παρουσιάζουν από χειρουργική και προσθετική σκοπιά (*Simple-Advanced-Complex Classification*). Τα παραπάνω αποτελούν πολύ χρήσιμα βοηθήματα για τον κλινικό στην άσκηση της οδοντιατρικής εμφυτευματολογίας σύμφωνα με τα πλέον πρόσφατα και τεκμηριωμένα επιστημονικά δεδομένα. Ακόμα, η I.T.I. διοργανώνει θεωρητικά και πρακτικά σεμινάρια συνεχιζόμενης εκπαίδευσης στην κλινική εμφυτευματολογία, τα οποία διαρκούν μία εβδομάδα (*I.T.I. education weeks*), τελούνται σε πανεπιστημιακά περιβάλλοντα και απευθύνονται τόσο σε γενικούς οδοντιάτρους, όσο και σε ειδικούς. Τέλος, η I.T.I. χορηγεί ερευνητικά προγράμματα, τόσο σε θέματα βασικής επιστήμης, όσο και σε θέματα κλινικής έρευνας για την εξέλιξη της εμφυτευματολογίας.

Για ποιο λόγο αποφασίζει ένας οδοντίατρος να γίνει μέλος της I.T.I.; Ποια είναι τα οφέλη;

Καταρχάς, μεγάλο όφελος προέχεται από την κοινωνική και την επαγγελματική δικτύωση των μελών της. Αυτό μπορεί γίνεται σε εθνικό, αλλά και σε διεθνές επίπεδο χρησιμοποιώντας τη διαδικτυακή πλατφόρμα ITInet, η οποία είναι επισκέψιμη μόνο από τα μέλη της I.T.I. στην ηλεκτρονική διεύθυνση www.iti.org. Το ITInet είναι ένα διεθνές φόρουμ, στο οποίο δημοσιεύονται κλινικά περιστατικά από διάφορους επιστήμονες του κλάδου ανά τον κόσμο και ο καθένας ζητά τη γνώμη των άλλων σχετικά με τη διάγνωση, το σχέδιο θεραπείας και τη θεραπεία κλινικών περιστατικών, καθώς την αντιμετώπιση επιπλοκών, που μπορούν να προκύψουν στην πράξη και να προβληματίσουν τους θεράποντες. Με αυτόν τον τρόπο εκφράζονται και ανταλλάσσονται πολλές απόψεις και προκύπτει μια πολύ ενδιαφέρουσα συζήτηση στο διαδίκτυο. Το βασικότερο όφελος λοιπόν που αποκομίζουν τα μέλη από το ITInet είναι η ενημέρωση και η ανταλλαγή απόψεων με συναδέλφους τους, τόσο σε εθνικό, όσο και σε παγκόσμιο επίπεδο. Επιπλέον, τα μέλη της I.T.I. μπορούν να εξελιχθούν σε fellows ή/και σε πιστοποιημένους ομιλητές της I.T.I. (*I.T.I. registered speaker*), καθώς και να διεκδικήσουν αρμοδιότητες στο διοικητικό συμβούλιο του εθνικού τους τμήματος της I.T.I. με την ανάλογη επιστημονική και επαγγελματική προβολή που συνεπάγεται αυτό. Τα μέλη της I.T.I. μπορούν να συμμετέχουν σε study clubs, να παρακολουθούν επιστημονικές ημερίδες συνεχιζόμενης εκπαίδευσης, να λαμβάνουν δωρεάν το εκάστοτε I.T.I. treatment guide που κυκλοφορεί κάθε έτος, καθώς και απολαμβάνουν δωρεάν συνδρομή στο επιστημονικό περιοδικό "Forum Implantologicum".

Η ITI πραγματοποιεί επιστημονικές συναντήσεις σε εθνικό επίπεδο;

Φυσικά. Πρώτα απ' όλα υπάρχουν τα study clubs. Πρόκειται για συναντήσεις που γίνονται τέσσερις φορές κατ' έτος σε προκαθορισμένο τόπο και χρόνο. Το study club διαρκεί περίπου 3 ώρες και αποτελείται από 20 περίπου μέλη της I.T.I. Σε κάθε study club υπάρχει ένας προσκεκλημένος ομιλητής που αναπτύσσει ένα επιλεγμένο θέμα ανάλογο της εξείδικευσής του και στη συνέχεια διατυπώνονται ερωτήσεις και προβληματισμοί πάνω στο συγκεκριμένο θέμα ή σε οποιοδήποτε άλλο θέμα απασχολεί τους συμμετέχοντες. Study clubs πραγματοποιούνται στην Ελλάδα στην Αθήνα, Θεσσαλονίκη, Πάτρα, Ιωάννινα, Βόλο / Λάρισα και Κομοτηνή, ενώ στην Κύπρο στη Λάρνακα και στη Λεμεσό. Ακόμα, κάθε χρόνο πραγματοποιούνται τρεις επιστημονικές ημερίδες με καταξιωμένους ομιλητές από την Ελλάδα, αλλά και το εξωτερικό. Τέλος, κάθε δύο χρόνια διεξάγεται το εθνικό συνέδριο κάθε χώρας, το οποίο είναι πάντα εξαιρετικά υψηλού επιπέδου, τόσο από επιστημονική, όσο και από οργανωτική άποψη. Σε αυτό το συνέδριο έχουν πρόσβαση αποκλειστικά τα μέλη της I.T.I. Τώρα, ολοκληρώνονται οι προετοιμασίες για την πραγματοποίηση του 3ου συνεδρίου του ελληνικού τμήματος της ITI που θα διεξαχθεί στις 29 και 30 του ερχόμενου Σεπτεμβρίου στο συνεδριακό χώρο του Μεγάρου Μουσικής Αθηνών. Το θέμα του συνεδρίου θα είναι **«Εμφυτεύματα στην κλινική πράξη. Το σήμερα και το αύριο στη χειρουργική αντιμετώπιση και στη θεραπεία»** και σε αυτό θα συμμετέχουν καταξιωμένοι ομιλητές από την Ελλάδα και από τις Η.Π.Α.

ΔΣ Ελληνικού Τμήματος ITI

Νικήτας Συκαράς	Chairman
Σοφοκλής Βογιαζής	Educational Delegate
Γιάννης Φουρμούζης	Study Club Coordinator
Γιώργος Βήλος	Communications Officer
Αλέξανδρος Κοσμάς	Administrator

greece@itisection.org

Ποια θέματα θα συζητηθούν ιδιαίτερα στο συνέδριο;

Τα θέματα που θα συζητηθούν στο συνέδριο είναι πραγματικά πολύ ενδιαφέροντα. Το σημαντικότερο, όμως είναι ότι οι οδοντίατροι που θα το παρακολουθήσουν θα έχουν την ευκαιρία να αποκτήσουν πολύτιμη γνώση για βασικά ζητήματα που καλούνται να αντιμετωπίσουν καθημερινά στο ιατρείο τους, όπως η αισθητική ζώνη, οι ελλειμματικές γνάθοι, η άμεση φόρτιση και οι μακροπρόθεσμες βιολογικές επιπλοκές.

Καταρχάς, θα αναπτυχθεί η **τοποθέτηση οδοντικών εμφυτευμάτων στην πρόσθια αισθητική περιοχή της άνω γνάθου**. Παλαιότερα, τα κύρια θέματα που μας απασχολούσαν ήταν η οστεοενσωμάτωση και η καλή πρόγνωση μακροπρόθεσμα. Την τελευταία όμως δεκαετία η οστεοενσωμάτωση θεωρείται πια δεδομένη. Οπότε αυτό που αξιολογούμε πλέον ιδιαίτερα είναι πώς θα επιτύχουμε τη βέλτιστη αισθητική, όταν για παράδειγμα τοποθετούμε εμφυτεύματα στην πρόσθια περιοχή της άνω γνάθου. Έχουν εξελιχθεί τεχνικές χειρουργικής και προσθετικής αντιμετώπισης που προβλέψιμα και αξιόπιστα οδηγούν σε ένα άριστο αισθητικό αποτέλεσμα.

Το δεύτερο θέμα που θα μας απασχολήσει είναι η **τοποθέτηση εμφυτευμάτων σε ελλειμματικές περιοχές των γνάθων**. Δηλαδή με ποιες τεχνικές μπορούν να αυξηθούν οι διαστάσεις του οστικού υπόβαθρου, ώστε να καταστεί δυνατή η τοποθέτηση οδοντικών εμφυτευμάτων με τρόπο που να διευκολύνει την προσθετική αποκατάσταση που πρόκειται να ακολουθήσει, ώστε να επιτευχθούν τα βέλτιστα λειτουργικά και αισθητικά αποτελέσματα και να εξασφαλιστεί καλή μακροπρόθεσμη πρόγνωση. Από τη στιγμή που χάνονται τα δόντια, η φατνιακή ακρολοφία απορροφάται και μάλιστα μερικές φορές σε τέτοιο βαθμό, ώστε πρώτα να χρειάζεται να αποκατασταθεί η ελλειμματική ακρολοφία με οστικά μοσχεύματα και στη συνέχεια να τοποθετούνται τα εμφυτεύματα. Επίσης, για να αποδοθεί ανώτερη αισθητική, καθώς και για να κατασκευαστούν μακροβιότερες αποκαταστάσεις, πολλές φορές καλείται ο κλινικός να διαχειριστεί ανάλογα και τους μαλακούς περιεμφυτευματικούς ιστούς.

Θα συζητηθούν, βεβαίως, και τα πρωτόκολλα **επιτάχυνσης του σχεδίου θεραπείας**, το οποίο αποτελεί ένα από τα πλέον δημοφιλή, αλλά και αμφιλεγόμενα θέματα στη σύγχρονη εμφυτευματολογία. Εδώ αναμένεται να αναλυθούν ποιες περιπτώσεις άμεσης φόρτισης εμφυτευμάτων θεωρούνται μέχρις στιγμής επαρκώς τεκμηριωμένες, ώστε να εφαρμόζονται στην κλινική πράξη χωρίς επιφυλάξεις και σε ποιες περιπτώσεις σύμφωνα με τα σημερινά δεδομένα θα πρέπει ο κλινικός να επιλέγει συμβατικά πρωτόκολλα φόρτισης.

Τέλος, καθώς αυξάνεται εκθετικά ο αριθμός των ασθενών που έχουν αποκατασταθεί στο παρελθόν με εμφυτεύματα, φυσικά στο συνέδριο θα μας απασχολήσουν οι **βιολογικές επιπλοκές** που σε κάποιες περιπτώσεις προκύπτουν μακροπρόθεσμα, όπως η περιεμφυτευματίτιδα.

Τα ίδια περίπου θέματα σας είχαν απασχολήσει και στο προηγούμενο συνέδριο της I.T.I. που πραγματοποιήθηκε το 2010. Τι καινούριο έχει προκύψει από τότε;

Πολλά έχουν αλλάξει και αρκετά δεδομένα έχουν τροποποιηθεί. Τα δύο χρόνια που έχουν μεσολαβήσει είναι αρκετά μεγάλο χρονικό διάστημα για μία επιστήμη που συνεχώς εξελίσσεται. Οι ομιλητές του συνεδρίου είναι απόλυτα ενημερωμένοι σε ό,τι αφορά την πρόσφατη βιβλιογραφία και την επιστημονική τεκμηρίωση που διαρκώς αλλάζει, αλλά και εμπλουτίζεται. Φυσικά θα συζητηθούν και οι νέες τεχνολογίες που αναδύονται στον τομέα της εμφυτευματολογίας και που ελπίζω η δυσχερής οικονομική συγκυρία να μη σταθεί εμπόδιο στην καθημερινή κλινική τους εφαρμογή στην πατρίδα μας.

Οι οδοντίατροι που επιθυμούν να γίνουν μέλη του Ελληνικού Τμήματος της I.T.I. μπορούν να εγγραφούν μέσω της ιστοσελίδας www.iti.org. Με την εγγραφή τους γίνονται αυτομάτως μέλη και της παγκόσμιας κοινότητας της I.T.I. με όλα τα οφέλη που απορρέουν από αυτό, αλλά με κύριο στόχο τη συνεχή βελτίωση των παρεχόμενων υπηρεσιών προς τους ασθενείς τους.

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)

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

ΡΗΤΙΝΕΣ: Η ΑΣΠΙΔΑ ΚΑΤΑ ΤΗΣ ΚΡΙΣΗΣ

Επιτακτική η ανάγκη εκπαίδευσης των οδοντιάτρων στις βάσεις της οδοντιατρικής

Εν αρχή ήταν η ΚΡΙΣΗ…
Πάντα υπήρχε και θα υπάρχει μια ΚΡΙΣΗ ως Καταλύτης των πάντων…
Όχι, δεν αναφέρομαι στην κρίση του μνημονίου αλλά σε πολύ παλαιότερες εποχές. Κάπου στα 1700.. Μόλις είχε ανακαλυφθεί η βιομηχανική παραγωγή της ζάχαρης η οποία άρχισε να χρησιμοποιείται ευρέως τόσο στην Ευρώπη όσο και στην άλλη πλευρά του Ατλαντικού. Ξαφνικά, ο όρος CARIES- που στα λατινικά σημαίνει «σάπιο»- αρχίζει να αναφέρεται σε οστικές βλάβες και γίνεται η πιο συχνά χρησιμοποιούμενη οδοντιατρική λέξη αφού αναφέρεται στην πλέον γνωστή βλάβη των δοντιών, την τερηδόνα. Η συγκεκριμένη χρονική περίοδος αποτελεί ορόσημο για την οδοντιατρική η οποία επαναπροσδιορίζεται και αποτελεί πια ξεχωριστή επιστήμη της οποίας «πατέρας» θεωρείται ο Pierre Fauchard. Ακολουθούν μεγάλα ονόματα όπως ο John Baker ,ο Paul Revere και βέβαια ο G.V. Black που κατηγοριοποίησε τις εμφράξεις. Στα μέσα του 19ου αιώνα ο H.Wells (1815-1848) εισάγει την αναισθησία με πρωτοξείδιο και ο W.Roentgen (1845-1923) ανακαλύπτει την ακτινογραφία. Έτσι ανακαλύφθηκαν τα βακτήρια s. Mutans,sanguis,salivarius, lactobacillus. Τα βακτήρια αυτά προσκολλούνται στην οδοντική επιφάνεια και παράγουν υψηλά ποσοστά οξέων από μονοσακχαρίτες και άλλους ζυμώσιμους υδατάνθρακες οι οποίοι με τη σειρά τους παράγουν εξωκυττάριους πολυσακχαρίτες . Με αυτό τον τρόπο αυξάνεται το πάχος της πλάκας που αποκτά σύσταση gel προάγοντας την ανάπτυξη οξέων με αποτέλεσμα να αποσβεστιώνεται η οδοντική επιφάνεια. Όταν το ποσοστό των mutans στην πλάκα είναι μεγαλύτερο του 2%-10% υπάρχει έντονη τερηδονογόνα δράση. Η παρουσία των mutans οφείλεται σε μόλυνση του ατόμου, αρχικά κατά την παιδική ηλικία από την μητέρα. Το σάλιο όταν έχει φυσιολογικό ρυθμό έκκρισης (0.7 ml/λεπτό) βοηθά στην επανασβεστίωση της αδαμαντίνης.
Οι εμφράξεις στις αρχές του 19ου αιώνα ήταν από μέταλλο (R.Glenner & P.Willey) που θερμαινόταν και στοιβαζόταν στην κοιλότητα. Ακολούθησαν άλλα υλικά όπως ο χαλκός και ο χρυσός. Το 1833 οι αδελφοί Crawcour από την Γαλλία διέδωσαν στην Αμερική το αμάλγαμα το οποίο μέχρι το 1844 είχε κατακτήσει την οδοντιατρική με το 50% των εμφράξεων στα οδοντιατρεία της Ν.Υόρκης να είναι από το εν λόγω υλικό. Τότε όμως ξέσπασε η πρώτη μεγάλη κρίση με την American Society of Dental Surgeons (ASDS), να απαγορεύει αυστηρά στους Αμερικανούς οδοντιάτρους την χρήση του αμαλγάματος λόγω της περιεκτικότητός του σε υδράργυρο. Η κρίση αυτή τελείωσε με την επιστημονική αθώωση του υλικού, τη διάλυση της ASDS και την ίδρυση της νέας Ομοσπονδίας ADA (1859) που υποστήριξε σθεναρά από την αρχή το αμάλγαμα.
Η έρευνα για την αντιμετώπιση της τερηδόνας έφερε επιπλέον το φθόριο και τις εμφράξεις. Το φθόριο δημιουργεί τον φθοριοαπατίτη που είναι έως και 10 φορές πιο ανθεκτικός στην τερηδόνα.
Στη δεκαετία του '60 ανακαλύφθηκε η εφαρμογή των ρητινών στην οδοντιατρική. Αυτές αποτελούνται από μονομερή Bis-GMA (η διμεθακρυλική ουρεθάνη), filler από οξείδιο του πυριριου και ένα φωτοκαταλύτη (camphorquinone (CQ), phenylpropanedione (PPD) or lucirin (TPO)).
Η μεγάλη ΚΡΙΣΗ στην δεκαετία του '80 που σχετιζόταν με την βλαπτική δράση του υδράργυρου, έφερε ραγδαία ανάπτυξη στις οδοντιατρικές ρητίνες οι οποίες εξελίσσονταν συνεχώς.
Σήμερα, στην Ελλάδα παρατηρείται μεγάλη εξάπλωση στη χρήση των ρητινών και στις συντηρητικές αποκαταστάσεις. Αυτή η εξέλιξη έχει απόλυτη σχέση με την σημερινή οικονομική κρίση αλλά και με άλλες παραμέτρους που θα προσπαθήσουμε να προσεγγίσουμε.
Με τη δραματική μείωση στις τιμές των ρητινών, ο μαχόμενος κλινικός οδοντίατρος έχει πλέον τη δυνατότητα να στηρίξει το εισόδημά του. Αντιθέτως, σε άλλες οδοντιατρικές υπηρεσίες δεν υπάρχει αντίστοιχη μείωση του κόστους . Αναφορικά μάλιστα με τις ρητίνες το τελικό προϊόν που παράγεται δεν έχει άλλα έξοδα και η διαδικασία ολοκληρώνεται σε μια σύντομη συνεδρία. Οι σύγχρονες ρητίνες έχουν ιδιότητες τέτοιες που προσφέρουν τόσο στην αισθητική όσο και στην υγεία των δοντιών. Το βασικότερο προτέρημα της μεθόδου είναι η αντοχή στο χρόνο και στις συνήθεις λειτουργίες.
Η συντηρητικότητα της διαδικασίας έχει συνέπεια και στην καλύτερη αποδοχή από τον ασθενή. Το αποτέλεσμα συχνά εντυπωσιάζει και γίνεται η διαφήμισή μας, αυτή που θα μας φέρει νέους ασθενείς στο ιατρείο. Επιπλέον οι ευθύνες από πιθανή αποτυχία είναι μηδενικού η ελάχιστου κόστους.
Η εξέλιξη στην διάγνωση της τερηδόνας έχει ανοίξει νέους ορίζοντες στη θεραπεία της. Έτσι έχουμε μεθόδους

- με οπτική διάγνωση όπως Quantitative Light-Induced Fluorescence (QLF), Laser-Induced Fluorescence, and Transillumination with Near-Infrared Light (TINIR). Οι δυο αυτές μέθοδοι δίνουν την δυνατότητα ψηφιακής αποθήκευσης των βλαβών. Αντιπροσωπευτικές συσκευές είναι το DIAGNodent(Kavo), και Proface (WH).
- Χρωστικές (Carisolv κ.α)
- Υπέρηχοι
- Με συσκευή ηλεκτρικού φορτίου
- Με ακτινολογική μέθοδο όπως ακτινογραφία μετά πτερυγίου (bitewing), αφαιρετική και τομογραφίες (TACT).
- Κλινική μέθοδος με ανιχνευτήρες, χρήση φωτισμού, χρήση νήματος (όμορες τερηδόνες).
- Νέες τεχνολογίες όπως Terahertz ,multi-photon imaging,optical coherence tomography.

Έτσι σήμερα η διάγνωση της τερηδόνας είναι πιο εύκολη, σε πιο πρώιμα στάδια και πιο λεπτομερής. Ακόμη και η ενδοστοματική κάμερα δίνει την κλινική εικόνα στους ασθενείς και τους πείθει για πιο έγκαιρη αντιμετώπιση της βλάβης.
Έτσι η θεραπεία της τερηδόνας γίνεται σε λιγότερο χρόνο και με μικρότερες πιθανότητες λάθους. Σε άτυπη έρευνα με συναδέλφους, η διαδικασία μιας συνήθους έμφραξης, από την διάγνωση μέχρι την αποκατάσταση χρειάζεται από 10-45 λεπτά (με απομονωτήρα και διαστρωμάτωση). Στην αύξηση του αριθμού των εμφράξεων δεν συνέβαλε μόνο η καλύτερη διάγνωση αλλά και η τάση να αντικαθίστανται οι εμφράξεις αμαλγάματος από ρητίνες. Η κρίση βοήθησε και την πρόληψη. Έτσι ο φόβος μεγαλύτερων προβλημάτων συνηγορεί υπέρ του ενδελεχούς ελέγχου της τερηδόνας και συχνά σχολαστικής αντιμετώπισης μικρών και μεγάλων βλαβών. Η πρόνοια για την πρόληψη της τερηδόνας στα παιδιά οδήγησε τους γονείς να ενδιαφερθούν για την τερηδόνα και στα δικά τους δόντια. Επιπλέον, η τάση που έχουμε μερικές φορές να τα κάνουμε όλα γρήγορα (αλλά και πρόχειρα), έφερε στη μόδα (συχνα λανθασμένη) τα immediate orthodontics που αν και αφορούν μόνο στην ορθοδοντική, είναι συχνά είναι η βασική αίτια προσέλευσης του ασθενούς. Στην σημερινή εποχή δεν θα έπρεπε να παραλείψουμε τον μεγάλο παράγοντα επιτυχίας των ρητινών που είναι το κόστος της θεραπείας.
Ουδείς ασθενής θα διαμαρτυρηθεί για μια- δυο εμφράξεις αφού το χρηματικό ποσό που θα πληρώσει στον οδοντίατρο είναι μικρό (αλλά το κέρδος μεγάλο). Φυσικά δεν θα πρέπει να παραλείψουμε τον πολύ μικρό κίνδυνο malpractice που υπάρχει στην έμφραξη ιδιαίτερα αν συγκριθεί με ένα εμφύτευμα, μια ανύψωση ιγμορείου και άλλες οδοντιατρικές πράξεις.
Δεν θα πρέπει όμως να αγνοήσουμε τον μεγάλο κίνδυνο που προκύπτει από την μειωμένη ευθύνη (liability)της τεχνικής. Στην Αμερική, στις 2 Μαΐου ξέσπασε ένα μεγάλο Οδοντιατρικό σκάνδαλο. Λόγω της κρίσης πολλοί Αμερικανοί ασθενείς έχουν ενταχθεί στο σύστημα Medicaid (ξεκινησε το 2007) επιδοτούμενο από το κράτος για βασική οδοντιατρική θεραπεία, αλλά και πολλοι οδοντίατροι (το 8%) έχουν ενταχθεί σε αυτό μειώνοντας δραματικά τις τιμές τους. Έτσι πολλοί οδοντίατροι προσπάθησαν να τα αυξήσουν κάνοντας εμφράξεις (κ άλλα…) εκεί που δεν χρειαζόντουσαν .Αυτό αποκαλύφθηκε και έτσι πολλοί ασθενείς έχουν καταφύγει στα δικαστήρια και πολλές από τις υπάρχουσες αλυσίδες οδοντιατρείων που ανήκουν σε επενδυτές και funds κλείνουν, χρεοκοπώντας για να αποφύγουν τις νομικές συνέπειες. Χαρακτηριστικές είναι οι περιπτώσεις των εταιρειών Reach out,All Smiles,Church str, Health management που κατηγορούνται για μη αναγκαίες εμφράξεις και άλλες θεραπείες.
Συνεπώς η αίτια που οι ρητίνες έσωσαν τον οδοντίατρο στην περίοδο της Κρίσης που διανύουμε είναι προφανής και οι εκπαιδευτικές εταιρείες θα πρέπει να λαμβάνουν σοβαρά υπ' όψιν αυτή τη σύγχρονη ανάγκη. Επιπλέον μην φοβάσθε τις κρίσεις .Ο πολιτισμός μας είναι γεμάτος από αυτές και η ανθρώπινη εξέλιξη δεν θα υπήρχε χωρίς αυτές.

«Στροφή» στις ρητίνες κάνουν οι οδοντίατροι στην Ελλάδα της κρίσης

Ιδανική λύση για όσους θέλουν να διορθώσουν το χαμόγελο τους χωρίς να ξοδέψουν πολλά χρήματα.

Το ενδιαφέρον των οδοντιάτρων για τις συντηρητικές αποκαταστάσεις ρητίνης, αποτυπώθηκε στην ημερίδα Αισθητικής Οδοντιατρικής που διοργανώθηκε από τον γερμανικό οίκο κατασκευής οδοντιατρικών **Heraeus** και την εταιρεία **«Οδοντιατρικά Αποστολίδη»,** που εκτός από τη Θεσσαλονίκη δραστηριοποιείται πλέον και στην Αθήνα.
Τα θέματα που κυριάρχησαν στην ημερίδα ήταν οι προκλήσεις στις αποκαταστάσεις με ρητίνες, οι τεχνικές ελάχιστης παρέμβασης, καθώς και οι συμβουλές και τα κλινικά μυστικά για την καλύτερη αισθητική και λειτουργική απόδοση των αποκαταστάσεων με ρητίνες.
Η Αναπληρώτρια Καθηγήτρια Αισθητικής Οδοντιατρικής του Πανεπιστημίου Tufts των ΗΠΑ, Δρ. Κατερίνα Παπαθανασίου, ανέλυσε τα ακόλουθα:

- Το ρόλο της διαστρωματικής τεχνικής, επισημαίνοντας ότι είναι πολύ βασική η αξιολόγηση της αδιαφάνειας της οδοντίνης.
- Την διαδικασία παρασκευής κοιλοτήτων/επιφανειών για όλες τις ομάδες εμφράξεων και τις διάφορες αποκαταστάσεις, όπως κλείσιμο διαστήματος, όψης ρητίνης, αλλαγή σχήματος/μεγέθους δοντιών κ.λ.π.
- Τα στάδια αδροποίησης και συγκόλλησης, αναφέροντας ενδείξεις, πλεονεκτήματα και μειονεκτήματα όλων των συστημάτων που κυκλοφορούν στην αγορά.
- Την σπουδαιότητα και τους τρόπους επίτευξης σωστών σημείων επαφής
- Τις τεχνικές λείανσης και στίλβωσης των ρητινών, δίνοντας έμφαση στο πρωτόκολλο που ακολουθείται και στα συστήματα που διατίθενται σήμερα για το σκοπό αυτό.
- Την ενδοστοματική επιδιόρθωση σπασμένης πορσελάνης, με ειδικούς συγκολλητικούς παράγοντες
- Τους βασικότερους παράγοντες μετεγχειρητικής ευαισθησίας: η σύγκλειση είναι ο πλέον βασικός ενώ σύμφωνα με την Δρ. Παπαθανασίου αρκετά σημαντικοί παράγοντες είναι επίσης, ο ανεπαρκής πολυμερισμός, η αποξήρανση της αδροποιημένης οδοντίνης, η επιμόλυνση της κοιλότητας και η παραμονή τάσεων στην έμφραξη.
- Επίσης, η κα Παπαθανασίου συνέκρινε την άμεση ελάχιστα επεμβατική θεραπεία ως λύση αντιμετώπισης συγκεκριμένων αποκαταστάσεων, με τις έμμεσες προσθετικές λύσεις (όψεις πορσελάνης, ένθετα, επένθετα) και την ορθοδοντική προσέγγιση.

Στο πρακτικό μέρος της Ημερίδας, οι συμμετέχοντες εργάστηκαν σε εκμαγεία Frasaco, εφαρμόζοντας όσα παρουσιάστηκαν στη διάλεξη, σε αποκαταστάσεις δοντιών I, II, IV Ομάδας και σε κλείσιμο διαστήματος μεταξύ των κεντρικών τομέων.
Η ημερίδα ήταν ενδιαφέρουσα και αποτέλεσε επανάληψη της εκδήλωσης που πραγματοποιήθηκε τον περασμένο Μάρτιο στη Θεσσαλονίκη. Παράλληλα, η εταιρεία «Οδοντιατρικά Αποστολίδη» - μια εκ των σημαντικότερων αντιπροσώπων του γερμανικού οίκου Heraeus - έδειξε ότι έχει θέσει ως προτεραιότητα την προώθηση των ρητινών που κερδίζουν συνεχώς έδαφος στη σύγχρονη οδοντιατρική.

ΣΤΟΜΑΤΟΠΡΟΣΩΠΙΚΟΣ ΠΟΝΟΣ

Την ανάγκη καθορισμού και αποτελεσματικής αντιμετώπισής του επισήμαναν οι ειδικοί στην σχετική Ημερίδα που πραγματοποιήθηκε στην Τρίπολη

Στις ανάγκες των τοπικών οδοντιατρικών συλλόγων ανταποκρίθηκε για ακόμη μια φορά η Ελληνική Ενδοδοντική Εταιρεία (ΕΕΕ) με στόχο την επιμόρφωση των συναδέλφων της ελληνικής περιφέρειας. Έτσι, στις 26 Μαΐου πραγματοποιήθηκε στην Τρίπολη επιστημονική ημερίδα την οποία συνδιοργάνωσε η ΕΕΕ με τον Οδοντιατρικό Σύλλογο Αρκαδίας.

Το θέμα της ημερίδας ήταν «στοματοπροσωπικός πόνος». Πρόκειται για ένα ζήτημα που απασχολεί όλο και περισσότερο όχι μόνο τους οδοντιάτρους αλλά τους γιατρούς πολλών ειδικοτήτων καθώς αποτελεί ένα πολυσύνθετο, ψυχοβιολογικό φαινόμενο. Η λυσιτελής αντιμετώπισή του προϋποθέτει βαθιά γνώση τόσο των νευροφυσιολογικών όσο και των παθοφυσιολογικών μηχανισμών οι οποίοι εμπλέκονται και διαμορφώνουν το επίπεδο αντίληψης του πόνου καθώς και τον βαθμό αντίδρασης του ασθενή σε αυτόν. Φυσικά, εξαιρετικά σημαντική είναι η συμμετοχή της ψυχικής σφαίρας στη διαμόρφωση του συνολικού προβλήματος.

Τα θέματα που απασχόλησαν τους συνέδρους ήταν μεταξύ άλλων η νευρο-παθοφυσιολογική αλλά και η ψυχιατρική προσέγγιση του πόνου, οι βασικές αρχές της φαρμακολογικής αντιμετώπισης, οι μέθοδοι ελέγχου και ο αντανακλαστικός πόνος, οι εναλλακτικές μέθοδοι που συστήνονται κ.α.

Σκοπός της ημερίδας ήταν διακεκριμένοι ακαδημαϊκοί δάσκαλοι από το χώρο της Ιατρικής και της Οδοντιατρικής να «δώσουν τα φώτα τους» στον καθορισμό, την κατανόηση και την αντιμετώπιση του πόνου στην καθημερινή οδοντιατρική πράξη ώστε ασθενής και γιατρός να μην οδηγούνται σε «περιπέτειες» εξαιτίας αδυναμίας ή λανθασμένης διάγνωσης-κάτι που δυστυχώς δεν συμβαίνει λίγες φορές.

Νέο ΔΣ στην Ελληνική Ενδοδοντική Εταιρεία

Μετά τις εκλογές που πραγματοποιήθηκαν στις 30 Μαρτίου στην Ελληνική Ενδοδοντική Εταιρεία, το Διοικητικό Συμβούλιο συγκροτήθηκε σε σώμα στις 9 Απριλίου με την παρακάτω σύνθεση:

-Πρόεδρος: Σίσκος Γιώργος
-Αντιπρόεδρος: Λαμπριανίδης Θεόδωρος
-Γ. Γραμματέας.: Συκαράς Χρήστος
-Ειδ.Γραμματέας.: Παντελίδου Ουρανία
-Ταμίας: Αναστασιάδης Πάνος
-Μέλη: Γεωργοπούλου Μαρία
Σπυρόπουλος Σπύρος

Αναπληρωματικά μέλη:
Κωστούρος Γ.,
Τζανετάκης Γ., Οικονόμου Ι.,
Πανόπουλος Π.,
Κωνσταντάκη Μ.,
Κεράνη Μ.

Πρακτικά μαθήματα ενδοδοντίας

Donald E. Arens, DDS, MSD
Alan H. Gluskin, DDS
Christine I. Peters, DMD
Ove A. Peters, DMD, MS, PhD
Επιστημονική επιμέλεια:
Γιώργος Ι. Σίσκος Αν. Καθηγητής ΕΚΠΑ
Μετάφραση:
Γιώργος Δ. Κωστούρος MSc Ενδοδοντίας

Η σύγχρονη ενδοδοντική θεραπεία στηρίζεται στην επιστημονική τεκμηρίωση, αλλά η κλινική επιτυχία της συνδέεται σε πολύ μεγάλο βαθμό με την ικανότητα του κλινικού οδοντιάτρου να αποκτήσει πρόσβαση στο ριζικό σωλήνα και να ολοκληρώσει με επιτυχία τον καθαρισμό, τη μορφοποίηση, την απολύμανση και την τελική έμφραξή του.

Το βιβλίο «Πρακτικά Μαθήματα Ενδοδοντίας», είναι κατά κύριο λόγο ένας λεπτομερής πρακτικός οδηγός. Αποτελείται από 6 μέρη, με 42 μαθήματα συνολικά, όπου αναλύεται οτιδήποτε αφορά την παροχή ενδοδοντικής θεραπείας υψηλού επιπέδου. Αρχίζοντας από την εξέταση του ασθενούς και τη διάγνωση του προβλήματος, τα «Πρακτικά Μαθήματα Ενδοδοντίας» καταλήγουν στην τελική έμφραξη του ριζικού σωλήνα. Επιπρόσθετα, περιγράφονται με κάθε λεπτομέρεια πώς γίνεται η κατάρτιση του σχεδίου θεραπείας, ποιος είναι ο απαραίτητος τεχνικός εξοπλισμός και τι περιλαμβάνει μια άρτια χημικομηχανική επεξεργασία, από τις πρώτες ενέργειες για την πρόσβαση στο ριζικό σωλήνα έως τις τελευταίες, πριν την οριστική έμφραξη.

Τέλος, υπάρχει μια ολόκληρη ενότητα αφιερωμένη στα επείγοντα περιστατικά και σε ειδικά ενδοδοντικά προβλήματα που μπορεί να συναντήσει ο κλινικός οδοντίατρος.

©2011. Σελίδες: 344. Τιμή: 120
ISBN 978-960-99328-5-1
Σκουφά 64, 10680 Αθήνα,
τηλ. 210 3814939, e-mail: odvima@otenet.gr

Σύγκλειση - Από τη θεωρία στην καθημερινή οδοντιατρική πράξη

Robert Wassell
Amar Naru
Jimmy Steele
Francis Nohl
Επιστημονική επιμέλεια:
Παύλος Γαρέφης
Μετάφραση:
Μαρία Κοκοτή

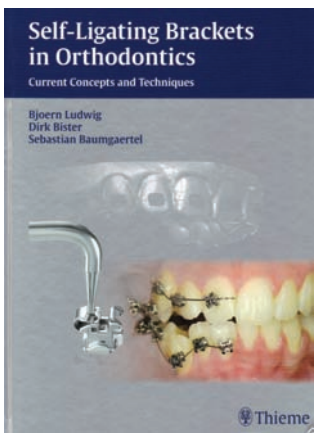
Η γνώση των βασικών αρχών της σύγκλεισης είναι απαραίτητη για την παροχή σωστής οδοντιατρικής περίθαλψης. Χωρίς αυτή τη γνώση είναι πιθανό να διαταραχθεί η σωστή λειτουργία των δοντιών, ενώ αυξάνεται και ο κίνδυνος πρόκλησης ιατρογενών βλαβών. Το πρακτικό αυτό κλινικό βιβλίο των εκδόσεων Quintessence βοηθά τον οδοντίατρο να κατανοήσει όλες τις λειτουργίες και τους κανόνες της σύγκλεισης. Το βιβλίο εξετάζει ένα αριθμό περιπτώσεων στις οποίες η σύγκλειση προκαλεί βλάβη στα δόντια ή στις αποκαταστάσεις: βλάβη που προκαλείται πάντα από συγκλεισιακή αστάθεια, παραλειτουργική έξη ή και τα δύο. Εκείνο που έχει σημασία είναι η βλάβη λόγω σύγκλεισης, που σε πολλές περιπτώσεις είναι ιατρογενής. Ένας καλός οδοντίατρος πρέπει να ξέρει πώς να εντοπίζει, να θεραπεύει και να παρακάμψει τέτοια προβλήματα.

Αυτό όμως που κάνει το βιβλίο τόσο πρωτοποριακό είναι το DVD που το συνοδεύει, με τρισδιάστατα σχέδια που αναλύουν όλες τις κινήσεις των γνάθων και κλινικά βίντεο με τεχνικές αντιμετώπισης των δυσλειτουργιών της σύγκλεισης στο ιατρείο. Έτσι ο οδοντίατρος, διαβάζοντας το κείμενο και βλέποντας παράλληλα την αντίστοιχη παραπομπή στο DVD, θα μπορεί να διαχειρίζεται τη σύγκλειση στην κλινική πράξη με τον καλύτερο δυνατό τρόπο.

©2011. Σελίδες: 167. Τιμή: 90
ISBN 978-960-99328-4-4

Για περισσότερες πληροφορίες, μπορείτε να επικοινωνείτε με τις εκδόσεις «Ο.Β.» στο τηλέφωνο 210 3814939 .

Bjoern Ludwig, Dirk Bister, Sebastian Baumgaertel. Self- Ligating Brackets in Orthodontics: Current Concepts and Techniques, σελ. 241, εικόνες 1470. Thieme Verlag, 2012



Πρόκειται για ένα ολοκληρωμένο βιβλίο που καλύπτει το θέμα των αυτόδετων αγκίστρων στην Ορθοδοντική. Εκτός από την εμπειρία των τριών διεθνούς κύρους συγγραφέων, στο βιβλίο έχουν συμμετάσχει και 6 ακόμη συγγραφείς διακεκριμένοι στον τομέα τους.

Αφού πρώτα γίνει μια περιγραφή της κατασκευής του αυτόδετου αγκίστρου στη συνέχεια το βιβλίο προσφέρει εκτενή παρουσίαση όλων των διαθέσιμων στην αγορά συστημάτων της κατηγορίας αυτής. Τα πλεονεκτήματα και μειονεκτήματα των αυτόδετων αγκίστρων της κάθε εταιρείας παρουσιάζονται με ακρίβεια προκειμένου ο ορθοδοντικός να είναι σε θέση να επιλέξει το πλέον κατάλληλο για αυτόν. Επίσης τα οφέλη της χρήσης των αυτόδετων σε σχέση με τα κλασσικά άγκιστρα είναι εξίσου σαφής. Έμφαση δίνεται στην στοματική υγιεινή σε ασθενής που έχουν ακίνητους μηχανισμούς και ιδιαίτερα σε αυτούς που έχουν τους αυτόδετους.

Οι τρόποι τοποθέτησης των αγκίστρων με άμεσο ή έμμεσο τρόπο αποτελούν σημαντικό κεφάλαιο του βιβλίου καθότι είναι γνωστή η σημασία της ακριβούς τοποθέτησης κάθε μορφής ακίνητου μηχανισμού προκειμένου να επιτευχθεί η σωστή και γρήγορη ολοκλήρωση της ορθοδοντικής θεραπείας.

Σημαντικά επίσης είναι τα κεφάλαια που αφορούν τη χρήση αισθητικών – κεραμικών αυτόδετων αγκίστρων σε ασθενείς που επιθυμούν διακριτικούς μηχανισμούς, η χρήση mini implants για θέματα μέγιστης στήριξης καθώς και η σημασία της συγκράτησης και σταθερότητας του αποτελέσματος.

Συμπερασματικά πρόκειται για ένα πολύ χρήσιμο βιβλίο για τους ορθοδοντικούς καθώς παρουσιάζει ολοκληρωμένα τα οφέλη της χρήσης των αυτόδετων αγκίστρων.

Μαρίνα Γ. Λάσκαρη
Ορθοδοντικός, MSc
Boston University, USA

Curasept ADS νέα σειρά χλωρεξιδίνης

Άριστος έλεγχος της μικροβιακής πλάκας χωρίς τις γνωστές παρενέργειες της χλωρεξιδίνης. Λόγω του ADS (Anti Discoloration System) ο χρωματισμός των δοντιών και της γλώσσας μειώνεται έως 87% και δεν αλλοιώνεται η αίσθηση της γεύσης. Επίσης η απουσία αλκοόλ και SLS σε συνδυασμό με την ευχάριστη γεύση εξασφαλίζουν καλή αποδοχή από τον ασθενή. Διατίθεται σε στοματικά διαλύματα, οδοντόπαστες (0.20%, 0.12% & 0.05%+0.05 Fe) και σε gel (1% & 0.50%). Synviva τηλ.210 6776732

Νέος Οικονομικός Διευθυντής στην Ivoclar Vivadent

Η Ivoclar Vivadent, μια διεθνούς εμβέλειας εταιρεία η οποία δραστηριοποιείται στο χώρο της οδοντιατρικής, ανακοίνωσε επίσημα τον νέο οικονομικό διευθυντή της. Πρόκειται για τον 47χρόνο Franz Berger, ο οποίος διορίστηκε και μέλος της Κεντρικής Διοίκησης του Ομίλου Ivoclar Vivadent. Ο κ. Berger, ο οποίος ανέλαβε τα καθήκοντά του στις 4 Ιουνίου, διαδέχθηκε τον Jochen Bohner, ο οποίος αποχώρησε από την εταιρεία στα τέλη Ιανουαρίου του 2012.

Ο Franz Berger έχει διαγράψει μία μακρά καριέρα στον χρηματοοικονομικό τομέα. Τα τελευταία 20 χρόνια, είχε αναλάβει διευθυντικές θέσεις σε διάφορες εταιρείες, όπως η Kraft Foods, η Bacardi και η Unilabs SA. Πιο πρόσφατα, ο κ. Berger εργάστηκε ως Οικονομικός Διευθυντής-υπεύθυνος για την Ευρώπη, τη Μέση Ανατολή και την Αφρική-στη διεθνή βιο-φαρμακευτική εταιρεία Shire HGT.

Ο κ. Berger εκτός από τα ηνία της οικονομικής διαχείρισης της Ivoclar Vivadent θα είναι αρμόδιος και για το τμήμα Information Technology (IT), ενώ θα αποτελεί και μέλος της Κεντρικής Διοίκησης του Ομίλου. «Είμαστε πολύ ικανοποιημένοι που ο κ. Berger εντάχθηκε στο δυναμικό του ομίλου Ivoclar Vivadent, αναλαμβάνοντας καθήκοντα Οικονομικού Διευθυντή. Η εμπειρία του, οι γνώσεις του και οι επικοινωνιακές του ικανότητες θέτουν τις βάσεις της επιτυχίας», ανέφερε ο Robert Ganley, Διευθύνων Σύμβουλος του Ομίλου της Ivoclar Vivadent.

Ο κ.Berger έχει κάνει σπουδές στη Διοίκηση Επιχειρήσεων στο Οικονομικό Πανεπιστήμιο της Βιέννης, ενώ είναι κάτοχος Executive MBA από το Κρατικό Πανεπιστήμιο της Καλιφόρνια, Hayward.

Νέα διάκριση για την ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΙΚΑ ΑΠΟΣΤΟΛΙΔΗ

Η εταιρία μας, ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΙΚΑ ΑΠΟΣΤΟΛΙΔΗ επιλέχτηκε από την εταιρία Johnson & Johnson Καταναλωτικά Προϊόντα ΑΕΕ, ως ο νέος διανομέας της επαγγελματικής συσκευασίας LISTERINE® για τη Βόρεια Ελλάδα.

Η Johnson & Johnson Καταναλωτικά Προϊόντα ΑΕΕ και η εταιρία μας, ξεκινούν δυναμικά μια νέα συνεργασία ώστε να προσφέρουν το πρώτο σε πωλήσεις στοματικό διάλυμα παγκοσμίως, το LISTERINE®, σε επαγγελματική συσκευασία 1lt. Μέσα από το δίκτυο της εταιρίας μας, θα τρέξει ειδική προωθητική καμπάνια με πλήρη ενημέρωση καθώς και ειδικές προσφορές.

Θα θέλαμε να ευχαριστήσουμε την Johnson & Johnson Καταναλωτικά Προϊόντα ΑΕΕ για την εμπιστοσύνη της στην εταιρία μας.

Press-Release-Biodentine

BiodentineTM Βελτιωμένη κλινική εφαρμογή

Ολοκληρωμένη αποκατάσταση σε μια μόνο συνεδρία

Ως το πρώτο βιοενεργό υποκατάστατο οδοντίνης, το Biodentine TM μπορεί να χρησιμοποιηθεί όταν καταστρέφεται η οδοντίνη, σε μυλικές ή ριζικές εφαρμογές.
Βοηθά στην επανασβεστίωση της οδοντίνης, διατηρεί τη ζωτικότητα και προάγει την επούλωση του πολφού. Αντικαθιστά πλήρως την οδοντίνη αφού εμφανίζει παρόμοιες βιολογικές και μηχανικές ιδιότητες με εκείνη. Βελτιώνοντας την κλινική επεξεργασία του Biodentine TM, η Septodont ανακοινώνει ότι συγκολλώντας τη σύνθετη ρητίνη πάνω από το Biodentine TM στην ίδια συνεδρία έχουμε μια αποδεδειγμένα ασφαλή και αποτελεσματική αποκατάσταση του δοντιού.

Η παρουσίαση ενός κλινικού περιστατικού σε ενός χρόνου επανεξέταση, δείχνει τη λειτουργικότητα της αποκατάστασης, ενώ η σύνθετη ρητίνη συγκολλήθηκε 12 λεπτά μετά την αρχική πήξη του υλικού. Ύστερα από ένα χρόνο η αποκατάσταση δεν παρουσίασε αλλοιώσεις και ο ακτινογραφικός έλεγχος δεν έδειξε την εμφάνιση δευτερογενούς τερηδόνας.
Μια πρόσφατη μελέτη που έγινε στην Αμερική από Dental Advisor και το Πανεπιστήμιο της Maryland και παρουσιάστηκε ως πόστερ το Μάρτιο 2012 στο AADR συνέδριο στη Tampa της Φλόριντα, αποδεικνύει ότι το Biodentine TM έχει παρόμοιες φυσικές ιδιότητες συγκρινόμενο με τα υαλοϊονομερή εμφρακτικά υλικά. Έτσι η τοποθέτηση του Biodentine TM και της σύνθετης ρητίνης ως μια ολοκληρωμένη αποκατάσταση μπορεί να πραγματοποιηθεί σε μια μόνο συνεδρία.

Biodentine TM: το πρώτο και μοναδικό υποκατάστατο της οδοντίνης σε μια κάψουλα

1. Προετοιμάστε την κοιλότητα.
2. Αντικαταστήστε την ποσότητα της κατεστραμμένης οδοντίνης με Biodentine TM ίδιας ποσότητας.
3. Συγκολλείστε της σύνθετη ρητίνη περιμένοντας 12 λεπτά από την αρχική πήξη του υλικού για να ολοκληρώσετε την έμφραξη.

Συνεργασία Sadent με Sybron Endo

Η Sadent ανακοινώνει τη νέα της συνεργασία με μία από τις κορυφαίες εταιρίες στο χώρο της ενδοδοντίας, την Sybron Endo με έδρα στις Η.Π.Α. Η Sybron Endo έχει την διάθεση και των ενδοδοντικών προϊόντων Kerr (K Files, φυράματα κ.α) και εξαγόρασε από την Philips (πρώην Discus) και τα ενδοδοντικά προϊόντα HotShot, HotTip, Endovac, Lightspeed, SimpliFill. Η Sybron εξειδικεύεται στην ενδοδοντία και έχει συνδέσει το όνομα της με τα διάσημα συστήματα έμφραξης System B και Elements. Παράλληλα διαθέτει τα μόνα μηχανοκίνητα εργαλεία NiTi τα οποία κατασκευάζονται από ελάσματα NiTi τα οποία κάμπτονται υπό υψηλή θερμοκρασία. Χάρη στην επαναστατική και πατενταρισμένη αυτή τεχνολογία τα εργαλεία Twisted File (TF) έχουν μεγαλύτερη ευκαμψία και αντοχή από κάθε άλλο εργαλείο NiTi. Στην γκάμα της SybronEndo θα βρείτε τα μηχανοκίνητα εργαλεία TF και K3XF, εντοπιστές ακρορριζίου, δοκιμαστήρες πολφού, πιστόλια γουταπέρκας, το σύστημα Softcore, το original System B, τα φυράματα PC Sealer, Sealapex, Tubli-Seal, πληθώρα από κώνους χάρτου και γουταπέρκας για όλες τις ενδείξεις, χειροκίνητα ενδοδοντικά εργαλεία κ.α

Η Sadent σας προσφέρει μεγάλες προσφορές σε όλα τα προϊόντα SybronEndo και το εντυπωσιακό 2+1 δώρο στα μηχανοκίνητα εργαλεία TF & K3XF. Επισκεφθείτε και τη σελίδα http://www.sybronendo.com/

Τα Ολοκεραμικά συναντούν την Αισθητική των Εμφυτευμάτων

Διεθνές Συμπόσιο Ειδικών από την Ivoclar Vivadent

Η Ivoclar Vivadent θα διοργανώσει διεθνές συμπόσιο ειδικών στο Βερολίνο υπό τον τίτλο «Τα Ολοκεραμικά συναντούν την Αισθητική των Εμφυτευμάτων». Το συμπόσιο, το οποίο θα πραγματοποιηθεί το Σάββατο 15 Σεπτεμβρίου 2012, απευθύνεται σε οδοντιάτρους και οδοντοτεχνίτες.

Ανάμεσα στους 14 διεθνείς ομιλητές, οι οποίοι προέρχονται από τον χώρο της έρευνας και της πρακτικής, είναι: ο καθηγητής Nitzan Bichacho, ο Dr Urs Brodbeck, August Bruguera, ο Dr Christian Coachman, ο Dr Galip Gurel, ο Dr Jan Hajto, ο Dr Arndt Happe, ο καθηγητής Dr Matthias Kern, ο MDT Andreas Kunz, ο Dr Andreas Kurbad, ο Dr Yukio Kusama, ο Dr Kenneth Malament, ο καθηγητής Van P. Thomson και ο Dr Eric Van Dooren. Αυτοί οι διεθνούς φήμης ειδικοί στον τομέα των ολοκεραμικών και της εμφυτευματολογίας, θα συζητήσουν για τις τελευταίες τάσεις και θα παρουσιάσουν βήμα προς βήμα τα πρωτόκολλα θεραπείας που με επιτυχία εφαρμόζουν στην καθημερινή κλινική και οδοντοτεχνική πράξη. Οι διαλέξεις τους θα επικεντρωθούν σε διαφορετικούς τομείς, όπως οι τρέχουσες επιλογές εφαρμογής για όλα τα ολοκεραμικά συστήματα, τα αποτελέσματα των κλινικών μελετών, το σχέδιο θεραπείας στον τομέα της εμφυτευματολογίας και η επιτυχής εκτέλεσή του, το διπυριτικό λίθιο, ο σχεδιασμός κολοβώματος και η επικοινωνία μεταξύ των μελών της οδοντιατρικής ομάδας. Το συμπόσιο θα ολοκληρωθεί με την εισήγηση του Dr Urs Brodbeck, οποίος θα συνοψίσει τα επιτεύγματα στην εξέλιξη των ολοκεραμικών υλικών: «Εικοσιτρία χρόνια ολοκεραμικών αποκαταστάσεων: κατάρα ή ευλογία;»

Έκπτωση για όσους δηλώσουν συμμετοχή άμεσα

Ένας υπέροχος χώρος έχει επιλεγεί για το συμπόσιο: Το συμπόσιο θα λάβει χώρα στο συνεδριακό κέντρο Kosmos στο Βερολίνο, το οποίο βρίσκεται δίπλα στην διάσημη πλατεία Alexanderplatz. Οι οδοντίατροι που επιθυμούν να εγγραφούν για να παρακολουθήσουν το συμπόσιο μπορούν να το κάνουν στην ακόλουθη ηλεκτρονική διεύθυνση: http://www.ivoclarvivadent.com/ies2012. Σημειώνεται ότι για τις εγγραφές, οι οποίες θα πραγματοποιηθούν πριν από τις 20 Αυγούστου 2012, θα υπάρξει έκπτωση 25%.

Ivoclar Vivadent και Φίλοι στο Βερολίνο

Η κοινωνική εκδήλωση «Ivoclar Vivadent και Φίλοι στο Βερολίνο», η οποία θα πραγματοποιηθεί το απόγευμα, θα σηματοδοτήσει την έναρξη των εργασιών του Διεθνούς Συμποσίου Ειδικών. Στον χώρο της εκδήλωσης οι συμμετέχοντες θα έχουν την ευκαιρία να ανταλλάξουν απόψεις με συναδέλφους τους, αλλά και ειδήμονες στο πεδίο της Οδοντιατρικής.
Για περισσότερες πληροφορίες μπορείτε να επικοινωνήσετε:

Jutta Nagler
Ivoclar Vivadent GmbH
Professional Services
Dr. Adolf-Schneider-Str. 2
73479 Ellwangen
Γερμανία
Τηλ: +49 (0) 79 61 889 205
Fax +49 (0) 79 61 6326
E-mail: Jutta.nagler@ivoclarvivadent.com

Μηχανοκίνητα ενδοδοντικά εργαλεία NiTi Twisted Files

Τα μηχανοκίνητα εργαλεία Twisted File της Sybronendo είναι τα μόνα που δεν είναι κατασκευασμένα από τροχισμένο NiTi, αλλά από ελάσματα NiTi που έχουν καμφθεί με θερμική επεξεργασία. Αυτό τους δίνει πολύ μεγαλύτερη ελαστικότητα και αντοχή σε σχέση με κάθε άλλο μηχανοκίνητο εργαλείο NiTi με τεράστια κλινικά πλεονεκτήματα.
Πληροφορίες: Sadent.

C1 – Το νέο κωνικής σύνδεσης εμφύτευμα της MIS

Η MIS παρουσιάζει το C1 – μια νέα καινοτόμα σειρά εμφυτευμάτων, με σύνδεση προσθετικού κωνική & αντι-περιστροφική 6 θέσεων με την οποία επιτυγχάνεται απόλυτο και ερμητικό 'κλείδωμα' μεταξύ εμφυτεύματος & προσθετικού.
Το C1 είναι αποτέλεσμα εκτενούς έρευνας και διεργασιών σχεδιασμού ώστε να επιτυγχάνεται υψηλότερη αρχική συγκράτηση και ταχύτερη οστοενσωμάτωση με γνώμονα πάντα, την απλότητα στην χειρουργική και προσθετική διαδικασία.

Διαθέσιμο αυτή τη στιγμή στα εξής μήκη: 8, 10, 11.5, 13 & 16χιλ και στις διαμέτρους 3.75, 4.20 & 5χιλ με χρωματική κωδικοποίηση ανάλογα με την προσθετική πλατφόρμα.

Το εμφύτευμα C1 περιέχει στην συσκευασία του, αποστειρωμένο τελικό τρυπάνι μιας χρήσεως, βίδα κάλυψης, διαβλενογόνιο 4 χιλιοστών και προσωρινό πλαστικό προσθετικό. 'Ετσι, ο γιατρός, την ώρα του χειρουργείου, έχει την ελευθερία της επιλογής για μιας ή δυο φάσεων αποκατάσταση ή και για άμεση φόρτιση.

Προτερήματα εμφυτεύματος C1

- Διπλά αμμοβολημένη & αδροποιημένη επιφάνεια
- Ειδικός σχεδιασμός για ταχύτατη οστοενσωμάτωση 6 εβδομάδων.
- Platform switching για ελαχιστοποίηση των μικρο-κινήσεων και καλύτερη αναγέννηση των μαλακών ιστών.
- Διπλοί έλικες για αυτοκοχλίωση & αύξηση της εφαπτόμενης επιφάνειας μεταξύ οστού & εμφυτεύματος (Bone Implant Connection - BIC).
- 3 Ομόκεντροι δακτύλιοι στον αυχένα.
- Ριζόμορφο σχήμα για εξαιρετική αρχική σταθερότητα.

Για περισσότερες πληροφορίες επισκεφτείτε την ιστοσελίδα www.mis-implants.com ή επικοινωνήστε με την εταιρεία ΝΕΓΡΙΝ Dental Ε.Π.Ε

ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΕΤΑΙΡΕΙΑ ΠΑΘΟΛΟΓΙΑΣ ΣΤΟΜΑΤΟΣ

2ο ΠΑΝΕΛΛΗΝΙΟ ΣΥΝΕΔΡΙΟ ΣΤΟΜΑΤΟΛΟΓΙΑΣ

13 & 14 Σεπτεμβρίου 2012 | Ξενοδοχείο Hilton, Αθήνα

Επιστημονικό Πρόγραμμα

www.oralpathmed.gr

Πέμπτη 13 Σεπτεμβρίου 2012

08:30-09:00 ΕΓΓΡΑΦΕΣ

09:00-09:30 ΧΑΙΡΕΤΙΣΜΟΙ-ΕΝΑΡΞΗ ΣΥΝΕΔΡΙΟΥ

09:30-10:15 ΣΥΝΕΔΡΙΑ Ι
ΙΑΤΡΟΓΕΝΕΙΣ ΒΛΑΒΕΣ ΤΟΥ ΒΛΕΝΝΟΓΟΝΟΥ ΤΟΥ ΣΤΟΜΑΤΟΣ:
ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΚΛΙΝΙΚΩΝ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΩΝ
Προεδρεύοντες: Κ. Τόσιος - Α. Πουλόπουλος
Προδρομίδης Γ. - Γκούβερης Ι. - Καραθανάση Β.

10:15-11:30 ΣΥΝΕΔΡΙΑ ΙΙ
ΤΑ ΟΥΛΑ ΩΣ ΠΕΔΙΟ ΕΠΙΔΡΑΣΗΣ ΤΟΠΙΚΩΝ ΚΑΙ ΣΥΣΤΗΜΑΤΙΚΩΝ ΠΑΡΑΓΟΝΤΩΝ
Προεδρεύοντες: Ι. Βρότσος - Ε. Χρυσομάλη
Εισαγωγή: Ταξινόμηση Περιοδοντικών Νόσων — Μπομπέτσης Γ.
I. Παθήσεις των ούλων που επηρεάζονται από συστηματικούς παράγοντες:
α) ενδοκρινικές μεταβολές/διαταραχές — Δερέκα Ξ.
β) αιματολογικά νοσήματα — Λίνκ-Τσατσούλη Ι.
II. Εκδηλώσεις από τα ούλα δερματοβλεννογόνιων νοσημάτων και άλλων παθολογικών καταστάσεων — Πουλόπουλος Α.
III. Νοσήματα των ούλων που οφείλονται σε ειδικό λοιμογόνο παράγοντα — Τούτουζας Ι.

11:30-12:00 ΔΙΑΛΕΙΜΜΑ ΚΑΦΕ

12:00-13:30 ΣΥΝΕΔΡΙΑ ΙΙΙ
ΠΑΘΗΣΕΙΣ ΤΗΣ ΤΡΑΧΗΛΟΠΡΟΣΩΠΙΚΗΣ ΧΩΡΑΣ: ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ
Προεδρεύοντες: Κ. Αντωνιάδης - Π. Οικονομοπούλου
I. Ταξινόμηση — Αντωνιάδης Κ.
II. Απεικονιστικές διαγνωστικές τεχνικές:
α) Υπερηχογράφημα — Αντωνίου Α.
β) Αξονική - μαγνητική τομογραφία — Κουρέας Α.
III. Ακτινογραφία - σιαλογραφία — Τσιχλάκης Κ.
IV. FNA στη διάγνωση τραχηλικών παθήσεων: Πλεονεκτήματα - Περιορισμοί — Κανδαράκη Χ.

13:30-14:30 ΕΛΑΦΡΥ ΓΕΥΜΑ

14:30-15:15 ΣΥΝΕΔΡΙΑ IV
ΠΑΘΗΣΕΙΣ ΧΕΙΛΕΩΝ ΚΑΙ ΓΛΩΣΣΑΣ: ΤΟΠΙΚΟ Ή ΣΥΣΤΗΜΑΤΙΚΟ ΝΟΣΗΜΑ;
Προεδρεύοντες: Φ. Ζερβού - Μ. Κατσουράκης
I. Γλωσσίτιδες — Οικονομοπούλου Π.
II. Χειλίτιδες — Πιπέρη Ε. - Ανδρεάδης Δ.

15:15-16:15 ΣΥΝΕΔΡΙΑ V
ΦΛΕΓΜΟΝΗ Ή ΝΕΟΠΛΑΣΙΑ; ΕΝΑ ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΟ ΔΙΛΗΜΜΑ
Προεδρεύοντες: Ν. Νικητάκης - Ι. Λινκ-Τσατσούλη
Διαμαντή Σ. - Νικητάκης Ν. - Μαρκόπουλος Α. - Σαμαρά Α.

16:15-17:00 ΣΥΝΕΔΡΙΑ ΑΝΤΙΠΑΡΑΘΕΣΗΣ
ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΝΟΣΗΜΑΤΩΝ ΤΟΥ ΣΤΟΜΑΤΟΣ: ΣΥΜΒΑΤΙΚΗ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ Ή LASER
Προεδρεύων: Κ. Αλεξανδρίδης
Μανταλενάκης Κ. - Πετσίνης Β.

17:00-17:30 ΔΙΑΛΕΙΜΜΑ ΚΑΦΕ

17:30-19:00 ΣΥΝΕΔΡΙΑ VI
ΝΕΕΣ ΕΞΕΛΙΞΕΙΣ ΣΕ ΘΕΜΑΤΑ ΚΛΙΝΙΚΟΥ ΚΑΙ ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΟΥ ΕΝΔΙΑΦΕΡΟΝΤΟΣ
Προεδρεύοντες: Α. Σκλαβούνου - Α. Μαρκόπουλος
I. Οδοντικά Εμφυτεύματα στον ασθενή που λαμβάνει διφωσφονικά: Ενδείξεις και Περιορισμοί — Yarom N.
«Dental implants in patients under biphosphonate therapy»
II. Οδοντιατρική αντιμετώπιση στον ασθενή με συστηματικό νόσημα — Γεωργίου Α.
«Dental treatment in patients with systemic diseases»
III. Το σάλιο ως βιολογικό υλικό διαγνωστικών εφαρμογών: Δυνατότητες και Προοπτικές — Χρυσομάλη Ε.
IV. HPV λοίμωξη και καρκίνος του στόματος: Μελέτες του Εργαστηρίου Στοματολογίας ΕΚΠΑ — Βασιλοπούλου Ε. - Δασκαλόπουλος Α. - Σφακιανού Α.

Παρασκευή 14 Σεπτεμβρίου 2012

09:00-09:30 ΣΥΝΕΔΡΙΑ VII
ΣΥΓΧΡΟΝΕΣ ΤΑΣΕΙΣ ΣΤΗΝ ΙΣΤΟΠΑΘΟΛΟΓΙΑ ΤΟΥ ΣΤΟΜΑΤΟΣ
Προεδρεύοντες: Ε. Πιπέρη - Α. Ματιάκης
I. Βιοψία: Ενδείξεις - Αντενδείξεις — Τόσιος Κ.
II. Διαγνωστικές προσεγγίσεις και μελλοντικές προοπτικές — Χατζηστάμου Ι.

09:30-12:00 ΕΛΕΥΘΕΡΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ

EUROPEAN ASSOCIATION OF ORAL MEDICINE

11th BIENNIAL CONGRESS OF EAOM

13th-15th September, 2012 | Hilton Athens Hotel | Athens - Greece

Scientific Program

www.eaom2012.gr

Thursday 13 September 2012

14:00-20:00 Registrations

20:00 Opening Ceremony - Welcome Reception

Friday 14 September 2012

08:30-10:30 **Plenary Session 1: POTENTIALLY MALIGNANT DISORDERS (PMD): NEW CONCEPTS AND FUTURE PROSPECTS IN DIAGNOSIS AND MANAGEMENT**
Plenary Session 1a.
Chairs: Jose Bagan (Spain) - Alexandra Sklavounou (Greece)
INTRODUCTION: TERMINOLOGY AND CLASSIFICATION
Isaac van der Waal (The Netherlands)
AN UPDATE ON EPIDEMIOLOGY OF PMD
Athanasios Zavras (USA)
ETIOLOGY AND RISK FACTORS OF PMD
Saman Warnakulasuriya (UK)
THE ROLE OF HPV VIRUS IN PMD
Stina Syrjanen (Finland)
EARLY ORAL CANCER DIAGNOSIS: SCREENING TESTS AND DETECTION DEVICES
Camile Farah (Australia)
ROUND TABLE DISCUSSION

10:30-11:00 Coffee break

11:00-13:00 *Plenary Session 1b.*
Chairs: Isaac van der Waal (The Netherlands) – Stephen Challacombe (UK)
CLINICAL CHARACTERISTICS OF PMD AND THEIR PROGNOSTIC SIGNIFICANCE
Alexandra Sklavounou (Greece)
HISTOPATHOLOGIC ASPECTS OF PMD AND THEIR PROGNOSTIC SIGNIFICANCE
Edward Odell (UK)
MOLECULAR BIOMARKERS: THE PRESENT AND THE FUTURE
Nikolaos Nikitakis (Greece)
CHEMOPREVENTION: CURRENT STATUS AND FUTURE DIRECTIONS
Mark Lingen (USA)
MANAGEMENT OF PMD: A CHALLENGING TASK
Meir Gorsky (Israel)
ROUND TABLE DISCUSSION

13:00-14:00 Lunch Break

14:00-15:30 **UPDATES ON DIAGNOSTIC AND THERAPEUTIC DILEMMAS IN ORAL MEDICINE I**
(Presented by one presenter and one commentator)
Chairs: Tim Hodgson (UK)- Stefano Fedele (UK)
ORAL LICHEN PLANUS OR DYSPLASIA WITH LICHENOID INFLAMMATION: A PUZZLING DIAGNOSIS?
Ulf Mattsson (Sweden)- Gunnar Warfvinge (Sweden)
PROLIFERATIVE VERRUCOUS LEUKOPLAKIA: AN EVOLVING AMBIGUOUS ENTITY?
Monica Pentenero (Italy) - Antonio Mano Azul (Portugal)
BURNING MOUTH SYNDROME: A DIAGNOSTIC AND THERAPEUTIC CHALLENGE
Giovanni Lodi (Italy) - John Buchanan (UK)

15:30-16:00 Coffee break

16:00-18:30 **UPDATES ON DIAGNOSTIC AND THERAPEUTIC DILEMMAS IN ORAL MEDICINE II**
(Presented by one presenter and one commentator)
Chairs: Marco Meleti (Italy) – Fred Spijkervet (The Netherlands)
MANAGEMENT OF RECURRENT APHTHOUS ULCERS: WHAT'S NEW?
Evanthia Chrysomali (Greece) - Michael McCullough (Australia)
OROFACIAL GRANULOMATOSIS: A DISTINCT DISEASE?
John Gibson (UK) - Michael Escudier (UK)
PERSISTENT VS. RECURRENT ERYTHEMA MULTIFORME: HOW TO APPROACH?
Evangelia Piperi (Greece) - Marco Carrozzo (UK)
BISPHOSPHONATE-INDUCED JAW OSTEONECROSIS. NEW GUIDELINES – WHERE WE STAND?
Konstantinos Tosios (Greece) - Noam Yarom (Israel)

Saturday 15 September 2012

08:30-10:00 **Plenary Session 2: NEW THERAPEUTIC MODALITIES IN ORAL MEDICINE**
Plenary Session 2a
Chairs: Antonio Carrassi (Italy) – Stephen Porter (UK)
NEW LOCALLY ADMINISTERED DRUGS FOR ORAL DISEASES
Martin Thornhil (UK)
IMMUNOSUPPRESSIVES/ IMMUNOMODULATORS IN ORAL MEDICINE
Crispian Scully (UK)
BIOLOGICAL AGENTS: A NOVEL THERAPY FOR IMMUNE-MEDIATED ORAL DISEASES
Panagiotis Stavropoulos (Greece)
EVIDENCE-BASED THERAPY OF ORAL MUCOSAL DISEASES
Stephen Challacombe (UK)
ROUND TABLE DISCUSSION

10:00-10:30 Coffee break

10:30-12:30 *Plenary Session 2b*
Chairs: Antonio Mano Azul (Portugal) – Stephen Flint (Ireland)
NEW DRUGS FOR THE MANAGEMENT OF ORAL INFECTIONS
Evangelos Giamarelos (Greece)
ADVERSE DRUG REACTIONS: WHAT IS NEW?
Tim Hodgson (UK)
NEW DRUGS OTHER THAN BISPHOSPHONATES AND OSTEONECROSIS OF THE JAWS
Carlos Madrid (Switzerland)
LASERS IN ORAL MEDICINE: NOVEL APPLICATIONS
Marco Meleti (Italy)
NEW DRUGS FOR THE MANAGEMENT OF NEUROPATHIC PAIN IN THE OROFACIAL REGION
Rafael Benoliel (Israel)
ROUND TABLE DISCUSSION

12:30-13:30 General Assembly of EAOM

13:30-14:30 Lunch Break

14:30-16:30 **Clinicopathologic Conference - Part 1**
Chairs: Nikolaos Nikitakis (Greece) – Anastasia Georgiou (Australia)
Case 1: ULCERATED LABIAL MUCOSA NODULE
Discussant: *Apostolos Matiakis (Greece)*
Contributor: *Marinka Stipetic (Croatia)*
Case 2: MULTIPLE ORAL MUCOSA PIGMENTED LESIONS
Discussant: *Vlaho Brailo (Croatia)*
Contributor: *Sertan Ergun (Turkey)*
Case 3: PALATAL EROSION
Discussant: *Meltem Koray (Turkey)*
Contributor: *Anastasios Markopoulos (Greece)*
Case 4: IMPLANT LOSS AND DISCOMFORT IN THE POSTERIOR MANDIBLE
Discussant: *Yolanda Jimenez (Spain)*
Contributor: *Paolo Vescovi (Italy)*

16:30-17:00 Coffee break

17:00-19:00 **Clinicopathologic Conference - Part 2**
Chairs: Ulf Mattsson (Sweden) – Mats Jontell (Sweden)
Case 5: MASS IN THE BUCCAL MUCOSA
Discussant: *Cornelia Wilkert (Netherlands)*
Contributor: *Maria Gracia Sarrion (Spain)*
Case 6: GINGIVAL ULCERATION
Discussant: *Maddalena Manfredi (Italy)*
Contributor: *Stephen Porter (UK)*
Case 7: SWOLLEN LOWER LIP
Discussant: *Pepe Shirlaw (UK)*
Contributor: *Arjan Vissink (Netherlands)*
Case 8: ERYTHEMATOUS AND EDEMATOUS GINGIVA
Discussant: *Kerstin Bäckman (Sweden)*
Contributor: *Jenny Öhman (Sweden)*

Δύο βραβεία σχεδίασης για το Bluephase Style

Η εταιρεία Ivoclar Vivadent έλαβε δύο διεθνώς αναγνωρισμένα βραβεία σχεδίασης για την συσκευή φωτοπολυμερισμού: Bluephase Style LED. Πιο συγκεκριμένα, πρόκειται για τα βραβεία « red dot design award» και « iF product design award».

Ο επιτυχημένος συνδυασμός σχεδίασης, εργονομίας και λειτουργίας του προϊόντος εντυπωσίασαν καθ' ολοκληρίαν την επιτροπή. Η υψηλής απόδοσης συσκευή φωτοπολυμερισμού LED, **Bluephase Style,** μπορεί να κρατηθεί είτε σαν «όπλο» είτε σαν στυλό και να χρησιμοποιηθεί εύκολα τόσο από άντρες όσο και από γυναίκες. Χάρη στον εργονομικό του σχεδιασμό, το βάρος του είναι ισόποσα κατανεμημένο. Επιπρόσθετα, το προϊόν είναι ελαφρύ, έτσι ώστε να μειώνεται η πίεση που ασκείται στα χέρια και στους ώμους του χρήστη.

reddot design award winner 2012

Εργονομική λειτουργία

Η εργονομική λειτουργία του προϊόντος, το οποίο αποτελείται από δύο κουμπιά, έχαιρε ειδικής μνείας από την επιτροπή. Το προϊόν μπορεί να λειτουργήσει είτε με μπαταρία, είτε με ρεύμα, ενώ η βάση φόρτισης με την ειδική λυχνία φόρτισης που έχει, επιτρέπει την επαγωγική φόρτιση της μπαταρίας. Επιπλέον, η συσκευή φωτοπολυμερισμού και η βάση φόρτισης έχουν σχεδιαστεί χωρίς ραφές, γεγονός που συμβάλλει στον βελτιωμένο και πιο υγιεινό καθαρισμό του προϊόντος.

product design award 2012

Βραβεία σχεδίασης

Το βραβείο «red dot design award» είναι ένα από τα πιο σημαντικά βραβεία σχεδίασης παγκοσμίως και απονέμεται σε 19 διαφορετικές κατηγορίες. Συνολικά 4.515 προϊόντα από 58 χώρες «διεκδίκησαν» το βραβείο στον φετινό διαγωνισμό. Με παρουσία σε 16 διαφορετικές κατηγορίες το «iF product design award» απολαμβάνει επίσης υψηλού στάτους. Περίπου 3000 προϊόντα από 50 χώρες συμμετείχαν στον φετινό διαγωνισμό.

NEO Colgate Oral Health Network for Professional Education and Development

Η Colgate-Palmolive σας παρουσιάζει την πρωτοβουλία Colgate Oral Health Network for Professional Education and Development.

Η Colgate-Palmolive σε συνεργασία με το Dental Tribune Study Club δημιούργησαν τον εκπαιδευτικό ιστότοπο Colgate Oral Health Network αποκλειστικά για την ενημέρωση κι επιμόρφωση των οδοντιάτρων.

Το Colgate Oral Health Network περιλαμβάνει:

- on-line εκπαιδευτικά σεμινάρια,
- επιστημονικά άρθρα και
- βιβλία

με τα πιο πρόσφατα δεδομένα για τη στοματική υγεία.

Colgate Oral Health Network for Professional Education and Development

Το Colgate Oral Health Network συνεργάζεται με διεθνώς αναγνωρισμένους επιστήμονες για να σας προσφέρει τις τελευταίες εξελίξεις και νέα στον τομέα της οδοντιατρικής.

Επισκεφθείτε το Colgate Oral Health Network μέσω της ιστοσελίδας www.colgateprofessional.gr για ΔΩΡΕΑΝ σεμινάρια και άρθρα που θα σας βοηθήσουν να προσφέρετε την καλύτερη στοματική υγεία και ποιότητα ζωής στους ασθενείς σας.

Η Sadent AEBE ανέλαβε τη διάθεση των οδοντικών εμφυτευμάτων και προσθετικών λύσεων της Alpha Bio από το Ισραήλ

Η Alpha Bio με ιστορία 20 ετών, εξειδικεύεται στο χώρο των εμφυτευμάτων και αποτελεί την No1 εταιρία σε πωλήσεις στο Ισραήλ, μία από τις πιο εξελιγμένες αγορές στο χώρο των οδοντικών εμφυτευμάτων.

Η Alpha Bio προσφάτως μεταφέρθηκε στο νέο της εργοστάσιο στο Ισραήλ και πληρεί τα πιο σύγχρονα πρότυπα ποιότητας ISO 13485:2003 (Canadian Medical Devices Conformity Assessment System, ISO 9001:2000 -Council Directive 93/42/EEC). Η Alpha Bio διαθέτει προϊόντα με τις εγκρίσεις των αρχών της Ε.Ε και των Η.Π.Α. Επικοινωνήστε με τη Sadent AEBE στο2111 022 900 # 201 για τα σεμινάρια και τις προσφορές μας και επισκεφθείτε τη σελίδα www.alpha-bio.net

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 Ύδωρ κεκαθαρμένο

6.2 Ασυμβατότητες Δεν εφαρμόζεται

6.3 Διάρκεια ζωής 3 χρόνια

6.4 Ιδιαίτερες προφυλάξεις κατά τη φύλαξη του προϊόντος
Μη φυλάσσετε σε θερμοκρασία μεγαλύτερη των 25ºC.

6.5 Φύση και συστατικά του περιέκτη
51g σε σωληνάριο (PE/PET/αλουμίνιο) με βιδωτό πώμα (πολυπροπυλένιο). Το σωληνάριο είναι συσκευασμένο σε χάρτινο κουτί.
Μεγέθη συσκευασίας: 1 σωληνάριο x 51 g ή 3 σωληνάρια x 51g

6.6. Ιδιαίτερες προφυλάξεις απόρριψης Καμία ειδική υποχρέωση

7. ΚΑΤΟΧΟΣ ΤΗΣ ΑΔΕΙΑΣ ΚΥΚΛΟΦΟΡΙΑΣ
Colgate - Palmolive Εμπορική (Ελλάς) Μ. Ε.Π.Ε.
Αθηνών 89, 18541 Πειραιάς

8. ΑΡΙΘΜΟΣ(ΟΙ) ΑΔΕΙΑΣ ΚΥΚΛΟΦΟΡΙΑΣ 30477/07/24-06-2008

9. ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΠΡΩΤΗΣ ΕΓΚΡΙΣΗΣ/ΑΝΑΝΕΩΣΗΣ ΤΗΣ ΑΔΕΙΑΣ
9-12-2005

10. ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΑΝΑΘΕΩΡΗΣΗΣ ΤΟΥ ΚΕΙΜΕΝΟΥ
1-9-2009
ΤΡΟΠΟΣ ΔΙΑΘΕΣΗΣ: Χορηγείται χωρίς ιατρική συνταγή
ΛΤ 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

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

επιλέγω **ελληνικά** προϊόντα
απολαμβάνω **ποιότητα**
στηρίζω ενεργά τη **χώρα μου!!**

12,40 €

4,80 €

8,80 €

8,80 €

16,00 €

16,00 €

16,00 €

28,00 €

17,60 €

20,00 €

20,00 €

30,00 €

18,00 €

18,00 €

3,52 €

3,52 €

4,40 €

44,00 €

40,00 €

DentalLine

ΔΕΒΕΡΙΚΟΥ

e-mail: dentalgd@ath.forthnet.gr - www.dentalline.gr

Κεντρικό: Σωτήρος 9, 185 35 Πειραιάς τηλ.: +30 210 411 5047, +30 210 4131456, Fax: +30 210 4131537 • Υποκατάστημα: Φωκίδος 57, Γουδί τηλ.: +30 210 771 5444