Οδοντιατρικο Βημα

ΔΙΜΗΝΙΑΙΑ ΕΚΔΟΣΗ Σκουφά 64 106 80 Αθήνα Τηλ. 210 3814 939 Fax 210 3803 327 e-mail: odvima@otenet.gr ΝΟΕΜΒΡΙΟΣ-ΔΕΚΕΜΒΡΙΟΣ 2012 ΤΕΥΧΟΣ 89

«Εκφυλιστικές και Φλεγμονώδεις Παθήσεις των Κροταφογναθικών Διαρθρώσεων»

(Οστεαρθρίτις – Ρευματοειδής Αρθρίτις)

Οι Κροταφογναθικές Διαρθρώσεις (ΚΓΔ) αποτελώντας ένα από τα πλέον σημαντικά μέρη του ερειστικού συστήματος, υπόκεινται στις ίδιες εκφυλιστικές, φλεγμονώδεις και ποικίλες άλλες παθολογικές καταστάσεις, όπως άλλωστε και τα λοιπά αρθρομυοσκελετικά τμήματα της ανθρώπινης Ανατομίας.

Εκτιμάται ότι 100 διαφορετικές παθήσεις προσβάλλουν πρωτογενώς ή δευτεροπαθώς τις ΚΓΔ και την ευρύτερη περιοχή του Στοματογναθικού Συστήματος (ΣΣ).

Αρκετές φορές η ΚΓΔ αποτελώντας πρωτοπαθή εστία μιας π.χ. φλεγμονώδους νόσου, όπως η Ρευματοειδής Αρθρίτις (ΡΑ), δημιουργεί πρόβλημα διαφορικής διάγνωσης, πριν η νόσος λάβει γενικότερη μορφή. Ο Καθηγητής **Βύρων Δρούκας** και ο Αναπλ. Καθηγητής της Κλινικής Αντιμετώπισης Στοματοπροσωπικού Πόνου **Μιχάλης Τζάκης** παρουσιάζουν μια ανασκόπηση των σημαντικότερων παθήσεων που προσβάλλουν τις ΚΓΔ και το ΣΣ, ξεκινώντας με την ανάλυση της οστεαρθρίτιδας και της ρευματοειδούς αρθρίτιδας.

Σελ. 4

ΔΕΡΜΑΤΙΚΗ ΛΕΪΣΜΑΝΙΑΣΗ: Εκδηλώσεις στο δέρμα και το στόμα

Η λεϊσμανίαση είναι χρόνια παρασιτική λοίμωξη που προσβάλλει τον άνθρωπο και διάφορα ζώα και οφείλεται σε μόλυνση από πρωτόζωα της οικογένειας των τρυπανοσωμιδών που καλούνται Λεϊισμάνιες. Η λεϊσμανίαση ταξινομείται σε 3 βασικές μορφές που οφείλονται σε αντίστοιχα στελέχη του παρασίτου: α) τη δερματική, β) τη δερματοβλεννογόνια, και γ) τη σπλαχνική ή καλά-αζάρ. Η δερματική μορφή είναι η πιο συχνή στην Ελλάδα και παρουσιάζει ενδιαφέρον για το Δερματολόγο και το Στοματολόγο. Ο Αν. Καθηγητής Στοματολογίας της Ιατρικής Σχολής του Πανεπιστημίου Αθηνών, κ. **Γιώργος Λάσκαρης**, αναλύει τις κλινικές εκδηλώσεις της νόσου στο δέρμα και το στόμα που απαιτούν διαφορική διάγνωση.

Σελ.16

Αισθητική Περιστοματικής Περιοχής

Η γήρανση είναι μια μη αναστρέψιμη διαδικασία, που μεταξύ των άλλων τροποποιεί και την εμφάνιση του δέρματος. Ο οργανισμός μας δεν έχει προνοήσει και φυσικά δεν διαθέτει μηχανισμό αναπλήρωσης της υγρασίας του δέρματος και κατ' επέκταση την επαναφορά σε προηγούμενη νεανικότερη κατάσταση, κάτι που μπορεί να γίνει μόνο με τεχνικά μέσα. Μάθετε πως η χρήση του υαλουρονικού οξέος μέσω της τεχνικής της ενέσιμης θεραπείας συμβάλλει στην πλήρωση των ρυτίδων και των αυλάκων της περιστοματικής περιοχής.

Σελ.18

Το χρονικό της Ελληνικής Περιοδοντολογίας

«Η εξέλιξη της Ελληνικής Περιοδοντολογίας –όπως και όλης της Ελληνικής Οδοντιατρικής– μοιάζει λίγο με παραμύθι, με πολλές μεταβαλλόμενες φάσεις, με αντιπαραθέσεις, με απογοητεύσεις και αναλαμπές και με πολλά παράδοξα. Κι όλα αυτά όσο να φθάσει στη ζηλευτή θέση που κατέχει σήμερα στην Οδοντιατρική και στην κοινωνία».

Το "Οδοντιατρικό Βήμα" φιλοξενεί στις γραμμές του την ομιλία του Ομότιμου Καθηγητή και πρώην Πρύτανη του Πανεπιστημίου Αθηνών, κ. **Φώτη Μήτση** στην Ελληνική Περιοδοντολογική Εταιρεία, όπως εκφωνήθηκε από τον ίδιο τον περασμένο Οκτώβριο. Ένα κείμενο που αποτυπώνει την πολυτάραχη εξέλιξη της Περιοδοντολογίας στην Ελλάδα, συμβάλλοντας στην καλύτερη αξιολόγηση όσων συμβαίνουν σήμερα, "γεφυρώνοντας" το παρελθόν με το παρόν.

Σελ. 10

Αξιόπιστος σχεδιασμός γέφυρας

Η κατασκευή μιας επιεμφυτευματικής προσθετικής αποκατάστασης αποτελεί μια δύσκολη πρόκληση τόσο για τους οδοντιάτρους, όσο και για τους οδοντοτεχνίτες. Η προσεκτική ανάλυση όλων των παραμέτρων που επηρεάζουν την αποκατάσταση αποτελεί τη βάση για έναν σχεδιασμό υψηλής ακρίβειας και για την επίτευξη ενός αξιόπιστα προβλέψιμου θεραπευτικού αποτελέσματος. Ο ταυτόχρονος συνδυασμός με το ενδεδειγμένο σχέδιο θεραπείας επιτρέπει στους οδοντιάτρους να κατασκευάζουν αποκαταστάσεις, οι οποίες θα αντέξουν στη δοκιμασία του χρόνου.

Σελ. 20

IDS 2013: Τι να περιμένουμε από τη φετινή διοργάνωση

Η αντίστροφη μέτρηση για τη μεγαλύτερη εμπορική έκθεση οδοντιατρικών ειδών άρχισε. Η Διεθνής Οδοντιατρική Έκθεση IDS 2013 ανοίγει τις πύλες της στις 12 Μαρτίου στην Κολωνία και αναμένεται να αποτελέσει για άλλη μια φορά το κορυφαίο γεγονός στο χώρο της οδοντιατρικής βιομηχανίας, με τις αιτήσεις συμμετοχής να ξεπερνούν κάθε προηγούμενο ρεκόρ. Το «Ο. Β.» σας παρουσιάζει τους κεντρικούς θεματικούς άξονες γύρω από τους οποίους θα επικεντρωθεί η φετινή διοργάνωση της IDS.

Σελ.28

Biodentine™ - Ανασκόπηση

Το Biodentine™ είναι μια καινοτόμος βιολογικά ενεργή κονία, η οποία φέρει παρόμοιες μηχανικές ιδιότητες με την οδοντίνη και μπορεί να χρησιμοποιηθεί ως υποκατάστατο της οδοντίνης στη μύλη και τη ρίζα του δοντιού. Όσον αφορά στη βιοσυμβατότητα, τη μακρόχρονη αδιαπερατότητα, τις αντιμικροβιακές ιδιότητες, την προαγωγή αναγέννησης σκληρού οδοντικού ιστού, τη σταθερότητα, τη μη-απορροφησιμότητα και την ευκολία χρήσης, το Biodentine™ εκπληρώνει όλες τις απαιτήσεις που περιγράφονται βιβλιογραφικά για υλικά κατάλληλα για το σκοπό αυτό.

Διαβάστε όλα όσα πρέπει να γνωρίζετε για το Biodentine™ και την εφαρμογή του σε μια σύντομη, αλλά πλήρως κατατοπιστική ανασκόπηση του προϊόντος.

Σελ.24

«Αποκατάσταση δοντιών με εκτεταμένη απώλεια ιστών»

Η Εταιρεία Σύγχρονης Οδοντιατρικής υπηρετώντας τις αρχές της δια βίου εκπαίδευσης συνεχίζει τον κύκλο των επιστημονικών της εκδηλώσεων, διοργανώνοντας Πρακτικό Σεμινάριο Οδοντικής Χειρουργικής με θέμα «Αποκατάσταση δοντιών με εκτεταμένη απώλεια ιστών». Με αφορμή την διεξαγωγή της επιστημονικής εκδήλωσης, το «Ο.Β.» φιλοξενεί την Επίκουρη Καθηγήτρια Οδοντικής Χειρουργικής του Εθνικού και Καποδιστριακού Πανεπιστημίου Αθηνών, κα. **Χαρίκλεια Παξιμαδά**, σε μια συνέντευξη που επιχειρεί να δώσει το «στίγμα» του σεμιναρίου.

Σελ.19

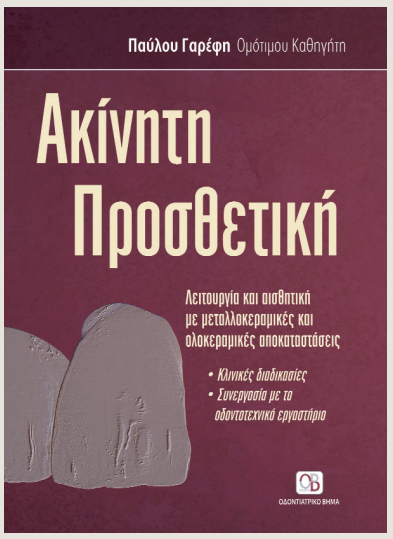
Ακίνητη προσθετική

Το βιβλίο του ομότιμου καθηγητή Παύλου Γαρέφη αναμένεται να κυκλοφορήσει μέσα στον Ιανουάριο

Η **Ακίνητη Προσθετική,** με επιστημονικά κριτήρια, τεκμηριωμένες κριτικές επιλογές και ένα ιδιαίτερο πλούσιο υλικό από **1.600 έγχρωμες εικόνες και σχήματα που ξεδιπλώνονται μέσα από 960 σελίδες,** αποτελεί για τον γενικό οδοντίατρο ένα χρήσιμο βοήθημα για κάθε στάδιο εργασίας της κλινικής πράξης, το οποίο δείχνει βήμα προς βήμα κάθε τεχνική λεπτομέρεια της κατασκευής.

Λαμβάνοντας υπόψη την τεράστια βιβλιογραφία, το βιβλίο Ακίνητη Προσθετική έχει φιλτράρει και «μεταφράσει» τα επιστημονικά δεδομένα, προσφέροντας μια ολοκληρωμένη καθοδήγηση στάδιο προς στάδιο.

Πρόκειται για ένα πολύτιμο βοήθημα για τον οδοντίατρο, το οποίο διατίθεται από τις εκδόσεις «Ο.Β» στην προνομιακή τιμή των **160 ευρώ.**



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

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**
Γιούλη Κόκκορη

Υπεύθυνος λογιστηρίου
Γιώργος Κάντζος

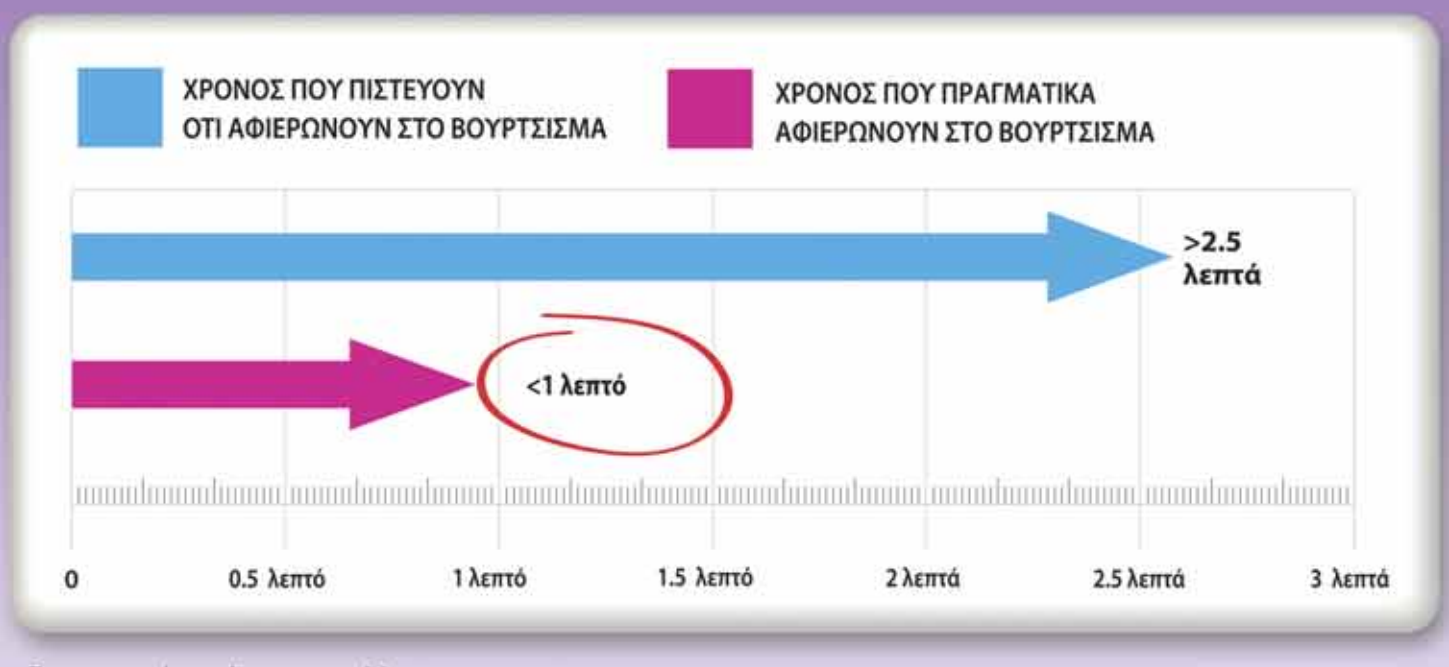
Νομικός Σύμβουλος:
Λάμπρος Ανδρ. Τσοπράς

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

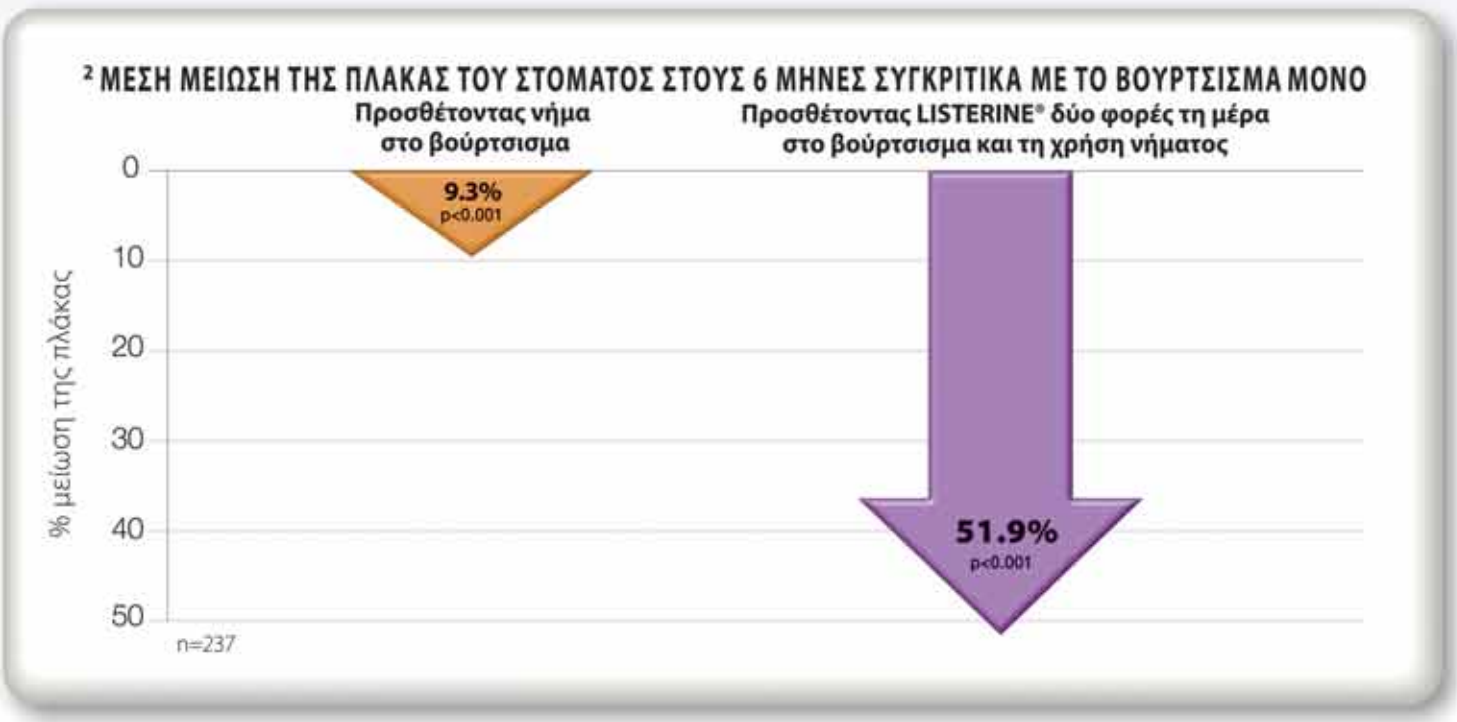
Ο χρόνος βουρτσίσματος των δοντιών είναι σημαντικός!

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 / WT

«Εκφυλιστικές και Φλεγμονώδεις Παθήσεις των Κροταφογναθικών Διαρθρώσεων»

(Οστεαρθρίτις – Ρευματοειδής Αρθρίτις)

Ενότητα Α'

Βύρων Δρούκας
Ομότιμος Καθηγητής

Μιχαήλ Τζάκης
Αναπληρωτής Καθηγητής
της Κλινικής Αντιμετώπισης
Στοματοπροσωπικού Πόνου

Κατά την τρέχουσα δεκαετία, η δυναμική παρουσία της Φυσιολογίας του Στοματογναθικού Συστήματος (ΦΣΣ), τόσο στο χώρο της Οδοντιατρικής εκπαίδευσης, προπτυχιακής και μεταπτυχιακής, όσο και στην τρέχουσα κλινική πράξη, επηρέασε σημαντικά την εξέλιξη που θα πρέπει να χαρακτηρίζει κάθε εξειδικευμένο αντικείμενο.

Με ποιους άραγε τρόπους;

Πρώτον, διότι βελτίωσε τη γνώση μας σε χώρους και πεδία που μέχρι πριν μερικές δεκαετίες αποτελούσαν προνόμιο πρόσβασης και νομής της ιατρικής, μέσα από τη συνεχή βάσανο της κλινικής δοκιμασίας και πράξης στα δύσκολα μονοπάτια του Στοματοπροσωπικού Πόνου (ΣΠ) και των Κρανιογναθικών αλγών και συνδρόμων. Κατά δεύτερο λόγο, επειδή προίκισε εντυπωσιακά τη σχετική βιβλιογραφία ξανοίγοντας πρωτόγνωρες ατραπούς στην έρευνα και στη βελτίωση των θεραπευτικών μέσων και μεθόδων.

Στα προλεγόμενα θα ήθελα απολογητικά να προσθέσω ότι πίσω από τη σειρά αυτή των ειδικών θεμάτων που τόσο πρόθυμα φιλοξένησε το «Οδοντιατρικό Βήμα» και ιδιαιτέρως ο Διευθυντής του, κ. Ι. Καρκατζούλης, ενυπάρχει και ένα επιπλέον κίνητρο, αρχόμενο από διαφορετική αφετηρία. Αποποιούμενος από κάθε διάθεση προβολής του χώρου που επί δεκαετίες διακονώ και στην προσπάθεια μου να καταρρίψω μύθους και αυταπάτες, θέλησα μέσα από αυτή τη σειρά της εξειδικευμένης και τεκμηριωμένης γνώσης, να απαντήσω και σε όσους επιμένουν επιστημονικώς να λαθροβιούν στις παρυφές του Ακαδημαϊκού Λυκόφωτος μέσα σε πλέρια αβελτηρία.

Προς εκείνους που ιδιοτελώς πάσχισαν να καθυποτάξουν έναν περίοπτο Οδοντιατρικό χώρο, για τον οποίον τόσα λίγα, έως καθόλου γνωρίζουν. Τους προτείνω λοιπόν, μια επίσκεψη στον μεταπτυχιακό διαδικτυακό μας χώρο, ευελπιστώντας ότι η γνωσιακή τους ομίχλη θα σκορπίσει, διαπιστώνοντας ότι ο Νευροπαθητικός Πόνος, τα Κρανιοπροσωπικά άλγη και σύνδρομα πασπαλισμένα με κάμποσες μορφές μυϊκών διαταραχών του Στοματογναθικού Συστήματος και με επιδόρπιο μια σειρά από αυτοάνοσα νοσήματα, δεν γειτονεύουν με τη σύγκλειση και τις ανωμαλίες της…

Οι Κροταφογναθικές Διαρθρώσεις (ΚΓΔ) αποτελώντας ένα από τα πλέον σημαντικά μέρη του ερειστικού συστήματος, υπόκεινται στις ίδιες εκφυλιστικές, φλεγμονώδεις και ποικίλες άλλες παθολογικές καταστάσεις, όπως άλλωστε και τα λοιπά αρθρομυοσκελετικά τμήματα της ανθρώπινης Ανατομίας. Είναι μια καθημερινή πραγματικότητα η οποία συχνά διαλάθει της προσοχής σε πολλούς εξ ημών.

Ταυτόχρονα είναι σύνηθες το φαινόμενο της έκπληξης στα πρόσωπα των ασθενών στο άκουσμα ότι η ΚΓΔ και οι πέριξ αυτής ιστοί, πάσχουν ή έχουν προσβληθεί από κάποιο εκφυλιστικό ή φλεγμονώδες νόσημα, ή κάποιου είδους μυϊκή διαταραχή. Εκτιμάται ότι 100 διαφορετικές παθήσεις προσβάλλουν πρωτογενώς ή δευτεροπαθώς τις ΚΓΔ και την ευρύτερη περιοχή του Στοματογναθικού Συστήματος (ΣΣ).

Αρκετές φορές η ΚΓΔ αποτελώντας πρωτοπαθή εστία μιας π.χ. φλεγμονώδους νόσου, όπως η Ρευματοειδής Αρθρίτις (ΡΑ), δημιουργεί πρόβλημα διαφορικής διάγνωσης, πριν η νόσος λάβει γενικότερη μορφή. Ο αριθμός των αιτίων που προκαλούν πόνο και περιορισμό της κινητικότητας μιας άρθρωσης, είναι σημαντικός.

Μια παθολογική διεργασία, η οποία εμφανίζεται στους ιστούς της άρθρωσης, μπορεί να αποτελέσει το έναυσμα για την εκδήλωση πόνου στη διάρκεια της κίνησης.

Ο πόνος κατ' οικονομία επηρεάζει τους παρακείμενους μυς, επειδή ο μηχανισμός του πόνου στην προσπάθεια προφύλαξης της άρθρωσης από τις επώδυνες κινήσεις οδηγεί συχνά σε επώδυνη επιβάρυνση των μυών.

Η προσεκτική κλινική διερεύνηση συνήθως αποκαλύπτει επώδυνους μυς γύρω από την προσβεβλημένη άρθρωση.

Μπορεί όμως να συμβαίνει και το αντίθετο. Η εμπλοκή της ΚΓΔ σε παθολογικές καταστάσεις είναι ιδιαίτερα υψηλή, σύμφωνα με τις περισσότερες επιδημιολογικές έρευνες. Ένας σημαντικός αριθμός αυτοάνοσων νοσημάτων, προσβάλει τις ΚΓΔ είτε πρωτοπαθώς είτε δευτερογενώς.

Τα αυτοάνοσα νοσήματα σε ένα ποσοστό 5-8% προσβάλλουν το γενικό πληθυσμό. Με αυτό το σκεπτικό, σύμφωνα με τον καθηγητή Μουτσόπουλο (2005), χαρακτηρίζονται ως συχνά.

Κατά τον ίδιο συγγραφέα, έχουν καταγραφεί περισσότερα από 80 αυτοάνοσα νοσήματα. Η εκδήλωση τους οφείλεται στο γεγονός ότι το αμυντικό σύστημα των νοσούντων αντί να στραφεί στους εισβολείς, στρέφεται εναντίον ενός ή περισσοτέρων οργάνων του νοσούντος.

Οι μηχανισμοί πρόκλησης ιστικής βλάβης είναι οι ακόλουθοι τρείς:

Α) Μέσω κυτταροτοξικών αντισωμάτων

Β) Μέσω ανοσοσυμπεγμάτων

Γ) Μέσω κυτταρικής ανοσίας

Στην πρώτη περίπτωση τα αυτοαντισώματα συνδέονται στην κυτταρική μεμβράνη με κάποιο αντιγόνο.

Στη δεύτερη τα αυτοαντισώματα αντιδρούν με αντιγόνα που κυκλοφορούν στο αίμα σχηματίζοντας ανοσοσυμπλέγματα.

Η τρίτη περίπτωση (βλάβη μέσω κυτταρικής ανοσίας), προκαλείται με βοηθητικά Τ-λεμφοκύτταρα, είτε με τη δράση κυτταροτοξικών Τ-λεμφοκυττάρων (Μουτσόπουλος 2005).

Από το σύνολο των εκφυλιστικών και φλεγμονωδών νοσημάτων που προσβάλλουν τις ΚΓΔ, η συχνότερη είναι η Οστεοαρθρίτις (ΟΑ) και Ρευματοειδής Αρθρίτις (ΡΑ).

Από τα λοιπά αυτοάνοσα νοσήματα τα οποία εκτός των άλλων οργάνων προσβάλουν και τις ΚΓΔ είναι τα ακόλουθα.

- Αγκυλοποιητική Σπονδυλίτις (ΑΣ)
- Ψωριασική Αρθρίτις (ΨΑ)
- Χρόνια Νεανική Αρθρίτις (ΧΝΑ)
- Κροταφική Αρτιρίτις (ΚΑ)
- Σύνδρομο Reiter (ΣR)
- Ουρική Αρθρίτις (ΟΥ.Α)
- Ψευδοουρική Αρθρίτις (ΨΟΑ)
- Συστηματικός Ερυθηματώδης Λύκος (ΣΕΛ)
- Σύνδρομο Sjogren (ΣSj)
- Σκληροδερμία (ΣΔ)
- Μικροβιακή Αρθρίτις (ΜΑ)
- Σαρκοείδωση (ΣΑ)
- Χονδρομαλακία (ΧΜ)
- Δερματομυοσίτις – Πολυμυοσίτις (Δ-Π)

Η βιβλιογραφική ανασκόπηση που θα ακολουθήσει θα είναι εκτενέστερη για τις σημαντικότερες από τις ανωτέρω παθήσεις σε σχέση με τις ΚΓΔ και το ΣΣ και περιληπτική για τις σπανιότερες.

Οι παθολογοανατομικές μεταβολές που επέρχονται, όπως είναι αναμενόμενο επηρεάζουν αρνητικά την εύρυθμη λειτουργία του ΣΣ, προκαλώντας πόνο, αναστολή ή μείωση της κινητικότητας της άρθρωσης παθολογικούς ήχους κλπ.

Οστεοαρθρίτις ή Οστεοάρθρωσις (ΟΑ)

Ήδη από την εποχή του Νεάντερνταλ, οι εκφυλιστικές διεργασίες είχαν επισημανθεί σε ανθρώπινα σκελετικά υπολείμματα, καθώς επίσης σε Αιγυπτιακές μούμιες και σε σπονδύλους ουράς δεινοσαύρων. Ως προς την ορολογία Οστεοαρθρίτις – Οστεοάρθρωσις υφίσταται διχογνωμία, με τους μεν να υποστηρίζουν την απουσία φλεγμονής προτείνοντας ως εκ τούτου τον όρο «εκφυλιστική αρθροπάθεια ή οστεοάρθρωση» και τους άλλους να προτείνουν τον όρο «οστεοαρθρίτις» υποστηρίζοντας την παρουσία στοιχείων φλεγμονής. Στην Οδοντιατρική βιβλιογραφία απαντώνται και οι δύο όροι.

Ο πρώτος όρος χρησιμοποιείται για περισσότερο ασυμπτωματικές περιπτώσεις, ο δεύτερος για καταστάσεις με εμφανή κλινική σημειολογία (Mc Neill 1990, Zarb και Carlsson 1994).

Επιδημιολογία

Κατά τη δεκαετία του '60, στη Βρετανία σχετικές έρευνες, υπολόγισαν ότι το ποσοστό των ενηλίκων που εμφάνιζαν ΟΑ σε μια ή περισσότερες αρθρώσεις, ήταν 50%.

Στην Αμερική και στον Καναδά 40 και 4 εκατομμύρια αντίστοιχα εμφανίζουν ΟΑ.

Η ΟΑ σχετίζεται άμεσα με την ηλικία. Μεταξύ των δύο φύλων υπερτερούν οι γυναίκες, ενώ από πλευράς ηλικίας το προβάδισμα ανήκει στις μεγάλες. Ενδεικτικά στις ηλικίες μεταξύ 65 και 74 ετών το ποσοστό ανέρχεται σε 70%, ενώ για τις ηλικίες άνω των 75, το ποσοστό έφθανε μέχρι και 90%.

Ως προς το χώρο μας, τις ΚΓΔ, κλινικές και επιδημιολογικές έρευνες παρουσιάζουν ευρεία διακύμανση της ποσοστιαίας αναλογίας, η οποία ξεκινά από 8% και φθάνει έως 44% με

ΝΕΟ

Bluephase® Style

Η συσκευή φωτοπολυμερισμού

Η μικρότερη LED για όλες τις χρήσεις

reddot design award winner 2012

iF product design award 2012

Ελευθερία στον πολυμερισμό

Για κάθε χέρι – άνετο κράτημα για άνδρες και γυναίκες.

Για κάθε υλικό – καθολική χρήση χάρη στο πολυκυματικό polywave® LED ευρέως φάσματος.

Για κάθε φορά – επιλογή ενσύρματης λειτουργίας χάρη στο Click & Cure.

Δείτε την παρουσίαση του Bluephase Style: www.ivoclarvivadent.com/bluephasestyle_en

www.ivoclarvivadent.com

Ivoclar Vivadent AG

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

Επίσημοι διανομείς:

Ελλάδας:

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

• 1 χλμ Λεωφ. Μαρκοπούλου / 190 02 Παιανία / τηλ: 211 10 22 900 /

• 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

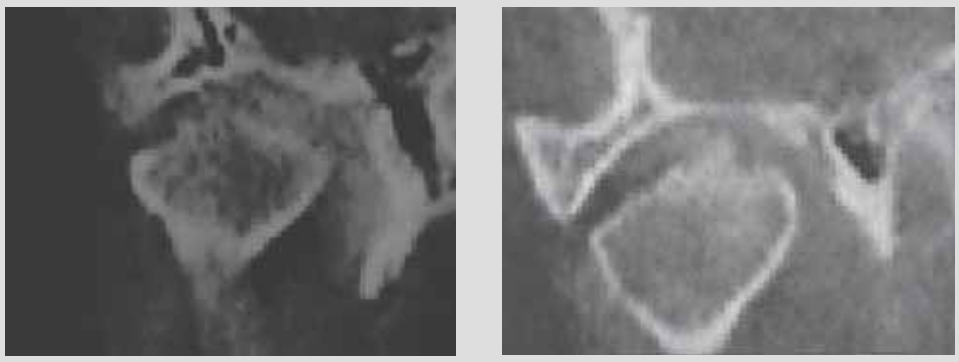
ivoclar vivadent®

passion vision innovation

ενδιάμεσα ποσοστά 8,9 και 25%.
(Ericson και Lundberg 1968, Toller 1973, Wedel 1988, Mejerjo 1984, Hanson και Nilner 1975, berg και συν. 1971, Axelsson 1993).

Αιτιολογία

Δεν είναι ξεκάθαρη.
Η δημοφιλέστερη άποψη στην βιβλιογραφία, Οδοντιατρική και Ιατρική, προτείνει τα υπέρμετρα μηχανικά φορτία που μπορεί να δέχεται μια άρθρωση. Ειδικότερα για τις ΚΓΔ υπάρχουν σαφείς ενδείξεις υπερφόρτισης συνεπεία κυρίως παραλειτουργικών έξεων, με προεξάρχουσα την παραλειτουργία του βρυγμού (Mongini 1972, Barbanel 1974).
Άλλες παραλειτουργικές έξεις (ετερόπλευρη μάσηση, συγκλεισιακές παρεμβολές κλπ.) δρουν ομοιοτρόπως.
Τελικός αποδέκτης της πάσης φύσεως μηχανικών φορτίων είναι οι ΚΓΔ.
Οι μασητήριοι μυς, αναπτύσσουν δυνάμεις κυμαινόμενες μεταξύ 200-300 λιβρών, δηλαδή 91-133 κιλά.
Μια λίβρα ισούται με 1=453,53 γραμμάρια. Η πίεση που ασκεί μεμονωμένα κάθε δόντι κατά τη διάρκεια της μάσησης, δεν ξεπερνά τις 100 λίβρες, δηλαδή τα 45,5 κιλά.
Η εν λόγω διαπίστωση δεν οφείλεται στην αδυναμία των μασητήριων μυών, αλλά στο γεγονός ότι πέραν ενός ορισμένου φορτίου, η περιοδοντική μεμβράνη καθίσταται επώδυνη.
Έτσι λοιπόν, η περιοδοντική μεμβράνη λειτουργεί ως βαλβίδα ασφαλείας ρυθμίζοντας τον ουδό ανοχής στις μασητικές δυνάμεις (Αδάμ 1971, Δρούκας και Σταθόπουλος 1987).
Συνεπώς οι ΚΓΔ συνεπεία βρυγμού, δέχονται τα προαναφερθέντα φορτία, με σαφείς ενδείξεις πρόκλησης ΟΑ.
Η απώλεια των οπισθίων δοντιών, θεωρείται ως ένας επιπλέον επιβαρυντικός παράγων, όπως έχει καταδειχθεί από υλικό αυτοψιών σε νωδά άτομα (Boering 1966, Carlsson και Oberg 1974, Oberg 1971). Σε άλλη, αντίθετα, κλινική έρευνα (Toller 1973) δεν κατεδείχθει συσχέτιση ΟΑ των ΚΓΔ με την απώλεια των πίσω δοντιών.
Επίσης διάφορες τραυματογόνες καταστάσεις των διαρθρίων δίσκων και της ευρύτερης περιοχής των ΚΓΔ δευτεροπαθώς δύνανται να προκαλέσουν ΟΑ.



Εικ. 1-2: Υπολογιστική Τομογραφία ΚΓΔ ασθενούς με οστεοαρθρίτιδα. 1. Μετωπιαία τομή με ανοιχτό στόμα 2. Μετωπιαία τομή με κλειστό στόμα. Παρατηρούνται οστικές αρθριτικές αλλοιώσεις στην άνω αρθρική επιφάνεια του κονδύλου. Απεικονίζονται διαβρώσεις του συμπαγούς πετάλου και επιπέδωση του κονδύλου.

Η ΟΑ των ΚΓΔ μπορεί να είναι είτε η αιτία, είτε το αποτέλεσμα της μυϊκής υπερλειτουργίας. Τα όρια μεταξύ τους είναι ασαφή και δυσδιάκριτα, συνεπώς και η διαφορική διάγνωση προβληματική (Δρούκας και Κεπεγιάννη 1985).
Ο συνδυασμός των αυξημένων μηχανικών φορτίων, με τις διάφορες μεταβολές των σκληρών ιστών των ΚΓΔ, δεν είναι αποσαφηνισμένο εάν είναι το αποτέλεσμα της επαναπροσαρμογής, ή είναι πράγματι ΟΑ.
Η καλή φυσική κατάσταση των ιστών μιας άρθρωσης αποτελεί τον σημαντικότερο ίσως παράγοντα για την εκδήλωση ΟΑ, ανεξαρτήτως της επιδράσεως των μηχανικών φορτίων.

Παθογένεια

Οι αλλοιώσεις των ανατομικών μορίων των ΚΓΔ στην ΟΑ, έχουν ως αφετηρία τις αρθρικές επιφάνειες ή ταυτόχρονα με αυτές, ξεκινούν και από τον οστίτη ιστό.
Άλλες έρευνες υποστηρίζουν ότι τα επαναλαμβανόμενα μηχανικά φορτία οδηγούν τελικώς σε μικροκατάγματα του σπογγώδους οστίτου ιστού, ο οποίος ίσταται κάτω από το χόνδρο της αρθρικής επιφάνειας (Flygare και συν. 1992, Radin και συν. 1972), με αποτέλεσμα τη δημιουργία οστικών πόρων και οστικής ακαμψίας.
Άλλες θεωρίες υποδεικνύουν ότι ο κατά πρώτον προσβαλλόμενος ιστός είναι ο υάλινος χόνδρος.
Η αρθρική επιφάνεια υφίσταται θρυμματισμό των κολλαγόνων ινών οδηγώντας σε μια κατάσταση με την επωνυμία «ινιδισμός». Το φαινόμενο του ινιδισμού αποτελεί τη διάσπαση των κυρίων συστατικών του χόνδρου και την απελευθέρωση μεγάλων ποσοτήτων των παραγώγων τους τα οποία ως μη δυνάμενα να απορροφηθούν από την αρθρική μεμβράνη, οδηγούν σε φλεγμονώδη αντίδραση και δημιουργία αρθροθυλακίτιδος. Η φλεγμονή αυτή μπορεί να είναι η αιτία πρόκλησης πόνου του ασθενούς.

Υποκειμενικά Συμπτώματα

- Πόνος στο πρόσωπο και στις γνάθους
- Πόνος στην ευρεία κατάσπαση της κάτω γνάθου
- Πόνος κατά τη διάρκεια της μάσησης
- Περιορισμός της κινητικότητας της κάτω γνάθου
- Παθολογικοί ήχοι από τις ΚΓΔ

Η ανεύρεση ανάλογων συμπτωμάτων και σε άλλες περιφερικές αρθρώσεις, αποτελεί σημαντικό στοιχείο για το γενικότερο χαρακτήρα της νόσου.

Κλινικά ευρήματα

- Επώδυνη ευαισθησία κατά τη ψηλάφηση των μασητήριων μυών και των ΚΓΔ
- Ελάττωση των φυσιολογικών τιμών της μέγιστης κατάσπασης της κάτω γνάθου
- Απόκλιση της κάτω γνάθου από τη μέση γραμμή
- Ετερόπλευρη εντόπιση των συμπτωμάτων (συνήθως)
- Ενδοαρθρική εντόπιση του πόνου, επιτεινόμενου κατά τη διάνοιξη του στόματος
- Επιδείνωση των συμπτωμάτων κατά την πρόοδο της ημέρας
- Η παρουσία κριγμώδων ήχων ή ερπυστικών είναι συχνή
- Ακτινογραφικά ευρήματα (επεισέρχονται κατά της εξέλιξη της νόσου. Δεν ανευρίσκονται στα αρχικά στάδια)

Οι ερπυστικοί ή κριγμώδεις ήχοι, όπως άλλωστε και τα ακτινογραφικά ευρήματα, παρατηρούνται σε προχωρημένα στάδια της νόσου. Αποτελούν ιδιαιτέρως σημαντικά παθογνωμονικά ευρήματα που γίνονται αντιληπτά είτε με τη ψηλάφηση είτε με την ακρόαση.
Οι ερπυστικοί ήχοι ή ήχοι ερπυσμού ακουστικά θυμίζουν τρίξιμο σπασμένων γυαλιών ή άμμου.
Γίνονται αντιληπτοί κατά τη διάρκεια των λειτουργικών κινήσεων της κάτω γνάθου, ιδιαιτέρως κατά την κατάσπαση της τελευταίας, από την έναρξη της, έως το τελείωμα, σε αντίθεση με τις διάφορες μορφές παρεκτοπίσεων του διάρθριου δίσκου οι οποίες γίνονται αντιληπτές σε κάποια φάση της διαδρομής κατάσπασης και ανάσπασης της κάτω γνάθου.
Οι ερπυστικοί ήχοι αποτελούν σημαντικό διαφοροδιαγνωστικό στοιχείο της ΟΑ των ΚΓΔ, από άλλους τύπους δυσλειτουργίας του ΣΣ. (Δρούκας και Κεπεγιάννη 1985, Carlsson και συν. 1979, Zarb και Carlsson 1994, Kopp 1977)

Ακτινογραφικά ευρήματα

Αποτελούν σημαντικό παρακλινικό διαγνωστικό στοιχείο.
Περιγραφικά έχουν ως εξής:
- Ελάττωση του αρθρικού διαστήματος, ενδεικτικό της απώλειας του διάρθριου δίσκου ή της διάτρισής του.
- Επιπέδωση των δομικών στοιχείων της άρθρωσης, ιδιαιτέρως των επιφανειών των κονδύλων.
- Διάβρωση και σκλήρυνση (Εικ. 1-2) (Akerman 1987, Carlsson και συν. 1979, Toller 1973, Worth 1979)

Η διάγνωση συνεπώς της ΟΑ των ΚΓΔ, θα βασιστεί στο ιστορικό του ασθενούς, τα κλινικά και ακτινογραφικά ευρήματα.

Διαφορική Διάγνωση

Μετά τον αποκλεισμό της πολυαρθρίτιδος και των οξέων τραυματικών και φλεγμονωδών καταστάσεων, η διαφορική διάγνωση επικεντρώνεται μεταξύ της ΟΑ και της αρθραλγίας.
Ο πόνος της αρθραλγίας δυνατόν να έχει αμφοτερόπλευρη εντόπιση και να εκλύεται κατά τη διάρκεια της ψηλάφησης και των λειτουργικών κινήσεων της κάτω γνάθου. Επίσης δεν παρατηρούνται τρέχεις ερπυστικοί ήχοι.
Στην ΟΑ, η εντόπιση του πόνου είναι πανομοιότυπη, η παρουσία ερπυστικών ήχων είναι ιδιαίτερα εμφανής, ενώ στην υπολογιστική απεικόνιση των ΚΓΔ παρατηρούνται διαβρωτικές και σκληρωτικές εξεργασίες στους κονδύλους και στο πρόσθιο αρθρικό φύμα, οστεόφυτα καθώς και επιπέδωση των αρθρικών επιφανειών. Στην Οστεοάρθρωση ο πόνος απουσιάζει, ενώ διαπιστώνεται η παρουσία ερπυστικών ήχων, καθώς και όλα τα ακτινογραφικά ευρήματα που ανευρίσκονται στην Οστεοαρθρίτιδα.

Πρόγνωση

Η εξέλιξη των παθολογοανατομικών εξεργασιών είναι βραδεία χαρακτηριζόμενη από μακρές ασυμπτωματικές περιόδους.
Κατά τον Toller (1973) τα επώδυνα συμπτώματα μετά από περίοδο μερικών ετών εξαφανίζονται. Οι δομικές όμως αλλοιώσεις παραμένουν.

Ρευματοειδής Αρθρίτις (ΡΑ)

Χρονία φλεγμονώδης νόσος του συνδετικού ιστού αγνώστου αιτιολογίας.
Προκαλεί πόνο, οίδημα (διόγκωση), δυσκαμψία και απώλεια των λειτουργικών κινήσεων της άρθρωσης (Μουτσόπουλος 2005).
Η νόσος προσβάλλει οποιαδήποτε άρθρωση αρχίζοντας συνήθως από μικρές περιφερικές αρθρώσεις και εμπλέκονται μελλοντικά μεγαλύτερες.
Η εκδήλωση της χαρακτηρίζεται ως χρονία άσηπτη φλεγμονή των αρθρώσεων και των περιαρθρικών ιστών, οδηγώντας συμμετρικά και προοδευτικά σε καταστροφικές βλάβες αυτών.
Η ΚΓΔ είναι συχνά μεταξύ των εμπλεκομένων αρθρώσεων σε ποσοστά που διαφέρουν από 2-86% (Carlsson και συν. 1979).
Η μεγάλη διακύμανση οφείλεται σε διαφορετικούς παράγοντες, όπως π.χ. κριτήρια ταξινόμησης, οξεία ή χρονία φάση κλπ.

Επιδημιολογία

Ελάχιστες επιδημιολογικές έρευνες έχουν μελετήσει τον ίδιο πληθυσμό 2 ή 3 φορές.
Μεταξύ των πορισμάτων κατεδείχθη ότι δεν υπάρχουν διαφορές μεταξύ αστικού και αγροτικού πληθυσμού, όπως και άλλων παραμέτρων, κλίμα, γεωγραφικό πλάτος, κοινωνική και οικονομική κατάσταση, με τη ΡΑ.
Στην Ελλάδα δεν έχουν γίνει επιδημιολογικές έρευνες. Κατ' εκτίμηση όμως της Ελληνικής Ρευματολογικής Εταιρείας, 2 εκατομμύρια Έλληνες πάσχουν από ρευματικά νοσήματα και από αυτούς, το 1 εκατομμύριο έχει ανάγκη θεραπείας.
Η ΡΑ, εμφανίζεται συνήθως σε γυναίκες μέσης ηλικίας με αυξητικές τάσεις μετά την έβδομη δεκαετία.
Κλινικές έρευνες έδειξαν ότι σε κάθε 2ο ή 3ο ασθενή με ΡΑ παρατηρούνται συμπτώματα και από τις ΚΓΔ (Tegelberg και Kopp 1987).
Σε σχέση με τα υποκειμενικά συμπτώματα και κλινικά ευρήματα, τα ακτινογραφικά στοιχεία της ΡΑ των ΚΓΔ, είναι συχνότερα.
Στο Ηνωμένο Βασίλειο σχετικές έρευνες αναφέρουν συχνότητα εμφάνισης 3:10000.
Σε πληθυσμιακά δείγματα Φιλανδών ηλικίας άνω των 30 ετών, η αναλογία ήταν 5:10000 (Isomaki 1989).
Η έναρξη προσβολής των ΚΓΔ παρουσιάζει διακυμάνσεις.
Ποσοστό υψηλότερο του 1/3 των ασθενών με ΡΑ, εμφανίζει συμπτώματα από την ΚΓΔ σε διάστημα μικρότερο του ενός χρόνου από την έναρξη της γενικής νόσου (Tegelberg και Kopp 1987), σε αντίθεση με ένα ποσοστό 40% που παρουσιάζει συμπτώματα από την ΚΓΔ 5 ή και περισσότερα χρόνια μετά την έναρξη της γενικής νόσου.
Η προσβολή των ΚΓΔ είναι συνήθως αμφοτερόπλευρη σε ποσοστό 60%. Η εκδήλωση των συμπτωμάτων είναι απότομη σε ποσοστό 40%, ενώ ποσοστό 30% αναφέρει σταδιακή έναρξη.
Ποσοστό 10% των ασθενών, παρουσιάζει σοβαρές λειτουργικές διαταραχές στο ΣΣ (Tegelberg και Kopp 1987, Kopp 1994).

Αιτιολογία

Η αιτιολογία σε γενικές γραμμές είναι άγνωστη. Γενετικοί προδιαθεσικοί παράγοντες, μικροβιακά στελέχη, αυτοανοσοποιητικοί μηχανισμοί, στρεσογόνοι παράγοντες, είναι μερικοί από τους αιτιολογικούς παράγοντες (Μουτσόπουλος 2005).
Είναι δηλαδή πολυπαραγοντική η αιτιολογία της που επηρεάζει και την εξέλιξη της νόσου (Kopp 1994).

Παθογένεια

Η προσβολή της νόσου ξεκινά από την αρθρική μεμβράνη και τους περιφερικούς ιστούς, όπου η παρουσία αντιγόνου άγνωστης προέλευσης προκαλεί διέγερση των Τ- λεμφοκυττάρων.
Η ενεργοποίηση τους προκαλεί έκκριση λεμφοκινών συμβάλλοντας στη δημιουργία φλεγμονής.
Ακολούθως οι ιστοί διηθούνται από τα φλεγμονώδη κύτταρα- λεμφοκύτταρα και πλασματοκύτταρα, ενώ επίσης παρατηρείται αύξηση της διαπερατότητας του αγγείου στις πρωτεΐνες του πλάσματος (ινοδογόνο, ανοσοσφαιρίνες IgM, IgG κ.α), γεγονός που συμβάλει στην ανάπτυξη εξιδρώματος και στην εξέλιξη της φλεγμονής.
Η αρθρική μεμβράνη υπερπλάσσεται καθιστάμενη αγγειοβριθής, εμφανίζοντας τάση επέκτασης προς τις αρθρικές επιφάνειες.
Το φαινόμενο αυτό ονομάζεται σχηματισμός πάννου. Ο ιστός αυτός διαβρώνει το χόνδρο των αρθρικών επιφανειών, καθώς και τον οστίτη ιστό.
Η εξέλιξη της ΡΑ της ΚΓΔ είναι βραδεία, αν και αναφέρονται περιπτώσεις σοβαρής καταστροφής σε διάστημα 2 μηνών (Kopp 1994).
Η περαιτέρω επέκταση σε λεπτομέρειες δεν εξυπηρετεί την οικονομία της ανασκόπησης (εκτενής αναφορά στην επιδημιολογία, παθολογική φυσιολογία, αιτιολογία κλπ της ΡΑ των ΚΓΔ, ανευρίσκονται στη μονογραφία με τίτλο «Η Ρευματοειδής Αρθρίτις της Κροταφικής Διάρθρωσης» Δρούκας Β, Γκισάκης Ι. ΕΠ. Εκδόσεις Παρισιάνου Α.Ε. Αθήνα 2001).

Κλινικά Κριτήρια

Δεν υπάρχουν ξεχωριστά κριτήρια για τη ΡΑ της ΚΓΔ.
Η αξιολόγηση εμπλοκής της ΚΓΔ ακολουθεί τα κριτήρια της Αμερικανικής Ρευματολογικής Ένωσης (American Reumatism Association – ARA 1987).
Τα τυπικά κριτήρια βάσει των οποίων είναι δυνατή η αξιολόγηση της προσβολής των ΚΓΔ από ΡΑ είναι τα ακόλουθα:

- Αμφοτερόπλευρη προσβολή της ΚΓΔ
- Ευαισθησία κατά τη ψηλάφηση της οπίσθιας ή πλάγιας πλευράς της άρθρωσης
- Ερπυστικοί ήχοι
- Ακτινογραφικά ευρήματα διάβρωσης του φλοιού των οστών της ΚΓΔ
- Οίδημα επάνω από την ΚΓΔ κατά την οξεία φάση της νόσου
- Μεταβολές της θερμοκρασίας μέσα ή επάνω από την ΚΓΔ (κατά την οξεία φάση της νόσου παρατηρείται αύξηση της θερμοκρασίας και αντιστρόφως κατά την χρόνια φάση)
- Πρόσθια ανοιχτή δήξη
- Κατά την οξεία φάση, στο αρθρικό υγρό παρατηρείται μεγάλος αριθμός πολυμορφοπύρηνων λευκοκυττάρων ή μονοπύρηνων. Κατά τη χρονία φάση λεμφοκύτταρα ή πλασματοκύτταρα (Kopp 1994).

Κλινική Εικόνα

Το χαρακτηριστικότερο κλινικό σημείο της ΡΑ της ΚΓΔ είναι η ευαισθησία κατά τη ψηλάφηση των πλαγίων τοιχωμάτων της άρθρωσης και προς τα πίσω, καθώς και οι ερπυστικοί ήχοι.
Ο πόνος κατά της ψηλάφηση είναι αποτέλεσμα φλεγμονής και εξιδρώματος στον περιορισμένο χώρο της ΚΓΔ.

Πόνος επίσης εκλύεται κατά τη διάρκεια των λειτουργικών κινήσεων της κάτω γνάθου. Επίσης, η κινητικότητα της είναι σημαντικά περιορισμένη ως προς τη μέγιστη κατάσπαση και τις προσθιοπλάγιες κινήσεις.

Το χαρακτηριστικότερο κλινικό εύρημα σε προχωρημένα στάδια της νόσου, είναι η πρόσθια ανοιχτή δήξη (εικ. 3-4).

Σύμφωνα με τους Marbach και Spiera (1967), η πρόσθια ανοιχτή δήξει μπορεί να έχει δύο ερμηνείες.

Α) Λόγω διακοπής της λειτουργίας του έξω πτερυγοειδούς μυός εξ' αιτίας καταστροφής της κεφαλής του κονδύλου.

Β) Σε μειωμένη συστολή των μασητήριων μυών, οπότε ο μασητήρας, ο κροταφίτης και ο έσω πτερυγοειδής έλκουν τη γνάθο προς τα άνω και εμπρός.

Εφ' όσον η προσβολή των ΚΓΔ από ΡΑ είναι αμφοτερόπλευρη οι γομφίοι λειτουργούν ως άξονες περιστροφής γύρω απ' τους οποίους περιστρέφεται η κάτω γνάθος.

Κατά της διάρκεια της κατάσπασης, η παρεμβολή της γλώσσας αυξάνει την ανοιχτή δήξη.

Η ανοιχτή δήξη επισυμβαίνει είτε σταδιακά, είτε κατά τη διάρκεια της οξείας φάσεως της ΡΑ, είτε κατά τη χρονία εξέλιξη της (Kopp 1994).

Η παρουσία συγκλεισιακών παρεμβολών δεν συσχετίζεται με τη συμπτωματολογία των ΚΓΔ, η οποία είναι το αποτέλεσμα της φλεγμένουσας άρθρωσης.

Η έλλειψη των γομφίων της κάτω γνάθου ενδεχομένως να αιτιάται την ανάπτυξη δευτεροπαθούς ΟΑ των ΚΓΔ.(Wenneberg 1983, Kopp 1997 b).

Προϊόντος του χρόνου, ο πόνος υφίεται λόγω της μείωσης της ενδοαρθρικής πίεσης και επίσης λόγω καταστροφής του διάρθριου δίσκου, γεγονός που αυξάνει το διάρθριο χώρο, χωρίς βεβαίως να αναστέλλονται οι δομικές αλλοιώσεις των ΚΓΔ (Κεπεγιάννη 1986, Κεπεγιάννη και Δρούκας 1988).

Ακτινογραφική Εικόνα

Η εξέλιξη της ακτινολογίας και ιδιαιτέρως της τομογραφίας μας παρέχει ακριβέστερη απεικόνιση των επιφανειών και του βάθους της άρθρωσης και ως εκ τούτου την ποσοστιαία αύξηση των ευρημάτων των προσβεβλημένων ΚΓΔ από ΡΑ (Blair και Chelmers 1972, Stanson και Baker 1976, Oberg 1980, Pulinger 1984, Καλούμενος και Neff 1985).

Η ανεύρεση δομικών μεταβολών σε πρώιμα στάδια της νόσου δεν είναι εφικτή, επειδή αρκετές μεταβολές που χαρακτηρίζουν την ΡΑ των ΚΓΔ απεικονίζονται και σε άλλες περιπτώσεις, όπως π.χ. στην ΟΑ (ελάττωση του ενδαρθρικού χώρου, επιπέδωση κονδύλου, οστεόφυτα κ.λ.π) (Kopp 1977).

Μετά την παρέλευση 1-2 χρόνων διαπιστώνονται επιφανειακές διαβρώσεις και υποφλοιώδεις κύστες στον κόνδυλο, στη γλήνη και στο πρόσθιο αρθρικό φύμα.

Το σημαντικότερο παθογνωμονικό εύρημα είναι οι διαβρώσεις του πρόσθιου αρθρικού φύματος (Ogus 1975). Η ανεύρεση τους είναι σπάνια κατά το 5 πρώτα χρόνια της προσβολής των ΚΓΔ από ΡΑ (Trenwith και Beale 1977).

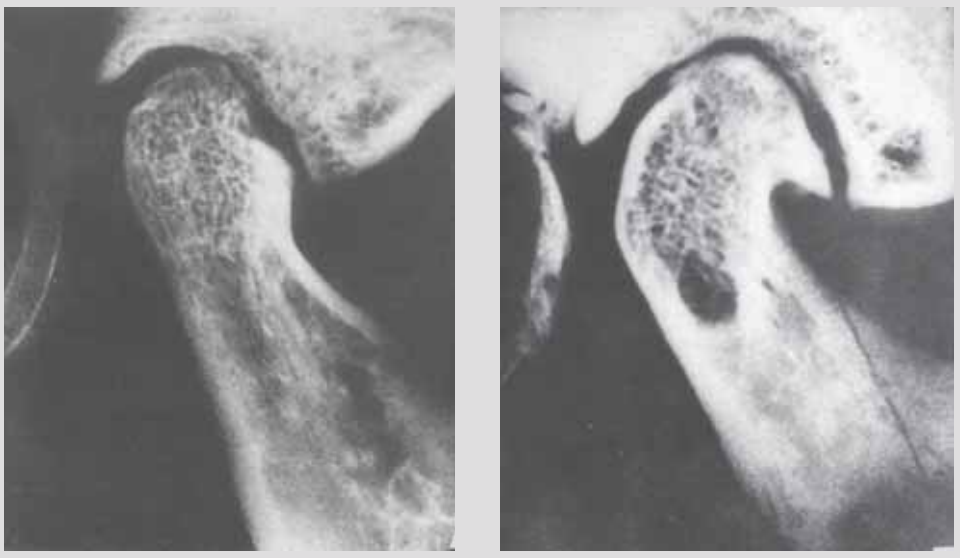
Το πρώτο προσβαλλόμενο τμήμα της ΚΓΔ είναι ο κάτω θάλαμος της αρθρώσεως.

Ακολουθεί αρθροθυλακίτις, η οποία επεκτείνεται και στον άνω θάλαμο συνοδευόμενη από οίδημα και κυτταρική διήθηση.

Προϊούσης της νόσου παρατηρείται αύξηση των δομικών μεταβολών και εκτεταμένες καταστροφές, όπως επιπέδωση του κονδύλου η οποία σταδιακά επιφέρει μέχρι και την πλήρη εξαφάνιση του και επιπέδωση του προσθίου αρθρικού φύματος.

Εικ. 3: Πρόσθια ανοιχτή δήξη ασθενούς με ΡΑ των κροταφογναθικών διαρθρώσεων

Εικ. 4: Πλαγιολίσθηση της κάτω γνάθου αριστερά. Είναι εμφανής ο περιορισμός της κινητικότητας της κάτω γνάθου.



Εικ. 5-6: Τομογραφία του πλαγίου και κεντρικού τμήματος της δεξιάς ΚΓΔ. Χαρακτηριστικά ευρήματα, είναι οι επιφανειακές διαβρώσεις και οι υποφλοιώδεις κύστεις στον κόνδυλο, στη γλήνη και στο πρόσθιο αρθρικό φύμα. Η εκτεταμένη καταστροφή του κονδύλου λόγω της διαβρώσεως, του προσδίδει σχήμα φλογέρας, εικ. 6.
Από τους Zarb και Carlsson

Η εκτεταμένη καταστροφή του κονδύλου λόγω της διαβρώσεως που υφίσταται του προσδίδει σχήμα φλογέρας (εικόνες 5-6) (Carlsson και συν. 1979).

Οι εξελισσόμενες δομικές μεταβολές επιφέρουν την εμφάνιση οστεοφύτων λόγω δευτεροπαθούς οστεοαρθρίτιδος και επίσης σκλήρυνση της επιφάνειας του κονδύλου και της κροταφικής γλήνης.

Τέλος, παρατηρείται ελάττωση του αρθρικού διαστήματος λόγω καταστροφής του διάρθριου δίσκου (Δρούκας και Κεπεγιάννη 1985, Κεπεγιάννη και Δρούκας 1988).

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1) Αδάμ Κ.Α. Στοιχεία Ακινήτου Οδοντικής Προσθετικής Επ. Εκδόσεις Γ.Κ. Παρισιάνος Αθήνα 1971.
2) Akerman S. Morphologic, radiologic, and ther momentric assessment of degenerative and inflammatory temporomandibular joint disease. An autopsy and clinical study. Swed Dent J 1987,Suppl 52.
3) Axelsson S. Human and experimental osteoarthrosis of the temporomandibular joint. Morphological and biochemical studies Swed Dent J. 1993, Suppl 92.
4) Barbanel JC. The mechanics of the temporomandibular joint – a theoretical and electromyographical study. J Oral Rehabil 1974, 1:19-27.
5) Blair CS, Chalmers IM. Radiology of the temporomandibular joint. A comparison of circular tomography with orthopantomography and lateral transcraniobligue radiography J Dent 1972,1:69.
6) Boering G. Arthrosis deformans van het kaakgewricht. Thesis Croningen, Drukkerij van Denderen 1966.
7) Carlsson GE, Oberg T. Remodelling of the temporomandibular joints Oral Sci Rev. 1974, 6:53-85.
8) Carlsson GE, Kopp S, Oberg T. Arthritis and allied diseases. In: Zarb AG, Carlsson GE (eds). Temporomandibular joint. Function and dysfunction. Munksgaard Copenhagen 1979,269-320.
9) Δρούκας Β, Κεπεγιάννη Ο. Οι συστηματικές παθήσεις σε σχέση με τις λειτουργικές διαταραχές του στοματογναθικού συστήματος Συγχ. Οδοντ. 1985,5(2) 87-98.
10) Δρούκας Β, Σταθόπουλος Α, Αριστοτέλους Αδάμ, Στοιχεία Ακίνητης Προσθετικής 1ος Τόμος Επ. Εκδόσεις Γρ. Κ. Παρισιάνος Αθήνα 1987.
11) Ericsson S, Lundberg M. Structural changes in the finger, wrist and temporomandibular joints. A comparative radiology study. Acta Odontol Scand, 1968,26:111-26.
12) Flygare L, Rohlin M, Akerman S. Macroscopic and microscopic lindings of areas with radiologic erosions in human temporomandibular joints. Acta Odontod Scand 1992,50:91-100.
13) Hansson T, Nilner M. A study of the occurrence of symptoms of diseases of the temporomandibular join masticatory musculature and related structures. J. Oral Rehabil 1975,2:313-24.
14) Isomaki HA. Rheumatoid arthritis as seen from official data register. Experience in Finland. Scand J Rheumatol Suppl 1989,79:21-4.
15) Καλούμενος Ι, Neff P. Η τομογραφία της κροταφικής διάρθρωσης. Συγχ. Οδοντ. 1985, 5-35.
16) Κεπεγιάννη Ο. Μελέτη της δυσλειτουργίας του στοματογναθικού συστήματος σε ασθενείς με ρευματοειδή αρθρίτιδα. Διδακτορική διατριβή Αθήνα 1986.
17) Κεπεγιάννη Ο, Δρούκας Β. Θεραπευτική αντιμετώπιση δυσλειτουργίας του στοματογναθικού συστήματος σε ασθενείς με ρευματοειδή αρθρίτιδα. Συγκ. Οδοντ. 1988, 8 (4): 247-54.
18) Kopp S. Temporomandibular join osteoarthrosis. A histochamical and clinical study. Thesis Univesrity of Goteborg Sweden 1977.
19) Kopp S. Clinical findings in temporomandibular joint osteoarthrosis. Scand J. Dent Res, 1977 b,85:434-43.
20) Kopp S. Rheumatoid Arthritis. In : Zarb GA, Carlsson GE, Sessle BJ, Mohl ND (eds). Temporomandibular joint and masticatory muscle disorders. Munksgaard, Copenhagen 1994,346-66
21) Marbach JJ, Spiera H. Rheumatoid arthritis of the temporomandibular joints. Ann Rheum Dis, 1967,26:538.
22) Mc Neill (ed). Craniomandibular Disorders Guidelines for evaluation, diagnosis and management. Publ Quintessence Co Inc Chicago 1990.
23) Mejersjo C. Long term development after treatment of mandibular dysfunction and osteoarthrosis. Swed Dent J. 1984, Suppl 22.
24) Mongini F. Remodelling of the mandibular condyle in the adult and its relationship to the condition of the dental arches Acta Anat 1972, 437-53.
25) Μουτσόπουλος Χ. Εγκυκλοπαίδεια Αυτοάνοσων Νοσημάτων. Εκδόσεις Καπόν Αθήνα 2005.
26) Oberg T, Carlsson GE, Fajers CM. The Temporomandibular joint. A morphologic study of human autopsy material. Acta Odont Scand 1971,29:349-84.
27) Oberg T. Radiology of TMJ In: Solberg W, Clark G (eds). TMJ problems. Publ Quitenssence Co Inc 1980,44-64.
28) Ogus H. Rheumatoid arthritis of the temporomandibular joint Br J Oral Surg 1975, 12:275.
29) Pulloger AC. A tomographic study of mandibular condyle position in an asymptomatic population J Proshet Dent 1984, 53-706.
30) Radin EL, Paul IL, Rose RM. Role of mechanical factors in pathogenesis of primary osteoarthritis Lancet 1972,73:9:519-21.
31) Stauson A, Baker H. Routin tomography of temporomandibular joint. Radiol clin Nor Am vol, 1976 vol 14 No 1.
32) Tegelberg E, Kopp S. Clinical findings in the stomatognathic system in rhematoid arthritis and osteoarthrosis. Acta Odontol Scand 1987,45:65-75.
33) Toller PA. Osteoarthrosis of the mandibular condyle. Br Dent J. 1973,134:223-31
34) Trenwith JA, Beale G. Rheumatoid arthritis in the TMJ. NZ Dent J 1983,73:195.
35) Wedel A. Heterogeneity of patients with craniomadibular disorders. A longitndinal study. Swed Dent 1988,Suppl 55.
36) Wenneberg B. Inflammatory involvement of the temporomandibular joint. Thesis University of Goteborg and Malmo 1983.
37) Worth HM. Radiology of temporomandibular join. In: Zarb AG, Carlsson GE (eds). Temporomandibular joint. Muuksgaard, Copenhagen, 1979,321-79.
38) Zarb AG, Carlsson GE. Osteoarthrosis – Osteoarthritis In: Zarb AG, Carlsson GE, Sessle JB, Mohl DN (eds). Temporomandibular joint and masticatory muscle disorders. Munksgaard Copenhagen 1994,298-314.

ΑΠΟ ΤΗ ΘΕΩΡΙΑ ΣΤΗΝ ΚΑΘΗΜΕΡΙΝΗ ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΙΚΗ ΠΡΑΞΗ
Επιστημονική επιμέλεια για την ελληνική γλώσσα: Παύλος Γαρέφης Ομότιμος Καθηγητής ΑΠΘ

Τιμή 95€

Η γνώση των βασικών αρχών της σύγκλεισης είναι απαραίτητη για την παροχή σωστής οδοντιατρικής περίθαλψης. Χωρίς αυτήν 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.

Αυτό όμως που το κάνει 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.

ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΙΚΟ ΒΗΜΑ
Τηλ. 210 3814 939, 210 3809495
www.odvima.gr

Νέα, μεγάλη συνεργασία

Ultradent Products Inc. & Triodent

Τώρα και στην Ελλάδα με την Ultradent Hellas

Είμαστε υπερήφανοι να ανακοινώσουμε ότι η Triodent πλέον και στον Ελληνικό χώρο θα αντιπροσωπεύεται από την Ultradent Hellas.

triodent
Innovative. Simple. Smart.

Η Triodent ιδρύθηκε από τον οδοντίατρο και εφευρέτη Dr. Simon McDonald ο οποίος είχε ως στόχο, να δημιουργήσει προϊόντα τα οποία κάνουν πιο εύκολη την ζωή του οδοντίατρου. Το 2005 κυκλοφόρησε το V-Ring το οποίο είχε ψηφιστεί ως το καλύτερο Sectional Matrix System. Το 2008 κυκλοφόρησε το V3. Από τότε κερδίζει το τίτλο του καλύτερου Sectional Matrix System από το Dental Advisor, το Clinician's Report και 5 αστέρια από το REALITY.
Το σύστημα περιλαμβάνει όλα όσα χρειάζεστε για την επίτευξη άριστων σημείων επαφής και την καλύτερη δυνατή ανατομία του δοντιού κάθε φορά. Το σύστημα V3 έχει διακριθεί για τα ακόλουθα χαρακτηριστικά:

V3 Δακτύλιος

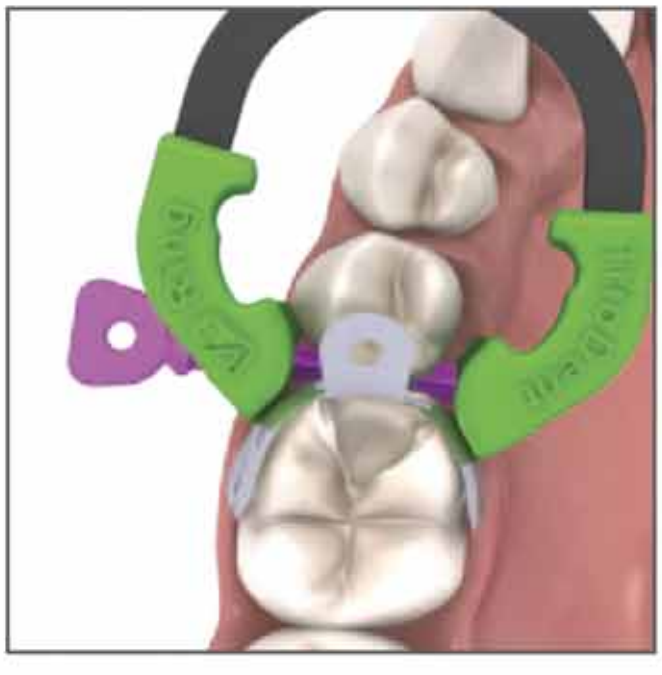
- Μπορεί να χρησιμοποιηθεί σε μεγάλες κοιλότητες, ακόμη και εάν λείπει ολόκληρο το φύμα
- Είναι εξαιρετικά ανθεκτικό – εγγύηση για 1 χρόνο!
- Είναι κατασκευασμένος από νικέλιο τιτάνιο – είναι πιο ελαστικό από άλλα μέταλλα και λόγω της μνήμης που έχει το νικέλιο τιτάνιο, επανέρχεται στο αρχικό του σχήμα.
- Η δύναμη που ασκείται από το δακτύλιο V3 είναι σταθερή, τόσο στα μικρά όσο και στα μεγάλα δόντια. Ασκεί την ιδανική πίεση σε κάθε περιστατικό, με αποτέλεσμα την δημιουργία σφικτών και ανατομικών σωστών σημείων επαφής κάθε φορά.
- Μπορούν εύκολα να τοποθετηθούν πολλοί δακτύλιοι ταυτόχρονα σε περιστατικά πολλαπλών αποκαταστάσεων σε μία συνεδρία.

Σφήνες Wave-Wedges

Το κυματιστό σχήμα της σφήνας της επιτρέπει να προσαρμόζεται καλύτερα στην περιοχή των μεσοδοντίων. Αντίθετα με άλλες σφήνες, τα Wave-Wedge έχουν μια κοιλότητα κεντρικά για να προστατεύει την μεσοδόντια θηλή . Αυτή η κοιλότητα βοηθά τις σφήνες να τοποθετούνται εύκολα η μία πάνω στην άλλη γλωσσικά και παρειακά στο ίδιο περιστατικό. Επιπρόσθετα οι σφήνες και τα τεχνητά τοιχώματα της Triodent έχουν σχεδιαστεί με ανοίγματα στα οποία ταιριάζουν οι λαβίδες Triodent Pin-Tweezers για εξαιρετικό έλεγχο κατά την τοποθέτηση και αφαίρεση.

Τεχνητά τοιχώματα

Τα τεχνητά τοιχώματα V3 είναι τα πιο ανατομικά τεχνητά τοιχώματα της αγοράς. Τα μοναδικά του χαρακτηριστικά επιτρέπουν την δημιουργία των πιο φυσικών αποκαταστάσεων ενώ κάνουν την δουλεία του οδοντίατρου πολύ πιο εύκολη.



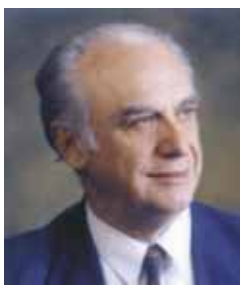
Μοναδική Προσφορά

Αγοράζοντας το αρχικό σετ το οποίο περιλαμβάνει το δακτύλιο V3 Ring, τα V3 Τεχνητά τοιχώματα, τις σφήνες Wave-Wedges, την λαβίδα Pin-Tweezers and Forceps παίρνετε ΔΩΡΟ άλλο ένα σετ σε μικρότερο μέγεθος.

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

Το χρονικό της Ελληνικής Περιοδοντολογίας

Ομιλία στην Ελληνική Περιοδοντολογική Εταιρεία (Ε.Π.Ε.), 23 Οκτωβρίου 2012



ΦΩΤΗΣ Ι. ΜΗΤΣΗΣ
Ομότιμος Καθηγητής
και πρώην Πρύτανης
του Πανεπιστημίου Αθηνών

Είμαι από χρόνια απόμαχος από το διδακτικό έργο και το επάγγελμα. Το ενδιαφέρον μου όμως για όσα συμβαίνουν στην Οδοντιατρική και ιδιαίτερα στην Περιοδοντολογία, παραμένει αμείωτο. Αυτός είναι και ο λόγος που βρίσκομαι σήμερα εδώ, ανταποκρινόμενος στην ευγενική και επίμονη πρόσκληση του Προέδρου του Β. Πανή και του Δ.Σ. της Ελληνικής Περιοδοντολογικής Εταιρείας, τιμώντας την επέτειο των 30 χρόνων από την ίδρυσή της, γιατί πιστεύω ότι κάθε επέτειος «γεφυρώνει» το χάσμα του χρόνου αναδεικνύοντας το παρελθόν και χαράζοντας δημιουργικά το μέλλον.

Η εξέλιξη της Ελληνικής Περιοδοντολογίας –όπως και όλης της Ελληνικής Οδοντιατρικής– μοιάζει λίγο με παραμύθι, με πολλές μεταβαλλόμενες φάσεις, με αντιπαραθέσεις, με απογοητεύσεις και αναλαμπές και με πολλά παράδοξα. κι όλα αυτά όσο να φθάσει στη ζηλευτή θέση που κατέχει σήμερα στην Οδοντιατρική και στην κοινωνία.

Για να φθάσουμε στη σημερινή πραγματικότητα, όλα ξεκίνησαν από ένα «όραμα» για ένα στόχο που τον τοποθετήσαμε «ψηλά» και που για να τον προσεγγίσουμε, παλέψαμε πολλοί.

Έτσι μια σύντομη ιστορική αναδρομή, βοηθάει στην καλύτερη αξιολόγηση για όσα συμβαίνουν σήμερα και στην πορεία μας για το μέλλον, αλλά και γιατί αποτελεί ένα χρέος τιμής για όλους όσους μόχθησαν για να ανοίξουν αυτό τον δρόμο. και κρατάει, όπως προείπα, τις «γέφυρες» ανάμεσα στο παρελθόν και το παρόν και μας κάνει να βλέπομε από τις δυο πλευρές αντλώντας διδάγματα.

Μια σύντομη ιστορική αναδρομή

Μετά την Ελληνική Επανάσταση το 1821 και τη σύσταση του Ελληνικού κράτους ιδρύθηκε το Εθνικό Πανεπιστήμιο Αθηνών το 1837, το οποίο συμπεριέλαβε τις Ιατρικές σπουδές χωρίς να γίνεται καμία αναφορά στην Οδοντιατρική εκπαίδευση. Την ίδια περίοδο στις Η.Π.Α. είχαν αρχίσει Οδοντιατρικές σπουδές σε ανεξάρτητες Σχολές, όσο και στην Ευρώπη που ήταν ενταγμένες στις Ιατρικές Σχολές.

Την Οδοντιατρική στην χώρα μας την ασκούσαν πρακτικοί οδοντίατροι, οι κουρείς για τις εξαγωγές οδόντων, και κομπογιαννίτες –έτσι λέγονταν οι εμπειρικοί ψευτογιατροί– και αμαθείς πλανόδιοι γυρολόγοι.

Η επίσημη αναγνώριση άσκησης Οδοντιατρικής αναφέρεται για πρώτη φορά στην Ελλάδα με την ίδρυση του Ιατροσυνεδρίου, όπως αυτό ονομάσθηκε, το 1834, το οποίο έλεγε ότι: «όποιος ήθελε να μετέρχεται στην Ελλάδα τη θεραπεία οδόντων, πρέπει να αποδείξει διά νομίμων αποδεικτικών, ότι εσπούδασε θεωρητικώς και πρακτικώς και να εξετάζεται υπό του Ιατροσυνεδρίου».

Έτσι μέχρι το τέλος του 19ου αιώνα, εκτός από κάποιους οδοντιάτρους που ήρθαν στην Ελλάδα συνοδοί της βασιλικής οικογένειας του Όθωνα, και από ελάχιστους αποφοίτους από Γαλλικές Σχολές, δεν υπήρχαν άλλοι οδοντίατροι στη χώρα μας.

Και φυσικά ούτε λόγος γινόταν για Οδοντιατρικές Ειδικότητες και για Περιοδοντολογία.

Για τα νοσήματα των ούλων, παρότι ήταν γνωστά από την Αρχαιότητα, ο πρώτος που μίλησε στο εξωτερικό είναι ο Pierre Fouchard το 1728 στη Γαλλία, ο οποίος περιέγραψε την πυορροϊκή ουλίτιδα ή σκορβούτο των ούλων, που έμεινε γνωστή κι ως νόσος του Fouchard. Η Ευρώπη κράτησε το προβάδισμα, μέχρις ότου τη σκυτάλη παρέλαβαν οι Η.Π.Α.

- Εκεί έγινε η θεμελίωση των γνώσεων της Περιοδοντολογίας στα τέλη του 19ου αιώνα όπου εμφανίστηκαν μεγάλα ονόματα συγγραφέων-δασκάλων οι οποίοι μίλησαν και καθιέρωσαν τον όρο **φατνιακή πυόρροια,** για την «εν τω βάθει ουλίτιδα», ο οποίος κυριάρχησε μέχρι και το μισό του 20ου αιώνα, σ' όλη τη βιβλιογραφία.

- Το πρώτο ελληνικό βιβλίο οδοντιατρικής που μιλάει για τα νοσήματα των ούλων είναι του Δημ. Καρακατσάνη, ο οποίος είχε κάνει σπουδές σε Γαλλική Σχολή, και ο οποίος ίδρυσε στην Αθήνα την πρώτη Ιδιωτική Οδοντιατρική Σχολή το 1893.

Στο βιβλίο του με τίτλο: **«ΟΔΟΝΤΟΪΑΤΡΙΚΗ, Το πρώτον εν Ελλάδι βιβλίον της Οδοντοϊατρικής»,** αναφέρεται και περιγράφει περίπτωση ασθενούς «με χρόνια ουλίτιδα μετά σκορβουτικής καχεξίας, του οποίου άπαντες οι οδόντες εσείοντο, αιμορραγία παρετηρείτο επί των ούλων, άτινα ήσαν εξογκωμένα και λίαν ερυθρά»· για τη θεραπεία αναφέρει ότι «εγένετο καθαρισμός των οδόντων, αφαίρεση τρυγός και λοιπών βλαβερών ουσιών, αποκοπή διά του γαλβανοκαυτήρος των εξογκωμένων ούλων και επαλείψεις και πλύσεις με αντιφλογιστικά και αντισηπτικά φάρμακα…»· τα οποία και αναφέρει· ήσαν: το βάμμα ιωδίου, το χλωρικό κάλιο, ο νιτρικός άργυρος, το υπεροξείδιο του υδρογόνου κι ένα ελιξίριον του ιδίου, το οποίο ονόμαζε Σωζόδοντον.

Ο Καρακατσάνης περιγράφει λεπτομερώς περιπτώσεις ασθενών, τις οποίες παρουσίασε και σε διεθνή συνέδρια του Βερολίνου και του Σικάγου. Έμφαση δίνει στη θεραπεία με φάρμακα, υποστηρίζει –σε αντίθεση με άλλους– ότι πρέπει να γίνεται αρχικά καθαρισμός των οδόντων, μιλάει για τοπικές ενέσεις με διάλυμα κρεολίνης 3%. Σε πραγματεία του στο συνέδριο του Σικάγου ταξινομεί τη φλεγμονή και την πυόρροια των ούλων σε στάδια εξέλιξης, ομιλεί για τη θεραπεία, και γράφει ότι «εάν η φατνιακή πυόρροια δεν θεραπεύεται τοπικώς πρέπει να προστρέξουμε εν τη εσωτερική θεραπεία» και αυτό γιατί κι αυτός πιστεύει ότι η αιτιολογία της νόσου οφείλεται σε γενικούς παράγοντες, όπως είναι η ιδιοσυγκρασία του ατόμου, το σκορβούτο, η αρθρίτις κ.ά.

Ο Καρακατσάνης, εξέδωσε και επιστημονικό περιοδικό με τον τίτλο «Οδοντιατρική Πρόοδος Αθηνών». το 1898 ιδρύθηκε και δεύτερη Οδοντιατρική Σχολή του Δέρβη. Με αυτές τις αντιλήψεις για τη φατνιακή πυόρροια εισερχόμεθα στον 20ο αιώνα, διανύσαμε και το περισσότερο από το μισό αυτού. Το 1911, ιδρύθηκε το Οδοντιατρικό Σχολείο στο Πανεπιστήμιο Αθηνών, ενταγμένο στην Ιατρική Σχολή, το οποίο όμως λειτούργησε ουσιαστικά με δικούς του καθηγητές, από το 1921 (ν.2573/21).

> ***«Ο εντυπωσιασμός από την πρόοδο και στις δυο ειδικότητες, όχι μόνο στη διδασκαλία στις Σχολές, αλλά και στις επιστημονικές εταιρείες, τα συνέδρια, αλλά και την κλινική οδοντιατρική πράξη με οδήγησαν σε σχεδιασμούς για το μέλλον· άρχιζε να ωριμάζει η ιδέα, ότι τα δυο διδακτικά αντικείμενα (Ενδοδοντία και Περιοδοντολογία) πρέπει ν' αποκτήσουν δική τους ανεξάρτητη αυτονομία και ταυτότητα. Έτσι γεννήθηκε ένα «όραμα»…»***

Η πορεία της διδασκαλίας της Ελληνικής Περιοδοντολογίας

Το πρώτο σύγχρονο για την εποχή του βιβλίο Οδοντιατρικής με περισσότερες αναφορές στα νοσήματα των ούλων δημοσιεύτηκε το 1927. Είναι το σύγγραμμα του καθ. Νικ. Παπαντωνόπουλου με τίτλο **«Οδοντική Χειρουργική Παθολογία και Θεραπευτική»** –ο οποίος κατέλαβε την ομώνυμη έδρα στο Πανεπιστήμιο Αθηνών, μετά από σπουδές που έκανε στις Η.Π. Αμερικής και την οποία κράτησε μέχρι και το 1951.

Στη διδασκαλία του συμπεριέλαβε και το αντικείμενο των νόσων των ούλων. Περιγράφει την επιπολής ουλίτιδα, της οποίας απόληξη είναι η εν τω βάθει ουλίτιδα ή φατνιακή πυόρροια, όρο τον οποίο και διατηρεί. Ο συγγραφέας αναφέρει τον όρο **«περιοδοντίτιδα»,** αλλά μ' αυτόν εννοεί την περιακροριζική φλεγμονή, την οποία περιλαμβάνει γενικότερα στις «περιοδοντικές νόσους».

Στο βιβλίο του ο καθηγητής Ν. Παπαντωνόπουλος, με το οποίο γαλουχήθηκαν, περισσότερο από τρεις δεκαετίες οι πρώτες γενιές των οδοντιάτρων, μετέφερε τις κρατούσες τότε απόψεις μεγάλων δασκάλων όπως του G. V. Black, του Riggs, του Gottlieb κ.ά., όχι όμως και τις πλέον σύγχρονες ιδιαίτερα μετά το 1945.

- Γιατί αμέσως μετά τον Μεγάλο Πόλεμο του 1940-45, στις Η.Π.Α., υπήρξε μια θεαματική πρόοδος της Περιοδοντολογίας –παράλληλα με όλη την εξέλιξη της Οδοντιατρικής– που είχε διεθνείς προεκτάσεις.

Η Ευρώπη ακολούθησε την ανάπτυξη και εξέλιξη βραδύτερα.

Η αλματώδης ανάπτυξη της οδοντιατρικής στις Η.Π.Α. οφείλεται στο γεγονός ότι ιδρύθηκαν ανεξάρτητες Οδοντιατρικές Σχολές με ελευθερία δράσης στην έρευνα και τη διδασκαλία. Κι ακόμη ένας λόγος που συνέβαλε είναι η μετανάστευση από την Ευρώπη στη χώρα τους πολλών μεγάλων επιστημόνων τη δεκαετία του 1930.

Για την Περιοδοντολογία υπήρξε ανεξάρτητη διδασκαλία στις περισσότερες Οδοντιατρικές Σχολές. Είχε ιδρυθεί από το 1944 Εταιρεία Περιοδοντολογίας (Α.Α.Ρ.) και είχε καθιερωθεί η ειδικότητα της Περιοδοντολογίας από το 1949.

Στην Ευρώπη, οι Οδοντιατρικές Σπουδές ήταν εγκλωβισμένες στις Ιατρικές Σχολές, χωρίς ανεξαρτησία, όπως συνέβαινε και στη χώρα μας μέχρι το 1970.

Παρ' ότι και στη Δυτική Ευρώπη υπήρξαν μεγάλα ονόματα περιοδοντολόγων, όπως ο Magitot, ο Held, ο Roy κ.ά., οι οποίοι όμως παρέμειναν σε μια διαφορετική «φιλοσοφία» σε ό,τι αφορά τη σχέση αιτίου-νόσου, προσηλωμένοι περισσότερο στο γενικό αιτιολογικό παράγοντα και με διαφορά κατευθύνσεων στη θεραπευτική αντιμετώπιση και ακολούθησαν διαφορετική ορολογία και ονοματολογία. Η επίδραση της Γαλλικής Σχολής και μετά από τα πρώτα μεταπολεμικά χρόνια ήταν μεγάλη, στον Ευρωπαϊκό χώρο.

Μετά την αποχώρηση του καθ. Ν. Παπαντωνόπουλου, στη δεκαετία του 1951, στην έδρα της Οδοντικής Παθολογίας και Θεραπευτικής, τον διαδέχθηκε ο καθ. Ευθ. Παπαντωνίου, ο οποίος είχε κι αυτός κάνει τις σπουδές του στις Η.Π.Α. και κατείχε μέχρι τότε άλλη έδρα στην Οδοντιατρική και ο οποίος άνοιξε τον ορθό δρόμο στη θεωρητική και πρακτική διδασκαλία της Περιοδοντολογίας, μεταφέροντας τις σύγχρονες για τότε κρατούσες απόψεις στα Αμερικανικά Πανεπιστήμια. Κάπου και παλαιότερα έχω γράψει ότι: «στο δεύτερο μισό της δεκαετίας του 1950 με την ανάληψη της διδασκαλίας από τον καθ. Ευθ. Παπαντωνίου, «ρόδισε» το λυκαυγές της Ελληνικής Περιοδοντολογίας».

Με το σύγγραμμα που εξέδωσε το 1962 **«Οδοντική Παθολογία και Θεραπευτική»**, ο καθ. Ευθ. Παπαντωνίου καθιέρωσε την ορθή ορολογία, στην οποία επικρατούσε πλήρης σύγχυση. Αφιέρωσε Ειδικό Μέρος για τα Νοσήματα του Περιοδοντίου, έδωσε το σωστό προσανατολισμό και προσπάθησε να στελεχώσει την Κλινική του στην οποία δίδασκε συγχρόνως και την Ενδοδοντία –με συναδέλφους που είχαν κάνει μετεκπαιδευτικές σπουδές στις Η.Π.Α., αρχικά με τον Ελευθ. Βορεάδη, μετέπειτα με τον Τάκη Κωσταρίδη, ακολούθησα εγώ αργότερα κι άλλοι.

- Ας σημειωθεί εδώ ότι το 1954 έγινε αναβάθμιση του Οδοντιατρικού Σχολείου σε Οδοντιατρικό Τμήμα, με πενταετή φοίτηση. Ιδρύθηκε Έδρα Στοματολογίας την οποία κατέλαβε ο Ορ. Λουρίδης, ο οποίος είχε κάνει σπουδές στη Γαλλία και ο οποίος διεκδικούσε και συμπεριέλαβε στη διδασκαλία του και το αντικείμενο της Περιοδοντολογίας, παρότι αυτό κατά παράδοση εδιδάσκετο στην έδρα της Οδοντικής Παθολογίας και Θεραπευτικής.

Ο Ορ. Λουρίδης το 1942, είχε δημοσιεύσει βιβλίο με τίτλο **«Παροδοντιοπάθειαι»**, χρησιμοποίησε την ορολογία και ταξινόμηση, που ακολουθούσαν οι Ευρωπαϊκές Σχολές, όπου δινόταν μεγάλη έμφαση στο γενικό παράγοντα ως εκλυτικό αίτιο και που στη θεραπεία, εκτός από τη συμπτωματική με καυστικά φάρμακα στα ούλα (τριχλωροξικό οξύ), επίσης έμφαση δινόταν και σε χρήση εσωτερικώς φαρμάκων, αλλά και σε διάφορες άλλες παρεμβάσεις όπως απευαισθητοποίηση του οργανισμού με χορήγηση αντιγόνων, με αυτοεμβολιασμούς, λουτροθεραπείες σε ιαματικά λουτρά κ.ά.

Παράλληλα λειτουργούσε και Εταιρεία, η ARPA, τμήμα της Ευρωπαϊκής Εταιρείας Ερευνης για τις «παροδοντιοπάθειες», για τις οποίες, στο σύγγραμμα που εξέδωσε ο καθ. Ορ. Λουρίδης το 1969, αφιέρωσε στο δεύτερο τόμο ειδικό μέρος.

Πλήρης σύγχυση επικρατούσε από τη δεκαετία του '50 μέχρι και το 1972, όπου αποχώρησε ο καθ. Λουρίδης, στη διδασκαλία και τη μάθηση για τους διδασκομένους· σε δυο έδρες και σε δυο κλινικές στη Σχολή της Αθήνας διδασκόταν το ίδιο αντικείμενο με διαφορετική «φιλοσοφία», όχι μόνο στην ονοματολογία και την ταξινόμηση των νόσων του περιοδοντίου, αλλά και σε ό,τι αφορά την αιτιολογία και τη θεραπευτική αντιμετώπιση.

Η διδασκαλία της Περιοδοντολογίας, δεν αποτελούσε πρωτεύον αντικείμενο, και έμοιαζε με «διελκυστίνδα» που στόχευε όχι στη μάθηση αλλά στο ποιος θα επικρατήσει και θα αναδειχθεί νικητής. Ήταν βαρύ το τίμημα για την ακαδημαϊκή διδασκαλία.

Εν τω μεταξύ ιδρύθηκε και η Οδοντιατρική Σχολή Θεσσαλονίκης στη δεκαετία του 1960, χωρίς και σ' αυτή να υπάρχει αυτόνομη διδασκαλία Περιοδοντολογίας, αλλά συνδιδασκαλία με την Προληπτική Οδοντιατρική.

Ο πρώτος καθηγητής που δίδαξε την Περιοδοντολογία είναι ο Δημ. Λάμπρου –ιδρυτικό μέλος της Ε.Π.Ε.– ο οποίος ακολούθησε περισσότερο τις κατευθύνσεις του δασκάλου του Ο. Λουρίδη. Το δρόμο της σύγχρονης Περιοδοντολογίας στη Σχολή Θεσσαλονίκης ολοκλήρωσε ο καθ. Αντ. Κωνσταντινίδης.

Αυτά συνέβαιναν μέχρι τη δεκαετία του 1970, όπου κάποια σημαντικά γεγονότα συνέβαλαν σε μια νέα πορεία της Οδοντιατρικής Εκπαίδευσης και φυσικά και της Περιοδοντολογίας.

Σ' αυτό βοήθησε και η ανανέωση της γενιάς, των διδασκόντων καθηγητών και των άλλων βαθμίδων.

Η δική μου πορεία

Αλλά πριν αναφερθώ σ' αυτά τα σημαντικά γεγονότα, ας μου επιτραπεί εδώ, παρενθετικά, με λίγα λόγια να πω κάτι και για τη δική μου προσωπική πορεία, σ' αυτή την κρίσιμη περίοδο σχετικά με την Περιοδοντολογία.

Στις φοιτητικές μου σπουδές γαλουχήθηκα κι εγώ, σε ό,τι αφορά την Περιοδοντολογία, με το «φάντασμα» της φατνιακής πυόρροιας που η κάθε θεραπευτική προσπάθεια τελικά κατέληγε στην εξαγωγή των δοντιών.

Τα αντιφλογιστικά φάρμακα για την ανακούφιση των συμπτωμάτων της φλεγμονής των ούλων, πλούτιζαν τον εξοπλισμό των οδοντια-

τρείων, και εναλλάσσονταν με διάφορες συνταγές και ιδιοσκευάσματα.

Όταν εντάχθηκα στο προσωπικό της έδρας της Οδοντιατρικής Παθολογίας και Θεραπευτικής το 1955-56, μόλις είχε αρχίσει τη διδασκαλία ο δάσκαλός μου Ευθ. Παπαντωνίου· θυμάμαι ότι πρωτοσυνάντησα τον συμφοιτητή και φίλο μου Τάκη Κωσταρίδη, είναι ο πρώτος Πρόεδρος της Ε.Π.Ε., ο οποίος προϋπήρχε στην έδρα, πριν ακόμη κάνει κι αυτός τις μεταπτυχιακές του σπουδές στην Περιοδοντολογία, και παρακολουθούσε στενά τον περιοδοντολόγο Ελ. Βορεάδη, που πρόσφατα είχε έλθει από τη Σχολή του Zander από τη Νέα Υόρκη. «Ξέρεις –μου είπε– ότι τώρα δεν χρησιμοποιούμε φάρμακα για τη θεραπεία της ουλίτιδας· έμφαση μεγάλη δίνεται μετά την αφαίρεση της τρυγίας, στην υποουλική απόξεση, δηλαδή την απόξεση της ρίζας του δοντιού και της εσωτερικής επιφάνειας των ούλων. Τα αποτελέσματα είναι εντυπωσιακά…»

Με εξέπληξε η νέα τεχνική –την οποία άκουσα και στη διδασκαλία του Παπαντωνίου– και η μη χρήση καυστικών φαρμάκων. Η οδοντιατρική μας σκέψη την εποχή εκείνη ήταν βαθιά ποτισμένη με τη χρήση ισχυρών αντισηπτικών και αντιφλογιστικών φαρμάκων, τόσο για την απολύμανση της οδοντίνης πριν από το σφράγισμα, και την Ενδοδοντική θεραπεία, όσο και για τα φλεγμένοντα ούλα. Τα ισχυρά αντισηπτικά και καυστικά φάρμακα και ο γαλβανοκαυτήρας ήταν απαραίτητος εξοπλισμός του ιατρείου μας.

Στη συνέχεια της ακαδημαϊκής μου πορείας (1955-1964) και μετά τις μεταπτυχιακές μου σπουδές στην Οδοντιατρική Σχολή του Πανεπιστημίου της Πενσυλβάνια στη Φιλαδέλφεια, όπου παρακολούθησα από μεγάλους δασκάλους, και την Ενδοδοντία και την Περιοδοντολογία –αντικείμενα διδασκαλίας και τα δυο στην έδρα μας των Αθηνών– όλα για μένα πήραν μια άλλη διάσταση.

Ο εντυπωσιασμός από την πρόοδο και στις δυο ειδικότητες, όχι μόνο στη διδασκαλία στις Σχολές, αλλά και στις επιστημονικές εταιρείες, τα συνέδρια, αλλά και την κλινική οδοντιατρική πράξη με οδήγησαν σε σχεδιασμούς για το μέλλον· άρχιζε να ωριμάζει η ιδέα, ότι τα δυο διδακτικά αντικείμενα (Ενδοδοντία και Περιοδοντολογία) πρέπει ν' αποκτήσουν δική τους ανεξάρτητη αυτονομία και ταυτότητα.

Έτσι γεννήθηκε ένα **«όραμα»**…

- Σε ό,τι αφορά τις επιστημονικές αντιπαραθέσεις με το «περιοδόντιο» και το «παροδόντιο» που ζούσαμε στη Σχολή της Αθήνας και τις προσωπικές αντιθέσεις για την Περιοδοντολογία πίστευα ότι, κάποτε θα καταλαγιάσουν, γιατί και τα πρόσωπα θα αλλάξουν και η Ευρώπη σύντομα θα ακολουθήσει τον ορθό δρόμο στη διδασκαλία της Περιοδοντολογίας. Πίστευα πως η Αμερική όφειλε να επιστρέψει στην Δ. Ευρώπη –σε ό,τι αφορά την Οδοντιατρική– ως «αντίδωρο» γνώση και επιστημονικό προσωπικό για τα όσα πήρε από αυτήν στο παρελθόν. Κι αυτό έγινε στις δεκαετίες που ακολούθησαν, και το ζούμε σήμερα, με μια Ευρωπαϊκή Περιοδοντολογία προηγμένη και ανταγωνιστική, με Σχολές υψηλής στάθμης και με μια πολύ ζωντανή Ευρωπαϊκή Εταιρεία Περιοδοντολογίας (E.F.P.).

> **«Η Εταιρεία μας έχει επιδείξει πολύπλευρη δράση με τις ημερίδες, τα συνέδρια, τα σεμινάρια και τις διδακτικές επιδείξεις και τα Συμπόσια που διοργάνωσε και συνεχίζει να διοργανώνει· έγινε ένας ζωντανός οργανισμός που εκφράζει την Ελληνική Περιοδοντολογία, εδώ και στο εξωτερικό, και συμβάλλει στην προαγωγή της Στοματικής Υγείας με την προσφορά της στην Ελληνική κοινωνία.»**

Μ' αυτές τις ιδέες κι αυτούς τους στόχους, επιστρέφοντας στην Ελλάδα το 1966, ανέλαβα ύστερα από λίγο το 1968, μετά την αποχώρηση του δασκάλου μου, του Παπαντωνίου, την ευθύνη της διδασκαλίας στην έδρα της Οδοντικής Παθολογίας και Θεραπευτικής, της Ενδοδοντίας και Περιοδοντολογίας.

Θυμάμαι το 1968, ήμουν τότε εντεταλμένος υφηγητής, υποψήφιος για την έδρα, όταν σε μια συζήτηση που είχα με τον δάσκαλό μου, για το επίμαχο θέμα της διδασκαλίας της Περιοδοντολογίας, το οποίο ιδιαίτερα μετά την αποχώρησή του, διεκδικούσε κατ' αποκλειστικότητα η έδρα της Στοματολογίας, μου είπε: «πολύ φοβάμαι ότι δεν θα σε αφήσουν να συνεχίσεις τη διδασκαλία των Νόσων του Περιοδοντίου»· γνώριζε τις πιέσεις που δεχόμουν κι ακόμα γνώριζε ότι υπό το καθεστώς της δικτατορίας περπατούσα σε «τεντωμένο σκοινί» και δεν ήταν ευνοϊκό το κλίμα ούτε για την εκλογή μου· και, πρόσθεσε: «καλό θάταν να μπορούσες να συνεχίσεις γιατί θα ακολουθήσεις το σωστό δρόμο…»

Η απαισιοδοξία του δασκάλου μου, ο τρόπος που το είπε, μαζί με την εμπιστοσύνη που μου έδειξε, αλλά και με το βάρος της ευθύνης να συνεχίσω το έργο που εκείνος άρχισε, μου ενδυνάμωσαν την απόφασή μου να κρατήσω και να συνεχίσω τη διδασκαλία της Περιοδοντολογίας. Κι αυτό έγινε παρά τις δυσκολίες…

Το άνοιγμα της σύγχρονης εποχής

Το όραμα μιας νέας εποχής στο στόχο του διδακτικού μου έργου με καλούσε. Είχα πρόσφατα, πριν το 1968, εντυπωσιασθεί και από μια συζήτηση, που είχαμε με τον καθηγητή μου τον Παπαντωνίου και τον καθ. WAERHAUG από το Archus της Δανίας, ο οποίος είχε επισκεφθεί τη Σχολή μας. Μιλούσε για μια νέα εποχή που ανοίγει για την Περιοδοντολογία, με τα πειράματα που έκαναν στη Σχολή του, με τον τότε μαθητή του και μετέπειτα διάσημο επιστήμονα, τον Harald Löe, για τη μικροβιακή πλάκα με τη χλωρεξιδίνη. «Χρησιμοποιώ από χρόνια –μας είπε– ένα διάλυμα χλωρεξιδίνης στο στόμα μου και παρακολουθούμε τον έλεγχο της φλεγμονής… Φαίνεται πως έχει πολύ καλά αποτελέσματα και προδιαγράφει μια νέα εποχή, για την Περιοδοντολογία και τη στροφή από τη θεραπεία της φλεγμονής στην πρόληψη…»

Τα αποτελέσματα των ερευνών τους δεν άργησαν να δουν το φως της δημοσιότητας όταν τα άκουσα και από τον ίδιο τον Harald Löe στο Διεθνές Συνέδριο της I.D.A. στην πόλη του Μεξικού.

Η έρευνα εκείνη για την ενοχοποίηση της μικροβιακής πλάκας ως πρωταρχικού παράγοντα για την εμφάνιση της φλεγμονής κι άλλες πολλές που ακολούθησαν και για τον παθογενετικό μηχανισμό της περιοδοντικής φλεγμονής και της βλάβης του περιοδοντίου, άνοιξαν το δρόμο για τη σύγχρονη Περιοδοντολογία και μας βοήθησαν να ακολουθήσομε το σωστό δρόμο και να απαλλαγούμε οριστικά από το «φάντασμα» της φατνιακής πυόρροιας· παράλληλα ανάλογη σε εκσυγχρονισμό ήταν και η πορεία της Ενδοδοντίας.

Παράγοντες που συνέβαλαν στην εξέλιξη της Ελληνικής Περιοδοντολογίας

Ας εξετάσουμε τους πιο σημαντικούς παράγοντες που συνέβαλαν στην εξέλιξη και ανάπτυξη –σ' αυτό το οδοιπορικό– της σύγχρονης Ελληνικής Περιοδοντολογίας.

Σε μια γενικότερη θεώρηση, αν θέλομε να μιλήσουμε για την ανάπτυξη όχι μόνο της Περιοδοντολογίας αλλά της Ελληνικής Οδοντιατρικής, θα αρχίζαμε από την:

Ανεξαρτοποίηση της Οδοντιατρικής Σχολής, η οποία έγινε το 1970 με το ν. 706/70. Ήταν μια κατάκτηση συλλογικών προσπαθειών κι αγώνων του Οδοντιατρικού κόσμου, η οποία απετέλεσε σταθμό κι άνοιξε τους ορίζοντες για το μέλλον. Η χώρα μας είναι από τις πρώτες χώρες της Ευρώπης με ανεξάρτητη Οδοντιατρική Πανεπιστημιακή Σχολή. Απεγκλωβίστηκαν οι Οδοντιατρικές σπουδές από τη «σφιχτή αγκαλιά» της Ιατρικής Σχολής, και προωθήθηκαν συγχρονισμένα εκπαιδευτικά προγράμματα.

Αυτό συνέπεσε και με την «αλλαγή φρουράς», με την αποχώρηση της παλαιάς γενιάς καθηγητών και άλλων διδασκόντων, και την ανανέωση με νέο διδακτικό προσωπικό. πολλοί από τους νέους που ανέλαβαν είχαν κάνει μεταπτυχιακές σπουδές στο εξωτερικό κι ιδιαίτερα στις Η.Π.Α.όπου η Οδοντιατρική βρισκόταν σε ζηλευτή πορεία εξέλιξης.

Η Περιοδοντολογία ειδικότερα ευνοήθηκε στην εξέλιξή της από συγκεκριμένους παράγοντες όπως:

Η Αυτονομία της διδασκαλίας και η απόκτηση ταυτότητας

Οι εξελίξεις αφορούν παράλληλα, σε ό,τι αφορά την Περιοδοντολογία, και τις δύο Σχολές, Αθήνας και Θεσσαλονίκης. Η διδασκαλία ξεχώρισε στη δεκαετία του 1970 και τα δύο αντικείμενα Περιοδοντολογία και Ενδοδοντία απέκτησαν δική τους ταυτότητα.

Ειδικότερα στη Σχολή της Αθήνας, η διδασκαλία της –μετά και την αποχώρηση του καθηγητού της Στοματολογίας– περιήλθε αποκλειστικά στην έδρα της Οδοντικής Θεραπευτικής, την οποία κατείχα.

Το 1972, παρά τα προβλήματα που είχα για την εκλογή μου στην καθηγεσία έγραψα το πρώτο μου διδακτικό βιβλίο με τίτλο «Οδοντική Παθολογία και Θεραπευτική»· αφιέρωσα το τρίτο μέρος στις Νόσους του Περιοδοντίου που σήμαινε και τη διεκδίκηση και κατοχύρωση της διδασκαλίας.

Ακολούθησα την ορολογία, την ταξινόμηση και γενικά τη «φιλοσοφία» που είχε καθιερωθεί από την Αμερικανική Περιοδοντολογική Εταιρεία (A.A.P.), της οποίας είχα γίνει μέλος και προσπάθησα να μεταφέρω τις σύγχρονες και ισχύουσες τότε απόψεις.

Το 1979, έγινε με νομοθετική ρύθμιση, η ίδρυση της έδρας της Περιοδοντολογίας και ο διαχωρισμός από την Ενδοδοντία· η καθεμιά με το δικό της διδακτικό περιεχόμενο και το δικό της προσωπικό.

Το 1980 κυκλοφόρησε και η πρώτη έκδοση του συγγράμματός μου με τον ειδικό τίτλο **«Περιοδοντολογία»** με βελτιωμένες και ανανεωμένες γνώσεις και το 1990 η δεύτερη έκδοση «Περιοδοντολογία» σε δύο τόμους με τη συμμετοχή στη συγγραφή και των συνεργατών μου.

Μέσα στη δεκαετία του 1970, η κατάσταση είχε αλλάξει ριζικά. και όπως κάπου έχω γράψει ότι με την είσοδό μας στη δεκαετία του 1980, «ανέτειλε και η Άνοιξη της Περιοδοντολογίας», με όλους τους εκσυγχρονισμούς και τις προόδους που επήλθαν, όχι μόνο στη χώρα μας και στις δυο Σχολές μας αλλά στην Ευρώπη γενικότερα και τις οποίες θα προσπαθήσω να παρουσιάσω:

Η αυτόνομη διδασκαλία της Περιοδοντολογίας είχε πολλές ευνοϊκές επιπτώσεις:

Οδήγησε στην ανάπτυξη της έρευνας. Το ερευνητικό εργαστήριο της Περιοδοντολογίας που ιδρύθηκε στη δεκαετία του 1970, βοήθησε και συνέβαλε στην εκπόνηση πολλών εργασιών που είδαν το φως της δημοσιότητας στον ελληνικό και ξένο Τύπο και στην εκπόνηση διδακτορικών διατριβών.

Στην Έδρα της Περιοδοντολογίας καλλιεργήθηκε κι αναπτύχθηκε ένα καρποφόρο «φυτώριο» το οποίο ενέπνευσε και οδήγησε σε μεταπτυχιακές σπουδές στο εξωτερικό για Περιοδοντολογία, στελέχωσε την εκπαίδευση και τη διδασκαλία, με άξιους δασκάλους και ερευνητές. κι αυτό δεν έγινε μόνο εδώ αλλά και σε κέντρα του εξωτερικού. Ας αναλογισθούμε πόσοι νέοι απόφοιτοί μας κατέχουν σήμερα ζηλευτές θέσεις σε ξένα πανεπιστήμια και ερευνητικά κέντρα. Την ίδια εποχή δημιουργήθηκαν συνεργασίες με Σχολές του Εξωτερικού, όπως η Βοστώνη (Tufts) και η Φιλαδέλφεια, το Götteborg, η Βέρνη κ.ά. όπου οι απόφοιτοί μας έβρισκαν και βρίσκουν θέσεις για μεταπτυχιακές σπουδές με διακεκριμένους δασκάλους.

Εν τω μεταξύ και στις δύο σχολές μας της Αθήνας και της Θεσσαλονίκης, πλουτίσθηκε η βιβλιογραφία με αξιόλογα συγγράμματα και εί-

δαν το φως της δημοσιότητας πολλές επιστημονικές εργασίες.

Και συνεχίζουμε με τους παράγοντες που συνέβαλαν στην εξέλιξη:

Η ίδρυση της Ελληνικής Περιοδοντολογικής Εταιρείας (Ε.Π.Ε.) το 1982

Ορόσημο στο χρονικό της Ελληνικής Περιοδοντολογίας αποτελεί η ίδρυση της Εταιρείας, της οποίας γιορτάζουμε σήμερα τα 30 χρόνια της, που είναι γεμάτα από πλούσια δράση και επιτυχίες.

Άξιοι συνάδελφοι παρήλασαν τα χρόνια αυτά από την Προεδρία και το Δ.Σ.

Η ανάπτυξη της Εταιρείας μας είναι αληθινά πρωτόγνωρη. Κι αυτό αν αναλογισθούμε μόνο ότι το 1982 για τη συγκέντρωση των 15-20 υπογραφών-ενδιαφερομένων μελών, που απαιτούνταν για να εγκριθεί το καταστατικό είχαμε δυσκολία να τα βρούμε στην Αθήνα και τη Θεσσαλονίκη.

Θα επισημάνω κάποια από τα σημαντικά επιτεύγματά της αν κι αυτό θα φανεί λεπτομερώς σε ειδικό λεύκωμα που ετοιμάζει η Διοίκηση της Εταιρείας.

Η Εταιρεία μας έχει επιδείξει πολύπλευρη δράση με τις ημερίδες, τα συνέδρια, τα σεμινάρια και τις διδακτικές επιδείξεις και τα Συμπόσια που διοργάνωσε και συνεχίζει να διοργανώνει· έγινε ένας ζωντανός οργανισμός που εκφράζει την Ελληνική Περιοδοντολογία, εδώ και στο εξωτερικό, και συμβάλλει στην προαγωγή της Στοματικής Υγείας με την προσφορά της στην Ελληνική κοινωνία.

Η οργάνωση των Συμποσίων αποτελεί θεσμό ο οποίος προσφέρει στην ενημέρωση –χωρίς ν' αφήνει κενά– των Ελλήνων συναδέλφων μας και στην προαγωγή της Ελληνικής Περιοδοντολογίας.

Για τα Συμπόσια είχα την ευκαιρία να μιλήσω λεπτομερώς στη Θεσσαλονίκη το 2007. Μεγάλα ονόματα περιοδοντολόγων, δασκάλων, ερευνητών και συγγραφέων παρήλασαν από το βήμα των Συμποσίων μας. ποτέ δεν ξεχνώ τον πρωτεργάτη αυτής της μεγάλης επιστημονικής συμβολής, τον αείμνηστο καθηγητή Harald Löe, αλλά και τους άλλους όπως τον Claus Lang, τον Jan Lindhe στους οποίους δίκαια η Εταιρεία μας απέδωσε τιμές επί της Προεδρίας του καθ. Α. Κωνσταντινίδη στη Θεσσαλονίκη, το 2007.

Η Εταιρεία μας κατέχει στον Ευρωπαϊκό χώρο μια αξιόλογη θέση και δυο φορές μέχρι σήμερα μέλη μας κατέλαβαν την προεδρία. ήταν η Άλκη Ανδρονικάκη το 1998-1999 και η Ιωάννα Καμμά το 2005-2006.

Στη διαδρομή της Εταιρείας μας μια διακριτική επιστημονική παρουσία αποτελεί η ετήσια έκδοσή της με τα **«Περιοδοντολογικά Ανάλεκτα»,** τα οποία απ' το 1990 επί προεδρίας της Αλ. Βαρελτζίδη κυκλοφορούν ανελλιπώς, και πήραν μια επίλεκτη θέση στον οδοντιατρικό επιστημονικό τύπο.

Ένα άλλο επίτευγμα της Εταιρείας είναι η απόκτηση ιδιόκτητης Στέγης η οποία έγινε με μεγάλη προσπάθεια και ανυστερόβουλη οικονομική προσφορά των μελών της.

Οργάνωση και Ίδρυση των Μεταπτυχιακών Σπουδών

Κατάκτηση και σταθμός στην πρόοδο της Ελληνικής Περιοδοντολογίας είναι η έναρξη Μεταπτυχιακών Προγραμμάτων Σπουδών (Μ.Π.Σ.) και στις δυο Σχολές μας, η οποία έθεσε τέλος στο άγχος της αναζήτησης μιας θέσης γι' αυτές, στα ξένα πανεπιστήμια.

Το Πανεπιστήμιό μας γενικά δεν είχε Π.Μ.Σ. Αυτά άρχισαν άτυπα τη δεκαετία του 1980. και καθιερώθηκαν επίσημα για την Οδοντιατρική το 1994. Μ' ένα έγγραφό μου (αρθ. 385/16-12-91) το 1991 ενημέρωνα τη Σχολή, για την έναρξη λειτουργίας του προγράμματος τόσο στη θεωρητική διδασκαλία όσο και στην πρακτική άσκηση μεταπτυχιακών φοιτητών στην Περιοδοντολογία.

Μετά την επίσημη έναρξη τα προγράμματα, λειτουργούν ικανοποιητικά. στη Σχολή της Αθήνας, μάλιστα για την Περιοδοντολογία έγινε πρόσφατα αξιολόγηση, με παρουσία διακεκριμένου ξένου, του καθηγητή Wennström –όπως είχαν την καλοσύνη να με ενημερώσουν και να με προσκαλέσουν σ' αυτή ο καθ. Ι. Βρότσος και ο Φ. Μαδιανός. Έτσι σήμερα πλουτίζονται οι τάξεις των περιοδοντολόγων, κι από τα δικά μας προγράμματα.

Σήμερα ο Μεταπτυχιακός φοιτητής, μπορεί άνετα και νόμιμα να ασκεί την Περιοδοντολογία –έστω κι αν δεν κατέχει τον τίτλο της ειδικότητας από το Υπουργείο Υγείας– σε πείσμα όλων όσων κατέβαλλαν επίμονες προσπάθειες για την παρεμπόδιση της καθιέρωσης της ειδικότητας της Περιοδοντολογίας.

Αλλά γι' αυτό το θέμα της Ειδικότητος θα μιλήσω αμέσως στη συνέχεια.

Η ίδρυση των Οδοντιατρικών Ειδικοτήτων στην Ελλάδα

Θα κάνω μια σύντομη αναδρομή για την ίδρυση των Οδοντιατρικών Ειδικοτήτων στην Ελλάδα και για τις ατελέσφορες κι ανεπιτυχείς προσπάθειες που έγιναν για την Περιοδοντολογία.

Πιστεύω ότι είναι χρήσιμο να γνωρίζετε γιατί το θέμα είναι ακόμα ανοικτό.

Μετά τον εκσυγχρονισμό και την αναβάθμιση των προπτυχιακών οδοντιατρικών προγραμμάτων –που έγιναν στις ανεξάρτητες Σχολές– στη δεκαετία του 1970, άρχισε να ωριμάζει και η ιδέα των Μεταπτυχιακών Σπουδών και της Ίδρυσης Οδοντιατρικών Ειδικοτήτων, η αρμοδιότητα των οποίων ανήκει στο Υπουργείο Υγείας.

Το 1979 με απόφαση της Σχολής μας στην Αθήνα (αρ. αποφ. 1634/13-6-79) δημιουργήθηκε μία ομάδα εργασίας, η οποία συγκέντρωσε προτάσεις από τις έδρες, τις μελέτησε και μετά από έγκριση της Σχολής πρότεινε στο Υπουργείο Υγείας την ίδρυση ορισμένων Ειδικοτήτων, μεταξύ αυτών και της Περιοδοντολογίας, η οποία είχε αποκτήσει πλέον τη δική της ταυτότητα.

Αυτή ήταν μια πρώτη επίσημη προσπάθεια και σας υπενθυμίζω ότι υπήρχε για την Οδοντιατρική και η ευνοϊκή συγκυρία, γιατί υπηρετούσα τότε στην Πρυτανεία του Πανεπιστημίου. υπουργός ήταν ο καθ. Σπ. Δοξιάδης, άτομο με ευρεία κατανόηση και με τον οποίο είχα πολύ καλή συνεργασία.

Το αρμόδιο επιστημονικό Συμβούλιο του Υπουργείου χωρίς να απορρίψει οριστικά το αίτημα της ίδρυσης Οδοντιατρικών Ειδικοτήτων, δεν έλαβε καμιά απόφαση. Τότε, ως καθ. Διευθυντής της Έδρας της Περιοδοντολογίας, και απ' τη θέση του Πρυτάνεως, ζήτησα προσωπικά μ' ένα εμπεριστατωμένο υπόμνημα (στις 7-7-81 και 27-7-81) από τον υπουργό την επανεξέταση του θέματος ειδικά για την Ειδικότητα της Περιοδοντολογίας, την οποία μαζί με άλλες

είχε προτείνει και η Σχολή. Με κάλεσε το επιστημονικό συμβούλιο (Πρόεδρος ήταν ο καθ. της Ιατρικής Κ. Τούντας) και ανέπτυξα με επιχειρήματα το αίτημα, τονίζοντας την αναγκαιότητα, αλλά και τη δυνατότητα που είχε ήδη δημιουργηθεί στην Έδρα. Η εισήγηση του Συμβουλίου ήταν θετική προς τον υπουργό, ο οποίος ετοίμασε και το Π.Δ., για τη δημοσίευσή του στην εφημερίδα της Κυβερνήσεως. Φαίνεται πως η «πρόκληση» για τη δημιουργία μόνης της Ειδικότητας της Περιοδοντολογίας ενόχλησε κάποιους, αλλά και η χρονική περίοδος για παρεμπόδιση ήταν ευνοϊκή για όσους προσπάθησαν να μη γίνει. χρονικά πλησιάζαμε στις εκλογές του Οκτωβρίου του 1981, και οι παρεμβάσεις για καθυστέρηση της δημοσίευσης στον Υπουργό και στους γραφειοκρατικούς μηχανισμούς του Υπουργείου, πέτυχαν και δεν έγινε η δημοσίευση του Π.Δ. Μετά τις εκλογές η Κυβέρνηση και ο υπουργός άλλαξαν μαζί και η πολιτική του Υπουργείου, κι έτσι οι μικρόψυχες και ζηλόφθονες παρεμβάσεις, από τις ίδιες μας τις τάξεις πέτυχαν το στόχο τους.

Χάθηκε μια μεγάλη ευκαιρία για την Περιοδοντολογία και για τη χώρα μας που μπορούσε να έχει την Ειδικότητα από το 1981.

Για όλα όσα είπα υπάρχουν τεκμήρια και λεπτομερή στοιχεία, τουλάχιστον στο προσωπικό μου αρχείο.

Σε μια δεύτερη προσπάθεια το θέμα των Οδοντιατρικών Ειδικοτήτων αναδύθηκε και άρχισε η συζήτηση στη Συμβουλευτική Επιτροπή της Ε.Ο.Κ. για την Οδοντιατρική Εκπαίδευση και το Επάγγελμα στις Βρυξέλλες, από το 1982 μέχρι το 1986, όπου και αποφασίσθηκε η ίδρυση δύο μόνο ειδικοτήτων, της Γναθοχειρουργικής και της Ορθοδοντικής, για τις οποίες διατυπώθηκαν και κατευθυντήριες οδηγίες. Την περίοδο εκείνη ήμουν μέλος της Επιτροπής αυτής στην Ε.Ο.Κ. και συμμετείχα στην Ελληνική αντιπροσωπεία επί σειρά ετών (1981-1990). Η παρέμβασή μου στις συζητήσεις τόσο στις επί μέρους ομάδες εργασίας όσο και στην ολομέλεια της Επιτροπής, για την ίδρυση και της Ειδικότητας της Περιοδοντολογίας, απέβησαν άκαρπες. Στην Ευρώπη –στις χώρες που ήταν τότε στην Ε.Ο.Κ.– δεν υπήρχε ακόμη ειδικότητα παρά μόνο στην Μ. Βρετανία, και δεν είχε ακόμη ιδρυθεί η Ευρωπαϊκή Περιοδοντολογική Εταιρεία. Έτσι χωρίς την υποστήριξη άλλων χωρών, αντιμετώπισα ισχυρή αντίδραση, από τους Έλληνες εκπροσώπους της Ελληνικής Οδοντιατρικής Ομοσπονδίας (Ε.Ο.Ο.).

Να σημειώσω εδώ ότι η Επιτροπή της Ε.Ο.Κ., δεν δέχθηκε την ίδρυση, αλλά και δεν απέρριψε την πρόταση· άφησε το θέμα ίδρυσης και άλλων ειδικοτήτων στις Εθνικές Κυβερνήσεις των Χωρών. Έτσι όταν ήλθε το θέμα στο ΚΕ.Σ.Υ., το 1986, η συζήτηση εξελίχθηκε σε μάχη γενικά για τις Οδοντιατρικές Ειδικότητες. Ισχυρά αντέδρασαν οι εκπρόσωποι της Ιατρικής για την ίδρυση της Γναθοχειρουργικής, χωρίς δυσκολία πέρασε η Ορθοδοντική.

Η ολομέλεια του ΚΕ.Σ.Υ., στην οποία συμμετείχα ως εκπρόσωπος των Οδοντιατρικών Σχολών, όμως δεν δέχθηκε την ίδρυση Ειδικότητας της Περιοδοντολογίας, παρά τις επίμονες προσπάθειές μας και την παρέμβαση με έγγραφο όλων των μελών τότε του Δ.Ε.Π. Περιοδοντολογίας (αρ. πρ. 20/20-12-1985).

Ήταν η αντίδραση σφοδρή από τους συνδικαλιστικούς οδοντιατρικούς φορείς η οποία έμελλε να συνεχισθεί κι αργότερα εντονότερη. Σ' ένα μάλιστα ανώνυμο δημοσίευμα στον Οδοντιατρικό Τύπο χαρακτήρισαν ότι το «αίτημα της ίδρυσης ειδικότητας Περιοδοντολογίας "μυρίζει" συντεχνιασμό!!»

> **«Ο σεβασμός σε ό,τι έφτιαξε η Δημιουργία και μπορεί η επιστήμη να θεραπεύει, να μη θυσιάζεται σε εύκολες λύσεις ή στο «βωμό της κερδοφορίας», γιατί τότε η επιστήμη –όπως είπε και ο Πλάτων– όταν διαχωρίζεται από την αρετή γίνεται πανουργία.»**

Έτσι άδοξα έκλεισε κι αυτή η προσπάθεια.

Εδώ θα πρέπει να πω, ότι την εποχή εκείνη άρχισε και μια κινητικότητα στην Ευρώπη.

Θα αναφερθώ σε κάποιες προσωπικές μαρτυρίες. Η Βρετανική Εταιρεία Περιοδοντολογίας με επιστολή της (4-12-84) προς την Ε.Π.Ε. μας ζητούσε να γίνει συντονισμένη προσπάθεια προς την Ε.Ο.Κ. για την ίδρυση της Ειδικότητας Περιοδοντολογίας. Επίσης το 1986, λάβαμε μία επιστολή (8-10-86), από μία Οργάνωση Περιοδοντολόγων στο Παρίσι, που ζητούσαν πληροφορίες σχετικά με την ειδικότητα της Περιοδοντολογίας και την άποψή μου. Απάντησα και ενημέρωσα ότι «υποστήριξα σθεναρά στην Επιτροπή της Ε.Ο.Κ. την αναγκαιότητα έναρξης προγραμμάτων μεταπτυχιακών σπουδών που να οδηγούν στην απόκτηση της ειδικότητας Περιοδοντολογίας –χωρίς αποτέλεσμα…»

Με την ευκαιρία αυτή έγινε ανταλλαγή επιστολών με διάφορες Ευρωπαϊκές Σχολές, και από κάποιες υπάρχουν απαντήσεις.

Μια ενδιαφέρουσα κίνηση έγινε το 1990 από τον καθ. Jan Wennström του Πανεπιστημίου του Götteborg για ένα μεταπτυχιακό πρόγραμμα Περιοδοντολογίας στην Ευρώπη. Με έγγραφό του προς τις Σχολές των Ευρωπαϊκών χωρών ζητούσε πληροφορίες και προτάσεις προκειμένου να συζητηθούν σε προσεχές συνέδριο Περιοδοντολογίας στην Ολλανδία τον Μάιο του 1990, σε ειδικό Workshop. Απαντήσαμε σε όλα τα ερωτήματα και ενημερώσαμε σχετικά για τις δικές μας προσπάθειες για την οργάνωση Π.Μ.Σ. και για την ίδρυση Ειδικότητας στην Ελλάδα. Επίσης για την ύπαρξη και δράση της Εταιρείας μας και την έκδοσή μας τα «Περιοδοντολογικά Ανάλεκτα». (Με χαρά μου είδα ότι ο καθ. Wennström, ήλθε φέτος –όπως προανέφερα– στη Σχολή μας για αξιολόγηση του προγράμματος της Σχολής μας.)

Η περίοδος αυτή που ανοίγει τη δεκαετία του 1990 συμπίπτει και με την τρίτη προσπάθεια, που έγινε, παρά την απογοήτευση που είχαμε εισπράξει από τις προηγούμενες. Όταν ολοκληρώσαμε το Π.Μ.Σ. και μετά την έγκρισή του από το Υπουργείο Παιδείας το 1989 (Π.Δ.38/16-6-89) θεωρήσαμε ότι το θέμα ήταν πλέον ώριμο για συζήτηση. Υπέβαλα τότε, ως υπεύθυνος της διδασκαλίας της Περιοδοντολογίας στη Σχολή Αθηνών, στο Υπουργείο Υγείας και στο ΚΕ.Σ.Υ, μια πλήρη τεκμηριωμένη πρόταση για την ίδρυση της ειδικότητας της Περιοδοντολογίας (έγγραφό μου της 7-11-90). Παράλληλα το ίδιο αίτημα υπέβαλε και το Δ.Σ. της Περιοδοντολογικής Εταιρείας επί Προεδρίας της Ανθ. Κηπιώτη.

Άμεση κι έντονη εκδηλώθηκε η αντίδραση της Ελληνικής Οδοντιατρικής Ομοσπονδίας (εγγ. 12-4-91) το οποίο εκφράζει ομόφωνη απόφαση αρνητική που έλαβε στις 22-2-91. Αυτό είχε ως αποτέλεσμα να ματαιωθεί κάθε συζήτηση στο ΚΕ.Σ.Υ. και το Υπουργείο και να αναχαιτισθεί η προώθηση για την ίδρυση της Ειδικότητας. Η άποψη της Συντεχνίας κάλυπτε όλες τις άλλες.

Έτσι άδοξα έκλεισε κι αυτή μας η προσπάθεια.

Το θέμα όμως παραμένει ανοικτό, κι απ' όσα πληροφορούμαι εξακολουθεί να βρίσκεται στους στόχους, για την ολοκλήρωση της αναβάθμισης της Περιοδοντολογίας.

Εμείς στο θέμα αυτό αποτύχαμε!!! Δεν γνωρίζω αν κάτι περισσότερο ή διαφορετικό θα μπορούσε να γίνει, ίσως όμως ακόμα οι συνθήκες στο επάγγελμα δημιουργούσαν αντιδράσεις που μας ξεπερνούσαν.

Όταν όμως χάνεται μια μάχη δεν σημαίνει ότι χάνεται κι ο πόλεμος!!

Σήμερα που εσείς παραλάβατε τη σκυτάλη, μπορείτε να συνεχίσετε και να πετύχετε εκεί που εμείς αποτύχαμε. Οι συνθήκες είναι ευνοϊκότερες για να προχωρήσετε με νέα επιχειρήματα, με νέες δυνάμεις για νέες κατακτήσεις.

- Η επιτυχής εκπαίδευση του Π.Μ.Σ. κι η απόκτηση του μεταπτυχιακού τίτλου αποτελεί ένα ισχυρό «χαρτί» (ατού), στον αγώνα σας.

Το δυναμικό υπάρχει, οι προϋποθέσεις έχουν θεμελιωθεί και οι εμπειρίες από το παρελθόν βοηθούν, γι' αυτόν τον αγώνα.

- Στις χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης η κατάσταση είναι πολύ διαφορετική και υπάρχει μια δυνατή Ευρωπαϊκή Περιοδοντολογική Εταιρεία σύμμαχος στον αγώνα. Από τον εκπρόσωπο της Εταιρείας μας στην E.F.P. και πρώην Πρόεδρο της Εταιρείας μας τον Γ. Μπαλτά ενημερώθηκα ότι η E.F.P. δραστηριοποιείται για να επιτύχει την αναγνώριση της Ειδικότητας της Περιοδοντολογίας στο πλαίσιο της Ε.Ε.

- Πιστεύω ότι κι όσοι με πείσμα αντέδρασαν μέχρι τώρα θα έχουν κατανοήσει σήμερα, ότι σε τίποτα δεν προστάτεψαν και ούτε ωφέλησαν το οδοντιατρικό επάγγελμα. η αναβάθμιση της Περιοδοντολογίας δεν αναχαιτίσθηκε και σε τίποτα δεν έβλαψε, αντίθετα ωφέλησε, το οδοντιατρικό επάγγελμα και προσέφερε κοινωνικά.

Είμαι βέβαιος ότι θα πετύχετε, αν προχωρήσετε ενωμένοι, με συναίνεση, μεθοδικότητα και συλλογική προσπάθεια.

Οστεοενσωματωμένα Οδοντικά Εμφυτεύματα

Πιστεύω θάταν παράλειψη αν δεν ανέφερα στις κατακτήσεις αυτού του χρονικού της Περιοδοντολογίας, και τα **οδοντικά εμφυτεύματα,** όπου η Περιοδοντολογία έπαιξε έναν πρωταρχικό ρόλο για την ορθή εφαρμογή στον Ελληνικό χώρο και στη διδασκαλία γενικότερα.

Με απόφαση της Σχολής της Αθήνας, το 1990, λειτούργησε η Μονάδα Εμφυτευμάτων, με τη συνεργασία της Περιοδοντολογίας, της Γναθοχειρουργικής και της Προσθετικής, υπό τη Διεύθυνσή μου.

Το θέμα ξεκίνησε μετά από μια επικοινωνία που είχαμε με την Εταιρεία Nobelfarma, η οποία χειριζόταν με αποκλειστικότητα το σύστημα Brannemark και με την Οδοντιατρική Σχολή του Götteborg, όπου λειτουργούσε και η Κλινική των Εμφυτευμάτων.

Ήταν από τα πρώτα συστήματα εμφυτευμάτων το οποίο είχε καθιερωθεί ως το πλέον επιστημονικό και το οποίο είχε εισαχθεί σε πολλές Οδοντιατρικές Σχολές της Ευρώπης και Αμερικής. Αργότερα εμφανίστηκαν κι άλλα πολλά.

Η εταιρεία Nobelfarma βοήθησε στην Οδοντιατρική Σχολή μας για την εφαρμογή του συστήματος Brannemark, τόσο για τον εξοπλισμό τον οποίο δώρισε στη Σχολή μας, όσο και για την τεχνική εκπαίδευση, ιδιαίτερα του βοηθητικού προσωπικού. προσωπικά δέχθηκα πρόσκληση και παρηκολούθησα στο Gotteborg ειδικό σεμινάριο για την εφαρμογή των εμφυτευμάτων.

Δημιουργήσαμε με απόφαση της Σχολής ομάδα από τα τρία γνωστικά αντικείμενα (Περιοδοντολογία, Γναθοχειρουργική και Προσθετική) η οποία είχε την ευθύνη για την επιλογή των περιπτώσεων, τον σχεδιασμό, την εφαρμογή σε όλες τις φάσεις και την παρακολούθηση. Η ομάδα λειτούργησε σε χώρο που σχεδιάσθηκε κατάλληλα στη Νέα Πτέρυγα της Σχολής, και δώσαμε το όνομα Μονάδα Οστεοενσωματωμένων Οδοντικών Εμφυτευμάτων (Μ.Ο.Ο.Ε.).

Η Μονάδα λειτούργησε επιτυχώς, μέχρι την αποχώρησή μου το 1994, με τη συνεργασία της Nobelfarma και των αρμόδιων τμημάτων και έτσι συνέχισε.

Το θέμα των εμφυτευμάτων εντάχθηκε και στη διδασκαλία. Στο σύγγραμμα «Περιοδοντολογία», το οποίο εξέδωσα το 1990, υπάρχει ειδικό κεφάλαιο το οποίο έγραψαν ο καθ. U. Lecholm, της Κλινικής Brannemark της Σχολής του Gotteborg μαζί με τον Πάνο Παπαπάνο, όπου τότε υπηρετούσε εκεί και σήμερα είναι καθηγητής Περιοδοντολογίας στο Πανεπιστήμιο Columbia της Νέας Υόρκης.

Αποχώρησα με την ικανοποίηση ότι αυτή τη νέα κατάκτηση της Οδοντιατρικής, την ξεκινήσαμε στη Σχολή μας, στην εκπαίδευση και την κλινική πράξη με σωστές κατευθύνσεις.

Από τότε παρακολουθώ με ενδιαφέρον αλλά δεν σας κρύβω και με κάποια ανησυχία την πορεία αυτής της νέας κατάκτησης της Εμφυτευματολογίας στο οδοντιατρικό επάγγελμα σε σχέση πάντα με την Περιοδοντολογία.

Το «δόγμα» της θεραπευτικής που εμείς ζήσαμε με τις αλόγιστες εξαγωγές των δοντιών το οποίο κυριάρχησε στην εποχή της «φατνιακής πυόρροιας» –γιατί τότε δεν μπορούσαν να τα θεραπεύσουν– ανησυχώ και ελπίζω να μην επανέλθει το ίδιο " δόγμα" για δόντια που η Περιοδοντολογία σήμερα μπορεί να σώσει και να διατηρήσει.

Ο σεβασμός σε ό,τι έφτιαξε η δημιουργία και μπορεί η επιστήμη να θεραπεύει, να μη θυσιάζεται σε εύκολες λύσεις ή στο «βωμό της κερδοφορίας», γιατί τότε η επιστήμη –όπως είπε και ο Πλάτων– όταν διαχωρίζεται από την αρετή γίνεται πανουργία.

Εδώ ανοίγεται ένα άλλο γενικότερο μεγάλο θέμα, Ηθικο-Δεοντολογικής θεώρησης, για το οποίο ο κύριος ελεγκτής είναι η συνείδησή μας κι όχι μόνο.

Αυτό όμως, αν και δεν είναι άσχετο, ξεφεύγει από το σημερινό μας θέμα.

Και κλείνοντας, θάθελα να σας πω: ας μη ξεχνάμε ποτέ ότι στη ζωή μας, μέσα από την επιστήμη και το επάγγελμα που διακονούμε, όλοι κρινόμαστε και θα κριθούμε, όχι για αυτά που πετύχαμε για τον εαυτό μας, αλλά για την προσφορά μας στο σύνολο και την κοινωνία.

Σας ευχαριστώ

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.

ΝΕΟ

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

ΝΕΟ

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

Τα Μυστικά του Στόματος...

Γιώργος Χ. Λάσκαρης
Στοματολόγος. Ιατρός - Οδοντίατρος
Αν. Καθηγητής Στοματολογίας Ιατρικής Σχολής Παν. Αθηνών
Επισκέπτης Καθηγητής Παν. Λονδίνου
Ιδρυτής & Διευθυντής Στοματολογικού Τμήματος Νοσ. «Α. Συγγρός» (1971-2008)
Πρόεδρος Ελληνικής Εταιρείας Κλινικής Στοματολογίας

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

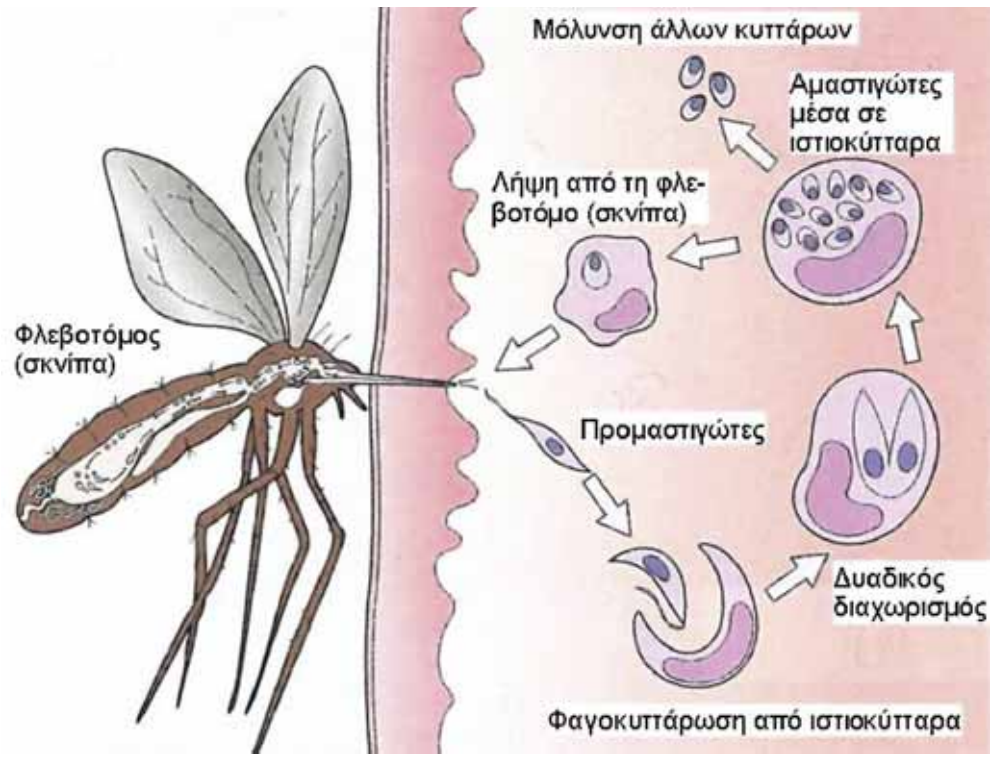
ΔΕΡΜΑΤΙΚΗ ΛΕΪΣΜΑΝΙΑΣΗ: Εκδηλώσεις στο δέρμα και το στόμα

Η λεϊσμανίαση είναι χρόνια παρασιτική λοίμωξη που προσβάλλει τον άνθρωπο και διάφορα ζώα. Οφείλεται σε μόλυνση από πρωτόζωα της οικογένειας των τρυπανοσωμιδών που καλούνται Λεϊισμάνιες. Έχουν απομονωθεί πάνω από 15 στελέχη λεϊσμάνιας. Στον άνθρωπο μεταδίδεται με τσίμπημα μολυσμένου κουνουπιού (σκνίπα) του γένους Phlebotomus και Lutzomyia. Η νόσος έχει παγκόσμια κατανομή με ιδιαίτερη προτίμηση τη Νότια Αμερική, περιοχές της Ασίας και Αφρικής, και τη λεκάνη της Μεσογείου. Στη χώρα μας η νόσος ενδημεί στην Κρήτη, ιδιαίτερα στα Χανιά, σε βαθμό που η νόσος είναι γνωστή και με το όνομα «Χανιώτικο», και την Εύβοια.

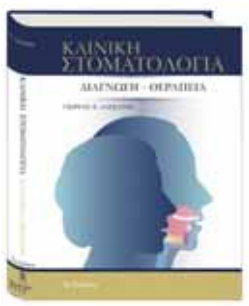
Η λεϊσμανίαση ταξινομείται σε 3 βασικές μορφές που οφείλονται σε αντίστοιχα στελέχη του παρασίτου:
α) τη δερματική,
β) τη δερματοβλεννογόνια, και
γ) τη σπλαχνική ή καλά-αζάρ. Η δερματική μορφή είναι η πιο συχνή στην Ελλάδα και παρουσιάζει ενδιαφέρον για το Δερματολόγο και το Στοματολόγο. Ιδιαίτερο ενδιαφέρον έχει η νόσος για το Στοματολόγο λόγω της συχνής εμφάνισης στο πρόσωπο, την περιστοματική περιοχή και τα χείλη, σε βαθμό που πρέπει να την συμπεριλάβει στον κατάλογο των νόσων του στόματος που απαιτούν διαφορική διάγνωση.

Η λεϊσμανίαση είναι λοιμώδης νόσος με ευρύ φάσμα κλινικών εκδηλώσεων, που οφείλεται σε διάφορα στελέχη του πρωτόζωου του γένους Leishmania. Η νόσος είναι ευρέως διαδεδομένη σε ολόκληρο τον κόσμο, αφού υπολογίζεται ότι πάνω από 12 εκατομμύρια άνθρωποι είναι μολυσμένοι με το παράσιτο, ενώ οι νέες μολύνσεις κάθε χρόνο υπολογίζονται σε 400.000. Η λεϊσμανίαση ταξινομείται σε 3 βασικές κλινικές ποικιλίες: α) τη δερματική λεϊσμανίαση ή έκφυμα της Ανατολής, που οφείλεται στη Leishmania tropica, β) τη σπλαχνική λεϊσμανίαση ή καλά-αζάρ, που οφείλεται στη Leishmania donovani, και γ) τη δερματοβλεννογόνια λεϊσμανίαση, που οφείλεται στη Leishmania brasiliensis. Επιπλέον, υπάρχουν πολλές υποποικιλίες. Περίπου το 80-90% της δερματικής μορφής της νόσου καταγράφεται σε ορισμένες περιοχές της Ασίας, της Αφρικής, τη Νότια Αφρική και τη λεκάνη της Μεσογείου. Στη χώρα μας, η πιο συχνή μορφή είναι η δερματική λεϊσμανίαση, που ενδημεί σε ορισμένες περιοχές, κυρίως στην Κρήτη, την Εύβοια και την υπόλοιπη νησιωτική χώρα, και μεταδίδεται στον άνθρωπο με τσίμπημα σκνίπας, του γένους Phlebotomus και Lutzomyia. Το παράσιτο υπάρχει σε 2 μορφές, την προμαστιγωτή και την αμαστιγωτή. Η πρώτη βρίσκεται στο έντερο της σκνίπας και είναι εξωκυττάριος και η δεύτερη βρίσκεται στον άνθρωπο-ξενιστή και είναι ενδυκυττάριος. Η σκνίπα προσλαμβάνει το παράσιτο τσιμπώντας μολυσμένους ανθρώπους και ζώα. Μετά από μία περίοδο επώασης που κυμαίνεται από 8-20 ημέρες οι λεϊσμάνιες συγκεντρώνονται στο σάλιο της σκνίπας που στη συνέχεια μολύνει ανθρώπους και ζώα (Σχήμα 1). Τα τελευταία χρόνια έχουν παρατηρηθεί στη χώρα μας αρκετές περιπτώσεις λεϊσμανίασης σε ανοσοκατασταλμένους ασθενείς και με AIDS. Η βλάβη εντοπίζεται, κυρίως, στο πρόσωπο και τα ακάλυπτα μέρη του σώματος. Στην περιοχή του στόματος είναι πολύ σπάνια, με εξαίρεση τα χείλη.

Κλινικά, στο σημείο ενοφθαλμισμού του παρασίτου σχηματίζεται μικρή βλατίδα διαμέτρου 3-4 χιλ., που σιγά-σιγά μεγαλώνει και δημιουργείται φύμα ή οζίδιο, χρώματος ερυθρού ή ερυθρόφαιου (Εικ. 1). Στη συνέχεια, η βλάβη ελκούται και καλύπτεται από εφελκίδα, ενώ η



Σχήμα 1: Κύκλος ζωής λεϊσμάνιας.
Οι προμαστιγώτες πολλαπλασιάζονται στο έντερο της φλεβοτόμου (σκνίπας) και στη συνέχεια μεταναστεύουν στην προβοσκίδα, μολύνοντας νέους ανθρώπους (ελήφθη από το βιβλίο Dermatology 2008, Bolognie et al., τροποποιηθέν).



ΒΙΒΛΙΟΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ

ΓΙΩΡΓΟΣ Χ. ΛΑΣΚΑΡΗΣ:
ΚΛΙΝΙΚΗ ΣΤΟΜΑΤΟΛΟΓΙΑ ΔΙΑΓΝΩΣΗ – ΘΕΡΑΠΕΙΑ
σελ. 730, έγχρωμες εικόνες 1003
Ιατρικές Εκδόσεις Λίτσας, Αθήνα 2012

Συνηθίζουμε να λέμε ότι «Μια εικόνα ισοδυναμεί με χίλιες λέξεις». Όταν λοιπόν ένα βιβλίο περιλαμβάνει 1003 εξαίσιες εικόνες, πραγματικά έργα τέχνης, οι οποίες μάλιστα συνοδεύονται από ένα λιτό μεν, περιεκτικό δε και άριστα οργανωμένο κείμενο, τότε αναγνώστη, να είσαι βέβαιος ότι κρατάς στα χέρια σου ένα κορυφαίο συγγραφικό δημιούργημα. Ένα τέτοιο πόνημα ανεκτίμητης αξίας, είναι η 3η Έκδοση της «Κλινικής Στοματολογίας: Διάγνωση – Θεραπεία» του Γιώργου Χ. Λάσκαρη. Θεωρώ πράγματι πολύ τυχερούς τους απανταχού στον κόσμο Οδοντιάτρους, Ιατρούς αλλά και φοιτητές των αντίστοιχων Σχολών, που έχουν στη διάθεσή τους μια τέτοια ανεκτίμητη πηγή γνώσης στο πεδίο της Στοματολογίας (είμαι βέβαιος ότι και αυτό το έργο του συγγραφέα θα μεταφρασθεί και σε πάρα πολλές άλλες γλώσσες).

Η «Κλινική Στοματολογία» στη νέα έκδοση του 2012, μετά από τη σύντομη εισαγωγική αναφορά στη Διαγνωστική και Θεραπευτική Προσέγγιση, περιλαμβάνει 43 κεφάλαια που πραγματεύονται με εύληπτο και διδακτικό τρόπο τις φυσιολογικές μεταβολές του στόματος, τις δυσπλασίες, τις βλάβες από ποικίλα αίτια μηχανικά, χημικά κ.λ.π., τα διάφορα νοσήματα των ούλων, της γλώσσας και των χειλέων, τις διάφορες λοιμώξεις του στόματος, τις κοκκιωματώδεις νόσους, τις εκδηλώσεις από το στόμα των αυτοάνοσων νοσημάτων, των ανοσοανεπαρκειών, ποικίλων γενετικών νοσημάτων, αλλά και νοσημάτων του αίματος, του δέρματος, του πεπτικού συστήματος, των νεφρών, των ενδοκρινών αδένων και του περιφερικού νευρικού συστήματος, καθώς και του μεταβολισμού και της ανεπάρκειας βιταμινών. Σε άλλα κεφάλαια παρατίθενται σημαντικές και σύγχρονες πληροφορίες για τις προκαρκινικές βλάβες και καταστάσεις, τα ποικίλα καλοήθη και κακοήθη νεοπλάσματα, ενώ τέλος θεωρώ άριστη επίσης την έμπνευση του κ. Λάσκαρη να συμπεριλάβει δύο παραρτήματα, το πρώτο για την ταξινόμηση των βλαβών και νόσων του στόματος ανάλογα με τη μορφολογία και το χρώμα τους και το δεύτερο για τη βιοψία και την κλινική διαδικασία και τις τεχνικές λήψης της.

Όλα αυτά τα κεφάλαια, που αφορούν στα νοσήματα του στόματος ή τις εκδηλώσεις σε αυτό ποικίλων συστηματικών νοσημάτων, συνοδεύονται όπως προείπα από τα φωτογραφικά αριστουργήματα της μηχανής Nikon Medical του αιώνια πιστού συντρόφου, του Γιώργου Λάσκαρη και από ένα πρωτότυπα διατεταγμένο και μεστό πληροφοριών κείμενο. Το τελευταίο περιλαμβάνει τα βασικά χαρακτηριστικά και εισαγωγικές γνώσεις για την κάθε νόσο, την κλινική της εικόνα, τη διαφορική διάγνωση με τη μορφή πινάκων, τις απαραίτητες εργαστηριακές εξετάσεις και βεβαίως τη θεραπεία.

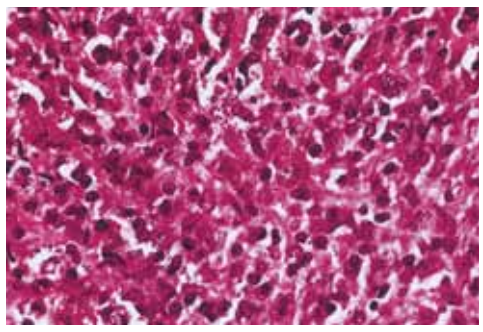
Το να συγχαρώ τον Γιώργο Λάσκαρη, γι΄αυτήν τη νέα προσφορά του στον Επιστημονικό κόσμο της χώρας μας και όχι μόνο, είναι το ελάχιστο που μπορώ να κάνω. Εύχομαι από καρδιάς, το βιβλίο αυτό να διαβαστεί από όσο το δυνατόν περισσότερους Οδοντιάτρους και Ιατρούς, γιατί ένα είναι βέβαιο, ότι αυτοί που θα ωφεληθούν περισσότερο, είναι οι ασθενείς μας. Αυτοί τελικώς θα σας ευγνωμονούν «Καθηγητά κύριε Λάσκαρη», γιατί αυτούς ευεργετείτε.

Χρήστος Κίττας
Καθηγητής Ιατρικής Σχολής Παν/μίου Αθηνών
Πρώην Πρύτανης Εθνικού και Καποδιστριακού Πανεπιστημίου Αθηνών

Εικ. 1: Λεϊσμανίαση στο δέρμα της παρειάς.

Εικ. 2: Λεϊσμανίαση στο δέρμα της μύτης.

Εικ. 3: Λεϊσμανίαση στο ερυθρό κράσπεδο του άνω χείλους.



Εικ. 4: Ιστολογική εικόνα λεϊσμανίασης δέρματος. Παρατηρείται διήθηση του χορίου από φλεγμονώδη στοιχεία με παρουσία ιστιοκυττάρων που περιέχουν λεϊσμάνιες (αμαστιγωτή μορφή).
**(ελήφθη από το "Pathology of the skin with Clinical Correction", Elsevier-Mosby, 2008).*

γύρω περιοχή φλεγμαίνει (Εικ. 2). Η έλκωση έχει ανώμαλη περιφέρεια και βλαστικό πυθμένα, μπορεί να πάρει μεγάλες διαστάσεις και συνοδεύεται από ήπιο, συνήθως, πόνο. Τα χείλη και οι συγχειλίες αποτελούν τις πιο συχνές θέσεις εντόπισης της νόσου στο στόμα που συνήθως εκδηλώνεται με τη μορφή όγκου ή έλκους (Εικ. 3). Η διάγνωση στηρίζεται στο ιστορικό, την κλινική εικόνα και την εργαστηριακή επιβεβαίωση. Η κλινική διαφορική διάγνωση περιλαμβάνει πληθώρα νόσων του στόματος και του δέρματος που βρίσκονται ταξινομημένα στους Πίνακες 1 και 2.

Η διάγνωση επιβεβαιώνεται με εντόπιση του παρασίτου μετά από βιοψία. Ιστολογικά παρατηρείται φλεγμονώδης αντίδραση από λεμφοκύτταρα καθώς και μακροφάγα (ιστιοκύτταρα) εντός των οποίων ανευρίσκεται το παράσιτο σε υψηλές συγκεντρώσεις (Εικ. 4). Οι χρώσεις Giemsa, Wright και Feulgen είναι πιο αποκαλυπτικές. Επιπλέον, η δερματική δοκιμασία με αντιγόνο του πρωτόζωου (Leishman reaction ή Montenegro skin test) είναι θετική πάνω από 90% των ασθενών. Καλλιέργεια επίσης του παρασίτου είναι θετική σε ποσοστό 40%. Τέλος, η αντίδραση PCR θεωρείται η πιο αξιόπιστη διαγνωστική τεχνική για τον καθορισμό της ακριβούς ποικιλίας λεϊσμάνιας.

Φάρμακο πρώτης επιλογής είναι το πεντασθενές αντιμόνιο (meglumine antimoniate και sodium stibogluconate). Χορηγείται ενδομυϊκά ή ενδοφλέβια σε δοσολογία 20-30 mg/kg την ημέρα για 3-4 εβδομάδες, ιδιαίτερα σε σοβαρές μορφές της νόσου. Επιπλέον, έχουν χρησιμοποιηθεί συστηματικά η ιτρακοναζόλη και η κετοκοναζόλη. Τοπικά, έχουν χρησιμοποιηθεί ανθελονοσιακά φάρμακα και κορτικοστεροειδή. Χειρουργική εξαίρεση ή κρυοθεραπεία γίνεται μόνο σε πολύ μικρές βλάβες.

Συμπερασματικά, τα κουνούπια μας προβληματίζουν ιατρικά πολλές φορές μεταφέροντας στον άνθρωπο λοιμώδεις νόσους (ελονοσία, νόσος Lyme, μυϊάση, ιογενείς νόσοι κ.α.) περιλαμβανομένης και της λεϊσμανίασης. Ο ενδημικός χαρακτήρας της δερματικής λεϊσμανίασης σε ορισμένες περιοχές της Ελλάδος και η συχνή εμφάνιση της νόσου στο δέρμα του προσώπου, την περιστοματική περιοχή και τα χείλη, απαιτούν γνώση της νόσου από το Στοματολόγο ώστε να υποψιάζεται τη νόσο και να την τοποθετεί στο στόχαστρο της διαφορικής διάγνωσης.

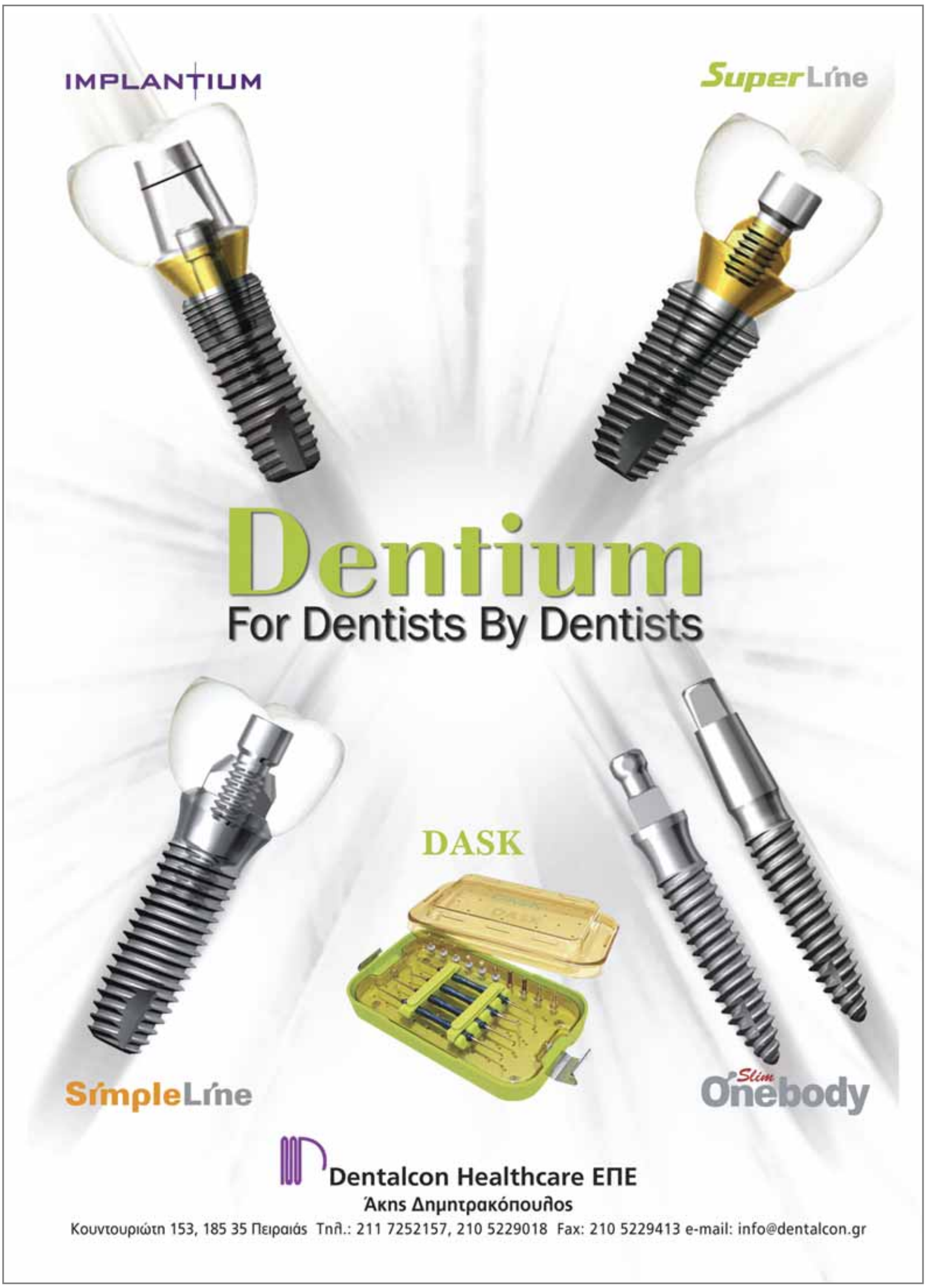
Η ιατρική και ο ασθενής απαιτούν σωστή διάγνωση και αποτελεσματική θεραπεία σε κάθε νόσο, συχνή ή σπάνια.

Πίνακας 1
Διαφορική διάγνωση Λεϊσμανίασης χείλους

- Ακανθοκυτταρικό καρκίνωμα
- Τραυματικό έλκος
- Έρπης
- Συφιλιδικό έλκος
- Φυματικό έλκος
- Σαρκοείδωση
- Συστηματικές μυκητιάσεις
  - ιστοπλάσμωση
  - κρυπτοκόκκωση
  - μουκορμύκωση
  - ασπεργίλωση
- Μη-Hodgkin λέμφωμα

Πίνακας 2
Διαφορική διάγνωση Λεϊσμανίασης δέρματος

- Βασικοκυτταρικό καρκίνωμα
- Ακανθοκυτταρικό καρκίνωμα
- Μολυσματικό κηρίο
- Δήξη εντόμου
- Λέπρα
- Φυματώδης λύκος
- Σύφιλη
- Σαρκοείδωση
- Δισκοειδής ερυθηματώδης λύκος
- Παρασιτική κνήφη
- Μη-Hodgkin λέμφωμα
- Κοκκιωμάτωση Wegener
- Συστηματικές μυκητιάσεις



Ανταύγειες Οδοντικής Αισθητικής

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

και όχι μόνο...

Αισθητική Περιστοματικής Περιοχής

Η γήρανση είναι μια μη αναστρέψιμη διαδικασία, που μεταξύ των άλλων τροποποιεί και την εμφάνιση του δέρματος. Με το πέρασμα του χρόνου το κολλαγόνο του δέρματος τείνει να απορροφάται από τον ίδιο τον οργανισμό. Το δέρμα γίνεται εύθρυπτο, σκληρό και ανελαστικό. Η ηλικία, οι ορμόνες, η έκθεση στο ηλιακό φως και το κάπνισμα διαδραματίζουν σημαντικό ρόλο σ' αυτή τη διαδικασία.

Η ανελαστικότητα του δέρματος οφείλεται στην απώλεια μεγάλων ποσοτήτων νερού. Υπολογίζεται ότι ανά 20ετία η ποσότητα του νερού μειώνεται κατά 30%.

Αποτέλεσμα όλων αυτών είναι η εικόνα της «κουρασμένης» όψης, με την εμφάνιση ρυτίδων, πτυχώσεων και αυλάκων στην περιστοματική περιοχή και το μέτωπο.

Ο οργανισμός μας δεν έχει προνοήσει και φυσικά δεν διαθέτει μηχανισμό αναπλήρωσης της υγρασίας του δέρματος και κατ' επέκταση την επαναφορά σε προηγούμενη νεανικότερη κατάσταση, κάτι που μπορεί να γίνει μόνο με τεχνικά μέσα. Εκεί, δηλαδή, που η φύση αδυνατεί να εκπληρώσει αυτή την επιθυμία του ανθρώπου, έρχεται η ιατρική να το πράξει, με τις δικές της γνώσεις και τα τεχνολογικά μέσα, που σήμερα διαθέτει.

Υαλουρονικό οξύ

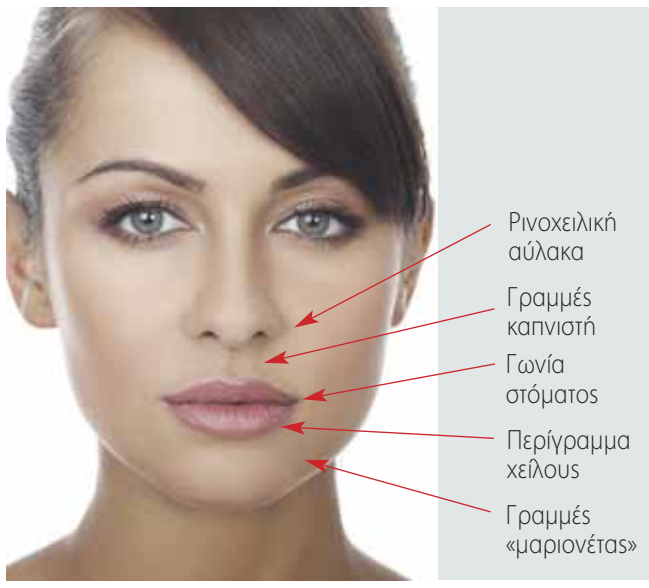
Η πλήρωση των ρυτίδων και των αυλάκων της περιστοματικής περιοχής (ρινοπορειακές αύλακες, ρινοχειλικές αύλακες, γραμμές καπνιστή, αύλακες «μαριονέτας») γίνεται με τη βοήθεια του υαλουρονικού οξέος και με την τεχνική της ενέσιμης θεραπείας.

Το υαλουρονικό οξύ είναι ένας φυσικός πολυσακχαρίτης, αποτελεί βασικό συστατικό του δέρματος, στο οποίο προσθέτει όγκο. Ως φυσικό συστατικό του δέρματος προσφέρει εντυπωσιακό αποτέλεσμα, είναι 100% απορροφήσιμο και απόλυτα ασφαλές. Συμβάλει στην ενυδάτωση του δέρματος, επειδή, παρά το μικρό του βάρος, έχει την ικανότητα να δεσμεύει μεγάλες ποσότητες υγρασίας (έως και 1.000 φόρες το βάρος του). Διατηρεί την ελαστικότητα του δέρματος, καθώς έχει υπολογιστεί ότι ένα μόριο υαλουρονικού οξέος αυξάνει κατά 20 φορές τον όγκο του.

Επιπλέον, βοηθάει στον σχηματισμό νέων κυττάρων, συμβάλλει στην παραγωγή κολλαγόνου και προστατεύει τα κύτταρα από τις ελεύθερες ρίζες.

Καθημερινά, το ένα τρίτο του υαλουρονικού οξέος χάνεται και αναπληρώνεται. Μετά την ηλικία των 40 ετών αρχίζει η μείωση της ποσότητάς του. Ένας ακόμη παράγοντας μείωσής του είναι η δράση του ενζύμου υαλουρονιδάση, που το οδηγεί σε διάσπαση.

Η χρησιμοποίησή του στην αισθητική του προσώπου ξεκίνησε ουσιαστικά πριν οκτώ χρόνια, όταν ο Αμερικανικός Οργανισμός Φαρμάκων (FDA) έδωσε την έγκριση. Σύντομα έγινε ιδιαίτερα δημοφιλές και σήμερα το βλέπουμε ως δραστικό συστατικό και στη σύνθεση καλλυντικών προϊόντων.



Εικ. 1: Περιοχές του προσώπου όπου μπορεί να χρησιμοποιηθεί το υαλουρονικό οξύ.

Εφαρμογή

Η εφαρμογή του, για την πλήρωση των αυλάκων της περιστοματικής περιοχής, γίνεται πάντα υπό τοπική αναισθησία, ώστε να είναι τελείως ανώδυνη.

Η τοποθέτησή του είναι απλή, γρήγορη και απόλυτα ασφαλής, αφού δεν προκαλεί αλλεργικές αντιδράσεις.

Οι όποιες μικρές εκχυμώσεις που μπορεί να παρατηρηθούν σε ευαίσθητα δέρματα, υποχωρούν σε δύο-τρεις ημέρες. Φυσικά, η έναρξη χρησιμοποίησής του απαιτεί θεωρητική και πρακτική (κλινική) εκπαίδευση και απόκτηση εμπειρίας.

Το αποτέλεσμα, το οποίο γίνεται εμφανές μετά την πρώτη εβδομάδα, δεν είναι μόνιμο και διαρκεί 12-14 μήνες.

Η εφαρμογή του αντενδείκνυται σε ασθενείς που παίρνουν φάρμακα τα οποία προκαλούν διαταραχές στην πήξη του αίματος, σε αυτούς που στο παρελθόν εμφάνισαν αλλεργία σε προϊόντα υαλουρονικού οξέος και σε ασθενείς που πάσχουν από αυτοάνοσα νοσήματα.

Σήμερα έχουν αναπτυχθεί πολλοί τύποι υαλουρονικού οξέος κατάλληλοι για κάθε είδος προβλήματος και τύπου δέρματος. Οι περιοχές του προσώπου, που μπορεί να εφαρμοστεί το υαλουρονικό οξύ είναι: Εικ. 1.

- Οι ρινοπαρειακές και ρινοχειλικές αύλακες
- Οι γραμμές του καπνιστή
- Τα χείλη, αφενός για την τόνωση του περιγράμματος και αφετέρου για την αύξηση του όγκου
- Οι γωνίες του στόματος και οι γραμμές «μαριονέτας»
- Το ζυγωματικό τόξο
- Ο συνολικός όγκος προσώπου

Περιστατικά

Στις εικόνες 2, 3, 4 παρουσιάζοντα τρία περιστατικά γυναικών ηλικίας 50 – 60 ετών, που αντιμετωπίστηκαν, για την βελτίωση της αισθητικής των μαλακών μορίων της περιστοματικής περιοχής, με την τεχνική ενέσιμης θεραπείας με υαλουρονικό οξύ.

Εικ. 2

Εικ. 3

Εικ. 4

«Αποκατάσταση δοντιών με εκτεταμένη απώλεια ιστών»: Πρακτικό Σεμινάριο της Εταιρείας Σύγχρονης Οδοντιατρικής

Όλα όσα πρέπει να γνωρίζετε για τα χρησιμοποιούμενα υλικά και τις τεχνικές

Η Εταιρεία Σύγχρονης Οδοντιατρικής υπηρετώντας τις αρχές της δια βίου εκπαίδευσης συνεχίζει τον κύκλο των επιστημονικών της εκδηλώσεων, διοργανώνοντας Πρακτικό Σεμινάριο Οδοντικής Χειρουργικής με θέμα «Αποκατάσταση δοντιών με εκτεταμένη απώλεια ιστών», το οποίο θα πραγματοποιηθεί το Σάββατο, 16 Φεβρουαρίου του 2013 στο ξενοδοχείο Crowne Plaza.

Με αφορμή την διεξαγωγή της επιστημονικής εκδήλωσης, το «Ο.Β» φιλοξενεί την Επίκουρη Καθηγήτρια Οδοντικής Χειρουργικής του Εθνικού και Καποδιστριακού Πανεπιστημίου Αθηνών, κα. **Χαρίκλεια Παξιμαδά**, σε μια συνέντευξη που επιχειρεί να δώσει το «στίγμα» του σεμιναρίου.

Γράφει η **Ηλιάνα Γιαννούλη** δημοσιογράφος

Κυρία Παξιμαδά, καταρχήν μιλήστε μας σχετικά με το θέμα του σεμιναρίου. Τι πρέπει να προσδοκά ο οδοντίατρος που θα συμμετάσχει στην εκδήλωση;

Το σεμινάριο που θα γίνει στις 16 Φεβρουαρίου του 2013, αναφέρεται στην αποκατάσταση δοντιών με εκτεταμένη απώλεια οδοντικών ιστών. Θα αναφερθούμε σε περιστατικά που η αποκατάσταση της μύλης απαιτεί τοποθέτηση άξονα και στην συνέχεια μια προσθετική αποκατάσταση, αλλά και σε περιστατικά που η αντιμετώπιση μπορεί να γίνει με πιο συντηρητικές τεχνικές, και συγκεκριμένα με πολυμερή υλικά και συγκόλληση στους εναπομείναντες οδοντικούς ιστούς

Η δύσκολή περίοδος που διανύουμε στην χώρα μας, απαιτεί περισσότερο από ποτέ την προσαρμογή μας στα οικονομικά δεδομένα της εποχής, ενώ παράλληλα η παροχή υπηρεσιών προς τους ασθενείς μας πρέπει να είναι σωστή επιστημονικά αλλά και να δίνει λύσεις στα αισθητικά τους προβλήματα με τον καλύτερο δυνατό τρόπο.

Η παρουσίαση εναλλακτικών σχεδίων θεραπείας, προσαρμοσμένων στις ανάγκες, στις επιθυμίες και στις δυνατότητες των ασθενών μας, αλλά και η δυνατότητα εφαρμογής τους στην κλινική πράξη από εμάς, τώρα είναι περισσότερο επιβεβλημένη.

Ποια υλικά χρησιμοποιούνται για την αποκατάσταση δοντιών με εκτεταμένες απώλειες και μέσω ποιων τεχνικών;

Ο τρόπος που θα αποκατασταθεί ένα δόντι με εκτεταμένη απώλεια ιστών, εξαρτάται απολύτως από την ποσότητα των εναπομεινάντων οδοντικών ιστών.

Εάν το εναπομένον τμήμα είναι μικρότερο από το 40% του συνολικού όγκου της μύλης του δοντιού τότε θα πρέπει να χρησιμοποιηθεί κάποιος άξονας για την αποκατάστασή του. Η επιλογή του άξονα, δηλαδή εάν θα είναι χυτός ή προκατασκευασμένος, επίσης εξαρτάται από την ποσότητα των ιστών της μύλης που έχουν παραμείνει. Ένα καθοριστικό στοιχείο, από το οποίο θα εξαρτηθεί η επιλογή του άξονα, είναι το ferrule effect, δηλαδή η ποσότητα των εναπομεινάντων ιστών στην αυχενική περιοχή του δοντιού.

Στον χώρο των προκατασκευασμένων αξόνων οι περισσότερο χρησιμοποιούμενοι σήμερα είναι οι άξονες με υαλονήματα και πολυμερή υλικά. Στην διεθνή βιβλιογραφία υπάρχουν πολλά δεδομένα για την κλινική τους συμπεριφορά και φαίνεται ότι έχουν πλεονεκτήματα έναντι των μεταλλικών προκατασκευασμένων.

Μια τόσο μεγάλη απώλεια ιστών απαιτεί συνήθως στην συνέχεια ολική κάλυψη της μύλης του δοντιού με στεφάνη.

Όταν, όμως η απώλεια των οδοντικών ιστών είναι μικρότερη , τότε η αποκατάσταση μπορεί να γίνει με πολυμερή υλικά, με ή χωρίς άξονα, και την διαδικασία της συγκόλλησης στην αδαμαντίνη και οδοντίνη που έχουν απομείνει στην μύλη του δοντιού. Στα οπίσθια δόντια οι έμμεσες αποκαταστάσεις , ένθετα –επένθετα, από πολυμερή υλικά κερδίζουν συνεχώς έδαφος έναντι των κεραμικών αποκαταστάσεων.

Στο πρακτικό σεμινάριο του Φεβρουαρίου, θα συζητήσουμε για την επιλογή αξόνων, τα πλεονεκτήματα και τα μειονεκτήματα της κάθε κατηγορίας, αλλά και για την κλινική τους συμπεριφορά που άμεσα ενδιαφέρει τον κλινικό. Επίσης για την επιλογή άμεσων ή έμμεσων αποκαταστάσεων σύνθετης ρητίνης στα οπίσθια δόντια καθώς και για τις τεχνικές παρασκευής τους.Το σημαντικότερο, όμως, είναι ότι, οι συνάδελφοι που θα συμμετέχουν, θα εφαρμόσουν στην πράξη αυτές τις τεχνικές.

Αναφορικά με τις άμεσες οι έμμεσες αποκαταστάσεις οπισθίων, μπορούμε να πούμε ότι υπερισχύει αυτή τη στιγμή μια συγκεκριμένη τεχνική;

Η απόφαση για άμεση ή έμμεση αποκατάσταση σύνθετης ρητίνης στα οπίσθια δόντια, εξαρτάται πάλι από την έκταση απώλειας των οδοντικών ιστών. Όταν η βλάβη περιλαμβάνει και φύμα ή φύματα του δοντιού, τότε η έμμεση τεχνική είναι προτιμότερη.

Τα πλεονεκτήματα είναι ότι, υπάρχει η δυνατότητα καλύτερης διαμόρφωσης στο εκμαγείο από ότι στο το στόμα του ασθενή, καλύτερη απόδοση του σημείου επαφής, που αποτελεί πρόβλημα στην κλινική πράξη, γίνεται καλύτερος πολυμερισμός του υλικού και η συνολική συστολή του όγκου της ρητίνης είναι μικρότερη, αφού ο πολυμερισμός γίνεται σε μικρές ποσότητες και εκτός στόματος.

Στο σεμινάριο θα παρουσιαστεί, και στην συνέχεια θα εφαρμοστεί από τους συμμετέχοντες, η ημιάμεση τεχνική παρασκευής ενθέτων και επενθέτων σύνθετης ρητίνης. Σύμφωνα με αυτή την τεχνική έχει την δυνατότητα ο οδοντίατρος να φτιάξει μόνος του το επένθετο στο ιατρείο του, χωρίς παρεμβολή οδοντοτεχνικού εργαστηρίου, γλυτώνοντας χρόνο και χρήματα για τον ίδιο αλλά και για τον ασθενή του.

Ποια είναι η πορεία αυτών των οδοντικών αποκαταστάσεων;

Οι έμμεσες αποκαταστάσεις σύνθετης ρητίνης σε εκτεταμένες κοιλότητες στα οπίσθια δόντια, έχουν καλύτερη κλινική συμπεριφορά από τις άμεσες, όπως φαίνεται από τα κλινικοστατιστικά δεδομένα. Οι μελέτες δεν είναι πολλές για την συγκεκριμένη τεχνική, την ημιάμεση κατασκευή ενθέτων-επενθέτων, όμως η δυνατότητα της άμεσης παρασκευής και τοποθέτησης δίνει πλεονεκτήματα στην αντιμετώπιση περιστατικών με εκτεταμένη απώλεια οδοντικών ιστών.

Απαιτείται κάποια ειδική προεργασία στα δόντια, πριν γίνουν οι αποκαταστάσεις;

Όταν η αποκατάσταση του δοντιού απαιτεί την τοποθέτηση άξονα, απαραίτητη προϋπόθεση είναι η ύπαρξη σωστής ενδοδοντικής θεραπείας. Εάν η υπάρχουσα θεραπεία δεν είναι σωστή, θα πρέπει να επαναληφθεί πριν προχωρήσουμε στην τελική αποκατάσταση του δοντιού. Πολλές φορές απαιτείται η σκόπιμη ενδοδοντική θεραπεία του δοντιού, ακόμα και εάν ο πολφός είναι ζωντανός, αλλά οι εναπομείναντες ιστοί δεν διασφαλίζουν συγκράτηση στην αποκατάσταση που θα ακολουθήσει.

Στις περιπτώσεις που η τελική αποκατάσταση θα γίνει με σύνθετη ρητίνη, η ποσότητα της διαθέσιμης αδαμαντίνης, και μάλιστα στα όρια της αποκατάστασης, είναι πολύ σημαντική. Η συγκράτηση αυτών των αποκαταστάσεων στηρίζεται στην συγκόλληση με τους οδοντικούς ιστούς. Γνωρίζουμε ότι ο δεσμός με την αδαμαντίνη είναι πιο ισχυρός και πιο αξιόπιστος από αυτόν με την οδοντίνη. Η σωστή συγκόλληση στα όρια μιας αποκατάστασης έχει μεγάλη σημασία για την πορεία της στον χρόνο, αλλά και για την διατήρηση της ζωτικότητας του δοντιού, όταν μιλάμε για δόντια με ζωντανό πολφό.

Σε οπίσθια δόντια με εκτεταμμένη απώλεια ιστών αλλά ζωντανό πολφό, η τοποθέτηση μιας συγκολλούμενης αποκατάστασης από σύνθετη ρητίνη είναι η πλέον ενδεικνυόμενη θεραπεία με σεβασμό στην αποκοπή οδοντικών ιστών.

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

Αξιόπιστος σχεδιασμός γέφυρας

Κοχλιούμενη επιεμφυτευματική γέφυρα: Μια ακίνητη αποκατάσταση που περιλαμβάνει και κατασκευή τεχνητών ούλων.

Cesare Ferri, Ρώμη/Ιταλία

Η προσεκτική ανάλυση όλων των παραμέτρων που επηρεάζουν την αποκατάσταση αποτελεί τη βάση για έναν σχεδιασμό υψηλής ακρίβειας και για την επίτευξη ενός αξιόπιστα προβλέψιμου θεραπευτικού αποτελέσματος. Ο ταυτόχρονος συνδυασμός με το ενδεδειγμένο σχέδιο θεραπείας επιτρέπει στους οδοντιάτρους να κατασκευάζουν αποκαταστάσεις, οι οποίες θα αντέξουν στη δοκιμασία του χρόνου.

Η κατασκευή μιας επιεμφυτευματικής προσθετικής αποκατάστασης αποτελεί μια δύσκολη πρόκληση τόσο για τους οδοντιάτρους, όσο και για τους οδοντοτεχνίτες. Όσο καλοδεχούμενες και αν είναι τέτοιες προκλήσεις, είναι πιθανό να οδηγήσουν σε απρόβλεπτες επιπλοκές και σε υποχρεωτικούς συμβιβασμούς, υποβαθμίζοντας το αποτέλεσμα και απογοητεύοντας τον ασθενή. Όλα τα παραπάνω μπορούν να αποφευχθούν με προσεκτικό σχεδιασμό πριν από την έναρξη της αποκαταστατικής διαδικασίας. Μια ορθά προγραμματισμένη παρέμβαση βασίζεται σε λεπτομερή συλλογή διαγνωστικών στοιχείων, η οποία θα πρέπει να περιλαμβάνει τις ακόλουθες παραμέτρους: δομή και ποιότητα οστού, γενική κατάσταση υγείας του ασθενή, κλινική εικόνα περιοδοντίου, προσδοκίες του ασθενή, καθώς και καταγραφή των αισθητικών και λειτουργικών αναγκών που υπάρχουν και χρήζουν αποκατάστασης.

> Ο σχεδιασμός «μακράς πνοής» αποτελεί το κλειδί για μια συντονισμένη αλληλουχία κλινικών σταδίων και τελικά για μια επιτυχημένη αποκατάσταση.

Ένα πλήθος μεταβλητών μπορεί να επηρεάσει σημαντικά το κόστος και την ποιότητα της τελικής αποκατάστασης. Στο περιστατικό που ακολουθεί παρουσιάζεται η προσέγγισή μας προκειμένου να επιτύχουμε μια επιεμφυτευματική αποκατάσταση στην άνω γνάθο. Ο ενδελεχής προεγχειρητικός σχεδιασμός, τόσο της χειρουργικής όσο και της προσθετικής φάσης και η εφαρμογή του τελικού σχεδίου θεραπείας σε έναν χειρουργικό νάρθηκα, κατασκευασμένο με τεχνική CAD/CAM, μας επιτρέπει να καταλήξουμε σε επιλογές που ικανοποιούν όλα τα εμπλεκόμενα μέρη. Η εργασία αυτή εστιάζει στο τεχνικό κομμάτι, που αφορά στην υλοποίηση μιας «γέφυρας τύπου Torondo» - κοχλιούμενη επιεμφυτευματική αποκατάσταση – και περιλαμβάνει τη χρήση τεχνητών δοντιών και την ανακατασκευή των ούλων, με τη βοήθεια ενός εργαστηριακού πολυμερούς στο χρώμα των μαλακών ιστών.

Παρουσίαση περιστατικού

Άνδρας ασθενής, ηλικίας 45 ετών, παρουσιάστηκε στο ιατρείο μας με σοβαρό περιοδοντικό, λειτουργικό και αισθητικό πρόβλημα (Εικ. 1). Η κατάσταση ήταν τόσο σοβαρή, ώστε έγινε εξαγωγή όλων των άνω δοντιών. Στην κάτω γνάθο υπήρχαν επίσης σοβαρά προβλήματα και ανάγκη αποκατάστασης, αλλά η θεραπεία αναβλήθηκε για οικονομικούς και ψυχολογικούς λόγους.

Χειρουργική φάση

Μετά από την ολοκλήρωση της αρχικής συνέντευξης, έγινε διαγνωστικό κέρωμα στο εργαστήριο – ώστε να οπτικοποιηθεί το προτεινόμενο αισθητικό, φωνητικό και λειτουργικό αποτέλεσμα. Το κέρωμα χρησιμοποιήθηκε στη συνέχεια ως βάση για τον σχεδιασμό της προσθετικής φάσης και για τη δημιουργία του ακτινογραφικού νάρθηκα. Ο ακτινογραφικός νάρθηκας χρησιμοποιήθηκε από τον ασθενή κατά τη διάρκεια του ακτινογραφικού ελέγχου. Τα τρισδιάστατα δεδομένα που πήραμε από τις ακτινογραφίες και ο προσθετικός σχεδιασμός έδωσαν τη δυνατότητα στον θεράποντα να καθορίσει την ακριβή θέση τοποθέτησης των εμφυτευμάτων προεγχειρητικά, μέσω του ειδικού σχεδιαστικού λογισμικού. Ο χειρουργικός νάρθηκας, που κατασκευάστηκε με τεχνική CAD/CAM, διευκόλυνε την τοποθέτηση των εμφυτευμάτων κατά τη διάρκεια της χειρουργικής φάσης (Εικ. 2).

Εικ. 1: Προεγχειρητική εικόνα: Ο ασθενής παρουσιάστηκε στο ιατρείο μας με σοβαρό περιοδοντικό, λειτουργικό και αισθητικό πρόβλημα.

Εικ. 2: Ο χειρουργικός νάρθηκας που κατασκευάζεται με τεχνική CAD/CAM διευκολύνει την ορθή τοποθέτηση των εμφυτευμάτων.

Εικ. 3: Το εκμαγείο με τα εμφυτεύματα και τα γωνιώδη στηρίγματα.

Εικ. 4: Η σύνταξη σε κερί (εκ νέου απόδοση αισθητικής και λειτουργίας).

Εικ. 5: Ένα κλειδί από γύψο χρησιμοποιήθηκε για τη διατήρηση της ενδοστοματικής κατάστασης. Το συγκεκριμένο εργαλείο βοηθά στην οπτικοποίηση του χώρου που απαιτείται για τον σκελετό.

Εικ. 6: Η τρισδιάστατη κατασκευή έγινε με εξαχνούμενη ρητίνη.

Προσθετική φάση – κατασκευή σκελετού

Μετά από την ολοκλήρωση της οστεοενσωμάτωσης των εμφυτευμάτων, ξεκίνησε η προσθετική φάση. Κατασκευάστηκε εκμαγείο με υλικό απομίμησης μαλακών ιστών (μάσκα ούλων) [Εικ. 3] και έγινε ανάρτηση σε αρθρωτήρα με τη βοήθεια καταγραφής. Κατά τη δημιουργία του κέρινου ομοιώματος του σκελετού, απαιτούνται λίγα μόνο βήματα, αφού το σχήμα, η θέση και οι διαστάσεις της προσθετικής αποκατάστασης έχουν ήδη καθοριστεί, κατά τη διαδικασία του διαγνωστικού κερώματος (Εικ. 4).

Ελέγχθηκαν οι αισθητικές και λειτουργικές παράμετροι του κερώματος και καθορίστηκε ο σχεδιασμός του σκελετού της «τρισδιάστατης κατασκευής». Για τον έλεγχο κατά τη διάρκεια κατασκευής του σκελετού χρησιμοποιήθηκε κλειδί από γύψο τύπου IV (Εικ. 5). Η υποστηρικτική δομή κατασκευάστηκε από εξαχνούμενη ρητίνη (Εικ. 6), λαμβάνοντας υπόψη όλες τις παραμέτρους [σταθερότητα δομής, συγκράτηση, απαραίτητος χώρος].

Υπάρχουν δύο μέθοδοι για την κατασκευή του μεταλλικού σκελετού:

1. Συμβατική διαδικασία χύτευσης
2. Ψηφιακή κατασκευή με τεχνική CAD/CAM

Το ποια από τις δύο θα χρησιμοποιηθεί εξαρτάται από πολλούς παράγοντες. Οι περιορισμοί στη σύγχρονη τεχνολογία μας υποχρέωσαν να ακολουθήσουμε τη συμβατική διαδικασία χύτευσης (Εικ. 7). Επιλέξαμε το κράμα Colado® CC, το οποίο προσφέρει μακροχρόνια σταθερότητα σε επιεμφυτευματικές αποκαταστάσεις. Ακόμα και όταν χρησιμοποιείται «συμβατική»

Tetric EvoFlow®

Η λεπτόρρευστη σύνθετη ρητίνη

Λεπτόρρευστη όταν πρέπει.
Σταθερή όπως απαιτείται.

- **Ιδανική σύσταση** για όλες τις ενδείξεις συνθέτων ρητινών.
- **Η No 1 σε πωλήσεις λεπτόρρευστη σύνθετη ρητίνη** στην Ευρώπη.
- **Η δοκιμασμένη ποικιλία αποχρώσεων** περιλαμβάνει τρεις νέες αποχρώσεις.

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

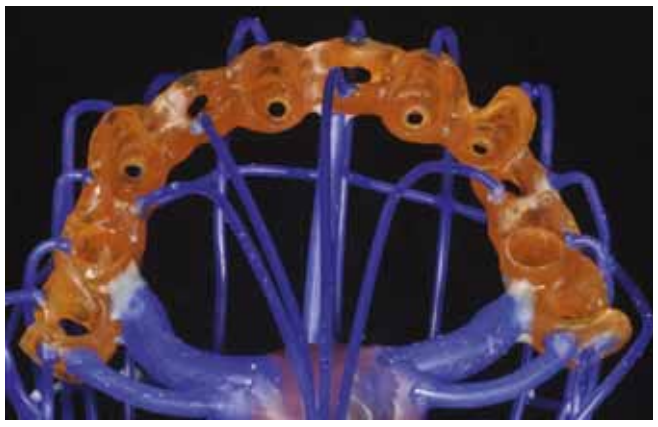
Επίσημοι διανομείς:
Ελλάδας:

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
• 1 χλμ Λεωφ. Μαρκοπούλου / 190 02 Παιανία / τηλ: 211 10 22 900 /
• 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



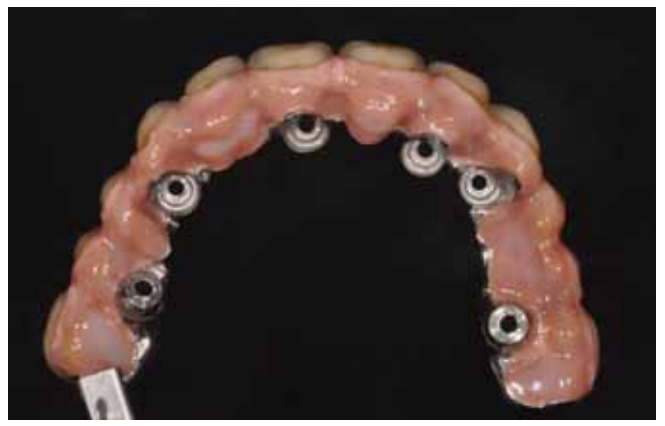
Εικ. 7: Τοποθέτηση αγωγών κατά την έναρξη της διαδικασίας χύτευσης.

Εικ. 8: Ο σκελετός εφαρμόζει με ακρίβεια στα στηρίγματα.

Εικ. 9: Αδιαφανής ακρυλική ρητίνη σε απόχρωση ούλων εφαρμόστηκε σε συγκεκριμένες περιοχές.

Εικ. 10: Εφαρμογή υλικών απομίμησης μαλακών ιστών.

Εικ. 11: Προσεκτική ολοκλήρωση της αποκατάστασης από ρητίνη.



Εικ. 12: Η βάση της ολοκληρωμένης αποκατάστασης.

διαδικασία, ο σκελετός θα πρέπει πάντα να κατασκευάζεται σύμφωνα με τα νεώτερα επιστημονικά δεδομένα και σύμφωνα με τις ενδείξεις, που υποστηρίζονται από βιβλιογραφική τεκμηρίωση (Εικ. 8).

Προσθετική φάση – ολοκλήρωση

Στο επόμενο στάδιο, εφαρμόστηκαν τα υλικά αισθητικής επικάλυψης. Η αντοχή στην κόπωση και η αντίσταση του σκελετού μπορούν να αυξηθούν με μικρο-αμμοβόληση των επιφανειών, η οποία γίνεται με προσεκτικά ελεγχόμενη διαδικασία, πριν από την τοποθέτηση των αισθητικών υλικών. Επιπροσθέτως, οι επιφάνειες υπέστησαν χημική κατεργασία με πάστα αδιαφάνειας, σε απόχρωση ούλων, από τη νέα σειρά των εργαστηριακών πολυμερών υλικών SR Nexco®, ώστε να εξασφαλιστεί σταθερός, υψηλής αντοχής δεσμός. Ένας ακόμα στόχος, ήταν βεβαίως η επίτευξη βέλτιστου επιπέδου συγκόλλησης των προκατασκευασμένων ακρυλικών δοντιών. Για τον σκοπό αυτόν, οι επιφάνειες συγκόλλησης υπέστησαν κατεργασία σύμφωνα με τις οδηγίες χρήσης του υλικού SR Nexco Paste, ώστε να έχουμε βέλτιστο χημικό δεσμό.

Διαδικασία:

- Προσεκτική αμμοβόληση του σκελετού με Al_2O_3, υπό πίεση 2-3 bar (29-44 psi).
- Απομάκρυνση των υπολειμμάτων του υλικού αμμοβόλησης με ρεύμα αέρα χωρίς έλαια.
- Εφαρμογή συγκολλητικού παράγοντα SR Connect, ο οποίος αφήνεται να δράσει για τρία λεπτά.
- Φωτοπολυμερισμός σε φούρνο Lumamat® 100.
- Επιβεβαίωση πλήρους αφαίρεσης του στρώματος αναστολής πολυμερισμού.

Τα δόντια πολυμερίστηκαν επάνω στον σκελετό σύμφωνα με τη σύνταξη.

Αδιαφανής ακρυλική ρητίνη εφαρμόστηκε σε συγκεκριμένες περιοχές, ώστε να εξασφαλιστούν μικρές εσοχές (Εικ. 9). Επιπλέον, το υλικό αυτό απορροφά μέρος των δυνάμεων από τα δόντια, αυξάνοντας έτσι την αντοχή της αποκατάστασης. Ένα ακόμα πλεονέκτημα αποτελεί το γεγονός ότι η ποσότητα της ρητίνης, που είναι απαραίτητη για την περιοχή των ούλων, είναι μειωμένη.

Μετά από την ολοκλήρωση των προπαρασκευαστικών σταδίων, η επιφάνεια καλύφθηκε με ένα στρώμα ροζ ρητίνης (SR Nexco Gingiva) και ακολούθησε εφαρμογή και άλλων στρωμάτων ρητίνης, σε διάφορες αποχρώσεις και διαφάνειες, σύμφωνα με τη διαδικασία που αναφέρθηκε παραπάνω. Προκειμένου να επιτύχουμε αρμονική και φυσική ροζ απόχρωση, οι πιθανές δυσχρωμίες καλύφθηκαν με Nexco Stains clear. Η μέθοδος αυτή μας επέτρεψε να έχουμε το επιθυμητό αποτέλεσμα άμεσα και γρήγορα (Εικ. 10). Μετά από την ολοκλήρωση της κατασκευής των ούλων, τα υλικά υπέστησαν τελικό φωτοπολυμερισμό σε φούρνο (Lumamat 100 / 11 λεπτά).

Εικ. 13 και 14: Η φυσική γυαλιστερή επιφάνεια της ρητίνης SR Nexco και των γύρω υλικών απομίμησης των ούλων υποστηρίζουν το εξατομικευμένο αισθητικό αποτέλεσμα.

Εικ. 15: Ολοκληρωμένη προσθετική ανακατασκευή: η αποκατάσταση, που κατασκευάσθηκε από εργαστηριακή ρητίνη, καλύπτει τις αισθητικές και λειτουργικές απαιτήσεις του περιστατικού.

Κατά τη διάρκεια της επαναδιαμόρφωσης, της ολοκλήρωσης και της στίλβωσης της αποκατάστασης θα πρέπει να αποφεύγεται η υπερθέρμανση των περιστροφικών εργαλείων. Αυτό είναι ιδιαίτερα σημαντικό για τα σημεία μετάβασης από τον σκελετό στη ρητίνη (Εικ. 11 και 12). Η φυσική γυαλιστερή επιφάνεια των υλικών ολοκληρώνει το υψηλής ποιότητας αποτέλεσμα (Εικ. 13 – 15). Η αισθητική, η φώνηση και η λειτουργία της αποκατάστασης ελέγχθηκαν πριν από την τοποθέτηση στο στόμα του ασθενή. Σύμφωνα με την παραπάνω λογική, είχαμε κατά νου ότι θα έπρεπε να γίνει σύντομα και η προσθετική αποκατάσταση της κάτω γνάθου.

Επανέλεγχος

Η φροντίδα και η συντήρηση της προσθετικής αποκατάστασης συνιστά το τελευταίο, αλλά εξίσου σημαντικό στάδιο της θεραπείας. Οι επανέλεγχοι έγιναν αρχικά μετά από 4 μήνες και στη συνέχεια μετά από 6 μήνες, ως τμήμα του αποκαταστατικού σχεδίου θεραπείας. Οι συχνοί επανέλεγχοι εξυπηρετούν την επανεγκατάσταση και τη διατήρηση της βιολογικής, λειτουργικής και αισθητικής ακεραιότητας του στοματογναθικού συστήματος, σε βάθος χρόνου.

Θα ήθελα να ευχαριστήσω τον Dr Ferdinando D'Avenia από την Πάρμα (Ιταλία) για τις κλινικές φωτογραφίες.

Στοιχεία επικοινωνίας:
Cesare Ferri
Via Avegno, 69
00165 Rome
Italy
cesareferri@hotmail.it

Tetric EvoCeram®

Η σύνθετη ρητίνη

Τεκμηριωμένη **απόδοση, εξαιρετική** αισθητική

- **Τεκμηριωμένη κλινική συμπεριφορά** με περισσότερες από 100 εκατομμύρια αποκαταστάσεις παγκοσμίως.
- **Μεγάλος χρόνος εργασίας** χάρη στον κατοχυρωμένο φωτοκαταλύτη.
- **Φυσική απόδοση αποχρώσεων** για αποτελέσματα υψηλής ποιότητας.

www.ivoclarvivadent.com

Ivoclar Vivadent AG

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

Επίσημοι διανομείς:

Ελλάδας:

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

• 1 χλμ Λεωφ. Μαρκοπούλου / 190 02 Παιανία / τηλ: 211 10 22 900 /

• 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

Biodentine™ - Ανασκόπηση

Dr Till Dammaschke, Επίκουρος Καθηγητής, DDM, Πανεπιστήμιο του Munster, Γερμανία

Το Biodentine™ είναι μια καινοτόμος βιολογικά ενεργή κονία, η οποία φέρει παρόμοιες μηχανικές ιδιότητες με την οδοντίνη και μπορεί να χρησιμοποιηθεί ως υποκατάστατο της οδοντίνης στη μύλη και τη ρίζα του δοντιού.
Η κονία κυρίως αποτελείται από σκόνη πυριτικού τριασβεστίου και διασβεστίου, η οποία αναμιγνύεται με υδατικό διάλυμα χλωριούχου ασβεστίου.
Όσο αφορά τη βιοσυμβατότητα, τη μακρόχρονη αδιαπερατότητα, τις αντιμικροβιακές ιδιότητες, την προαγωγή αναγέννησης σκληρού οδοντικού ιστού, τη σταθερότητα, τη μη-απορροφησιμότητα και την ευκολία χρήσης, το Biodentine™ εκπληρώνει όλες τις απαιτήσεις που περιγράφονται βιβλιογραφικά για υλικά κατάλληλα για το σκοπό αυτό.
Βασιζόμενο στις καλές μηχανικές ιδιότητες του Biodentine™, η κονία αυτή αποτελεί μια ενδιαφέρουσα εναλλακτική στα συμβατικά υλικά που μέχρι τώρα προτείνονταν. Γι'αυτό το Biodentine™ δίνει πλεονεκτήματα στην καθημερινή οδοντιατρική πράξη και με την ορθή διάγνωση, συνεισφέρει στη μακρόχρονη διατήρηση της ζωτικότητας του οδοντικού πολφού και τη διατήρηση του δοντιού στον οδοντικό φραγμό.
Όμως λίγες επιστημονικές μελέτες υπάρχουν προς το παρόν. Η ακτινοσκιερότητα του υλικού θα πρέπει να βελτιωθεί.

Εισαγωγή

Με το Biodentine™ (Septodont, Saint-Maur-des-Fosses, Γαλλία), μια καινοτόμο βιολογικά ενεργή κονία πρόσφατα εισήχθη στην οδοντιατρική αγορά ως υλικό αποκατάστασης της οδοντίνης. Το Biodentine™ μπορεί συγχρόνως να χρησιμοποιηθεί στη μύλη του δοντιού και στην περιοχή της ρίζας: στη μύλη του δοντιού ως ουδέτερο στρώμα, προσωρινό εμφρακτικό υλικό, για τη θεραπεία εν τω βάθει τερηδόνων, σε αυχενικές εμφράξεις, για την άμεση ή έμμεση κάλυψη του πολφού και σε πολφοτομές. Στην περιοχή της ρίζας το Biodentine™ μπορεί να χρησιμοποιηθεί για τη θεραπεία διατρήσεων του ριζικού σωλήνα ή του εδάφους του πολφικού θαλάμου, σε εσωτερικές ή εξωτερικές απορροφήσεις, σε διάτρηση ακρορριζίου και ως εμφρακτικό υλικό για την ανάστροφη έμφραξη του ριζικού σωλήνα. Από την άλλη πλευρά το Biodentine™ λειτουργεί ως υποκατάστατο οδοντίνης (στην περιοχή της μύλης ω ουδέτερο στρώμα), ενώ διατηρεί τη ζωτικότητα του πολφού ή προάγει την αναγέννηση του σκληρού οδοντικού ιστού, συμβάλλοντας συγχρόνως δημιουργία τριτοταγούς οδοντίνης και αναγέννηση του οστού, πχ. μετά από ακρορριζεκτομή.
Το Biodentine™ αποτελείται από σκόνη σε κάψουλα και υγρό σε φιαλίδιο (Εικ.1α). Η σκόνη περιέχει πυριτικό τριασβέστιο και διασβέστιο, το κύριο συστατικό της κονίας Portland, και ανθρακικό ασβέστιο. Το διοξείδιο του ζιρκονίου χρησιμοποιείται ως μέσο αντίθεσης στον ακτινογραφικό έλεγχο. Το υγρό είναι υδατικό διάλυμα χλωριούχου ασβεστίου όπου προστίθεται πολυκαρβοξύλιο. Σκόνη και υγρό αναμειγνύονται για 30 δευτερόλεπτα σε συσκευή δόνησης. Κατά τη διάρκεια πήξης της κονίας σχηματίζεται υδροξείδιο του ασβεστίου. Το Biodentine™ μπορεί να επεξεργαστεί για περίπου 12 λεπτά κατά τη φάση της πήξης του και έχει παρόμοια σύσταση με εκείνη της οξυφωσφορικής κονίας (Εικ.1β).
Κατά τη διάρκεια της πήξης του η κονία δεν θα πρέπει να επεξεργαστεί με περιστροφικά εργαλεία και να έρθει σ'επαφή με το νερό. Το Biodentine™ μπορεί να τοποθετηθεί στην κοιλότητα με εργαλείο γουταπέρκας ή συμπυκνωτήρες υπό ελαφρά πίεση και αν είναι απαραίτητο μασητικά διαμορφώνεται η οδοντική μορφολογία με εργαλεία χειρός. Το Biodentine™ δεν πρέπει να στιλβωθεί. Με την έντονη πίεση ή την υπερβολική επεξεργασία καταστρέφεται η δημιουργία κρυστάλλων στη δομή του, που έχει ως αποτέλεσμα της μείωση της αντοχής του υλικού.

Εικ.1α: Το Biodentine™ (Septodont, Saint-Maur-des-Fosses, Γαλλία) αποτελείται από σκόνη πυριτικού τριασβεστίου και διασβεστίου σε κάψουλα και υδατικό διάλυμα χλωριούχου ασβεστίου σε φιαλίδιο.

Εικ.1β: Μετά την κατάλληλη ανάμιξη, το Biodentine™ που λαμβάνεται από τη κάψουλα, εμφανίζει παρόμοια σύσταση με την οξυφωσφορική κονία.

Απαιτήσεις

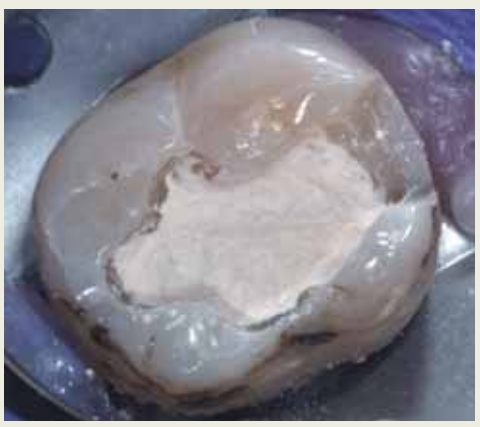
Ένα κατάλληλο υλικό που ενδείκνυται για περιπτώσεις οι οποίες περιγράφονται στην εισαγωγή θα πρέπει να έχει τις ακόλουθες ιδιότητες:

- Βιοσυμβατότητα,
- Εξασφάλιση της απόλυτης έμφραξης των ορίων της αποκατάστασης, ιδιαιτέρως με το μοριακό δεσμό της με την οδοντίνη,
- Έχει βακτηριοστατική δράση ή τουλάχιστον δεν προάγει την ανάπτυξη των βακτηριδίων,
- Προκαλεί τη δημιουργία σκληρού οδοντικού ιστού,
- Σταθερότητα,
- Αδιαλυτότητα,
- Μη-απορροφησιμότητα,
- Δεν έχει ευαισθησία στην υγρασία,
- Εύκολο στη χρήση του και
- Ακτινοσκιερότητα

(Motsch 1990, Carr και Bentkover 1998, Dammaschke 2007, Stropko 2009)
Δυστυχώς μέχρι στιγμής δεν έχει αναπτυχθεί

Παράδειγμα άμεσης κάλυψης πολφού

Εικ.2α: Ιατρογενής αποκάλυψη πολφού κατά τη διάρκεια παρασκευής της κοιλότητας και την καθολική αφαίρεση της τερηδόνας στο 46 δόντι ενός 48 χρόνων ασθενή.



Εικ.2β: Το Biodentine™ τοποθετείται για την άμεση κάλυψη του πολφού και ως ουδέτερο στρώμα για την αποκατάσταση της οδοντίνης. Η κονία εφαρμόζεται στην κοιλότητα με συμπυκνωτήρα υπό ελαφρά πίεση. Κατά τη διάρκεια πήξης του δεν θα πρέπει να επεξεργαστεί με περιστροφικά εργαλεία και θα πρέπει να αποφευχθεί η επαφή του με το νερό.

Εικ.2γ: Μετά τη σκλήρυνση του Biodentine™ στα 12 λεπτά, η κοιλότητα καλύπτεται στην ίδια συνεδρία με σύνθετη ρητίνη (Ceram X, Dentsply DeTray, Konstanz) σε συνδυασμό με αυτοαδροποιούμενο συγκολλητικό παράγοντα οδοντίνης (Optibond XTR, Kerr, Bioggio, Ελβετία).

Εικ.2δ: Ένα χρόνο μετά την άμεση κάλυψη, η ακτινογραφία δεν εμφανίζει παθολογικά ευρήματα ακρορριζικά στο 46. Όμως ένα μειονέκτημα του Biodentine™ φαίνεται στην ακτινογραφία: η ακτινοσκιερότητα της κονίας είναι παρόμοια με της οδοντίνης, οπότε η επίστρωση του Biodentine™ δεν είναι ευδιάκριτη απ'την οδοντίνη κάτω από την έντονη ακτινοσκιερότητα της σύνθετης ρητίνης.

κάποιο υλικό που να ικανοποιεί όλες αυτές τις απαιτήσεις (Motsch 1990, Carr και Bentkover 1998, Stropko 2009). Έτσι στο παρελθόν πολλά διαφορετικά υλικά προτείνονταν: για τη διατήρηση της ζωτικότητας του πολφού σκευάσματα με βάση το υδροξείδιο του ασβεστίου (εναιωρήματα και σκληρές κονίες), κονίες οξειδίου του ασβεστίου και ευγενόλης, παράγοντες συγκόλλησης και σκευάσματα σε συνδυασμό κορτιζόνης/αντιβιοτικού (Duda και Dammaschke 2008), για τη θεραπεία στην περιοχή της οδοντίνης ρίζας (ανάστροφη έμφραξη ριζικού σωλήνα, επιδιόρθωση διάτρησης κτλ.) αμάλγαμα, ενισχυμένες κονίες οξειδίου ψευδαργύρου και ευγενόλης (IRM, Super-EBA), υαλοϊονομερείς κονίες και σύνθετες ρητίνες (Carr και Bentkover 1998, Bodrumlu 2007, Stropko 2009). Τα τελευταία χρόνια, το μίγμα τριοξειδίων μετάλλων (MTA), μια λεπτόκοκκη κονία Portland (Dammaschke et al. 2005), μελετήθηκε για αυτές τις εφαρμογές. Φάνηκε ότι το MTA ελάττωσε αρκετά την κυτταροτοξική συμπεριφορά και έδωσε καλύτερα αποτελέσματα όσον αφορά στις ιδιότητες του υλικού, τη βιοσυμβατότητα και την προστασία σε μικροδιείσδυση και επίσης κλινικά καλύτερα αποτελέσματα συγκριτικά με τα παραδοσιακά υλικά (Roberts et al. 2008, Dammaschke et al. 2010). Όμως εκτός από τις θετικές του ιδιότητες, το MTA είχε κάποια μειονεκτήματα: ο τρόπος χειρισμού του ήταν δύσκολος, ο χρόνος πήξης του εκτεταμένος, οι μετρήσεις στην αντοχή συμπίεσης και κάμψης είναι αξιοσημείωτα χαμηλότερες από εκείνες της οδοντίνης και πρόκειται για ένα αρκετά ακριβό προϊόν.

Εκτίμηση

Όπως περιγράφηκε, το κατάλληλο υλικό για τους σκοπούς αυτούς θα πρέπει να εξυπηρετεί διάφορες απαιτήσεις. Το Biodentine™ θα εξεταστεί στη συνέχεια για το αν η κονία μπορεί μα καλύψει αυτές τις απαιτήσεις.

Βιοσυμβατότητα

Οι Laurent et al (2008) σύγκριναν τη βιοσυμβατότητα του Biodentine™ με εκείνη του ProRoot MTA και τη σκληρή κονία σαλικυλικού εστέρα υδροξειδίου του ασβεστίου (Dycal) σε διάφορες εργαστηριακές δοκιμές. Στη δοκιμασία Ames' σε τέσσερα διαφορετικά στελέχη του βακτηρίου Salmonella typhimurium δεν ανιχνεύτηκε κάποια μετάλλαξη μετά την επαφή του με το Biodentine™. Επίσης μια εργαστηριακή μικροπυρηνική δοκιμή έδειξε ότι δεν υπήρχαν δομικές χρωμοσωματικές αλλαγές στα ανθρώπινα λεμφοκύτταρα. Ακόμη οι ανθρώπινοι πολφικοί ινοβλάστες δεν εμφάνισαν σημαντικές αλλαγές στο DNA στην ηλεκτροφόρηση πήγματος ενός κυττάρου (Δοκιμασία Comet). Η πιθανότητα τοξικότητας του Biodentine™ ελέχθηκε σε ινοβλάστες ποντικιών και ανθρώπινων πολφικών ινοβλαστών με τη δοκιμασία MTT. Το ποσοστό θνησιμότητας των κυττάρων ήταν το ίδιο χαμηλό όπως στο ProRoot MTA, το οποίο είναι γνωστό για τη βιοσυμβατότητά του. Το Dycal ήταν σημαντικά τοξικότερο από το Biodentine™ ή το MTA ($p<0.001$). Συμπερασματικά το Biodentine™ είναι βιοσυμβατό υλικό, το οποίο δε δείχνει σημεία κυτταροτοξικότητας, γονοτοξικότητας ή μετάλλαξης. Η κονία δεν εμφανίζει ανεπιθύμητες αντιδράσεις στην κυτταρική διαφοροποίηση ή σε συγκεκριμένες κυτταρικές λειτουργίες (Laurent et al 2008).

Για την εξασφάλιση μακρόχρονης απόφραξης των ορίων της κοιλότητας με μοριακό δεσμό με την οδοντίνη

Φάνηκε ότι στην οδοντίνη το Biodentine™ προκαλεί αλκαλική διάβρωση (καυστική αδροποίηση) στους σκληρούς ιστούς, η οποία κατευθύνει στη «ζώνη μεταλλικών αλληλεπιδράσεων». Επίσης παρατηρείται η διάχυση του Biodentine™ στα 10-20μm μέσα στα οδοντινοσωληνάρια. Έτσι σχηματίζεται μικρομηχανική συγκράτηση με τις δοκίδες μετάλλων του Biodentine™ στα οδοντινοσωληνάρια η οποία συμβάλλει στις συγκολλητικές ιδιότητες του Biodentine™. Συνεπώς η διείσδυση χρώσης νιτρικού αργύρου στη μεσόφαση οδοντίνης- Biodentine™ είναι ελάχιστη (10-15%) και συγκρίσιμη με τα αποτελέσματα που προκύπτουν στους συγκολλητικούς παράγοντες οδοντίνης και στις σύνθετες ρητίνες. Λόγω της επανορθωτικής διαδικασίας, η απόφραξη της οδοντίνης με το Biodentine™ βελτιώνεται με την πάροδο του χρόνου (Dejou et al. 2005, Pradelle-Plasse et al. 2009, Watson 2011). Από τα τωρινά αποτελέσματα μπορούμε να συμπεράνουμε ότι το Biodentine™ τοποθετείται ερμητικά στα τοιχώματα της κοιλότητας και εμποδίζει τη μικροδιείσδυση.

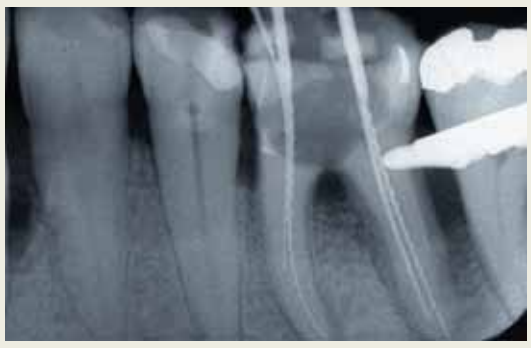
Βακτηριοστατική δράση ή τουλάχιστον δεν προάγει την ανάπτυξη των μικροβίων

Κατά τη διάρκεια της πήξης του Biodentine™, ιόντα υδροξειδίου ασβεστίου απελευθερώνονται από την κονία. Το pH γίνεται 12.5 και το περιβάλλον είναι αλκαλικό. Το υψηλό pH εμποδίζει την ανάπτυξη των μικροοργανισμών και απολυμαίνει την οδοντίνη (Firla 2011).

Προάγει τη δημιουργία σκληρών οδοντικών ιστών

Το πυριτικό τριασβέστιο είναι το κύριο συστατικό του Biodentine™, του MTA και της κονίας Portland. Εκτός από τη βιοσυμβατότητά τους, υλικά αυτού του τύπου είναι βιολογικώς ενεργά (Laurent et al 2009). Η βιολογική τους δράση αναφέρεται στη θετική επίδραση ενός φαρμάκου ή υλικού στους ζωντανούς ιστούς. Ένα υλικό περιγράφεται ως βιολογικά ενεργό αν αλληλεπιδρά με κύτταρα του ανθρώπινου σώματος ή έχει πλεονεκτική επίδραση στα κύτταρα (Hench και West 1996). Σε μελέτες βιομεταλλικότητας, η βιολογική ενεργοποίηση κυρίως αναφέρεται στην προαγωγή της δημιουργίας σκληρού οδοντικού ιστού που προκαλείται από το υλικό αυτό. Όσον αφορά στη βιολογική δράση του Biodentine™, εργαστηριακά φαίνεται ότι οι ινο-

Παράδειγμα επιδιόρθωσης διάτρησης



Εικ.3α: Κατά τη διάνοιξη και αποκάλυψη του ριζικού σωλήνα, πραγματοποιείται διάτρηση στο έδαφος του πολφικού θαλάμου στο 36 δόντι ενός 50 χρόνων ασθενή. Στην ακτινογραφία διακρίνουμε μια μεσορριζική διαφάνεια που πιθανώς προκλήθηκε από τη διάτρηση.

Εικ.3β: Το βέλος δείχνει την κλινική εικόνα της διάτρησης.

Εικ.3γ: Η διάτρηση του εδάφους του πολφικού θαλάμου καλύπτεται με Biodentine™ και ακολουθεί ενδοδοντική θεραπεία.

Εικ.3δ: Ένα μήνα μετά την επιδιόρθωση της διάτρησης με το Biodentine™ η μεσορριζική διαφάνεια της ακτινογραφίας έχει μειωθεί αισθητά. Όμως στην περίπτωση αυτή η κονία δεν είναι εύκολα διακριτή από την οδοντίνη.

Πίνακας 1: Οι ιδιότητες του Biodentine™ συγκρινόμενο με την οδοντίνη, την υαλοϊονομερή κονία (GIC) και τη σύνθετη ρητίνη.
(από: Motsch 1990, Pradelle-Plasse et al. 2009, Firla 2011)

Υλικό	Αντοχή στη θλίψη (MPa)	Αντοχή στην κάμψη (MPa)	Μέτρο ελαστικότητας (MPa)	Σκληρότητα κατά Vickers (VH)
Biodentine™	220	34	22.000	60
Οδοντίνη	200-350	20	15.000-20.000	60-90
GIC	140-180	10-21	5.000-11.850	60
Σύνθετη ρητίνη	290-400	100-145	12.000-16.000	70-130

βλάστες του πολφού σχηματίζουν πυρήνες μετάλλων αφού η κονία προστίθεται στο κυτταρικό μέσο. Αυτοί οι πυρήνες μετάλλων έχουν μοριακά χαρακτηριστικά της οδοντίνης (Laurent et al 2008). Αυτό δείχνει την πρόκληση μεταμόρφωσης των πολφικών ινοβλαστών του Biodentine™ σε οδοντοβλαστικά κύτταρα, τα οποία στη συνέχεια μπορούν να σχηματίσουν σκληρό οδοντικό ιστό (Laurent et al 2008). Έτσι το Biodentine™ δείχνει ότι έχει βιολογική δράση (Laurent et al 2009). Σε μια πειραματική μελέτη σε αρουραίους, φάνηκε ότι το Biodentine™ μπορεί να προκαλέσει τη δημιουργία τριτοταγούς οδοντίνης (επανορθωτική οδοντίνη) μέσα σε δύο εβδομάδες μετά την παρασκευή της κοιλότητας και την έμμεση κάλυψη των γομφίων με τη βιολογικά ενεργή κονία (Boukpessi et al. 2009). Η δημιουργία επανορθωτικής οδοντίνης παρατηρήθηκε και σε γουρούνια μετά την άμεση κάλυψη ή την πολφοτομή και την εφαρμογή του Biodentine™ (Shayegan 2011). Δυστυχώς δεν υπάρχουν ακόμη επιστημονικά δεδομένα για την προαγωγή αναγέννησης οστού από το Biodentine™. Εδώ υπάρχει η ανάγκη για περαιτέρω ερευνητικές μελέτες για την επίδραση του Biodentine™ στα οστικά κύτταρα.

Σταθερότητα

Οι ιδιότητες του Biodentine™ είναι παρόμοιες με εκείνες της οδοντίνης. Το μέτρο ελαστικότητας της κονίας και η αντοχή στην πίεση, στην κάμψη και η σκληρότητα κατά Vickers είναι συγκρινόμενες με της οδοντίνης και εκτός από τη σκληρότητα κατά Vickers, βρίσκονται πάνω από τις μετρήσεις των υαλοϊονομερών κονιών. Όμως το Biodentine™ δεν είναι τόσο σταθερό όσο οι σύνθετες ρητίνες, γι'αυτό δεν είναι κατάλληλο για μόνιμη έμφραξη (Δες Πίνακα 1). Συγκριτικά με άλλες κονίες τύπου Portland, το Biodentine™ είναι αρκετά σταθερό για να χρησιμοποιηθεί ως προσωρινό εμφρακτικό υλικό ακόμα και σε περιοχές που ασκούνται έντονες μασητικές δυνάμεις (Pradelle-Plasse et al. 2009, Dammaschke 2011).

Δεν είναι διαλυτό, ευαίσθητο στην υγρασία και είναι μη-απορροφήσιμο

Συγκριτικά με την υαλοϊονομερή κονία, το Biodentine™ εμφανίζει λιγότερα φαινόμενα διάλυσης στην επιφάνεια στη δοκιμασία διαλυτότητας των οξέων. Στη φύλαξη του Biodentine™ σε τεχνητό σάλιο δεν παρατηρείται διάβρωση, αλλά υπάρχει εναπόθεση κρυστάλλων φωσφορικού ασβεστίου στην επιφάνεια (Dejou et al. 2005, Firla 2011). Οι μελέτες μας δείχνουν ότι η διαλυτότητα του Biodentine™ είναι σε παρόμοια χαμηλό επίπεδο όπως το ProRoot MTA (μη δημοσιευμένη μελέτη).

Ευκολία στη χρήση του

Στις περισσότερες ενδείξεις όπου χρησιμοποιείται το Biodentine™, το μίγμα τριοξειδίων μετάλλων θεωρείται ως το υλικό εκλογής, αν και το MTA δεν είναι εύκολο στη χρήση του (Gutmann και Lovedahl 2011). Συνεπώς, διαφορετικές συσκευές και τεχνικές προτείνονται για τη χρήση του MTA στην ενδοδοντική θεραπεία (Stropko 2009, Gutmann και Lovedahl 2011). Το Biodentine™ είναι κυρίως απλό στη χρήση και μπορεί να εφαρμοστεί χωρίς κάποιο πρόβλημα με συμπυκνωτήρες κονίας ή τη σπάθη Heidemann. Επιπλέον σταθεροποιείται μέσα σε 12 λεπτά, χρόνος σημαντικά συντομότερος από το ProRoot MTA που χρειάζεται περίπου 2.5 ώρες.

Ακτινοσκιερότητα

Δυστυχώς η ακτινοσκιερότητα του Biodentine™ (σύμφωνα με τον κατασκευαστή η ακτινοσκιερότητα αντιστοιχεί σε 3.5 mm της αλουμίνας) είναι στην περιοχή της οδοντίνης, οπότε η κονία δεν είναι επαρκώς ορατή στην ακτινογραφία (Εικ.2δ και 3δ) και η εκτίμηση της σωστής εφαρμογής της κονίας φαίνεται δύσκολη. Γι'αυτό και η ακτινοσκιερότητα του Biodentine™ θα πρέπει να βελτιωθεί.

Συμπέρασμα

Ολοκληρωτικά το Biodentine™ είναι ένα ενδιαφέρον, υποσχόμενο προϊόν, το οποίο σε σωστή διάγνωση μπορεί να συμβάλλει σε υψηλό ποσοστό στη διατήρηση της ζωτικότητας του πολφού ή στη διατήρηση του δοντιού. Δυστυχώς μέχρι σήμερα μικρό ποσοστό επιστημονικών μελετών διατίθενται για το Biodentine™. Γι'αυτό περισσότερες επιστημονικές μελέτες για το Biodentine™ είναι αναγκαίες.

Βιβλιογραφία

1. Bodrumlu E. Biocompatibility of retrograde root filling materials: A review. Aust Endod J 2008;34:30-35.
2. Boukpessi T, Septier D, Goldberg M. VI-2-2-2 Animal studies. In: Goldberg M (ed.) Biocompatibility or cytotoxic effects of dental composites. Coxmoor, Oxford 2009, pp 200-203.
3. Carr GB, Bentkover SK. Surgical endodontics. In: Cohen S, Burns RC (eds.) Pathways of the pulp. 7th ed. Mosby, St. Louis 1998, pp 636.
4. Dammaschke T. Reaktionen der Rattenpulpa auf drei verschiedene Dentinadhäsive sowie ProRoot MTA im Vergleich zu Kalziumhydroxid bei der direkten Überkappung. Habilitationsschrift, Westfälische Wilhelms-Universität, Münster, 2007.
5. Dammaschke T. Dentinersatz. Dent Mag 2011;28(2):30-34.
6. Dammaschke T, Gerth HUV, Züchner H, Schäfer E. Chemical and physical surface and bulk material characterization of white ProRoot MTA and two Portland cements. Dent Mater 2005;21:731-738.
7. Dammaschke T, Wolff P, Sagheri D, Stratmann U, Schäfer E. Mineral trioxide aggregate for direct pulp capping: a histologic comparison with calcium hydroxide in rat molars. Quintessence Int 2010;41:e20-e30.
8. Déjou J, Raskin A, Colombani J, About I. Physical, chemical and mechanical behavior of a new material for direct posterior fillings. Eur Cell Mater 2005;10(Suppl 4):22.
9. Duda S, Dammaschke T. Maßnahmen zur Vitalerhaltung der Pulpa. Gibt es Alternativen zum Kalziumhydroxid bei der direkten Überkappung? Quintessenz 2008;59:1327–1334, 1354.
10. Firla MT. Dentin-Ersatzmaterial auf Basis der Active Biosilicate Technology. DZW Kompakt 2011; 58(1):10-12.
11. Gutmann JL, Lovedahl PE. Problem-solving challenges in periapical surgery. In: Gutmann JL, Lovedahl PE (eds.) Problem solving in endodontics. 5th ed., Elsevier Mosby, Maryland Heights 2011, p 351.
12. Hench LL, West JK. Biological application of bioactive glasses. Life Chem Reports 1996;13:187-241.
13. Laurent P, Aubut V, About I. VI-2-2-1 Development of a bioactive Ca3SiO5 based posterior restorative material (Biodentine™). In: Goldberg M (ed.) Biocompatibility or cytotoxic effects of dental composites. Coxmoor, Oxford 2009, pp 195-200.
14. Laurent P, Camps J, de Méo M, Déjou J, About I. Induction of specific cell responses to a Ca3SiO5-based posterior restorative material. Dent Mater 2008;24:1486-1494.
15. Motsch A: Die Unterfüllung – eine kritische Diskussion der verschiedenen Zement and Präparate. In: Akademie Praxis and Wissenschaft in der DGZMK (Hrsg.) Neue Füllungsmaterialien – Indikation and Verarbeitung. Carl Hanser, München 1990, S. 35 – 54.
16. Pradelle-Plasse N, Tran X-V, Colon P. VI-2-1 Physico-chemical properties. In: Goldberg M (ed.) Biocompatibility or cytotoxic effects of dental composites. Coxmoor, Oxford 2009, pp 184-194.
17. Roberts HW, Toth JM, Berzins DW, Charlton DG. Mineral trioxide aggregate material use in endodontic treatment: A review of the literature. Dent Mater 2008;24:149-164.
18. Shayegan A. persönliche Mitteilung 2011.
19. Stropko JJ. Micro-surgical endodontics. In: Castellucci A (ed.) Endodontics. Vol. III. Edizioni Odontoiatriche Il Tridente, Florence 2009, pp 1118-1125.
20. Watson T. persönliche Mitteilung 2011.

Πηγή: Όλες οι εικόνες δόθηκαν από τον συγγραφέα (Till Dammaschke)

Dr Till Dammaschke,
Επίκουρος Καθηγητής, DDM
Τμήμα Επανορθωτικής Οδοντιατρικής - Πανεπιστήμιο του Munster, Γερμανία
Albert-Schweitzer-Campus 1, building W30 - Waldeyerstr. 30 - 48149 Münster - Germany
Phone +49-251-8347035 - Fax +49-251-8347037 - tilda@uni-muenster.de

Γεννήθηκε το 1965. Το 1986 σπούδασε κοινωνιολογία, πολιτικές επιστήμες και ιστορία στο Georg-August University Göttingen. Το 1987-1993 σπούδασε στην Οδοντιατρική Σχολή του Πανεπιστημίου Georg-August Göttingen. Από το 1994 είναι επίκουρος καθηγητής με τον Prof. Dr. med. dent. K. Ott στην Οδοντιατρική Πολυκλινική του Westphalia Wilhelms Πανεπιστημίου Münster. Το 1996 πήρε διδακτορικό στο Πανεπιστήμιο Georg-August Göttingen. Από το 1998, είναι επίκουρος καθηγητής στην Οδοντιατρική Πολυκλινική του Πανεπιστημίου Westphalia Wilhelms Münster. Το 2000 κέρδισε το βραβείο DGZ. Το 2000 κέρδισε το βραβείο "Endodontics" και συμμετείχε το 2010. Κέρδισε το επιστημονικό βραβείο DGZMK το 2004. Το 2004 κέρδισε και το βραβείο DGZ. Από το Νοέμβριο του 2002 είναι στο επιστημονικό προσωπικό του περιοδικού «Endodontie». Από το 2005 είναι πρόεδρος του "AGET Study Group" Münster. Το 2007 συμμετέχει στο Ακαδημαϊκό Συμβούλιο. Το 2008 αξιολογείται το μεταδιδακτορικό του. Το 2009 μπαίνει στο Ακαδημαϊκό Συμβούλιο.

ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΗ ΕΤΑΙΡΕΙΑ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗΣ ΣΤΟΜΑΤΟΣ

Ε. Ε. Χ. Σ.

ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΗ
ΕΤΑΙΡΕΙΑ
ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗΣ
ΣΤΟΜΑΤΟΣ

ΗΜΕΡΙΔΑ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗΣ ΣΤΟΜΑΤΟΣ

«Συνήθη προβλήματα που απασχολούν τον γενικό οδοντίατρο»

Σάββατο
23 Φεβρουαρίου 2013

Ξενοδοχείο Caravel - Αθήνα
(αίθουσα Μακεδονία)
ΩΡΑ 09:15 –14:30

ΥΠΟ ΤΗΝ ΑΙΓΙΔΑ ΤΟΥ
Οδοντιατρικού Συλλόγου Πειραιώς

Η ΣΥΜΜΕΤΟΧΗ ΕΙΝΑΙ ΔΩΡΕΑΝ

ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ

09:15 - 09:30 Προσφωνήσεις

Φραγκίσκος Φραγκίσκος: Πρόεδρος Επιστημονικής Εταιρείας Χειρουργικής Στόματος

Μάρτης Χρήστος: Ομ. Καθηγητής Στοματικής και Γναθοπρ. Χειρουργικής

9:30 - 11:30 Α΄ Επιστημονική Συνεδρία

ΠΡΟΕΔΡΟΙ: **Τρουπής Γ., Μασούλας Γ.**

ΟΜΙΛΗΤΕΣ

1. Μάρτης Χρ., Μικρές χειρουργικές επεμβάσεις στο Οδοντιατρείο.
2. Λάσκαρης Γ., Κλινικοί και εργαστηριακοί δείκτες εξαλλαγής της λευκοπλακίας και θεραπευτικές προεκτάσεις.
3. Στεφανάδης Χρ., Ο καρδιολογικός ασθενής στο οδοντιατρείο.
4. Φραγκίσκος Φ., Ακρορριζικές αλλοιώσεις: αξιολόγηση και αντιμετώπιση (προβολή Video).

Συζήτηση

11:30 - 12:00 Διάλειμμα

12:00 - 14:30 Β΄ Επιστημονική Συνεδρία

ΠΡΟΕΔΡΟΙ: Κολοκούδιας Μ., Ζωγράφος Ι.

ΟΜΙΛΗΤΕΣ

5. Νεόφυτος Γ., Εμφυτεύματα στην αισθητική ζώνη.
6. Φραγκίσκος Φ., Επείγοντα περιστατικά στο οδοντιατρείο
7. Τσίρλης Α., Οδοντιατρική αντιμετώπιση ασθενών που κάνουν χρήση αντιπηκτικών και αντιαιμοπεταλιακών φαρμάκων.
8. Μερεντίτης Ν., Πρόληψη και θεραπεία των στοματικών βλαβών σε ασθενείς που λαμβάνουν διφωσφονικά φάρμακα.

Συζήτηση

ΘΑ ΧΟΡΗΓΗΘΕΙ ΠΙΣΤΟΠΟΙΗΤΙΚΟ ΠΑΡΑΚΟΛΟΥΘΗΣΗΣ

ΟΜΙΛΗΤΕΣ

Λάσκαρης Γ., Στοματολόγος. Ιατρός-Οδοντίατρος, Αν. Καθηγητής Στοματολογίας, Επισκέπτης Καθηγητής Παν. Λονδίνου.

Μάρτης Χ., Ομ. Καθηγητής Στοματικής και Γναθοπροσωπικης Χειρουργικής της Οδοντ. Σχολής Παν. Αθηνών.

Μερεντίτης Ν., Επ. Συνεργάτης Στοματικής και Γναθοπροσωπικης Χειρουργικής Οδοντ. Σχολής Παν. Αθηνών.

Νεόφυτος Γ., Οδοντίατρος., ICOI Diplomat Εμφυτευματολογίας.

Στεφανάδης Χ., Καθηγητής Καρδιολογίας Παν. Αθηνών, Διευθυντής Καρδιολογικής Κλινικής Ιπποκράτειου Νοσοκομείου Αθηνών.

Τσίρλης Α., Καθηγητής Α.Π.Θ, Διευθυντής Οδοντοφατνιακής Χειρουργικής, Χειρουργικής Εμφυτευματολογίας & Ακτινολογίας.

Φραγκίσκος Φ., Αν. Καθηγητής Στοματικής και Γναθοπροσωπικής Χειρουργικής Οδοντ. Σχολής Παν. Αθηνών.

ΠΡΟΕΔΡΟΙ

Τρουπής Γ. Αν. Καθηγητής Ιατρικής Σχολής Παν. Αθηνών.

Μασούλας Γ. Αν. Καθηγητής Γναθοπροσωπικής Χειρουργικής Παν. Αθηνών.

Κολοκούδιας Μ. Επ. Καθηγητής Γναθοπροσωπικής Χειρουργικής Παν. Αθηνών.

Ζωγράφος Ι. Επ. Καθηγητής Γναθοπροσωπικής Χειρουργικής Παν. Αθηνών.

SKEPSIS

Γραφείο οργάνωσης:
Diaskepsis - Matina Tsami
Σωκράτους 25-27, 16677 Βούλα, Αθήνα
e-mail: mtsami@otenet.gr, www.diaskepsis/ssos.gr
Τηλ.: 2310 230 459, 6936 963 086, Fax: 2310 516 008

IDS 2013: Τι να περιμένουμε από τη φετινή διοργάνωση

Η αντίστροφη μέτρηση για τη μεγαλύτερη εμπορική έκθεση οδοντιατρικών ειδών άρχισε. Η Διεθνής Οδοντιατρική Έκθεση IDS 2013 ανοίγει τις πύλες της στις 12 Μαρτίου στην Κολωνία και αναμένεται να αποτελέσει για άλλη μια φορά το κορυφαίο γεγονός στο χώρο της οδοντιατρικής βιομηχανίας, με τις αιτήσεις συμμετοχής να ξεπερνούν κάθε προηγούμενο ρεκόρ. Στην έκθεση που θα διαρκέσει μέχρι τις 16 Μαρτίου θα εκπροσωπηθούν περισσότερες από 1900 εταιρείες από περίπου 60 χώρες, συμπεριλαμβανομένων και αυτών που κατέχουν ηγετική θέση στη διεθνή αγορά, με στόχο να ενημερώσουν τους επισκέπτες γύρω από τις τελευταίες εξελίξεις και τάσεις στο χώρο της οδοντιατρικής. Περίπου το 68% των εταιρειών που θα δώσουν το παρών στην έκθεση της IDS, προέρχονται από το εξωτερικό. Μετά τη Γερμανία, οι χώρες που θα έχουν την πιο ηχηρή παρουσία στην έκθεση είναι η Ιταλία, οι ΗΠΑ, η Κορέα, η Κίνα, η Ελβετία, η Γαλλία και η Μεγάλη Βρετανία. Ο συνολικός χώρος στον οποίο θα στηθούν τα περίπτερα της έκθεσης ανέρχεται στα 150.000 m², ενδεικτικός της δυναμικής που θα έχει η επερχόμενη IDS.

Γράφει η **Ηλιάνα Γιαννούλη** δημοσιογράφος

Εκφράζοντας την ικανοποίησή τους για την μέχρι τώρα πορεία των συμμετοχών στην έκθεση οι διοργανώτριες εταιρείες δήλωσαν σχετικά: «Τα εξαιρετικά επίπεδα συμμετοχής επιβεβαιώνουν ότι η IDS είναι η κορυφαία επιχειρηματική και επικοινωνιακή πλατφόρμα για ολόκληρο τον οδοντιατρικό τομέα. Περιμένουμε λοιπόν, να συνεχίσουμε την επιτυχία της προηγούμενης διοργάνωσης, του 2011, όταν ο αριθμός των επισκεπτών άγγιξε τις 118.000. Με άλλα λόγια, προσδοκούμε ότι η IDS θα είναι μια τεράστια επιτυχία, όσον αφορά τον αριθμό των εκθετών, τον αριθμό των επισκεπτών, τις διαστάσεις του εκθεσιακού χώρου, αλλά και το γενικότερο επίπεδο της διεθνούς συμμετοχής».

Στις γραμμές που ακολουθούν παρουσιάζονται συνοπτικά οι κεντρικοί θεματικοί άξονες γύρω από τους οποίους θα επικεντρωθεί η φετινή διοργάνωση της IDS.

Dealer's Day

Πιστή στα βήματα της παράδοσης, η πρώτη μέρα της διοργάνωσης της IDS, στις 12 Μαρτίου- γνωστή και ως Dealer's Day(ημέρα των αντιπροσώπων) – θα είναι αφιερωμένη στο οδοντιατρικό εμπόριο και τους εισαγωγείς. Η IDS θα επιδιώξει κι αυτή τη χρονιά να δημιουργήσει ένα κατάλληλο περιβάλλον, όπου οι ενδιαφερόμενοι θα μπορούν να κάνουν ανενόχλητοι τις διαπραγματεύσεις τους με τους εμπόρους. Παράλληλα και στη φετινή διοργάνωση θα υπάρχει η καθιερωμένη γωνιά των ομιλητών(speaker's corner), όπου οι επισκέπτες θα μπορούν να επιλέξουν από μια ευρεία γκάμα ζωντανών επιδείξεων. Καθ' όλη τη διάρκεια της έκθεσης, θα υπάρχουν επιδείξεις προϊόντων, υπηρεσιών και νέων μεθόδων από ολόκληρο το φάσμα της οδοντιατρικής.

«Έξυπνη» οδοντιατρική

Από τη δεκαετία του 1980, η ψηφιακή τεχνολογία έχει αρχίσει να διεισδύει στο χώρο της οδοντιατρικής. Ένα εξαιρετικό παράδειγμα της δύναμης της καινοτομίας στην οδοντιατρική βιομηχανία αποτελεί το σύστημα CAD/CAM(σχεδίαση εφαρμογών με τη βοήθεια υπολογιστή), το οποίο τείνει να γίνει συνώνυμο της ηλεκτρονικά υποβοηθούμενης οδοντιατρικής.

Οι ενδοστοματικοί σαρωτές είναι ένα εργαλείο που οι οδοντίατροι υιοθετούν ευρέως τα τελευταία χρόνια, καθώς η σάρωση αντικαθιστά την παραδοσιακή λήψη της ακτινογραφίας και μάλιστα επιταχύνει τη ροή της οδοντιατρικής εργασίας, αφού τα δεδομένα μπορούν εύκολα να μεταφερθούν στον υπολογιστή και με το κατάλληλο λογισμικό να τύχουν της ανάλογης επεξεργασίας.

Η μετάβαση της Οδοντιατρικής στην «ψηφιακή εποχή» ξεφεύγει από τα στενά όρια της θεραπείας. Σύγχρονα συστήματα πληροφορικής προσφέρουν ολοκληρωμένα πακέτα διαχείρισης των φακέλων των ασθενών και των δεδομένων που αφορούν τη λειτουργία του οδοντιατρείου, τα οποία μπορούν να απλοποιήσουν σε μεγάλο βαθμό την καθημερινότητα του οδοντιάτρου.

Η IDS προσφέρει στους ενδιαφερόμενους τη δυνατότητα να μιλήσουν με εξειδικευμένους εκθέτες, εμπειρογνώμονες και έμπειρους χρήστες, ώστε να ενημερωθούν σχετικά με τα τελευταία τεχνολογικά επιτεύγματα στο χώρο της Οδοντιατρικής.

Η κεφαλομετρική εξέταση στην Οδοντιατρική του αύριο

Πολλοί ειδικοί περιμένουν με ανυπομονησία την εμφάνιση μιας εναλλακτικής λύσης της κεφαλομετρικής ακτινογραφίας. Μία από τις πλέον υποσχόμενες εναλλακτικές τεχνικές είναι η κεφαλομετρική ανάλυση με τη βοήθεια της μαγνητικής επαγωγής, η οποία δίνει τη δυνατότητα ακόμα πιο ακριβούς μέτρησης της γνάθου.

Η κεφαλομετρική εξέταση αλλά και όλες οι καινοτομίες στην Ορθοπεδική των γνάθων θα τεθούν στο επίκεντρο της Διεθνούς Οδοντιατρικής Έκθεσης, καθώς τα νέα εργαλεία και οι μέθοδοι που σχετίζονται με το πεδίο αυτό θα υποβληθούν στην πρώτη τους δοκιμή («trial by fire»), δηλαδή στον ενδελεχή έλεγχο τους από ένα κριτικό ακροατήριο εμπειρογνωμόνων.

Τα laser στην Οδοντιατρική

Η Διεθνής Οδοντιατρική Έκθεση αποτελεί τον ιδανικό προορισμό για όσους επιθυμούν να αποκτήσουν μια εμπεριστατωμένη εικόνα για την αγορά λέιζερ. Η δυνατότητα χρησιμοποίησής του λέιζερ σε πληθώρα εφαρμογών και η μείωση του αισθήματος δυσφορίας που νιώθει ο ασθενής, αποτελούν μερικά μόνο από τα πλεονεκτήματα της εφαρμογής του λέιζερ στην οδοντιατρική.

Ωστόσο, δεν υπάρχει ένα λέιζερ με καθολική ισχύ, το οποίο να εφαρμόζεται σε όλες τις περιστάσεις. Αντιθέτως, υπάρχει μια ευρεία γκάμα προϊόντων με συγκεκριμένα πεδία εφαρμογής. Κατά τη διάρκεια της έκθεσης, οι οδοντίατροι και οι βοηθοί τους θα έχουν τη δυνατότητα να συγκεντρώσουν πληροφορίες σχετικά με τα πλεονεκτήματα κάθε κατηγορίας λέιζερ και τη σωστή χρήση τους.

Εμφυτευματολογία: Νέες τάσεις και εξελίξεις

Σταθερά οδοντίατροι και οδοντοτεχνίτες που εξειδικεύονται στα εμφυτεύματα επισκέπτονται κάθε δύο χρόνια τον εκθεσιακό χώρο της IDS, με σκοπό να συλλέξουν πληροφορίες σχετικά με τα τελευταία προϊόντα και τις επικρατούσες τάσεις. Βελτιστοποιημένες επιφάνειες εμφυτευμάτων, μεμονωμένα στηρίγματα ή λογισμικά για υπολογιστικά καθοδηγούμενη εμφύτευση, αποτελούν μόνο μερικούς από τους τομείς που συνεχώς εξελίσσονται και που η IDS υπόσχεται να προσφέρει ενημέρωση και καθοδήγηση.

Σύγχρονες τάσεις στα κράματα

Η χρήση των κραμάτων χρυσού στις οδοντικές αποκαταστάσεις συνοδεύεται από κλινικά αποδεδειγμένη επιτυχία. Ωστόσο, η υψηλή τιμή του μετάλλου, το καθιστά απαγορευτική επιλογή για το μεγαλύτερο μέρος του πληθυσμού. Για το λόγο αυτό, η οδοντιατρική βιομηχανία προσφέρει μια ευρεία γκάμα πιο οικονομικών επιλογών. Η IDS συγκεντρώνοντας κορυφαίους κατασκευαστές απ' όλο τον κόσμο, φιλοδοξεί να παρουσιάσει μια ολοκληρωμένη εικόνα της σύγχρονης αγοράς οδοντιατρικών κραμάτων, αποδεικνύοντας για άλλη μια φορά τον ουσιαστικό της ρόλο της στη διασύνδεση της αγοράς από τη μια πλευρά και των οδοντιάτρων και των οδοντοτεχνιτών από την άλλη.

Κεραμικά και αισθητική οδοντιατρική: Όλα όσα πρέπει να γνωρίζετε για ένα «φυσικό χαμόγελο»

Στο πλαίσιο της φετινής διοργάνωσης, θα παρουσιαστούν όλες οι τελευταίες εξελίξεις γύρω από την εφαρμογή των κεραμικών υλικών στην αισθητική οδοντιατρική. Το μεγάλο πλεονέκτημα που προσφέρει η έκθεση στους ενδιαφερόμενους είναι ότι μπορούν να δουν τα υλικά από κοντά και να διαπιστώσουν στην πράξη το πως λειτουργούν. Μέσω αυτής της ζωντανής επίδειξης, μπορούν να αποφασίσουν αν ένα νέο υλικό ή μια νέα μέθοδος έχει ουσιαστικό αποτέλεσμα στη δουλειά τους.

Ενδοδοντία

Σήμερα, οι οδοντίατροι έχουν ένα μεγάλο οπλοστάσιο στη διάθεσή τους για την αντιμετώπιση βακτηριακών λοιμώξεων του ριζικού σωλήνα. Επιπλέον, οι σύγχρονες μέθοδοι απεικόνισης προσφέρουν τη δυνατότητα ακριβούς αποτύπωσης της ανατομίας του ριζικού σωλήνα, δημιουργώντας τις απαραίτητες προϋποθέσεις για μια στοχευμένη και ολοκληρωμένη θεραπεία.

Η 35η IDS θα παρουσιάσει όλες το φάσμα των νέων εξελίξεων στην ενδοδοντία και υπόσχεται να αποτελέσει μια ιδιαίτερα πολύτιμη πηγή ολοκληρωμένης πληροφόρησης. Επιπλέον, ειδικοί που εκπροσωπούν γνωστές οδοντιατρικές εταιρείες θα παρουσιάσουν τις τελευταίες στρατηγικές και μεθόδους θεραπείας στους επισκέπτες της έκθεσης.

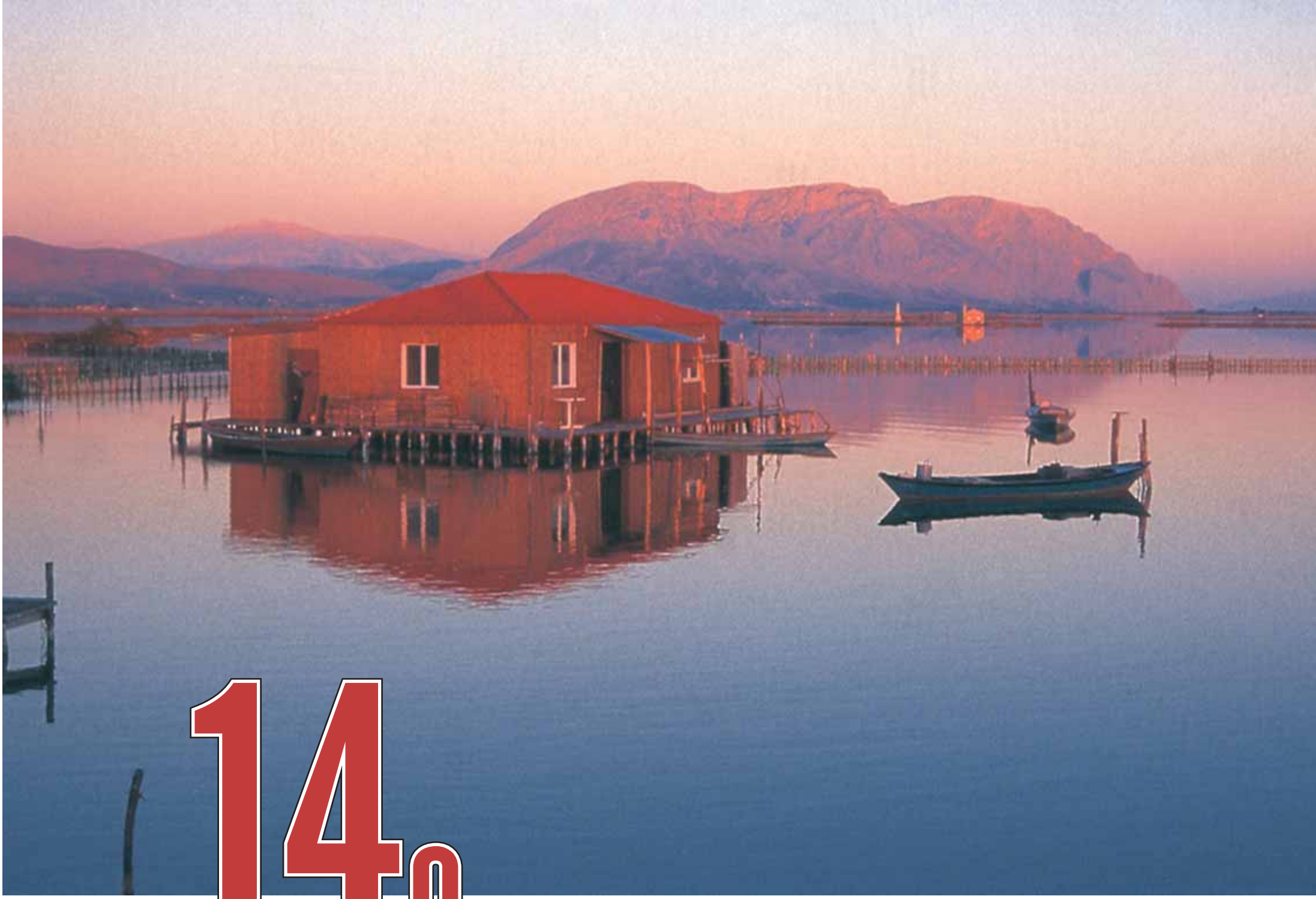
Η υγιεινή στο χειρουργείο

Οι αυξανόμενες νομικές απαιτήσεις καθιστούν σαφές ότι η υγιεινή στο χειρουργείο είναι και θα παραμείνει κορυφαία προτεραιότητα, αφού τυχόν παραβιάσεις μπορούν να οδηγήσουν σε πρόστιμα, ποινική δίωξη, ακόμη και στο κλείσιμο του χειρουργείου. Η οδοντιατρική βιομηχανία αναπτύσσει συνεχώς νέα συστήματα για να βοηθήσει τους οδοντιάτρους και τις ομάδες τους στο θέμα της υγιεινής.

Στο πλαίσιο αυτό, κατασκευαστές από όλο τον κόσμο θα παρευρεθούν στην Κολωνία για να παρουσιάσουν προϊόντα και μεθόδους που θα επιτρέπουν στους οδοντιάτρους να προετοιμαστούν με ψυχραιμία για την εισαγωγή των νέων κανονισμών και επίσημων ελέγχων.

Στην ιστοσελίδα της (http://english.ids-cologne.de/en/ids/home/index.php), οι ενδιαφερόμενοι μπορούν να βρουν αναλυτικές πληροφορίες για τους εκθέτες και τα προϊόντα της έκθεσης, αλλά και χρηστικές πληροφορίες για το ταξίδι τους στην Κολωνία.

Υπενθυμίζεται ότι η IDS πραγματοποιείται κάθε δύο χρόνια στην Κολωνία και διοργανώνεται από την Gesellschaft zur Förderung der Dental-Industrie mbH (GFDI) και την VDDI, υπό την αιγίδα της Koelnmesse GmbH.



14ο ΠΑΜΠΕΛΟΠΟΝΝΗΣΙΑΚΟ – ΑΙΤΩΛΟΑΚΑΡΝΑΝΙΑΣ ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΙΚΟ ΣΥΝΕΔΡΙΟ

Το 14ο Παμπελοποννησιακό – Αιτωλοακαρνανίας Οδοντιατρικό Συνέδριο θα πραγματοποιηθεί από **14 έως 16 Ιουνίου 2013** στις αίθουσες του ξενοδοχείου Θεοξένια στο Μεσολόγγι, με διοργανωτή τον Οδοντιατρικό Σύλλογο Αιτωλοακαρνανίας και συνδιοργανωτές το Σύλλογο Αγρινίου καθώς και όλους τους Συλλόγους της Πελοποννήσου.

Ο τίτλος του συνεδρίου θα είναι:

«Κλινική οδοντιατρική. Ρεαλισμός και εξελίξεις στη σύγχρονη ελληνική πραγματικότητα»

και θα περιλαμβάνει πέραν του κατευθυνόμενου προγράμματος, πρακτικά σεμινάρια σε θέματα αιχμής και ελεύθερες ανακοινώσεις

Πρόεδρος Οργανωτικής Επιτροπής
Κώστας Κωταντούλας, Πρόεδρος Οδοντιατρικού Συλλόγου Αιτωλοακαρνανίας
Επιστημονική ευθύνη Συνεδρίου
Ηρακλής Καρκαζής, Αναπληρωτής Καθηγητής ΕΚΠΑ
Συντονισμός του προγράμματος
Επαμεινώνδας Κατσούλας, Πρόεδρος Οδοντιατρικού Συλλόγου Κορινθίας

Διοργάνωση
«Οδοντιατρικό Βήμα», Σκουφά 64, 106 80 Αθήνα, τηλ.: 210 3814939

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

Περιεμφυτευματίτιδα: το τσουνάμι που έρχεται...

Στις 2-4 Νοεμβρίου διοργανώθηκε στο Ledra Mariotte το 9ο SE.NA.ME από την ICOI Ελλάς. Η προσέλευση ήταν μεγάλη κι αυτό ήταν φυσικό, καθώς 17 διεθνείς ομιλητές ήρθαν από τα πέρατα της οικουμένης για να δείξουν τις νέες εξελίξεις γύρω από τα εμφυτεύματα.

Γενικά, τα τελευταία χρόνια τα εμφυτεύματα έχουν διεισδύσει δραματικά στην οδοντιατρική, αλλά και στους ασθενείς, φανερώνοντας ότι αποτελούν πλέον ένα σημαντικό κομμάτι της καθημερινής οδοντιατρικής.

Έχει αρχίσει να γίνεται σύνηθες πλέον στα συνέδρια και ιδιαίτερα τα εμφυτευματολογικά να υπάρχουν ομιλίες με θέμα την περιεμφυτευματίτιδα. Στο συνέδριο του ICOI, μεταξύ άλλων, υπήρξαν δυο πολύ δυνατές ομιλίες των Trisi P. και J. Mouhyi με θέμα την περιεμφυτευματίτιδα και τις αλλαγές των ιστών αλλά και της εμφυτευματικής επιφάνειας κατά την φλεγμονή. Φαίνεται πλέον ότι το 20% των ασθενών μετά από πέντε χρόνια πάσχουν από περιεμφυτευματίτιδα και αυτό δεν αναφέρεται σε λάθη τοποθέτησης, αλλά σε όλα τα περιστατικά. Μήπως όμως ξεχνάμε το προηγούμενο Europerio με κεντρικό θέμα την περιεμφυτευματίτιδα, με τον Berglund να τονίζει ότι η περιεμφυτευματίτιδα είναι η μεγάλη καταιγίδα που έρχεται ή και το πρόσφατο FDI με τον Swartz, ο οποίος αναφέρθηκε στην πολυπλοκότητα της θεραπείας της νόσου αλλά και την αυξημένη συχνότητα αυτής σε αντίθεση με ότι επιστεύετο μέχρι τώρα. Συμπερασματικά, η νόσος είναι συνυφασμένη με τα εμφυτεύματα και σχετίζεται με τον βιότυπο και με τις άλλες γνωστές παραμέτρους της περιοδοντίτιδος. Μεγάλη διάφορα είναι η οστεοενσωμάτωση του εμφυτεύματος, δηλαδή η αδυναμία του οργανισμού να το αποβάλλει όπως το μολυσμένο δόντι, που τελικά η αυξανομένη κινητικότητα το οδηγεί σε αποβολή από τον οργανισμό.

Συμφώνα με τον Mouhyi άλλη θεμελιώδης διάφορα είναι η δραματική αλλαγή της αρχικά φιλικής προς το οστούν και τους μαλακούς ιστούς επιφάνειας του εμφυτεύματος. Αυτό τελικά οδηγεί στη μεγάλη δυσκολία όχι μόνον της θεραπείας της περιεμφυτευματίτιδος αλλά και στην σταθεροποίηση της. Βρισκόμαστε όντως μπροστά σε ένα δύσκολο πρόβλημα που πολλές έρευνες προσπαθούν να το βελτιώσουν. Έτσι το platform switching φαίνεται ότι μειώνει κάπως την διείσδυση βακτηρίων από το κολόβωμα στον αυχένα του εμφυτεύματος. Η σύσταση να γίνονται οι εργασίες κοχλιούμενες συμβάλλει στον καλύτερο έλεγχο της νόσου στα πρώτα στάδια, δηλαδή την περιεμφυτευματική βλεννογονίτιδα. Η έρευνα γύρω από νέες επιφάνειες εμφυτευμάτων προσπαθεί να αλλάξει την μεγάλη συγκέντρωση περιοπαθογόνων πάνω στην αδρή επιφάνεια του εμφυτεύματος.

Για να γίνει αντιληπτή η σοβαρότητα της κατάστασης θα παραθέσω την οδηγία του FDI για τις διεθνείς αρχές της ηθικής του οδοντιατρικού επαγγέλματος. **Ο οδοντίατρος θα πρέπει να βελτιώνει με αποδεκτές μεθόδους τη στοματική υγεία των ασθενών. Ο οδοντίατρος θα πρέπει να εξασκεί υπεύθυνα θεραπείες που δεν είναι ανεπαρκείς ή αναποτελεσματικές προς τον ασθενή, ακόμη κι αν αυτός το ζητήσει (Dental Ethics manual, σ. 72).**

Φτάνουμε λοιπόν, στο λογικό ερώτημα ότι όταν ένας ασθενής έρχεται για να τον θεραπεύσουμε με εμφυτεύματα του προτείνουμε την θεραπεία με τη γνώση από μέρους του ασθενούς και φυσικά και από εμάς ότι η οστεοενσωμάτωση είναι σήμερα σχεδόν σίγουρη (96-98%). Έτσι του παρέχουμε ανύψωση ιγμορείων, οστικά μοσχεύματα και άλλες χειρουργικές πράξεις που μετά από κάποιο χρονικό διάστημα ταλαιπωρίας για τον ασθενή του δίνουν το πολυπόθητο αποτέλεσμα, δηλαδή μια σταθερή εργασία. Ποιος όμως ενημερώνει τον ασθενή ότι ο ένας στους πέντε δεν θα τελειώσει μετά από αυτά τα στάδια; Ότι δηλαδή, θα μπλέξει σε μια διαδικασία θεραπείας μιας δύσκολης επιπλοκής για την οποία ουδέποτε είχε ενημερωθεί. Ότι θα πρέπει μετά την αρχική θεραπεία να δαπανήσει πολύ χρόνο, χρήματα και ψυχική ενέργεια. Για να προσαρμόσουμε μάλιστα τα πράγματα πιο κοντά στην ελληνική πραγματικότητα, ποιος φορέας ενημερώνει τους καπνιστές ότι το ποσοστό της περιεμφυτευματίτιδος σε κάποιες έρευνες πλησιάζει το 35% μετά από πέντε έτη;

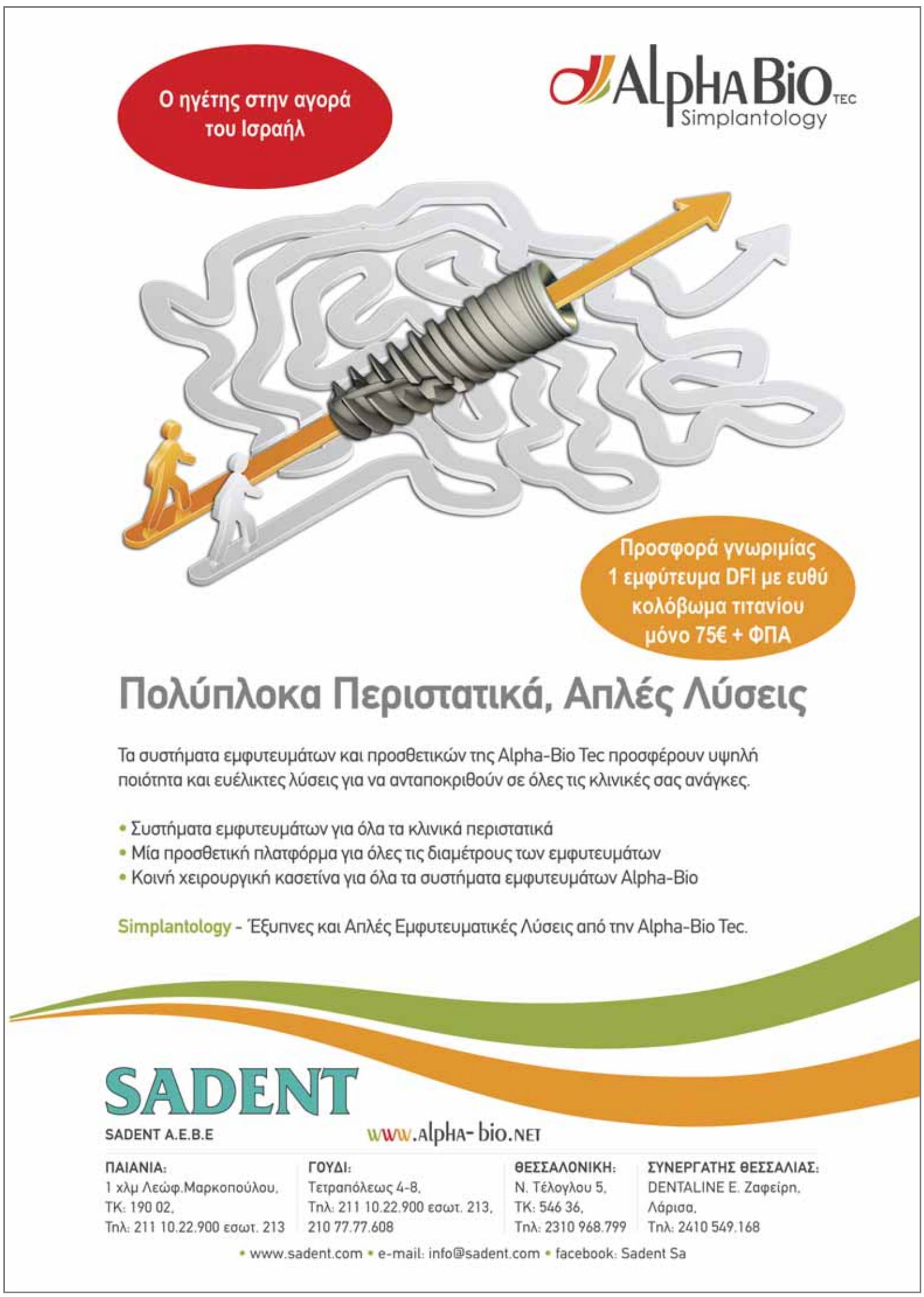
Ίσως αν θέλουμε να λεγόμαστε ΙΑΤΡΟΙ και να τιμούμε τον όρκο του Ιπποκράτη, αλλά και τις πιο σύγχρονες νομολογίες θα πρέπει να πάρουμε μια απόφαση… Τα εμφυτεύματα είναι μια ριζοσπαστική εξέλιξη στην οδοντιατρική. Αυτό πλέον μετά από 35 χρόνια το γνωρίζουμε όλοι και φυσικά και οι ασθενείς μας. Θα πρέπει τώρα να τους γνωστοποιήσουμε και την άλλη όψη του νομίσματος που είναι η σοβαρότητα και η συχνότητα της περιεμφυτευματίτιδος. Ας έρθουν πραγματικά και ειλικρινά ενημερωμένοι να αποφασίσουν τη θεραπεία τους. Αν βέβαια νομίζουμε ότι αυτό αρκεί για να μας καθαγιάσει μάλλον θα πρέπει να θυμηθούμε τις αρχές του FDI. Για να αποφύγουμε ένα τσουνάμι (περιεμφυτευματίτιδα σε μεγάλα ποσοστά)θα πρέπει να διαγνώσουμε ποιες ομάδες ανθρώπων είναι οι πιθανότεροι υποψήφιοι περιεμφυτευματίτιδος και να φτάσουμε μέχρι και να αρνηθούμε την εμφυτευματική θεραπεία , προτείνοντας μια εναλλακτική θεραπεία με καλύτερη πρόγνωση.

Έτσι, θα προστατέψουμε τους ασθενείς μας και το ιατρείο μας.
Σκοπός του σύγχρονου οδοντιάτρου δεν είναι να το παίξει μεγάλος χειρουργός ή εμφυτευματολόγος, αλλά να είναι ένας ευαίσθητος κρίκος στην αλυσίδα που λέγεται κοινωνία και ανθρώπινος πολιτισμός. Συνάδελφοι, ήρθε η ώρα των μεγάλων αποφάσεων……

Ημερίδες ενδοδοντίας και εμφυτευμάτων από την Sadent

Η συνεχιζόμενη εκπαίδευση είναι ο ακρογωνιαίος λίθος της Οδοντιατρικής, μιας επιστήμης που αλλάζει ταχύτατα και συνεχώς. Δικαίωμα να παρέχουν εκπαίδευση έχουν όλοι, αντίθετα με αυτά που πολλοί ισχυρίζονται τελευταία, υιοθετώντας αρνητική στάση απέναντι στη παροχή εκπαίδευσης από εμπορικές εταιρείες. Ξεχνάμε ότι οι μεγαλύτερες ανακαλύψεις, ακόμη και τα διάσημα έργα μουσικών, όπως ο L.V. Beethoven, έγιναν με έναυσμα χορηγούς. Όχι, την εκπαίδευση μπορούν να την παρέχουν όλοι. Αν κάποτε υπάρξει επιτροπή αξιολόγησης τότε θα είναι λογικό να παραμετροποιηθεί η αξία(σε πόντους)κάθε ημερίδας, κάθε συνεδρίου, κάθε course.Η επιτροπή αυτή επίσης θα κρίνει πόσοι πόντοι είναι αναγκαίοι σε κάθε οδοντίατρο για να έχει επάρκεια στα γνωστικά αντικείμενα που διαχειρίζεται.

Η Sadent για μια ακόμη φορά με συνέπεια στην προσπάθειά της για παροχή εκπαίδευσης διοργάνωσε στις εγκαταστάσεις της στην Παιανία, στις 10 Νοεμβρίου, δύο ημερίδες- η μία με θέμα την ενδοδοντία (Σ. Μάγκος) και η άλλη με αντικείμενο τα εμφυτεύματα (T.Nguyen).
Ο **Σ. Μάγκος** αναφέρθηκε στις παραμέτρους επιτυχίας της ενδοδοντικής θεραπείας.
Σημαντικό στάδιο είναι η διάνοιξη και διεύρυνση του αυχενικού τριτημορίου. Ακολουθεί η χρήση των μηχανοκίνητων εργαλείων.
Σήμερα μάλιστα, για αποφυγή καταγμάτων των εργαλείων συνιστάται η διεύρυνση με ρίνες χειρός μέχρι το 20.
Η Sybron έχει εισάγει το νέο σύστημα ρινών TF με κωνικότητα 0,4 -0,8 και αρχικό εργαλείο 1, 2. Χρησιμοποιείται, όπως σε όλα τα μηχανοκίνητα, με λίπανση (RCPrep ή EDTA)και διακλυσμούς με NaOCI 2-5%, EDTA 17%, CHX % και όπου ενδείκνυται κιτρικό 2%.
Ως τυπικό χημιοθεραπευτικό ενδείκνυται το Ca(OH)2, αν και έχει βρεθεί ότι ο G.faecalis και ο C. albicans επιζούν ακόμη και σε πολύ υψηλό PH(Shuping et al.,2000). Το Ca(OH)2 τοποθετείται με lentulo και αφαιρείται μια εβδομάδα μετά με EDTA και κιτρικό οξύ. Ο Peters έδειξε ότι τα μηχανοκίνητα συστήματα όπως και τα χειρός αφήνουν 35% άθικτα τοιχώματα του ρ.σ.
Η τελική έμφραξη γίνεται είτε με την τεχνική πλάγιας συμπύκνωσης είτε με κάποια από τις τεχνικές θερμοπλαστικοποιημένης γουταπέρκας, χωρίς όμως να υπάρχει διαφορά σε ποσοστό επιτυχίας με την κλασσική τεχνική της πλάγιας συμπύκνωσης. Με την πλάγια συμπύκνωση έχουμε καλύτερο έλεγχο του μήκους, αλλά είναι πολύ χρονοβόρα και με μεγάλη δυσκολία σε έντονα κεκαμμένο ρ.σ.
Σε άλλη αίθουσα των υπερσύγχρονων εγκαταστάσεων της Sadent, ο **T.Nguyen** μίλησε με θέμα τη διαχείριση των εμφυτευματικών ασθενών από τον οδοντίατρο και την ομάδα του. Ο Nguyen αφού ολοκλήρωσε την ομιλία του για τους τρόπους διαχείρισης των ασθενών συνέχισε με παρουσίαση περιστατικών. Παρουσιάστηκαν περιστατικά άμεσης εμφύτευσης και διατήρησης φατνίου. Παρουσίασε περιστατικά all in 4, αλλά συνέστησε τις επένθετες και όχι τις ακίνητες εργασίες. Συνέστησε την αποφυγή συγκόλλησης των εργασιών, γιατί έχει πλέον αποδειχθεί ότι η περίσσεια κονίας δημιουργεί περιεμφυτευματίτιδα (Rompen et al., 2009;Weber, 2006).
Για αποφυγή διαρροής των προσθετικών εξαρτημάτων ενδείκνυται η κατασκευή του κολοβώματος από ZrO2, έτσι ώστε να έχουμε ένα μόνο τεμάχιο κοχλιούμενο στο εμφύτευμα, αντί για το κλασικό κολόβωμα και κατόπιν της προσθετικής εργασίας. Ο οδοντίατρος πρέπει να είναι καλός δέκτης των προβλημάτων και αναγκών του ασθενούς και να χρησιμοποιεί όλα τα μέσα και ιδίως τα πλέον σύγχρονα για να είναι κοντά του και για να συντηρεί την συνεργασία του.
Οι δυο αυτές ημερίδες συμβαδίζουν με την τάση της εποχής στους σύγχρονους οδοντιάτρους να ασχολούνται με πολλά γνωστικά αντικείμενα έτσι ώστε και περισσότερη δουλειά να έχουν, αλλά και συνολικότερη άποψη πάνω στη θεραπεία των ασθενών.



2ο Πανελλήνιο Συνέδριο Στοματολογίας

Με μεγάλη επιτυχία πραγματοποιήθηκε το 2ο Πανελλήνιο Συνέδριο Στοματολογίας της Ελληνικής Εταιρείας Παθολογίας Στόματος (ΕΕΠΣ) υπό την αιγίδα του Υπουργείου Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης και του Εθνικού και Καποδιστριακού Πανεπιστημίου Αθηνών στο Ξενοδοχείο Χίλτον, στην Αθήνα 13 και 14 Σεπτεμβρίου 2012.

Το σημαντικό αυτό γεγονός για τον Ελλαδικό χώρο, ήρθε φέτος να συναντήσει το 11ο Συνέδριο της Ευρωπαϊκής Ομοσπονδίας Παθολογίας Στόματος (11th Biennial Congress of the European Association of Oral Medicine – EAOM), μια κορυφαία εκδήλωση στον ευρωπαϊκό χώρο την οποία σαν διοργανώτρια χώρα η Ελλάδα είχε την τιμή και τη χαρά να υποδεχτεί για πρώτη φορά, επίσης στο ξενοδοχείο Χίλτον, 13-15 Σεπτεμβρίου 2012.

Εικ 1: Χαιρετισμός από την Καθηγήτρια Στοματολογίας κ. Αλεξάνδρα Σκλαβούνου, Πρόεδρο του 11ου Συνεδρίου της Ευρωπαϊκής Ομοσπονδίας Στοματολογίας (EAOM) κατά την Τελετή Έναρξης
Εικ 2:Κατάμεστη η αίθουσα του Ξενοδοχείου Hilton κατά την τελετή έναρξης του 11ου Συνεδρίου της EAOM

Κατά την λιτή τελετή έναρξης του 2ου Πανελλήνιου Συνεδρίου Στοματολογίας η Πρόεδρος της Οργανωτικής Επιτροπής, Καθηγήτρια κα Αλεξάνδρα Σκλαβούνου-Ανδρικοπούλου τόνισε ότι στο μέσο μιας δυσμενούς οικονομικοκοινωνικής συγκυρίας και σε ένα αρνητικά φορτισμένο περιβάλλον, η διοργάνωση ενός επιστημονικού συνεδρίου είναι ένα έργο δύσκολο με πολλά προβλήματα. Από την άλλη όμως πλευρά, η ανάγκη για πρόοδο της επιστήμης και προαγωγή της γνώσης στον τομέα της Στοματολογίας συνεχίζει να είναι επιτακτική και δεν πρέπει να επηρεάζεται αρνητικά από τους οικονομικούς και κοινωνικούς κλυδωνισμούς που ταλαιπωρούν τη χώρα μας τα τελευταία χρόνια, με αποτέλεσμα η συνέχιση του θεσμού του Πανελληνίου Συνεδρίου Στοματολογίας να είναι μια αναγκαιότητα.

Την κήρυξη της έναρξης των εργασιών του 2ο Πανελληνίου Συνεδρίου Στοματολογίας πραγματοποίησε με σύντομο χαιρετισμό η Πρόεδρος της Οδοντιατρικής Σχολής ΕΚΠΑ, Καθηγήτρια Διαγνωστικής και Ακτινολογίας στόματος κ. Καραγιάννη Αικατερίνη, στην οποία απονεμήθηκε τιμητική πλακέτα, ενώ η εναρκτήρια ομιλία με τίτλο: «Από το στόμα σου και στου Θεού τ' αυτί» αναπτύχθηκε με γλαφυρό τρόπο από τον ιστορικό και συγγραφέα Σαράντο Καργάκο στον οποίο επίσης επιδόθηκε αναμνηστική πλακέτα.

Το Συνέδριο, το οποίο παρακολούθησαν 110 σύνεδροι, κάλυψε μια πληθώρα θεμάτων υπό τον κεντρικό τίτλο «Η Στοματολογία στην καθημερινή οδοντιατρική πράξη» σε 7 κεντρικές συνεδρίες που περιελάμβαναν Στρογγυλά Τραπέζια, σύντομες εισηγήσεις και συνεδρίες αντιπαράθεσης. Η ευρεία θεματολογία του συνεδρίου αναφέρθηκε σε συχνά νοσήματα και παθολογικές καταστάσεις που καλείται συχνά να διαχειρισθεί ο γενικός οδοντίατρος είτε αντιμετωπίζοντας ο ίδιος τον ασθενή είτε παραπέμποντάς τον στον ειδικό, όπως οι ιατρογενείς βλάβες, οι βλάβες των ούλων ως αποτέλεσμα επίδρασης τοπικών και συστηματικών παραγόντων καθώς και βλάβες που θέτουν το διαγνωστικό δίλημμα μεταξύ φλεγμονής ή νεοπλασίας. Συζητήθηκαν επίσης η διαγνωστική προσέγγιση παθήσεων της τραχηλοπροσωπικής χώρας, παθήσεων των χειλέων και της γλώσσας, η χρήση των Laser στην αντιμετώπιση νοσημάτων του στόματος σε σύγκριση ή και αντίθεση με τη συμβατική χειρουργική καθώς και οι σύγχρονες τάσεις στην ιστοπαθολογία του στόματος. Ιδιαίτερο ενδιαφέρον παρουσίασε η Συνεδρία που αφορούσε στις νεότερες εξελίξεις σε θέματα κλινικού και ερευνητικού ενδιαφέροντος, κατά την οποία συζητήθηκε ο ρόλος του σιέλου ως βιολογικού υλικού διαγνωστικών εφαρμογών και ο ρόλος της HPV-λοίμωξης στον καρκίνο του στόματος, όπως αυτός μελετήθηκε μέσα από τις διπλωματικές εργασίες των μεταπτυχιακών φοιτητών της Στοματολογίας της Οδοντιατρικής Σχολής ΕΚΠΑ.

Προσκεκλημένοι ξένοι ομιλητές στη συγκεκριμένη συνεδρία ήταν ο Dr. Naom Yarom, Διευθυντής Κλινικής Στοματολογίας της Οδοντιατρικής Σχολής του Πανεπιστημίου του Tel-Aviv του Ισραήλ, ο οποίος αναφέρθηκε στις ενδείξεις και τους περιορισμούς τοποθέτησης εμφυτευμάτων σε ασθενείς που λαμβάνουν διφωσφονικά και η Dr. Αναστασία Γεωργίου, από το Τμήμα Στοματολογίας του Πανεπιστημίου του Σύδνευ της Αυστραλίας, η οποία επικεντρώθηκε στην οδοντιατρική αντιμετώπιση των ασθενών με συστηματικό νόσημα. Στο συνέδριο παρουσιάσθηκαν επίσης 16 ελεύθερες και 23 αναρτημένες ανακοινώσεις με ενδιαφέροντα κλινικά περιστατικά και ερευνητικές μελέτες από το χώρο της Στοματολογίας.

11ο Biennial Συνέδριο της Ευρωπαϊκής Ομοσπονδίας Στοματολογίας

Το 11ο Biennial Συνέδριο της Ευρωπαϊκής Ομοσπονδίας Στοματολογίας στέφθηκε από πλήρη επιτυχία αποσπώντας ιδιαίτερα κολακευτικά και εγκωμιαστικά σχόλια από το σύνολο των συμμετεχόντων συναδέλφων. Η μεγάλη Ευρωπαϊκή και διεθνής συμμετοχή με συνολικά 300 σύνεδρους, η άρτια διοργάνωση, η υψηλού επιπέδου και σύγχρονου προβληματισμού θεματολογία, το πλούσιο κοινωνικό πρόγραμμα συνέβαλαν ώστε η χώρα μας να αποδειχθεί αντάξια μιας τέτοιας διοργάνωσης.

Το Κατευθυνόμενο Επιστημονικό Πρόγραμμα πλαισιωνόταν από δύο Στρογγυλά Τραπέζια, δύο συνεδρίες με επίκαιρα θέματα διαγνωστικού και θεραπευτικού προβληματισμού και δύο συνεδρίες με την παρουσίαση ενδιαφερόντων κλινικών περιστατικών. Τα κεντρικά θέματα του Συνεδρίου αφορούσαν αφ' ενός στα νεότερα δεδομένα και τις μελλοντικές προοπτικές για τις δυνητικά κακοήθεις διαταραχές του στόματος και αφ' ετέρου σε νέες θεραπευτικές προσεγγίσεις στη Στοματολογία που αναπτύχθηκαν από διεθνούς κύρους καταξιωμένους συναδέλφους από την Ευρώπη, τις Η.Π.Α. και την Ελλάδα.

Υποβλήθηκαν, επίσης, συνολικά 212 εργασίες, εκ των οποίων 189 έγιναν δεκτές ως επιτοίχιες παρουσιάσεις και οι λοιπές ως ελεύθερες ανακοινώσεις. Εντυπωσιακή ήταν η συμμετοχή χωρών εκτός της Ευρώπης, όπως Βραζιλία (22 συμμετέχοντες), Αυστραλία (11 συμμετέχοντες), Κίνα, Ινδίες, Ιράν, Ιορδανία, Κορέα, Σαουδική Αραβία, Σιγκαπούρη, Ταϋλάνδη, Η.Π.Α., Νότιο Αφρική, Νέα Ζηλανδία.

Στην εναρκτήρια τελετή εν μέσω μιας κατάμεστης αίθουσας, η Πρόεδρος του Συνεδρίου, Καθηγήτρια Στοματολογίας Οδοντιατρικής Σχολής ΕΚΠΑ κα Αλεξάνδρα Σκλαβούνου-Ανδρικοπούλου τόνισε πως υπήρξε μεγάλη τιμή για την πατρίδα μας η ανάθεση αυτής της διοργάνωσης, η οποία πραγματοποιείται κάθε δύο χρόνια. Ευχαρίστησε την Οργανωτική Επιτροπή και τους συνέδρους που με την ενεργό παρουσία τους αποτέλεσαν έμπρακτη απόδειξη της πρόθεσης να στηρίξουν αυτή την προσπάθεια και έτσι αντισταθμίστηκε η πολύ περιορισμένη οικονομική ενίσχυση του Συνεδρίου από εταιρείες χορηγούς

Ακολούθησε χαιρετισμός από τον Πρόεδρο της Ευρωπαϊκής Ομοσπονδίας Στοματολογίας, τον Ισπανό Jose V. Bagan, στον οποίο επιδόθηκε τιμητική πλακέτα από την κα. Σκλαβούνου και ανακηρύχθηκε Επίτιμο Μέλος της Ελληνικής Εταιρείας Παθολογίας Στόματος (ΕΕΠΣ).

Την κήρυξη των εργασιών του 11ου Biennial Συνεδρίου της EAOM πραγματοποίησε μετά από σύντομο χαιρετισμό ο Πρύτανης του Εθνικού και Καποδιστριακού Πανεπιστημίου Αθηνών Καθηγητής κ. Θεοδόσιος Πελεγρίνης, στον οποίο επίσης απονεμήθηκε τιμητική πλακέτα. Ακολούθησε εναρκτήρια ομιλία από την Ομότιμη Καθηγήτρια Αναισθησιολογίας κα.. Ελένη Ασκητοπούλου με θέμα: «Οι ρίζες της Στοματολογίας εκπορεύονται από την Ιπποκρατική Ιατρική;». Η τελετή έναρξης έκλεισε με την προβολή video μικρής διάρκειας, το οποίο με παραστατικό και αλληγορικό τρόπο τόνιζε τη σημασία της ακεραιότητας των ιστών της στοματικής κοιλότητας και τη συμβολή της Στοματολογίας στη διατήρηση της υγείας του στόματος που αντανακλά στη γενική υγεία.

Το κοινωνικό πρόγραμμα περιλάμβανε επίσκεψη πλαισιωμένη με ξενάγηση στο μουσείο της Ακρόπολης καθώς και αποχαιρετιστήριο δείπνο στο ξενοδοχείο του Αστέρα της Βουλιαγμένης, όπου απονεμήθηκαν από τον Πρόεδρο της EAOM 10 βραβεία για τις καλύτερες εργασίες του Συνεδρίου και ακολούθησε διασκέδαση με τη συμμετοχή φολκλορικού χορευτικού συγκροτήματος.

Είναι γεγονός αναμφισβήτητο ότι οι απαιτήσεις της Οδοντιατρικής τόσο σαν λειτούργημα όσο και σαν Επιστήμη δεν σταματούν. Η διεύρυνση των γνώσεων στη Στοματολογία μέσα από θεσμοθετημένα Συνέδρια και η επίτευξη αυτών των στόχων δίνει αισιόδοξα μηνύματα και έρχεται να αναβαθμίσει την αποστολή του Σύγχρονου Οδοντιάτρου και να δώσει μια άλλη διάσταση στην παροχή υπηρεσιών στοματικής υγείας.

Διεθνές Συνέδριο Εμφυτευματολογίας της MIS

Το 2ο Διεθνές Συνέδριο Εμφυτευματολογίας της MIS θα πραγματοποιηθεί από τις 6-9 Ιουνίου 2013 στις Κάννες, την καρδιά της Γαλλικής Ριβιέρα. Το συνέδριο με κεντρικό θέμα «From Science to Practice – How to Make It Simple» θα φιλοξενηθεί στο «Palais des Festivals», τον χώρο του λαμπερού κινηματογραφικού φεστιβάλ.

Οι συμμετέχοντες θα έχουν την ευκαιρία να ενημερωθούν για τις νέες τάσεις στο χώρο της εμφυτευματολογίας, να διδαχθούν από παγκοσμίου φήμης ειδικούς του χώρου, αλλά και να απολαύσουν τις γοητευτικές Κάννες.

Σύντομα θα ανακοινωθούν περισσότερες πληροφορίες για το πρόγραμμα του συνεδρίου και τα συνεδριακά κοινωνικά δρώμενα. Μπορείτε επίσης να ενημερωθείτε στο www.mis-implants.com/cannes.

Σημειώνεται ότι στο πλαίσιο του Διεθνούς Συνεδρίου, η MIS προκηρύσσει διεθνή διαγωνισμό με θέμα: **'Η συνδυασμένη χρήση εμφυτευμάτων MIS και μοσχεύματος Bond-Bone στην αισθητική ζώνη'.**

Συμμετοχές μπορούν να υποβληθούν έως 1/3/13. Πληροφορίες για τους όρους συμμετοχής μπορείτε να βρείτε στην ιστοσελίδα: www.mis-events.com/cc-competition.

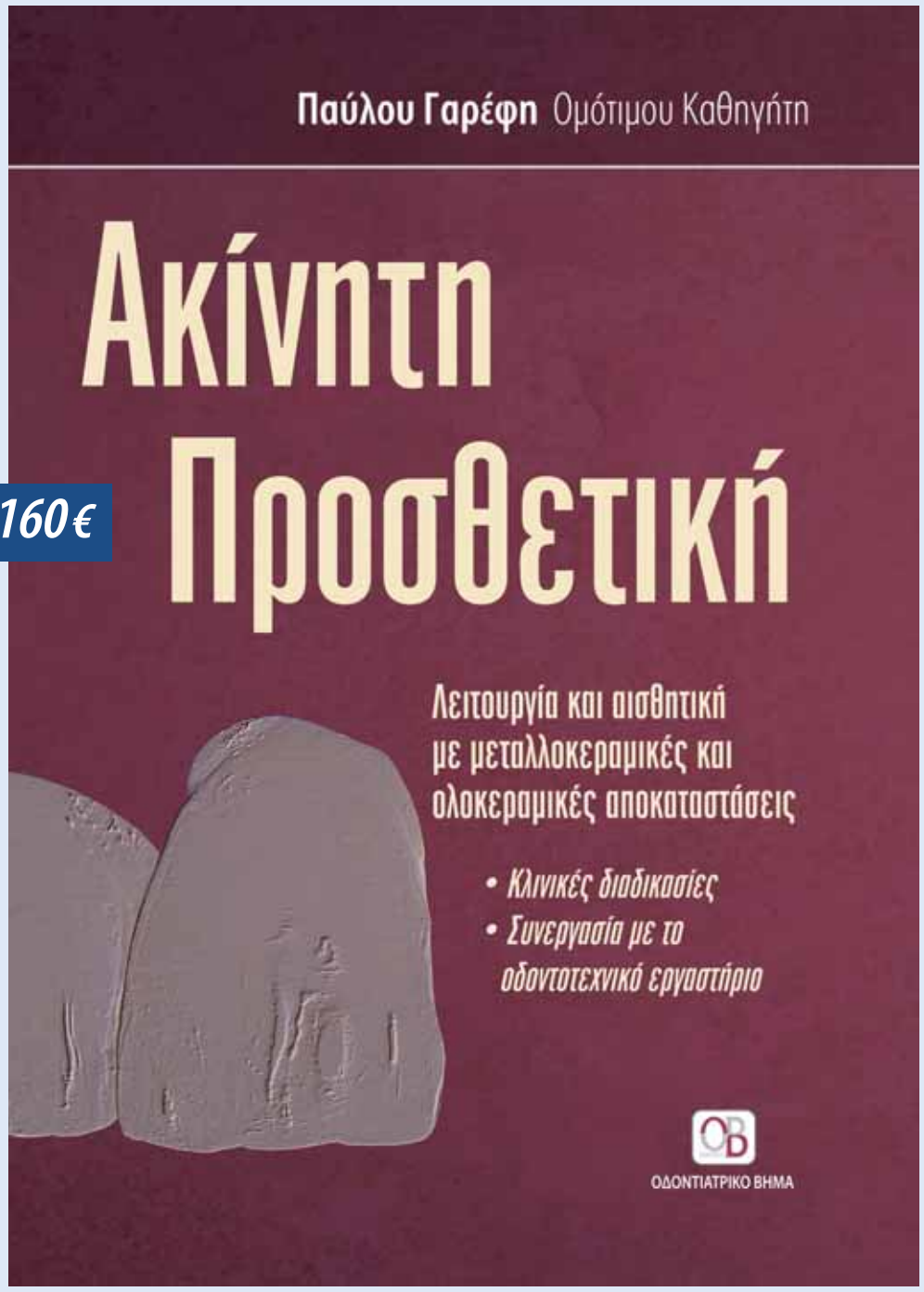
Για περισσότερες πληροφορίες και αιτήσεις συμμετοχής για το συνέδριο μπορείτε να απευθύνεστε στη ΝΕΓΡΙΝ Ντένταλ, στο τηλέφωνο : 210 7711605.

Ακίνητη Προσθετική **Παύλου Γαρέφη**, ομότιμου καθηγητή ΑΠΘ

Λειτουργία και αισθητική στις μεταλλοκεραμικές και ολοκεραμικές αποκαταστάσεις

• Κλινικές διαδικασίες • Συνεργασία με το οδοντοτεχνικό εργαστήριο

Στην καθημερινή κλινική πράξη ο οδοντίατρος, αντιμετωπίζοντας έναν ασθενή που χρειάζεται προσθετική αποκατάσταση, πρέπει αφενός να «ανιχνεύσει» τις πραγματικές του ανάγκες και αφετέρου να υλοποιήσει μια προσθετική αποκατάσταση που να ανταποκρίνεται στις σύγχρονες απαιτήσεις λειτουργίας, αισθητικής και μακράς πρόγνωσης.



Τιμή 160 €

Είναι γεγονός πως τα τεράστια άλματα της οδοντιατρικής τις τελευταίες δεκαετίες –τόσο στο πεδίο της έρευνας όσο και στο πεδίο της τεχνολογίας– προσφέρουν ένα πλήθος εναλλακτικών επιλογών.
Κάθε επιλογή που εντάσσεται σε κάποιο σχέδιο θεραπείας δίνει από μόνη της άριστη θεωρητική λύση. Ωστόσο, βασική προϋπόθεση επιτυχίας, εκτός από την επιστημονικά τεκμηριωμένη επιλογή, είναι η εκτέλεση των κλινικών και εργαστηριακών διαδικασιών με κάθε αναγκαία λεπτομέρεια, που σε μια εφαρμοσμένη επιστήμη προϋποθέτει ιδιαίτερες γνώσεις, αυστηρή τήρηση των πρωτοκόλλων εργασίας και ανάπτυξη δεξιοτήτων.
Η συγγραφή αυτού του βιβλίου είχε έναν πολύ συγκεκριμένο στόχο: Να προσφέρει στον γενικό οδοντίατρο ένα βοήθημα για κάθε στάδιο εργασίας της κλινικής πράξης, το οποίο θα δείχνει βήμα προς βήμα κάθε τεχνική λεπτομέρεια της κατασκευής.
Παράλληλα, ακολουθώντας πιστά την εναλλαγή των κλινικών και εργαστηριακών σταδίων όπως αυτά εμφανίζονται στην καθημερινή πράξη, η ***Ακίνητη Προσθετική*** επισημαίνει τα κύρια κομβικά σημεία στην όλη κλινική και εργαστηριακή διαδικασία.
Έχοντας μια ολοκληρωμένη καθοδήγηση στάδιο προς στάδιο, ο οδοντίατρος θα μπορεί σε καθημερινή βάση και σε σύντομο χρόνο να βελτιώνει την ικανότητά του να υλοποιεί μια σύγχρονη ακίνητη προσθετική αποκατάσταση που θα είναι λειτουργικά και αισθητικά άψογη.

Διαβάζοντας τα παραπάνω, ίσως κάποιος θεωρήσει ότι η ***Ακίνητη Προσθετική*** δεν είναι παρά ένας κλινικός και εργαστηριακός οδηγός.
Η συγγραφική προσπάθεια, όμως, είχε έναν τελείως διαφορετικό στόχο. Λαμβάνοντας υπόψη την τεράστια βιβλιογραφία και τις δημοσιεύσεις που υπήρχαν μέχρι και λίγες μέρες πριν την έκδοση, έχει φιλτράρει και «μεταφράσει» τα επιστημονικά δεδομένα έτσι ώστε, αξιοποιώντας μια μακρόχρονη κλινική και εργαστηριακή εμπειρία, να προσφέρει στον γενικό οδοντίατρο μια επιστημονικά τεκμηριωμένη καθοδήγηση.
Φιλοδοξία του συγγραφέα ήταν να αποφύγει τη λεπτομερή περιγραφή και χρήση δεδομένων και τεχνικών που δεν θα μπορούσαν να φανούν ιδιαίτερα χρήσιμες στον Έλληνα οδοντίατρο. Αντίθετα, προσπάθησε με επιστημονικά κριτήρια, τεκμηριωμένες κριτικές επιλογές και ένα ιδιαίτερα πλούσιο υλικό από εικόνες και σχήματα να δώσει στην όλη προσπάθεια μια σαφή «ελληνική ταυτότητα». Το βιβλίο χωρίζεται σε 11 κεφάλαια.

- Στο Κεφάλαιο 1 αναπτύσσονται με κάθε λεπτομέρεια η σημασία και η τεχνική της προπαρασκευής των δοντιών στήριξης.
- Στο Κεφάλαιο 2 παρουσιάζονται ενδελεχώς τα υλικά και οι τεχνικές αποτύπωσης.
- Στο Κεφάλαιο 3 αναλύονται η χρησιμότητα, τα υλικά και οι τεχνικές των προσωρινών και μεταβατικών αποκαταστάσεων.
- Το Κεφάλαιο 4 είναι αφιερωμένο στα υλικά, στις τεχνικές και στην ιδιαίτερη σημασία των καταγραφών για τη σύνδεση της κλινικής με την εργαστηριακή πράξη, που αποτελεί ένα από τα κομβικά σημεία για μια πετυχημένη «σύγκλειση».
- Το Κεφάλαιο 5 αφορά την επιλογή, τα υλικά και τις τεχνικές των «μυλικών ανασυστάσεων».
- Το Κεφάλαιο 6 αναφέρεται εκτενώς στη συνεργασία του οδοντιάτρου με το οδοντοτεχνικό εργαστήριο, καθώς και στα πλέον κρίσιμα σημεία της κατασκευής και ανάρτησης των εκμαγείων στον αρθρωτήρα.

Επιπλέον, με μεγάλη λεπτομέρεια και βήμα προς βήμα, περιγράφονται η «λειτουργική διαγνωστική ανάλυση της σύγκλεισης» και το «διαγνωστικό κέρωμα», που συνιστούν τους καθοριστικούς πυλώνες για μια προσθετική αποκατάσταση την οποία θα χαρακτηρίζει καλή σύγκλειση, προστασία της υγείας των περιοδοντικών ιστών και υψηλή αισθητική απόδοση.

960 Σελίδες, 1600 έγχρωμες εικόνες

Παράλληλα, στο συγκεκριμένο κεφάλαιο παρουσιάζονται όλες οι λεπτομέρειες όσον αφορά την επιλογή ενός σωστού κράματος, αλλά και τα κρίσιμα δεδομένα για τη λήψη ενός χυτού σκελετού με μεγάλη ακρίβεια εφαρμογής.

- Το Κεφάλαιο 7 πραγματεύεται λεπτομερώς τόσο τη δοκιμή του μεταλλικού σκελετού μιας μεταλλοκεραμικής αποκατάστασης όσο και τις διαδικασίες προσδιορισμού της «χρωματικής απόδοσης» της αποκατάστασης αυτής.

Στη συγκεκριμένη διαδικασία καταβάλλεται προσπάθεια για μια πιο απλή «κωδικοποίηση», σε κλινικά εφαρμόσιμο επίπεδο, του θεωρητικά ιδίαιτερα δύσκολου κεφαλαίου που αφορά το χρώμα.

- Το Κεφάλαιο 8 πραγματεύεται το σχήμα των δοντιών κατά τη δόμηση της πορσελάνης στο εργαστήριο, αλλά και τους ιδιαίτερους χειρισμούς που απαιτούνται για την αναπαραγωγή του χρώματος και την καλή απόδοση του κεραμικού υλικού.
- Το Κεφάλαιο 9 αναφέρεται στη δοκιμή της μεταλλοκεραμικής αποκατάστασης και είναι διαρθρωμένο σε τρεις ενότητες που αφορούν: τον έλεγχο της προστασίας των περιοδοντικών ιστών· τον έλεγχο και την κλινική «εξισορρόπηση της σύγκλεισης»· και τις βασικές αρχές της αισθητικής και της εξατομίκευσης.
- Το Κεφάλαιο 10 συνιστά μια ολοκληρωμένη ανάλυση για τις σύγχρονες αισθητικές αποκαταστάσεις και τις ολοκεραμικές αποκαταστάσεις, ενώ πραγματεύται με ιδιαίτερη λεπτομέρεια τα πλεονεκτήματα και μειονεκτήματα, αλλά και τις τεχνικές που αφορούν την κλινική εφαρμογή των ολοκεραμικών στεφανών και γεφυρών, και των ολοκεραμικών όψεων.
- Το τελευταίο κεφάλαιο του συγγράμματος, το Κεφάλαιο 11, αναφέρεται στις δυνατότητες των κονιών προσκόλλησης και στις κλινικές επιλογές που συνδέονται με εφαρμογή τους.

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

19ο σεμινάριο της ΦΩΤΟΔΙΕΓΕΡΣΗΣ

Με τις καλύτερες εντυπώσεις και με μεγάλη συμμετοχή οδοντιάτρων πραγματοποιήθηκε, με θέμα «Laser Οδοντιατρική»

Το Σάββατο **24 Νοεμβρίου 2012**, πραγματοποιήθηκε στο Εκπαιδευτικό και Συνεδριακό Κέντρο ATexcelixi το σεμινάριο για την χρήση των Laser Er:YAG, Nd:YAG και Διοδικού στις οδοντιατρικές θεραπείες.

Η ημερίδα ξεκίνησε με παρουσίαση του νέου και βραβευμένου με διεθνείς διακρίσεις συστήματος **Laser LightWalker** της Fotona με δύο μήκη κύματος Er:YAG-2940nm, Nd:YAG-1064nm και του **Διοδικού Laser** XD2-810nm.

Ο **φυσικός M.Sc Π. Κάπαρης** εξήγησε και συνέδεσε με απλό και κατανοητό τρόπο, την βιοφυσική των Laser, την ορολογία και τις παραμέτρους τους με τις κλινικές εφαρμογές και εισέπραξε τις ευχαριστίες των 50 συμμετεχόντων γιατρών για την συμβολή της παρουσίασής του, στην εκ μέρους τους κατανόηση της δράσης και αντίδρασης Laser-Ιστών και των κλινικών περιστατικών που ακολούθησαν.

Στο δεύτερο μέρος της ημερίδας έγινε από τον **οδοντίατρο Καλλή Αντώνη, M.Sc "Laser in Dentistry"**, παρουσίαση κλινικών περιστατικών παρασκευής κοιλοτήτων εξ ολοκλήρου με το Er:YAG Laser, ενδοδοντική και περιοδοντολογική θεραπεία με Er:YAG & Nd:YAG Laser (TwinLight θεραπεία), λεύκανση με Er:YAG Laser, χειρουργική και με τα δύο μήκη κύματος. Ακολούθησαν video με όλες τις παραπάνω εφαρμογές σε πραγματικούς χρόνους.

Ο **περιοδοντολόγος Σπ. Σπύρου, M.Sc "Laser in Dentistry"**, παρουσίασε περιστατικά από το ιατρείο του με το διοδικό Laser XD2- 810nm της Fotona.

Ο **οδοντίατρος Ε. Δημητρίου, Mastership "Laser in Dentistry"**, παρουσίασε επίσης κλινικά περιστατικά από το ιατρείο του με Er:YAG & Nd:YAG Laser της Fotona.

Στην συνέχεια έγινε επίδειξη –Hands on, του LightWalker σε γνάθους χοίρων.

Η **Φωτοδιέγερση** είναι η πρώτη εταιρεία που, από την αρχή της εμπορικής της δραστηριότητας, το έτος 2001, παράλληλα με την προώθηση συστημάτων Laser, διοργανώνει δωρεάν σεμινάρια εκπαίδευσης για την σωστή χρήση των συσκευών.

Το υψηλό επίπεδο εκπαίδευσης που παρέχει η εταιρεία οφείλεται στην επί 11 έτη συνεργασία της με το Ινστιτούτο Έρευνας Οδοντιατρικών Laser –**AALZ** (Παν/μιο Aachen) και την **Laser & Health Academy** (Ljubljana), δύο από τους λίγους επιστημονικούς φορείς που παρέχουν επιστημονικά τεκμηριωμένη εκπαίδευση στην Laser οδοντιατρική.

Τον Μάρτιο η διεξαγωγή του συνεδρίου Cerec

Το πολυαναμενόμενο συμπόσιο Cerec θα λάβει χώρα στις **22 και 23 Μαρτίου του 2013**, στο ξενοδοχείο Russell στο Λονδίνο, δίνοντας τη δυνατότητα στους συμμετέχοντες να ενημερωθούν για όλες τις τελευταίες εξελίξεις γύρω από την τεχνολογία Cerec ,αλλά και την ευκαιρία να συναναστραφούν με αναγνωρισμένους κλινικούς.

Στο διήμερης διάρκειας συνέδριο θα πραγματοποιηθούν ομιλίες και παρουσιάσεις από διακεκριμένους υποστηρικτές της τεχνολογίας Cerec ανά τον κόσμο. Μερικοί από τους προσκεκλημένους ομιλητές που έχουν ήδη επιβεβαιώσει την παρουσία τους στο συνέδριο είναι ο Andreas Kurbad,ιδρυτικό μέλος του Cerec Masters' Club, ο Julian Caplan, ο John Moore και ο Nilesh Parmar.

Μεταξύ άλλων, στο συνέδριο θα έχετε τη δυνατότητα να ενημερωθείτε για το πως μπορείτε να επιτύχετε άρτιο αισθητικό αποτέλεσμα με τη χρήση της τεχνολογίας CAD/CAM, πως να πραγματοποιήσετε τοποθέτηση εμφυτεύματος χρησιμοποιώντας CEREC και 3D απεικόνιση.

Παράλληλα θα δείτε βήμα -βήμα πώς μπορεί το CEREC να ενσωματωθεί στην καθημερινή κλινική πράξη, ενώ θα υπάρξει hands-on συνεδρίαση αναφορικά με τη νέα CEREC Omnicam, ενδοστοματική κάμερα. Τέλος, θα έχετε τη δυνατότητα να ανταλλάξετε απόψεις με άλλους οδοντιάτρους που έχουν υιοθετήσει την CAD / CAM τεχνολογία κατά τη διάρκεια του δείπνου που θα πραγματοποιηθεί στο περιθώριο του συνεδρίου το βράδυ της Παρασκευής.

Η τιμή συμμετοχής ανέρχεται στις 250 λίρες συν ΦΠΑ και περιλαμβάνει τις διήμερες εκδηλώσεις του συνεδρίου, ποτά καλωσορίσματος στην υποδοχή και το δείπνο της Παρασκευής.

Περισσότερες πληροφορίες και δηλώσεις συμμετοχής στο τηλέφωνο 029 2044 2818 και στο email Suzanne.o'rourke@henryschein.co.uk.

Επιστημονική Ημερίδα από ΟΣΠ

«ΕΙΔΙΚΕΣ ΠΕΡΙΠΤΩΣΕΙΣ ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΙΚΗΣ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗΣ»

Ο Οδοντιατρικός Σύλλογος Πειραιά σε συνεργασία με την Ελληνική Εταιρεία Νοσοκομειακής Οδοντιατρικής διοργανώνει το **Σάββατο, 9 Φεβρουαρίου του 2013**, επιστημονική ημερίδα με θέμα « Ειδικές Περιπτώσεις Οδοντιατρικής Περίθαλψης» στο Ευγενίδειο Ίδρυμα. Ώρα έναρξης των εργασιών της ημερίδας ορίζεται η 9:00 πμ.

Από τις 09.30 π.μ. έως τις 11.30 π.μ θα αναλυθούν ζητήματα υπό τη σκέπη της θεματικής ενότητας «Κατ'οίκον παροχή οδοντιατρικής φροντίδας». Τον συντονισμό στο πρώτο μέρος της ημερίδας έχει αναλάβει η κα. Φλώρα Ζερβού-Βάλβη, Πρόεδρος Ελλην. Εταιρ. Νοσοκομειακής Οδοντιατρικής, Συντονίστρια-Δ/ντρια ΕΣΥ Ασκληπιείου Βούλας.

Πιο συγκεκριμένα, την ενότητα αυτή θα εγκαινιάσει, στις 09:45 π.μ., ο Πρόεδρος της Ελληνικής Οδοντιατρικής Ομοσπονδίας, κ. Αθανάσιος Κατσίκης με την ομιλία του αναφορικά με το «Νομικό πλαίσιο της κατ' οίκον παροχής οδοντιατρικής φροντίδας». Στις 10:00 π.μ., ο κ. Χρήστος Καμμιλάτος, Γενικός Ιατρός, Αναπληρωτής Δ/ντής ΕΣΥ και Γεν. Γραμματέας στο «Χαμόγελο του Παιδιού» θα αναφερθεί στην «Κατ' οίκον νοσηλεία και προσφερόμενες υπηρεσίες». Στις 10:20 π.μ. η κα. Αλεξάνδρα Αντωνιάδου, Δ/ντρια Οδον/κου Τμήματος Τζανείου Νοσοκομείου θα μιλήσει για την «Στοματική υγιεινή σε κατ'οίκον μη αυτοεξυπηρετούμενους», ενώ στις 10:40 π.μ , η κα Εριφύλλη Πούλιου, Δυσφαγιολόγος – Λογοθεραπεύτρια SLP θα αναπτύξει το θέμα «Η συνεργασία των ειδικοτήτων για την αντιμετώπιση της δυσφαγίας». Τον πρώτο κύκλο των ομιλιών της ημερίδας θα ολοκληρώσει στις 11: 00 π.μ. ο κ. Κωνσταντίνος Καλούμενος, Οδοντίατρος, M.Sc. Προσθετικής μιλώντας για το θέμα «Κατ'οίκον παροχή οδοντιατρικής περίθαλψης».

Στις 11:30-12:00 θα υπάρξει διάλειμμα - Επίδειξη οδοντιατρικής υποδομής για κατ'οίκον οδοντιατρική περίθαλψη.

Στο δεύτερο μέρος της ημερίδας θα παρουσιαστούν εισηγήσεις πάνω στη γενική θεματική «Το επείγον ως επιπλοκή κατά την κατ'οίκον παροχή οδοντιατρικής φροντίδας». Τον συντονισμό θα αναλάβει ο κ. Ιωάννης Ιατρού, Καθηγητής Στοματικής και Γναθοπροσωπικής Χειρουργικής ΕΚΠΑ.

Στις 12:00 η κα Ευαγγελία Μπογοσιάν, Επιμ. Α΄Οδον/κου Τμήματος του ΠΑΓΝΗ θα μιλήσει για « Το ιατρικό επείγον». Στις 12:45 μ.μ. ο κ.Φώτιος Τζέρμπος, Επικ. Καθηγητής Στοματικής και Γναθοπροσωπικής Χειρουργικής ΕΚΠΑ θα μιλήσει για το «Το οδοντιατρικό επείγον» Θα ακολουθήσει συζήτηση μέχρι τη λήξη της ημερίδας στις 14: 00 μμ.

Ετήσιο Συνέδριο της Στοματολογικής Εταιρείας Βορείου Ελλάδος

Από τις 29 έως 21 Μαρτίου του 2013 θα πραγματοποιηθεί το Ετήσιο Συνέδριο της Στοματολογικής Εταιρείας Βορείου Ελλάδος με θέμα: **«Η οδοντιατρική σήμερα σε σχέση με το κόστος»**. Το συνέδριο θα διεξαχθεί στο ξενοδοχείο «Electra Palace» στην Θεσσαλονίκη. Για περισσότερες πληροφορίες μπορείτε να επισκεφθείτε την ιστοσελίδα: www.sebe.gr.

Χειμερινή Συνάντηση της Οδοντιατρικής Εταιρείας Σικάγου

Η Οδοντιατρική Εταιρεία του Σικάγο διοργανώνει στις 21-23 Φεβρουαρίου του 2013, την 148η Χειμερινή Συνάντησή της, στο McCormick Place του Σικάγο. Στο πλαίσιο της τριήμερης αυτής διοργάνωσης θα λάβουν χώρα διαλέξεις, παρουσιάσεις και μαθήματα στα οποία οι σύνεδροι θα μπορούν να συμμετάσχουν.

Παράλληλα με την επιστημονική διοργάνωση, θα λάβει χώρα και έκθεση οδοντιατρικών ειδών.

Για περισσότερες πληροφορίες μπορείτε να επισκεφθείτε το σάιτ της Οδοντιατρικής Εταιρείας Σικάγου στην διεύθυνση: www.cds.org.

Ημερίδα Χειρουργικής Στόματος

Η Επιστημονική Εταιρεία Χειρουργικής Στόματος διοργανώνει το Σάββατο, 23 Φεβρουαρίου του 2013, στο Ξενοδοχείο Caravel, ημερίδα με θέμα:

«Συνήθη προβλήματα που απασχολούν το γενικό οδοντίατρο».

Σκοπός της ημερίδας είναι να ανταποκριθεί στην ανάγκη του οδοντιάτρου για συνεχή ενημέρωση όσον αφορά στα προβλήματα με τα οποία έρχεται συνήθως αντιμέτωπος αλλά και στις εξελίξεις που σημειώνονται στην επιστήμη της οδοντιατρικής.

Η ανάπτυξη των θεμάτων θα γίνει από εκλεκτούς και καταξιωμένους ομιλητές από το χώρο της Ιατρικής και Οδοντιατρικής, οι οποίοι μέσα από τις γνώσεις και την εμπειρία τους θα συνεισφέρουν τόσο στην αποτελεσματικότερη αντιμετώπιση περιστατικών που άπτονται της καθημερινής κλινικής πράξης όσο και στην προσέγγιση νέων μεθόδων βασισμένων σε πρόσφατες έρευνες και στην αρωγή της τεχνολογίας.

Φραγκίσκος Δ. Φραγκίσκος
Αν. Καθηγητής
Πρόεδρος Επιστημονικής Εταιρείας
Χειρουργικής Στόματος

Στην Ivoclar Vivadent η Wieland Dental

Η κατασκευάστρια εταιρεία οδοντιατρικών ειδών, Ivoclar Vivadent, ανακοίνωσε στις 21 Νοεμβρίου, την εξαγορά της Wieland Dental, μια κίνηση που αναμένεται να ισχυροποιήσει τη θέση της στον τομέα των ολοκεραμικών.
Η εξαγορά επρόκειτο να ολοκληρωθεί εντός του 2012, όταν θα λάμβανε και το «πράσινο φως» από τη Γερμανική Ομοσπονδιακή Υπηρεσία Συμπράξεων. Η Ivoclar Vivadent θα αποκτήσει το μερίδιο της εταιρείας χαρτοφυλακίου BWK και της ιδρυτικής οικογένειας Wieland. Σημειώνεται ότι η Wieland Dental, η οποία απασχολεί 190 υπαλλήλους, είχε το 2011 συνολικό τζίρο της τάξης των 60 εκατ. ευρώ.
Η Ivoclar Vivadent είναι μία από τις κορυφαίες οδοντιατρικές εταιρείες στον κόσμο, με μια ολοκληρωμένη γκάμα προϊόντων και συστημάτων για οδοντιάτρους και οδοντοτεχνίτες. Τα ολοκεραμικά υλικά είναι ένας από τους βασικούς τομείς δραστηριοποίησης της εταιρείας. Με την εξαγορά της Wieland Dental, η εταιρεία ενισχύει τη θέση της στον τομέα των ολοκεραμικών προϊόντων.
Ο Robert Ganley, Διευθύνων Σύμβουλος της Ivoclar Vivadent, σχολίασε σχετικά με την εξαγορά: « Η Wieland Dental είναι μία από τις κορυφαίες ευρωπαϊκές κατασκευαστικές εταιρείες στον τομέα των οδοντιατρικών ειδών, με προϊόντα που κυριαρχούν στην αγορά και υποστηρίζονται από μια ισχυρή ομάδα πωλήσεων. Είμαστε πολύ ευχαριστημένοι που η Wieland Dental μπαίνει στην οικογένεια της Ivoclar Vivadent».

Ποια είναι η Wieland Dental

Η Wieland Dental έχει την έδρα της στο Pforzheim της Γερμανίας και αποτελεί έναν από τους κορυφαίους προμηθευτές στην αγορά οδοντιατρικής τεχνολογίας. Με ένα ευρύ φάσμα προϊόντων που περιλαμβάνει από συστήματα CAD /CAM και οδοντιατρικά κράματα μέχρι κεραμικά υλικά επικάλυψης και ηλεκτρολυτική επιμετάλλωση, η εταιρεία προσφέρει εξατομικευμένες εργαστηριακές προτάσεις και συστήματα λύσεων.
Τα προϊόντα της Wieland Dental συνιστούν μια σημαντική προσθήκη στο χαρτοφυλάκιο των προϊόντων της Ivoclar Vivadent. Η Wieland Dental θα συνεχίσει τις δραστηριότητές της υπό την ίδια επωνυμία και διεύθυνση.

Κορυφαία Διάκριση για το Tetric EvoCeram Bulk Fill

Το διεθνώς αναγνωρισμένο αμερικανικό ινστιτούτο οδοντιατρικών δοκιμών «The Dental Advisor» απένειμε στο προϊόν Tetric EvoCeram Bulk Fill, την νανοϋβριδική σύνθετη ρητίνη για άμεσες αποκαταστάσεις σε οπίσθια δόντια της Ivoclar Vivadent, πέντε αστέρια, τη μεγαλύτερη δυνατή βαθμολογία που μπορεί να δοθεί σε προϊόν. Παράλληλα, οι συντάκτες του «The Dental Advisor» έδειξαν τη σαφή προτίμησή τους στο Tetric EvoCeram Bulk Fill, καθώς το ενέταξαν στην κατηγορία των προτεινόμενων προϊόντων από τους συντάκτες (editor's choice).
Το Tetric EvoCeram Bulk Fill χρησιμοποιήθηκε από 31 ειδικούς για την τοποθέτηση 746 αποκαταστάσεων. Σε αυτή την αξιολόγηση, η σύνθετη ρητίνη έλαβε κλινική βαθμολογία 97%, αποσπώντας τα ακόλουθα σχόλια:
Το Tetric EvoCeram Bulk Fill είναι εξαιρετικά άνετο στη χρήση για την έμφραξη των οπίσθιων δοντιών. Δεδομένου ότι το προϊόν μπορεί να τοποθετηθεί σε στρώματα έως 4 χιλ, οι περισσότερες από τις κοιλότητες απαιτούν μία μόνο εφαρμογή του υλικού. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα να μειώνεται σημαντικά ο χρόνος που απαιτείται για την ολοκλήρωση της θεραπείας. Η ρητίνη είναι εύκολο να προσαρμοστεί στα τοιχώματα των κοιλοτήτων και να διαμορφωθεί. Επιπλέον, οι τρεις αποχρώσεις του Tetric EvoCeram Bulk Fill καλύπτουν πλήρως τις χρωματικές ποικιλίες των οπίσθιων δοντιών. Παράλληλα, το υλικό προσαρμόζεται στην εμφάνιση της φυσικής αδαμαντίνης, χάρη στην ημιδιαφάνεια του. Οδοντίνη με έντονες δυσχρωμίες μπορεί να διακρίνεται κάτω από σύνθετη ρητίνη αν δεν καλυφθεί με λεπτό στρώμα αδιαφάνειας. Η ακτινοσκιερότητα του υλικού έχει αξιολογηθεί ως πολύ καλή. Σημειώνεται ότι 61% των ειδικών που αξιολόγησαν το προϊόν δήλωσαν ότι το Tetric EvoCeram Bulk Fill είναι πολύ καλύτερο συγκριτικά με τα αντίστοιχα προϊόντα που χρησιμοποιούσαν μέχρι σήμερα, ενώ το 32% το αξιολόγησαν ως καλό. Ογδόντα τοις εκατό των ειδικών δήλωσε ότι θα το χρησιμοποιήσουν, ενώ το 94% ότι θα το συνιστούσαν ανεπιφύλακτα.

Ηχηρό γερμανικό «παρόν» στην Οδοντιατρική Έκθεση «Sino Dental»

Το Ομοσπονδιακό Υπουργείο Οικονομικών και Τεχνολογίας (BMWi) θα παρουσιάσει ένα γερμανικό «περίπτερο» στην Οδοντιατρική Έκθεση "Sino 2013", υπό τον τίτλο «Οδοντιατρική Τεχνολογία από τη Γερμανία». Η "Sino 2013" θα λάβει χώρα στο Πεκίνο από τις 9 έως τις 12 του Ιουνίου 2013. Το «εθνικό» περίπτερο της Γερμανίας θα αποτελέσει σημείο προβολής για περίπου 50 εκθέτες, σε μια έκταση που θα καταλαμβάνει 1.500 τ.μ. Η εταιρία Koelnmesse έχει αναλάβει να φέρει σε πέρας το εγχείρημα αυτό, σε συνεργασία με το BMWi και τον Ομοσπονδιακό Σύνδεσμο της Γερμανικής Βιομηχανίας (AUMA), ενώ σημαντική θα είναι και η συμβολή της Γερμανικής Ένωσης Κατασκευαστών Οδοντιατρικών Ειδών (VDDI).
Αξίζει να σημειωθεί ότι είναι η πρώτη φορά που η Γερμανία διοργανώνει μια εθνική παρουσίαση σε παγκόσμια οδοντιατρική έκθεση. Σημειώνεται ότι τον Μάρτιο του 2013 θα δοθεί συνέντευξη Τύπου αναφορικά με την έκθεση «Οδοντιατρική Τεχνολογία από τη Γερμανία», στο πλαίσιο της Διεθνούς Έκθεσης Οδοντιατρικής «IDS 2013» στην Κολωνία.

FDI: «Όραμα 2020» για την στοματική υγεία

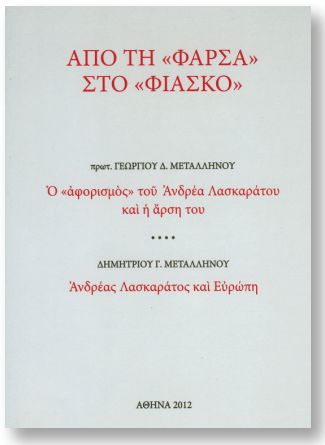
Τα μέλη της ομάδας κρούσης «Όραμα 2020» της Παγκόσμιας Οδοντιατρικής Ομοσπονδίας(FDI) εξέδωσαν μια νέα έκθεση η οποία ασχολείται με τα προβλήματα της στοματικής υγείας, ενώ ταυτόχρονα παρουσιάζει ένα σχέδιο δράσης για την αντιμετώπιση της κρίσης στην οδοντιατρική περίθαλψη σε παγκόσμια κλίμακα για πρώτη φορά. Το έγγραφο, το οποίο είναι διαθέσιμο στην ιστοσελίδα της FDI, προτείνει μεταξύ άλλων την επέκταση του ρόλου των υφιστάμενων επαγγελματιών στοματικής υγείας και την πρόσβαση στην περίθαλψη με στόχο τη βελτίωση της στοματικής υγείας σε όλο τον κόσμο μέχρι το 2020.

Η έκθεση της Παγκόσμιας Οδοντιατρικής Ομοσπονδίας κάνει λόγο για μια ανεξέλεγκτη έκρηξη των στοματικών ασθενειών, αν δεν ανακοπεί το κύμα της παραμέλησης της στοματικής υγείας, εξαιτίας των περιορισμών και των ανισοτήτων που βιώνουν οι ασθενείς στην υγειονομική τους περίθαλψη.

Η FDI σε μια προσπάθεια αφύπνισης και ευαισθητοποίησης της κοινής γνώμης για τη σημασία της στοματικής υγείας όρισε το 2020 ως έτος αντιμετώπισης της κρίσης στην οδοντιατρική περίθαλψη και εξέδωσε ένα σχέδιο πέντε σημείων, το οποίο στοχεύει στην αντιμετώπιση των προκλήσεων που αντιμετωπίζει η στοματική υγεία. Πιο συγκεκριμένα το σχέδιο προβλέπει:

1. Επέκταση της πρόσβασης στην περίθαλψη
2. Επέκταση του ρόλου των υφιστάμενων επαγγελματιών στοματικής υγείας
3. Γεφύρωση του χάσματος μεταξύ οδοντιατρικής εκπαίδευσης και ιατρικής εκπαίδευσης
4. Άμβλυνση των επιπτώσεων στην στοματική υγεία λόγω των διακυμάνσεων της οικονομικής ανάπτυξης
5. Βελτίωση της εφαρμογής των ευρημάτων της οδοντιατρικής έρευνας στην καθημερινή πρακτική

Οι ανισότητες ως προς τις δυνατότητες πρόσβασης στην οδοντιατρική περίθαλψη είναι πολύ μεγάλες, όπως καταγράφεται στην έκθεση της FDI και ενδεικτικά αναφέρεται ότι : Στην Κροατία υπάρχει ένας επαγγελματίας της στοματικής υγείας για κάθε 560 άτομα και στις ΗΠΑ, ένας για κάθε 2.200 ανθρώπους. Καθώς η κρίση στην οδοντιατρική περίθαλψη κορυφώνεται, η Παγκόσμια Οδοντιατρική Ομοσπονδία αναπροσαρμόζει το ρόλο της και λειτουργεί περισσότερο ως συνήγορος μιας δημόσιας πολιτικής για την οδοντιατρική περίθαλψη, επεκτείνοντας τη δράση της πέρα από τον παραδοσιακό της ρόλο ως συντονίστριας συνεδρίων και επιχειρηματικών εκθέσεων. Η FDI αποφασίζει να δεσμεύσει όλο και περισσότερους πόρους στην ανάπτυξη της πολιτικής για την υγεία, μιλώντας ως μια ενιαία φωνή για την προώθηση της στοματικής υγείας παγκοσμίως.



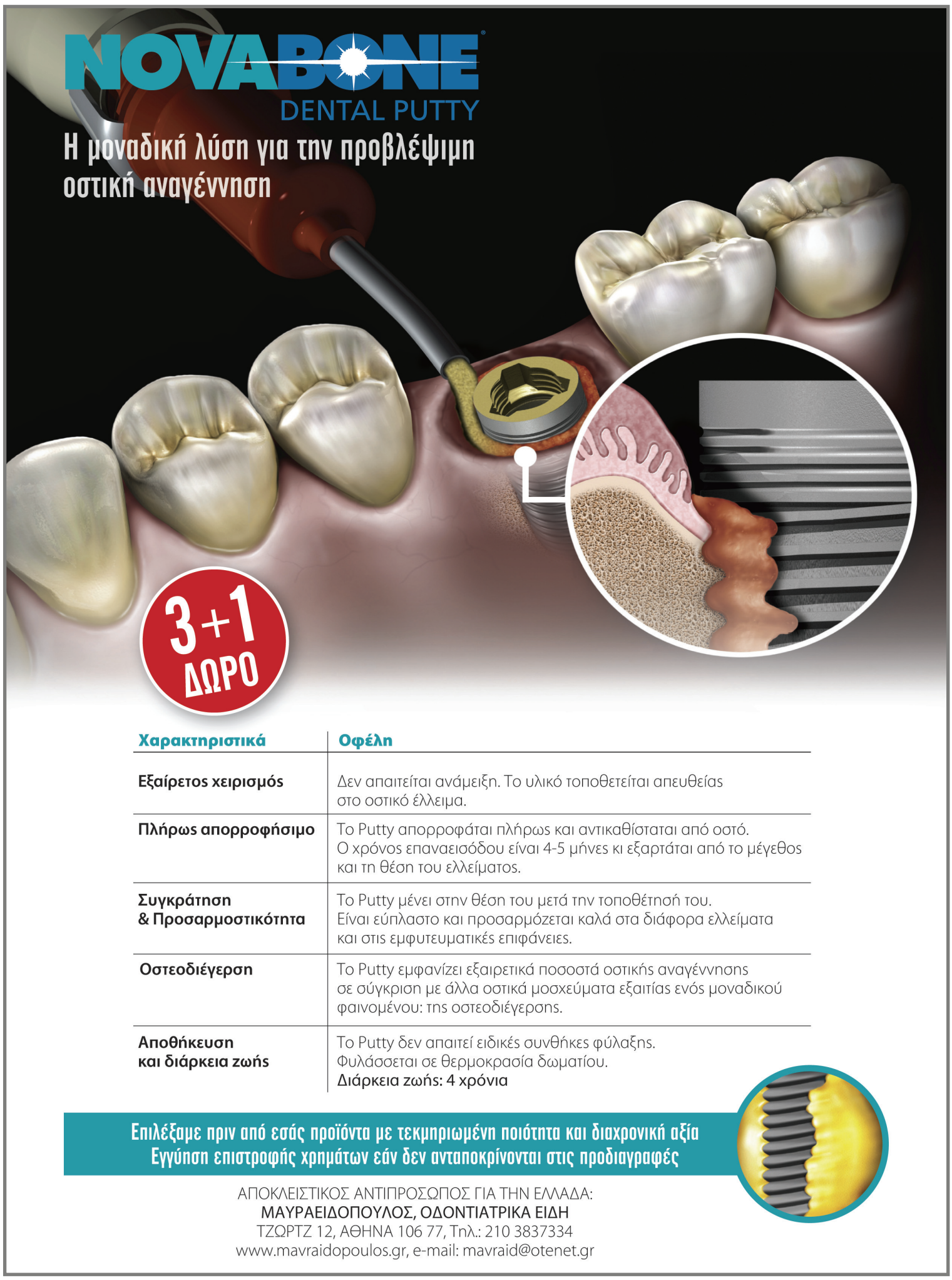
ΒΙΒΛΙΟΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ

πρωτ. ΓΙΩΡΓΙΟΥ Δ. ΜΕΤΑΛΛΗΝΟΥ
ΑΠΟ ΤΗ «ΦΑΡΣΑ» ΣΤΟ «ΦΙΑΣΚΟ». Ο «ΑΦΟΡΙΣΜΟΣ» ΤΟΥ ΑΝΔΡΕΑ ΛΑΣΚΑΡΑΤΟΥ ΚΑΙ Η ΑΡΣΗ ΤΟΥ

Στο βιβλίο του « Από τη "φάρσα" στο "φιάσκο". Ο αφορισμός του Ανδρέα Λασκαράτου και η άρση του», ο πατέρας Γεώργιος Δ. Μεταλληνός, ανοίγει ξανά τη συζήτηση σχετικά με τον αφορισμό του ποιητή της Κεφαλονιάς, ανατρέποντας τα κρατούντα, υποστηρίζοντας ότι ο Λασκαράτος ουδέποτε αφορίσθηκε.

Με το βιβλίο του τα «Τα Μυστήρια της Κεφαλονιάς», στο οποίο διαφαίνονται οι επιρροές από τις αρχές του προτεσταντικού ηθικισμού και της βρετανικής αστικής τυποκρατίας, ο Λασκαράτος προσπάθησε να διασαλεύσει τα ήθη της μικρής κοινωνίας της Κεφαλονιάς, προκαλώντας την Εκκλησία, η οποία προέβη σε αφορισμό του βιβλίου. Ο ίδιος όμως ο Λασκαράτος ουδέποτε αφορίσθηκε ως πρόσωπο, παρατηρεί ο πατέρας Μεταλληνός. Τουναντίον, ο Λασκαράτος, «πλαστογράφησε» τον προσωπικό αφορισμό του, χτίζοντας ένα μύθο γύρω από τον εαυτό του. Σύμφωνα με τον υπογράφων το βιβλίο, ο αφορισμός του βιβλίου δεν έπρεπε να γίνει από τους φορείς της εκκλησιαστικής εξουσίας, καθώς του προσέδωσε μεγαλύτερη σημασία από την αρμόζουσα, ενώ παράλληλα του προσέφερε ένα ισχυρό όπλο για να βάλλει κατά της Εκκλησίας.

Σε λάθους χειρισμούς, ωστόσο, υπέπεσε, σύμφωνα με τον συγγραφέα, και η οικογένεια του εκλιπόντος, αφού δέχτηκε ο Λασκαράτος να κηδευθεί εκκλησιαστικά, ενάντια στις προσωπικές του αρχές και ιδέες. Από την πλευρά του, ο τότε Μητροπολίτης Γεράσιμος Δόριζας για να πετύχει την κήδευση του Λασκαράτου, υποστήριξε στη Σύνοδο της Εκκλησίας της Ελλάδος, την μετάνοια του Λασκαράτου. Την ίδια στιγμή κάποιοι διέδιδαν ότι η Εκκλησία τον κήδευσε, γιατί αναγνώρισε το λάθος της απέναντι στο πρόσωπό του, ενώ ο γιος του Λασκαράτου διατεινόταν ότι ο πατέρας του έμεινε πιστός στις αρχές του μέχρι τέλους. Με αυτόν τον τρόπο και οι δύο πλευρές απέφυγαν την κοινωνική μείωση. Όμως η αποκωδικοποίηση της εκκλησιαστικής κηδείας του Λασκαράτου «αποκαλύπτει το διπλό φιάσκα της οικογένειας και του Μητροπολίτη», καταλήγει ο πατέρας Μεταλληνός.



PANAVIA™ SA CEMENT Automix

Η Kuraray Europe GmbH παρουσιάζει την αυτοσυγκολλούμενη ρητινώδη κονία PANAVIA™ SA CEMENT Automix (αυτόματης ανάμιξης).
Η SA CEMENT Automix της Kuraray διατίθεται τώρα πια ως τμήμα της αλυσίδας των προϊόντων της PANAVIA™ με απεριόριστες ενδείξεις, περιλαμβάνοντας και τη συγκόλληση των προσθετικών αποκαταστάσεων σε κολοβώματα εμφυτευμάτων.
Η εταιρεία των προϊόντων PANAVIA™ κατέχει επιστημονικά και κλινικά δεδομένα ερευνών εδώ και 25 χρόνια και εξειδικεύεται στη ρητινώδη συγκολλητική κονία ως μοναδική επιλογή για τα ιδιαίτερα δύσκολα κλινικά περιστατικά.

Ρητινώδης κονία συγκόλλησης ενός-σταδίου και αξιόπιστη αντοχή στη συγκόλληση …
Η PANAVIA™ SA CEMENT Automix είναι μια αυτοσυγκολλούμενη ρητινώδη κονία διπλού πολυμερισμού (φωτοπολυμεριζόμενη και χημικώς πολυμεριζόμενη) για την απλή συγκόλληση αποκαταστάσεων χωρίς αδροποίηση ή κάποια άλλη προετοιμασία του οδοντικού ιστού. Η χρήση της εξασφαλίζει ένα αξιόπιστο επίπεδο αδαμαντίνης, οδοντίνης, κεραμικά οξείδια μετάλλων και μέταλλα. Αυτό οφείλεται στην αναπτυγμένη τεχνολογία συγκόλλησης της Kuraray η οποία βασίζεται στις ιδιότητες του φωσφορικού μονομερούς "MDP". Η πάστα της PANAVIA™ SA CEMENT Automix αναμιγνύεται δίχως τη χρήση κάποιας συσκευής ανάμιξης και τοποθετείται κατευθείαν από τη σύριγγα πάνω στην αποκατάσταση. Μ'αυτό το άμεσο και εύχρηστο σύστημα μεταφοράς της κονίας αποφεύγουμε πιθανή επιμόλυνση που μπορεί να εμφανιστεί την καθημερινή κλινική πράξη.

…με ιδανικό καθαρισμό της περιοχής
Με τη χρήση της PANAVIA™ SA CEMENT Automix απομακρύνονται εύκολα και αβίαστα οι περίσσειες της κονίας. Η ιδιότητά της αυτή ελαχιστοποιεί την πιθανότητα να παραμείνουν περίσσειες της κονίας στην ουλοδοντική σχισμή ώστε να προκληθεί φλεγμονή των ούλων. Επιπλέον μειώνεται ο κίνδυνος καταστροφής των ούλων και της προσθετικής αποκατάστασης κατά τη διάρκεια απομάκρυνσης της περίσσειας της κονίας. Για τη συγκόλληση των προσθετικών αποκαταστάσεων σε εμφυτεύματα κολοβωμάτων, όπου απαιτείται αυστηρότερος έλεγχος της περίσσειας της κονίας, η PANAVIA™ SA CEMENT Automix είναι η ιδανική λύση.

Ενδείξεις
- Συγκόλληση στεφανών, γεφυρών, ενθέτων και επενθέτων από ολοκεραμικά, υβριδικά κεραμικά, σύνθετη ρητίνη ή μέταλλα
- Συγκόλληση ολοκεραμικών, υβριδικών κεραμικών, σύνθετων ρητινών ή μεταλλικών αποκαταστάσεων σε κολοβώματα εμφυτευμάτων
- Συγκόλληση μεταλλικών και ρητινώδη ψευδοκολοβωμάτων, μεταλλικών αξόνων και αξόνων υαλονημάτων

Για περισσότερες πληροφορίες απευθυνθείτε στην εταιρεία Τσαπράζης Ιωάννης ΑΕ τηλ. 210 77164716

ΝΕΑ ΠΡΟΣΘΕΤΙΚΑ MIS
Βάσεις Τιτανίου για CAD/CAM

Η εταιρεία εμφυτευμάτων MIS παρουσιάζει τις νέες βάσεις Τιτανίου, συμβατές μ' ένα μεγάλο αριθμό λογισμικών CAD/CAM. Τα νέα προσθετικά είναι προσεκτικά κατασκευασμένα για να πληρούν τις προδιαγραφές των εμφυτευμάτων MIS. Οι βάσεις τιτανίου είναι διαθέσιμες για όλες τις προσθετικές πλατφόρμες και όλους τους τύπους εμφυτευμάτων MIS (M4, SEVEN, C1)
Οι νέες βάσεις τιτανίου είναι σχεδιασμένες έτσι ώστε να προσφέρουν πολλές προσθετικές εναλλακτικές, όπως εξατομικευμένα abutments, abutments για κοχλιωτές αποκαταστάσεις και κοχλιωτές γέφυρες. Το σχήμα τους επιτρέπει την χρησιμοποίηση ζιρκονίου ή άλλων CAD/CAM υλικών, διασφαλίζοντας ανθεκτικότητα, αξιοπιστία και αισθητική στην αποκατάσταση.
Πληροφορίες στο τηλέφωνο: 210 7711605, ΝΕΓΡΙΝ Ντένταλ ΕΠΕ

Endosuccess - Canal Access Prep (CAP)

Η επιτυχία μιας ενδοδοντικής θεραπείας εξαρτάται και από τη διαμόρφωση μιας άριστης πρόσβασης στην κοιλότητα. Το νέα εξαρτήματα για τις συσκευές υπερήχων της Satelec, "EndoSuccess Canal Access Prep", είναι η τέλεια λύση για τον εντοπισμό και τη διάνοιξη κρυμμένων ή ασβεστοποιημένων ριζικών σωλήνων και για τη διαμόρφωση και λείανση της κοιλότητας. Επίσης, αφαιρούν εμφρακτικά υλικά από το ριζικό σωλήνα και αφαιρούν άξονες και καρφίδες. Το σετ αποτελείται από τρία εξαρτήματα:
CAP 1: Για τη λείανση των τοιχωμάτων της κοιλότητας
CAP2: Για τον εντοπισμό των ριζικών σωλήνων
CAP3: Για την διάνοιξη των ριζικών σωλήνων, αφαίρεση ασβεστοποιήσεων και εμφρακτικών υλικών και για την αφαίρεση αξόνων και καρφίδων (μέσω της αφαίρεσης της κονίας).

SoproCARE, ενδοστοματική κάμερα

Η Sopro, μέλος του group της Acteon-Satelec, παρουσιάζει την νέα ενδοστοματική κάμερα SoproCARE. Η πρώτη ενδοστοματική κάμερα 3 σε 1.

Η κάμερα έχει τρεις διαφορετικές λειτουργίες:
- PERIO mode. Όπου χαρτογραφεί τους ιστούς με βάση την χρωματική τους συμπεριφορά. Με την χρήση του, μπορεί ο οδοντίατρος να διαγνώσει πού υπάρχει μικρή ή μεγάλη φλεγμονή, παλαιά πλάκα, νέα πλάκα.
- CARIO mode. Όπου εντοπίζει και χρωματίζει την τερηδόνα, καθιστώντας την κάμερα έναν πολύτιμο σύμβουλο για τον χρήστη.
- DAYLIGHT mode. Η κλασσική ενδοστοματική κάμερα με το λευκό φως και μεγέθυνση μέχρι 100%!

Υπάρχουν τέσσερις δυνατότητες ρύθμισης του εύρους του φακού της κάμερας SoproCARE.
- Extra oral, για εξω-στοματική λήψη
- intra oral, για ενδο-στοματική λήψη ενός τόξου
- tooth, για λήψη ενός δοντιού
- macro, για την απόλυτη λεπτομέρεια

Τεχνικά χαρακτηριστικά:
Ανάλυση: 752x582 PAL. Φωτισμός: από 7 LED. Πάγωμα εικόνας: πάνω από την κάμερα. Υπάρχει διαθέσιμος και ποδοδιακόπτης σαν extra. Γωνία φακού: 70'. Μήκος καλωδίου: 2,5 μέτρα. Βάρος: 78 γραμμάρια. Σύνδεση: σε τηλεόραση/υπολογιστή. Συμβατότητα: windows/mac
Για περισσότερες πληροφορίες απευθυνθείτε στην εταιρεία Αποστολίδη, τηλ. 2106984882, 2310201301

Βελτιώνοντας τα αποδεδειγμένα αποδεκτά υλικά

Το Tetric EvoFlow, η λεπτόρευστη σύνθετη ρητίνη της εταιρείας Ivoclar Vivadent, είναι τώρα διαθέσιμη στην εργονομική σύριγγα Luer-Lock. Το 0,9 χιλ. μεταλλικό άκρο καθώς και οι τρεις νέες αποχρώσεις αποτελούν τις καινούριες προσθήκες σε ένα προϊόν με αποδεδειγμένη αξία.
Το Tetric EvoFlow είναι λεπτόρευστη σύνθετη ρητίνη με πολύ καλή ακτινοσκιερότητα.Περιέχει τον ελεγκτή ιξώδους Viscosity Controller, ο οποίος ρυθμίζει την ρευστότητα κατά τη εξαγωγή του υλικού από τη σύριγγα. Με αυτό τον τρόπο, το Tetric EvoFlow είναι ρευστό όταν αυτό χρειάζεται και ταυτόχρονα σταθερό όπως απαιτείται. Η ρητίνη αυτή μπορεί να χρησιμοποιηθεί ως πρώτο στρώμα για τις αποκαταστάσεις των ομάδων I και II, καθώς επίσης και για μικρότερες αποκαταστάσεις και για κοιλότητες της ομάδας V. Το Tetric EvoFlow είναι η κορυφαία σε πωλήσεις λεπτόρευστη σύνθετη ρητίνη στην Ευρώπη.

Εργονομικός σχεδιασμός
Το Tetric EvoFlow διατίθεται και σε μικροσύριγγες Cavifil με ένα ιδιαίτερα λεπτό άκρο, καθώς και στην εργονομικά βελτιστοποιημένη σύριγγα. Το νέα μεταλλικό άκρο των 0,9 χιλ. επιτρέπει εφαρμογή ακριβείας. Αυτό το λεπτό άκρο είναι ιδανικό για την τοποθέτηση ελάχιστα επεμβατικών αποκαταστάσεων σε πολύ μικρές και δυσπρόσιτες κοιλότητες. Τα άκρα είναι πολύ εύκολο να ενσωματωθούν στη σύριγγα χάρη στο σύστημα Luer-Lock. Η πολύ εύκολη αλλαγή τους επιτρέπει την υγιεινή εφαρμογή του υλικού.

Εκτεταμένη γκάμα αποχρώσεων
Στην αποδεδειγμένα αποδεκτή ποικιλία αποχρώσεων προστέθηκαν τρεις νέες αφίξεις. Πρόκειται για την B1, A2 οδοντίνη και B2 οδοντίνη. Η νέα απόχρωση B1 είναι ιδιαίτερα κατάλληλη για τα ανοιχτόχρωμα δόντια. Λόγω της φυσικής αδιαφάνειάς τους, τα υλικά οδοντίνης μπορούν να χρησιμοποιηθούν για να καλύψουν ήπιες δυσχρωμίες στην περιοχή των οπισθίων. Σημειώνεται ότι το Tetric EvoFlow συνδυάζεται ιδανικά και με άλλες σύνθετες ρητίνες, όπως το Tetric EvoCeram και το Tetric EvoCeram Bulk Fill, ενώ παράλληλα μπορεί να χρησιμοποιηθεί ως το αρχικό στρώμα κάτω από όλες τις ρητίνες με σύνηθες ιξώδες.

Ivostar | Gnathostar

Καλά δόντια για οδοντοστοιχίες

Τεκμηριωμένα και οικονομικά - για ικανοποιημένους ασθενείς

Οικονομικές οδοντοστοιχίες

- Ευρύ πεδίο ενδείξεων
- Δοκιμασμένα και ελεγμένα
- Ημιανατομικός σχεδιασμός οπισθίων

www.ivoclarvivadent.com

Ivoclar Vivadent AG

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

Επίσημοι διανομείς:
Ελλάδας:

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
- 1 χλμ Λεωφ. Μαρκοπούλου / 190 02 Παιανία / τηλ: 211 10 22 900 /
- 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

Ανακαλύψτε τη νέα διάσταση στην προστασία από την τερηδόνα

Κλινικά αποδεδειγμένα βελτιώνει
την πρόσληψη φθορίου στην επιφάνεια του δοντιού.[1]
Προτείνετε το μοναδικό καθημερινό στοματικό διάλυμα
με 500ppm φθορίου σε παιδιά ανώ των 8 ετών και σε ενήλικες.

Colgate Duraphat® Στοματικό διάλυμα με 500ppm φθορίου

Διατίθεται στα φαρμακεία

1. vs. a 225ppm fluoride mouthwash. Data on file. Colgate-Palmolive. 2012.

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