Οδοντιατρικο Βημα

ΔΙΜΗΝΙΑΙΑ ΕΚΔΟΣΗ Σκουφά 64 106 80 Αθήνα Τηλ. 210 3814 939 Fax 210 3803 327 e-mail: odvima@otenet.gr ΙΟΥΛΙΟΣ - ΑΥΓΟΥΣΤΟΣ 2014 ΤΕΥΧΟΣ 99

Ασφάλεια ασθενούς:
Ο ακρογωνιαίος λίθος της Σύγχρονης Οδοντιατρικής

Ακρογωνιαίο λίθο για την παροχή οδοντιατρικών υπηρεσιών υψηλού επιπέδου, αποτελεί ο έλεγχος των λοιμώξεων στο οδοντιατρείο, που διασφαλίζεται με την εφαρμογή επικαιροποιημένων πρωτοκόλλων ασηψίας και αντισηψίας και την ορθή διαχείριση των οδοντιατρικών αποβλήτων.

Το Συμβούλιο Ευρωπαίων Οδοντιάτρων (Council of European Dentists / CED) έχει ως κύρια αποστολή του την παροχή υψηλής ποιότητας οδοντιατρικών υπηρεσιών στην Ευρώπη και την αποτελεσματική άσκηση της οδοντιατρικής, με κύρια εστίαση στην ασφάλεια του ασθενούς. Στο πλαίσιο αυτό αναθέτει σε διάφορες ομάδες εργασίας να διερευνήσουν τα ισχύοντα στην άσκηση της Οδοντιατρικής στις Ευρωπαϊκές χώρες και να προτείνουν λύσεις για την βελτίωση τους, προς όφελος πάντα της υγείας του ασθενή.

Με αφορμή την πραγματοποίηση της Γενικής Συνέλευσης του CED στην Αθήνα τον περασμένο Μάιο, το «Οδοντιατρικό Βήμα» συζητά σήμερα για τα θέματα αυτά με τον Αναπληρωτή Καθηγητή της Οδοντικής Χειρουργικής και αντιπρόεδρο της Ελληνικής Οδοντιατρικής Ομοσπονδίας, κ. **Ιωάννη Τζούτζα**. *Σελ. 4-10*

Γηροδοντιατρική και οστεοενσωμάτωση: Έχουν θέση τα εμφυτεύματα στην τρίτη ηλικία;

Εξ ορισμού η γηροδοντιατρική διαχειρίζεται τα οδοντοστοματολογικά προβλήματα ατόμων της τρίτης και τέταρτης ηλικίας, στο ιδιάζον όμως περιβάλλον που διαμορφώνεται κάτω από την αθροιστική δράση της πολλαπλής παθολογίας με την συνήθως άτυπη σημειολογία, καθώς και των ποικίλων κοινωνικών και οικονομικών παραμέτρων. Είναι επίσης γνωστό ότι ένα από τα κυρίαρχα και επιδημιολογικά επιβεβαιωμένα προβλήματα στις ηλικιακές αυτές ομάδες είναι τα αυξημένα ποσοστά της νωδότητας. Ο Αναπλ. Καθηγητής ΕΚΠΑ, κ. **Ηρακλής Καρκαζής** απαντά μέσα από το σημερινό άρθρο του στο ερώτημα αν η εμφυτευματολογία μπορεί να έχει θέση στην τρίτη ηλικία. *Σελ. 11-12*

Σύγχρονα δεδομένα και νέες τεχνολογίες για αντιτερηδονογόνους παράγοντες που δρουν σε συνδυασμό με το φθόριο

Η οδοντική τερηδόνα αποτελεί μια από τις πιο διαδεδομένες χρόνιες νόσους που προσβάλλουν τον πληθυσμό παγκοσμίως και το 10-20% των παιδιών και ενηλίκων με τερηδόνα εμφανίζουν πολύ σοβαρά προβλήματα. Η νόσος μπορεί να προληφθεί πλήρως και σήμερα διαθέτουμε αρκετά μέσα που έχουν την δυνατότητα να προλάβουν την εμφάνιση της τερηδόνας, αλλά και να την αναχαιτίσουν σε πρώιμα στάδια πριν δημιουργηθεί κοιλότητα στους οδοντικούς ιστούς. Ο οδοντίατρος **Ανδρέας Αγουρόπουλος** αναλύει την σύγχρονη φιλοσοφία της πρόληψης, όπως αυτή αποτυπώνεται στα πρωτόκολλα που συνδυάζουν τη χρήση φθορίου μαζί με άλλους παράγοντες και επιτρέπουν την αποτελεσματική αντιμετώπιση αρχόμενων βλαβών καθώς και την πρόληψη εμφάνισης νέων. *Σελ. 16-18*

Αποκατάσταση των εν τω βάθει κοιλοτήτων

Η απώλεια οδοντικού ιστού και η επακόλουθη αντικατάστασή του αποτελούσε πάντοτε μια πρόκληση για τον κλινικό οδοντίατρο και για τον επιστήμονα των Βιοϋλικών. Αν και η απώλεια οφείλεται σε τερηδόνα ή στην μηχανική απομάκρυνση της κατεστραμμένης οδοντίνης, η αποκατάσταση της οδοντίνης και της αδαμαντίνης για την προστασία και τη στήριξη του δοντιού από περαιτέρω αλλοίωσή του και η αποφυγή ενδοδοντικής θεραπείας αποτελεί ένα επιθυμητό χαρακτηριστικό για την επιτυχία της αποκατάστασης. Στο παρόν άρθρο παρουσιάζονται τα πλεονεκτήματα της εφαρμογής του Biodentine™ ως υλικό υποκατάστασης της οδοντίνης. *Σελ.14-15*

Οι ολοκληρωμένες λύσεις είναι το μέλλον της ψηφιακής οδοντιατρικής

Το «Ο.Β.», στο περιθώριο της επίσκεψής του στο κέντρο καινοτομίας της Sirona στο Bensheim, είχε την χαρά και την τιμή να συνομιλήσει με τον Dr **Wilhelm Schneider**, Αντιπρόεδρο Μάρκετινγκ της Sirona, ο οποίος μας μίλησε για τις προοπτικές ανάπτυξης της ψηφιακής οδοντιατρικής, αλλά και για τα επόμενα βήματα της Sirona στον τομέα αυτό. *Σελ.28-29*

Τι συμβαίνει μετά από το πρεσσάρισμα;

Οι μονολιθικές αποκαταστάσεις από διπυριτικό λίθιο χαρακτηρίζονται από υψηλή αντοχή σε κάμψη, ακρίβεια εφαρμογής και βέλτιστη απόδοση. Το διπυριτικό λίθιο είναι ένα εξαιρετικά δημοφιλές υλικό, αφού είναι «φιλικό προς τους ανταγωνιστές» και εύκολο στη χρήση. *Σελ.22-23*

Ανταύγειες Οδοντικής Αισθητικής και όχι μόνο...

Σ' αυτό το τεύχος παρουσιάζονται από τον Αναπληρωτή Καθ. Οδοντιατρικής ΕΚΠΑ, κ. **Γεράσιμο Δουβίτσα** δύο περιστατικά συντηρητικής αισθητικής βελτίωσης των δοντιών της πρόσθιας αισθητικής ζώνης με τη βοήθεια της τεχνικής της λεύκανσης και των συνθέτων ρητινών. *Σελ. 20*

28ο Πανελλήνιο Συνέδριο Στοματικής και Γναθοπροσωπικής Χειρουργικής

Το 28ο Πανελλήνιο Συνέδριο Στοματικής και Γναθοπροσωπικής Χειρουργικής θα διεξαχθεί στις **28-30 Νοεμβρίου 2014** στην Αθήνα, στο Συνεδριακό Κέντρο Δαΐς.

Ο Πρόεδρος της Οργανωτικής Επιτροπής του συνεδρίου, Στοματικός και Γναθοπροσωπικός Χειρουργός, κ. **Δημήτρης Παπαδάκης,** μίλησε στο «Ο.Β.» για την «πρόκληση» της διοργάνωσης του Συνεδρίου. *Σελ. 24-25*

6ο Περιφερειακό Συνέδριο της Ε.Ε.Ε.

Στις **19 έως 21 Σεπτεμβρίου 2014** στο Λουτράκι, στο ξενοδοχείο «POSEIDON RESORT», θα πραγματοποιηθεί το 6ο Περιφερειακό Συνέδριο της Ε.Ε.Ε., έχοντας την στήριξη του Οδοντιατρικού Συλλόγου Κορινθίας και με κεντρικό θέμα **«Ενδοδοντικοί προβληματισμοί-Προτεινόμενες λύσεις»**. Η αρτιότητα του επιστημονικού προγράμματος θέτει τις βάσεις για ένα ξεχωριστό και επιτυχημένο συνέδριο. *Σελ. 26*

34ο Πανελλήνιο Οδοντιατρικό Συνέδριο

Το 34ο Πανελλήνιο Οδοντιατρικό Συνέδριο θα «ανοίξει τις πύλες του» από τις **14 έως 16 Νοεμβρίου 2014** στη Θεσσαλονίκη, έχοντας ως θέμα **«Η Οδοντιατρική στην Ελλάδα του σήμερα»**. Μια από τις καινοτομίες του φετινού συνεδρίου, είναι ότι η Οργανωτική Επιτροπή θα αποτελείται από μέλη του Δ.Σ. της Ε.Ο.Ο. και του Ο. Σ. Θεσσαλονίκης, ενώ Πρόεδρος της Ο. Ε. ορίστηκε ο Πρόεδρος της Ε.Ο.Ο., κ. **Αθανάσιος Κατσίκης.** *Σελ. 27*

Μεγάλο ενδιαφέρον για την IDS 2015

Ήδη έχουν αρχίσει οι ετοιμασίες για την 36η Διεθνή Οδοντιατρική Έκθεση, η οποία θα πραγματοποιηθεί από τις **10 έως και τις 14 Μαρτίου 2015** στην Κολωνία. Για άλλη μια φορά περισσότεροι από 2.000 εκθέτες αναμένεται να «δώσουν το παρών». *Σελ. 35*

Κάντε κλικ στην ηλεκτρονική μας διεύθυνση www.odvima.gr

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

Ακίνητη Προσθετική

Παύλος Γαρέφης Ομότιμος Καθηγητής 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.

ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΙΚΟ ΒΗΜΑ

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

VISA MasterCard

ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΙΚΟ ΒΗΜΑ

Διμηνιαία Έκδοση

Κωδικός 016446

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

Ιδρυτής: **Γιάννης Καρκατζούλης**

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

Διευθυντής: **Όθωνας Γκότσης**

Σύμβουλος Έκδοσης: **Κατερίνα Κουντουριώτη-Καρκατζούλη**

Σύνταξη: **Ηλιάνα Γιαννούλη**
Γιούλη Κόκκορη
Αγγελική Λαμπροπούλου

Υπεύθυνος λογιστηρίου:
Γιώργος Κάντζος

Νομικός Σύμβουλος:
Λάμπρος Ανδρ. Τσοπράς

Υπεύθυνος Τυπογραφείου:
pressious arvanitidis Α.Ε.Β.Ε.
78ό χλμ. Εθνικής Οδού Αθηνών Λαμίας
Τηλ. 22620 710 78

ΕΝΩΣΗ ΔΗΜΟΣΙΟΓΡΑΦΩΝ ΙΔΙΟΚΤΗΤΩΝ ΠΕΡΙΟΔΙΚΟΥ ΤΥΠΟΥ

FIPP Federation International of Periodical Press

EMMA EUROPEAN MAGAZINE MEDIA ASSOCIATION

Colgate®

ΣΑΣ ΠΑΡΟΥΣΙΑΖΟΥΜΕ ΤΟ ΝΕΟ ΠΡΟΤΥΠΟ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΓΙΑ ΠΡΟΣΤΑΣΙΑ ΑΠΟ ΤΗΝ ΤΕΡΗΔΟΝΑ

ΜΕ ΑΠΟΔΕΙΞΕΙΣ ΑΠΟ 14.000 ΑΤΟΜΑ ΚΑΙ 8 ΧΡΟΝΙΑ ΚΛΙΝΙΚΩΝ ΕΡΕΥΝΩΝ

Sugar Acid Neutralizer™

+

Φθόριο

- Καταπολεμά τα Οξέα από τα Σάκχαρα στην Πλάκα – τη Νο 1 Αιτία της Τερηδόνας[1,2]
- 4Χ Μεγαλύτερη Επαναλάτωση*
- Σχεδόν 2Χ Αναστροφή των Αρχόμενων Τερηδόνων[†4]
- 20% Μεγαλύτερη Μείωση της Τερηδόνας σε 2 χρόνια[‡5]

Φθόριο

* Αποτελέσματα από μελέτη επαναλάτωσης σε σύγκριση με απλή φθοριούχο οδοντόκρεμα, και οι δύο με 1450 ppm φθορίου.

† Αποτελέσματα από μελέτη 6 μηνών για την αξιολόγηση της βελτίωσης της τερηδόνας αδαμαντίνης με τη μέθοδο QLF™ (Quantitative Light-induced Fluorescence) σε σύγκριση με απλή φθοριούχο οδοντόκρεμα, και οι δύο με 1450 ppm φθορίου.

‡ Αποτελέσματα από κλινική μελέτη 2 ετών σε σύγκριση με απλή φθοριούχο οδοντόκρεμα, και οι δύο με 1450 ppm φθορίου.

Το QLF είναι εμπορικό σήμα ιδιοκτησίας της Inspektor Research Systems BV.

Επιστημονικές αναφορές: 1. Wolff M, Corby P, Klaczany G, et al. J Clin Dent. 2013;24(Spec Iss A):A45-A54. 2. Data on le. Colgate-Palmolive Company. 3. Cantore R, Petrou I, Lavender S, et al. J Clin Dent. 2013;24(Spec Iss A):A32-A44. 4. Yin W, Hu DY, Fan X, et al. J Clin Dent. 2013;24(Spec Iss A):A15-A22. 5. Data on le. Colgate-Palmolive Company.

Ασφάλεια ασθενούς: ο ακρογωνιαίος λίθος της Σύγχρονης Οδοντιατρικής

Ιωάννης Τζούτζας
Αναπληρωτής Καθηγητής
Οδοντιατρικής Σχολής ΕΚΠΑ

Με ιδιαίτερη επιτυχία έληξαν οι εργασίες της Γενικής Συνέλευσης του Συμβουλίου Ευρωπαίων Οδοντιάτρων (Council of European Dentists / CED), που πραγματοποιήθηκε στην Αθήνα από 23-24 Μαΐου 2014. Το CED έχει ως κύρια αποστολή του την παροχή υψηλής ποιότητας οδοντιατρικών υπηρεσιών στην Ευρώπη και την αποτελεσματική άσκηση της οδοντιατρικής, με κύρια εστίαση στην ασφάλεια του ασθενούς.

Στο πλαίσιο αυτό αναθέτει σε διάφορες ομάδες εργασίας να διερευνήσουν τα ισχύοντα στην άσκηση της Οδοντιατρικής στις Ευρωπαϊκές χώρες και να προτείνουν λύσεις για τη βελτίωση τους, προς όφελος πάντα της υγείας του ασθενούς.

Ακρογωνιαίο λίθο για την παροχή οδοντιατρικών υπηρεσιών υψηλού επιπέδου, αποτελεί ο έλεγχος των λοιμώξεων στο οδοντιατρείο, που διασφαλίζεται με την εφαρμογή επικαιροποιημένων πρωτοκόλλων ασηψίας και αντισηψίας και την ορθή διαχείριση των οδοντιατρικών αποβλήτων.

Το «Οδοντιατρικό Βήμα» συζητά σήμερα για τα θέματα αυτά με τον Αναπληρωτή Καθηγητή της Οδοντικής Χειρουργικής και αντιπρόεδρο της Ελληνικής Οδοντιατρικής Ομοσπονδίας, κ. **Ιωάννη Τζούτζα.**

Συνέντευξη στη **Γιούλη Κόκκορη**
δημοσιογράφο - οδοντίατρο

Κε Τζούτζα, η τελευταία Συνέλευση του Council of European Dentists (CED) στην Αθήνα, ασχολήθηκε με πολλά και ενδιαφέροντα θέματα που απασχολούν τους οδοντιάτρους. Μπορείτε να μας πείτε μερικά συμπεράσματα από την συνάντηση;

Το CED έχει και επιστημονική, αλλά κυρίως πολιτική προσέγγιση στα πράγματα. Συνεργάζεται λοιπόν με μία σειρά ομάδων εργασίας, που ασχολούνται επί σειρά ετών με ένα θέμα που τους έχει ανατεθεί. Αυτές οι ομάδες εργασίας συγκροτούν μία τετραμελή, πενταμελή, ή εξαμελή συνάντηση εκπροσώπων από διάφορες χώρες και συντονίζονται από κάποιον εκπρόσωπο κράτους μέλους για τον οποίο έχει εκφραστεί θετικά η ολομέλεια.

ATHENS 2014

Από αυτές τις ομάδες εργασίας που ειδικότερα ενδιαφέρουν τον επαγγελματία οδοντίατρο αναφέρουμε την ομάδα που ασχολείται με το αμάλγαμα, την ομάδα που ασχολείται με το PQD (Professional Qualification Directive), την ομάδα που ονομάζεται «ασφάλεια ασθενούς», την ομάδα E- health (ηλεκτρονική υγεία) και την ομάδα του ελέγχου των λοιμώξεων και της διαχείρισης των μολυσματικών.

Η κάθε ομάδα εξετάζει σε βάθος ένα ζήτημα για μία συγκεκριμένη περίοδο και αφού ολοκληρώσει το έργο της, παραδίδει τα συμπεράσματά της και παύει στη συνέχεια να λειτουργεί.

Τι ακριβώς κάνει η ομάδα για το αμάλγαμα;

Ο ρόλος της ομάδας αυτής συνίσταται στο να αμύνεται απέναντι στις κατηγορίες που κατά καιρούς εκτοξεύονται από διάφορους χώρους (ευρωβουλευτές ή ενώσεις καταναλωτών) κατά του αμαλγάματος και πιο πρόσφατα κατά των υλικών και διατάξεων που εμπεριέχουν υδράργυρο και με τεκμηριωμένα στοιχεία να προσπαθεί να τους πείσει ότι η άποψη τους δεν είναι ορθή σε σχέση με την επικινδυνότητα του αμαλγάματος για τους ασθενείς.

Σε ποιον άλλο τομέα επεκτάθηκε το CED;

Σοβαρή δουλειά και τεράστια σε έκταση ήταν το PQD (Professional Qualification Directive), που εστιαζόταν -μεταξύ των άλλων- στο χρόνο άσκησης των προπτυχιακών φοιτητών, στην ονομασία των τίτλων που θα λαμβάνουν από τις σπουδές, στο πρόγραμμα των μαθημάτων.

Το πρόγραμμα αυτό διεκπεραίωσε με μεγάλη επιτυχία ο κ. Ουλής και έκλεισε πλέον αυτός ο κύκλος της συζήτησης. Επειδή όμως το έργο αυτής της ομάδας εργασίας και οι προεκτάσεις του επί της σχετικής Οδηγίας είναι τεράστιες, ο ενδιαφερόμενος μελετητής θα πρέπει να ανατρέξει σε ιστοσελίδες της Ε.Ε. και του CED, προκειμένου να ενημερωθεί σε βάθος και έκταση.

Θέμα ύψιστης προτεραιότητας αναδείχθηκε στη Γεν. Συνέλευση του CED, η ασφάλεια των ασθενών. Πώς εφαρμόζεται ο Κώδικας Ελέγχου και διασποράς των Λοιμώξεων του 2011 ως σύνολο υποχρεωτικών διαδικασιών από τον οδοντίατρο και πώς αποδεικνύεται η εφαρμογή του;

Μία από τις ομάδες εργασίας είναι και η ομάδα ελέγχου των λοιμώξεων και διαχείρισης αποβλήτων (infection control and waste management). Η ομάδα αυτή, όπως όλες οι ομάδες εργασίας, παρακολουθεί το νομοθετικό πλαίσιο που υπάρχει, τις πιθανές τροπολογίες που κατατίθενται, κυρίως εκ μέρους φορέων της κεντρικής διοίκησης/Commission, ή ομάδων του Κοινοβουλίου, όπως οι ομάδες ευρωβουλευτών στους οποίους έχει ανατεθεί η Υγεία.

Στο τέλος η ομάδα εργασίας διατυπώνει προτάσεις, ή κάνει αντιπροτάσεις αν δει ότι διαμορφώνεται ένα κλίμα, το οποίο συμφωνεί μεν με μια κάποια πολιτική θεώρηση, μπορεί όμως οδοντιατρικά και βιολογικά να πάσχει.

Στην επιτροπή infection control and waste management, η οποία ασχολείται με το θέμα της αποφυγής της διασποράς και του ελέγχου των λοιμώξεων, έχει την τιμή να προεδρεύει η Ελλάδα και συμμετέχουν η Πολωνία, η Λετονία, η Σλοβακία, η Κύπρος, η Λιθουανία και η Δανία.

COUNCIL OF EUROPEAN DENTISTS

> Αποστολή του CED δεν είναι να επεμβαίνει στις χώρες-μέλη και να τους επιβάλλει τι θα κάνουν, αλλά να παρέχει ένα γενικό περίγραμμα για το ποια πράγματα πρέπει να τηρούνται εκ μέρους τους

Η επιτροπή αυτή επεξεργάζεται διάφορα θέματα των λοιμώξεων: πχ όταν ήρθε η λεγόμενη οδηγία για τα αιχμηρά, ρωτήθηκαν οι δύο επιτροπές, του ελέγχου λοιμώξεων και της ασφάλειας ασθενών, μελέτησαν το θέμα, συνέκλιναν και κατέθεσαν κάποια πορίσματα.

Έτσι για την οδηγία που αφορούσε τα είδη μιας χρήσεως (Single use) γνωμοδοτήσαμε ποια από αυτά θα πρέπει να είναι μιας χρήσεως, ποια μπορούν να είναι επαναποστειρώσιμα και ποια δεν πρέπει ή δεν μπορεί να είναι επαναποστειρώσιμα.

Υπήρξε επίσης το μεγάλο θέμα που ηγέρθη από το Ηνωμένο Βασίλειο για τα μικροεργαλεία της Ενδοδοντίας. Πριν από πολλά χρόνια μία ομάδα εργασίας από το Ηνωμένο Βασίλειο κατέθεσε κάποιες απόψεις για τον κίνδυνο μετάδοσης της νόσου Creutzfeldt–Jakob μέσω των ενδοδοντικών εργαλείων. Κάτι τέτοιο βεβαίως δεν τεκμηριώθηκε επιστημονικά, παρέμεινε όμως μία φοβία για το ζήτημα αυτό. Αναφορικά με το θέμα αυτό εμείς τοποθετηθήκαμε ως προς το ποια μικροεργαλεία είναι αποστειρώσιμα και το ποια πρέπει να απορρίπτονται.

Η συγκεκριμένη επιτροπή δουλεύει πολλά χρόνια, έχει μάλιστα εκδώσει και ένα σύνολο συστάσεων, που ονομάζεται position paper.

Γενικότερα όμως αποστολή του CED δεν είναι να επεμβαίνει στις χώρες-μέλη και να τους επιβάλει τι θα κάνουν, αλλά να παρέχει ένα γενικό περίγραμμα για το ποια πράγματα πρέπει να τηρούνται εκ μέρους τους.

Υπάρχει ένα position paper, το οποίο εκδόθηκε το 2009, αναπροσαρμόστηκε το 2011, ενώ το 2014 αναμένεται να γίνουν ορισμένες μικροπροσθήκες. Το position paper αυτό έχει ένα τεράστιο πεδίο εφαρμογής: επιλογή των οδοντιατρικών μονάδων, εργαλεία χειρός, χειρολαβές, πατώματα, πάγκοι οδοντιατρείου, πλύσιμο των χεριών του οδοντιάτρου κλπ.

Στο ακροτελεύτιο άρθρο του αναφέρεται στο θέμα του οδοντιάτρου ή βοηθού οδοντιάτρου, ο οποίος είναι φορέας λοιμώδους νοσήματος (κυρίως λοιμώξεις HIV και ηπατίτιδες C, δεδομένου ότι για την ηπατίτιδα B υπάρχει κατάλληλο εμβόλιο). Το ζήτημα αυτό μας απασχόλησε πολύ ως προς το κατά πόσον στο άτομο αυτό πρέπει να επιτρέπεται ή όχι να εργάζεται.

Μπορεί λοιπόν ένας οροθετικός οδοντίατρος ή ιατρός να εργάζεται;

Υπάρχει η διακήρυξη του Πεκίνου του 2009, που προβλέπει ότι ο οροθετικός ιατρός ή το προσωπικό του οδοντιατρείου μπορεί ως ένα σημείο να εργάζεται χωρίς κανένα πρόβλημα, υπό την προϋπόθεση ότι λαμβάνει όλα τα απαραίτητα μέτρα. Όταν πλέον εγκαθίσταται η νόσος, του παρέχονται οδηγίες σχετικές με τα μέσα που θα πρέπει να χρησιμοποιεί για την μη μετάδοση βιολογικών υγρών με την μορφή του εξιδρώματος από τα χέρια του προς τον ασθενή.

Υπήρξαν σε κάποιες χώρες ορισμένα κινήματα που ήθελαν να επιβάλουν στους υγειονομικούς ότι θα πρέπει υποχρεωτικά να ελέγχονται και να δηλώνεται το ανοσολογικό τους status. Μέχρι στιγμής η Αγγλία έχει κάνει το σχόλιο αυτό χωρίς όμως πολλές προεκτάσεις, δηλαδή να το έχει επιβάλει, δέχθηκε μάλιστα και σκληρή κριτική. Ο αντίλογος ηγέρθη από τους

Evetric®

Η τελευταία λέξη της τεχνολογίας – Νανοϋβριδική σύνθετη ρητίνη για όλες τις χρήσεις

- **Ενσωματωμένες νανο χρωστικές** για εξαιρετικό φαινόμενο χαμαιλεοντισμού
- **Διαφορετικοί βαθμοί φωτοδιαπερατότητας** στις αποχρώσεις οδοντίνης και αδαμαντίνης για αποκαταστάσεις με απόλυτη φυσικότητα
- **Λειτουργικές ενισχυτικές ουσίες** για έξοχη ακτινοσκιερότητα - κατά προσέγγιση 400% Al

www.ivoclarvivadent.gr

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 AEBE
• 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 / 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

υγειονομικούς, οι οποίοι χρησιμοποιώντας το ίδιο σκεπτικό μπορούσαν να επικαλεστούν το δικαίωμα τους να ζητήσουν το αντίστοιχο ανοσολογικό status του ασθενούς. Κάτι τέτοιο όμως αντιβαίνει τον όρκο του Ιπποκράτη και οδηγεί σε ανεπίτρεπτες πρακτικές επιλογής των ασθενών.

Τι ακριβώς περιλαμβάνει ο Κώδικας;

Ο Κώδικας έχει 25 σημεία, με ανάλογες διαβαθμίσεις. Τα σημεία αυτά ασχολούνται με το τι πρέπει να προσέχει ο οδοντίατρος όταν αγοράζει ένα οδοντιατρικό μηχάνημα, με το ντύσιμο του ιατρού, με το πώς πρέπει να καθαρίζει τα εργαλεία, με το πώς πρέπει να τα συσκευάζει, με τον τρόπο με τον οποίο οφείλει να αποστειρώνει τα εργαλεία του, με το πώς διαχειρίζεται τα μικροεργαλεία, αλλά και τα απορρίμματα, το αμάλγαμα, τα τεμαχίδια ιστών, τους ιστούς που αποστέλλει για ιστολογική εξέταση, τα πρωτόκολλα που ισχύουν για τον τραυματισμό ενός επαγγελματία υγείας, με την διαχείριση των βιολογικών υγρών (έμετος, αίμα, πύον), με το θέμα του νερού, με το πλύσιμο των χεριών κλπ.

Συστήνει τέλος να χρησιμοποιούνται πάντα πολύ καλής ποιότητας μέσα προστασίας, δηλαδή γάντια, γυαλιά, μάσκες. Στην έκδοση του Κώδικα του 2011 αναφέρονται όλα τα παραπάνω, αλλά περισσότερο εκτεταμένα.

Ποια είναι λοιπόν σύμφωνα με τα τελευταία συμπεράσματα από την συνάντηση της Αθήνας τα μέτρα που οφείλει κάθε οδοντίατρος να λαμβάνει σε σχέση με την ασφάλεια του ασθενούς;

Στα reviews των δύο τελευταίων ετών επιβεβαιώθηκε όλο το περιεχόμενο του position paper και μπήκε επιπλέον και η παράμετρος των δικτύων ύδρευσης, με το σκεπτικό ότι σε ορισμένες χώρες υπήρξαν μεμονωμένα κρούσματα από το δίκτυο υδρεύσεως, με επιπτώσεις στην υγεία των ασθενών του οδοντιατρείου.

Διαπιστώθηκε έτσι ότι μολυσμένα δίκτυα ύδρευσης που οδηγούν το νερό σε οδοντιατρεία, -ιδίως σε αυτά που εμφανίζουν χαμηλή λειτουργικότητα-, έχουν την δυνατότητα να αναπτύξουν στις σωληνώσεις τους μία χλωρίδα, που δεν είναι καθόλου επιθυμητή. Συνήθως την χλωρίδα αυτή αποτελούν η legionella pneumofila και η ψευδομονάδα aeruginosa, ενώ υπάρχει και μία υπόνοια για το fusobacterium nucleatum. Πάντως πρόκειται για μικρόβια που λαθροβιούν μέσα σε στενές σωληνώσεις, στις οποίες το νερό παραμένει ακίνητο. Όταν αυτή η μάζα του νερού εκνεφωθεί (γίνει δηλαδή αεροζόλ), τότε υπάρχει κίνδυνος να προκαλέσει προβλήματα στους ασθενείς με χαμηλή ανοσολογική ανταπόκριση: ηλικιωμένους ή ανοσοκατασταλμένους, πολυμεταγγιζόμενους ή ογκολογικούς ασθενείς. Οι οδοντιατρικοί ασθενείς αυτοί κινδυνεύουν να αναπτύξουν μία οξεία λοίμωξη του αναπνευστικού.

Ως επιτροπή λοιπόν εξετάσαμε με ποιον τρόπο πρέπει να γίνεται ο καθαρισμός των σωληνώσεων και η απομάκρυνση του νερού.

Στο θέμα αυτό είμαι περήφανος για αυτά που έχουμε επιτύχει στην Οδοντιατρική Σχολή Αθηνών. Κάθε περίοδο που η Σχολή παραμένει κλειστή για μεγάλο χρονικό διάστημα (καλοκαίρι, διακοπές Χριστουγέννων ή Πάσχα, αλλά και τετραήμερα κλπ), δίνεται εντολή στις εργαλειοδότριες και τους τεχνικούς πολλή ώρα πριν την προσέλευση των φοιτητών και των ασθενών, να ανοίγονται όλα τα μηχανήματα ώστε να ρέει νερό με αφθονία και επίσης να λειτουργούν υπό πίεση οι σωληνώσεις χωρίς τις χειρολαβές πάνω από το πτυελοδοχείο, ώστε να απομακρύνεται όλο το νερό που περιέχεται σε αυτές.

Επίσης πολλές μονάδες έχουν την δυνατότητα να φέρουν κοχλιωτή φιάλη η οποία περιέχει νερό καλής ποιότητας ή νερό εμπλουτισμένο με χλωρεξιδίνη. Υπάρχουν βεβαίως διάφορες προτάσεις πάνω στο θέμα του ελέγχου του δικτύου νερού: άλλοι προτείνουν την χρήση υποχλωριώδους και άλλοι υπεροξειδίου του υδρογόνου.

Μία άλλη επίσης καλή σύσταση για ένα ιατρείο χρόνων είναι να αλλάζει τακτικά τα φίλτρα της εισαγωγής του νερού καθώς και τις σωληνώσεις μικρής διατομής, δεδομένου ότι η legionella αναπτύσσεται στο νερό που λιμνάζει σε αυτές ακριβώς τις σωληνώσεις.

Τα μεγάλα νοσοκομεία διοχετεύουν κατά τακτά διαστήματα καυτό νερού από τον λέβητα σε όλο το δίκτυο των σωληνώσεων τους. Δίνουν δηλαδή εντολή να μην προσεγγίσει κανείς τις βρύσες για όσο διάστημα διοχετεύεται το νερό, γίνεται η έκπλυση των σωληνώσεων και στην συνέχεια λήγει ο συναγερμός και συνεχίζεται η λειτουργία του υδραυλικού συστήματος. Η μέθοδος αυτή αποτελεί ένα «θερμικό σοκ» και εξασφαλίζει μία πρόσκαιρη απαλλαγή του δικτύου από τα μεγάλα μικροβιακά φορτία.

Όμως στο οδοντιατρείο δεν μπορεί να γίνει θερμικό σοκ, αφού οι περισσότερες από τις σωληνώσεις του αποτελούνται από πολυμερή ή σιλικονούχα υλικά για τα οποία μία τέτοια μέθοδος θα ήταν καταστροφική.

Ποιες είναι λοιπόν οι κατευθυντήριες γραμμές που ορίζει η Ε.Ε. για την παροχή καθαρού νερού στα οδοντιατρεία;

Οι οδηγίες είναι: να απομακρύνεται το πιθανά μολυσμένο νερό από τις σωληνώσεις του ιατρείου, να γίνεται έλεγχος της ποιότητας του νερού που εισέρχεται στο ιατρείο, να παρεμβάλλονται φίλτρα και να αλλάζονται συχνά οι σωληνώσεις του οδοντιατρείου.

Επίσης υπάρχουν κλινικές / πολυοδοντιατρεία που έχουν την δυνατότητα να διατηρούν δικές τους δεξαμενές νερού, τις οποίες επεξεργάζονται ανάλογα και αντλούν το νερό που πρόκειται να χρησιμοποιήσουν.

Τι γνώμη έχετε για την χρήση του όζοντος για τον καθαρισμό του νερού του οδοντιατρείου;

Το όζον έχει ένα μειονέκτημα. Ναι μεν είναι αποτελεσματικό στο νερό, προκαλεί όμως προβλήματα στα μεταλλικά μέρη του μηχανήματος, δηλαδή στους συνδέσμους (ρακόρ) των σωληνώσεων, τους οποίους και οξειδώνει.

Εάν ένα μηχάνημα έχει μικτά συστήματα, μεταλλικά και πλαστικά, τότε τόσο τα υποχλωριώδη, όσο και το όζον επιφέρουν προβλήματα, όπως άλλωστε τεκμηριώνεται από πολλές εργασίες.

Στο position paper προστέθηκε και η παράμετρος των δικτύων ύδρευσης, με το σκεπτικό ότι σε ορισμένες χώρες υπήρξαν μεμονωμένα κρούσματα από το δίκτυο υδρεύσεως, με επιπτώσεις στην υγεία των ασθενών του οδοντιατρείου

Τι πρέπει να κάνουν τα ιδιωτικά οδοντιατρεία και τι οι Οδοντιατρικές Σχολές για το νερό των σωληνώσεών τους;

Το θέμα του νερού είναι τεράστιο. Το οδοντιατρείο πρέπει να έχει φίλτρα και να τα αλλάζει συχνότατα, κατά προτίμηση σε ετήσια βάση. Συνήθως τα φίλτρα αυτά τοποθετούνται είτε στην είσοδο του διαμερίσματος, είτε στην εισαγωγή του μηχανήματος. Περισσότερο ενδεδειγμένο είναι το φίλτρο να μπαίνει στο κουτί διανομής του μηχανήματος, ώστε να μην αναγκάζεται να διυλίζει μεγαλύτερο όγκο νερού από όσο χρειάζεται η οδοντιατρική μονάδα, κάτι που ασφαλώς του προκαλεί κόπωση, αλλά και αυξάνει το κόστος εξαιτίας των συχνών αντικαταστάσεών του. Θα πρέπει να σημειωθεί ότι το φίλτρο αυτό φέρει δείκτες, οι οποίοι τροποποιούνται χρωματικά όσο το φίλτρο κορέννυται. Γενικά τα φίλτρα αυτά είναι χαμηλού κοστολογίου. Ένα μεγάλο θέμα βεβαίως προκύπτει στα χωριά και τα νησιά, όπου γίνονται τοπικές υδροληψίες και η ποιότητα του νερού είναι αμφισβητήσιμη.

Εμείς, σαν Οδοντιατρική Σχολή καλούμε σε τακτά χρονικά διαστήματα την ΕΥΔΑΠ, η οποία κάνει μικροβιολογική και στοιχειακή ανάλυση στους χώρους εισαγωγής του νερού και μας χορηγεί βεβαίωση που πιστοποιεί ότι το νερό που λαμβάνουμε είναι εξαιρετικής ποιότητας. Στη συνέχεια, στις εγκαταστάσεις της Σχολής, εμείς κάνουμε την απομάκρυνση του πιθανά προβληματικού νερού, πριν την έναρξη των εργασιών (το flushing που προαναφέραμε).

Πώς διασφαλίζεται ένας ασθενής ότι ο οδοντίατρός του τηρεί και κάνει όλα αυτά που προαναφέρατε; Υπάρχει μηχανισμός υποχρεωτικού ελέγχου;

Οι Ευρωπαϊκές χώρες έχουν προτείνει διάφορα μοντέλα. Στην Αμερική υπάρχει ο OSHA (Occupational Safety Health Administration), μία υπηρεσία που λειτουργεί περίπου ως υγειονομικό ΣΔΟΕ ή υγειονομική Αστυνομία. Ο OSHA μέχρι πρότινος είχε το δικαίωμα να εισβάλλει απροειδοποίητα στα ιατρεία και να ελέγχει αν ο οδοντίατρος τηρεί ή όχι 10-20 σημεία. Η πρακτική αυτή θεωρήθηκε όμως απολυταρχικού χαρακτήρα και για τον λόγο αυτό υιοθετήθηκε εκ μέρους του μία περισσότερο ήπια τακτική, σύμφωνα με την οποία ο έλεγχος γίνεται κατόπιν προειδοποίησης. Οι επιθεωρητές ελέγχουν αν υπάρχουν κάδοι απορριμμάτων, αιχμηρών και αμαλγάματος, δοχεία υποδοχής ακτινογραφικών υγρών, αν οι χώροι του οδοντιατρείου, οι τουαλέτες, οι αποχετεύσεις, οι πάγκοι είναι καθαροί και ανάλογα κάνει συστάσεις ή εκδίδει πρόστιμα. Η Πολωνία διανέμει στα μέλη της ένα πίνακα του τύπου check list και τους υποχρεώνει με τον τρόπο αυτό να κάνουν ένα τύπο αυτοαξιολόγησης (self assessment- έχω κάνει αυτό ή το άλλο κλπ).

Άλλες χώρες έχουν επιθεωρητές που ελέγχουν, όπως άλλωστε και η Ελλάδα. Στην Ελλάδα πολλά ιατρεία έχουν δεχθεί την επίσκεψη του επιθεωρητή υγείας. Περιορίστηκαν όμως στο θέμα μόνο των μολυσματικών – αιχμηρών. Σε ιατρεία όπου -κακώς- δεν υπήρχαν δοχεία υποδοχής αιχμηρών, επιβλήθηκε κάποιο πρόστιμο.

Εμείς με το πράσινο φυλλάδιο που έχει πρόσφατα εκδώσει ο ΟΣΑ, με την επωνυμία τα 4-Α των οδοντιάτρων, προειδοποιούμε τα μέλη μας ότι αυτά που αναγράφονται στο φυλλάδιο θα πρέπει υποχρεωτικά να τηρούνται. Άλλωστε οι οδηγίες αυτές υιοθετήθηκαν στην πορεία από πολλούς άλλους συλλόγους.

Η επίσκεψη του επιθεωρητή μπορεί να γίνει μετά από παράπονο ασθενούς, που εκφράζεται σε πρώτη φάση απευθείας στον ιατρό και αν δεν βρει ανταπόκριση διαβιβάζεται στον αρμόδιο σύλλογο.

Η νέα ΚΥΑ του 2012 για τη διαχείριση των απορριμμάτων αφορά και σε φυσικά πρόσωπα. Έχετε εικόνα για το αν τα ιδιωτικά οδοντιατρεία προχωρούν και με ποιους ρυθμούς στην διαδικασία διαχωρισμού;

Πρώτον έχουμε παρατηρήσει ότι έχουν αυξηθεί θεαματικά οι εταιρείες διαχείρισης ιατρικών αποβλήτων. Δεύτερον με μεγάλη χαρά βλέπουμε ότι αυτές οι εταιρείες έχουν συμπε-

Αιχμηρά

Αιματηρά

Αμάλγαμα

Ακτινογραφικά

Αγοράστε το υπερσύγχρονο πανοραμικό της Soredex, Φινλανδίας, Novus ή Novus e, **ΤΩΡΑ.**

Αν αποφασίσετε να αγοράσετε τον τομογράφο κωνικής δέσμης Cranex 3D 6*8 CBCT της Soredex (3D KAI πανοραμικό), μέσα στα επόμενα 5 χρόνια, θα αγοράσουμε το πανοραμικό σας Novus ή Novus e πίσω, στο 100% της αξίας αγοράς του!

Εσείς, θα πληρώσετε μόνο τη διαφορά!

Novus, πανοραμικό: 16.000€
Novus e, πανοραμικό: 19.000€

*Αγοράστε το Cranex® 3D 6*8 CBCT (3D KAI πανοραμικό) μέσα σε 5 χρόνια*
55.000€ -19.000€ = 36.000€ *(παράδειγμα με Novus e)*

Το Novus σας προσφέρει:

- Άριστη εικόνα
- Πλήρες πανοραμικό πρόγραμμα ενηλίκων σε 9 δευτερόλεπτα
- Πλήρες πανοραμικό πρόγραμμα παίδων, στα 8 δευτερόλεπτα
- Πρόγραμμα κροταφογναθικής άρθρωσης με κλειστό και ανοικτό στόμα
- Ειδική τεχνολογία «Victory Beam», η οποία εξασφαλίζει άριστη διαγνωστικά εικόνα με την μικρότερη δυνατή δόση

Novus e: επιπλέον από Novus, δυνατότητα για ακτινογραφίες δήξεως και ρύθμιση kV από 63 εώς 77kV.

Σημειώσεις:

- Το πρόγραμμα ισχύει μόνο για τα πανοραμικά Novus / Novus e
- Αν αποφασίσετε να αγοράσετε το Cranex® 3D 6*8 CBCT της Soredex, μέσα σε πέντε χρόνια από την αγορά του Novus / Novus e, η εταιρία μας, ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΙΚΑ ΑΠΟΣΤΟΛΙΔΗ, θα αγοράσει το μηχάνημά σας στο 100% της αξίας αγοράς του (χωρίς ΦΠΑ), μόνο αν το μηχάνημα είναι σε πλήρη λειτουργία.
- Ισχύει για περιορισμένο αριθμό μηχανημάτων.
- Ελάχιστη νέα αγορά εξοπλισμού Soredex, αξίας 55.000€.
- Ισχύουν όροι και προϋποθέσεις

ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΙΚΑ ΑΠΟΣΤΟΛΙΔΗ
από το 1929

Αθήνα Αώου 10, 11523 Αθήνα | T: 210-6984882 | F: 210-6984882 | e-Mail: info.athens@apostolides.gr
Θεσσαλονίκη Τέλλογλου 11, 54636 Θεσσαλονίκη | T: 2310-201301, 2310-201454 | F: 2310-217102 | e-Mail: info@apostolides.gr
www.apostolides.gr

ριλάβει και το οδοντιατρικό κομμάτι, δεδομένου ότι μέχρι πριν από λίγα χρόνια διαχειρίζονταν αποτελεσματικά μόνο τα αιχμηρά. Από τις εταιρείες αυτές μαθαίνουμε επίσης ότι συνεχώς προσέρχονται συνάδελφοι, οι οποίοι προσχωρούν στη διαδικασία αυτή.

Θεωρώ ότι μέτρα σαν αυτά, τα οποία έχουν κοινωνικό αντίκτυπο, δεν έχει νόημα να εφαρμόζονται αιφνιδιαστικά και με τρόπο αυταρχικό. Είναι πιο σημαντικό να πεισθεί ο παραγωγός υπηρεσιών υγείας- οδοντίατρος, ότι είναι απαραίτητο να το κάνει αυτό, παρά να του επιβάλλεται.

Για να είμαστε και δίκαιοι θα πρέπει και οι ίδιες οι εταιρείες να αντιληφθούν ότι άλλη είναι η «παραγωγικότητα» σε απορρίμματα μιας κλινικής ή ενός νοσοκομείου και άλλη του ιδιωτικού οδοντιατρείου.

Δυστυχώς, ένας ιλιγγιωδώς αυξανόμενος αριθμός οδοντιατρείων στο λεκανοπέδιο Αττικής, εμφανίζει αυτή τη στιγμή μία ύφεση του κύκλου εργασιών της τάξεως του 48%, όπως άλλωστε πιστοποιείται και από τη μείωση της κατανάλωσης των οδοντιατρικών υλικών. Επίσης ένας πολύ μεγάλος αριθμός οδοντιάτρων αναγκάζεται να συμπτύξει τις ώρες παρουσίας του στο οδοντιατρείο.

Η ανυπαρξία ασφαλιστικού συστήματος περί την οδοντιατρική, όπου τα πάντα πρέπει να πληρώνονται πλέον με pocket money, καθώς και η οικονομική κατάσταση, είναι παράγοντες που επιδεινώνουν την παροχή οδοντιατρικών υπηρεσιών. Δεν είναι δυνατόν λοιπόν να απαιτείται από τον ιδιώτη οδοντίατρο να «παράγει» ένα κάδο αιχμηρών ή μολυσματικών κάθε μήνα, εφόσον στο χρονικό διάστημα αυτό δεν είχε δουλειά.

Πολλοί χώροι πια έχουν αρχίσει να κάνουν μία επιλογή ως προς τα περιστατικά. Έτσι αναπόφευκτα ένας ορθοδοντικός δεν θα έχει την ίδια ποσότητα μολυσματικών ή αιχμηρών με ένα γναθοχειρουργό.

Τι κόστος έχει για ένα γενικό οδοντίατρο η ανακύκλωση των οδοντιατρικών αποβλήτων;

Για την αποκομιδή των οδοντιατρικών απορριμμάτων προκύπτει για τον οδοντίατρο ένα κοστολόγιο της τάξεως των 400-500 ευρώ τον χρόνο. Εκτός αυτού υπάρχει και η ανάγκη να δημιουργηθεί ένας χώρος για την αποθήκευση των απορριμμάτων, ο οποίος θα διαθέτει και ψυγείο.

Η ουσία είναι ότι εμείς σαν σύλλογος έχουμε δώσει τις κατευθυντήριες γραμμές για τη διαχείριση των οδοντιατρικών αποβλήτων.

Ήδη το ποσοστό των εμφράξεων που γίνονται στην Οδοντιατρική Σχολή Αθηνών είναι πάνω από 90% με πολυμερή και κάτω από 8% με αμάλγαμα. Και η Σχολή αποτελεί δείκτη των γενεών που βγαίνουν στην αγορά εργασίας

Είναι χαρακτηριστικό ότι μόλις εφαρμόσαμε τα προβλεπόμενα, την 2η ακριβώς εβδομάδα οι φοιτητές μας είχαν εναρμονιστεί σε ποσοστό 98%!

Ποιες μεθόδους χρησιμοποιούν οι εταιρείες ανακύκλωσης οδοντιατρικών αποβλήτων;

Υπάρχουν σήμερα δύο μεγάλες τάσεις στις εταιρείες για τον χειρισμό των στερεών, των αιματηρών και των αιχμηρών. Η μία τάση στη διαχείριση των οδοντιατρικών απορριμμάτων είναι αυτή της αποστείρωσης και η άλλη της αποτέφρωσης.

Οι κίτρινοι περιέκτες συσκευάζονται και μεταφέρονται σε μεγάλους αυτόκαυστους κλιβάνους. Εκεί το περιεχόμενο τους αποστειρώνεται και στην συνέχεια μεταφέρεται στους ΧΥΤΑ ως αποστειρωμένο απόρριμμα.

Τα κόκκινα κιβώτια που ακολουθούν την οδό της αποτέφρωσης (την οποία και ακολουθούμε και εμείς), ζυγίζονται, αποκομίζονται και καταλήγουν στον αποτεφρωτήρα στην Φυλή, όπου και εξαχνώνονται.

Για τα υγρά των ακτινογραφιών παρέχονται στο Πανεπιστήμιο 10λιτροι ή 20λιτροι ταμευτήρες και διαχωρίζονται οι εμφανίσεις από τις μονιμοποιήσεις. Οι ταμιευτήρες σημαίνονται με την κατάλληλη ετικέτα, γίνεται η ανάκτηση του αργύρου από τις εταιρείες και τα υπόλοιπα υλικά υφίστανται την ανάλογη διαχείριση.

Πόσο ανταποκρίνονται οι οδοντίατροι στις επιταγές της ΕΕ για το χειρισμό του αμαλγάματος;

Πάρα πολύ. Ήδη το ποσοστό των εμφράξεων που γίνονται στην Οδοντιατρική Σχολή Αθηνών είναι πάνω από 90% με πολυμερή και κάτω από 8% με αμάλγαμα. Και η Σχολή αποτελεί δείκτη των γενεών που βγαίνουν στην αγορά εργασίας, ενώ από την άλλη πλευρά εργάζεται παρέχοντας τις υπηρεσίες του και το διδακτικό προσωπικό. Επίσης παρατηρείται, όπως μας διαβεβαιώνουν οι έμποροι, σημαντική μείωση της κατανάλωσης αμαλγάματος από τους οδοντιάτρους.

Πρωτογενείς αποκαταστάσεις από αμάλγαμα είναι τεκμηριωμένο ότι γίνονται πλέον σε μικρό ποσοστό. Και αυτές γίνονται αυστηρώς βάσει προδιαγραφών (Βρυξέλλες- Νοέμβριος 2013) με προδοσολογημένες μιας χρήσεως κάψουλες.

Υπάρχει όμως αρκετή ακόμα δουλειά που πρέπει να γίνει: θα πρέπει να τοποθετηθούν παγίδες αμαλγάματος στα ιδιωτικά οδοντιατρεία. Το κοστολόγιο των παγίδων κυμαίνεται από 400-3.500 ευρώ! Υπάρχει μία μεγάλη ποικιλία παγίδων και ο οδοντίατρος μπορεί να επιλέξει μεταξύ αυτών.

Το θέμα είναι τι γίνεται με την αφαίρεση των παλαιών αποκαταστάσεων. Οι μεγάλες αποκαταστάσεις από αμάλγαμα που αφαιρούνται αυτούσιες ή τα δόντια που φέρουν εμφράξεις αμαλγάματος θα πρέπει να τοποθετούνται σε κουτί αμαλγάματος που κλείνει αεροστεγώς μέσα σε λάδι ή χωρίς λάδι (ορυκτέλαιο ή ακόμα και νερό).

Τι εννοούμε Πολιτική Ελέγχου Λοιμώξεων για μηχανήματα, μονάδες και εργαλεία νέων τεχνολογιών;

Το θέμα αυτό έγινε δεκτό ομόφωνα κατόπιν δικής μου πρότασης και έχει μπει σε μία δήλωση/declaration για να συζητηθεί στις 26 Σεπτεμβρίου στην Λιθουανία, όπου συναντάται η Ομάδα εργασίας Ελέγχου Λοιμώξεων και εν συνεχεία να έλθει ολοκληρωμένο στις Βρυξέλλες για το Νοέμβριο του 2014.

Τι ακριβώς αφορά; Έχουμε παρατηρήσει ότι - καλώς- οι οδοντίατροι πλαισιώνονται από διάφορα μηχανήματα υψηλής τεχνολογίας που συν τω χρόνω παλιώνουν ή χαλάνε. Για τα μηχανήματα αυτά δεν υπάρχει συγκεκριμένη πολιτική που να υπαγορεύει την σωστή τους διαχείριση. Π.χ. ένα παλιό ακτινογραφικό πώς το διαχειρίζεται κανείς; Μία χαλασμένη χειρουργική αναρρόφηση μπορεί να την πάρει και να την πετάξει ή να τη «λιώσει» κάποιος φορέας. Όμως μέσω αυτής έχει περάσει λύμα, αμάλγαμα κλπ, το οποίο θα εξαχνωθεί με ανεξέλεγκτες περιβαλλοντικές επιπτώσεις.

Αυτό που επιθυμούμε εμείς είναι να υπάρξει ένας φορέας, όπως π.χ. ο Δήμος, που θα παραλαμβάνει τα δραστικά στοιχεία των μηχανημάτων αυτών και θα τα επεξεργάζεται ανάλογα.

Πώς δραστηριοποιείται κάθε ευρωπαϊκή χώρα για να αντιμετωπίσει το θέμα της ασφάλειας του ασθενούς;

Διάφορες χώρες όπως π.χ. η Αγγλία, η οποία έχει ένα πολύ οργανωμένο σύστημα, εκδίδουν κάθε χρόνο αναβαθμισμένες οδηγίες πλεύσης για διάφορα θέματα, όπως το νερό, οι λοιμώξεις, το αμάλγαμα κλπ. Επίσης το ίδιο κάνουν η Γερμανία, η Ελβετία, η Δανία, η Πολωνία. Το δικό μας νομικό καθεστώς είναι διαφορετικό.

Τι ακριβώς συζητήθηκε στην Συνέλευση του CED σχετικά με την συνταγογράφηση των αντιβιοτικών από τους οδοντιάτρους;

Υπάρχουν κάποιοι χώροι οι οποίοι θέλουν να αποδείξουν ότι η Οδοντιατρική με τον όγκο των αντιβιοτικών που συνταγογραφεί, συμβάλλει στην αύξηση του αριθμού των ανθεκτικών μικροβίων. Έγινε για τον λόγο αυτό μία σύσταση σε κάποιες ειδικότητες, όπως η Περιοδοντολογία να μειώσουν τον αριθμό των παρεχομένων αντιβιοτικών. Η κίνηση αυτή έχει τις ρίζες της στην Αγγλία, η οποία κάνοντας μόνο μία αλλαγή στο πρωτόκολλο της American Heart Association για την πρόληψη της μικροβιακής ενδοκαρδίτιδας μείωσε κατά εκατομμύρια λίρες το κόστος της οδοντιατρικής περίθαλψης στο NHS.

Με την ηλεκτρονική συνταγογράφηση έχει μειωθεί το ποσοστό των αντιβιοτικών;

Η συνταγογράφηση αντιβιοτικών από τους οδοντιάτρους είναι ελάχιστη σε σχέση με τον όγκο των αντιβιοτικών που παρέχονται στον γενικό πληθυσμό από τους ιατρούς. Για τον λόγο αυτό και οι προβλέψεις του CED δεν πρόσθεσαν ουσιαστικά κάτι νεότερο στη φετινή συνάντηση.

Ένα από τα μέτρα για τον έλεγχο των λοιμώξεων είναι και η δημιουργία Αυτόνομων Μαθημάτων Ελέγχου των Λοιμώξεων. Πώς εντάσσονται τα μαθήματα αυτά

Τα Νέα προϊόντα της PLAC CONTROL

TePe
Φροντίζουμε για υγιή χαμόγελα

Σπογγώδη νήματα της TePe

TePe Bridge and Implant Floss
Καθαρίζει τα εμφυτευμάτα, τις γέφυρες και τα ορθοδοντικά μηχανήματα. Κατάλληλο για περιοδοντικούς ασθενείς.
Συσκευασία των 30 τεμ.

TePe Multifloss
Καθαρίζει αποτελεσματικά όλα τα μεσοδόντια διαστήματα, τα σιδεράκια, τις γέφυρες και τα εμφυτεύματα.
Συσκευασία των 100 τεμ.

Made in Sweden

TePe
Φροντίζουμε για υγιή χαμόγελα

Αποκαλυπτικοί παράγοντες TePe

TePe PlaqSearch™
Το PlaqSearch είναι ένας αποκαλυπτικός παράγοντας σε δυο αποχρώσεις. Χρωματίζει κόκκινη την μεταγενέστερη πλάκα και μπλε την παλιότερη.

Διατίθεται σε:
Disclosing tablets - 10 τεμ.
Disclosing tablets - 250 τεμ.
Disclosing liquid - 30ml

Made in Sweden

BioGaia
Clinically Proven Probiotics

Παστίλιες προβιοτικών για τη στοματική υγιεινή

Οι **BioGaia ProDentis** περιέχουν το προβιοτικό Lactobacillus reuteri Prodentis και είναι οι πρώτες παστίλιες προβιοτικών που προάγουν την υγεία της στοματικής κοιλότητας.

Διατίθεται σε συσκευασία των 30 τροχίσκων.

From Sweden

emmi-dent
ΥΨΗΛΗ ΣΤΟΜΑΤΙΚΗ ΥΓΙΕΙΝΗ

100% οδοντόβουρτσα υπερήχων

ΚΑΙΝΟΤΟΜΙΑ
Η πρώτη οδοντόβουρτσα 100% υπερήχων στον κόσμο με 96 εκατομμύρια ηχοκύματα το λεπτό.
Νέα Πρωτοποριακή Τεχνολογία.
Καθαρίζει χωρίς να δονείται.
Έξυπνη κεφαλή με Piezo Chip.
Η **οδοντόπαστα Emmi-dent** περιέχει εκατομμύρια μη-αποτριπτικές νάνο-φυσαλίδες

German Technology

Epic

ΠΡΟΪΟΝΤΑ EPIC

Τσίχλες σε 4 γεύσεις: Κανέλα, Φρέσκα φρούτα, Μέντα, Δυόσμο
Ταμπλέτες σε 3 γεύσεις: Κανέλα, Φρέσκα φρούτα, Μέντα
Οδοντόπαστα με φθόριο και χωρίς φθόριο
Στοματικό διάλυμα με γεύση Δυόσμου
Γλυκαντικός παράγοντας Ξυλιτόλης σε σκόνη

Η ξυλιτόλη φυσική γλυκαντική ουσία συμβάλλει στη μείωση του επιπέδου των στρεπτόκοκκων mutans (MS) στην οδοντική πλάκα και στο σάλιο.

Τα **προϊόντα Epic** έχουν μεγαλύτερη περιεκτικότητα σε ξυλιτόλη από τα αντίστοιχα προϊόντα των ανταγωνιστικών εταιρειών.

From USA

Find us on Facebook

PlacControl®
Προϊόντα Στοματικής Υγιεινής

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

στα προγράμματα σπουδών των ελληνικών πανεπιστημίων;

Έχουμε παρατηρήσει ότι πρώτον στα curricula-προγράμματα σπουδών των σχολών, το μάθημα του ελέγχου των λοιμώξεων ήταν πάντα θέμα προσωπικής δραστηριοποίησης ορισμένων μελών ΔΕΠ. Η άλλη πλευρά είναι ότι δεν υπήρχε μονάδα/ module οργανωμένη να πάρει κανείς το μάθημα του Ελέγχου των λοιμώξεων στην Οδοντιατρική. Τέλος, σχολές που παράγουν βοηθούς οδοντιατρείου, τους μεταθέτουν το μάθημα αυτό σαν αυτοτελή γνωσιακό χώρο. Μετατίθετο λοιπόν, μία ολόκληρη αρμοδιότητα στους βοηθούς.

Όμως το CED αναγνωρίζει τον οδοντίατρο ως αποκλειστικά υπεύθυνο για την μονάδα του και την ομάδα του. Στην Οδοντιατρική Σχολή της Αθήνας το μάθημα αυτό γίνεται στο 3ο και 4ο εξάμηνο (σε μεγάλη έκταση) και εν συνεχεία στο πλαίσιο του μαθήματος «Οργάνωση και Διαχείριση Οδοντιατρείου» στο 9ο εξάμηνο.

Τι ακριβώς εννοούμε με τον όρο ασφάλεια των υλικών;

Το θέμα αυτό αποτελεί τον απόηχο του αντιαμαλγαμισμού. Όταν άρχισε ο πόλεμος εναντίον του αμαλγάματος, με προσβολές που γίνονταν όλο και πιο πυκνές, ήταν αναμενόμενο ότι κάποιοι θα αντεπιτίθεντο, ίσως και με αδέξιο τρόπο.

Έτσι υπήρξε ο εξής αντίλογος: «αφού ισχυρίζεστε ότι το αμάλγαμα είναι τοξικό, τότε τα άλλα υλικά που έχουν περιβληθεί ένα μανδύα περιβαλλοντικό, είναι άραγε "υγιεινά";». Το οξείδιο του ψευδαργύρου, ο χαλκός, το παλλάδιο, το BISGMA, το HEMA,τα πιο ευάλωτα πολυμερή, η καμφοροκινόνη και τα «νανουλικά» ενοχοποιούνται για πιθανές ανεπιθύμητες επιδράσεις στον ανθρώπινο οργανισμό. Το νανουλικό μπήκε θεαματικά και σαν μετρικό μέγεθος, αλλά και σαν προϊόν παραγωγής fillers, tubings, cones κλπ στις κατασκευές ή σαν νανοφάρμακα στην Ιατρική ή σαν νανόκοκκες ρητίνες στην Οδοντιατρική.

Για κάθε υλικό αποφασίστηκε ότι θα πρέπει να υπάρχει κάτι ανάλογο του safety sheet, ένας φάκελος δηλαδή από τον κατασκευαστή περισσότερο επικαιροποιημένος, ο οποίος θα προβλέπει ότι το τάδε ή το δείνα υλικό δεν είναι επικίνδυνο για τον ανθρώπινο οργανισμό.

Πόσο έχει επηρεάσει η οικονομική κρίση τη δυνατότητα του γενικού οδοντιάτρου να παρέχει υψηλού επιπέδου υπηρεσίες;

Η οικονομική ύφεση έχει «χτυπήσει» το οδοντιατρείο στο έπακρον. Το ιδιωτικό οδοντιατρείο έχει ένα πάγιο κοστολόγιο, χωρίς να υπάρχει πάντα αποδέκτης των υπηρεσιών. Η οδοντιατρική έχει περιοριστεί μόνο στην άμεση παροχή θεραπείας, ενώ ο οδοντίατρος συνεχίζει να είναι υποχρεωμένος να διατηρεί εγκαταστάσεις και να παρέχει υψηλού επιπέδου υπηρεσίες.

Μήπως προάγεται λοιπόν η ασφάλεια των ασθενών μέσα από την συνεργασία των οδοντιάτρων σε πολυοδοντιατρεία;

Η Ομαδική οδοντιατρική ήταν την τελευταία 25ετία μία σαφώς καλύτερη λύση από την μονήρη οδοντιατρική. Τα εκπαιδευτικά όμως μοντέλα, αλλά και τα πολιτικά μοντέλα, δηλαδή η ελληνική νομοθεσία (η οποία μέχρι πρότινος επέτρεπε την άσκηση της ομαδικής οδοντιατρικής /συστέγαση μόνο όταν υπήρχε συγγενική σχέση μεταξύ των συνεργαζομένων οδοντιάτρων), δεν προήγαγαν την ανάπτυξή της. Σήμερα υπάρχει απόλυτη απελευθέρωση του επαγγέλματος που διευκολύνει την άσκηση της οδοντιατρικής με ομαδικό τρόπο.

Έτσι το μονήρες οδοντιατρείο οδεύει με ταχείς ρυθμούς προς τη συρρίκνωσή του, για λόγους επιστημονικούς, αλλά και οικονομικούς.

Οι επιστημονικοί λόγοι αφορούν την παραπομπή ενός περιστατικού στον συστεγαζόμενο συνάδελφο που έχει μεγαλύτερη εμπειρία ή εξειδίκευση στον συγκεκριμένο τομέα. Τέλος τα κοστολόγια επιτρέπουν την ύπαρξη στον χώρο ενός ακτινογραφικού μηχανήματος και ενός κλιβάνου, που θα εξυπηρετεί το σύνολο των συναδέλφων που εργάζονται στο χώρο αυτό.

Η άποψη των νέων έχει αλλάξει, ενώ οι ασθενείς δείχνουν να είναι επιφυλακτικοί ως προς τα νέα μοντέλα εργασίας.

Τι είναι και πότε θα ισχύσει η Ευρωπαϊκή κάρτα αναγνώρισης των οδοντιάτρων;

Για την Ευρωπαϊκή κάρτα έγινε μία εντονότατη συζήτηση και στο Δουβλίνο τον Μάιο του 2013, στις Βρυξέλλες τον Νοέμβριο του 2013, και στην Αθήνα τον Μάιο του 2014. Το θέμα ξεκίνησε από ορισμένες χώρες με σκοπό τον έλεγχο της κινητικότητας των οδοντιάτρων στην Ε.Ε. Π.χ. η Ελβετία από τον Νοέμβριο του '13 δεν δέχεται πια κανένα ξένο, εκτός αν εγκαθίσταται στη χώρα με σχέση ακαδημαϊκή. Φαίνεται λοιπόν ότι το θέμα θα κλείσει μέσω της συνεχιζόμενης εκπαίδευσης.

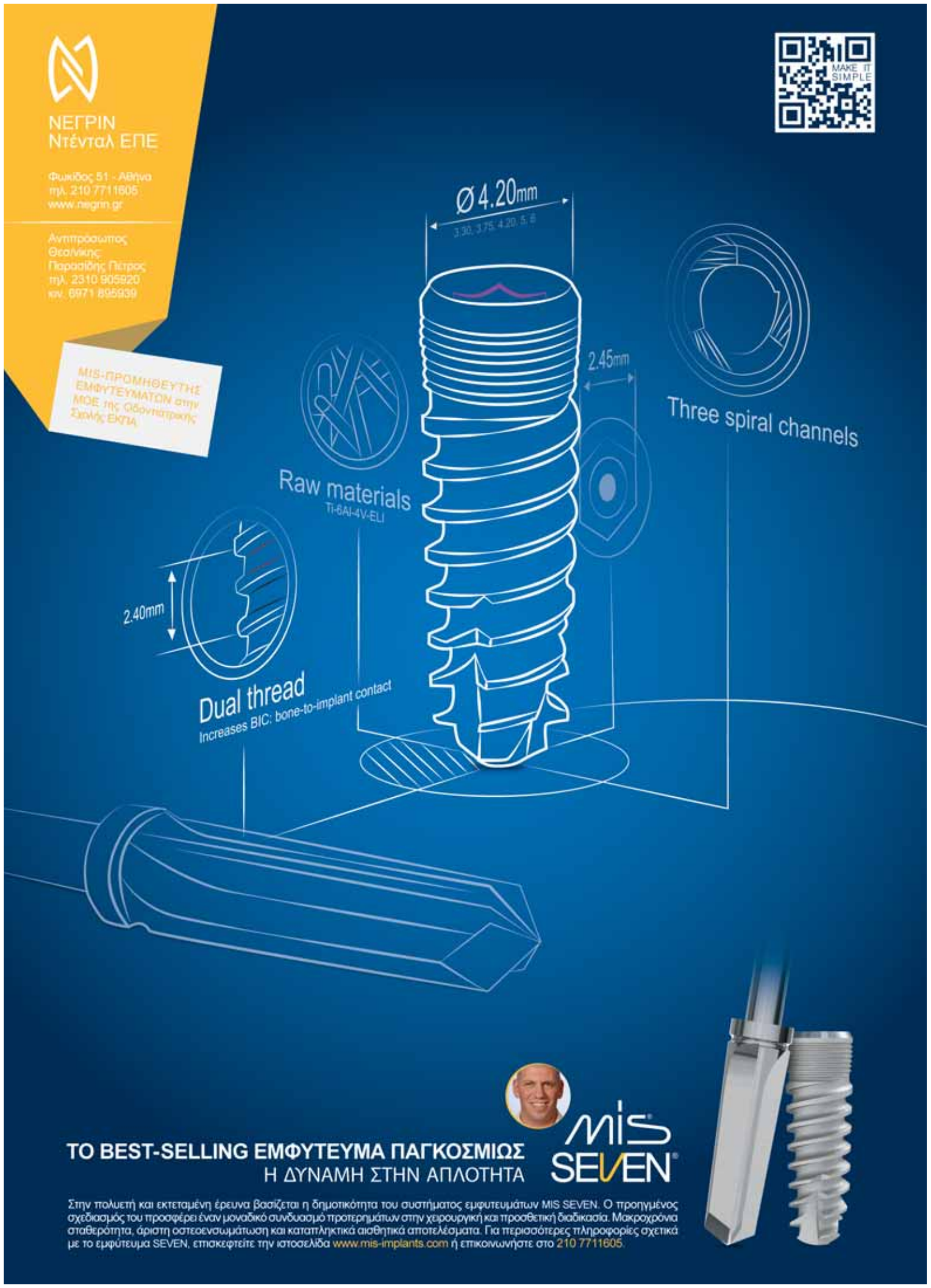
Η Ελλάδα είναι δυστυχώς ακόμα πολύ πίσω σε αυτά, το νομικό πλαίσιο είναι προ καιρού έτοιμο, έπρεπε ήδη να έχει ξεκινήσει, όμως δεν έχει ολοκληρωθεί με τον τρόπο που θα έπρεπε. Υπάρχουν βεβαίως σύλλογοι που προσφέρουν συνεχιζόμενη εκπαίδευση υψηλού επιπέδου. Πιστεύω πως με αφορμή την έναρξη της παροχής της άδειας ασκήσεως επαγγέλματος από την Ομοσπονδία, το θέμα αυτό θα οργανωθεί πιο σωστά και θα είναι πιο εύκολο να ελεγχθεί, με την Ομοσπονδία να φέρει εξ ολοκλήρου την ευθύνη για αυτό.

Είμαστε από τις λίγες χώρες που δεν έχουμε ένα οργανωμένο σύστημα συνεχιζόμενης εκπαίδευσης με ανταποδοτικότητα (παίρνεις και δικαιούσαι).

Ο οδοντίατρος θα πρέπει καθημερινά να είναι επίκαιρος, ασφαλής και ενημερωμένος. Δυστυχώς η κατοχή ενός πτυχίου δεν αποδεικνύει ότι την επόμενη πενταετία θα εξακολουθούν να υπάρχουν οι δεξιότητες αυτές. Εάν επιθυμεί κανείς να είναι μάχιμος, πρέπει να παρέχει και τεκμηρίωση ότι είναι μάχιμος, δεδομένου ότι η επιστήμη συνεχώς εξελίσσεται.

Ο οδοντιατρικός κλάδος είναι επιρρεπής στην συνεχιζόμενη εκπαίδευση και στον ΟΣΑ είμαστε πολύ ευχαριστημένοι από την προσέλευση και ζήτηση που έχουν οι ημερίδες και τα σεμινάρια που οργανώνουμε.

Σας ευχαριστώ πολύ.



Γηροδοντιατρική και οστεοενσωμάτωση Έχουν θέση τα εμφυτεύματα στην τρίτη ηλικία;

Ηρακλής Καρκαζής
Αναπληρωτής Καθηγητής
Κινητής Προσθετικής ΕΚΠΑ

Εξ ορισμού η γηροδοντιατρική διαχειρίζεται τα οδοντοστοματολογικά προβλήματα ατόμων της τρίτης και τέταρτης ηλικίας, στο ιδιάζον όμως περιβάλλον που διαμορφώνεται κάτω από την αθροιστική δράση της πολλαπλής παθολογίας με την συνήθως άτυπη σημειολογία, καθώς και των ποικίλων κοινωνικών και οικονομικών παραμέτρων. Είναι επίσης γνωστό ότι ένα από τα κυρίαρχα και επιδημιολογικά επιβεβαιωμένα προβλήματα στις ηλικιακές αυτές ομάδες είναι τα αυξημένα ποσοστά της νωδότητας.
Είναι προφανής λοιπόν η σύνθετη δομή του προβλήματος που προκύπτει σε κάθε προσπάθεια προσθετικής αποκατάστασης των ατόμων αυτών και ειδικότερα με τη μέθοδο της οστεοενσωμάτωσης.

Χρήσιμα ιστορικά δεδομένα

Η σύγχρονη ιστορία της εμφυτευματολογίας είναι συνώνυμη με την κορυφαία προσωπικότητα του P.I.Branemark, ενώ κομβικό σημείο αποτελεί αναμφίβολα η σύνοδος του Toronto το 1982, που ιστορικά εκλαμβάνεται και ως το αφετηριακό γεγονός στην παγκόσμια εξάπλωση της οστεοενσωμάτωσης. Ξεφυλλίζοντας ωστόσο επιστημονικά κείμενα και ιστορικά ντοκουμέντα μιας πρωιμότερης εποχής, διαπιστώνουμε ότι η κλινική αξιοποίηση των πειραματικών δεδομένων, αρχικά τουλάχιστον, αφορούσε στην αντιμετώπιση της ολικής νωδότητας και μάλιστα της κάτω γνάθου, σε άτομα μέσης ή τρίτης ηλικίας. Ο γηριατρικός δηλαδή ασθενής με τη διαταραγμένη λειτουργία του ΣΓΣ λόγω της απώλειας των δοντιών, αλλά συχνά και με την αδυναμία αντιμετώπισής του με τις παραδοσιακές προσθετικές τεχνικές, έγινε και ο πρώτος υποψήφιος για εμφυτεύματα. Η εξέλιξη της εμφυτευματολογίας υπήρξε έκτοτε τόσο ραγδαία, ώστε είκοσι ακριβώς χρόνια αργότερα, σε συμπόσιο στο πανεπιστήμιο McGill του Καναδά, διατυπώθηκε σε τεκμηριωμένη βάση η άποψη, ότι η επένθετη οδοντοστοιχία της κάτω γνάθου στηριγμένη σε δύο εμφυτεύματα, θα πρέπει πλέον να αποτελεί την πρώτη μας επιλογή στην αντιμετώπιση νωδών ασθενών.

Πριν φτάσουμε στα εμφυτεύματα

Παρά τα ενθουσιώδη και εν πολλοίς τεκμηριωμένα συμπεράσματα από ανάλογα συνέδρια, θα πρέπει κατά τη γνώμη μας, ο συνετός κλινικός να σταθμίζει με προσοχή τα πραγματικά οφέλη και τους κινδύνους για τον κάθε γηριατρικό ασθενή του, πριν επιλέξει τα εμφυτεύματα. Η πεμπτουσία της γηροδοντιατρικής πράξης, που όπως γνωρίζουμε πειθαρχεί στην άποψη ότι «*τα σχέδια θεραπείας θα πρέπει να είναι πρακτικά και ευέλικτα στηριγμένα στις ρεαλιστικές ανάγκες του ασθενή και όχι στην υποκειμενική εκτίμηση του επεμβαίνοντος*», επιβάλλει πριν τη λύση των εμφυτευμάτων, τη διερεύνηση της δυνατότητας αντιμετώπισης του προβλήματος με συντηρητικότερες μεθόδους. Και ευτυχώς το οπλοστάσιο της κι-

νητής προσθετικής διαθέτει αρκετές από αυτές. Για την οικονομία του χώρου θα θυμίσουμε απλώς την τεχνική της ουδέτερης ζώνης, τις ομοιότυπες οδοντοστοιχίες καθώς και τις εναλλακτικές τεχνικές αποτύπωσης της νωδής γνάθου που διαπραγματευτήκαμε εκτενώς σε προηγούμενη αρθρογραφία μας.

Ποιες είναι οι αντενδείξεις

Πριν από την παράθεση κάποιων παθολογικών καταστάσεων που προβληματίζουν, η ακόμα και αποκλείουν την τοποθέτηση εμφυτευμάτων, καλό είναι να αναφέρουμε ότι η ηλικία αυτή καθαυτή (per se), δεν αποτελεί αντένδειξη. Ωστόσο είναι μάλλον σπάνιο να εντοπίσουμε άτομα τρίτης ή τέταρτης ηλικίας χωρίς κάποια συνοδά προβλήματα υγείας, μικρής η μεγαλύτερης βαρύτητας. Από τη συνήθη νοσολογία της τρίτης ηλικίας προσοχή απαιτείται στην οστεοπόρωση και ειδικότερα σε ασθενείς που βρίσκονται σε χρόνια θεραπεία με διφοσφωνικά σκευάσματα, στον αρρύθμιστο ή ελλιπώς ρυθμιζόμενο σακχαρώδη διαβήτη και σε πρόσφατα ακτινοβολημένους ή υπό ανοσοκατασταλτική θεραπεία ασθενείς. Σημαντική επίσης είναι η κατηγορία ασθενών που λαμβάνουν κορτικοστεροειδή ή βρίσκονται υπό αντιπηκτική αγωγή, που θα πρέπει να αντιμετωπίζονται με ιδιαίτερη προσοχή. Πρόκειται προφανώς για νοσήματα ή θεραπείες με πιθανές επιπτώσεις στον οστικό μεταβολισμό, στους επουλωτικούς και αμυντικούς μηχανισμούς και στους μηχανισμούς πήξης του αίματος, επηρεάζοντας αμέσως η εμμέσως την οστεοενσωμάτωση. Εκείνο όμως που ίσως διαφεύγει την προσοχή μας, είναι το σύνθετο ιατρικό profile που διαμορφώνεται κάτω από την παράλληλη δράση πολλαπλών (εμφανών η σιωπηλών) παθολογικών καταστάσεων στις οποίες συνυπολογίζονται και πιθανές διαταραχές της γνωστικής λειτουργικότητας. Ασθενείς τρίτης ηλικίας έστω και με ήπια νοσολογία που θα δεχθούν εμφυτεύματα (η και οποιαδήποτε άλλη οδοντιατρική θεραπεία), αναμένεται να παρουσιάσουν, στατιστικά τουλάχιστον, αύξηση των συστηματικών προβλημάτων υγείας τα επόμενα χρόνια και αυτό πρέπει να λαμβάνεται σοβαρά υπόψη. Η πρόνοια αλλά και η συνεργασία με τους συναδέλφους άλλων ειδικοτήτων κρίνεται σε κάθε περίπτωση αναγκαία.

Η πραγματική ανάγκη ως καθοριστικός παράγων επιλογής της θεραπείας

Στην εφαρμοσμένη κλινική οδοντιατρική πράξη, η διαδικασία του προσδιορισμού των πραγματικών αναγκών του ασθενή είναι ίσως παραμελημένη. Η γρήγορη διαμόρφωση ενός σχεδίου θεραπείας μέσω μια αξονικής τομογραφίας και μιας γρήγορης κλινικής εξέτασης, αποτελεί μια πρακτική που υποκρύπτει σοβαρούς κινδύνους. Ο συνήθως συνοδευόμενος ηλικιωμένος είναι εν πολλοίς και εξαρτώμενος και ως εκ τούτου υποτάσσεται σε προαποφασισμένες επιλογές, με μικρή δυνατότητα αυτοτελούς διατύπωσης των πραγματικών αναγκών του. Είναι συνεπώς κορυφαίας σημασίας η δυνατότητα ανεμπόδιστης λεκτικής, διατύπωσης του προβλήματος, σε περιβάλλον μη διαταραγμένης γνωστικής λειτουργικότητας. Εδώ βεβαίως παίζουν ρόλο και οι επικοινωνιακές δεξιότητες και ο δείκτης υποψίας του οδοντιάτρου. Για παράδειγμα ήπιες γνωστικές διαταραχές (ΗΓΔ) με οριακή διαταραχή της μνήμης, μπορεί να διαφύγουν την προσοχή ακόμα και των φροντιστών, εκλαμβανόμενες ως διαδικασίες του φυσιολογικού γήρατος. Η αυξημένη όμως πιθανότητα σύντομης μετάπτωσης των καταστάσεων αυτών σε ανοϊκές διαταραχές νευροεκφυλιστικού τύπου όπως το Alzheimer, επιβάλλει μια λεπτομερειακή διερεύνηση από τους ειδικούς, πριν από κάθε οδοντιατρική παρέμβαση μεσαίου ή μεγάλου βεληνεκούς.

Εικόνες 1-4. Οι σφαιρικοί σύνδεσμοι (Ball attachments with O-rings) που σε διάφορες παραλλαγές τους κυριάρχησαν στο χώρο της εμφυτευματολογίας για περισσότερο από 2 δεκαετίες. Τα ψηλά διαβλεννογόνια στηρίγματα αποτυπώνουν την σκανδιναβική σχεδιαστική αντίληψη της εποχής (εικόνα 1).

Εικόνες 5,6. Το νεώτερο σύστημα Locator της Zest Anchors που με τα παρεμφερή συστήματα, είναι συμβατό με όλα σχεδόν τα κυκλοφορούντα εμφυτεύματα, και τείνει να αποκτήσει καθολική εφαρμογή.

> Στην εφαρμοσμένη κλινική οδοντιατρική πράξη, η διαδικασία του προσδιορισμού των πραγματικών αναγκών του ασθενή είναι ίσως παραμελημένη. Η γρήγορη διαμόρφωση ενός σχεδίου θεραπείας μέσω μια αξονικής τομογραφίας και μιας γρήγορης κλινικής εξέτασης, αποτελεί μια πρακτική που υποκρύπτει σοβαρούς κινδύνους.

Προτεινόμενοι προσθετικοί σχεδιασμοί

Όπως έχουμε αναλυτικά αναφέρει και αλλού, στην επιλογή των προσθετικών λύσεων θα πρέπει να πρυτανεύει η αρχή του μέγιστου οφέλους με τον μικρότερο δυνατό κίνδυνο για τον ηλικιωμένο ασθενή μας. Η επένθετη οδοντοστοιχία που συγκρατείται από δύο ασύνδετα εμφυτεύματα αποτελεί τη λιγότερο επεμβατική, λιγότερο δαπανηρή και απλούστερη λύση με τη χρήση εμφυτευμάτων, και για αυτόν ακριβώς το λόγο θα πρέπει να αποτελεί την πρώτη μας επιλογή, τουλάχιστον για την κάτω γνάθο **(Εικ. 1,2,3,4).** Εναλλακτικές και ενίοτε δημοφιλείς σχεδιάσεις με τη χρήση δοκών χωρίς να αποκλείονται, θα πρέπει να εξετάζονται με ιδιαίτερη προσοχή λόγω της μεγαλύτερης πολυπλοκότητας, του αυξημένου κόστους και της μεγαλύτερης δυσκολίας στη στοματική υγιεινή. Το ίδιο βέβαια ισχύει και για τα πρωτόκολλα αμέσου φορτίσεως, που παρά την τεκμηρίωσή τους, πόρρω απέχουν από την συνολική φιλοσοφία αντιμετώπισης της τρίτης ηλικίας.

Συμπεράσματα

Η εμφυτευματολογία στις απλές σχεδιαστικές της εκδοχές, έχει θέση στην τρίτη ηλικία, εφόσον δεν συντρέχουν σοβαροί τοπικοί η συστηματικοί παθολογικοί παράγοντες που παρεμβαίνουν στους μηχανισμούς επούλωσης και στην ανάπτυξη και διατήρηση της οστεοενσωμάτωσης. Εξίσου όμως σημαντικοί παράγοντες που θα πρέπει να λαμβάνονται σοβαρά υπόψη στη διαμόρφωση του σχεδίου θεραπείας είναι το επίπεδο γνωστικών και αισθητηριακών λειτουργιών, η προβλεπόμενη επιβάρυνση της συνολικής νοσολογικής εικόνας στο άμεσο μέλλον, η δυνατότητα συνεργασίας των ασθενών αυτών, καθώς και η παρουσία ενημερωμένων και πρόθυμων στην εκτέλεση των καθηκόντων τους φροντιστών. *«Πάντων χρημάτων μέτρον άνθρωπος»*

Το φωτογραφικό υλικό προέρχεται από το προσωπικό αρχείο του συγγραφέα

Σχετική βιβλιογραφία και αρθρογραφία

Δοντάς Α. Η Τρίτη ηλικία. Προβλήματα και δυνατότητες. Βραβείο Ακαδημίας Αθηνών. Αθήνα 1981.

Καρκαζής Η. Γναθικά εμφυτεύματα. Από τον Linkow στον Branemark. Οδοντιατρικό Βήμα. Ιούνιος 2009. σ.12-15. http://www.odvima.gr/efimerida-odontiatriko-vima

Καρκαζής Η. Επένθετες επιεμφυτευματικές οδοντοστοιχίες στην κάτω γνάθο. Μια ιδεώδης εναλλακτική λύση για τον ηλικιωμένο ασθενή. Οδοντιατρικό Βήμα.Σεπτέμβριος-Οκτώβριος 2012. http://www.odvima.gr/efimerida-odontiatriko-vima

Καρκαζής Η., Πολυζώης Γ. Εισαγωγή στη Γηροδοντιατρική και Γναθοπροσωπική Προσθετική. Μπονισέλ. Ανατύπωση β έκδοσης. Αθήνα. 2002.

Καρκαζής Η. Ολικές οδοντοστοιχίες. Εναλλακτικές τεχνικές. Μπονισέλ. Αθήνα, 2000.

Καρκαζής Η, Καλύβας Δ. Τα οστεοενσωματούμενα εμφυτεύματα στην τρίτη ηλικία. Ελληνικά Στοματολογικά Χρονικά 48: 51-61, 2004

The McGill Consensus Statement on Overdentures. May 24-25, 2002. In Fein J. and Carlsson G. Implant Overdentures. Quintessence, 2003

Romanos G. Immediate Loading of endosseous implants in the posterior area of the mandible. Animal and Clinical Studies. Quintessenz Verlags-GmbH. Frankfurt Germ. 2003. One-Year Prospective Evaluation of the Early Loading of Unsplinted Conical Brnemark

AGT Payne, A TawseSmith, R Kumara et al. One-Year Prospective Evaluation of the Early Loading of Unsplinted Conical Brnemark Fixtures with Mandibular Overdentures Immediately following Surgery. Clinical Implant Dentistry and Related Research 3, Issue 1, p. 9–19, January 2001

A TawseSmith, AGT Payne, R Kumara et al. Early Loading of Unsplinted Implants Supporting Mandibular Overdentures Using a One-Stage Operative Procedure with Two Different Implant Systems: A 2-Year Report Clinical Implant Dentistry and Related Research Volume 4, Issue 1, pages 33–42, January 2002

www.odvima.gr

Κάντε κλικ
στην ηλεκτρονική μας
διεύθυνση

Επόμενη γενιά

Multilink® Automix

Το σύστημα ρητινώδους κονίας

Ένας δυνατός δεσμός με τεκμηριωμένη απόδοση

Τώρα με εξελιγμένη σύνθεση

Δυνατός δεσμός – μαζί: διπλά πολυμεριζόμενο και χημικά πολυμεριζόμενο.
Καθολικό – κατάλληλο για κεραμικά πυριτιούχα και οξειδίων, όπως και για μέταλλα.
Κλινικά τεκμηριωμένο – πολυάριθμες μακροχρόνιες μελέτες.
Νέο – επιπρόσθετες αποχρώσεις, βελτιωμένος χειρισμός.

Κλινικά τεκμηριωμένο με IPS e.max®

www.ivoclarvivadent.gr

Επίσημοι διανομείς:
Ελλάδας:

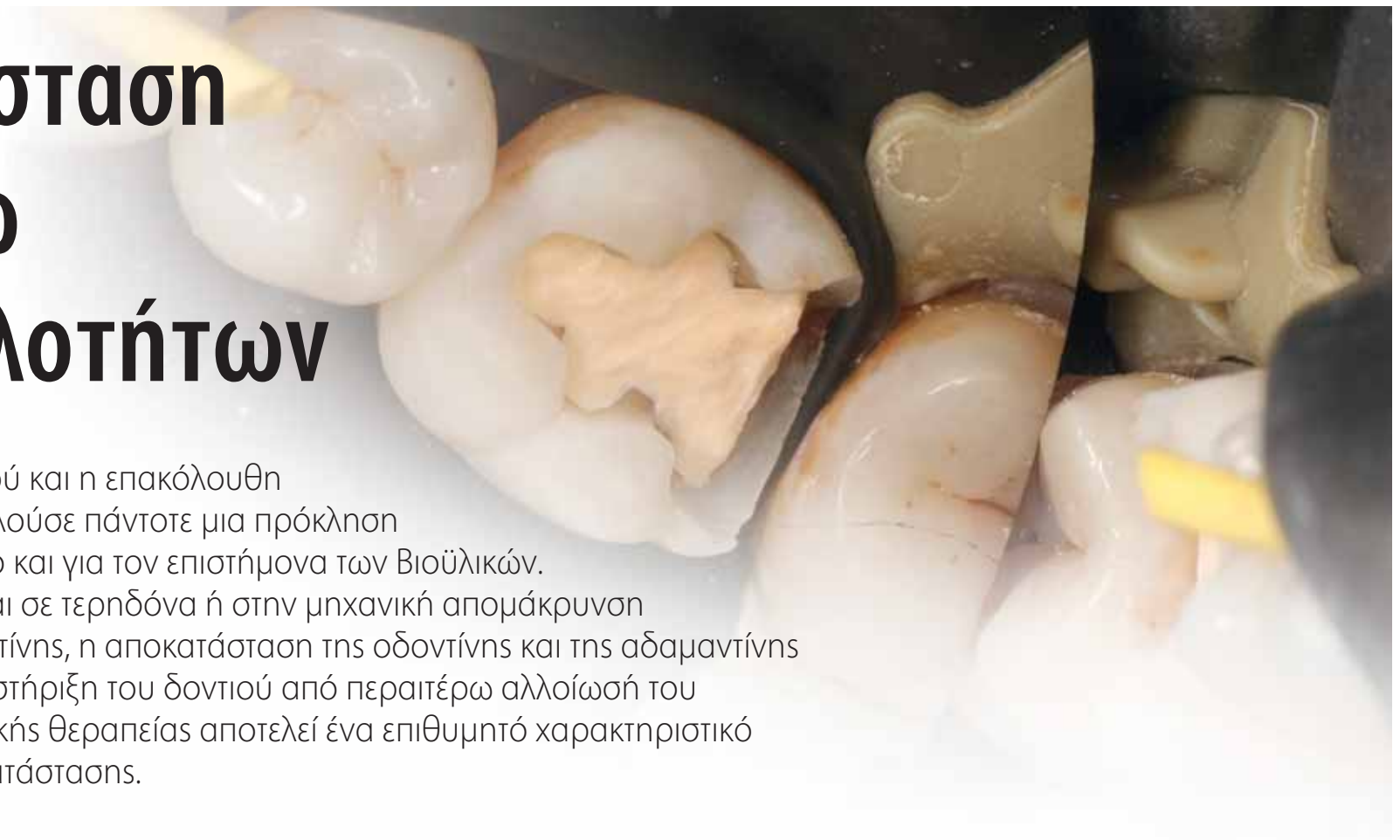
Dental Vision ΕΠΕ
• Μιχαλακοπούλου 125 / 115 27 Αθήνα / τηλ: 210 77 55 900 /
• Τσιμισκή 34 / 546 23 Θεσσαλονίκη / τηλ: 2310 253 800 / www.dentalvision.gr

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 / 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

Αποκατάσταση των εν τω βάθει κοιλοτήτων



Η απώλεια οδοντικού ιστού και η επακόλουθη αντικατάστασή του αποτελούσε πάντοτε μια πρόκληση για τον κλινικό οδοντίατρο και για τον επιστήμονα των Βιοϋλικών. Αν και η απώλεια οφείλεται σε τερηδόνα ή στην μηχανική απομάκρυνση της κατεστραμμένης οδοντίνης, η αποκατάσταση της οδοντίνης και της αδαμαντίνης για την προστασία και τη στήριξη του δοντιού από περαιτέρω αλλοίωσή του και η αποφυγή ενδοδοντικής θεραπείας αποτελεί ένα επιθυμητό χαρακτηριστικό για την επιτυχία της αποκατάστασης.

Dr Subir Banerji
King's College Λονδίνο, Αγγλία

Εισαγωγή

Η σημασία της επικινδυνότητας απόκτησης τερηδόνας έχει διεθνώς καταγραφεί[1,2,3] και σε συνδυασμό με την προληπτική οδοντιατρική[4,5,6] αποτελεί την ολοκληρωμένη διαχείριση των κλινικών περιστατικών η οποία επηρεάζει το μακρόχρονο αποτέλεσμα της θεραπείας. Όμως οι κλινικοί οδοντίατροι συχνά καλούνται να αντιμετωπίσουν καταστάσεις, όπως φαίνεται στην ***εικόνα 1***, όπου η τερηδόνα είναι βαθιά μέσα στην οδοντίνη, αρκετά πλησίον του πολφού και απαιτείται η αποκατάσταση του δοντιού. Εδώ το γεγονός για τον οδοντίατρο και τον ασθενή είναι η προβλεπτικότητα και η επιθυμία να διατηρηθεί η ζωτικότητα του πολφού και γι' αυτό απαιτείται μια ακριβής διάγνωση για την κατάσταση του πολφού. Όμως συχνά, οι μέθοδοι διάγνωσης δεν είναι και απόλυτα αξιόπιστοι[7].

Η μερική μηχανική απομάκρυνση της τερηδόνας έχει πλήρως καταγραφεί[8,9,10] και έτσι δεν προκαλείται ιατρογενώς τραύμα στον πολφό. Η χρήση υποκαταστάτων οδοντίνης και αδαμαντίνης κυριολεκτικά απαιτείται για την αποκατάσταση της κοιλότητας και ένα μόνο υλικό συνήθως δεν καλύπτει τις επιθυμητές ιδιότητες.

Επίσης ένα σημαντικό πλεονέκτημα είναι ότι το υλικό θα προάγει τις επανορθωτικές ιδιότητες μέσα στους ιστούς και θα εξασφαλίσει δομική υποστήριξη και αξιόπιστη συγκόλλησή του. Το Biodentine™ (Septodont) προσφέρει την αναγέννηση του συμπλέγματος οδοντίνης –πολφού[11,12,13] και φυσικά τις επιθυμητές εμφρακτικές ιδιότητες ως υλικό υποκατάστασης της οδοντίνης.

1

Στην καθημερινή οδοντιατρική πράξη προσφέρει ένα σημαντικό πλεονέκτημα στον ασθενή σε περιπτώσεις, όπως της ***εικόνας 1***. Μια επανορθωτική προσέγγιση που στοχεύει στην επιδιόρθωση και αποκατάσταση της αλλοίωσης και φυσικά υπάρχει και η πιθανότητα διατήρησης της ζωτικότητας του πολφού. Ειδικά όταν ακτινογραφικά δε φαίνεται οποιαδήποτε εμπλοκή των περιριζικών ιστών[14] και σύμφωνα με τους διαγνωστικούς ελέγχους, η απόφαση λαμβάνεται ανάλογα με την κατάσταση του πολφού.

Στη συγκεκριμένη περίπτωση το δόντι (#14) είναι ασυμπτωματικό και δεν ανιχνεύονται ακτινογραφικά κάποιες περιριζικές αλλοιώσεις ***(Εικ. 2)***. Επιπλέον σημειώνονται φυσιολογικές αντιδράσεις σε έλεγχο ευαισθησίας στα κρύα και ηλεκτρικά ερεθίσματα.

Η τερηδόνα απομακρύνθηκε όπως φαίνεται στην ***εικόνα 3*** και η κοιλότητα αποκαταστάθηκε με Biodentine™ **(Εικ. 4)**.

Ύστερα από δύο εβδομάδες (ο κατασκευαστής προτείνει μικρότερο χρονικό διάστημα αναμονής) το δόντι επανεξετάζεται για συμπτώματα και καταγράφεται φυσιολογική αντίδραση στον έλεγχο ευαισθησίας του. Μια άμεση αποκατάσταση σύνθετης ρητίνης τοποθετείται μετά την απομάκρυνση κατάλληλης ποσότητας του Biodentine™ για να αποκατασταθεί και η αδαμαντίνη με τη τεχνική «sandwitch». Στην ***εικόνα 5*** φαίνεται η αποκατάσταση της σύνθετης ρητίνης στον επανέλεγχο δύο ετών.

Η συγκόλληση του υλικού γίνεται μέσω μικρομηχανικής συγκράτησης των πυριτικών δοκίδων στα οδοντινοσωληνάρια. Στη ζώνη μεσόφασης, η οποία ονομάζεται «ζώνη διήθησης μετάλλων», η αλκαλική επίδραση των προϊόντων της κονίας πυριτικού ασβεστίου διασπά το κολλαγόνο της οδοντίνης στη μεσόφαση με αποτέλεσμα τη διήθησή του[13]. Συγκρίνοντας το υλικό αυτό με την υαλοϊονομερή κονία όπου στη μεσόφαση οδοντίνης – εμφρακτικού υλικού, το

2

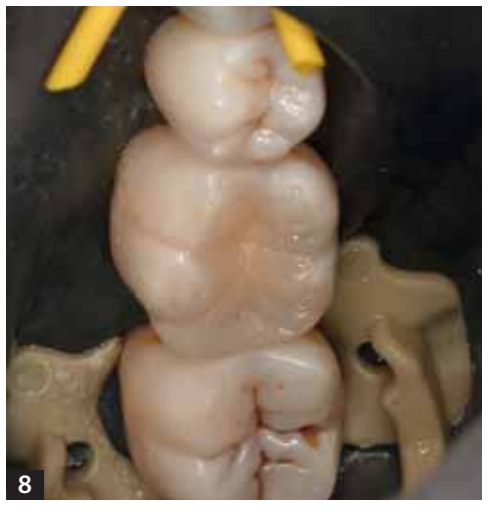
3

4

5

6

7


8

9

πολυακρυλικό, ταρταρικό οξύ και τα άλατα τους χαρακτηρίζουν τη διείσδυση του υλικού αυτού[15].

Η ανάμειξη και ο χειρισμός του υλικού αυτού είναι καθοριστικός για την επιτυχία κατά τη διάρκεια της πήξης του.

Όπως φαίνεται σε κάποιο άλλο κλινικό περιστατικό ***(Εικ. 6-9)***, μετά την πήξη του υλικού, αφαιρείται η ανάλογη ποσότητα για να τοποθετηθεί η σύνθετη ρητίνη, ενώ παραμένει το μεγαλύτερο μέρος του υλικού αφού υποκαθιστά την οδοντίνη.

Η αποδοχή του υλικού αυτού από τους ασθενείς είναι υψηλή σύμφωνα με την εμπειρία του συγγραφέα. Στηρίζεται στο βασικό πλεονέκτημά του που είναι η αποφυγή της ενδοδοντικής θεραπείας σε εν τω βάθει κοιλότητες. Η κατάλληλη ενημέρωση των ασθενών για τα πλεονεκτήματα και τις ενδείξεις στη χρήση αυτού του προϊόντος είναι καθοριστική για την αποδοχή του.

Εξαιτίας των ιδιοτήτων και των χαρακτηριστικών του, το Biodentine™ χρησιμοποιείται σε διάφορα κλινικά περιστατικά με συγκεκριμένες ενδείξεις στην αντιμετώπιση ενδοδοντικών διατρήσεων και καταταγμένων δοντιών. Εφόσον η τάση για ελάχιστη παρέμβαση ολοένα κερδίζει έδαφος, η δημιουργία βιομιμητικών υλικών που προάγουν την επούλωση και ενισχύουν τα πρωτόκολλα πρόληψης αποτελεί μεγάλη επιτυχία στην αντιμετώπιση των κλινικών περιστατικών.

Βιβλιογραφία

1. Yanase RT, Le HH. Caries management by risk assessment care paths for prosthodontic patients: oral microbial control and management. Dent Clin North Am. 2014 Jan;58(1): 227-45.
2. Steinberg S. Adding caries diagnosis to caries risk assessment: the next step in caries management by risk assessment (CAMBRA). Compend Contin Educ Dent. 2009 Oct;30(8):522, 524-6
3. Mejàre I et al. Caries risk assessment. A systematic review. Acta Odontol Scand. 2013 Sep 2. [Epub ahead of print].
4. Weyant RJ et al. Topical fluoride for caries prevention: Executive summary of the updated clinical recommendations and supporting systematic review. J Am Dent Assoc. 2013 Nov;144(11):1279-91
5. Newbrun E. Topical fluorides in caries prevention and management: a North American perspective. J Dent Educ. 2001 Oct;65(10): 1078-83.
6. Riley JL 3rd etal. Preferences for caries prevention agents in adult patients: findings from the dental practice-based research network. Community Dent Oral Epidemiol. 2010 Aug;38(4):360-70.
7. Dastmalchi N et al. Comparison of the efficacy of a custom-made pulse oximeter probe with digital electric pulp tester, cold spray, and rubber cup for assessing pulp vitality. J Endod. 2012 Sep;38(9):1182-6
8. Schwendicke F et al. Incomplete caries removal: a systematic review and meta-analysis. J Dent Res. 2013 Apr;92(4):306-14
9. Maltz M et al. Incomplete caries removal in deep lesions: a 10-year prospective study. Am J Dent. 2011 Aug;24(4):211-4.
10. Maltz M et al. Partial removal of carious dentine: a multicenter randomized controlled trial and 18-month follow-up results. Caries Res. 2013;47(2):103-9
11. Marjorie Zanini et al. Biodentine Induces Immortalized Murine Pulp Cell Differentiation into Odontoblastlike Cells and Stimulates Biomineralization. J Endod 2012;38:1220–1226)
12. Laurent P et al. Induction of specific cell responses to a Ca3-SiO5-based posterior restorative material. Dent Mater 2008;24:1486-1494.
13. Camilleri J. Investigation of Biodentine as dentine replacement material. Journal of dentistry 41 (2013) 600–610.
14. Bender IB. Reversible and irreversible painful pulpitides: diagnosis and treatment. Aust Endod J. 2000 Apr;26(1):10-4.
15. Atmeh AR et al. Dentin- cement interfacial interaction: calcium silicates and polyalkenoates. Journal of Dental Research 2012;91:454–9.

Dr Subir Banerji

Ο Dr Subir Banerji απεφοίτησε από την Οδοντιατρική από το Πανεπιστήμιο Newcastle Upon Tyne Οδοντιατρική Σχολή, Αγγλία. Παρακολούθησε το τμήμα της Επανορθωτικής Οδοντιατρικής στην Οδοντιατρική κλινική του Eastman στο Λονδίνο και κέρδισε υποτροφία για το διεθνές κογκρέσο των εμφυτευματολόγων. Πήρε το μεταπτυχιακό του στην κλινική οδοντιατρική (Ακίνητη και Κινητή Προσθετική) από το Πανεπιστήμιο του Λονδίνου.

Έχει ιδιωτικό ιατρείο και επιπλέον είναι διευθυντής προγράμματος στο MSc στην Αισθητική οδοντιατρική, Καθηγητής στο μεταπτυχιακό πρόγραμμα της κλινικής οδοντιατρικής (Ακίνητη και Κινητή Προσθετική) και πρώην καθηγητής στο τμήμα της οδοντιατρική φροντίδας στο King's College οδοντιατρικό ινστιτούτο του Λονδίνου. Δίνει διαλέξεις σε εθνικό και διεθνές επίπεδο και έχει αρκετές δημοσιεύσεις σε διεθνή περιοδικά. Είναι ο κύριος συγγραφέας ενός κεφαλαίου στη διαχείριση και εξέταση ασθενή για το βιβλίο «Τα ουσιώδη στην αισθητική οδοντιατρική», το οποίο θα δημοσιευτεί το 2013/14 από την Elsevier. Επίσης είναι ο συγγραφέας ακαδημαϊκών άρθρων σε εμφυτεύματα, οπίσθιες αποκαταστάσεις σύνθετες ρητίνες και αποτριβή δοντιών για το μεταπτυχιακό πρόγραμμα του King's College. Έχει πραγματοποιήσει αρκετά προπτυχιακά και μεταπτυχιακά προγράμματα για την Αισθητική οδοντιατρική, τα εμφυτεύματα, τις σύνθετες ρητίνες, την ακίνητη και κινητή προσθετική και τη σύγκλειση στην Αγγλία, Ευρώπη, Αυστραλία και Ινδία. Επίσης είναι και εξεταστής στα προπτυχιακά και μεταπτυχιακά προγράμματα.

Σύγχρονα δεδομένα και νέες τεχνολογίες για αντιτερηδονογόνους παράγοντες που δρουν σε συνδυασμό με το φθόριο

Ανδρέας Αγουρόπουλος
DDS, MSc, PhD

Η οδοντική τερηδόνα αποτελεί μια από τις πιο διαδεδομένες χρόνιες νόσους που προσβάλλουν τον πληθυσμό παγκοσμίως και το 10-20% των παιδιών και ενηλίκων με τερηδόνα εμφανίζουν πολύ σοβαρά προβλήματα.

Η νόσος μπορεί να προληφθεί πλήρως και σήμερα διαθέτουμε αρκετά μέσα που έχουν τη δυνατότητα να προλάβουν την εμφάνιση της τερηδόνας, αλλά και να την αναχαιτίσουν σε πρώιμα στάδια πριν δημιουργηθεί κοιλότητα στους οδοντικούς ιστούς.

Για πολλά χρόνια η τερηδόνα αντιμετωπιζόταν αποκαταστατικά με την τοποθέτηση εμφράξεων. Με τον τρόπο αυτό ωστόσο, δεν θεραπεύεται η νόσος αλλά το αποτέλεσμά της. Σήμερα, η φιλοσοφία έχει αλλάξει και υπάρχουν πλέον οδηγίες που βοηθούν τον κλινικό οδοντίατρο στην αντιμετώπιση της νόσου, με στόχο κυρίως την πρόληψη και την αναχαίτιση, και όχι την αποκατάσταση. Αυτό οφείλεται στην γνώση ότι η τερηδονική διαδικασία ακολουθεί στάδια πριν φτάσει στο επίπεδο κοιλότητας και έτσι στις αρχόμενες μορφές της, οι οδοντικοί ιστοί μπορούν να επανασβεστιωθούν αποτελεσματικά.

Η τοπική εφαρμογή φθοριούχων αποτελεί τη βάση κάθε προληπτικού και θεραπευτικού πρωτοκόλλου για την αντιμετώπιση της τερηδόνας. Ωστόσο υπάρχουν περιορισμοί στην αποτελεσματικότητα του φθορίου, ιδίως σε συνθήκες έντονης τερηδονικής δραστηριότητας της οδοντικής μικροβιακής πλάκας και pH κάτω από 4,5. Η δράση του φθορίου μπορεί να βελτιωθεί με τη χρήση διαφόρων αντιτερηδονογόνων και αντιμικροβιακών παραγόντων, καθώς και παραγόντων επανασβεστίωσης. Η αποτελεσματικότητα των παραπάνω, αποτέλεσε το θέμα δύο διεθνών συνεδρίων (ICNARA 1, 2008 και ICNARA 2, 2012). Το βασικό συμπέρασμα από το ICNARA 2 είναι ότι «η τερηδόνα πρέπει να εντοπίζεται και να παρακολουθείται σε αρχικά στάδια, όπου δεν χρειάζεται αποκατάσταση και η αντιμετώπιση μπορεί να επιτευχθεί με πρωτόκολλα που συνδυάζουν τη χρήση φθορίου μαζί με άλλους παράγοντες που επηρεάζουν την απασβεστίωση / επανασβεστίωση ή έχουν κατάλληλη αντιμικροβιακή δράση»[1].

Διάγνωση

Η επιτυχής εφαρμογή κάθε σύγχρονου πρωτοκόλλου αντιμετώπισης της τερηδόνας βασίζεται στην έγκαιρη και σωστή διάγνωση αλλά και στην δυνατότητα παρακολούθησης της εξέλιξης των αρχόμενων βλαβών. Το πιο αξιόπιστο σύστημα που υπάρχει σήμερα, είναι ο δείκτης ICDAS, ο οποίος έχει εφαρμογή στην κλινική πράξη, στην εκπαίδευση, στην επιδημιολογία και στην έρευνα.

Ο ICDAS κατηγοριοποιεί τις τερηδονικές βλάβες με βάση τη βαρύτητα (κλίμακα 0-6), αλλά και την ενεργότητα (ενεργή / μη ενεργή βλάβη). Μελέτες έχουν δείξει ότι ο δείκτης είναι ακριβής για την διάγνωση και όχι απλά για την εντόπιση τερηδονικών βλαβών. Παράλληλα, η διάγνωση της ενεργότητας με τον ICDAS έχει βρεθεί να είναι ακριβής προγνωστικός δείκτης της εξέλιξης μιας αρχόμενης βλάβης σε κοιλότητα τόσο για νεογιλά[2] όσο και για μόνιμα δόντια[3].

Προσδιορισμός τερηδονικού κινδύνου

Τερηδονικός κίνδυνος είναι η πιθανότητα ενός ατόμου να εμφανίσει τερηδονικές βλάβες σε ένα συγκεκριμένο χρονικό διάστημα, αν η έκθεσή του σε παράγοντες κινδύνου δεν μεταβληθεί. Ο προσδιορισμός του τερηδονικού κινδύνου είναι ιδιαίτερα σημαντικός, αφού καθορίζει τα προληπτικά και θεραπευτικά μέτρα που πρέπει να λάβει ο κλινικός για την αντιμετώπιση της νόσου. Για τον λόγο αυτό, έχουν δημιουργηθεί διάφορα συστήματα προσδιορισμού (eg. Cariogram, CAMBRA, ADA, AAPD, SIGN). Ωστόσο, η εγκυρότητα τους για ακριβή πρόβλεψη είναι περιορισμένη λόγω έλλειψης σχετικών μελετών[4,5]. Παρ' όλα αυτά, ο κλινικός οφείλει να χρησιμοποιεί την επιστημονική γνώση και την εμπειρία του, ώστε να προσδιορίζει τον τερηδονικό κίνδυνο κατά το δυνατόν ακριβέστερα, λαμβάνοντας υπ' όψιν, ότι ο πιο ισχυρός προγνωστικός δείκτης για όλες τις ηλικίες είναι οι αρχόμενες ενεργές βλάβες και η τερηδονική εμπειρία του ασθενή[6].

Η δύναμη του φθορίου

Η χρήση φθοριούχων για την πρόληψη της τερηδόνας είναι αποτελεσματική και απόλυτα ασφαλής, όπως προκύπτει από μεγάλο αριθμό επιστημονικών άρθρων και συστηματικών ανασκοπήσεων σχετικά με το θέμα[7]. Σήμερα γνωρίζουμε ότι το συστηματικό βούρτσισμα των δοντιών με την χρήση φθοριούχου οδοντόκρεμας που περιέχει τουλάχιστον 1000ppm φθορίου μειώνει περίπου 25% την πιθανότητα εμφάνισης τερηδόνας μύλης σε σχέση με βούρτσισμα με μη φθοριούχο οδοντόκρεμα[8,9]. Η αποτελεσματικότητα της φθοριούχου οδοντόκρεμας αυξάνεται με την συχνότητα χρήσης και την περιεκτικότητα σε φθόριο(8). Η τεκμηρίωση για τα παραπάνω είναι υψηλή, ενώ η χρήση οδοντόκρεμας πριν την ηλικία του ενός έτους δεν φαίνεται να προκαλεί φθορίαση των δοντιών[9].

Άλλα σκευάσματα φθοριούχων τοπικής εφαρμογής είναι τα βερνίκια, τα gels και τα στοματοπλύματα. Το φθοριούχο βερνίκι έχει σημαντική αντιτερηδονογόνο δράση, μειώνοντας την εμφάνιση τερηδόνας 43% στα μόνιμα και 37% στα νεογιλά δόντια[10]. Αντίστοιχα, για τα μόνιμα δόντια, η μείωση είναι 21% για τα gels[11] και 26% για τα στοματοπλύματα[12]. Το επίπεδο τεκμηρίωσης των παραπάνω κρίνεται ως μέτριο λόγω της ποιότητας των μελετών που υπάρχουν σήμερα[13].

Άλλοι παράγοντες

Αντιμικροβιακά

Σήμερα, υπάρχει μια διαφορετική θεώρηση της μικροβιολογίας της τερηδόνας, αποτέλεσμα νεότερων ερευνητικών δεδομένων και εξελιγμένων τεχνικών. Έτσι πλέον δεν φαίνεται να είναι τόσο σημαντική μόνο η σύνθεση της οδοντικής μικροβιακής πλάκας (ΟΜΠ), αλλά η συνολική μεταβολική της δραστηριότητα[14]. Υπάρχει λοιπόν, συμφωνία ότι οι νέοι αντιμικροβιακοί παράγοντες πρέπει να είναι επιλεκτικά στοχευμένοι εναντίον συγκεκριμένων παθογόνων μικροοργανισμών και να μην αποτελούν απλά αντιμικροβιακά ευρέος φάσματος, όπως π.χ. η χλωρεξιδίνη. Μια πολύ καινούργια προσέγγιση στον τομέα αυτό ονομάζεται «Specifically Targeted Antimicrobial Peptides (STAMP)», η οποία βρίσκεται ακόμα στο στάδιο της διερεύνησης[15]. Μια άλλη προσέγγιση είναι η χρήση φωτός, ποικίλου φάσματος, το οποίο έχει αντιμικροβιακές ιδιότητες και το πλεονέκτημα ότι διαπερνά την μάζα της ΟΜΠ και δρα στα βαθύτερα στρώματα, όπου τα κλασικά αντιμικροβιακά δεν έχουν δράση[16]. Παρόμοια δράση μπορεί να έχει η χρήση όζοντος, το οποίο, επιπρόσθετα, έχει δειχθεί ότι μπορεί να προάγει και την επανασβεστίωση αρχόμενων βλαβών. Ωστόσο τα παραπάνω είναι αποτελέσματα in vitro μελετών που δεν υποστηρίζονται όμως από τα ευρήματα κλινικών μελετών[17,18].

Προβιοτικά

Η χρήση των προβιοτικών έχει να κάνει με την τροποποίηση των βιοϋμενίων και την αποκατάσταση και διατήρηση της υγείας[19]. Υπάρχει σήμερα σαφής τεκμηρίωση ότι η χρήση τους ωφελεί την λειτουργία του γαστρεντερικού συστήματος, επιδρώντας θετικά στην σύνθεση του μικροβιακού πληθυσμού. Αρκετές μελέτες έχουν δείξει ότι τα προβιοτικά έχουν ευεργετική επίδραση και στην στοματική κοιλότητα, συμβάλλοντας στην πρόληψη της τερηδόνας, παρόλο που οι μηχανισμοί με τους οποίους δρουν δεν είναι απόλυτα γνωστοί ακόμα. Υπάρχει πάντως αυξημένο επιστημονικό ενδιαφέρον για τον τομέα αυτό και καλά σχεδιασμένες κλινικές μελέτες θα τεκμηριώσουν την χρήση τους ενάντια στην τερηδόνα[20].

Πολυόλες

Η αποτελεσματικότητα της αντικατάστασης της ζάχαρης με πολυόλες (π.χ. ξυλιτόλη) για την πρόληψη της τερηδόνας έχει κάνει πολλούς διεθνείς οργανισμούς να υποστηρίζουν τη χρήση τσίχλας ή δισκίων, κυρίως ξυλιτόλης, σε άτομα υψηλού κινδύνου για μείωση της τερηδόνας[21]. Η ξυλιτόλη επιδρά στο μεταβολισμό και μειώνει την μεταδοτικότητα των S. Mutans από τη μητέρα στο παιδί, όταν χρησιμοποιείται συστηματικά. Για άλλες, ωστόσο, πολυόλες η τεκμηρίωση είναι πολύ περιορισμένη[22]. Με τα μέχρι τώρα δεδομένα, η χρήση της ξυλιτόλης σε τσίχλες και δισκία είναι τεκμηριωμένη, ενώ η δράση της σε οδοντόκρεμες, σιρόπι ή κρέμα τοπικής εφαρμογής είναι υπό διερεύνηση. Καλά σχεδιασμένες μελέτες, θα διευκρινίσουν πλήρως τους μηχανισμούς δράσης και θα καθιερώσουν πρωτόκολλα σχετικά με τη δοσολογία και τον καλύτερο τρόπο χρήσης, ιδίως σε συνδυασμό με το φθόριο[23].

Παράγοντες επανασβεστίωσης

Τα τελευταία χρόνια, έχουν διερευνηθεί διάφοροι παράγοντες επανασβεστίωσης, που αποτελούν κυρίως πηγές βιοδιαθέσιμου ασβεστίου και φωσφόρου και δρουν σε συνέργεια με το φθόριο[24]. Ο πιο τεκμηριωμένος για την αποτελεσματικότητά του, τέτοιος, παράγοντας είναι το φωσφοπεπτίδιο της καζεΐνης – άμορφο φωσφορικό ασβέστιο (CPP-ACP), ένα νανοσύμπλεγμα που αποτελεί πηγή ιόντων που προάγουν την επανασβεστίωση. Τα νανοπεπτίδια CPP-ACP είναι χημικά σταθερά παρουσία φθορίου και έχει δειχθεί ότι εμποδίζουν την απασβεστίωση και προάγουν την επανασβεστίωση των οδοντικών ιστών[25]. Αρκετές μελέτες in situ αλλά και κλινικές μελέτες έχουν δείξει την αποτελεσματικότητα του παράγοντα όχι μόνο στην πρόληψη, αλλά και στην αναχαίτιση της τερηδόνας. Ωστόσο, οι περισσότεροι συγγραφείς συμφωνούν ότι το CPP-ACP πρέπει να εφαρμόζεται μαζί με φθόριο για να εξασφαλίζεται η μέγιστη αποτελεσματικότητα[26].

Ένας άλλος παράγοντας επανασβεστίωσης που φαίνεται να είναι πολλά υποσχόμενος, είναι το ενεργοποιημένο β-tricalcium phosphate (β-TCP), που επίσης δρα ως πηγή βιοδιαθέσιμων ιόντων που προάγουν την επανασβεστίωση, παρουσία φθορίου. Παρόλο που η σχετική έρευνα είναι ακόμα μικρή, φαίνεται ότι ο εμπλουτισμός σκευασμάτων φθορίου με β-TCP, μπορεί να οδηγήσει στην καλύτερη επανασβεστίωση αρχόμενων βλαβών και στην δημιουργία κρυστάλλων με μεγαλύτερη αντοχή στα οξέα, απ' ότι το φθόριο μόνο του[27].

Η πιο εξελιγμένη τεχνολογία στον τομέα της επανασβεστίωσης είναι η νανοτεχνολογία. Εκτός από το CPP-ACP, έχουν αναπτυχθεί αρκετά νανομόρια, για την πρόληψη και την αναχαίτιση της τερηδόνας. Αυτά είναι κυρίως νανομόρια υδροξυαπατίτη και ανθρακικού ασβεστίου και έχουν δοκιμαστεί μόνο σε in vitro πειράματα. Ένας περιορισμός που υφίσταται προς το παρόν, είναι ότι οι παραπάνω παράγοντες προάγουν την επανασβεστίωση των επιφανειακών στρωμάτων και όχι του σώ-

Colgate

Duraphat® 5000 ppm

Οδοντόπαστα υψηλής συγκέντρωσης φθορίου

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

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

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

Διατίθεται μόνο στα φαρμακεία

Αριθμός Άδειας Κυκλοφορίας: 69072/17-09-2013 • Διατίθεται χωρίς ιατρική συνταγή • Τιμή: 6,70€

QR CODE: Σκανάρετε εδώ >

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

ματος της τερηδονικής βλάβης. Μια δεύτερη νανοτεχνολογική προσέγγιση είναι οι τεχνικές βιομιμητικής σύνθεσης αδαμαντίνης, που μπορεί να επανορθώσουν μια αρχόμενη βλάβη. Παρόλο που φαίνεται ότι αποτελεί μια υποσχόμενη τεχνική, χρειάζεται αρκετή διερεύνηση, γιατί ακόμα δεν γνωρίζουμε αρκετά για την ποιότητα των κρυστάλλων που σχηματίζονται, τις μηχανικές τους ιδιότητες και την συμπεριφορά τους σε μια νέα τερηδονική προσβολή. Τέλος, προκειμένου να ξεπεραστεί το πρόβλημα της δευτερογενούς τερηδόνας, που αποτελεί την βασικότερη αιτία αποτυχίας των αποκαταστάσεων, έχουν προστεθεί στις σύνθετες ρητίνες, νανο-ενισχυτικοί παράγοντες που απελευθερώνουν ιόντα (F, Ca, PO4) ή έχουν αντιμικροβιακή δράση. Όλες οι παραπάνω τεχνολογίες δεν έχουν ακόμα κλινικές δοκιμές της αποτελεσματικότητας τους, αλλά τα εργαστηριακά δεδομένα φαίνεται να είναι ιδιαίτερα ενθαρρυντικά[28].

Αργινίνη

Το φθόριο είναι αποτελεσματικό στην πρόληψη και αναχαίτιση της τερηδόνας δρώντας στους οδοντικούς ιστούς, δεν επηρεάζει όμως την παραγωγή οξέων από τα μικρόβια της ΟΜΠ. Η αργινίνη είναι ένα αμινοξύ, το οποίο μεταβολίζεται από μη παθογόνα αργινολυτικά μικρόβια του στόματος σε αμμωνία, που ως βάση μπορεί να εξουδετερώνει τα οξέα της ΟΜΠ. Η δράση αυτή είναι συμπληρωματική εκείνης του φθορίου στην αντιμετώπιση της τερηδόνας. Η υπεροχή οδοντόκρεμας που περιέχει 1,5% αργινίνη μαζί με 1450 ppm φθορίου στην αναχαίτιση της τερηδόνας, σε σχέση με οδοντόκρεμα που περιέχει μόνο φθόριο, έχει δειχθεί σε κλινικές μελέτες για αρχόμενες τερηδόνες μύλης[29,30,31] και ρίζας[32,33]. Επιπλέον, η προληπτική δράση της ίδιας οδοντόκρεμας έχει δειχθεί σε κλινική μελέτη με παρακολούθηση 2 ετών[34]. Η νέα αυτή τεχνολογία αποτελεί σημαντική εξέλιξη στο τρόπο αντιμετώπισης της τερηδόνας σύμφωνα με τα σύγχρονα δεδομένα.

Επανεξετάσεις και παρακολούθηση

Η συστηματική επανεξέταση των ασθενών παρέχει την δυνατότητα να επανεκτιμάται και να παρακολουθείται η στοματική τους υγεία. Υπάρχει σχετική τεκμηρίωση ότι οι επανεξετάσεις συμβάλλουν στη διατήρηση των δοντιών και στην καλή λειτουργικότητα του στοματογναθικού συστήματος, αλλά δεν υπάρχει, προς το παρόν, τεκμηρίωση για το χρόνο των επανεξετάσεων, παρά τη γενικώς αποδεκτή περιοδικότητα των 6 μηνών[35]. Επίσης, στο παρελθόν δεν υπήρχε συστηματική παρακολούθηση των αρχόμενων βλαβών και έτσι σήμερα δεν έχουμε μελέτες που να τεκμηριώνουν επαρκώς την αποτελεσματικότητα διαφόρων παραγόντων αντιμετώπισης της τερηδόνας και την κατάλληλη περιοδικότητα της παρακολούθησης[36]. Γι' αυτό ο κλινικός οδοντίατρος θα πρέπει να λαμβάνει υπ' όψιν τον τερηδονικό κίνδυνο του ασθενή και να εξατομικεύει το πρόγραμμα προληπτικών επανεξετάσεων.

Συμπεράσματα

Η υιοθέτηση της φιλοσοφίας πρόληψης και έγκαιρης μη αποκαταστατικής παρέμβασης είναι θεμελιώδης για την πρόοδο προς ένα μέλλον χωρίς τερηδόνα. Η αναγνώριση της σημασίας της πρόληψης έχει οδηγήσει στην χρήση φθοριούχων προϊόντων με τεκμηριωμένη αποτελεσματικότητα ενάντια στην τερηδόνα. Ωστόσο, νέοι παράγοντες που δρουν σε συνέργεια με το φθόριο θα επιτρέψουν την αποτελεσματικότερη αντιμετώπιση αρχόμενων βλαβών καθώς και την πρόληψη εμφάνισης νέων. Οι τεχνολογικές εξελίξεις θα πρέπει να συνοδεύονται και από αντίστοιχες αλλαγές σε κανονισμούς και πρωτόκολλα, ενώ οι κλινικοί οδοντίατροι θα πρέπει, εκτός από την εφαρμογή των νέων μεθόδων και παραγόντων, να καθοδηγούν και να υποστηρίζουν τους ασθενείς τους στην υιοθέτηση καλύτερων πρακτικών καθημερινής στοματικής υγιεινής.

Πληροφορίες

Δείκτης ICDAS: www.icdas.org

Οδηγός Αντιμετώπισης Αρχόμενων Τερηδονικών Βλαβών: http://www.colgateprofessional.gr/professionaleducation/ef54d016a8db1410VgnVCM100000ac0a0a0aRCRD/article

Οδηγίες Κλινικής Χρήσης Φθοριούχων Σκευασμάτων: http://www.colgateprofessional.gr/professionaleducation/c7ed9f921bf1b310VgnVCM10000014326e0aRCRD/article

Βιβλιογραφία

1. Ten Cate JM. Novel anticaries and remineralizing agents: prospects for the future. J Dent Res. 2012;91(9):813-5.
2. Guedes RS, Piovesan C, Ardenghi TM, Emmanuelli B, Braga MM, Ekstrand KR, Mendes FM.Validation of Visual Caries Activity Assessment: A 2-yr Cohort Study. J Dent Res. 2014;93(7 suppl):101S-107S.
3. Ferreira Zandoná A, Santiago E, Eckert GJ, Katz BP, Pereira de Oliveira S, Capin OR, Mau M, Zero DT.The natural history of dental caries lesions: a 4-year observational study. J Dent Res. 2012;91(9):841-6
4. Fontana M, Young DA, Wolff MS. Evidence-based caries, risk assessment, and treatment. Dent Clin North Am. 2009;53(1):149-61
5. Featherstone JD, Doméjean S. The role of remineralizing and anticaries agents in caries management. Adv Dent Res. 2012;24(2):28-31
6. Twetman S, Fontana M. Patient caries risk assessment. Monogr Oral Sci. 2009;21:91-101
7. Αγουρόπουλος Α. Αποτελεσματικότητα σκευασμάτων τοπικής εφαρμογής φθορίου στη μείωση της τερηδόνας Παιδοδοντία, 2011 25(3): 109-119
8. Walsh T, Worthington HV, Glenny AM, Appelbe P, Marinho VC, Shi X. Fluoride toothpastes of different concentrations for preventing dental caries in children and adolescents. Cochrane Database Syst Rev. 2010, 20;(1):CD007868.
9. Wong MC, Clarkson J, Glenny AM, Lo EC, Marinho VC, Tsang BW, Walsh T, Worthington HV. Cochrane reviews on the benefits/risks of fluoride toothpastes. J Dent Res. 2011;90(5):573-9
10. Marinho VC, Worthington HV, Walsh T, Clarkson JE. Fluoride varnishes for preventing dental caries in children and adolescents. Cochrane Database Syst Rev. 2013;11;7:CD002279.
11. Marinho VC, Higgins JP, Logan S, Sheiham A. Fluoride gels for preventing dental caries in children and adolescents. Cochrane Database Syst Rev. 2002;(2):CD002280.
12. Marinho VC, Higgins JP, Logan S, Sheiham A. Fluoride mouthrinses for preventing dental caries in children and adolescents. Cochrane Database Syst Rev. 2003;(3):CD002284.
13. Αγουρόπουλος Α, Ραχιώτης Χ., Παππά Ε., Κακάμπουρα Α., Παπαγιαννούλη Λ., Κλινική Τεκμηρίωση και οδηγίες χρήσης φθοριούχων. Στομ. Χρον. 2012, 56(1):65-91
14. Zaura E. Next-generation sequencing approaches to understanding the oral microbiome. Adv Dent Res. 2012;24(2):81-5.
15. Eckert R, Sullivan R, Shi W. Targeted antimicrobial treatment to re-establish a healthy microbial flora for long-term protection. Adv Dent Res. 2012;24(2):94-7
16. Feuerstein O. Light therapy: complementary antibacterial treatment of oral biofilm. Adv Dent Res. 2012 Sep;24(2):103-7.
17. Rickard GD, Richardson R, Johnson T, McColl D, Hooper L. Ozone therapy for the treatment of dental caries. Cochrane Database Syst Rev. 2004;(3): CD004153.
18. Azarpazhooh A, Limeback H. The application of ozone in dentistry: a systematic review of literature. J Dent. 2008;36(2):104-16.
19. Beighton D. Can the ecology of the dental biofilm be beneficially altered? Adv Dent Res. 2009; 21(1):69-73.
20. Twetman S, Keller MK. Probiotics for caries prevention and control. Adv Dent Res. 2012;24(2):98-102
21. Μπόγρη Κ., Γκιζάνη Σ. Η συμβολή της ξυλιτόλης στην οδοντιατρική πρόληψη. Παιδοδοντία. 2009; 23(1): 5-17
22. Milgrom P, Söderling EM, Nelson S, Chi DL, Nakai Y. Clinical evidence for polyol efficacy. Adv Dent Res. 2012;24(2):112-6
23. Fontana M, González-Cabezas C. Are we ready for definitive clinical guidelines on xylitol/polyol use? Adv Dent Res. 2012;24(2):123-8
24. Διαμαντή Η., Κωλέτση-Κουνάρη Χ. Η δράση των ενασβεστιωτικών συστημάτων ασβεστίου - φωσφόρου στην αναχαίτιση αρχόμενων τερηδονικών βλαβών της αδαμαντίνης. Παιδοδοντία 2012; 26(4): 138-150
25. Ραχιώτης Χ. , Αγουρόπουλος Α. Μηχανισμοί και τρόπος δράσης ενός σύγχρονου παράγοντα ενασβεστίωσης βασισμένο στην καζεΐνη (CCP-ACP). Βιβλιογραφική ανασκόπηση. Παιδοδοντία 2006, 20(4):166-170
26. Cochrane NJ, Reynolds EC. Calcium phosphopeptides -- mechanisms of action and evidence for clinical efficacy. Adv Dent Res. 2012;24(2):41-7
27. Karlinsey RL, Pfarrer AM. Fluoride plus functionalized β-TCP: a promising combination for robust remineralization. Adv Dent Res. 2012;24(2):48-52.
28. Hannig M, Hannig C Nanotechnology and its role in caries therapy. Adv Dent Res. 2012;24(2):53-7
29. Yin W, Hu DY, Fan X, Feng Y, Zhang YP, Cummins D, Mateo LR, Pretty IA, Ellwood RP. A clinical investigation using quantitative lightinduced fluorescence (QLF) of the anticaries efficacy of a dentifrice containing 1.5% arginine and 1450 ppm fluoride as sodium monofluorophosphate. J Clin Dent 2013;24(Spec Iss A):A15-22.
30. Yin W, Hu DY , Li X, Fan X, Zhang YP, Pretty IA, Mateo LR, Cummins D, Ellwood RP. The anti-caries efficacy of a dentifrice containing 1.5% arginine and 1450 ppm fluoride as sodium monofluorophosphate assessed using Quantitative Light-induced Fluorescence (QLF). J Dent 2013;41(Suppl 2):22-8.
31. Srisilapanan P, Korwanich N, Yin W, Chuensuwonkul C, Mateo LR, Cummins D, Ellwood RP. Comparison of the efficacy of a dentifrice containing 1.5% arginine and 1450 ppm fluoride to a dentifrice containing 1450 ppm fluoride alone in the management of early coronal caries as assessed using Quantitative Light-induced Fluorescence. J Dent 2013;41(Suppl 2):29-34.
32. Hu DY, Yin W, Li X, Feng Y, Zhang YP, Cummins D, Mateo LR, Ellwood RP. A clinical investigation of the efficacy of a dentifrice containingm1.5% arginine and 1450 ppm fluoride, as sodium monofluorophosphate in a calcium base, on primary root caries. J Clin Dent 2013;24(Spec Iss A):A23-31.
33. Souza MLR, Cury JA, Tenuta LMA, Zhang YP, Mateo LR, Cummins D, Ellwood RP . Comparing the efficacy of a dentifrice containing 1.5% arginine and 1450 ppm fluoride to a dentifrice containing 1450 ppm fluoride alone in the management of primary root caries. J Dent 2013;41(Suppl 2):35-41.
34. Kraivaphan P, Amornchat C, Triratana T, Mateo LR, Ellwood R, Cummins D, et al. Two-year caries clinical study of the efficacy of novel dentifrices containing 1.5% arginine, aninsoluble calcium compound, and 1450ppm fluoride. Caries Res 2013;47:582–590
35. Clarkson JE, Amaechi BT, Ngo H, Bonetti D.Recall, reassessment and monitoring. Monogr Oral Sci. 2009;21:188-98
36. Pitts NB. Modern concepts of caries measurement. J Dent Res. 2004;83 Spec No C:C43-7

€210
Επιστήμη και Τέχνη των Όψεων Πορσελάνης
Galip Gürel
Επιστημονική επιμέλεια-μετάφραση:
Νικήτας Σ. Συκαράς
Επίκουρος Καθηγητής Οδοντιατρικής Σχολής ΕΚΠΑ

€117
Πρακτικά μαθήματα ενδοδοντίας
Donald E. Arens, Alan H. Gluskin, Christine I. Peters, Ove A. Peters
Επιστημονική επιμέλεια-μετάφραση:
Γιώργος Ι. Σίσκος
Αναπληρωτής Καθηγητής ΕΚΠΑ
Μετάφραση:
Γιώργος Δ. Κωστούρος
MSc Ενδοδοντίας

€60
Η Ακτινογραφία στην Ενδοδοντία
Θ. Λαμπριανίδης
Ι. Μολυβδάς
Ε. Μαζίνης

€60
Προβλήματα Οδοντιατρικής Χειρουργικής
Διάγνωση και θεραπεία
Χρήστος Σ. Μάρτης
Κυριακή Χρ. Μάρτη

€80
Επιπλοκές και Αποτυχίες Εμφυτευμάτων: Αίτια και Τρόποι Αντιμετώπισης
Hans-Jürgen Hartmann, Thomas Weischer, Cornelius G. Wittal
Επιστημονική επιμέλεια-μετάφραση:
Νίκος Καφούσιας

€85
Χειρουργική Οδοντικών Εμφυτευμάτων
Βήμα προς βήμα οι διαδικασίες
Daniel Buser, Jun- Young Cho
Alvin B. K. Yeo
Επιστημονική επιμέλεια-μετάφραση:
Νικήτας Σ. Συκαράς
Επίκουρος Καθηγητής Οδοντιατρικής Σχολής ΕΚΠΑ

Εισαγωγή στην Προσθετική των Εμφυτευμάτων
Προσθήκη για την ελληνική έκδοση:
Νίκος Καφούσιας

€95
Σύγκλειση. Από τη θεωρία στην καθημερινή οδοντιατρική πράξη
Robert Wassell, Amar Naru
Jimmy Steele , Francis Nohl
Επιστημονική επιμέλεια-μετάφραση:
Παύλος Γαρέφης
Μετάφραση:
Μαρία Κοκοτή

€90
Άτλας Εφαρμογών Laser στην Οδοντιατρική
Donald J. Coluzzi, Robert A. Convissar
Επιστημονική επιμέλεια-μετάφραση:
Δημήτρης Στράκας

€90
Θεραπευτική με laser
Jan Tuner
Lars Hodel
Επιστημονική επιμέλεια-μετάφραση:
Δημήτρης Στράκας,
Αντώνης Καλλής

VISA MasterCard

ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΙΚΟ ΒΗΜΑ
Σκουφά 64, 106 80 Αθήνα, Τηλ. 210 3814 939,
www.odvima.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)
Αντιπρόεδρος Ελληνικής Εταιρείας Κλινικής Στοματολογίας

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

ΤΟΞΙΚΗ ΕΠΙΔΕΡΜΙΚΗ ΝΕΚΡΟΛΥΣΗ:
Ένα νόσημα με σοβαρή πρόγνωση

Η Τοξική Επιδερμική Νεκρόλυση ή Σύνδρομο Lyell είναι ένα σχετικά σπάνιο οξύ δερματοβλεννογόνιο νόσημα, που συνοδεύεται από πληθώρα συστηματικών σημείων και συμπτωμάτων από διάφορα συστήματα. Το κύριο χαρακτηριστικό της νόσου είναι η εκτεταμένη νέκρωση και αποκόλληση της επιδερμίδας σε ποσοστά πάνω από το 30%. Υπεύθυνα για την εμφάνιση της νόσου είναι μια πλειάδα φαρμάκων που υπερβαίνουν τα 100. Στο στόμα εμφανίζονται πρώιμα διαβρώσεις σε ποσοστό πάνω από 90%. Η πρώιμη διάγνωση της νόσου σε συνδυασμό με την άμεση διακοπή του υπεύθυνου φαρμάκου, την υποστηρικτική θεραπεία των συστηματικών εκδηλώσεων και την ειδική θεραπεία της νόσου αποτελούν το τετράπτυχο πάνω στο οποίο στηρίζεται η καλή ή όχι πρόγνωση της νόσου. Ο ρόλος του Στοματολόγου είναι ουσιαστικός και καθοριστικός αφού στηρίζεται στην πρώιμη διάγνωση από την αξιολόγηση των βλαβών του στόματος και την αντιμετώπιση (υποστηρικτική θεραπεία) πιθανών επιπλοκών, κυρίως λοιμώξεων στο στόμα, κατά την πορεία νοσηλείας του ασθενούς.

Η τοξική επιδερμική νεκρόλυση ή νόσος του Lyell είναι σπάνια κλινικοπαθολογοανατομική οντότητα, που χαρακτηρίζεται από εκτεταμένη, πάνω από 30%, αποκόλληση της επιδερμίδας. Περιγράφηκε αρχικά από τον Alan Lyell το 1956 που ανακοίνωσε 4 περιπτώσεις ασθενών. Σε ποσοστό πάνω από 95% υπεύθυνο είναι κάποιο φάρμακο. Πάνω από 100 φάρμακα έχουν ενοχοποιηθεί· τα πιο συχνά είναι τα αντιβιοτικά, οι σουλφοναμίδες, η τριμεθοπρίμη-σουλφαμεθοξαζόλη, τα αναλγητικά, τα μη στεροειδή αντιφλεγμονώδη, τα αντιεπιληπτικά κ.ά. ***(Πίνακας Ι)***. Τελευταία, έχουν καταγραφεί αρκετές περιπτώσεις σε ασθενείς με AIDS, νεοπλασίες, αυτοάνοσα νοσήματα κ.ά. Γενετικοί και ανοσολογικοί μηχανισμοί οδηγούν σε θάνατο τα κύτταρα της επιδερμίδας και του επιθηλίου μέσω μη ελεγχόμενου μηχανισμού της κυτταρικής απόπτωσης. Η τοξική επιδερμική νεκρόλυση βρίσκεται στο ίδιο φάσμα εκδηλώσεων με το Σύνδρομο Stevens-Johnson, μερικές φορές μάλιστα γίνεται επικάλυψη μεταξύ τους ***(Πίνακας ΙΙ)***.

Η νόσος αρχίζει με πυρετό, βήχα, επώδυνα παρίσθμια, αίσθημα καύσου στους οφθαλμούς και καταβολή δυνάμεων, που προηγούνται 1-3 ημέρες των δερματοβλεννογόνιων εκδηλώσεων. Στη συνέχεια, εμφανίζεται επώδυνο εξάνθημα, που αρχίζει συμμετρικά στο πρόσωπο και το άνω τμήμα του κορμού και μέσα σε 1-2 ημέρες συρρέει και επεκτείνεται σε όλο το σώμα, εκτός του τριχωτού της κεφαλής. Το εξάνθημα χαρακτηρίζεται από βαθυέρυθρες κηλίδες, πλάκες, πομφόλυγες και, τελικά, καθολική αποκόλληση και νέκρωση της επιδερμίδας, με αποτέλεσμα εκτεταμένες επώδυνες ελκώσεις, που δημιουργούν βαρύτατη εικόνα. Το δέρμα χαρακτηριστικά θυμίζει «εύθραυστο υγρό χαρτί τσιγάρου» και καθώς με τον παραμικρό τραυματισμό ξεκολλάει, αφήνει ακάλυπτες εκτεταμένες επιφάνειες με όψη ωμού κρέατος που αιμορραγεί ***(Εικ. 1)***. Οι δερματικές βλάβες είναι σαν να βουτήξαμε τον ασθενή σε καυτό λάδι και ζεματίστηκε. Το σημείο Nikolsky είναι θετικό. Το στόμα προσβάλλεται συχνά (85-95%) με έντονη φλεγμονή και επώδυνες διαβρώσεις, που εντοπίζονται κυρίως στα χείλη, τη γλώσσα, την υπερώα, τις παρειές και τα ούλα ***(Εικ. 2)***. Παρόμοιες βλάβες υπάρχουν στο φάρυγγα, τους οφθαλμούς, τα γεννητικά όργανα και τον πρωκτό ***(Εικ. 3)***. Η διάγνωση στηρίζεται σε κλινικά κριτήρια. Η πρόγνωση της νόσου είναι σοβαρή με θνητότητα που φθάνει το 25-30%. Όσο πιο γρήγορα γίνει η διάγνωση και διακοπεί το υπεύθυνο φάρμακο και αρχίσει η θεραπευτική παρέμβαση, τόσο καλύτερη η πρόγνωση. Διαφορική διάγνωση γίνεται από τα νοσήματα που υπάρχουν στον **Πίνακα ΙΙΙ**.

Εικ. 1 *Χαρακτηριστική αποκόλληση της επιδερμίδας.*

Εικ. 2 *Εκτεταμένες διαβρώσεις στα ούλα.*

Εικ. 3 *Βαριές βλάβες στο μάτι.*

Πίνακας Ι:
Φάρμακα με υψηλό κίνδυνο ανάπτυξης του συνδρόμου

- Αντιεπιληπτικά
- Αντιβιοτικά
- Σουλφοναμίδες
- Βαρβιτουρικά
- Τριμεθοπρίμη-σουλφαμεθοξαζόλη (septrin)
- Καρβαμαζεπίνη (tegretol)
- Μη-στεροειδή αντιφλεγμονώδη
- Σουλφασαλαζίνη
- Αλλοπουρινόλη
- Σουλφαδιαζίνη

Πίνακας ΙΙ: Κλινικοί χαρακτήρες και διαφορές ΣυνδρόμουSJ-TEN και οριακής μεταξύ τους σχέσης

Κλινική οντότητα	Σύνδρομο SJ	SJ-TEN	TEN
Πρωτοπαθής βλάβη στο δέρμα	Έντονα ερυθρές βλάβες και άτυπες επίπεδες βλάβες	Έντονα ερυθρές βλάβες και επίπεδες βλάβες σαν στόχαστρο	Ερυθρές πλάκες, αποκόλληση επιδερμίδος, βλάβες άτυπες σαν στόχαστρο
Κατανομή	Μονήρεις βλάβες συρρέουσες (+) στο πρόσωπο και κορμό	Μονήρεις βλάβες συρρέουσες (++) στο πρόσωπο και κορμό	Συρρέουσες βλάβες (+++) στο πρόσωπο, κορμό και σε άκρα
Προσβολή βλεννογόνων	Πάντα	Πάντα	Πάντα
Συστηματικές εκδηλώσεις	Συχνά	Πάντα	Πάντα
Αποκόλληση επιδερμίδος (%)	<10%	10-30%	>30%

SJ: Σύνδρομο Stevens-Johnson, **TEN:** Τοξική Επιδερμική Νεκρόλυση, **SJ-TEN:** επικάλυψη.

Πίνακας ΙΙΙ:
Διαφορική Διάγνωση Τοξικής Επιδερμικής Νεκρόλυσης

- Σύνδρομο Stevens-Johnson
- Σύνδρομο σταφυλοκοκκικής επιδερμόλυσης
- Γενικευμένο φαρμακευτικό εξάνθημα
- Συστηματικός ερυθηματώδης λύκος
- Παρανεοπλασματική πέμφιγα
- Πομφολυγώδες πεμφιγοειδές
- Σύνδρομο Sweet
- Νόσος από αντίδραση μοσχεύματος έναντι του λήπτη, οξεία μορφή

Το τρίπτυχο πάνω στο οποίο στηρίζεται η θεραπευτική αντιμετώπιση της νόσου είναι: α) άμεση διακοπή του υπεύθυνου φαρμάκου, β) υποστηρικτική θεραπεία, γ) ειδική θεραπεία της νόσου. Η αντιμετώπιση του ασθενούς πρέπει να γίνεται σε εξειδικευμένη νοσοκομειακή μονάδα. Φάρμακο πρώτης επιλογής είναι η χορήγηση παρεντερικά ανοσοσφαιρίνης (IVIg) σε συνολική δόση 2 g/kg κατανεμημένη σε 3-4 ημέρες. Επιπλέον, έχουν χρησιμοποιηθεί ανοσοκατασταλτικά φάρμακα, η θαλιδομίδη κ.ά. Η υποστηρικτική θεραπεία είναι ανάλογη των επιπλοκών σε διάφορα όργανα και συστήματα. Συμπερασματικά, η τοξική επιδερμική νεκρόλυση αποτελεί ένα σοβαρό νόσημα, όπου οι βλάβες στο στόμα αποτελούν κυρίαρχο και πρώιμο σημείο και σύμπτωμα, που αν αξιολογηθούν σωστά, βάζουν τη διάγνωση πρώιμα και την ακολουθούμενη θεραπεία γρήγορη και καθοριστική για την πορεία της νόσου. Ο ρόλος του Στοματολόγου με το νόσημα αυτό αναδεικνύεται απόλυτα καθοριστικός μέσα στο φάσμα της Δερματολογίας και της Γενικής Παθολογίας.

Ανταύγειες Οδοντικής Αισθητικής

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

και όχι μόνο...

Η οδοντική αποκατάσταση σήμερα είναι συνυφασμένη με την αισθητική.
Η ανάπτυξη υλικών που συγκολλώνται στις οδοντικές επιφάνειες άλλαξε ριζικά την κατεύθυνση της διάγνωσης και, φυσικά, της αισθητικής αποκατάστασης των σκληρών οδοντικών ιστών.
Ο οδοντίατρος, με μια σημαντική ελευθερία κινήσεων και επιλογών και πάντα στο πλαίσιο αποδεκτών βιολογικών αρχών, μπορεί να εφαρμόζει δημιουργικές αισθητικές τεχνικές, χωρίς να θυσιάζει υπερβολική ποσότητα ιστών αλλά και χωρίς να περιορίζει τις μελλοντικές επιλογές του.
Αναγκαία προϋπόθεση για την εφαρμογή στην κλινική πράξη όλων αυτών αποτελεί αφενός η ανάπτυξη της αισθητικής μας αντίληψης και αφετέρου η γνώση των τεχνικών που απαιτούν οι κλινικές εφαρμογές.
Σ' αυτό το τεύχος παρουσιάζονται δύο περιστατικά συντηρητικής αισθητικής βελτίωσης των δοντιών της πρόσθιας αισθητικής ζώνης με τη βοήθεια της τεχνικής της λεύκανσης και των συνθέτων ρητινών.

Πρώτο Περιστατικό

Γυναίκα 25 ετών με αισθητικό πρόβλημα των δοντιών της αισθητικής ζώνης, που αφορούσε στην υφή στο χρώμα στην φορά και στη θέση αυτών. Συγκεκριμένα το χρώμα των δοντιών, το οποίο δεν ικανοποιούσε την ασθενή, το μήκος του κοπτικού φύματος των κυνοδόντων, το μήκος του κοπτικού χείλους των πλάγιων τομέων και η φορά (στροφή) των κεντρικών τομέων, ήταν τα στοιχεία που καταγράφηκαν προς διόρθωση κατά την κλινική εξέταση.
Αποφασίστηκε η διόρθωση όλων των παραπάνω στοιχείων να γίνει αφενός με την τεχνική της λεύκανσης και αφετέρου με την πλέον συντηρητική παρέμβαση και τη χρήση συνθέτων ρητινών.

Εικ. 1.: Αρχική απεικόνιση των δοντιών. Παρατηρείστε το χρώμα των δοντιών, την υφή της αδαμαντίνης των κεντρικών τομέων, το μεσοδόντιο διάστημα στη μέση γραμμή, τη στροφή των κεντρικών τομέων και τα κοπτικά χείλη των πλάγιων τομέων και των κυνοδόντων.

Εικ. 2.: Αρχική απεικόνιση του χαμόγελου της ασθενούς

Εικ. 3.: Τελική απεικόνιση των δοντιών της ασθενούς, μετά τη λεύκανση και τις αισθητικές παρεμβάσεις στα δόντια της πρόσθιας αισθητικής ζώνης.

Εικ. 4.: Τελική απεικόνιση του χαμόγελου της ασθενούς.

Δεύτερο Περιστατικό

Γυναίκα ετών 23 αναζητούσε αισθητική αποκατάσταση των δοντιών της πρόσθιας αισθητικής ζώνης. Η κλινική εξέταση αποκάλυψε έλλειψη του πλάγιου τομέα της άνω γνάθου δεξιά (12) και μετακίνηση του κυνόδοντα (13) στη θέση του ελλείποντος πλαγίου.
Ο πρώτος προγόμφιος εμφάνιζε υπερώια στροφή προς τα εγγύς, ο δε χώρος που παρέμενε δεν επαρκούσε για προσθετική αποκατάσταση. Επιπλέον ο αριστερός πλάγιος τομέας της ίδιας γνάθου (22) ήταν υποπλαστικός σε μέγεθος, σε σχέση με το μέγεθος των κεντρικών τομέων. Η ασθενής είχε οριστικά αποκλείσει κάθε πιθανότητα συζήτησης για ορθοδοντική θεραπεία.
Η μορφολογία και το μέγεθος του χώρου του ελλείποντος δοντιού καθώς και η ηλικία της ασθενούς, οδήγησαν στην απόφαση για την επίλυση του προβλήματος με συντηρητικές τεχνικές.
Συγκεκριμένα, προγραμματίστηκε αλλαγή του σχήματος του 22 με σύνθετη ρητίνη, μετατροπή του σχήματος του κυνόδοντα (13) σε πλάγιο τομέα, με μείωση του όγκου του και σύνθετη ρητίνη, καθώς επίσης κατασκευή ενός κυνόδοντα εξολοκλήρου με σύνθετη ρητίνη, που θα τοποθετούνταν στη θέση 13, συγκολλούμενος στην εγγύς επιφάνεια του πρώτου προγόμφιου. Το περιστατικό δίνεται με τις παρακάτω εικόνες.

Εικ. 1.: Αρχική απεικόνιση των δοντιών. Παρατηρείστε τη θέση του κυνόδοντα, το κενό, την στροφή του προγόμφιου και το μέγεθος του πλάγιου τομέα αριστερά.

Εικ. 2.: Το εκμαγείο των δοντιών πριν και μετά το διαγνωστικό κέρωμα.

Εικ. 3.: Τελική απεικόνιση των δοντιών μετά τις αισθητικές παρεμβάσεις.

Εικ. 4.: Αρχική και τελική απεικόνιση των δοντιών του δεξιού ημιμορίου.

Εικ. 5.: Τελική απεικόνιση.

Επιστημονικές εκδηλώσεις της εταιρείας ΣΥΓΧΡΟΝΗΣ ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΙΚΗΣ για το έτος 2015

1ο ΚΛΙΝΙΚΟ ΣΕΜΙΝΑΡΙΟ

«ΑΙΣΘΗΤΙΚΗ ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΙΚΗ ΚΑΙ ΕΝΕΣΙΜΑ ΕΝΘΕΜΑΤΑ: ΥΑΛΟΥΡΟΝΙΚΟ ΟΞΥ»

Υπεύθυνος σεμιναρίου:
Γεράσιμος Δουβίτσας, Αν. Καθηγητής Οδοντιατρικής Σχολής ΕΚΠΑ
Ημερομηνία διεξαγωγής: **6/12/2014.**
Τηλ. επικοινωνίας: Πολυάνθη Δουβίτσα: 2108810630, 6972712743, Φλωράνθη Μπαχά: 2104185795, 6972030313.

1η ΗΜΕΡΙΔΑ

«ΛΕΥΚΑΝΣΗ : ΘΕΩΡΙΑ ΚΑΙ ΠΡΑΞΗ»

Νεώτερα δεδομένα σχετικά με τα υλικά, τις τεχνικές για λεύκανση φραγμού και μεμονωμένων ενδοδοντικά θεραπευμένων δοντιών.
Πρακτικό μέρος:
Επίδειξη κατασκευής εξατομικευμένου νάρθηκα λεύκανσης και απομόνωσης μαλακών μορίων.
Υπεύθυνοι ημερίδας:
Χαρίκλεια Παξιμαδά, Επικ. Καθηγήτρια Οδοντιατρικής Σχολής ΕΚΠΑ, **Μαρία Αντωνιάδου,** Λέκτορας Οδοντιατρικής Σχολής ΕΚΠΑ
Ημερομηνία διεξαγωγής: **17/1/2015.**
Χώρος διεξαγωγής: Ξενοδοχείο CROWNE PLAZA, Μιχαλακοπούλου 50, Αθήνα.

2η ΗΜΕΡΙΔΑ

«ΝΑΡΘΗΚΕΣ ΠΡΟΣΤΑΣΙΑΣ ΑΠΟ ΒΡΥΓΜΟ: ΕΙΔΗ, ΕΝΔΕΙΞΕΙΣ, ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΦΑΡΜΟΓΗ».

Πρακτικό μέρος: «Πρακτική επίδειξη ρύθμισης νάρθηκα ολικής επικάλυψης».
Υπεύθυνος ημερίδας: **Μιχάλης Κουτρής** DDS, MSc, PhD Assistant Professor, Department of Oral Kinesiology, Clinic of Orofacial Pain and Dysfunction, Academic Centre for Dentistry Amsterdam (ACTA)
Ημερομηνία ημερίδας: **14/3/2015.**
Χώρος διεξαγωγής: Ξενοδοχείο CROWNE PLAZA, Μιχαλακοπούλου 50, Αθήνα.

3η ΗΜΕΡΙΔΑ

«ΟΔΟΝΤΙΚΕΣ ΠΑΡΑΣΚΕΥΕΣ ΜΕΡΙΚΗΣ ΚΑΙ ΟΛΙΚΗΣ ΕΠΙΚΑΛΥΨΗΣ, ΑΠΟΤΥΠΩΣΗ, ΜΕΤΑΒΑΤΙΚΕΣ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΕΙΣ»

Πρακτικό μέρος: Οι συμμετέχοντες θα εφαρμόσουν στην πράξη ορισμένα είδη παρασκευών (μερικής και ολικής επικάλυψης), θα κατασκευάσουν μία μεταβατική αποκατάσταση και θα συζητήσουν αναλυτικά τις εναλλακτικές λύσεις της κλινικής διαδικασίας.
Υπεύθυνος ημερίδας: **Κοσμίν Σάβα** DDS, MSc, CDT – Προσθετολόγος, Επιστ. Συνεργάτης Προσθετικής Οδοντιατρικής Σχολής ΕΚΠΑ
Ημερομηνία Ημερίδας: **9/5/2015.**
Χώρος διεξαγωγής: Ξενοδοχείο CROWNE PLAZA, Μιχαλακοπούλου 50, Αθήνα.

2ο ΚΛΙΝΙΚΟ ΣΕΜΙΝΑΡΙΟ

«ΑΙΣΘΗΤΙΚΗ ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΙΚΗ ΚΑΙ ΕΝΕΣΙΜΑ ΕΝΘΕΜΑΤΑ: ΥΑΛΟΥΡΟΝΙΚΟ ΟΞΥ»

Υπεύθυνος σεμιναρίου: **Γεράσιμος Δουβίτσας,** Αν. Καθηγητής Οδοντιατρικής Σχολής ΕΚΠΑ
Ημερομηνία διεξαγωγής: **6/6/2015.**
Τηλ. Επικοινωνίας: Πολυάνθη Δουβίτσα: 2108810630, 6972712743, Μπαχά Φλωράνθη: 2104185795, 6972030313.

Πληροφορίες σχετικά με το κλινικό σεμινάριο αισθητικής οδοντιατρικής και ενέσιμων ενθεμάτων

Τα σεμινάρια παρουσιάζει ο Αν. Καθηγητής **Γεράσιμος Δουβίτσας** και απευθύνονται σε οδοντιάτρους που θέλουν να ασχοληθούν με την αισθητική των μαλακών μορίων της περιστοματικής περιοχής.

Θεωρητικό μέρος:
- Αισθητική ανατομία του προσώπου
- Αισθητική των μαλακών μορίων της περιστοματικής περιοχής και η χρήση του υαλουρονικού οξέος

Κλινικό μέρος:
- Κλινική επίδειξη εφαρμογής υαλουρονικού οξέος από τον διδάσκοντα
- Κλινική εξάσκηση εφαρμογής υαλουρονικού οξέος από τους παρακολουθούντες

Ημερομηνία διεξαγωγής:
- Πρώτο Σεμινάριο: 6 Δεκεμβρίου 2014
- Δεύτερο Σεμινάριο: 6 Ιουνίου 2015

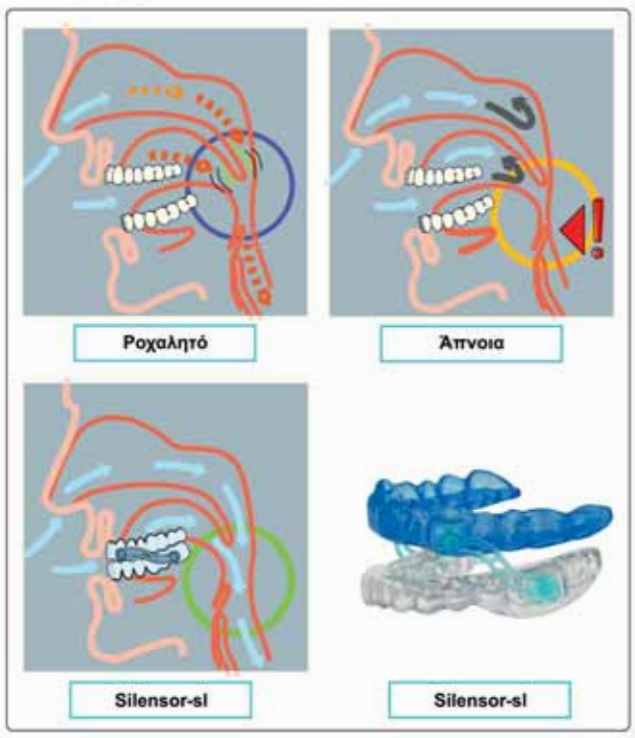
Προϋποθέσεις συμμετοχής:
- Το κάθε σεμινάριο μπορούν να το παρακολουθήσουν 12 άτομα, τα οποία θα επιλεγούν με μοναδικό κριτήριο τη σειρά δήλωσης συμμετοχής.
- Για την κλινική εξάσκηση απαιτείται ο καθένας από τους παρακολουθούντες να έχει μαζί του ένα μοντέλο.
- Το κόστος παρακολούθησης ανέρχεται στα 200 ευρώ.

Δηλώσεις συμμετοχής:
- Για το Πρώτο Σεμινάριο: Μέχρι την Παρασκευή 21 Νοεμβρίου 2014
- Για το Δεύτερο Σεμινάριο: Μέχρι την Παρασκευή 22 Μαΐου 2015

Τηλ. επικοινωνίας: Πολυάνθη Δουβίτσα: 2108810630, 6972712743, Μπαχά Φλωράνθη: 2104185795, 6972030313.
- Το Υαλουρονικό οξύ που απαιτείται για την κλινική εξάσκηση χορηγείται από την Εταιρία.
- Μετά το πέρας του σεμιναρίου θα χορηγηθεί δίπλωμα παρακολούθησης.

Χορηγός: Dentalcon Healthcare Μον. ΕΠΕ.

ERKODENT®
Erkodent Erich Kopp GmbH • Siemensstraße 3
72285 Pfalzgrafenweiler • Germany
Tel.: +49(0)74 4 5/ 8501-0 • Fax: + 49(0)74 4 5/ 20 92
info@erkodent.com • www.erkodent.com



Η εταιρία μας διοργανώνει ημερίδες και εκπαιδευτικά σεμινάρια για τους οδοντίατρους σχετικά με όλους τους νάρθηκες, ιδιαίτερα για τον νάρθηκα ροχαλητού και άπνοιας Silensor-sl, από πιστοποιημένο επιστημονικό συνεργάτη (οδοντίατρο).
Για τους οδοντοτεχνίτες πρακτικά σεμινάρια από πιστοποιημένο, από την ERKODENT, συνεργάτη μας οδοντοτεχνίτη.

Πληροφορίες και δηλώσεις συμμετοχής στα σεμινάρια, στο
Τηλ: 2310 205202 - email: stdental@otenet.gr
Αρχή των σεμιναρίων από τα μέσα του Σεπτέμβρη.

Silensor-sl: Ο Νάρθηκας κατά του ροχαλητού

Ροχαλητό:
Έως 40% του πληθυσμού στις βιομηχανικές χώρες ροχαλίζουν. Η μείωση του τόνου των μυών κατά τη διάρκεια του ύπνου προκαλεί στένωση της ανώτερης αναπνευστικής οδού. Αυτή η στένωση επιταχύνει την αναπνευστική ροή του αέρα. Με τον τρόπο αυτό οι διάφορες δομές στην περιοχή της ανώτερης αναπ/ικής οδού αρχίζουν να δονούνται και να προκαλούν το θόρυβο του ροχαλητού. Έτσι, το ροχαλητό είναι μια μηχανική διαδικασία που μπορεί να αντιμετωπισθεί με μηχανικά μέσα.

Η άπνοια, η διακοπή της αναπνοής κατά τον ύπνο:
Η υπνική άπνοια, κατα ένα βαθμό και μετά, είναι μια ασθένεια που μπορεί να προκαλέσει όχι μόνο υπνηλία κατά τη διάρκεια της ημέρας αλλά και σοβαρές ασθένειες του ανθρώπινου οργανισμού. Η άπνοια είναι μια συνολική παύση του αναπνευστικού συστήματος.

Η αποτελεσματικότητα του Silensor-sl:
Ο Silensor-sl αποτελείται από έναν διάφανο νάρθηκα για την άνω γνάθο και έναν για την κάτω γνάθο. Η κάτω γνάθος είτε συγκρατείται σε μία προκαθορισμένη θέση είτε προολισθαίνει μέσω 2 συνδέσεων που καθορίζονται παραπλεύρως του νάρθηκα. Ο Silensor-sl εξουδετερώνει έτσι την στένωση των αναπνευστικών οδών. Με αυτή τη λειτουργία του Silensor-sl έχουμε μια άνετη και ταυτόχρονα αποτελεσματική προστασία από το ροχαλητό.

* Κλινικοί έλεγχοι έδειξαν ότι η προώθηση της κάτω γνάθου μειώνει σημαντικά το ροχαλητό σε περισσότερο από το 80% των ασθενών και μπορεί να μειώσει τον δείκτη άπνοιας σε ποσοστό μέχρι και 50%.

Αθλητικοί Νάρθηκες
PLAY SAFE

Νάρθηκες όλων των τύπων:
- Λεύκανσης
- Βρυγμού
- Ορθοδοντικής
- Διατήρησης χώρου
- Ακτινοδιαγνωστικούς
- Ατομικά δισκάρια
- Προστατευτικούς αθλητών
- Προσωρινών εργασιών
- Συγκλεισιακούς
- Χειρουργικούς
- Μόνιμη βάση οδοντοστοιχιών

LAB SHOP
ΕΙΣΑΓΩΓΕΑΣ ΕΛΛΑΔΟΣ
ΑΝΑΣΤΑΣΙΑΔΗ Α. & Δ. Ο.Ε.
ΟΔΟΝΤΟΤΕΧΝΙΚΑ - ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΙΚΑ
ΚΕΣΑΝΛΗ 2 - ΘΕΣ/ΝΙΚΗ
www.Labshop.gr

ΟΜΑΔΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

Τι συμβαίνει μετά από το πρεσσάρισμα;

Χαρακτηρισμός μιας μονολιθικής αποκατάστασης με το σύστημα IPS e.max

Oliver Brix, Bad Homburg/Γερμανία

Οι μονολιθικές αποκαταστάσεις από διπυριτικό λίθιο χαρακτηρίζονται από υψηλή αντοχή σε κάμψη, ακρίβεια εφαρμογής και βέλτιστη απόδοση. Το διπυριτικό λίθιο είναι ένα εξαιρετικά δημοφιλές υλικό, αφού είναι «φιλικό προς τους ανταγωνιστές» και εύκολο στη χρήση.

Οι μονολιθικές αποκαταστάσεις από διπυριτικό λίθιο ((IPS e.max®) αποτελούν καθιερωμένο τμήμα της καθημερινής εργασίας του οδοντοτεχνικού εργαστηρίου. Προσφέρουν τα ακόλουθα οφέλη:

- ακριβής αντικατάσταση του κέρινου ομοιώματος από κεραμικό
- δυνατότητα δημιουργίας εμβιομηχανικών συγκλεισιακών επιφανειών με την τεχνική του κερώματος
- μηδενικός κίνδυνος αποφλοίωσης
- επαναπόδοση ανατομικών λεπτομερειών, ακόμα και σε περιστατικά περιορισμένου χώρου
- αποτελεσματική κατασκευή

Κατά την κατασκευή των μονολιθικών αποκαταστάσεων, οι οδοντοτεχνίτες επωφελούνται από τη δυνατότητα βέλτιστης επαναπόδοσης του εξατομικευμένου σχήματος του δοντιού και των λειτουργικών του παραμέτρων, μέσω της τεχνικής του κερώματος. Ακολούθως, το κέρινο ομοίωμα αποδίδεται σε κεραμικό με την τεχνική πρεσσαρίσματος εν θερμώ ή με διαδικασία CAD/CAM. Και με τις δύο μεθόδους, δημιουργείται μια αποκατάσταση που αποτελεί αντίγραφο του κέρινου ομοιώματος. Εντούτοις, πιστεύω ότι η τεχνική πρεσσαρίσματος αποτελεί επιλογή που εξασφαλίζει μεγαλύτερη ακρίβεια. Στο άρθρο αυτό, περιγράφεται η διαδικασία κατασκευής στεφανών οπισθίων άνω δοντιών. Το μεγάλος εύρος των κυλίνδρων IPS e.max Press επιτρέπει την προσεκτική επιλογή της φωτεινότητας και της ημιδιαφάνειας των αποκαταστάσεων. Στο εργαστήριό μας, συνηθίζουμε να χρησιμοποιούμε κυλίνδρους με υψηλό επίπεδο φωτεινότητας. Σε αυτούς περιλαμβάνονται οι κύλινδροι Impulse V 1-3 και οι κύλινδροι HT, σε αποχρώσεις BL3, B1 και A1.

Ο επιφανειακός χαρακτηρισμός των αποκαταστάσεων, μετά από το πρεσσάρισμα εν θερμώ, επιτρέπει την απόδοση του χρώματος και της βασικής απόχρωσης των φυσικών δοντιών με τα υλικά IPS e.max Ceram Shades και IPS e.max Ceram Essence.

Η τελική όπτηση εφυάλωσης γίνεται με φθορίζουσα πάστα (IPS e.max Ceram Glaze FLUO) και δημιουργεί μια ομοιογενή επιφάνεια, με εξατομικευμένη γυαλάδα.

Πρεσσάρισμα της αποκατάστασης εν θερμώ

Όλες οι λειτουργικές και ανατομικές λεπτομέρειες της αποκατάστασης κερώθηκαν σύμφωνα με τα μορφολογικά κριτήρια, με τη χρήση ειδικού κεριού κατάλληλου για την τεχνική πρεσσαρίσματος εν θερμώ (ProArt®) **[Εικ. 1 και 2]**. Τοποθετήθηκαν αγωγοί χύτευσης και το κέρινο ομοίωμα επενδύθηκε. Στη συνέχεια, ο κύλινδρος που επιλέχθηκε πρεσσαρίστηκε στο μούφλο. Η αποκατάσταση υπέστη αποχωμάτωση και κόπηκαν οι αγωγοί χύτευσης, σύμφωνα με τις οδηγίες του κατασκευαστή των υλικών. Σε ιδανικές συνθήκες, απαιτείται μόνο μικρή ή καθόλου εξισορρόπηση των πρεσσαριστών αποκαταστάσεων **(Εικ. 3)**.

> Η ακρίβεια του κερώματος αποτελεί προϋπόθεση για τη λεπτομερή αναπαραγωγή των στοιχείων των οδοντικών δομών στα κεραμικά.

Εικ. 1 και 2: Ομοιώματα του φυσικού δοντιού σε κερί.

Εικ. 3: Αναπαραγωγή ου κέρινου ομοιώματος σε διπυριτικό λίθιο (κύλινδρος HT, απόχρωση BL3)

Εικ. 4: Επιλογή της βασικής απόχρωσης με χρωματολόγιο IPS e.max Ceram Shades.

Εικ. 5 και 6: Το αποτέλεσμα μετά την όπτηση της δεύτερης χρωματικής τροποποίησης.

Εξατομικευμένη επιφανειακή χρωματική τροποποίηση

Προτείνεται η χρήση ενός κολοβώματος στο χρώμα του φυσικού δοντιού, από ακρυλική ρητίνη, προκειμένου να επιτευχθεί η απόδοση του χρώματος στη στεφάνη. Το κολόβωμα κατασκευάζεται σύμφωνα με την απόχρωση του φυσικού, παρασκευασμένου κολοβώματος. Για τον σκοπό αυτό, η εσωτερική επιφάνεια της στεφάνης απομονώνεται με βαζελίνη και τοποθετείται με πινέλο η ακρυλική ρητίνη. Μια πλαστική λαβή είναι χρήσιμη για τη συγκράτηση της αποκατάστασης. Η χρήση ζελέ γλυκερίνης αποτρέπει την απομάκρυνση της στεφάνης από το κολόβωμα. Επιπροσθέτως, το ζελέ εξασφαλίζει ομαλή χρωματική μετάβαση από το κολόβωμα στη στεφάνη.

Σε πρώτη φάση, το σώμα του δοντιού και η μασητική επιφάνεια υπέστησαν χαρακτηρισμό με υλικά IPS e.max Shades, τα οποία τροποποιήθηκαν με υλικά Essence. Είναι προτιμότερο η εφαρμογή των χρωματικών τροποποιητών να γίνεται όταν η στεφάνη είναι στεγνή, ώστε να μην τρέ-

Εικ. 7: Το υλικό εφυάλωσης FLUO απλώνεται στη στεγνή μασητική επιφάνεια της στεφάνης.

Εικ. 8: Στα αξονικά τοιχώματα της στεφάνης εφαρμόζεται υγρό εφυάλωμα.

χουν τα υλικά από την επιφάνειά της. Στη συνέχεια, μικρές ποσότητες χρώματος εφαρμόστηκαν στα φύματα με τη βοήθεια του IPS e.max Ceram Shade I-2 και στις οριακές ακρολοφίες με IPS e.max Ceram Essence creme **(Εικ. 4)**. Μετά τον χρωματικό χαρακτηρισμό, οι αποκαταστάσεις υπέστησαν όπτηση. Ακολούθως, η βασική απόχρωση και το συνολικό αποτέλεσμα ελέγχθηκε και τονίστηκε. Μια δεύτερη όπτηση ήταν απαραίτητη για να διασφαλιστεί η ακριβής τοποθέτηση των χρωστικών. Στα βοθρία χρησιμοποιήθηκε Essence copper και στα βαθύτερα σημεία Essence mahogany **(Εικ. 5 και 6)**.

Αφού διαμορφώθηκαν όλες οι χρωματικές λεπτομέρειες, η αποκατάσταση ήταν έτοιμη για εφυάλωση. Για τον σκοπό αυτό, εφαρμόστηκε υλικό εφυάλωσης FLUO με σύριγγα και στη συνέχεια απλώθηκε στη στεγνή μασητική επιφάνεια **(Εικ. 7)**. Δεν ενδείκνυται η χρήση πολύ ρευστού υλικού στις μασητικές περιοχές, διότι οι σχισμές και οι σημαντικές λεπτομέρειες της μορφολογίας της αποκατάστασης μπορεί να χαθούν. Εντούτοις, το υλικό εφυάλωσης θα πρέπει να είναι σχετικώς ρευστό στα αξονικά τοιχώματα της στεφάνης και να εφαρμόζεται με λεπτό πινέλο **(Εικ. 8)**. Το πάχος του θα πρέπει να είναι πολύ μικρό **(Εικ. 9 και 10)**. Η αποκατάσταση εφυαλώθηκε, με 2 λεπτά χρόνο παραμονής στην τελική θερμοκρασία και παρατεταμένη ψύξη μέχρι τους 450˚C **(Εικ. 11)**. Η παρατεταμένη ψύξη βοηθά στην αποφυγή συσσώρευσης τάσεων στο υλικό.

Μετά την εφυάλωση, αφαιρούνται τυχόν ανωμαλίες με ελαστικό δίσκο και η αποκατάσταση στιλβώνεται με διαμαντόπαστα **(Εικ. 12)**. Όταν οι μονολιθικές στεφάνες κατασκευάζονται σε συνδυασμό με στεφάνες που έχουν υποστεί διαστρωμάτωση – κυρίως στην περιοχή των προσθίων – η χειλική μετάβαση πρέπει να χαρακτηριστεί χρωματικά ή να διαμορφωθεί με ένα λεπτό στρώμα οδοντίνης και κοπτικού υλικού. Επιπροσθέτως, η μορφολογική υφή μπορεί να ενσωματώνεται στην επιφάνεια της αποκατάστασης. Τα στοιχεία αυτά δεν θα πρέπει να εφυαλώνονται. Η όπτηση θα πρέπει να γίνεται απλώς σε συνθήκες «ατμοσφαιρικού αέρα».

Οι **Εικ. 13 – 15** δείχνουν μονολιθικές αποκαταστάσεις του συνόλου των δοντιών ενός τεταρτημορίου. Αυτές κατασκευάστηκαν με την ίδια τεχνική που περιγράψαμε παραπάνω.

Συμπέρασμα

Η προσέγγιση με μονολιθικές αποκαταστάσεις διπυριτικού λιθίου επιτρέπει την περισσότερο αποτελεσματική αναπαραγωγή των κέρινων ομοιωμάτων των οπίσθιων αποκαταστάσεων σε κεραμικό. Ο κίνδυνος αποφλοίωσης εξαλείφεται. Επιπλέον, λεπτές ανατομικές λεπτομέρειες μπορούν να αποδοθούν εκ νέου, ακόμα και σε περιστατικά με περιορισμένο χώρο. Οι διαφορετικοί κύλινδροι και τα υλικά χρωματικής τροποποίησης εξασφαλίζουν εξατομικευμένο αισθητικό αποτέλεσμα.

Ευχαριστίες

Το άρθρο αυτό περιγράφει τα εργαστηριακά βήματα κατασκευής πρεσσαριστών εν θερμώ, μονολιθικών αποκαταστάσεων οπισθίων.
Συμπερασματικά, θα ήθελα να τονίσω τη σημασία της καλής συνεργασίας οδοντοτεχνίτη και θεράποντος οδοντιάτρου, χωρίς την οποία δεν είναι εφικτή η επίτευξη του αποτελέσματος που περιγράφηκε στο παρόν άρθρο. Για το περιστατικό αυτό, θα ήθελα να ευχαριστήσω τον Καθ. Daniel Edelhoff (LMU Munich).

Εικ. 9 και 10: Η στεφάνη καλύπτεται με εφυάλωμα πριν την όπτηση.

Εικ. 11: Η στεφάνη μετά την εφυάλωση.

Εικ. 12: Το γυάλισμα με διαμαντόπαστα δίνει την επιθυμητή στίλβωση.

Εικ. 13 – 15: Το τεταρτημόριο που αποκαταστάθηκε με μονολιθικές στεφάνες αντιπροσωπεύει μια συμβίωση μορφής και λειτουργίας, με εξαιρετικές μηχανικές και αισθητικές ιδιότητες (κλινικό περιστατικό: Καθ. Dr Daniel Edelhoff).

Στοιχεία επικοινωνίας:

Oliver Brix
innovative dentaldesign Oliver Brix
Kisseleffstrasse 1a
61348 Bad Homburg
Germany
Oliver-Brix@t-online.de

28ο Πανελλήνιο Συνέδριο Στοματικής και Γναθοπροσωπικής Χειρουργικής

Το 28ο Πανελλήνιο Συνέδριο Στοματικής και Γναθοπροσωπικής Χειρουργικής θα διεξαχθεί στις 28-30 Νοεμβρίου 2014 στην Αθήνα, στο Συνεδριακό Κέντρο Δαΐς. Ο Πρόεδρος της Οργανωτικής Επιτροπής του συνεδρίου, Στοματικός και Γναθοπροσωπικός Χειρουργός, κ. **Δημήτρης Παπαδάκης**, μας υποδέχτηκε στο ιατρείο του και μίλησε στο «Ο.Β.» για την «πρόκληση» της διοργάνωσης του Συνεδρίου.

Συνέντευξη στην **Ηλιάνα Γιαννούλη** δημοσιογράφο

Αναφερόμενος στη θέση της ειδικότητας της στοματικής και γναθοπροσωπικής χειρουργικής στην ιατρική και οδοντιατρική κοινότητα, σημειώνει ότι θα πρέπει να κρατήσει τις ισορροπίες ανάμεσα στους δύο πυλώνες που την απαρτίζουν- την οδοντιατρική και την ιατρική- και αυτή, ακριβώς, η ιδιαίτερη σχέση μεταξύ οδοντιάτρου- γναθοχειρουργού είναι που θα βρεθεί στο επίκεντρο του φετινού συνεδρίου.

Κύριε Παπαδάκη, διαβάζοντας το μήνυμά σας για το 28ο Πανελλήνιο Συνέδριο Στοματικής και Γναθοπροσωπικής Χειρουργικής, είδα ότι κάνετε λόγο για ένα «διαφορετικό» συνέδριο, μακριά από τα συνηθισμένα. Τι ακριβώς να περιμένουμε από το φετινό συνέδριο;

Μέχρι τώρα τα γναθοχειρουργικά συνέδρια ήταν προσηλωμένα σε θέματα τα οποία παρουσίαζαν μικρό ενδιαφέρον για τους οδοντιάτρους και τους ιατρούς άλλων ειδικοτήτων. Με το πρόγραμμα του φετινού συνεδρίου, το περιεχόμενο του οποίου παραμένει αμιγώς γναθοχειρουργικό, επιδιώκουμε να κινήσουμε το ενδιαφέρον των μη-γναθοχειρουργών συναδέλφων, ώστε να θελήσουν να παρακολουθήσουν ένα συνέδριο μας. Αυτό είναι το κύριο σημείο που θα διαφοροποιεί το φετινό συνέδριο από τα προηγούμενα, αλλά και ο τρόπος διεξαγωγής του. Θα υπάρχουν συνεδρίες αντιπαράθεσης, ομιλίες βιωματικές, μακριά από τα συνηθισμένα, δηλαδή οι ομιλητές που θα ανεβούν στο βήμα, θα μοιραστούν την εμπειρία τους με ένα βιωματικό τρόπο και όχι έτσι, όπως το έχουμε συνηθίσει μέχρι τώρα. Θα υπάρχουν διαδραστικές συνεδρίες, όπου θα μπορεί και το κοινό να συμμετέχει στη διαδικασία μιας συνεδρίας. Θα υπάρχουν πολλά πρακτικά σεμινάρια που θα ενδιαφέρουν και εμάς τους γναθοχειρουργούς, αλλά και τους συναδέλφους οδοντιάτρους. Θα θυμίσουμε επίσης στον κόσμο, μολονότι κάποιοι θέλουν να ξεχαστεί, ότι η ειδικότητα μας είναι άρρηκτα συνδεδεμένη με την Οδοντιατρική και αυτή η σχέση οδοντιάτρου-γναθοχειρουργού θα τονιστεί ιδιαίτερα στο συνέδριο και θα δείξουμε πώς μπορούμε να επεκτείνουμε αυτή την συνεργασία.

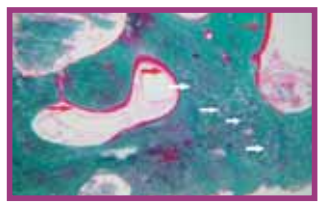
Ποιος είναι ο κεντρικός θεματικός άξονας του συνεδρίου; Πείτε μας λίγα λόγια γιατους προσκεκλημένους ομιλητές του συνεδρίου.

Ένα άλλο σημείο διαφοροποίησης αυτού του συνεδρίου είναι ότι δεν υπάρχει θεματικός άξονας. Δεν το περιορίσαμε. Το συνέδριο έχει δύο τίτλους ανεπίσημους, γιατί επισήμως, συνειδητά, δεν τιτλοδοτήσαμε το συνέδριο. Πιστεύω, ότι αφενός τον τίτλο του συνεδρίου κανένας δεν τον θυμάται μετά από λίγες μέρες και αφετέρου περιορίζεις χωρίς λόγο ένα συνέδριο και τη θεματολογία του, βάζοντάς του μια «ταμπέλα». Ο πρώτος ανεπίσημος τίτλος του συνεδρίου είναι: «Η διαδραστική σχέση του στοματικού και γναθοπροσωπικού χειρουργού με τις άλλες ειδικότητες, οδοντιατρικές και ιατρικές» και ο δεύτερος είναι «Στοματική και Γναθοπροσωπική Χειρουργική: Από το Α ως το Ω», δηλαδή θα ξεκινήσουμε από τον φρονιμίτη και θα φτάσουμε μέχρι τη μεταμόσχευση προσώπου, και φυσικά ότι υπάρχει ενδιάμεσα και εμπίπτει στο φάσμα μας.

Όσον αφορά στους ομιλητές του συνεδρίου, έχουμε φροντίσει όλοι οι καταξιωμένοι Έλληνες συνάδελφοι να συμμετέχουν στο συνέδριο μας. Πέραν αυτών, θα μας τιμήσουν με την παρουσία τους δύο μεγάλα ονόματα της στοματικής και γναθοπροσωπικής χειρουργικής, ο Καθηγητής **Klaus-Dietrich Wolff** από το Μόναχο, ο οποίος είναι πρωτοπόρος στους ελεύθερους αγγειούμενους κρημνούς και είναι και ο επόμενος Πρόεδρος της Ευρωπαϊκής Εται-

Οστική ανάπλαση στην οδοντιατρική εμφυτευματολογία

Το παγκόσμιο best seller του Fouad Khoury τώρα και στα ελληνικά



Επιστημονική επιμέλεια:
Νικήτας Σ. Συκαράς
Επίκουρος Καθηγητής Οδοντιατρικής Σχολής ΕΚΠΑ

Μετάφραση:
Ευστάθιος Κ. Καρατζογιάννης
Οδοντίατρος, Διδάκτωρ Πανεπιστημίου Χαϊδελβέργης

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

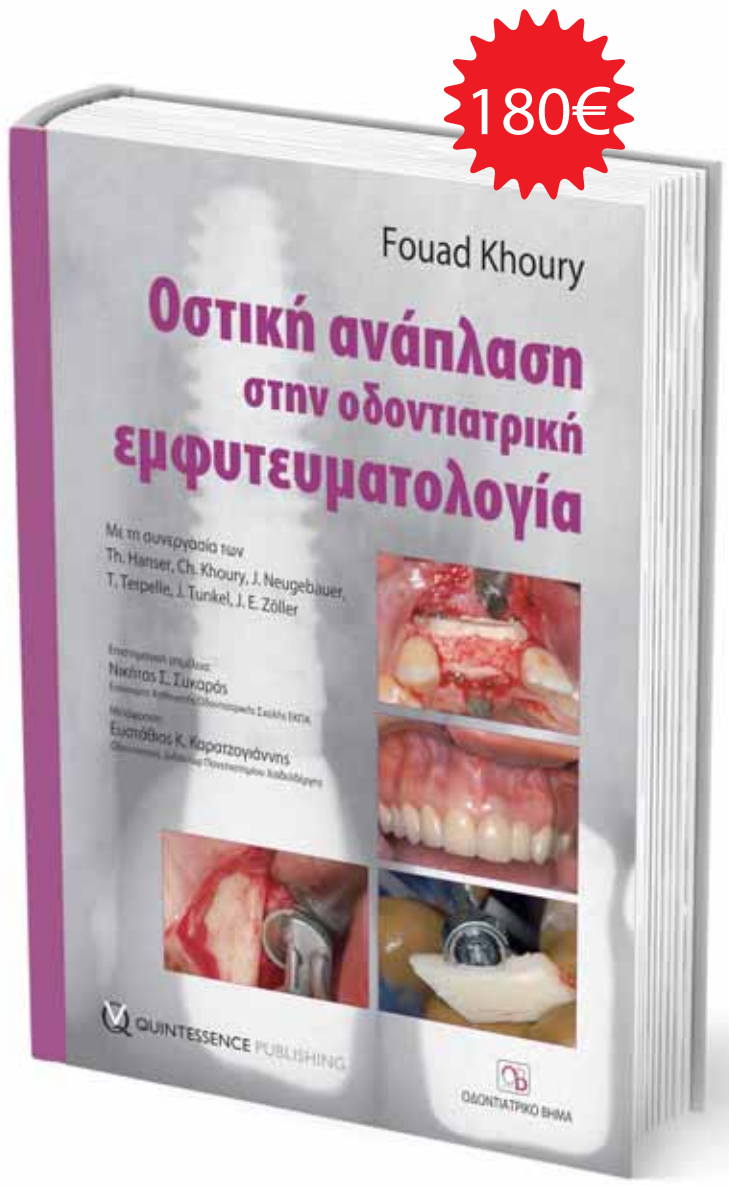
Το βιβλίο Οστική ανάπλαση στην οδοντιατρική εμφυτευματολογία των εκδόσεων Quintessence, με **536 σελίδες** και **1.800 έγχρωμες φωτογραφίες**, περιγράφει και αναλύει τις πιο σύγχρονες τεχνικές μεταμόσχευσης στη χειρουργική των εμφυτευμάτων. Για το λόγο αυτό αποτελεί ένα εγχειρίδιο πραγματικά μοναδικό.

Κυκλοφορεί 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.

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 τιμή του βιβλίου στη Αγγλική έκδοση ανέρχεται σε 280 ευρώ.



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

Τώρα μπορείτε να κάνετε τις αγορές σας με πιστωτική κάρτα και άτοκες δόσεις απευθείας από τον προσωπικό σας υπολογιστή, μέσω του www.odvima.gr

ρείας Στοματικής και Γναθοπροσωπικής Χειρουργικής, και ο Γάλλος Καθηγητής **Jean-Paul Meningaud**, ο οποίος είναι πρωτοπόρος στις μεταμοσχεύσεις προσώπου. Παράλληλα, θα μας τιμήσουν και πολλοί Έλληνες συνάδελφοι, οι οποίοι διαπρέπουν στο εξωτερικό, όπως ο κ. Καλαβρέζος, ο κ. Πηγαδάς, ο κ. Κανατάς, ο κ. Περισανίδης και άλλοι.

Η διοργάνωση του φετινού συνεδρίου αποτέλεσε πρόκληση για εσάς; Ποιες είναι οι προϋποθέσεις επιτυχίας ενός συνεδρίου, με άλλα λόγια βάσει ποιών κριτηρίων θα αξιολογήσετε την επιτυχία του συνεδρίου;

Θα ξεκινήσω πρώτα από το δεύτερο ερώτημά σας. Θα θεωρήσουμε ότι το συνέδριο ήταν επιτυχημένο, αν εμείς οι ίδιοι, τα μέλη της Οργανωτικής Επιτροπής, εκτιμήσουμε ότι ήταν ένα συνέδριο στο οποίο καλά κάναμε και πήγαμε. Αν νιώσουμε ότι ήταν ένα συνέδριο στο οποίο δεν «χάσαμε το χρόνο μας», θεωρώ ότι θα είναι επιτυχές. Επίσης, θα θεωρήσω ότι το συνέδριο έχει επιτυχία, αν όντως κινήσουμε το ενδιαφέρον στους συναδέλφους οδοντιάτρους να έρθουν να το παρακολουθήσουν, γιατί πραγματικά θέλουμε αυτή τη σχέση να τη διατηρήσουμε όσο γίνεται πιο ψηλά στις συνειδήσεις μας. Ο αριθμός των συνέδρων είναι πάντα ένα κριτήριο, αλλά είναι και η αίσθηση που σου αφήνει ένα συνέδριο, όταν τελειώσει. Πολλά συνέδρια, και γναθοχειρουργικά και άλλων ειδικοτήτων, δυστυχώς σου αφήνουν μια αίσθηση ότι θα μπορούσα να είχα κάνει και κάτι άλλο, να είχα επενδύσει αλλού τον χρόνο μου. Αυτό δεν θέλω να συμβεί στο συνέδριο μας.

Επιστρέφοντας στο πρώτο ερώτημά σας, θα πρέπει να σας πω ότι η πρόκληση ήταν τεράστια, γιατί όλα τα μέλη που απαρτίζουν την Οργανωτική Επιτροπή, είμαστε νέοι, είμαστε «πρωτάρηδες» στη διοργάνωση συνεδρίων και γι' αυτόν τον λόγο θέλουμε να κάνουμε κι ένα συνέδριο, έτσι όπως το νιώθουμε εμείς, ως άνθρωποι νεώτεροι και με καινούριες ιδέες. Δεν είναι εύκολο να φύγεις από την πεπατημένη, το εύκολο είναι να κάνεις ένα συνέδριο σαν το προηγούμενο. Να πας να αντιγράψεις το πρόγραμμα, να το διαφοροποιήσεις λίγο και να κάνεις ένα συνέδριο ίδιο με το προηγούμενο. Εμείς δεν το κάναμε αυτό. Ακόμα το δουλεύουμε, δεν βιαζόμαστε να οριστικοποιήσουμε ούτε το πρόγραμμα, ούτε τους ομιλητές και δεν βιαζόμαστε, γιατί θέλουμε πραγματικά να μην κάνουμε συμβιβασμούς.

Ποια είναι η θέση που πιστεύετε ότι διεκδικεί σήμερα η ειδικότητα της στοματικής και γναθοπροσωπικής χειρουργικής στον ιατρικό και οδοντιατρικό κόσμο;

Στις αρχές Ιουλίου, η ειδικότητα μας έγινε αμιγώς ιατρική ειδικότητα, γεγονός που προκάλεσε αντιδράσεις και μέσα στη γναθοχειρουργική κοινότητα καθώς και στην οδοντιατρική κοινότητα. Δεν είναι δυνατόν μια ειδικότητα, η οποία ξεκίνησε από την Οδοντιατρική, η οποία απαιτεί το πτυχίο της Οδοντιατρικής, ξαφνικά να «αποκόπτεται» από την Οδοντιατρική. Αυτό συνέβη για διαφόρους λόγους, αλλά εμένα προσωπικά με βρίσκει αντίθετο. Φυσικά, δεν θα «κοπεί» ποτέ η σχέση μας με την Οδοντιατρική. Οδοντίατροι είμαστε, εκτός από γιατροί, και ένα μεγάλο κομμάτι του φάσματός μας εκπορεύεται από το οδοντιατρικό τμήμα της ειδικότητας μας. Η θέση της ειδικότητας μας, κατά τη γνώμη μου, οφείλει να κρατήσει ισορροπίες ανάμεσα στους δύο πυλώνες που την απαρτίζουν, δηλαδή την οδοντιατρική και την ιατρική. Ούτε είναι σωστό να είναι η ειδικότητα αμιγώς οδοντιατρική, γιατί δεν είναι, ούτε όμως είναι σωστό να είναι αμιγώς ιατρική, γιατί επίσης δεν είναι. Θα πρέπει να βρεθεί μια λύση σε αυτό. Παρακολουθώντας τις αντιδράσεις των συναδέλφων οδοντιάτρων μέσα από τα social media, είδα ότι δεν επιθυμούσαν να αποσχιστεί η ειδικότητά μας από την Οδοντιατρική. Κάποιοι συγκεκριμένοι το ήθελαν από την οδοντιατρική κοινότητα, όπως και κάποιοι γναθοχειρουργοί. Ωστόσο, η συντριπτική πλειοψηφία των οδοντιάτρων δεν είχαν κάποιο λόγο να πάψουν να έχουν στην οικογένεια τους μια χειρουργική ειδικότητα, και μάλιστα του βελληνεκούς της στοματικής και γναθοπροσωπικής χειρουργικής. Ας ελπίσουμε ότι όλα θα πάνε καλά και δεν θα διαταραχθεί αυτή η σχέση μας με την οδοντιατρική κοινότητα, γιατί για εμάς είναι πολύ σημαντική.

Υπάρχει κάποιο μήνυμα που θα θέλατε να στείλετε στους συναδέλφους σας, αναφορικά με το επικείμενο Συνέδριο;

Θα ήθελα να προσκαλέσω τους συναδέλφους να μπουν κατ' αρχάς στις ιστοσελίδες μας στο διαδίκτυο, στο Facebook και να διαπιστώσουν μόνοι τους, τι είναι αυτό που θα τους κάνει να έρθουν στο συνέδριο. Να μην ακούσουν εμένα, να δουν με τα μάτια τους, αν τους ενδιαφέρει κάποιο από τα θέματα του συνεδρίου και να αποφασίσουν. Προσωπικά θεωρώ ότι όλα τα θέματα είναι εξαιρετικά ενδιαφέροντα και ένα από τα θετικά του προγράμματος του συνεδρίου είναι ότι δεν υπάρχει μόνο μια ημέρα αφιερωμένη στον γενικό οδοντίατρο. Φτιάχνουμε το πρόγραμμα με τέτοιο τρόπο, ώστε όλο το συνέδριο να ενδιαφέρει τον γενικό οδοντίατρο. Σίγουρα, θα υπάρχουν κομμάτια, τα οποία δεν θα τον ενδιαφέρουν, όπως για παράδειγμα η συνεδρία για τους αγγειούμενους κρημνούς. Υπάρχουν κάποιες συνεδρίες που είναι αμιγώς γναθοχειρουργικού ενδιαφέροντος, όμως καθ' όλη τη διάρκεια του συνεδρίου θα υπάρχουν συνεδρίες, οι οποίες είναι γενικού ενδιαφέροντος, αλλά θα ενδιαφέρουν κι εμάς, τους γναθοχειρουργούς. Δεν είναι πράγματα, τα οποία είναι αυτονόητο ότι τα ξέρουμε. Οπότε, θα είμαστε παρέα εκεί και θα τα ακούμε. Θέλω λοιπόν, να τους προσκαλέσω να ρίξουν μια ματιά στο πρόγραμμα του συνεδρίου και να μας κάνουν τη τιμή να έρθουν να παρακολουθήσουν το συνέδριο, αν βρουν κάτι που τους ενδιαφέρει.

**Περισσότερες πληροφορίες σχετικά με το πρόγραμμα του συνεδρίου και τις προϋποθέσεις συμμετοχής μπορείτε να βρείτε στον ιστότοπο του συνεδρίου:*
http://www.haoms2014.org/gr/index.php

6ο Περιφερειακό Συνέδριο Ελληνικής Ενδοδοντικής Εταιρείας

Λουτράκι, 19-21 Σεπτεμβρίου 2014

Το 6ο Περιφερειακό της Συνέδριο της Ε.Ε.Ε., έχοντας την στήριξη του Οδοντιατρικού Συλλόγου Κορινθίας, θα πραγματοποιηθεί από τις 19 έως 21 Σεπτεμβρίου 2014 στο Λουτράκι, στο ξενοδοχείο «POSEIDON RESORT», με κεντρικό θέμα «Ενδοδοντικοί προβληματισμοί-Προτεινόμενες λύσεις».

Η αρτιότητα του επιστημονικού προγράμματος, το οποίο στηρίζεται σε εισηγήσεις διακεκριμένων επιστημόνων και πανεπιστημιακών δασκάλων, η προσεγμένη θεματολογία που επιλέχθηκε με γνώμονα τα ενδιαφέροντα του γενικού οδοντιάτρου, η δυνατότητα πρακτικής εξάσκησης (hands on) και οι ελεύθερες ανακοινώσεις από νέους ερευνητές, θέτουν τις βάσεις για ένα ξεχωριστό και επιτυχημένο συνέδριο.

Πρόγραμμα Συνεδρίου

Παρασκευή 19 Σεπτεμβρίου 2014

14.00-15.00 Εγγραφές

Ελεύθερες ανακοινώσεις

1η συνεδρία / 15.00 - 16.30

Προεδρεύοντες: Οικονόμου Ι. – Κωνσταντάκη Μ.

15.00-15.15 **Κανόνες διάνοιξης του μυλικού θαλάμου δοντιών για Ενδοδοντική Θεραπεία (Μέρος Ι)** *Ζιούτης Β.*, Χειμαρίου Μ., Παντελίδου Ο.*

15.15-15.30 **Κανόνες διάνοιξης του μυλικού θαλάμου δοντιών για Ενδοδοντική Θεραπεία (Μέρος ΙΙ)** *Ζιούτης Β.*, Χειμαρίου Μ., Παντελίδου Ο.*

15.30-15.45 **Διαχείριση ειδικών περιστατικών.**

Συντηρητική αντιμετώπιση δοντιών με ιατρογενείς διατρήσεις *Παλαμιδάκης Φ.*, Φιλιππάτος Χ.*

15.45-16.00 **Ενδοδοντική αντιμετώπιση και αισθητική αποκατάσταση κεντρικού τομέα της άνω γνάθου, που παρουσιάζει σύντηξη με υπεράριθμο δόντι** *Νικολουδάκη Γ.*, Διαμαντάρης Μ.*

16.00-16.15 **Σπάνια συστηματική λοίμωξη με εικόνα οξείας περιακρορριζικής φλεγμονής. Αναφορά περιστατικού** *Δεχουνιώτης Γ.*, Γεωργοπούλου Μ.*

Κατευθυνόμενο πρόγραμμα

2η συνεδρία / 17.00 - 19.30

Προεδρεύοντες: Κεράνη Μ.–Παπαγεωγίου Κ.

17.00-17.30 **Ενδοδοντική θεραπεία νεογιλών δοντιών** *Πανόπουλος Π.*

17.30-18.00 **Αντιμετώπιση οδοντικών απορροφήσεων** *Κωστούρος Γ.*

18.00-18.30 **Ενδοπεριοδοντικές βλάβες** *Σκαρίμπας Θ.*

18.30-19.30 **Επίσημη έναρξη συνεδρίου - Προσφωνήσεις - Χαιρετισμοί Ομιλία Προύντζου Φοίβου με θέμα: Ενδοδοντική θεραπεία έναντι εμφυτεύματος, Βιοηθική και Φιλοσοφική προσέγγιση**

Σάββατο 20 Σεπτεμβρίου 2014

3η συνεδρία / 9.00-11.30

Προεδρεύοντες: Κερεζούδης Ν.–Βουδούρης Η.

9.00-10.00 **Διαγνωστικές απεικονιστικές τεχνικές στην Ενδοδοντία** *Αγγελόπουλος Χ.*

10.00-10.30 **Απομόνωση: Συμβάματα, διάγνωση, αντιμετώπιση και πρόληψη** *Λαμπριανίδης Θ.*

10.30-11.00 **Διάνοιξη: νέα δεδομένα για τον εντοπισμό των στομίων των ρ.σ. και την αποφυγή διατρήσεων** *Στεφόπουλος Σ.*

11.00-11.30 **Πρωτόκολλο διακλυσμών ρ.σ.** *Πετρίδης Ξ.*

4η συνεδρία / 12.00-14.00

Προεδρεύοντες: Οικονομίδης Ν. – Κυριακόπουλος Α.

12.00-12.30 **Κατάγματα ριζών, οριζόντια – επιμήκη** *Κερεζούδης Ν.*

12.30-13.00 **Βλαστοκύτταρα και αναγέννηση πολφού** *Διαμαντή Ε.*

13.00-14.00 **Χρήση MTA στην Ενδοδοντία** *Μέλιου Ε., Τσάτσας Δ.*

5η συνεδρία / 15.00-17.00 Στρογγυλό τραπέζι

Προεδρεύοντες: Λαμπριανίδης Θ.–Σμαράγδας Η.

15.00-17.00 **Παράγοντες που καθορίζουν την απάντηση στο ερώτημα «σώζεται το δόντι;»** Συντονίστρια: *Λυρούδια Κ.* Ενδοδοντική αξιολόγηση: *Λυρούδια Κ.*, Περιοδοντική αξιολόγηση: *Δαμουλής Π.*, Δυνατότητα αποκατάστασης: *Παπάζογλου Ε.*

6η συνεδρία / 17.30-19.00

Προεδρεύοντες: Μπελτές Π. – Λιάπης Γ.

17.30-18.00 **Επανάληψη ενδοδοντικής θεραπείας** *Μάγκος Σ.*

18.00-18.30 **Έκτακτα περιστατικά μετά την έναρξη της ενδοδοντικής θεραπείας** *Κακαβέτσος Β.*

18.30-19.00 **Ατελής ενδοδοντική θεραπεία και αστική ευθύνη οδοντιάτρου** *Γεωργοπούλου Μ.*

Κυριακή 21 Σεπτεμβρίου 2014

7η Συνεδρία / 9.00-11.00

Προεδρεύοντες: Παντελίδου Ο. – Τσουκάκη Μ.

9.00-9.30 **ΟΦΑ – Φλεγμονές προσώπου –τραχήλου** *Δαλαμπίρας Σ.*

9.30-10.00 **Περιακρορριζικές βλάβες μη ενδοδοντικής αιτιολογίας** *Καλύβας Δ.*

10.00-10.30 **Διαχείριση μαλακών ιστών στη χειρουργική ενδοδοντία** *Φλωράτος Σ.*

10.30-11.00 **Ενδοδοντική θεραπεία σε ασθενείς που λαμβάνουν διφοσφωνικά ή/και αντιπηκτικά** *Μπελτές Χ.*

8η Συνεδρία / 11.30-14.00

Προεδρεύοντες: Κατσούλας Ε. – Αναστασιάδης Π.

11.30-12.00 **Αφαίρεση μεταλλικών εμποδίων από τους ριζικούς σωλήνες** *Συκαράς Χ.*

12.00-12.30 **Ενδοδοντική θεραπεία έναντι εμφυτεύματος** *Καλογερόπουλος Κ.*

12.30-13.30 **Ενδοδοντικοί προβληματισμοί: διαδραστική ομιλία με παρουσίαση περιστατικών** *Αγραφιώτη Α., Οικονομίδης Ν., Οικονόμου Ι., Σπυρόπουλος Σ.*

13.30-14.00 **Συμπεράσματα Συνεδρίου**

Ολοκληρωμένες λύσεις Ενδοδοντίας
VDW® ENDODONTIC SYNERGY

Gates Enlargers
Αποστειρωμένες φρέζες – τρυπάνια για την αρχική διάνοιξη του ριζικού σωλήνα.
• Ανοξείδωτες στα 19mm
• Διατίθεται σε καρτέλα blister 6 τεμαχίων μεμονωμένα ή assorted

K-Files
Αποστειρωμένες ρίνες Κ για προπαρασκευή και λείανση του ριζικού σωλήνα με το χέρι.
• Ανοξείδωτες στα 21, 25 και 31mm
• Εξαιρετικής αντοχής και κοπτικής ικανότητας
• Με ανατομική λαβή χειρός για αποφυγή ερεθισμού στο χέρι

C-Pilot Files
Η έξυπνη ρίνη για ανατομικά δύσκολους και ενασβεστιωμένους ριζικούς σωλήνες.
• Χρησιμοποιείται για τη διευκόλυνση διεύρυνσης του ριζικού σωλήνα
• Έχει μεγάλη αντοχή σε κάμψη
• Διατίθεται σε καρτέλα των 6 τεμαχίων, αποστειρωμένα

Hedstroem Files
Αποστειρωμένες ρίνες Η για υψηλής απόδοσης διεύρυνση του ριζικού σωλήνα με το χέρι.
• Ανοξείδωτες στα 21,25 και 31mm
• Εξαιρετικής ποιότητας μέταλλο με ομοιόμορφη δομή
• Διαγραμμισμένοι για άμεσο υπολογισμό του μήκους διεύρυνσης
• Με ανατομική λαβή για αποφυγή ερεθισμού στο χέρι

Νευρεξαγωγοί
• Ανοξείδωτοι στα 21mm
• Διατίθεται σε καρτέλα των 10 τεχαχίων μεμονωμένα ή assorted
• Διεθνής χρωματισμός κατα ISO για εύκολη αναγνώριση

2Seal
Φύραμα έμφραξης ριζικού σωλήνα βασισμένο στην επόξυ-αμιδική ρητίνη.
• Εξερετικής βιοσυμβατότητας και πολύ χαμηλής συρρίκνωσης
• Ακτινοσκιερό και εύκολο στη χρήση
• Διατίθεται και σε μορφή πάστα-πάστα

Raypex® 6
Νέας γενιάς, touch screen εντοπιστής ακρορριζίου με δυνατότητα έγχρωμης απεικόνισης της ρίνης σε όλο το μήκος του ριζικού σωλήνα και λειτουργίας σε στεγνό και υγρό περιβάλλον. Εύκολος και φιλικός στη χρήση με μεγάλη διάρκεια αυτονομίας.

Μοτέρ με ή χωρίς ενσωματωμένο εντοπιστή ακρορριζίου
• Προ-προγραμματιμένες ρυθμίσεις ταχύτητας & ροπής για όλα τα σημαντικά συστήματα ρινών Ni-Ti
• Όλες οι ρυθμίσεις μπορούν να αλλάξουν και να αποθηκευτούν
• Χαρακτηριστικά ασφαλείας όπως έλεγχος ροπής, ακουστικά σήματα, αυτόματο stop/reverse
• Λειτουργούν και με μπαταρία ενώ μπορούν να χρησιμοποιηθούν και κατά τη διάρκεια της φόρτισης
• Διατίθενται μαζί με γωνιακή υψηλής ποιότητας Sirona 6:1

Θα μας βρείτε στο 6ο Περιφερειακό Συνέδριο της Ελληνικής Ενδοδοντικής Εταιρείας
19-21 Σεπτεμβρίου, Λουτράκι

Επικοινωνήστε μαζί μας,
για μια φιλική και εξαιρετικά οικονομική λύση
σ' οποιοδήποτε πρόβλημα

Ι. Ν. ΦΥΡΙΠΠΗΣ Μ.ΕΠΕ
3ης Σεπτεμβρίου 35, Αθήνα 104 32, Τηλ.: 210 5225 043 - 210 5225 044,
Fax: 210 5229 952, e-mail: info@firippis.com

34ο ΠΑΝΕΛΛΗΝΙΟ ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΙΚΟ ΣΥΝΕΔΡΙΟ

«Η οδοντιατρική του σήμερα»

Το 34ο Πανελλήνιο Οδοντιατρικό Συνέδριο θα «ανοίξει τις πύλες του» από τις **14 έως 16 Νοεμβρίου 2014 στη Θεσσαλονίκη**, έχοντας ως κεντρικό θεματικό άξονα την «Οδοντιατρική του σήμερα». Μια από τις καινοτομίες του φετινού συνεδρίου, λόγω και της ιδιαίτερης έμφασης που θα δοθεί σε επαγγελματικά ζητήματα του κλάδου, είναι ότι η Οργανωτική Επιτροπή θα αποτελείται από μέλη του Δ.Σ. της Ε.Ο.Ο. και του Οδοντιατρικού Συλλόγου Θεσσαλονίκης, ενώ Πρόεδρος της Οργανωτικής Επιτροπής ορίστηκε ο Πρόεδρος της Ε.Ο.Ο., κ. **Αθανάσιος Κατσίκης.** Το «Ο.Β.» φιλοξενεί το μήνυμα του προέδρου της Οργανωτικής Επιτροπής, φιλοδοξώντας να μεταφέρει στους αναγνώστες του το στίγμα της φετινής διοργάνωσης.

ΜΗΝΥΜΑ ΠΡΟΕΔΡΟΥ Ε.Ο.Ο.

Αγαπητοί συνάδελφοι,

Η εφαρμογή των πολιτικών από την πλευρά του κράτους εξ αιτίας της δεινής οικονομικής κρίσης που διέρχεται η χώρα μας, έχει υποβαθμίσει, όπως όλοι διαπιστώνουμε καθημερινώς, το βιοτικό μας επίπεδο, πλήττοντας ακόμη και το πολυτιμότερο αγαθό, αυτό της Υγείας. Οι επιπτώσεις που υπέστη το επάγγελμά μας, λόγω της ευαισθησίας του σε παρόμοιες συνθήκες, υπήρξαν καθοριστικές, έτσι που εύκολα θα μπορούσε κανείς να διακρίνει την Οδοντιατρική πριν την κρίση και αυτήν μετά την κρίση.

Η Ελληνική Οδοντιατρική Ομοσπονδία, αντιμετωπίζοντας με σεβασμό το θεσμό των Πανελληνίων Συνεδρίων, θεσμό που απέδειξε τη δύναμη του και την απήχηση του στον Έλληνα οδοντίατρο, ο οποίος τον στήριξε με την ανελλιπή κάθε χρόνο συμμετοχή του, αποφάσισε τη διοργάνωση του 34ου Π.Ο.Σ. στην πόλη της Θεσσαλονίκης, στις 14-15-16 Νοεμβρίου 2014.

«Η οδοντιατρική του σήμερα» είναι το Κύριο Θέμα του Συνεδρίου. Πρόκειται για ένα κεφαλαιώδες θέμα που θα μας δώσει την ευκαιρία, στο τριήμερο της εξέλιξής του, να προσεγγίσουμε βασικές παραμέτρους που επηρεάζουν σήμερα την άσκηση του επαγγέλματος, αναφερόμενοι σε επιστημονικά και επαγγελματικά στοιχεία, με τα οποία ο μαχόμενος οδοντίατρος έρχεται αντιμέτωπος καθημερινά.

Έτσι, λοιπόν, έγκριτοι επιστήμονες και ακαδημαϊκοί δάσκαλοι, καθώς και επιστήμονες επαγγελμάτων υγείας, θα αναλύσουν και θα προσπαθήσουν να προσεγγίσουν τη σημερινή πραγματικότητα.

Όπως κάθε χρόνο, Στρογγυλά Τραπέζια, Εισηγήσεις, Ελεύθερες και Επιτοίχιες Ανακοινώσεις, Επιτραπέζιες Επιδείξεις, Βίντεο, Παρουσιάσεις Περιορισμένου Ακροατηρίου, Διαδραστικές Συνεδριάσεις -προκειμένου να συμμετέχει και ο σύνεδρος- θα μας δώσουν την ευκαιρία να παρακολουθήσουμε ένα σύγχρονο και αναβαθμισμένο Συνέδριο.

Φέτος, λόγω και της μεγάλης παράλληλης ανάπτυξης επαγγελματικών θεμάτων, αποφασίσαμε, σε συμφωνία και με τις Οδοντιατρικές Σχολές, η Οργανωτική Επιτροπή να αποτελείται από μέλη του Δ.Σ. της Ε.Ο.Ο. και του Οδοντιατρικού Συλλόγου Θεσσαλονίκης, Πρόεδρος δε του Συνεδρίου να είναι ο Πρόεδρος της Ε.Ο.Ο.

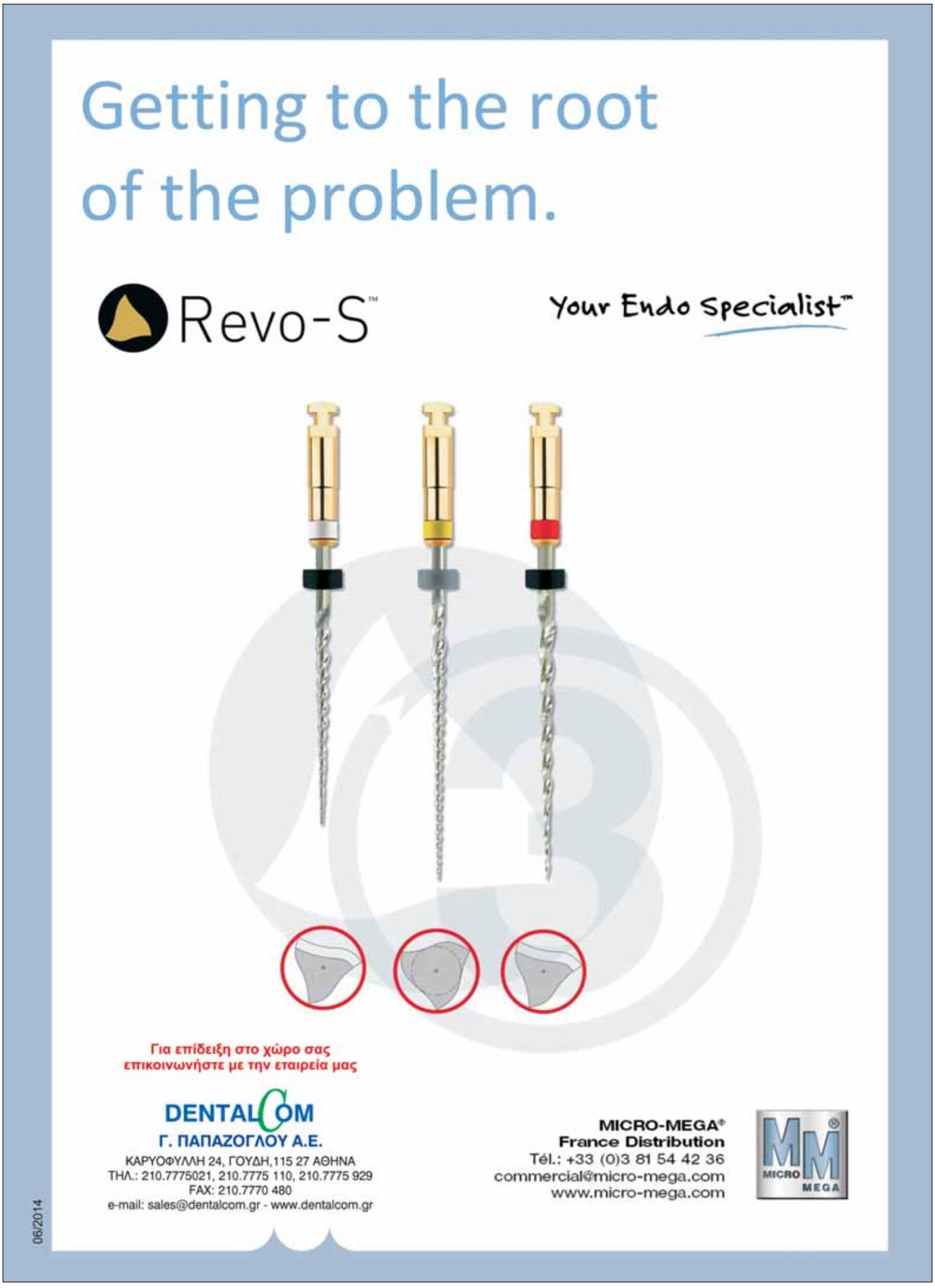
Τόσο από τη θέση του Προέδρου της Ε.Ο.Ο., όσο και από τη θέση του Προέδρου της Οργανωτικής Επιτροπής, θέλω να ευχαριστήσω τα μέλη της Ο.Ε., τον Πρόεδρο του Ο.Σ.Θ. κ. Θ. Δεβλιώτη, καθώς και τον Συντονιστή κ. Γ. Τσιόγκα.

Ευχαριστίες, επίσης, και στους Προέδρους των Οδοντιατρικών Σχολών, Αθηνών Καθηγήτρια κ. Κ. Καραγιάννη και Θεσσαλονίκης Καθηγητή κ. Γ. Παλαγγιά, για τη στήριξη με επιστημονικό δυναμικό στο 34ο Π.Ο.Σ.

Η Ε.Ο.Ο. σας περιμένει στο ετήσιο ραντεβού των Οδοντιάτρων, στις 14-15-16 Νοεμβρίου, στην όμορφη πόλη της Θεσσαλονίκης, με τη βαριά πολιτιστική της ιστορία, όπου νέοι και παλιοί συμφοιτητές και φίλοι, θα ξαναβρεθούμε να ξαναθυμηθούμε φοιτητικές, ωραίες εποχές, να ανταλλάξουμε απόψεις και προβληματισμούς στα νέα επιστημονικά και επαγγελματικά δεδομένα που μας επιφυλάσσει το μέλλον.

Με συναδελφικούς χαιρετισμούς,

ΑΘΑΝΑΣΙΟΣ ΚΑΤΣΙΚΗΣ
Πρόεδρος Ελληνικής Οδοντιατρικής Ομοσπονδίας
Πρόεδρος Οργανωτικής Επιτροπής 34ου Π.Ο.Σ.



Dr Wilhelm Schneider:

Οι ολοκληρωμένες λύσεις είναι το μέλλον της ψηφιακής οδοντιατρικής

Η CAD/CAM τεχνολογία άλλαξε τα δεδομένα της οδοντιατρικής, ανοίγοντας το δρόμο για την ψηφιακή εποχή. Εδώ και περίπου 30 χρόνια, μηχανήματα CAD/CAM κατασκευάζουν δίπλα στον ασθενή οδοντοπροσθετικές εργασίες μέσα σε μια- δυο ώρες. Με τη βοήθεια της ρομποτικής οδοντιατρικής οι οδοντίατροι δημιουργούν σήμερα γρήγορα και άμεσα αποκαταστάσεις τέλειας ακρίβειας-εφαρμογής με άριστη αισθητική και βιοσυμβατότητα. Το σύστημα CEREC της γερμανικής εταιρείας Sirona, έχει καταστεί συνώνυμο της ψηφιακής οδοντιατρικής, απολαμβάνοντας μια τεράστια διείσδυση στη διεθνή οδοντιατρική αγορά.

Το «Ο.Β.», στο περιθώριο της επίσκεψής του στο κέντρο καινοτομίας της Sirona στο Bensheim, είχε την χαρά και την τιμή να συνομιλήσει με τον **Dr Wilhelm Schneider**, Αντιπρόεδρο Μάρκετινγκ της Sirona και πρώην Διευθυντή Μάρκετινγκ για τα Συστήματα Απεικόνισης αλλά και ρομποτικής οδοντιατρικής (CAD / CAM), ο οποίος μας μίλησε για τις προοπτικές ανάπτυξης της ψηφιακής οδοντιατρικής, αλλά και για τα επόμενα βήματα της Sirona στον τομέα αυτό.

Της **Ηλιάνας Γιαννούλη** δημοσιογράφου

Το CEREC κυριαρχεί στην CAD /CAM οδοντιατρική για περισσότερα από 30 χρόνια. Η υπολογιστική οδοντιατρική αναπτύσσεται με την ταχύτητα που θέλετε;

Και ναι και όχι. Γνωρίζουμε ότι η Οδοντιατρική είναι μια πολύ παραδοσιακή αγορά. Οι οδοντίατροι σκέφτονται πολύ παραδοσιακά, γνωρίζαμε ότι χρειάζεται περισσότερος χρόνος για να εμπεδωθεί η εκσυγχρονιστική οδοντιατρική τεχνολογία. Δεν περιμέναμε όμως, ότι ο ανταγωνισμός θα χρειαζόταν τόσο πολύ χρόνο για να αναπτυχθεί. Έτσι, τώρα που βλέπουμε ότι ο ανταγωνισμός υπάρχει στον ορίζοντα, μπορούμε να πούμε ότι σε τρία ή τέσσερα χρόνια η αγορά θα «ανοίξει» και στη συνέχεια η τεχνολογία CAD/CAM θα αφορά όλους τους οδοντιάτρους. Αυτό δυστυχώς χρειάστηκε περισσότερο χρόνο απ' ότι περιμέναμε.

Εκτιμάτε, λοιπόν ότι υπάρχει ακόμη μεγάλο περιθώριο ανάπτυξης στη συγκεκριμένη αγορά.

Ναι, απολύτως. Είμαστε μόλις στην αρχή. Θέλω να πω ότι υπάρχουν μερικές αγορές, όπου η διείσδυση φθάνει το 20-25%, αλλά υπάρχουν πολλές αγορές με διείσδυση 1%, 2% ή 3%, οπότε σίγουρα υπάρχουν σημαντικά περιθώρια ανάπτυξης.

Ποια είναι η διείσδυση της CAD /CAM τεχνολογίας στην Ελλάδα;

Μηδέν. Η Ελλάδα βρίσκεται κυριολεκτικά στην αρχή. Υπάρχουν κάποιοι ελάχιστοι καινοτόμοι οδοντίατροι που θα ήθελαν να δουλέψουν με αυτή την τεχνολογία, αλλά μέχρι τώρα η ελληνική οδοντιατρική μοιάζει να είναι αρκετά πίσω σε αυτόν τον τομέα.

Πώς ξέρετε τι θέλουν οι οδοντίατροι από ένα CAD/CAM σύστημα; Μπορείτε να μας πείτε εν συντομία πώς γεννιέται μια νέα ιδέα, ποιοι συμμετέχουν σε αυτή τη διαδικασία, πόσος χρόνος απαιτείται για την υλοποίησή της;

Αυτή είναι μια πολύ δύσκολη ερώτηση. Η μόνη απάντηση είναι ότι εξαρτάται, φυσικά. Αν είναι μια σημαντική εξέλιξη, πολλοί οδοντίατροι από διάφορες χώρες συμμετέχουν, εννοώ ότι ζητάμε τη γνώμη τους για το τι χρειάζονται κατά την εκτέλεση της δουλειάς τους, πώς επιθυμούν να γίνεται η διαχείριση της ροής εργασίας κ.λπ. Πάντα όμως, όταν προσφέρεις καινοτόμες λύσεις, υπάρχει ένας συμβιβασμός. Για παράδειγμα, 20 χρόνια πριν, η τεχνολογία CAD/ CAM ήταν ένας συμβιβασμός μεταξύ του τι το μηχάνημα μπορούσε να κάνει και στο τι μπορούσε να κάνει ο οδοντίατρος. Και έπρεπε να υπάρχει συνεργασία ανάμεσα στο μηχάνημα και τον οδοντίατρο, για την επίτευξη ενός καλού αποτελέσματος, γεγονός που δεν άρεσε σε όλους τους οδοντιάτρους. Τώρα, η τεχνολογία υπάρχει, το μηχάνημα μπορεί να κάνει ό,τι ο τεχνικός το προγραμματίσει να κάνει, και αυτό εξαρτάται από την τιμή του μηχανήματος. Με 100.000 ευρώ έχεις ένα τέλειο μηχάνημα, ενώ με 20.000 δεν έχεις όλες τις λειτουργίες. Σε δέκα-είκοσι χρόνια, όπου η τιμή θα αγγίξει ένα επίπεδο προσιτό στον κάθε οδοντίατρο, τότε η CAD/CAM τεχνολογία θα είναι προσβάσιμη από όλους τους οδοντιάτρους. Αυτός είναι πάντα ο κύκλος ζωής ενός προϊόντος. Στην αρχή λοιπόν, είναι θέμα τεχνολογίας, μετά τιμής και στη συνέχεια είναι κάτι για όλους.

Μπορείτε να μοιραστείτε μαζί μας, ποιο θα είναι το επόμενο μεγάλο βήμα της Sirona στην CAD/CAM τεχνολογία;

Πραγματικά (γέλια) δεν μπορώ να πω. Αυτό που μπορώ να πω, είναι ότι η Sirona εστιάζεται ολοένα και περισσότερο σε ολοκληρωμένες λύσεις, δηλαδή σε λύσεις, όπου διαφορετικά προϊόντα λειτουργούν από κοινού για να επιτευχθεί η σωστή ροή εργασιών για τον οδοντίατρο. Σας δίνω ένα παράδειγμα από την εμφυτευματολογία. Εμείς ονομάζουμε αυτή τη μέθοδο «integrated implantology», όπου το CEREC και οι τρισδιάστατες ακτίνες Χ συνδυάζονται για τη βελτίωση των κλινικών αποτελεσμάτων των εμφυτευμάτων.

Στην αρχή ο βοηθός του οδοντιάτρου παίρνει το ψηφιακό αποτύπωμα μέσω του CEREC, στη συνέχεια γίνεται τρισδιάστατη σάρωση με τη βοήθεια, για παράδειγμα του πανοραμικού ORTHOPHOS XG 3D, και τέλος με τη βοήθεια του λογισμικού οι δύο αυτές απεικονίσεις συνδυάζονται, ώστε να ξεκινήσει ο σχεδιασμός του εμφυτεύματος. Αυτός ο συνδυασμός προσδίδει ένα υψηλό επίπεδο ασφάλειας σε όλη τη διαδικασία. Έχεις λοιπόν, τη δυνατότητα να προχωρήσεις στο σχεδιασμό του εμφυτεύματος βλέποντας πώς θα μοιάζει η στεφάνη, πώς θα προσαρμόζει στο δόντι, έτσι ώστε να γνωρίζεις εκ των προτέρων ποιο θα είναι το τελικό αποτέλεσμα.

40.000
συστήματα CAD/CAM έχουν εγκατασταθεί σε πάνω από 90 χώρες του κόσμου

Το οδοντοτεχνικό σύστημα, inLab, μετρά τις μεγαλύτερες πωλήσεις CAD/CAM στον κόσμο και στην Ελλάδα, τα τελευταία χρόνια

2 στις 3
όλων των CAD/CAM αποκαταστάσεων παγκοσμίως «κόβονται» στα συστήματα CAD/CAM του εργοστασίου SIRONA

28
εκατομμύρια αποκαταστάσεις έχουν τοποθετηθεί συνολικά

8
εκατομμύρια ασθενείς έχουν θεραπευθεί με επιτυχία

Μια αποκατάσταση CEREC τοποθετείται κάθε 10 δευτερόλεπτα

Και υπάρχει πάντα η δυνατότητα να παραγγείλετε ένα χειρουργικό οδηγό, από τη SICAT, τη θυγατρική μας εταιρεία, στον οποίο μπορείτε να βασιστείτε και να προχωρήσετε στο σχεδιασμό, γνωρίζοντας ότι το εμφύτευμα ταιριάζει απόλυτα, το φορτίο του εμφυτεύματος δεν έχει πρόβλημα και ότι το αισθητικό αποτέλεσμα θα είναι καλό. Ακόμη κι αν υπάρχει μια κατάσταση, όπου μπορεί να δημιουργηθεί κάποιο πρόβλημα, το γνωρίζετε εκ των προτέρων και ξέρετε πώς να το χειριστείτε. Αυτό είναι ένα τεράστιο πλεονέκτημα σε σχέση με την παραδοσιακή χειρουργική επέμβαση.

Οι ολοκληρωμένες τεχνολογικές λύσεις είναι πολύ χρήσιμες και μπορείτε να χρησιμοποιήσετε το σύστημα CEREC και για το υπόλοιπο τμήμα της ροής εργασιών. Μπορείτε να κατασκευάσετε μεμονωμένα στηρίγματα, μπορείτε να κατασκευάσετε τις στεφάνες που θα μπουν σε αυτά και όλα αυτά τα πράγματα λειτουργούν μαζί, έτσι ώστε να μπορείτε να έχετε ένα εμφύτευμα σε 1-3 συνεδρίες, ενώ παραδοσιακά θα χρειαζόσασταν 5-7 συνεδρίες. Είναι ένα σημαντικό όφελος τόσο για τον οδοντίατρο όσο και για τον ασθενή. Ο οδοντίατρος μπορεί να λειτουργήσει χωρίς άγχος, μπορεί να εξοικονομήσει χρόνο και ο ασθενής λαμβάνει μια απόλυτα ασφαλή θεραπεία και θα έχει ένα εμφύτευμα με μεγάλη διάρκεια ζωής.

Κι αυτός είναι ο τρόπος με τον οποίο οδηγηθήκαμε στο επόμενο βήμα των ολοκληρωμένων λύσεων, που είναι η ολοκληρωμένη λειτουργία (integrated function). Μπορείτε να πάρετε το ψηφιακό αποτύπωμα με το CEREC, να λάβετε τη 3D απεικόνιση με το πανοραμικό GALILEOS, να παρακολουθήσετε την κίνηση της γνάθου με τη βοήθεια ενός ανιχνευτή κίνησης των γνάθων που προσαρμόζεται στο σύστημα και στη συνέχεια, μπορείτε να δείτε πώς η κάτω γνάθος κινείται, μπορείτε να δείτε τις αρθρώσεις, και εάν ο ασθενής έχει προβλήματα με τις αρθρώσεις του, μπορείτε να το διαγνώσετε πολύ πιο εύκολα, γρήγορα και αποτελεσματικά και να κατασκευάσετε νάρθηκες για να εξαλείψετε τον πόνο και να διορθώσετε την κίνηση της γνάθου. Αυτό αφορά τους ασθενείς που έχουν προβλήματα με τις κροταφογναθικές αρθρώσεις τους και πόνο στους μυς, οι οποίοι δυστυχώς αυξάνονται. Στις ΗΠΑ, περίπου το 30% του πληθυσμού αντιμετωπίζει παρόμοια προβλήματα και δυστυχώς αυτό το πρόβλημα αρχίζει να παρατηρείται και στη Γερμανία, με το 10-15 % του πληθυσμού να υποφέρει από

πόνο στις κροταφογναθικές αρθρώσεις. Είναι η νόσος με την μεγαλύτερη συχνότητα εμφάνισης, μετά την τερηδόνα και τις περιοδοντικές νόσους.
Αυτοί οι ασθενείς μπορούν πραγματικά να βοηθηθούν με τις μεθόδους που προσφέρουμε. Το επόμενο βήμα θα αφορά την μελέτη των αεραγωγών. Ο ειδικός θα μπορεί να αναλύσει τους αεραγωγούς κι αν ο ασθενής αντιμετωπίζει πρόβλημα ροχαλητού ή άπνοια θα προτείνεται η κατάλληλη θεραπεία. Παράλληλα, θα μπορούσαμε να προσφέρουμε ολοκληρωμένες λύσεις για την Ενδοδοντία, να φέρουμε την Ενδοδοντία σε ένα καλύτερο επίπεδο, με μια θεραπεία που είναι ασφαλέστερη και γρηγορότερη. Αυτός είναι ο τρόπος που σκεφτόμαστε και δουλεύουμε.

Τι θα πρέπει να κάνει η Sirona για να διασφαλίσει ότι θα διατηρήσει την πρώτη θέση που καταλαμβάνει παγκοσμίως στην CAD/CAM οδοντιατρική τεχνολογία;

Η διαχείριση του ανταγωνισμού είναι πολύ εύκολη. Όταν βρίσκεσαι σε ανταγωνισμό θα πρέπει να τρέξεις πιο γρήγορα και προς τη σωστή κατεύθυνση. Ή μπορείς να καθορίσεις την κατεύθυνση. Και αυτό είναι που προσπαθήσαμε να κάνουμε μέχρι τώρα. Κατά τη διάρκεια των τελευταίων 30 ετών, έχουμε διαγράψει μια πολύ επιτυχημένη πορεία και είμαστε απολύτως πεπεισμένοι ότι θα παραμείνουμε επιτυχημένοι στο συγκεκριμένο τομέα.
Είναι ένα παιχνίδι γνώσης και χρημάτων. Έχουμε πραγματικά πολλούς νέους μηχανικούς που ξέρουν τι κάνουν, προσλαμβάνουμε νέους επιστήμονες από τα πανεπιστήμια, οι οποίοι είναι εφοδιασμένοι με όλη τη νεότερη γνώση που αφορά στο σχεδιασμό, τη μηχανική και την πληροφορική. Οπότε, η γνώση είναι ο ένας βασικός παράγοντας της επιτυχίας και τα χρήματα που επενδύεις στην έρευνα και την καινοτομία είναι ο δεύτερος σημαντικός παράγοντας. Τα τελευταία επτά χρόνια επενδύσαμε 350 εκατ. στο Τμήμα Έρευνας και Ανάπτυξης. Σαφώς και όλο το ποσό δεν επενδύθηκε μόνο στο CEREC, αλλά σίγουρα ένα πολύ μεγάλο τμήμα αυτού του προϋπολογισμού αφορά την ανάπτυξη high- end τεχνολογίας.

Όταν όμως βλέπεις ότι η αγορά είναι επιφυλακτική απέναντι στο νέο ψηφιακό περιβάλλον της οδοντιατρικής πώς επιτυγχάνεται η ισορροπία μεταξύ του οράματος της καινοτομίας και της μικρής διείσδυσης στην αγορά;

Αν επιχειρήσουμε μια σύντομη αναδρομή στην ιστορία του CEREC, θα δούμε ότι το CEREC 1 απαιτούσε από τον οδοντίατρο πολλή χειρωνακτική εργασία. Αυτό μπορεί να μην ήταν αποδεκτό για πολλούς οδοντιάτρους, αλλά ήταν για αρκετούς, οι οποίοι «χρηματοδότησαν» στην ουσία την επόμενη φάση της ανάπτυξής του. Στην αρχή λοιπόν, διατέθηκαν 3.000-4.000 μονάδες CEREC, τα έσοδα από τις πωλήσεις των οποίων χρησιμοποιήθηκαν για την ανάπτυξη του CEREC 2, το οποίο έφτασε τις 10.000 πωλήσεις και χρηματοδότησε την ανάπτυξη του CEREC 3. Κάθε γενιά χρειάζεται όλο και λιγότερο αλληλεπίδραση με τον οδοντίατρο. Τώρα έχουμε πολλούς οδοντιάτρους μεγαλύτερης ηλικίας, οι οποίοι έχουν τα χρήματα, αλλά δεν είναι τόσο εξοικειωμένοι με τις νέες τεχνολογίες. Η νεότερη γενιά οδοντιάτρων είναι πολύ περισσότερο εξοικειωμένη με την πληροφορική, όλοι έχουν το δικό τους iPad, όλοι χρησιμοποιούν ηλεκτρονικούς υπολογιστές, οπότε γι' αυτούς είναι απολύτως φυσιολογικό να χρησιμοποιήσουν αυτό το λογισμικό στο γραφείο και να δημιουργούν αποκαταστάσεις μέσω υπολογιστή. Έτσι, η νέα γενιά έχει αλλάξει και θα είναι πολύ πιο «ανοιχτή» σε λύσεις πληροφορικής, έτσι ώστε το CEREC να έχει απήχηση σε μεγαλύτερες αγορές.

Ποιο θα ήταν το μήνυμα που θα θέλατε να στείλετε στους αναγνώστες μας, οι οποίοι έχουν ακόμα «δεύτερες σκέψεις» ως προς την επένδυση στην CAD/CAM τεχνολογία;

Το μήνυμα είναι πολύ απλό. Δεν πρέπει να φοβούνται να επενδύσουν. Το αποτέλεσμα είναι τόσο ελκυστικό για τον ασθενή, ώστε να εγγυάται την απόσβεση. Ο οδοντίατρος δεν έχει κανένα κίνδυνο, έχει μόνο οφέλη. Το μόνο που χρειάζεται είναι να αλλάξει τον τρόπο που βλέπει τα πράγματα. Αν ένας οδοντίατρος θέλει να προσφέρει CAD/CAM αποκαταστάσεις, χρειάζεται αυτή την τεχνολογία για να το κάνει και χωρίς να προσφέρεις καινοτόμες λύσεις, δεν πρόκειται κανένας να στις ζητήσει. Πρέπει ο οδοντίατρος να πιστέψει σε αυτή την τεχνολογία και να την προσφέρει στους ασθενείς του.
Πραγματικά, οι ασθενείς είναι λάτρεις αυτής της τεχνολογίας, είναι ενθουσιασμένοι κι αυτό είναι κάτι που το βλέπουμε σε όλο τον κόσμο. Και η διαφήμιση από στόμα σε στόμα είναι ιδιαίτερα αποτελεσματική, καθώς ευχαριστημένοι ασθενείς προτρέπουν νέους ασθενείς να έρθουν στο οδοντιατρείο και να ζητήσουν CAD/CAM αποκαταστάσεις. Ιδιαίτερα στην αρχή, όπου είχαμε σχεδόν 2.000 πελάτες και τους γνωρίζαμε προσωπικά, μας έπαιρναν τηλέφωνο και μας έλεγαν γιατί δεν μας το είχατε πει νωρίτερα, είναι σαν να βρισκόμαστε στον παράδεισο. Είναι ένα τελείως διαφορετικό επίπεδο οδοντιατρικής. Οι άνθρωποι δεν μπορούν να φανταστούν πώς είναι. Φανταστείτε να οδηγείτε ένα παλιό μοντέλο αυτοκινήτου, χωρίς σύστημα πλοήγησης, χωρίς αισθητήρες παρκαρίσματος, δεν ξέρεις τι χάνεις, μέχρι να οδηγήσεις ένα αυτοκίνητο με όλα αυτά τα χαρακτηριστικά. Όταν όμως το οδηγήσεις, δεν το αλλάζεις με τίποτα.
Αυτό είναι το πρόβλημα με αυτό το πεδίο. Αν δεν το ζήσεις στην πράξη, δεν μπορείς να ξέρεις πώς είναι. Και δεν υπάρχει η δυνατότητα προεπισκόπησης. Αν αποφασίσεις ότι θέλεις να δουλεύεις με την CAD/CAM τεχνολογία πρέπει να επενδύσεις σε αυτή, αλλά δεν έχω γνωρίσει ούτε έναν οδοντίατρο που χρεοκόπησε γιατί χρησιμοποιούσε CAD/ CAM συστήματα. Όλοι ήταν απόλυτα κερδισμένοι, σε οδοντιατρικό, σε οικονομικό και σε επαγγελματικό επίπεδο.

Το 2ο Διεθνές Συμπόσιο Αισθητικής και Εμφυτευματικής Οδοντιατρικής «ανοίγει τις πύλες του»

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

Από τις 26 έως τις 28 Ιουνίου 2014 διεξήχθη στη Βαρκελώνη, στο Συνεδριακό κέντρο της Καταλωνίας, το 2ο Διεθνές Συμπόσιο Αισθητικής και Εμφυτευματικής Οδοντιατρικής (2nd International Symposium on Esthetic, Restorative and Implant Dentistry) στο οποίο συμμετείχαν πολλοί, εγνωσμένου κύρους ομιλητές.

Το επιστημονικό πρόγραμμα του συνεδρίου άνοιξε ο **S. Chu**, ο οποίος ανέπτυξε το θέμα *«Διαμόρφωση του προφίλ απόδοσης σε προσωρινές και μόνιμες εμφυτευματικές αποκαταστάσεις»*.

Η διαχείριση των μαλακών ιστών μετά την εξαγωγή είναι υψίστης σημασίας. Ο **M. Steigman** συνιστά τη χρήση του εξαχθέντος φυσικού δοντιού για την στήριξη των μαλακών ιστών. Ο Chu τόνισε ότι η χρήση των δοντιών είναι ανέφικτη, και έχει αναπτύξει ένα προϊόν, πού ήδη κυκλοφορεί σαν shell (κέλυφος). Με την τεχνική αυτή, αναπαράγει τον ανατομικό αυχένα του δοντιού.

Η κατασκευή του κελύφους μπορεί να γίνει με CAD-CAM. Με το shell μπορούμε με ακρυλικό να διαμορφώσουμε ένα προσωρινό abutment, έτσι ώστε να πάρει το σχήμα, προκειμένου να διαμορφωθεί το ιδεώδες προφίλ ανάδυσης, ακόμη κι αν έχουμε τοποθετήσει το εμφύτευμα σε έκκεντρη θέση ως προς το μετεξακτικό φατνίο. Φυσικά, το κέλυφος σταματά και την αιμορραγία και διευκολύνει την επούλωση των ιστών.

Το κέλυφος αυτό το ξαναχρησιμοποιούμε κατά την φάση αποτύπωσης, ενώνοντας τον άξονα αποτύπωσης ανοικτών δισκαρίων με ακρυλικό.

Στην περιοχή των γομφίων είναι πολύ καθοριστική η χρήση του, γιατί μας δίνει τη δυνατότητα να διατηρήσουμε την αρχική ανατομία και να αποφευχθεί η ενσφήνωση τροφών.

Επόμενος ομιλητής ήταν ο **J. Garcia** ο οποίος μίλησε για τον *«Ιδεώδη χρόνο εμφύτευσης»*. Ανάλογα με τον χρόνο, διακρίνουμε την άμεση εμφύτευση, την μεθύστερη (4-8 εβδομάδες μετά την εξαγωγή) και την καθυστερημένη (12-16 εβδομάδες μετά την εξαγωγή).

Στο σημείο αυτό θα πρέπει να υπενθυμίσουμε ότι η σωστή διάγνωση της οστικής ανατομίας ποιότητας του οστού, του πάχους και της υφής των μαλακών ιστών πάντα προηγείται της επιλογής του χρόνου τοποθέτησης.

Επίσης, η θέση του οστού παρειακά των μεσοδόντιων, το σχήμα του δοντιού (τετράγωνο ή τριγωνικό), το πάχος των μαλθακών ιστών και φυσικά η παρουσία προσπεφυκότων ούλων είναι σημαντικά στοιχεία αξιολόγησης. Ο ομιλητής συνιστά την άμεση τοποθέτηση με μη διάνοιξη κρημνών με σκοπό την μη διατήρηση του περιοστέου και του φατνίου.

Ο **D. Haam** αναφέρθηκε στις παραμέτρους μιας αισθητικής αποκατάστασης.

Η αύξηση των προσπεφυκότων οφείλεται στην ορθοδοντική ανατολή, αλλά και στην κάθετη αύξηση της φατνιακής ακρολοφίας. Κατά την ορθοδοντική θεραπεία είναι σημαντικός ο έλεγχος της φλεγμονής για τη δημιουργία οστού. Το οστούν αυτό μετά το τέλος της θεραπείας δεν αναρροφάται και είναι σταθερό.

Αν τοποθετηθεί το bracket αυχενικά, τότε έχουμε μετακίνηση της κοπτικής παρειακά και το αντίθετο, αν τοποθετηθεί κοπτικά.

Σε όλα τα περιστατικά που έδωσε ο ομιλητής παρουσίασε CBCT πριν και μετά την θεραπεία.

Επόμενος ομιλητής ήταν ο **D. Tarnow**, ο οποίος άνοιξε την ομιλία του με όπερα. Η αύξηση του στοματογναθικού συστήματος ολοκληρώνεται στα 16-18 στις γυναίκες και στα 18-21 στους άνδρες.

Ο Daflary (2013) έδειξε ότι σε προσθετικές αποκαταστάσεις με εμφυτεύματα και φυσικά δόντια συχνά ανευρίσκεται αλλαγή θέσης των φυσικών δοντιών λόγω της αύξησης του φατνιακού οστού. Έτσι, έχουμε την υπερφόρτιση λειτουργικά των δοντιών, τη μεγέθυνση των μεσοδόντιων τριγώνων και απώλεια σημείων επαφής. Στη διάρκεια της ζωής μας, η κίνηση εγγύς των γομφίων μπορεί να φθάσει 3-4 mm. Τα εμφυτεύματα δεν μπορούν να παρακολουθήσουν αυτή την φυσιολογική προσαρμοστική κίνηση. Άλλος παράγοντας ασυμμετρίας δοντιών – εμφυτευμάτων είναι η αποτριβή, επίσης σε συνδυασμό με την συνεχή ανατολή των φυσικών δοντιών.

Οι σύνεδροι παρακολούθησαν με αμείωτο ενδιαφέρον το πρόγραμμα του τριήμερου συνεδρίου.

Στιγμιότυπο από την Έκθεση Οδοντιατρικών Ειδών.

Επόμενο θέμα ήταν το platform switching. Το πάχος των κερατινοποιημένων ούλων στον αυχένα είναι καθοριστικής σημασίας στην χρησιμότητα του (Linkevicius T. et al., 2014).

Το τρίτο ζήτημα που απασχόλησε τον ομιλητή ήταν η θεραπεία περιεμφυτευματίτιδας με GBR.

Το τελευταίο θέμα αυτής της εισήγησης ήταν η ιδεώδης άμεση τοποθέτηση σε φρέσκα μετεξακτικά φατνία, χωρίς αναπέταση κρημνού. Από μελέτες (Lee et al., 2014) βασισμένες σε CBCT φαίνεται ότι η χωρίς κρημνούς άμεση τοποθέτηση με γλωσσικότερη φορά και τοποθέτηση μοσχεύματος δίνει προβλέψιμα αποτελέσματα.

Ο **S. Fickl** αναφέρθηκε στη διαχείριση μετεξακτικών φατνίων. Ακόμη και σε flapless εξαγωγές συμβαίνει απορρόφηση 5-7 mm στο 50% των περιπτώσεων παρειακά (Araujo 2005, Schropp 2004).

Ο **F. Amatto** μίλησε για τις παραμέτρους τοποθέτησης εμφυτεύματος στην αισθητική ζώνη. Οι βλάβες κατηγοριοποιούνται σε 3 κατηγορίες ανάλογα με την ποιότητα της ακρολοφίας και του μεσοδόντιου οστού. Η τοποθέτηση του εμφυτεύματος γίνεται,όπως προαναφέρθηκε σε άλλες ομιλίες, γλωσσικά και παρειακά με τοποθέτηση μοσχεύματος μέχρι και την υποστήριξη των μαλακών ιστών.

Ο **Cordaro** (2005) όταν δεν υπάρχει οστικό έλλειμμα παρειακά ή στα μεσοδόντια, συνιστά την ανοικτή επούλωση του εμφυτεύματος, γιατί έτσι επιτυγχάνεται διατήρηση των κερατινοποιημένων ιστών αλλά και των μεσοδόντιων θηλών.

Σε βλάβη τύπου 2, όπου υπάρχει έλλειμμα στο παρειακό πέταλο, θα πρέπει να γίνεται οστική αναγέννηση:

1) σε μικρά ελλείμματα με τοποθέτηση στο φαντίο μοσχεύματος (π.χ. ice cream cone technique).

2) σε μεγαλύτερα με κάποιο μπλοκ ή τεμαχισμένο οστούν αυτογενές σε συνδυασμό με αλλοπλαστικό και μεμβράνη.

3) σε κάποιες περιπτώσεις η ορθοδοντική υπερέκφυση δίνει ιδεώδη και ακροφατνιακή κάθετη και οριζόντια αύξηση ακρολοφίας.

Σε βλάβες τύπου 3 (παρειακά και μεσοδόντια κατεστραμμένα) η λύση είναι πάντα GBR και πάντα σε δύο στάδια η τοποθέτηση (μετά την GBR).

Οι αδελφοί **Zabalegui B. & I.** είχαν την πρώτη ομιλία της Παρασκευής με θέμα *«Ενδοδοντικές και Περιοδοντολογικές βλάβες»*.

Η Ενδοδοντία, συντηρητική ή χειρουργική είναι σήμερα ο αντίλογος στην εξαγωγή της τοποθέτησης εμφύτευσης, αλλά σε απουσία του παρειακού πετάλου γίνεται απρόβλεπτη.

Σε περίπτωση κακής πρόγνωσης εξάγουμε το δόντι και τοποθετούμε, γλωσσικά το εμφύτευμα, αφήνοντας χώρο 2 mm από το παρειακό πέταλο. Ο ομιλητής όμως προτείνει αντί για πλήρωση με μόσχευμα του κενού, κρημνό μοριακού πάχους παρειακά και μόσχευμα ή μεμβράνη ώστε να καλύψουμε το φατνίο.

Ο I. Zabalegui τόνισε ότι διαφωνεί με το θεραπευτικό πρωτόκολλο κατά το οποίο δεν απομονώθηκε το κενό με μεμβράνη ή μόσχευμα, γιατί τελικά οδηγεί σε υφίζηση του παρειακού κρημνού.

Επόμενος ομιλητής ήταν ο **C. Hammerle** από την Ελβετία. Στην Ελβετία κάθε χρόνο λαμβάνουν χώρο 400.000 εξαγωγές. Παρά ταύτα, η γνώση της φυσιολογίας της επούλωσης του μετεξακτικού φατνίου είναι ελλιπής με αποτέλεσμα λανθασμένα σχέδια θεραπείας.

Μετά την εξαγωγή συμβαίνει 1-2 mm απώλεια σε κάθετη διάσταση της πρώτης βλάβης και 3,5-4 mm απώλεια σε οριζόντιο επίπεδο μετά από 6-7 μήνες (Simion Araujo, Hammerle), περίπου το 50% του όγκου της αρχικής φατνιακής απόφυσης. Η άμεση τοποθέτηση εμφυτεύματος αν συνοδεύεται από GBR μειώνει την απώλεια στο 17-20%.

Ο Hammerle είναι επιφυλακτικός με την άμεση εμφύτευση, ιδίως σε περιοχές υψηλής αισθητικής ή λεπτού βιότοπου ή υψηλής γραμμής γέλωτος.

Ο Hammerle έδειξε περιστατικά μονήρους νωδότητος, τα οποία απεκατέστησε με γέφυρες Maryland από ζιρκόνιο, τονίζοντας ότι έχουν καλή πρόγνωση και είναι ατραυματικές, με απαραίτητη προϋπόθεση τη διατήρηση του μετεξακτικού φατνίου. Η διατήρηση του φατνίου είναι ιδιαίτερα επιβεβλημένη στην περιοχή του ιγμορείου. Εκεί, η εξαγωγή δοντιού οδηγεί σε αύξηση του όγκου των ιγμορείων εις βάρος της ακρολοφίας.

Ο **Ueli Grunder** ανέπτυξε το θέμα *«GBR , η απαραίτητη παράμετρος για καλή πρόγνωση του εμφυτεύματος και των μαλακών ιστών»*. Ο Grunder τόνισε ότι η ουσία στην GBR δεν είναι το οστικό μόσχευμα, αλλά η μεμβράνη που δημιουργεί τον χώρο και αποκλείει τα επιθηλιακά κύτταρα. Παράλληλα, υπογράμμισε ότι από το 1990 στην GBR, και γενικά στην εμφυτευματολογία, ελάχιστα πράγματα έχουν αλλάξει, με πιο σημαντικά τη διάγνωση (CBCT) και την τάση να είμαστε λιγότερο επεμβατικοί με τον ασθενή. Επίσης, συνέστησε την αποφυγή των «γρήγορων» τεχνικών, γιατί όλες οι βιολογικές αποκαταστάσεις απαιτούν χρόνο.

Ο **H. Zadeh** αναφέρθηκε στη «μετάβαση από τα δόντια στα εμφυτεύματα».

Η κατάσταση του παρειακού πετάλου επηρεάζει

Νέο

Adhese® Universal

Ο συγκολλητικός παράγοντας για όλες τις χρήσεις

Όλα με ένα κλικ...
Μέχρι 190 φορές.

Αυτο-αδροποίηση

Επιλεκτική αδροποίηση

Ολική αδροποίηση

Άμεσα

Έμμεσα

Καθολική συγκόλληση σε προχωρημένη συσκευασία

- **ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗ ΣΥΣΚΕΥΑΣΙΑ** – μέχρι 190 εφαρμογές σε μονήρη δόντια ανά VivaPen®*
- **ΚΑΘΟΛΙΚΗ ΧΡΗΣΗ** – για όλες τις τεχνικές συγκόλλησης και αδροποίησης
- **ΠΡΟΒΛΕΨΙΜΑ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ** – υψηλή αντοχή δεσμού σε οδοντίνη και αδαμαντίνη

* Διαθέσιμα στοιχεία κατόπιν αιτήσεως

www.ivoclarvivadent.gr

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 / 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

σημαντικά την έκβαση και την πρόγνωση της άμεσης εμφύτευσης. Η διατήρηση του μετεξακτικού φατνίου σήμερα θεωρείται ότι προλαμβάνει την GBR σε δεύτερο σκοπό. Έτσι προσεχώς, αντί για την μεμβράνη που χρησιμοποιείται στην κλασική τεχνική του Tarnow ice cone, θα λάβει FDA άδεια η συσκευή cage (κλωβός) που θα είναι από υλικό απορροφήσιμο σε 5-6 μήνες με ειδικό σχήμα απώθησης του παρειακού κρημνού.

Η τεχνική VISTA (τομή στην ουλοπαρειακή για δημιουργία τούνελ) δίνει τη δυνατότητα χρήσης απλής μεμβράνης ή CTG χωρίς συρρίκνωση ή δημιουργία υφίζησης ή ουλών του παρειακού κρημνού. Ο βιότυπος των μαλακών ιστών δεν επηρεάζει την επούλωση του φατνίου ή την έκβαση των εμφυτευμάτων. Ο βιότυπος σχετίζεται όμως με το ύψος του αυχένα των μαλθακών ιστών στα εμφυτεύματα.

Παράμετρος απώλειας οστού είναι η διάμετρος του μετεξακτικού φατνίου (Sanz 2009). Επομένως, και η μεγαλύτερη διάμετρος του εμφυτεύματος στην άμεση εμφύτευση σχετίζεται με μεγαλύτερη απώλεια εμφυτεύματος. Αντίθετα, η γλωσσικότερη τοποθέτηση του εμφυτεύματος οδηγεί σε κέρδος διαστάσεων στο οστούν (Tomasi et a., 2010). Η ιδεώδης θέση είναι 2 mm υπερώια και 1 mm κάτω από την παρυφή του οστού. Αν η προσθετική αποκατάσταση επιτρέπει τοποθέτηση 4 mm υπερώια και ισοϋψώς με την ακρολοφία έχει παρόμοια πρόγνωση.

Ακολούθησε η ομιλία της **Sonia Leziy** με θέμα «αισθητική των περιεμφυτευματικών ιστών και σταθερότητα του αποτελέσματος». Στο 90% των φυσικών προσθίων της άνω γνάθου η ρίζα ευρίσκεται παρειακά και το παρειακό πέταλο είναι μικρότερο του 1mm. Η διατήρηση ριζών (όπου είναι εφικτό) ακόμη και υπουλικά, συμβάλλει στην διατήρηση των διαστάσεων της φατνιακής απόφυσης. Επιπλέον, η διατήρηση της ακρολοφίας συμβάλλει στις διαστάσεις των μεσοδόντιων θηλών. Η ιδεώδης απόσταση από το φυσικό δόντι (σημείο επαφής) θα πρέπει να είναι -4,5 mm, ενώ εμφύτευμα – εμφύτευμα -3,5 μμ και εμφύτευμα – πρόβολο -5,5 μμ προκειμένου να έχουμε μεσοδόντια θηλή.

Μια νέα μεμβράνη απορροφήσιμη, αλλά σκληρής υφής (Sonic Weld) έχει ανάλογα αποτελέσματα με τις PTFE ενισχυμένες με τιτάνιο, δίνοντας στην GBR τις απαιτούμενες διαστάσεις.

Η πάχυνση των μαλακών ιστών είναι επίσης απαραίτητο στάδιο της GBR. Το μόσχευμα CTG είναι προτιμότερο να λαμβάνεται από την υπερώα, καθώς η λήψη από το γναθιαίο κύρτωμα μπορεί να έχει λιγότερο λίπος, αδένες και νευρικές ίνες και καλύτερη ποιότητα συνδετικού ιστού, αλλά δημιουργεί ευκολότερα χειλοειδές. Σημαντικό στοιχείο της διατήρησης των μαλακών ιστών είναι η μη αναπέταση κρημνού, η διατήρηση άθικτων μεσοδόντιων θηλών και η χρήση ιδεώδους προφίλ ανάδυσης της προσωρινής.

Αναφορικά με τα abutment, σήμερα που το CAD-CAM έχει κάνει μόδα τα abutments ζιρκονίας (π.χ. Atlantis) θα πρέπει να γνωρίζουμε ότι έχουν μεγάλο ποσοστό καταγμάτων. Τα όρια της στεφάνης θα πρέπει να ευρίσκονται 1 mm ενδοσχισμικά για περιορισμό περιεμφυτευματικών προβλημάτων και περίσσειας κονίας.

Ο **S.Vella** αναφέρθηκε στα όρια της προσθετικής αποκατάστασης στα εμφυτεύματα, αλλά και στα φυσικά δόντια. Το βιολογικό εύρος λειτουργικά είναι η μορφολογική οργάνωση ιστών που απομονώνουν τον οργανισμό από το μολυσματικό στοματικό περιβάλλον.Ημιδεσμοσωμάτια βρίσκονται προσκολλημένα στην επιφάνεια του αυχένα του εμφυτεύματος. Ο συνδετικός ιστός ανευρίσκεται κάτω από την 1η σπείρα.

Τα κωνικά abutments χωρις προφίλ ανάδυσης επιτρέπουν καλύτερη πρόσφυση των ινών κολλαγόνων γύρω από το abutment. Το προφίλ ανάδυσης στην περίπτωση αυτή διαμορφώνεται από την πρόσθεση. Σήμερα υπάρχουν κωνικά abutments με επιφάνειες που ευνοούν ακόμη περισσότερο την πρόσφυση των ινών (microthreads, laserlock).

Στην επόμενη εισήγηση, ο **N. Bichacho** αναφέρθηκε στην αποκατάσταση απωλεσθέντων δοντιών.Στο 1980, οι Heyenberg, Kois, Spear, Bichancho για να κρατήσουν τη μορφολογία των μαλακών ιστών μετά την εξαγωγή, εφήρμοζαν την μύλη των εξαχθέντων δοντιών στα φατνία τους σαν προσωρινές αποκαταστάσεις. Σήμερα, η διατήρηση του όγκου και της μορφολογίας γίνεται με οστικά μοσχεύματα και άλλες τεχνικές. Παρ' όλα αυτά η βάση της εμφυτευματολογίας είναι η ίδια και θα πρέπει να σταματήσει η προσπάθεια για γρήγορη και επιπόλαιη διαχείριση των περιστατικών. Η χαλάρωση των πρωτοκόλλων συνέβαλε στην επιδείνωση και τα αυξανόμενα ποσοστά περιεμφυτευματίτιδας. Ο Bichacho τόνισε ότι ποτέ δεν έπαψε να είναι επιστημονικά σωστή και απόλυτα αποδεκτή η εναλλακτική λύση της γέφυρας (κλασσικής ή Maryland) αντί για την εμφύτευση.

Το πρωί του Σαββάτου, ο **S. Duarte** αναφέρθηκε στις τεχνικές αποκατάστασης με συγκόλληση. Ο Διευθυντής του Restorative Department στο USC τόνισε ότι θα πρέπει να προσπαθούμε να διατηρήσουμε τα φυσικά δόντια με τις ελάχιστες δυνατές παρεμβάσεις και αποκαταστάσεις.

Οι συντηρητικές αποκαταστάσεις γίνονται είτε με ρητίνη είτε με υαλοκεραμικές όψεις μικρού πάχους(έως και 0,1 mm) χωρίς παρασκευή. Πάντα, προηγείται το διαγνωστικό κέρωμα για αποφυγή σφαλμάτων κατά το τρόχισμα.

Μεγάλη προσοχή θα πρέπει να δίνεται στην διατήρηση του φιλμ συγκολλητικού παράγοντα <50 μm ιδεωδώς στα 10-20 μm και φυσικά συνιστάται η χρήση νανοϋβριδικών ρητινών για καλύτερη προσαρμογή στα όρια της επιφάνειας.

Τα κεραμικά – πολυμερή έχουν τις ιδιότητες της πορσελάνης στην πραγματικότητα όμως, είναι πολυμερή (86% feldspathic ceramic και 14% πολυμερή). Το πολυμερές περικλείει – τα σωματίδια του οξειδίου του πυριτίου και της ζιρκονίας.

Σε συγκόλληση στα βαθύτερα χρώματα οδοντίνης θα πρέπει η διαδικασία της συγκόλλησης να γίνεται γρήγορα, γιατί ο πολφός υγραίνει συνεχώς τα στρώματα της οδοντίνης. Συνιστάται επίσης, η εφαρμογή περισσότερων στρωμάτων συγκολλητικού παράγοντα (3-4 εφαρμογές).

Τα ενισχυμένα υαλοκεραμικά συστήματα (π.χ. press/max ,e-max) έχουν το μεγαλύτερο κομμάτι στην αισθητική οδοντιατρική. Το CAD-CAM έχει δώσει μάλιστα νέες δυνατότητες και εφαρμογές στα νέα αυτά υλικά.

Ο **M. Bergler** αναφέρθηκε στα CAD-CAM και ει-

δικά στις δυνατότητες και τους περιορισμούς.

Ο **R. Winter** αναφέρθηκε σε παραμέτρους επιτυχίας των ολοκεραμικών αποκαταστάσεων. Τα κεραμικά χυτεύσιμα ή με CAD/CAM, λευκίτη ή lithium discilicate έχουν κερδίσει την αγορά σε σχέση με τα κλασικά feldspathic, όσον αφορά στο τεχνικό μέρος και το κόστος. Ο H.Gehrt (2013) σε μελέτη κεραμικών (E-Max, lithium discilicate) βρήκε ποσοστά επιτυχίας 43-100% (5-10 χρόνια). Ο τρόπος συγκόλλησης της στεφάνης, δεν επηρεάζει την τελική αντοχή. Σε γέφυρες, η επιτυχία πέφτει στο 70% (5-10 χρόνια). Αποτρίβεται, όπως η αδαμαντίνη. Στο e-max, το βάθος της παρασκευής ποικίλλει ανάλογα με την μεταβολή του χρώματος που επιδιώκουμε.

Ο **W. Chee** μίλησε για εμφυτευματικές αποκαταστάσεις ζιρκονίας.

Στις ολικές αποκαταστάσεις είναι σκόπιμο να τοποθετούμε αρκετά εμφυτεύματα, ώστε η πρόθεση να είναι μονοκόματη, για καλύτερη εφαρμογή.

Οι σκελετοί από ζιρκονία έχουν μεγαλύτερη παραμόρφωση (Reich et al., 2008) όσο αυξάνεται ο αριθμός των στηριγμάτων (από 55-77 μm). Για την ελαχιστοποίηση των καταγμάτων, η ελάχιστη διάσταση της ζιρκονίας αυχενικά θα πρέπει να είναι >3mm, παρειογλωσσικά 2mm και οι μεσοδόντιοι σύνδεσμοι 3-4 mm.

Παρ' όλα αυτά συμβαίνουν κατάγματα και ιδιαίτερα, αν δεν έχουν μεταλλικές βάσεις έδρασης στο εμφύτευμα. Για τον λόγο αυτό αλλά και για αντιστάθμιση της μεγάλης παραμόρφωσης του σκελετού συγκολλούμε μεταλλικούς κυλίνδρους που προκαλούν μεν προβλήματα ακρίβειας, αλλά ταυτόχρονα δίνουν αντοχή στην πρόθεση.

Ο **J. Sorensen** αναφέρθηκε κι αυτός με τη σειρά του στην τεχνολογία των κεραμικών.

Ο **T. Testori** αναφέρθηκε στο προσφιλές του θέμα, την άμεση φόρτιση, και έδειξε ένα πολύ εντυπωσιακό 3D video άμεσης εμφύτευσης / φόρτισης στην αισθητική ζώνη, ενώ ανέπτυξε τις παραμέτρους για την ιδεώδη επιλογή ασθενούς.

Στη συνέχεια τον λόγο έλαβε ο **L. Cordaro** που προσπάθησε να δείξει εναλλακτικά σχέδια θεραπείας για νωδούς ασθενείς. Σε ατροφικές ακρολοφίες και ηλικιωμένους ασθενείς προκειμένου να μην προβούμε σε πολλαπλές GBR με ταλαιπωρία του ασθενούς, η λύση της επένθετης οδοντοστοιχίας θα πρέπει να είναι μια από τις επικρατούσες λύσεις.

Τελευταία ομιλία ήταν η πολυαναμενόμενη ομιλία του **G. Zuccheli** με θέμα «εξέλιξη της ψηφιακής τεχνολογίας στην οδοντιατρική».

Η κάλυψη με μαλακούς ιστούς αισθητικών προβλημάτων σε εμφυτεύματα είναι προβλέψιμη, αλλά υπό προϋποθέσεις. Σε καλά οστεοενσωματωμένα εμφυτεύματα που έχουν λεπτό βιότυπο, αλλά και σε περιστατικά που η λανθασμένη παρειογλωσσική θέση έχει δημιουργήσει προβλήματα υφίζησης, τότε με καλή σχεδίαση της πλαστικής κάλυψης και του CTG είναι εφικτή η διόρθωση της.Συχνά είναι επιβεβλημένη η αλλαγή της στεφάνης ή και του abutment, ώστε να επιτραπεί η καλύτερη δόμηση των ιστών και του προφίλ απόδοσης. Το 3D video που έδειξε ήταν πολύ κατατοπιστικό και φυσικά δεν παρέλειψε ο εξαίρετος ομιλητής να παρουσιάσει και περιστατικό από κάλυψη υφιζήσεων σε φυσικά δόντια.

Το συνέδριο ήταν εξαιρετικό με πολύ ενδιαφέρουσες ομιλίες, διεθνείς ομιλητές και πολλούς συνέδρους από διάφορα μέρη του κόσμου. Βέβαια, ήταν αναμενόμενη η επιτυχία, καθώς ο εκδοτικός οίκος «Quintessence» έχει συνεργαστεί με πολυάριθμα, τεράστια «ονόματα» στο χώρο της Οδοντιατρικής. Αξίζει όμως, να σταθούμε και στον τόπο διοργάνωσης του συνεδρίου, την Βαρκελώνη, η οποία χάρη στην πλούσια πολιτιστική της κληρονομιά, τα εντυπωσιακά μουσεία (Picasso, Miro, Gauddi), την εξαιρετική αρχιτεκτονική των κτισμάτων της και την έντονη ζωή της, έδωσε τη δική της, ξεχωριστή πινελιά, σε ένα πολύ επιτυχημένο συνέδριο, που θα μείνει αξέχαστο στους συνέδρους.

ΔΙΑΚΡΑΤΙΚΗ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ στα ΕΜΦΥΤΕΥΜΑΤΑ - ΧΕΙΡ. ΣΤΟΜΑΤΟΣ
Οδοντικά (Ενδοστικά) & Ενδοδερμικά (Botox-Υαλουρανικό)

Συνεργασία με κορυφαίους Επιστήμονες & Κλινικές ΕΛΛΑΔΑΣ - ΓΕΡΜΑΝΙΑΣ - ΑΥΣΤΡΙΑΣ - ΑΜΕΡΙΚΗΣ

ΕΜΦΥΤΕΥΜΑΤΑ ΒΗΜΑ - ΒΗΜΑ, με ΟΛΕΣ τις ΝΕΕΣ ΕΞΕΛΙΞΕΙΣ
ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ - ΠΡΟΣΘΕΤΙΚΗ - ΠΕΡΙΟΔΟΝΤΟΛΟΓΙΑ
Ιδιαίτερη βαρύτητα στην ΠΡΑΚΤΙΚΗ ΑΣΚΗΣΗ

Η ΓναθοΠροσωπική Χειρουργική Κλινική της Ιατρικής Σχολής του Παν/μίου Αθηνών
Η Ελληνική Εταιρεία Οδοντικών Εμφυτευμάτων – Βιοϋλικών (Ε.Ε.Ο.Ο.Γ.Ε.Β) μαζί με Κορυφαίες Κλινικές & Επιστήμονες του Εξωτερικού
συνεργάζονται στο νέο **Διακρατικό Πρόγραμμα** για εκπαίδευση στα **ΕΜΦΥΤΕΥΜΑΤΑ** & στη **ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ** του **ΣΤΟΜΑΤΟΣ**.
Διδάσκουν & ξένοι Καθηγητές.

Παρέχεται: • Υλικό μελέτης στα ελληνικά και Βίντεο χειρουργείων.
• Δυνατότητα τοποθέτησης εμφυτευμάτων από τους σπουδαστές. • Εκπαίδευση στη Χειρ. Στόματος

Διάρκεια Σεμιναρίων: Εξάμηνη, κάθε Τετάρτη ή/και Σάββατο (23 ημέρες)
Κόστος Συμμετοχής: 7-10.000 € με δυνατότητα διακανονισμού
Αποστείλατε Όνομα & Τηλέφωνο, (Σταθερό & Κινητό) & στα δύο Fax: 210-6443803, 210-5831545
Περιορισμένος αριθμός με σειρά προτεραιότητας
Δείτε το SITE: **www.med.uoa.gr/~lvairakt** **Επικοινωνία: 210-6930280**

ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ
ΧΩΡΙΣ ΜΕΤΑΛΛΑ

Οδοντοτεχνικό Εργαστήριο
Γονατίδης Αναστάσιος
www.dental-designs.net
email: a.gonatidis@gmail.com
Τηλ.: 2107799483

Ιδανικό για όσους φοβούνται τις ενέσεις και τον τροχό ή δεν διαθέτουν την οικονομική άνεση ή τον χρόνο για άλλες πολυδάπανες και χρονοβόρες λύσεις, το Click smile προσφέρει τέλεια και μόνιμη αισθητική αποκατάσταση. Μπορεί να εφαρμοστεί όμως και ως μεταβατική λύση, μέχρι την υλοποίηση άλλων επιλογών σε δεύτερο χρόνο.

www.dental-designs.net

www.dental-designs.net

Οι πορσελάνες IPS e.max Press προσφέρουν την ύψιστη αισθητική ποιότητα και αντοχή, χωρίς την χρήση μετάλλου. Διαθέτουν βιοσυμβατό κεραμικό σκελετό από διπυριτικό λίθιο, προσφέροντας την εφαρμογή, λειτουργικότητα και αντοχή που αναμένεται από τον ασθενη και τον Ιατρό. Μια επιπλέον ιδιαίτερη ιδιότητά τους είναι η εξαιρετική αντοχή στην κάμψη (400 MPa).

Το εργαστήριό μας διαθέτει πολύχρονη εμπειρία και εξειδίκευση, με ιδιαίτερη έμφαση στην επίτευξη ενός άψογου αισθητικού και λειτουργικού αποτελέσματος, στοιχείο που αποτελεί το σήμα κατατεθέν μας.

Η ζιρκονία είναι ένα υλικό με πολύ καλή βιοσυμβατότητα, ξεχωρίζει δε για το υψηλό μέτρο ελαστικότητας, τη σκληρότητα και την χημική σταθερότητά της. Ικανοποιεί σε σημαντικό βαθμό την διαχρονική προσπάθεια αντικατάστασης τού μετάλλου στις προσθετικές αποκαταστάσεις.

Η πολύχρονη εμπειρία και υψηλή τεχνογνωσία που έχει αναπτυχθεί στο εργαστήριό μας, επιτρέπει την επίτευξη ενός τελικού αισθητικού αποτελέσματος, ισάξιου με εκείνου των ολοκεραμικών προσθετικών αποκαταστάσεων.

www.dental-designs.net

www.dental-designs.net

Οι θερμοπλαστικές ρητίνες είναι ιδανικές για την κατασκευή μόνιμων προσθετικών αποκαταστάσεων και όχι απλά ως μεταβατικό στάδιο προς μια μονιμότερη λύση.

Οι φυσικοχημικές τους ιδιότητες καθώς και τα μηχανικά χαρακτηριστικά των υπέρ-πολυαμιδικών πολυμερών θερμοπλαστικών με το σύστημα Thermopress 400, εξασφαλίζουν βιοσυμβατότητητα, ελαστικότητα και υποαλλεργικές ιδιότητες. Επιπλέον, καθώς δεν απαιτείται καθόλου η χρήση μετάλλων, απουσιάζει πλήρως η συνήθης μεταλλική γεύση η οποία ενοχλεί τους ασθενείς, με ταυτόχρονη βολική, ελαφριά και φυσική εφαρμογή, η οποία γίνεται αμέσως ευχάριστα αντιληπτή από αυτούς.mm

Λειτουργικός, καινοτόμος και κομψός σχεδιασμός

Η συσκευή φωτοπολυμερισμού Bluephase Style κερδίζει το χάλκινο βραβείο

Η συσκευή φωτοπολυμερισμού Bluephase Style κέρδισε το χάλκινο βραβείο σε έναν από τους πιο καθιερωμένους διαγωνισμούς σχεδίου στον κλάδο της ιατρικής τεχνολογίας.

Ο νικητής του χάλκινου βραβείου στα «Βραβεία Αριστείας Ιατρικού Σχεδιασμού 2014», το Bluephase Style.

Με το χάλκινο βραβείο των εγνωσμένου κύρους «Βραβείων Αριστείας Ιατρικού Σχεδιασμού 2014» (Medical Design Excellence Awards 2014), η συσκευή φωτοπολυμερισμού Bluephase Style κατέχει μια από τις πρώτες θέσεις στην κατηγορία «Οδοντιατρικά Εργαλεία, Εξοπλισμός και Αναλώσιμα». Κριτήρια για την αξιολόγηση του προϊόντος ήταν ο βαθμός της τεχνολογικής καινοτομίας, καθώς και η σχεδιαστική και αναπτυξιακή εξέλιξή του. Επιπλέον, συνεκτιμήθηκαν ο ασθενής και τα οικονομικά οφέλη, καθώς και η συμβολή του στο σύστημα υγείας.

Το Bluephase® είναι σήμα κατατεθέν της Ivoclar Vivadent AG.

Teethmate™ Desensitizer

Το καταξιωμένο αμερικανικό επιστημονικό περιοδικό «Clinicians Report» πρόσφατα αξιολόγησε πολύ θετικά το Teethmate™ Desensitizer. Επιγραμματικά, το συμπέρασμα της αξιολόγησης είναι ότι «το 70% από τους 23 αξιολογητές δήλωσαν ότι θα εντάξουν το Teethmate™ Desensitizer στο ιατρείο. Το 70% των αξιολογητών βαθμολόγησαν το Teethmate™ Desensitizer είτε ως εξαιρετικό είτε ως καλό και εκτιμούν ότι αξίζει οι οδοντίατροι να το δοκιμάσουν».

Αν επιθυμείτε να διαβάσετε το πλήρες άρθρο μπορείτε να επικοινωνήσετε με την εταιρεία Ιωάννης Τσαπράζης, email: info@tsaprazis.gr ή στο τηλ. 210 7716416.

Στεφάνη CAD/CAM για τη βασίλισσα της ζούγκλας!

Το οφέλη των CAD/CAM αποκαταστάσεων που πραγματοποιούνται με τη βοήθεια του μηχανήματος CEREC της Sirona, μπορούν να απολαμβάνουν πλέον και τα ζώα. Η **Naomi**, μια 12χρονη λέαινα από την Αφρική, η οποία φιλοξενείται στο ζωολογικό κήπο της Δανίας, Ree Park Safari, μπορεί να υπερηφανεύεται ότι έγινε το πρώτο ζώο παγκοσμίως που έχει στη στοματική της κοιλότητα CAD/CAM αποκαταστάσεις. Η κτηνιατρική ομάδα βρέθηκε αντιμέτωπη με μια σειρά προκλήσεων όταν κλήθηκε να θεραπεύσει την Naomi, η οποία είχε πρόβλημα σε έναν από τους σελινόδοντες (carnassials). Τα ενήλικα λιοντάρια δεν μπορούν να βρίσκονται υπό αναισθησία για περισσότερο από δύο με τρεις ώρες, πράγμα που σήμαινε ότι η διαδικασία έπρεπε να ολοκληρωθεί σε αυτό το χρονικό διάστημα.

Ο κτηνίατρος Vet Jens Ruhnau προσφέρει ιατρική φροντίδα στην Naomi.

Η προσομοίωση της στεφάνης της λέαινας στο λογισμικό CEREC.

Καθώς η εξαγωγή ενός τόσο μεγάλου δοντιού είναι δύσκολη και δεδομένου ότι τα λιοντάρια χρειάζονται τους σελινόδοντες για να μπορούν να δαγκώνουν τη λεία τους, επιλέχθηκε η λύση της ενδοδοντικής θεραπείας και στη συνέχεια τοποθετήθηκε στο δόντι στεφάνη. Η μέθοδος CEREC έδωσε τη δυνατότητα η θεραπεία να ολοκληρωθεί επιτυχώς και σε μια μόνο συνεδρία. *«Η αναισθησία είναι πολύ επώδυνη για τα άγρια ζώα. Δυστυχώς ήταν αναπόφευκτη για την ενδοδοντική θεραπεία, αλλά δεν θέλαμε να υποβάλλουμε τη Naomi και για δεύτερη φορά σε αναισθησία προκειμένου να τοποθετήσουμε τη στεφάνη»*, δήλωσε ο κτηνίατρος **Jens Ruhnau**, ο οποίος ηγήθηκε της θεραπευτικής διαδικασίας. Η Naomi ανάρρωσε από την εγχείρηση γρήγορα και χωρίς επιπλοκές.

Τεχνολογία αιχμής για τα άγρια ζώα

Η θεραπεία μιας τόσο μεγάλης γάτας αποδεικνύει την καθολικότητα του CEREC. *«Το σαφές πλεονέκτημα από τη χρήση του CEREC δεδομένου ότι απαιτεί μόνο μία συνεδρία για τη λήψη του ψηφιακού αποτυπώματος του δοντιού και εν συνεχεία της κατασκευής της αποκατάστασης είναι σημαντικό όχι μόνο για τους ανθρώπους»*, δήλωσε η κ. **Birgit Möller**, Επικεφαλής Διαχείρισης Προϊόντων στον τομέα CEREC, στην Sirona. Μετά την επιτυχή ολοκλήρωση της θεραπείας, όλοι όσοι συμμετείχαν ένιωσαν ανακούφιση. *«Ήταν μια συναρπαστική διαδικασία και είμαι βέβαιος ότι δεν θα είναι η τελευταία φορά που χρησιμοποιούμε τεχνολογία αιχμής, όπως το CEREC, για τη βελτίωση της ζωής των ζώων μας»*, δήλωσε ο κ. **Jesper Stagegaard**, Διευθυντής του Ree Park.

Μεγάλο ενδιαφέρον για την IDS 2015

Για άλλη μια φορά περισσότεροι από 2.000 εκθέτες αναμένεται να «δώσουν το παρών» στη Διεθνή Οδοντιατρική Έκθεση στην Κολωνία – την κορυφαία εμπορική διοργάνωση της οδοντιατρικής βιομηχανίας-, όπως άλλωστε επιβεβαιώνεται από τις άριστες κριτικές των συμμετεχόντων στην IDS του 2013.

Ήδη έχουν αρχίσει οι ετοιμασίες για την 36η Διεθνή Οδοντιατρική Έκθεση, η οποία θα πραγματοποιηθεί από τις 10 έως και τις 14 Μαρτίου 2015 στην Κολωνία. Παρ' όλο που υπάρχει ακόμα αρκετός χρόνος μέχρι την υλοποίηση της έκθεσης, αρκετές επιχειρήσεις έχουν επικοινωνήσει με την διοργανώτρια εταιρεία Koelnmesse, εκφράζοντας το ενδιαφέρον τους να συμμετάσχουν με περίπτερο στην έκθεση.

Όπως και στις προηγούμενες διοργανώσεις, η IDS θα καταλαμβάνει έναν εκθεσιακό χώρο 150.000 τετραγωνικών μέτρων. Η πρώτη ημέρα της εμπορικής έκθεσης (10 Μαρτίου 2015) θα είναι και πάλι αφιερωμένη στους εμπόρους, δίνοντας τη δυνατότητα σε όλα τα ενδιαφερόμενα μέρη να παρακολουθήσουν συζητήσεις για τις πωλήσεις στα περίπτερα των εκθετών.

Η επιτυχημένη προσθετική ή εμφυτευματολογική θεραπεία απαιτεί την εντατική συνεργασία μεταξύ οδοντιάτρου και οδοντοτεχνίτη από τα πρώιμα στάδια του σχεδίου θεραπείας. Αυτή η συνεργασία και οι προοπτικές ανάπτυξής της, όπως διαμορφώνονται από τις καινοτόμες ανακαλύψεις νέων υλικών και τεχνικών θα βρεθούν στο επίκεντρο της IDS 2015.

Η συνεργασία των δύο μερών- οδοντιάτρου και οδοντοτεχνίτη-υποστηρίζεται από ένα πλήθος νέων εξελίξεων στην οδοντιατρική βιομηχανία, όπως το νέο βελτιωμένο λογισμικό CAD/CAM και η αυξανόμενη διασύνδεσή του με συστήματα επεξεργασίας ψηφιακών εικόνων σε συνδυασμό με διάφορα καινοτόμα υλικά που επιτρέπουν εναλλακτικές διαδικασίες κατασκευής. Για παράδειγμα, ένα σύγχρονο λογισμικό σχεδιασμού επιτρέπει την υπολογιστικά υποβοηθούμενη παραγωγή, π.χ. πρότυπα διάτρησης για καθοδηγούμενη εμφυτευματολογία ή εμφυτεύματα κατασκευασμένα με τη χρήση CAD/CAM συστημάτων. Αυτές οι μέθοδοι προσφέρουν τεράστια ακρίβεια στην δημιουργία εμφυτευματικών και προσθετικών αποκαταστάσεων, ενώ επιτρέπουν από την αρχή την συμμετοχή του ασθενούς κατά τον σχεδιασμό των οδοντικών προσθέσεων. Κατά συνέπεια, το αποτέλεσμα είναι μιας υψηλής ποιότητας οδοντική πρόσθεση που ανταποκρίνεται απόλυτα στις ατομικές προσδοκίες και τις οικονομικές δυνατότητες του ασθενούς.

«Η συνεργασία μεταξύ του οδοντοτεχνικού εργαστηρίου και του οδοντιατρείου παίζει σημαντικό ρόλο, ειδικά όταν πρόκειται για προσθετική εμφυτευμάτων και προσθετική», δήλωσε ο **Δρ Markus Heibach**, Εκτελεστικός Διευθυντής της VDDI. *«Η IDS συμβάλλει σημαντικά στον επιτυχή διάλογο μεταξύ των οδοντιάτρων και οδοντοτεχνιτών. Την ίδια στιγμή, η κορυφαία εμπορική έκθεση προσφέρει στην οδοντιατρική βιομηχανία μια ασύγκριτη δυνατότητα παρουσίασης και συζήτησης γύρω από όλες αυτές τις καινοτομίες που ενισχύουν περαιτέρω τη συνεργασία μεταξύ των οδοντιατρικών εργαστηρίων και των οδοντιατρείων»*, κατέληξε ο ίδιος.

Κορυφαίες βαθμολογίες από εκθέτες και επισκέπτες για την IDS 2013

«Σύμφωνα με αντιπροσωπευτική έρευνα, περίπου το 90 % των εκθετών από την IDS 2013 σχεδιάζουν να συμμετάσχουν στην IDS 2015», ανέφερε ο **Δρ Martin Rickert**, πρόεδρος της VDDI και πρόσθεσε ότι αυτό δείχνει ότι η IDS είναι απαραίτητη για όσους θέλουν να είναι επιτυχημένοι στην οδοντιατρική βιομηχανία.

Βάσει των αποτελεσμάτων της έρευνας, το 97% των Γερμανών προμηθευτών ήρθε σε επαφή με τους εγχώριους πελάτες του και το 83% με τους βασικούς πελάτες του στο εξωτερικό. Όσον αφορά στους εκθέτες από τη διεθνή κοινότητα το 98% ήρθε σε επαφή με τους διεθνείς του πελάτες και το 95% με τους βασικούς Γερμανούς συνεργάτες του. Ενενήντα τέσσερα τοις εκατό των Γερμανών και 95% των διεθνών εκθετών δημιούργησαν νέες επαφές με Γερμανούς αγοραστές. Την ίδια στιγμή, 79% των Γερμανών και 98% των διεθνών προμηθευτών κέρδισαν νέες διεθνείς επαφές. Ογδόντα ένα τοις εκατό των Γερμανών και 88% των ξένων επισκεπτών προχώρησαν σε συμβάσεις αγορών και προμηθειών για τις εταιρείες τους. Τα δεδομένα αυτά έχουν οδηγήσει την πλειονότητα των Γερμανών αλλά και των εκθετών της διεθνούς κοινότητας να λάβουν ξανά μέρος στην IDS το 2015.

Αντίστοιχα, και οι επισκέπτες έμειναν πολύ ικανοποιημένοι: Περίπου τα 3/4 των ερωτηθέντων σχεδιάζουν να επισκεφθούν την IDS τον Μάρτιο του επόμενου έτους. Η ολοκληρωμένη γκάμα προϊόντων και οι πολυάριθμες καινοτομίες των προϊόντων είχαν ως αποτέλεσμα το 79% των Γερμανών και το 80 % των διεθνών εμπορικών επισκεπτών να βαθμολογήσουν την IDS του 2013, είτε ως πολύ καλή είτε ως καλή. Συνολικά, το 95% των ερωτηθέντων επισκεπτών δήλωσε ότι θα πρότεινε στους επιχειρηματικούς του εταίρους να επισκεφθούν την IDS.

Heraeus Kulzer
Mitsui Chemicals Group

Dynamix
Συσκευή αυτόματης ανάμειξης

Η συσκευή Dynamix Speed προσφέρει όλα τα πλεονεκτήματα της αυτόματης ανάμειξης, και επιπλέον: μεγαλύτερη εξοικονόμηση χρόνου λόγω της διπλάσιας ταχύτητας, του εύκολου χειρισμού και της ομοιογενούς και με απώλεια φυσαλίδων ανάμειξης.

Το υλικό αναμειγνύεται κι εξωθείται με ηλεκτρονικό έλεγχο σε κάθε χρήση του. Είναι συμβατή με όλα τα συστήματα φυσιγγών 5:1

Πλεονεκτήματα
- Υψηλή ταχύτητα ανάμειξης και δοσολογία του δισκαρίου σε μόνο 15 δευτερόλεπτα
- Ομοιογενής και με απώλεια φυσαλίδων ανάμειξη
- Σταθερή ποιότητα ανάμιξης – ανεξάρτητα από το χειριστή
- Συμβατή με όλα τα συστήματα φυσιγγών 5:1
- Εξοικονόμηση χρόνου και υλικού
- 3 επιλογές ταχύτητας - 2 για πλήρωση δισκαρίων (Dynamix® υψηλή ταχύτητα*, κανονική ταχύτητα ST) και 1 για πλήρωση συριγγών
- Αυτόματη προώθηση των εμβόλων
- Αυτόματη ανάστροφη κίνηση των εμβόλων
- Καμία κίνηση των εμβόλων όταν το κάλυμμα είναι ανοιχτό
- Ένδειξη υπολειπόμενης ποσότητας υλικού με φωτεινό σήμα

Τιμή συσκευής 850€

ΠΡΟΣΦΟΡΑ
Αγοράζοντας προϊόντα αξίας 850€ *, των εταιριών Heraeus, Satelec, EMS, SSWhite, Diadent, και Angelus, δικιά σας επιλογής, σας δίνουμε ΔΩΡΟ τη συσκευή ανάμειξης Dynamix.

*οι τιμές υπολογίζονται χωρίς επιπλέον προσφορές

ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΙΚΑ ΑΠΟΣΤΟΛΙΔΗ
από το 1929

Αθήνα Αιόλου 10, 11523 Αθήνα | T: 210-6984882 | F: 210-6984882 | e-Mail: info.athens@apostolides.gr
Θεσσαλονίκη Τέλλογλου 11, 54636 Θεσσαλονίκη | T: 2310-201301, 2310-201454 | F: 2310-217102 | e-Mail: info@apostolides.gr
www.apostolides.gr

3 λόγοι για να χρησιμοποιείτε το Biodentine

Οι χρήστες του Biodentine έχουν φτάσει πλέον το 1 εκατομμύριο παγκοσμίως. Το Biodentine™ έχει αναγνωριστεί διεθνώς μέσω των διαφόρων επιστημονικών δημοσιεύσεων, των κλινικών περιστατικών και άρθρων. Για να δείτε και εσείς τα 3 βασικά πλεονεκτήματα του Biodentine δεν έχετε παρά να παρακολουθήσετε το νέο διαδικτυακό βίντεο που ανέβασε για εσάς η Septodont. Με τη χρήση του Biodentine™ ο οδοντίατρος:

1. Αποφεύγει τις (περιττές) ενδοδοντικές θεραπείες
2. Κάνει τη δουλειά του ευκολότερα και γρηγορότερα και τέλος,
3. Εξαφανίζεται ο μετεμφρακτικός πόνος

Για να δείτε το video μπορείτε να μπείτε στην ιστοσελίδα **www.tsaprazis.gr** και στη στήλη *Νέα-Ανακοινώσεις* να επιλέξετε τη δεύτερη ανακοίνωση με τίτλο **«1 εκατομμύριο χρήστες του Biodentine».**

Το «Reflect» γιορτάζει 10 χρόνια ζωής

Την κατάλληλη στιγμή για το διεθνές συνέδριο της Ivoclar Vivadent στο Λονδίνο κυκλοφόρησε και το νέο τεύχος του καταξιωμένου και εξειδικευμένης θεματολογίας περιοδικού «Reflect», το οποίο εκδίδεται από την Ivoclar. Εδώ και δέκα χρόνια, το «Reflect», έχει προσφέρει στους επαγγελματίες της στοματικής υγείας σε όλο τον κόσμο μια πλατφόρμα για συζήτηση και ανταλλαγή απόψεων.

Όπως ήταν αναμενόμενο, το επετειακό τεύχος προσφέρει για μια ακόμη φορά υψηλής ποιότητας παρουσιάσεις περιστατικών από διεθνείς εμπειρογνώμονες. Το νέος τεύχος καλύπτει μια ευρεία γκάμα θεματολογίας, από την οδοντιατρική φωτογραφία και την οδοντιατρική τεχνολογία μέχρι τα «συστατικά» της επιτυχημένης ομαδικής εργασίας ανάμεσα στον οδοντίατρο και τον οδοντοτεχνίτη. Ο Καθ. Δρ **Daniel Edelhoff** (Μόναχο) και ο **Sergey Chikunov** (Μόσχα) ανήκουν στους υψηλού επιπέδου συνεργάτες του περιοδικού.

Την ίδια στιγμή, η επέτειος των 10 ετών, γιορτάζεται δεόντως στο νέο τεύχος. Για μια δεκαετία, το «Reflect» προσέφερε στους επαγγελματίες της οδοντιατρικής επιστήμης μια πλατφόρμα για να παρουσιάζουν τις θεραπευτικές τους λύσεις με λεπτομέρεια. Το «Reflect», το οποίο είχε αρχικώς σχεδιαστεί για

Το εξώφυλλο του επετειακού τεύχους 2/2014 του Reflect

Το εξώφυλλο της ελληνικής έκδοσης του Reflect

την προώθηση της επαγγελματικής και διεπιστημονικής ανταλλαγής γνώσεων και απόψεων μεταξύ των ειδικών της Οδοντιατρικής, έχει γίνει μια οδοντιατρική έκδοση με ένα από τα υψηλότερα επίπεδα κυκλοφορίας σε όλο τον κόσμο.

Ο κ. **Josef Richter**, Γενικός Διευθυντής Πωλήσεων της Ivoclar Vivadent και «πνευματικός πατέρας» του περιοδικού, ευχαριστημένος σχετικά με την πορεία του «Reflect», δήλωσε: *«Το "Reflect" κατόρθωσε να καθιερωθεί ως σημείο αναφοράς για τους οδοντιάτρους και τους οδοντοτεχνίτες».*

Παράλληλα, ο κ. Richter ανέφερε ότι το περιοδικό ανταποκρίνεται στις απαιτήσεις του κοινού ως προς την ενημέρωση σχετικά με την θεραπευτική αντιμετώπιση εξατομικευμένων περιστατικών, τα οποία συχνά αποτελούν τη βάση για ένα γόνιμο διάλογο. Σύμφωνα με τον κ. Richter η συνεχής έκρηξη των ψηφιακών τεχνολογιών και η τάση προς μονολιθικές λύσεις, δηλαδή η κατασκευή προθέσεων και αποκαταστάσεων από ένα μόνο μπλοκ, θα αποτελέσει ένα από τα «καυτά» ζητήματα του μέλλοντος.

Το «Reflect» κυκλοφορεί τρεις φορές το χρόνο σε επτά διαφορετικές γλώσσες και η συνολική του κυκλοφορία ανέρχεται σε 66.000 αντίτυπα. Οι ειδικοί της Οδοντιατρικής, οι οδοντίατροι και οι οδοντοτεχνίτες μπορούν να γίνουν συνδρομητές και να λαμβάνουν το περιοδικό, χωρίς καμία χρέωση, συμπληρώνοντας το αντίστοιχο πεδίο στον διαδικτυακό ιστότοπο της εταιρείας. Ένα άρθρο κάθε τεύχους είναι επίσης διαθέσιμο ως app. Όλα τα προηγούμενα τεύχη είναι διαθέσιμα on-line.

Κάντε κλικ στην ηλεκτρονική μας διεύθυνση
www.odvima.gr

Ημερίδα από τον Ο.Σ. Κορίνθου
«Το φαίνεσθαι και το είναι στην Οδοντιατρική»

Ο Οδοντιατρικός Σύλλογος Κορίνθου σε συνεργασία με την Oral B διοργανώνουν το **Σάββατο, 11 Οκτωβρίου 2014** ημερίδα με τίτλο «Το φαίνεσθαι και το είναι στην Οδοντιατρική». Η ημερίδα θα πραγματοποιηθεί στο Ξυλόκαστρο, στο συνεδριακό χώρο του ξενοδοχείου «Sikyon Coast».

ΜΗΝΥΜΑ ΠΡΟΕΔΡΟΥ

Αγαπητοί συνάδελφοι,

Η σχέση μεταξύ του φαίνεσθαι και του είναι, δηλαδή η αναζήτηση απάντησης στο ερώτημα, αν αυτό που αντιλαμβάνεται ο άνθρωπος με τις αισθήσεις του είναι η ίδια η πραγματικότητα, αποτέλεσε πηγή φιλοσοφικών αναζητήσεων και συγχρόνως κινητήρια δύναμη ανάπτυξης των επιστημών.

Οι επιστήμες της υγείας αναπτύχθηκαν στη βάση της κλινικής εικόνας. Με την εξέλιξη των απεικονιστικών μεθόδων και των εργαστηριακών εξετάσεων, η κλινική εικόνα, ενώ συνεχίζει να παρέχει σημαντικές πληροφορίες, συνήθως δεν αρκεί, ώστε να οδηγήσει στην οριστική διάγνωση του νοσήματος. Η πρόοδος της επιστήμης και της τεχνολογίας οδήγησαν σε επαναστατικές αλλαγές στην οδοντιατρική και στα επιμέρους γνωστικά πεδία της.

Σήμερα, καθίσταται αναγκαίος ο επαναπροσδιορισμός της σχέσης της κλινικής εικόνας με τη νοσολογική οντότητα των παθήσεων των σκληρών και των μαλακών μορίων του στόματος. Στη βάση αυτής της αναγκαιότητας οργανώθηκε η ημερίδα με τίτλο: «Το φαίνεσθαι και το είναι στην Οδοντιατριακή»

Πανεπιστημιακοί δάσκαλοι με αναγνωρισμένο επιστημονικό κύρος, θα δώσουν τις δικές τους απαντήσεις στο κύριο θέμα της ημερίδας, από τη πλευρά της Στοματολογίας, της Διαγνωστικής και Ακτινολογίας Στόματος, της Χειρουργικής του Στόματος και της Γναθοπροσωπικής Χειρουργικής.

Η συμμετοχή σας θα είναι τιμητική για τους διοργανωτές της επιστημονικής αυτής εκδήλωσης και ιδιαίτερα για τους προσκεκλημένους μας εισηγητές, που ανταποκρίθηκαν ευχαρίστως στην πρόσκλησή μας να συμμετάσχουν στην ημερίδα μας, μεταφέροντας τις επιστημονικές τους γνώσεις στους οδοντιάτρους της περιφέρειας.

Επαμεινώνδας Κατσούλας
ΠρόεδροςΟΣΚ

Το πρόγραμμα της ημερίδας

9.30-10.00: Προσέλευση- Εγγραφές- Καφές

10.00-10.45: «Διαγνωστικοί προβληματισμοί στην Στοματική και Γναθοπροσωπική Χειρουργική», *Στέλιος Δαλαμπίρας, Αναπλ. Καθηγητής Στοματικής και Γναθοπροσωπικής Χειρουργικής ΑΠΘ*

10.45-11.30: «Το φαίνεσθαι και το είναι στη Χειρουργική του Στόματος», *Ιωάννης Ιατρού Καθηγητής Στοματικής και Γναθοπροσωπικής Χειρουργικής ΕΚΠΑ*

11.30-12.00: Διάλειμμα-Ελαφρύ Γεύμα

12.00-12.45: «Το φαίνεσθαι και το είναι σε νοσήματα του στόματος», *Αλεξάνδρα Σκλαβούνου, Καθηγήτρια Στοματολογίας ΕΚΠΑ*

12.45-13.45: «Εκδηλώσεις στα οστά των γνάθων συστηματικών και νεοπλασματικών νόσων. Η σημασία της διαφορικής Διάγνωσης», *Κώστας Τσιχλάκης, Καθηγητής Διαγνωστικής και Ακτινολογίας Στόματος ΕΚΠΑ*

13.45-14.00: Συμπεράσματα- Κλείσιμο

Η συμμετοχή στην ημερίδα είναι δωρεάν και μετά το πέρας θα χορηγηθούν πιστοποιητικά παρακολούθησης.

Εκ παραδρομής στο προηγούμενο φύλλο του «Οδοντιατρικού Βήματος» παραλείψαμε να ευχαριστήσουμε την εταιρεία «**Ν. ΔΕΛΗΓΙΑΝΝΗΣ & ΣΙΑ ΟΕ**», η οποία συμμετείχε στην εμπορική έκθεση που λειτούργησε στο πλαίσιο του 15ου Παμπελοποννησιακού Οδοντιατρικού Συνεδρίου, συμβάλλοντας κι αυτή με τη σειρά της στην δημιουργίας μιας καθ' όλα επιτυχημένης έκθεσης.

Δωρεάν Ομοιοπαθητική Εκπαίδευση από την Ε.Ε.Ο.Ι.Σ.

Η Εθνική Εταιρεία Ομοιοπαθητικής Ιατρικής Συνεργασίας (Ε.Ε.Ο.Ι.Σ.) προσφέρει δωρεάν μαθήματα ομοιοπαθητικής για ιατρούς, οδοντιάτρους, κτηνιάτρους, φαρμακοποιούς και φοιτητές των αντίστοιχων σχολών. Στους συμμετέχοντες χορηγείται ευρωπαϊκό δίπλωμα ομοιοπαθητικής (από την ευρωπαϊκή Ε.Ο.Η., κοινό για όλες τις ευρωπαϊκες χώρες). Παράλληλα, παρέχονται δωρεάν ενημερωτικα σεμιναρια ομοιοπαθητικής, διάρκειας 45 ωρών, για παραϊατρικά επαγγέλματα, ψυχολόγους και βιολόγους.

Στην εκπαίδευση συμμετέχουν στελέχη της Ελληνικής Εταιρείας Ομοιοπαθητικής Οδοντιατρικής και της Ελληνικής Εταιρείας Ομοιοπαθητικών Φαρμακοποιών. Διεπιστημονική υποστήριξη παρέχεται από το Σύλλογο Επιστημόνων για την Προώθηση της Ομοιοπαθητικής.

Τα μαθήματα ξεκινούν τον Σεπτέμβριο, ενώ αιτήσεις συμμετοχής γίνονται δεκτές μέχρι και τον Οκτώβριο.

Συντονιστής: Βαγγέλης Ζαφειρίου, Ψυχίατρος, Μέλος του Δ.Σ. του Ιατρικού Συλλόγου Αθηνών, Εκπρόσωπος του Ι.Σ.Α στον Π.Ι.Σ., Μέλος της Εκπαιδευτικής Επιτροπής της Ευρωπαϊκής Ε.Ο.Η.

Για περισσότερες πληροφορίες μπορείτε να απευθύνεστε στην Ε.Ε.Ο.Ι.Σ., Παπαδιαμαντοπούλου 4, Αθήνα. Τηλ: 210-7222284, 6932-981719.

Κοινωνικά Οδοντιατρεία: «θεσμοί αγάπης» που ευδοκιμούν σε χαλεπούς καιρούς

Με γνώμονα την αλληλεγγύη και την προσφορά στον συνάνθρωπο τα κοινωνικά ιατρεία στήνονται από εθελοντές υγειονομικούς σε κάθε γωνιά της χώρας, προσφέροντας ανακούφιση σε χιλιάδες συμπολίτες μας, οι οποίοι έχουν αποκλειστεί από την ιατροφαρμακευτική περίθαλψη. Τα κοινωνικά οδοντιατρεία, άλλοτε ως τμήμα των κοινωνικών ιατρείων και άλλοτε ως διακριτές δομές, προσφέρουν οδοντιατρική περίθαλψη σε ανασφάλιστους ή άνεργους συμπολίτες μας. Χάρη στο αίσθημα προσφοράς των μελών των κατά τόπους Οδοντιατρικών Συλλόγων και την αρωγή των τοπικών αρχών, οι «θεσμοί ανθρωπιάς και αγάπης», επιτελούν σημαντικό ιατρικό έργο, συμβάλλοντας καθοριστικά στη θωράκιση της στοματικής υγείας του πληθυσμού, η οποία πλήττεται δραματικά από την τρέχουσα οικονομική συγκυρία. Οι προσπάθειες αυτές αποδεικνύουν έμπρακτα ότι η συντήρηση του κοινωνικού ιστού, ακόμη κι όταν δεν φαίνεται να αποτελεί προτεραιότητα για την πολιτεία μπορεί να επιτευχθεί όταν σε επίπεδο τοπικής κοινωνίας αναβιώνουν οι αξίες της συλλογικότητας και της κοινωνικής προσφοράς, όταν οι πολίτες χτίζουν δίκτυα αλληλεγγύης, παλεύοντας για ένα καλύτερο αύριο.

Με αφορμή την επαναλειτουργία του κοινωνικού οδοντιατρείου **«Δέσποινα Παπαδημητρίου»** στον Δήμο Θεσσαλονίκης, το «Οδοντιατρικό Βήμα» συνομίλησε με τον Πρόεδρο του Οδοντιατρικού Συλλόγου Θεσσαλονίκης, κ. **Αθανάσιο Δεβλιώτη** για το πώς γεννήθηκε η ιδέα για τη δημιουργία του οδοντιατρείου αλληλεγγύης, για τις υπηρεσίες που προσφέρει στην τοπική κοινωνία, αλλά και για το πώς οι ενδιαφερόμενοι οδοντίατροι μπορούν να ενισχύσουν τη δράση του.

Στιγμιότυπο από τα εγκαίνια επαναλειτουργίας του Κοινωνικού Οδοντιατρείου στο Δήμο Θεσσαλονίκης.

Πώς ξεκίνησε η ιδέα για τη δημιουργία του Κοινωνικού Οδοντιατρείου «Δέσποινα Παπαδημητρίου»;

Την ιδέα του Κοινωνικού Οδοντιατρείου την είχα εκφράσει πρώτη φορά στην Αθήνα το 2011 σε μια σύσκεψη με εκπροσώπους από τον Ι.Σ.Α., την Ε.Ο.Ο., την Φ.Σ.Α., τον Ι.Σ.Π. και τον εμπορικό σύλλογο Πειραιά. Ήταν η περίοδος που η κοινωνία βίωνε έκπληκτη τις επιπτώσεις του Μνημονίου, όπου ουσιαστικά είδαμε να διαλύεται το κοινωνικό κράτος. Πρότασή μου, ήταν να απλώσουμε εμείς ως ταγοί ένα δίχτυ κοινωνικής προστασίας σε όσους αδυνατούν να έχουν πρόσβαση στο αγαθό της υγείας. Την ιδέα μάλιστα υιοθέτησε με θέρμη ο Πρόεδρος του Ι.Σ.Α. κ. Πατούλης που σε συνεργασία με την Αρχιεπισκοπή ίδρυσαν κοινωνικό ιατρείο.

Η Δέσποινα Παπαδημητρίου ήταν μια εξαιρετική συνάδελφος, μέλος του Συλλόγου μας, η οποία απεβίωσε το 2010, και συμμετείχε ενεργά στις κοινωνικές εκδηλώσεις με έντονη τη διάθεση της προσφοράς. Έτσι, όταν ο σύζυγός της κ. Δαμιανός Μουσουλίδης, εργαζόμενος στο Δήμο Θεσσαλονίκης, μας προσέφερε την οδοντιατρική έδρα της συζύγου του, υλοποιήσαμε την ιδέα ερχόμενοι σε συνεργασία με τον Δήμο Θεσσαλονίκης που αγκάλιασε με θέρμη την προσπάθεια.

Πότε άρχισε να λειτουργεί το Κοινωνικό Οδοντιατρείο και πόσοι οδοντίατροι προσφέρουν τις υπηρεσίες τους σε αυτό;

Το Κοινωνικό Οδοντιατρείο λειτούργησε από τον Μάρτιο του 2013 μέχρι τον Οκτώβριο του 2013 και εν συνεχεία λόγω μετεγκατάστασης λειτουργεί από τις 2 Ιουνίου του τρέχοντος έτους στην οδό Παπαρηγοπούλου 7, καθημερινά 11.00 – 13.00. Μέχρι σήμερα έχουν εργαστεί εθελοντικά περίπου πενήντα συνάδελφοι.

Σε ποιους πολίτες απευθύνεται και ποιες οδοντιατρικές εργασίες προσφέρονται;

Δικαίωμα στο κοινωνικό οδοντιατρείο έχουν πολίτες άνεργοι, ανασφάλιστοι, άποροι καθώς και πολίτες με ετήσιο εισόδημα κάτω από 5.000. Οι οδοντιατρικές εργασίες που πραγματοποιούνται στο Κοινωνικό Οδοντιατρείο είναι, όλες οι οδοντοθεραπευτικές πράξεις (εμφράξεις, ενδοδοντικές θεραπείες, εξαγωγές, αποτρυγώσεις) όχι όμως οδοντοπροσθετική.

Υπάρχει ενδιαφέρον από τις εταιρείες οδοντιατρικών ειδών να συνδράμουν σε αυτή την προσπάθεια;

Πράγματι το πρώτο διάστημα το ενδιαφέρον από τις εταιρείες οδοντιατρικών ειδών ήταν έντονο και μας παρείχαν με γενναίες εκπτώσεις τα προϊόντα τους.

Από πού καλύπτονται τα έξοδα λειτουργίας και στέγασης του οδοντιατρείου;

Τα έξοδα λειτουργίας και στέγασης καλύπτονται από κονδύλιο που εξασφαλίζει η κοινωφελής δημοτική επιχείρηση.

Πόσοι πολίτες έχουν επισκεφθεί μέχρι στιγμής το Κοινωνικό Οδοντιατρείο;

Μέχρι σήμερα έχουν επισκεφτεί το Κοινωνικό Οδοντιατρείο περίπου τετρακόσιοι ασθενείς.

Οι οδοντίατροι που επιθυμούν να προσφέρουν τις υπηρεσίες τους, πώς μπορούν να επικοινωνήσουν μαζί σας;

Υπεύθυνος λειτουργίας του Κοινωνικού Οδοντιατρείου έχει οριστεί ο Γενικός Γραμματέας του Συλλόγου μας κ. Καλαντίδης με τον οποίον μπορούν να επικοινωνήσουν οι ενδιαφερόμενοι συνάδελφοι.

Κύριε Δεβλιώτη, σας ευχαριστούμε πολύ και εύχομαστε κάθε επιτυχία στο πολύ σημαντικό έργο που επιτελείτε στο κοινωνικό οδοντιατρείο.

Κι εγώ σας ευχαριστώ.

Duraphat® 5000 ppm

Οδοντόπαστα υψηλής συγκέντρωσης φθορίου

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

Το προσεκτικό βούρτσισμα χρειάζεται περίπου 3 λεπτά.
Τρόπος χορήγησης: Για οδοντική χρήση.
4.3 Αντενδείξεις
Αυτό το φαρμακευτικό προϊόν δεν πρέπει να χρησιμοποιείται σε περιπτώσεις υπερευαισθησίας στη δραστική ουσία ή σε κάποιο από τα έκδοχα.
4.4. Ειδικές προειδοποιήσεις και ιδιαίτερες προφυλάξεις κατά τη χρήση
Η οδοντόπαστα DURAPHAT 5000 δεν προορίζεται για χρήση σε εφήβους και παιδιά κάτω των 16 ετών, βλ. 4.2.
Η οδοντόπαστα αυτή περιέχει υψηλό ποσοστό φθορίου. Γι' αυτό πρέπει να ζητείται η γνώμη του οδοντιάτρου πριν να χρησιμοποιηθεί το προϊόν.
Υψηλός αριθμός δυνητικών πηγών φθορίου, μπορεί να προκαλέσει δηλητηρίαση από φθόριο. Πριν από την χρήση φαρμακευτικών προϊόντων που περιέχουν φθόριο όπως είναι το DURAPHAT 5000, πρέπει να γίνει εκτίμηση της συνολικής προσληφθείσας ποσότητας φθορίου (πόσιμο νερό, φθοριωμένο αλάτι, άλλα φάρμακα που περιέχουν φθόριο - δισκία, σταγόνες, μαστίχες ή οδοντόπαστες). Δισκία, σταγόνες, τσίχλες, γέλη ή βερνίκια που περιέχουν φθόριο, καθώς και φθοριωμένο νερό ή αλάτι πρέπει να αποφεύγονται, όταν χρησιμοποιείται η οδοντόπαστα DURAPHAT 5000.
Στους υπολογισμούς για τη συνιστώμενη ποσότητα πρόσληψης ιόντων φθορίου, η οποία είναι 0,05 mg/kg την ημέρα απ' όλες τις πηγές και η οποία δεν πρέπει να ξεπερνά το 1 mg την ημέρα, πρέπει να λαμβάνεται υπόψη πιθανή κατάποση οδοντόπαστας (κάθε σωληνάριο οδοντόπαστας DURAPHAT 5000 περιέχει 255 mg ιόντων φθορίου).
Αυτό το προϊόν περιέχει βενζοϊκό νάτριο. Το βενζοϊκό νάτριο είναι μέτριο ερεθιστικό για το δέρμα, τα μάτια και τους βλεννογόνους.
4.5 Αλληλεπιδράσεις με άλλα φαρμακευτικά προϊόντα και άλλες μορφές αλληλεπίδρασης
Καμία γνωστή.
4.6 Κύηση και γαλουχία
Δεν υπάρχουν επαρκή στοιχεία από τη χρήση της οδοντόπαστας DURAPHAT 5000 σε έγκυες γυναίκες. Μελέτες σε ζώα κατέδειξαν τοξικότητα σε σχέση με την αναπαραγωγή μόνο μετά τη χορήγηση πολύ υψηλών επιπέδων φθοριούχου νατρίου. Συνεπώς, αυτή η οδοντόπαστα δε θα πρέπει να χρησιμοποιείται κατά την κύηση και τη γαλουχία, εκτός αν έχει γίνει προσεκτική αποτίμηση της σχέσης κινδύνου-οφέλους.
4.7 Επιδράσεις στην ικανότητα οδήγησης και χειρισμού μηχανών Δεν εφαρμόζεται.
4.8 Ανεπιθύμητες ενέργειες
Διαταραχές του γαστρεντερικού συστήματος:
Δεν είναι γνωστή η συχνότητα (δεν μπορεί να εκτιμηθεί από τα διαθέσιμα στοιχεία): αίσθηση καύσου του στόματος.
Διαταραχές του ανοσοποιητικού συστήματος:
Σπάνιες (>1/10.000 έως <1/1.000): Αντιδράσεις υπερευαισθησίας.
4.9 Υπερδοσολογία
- **Οξεία δηλητηρίαση από φθόριο**

Η τοξική δόση, δηλαδή η χαμηλότερη δόση που μπορεί να προκαλέσει συμπτώματα δηλητηρίασης, είναι 5 mg φθορίου ανά kg σωματικού βάρους.
Η δηλητηρίαση αυτή εμφανίζεται με τη μορφή πεπτικών ενοχλημάτων: έμετο, διάρροια, κοιλιακό άλγος. Σε εξαιρετικά σπάνιες περιπτώσεις μπορεί να αποβεί θανατηφόρος. Αν από ατύχημα καταποθεί σημαντική ποσότητα του φαρμακευτικού προϊόντος, ο ασθενής πρέπει να υποβληθεί άμεσα σε πλύση στομάχου ή να προκληθεί έμετος. Ο ασθενής πρέπει να πάρει ασβέστιο (μεγάλη ποσότητα γάλακτος) και πρέπει να βρίσκεται υπό ιατρική παρακολούθηση για αρκετές ώρες.
- **Οξεία δηλητηρίαση από μίνθη**

Η οδοντόπαστα DURAPHAT 5000 περιέχει μίνθη, η οποία αν κατά λάθος καταποθεί σε μεγάλες ποσότητες, ενδέχεται να προκαλέσει σπασμούς, ιδιαίτερα σε βρέφη και παιδιά.
- **Χρόνια δηλητηρίαση από φθόριο**

Η αδαμαντίνη θα εμφανίσει χρώση ή κηλίδες, αν η καθημερινή απορρόφηση φθορίου ξεπερνά το 1,5 mg ημερησίως για αρκετούς μήνες ή χρόνια, ανάλογα με το βαθμό της υπερδοσολογίας. Αυτό το φαινόμενο συναδεύεται σε σοβαρές μορφές και από αυξημένη ευθραυστότητα της αδαμαντίνης. Φθορίωση των οστών (οστεοσκλήρυνση) παρατηρείται μόνο όταν η χρόνια πρόσληψη του φθορίου είναι υψηλή (πάνω από 8 mg ημερησίως).
5.ΦΑΡΜΑΚΟΛΟΓΙΚΕΣ ΙΔΙΟΤΗΤΕΣ
5.1 Φαρμακοδυναμικές ιδιότητες
Φαρμακοθεραπευτική κατηγορία:
Παράγοντες προφύλαξης ενάντια στην τερηδόνα
Κωδικός ATC: A01AA01.
Ο κύριος τρόπος της αντιτερηδονογόνου δράσης του φθορίου είναι μετά την ανατολή των δοντιών, τοπικά. Πιστεύεται ότι και τα συμπληρώματα φθορίου μέσω της συστηματικής οδού δρουν επίσης κυρίως τοπικά (κατά την κατάποση, μέσω του σάλιου).
Υπάρχουν τρεις μηχανισμοί επίδρασης, που έχουν συσχετιστεί με το φθόριο:
- η ανασταλή της απαμεταλλικοποίησης (μειώνοντας τη διαλυτότητα της αδαμαντίνης σε όξινο περιβάλλον)
- η προαγωγή της επαναμεταλλικοποίησης της αδαμαντίνης κατά τη διάρκεια της διεργασίας της τερηδόνας
- η βακτηριοκτόνος επίδραση ενάντια στα μικρόβια της οδοντικής πλάκας. Αυτό αναστέλλει τον πολλαπλασιασμό των βακτηρίων της οδοντικής πλάκας και προλαμβάνει την παραγωγή των οξέων, που προκαλούν την τερηδόνα.

Το φθόριο από μόνο του δεν είναι αρκετό για να εξαλείψει τη βακτηριακή πλάκα, ούτε είναι ολοκληρωμένη θεραπεία αντιμετώπισης της τερηδόνας.
5.2 Φαρμακοκινητικές ιδιότητες
Η οδοντόπαστα DURAPHAT 5000 δρα τοπικά στα δόντια, γι' αυτό δεν έχει θέση η συστηματική οδός χορήγησης. Ωστόσο, παρέχονται οι ακόλουθες πληροφορίες σε περίπτωση που από ατύχημα καταποθεί οδοντόπαστα κατά τη διάρκεια της θεραπείας.
Το φθόριο που καταπίνεται μετατρέπεται σε υδροφθορικό οξύ. Η μέγιστη συγκέντρωση επιτυγχάνεται εντός 30-60 λεπτών. Ο όγκος κατανομής είναι 1 L/kg. Τα ιόντα φθορίου κατανέμονται στα δόντια και στα οστά και δεν συνδέονται με τις πρωτεΐνες του πλάσματος. Ο τελικός χρόνος ημιζωής κυμαίνεται μεταξύ 2-9 ωρών. Τα ιόντα φθορίου απεκκρίνονται κυρίως στα ούρα, αλλά μικρές ποσότητες μπορεί να απεκκριθούν στα κόπρανα και στον ιδρώτα. Δεν είναι γνωστό με ποια μορφή.
5.3 Προκλινικά δεδομένα για την ασφάλεια
Τα προκλινικά δεδομένα δεν αποκαλύπτουν ιδιαίτερο κίνδυνο για τον άνθρωπο, πέρα από τις σχετικές πληροφορίες που αναφέρονται στα άλλα σημεία της παρούσας Περίληψης Χαρακτηριστικών του Προϊόντος.
Μετά από χορήγηση από του στόματος φθοριούχου νατρίου σε ποντίκια, αρουραίους και κουνέλια, επίδραση στην αναπαραγωγή και έμβρυο-τοξικότητα παρατηρήθηκαν μόνο σε υψηλές δόσεις.
6.ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΕΣ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ
6.1 Κατάλογος εκδόχων
- Σορβιτόλη υγρή (μη κρυσταλλική)
- Dental Type Silica
- Dental Type Silica (Precipitated)
- Πολυαιθυλενογλυκόλη 600
- Tetrapotassium pyrophosphate
- Ξανθάνης κόμμι
- Νάτριο βενζοϊκό (E 211)
- Νάτριο λαουρυλοθειικό
- Βελτιωτικό γεύσης δυόσμου (που περιέχει αιθέριο έλαιο μίνθης, πιπερώδους carvone, αιθέριο έλαιο δυόσμου, μίνθη, ανηθόλη και αιθέριο έλαιο λεμονιού)
- Σακχαρίνη νατριούχος
- Κυανό (E133) και
- Ύδωρ κεκαθαρμένο

6.2 Ασυμβατότητες
Δεν εφαρμόζεται
6.3 Διάρκεια ζωής
3 χρόνια
6.4 Ιδιαίτερες προφυλάξεις κατά τη φύλαξη του προϊόντος
Μη φυλάσσεται σε θερμοκρασία μεγαλύτερη των 25°C.
6.5 Φύση και συστατικά του περιέκτη
51 g σε σωληνάριο (PE/PET/αλουμίνιο) με βιδωτό πώμα (πολυπροπυλένιο). Το σωληνάριο είναι συσκευασμένο σε χάρτινο κουτί.
Μεγέθη συσκευασίας
1 σωληνάριο x 51 g ή 3 σωληνάρια x 51 g
6.6 Ιδιαίτερες προφυλάξεις απόρριψης
Καμία ειδική υποχρέωση
7.ΚΑΤΟΧΟΣ ΤΗΣ ΑΔΕΙΑΣ ΚΥΚΛΟΦΟΡΙΑΣ
Colgate - Palmolive Εμπορική (Ελλάς) Μονοπρόσωπη Ε.Π.Ε. Αθηνών 89, 18541 Πειραιάς
8.ΑΡΙΘΜΟΣ(ΟΙ) ΑΔΕΙΑΣ ΚΥΚΛΟΦΟΡΙΑΣ
69072/17-09-2013
9. ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΠΡΩΤΗΣ ΕΓΚΡΙΣΗΣ/ΑΝΑΝΕΩΣΗΣ ΤΗΣ ΑΔΕΙΑΣ 09-12-2005 / 17-09-2013
10. ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΑΝΑΘΕΩΡΗΣΗΣ ΤΟΥ ΚΕΙΜΕΝΟΥ
17-09-2013
ΤΡΟΠΟΣ ΔΙΑΘΕΣΗΣ Δεν απαιτείται ιατρική συνταγή
Λ.Τ.: 6,70 €

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ
1. Arends & Schuthof: Effect of Fluoridation on Lesion Depth and Microhardness Indentations of Artificial White Spot Lesions. Caries Res 15: 176-178, 1981
2. Tavss EA, Mellberg JR, Jozlak M, Gambogi RJ, Fisher SW: Relationship between dentifrice fluoride concentration and clinical caries reduction. Am J Dent 2003, 16(6): 369-74

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

N

Φαρμακοεπαγρύπνηση: 210 8045712

IPS e.max®

ΤΟ ΙΔΑΝΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ ΓΙΑ ΕΞΑΤΟΜΙΚΕΥΜΕΝΑ ΑΙΣΘΗΤΙΚΑ ΣΤΗΡΙΓΜΑΤΑ

IPS e.max PRESS ABUTMENT SOLUTIONS

ΕΞΑΤΟΜΙΚΕΥΜΕΝΑ-ΠΡΕΣΑΡΙΣΤΑ ΣΤΗΡΙΓΜΑΤΑ ΣΤΟ ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΟ ΣΑΣ

- Μακροχρόνια διατήρηση του φυσικού αποτελέσματος
- Αυξημένη αποδοτικότητα και ευελιξία
- Επιλογή υβριδικών στηριγμάτων ή υβριδικής στεφάνης
- Άριστη αντοχή δεσμού (IPS e.max Press LS_2, και Ti base)

www.ivoclarvivadent.gr

Δείτε την απεικόνιση των Abutment Solutions στο: www.ivoclarvivadent.com/abutmentsolutions

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 / www.sadent.com

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

ivoclar vivadent®
passion vision innovation

sirona

GLOBAL NUMBER 1

...ΑΠΟ ΤΟ ΜΕΓΑΛΥΤΕΡΟ
ΕΡΓΟΣΤΑΣΙΟ ΤΟΥ ΚΟΣΜΟΥ...
...Η ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΑ ΣΤΑ ΧΕΡΙΑ ΣΑΣ!!

1η ΔΗΜΟΣΙΕΥΣΗ
ΝΕΟ ΠΡΟΪΟΝ

Έφτασε το μηχάνημα που ξεπερνά κάθε προσδοκία!!

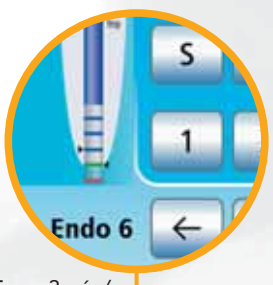
MADE IN GERMANY

INTEGO

ΜΕ ΚΟΡΥΦΑΙΑ ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΑ ΚΑΙ ΕΠΙΔΟΤΟΥΜΕΝΗ ΤΙΜΗ

...αφήνει τους άλλους ακόμα πιο πίσω!

Design/
Πολυτελής κατασκευή

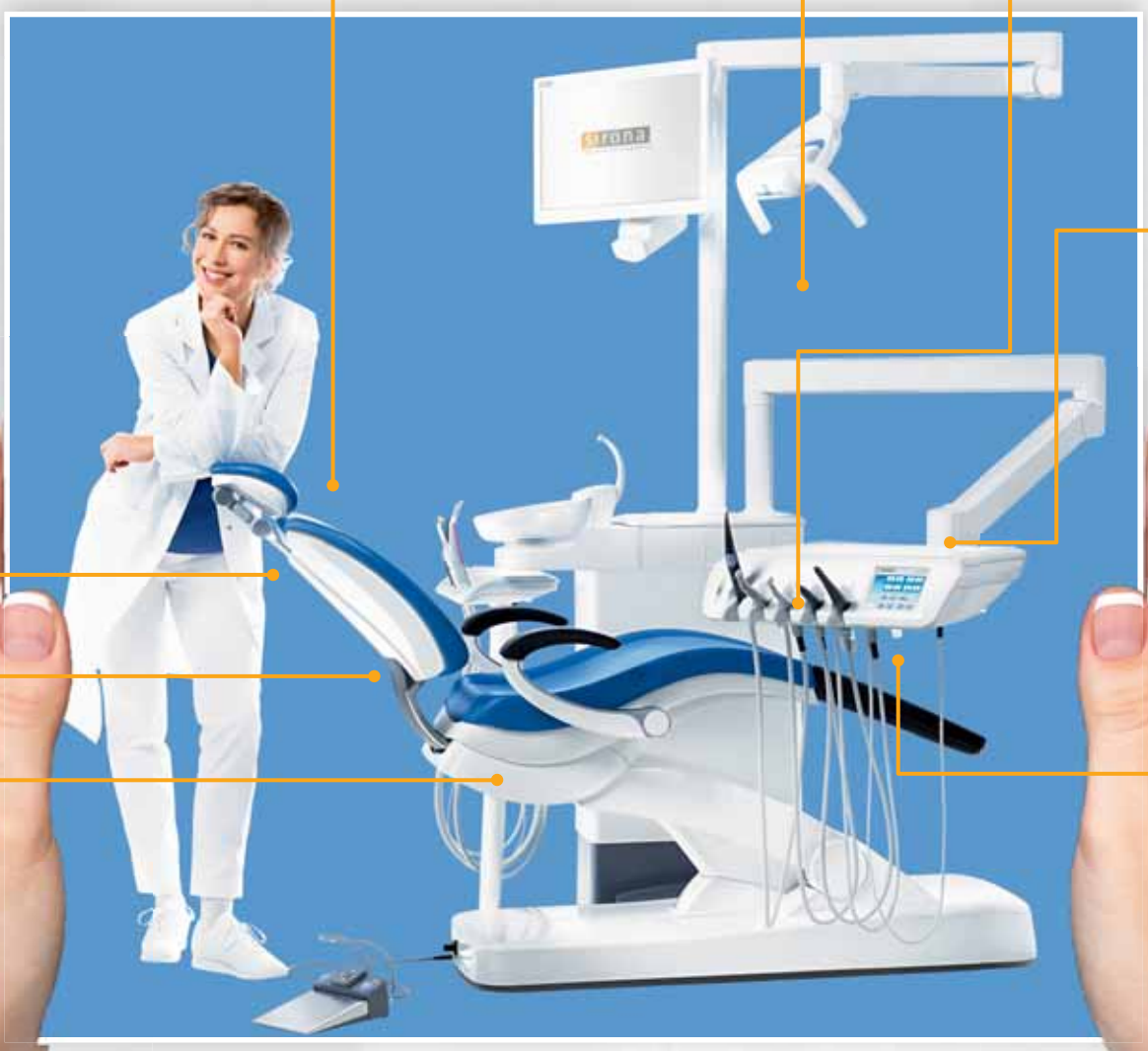


Τεχνολογία/
Γερμανική Ποιότητα

Έμφαση
στην υγιεινή

Πολυμορφικό

Εύκολη
επικοινωνία



Αξεπέραστη
εργονομία

Σιγουριά
και άνεση

Σίγουρη
επένδυση

Scan the QR code and
find out even more!
SIRONA.COM/INTEGO

sirona.INTEGO

Η δύναμη της ανανέωσης

DENTICA AE
ΓΕΝΙΚΗ ΑΝΤΙΠΡΟΣΩΠΕΙΑ

www.dentica.gr

Αθήνα: Φειδιππίδου 32 & Τετραπόλεως, τηλ.: 210 7488 333
Θεσσαλονίκη: Τέλογλου 7, τηλ.: 231096 0441 • Χανιά: Σμύρνης 59. τηλ.: 28210 94637
Service stations σε όλη την Ελλάδα

εγγύηση επιτυχίας!

The Dental Company

sirona