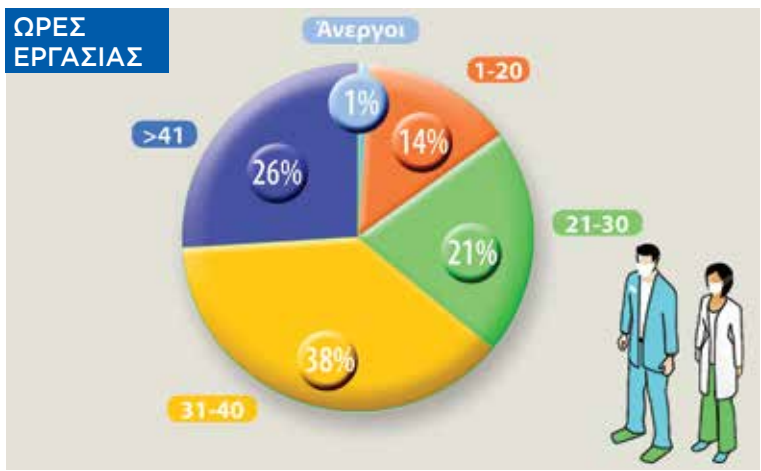
ISSN: 2585-2868

Οδοντιατρικό Βήμα

ΔΙΜΗΝΙΑΙΑ ΕΚΔΟΣΗ | Σκουφά 64 106 80 Αθήνα | Τηλ. 210 3814 939 | e-mail: odvima@otenet.gr | www.odvima.gr | ΣΕΠΤΕΜΒΡΙΟΣ - ΟΚΤΩΒΡΙΟΣ 2022 | ΤΕΥΧΟΣ 148

Η ανατομία του Έλληνα οδοντιάτρου



Η ομάδα εργασίας της Ελληνικής Οδοντιατρικής Ομοσπονδίας (ΕΟΟ) «Γυναίκες στην Οδοντιατρική» σε συνεργασία με τον καθηγητή **Ι. Υφαντόπουλο** του ΜΒΑ Υγείας στο ΕΚΠΑ παρουσιάζουν τα αποτελέσματα της πανελλαδικής έρευνας που πραγματοποίησαν με σκοπό να σκιαγραφήσουν το προφίλ του σύγχρονου Έλληνα οδοντιάτρου, απ' τις οικονομικές απολαβές και συνθήκες εργασίες γενικότερα μέχρι το αποτύπωμα της πανδημίας και την ανάδειξη ανισοτήτων.

Η έρευνα, που έγινε με πρωτοβουλία των **Α. Γιαννίρη, Αικ. Κυρανούδη, Μ. Μενενάκου** και **Β. Πασιά,** σχεδιάστηκε και διεξήχθη με αυστηρές επιστημονικές προδιαγραφές λαμβάνοντας υπόψη τη διεθνή βιβλιογραφία. Η συλλογή των στοιχείων έγινε με δομημένο ερωτηματολόγιο που διακινήθηκε διαδικτυακά μέσω της ΕΟΟ προς τους Οδοντιατρικούς Συλλόγους και τους φοιτητικούς συλλόγους. Τα στοιχεία που συλλέχθηκαν τα επεξεργάσθηκε η ερευνητική ομάδα και διεξήγαγε στατιστικούς ελέγχους για την διασφάλιση της μεγίστης αξιοπιστίας και αντιπροσωπευτικότητας του δείγματος.

Τα στοιχεία αυτά θα μπορούσαν να χρησιμοποιηθούν ως εργαλείο για τεκμηριωμένες διεκδικήσεις αλλά και για τις προοπτικές του κλάδου.

Σελ. 4-6

Ψηφιακά καθοδηγούμενη εμφυτευματική αποκατάσταση πλαγίου τομέα της άνω γνάθου σε τρεις φάσεις

Του **Ηρακλή Καρκαζή** Καθηγητή Κινητής Προσθετικής ΕΚΠΑ ..... *Σελ. 13*

ΕΛΕΣ: Παρουσίαση περίπτωσης

Των **Αναστασίας Ανδρέου**, Μέλους της Ελληνικής Εταιρείας Στοματολογίας και **Κωνσταντίνου Τζαναβάρη**, Μεταπτυχιακού φοιτητή ..... *Σελ. 14*

ΕΕΝΟ-ΟΕΦ: Υαλοϊονομερείς Κονίες (ΥΚ): Η χρήση τους ως εμφρακτικό υλικό σε ΑμεΑ

Μια από τις σημαντικότερες ιδιότητες των ΥΚ είναι η δυνατότητά τους να λειτουργούν ως «ρεζερβουάρ» φθορίου στο στόμα, αφού αποθηκεύουν φθόριο (κάθε φορά που έρχονται σε επαφή με κάποιο φθοριούχο σκεύασμα) και το απελευθερώνουν σταδιακά μέσα στο στόμα. Αυτό συνεπάγεται μια διαρκή αντιτερηδονογόνο δράση η οποία είναι πολύ σημαντική για τα ΑμεΑ τα οποία για πολλούς λόγους (όπως η γενικότερη παραμέληση της υγείας τους, κινητικές δυσκολίες, ιδρυματοποίηση κλπ.) συνήθως δεν τηρούν καλή στοματική υγιεινή και εμφανίζουν υψηλό επιπολασμό τερηδόνας. Ο κ. **Αθανάσιος Σπηλιωτόπουλος**, Γενικός Γραμματέας ΕΕΝΟ-ΟΕΦ, Msc, αναλύει τα μειονεκτήματα και τα πλεονεκτήματα. *Σελ. 16*

ΕΕΠΟΕ: Μακροπρόθεσμα κλινικά αποτελέσματα των Er:YAG και Er,Cr:YSGG laser ως μονοθεραπεία ή συμπληρωματικά στη μη-χειρουργική θεραπεία της χρόνιας περιοδοντίτιδας

Της **Τριανταφυλλιάς Βαγδούτη,** DDS,MSc ..... *Σελ. 18-19*

Η νευραλγία του τριδύμου και ο στοματοπροσωπικός πόνος Β΄ Μέρος

Του **Βύρωνα Δρούκα** Καθηγητή ΕΚΠΑ *Σελ. 24*

Ανθεκτικότητα στις επιστήμες υγείας Το μοντέλο για την οδοντιατρική

Η κατανόηση της έννοιας της ανθεκτικότητας στο πλαίσιο της υγειονομικής περίθαλψης είναι εξαιρετικά σημαντική. Η κ. **Μαρία Αντωνιάδου**, Επίκουρη Καθηγήτρια, Οδοντιατρικό Τμήμα, Σχολή Επιστημών Υγείας, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών εξηγεί στο «Ο.Β» πως υπάρχουν πολλές διαφορετικές θεωρίες, μοντέλα και ορισμοί της ανθεκτικότητας και αυτό οφείλεται ίσως στο γεγονός ότι η ανθεκτικότητα είναι μια κατευθυντήρια έννοια που χρησιμοποιείται σε ένα ευρύ πεδίο επιστημών.

Από την ψυχιατρική και την κατανόηση της ατομικής ανθρώπινης απόκρισης στο στρες, έως τον κοινωνικό σχεδιασμό και την κατανόηση της αντίδρασης και της ανάκαμψης από καταστροφές μεγάλης κλίμακας, τη βιολογία και την κατανόηση της ανθεκτικότητας στους οργανισμούς ή τη λειτουργία της τέλος, στα πλαίσια περιβαλλοντικών και οικολογικών συστημάτων. *Σελ. 8-12*

Σαρκοείδωση και Σύνδρομο Heerfordt: Στόχος και το Στόμα

Του **Γιώργου Χ. Λάσκαρη,** Αναπλ. Καθηγητή Στοματολογίας ..... *Σελ. 22*

ITI: Επικουρική χρήση εμφυτευμάτων σε συνδυασμό με μερικές οδοντοστοιχίες. Θεωρητική και κλινική προσέγγιση

Των Προσθετολόγων **Ευστράτιου Κωνσταντουλάκη** και **Μιχάλη Πάτρα** ..... *Σελ. 26-27*

ΕΟΕ: Σύστημα Διαχείρισης Ποιότητας. Από την ανάγκη έως την υποχρεωτικότητα

Με την επέλαση του SARS-CoV-2 και την κήρυξη της πανδημίας όλος ο υγειονομικός τομέας βρέθηκε αντιμέτωπος με κινδύνους πρωτόγνωρους και συνθήκες σύγχυσης λόγω των απόψεων που κάλυπταν όλο το φάσμα μεταξύ επιστημονικής γνώσης και επιστημονικής φαντασίας.

Ο κ. **Ιωάννης Διαμάντης,** Χειρουργός Στόματος, σχολιάζει τα πρωτόκολλα εν μέσω της πανδημίας και θέτει μια σειρά ερωτημάτων όπως το εάν κάποια πρωτόκολλα θα έπρεπε να είναι ήδη εν ισχύ και γιατί σε πολλές χώρες δε δόθηκε ποτέ σύσταση για αναστολή λειτουργίας των φορέων πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας. *Σελ. 20-21*

ΕΕΕ: Έξοδος υδροξειδίου του ασβεστίου στους περιακρορριζικούς ιστούς με εκτεταμένη αλλοίωση

Το υδροξείδιο του ασβεστίου ($Ca(OH)_2$) χρησιμοποιείται εδώ και πολλές δεκαετίες στην οδοντιατρική. Στην ενδοδοντία έχει πολλές εφαρμογές, καθώς αποτελεί υλικό εκλογής για άμεση και έμμεση κάλυψη ζωντανού πολφού, έχει εφαρμοστεί μακροχρόνια και σε δόντια με αδιάπλαστο ακρορρίζιο, καθώς επίσης τοποθετείται και ως ενδορριζικό φάρμακο στις χρόνιες ακρορριζικές βλάβες. Στο παρόν άρθρο της κ. **Νάντιας Ρεβαζισβίλη**, δόκιμου μέλους της ΕΕΕ,παρουσιάζεται η διαχείριση περιστατικού με εκτεταμένη περιακρορριζική αλλοίωση στο οποίο συνέβη έξοδος του $Ca(OH)_2$ στους περιακρορριζικούς ιστούς. *Σελ. 24*

Όλα όσα καταγράψαμε στο συνέδριο της Ευρωπαϊκής Εταιρείας Οστεοενσωμάτωσης

Το τελευταίο συνέδριο της Ευρωπαϊκής Εταιρείας Οστεοενσωμάτωσης (ΕΑΟ) έλαβε χώρα απ' τις 29/9 έως την 1/10/22 στην πανέμορφη Γενεύη, μια πόλη με μεγάλη παράδοση στην Οδοντιατρική. Εκεί βρέθηκε ο οδοντίατρος κ. **Χρήστος Κωνσταντινίδης** και καταγράφει στο «Οδοντιατρικό Βήμα» εντυπώσεις απ' το συνέδριο, highlights και τις πιο σημαντικές πληροφορίες απ' τις σύγχρονες εξελίξεις στον τομέα, όπως τις παρουσίασαν οι ομιλητές. *Σελ. 34-36*

21ο

Παμπελοποννησιακό Οδοντιατρικό Συνέδριο

ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑΚΟ ΣΥΝΕΔΡΙΟ ΠΕΛΟΠΟΝΝΗΣΟΥ ΚΑΙ ΔΥΤΙΚΗΣ ΕΛΛΑΔΑΣ

Παρασκευή 30 Ιουνίου έως Κυριακή 2 Ιουλίου 2023

Διοργανωτής
Οδοντιατρικός Σύλλογος Λακωνίας

Τόπος διεξαγωγής
Mystras Grand Palace

Οργάνωση συνεδρίου
ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΙΚΟ ΒΗΜΑ
Σκουφά 64 • 10680 Αθήνα • Τ 210 3814939 • www.odvima.gr • email: odvima@otenet.gr

Κάντε κλικ στην ηλεκτρονική μας διεύθυνση

www.odvima.gr

Διαβάστε τα τελευταία τεύχη
της εφημερίδας «Οδοντιατρικό Βήμα»

Αποκτήστε άμεση και έγκαιρη πληροφόρηση
για όλες τις επιστημονικές εκδηλώσεις
και σεμινάρια

Μάθετε τα σημαντικότερα
νέα του οδοντιατρικού κλάδου

Ενημερωθείτε για όλα τα βιβλία των εκδόσεών μας
με δυνατότητα πλοήγησης στα περιεχόμενα
και στις περιλήψεις τους και βρείτε
πληροφορίες για όλα τα ξενόγλωσσα βιβλία
των εκδόσεων «Quintessence»

Πραγματοποιήστε τις αγορές σας
με πιστωτική κάρτα και άτοκες δόσεις
απ' ευθείας από τον υπολογιστή σας

Γίνετε μέλη της μεγάλης διαδικτυακής κοινότητας
του «Οδοντιατρικού Βήματος»

www.odvima | facebook | LinkedIn

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, 210 3809 495
Fax: 210 3803 327
e-mail: odvima@otenet.gr
www.odvima.gr

Διευθυντής:
Όθωνας Γκότσης

Σύμβουλος Έκδοσης:
Κατερίνα Καρκατζούλη

Σύνταξη:
Γεωργία Σάκκουλα
Ηλιάνα Γιαννούλη
Νότης Ρήγας

Υπεύθυνος λογιστηρίου:
Γιώργος Κάντζος

Νομικός Σύμβουλος:
Λάμπρος Ανδρ. Τσοπράς

Υπεύθυνος Τυπογραφείου:
Media Press Α.Ε.
26ο χλμ. Λεωφ. Λαυρίου, 19441 Κορωπί
Τηλ. 210 6620476

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

Success is a matter of choice

GENESIS

Better Answer

στην αισθητική εμφυτευματολογία

Genesis. Το Βιομιμητικό Σύστημα Εμφυτευμάτων.

Genesis είναι η premium σειρά εμφυτευμάτων του Αμερικανικού οργανισμού Keystone Dental Group (KDG). Η ροζ ανοδίωση του αυχένα, πρωτοπόρο προϊόν της Βιομιμητικής Τεχνολογίας AnaTite™, μιμείται τη φυσική απόχρωση του μαλακού ιστού και καθίσταται ιδανικό για την αισθητική ζώνη. Η επιφάνεια BioSpark™ παράγει μία επιφάνεια υδρόφιλη, εμπλουτισμένη σε ασβέστιο και φώσφορο, η οποία μιμείται το οστό προάγοντας την οστική ανάπτυξη και την ταχεία οστεοενσωμάτωση. Η αυτοστεγανοποιούμενη κωνική σύνδεση έξι λοβών TiLobe® ελαχιστοποιεί το μικροκενό μεταξύ εμφυτεύματος-διαβλεννογόνιου στηρίγματος, διατηρώντας την υγεία των οστών και των μαλακών ιστών. Εδώ και περισσότερο από μία δεκαετία, το εμφύτευμα Genesis του KDG USA έχει οδηγήσει την εμφυτευματολογία σε μία νέα εποχή αμεσότητας και αισθητικής!

10 χρόνια!

ariston dental

better answers

ΑΘΗΝΑ Τ. 210 80 30 341 • **ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗ** Τ. 2310 268 020 • **ΚΥΠΡΟΣ** Τ. 25 322 895

www.aristondental.com

Η ανατομία του Έλληνα οδοντιάτρου

Α. Γιαννίρη, Αικ. Κυρανούδη, Μ. Μενενάκου, Β. Πασιά, Ι. Υφαντόπουλος

Η ομάδα εργασίας της Ελληνικής Οδοντιατρικής Ομοσπονδίας (ΕΟΟ) «Γυναίκες στην Οδοντιατρική» σε συνεργασία με τον καθηγητή Ι. Υφαντόπουλο του ΜΒΑ Υγείας στο ΕΚΠΑ παρουσιάζουν τα αποτελέσματα της πανελλαδικής έρευνας που πραγματοποίησαν με σκοπό να σκιαγραφήσουν το προφίλ του σύγχρονου Έλληνα οδοντιάτρου, απ' τις οικονομικές απολαβές και συνθήκες εργασίες γενικότερα μέχρι το αποτύπωμα της πανδημίας και την ανάδειξη ανισοτήτων.

1. Εισαγωγή

Σκοπός της έρευνας αυτής είναι η χαρτογράφηση του οδοντιατρικού επαγγέλματος και το κοινωνιογράφημα του οδοντιάτρου στη χώρα μας.

Η ιδέα της έρευνας γεννήθηκε μέσα από την ομάδα εργασίας της Ελληνικής Οδοντιατρικής Ομοσπονδίας (ΕΟΟ), «Γυναίκες στην Οδοντιατρική». Σε συζητήσεις της ομάδας για ασφαλιστικές διεκδικήσεις που αφορούν την κύηση, την μητρότητα και το συνταξιοδοτικό, συνειδητοποιήσαμε την ανυπαρξία στοιχείων που να αποτυπώνουν την εικόνα του οδοντιατρικού επαγγέλματος και του οδοντιάτρου.

Τα στοιχεία αυτά θα μπορούσαν να χρησιμοποιηθούν ως εργαλείο για τεκμηριωμένες διεκδικήσεις αλλά και για τις προοπτικές του κλάδου.

2. Ερευνητική Ομάδα

Μέσα από την ομάδα «Γυναίκες στην Οδοντιατρική» προέκυψε η ερευνητική πρωτοβουλία συγκροτούμενη εθελοντικά από τις: **Α. Γιαννίρη, Αικ. Κυρανούδη, Μ. Μενενάκου** και **Β. Πασιά.**

Υπό την αιγίδα της ΕΟΟ και την πολύτιμη καθοδήγηση του Ακαδημαϊκού Συντονιστή του ΜΒΑ-Υγεία ΕΚΠΑ καθηγητή **Ι. Υφαντόπουλου** εκπονήσαμε έρευνα πεδίου που κάλυψε το σύνολο της Ελληνικής επικράτειας. Η έρευνα σχεδιάστηκε και διεξήχθη με αυστηρές επιστημονικές προδιαγραφές λαμβάνοντας υπόψη τη διεθνή βιβλιογραφία. Η συλλογή των στοιχείων έγινε με δομημένο ερωτηματολόγιο που περιελάμβανε κλίμακες και ενότητες ποσοτικών και ποιοτικών ερωτήσεων που σκιαγραφούσαν με τον πλέον αντιπροσωπευτικό τρόπο την ανατομία του σύγχρονου Έλληνα Οδοντιάτρου. Η διακίνηση του ερωτηματολογίου έγινε διαδικτυακά, μέσω της ΕΟΟ, προς τους Οδοντιατρικούς Συλλόγους και τους φοιτητικούς συλλόγους. Τα στοιχεία που συλλέχθηκαν τα επεξεργάσθηκε η ερευνητική ομάδα και διεξήγαγε στατιστικούς

ελέγχους για την διασφάλιση της μεγίστης αξιοπιστίας και αντιπροσωπευτικότητας του δείγματος.

3. Αποτελέσματα

Από τις απαντήσεις προέκυψε ότι το 49% των οδοντιάτρων εργάζονται σε Αθήνα και Πειραιά. Το 53% των οδοντιάτρων είναι γυναίκες. Αντιπροσωπευτική είναι η εκπροσώπηση όλων των ηλικιακών ομάδων στην έρευνα. Σχετικά με τα χρόνια άσκησης του επαγγέλματος, η πλειονότητα των οδοντιάτρων του δείγματος (58,90%) έχουν λιγότερα από 20 χρόνια εργασίας *(Γραφ. 1,2).*

3.1 Απασχόληση

Η συντριπτική πλειοψηφία των οδοντιάτρων είναι αυτοαπασχολούμενοι (72%). Ένα επιπρόσθετο 7,7% έχει ιδιωτικό ιατρείο αλλά έχει και πρόσθετη απασχόληση. Οι οδοντίατροι χωρίς ιδιωτικό ιατρείο που απασχολούνται στον ιδιωτικό τομέα με συμφωνητικό παροχής υπηρεσιών είναι 9%.

Το 4% των οδοντιάτρων του δείγματος δήλωσε ότι απασχολείται σε κρατικό φορέα ή/ και στον ευρύτερο δημόσιο τομέα. Τέλος, 1% των ερωτηθέντων είναι ιδιοκτήτες πολυδύναμου οδοντιατρείου. Το ποσοστό ανεργίας του δείγματος καταγράφηκε στο 0.1%.

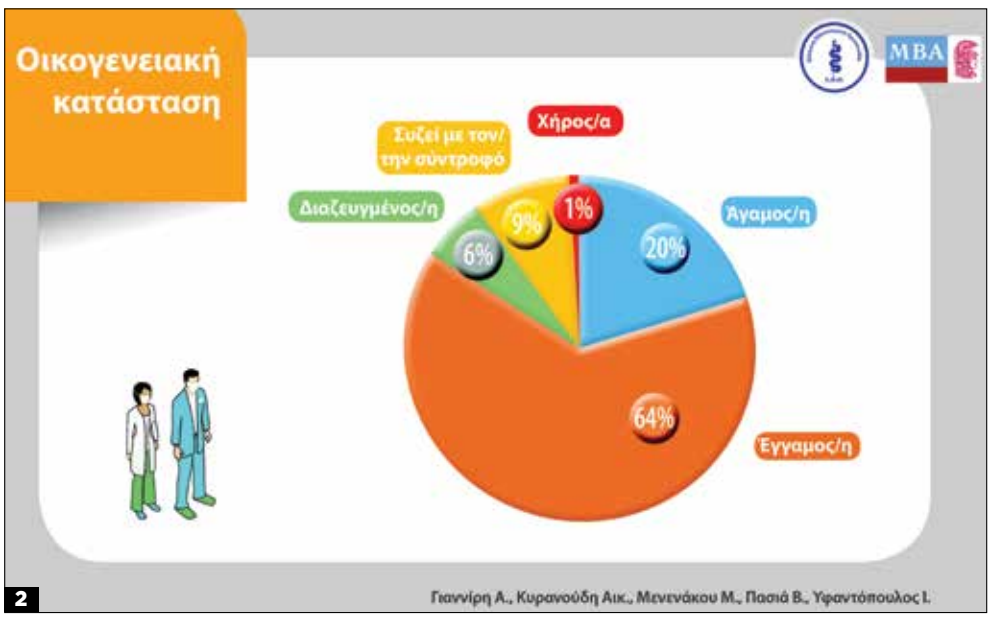
Στην πλειονότητα (64%) των οδοντιάτρων, το ωράριο απασχόλησης ανέρχεται σε 31-40 ώρες την εβδομάδα, ενώ το 14% απασχολείται λιγότερο από 4 ώρες την ημέρα.

Ως κύρια αιτία μη πλήρους απασχόλησης αναφέρθηκαν: η προσωπική επιλογή, η δυσκολία εύρεσης ασθενών και η ανατροφή τέκνων.

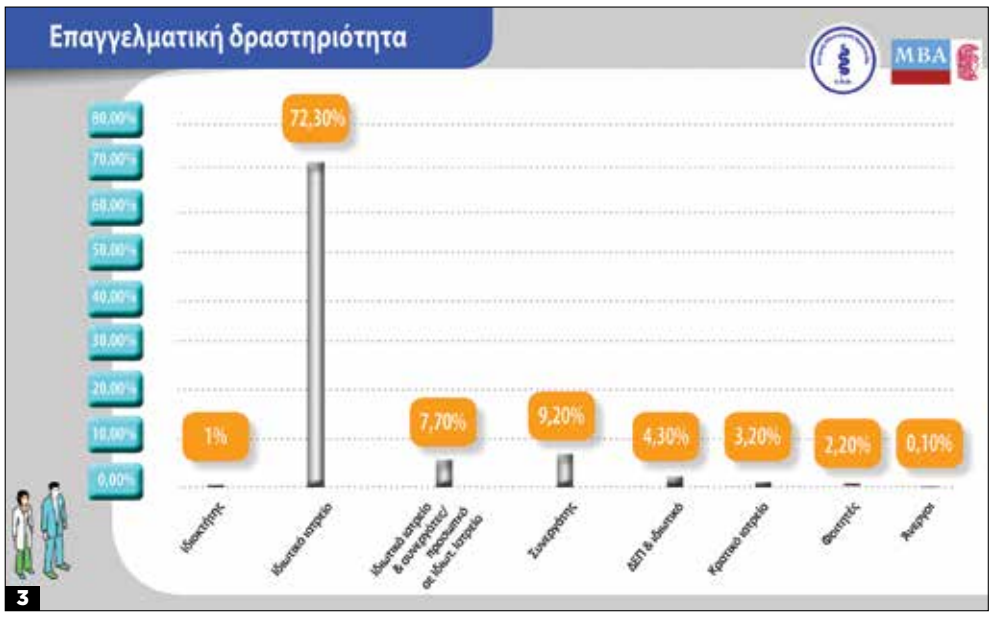
Το 23% των ερωτηθέντων δήλωσαν ότι έχουν αναγκαστεί να διακόψουν την επαγγελματική τους δραστηριότητα. Από το ποσοστό αυτό, οι 3 στους 4 είναι γυναίκες.

Η πλειοψηφία των συναδέλφων εργάζεται χωρίς βοηθό (6 στους 10) *(Γραφ. 3,4).*

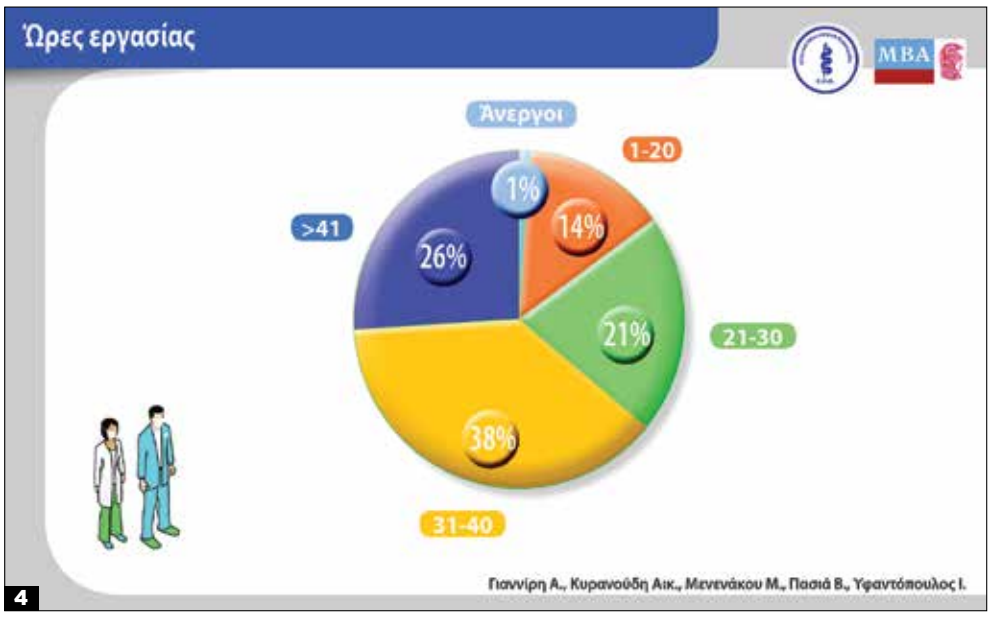
1



2



3



4

Variolink® Esthetic

Η αισθητική ρητινώδης κονία

Εκπληκτικά απλή απόδοση αισθητικής

Η ρητινώδης κονία για επίτευξη εξαιρετικής αισθητικής με εύκολη και φιλική διαδικασία

- Ισορροπημένο και συνοπτικό σύστημα απόδοσης των αποχρώσεων
- Άριστη σταθερότητα αποχρώσεων χάρη στη σύνθεση χωρίς αμίνες
- Εύκολη και ελεγχόμενη απομάκρυνση περίσσειας

Ιδανικό για Tetric® CAD

Ιδανικό για IPS e.max® CAD/Press

www.ivoclarvivadent.gr

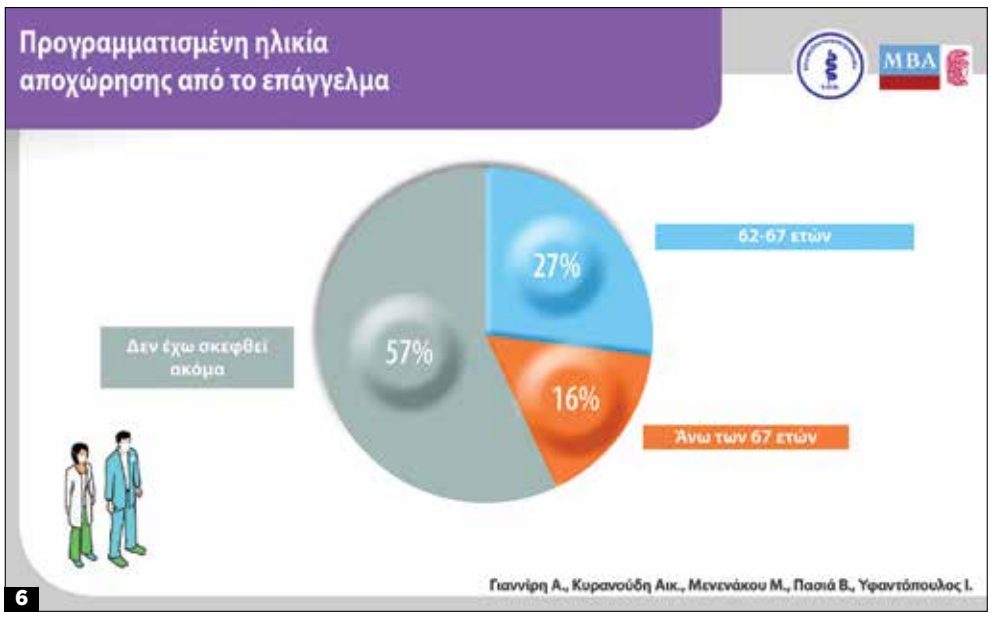
Επίσημοι διανομείς
Ελλάδας
Oral Vision
• Μάγερ 13 / 104 38 Αθήνα / τηλ: 210 77 55 900 /
• Τσιμισκή 34 / 546 23 Θεσσαλονίκη / τηλ: 2310 253 800 / www.oralvision.gr

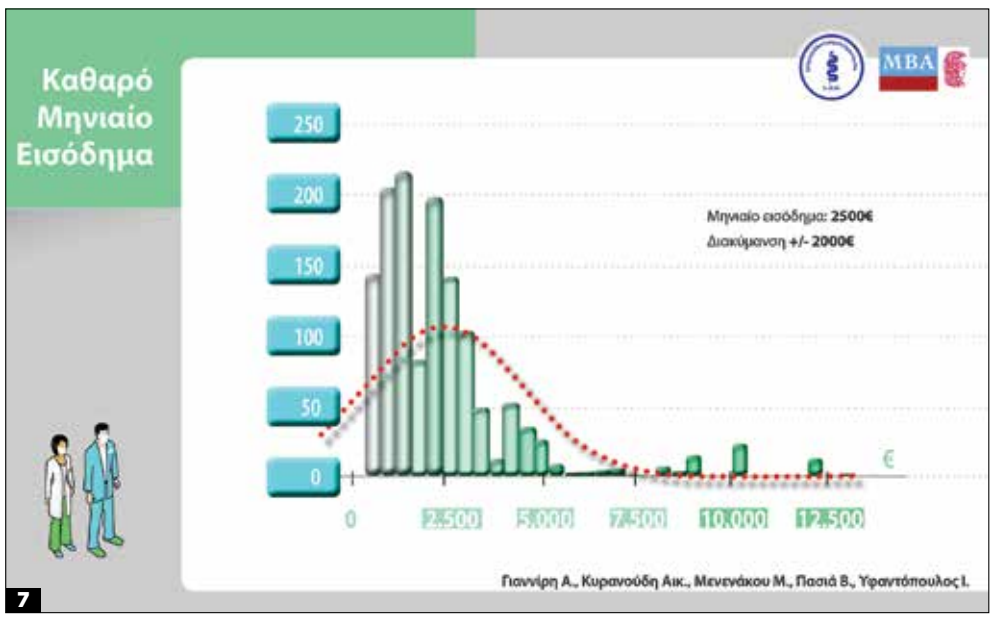
SADENT
• 1 χλμ Λεωφ. Μαρκοπούλου / 190 02 Παιανία / τηλ: 211 10 22 900 /
• Τετραπόλεως 4 / 115 27 Γουδή / τηλ: 210 77 77 608 /
• Ν. Τέλογλου 7 / 546 36 Θεσσαλονίκη / τηλ: 2310 968 799 / www.sadent.com

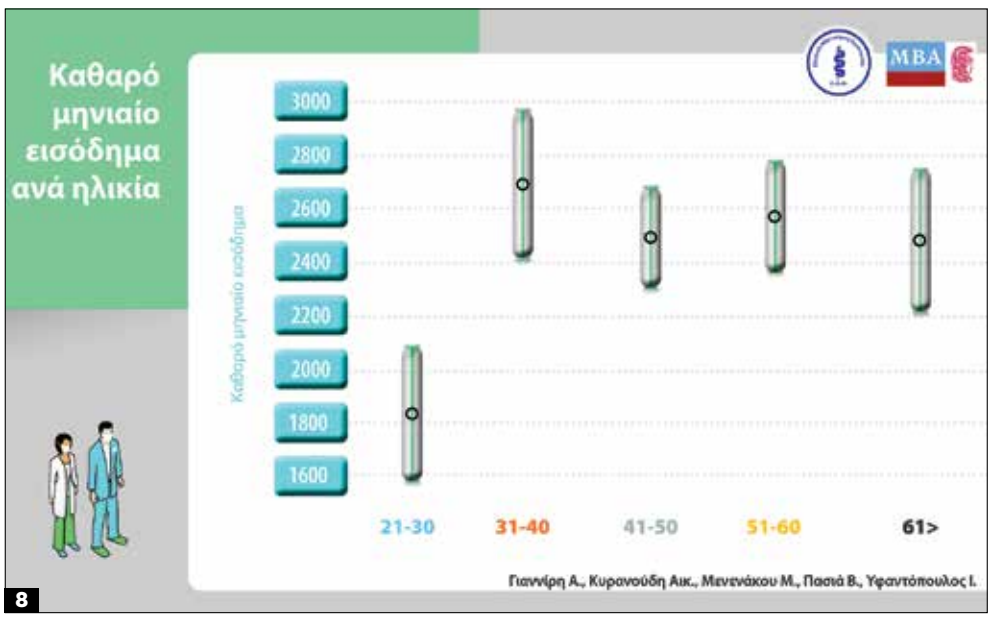
Κύπρου
Dentalcon
• Λ. Αναστασιάδη 1 / 2012 Λευκωσία / τηλ: 22 466 000 /
www.dentalcon.com.cy
www.ivoclarvivadent.com

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

ivoclar







3.2 Προγραμματισμένη ηλικία αποχώρησης από το επάγγελμα

Η πλειοψηφία των ερωτηθέντων οδοντιάτρων (57%) δεν έχει συγκεκριμένο στόχο για την ηλικία αποχώρησης.

Όσον αφορά το υπόλοιπο 43%, το 27% προγραμματίζει την αποχώρησή του στο εντός του προβλεπόμενου από τον νόμο ηλικιακό πλαίσιο (–62-67ετων), και το 16% προγραμματίζει να παραμείνει επαγγελματικά ενεργό ακόμη και σε ηλικία μεγαλύτερη των 67 ετών.

Από αυτό το 16%, οι άντρες αποτελούν διπλάσιο ποσοστό έναντι των γυναικών, οι οποίες προτιμούν να αποχωρήσουν από το επάγγελμα στα προβλεπόμενα από τον νόμο όρια *(Γραφ. 5,6).*

3.3 Οικονομικά

Η δεκαετής οικονομική κρίση που έπληξε τη χώρα μας την περίοδο 2009-2019 και η συνακόλουθη πανδημία του COVID-19 επηρέασε αναπόφευκτα το οδοντιατρικό επάγγελμα στη χώρα μας. Την τελευταία δεκαετία, λόγω της οικονομικής και επιδημιολογικής κρίσης ο οδοντιατρικός κλάδος επλήγη ιδιαίτερα με αποτέλεσμα την συρρίκνωση του αριθμού των οδοντιάτρων κατά 10%. Η επίπτωση στα οικονομικά των οδοντιάτρων ήταν ακόμη πιο επώδυνη όπως καταγράφεται από τις επίσημες στατιστικές της ΕΣΥΕ. Η μέση μηνιαία δαπάνη των νοικοκυριών για οδοντιατρική φροντίδα κατακρημνίσθηκε. Το 2008 το μέσο νοικοκυριό διέθετε το 30% των ιδιωτικών δαπανών υγείας για οδοντιατρική περίθαλψη. Το 2020 το ποσοστό αυτό μειώθηκε στο 11,5%. Επιπλέον σύμφωνα με μια ανάλυση των πρόσφατων διεθνών στοιχείων για την οδοντιατρική περίθαλψη στις χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης, η Ελλάδα κατατάσσεται στον πυθμένα των χωρών της Ευρώπης με μηδαμινή έως ανύπαρκτη δημόσια δαπάνη για οδοντιατρική φροντίδα. Η κατάταξη αυτή οδηγεί σε μια επίσης οδυνηρή διαπίστωση για τη χώρα μας να παρουσιάζεται ως το κατ' εξοχήν μέλος των 27 της Ε.Ε. με το υψηλότερο ποσοστό των ανικανοποίητων αναγκών για οδοντιατρική περίθαλψη.

Στην έρευνά μας, που έγινε στις αρχές της πανδημίας, το 25% των οδοντιάτρων δήλωσε ότι οι απολαβές του από τις οδοντιατρικές πράξεις είναι πολύ κακές έως κακές. Το ποσοστό αυτό πιστοποιείται και από την περαιτέρω ανάλυση των ποσοτικών στοιχείων του εισοδήματος, όπου το 30% των οδοντιάτρων του δείγματος δήλωσε καθαρό μηνιαίο εισόδημα λιγότερο από 1.000 ευρώ το μήνα. Στο ποσοστό αυτό συμπεριλαμβάνεται το 11% με μηνιαίες αποδοχές φτώχειας που είναι λιγότερες των 500 ευρώ το μήνα.

Εξετάζοντας το σύνολό των οδοντιάτρων το μέσο καθαρό μηνιαίο εισόδημα ανέρχεται στα 2.500 ευρώ. Παρατηρείται μεγάλη διακύμανση των τιμών με +/-2.000 ευρώ. Όσον αφορά τα υψηλότερα εισοδήματα, το 6% των οδοντιάτρων του δείγματος δήλωσε εισόδημα ανω των 5.000 ευρώ *(Γραφ. 7,8).*

3.4. Επιπτώσεις της πανδημίας COVID-19

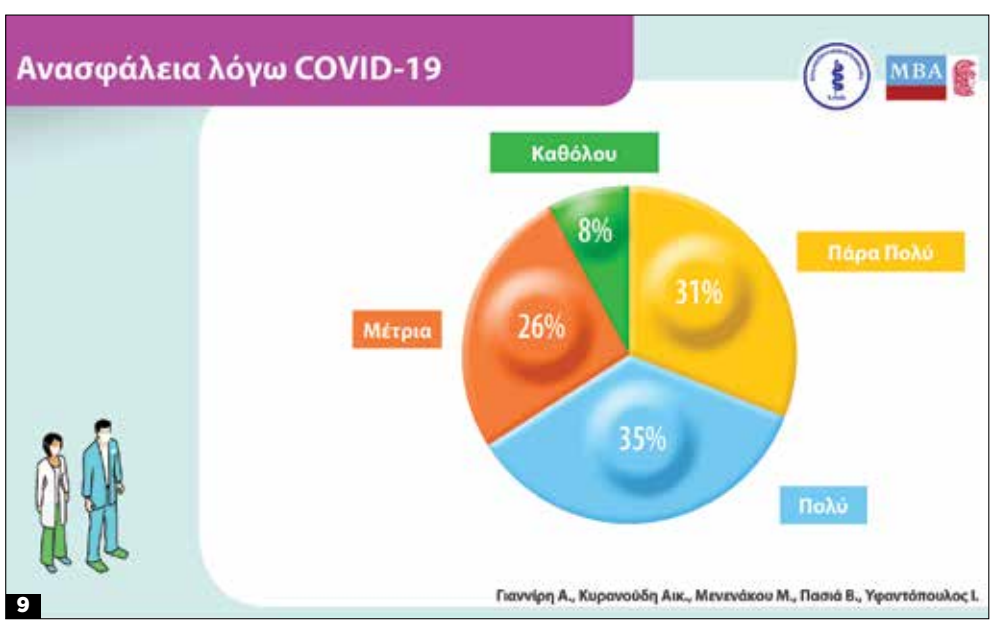
Η πανδημία του COVID-19 επηρέασε αναμφισβήτητα το οδοντιατρικό επάγγελμα τόσο σε ψυχολογικό όσο και σε οικονομικό επίπεδο.

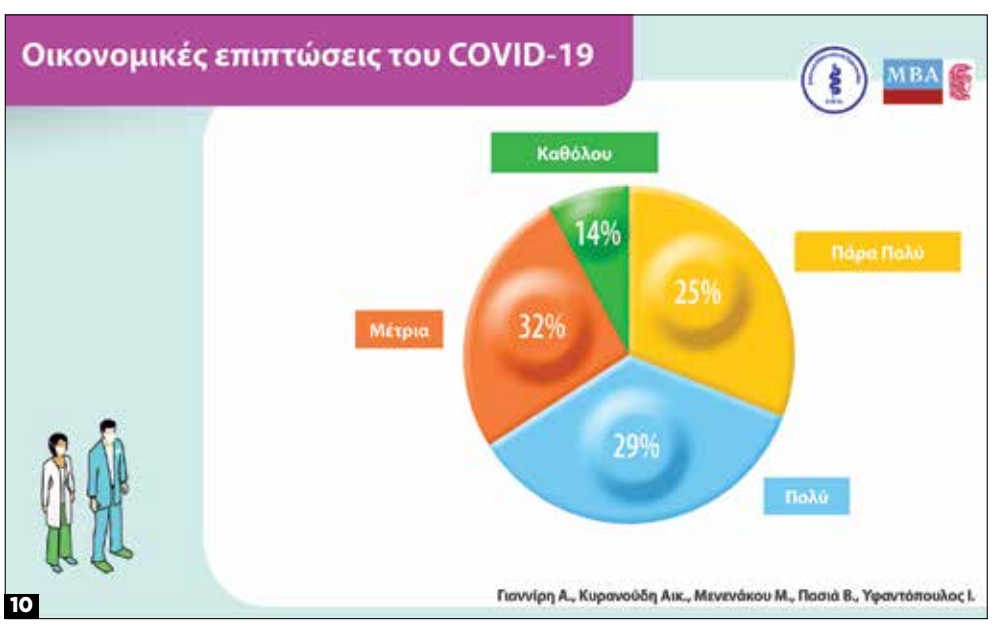
Σύμφωνα με τη μελέτη μας το **92%** των Ελλήνων οδοντιάτρων βίωσαν από μέτρια έως πάρα πολύ μεγάλη αύξηση του **αισθήματος ανασφάλειας** κατά την άσκηση της οδοντιατρικής πράξης στην περίοδο της πανδημίας.

Η συνεχής προσπάθεια του Έλληνα οδοντιάτρου να προασπίσει την υγειονομική ασφάλεια των ασθενών του, του προσωπικού του ιατρείου του, των συνεργατών του αλλά και του ιδίου κατά την περίοδο της πανδημίας, είχε σημαντικές επιπτώσεις στο οικονομικό ισοζύγιο του οδοντιατρείου του.

Η διαρκής συμμόρφωση με τα προτεινόμενα μέτρα δημόσιας υγείας, η αυστηρή τήρηση των υγειονομικών πρωτοκόλλων, η προμήθεια και χρηματοδότηση πολλαπλών και ενισχυμένων μέσων ατομικής προστασίας, η διεξοδική απολύμανση του αέρα, των εγκαταστάσεων και των χώρων του οδοντιατρείου αύξησαν σημαντικά το κόστος λειτουργίας του.

Σε ποσοστό **84%** οι Έλληνες οδοντίατροι δήλωσαν ότι **τα οικονομικά** τους επηρεάστηκαν από μέτρια έως πάρα πολύ από την πανδημία COVID -19 *(Γραφ. 9,10).*





FKG
swiss endo

ROOTER®

X3000

FKG PRESET PROGRAMS

Dental Expert - Άννα Ελμάογλου Ε.Π.Ε.

Ο Εξειδικευμένος Συνεργάτης του Οδοντιατρείου σας

Φειδιππίδου 30, 11527, Γουδή • Τηλ.: 210 7770739, 210 7770749 • Φαξ: 210 7770716 • e-mail: anna@dental-expert.gr

Ανθεκτικότητα στις επιστήμες υγείας Το μοντέλο για την οδοντιατρική

Η κατανόηση της έννοιας της ανθεκτικότητας στο πλαίσιο της υγειονομικής περίθαλψης είναι εξαιρετικά σημαντική. Ένα ανθεκτικό σύστημα υγείας αναμένεται να παρέχει με συνέπεια, φροντίδα υψηλής ποιότητας, να αντέχει σε δυσάρεστα, επείγοντα και ανατρεπτικά γεγονότα και να προσαρμόζεται με ευελιξία σε μία πορεία συνεχούς εξέλιξης και βελτίωσης.

Υπάρχουν πολλές διαφορετικές θεωρίες, μοντέλα και ορισμοί της ανθεκτικότητας. Αυτό οφείλεται ίσως στο γεγονός ότι η ανθεκτικότητα είναι μια κατευθυντήρια έννοια που χρησιμοποιείται σε ένα ευρύ πεδίο επιστημών, από την ψυχιατρική και

Μαρία Αντωνιάδου
Επίκουρη Καθηγήτρια, Οδοντιατρικό Τμήμα, Σχολή Επιστημών Υγείας, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών

την κατανόηση της ατομικής ανθρώπινης απόκρισης στο στρες, έως τον κοινωνικό σχεδιασμό και την κατανόηση της αντίδρασης και της ανάκαμψης από καταστροφές μεγάλης κλίμακας, τη βιολογία και την κατανόηση της ανθεκτικότητας στους οργανισμούς ή τη λειτουργία της τέλος, στα πλαίσια περιβαλλοντικών και οικολογικών συστημάτων. Κατά συνέπεια, η ανθεκτικότητα συνυπάρχει με τη βιωσιμότητα (sustainability) και για το λόγο αυτό έχει καταστεί βασική έννοια στην έρευνα για την «ασφάλεια και την καλή κατάσταση στην εργασία» σε πολλά επαγγελματικά και ερευνητικά πεδία (safety and well-being in the workplace). Τα τελευταία 10-15 χρόνια, η «μηχανική της ανθεκτικότητας» (resilience engineering) αποτελεί σημαντικό τμήμα της ασφάλειας της εργασίας και έχει προσελκύσει ερευνητικό ενδιαφέρον υποστηρίζοντας νέους τρόπους κατανόησης των διαδικασιών εργασίας σε πολύπλοκα προσαρμοστικά κοινωνικο-τεχνικά συστήματα.

Ορισμός

Η ανθεκτικότητα στις περισσότερες προσεγγίσεις, αντιμετωπίζεται ως πολυεπίπεδο φαινόμενο. Θεωρείται ως η προσαρμοστική ικανότητα αλλαγής σε στρεσσογόνες καταστάσεις. Αναφέρεται ουσιαστικά, τόσο στη διαδικασία όσο και στο αποτέλεσμα της επιτυχούς προσαρμογής σε δύσκολες εμπειρίες ζωής, σύμφωνα με τον ορισμό της Αμερικανικής Εταιρείας Ψυχολογίας (APA). Είναι με άλλα λόγια και σε προσωπικό επίπεδο, η ικανότητα των παρόχων υγείας να αντέχουν στις αντιξοότητες, να ανακάμπτουν γρήγορα και να προοδεύουν, παρά την ύφεση της ζωής γύρω ή μέσα τους.

Στη σχετική βιβλιογραφία τονίζονται οι έννοιες της ενεργητικής και παθητικής ανθεκτικότητας. Η ενεργή ανθεκτικότητα περιλαμβάνει μια σκόπιμη, άμεση και ενεργή προσπάθεια βελτίωσης διαφόρων ικανοτήτων για την αντιμετώπιση εκπλήξεων (ευχάριστων ή δυσάρεστων) και τη χρήση του άγχους ως πηγή μάθησης, προκειμένου το άτομο να επωφεληθεί ενεργά από αγχωτικές καταστάσεις. Αντίθετα, η παθητική ανθεκτικότητα σχετίζεται με την ικανότητα ανάκαμψης και επιστροφής σε κανονικές διαδικασίες, μετά από μια προσαρμοστική συνήθως ξαφνική και απρόσμενη αλλαγή, χωρίς ωστόσο περαιτέρω ανάπτυξη δεξιοτήτων ή συστημάτων. Επομένως, η σχέση μεταξύ ανθεκτικότητας και μάθησης είναι σημαντική για τη διερεύνηση και την κατανόηση του τρόπου με τον οποίο οι μαθησιακές διαδικασίες συνδέονται με προσαρμογές στην απόδοση της εργασίας και την παραγωγικότητα ενόψει προφανών κινδύνων ή/και ευκαιριών.

Είναι σημαντικό να τονιστεί ότι η ανθεκτικότητα και η προσαρμογή σε αυτήν μπορεί να μην είναι πάντοτε επωφελείς για την ασφάλεια μιας δομής υγείας ή να μην έχουν θετική αποτίμηση για ολόκληρο το σύστημα μελέτης. Υπάρχουν περιστάσεις όπου οι τοπικές προσαρμογές γίνονται με υπερβολικά εκτεταμένο τρόπο και θα μπορούσαν να έχουν αρνητικές συνέπειες για το ευρύτερο σύστημα κατάσταση που ορίζεται ως η «τραγωδία της προσαρμοστικότητας» (tragedy of adaptability). Μια επιπλέον παγίδα είναι ότι η ανθεκτικότητα μπορεί να κατασκευαστεί με αναγωγικό και ατομικιστικό τρόπο, όπου τα άτομα-μέλη ενός υγειονομικού συστήματος (π.χ. νοσηλευτές, γιατροί, ασθενείς, συγγενείς) αναμένεται να χειριστούν και να αντισταθμίσουν προβλήματα που προκαλούνται από το σύστημα (για παράδειγμα, έλλειψη ή κακή συντήρηση εξοπλισμού) με τελείως απρόβλεπτο τρόπο. Αυτό μπορεί δυνητικά να έχει νομικές ή ηθικές συνέπειες ή ποινές.

Αυτή η σύντομη εννοιολογική επισκόπηση δείχνει ότι:

- Βασικοί ορισμοί της ανθεκτικότητας διαφέρουν μεταξύ τους,
- Η ανθεκτικότητα πρέπει να νοείται με διαφορετικό τρόπο σε διάφορα επαγγελματικά περιβάλλοντα (Comfort et al., 2010) και
- Υπάρχουν πιθανές παγίδες εάν η ανθεκτικότητα παρερμηνευθεί ή εφαρμοστεί εσφαλμένα.

Ως εκ των προαναφερομένων, ανθεκτικότητα ορίζεται: η ικανότητα προσαρμογής σε προκλήσεις και αλλαγές σε διαφορετικά επίπεδα του συστήματος υγείας, για τη διατήρηση υψηλής ποιότητας περίθαλψης. Αυτός ο λειτουργικός ορισμός της ανθεκτικότητας μπορεί να θεωρηθεί κατανοητός και εφαρμόσιμος ανεξάρτητα από το επίπεδο ανάλυσης ή τον τύπο της συνιστώσας του συστήματος που αποτελεί αντικείμενο των ερευνών που σχετίζονται με αυτήν.

Πλαίσιο του φαινομένου της ανθεκτικότητας στην οδοντιατρική

Η ανθεκτικότητα αποτελεί θεμελιώδη δεξιότητα για τους οδοντιάτρους. Για να επιβιώσουν από την απαιτητική εκπαίδευση και την πολυπλοκότητα των ρόλων τους σε επαγγελματικό και προσωπικό επίπεδο χρειάζεται να καλλιεργήσουν την ανθεκτικότητά τους. Αυτό σημαίνει ότι θα μπορούν να προσαρμοστούν γρήγορα στις αντιξοότητες του επαγγέλματος, να είναι αφοσιωμένοι, επίμονοι, να εμπιστεύονται τις ικανότητές τους, παραμένοντας ταυτόχρονα συμπονετικοί με τους ασθενείς. Ένας «ανθεκτικός» οδοντίατρος μπορεί να απορροφήσει την πίεση που ενέχει η οδοντιατρική πρακτική, καθώς και τις σύγχρονες καθημερινές ηθικές ή οικονομικές προκλήσεις του χώρου. Η ανθεκτικότητα για τους οδοντιάτρους είναι λοιπόν ένας δυναμικός και πολύπλοκος μηχανισμός που εξελίσσεται σε διαφορετικά επίπεδα: το άτομο, το περιβάλλον του ατόμου και την κοινωνία. Το να είναι κάποιος ανθεκτικός δεν σημαίνει ωστόσο ότι δεν βιώνει άγχος, συναισθηματική αναταραχή, ανησυχία και πόνο. Η επίδειξη ανθεκτικότητας όμως περιλαμβάνει τη συνέχιση και καλή εκτέλεση της εργασίας ακόμα και σε πλαίσιο προσωπικού συναισθηματικού πόνου ή ψυχικής και σωματικής ταλαιπωρίας.

Προηγούμενες έρευνες έχουν πλαισιώσει σημαντικά την ανθεκτικότητα των επαγγελματιών υγείας σε σχέση με την αποφυγή της επαγγελματικής εξουθένωσης, η οποία συνδέεται με το άγχος στον χώρο εργασίας. Ωστόσο, από την ευρύτερη βιβλιογραφία σχετικά με την προσωπική ανθεκτικότητα, η επαγγελματική ανθεκτικότητα στο χώρο της υγείας γενικότερα και της οδοντιατρικής ειδικότερα, φαίνεται να είναι κάτι περισσότερο από αντίσταση στην εργασιακή εξουθένωση. Περιλαμβάνει τη θετική προσαρμογή και την ανάπτυξη ή /και ενίσχυση των προσωπικών πόρων ώστε να υπάρχει η δυνατότητα αντιμετώπισης των προκλήσεων.

Οι δυσμενείς προκλήσεις στο χώρο της υγείας μπορεί να επηρεάσουν σε μεγάλο βαθμό και την επαγγελματική ανθεκτικότητα των οδοντιάτρων. Έτσι αυτή υφίσταται πολλές διακυμάνσεις κατά την διάρκεια του επαγγελματικού βίου τους, ειδικά όταν αυτοί δεν ακολουθούν ένα σύστημα ενίσχυσης των σωματικών, συναισθηματικών και ψυχικών τους πόρων. Υπάρχουν δε, πολλές πιθανές πηγές μείωσης της επαγγελματικής ανθεκτικότητας στην οδοντιατρική. Πρώτον, οι προκλήσεις θα μπορούσαν να προέρχονται από δύσκολα κλινικά ζητήματα ή συγκρούσεις με απαιτητικούς ασθενείς. Δεύτερον, οι προκλήσεις μπορούν να προκύψουν από οργανωτικά ζητήματα που αφορούν αποκλειστικά τον συγκεκριμένο χώρο εργασίας, για παράδειγμα, προβληματική εσωτερική επικοινωνία με τους συνεργάτες, σεξιστική συμπεριφορά, λεκτική ή σωματική βία (bulling), άνισα συστήματα διοίκησης ή προβληματικές διαπροσωπικές σχέσεις. Τρίτον, οι εξωτερικές οργανωτικές πιέσεις μπορεί να έχουν εξίσου μεγάλη επιρροή, όπως για παράδειγμα η αύξηση των απαιτήσεων για ασφαλή πρωτόκολλα άσκησης της οδοντιατρικής πρακτικής, η εφαρμογή υποχρεωτικών κανονισμών συνεχιζόμενης επαγγελματικής κατάρτισης και εκπαίδευσης, η έλλειψη χρόνου, ανθυγιεινά περιβάλλοντα εργασίας ή ελλείψεις εξοπλισμού και αναλώσιμων υλικών. Αν και ορισμένοι οδοντίατροι μπορεί να επηρεαστούν αρνητικά από αυτές τις προκλήσεις, άλλοι είναι σε θέση όχι μόνο να διατηρήσουν μια θετική προοπτική, αλλά και να ευδοκιμήσουν στους ρόλους τους. Το γεγονός αυτό αποδεικνύει ότι υπάρχουν και άλλοι ενδογενείς παράγοντες που επηρεάζουν το φαινόμενο σε ατομικό επίπεδο.

Περιγράφονται επτά τρόποι με τους οποίους οι ανθεκτικοί εργαζόμενοι κάνουν τα πράγματα διαφορετικά, ωφελώντας τόσο τους εαυτούς τους όσο και τον οργανισμό τους:

- Αναπτύσσουν ποιοτικές διασυνδέσεις/επαφές υψηλής ποιότητας
- Διαχειρίζονται αποτελεσματικά το άγχος και αποφεύγουν την εργασιακή εξουθένωση (burnout)
- Εκδηλώνουν αυθεντικότητα σε κάθε ενέργεια και σύμφωνα με τα δυνατά σημεία και τις αξίες τους
- Αναπτύσσουν το θάρρος τους με κάθε ευκαιρία (το πάθος και την επιμονή για την επιδίωξη μακροπρόθεσμων στόχων)
- Μένουν εμπνευσμένοι και βρίσκουν νόημα στην εργασία και στη ζωή τους
- Παραμένουν ευέλικτοι και ψυχικά δυνατοί
- Διαχειρίζονται ενεργά τις αλλαγές και τις αποτυχίες

Συνέχεια στη σελίδα 10

THE GAME CHANGER

GUIDED BIOFILM THERAPY®

EMS

AIRFLOW
PROPHYLAXIS MASTER

ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΙΚΑ ΕΙΔΗ
& ΜΗΧΑΝΗΜΑΤΑ
Π. Τσαλδάρη 211
17676 Καλλιθέα
Τηλ.: 210 95 72 770, 771
Fax: 210 95 77 557
email:odontemporiki@gmail.com, www.odontemporiki.gr

www.apostolides.gr
Για όσους έχουν υγιείς αποστόλους

ΑΘΗΝΑ:
ΦΕΙΔΙΠΠΙΔΟΥ 23, 115 27 ΓΟΥΔΗ
ΤΗΛ./ FAX: 210 698 48 82
info.athens@apostolides.gr

ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗ:
ΤΕΛΛΟΓΛΟΥ 11, 546 36
ΤΗΛ.: 2310 201 301, 2310 248 065
info@apostolides.gr

EMS
MAKE ME SMILE.

Συνέχεια από τη σελίδα 8

Προσωπικά χαρακτηριστικά που σχετίζονται με την ανθεκτικότητα

Η επίδραση του φύλου στην ανθεκτικότητα στο χώρο της υγείας έχει πολλαπλώς μελετηθεί. Συγκεκριμένα αναφέρεται ότι τα χαμηλά επίπεδα ανθεκτικότητας συσχετίζονται με αυξημένη συχνότητα πρόσληψης αλκοόλ σε άνδρες επαγγελματίες υγείας. Όμως και οι γυναίκες του χώρου αντιμετωπίζουν μεγαλύτερο άγχος από άλλες γυναίκες, λόγω της απαιτητικής φύσης της εργασίας τους, καθώς και της παράλληλης ανάληψης ηγετικού ρόλου στην ανατροφή των παιδιών τους. Στο χώρο της υγείας, οι γυναίκες έχουν γενικά λίγες ευκαιρίες για χρόνο αναψυχής και, ως εκ τούτου, είναι πιο πιθανό από άλλες να υποκύψουν σε καταστροφικούς μηχανισμούς αντιμετώπισης των στρεσσογόνων καταστάσεων στο χώρο εργασίας, όπως η υπερβολική χρήση αλκοόλ ή να βιώσουν κατάθλιψη. Αλλού αναφέρεται υψηλότερη συναισθηματική εξάντληση μεταξύ των γυναικών επαγγελματιών υγείας που είναι υπεύθυνες για το σπίτι και την οικογένεια, σε σύγκριση με τους άνδρες συναδέλφους.

Γενικά ωστόσο, οι γυναίκες σημειώνουν υψηλότερη βαθμολογία στην ανάγκη συνεργατικότητας (πιθανά λόγω των πολλαπλών ρόλων τους έχουν ανάγκη συνεργασίας), την εξάρτηση από την ανταμοιβή και την ανάγκη για την αποφυγή βλάβης κατά την πρακτική άσκηση του επαγγέλματος, αλλά χαμηλότερη στην κλίμακα ανθεκτικότητας της υπαρξιακής μοναξιάς (αισθάνονται δηλαδή περισσότερο μόνες στο χώρο εργασίας τους) (existential aloneness resilience scale). Ωστόσο, τα μεγέθη των επιπτώσεων για τις διαφορές μεταξύ των φύλων είναι γενικά μικρά, με τους άνδρες οδοντιάτρους να αναδεικνύονται λιγότερο ανθεκτικοί σε στρεσσογόνες καταστάσεις (π.χ. πανδημία Covid-19) και να βιώνουν λιγότερη ικανοποίηση από το επάγγελμα και ποιότητα ζωής σε σχέση με τις γυναίκες. Φαίνεται ότι όσοι συμμετέχουν γενικότερα στη φροντίδα άλλων ανθρώπων (παιδιά, ηλικιωμένοι γονείς κλπ), ανεξάρτητα από το φύλο, έχουν συνολικά χαμηλότερες βαθμολογίες ανθεκτικότητας λόγω της εξουθένωσης που συνεπάγεται αυτό, αλλά υψηλότερη ικανοποίηση και ύπαρξη στόχου ζωής.

Σε συσχέτιση της ανθεκτικότητας με χαρακτηριστικά της προσωπικότητας οι ανθεκτικοί επαγγελματίες χαρακτηρίζονταν από υψηλή αυτοδιάθεση (ευσυνειδησία, αυτο-αποδοχή και αξιοπιστία), υψηλή επιμονή, υπομονή και δυνατότητα αποφυγής κλινικών σφαλμάτων ή δημιουργίας βλάβης. Αρκετές μελέτες περιέγραψαν τη σημασία του προσωπικού νοήματος στη ζωή, της αίσθησης σκοπού ή την κατανόηση της εργασίας ως λειτουργήματος αν και δεν είναι σαφές εάν αυτό οδηγεί στην ανθεκτικότητα ή προκύπτει ως συνέπεια της ανθεκτικής συμπεριφοράς. Τέλος, προηγούμενες μελέτες έχουν διαπιστώσει ότι η ανθεκτικότητα συνδέεται αντιστρόφως ανάλογα με την κακή ψυχική υγεία και την κατάθλιψη και θετικά με το νόημα στη ζωή και την αυτο-αποτελεσματικότητα.

Παράγοντες του εργασιακού περιβάλλοντος που σχετίζονται με την ανθεκτικότητα

Παρά την προφανή σημασία των στρεσογόνων παραγόντων για την επίδειξη ανθεκτικότητας, καμία μελέτη δεν προσπάθησε να μετρήσει αντικειμενικά το άγχος στο χώρο εργασίας. Αντ' αυτού, οι μελέτες μέχρι τώρα έχουν εξετάσει τον αντιληπτό έλεγχο της εργασίας ή προσδιόρισαν διάφορους προστατευτικούς περιβαλλοντικούς παράγοντες (έλεγχος του φόρτου εργασίας, διαχείριση

του χρόνου, υποστηρικτικοί συνάδελφοι). Αναφέρεται ότι η συναισθηματική ανθεκτικότητα είναι γενικά χαμηλότερη σε αυξανόμενο αριθμό ωρών εργασίας την εβδομάδα, ενώ αντίθετα αυξάνει με την ύπαρξη μεγαλύτερου ελέγχου του χρόνου και του περιεχομένου της εργασίας. Ποιοτικές μελέτες έχουν περιγράψει μια σειρά μηχανισμών με τους οποίους η διαχείριση του φόρτου εργασίας και του χρόνου συσχετίζεται με την αντιληπτή ανθεκτικότητα των παρόχων υγείας, συμπεριλαμβανομένης της ανάθεσης καθηκόντων σε άλλους, τις ηγετικές αντί απλά διοικητικές συμπεριφορές και τον καθορισμό ορίων.

Κοινωνικοί, προσωπικοί και παράγοντες του τρόπου ζωής που σχετίζονται με την ανθεκτικότητα των επαγγελματιών υγείας

Οι κοινωνικοί, προσωπικοί και παράγοντες του τρόπου ζωής που επηρεάζουν την ανθεκτικότητα έχουν διερευνηθεί σε αρκετές μελέτες. Η υψηλότερη ανθεκτικότητα συσχετίστηκε με τη σωματική δραστηριότητα και την καλή φυσική κατάσταση. Αντίθετα, οι οικιακές και κοινωνικές δραστηριότητες μπορούν να διαταραχθούν από την εργασία ή την ανησυχία για την εργασία και αντίστροφα, γεγονός που οδηγεί σε εντάσεις και αυτό με τη σειρά του μπορεί να επηρεάσει αρνητικά την ανθεκτικότητα. Αναφέρεται ωστόσο ότι η ύπαρξη και η υποστήριξη της οικογένειας συντελούν στην καλύτερη αντιμετώπιση στρεσσογόνων καταστάσεων και είναι προστατευτικός παράγοντας για την εργασιακή εξουθένωση. Πάντως, η ύπαρξη ελεύθερου χρόνου ανακουφίζει από το άγχος σε επαγγελματικό και προσωπικό επίπεδο. Η ανακούφιση των εντάσεων μέσω της καλής διαχείρισης του ελεύθερου χρόνου (χόμπι, συμμετοχή σε εθελοντικές δράσεις, συλλόγους, σωματεία κλπ) μπορεί να βοηθήσει στη διατήρηση της ανθεκτικότητας, πιθανά λόγω της μετατόπισης της εστίασης της προσοχής από την εργασία.

Διάγνωση της έλλειψης ανθεκτικότητας

Αν υπολογίσουμε ότι κανένας δεν είναι σταθερά τέλειος στην απόδοσή του και όλοι κάποια στιγμή λαβαίνουν αρνητική κριτική ανατροφοδότηση ή βιώνουν μια αποτυχία στην εργασία τους, γίνεται ιδιαίτερα κατανοητός ο ρόλος της ανθεκτικότητας στο χώρο εργασίας ως το μέσο αναγνώρισης του που κάποιος έχει αποτύχει. Είναι ακόμα το μέσο εντοπισμού πιο επικοδομητικών τρόπων εξέλιξης και ανάκαμψης ώστε να γίνει σωστά η εργασία την επόμενη φορά. Στο χώρο εργασίας, η έλλειψη ανθεκτικότητας μπορεί να εκδηλωθεί με πολλούς ήπιους και δύσκολους στην ανίχνευση τρόπους: ο φόβος της παρουσίασης μπροστά σε ένα κοινό, η παρουσίαση του εαυτού σε νέες γνωριμίες, η απογοήτευση μετά τη λήψη κριτικής για τη δουλειά κάποιου, η ενοχή για το ότι δεν πέρασε αρκετό χρόνο με την οικογένειά του, η αμηχανία που αισθάνεται κανείς μετά από μια συνάντηση που δεν πήγε καλά.

Στο βιβλίο The Resilience Factor (Ο παράγοντας ανθεκτικότητας), η Karen Reivich και ο Andrew Shatté (2002) προσδιορίζουν τα πέντε τυπικά συναισθήματα που συνδέονται με την έλλειψη ανθεκτικότητας, που είναι: 1) Θυμός, 2) Θλίψη ή κατάθλιψη, 3) Ενοχή, 4) Άγχος ή φόβος, 5) Αμηχανία.

Φυσικά, αυτά τα συναισθήματα είναι απολύτως φυσικά να βιώνονται από καιρό σε καιρό. Το κλειδί για την αναγνώρισή τους ως δεικτών έλλειψης ανθεκτικότητας είναι όταν τα συναισθήματα αυτά φέρνουν τους εργαζομένους στο χώρο της υγείας να σκεφτούν ότι «το ποτήρι ξεχείλισε» ή όταν το ίδιο γεγονός προκαλεί το ίδιο συναίσθημα επανειλημμένα.

Στο χώρο εργασίας, η έλλειψη ανθεκτικότητας μπορεί να γίνει πρόβλημα όταν εμποδίζει τα άτομα να αναπτύξουν τις δεξιότητές τους ή να αλληλεπιδράσουν αποτελεσματικά με άλλους. Για παράδειγμα, ο φόβος της δημόσιας ομιλίας μπορεί να οδηγήσει ένα συνάδελφο να παραμείνει σιωπηλός ακόμα και όταν γνωρίζει ότι έχει κάτι να συνεισφέρει σε μια συζήτηση. Ένα άλλο παράδειγμα είναι όταν κάποιος παίρνει θέση άμυνας ή επίθεσης όταν λαμβάνει αρνητικά σχόλια, χάνοντας την ευκαιρία να μάθει ή/και να αναπτύξει τις δεξιότητές του.

Για τη διερεύνηση του βαθμού ανθεκτικότητας σε ατομικό επίπεδο μπορεί να χρησιμοποιηθεί το ερωτηματολόγιο Καθημερινής Αξιολόγησης της Ανθεκτικότητας στην Υγεία, (Everyday Health Resilience Questionnaire, του Sood, 2020).

Μοντέλα ενίσχυσης της ανθεκτικότητας στις δομές υγείας

Όπως έχει γίνει ήδη κατανοητό, η ανθεκτικότητα απαιτεί ένα σύνολο δεξιοτήτων στο οποίο μπορούν οι επαγγελματίες υγείας να εργαστούν και να αναπτυχθούν με την πάροδο του χρόνου. Η οικοδόμησή της απαιτεί χρόνο, δύναμη, αρωγή και οργάνωση σε στρατηγική βάση.

Οι οργανισμοί υγείας μπορούν να οικοδομήσουν μια ανθεκτική οργανωτική κουλτούρα με ένα απλό πλαίσιο:

- Οι άνθρωποι ευημερούν μέσα από την επιτυχία – η δημιουργία ενός περιβάλλοντος στο οποίο οι εργαζόμενοι έχουν τα εργαλεία για να πετύχουν θα βοηθήσει στην οικοδόμηση ανθεκτικών εργαζομένων.
- Οι άνθρωποι μαθαίνουν ενώ παρατηρούν τους άλλους – η ενθάρρυνση επίσημων και ανεπίσημων επαγγελματικών ομάδων εντός του οργανισμού και η τοποθέτηση νέων υπαλλήλων σε επιτυχημένες ομάδες εργασίας ώστε να ενθαρρυνθούν να συμμετέχουν και αυτοί στην επιτυχία.
- Η ενθάρρυνση, η υποστήριξη και η καθοδήγηση είναι ζωτικής σημασίας - η διαπροσωπική υποστήριξη είναι ένας από τους ισχυρότερους προγνωστικούς παράγοντες επιτυχίας και ανθεκτικότητας.
- Η διαχείριση του άγχους είναι το κλειδί - η παροχή στους εργαζόμενους βασικής εκπαίδευσης για τη διαχείριση του άγχους τους μπορεί να αποφέρει τεράστια οφέλη στην αύξηση της παραγωγικότητας και τη βελτιωμένη ποιότητα και να επιφέρει λιγότερες απουσίες και υγιέστερους υπαλλήλους.

Σύμφωνα με αυτό το πλαίσιο, σημειώνονται δύο σημαντικά πράγματα που πρέπει να κάνουν οι δομές υγείας για να εμπνέουν το εργατικό δυναμικό τους ως προς την ανάπτυξη ανθεκτικότητας:

- Επένδυση στους ηγέτες τους, παρέχοντας εκπαίδευση σε ανθεκτικότητα και ανθεκτικές ηγετικές δεξιότητες,
- Επένδυση σε όλα τα επίπεδα του εργατικού δυναμικού με την προώθηση της υγείας και ευεξίας των εργαζομένων, με τη μορφή προγραμμάτων ευεξίας των εργαζομένων, εργαστηρίων βελτίωσης της φυσικής κατάστασης και διατροφής και εκπαίδευσης διαχείρισης του άγχους και του χρόνου για τους εργαζόμενους και τις οικογένειές τους.

Σε ένα από τα βασικά μοντέλα ενίσχυσης της ανθεκτικότητας αναφέρονται οι επτά πυλώνες της ανθεκτικότητας:

- Ανάπτυξη αισιοδοξίας (που οδηγεί σε θετικές προσδοκίες που επιτρέπουν σε ένα άτομο να αναλάβει θετική δράση)
- Αποδοχή της κατάστασης
- Εστίαση σε πιθανές λύσεις
- Ανάληψη της προσωπικής ευθύνης
- Απομάκρυνση από το ρόλο του θύματος των περιστάσεων
- Δημιουργία δικτύου υποστήριξης
- Σχεδιασμός μιας ευέλικτης στρατηγικής για την αντιμετώπιση των μελλοντικών προκλήσεων

Επιπροσθέτως, το NHS (Εθνικό σύστημα υγείας του Ηνωμένου Βασιλείου) για την οικοδόμηση υψηλότερων επιπέδων ανθεκτικότητας συνιστά:

- Συνομιλία με συναδέλφους για εύρεση υποστήριξης και θέασης των γεγονότων με την προοπτική του άλλου.
- Αφιέρωση χρόνου για την επεξεργασία του ανατρεπτικού γεγονότος.
- Εξάσκηση στην αποδοχή της πραγματικότητας.
- Υιοθέτηση μιας αισιόδοξης στάσης και άποψης απέναντι στο γεγονός.

Συνέχεια στη σελίδα 12

riva
Υαλοϊονομερή

ΚΟΡΥΦΑΙΑ ΠΟΙΟΤΗΤΑ

ΑΠΟ ΤΗΝ ΕΤΑΙΡΕΙΑ SDI Your Smile. Our Vision.

riva self cure HV

ionglass

Αυτοπολυμεριζόμενο υαλοϊονομερές υλικό αποκατάστασης, με υψηλό ιξώδες.

Το υψηλό ιξώδες επιτρέπει εξαιρετική τοποθέτηση του υλικού σε ποσότητα και εύκολη διαμόρφωση.

ΕΝΔΕΙΞΕΙΣ

- Αποκαταστάσεις I & II ομάδας σε περιοχές χωρίς πίεση
- Αποκαταστάσεις σε νεογιλά δόντια
- Αποκαταστάσεις σε ηλικιωμένα άτομα
- Ενδιάμεσο υλικό και βάση για κοιλότητες I & II ομάδας χρησιμοποιώντας την τεχνική σάντουιτς
- Αποκαταστάσεις ομάδας V
- Κατασκευή κολοβωμάτων

riva light cure HV

ionglass

Φωτοπολυμεριζόμενο υαλοϊονομερές υλικό αποκατάστασης, με υψηλό ιξώδες.

Χάρη στο υψηλότερο ιξώδες, το υλικό διαμορφώνεται εξαιρετικά και δεν κολλά στα εργαλεία, ούτε ανασηκώνεται μετά την τοποθέτηση, ιδιαίτερα στην άνω γνάθο.

ΕΝΔΕΙΞΕΙΣ

- Αποκαταστάσεις I & II ομάδας σε περιοχές χωρίς πίεση
- Αποκαταστάσεις III ομάδας
- Αυχενικές αποκαταστάσεις
- Αποκαταστάσεις σε νεογιλά δόντια
- Αποκαταστάσεις σε ηλικιωμένα άτομα
- Κατασκευή κολοβωμάτων
- Χρήση ως βάση

riva luting

ionglass

Υαλοϊονομερής κονία συγκόλλησης με υψηλή απελευθέρωση φθορίου. Αυτοπολυμεριζόμενη και ακτινοσκιερή.

ΕΝΔΕΙΞΕΙΣ

- Συγκόλληση μεταλλικών ή μεταλλοκεραμικών ένθετων, επένθετων και στεφανών
- Συγκόλληση στεφανών από ανοξείδωτο ατσάλι
- Συγκόλληση αξόνων
- Συγκόλληση μεταλλικών ορθοδοντικών δακτυλίων
- Χρήση ως ουδέτερο στρώμα ή υλικό βάσης.

riva cem

ionglass

Αυτοπολυμεριζόμενο ακτινοσκιερό, ρητινωδώς τροποποιημένο υαλοϊονομερές υλικό συγκόλλησης το οποίο απελευθερώνει φθόριο.

- **Διατίθεται σε σύστημα πάστα-πάστα**
- **Δυνατότητα στιγμιαίου φωτοπολυμερισμού για εύκολη αφαίρεση των περισσειών.**

ΕΝΔΕΙΞΕΙΣ

Μεταλλοκεραμικές στεφάνες και γέφυρες, ρητινώδεις στεφάνες, γέφυρες, ένθετα, επένθετα και άξονες (ενισχυμένοι με υαλονήματα), μεταλλικές στεφάνες, γέφυρες, ένθετα, επένθετα, ορθοδοντικές συσκευές και άξονες, στεφάνες και γέφυρες από κεραμικά υψηλής αντοχής και ολοκεραμικά ένθετα.

Μιλτιάδης Βιτσαρόπουλος Α.Ε.

Κεντρικά γραφεία
Μεσογείων 348, 153 41
Αγ. Παρασκευή, Αθήνα
210 65 41 340
210 65 41 618
info@vitsaropoulos.gr

Υποκατάστημα
Φειδιππίδου 55, 115 27 Γουδή
210 77 95 747

vitsaropoulos.gr
facebook.com/vitsaropoulos

Συνέχεια από τη σελίδα 10

- Απομυθοποίηση των γεγονότων με χιούμορ και γέλιο.
- Απόλαυση του ελεύθερου χρόνου.
- Εστίαση στην ευελιξία.
- Βίωμα μικρών απολαύσεων από καιρό σε καιρό.
- Καλός και αρκετός ύπνος.

Όπως και κάθε άλλος επαγγελματίας υγείας, οι οδοντίατροι μπορούν να εκπαιδευτούν στο να είναι ανθεκτικοί. Οι τεχνικές ενσυνειδητότητας και αναπνοής, ο διαλογισμός, οι αυτογνωσιακές τεχνικές, μπορούν να αποφέρουν εξαιρετικά αποτελέσματα. Μπορούν να βελτιώσουν τη διάθεση ώστε οι συνάδελφοι να αισθάνονται ενδυναμωμένοι προκειμένου να ασχοληθούν αποτελεσματικότερα με την εργασία τους. Με αυτήν την έννοια η ανθεκτικότητα μπορεί να αναπτυχθεί με την πάροδο του χρόνου.

Από όλες τις προσεγγίσεις συνδυαστικά και σε επίπεδο οργανισμών προτείνονται τα εξής:

- Παραδειγματισμός από τα μέλη της διοίκησης αναφορικά με την ενίσχυση της ανθεκτικότητας σε εκτελεστικό επίπεδο τόσο στη διοικητική ομάδα όσο και στο σύνολο των εργαζομένων σε οριζόντια και κάθετη διάταξη ιεράρχησης
- Προώθηση της αίσθησης του σκοπού και παροχή βοήθειας στους εργαζομένους ώστε να βρουν νόημα στην εργασία τους
- Προώθηση του αισθήματος ελέγχου και αυτοπεποίθησης των εργαζομένων
- Αποτελεσματική και υπεύθυνη διαχείριση της αλλαγής, ώστε να διασφαλίζεται ότι η αλλαγή αντιμετωπίζεται ως ευκαιρία και όχι ως εμπόδιο
- Ενθάρρυνση των διασυνδέσεων των εργαζομένων, επίσημων ή ανεπίσημων, μέσω καθοδήγησης (coaching/mentoring)
- Αντιμετώπιση των επιπέδων άγχους, τόσο στον οργανισμό στο σύνολό του όσο και σε μεμονωμένους εργαζόμενους
- Καλλιέργεια μιας υγιούς αίσθησης του χιούμορ στο χώρο εργασίας (το κατάλληλο επίπεδο θα εξαρτηθεί από τον οργανισμό)
- Ενίσχυση του σθένους και της ψυχικής αντοχής των εργαζομένων
- Παροχή όσο το δυνατόν περισσότερων ευκαιριών για μάθηση και επαγγελματική ανάπτυξη
- Ενθάρρυνση της αισιοδοξίας και της θετικής ψυχολογίας στον εργασιακό χώρο
- Ενθάρρυνση της ευελιξίας και της προσαρμοστικότητας των εργαζομένων, των ομάδων εργασίας και του οργανισμού στο σύνολό του
- Ανάπτυξη δεξιοτήτων επίλυσης προβλημάτων σε όλα τα επίπεδα του οργανισμού
- Προώθηση καλών συνηθειών/πρακτικών για τη σωματική και ψυχική υγεία (π.χ. οργάνωση ομάδας ποδηλασίας, πεζοπορίας κ.α. yoga ή άλλου τύπου άθλησης στον εργασιακό χώρο κλπ).

"The ability to take misfortune and make something good come of it is a rare gift. Those who possess it (…) are said to have resilience or courage."

Mihaly Csikszentmihalyi,
positive psychologist (2002)

Σύντομος οδηγός ανθεκτικότητας στο οδοντιατρείο

Αναρωτηθείτε:

1. Θα έχει σημασία αυτό σε πέντε χρόνια;

2. Κοιτάτε τον εαυτό σας με τα μάτια των ανθρώπων που σας αποδέχονται και σας αγαπούν άνευ όρων;

3. Περνάτε ποιοτικό χρόνο με κάποιον που σας εμπνέει, τουλάχιστον μία φορά την εβδομάδα;

4. Κάνετε εθελοντισμό;

5. Έχετε σκεφτεί το σκοπό της ζωής σας; Είστε ευθυγραμμισμένοι με αυτήν την αίσθηση του σκοπού.

6. Επιτρέπετε στον εαυτό σας να αγκαλιάσει τις αδυναμίες ή την ευπάθειά του;

7. Αναγνωρίζετε ότι οι περισσότεροι άνθρωποι αγωνίζονται με τον δικό τους μοναδικό τρόπο;

8. Συγχωρείτε εύκολα τους άλλους;

9. Είστε ευγενικοί με τον εαυτό σας;

10. Νιώθετε ευγνωμοσύνη συχνά;

11. Είστε συνδεδεμένοι με τη φύση;

12. Κάνετε προτεραιοποίηση καθηκόντων και προσωπικών αναγκών;

13. Κάνετε ποιοτικά πράγματα στον ελεύθερο χρόνο σας; π.χ. διάβασμα ποιοτικών βιβλίων, παρακολούθηση εμπνευσμένων ταινιών, ενασχόληση με την τέχνη ή ένα χόμπι)

14. Κοιμάστε τουλάχιστον 7 με 8 ώρες κάθε βράδυ;

15. Εφαρμόζετε διαλογισμό ή κάποια άλλη τεχνική χαλάρωσης;

16. Αποφεύγετε την υπερεργασία;

17. Επιλέγετε το είδος των ειδήσεων που θα καταναλώσετε;

18. Προσέχετε τη διατροφή σας;

19. Καλλιεργείτε την πνευματικότητά σας;

20. Διατηρείτε υγιείς και ειρηνικές σχέσεις με τους ανθρώπους γύρω σας;

***Όσο περισσότερα τα «όχι» τόσο λιγότερο ανθεκτικοί είστε**

**Το παρόν αποτελεί διασκευή από το κεφάλαιο «Ανθεκτικότητα και ηγεσία στις επιστήμες υγείας» της συγγραφέα, που είναι υπό δημοσίευση στο βιβλίο του Ε. Πικουλή, Κοσμήτορα της σχολής επιστημών υγείας του ΕΚΠΑ.*

Βιβλιογραφία

Ξένη

Antoniadou M., Varzakas T. Diet and Oral Health Coaching Methods and Models for the Independent Elderly. Appl Sci 2020;10:4021 doi:10.3390/app10114021. https://www.mdpi.com/2076-3417/10/11/4021

Antoniadou M. Estimation of Factors Affecting Burnout in Greek Dentists before and during the COVID-19 Pandemic. Dent. J. 2022a, 10, 108. https://doi.org/10.3390/dj10060108

Antoniadou, M. Quality of Life and Satisfaction from Career and Work–Life Integration of Greek Dentists before and during the COVID-19 Pandemic. Int. J. Environ. Res. Public Health 2022, 19, 9865. https://doi.org/10.3390/ijerph19169865

Antoniadou, M. Leadership and Managerial Skills in Dentistry: Characteristics and Challenges Based on a Preliminary Case Study. Dent. J. 2022, 10, 146. https://doi.org/10.3390/dj10080146

Berg SH, Akerjordet K, Ekstedt M, Aase K. Methodological strategies in resilient health care studies: an integrative review. Saf Sci. 2018;110:300–12.

Bergstrm J. An archaeology of societal resilience. Saf Sci. 2018;110:31–8.

Billett S. Learning through health care work: premises, contributions and practices. Med Educ. 2016;50(1):124–31.

Bratberg E, Dahl SA, Risa AE. The double burden. Do combinations of career and family obligations increase sickness absence among women? European Sociological review 2002; 18: 233-249.

Csikszentmihalyi, M. (2002) Flow: The psychology of happiness. London, UK: Random House.

Comfort LK, Boin A, Demchak CC, editors. Designing resilience: preparing for extreme events. Pittsburgh: University of Pittsburgh Press; 2010.

Darzi L, Johnson A. High quality care for all: NHS next stage review final report, vol. 7432. London: The Stationery Office; 2008.

Eley DS, Cloninger R, Walters L, et al. The relationship between resilience and personality traits in doctors: implications for enhancing well-being. Peer J. 2013;1:e216. doi: 10.7717/peerj.216.

Fortney L, Luchterhand C, Zakletskaia L, et al. Abbreviated mindfulness intervention for job satisfaction, quality of life and compassion in primary care clinicians: a pilot study. Ann Fam Med. 2013;11(5):412–420.

Greenblatt, E. (2009). Restore yourself: The antidote for professional exhaustion. Los Angeles, CA: Execu-Care Press.

Greenhaus JH, Collins KM, Shaw JD. The relation between work-family balance and quality of life. Journal of Vocational behavior 2003; (63):510-531.

Hollnagel E, Sujan M, Braithwaite J. Resilient health care: making steady progress. Saf Sci. 2019;120:781–2.

Institute of Medicine. In: Kohn L, Corrigan J, Donaldson M, editors. To Err is human: building a safer health system. Edited by. Washington, DC: Institute of Medicine; 2000.

Luthar SS, Cicchetti D, Becker B. The construct of resilience: a critical evaluation and guidelines for future work. Child Dev. 2000;71(3):543–562.

Maslach C, Schaufeli WB, Leiter MP: Job burnout. Annu Rev Psychol 2001; 52:397–422

O'Hara JK, Canfield C, Aase K. Patient and family perspectives in resilient healthcare studies: a question of morality or logic? Saf Sci. 2019;120:99–106.

Patriarca R, Bergström J, Di Gravio G, Costantino F. Resilience engineering: current status of the research and future challenges. Saf Sci. 2018;102:79–100.

Petersen EE, Lyng HB, Ree E, Wiig S. Relationship between management and resilience in healthcare: a study protocol for a systematic review. BMJ Open. 2021 Jul 19;11(7):e047855. doi: 10.1136/bmjopen-2020-047855.

Reivich, K., Shatté, A. The resilience factor: 7 essential skills for overcoming life's inevitable obstacles. New York, NY: Three Rivers Press, 2002.

Righi AW, Saurin TA, Wachs P. A systematic literature review of resilience engineering: research areas and a research agenda proposal. Reliab Eng Syst Safe. 2015;141:142–52.

Russo SJ, Murrough JW, Han MH, et al.: Neurobiology of resilience. Nat Neurosci 2012; 15(11):1475–1484

Seligman, M. Flourish: A visionary new understanding of happiness and well-being. New York, NY: Free Press, 2012.

Vincent C, Amalberti R. Safer healthcare. London: Springer Open; 2016.

Wears R, Hettinger A. The tragedy of adaptability. Ann Emerg Medi. 2014;63(3):338–9.

White M, Hill S, McGovern P, Mills C, Smeaton D. High performance management practices, working hours and work-life balance. Br J Ind Relations 2003; 4(2):175-195.

Wiig S, Fahlbruch B, editors. Exploring resilience: a scientific journey from practice to theory. Cham: Springer Open; 2019.

Wildavsky AB. Searching for safety, vol. 10. New Brunskick: Transaction publishers; 1991.

Youssef, C. M., Luthans, F. Positive organizational behavior in the workplace: The impact of hope, optimism, and resilience. Journal of Management, 2007; 33(5), 774-800.

Ελληνική

Αντωνιάδου Μ. Εφαρμογή των ανθρωπιστικών επιστημών και βασικών αρχών coaching στις επιστήμες υγείας. Εκδ. Τσότρας, Αθήνα 2021. www.ekdoseis-tsotras.gr

Αντωνιάδου Μ. Διασφάλιση και έλεγχος ποιότητας στις υπηρεσίες υγείας. Το οδοντιατρικό μοντέλο ποιότητας. Ερευνητική μονογραφία. Εκδ. Τσότρας, Αθήνα 2022. www.ekdoseis-tsotras.gr

Δικτυογραφία

Davis-Laack, P. (2014, October 2). Seven things resilient employees do differently. Psychology Today. Retrieved from https://www.psychologytoday.com/blog/pressure-proof/201410/seven-things-resilient-employees-do-differently

Everly, Jr., G. S. (2011, June 24). Building a resilient organizational culture. Harvard Business Review. Retrieved from https://hbr.org/2011/06/building-a-resilient-organizat

Kohll, A. (January 5 2017). How you can build a more resilient workforce. Forbes. Retrieved from https://www.forbes.com/sites/alankohll/2017/01/05/how-you-can-build-a-more-resilient-workforce/2/#d707edc3f031

NHS. https://theresiliencysolution.com/resilience-in-healthcare/

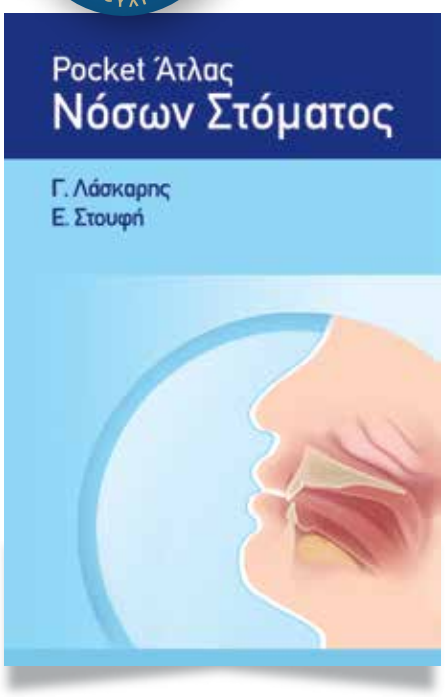
Positive Psychology. https://positivepsychology.com/3-resilience-scales/

Sood A. Reviewed 11 July 2022. Everyday Health Pesilience Questionnaire (20. (https://www.everydayhealth.com/wellness/resilience/get-your-resilience-score/)

The-7-Cs-Model-of-Resilience. https://www.healthychildren.org/English/healthy-living/emotionalwellness/Building-Resilience/Pages/The-7-Cs-Model-of-Resilience.aspx

472 σελίδες
ΤΙΜΗ €45 ΜΟΝΟ
436 έγχρωμες εικόνες

ΕΠΑΝΕΚΔΟΣΗ!!



Pocket Άτλας
Νόσων Στόματος
Απαραίτητο εξάρτημα "τσέπης"...
...της ιατρικής μας μπλούζας!

Γιώργος Χ. Λάσκαρης
Στοματολόγος. Ιατρός-Οδοντίατρος.
Αν. Καθηγητής Στοματολογίας Ιατρικής Σχολής Παν. Αθηνών
Επισκέπτης Καθηγητής Παν. Λονδίνου
Ιδρυτής και Δ/ντης Στοματολογικού Τμήματος
Νοσ. «Α. Συγγρός» (1971-2008)

Ελεάνα Δ. Στουφή
Στοματολόγος- Οδοντίατρος
Επισκέπτρια Λέκτωρ Παν. Harvard, USA.
Στοματολόγος Ευρωκλινικής Αθηνών

Διάθεση: ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΙΚΟ ΒΗΜΑ, Τηλ. 210 3814 939

Ψηφιακά καθοδηγούμενη εμφυτευματική αποκατάσταση πλαγίου τομέα της άνω γνάθου σε τρεις φάσεις

Ηρακλής Καρκαζής
Καθηγητής Κινητής Προσθετικής ΕΚΠΑ

Η εμφυτευματολογία ως σημαντική κατάκτηση της οδοντιατρικής επιστήμης οφείλει να γίνει κτήμα κάθε μαχόμενου οδοντιάτρου.

Οι επιστημονικές εξελίξεις και η συνεχής βελτίωση των τεχνικών στον τομέα αυτό έχουν ως επί το πλείστον ενσωματωθεί στην καθ ημέρα κλινική πράξη και είναι εύκολα αξιοποιήσιμες από κάθε ενδιαφερόμενο και διαρκώς επιμορφούμενο οδοντίατρο.

Το συγκεκριμένο περιστατικό αφορά την σε τρεις χρόνους συντηρητική αντιμετώπιση ασθενή με παλαιότερη απώλεια του 12 μετά από αθλητική κάκωση.

Σε πρώτο χρόνο έγινε αποκατάσταση της οστικής βλάβης με αναπλαστική τεχνική.

*Εικ. 1: **Πρώτη φάση.** Στάδια προεμφυτευματικής αποκατάστασης της οστικής βλάβης. Το μικρό μέγεθος της οστικής βλάβης συνάδει με την εφαρμογή μιας επαρκώς μελετημένης τεχνικής ανάπλασης (Deproteinized bovine bone and bilayer collagen membrane).*

*Εικ. 2: **Δεύτερη και τρίτη φάση.** Τοποθέτηση του εμφυτεύματος και της τελικής κοχλιούμενης αποκατάστασης με τις προβλεπόμενες ροπές. Ο ψηφιακά σχεδιασμένος χειρουργικός νάρθηκας περιορίζει την ανάγκη ανεπτυγμένης οπτικοχωρικής αντίληψης από την πλευρά του επεμβαίνοντος, για τον ακριβή προσανατολισμό του εμφυτεύματος κατά τον τρυπανισμό του οστού.*

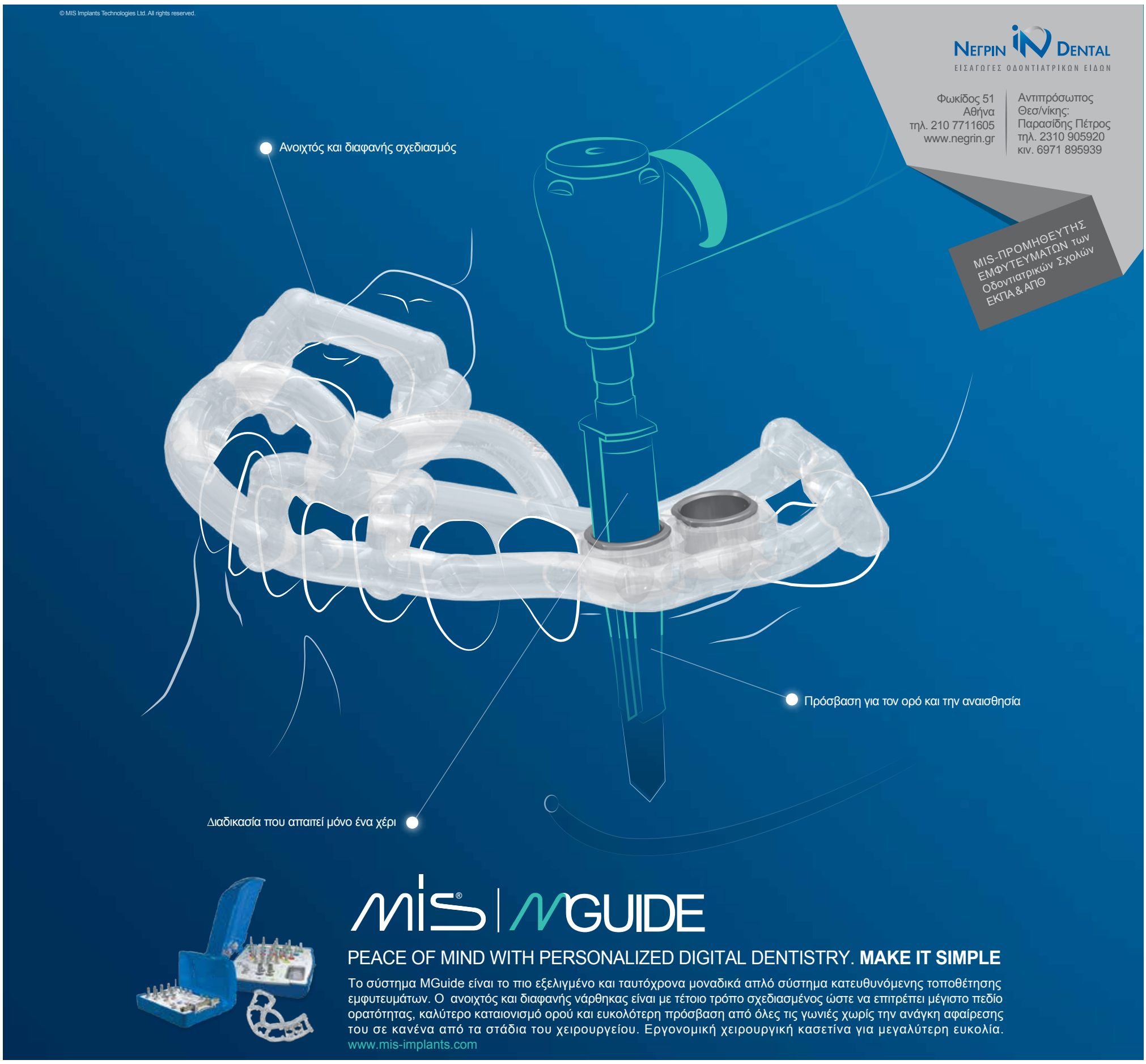
Σε δεύτερο χρόνο και μετά την ωρίμανση της οστικής υποδομής και την σταθεροποίηση της αρχιτεκτονικής των μαλακών ιστών τοποθετήθηκε με ψηφιακή – προσθετική καθοδήγηση το εμφύτευμα και μετά τρίμηνο η προσθετική αποκατάσταση με προσοχή στην απαλλαγή της από συγκλεισιακές παρεμβολές.

Η ενδιάμεση αντιμετώπιση του αισθητικού ελλείμματος, εφόσον επιβάλλεται, μπορεί να γίνει με την τοποθέτηση μιας μεταβατικής γέφυρας μικρομηχανικής συγκράτησης (RBFPD) και όχι με θερμοπλαστική κατασκευή Val plast (βιοσυμβατό nylon) που συνήθως τραυματίζει και διαταράσσει την αρχιτεκτονική των μαλακών ιστών της περιοχής. Στη συγκεκριμένη περίπτωση δεν υπήρξε ανάλογο αίτημα από τον ασθενή.

Ο συγγραφέας δηλώνει την μη ύπαρξη σύγκρουσης συμφερόντων σε σχέση με το παρόν άρθρο.

ΣΧΕΤΙΚΑ ΑΡΘΡΑ ΣΧΟΛΙΑΣΜΟΥ

1. Καρκαζής Η. Γναθικά εμφυτεύματα. Από τον Linkow στον Branemark. Οδοντιατρικό Βήμα Ιούνιος 2009. http://users.uoa.gr/~hkarkaz/data/stoxastika/implants.pdf
2. Καρκαζής Η. Σημαίνον & Σημαινόμενον. Ο εμφυτευματολόγος. Οδοντιατρικό Βήμα Μάιος-Ιούνιος 2014 http://users.uoa.gr/~hkarkaz/data/stoxastika/teliko_simainomeno.pdf
3. Βίλλιας Α., Καρκαζής Η. Με ασφαλή βήματα προς την ψηφιακή ολοκλήρωση. Ερωτήματα προϋποθέσεις και ένα παράδειγμα. Οδοντιατρικό Βήμα Μάρτιος-Απρίλιος 2021 http://users.uoa.gr/~hkarkaz/data/clinical/digitaltemplate.pdf



Η στήλη της
ΕΛΛΗΝΙΚΗΣ ΕΤΑΙΡΕΙΑΣ ΣΤΟΜΑΤΟΛΟΓΙΑΣ

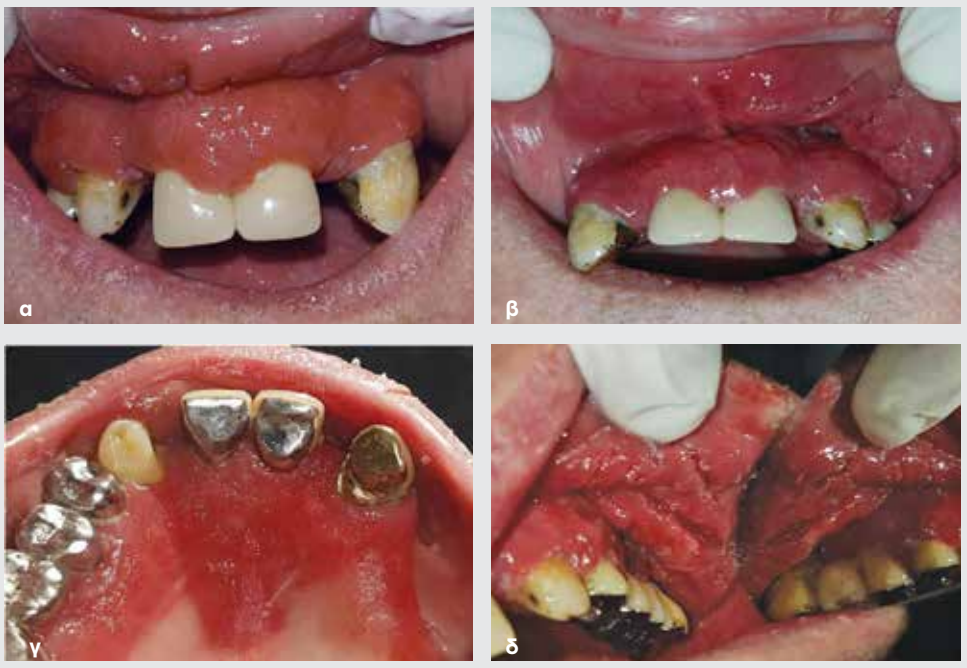
Παρουσίαση περίπτωσης

Αναστασία Ανδρέου
Μέλος Ελληνικής Εταιρείας Στοματολογίας, Επιστημονική Συνεργάτις Κλινικής Στοματολογίας και Νοσοκομειακής Οδοντιατρικής, Τμήμα Οδοντιατρικής, ΕΚΠΑ

Κωνσταντίνος Τζαναβάρης
Μεταπτυχιακός φοιτητής, Κλινική Στοματολογίας και Νοσοκομειακής Οδοντιατρικής, Τμήμα Οδοντιατρικής, ΕΚΠΑ

Άνδρας 79 ετών, μη καπνιστής, προσήλθε για την αξιολόγηση επώδυνων και αιμορραγικών ούλων στην άνω γνάθο, διάρκειας 2 περίπου μηνών, που προκαλούσαν συνοδό δυσφαγία. Ο ασθενής είχε λάβει αμοξυκιλλίνη 500mg για 6 ημέρες προ 15ημέρου, χωρίς ανταπόκριση. Τα ιατρικό του ιστορικό περιελάμβανε λήψη ακετυλοσαλικυλικού οξέος και μετοπρολόλης λόγω ισχαιμικής καρδιοπάθειας, υποθυρεοειδισμό και υπερχοληστεριναιμία υπό φαρμακευτική αγωγή.

Ο ασθενής δεν ανέφερε κάποια γνωστή αλλεργία και ο πρόσφατος αιματολογικός έλεγχος ήταν εντός φυσιολογικών ορίων. Η κλινική εξέταση αποκάλυψε εξέρυθρα, διογκωμένα προστομιακά ούλα στην άνω γνάθο ***(Εικ. 1α*** και ***1β)***, καθώς και ερυθρότητα με «βελούδινη» επιφάνεια στην υπερώα ***(Εικ. 1γ)***. Επιπλέον, παρατηρήθηκαν εξέρυθρες πτυχώσεις δίκην «λιθόστρωτου» στον βλεννογόνο του άνω χείλους και στην αριστερή παρειά ***(Εικ.1β*** και ***1δ)***.



Εικ. 1: Κλινική εικόνα των στοματικών βλαβών του ασθενούς. Παρατηρούνται εξέρυθρα και διογκωμένα προστομιακά ούλα στην άνω γνάθο (α και β), ερυθρότητα με βελούδινη επιφάνεια στην υπερώα (γ) και εξέρυθρες πτυχώσεις δίκην «λιθόστρωτου» στον βλεννογόνο του άνω χείλους και στην αριστερή παρειά (δ).

Ερώτηση 1: Με βάση την κλινική εικόνα, ποιά είναι η πιθανή κλινική διάγνωση;

1. Νόσος Crohn
2. Σαρκοείδωση
3. Στοματοπροσωπική κοκκιωμάτωση
4. Λευχαιμία
5. Ερυθηματώδης Καντιντίαση

Με πιθανή κλινική διάγνωση κοκκιωματώδους φλεγμονής πραγματοποιήθηκε μερική βιοψία από την ουλοπαρειακή αύλακα αντίστοιχα με τον #26. Η ιστοπαθολογική εξέταση του ιστοτεμαχίου κατέδειξε την παρουσία διάχυτης, πυκνής φλεγμονώδους διήθησης του υποκείμενου χορίου, εκτεινόμενη ως τις γραμμωτές μυϊκές ίνες, αποτελούμενη από αθροίσεις κυττάρων με μορφολογικούς χαρακτήρες πλασματοκυττάρων ***(Εικ.2)***.

Ερώτηση 2: Με βάση την ιστοπαθολογική εικόνα ποιά είναι η πιθανή διάγνωση;

1. Πλασματοκυτταρική Βλεννογονίτιδα
2. Μονήρες Εξωμυελικό Πλασματοκύττωμα
3. Πολλαπλό Μυέλωμα

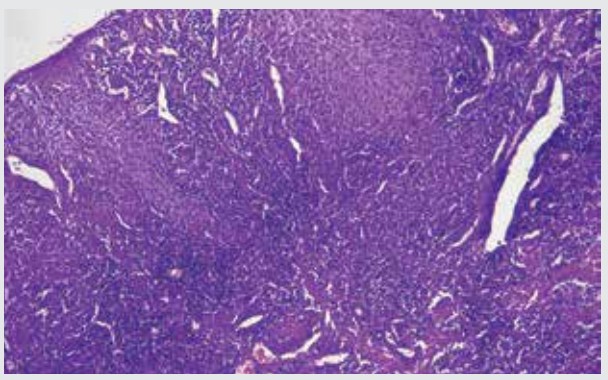
Πραγματοποιήθηκε ανοσοϊστοχημική διερεύνηση, η οποία ανέδειξε την παρουσία πολυκλωνικών πλασματοκυττάρων, ενώ ο περαιτέρω αιματολογικός έλεγχος ήταν φυσιολογικός, θέτοντας την τελική διάγνωση πλασματοκυτταρικής βλεννογονίτιδας (ΠΒ). Ο ασθενής τέθηκε σε πρόγραμμα τακτικών επανεξετάσεων και 3 χρόνια μετά η νόσος διατηρείται σε ύφεση ***(Εικ.3α*** και ***3β),*** ενώ κατά τις φάσεις υποτροπής χορηγούνται τοπικά ή συστηματικά κορτικοστεροειδή με ικανοποιητική ανταπόκριση.

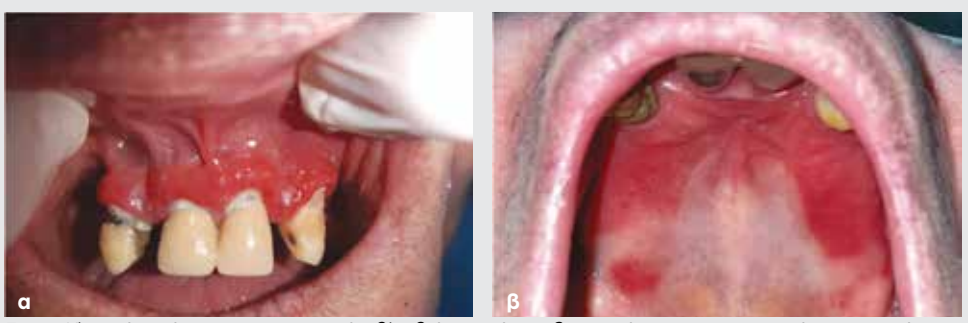
Η ΠΒ θεωρείται μια σπάνια, καλοήθης διαταραχή των βλεννογόνων η οποία χαρακτηρίζεται από πολυκλωνική πλασματοκυτταρική διήθηση. Η μέση ηλικία εμφάνισης είναι τα 56,6 έτη, ενώ εμφανίζει ελαφρά προτίμηση για το ανδρικό φύλο, με αναλογία ανδρών:γυναικών 2,1:1. Η αιτιολογία της ΠΒ είναι ασαφής αν και στη διεθνή βιβλιογραφία έχουν αναφερθεί ποικίλοι πιθανοί αιτιολογικοί παράγοντες, όπως η χρήση οδοντόκρεμας, μαστίχας και η μάσηση των φύλλων khat, χωρίς όμως επαρκή τεκμηρίωση. Η ΠΜ θεωρείται ιδιοπαθής νόσος και συχνά οι ασθενείς διαθέτουν ιστορικό αυτοάνοσης ή ανοσολογικής δυσλειτουργίας όπως ρευματοειδή αρθρίτιδα και σύνδρομο Sjögren.

Κλινικά, ο βλεννογόνος εμφανίζεται έντονα ερυθηματώδης με θηλωματώδη, οζώδη ή «δίκην λιθόστρωτου ή βελούδου» επιφάνεια αν και έχουν περιγραφεί ποικίλες κλινικές εκδηλώσεις. Οι βλάβες διαρκούν για μεγάλο χρονικό διάστημα ενώ μπορεί να συνοδεύονται από πόνο, δυσφαγία, όπως στην περίπτωσή μας, και βράγχος φωνής. Η ΠΒ μπορεί να προσβάλλει και άλλους βλεννογόνους, συχνότερα δε του ανώτερου αναπνευστικού και των γεννητικών οργάνων.

Η κλινική διαφορική διάγνωση της ΠΒ περιλαμβάνει ένα ευρύ φάσμα νοσολογικών οντοτήτων, μεταξύ των οποίων εντάσσονται η αλλεργική αντίδραση εξ επαφής, τα κοκκιωματώδη νοσήματα, νοσήματα αυτοάνοσης και ανοσολογικής αρχής καθώς και κακοήθη αιματολογικά νοσήματα. Η βιοψία και η ιστοπαθολογική εξέταση είναι απαραίτητες για την διάγνωση της νόσου, ενώ η διερεύνηση της μονοκλωνικότητας των πλασματοκυττάρων μέσω ανοσοϊστοχημικών ή μοριακών μεθόδων είναι καθοριστική προκειμένου να τεθεί η τελική διάγνωση.

Τέλος, η πορεία της ΠΒ είναι χρόνια ενώ η θεραπεία είναι συμπτωματική, κυρίως μέσω της χορήγησης τοπικών ή συστηματικών κορτικοστεροειδών ή άλλων ανοσοκατασταλτικών φαρμάκων.


Εικ. 2: Ιστοπαθολογική εικόνα που καταδεικνύει διάχυτη διήθηση του χορίου από πλασματοκύτταρα τα οποία στερούνται ατυπίας.



Εικ. 3: Κλινική εικόνα των στοματικών βλαβών μετά την θεραπεία με συστηματικά και τοπικά κορτικοστεροειδή (α και β).

ΕΝΔΕΙΚΤΙΚΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

• Solomon LW, Wein RO, Rosenwald I, Laver N. (2008). Plasma cell mucositis of the oral cavity: report of a case and review of the literature. Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endodontol. 2008;106:853–860.
• Tailor A, Pemberton MN, Murphy DR, Hegarty DAM. Plasma Cell Mucositis related to Qat chewing: a report of two cases and review of the literature. Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol. 2021;131:e65-e70.
• Galvin S, Bowe C, O Regan EM, Conlon N, Flint SR, Healy CM. Circumorificial plasmacytosis/plasma cell orificial mucositis: a case series and a review of the literature. Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol. 2016;122:e77–e81.
• Antonelli A, Averta F, Diodati F, Muraca D, Brancaccio Y, Mignogna C, Giudice, A. An Uncommon Case of Plasma Cell Mucositis of the Tongue in a Young Man. Case Rep Dent. 2020;2020:1–8.
• Gupta SR, Gupta R, Saran RK, Krishan S. Plasma cell mucositis with gingival enlargement and severe periodontitis. J Indian Soc Periodontol. 2014;18:379-84
• Shanahan D, Shipley D, Staines K. Plasma Cell Mucositis. Ear Nose Throat J. 2020;99:NP64-NP65.
• Madhavarajan S, Tighe J. Orofacial plasmacytosis: a management conundrum. Br J Oral Maxillofac Surg. 2015;53:399–402.
• Puvanendran M, Lieder A, Issing W. Plasma Cell Mucositis of Oro- and Hypopharynx: A Case Report. Case Rep Otolaryngol. 2012;2012:1–3.

DentalLine
Γ. ΔΕΒΕΡΙΚΟΣ

42 χρόνια μαζί...!

ΑΠΟΤΥΠΩΣΗ

IMAGE PVS® Putty Soft

Σιλικόνη αθροιστικού τύπου, παχύρευστη, ταχείας πήξης

35,00€

Συσκευασία: Βάση 500gr + καταλύτης 500gr

Επισκεφθείτε το νέο μας **e-shop**
www.dentalline.gr
ΕΚΠΤΩΣΗ 15%
ΓΙΑ ΗΛΕΚΤΡΟΝΙΚΕΣ ΠΑΡΑΓΓΕΛΙΕΣ ΣΕ ΟΛΑ ΤΑ ΠΡΟΪΟΝΤΑ ΠΑΡΑΓΩΓΗΣ ΚΑΙ ΕΙΣΑΓΩΓΗΣ ΜΑΣ

IMAGE PVS® Putty Hard

Σιλικόνη αθροιστικού τύπου, παχύρευστη, κανονικής πήξης

ΝΕΟ

35,00€

Συσκευασία: Βάση 500gr + καταλύτης 500gr

IMAGE PVS® Light Body Fast

Σιλικόνη αθροιστικού τύπου, λεπτόρευστη, ταχείας πήξης

Συσκευασία: Φύσιγγες 2x50ml + αναμικτήρες

23,00€

IMAGE PVS® Light Body Normal

Σιλικόνη αθροιστικού τύπου, λεπτόρευστη, κανονικής πήξης

Συσκευασία: Φύσιγγες 2x50ml + αναμικτήρες

23,00€

IMAGE PVS® Super light body fast

Σιλικόνη αθροιστικού τύπου, **πολύ λεπτόρευστη**, ταχείας πήξης

Συσκευασία: Φύσιγγες 2x50ml + αναμικτήρες

23,00€

IMAGE PVS® Monophase

Σιλικόνη αθροιστικού τύπου, μέσης ρευστότητας. Μονοφασικό υλικό
Ιδανικό για αποτυπώματα εμφυτευμάτων

Συσκευασία: Φύσιγγες 2x50ml + αναμικτήρες

26,00€

IMAGE PVS® Bite

Σιλικόνη αθροιστικού τύπου, μέσης ρευστότητας για καταγραφή σύγκλησης

Συσκευασία: Φύσιγγες 2x50ml + αναμικτήρες

27,50€

IMAGE PVS® Transparent

Διάφανη σιλικόνη αθροιστικού τύπου, μέσης ρευστότητας

Συσκευασία: Φύσιγγες 2x50ml + αναμικτήρες

27,50€

IMAGE PVS® Jumbo Putty

Παχύρευστη σιλικόνη αθροιστικού τύπου σε φύσιγγα 5:1 για ανάμιξη σε συσκευή

44,00€ Συσκευασία: Φύσιγγα 380ml + αναμικτήρες

IMAGE PVS® Jumbo Monophase

Σιλικόνη αθροιστικού τύπου, μέσης ρευστότητας. Μονοφασικό υλικό σε φύσιγγα 5:1 για ανάμιξη σε συσκευή
Ιδανικό για αποτυπώματα εμφυτευμάτων

44,00€ Συσκευασία: Φύσιγγα 380ml + αναμικτήρες

IMAGE PVS® Jumbo Heavy body

Σιλικόνη αθροιστικού τύπου, υψηλού ιξώδους για μονή φάση (ταυτόχρονη) σε συνδυασμό με Light body σε φύσιγγα 5:1 για ανάμιξη σε συσκευή

ΝΕΟ

44,00€ Συσκευασία: Φύσιγγα 380ml + αναμικτήρες

IMAGE PVS® Heavy body

ΝΕΟ

Σιλικόνη αθροιστικού τύπου, υψηλού ιξώδους για μονή φάση (ταυτόχρονη) σε συνδυασμόμε Light body

27,50€ Συσκευασία: Φύσιγγες 2x50ml + αναμικτήρες

Αποκλειστικός Αντιπρόσωπος ***Meta Biomed***

ΕΝΔΟΔΟΝΤΙΑ

www.dentalline.gr

ΠΡΟΣΦΟΡΑ

ΑΓΟΡΑΖΕΤΕ 1 ΣΥΣΚΕΥΗ EQ-V

META BIOMED **EQ-V 1 μηχάνημα, 2 τεχνικές**

Ασύρματο σύστημα θερμαινόμενης γουταπέρκας, για τελική έμφραξη του ριζικού σωλήνα.

Νέο μοντέλο με εργονομικό σχεδιασμό
Εξαιρετικά ανθεκτικό
Εύκολη συντήρηση
Ιδανική απόδοση θερμότητας
Fill (πιστόλι) 35 δευτ.για να φτάσει στους 200°C
Pack (στυλό) φτάνει στιγμιαία στη θερμοκρασία που έχετε ορίσει).

1.599,00 €

Η εγγύηση ισχύει μόνο εφόσον το έντυπο της συσκευής φέρει σφραγίδα της εταιρείας μας

ΤΕΛΙΚΟ ΚΟΣΤΟΣ EQ-V 844,00 €

+

ΔΩΡΟ
ΤΟ LED GLARE
ΑΞΙΑΣ
630,00 €

+

ΔΩΡΟ
1 ΒΙΟΚΕΡΑΜΙΚΟ CERASEAL
ΑΞΙΑΣ
125,00 €

Βιοκεραμικό υλικό έμφραξης ριζικών σωλήνων με βάση το πυριτικό ασβέστιο.

Πλεονεκτήματα
- Εύκολο στη χρήση: Προαναμεμειγμένο
- Αντιμικροβιακό (PH 12.73)
- Υψηλή Βιοσυμβατότητα
- Μηδενική συρρίκνωση & διαστολή
- Τέλεια εμφρακτική ικανότητα
- Ιδανικός χρόνος πήξης (3,5 ώρες)
- Εξαιρετική ακτινοσκιερότητα: 8mm Al
- Χρησιμοποιείται με ψυχρή αλλά και με θερμή γουταπέρκα

ΝΕΟ

Συσκευασία: Προαναμεμιγμένη σύριγγα 2 gr.

• Στις τιμές δεν περιλαμβάνεται ο Φ.Π.Α.

DentalLine
Γ. ΔΕΒΕΡΙΚΟΣ

Κεντρικό: Σωτήρος 9, 185 35 Πειραιάς, Τηλ.: +30 210 4115047, +30 210 4131456, Fax: +30 2104131537
Υποκατάστημα: Φωκίδος 57, Γουδή, Τηλ.: +30 210 7715444 e-mail: sales@dentalline.gr - www.dentalline.gr

Η στήλη της
ΕΛΛΗΝΙΚΗΣ ΕΤΑΙΡΕΙΑΣ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΗΣ ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΙΚΗΣ ΚΑΙ ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΙΚΗΣ ΕΙΔΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ

Υαλοϊονομερείς Κονίες (ΥΚ): Η χρήση τους ως εμφρακτικό υλικό σε ΑμεΑ

Αθανάσιος Σπηλιωτόπουλος
Γενικός Γραμματέας «Ελληνικής Εταιρείας Νοσοκομειακής Οδοντιατρικής και Οδοντιατρικής Ειδικής Φροντίδας» (ΕΕΝΟ-ΟΕΦ), MSc

Εισαγωγή

Μια από τις σημαντικότερες ιδιότητες των ΥΚ είναι η δυνατότητά τους να λειτουργούν ως «ρεζερβουάρ» φθορίου στο στόμα, αφού αποθηκεύουν φθόριο (κάθε φορά που έρχονται σε επαφή με κάποιο φθοριούχο σκεύασμα) και το απελευθερώνουν σταδιακά μέσα στο στόμα. Αυτό συνεπάγεται μια διαρκή αντιτερηδονογόνο δράση η οποία είναι πολύ σημαντική για τα ΑμεΑ τα οποία για πολλούς λόγους (όπως η γενικότερη παραμέληση της υγείας τους, κινητικές δυσκολίες, ιδρυματοποίηση[1] κλπ.) συνήθως δεν τηρούν καλή στοματική υγιεινή και εμφανίζουν υψηλό επιπολασμό τερηδόνας.

Πλεονεκτήματα των ΥΚ

Οι ΥΚ συγκεντρώνουν και άλλα κλινικά πλεονεκτήματα τα οποία συνηγορούν στη χρήση τους ως εμφρακτικό υλικό σε ΑμεΑ. Ένα από αυτά, είναι η συγκολλητική τους ικανότητα με την αδαμαντίνη, την οδοντίνη και με διάφορα μέταλλα. Η συγκόλληση αυτή φαίνεται να είναι αποτέλεσμα ηλεκτροστατικών έλξεων των κατιόντων που βρίσκονται μεταξύ φορτισμένων οξειδίων και καρβοξυλομάδων μέσα στην κονία. Οι μοριακές δυνάμεις, οι υπεύθυνες για τη συγκόλληση, είναι οι φυσικές δυνάμεις Van Der Waals, ενισχυμένες από ιοντικούς και διπολικούς δεσμούς[2]. Η συγκόλλησή τους με την αδαμαντίνη είναι ισχυρότερη από ό,τι με την οδοντίνη. Αντίθετα, δεν συγκολλούνται με την πορσελάνη και τον καθαρό χρυσό. Η συγκολλητική ικανότητα των ΥΚ με την αδαμαντίνη ανέρχεται στο επίπεδο των 4-14MPa, με την οδοντίνη στα 4-10MPa, ενώ της σύνθετης ρητίνης με την αδαμαντίνη στα 30MPa και με την οδοντίνη στα 25MPa. Φαίνεται, επομένως, ότι οι ΥΚ επιδεικνύουν αξιόλογη συγκολλητική ικανότητα που, όμως, δεν είναι συγκρίσιμη με αυτή των συνθέτων ρητινών.

Οι ΥΚ έχουν το χρώμα του δοντιού και μπορούν να χρησιμοποιηθούν σε διάφορες αποχρώσεις, σύμφωνα με χρωματολόγια που κυκλοφορούν στο εμπόριο. Βέβαια, έχουν μια πιο αδιαφανή ("opaque") όψη και η λείανση της επιφάνειάς τους δεν έχει την αισθητική απόδοση των συνθέτων ρητινών. Ωστόσο, όμως, μπορούν να χρησιμοποιηθούν ως εμφρακτικό υλικό, τόσο σε οπίσθια όσο και σε πρόσθια δόντια με αποδεκτό αισθητικό αποτέλεσμα[3]. Υποστηρίζεται ότι οι συμβατικές ΥΚ διαθέτουν χρωματική σταθερότητα για διάστημα περίπου ενός έτους[4]. Οι φωτοπολυμεριζόμενες ρητινώδεις ΥΚ που είναι νεότεροι τύποι των ΥΚ έχουν σημαντικά βελτιωμένες επιδόσεις στον τομέα αυτό[5].

Σημαντικό κλινικό πλεονέκτημα των ΥΚ αποτελεί και το ότι γίνονται καλά αποδεκτές από τον πολφό και τους περιοδοντικούς ιστούς. Για το λόγο αυτό εξάλλου, χρησιμοποιούνται ευρέως σαν ουδέτερα στρώματα κάτω από εμφράξεις αμαλγάματος ή σύνθετης ρητίνης. Αυτό οφείλεται και στο συντελεστή θερμικής διαστολής των ΥΚ ο οποίος είναι παρόμοιος με αυτόν του φυσικού δοντιού[6]. Επίσης, σε βαθιές κοιλότητες, η πολφική αντίδραση βρέθηκε να είναι καλύτερη απέναντι σε ρητινώδεις ΥΚ από ό,τι σε συγκολλητικό παράγοντα[7]. Εντούτοις, δεν ενδείκνυται η άμεση επαφή των ΥΚ με τον πολφικό ιστό[8]. Πειραματικές μελέτες έχουν δείξει ευνοϊκή αντίδραση των περιοδοντικών ιστών απέναντι στις ΥΚ[9]. Εξαιτίας της ιδιότητάς τους αυτής και της καλής απόφραξης που εξασφαλίζουν, χρησιμοποιούνται συχνά και ως υλικά αποκατάστασης διατρήσεων της ρίζας ή του διχασμού των ριζών πολύρριζων δοντιών[10].

Οι ρητινώδεις και παχύρευστες ΥΚ αποτελούν, επίσης, μια εναλλακτική λύση εμφρακτικού υλικού σε νεογιλά δόντια, αφού εμφανίζουν υψηλά ποσοστά επιβίωσης στο στόμα. Η δε σχετικά εύκολη χρήση τους αποτελεί ένα σημαντικό πλεονέκτημα σε περιστατικά λιγότερο συνεργάσιμων παιδιών[11].

Λόγω των σχετικά απλών χειρισμών που απαιτούν οι ΥΚ, αποτελούν εμφρακτικό υλικό εκλογής στην τεχνική της «ατραυματικής αποκαταστατικής θεραπείας» ("ART" – "atraumatic restorative treatment") που αποτελεί ικανοποιητική λύση σε πολλά ΑμεΑ με μέτριο βαθμό συνεργασίας. Στα πλαίσια της τεχνικής αυτής, οι παχύρευστες ΥΚ εμφανίζουν ικανοποιητικές μηχανικές ιδιότητες αλλά και υψηλά ποσοστά επιβίωσης σε 2 και 3 χρόνια, σε μόνιμα και νεογιλά δόντια, τόσο σαν εμφρακτικά όσο και σαν αποφρακτικά υλικά οπών και σχισμών ("sealants")[12].

Οι ΥΚ είναι ακτινοσκιερές (χαρακτηριστικό που διευκολύνει τον ακτινογραφικό επανέλεγχό τους) και κυκλοφορούν στο εμπόριο με μεγάλη ποικιλία σκευασμάτων (φωτοπολυμεριζόμενες ή αυτοπολυμεριζόμενες, παχύρευστες, με ενίσχυση μετάλλου, σε μορφή κάψουλας κλπ.) που καλύπτουν ένα μεγάλο φάσμα ενδείξεων.

Μειονεκτήματα των ΥΚ

Οι ΥΚ εμφανίζουν, ασφαλώς, και κάποια μειονεκτήματα. Ένα από αυτά είναι η χαμηλή αντίστασή τους στη θραύση και στην αποτριβή. Εμφανίζουν, επομένως, μειωμένη ικανότητα να αντέξουν μεγάλα συγκλεισιακά φορτία. Ωστόσο, τα τελευταία χρόνια, οι νεότεροι τύποι ΥΚ έχουν να επιδείξουν βελτιωμένες επιδόσεις στις μηχανικές τους ιδιότητες, σε τέτοιο βαθμό που οι ρητινώδεις ΥΚ να πλησιάζουν την αντοχή στη θραύση των μικρόκοκκων συνθέτων ρητινών[13].

Οι ΥΚ, επίσης, είναι ιδιαίτερα ευαίσθητες στην υγρασία κατά την πήξη τους. Γι' αυτό, επιβάλλεται η προφύλαξή τους κατά το στάδιο αυτό με κάποια αδιάβροχη ουσία. Αντίθετα, μετά την πήξη τους συμπεριφέρονται καλύτερα όταν βρίσκονται σε υγρό περιβάλλον ενώ η παραμονή τους σε στεγνό περιβάλλον δημιουργεί ρωγμές και το υλικό εύκολα θρυμματίζεται[2]. Γενικότερα, οι ΥΚ είναι ευαίσθητες τόσο στην πρόσληψη όσο και στην απώλεια νερού από τη μάζα τους. Παρόλα αυτά, έχει διαπιστωθεί από κλινικές μελέτες, ότι οι εμφράξεις ΥΚ είχαν χαμηλότερα ποσοστά δευτερογενούς τερηδόνας σε σχέση με το αμάλγαμα και τη σύνθετη ρητίνη, τόσο σε τακτικούς χρήστες όσο και σε μη χρήστες τοπικών φθοριούχων σκευασμάτων που έπασχαν από ξηροστομία[14]. Το αποτέλεσμα αυτής της μελέτης βρίσκει εφαρμογή στα ΑμεΑ, δεδομένου ότι ένα σημαντικό ποσοστό αυτών πάσχει από ξηροστομία εξαιτίας των παρενεργειών των πολλών φαρμάκων που συνήθως λαμβάνουν, γεγονός που επιτείνεται και από κάποιες ορθοδοντικές ανωμαλίες που εμφανίζουν συχνά.

Κλινική μελέτη

Σε κλινική μελέτη που έγινε για μια περίοδο 49 μηνών, τοποθετήθηκαν 523 εμφράξεις ρητινώδους ΥΚ σε 174 ΑμεΑ από τον ίδιο οδοντίατρο.

Εμφράξεις που τοποθετήθηκαν σε:

α) εκτεταμένες αποκαλύψεις οδοντίνης,
β) ρηχές αποτριβές μασητικών ή υπερωίων επιφανειών και
γ) σημεία που δέχονταν μεγάλο συγκλεισιακό φορτίο, απέτυχαν σύντομα (29 αποτυχίες από 51 εμφράξεις, σε 20 μήνες).

Στις υπόλοιπες εμφράξεις, διαπιστώθηκαν υψηλά ποσοστά επιβίωσης επιβεβαιώνοντας ότι οι εμφράξεις μπορούν να αποτελέσουν ένα σχετικά μακρόβιο εμφρακτικό υλικό σε ΑμεΑ[15].

Συμπεράσματα

Συνοψίζοντας, η χρήση των ΥΚ ως εμφρακτικό υλικό σε ΑμεΑ ενδείκνυται στις εξής περιπτώσεις:

α) Αυχενικές διαβρώσεις και αποτριβές,
β) έμφραξη κοιλοτήτων Ι ομάδας με αρχόμενη τερηδόνα,
γ) εμφράξεις νεογιλών δοντιών,
δ) ουδέτερο στρώμα κάτω από εμφράξεις αμαλγάματος, σύνθετης ρητίνης ή ένθετα,
ε) τεχνική της «ατραυματικής αποκαταστατικής θεραπείας» ("ART") και
στ) απόφραξη οπών και σχισμών (αν και για το σκοπό αυτό χρησιμοποιούνται περισσότερο οι σύνθετες ρητίνες).

Αντενδείκνυται η χρήση τους σε σημεία του δοντιού που εφαρμόζονται μεγάλες δυνάμεις και, επομένως, θα πρέπει να αποφεύγεται η χρήση τους σε:

α) κοιλότητες ΙΙ ομάδας,
β) ανασύσταση φύματος και
γ) ανασύσταση μύλης, όπου έχουν απομείνει λιγότερα από τρία υγιή τοιχώματα.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Σπηλιωτόπουλος Α, Μεσσήνη Μ, Ζερβού-Βάλβη Φ, Ντόκος Ε: Επιπολασμός τερηδόνας σε ιδρυματοποιημένα και μη ενήλικα άτομα με ειδικές ανάγκες (ΑμεΑ). Κλιν Χρον 2008; 31(3): 161-167.
2. Δουβίτσας Γ, Λαγουβάρδος Π: Οδοντική Χειρουργική. Αθήνα. Εκδόσεις Λίτσας. 1989: 395-411.
3. Van Duinen RN: New approach for handling glass ionomers in restorative dentistry. Refuat Hapeh Vehashinayim 2011; 28(3): 8-13.
4. Charbeneau GT, Bozell RR: Clinical evaluation of a glass-ionomer cement for restoration of cervical erosion. J Am Dent Assoc 1979; 98: 936.
5. Lim BS, Moon HJ, Baek KW, Hahn SH, Kim CW: Colour stability of glass-ionomers and polyacid-modified resin-based composites in various environmental solutions. Am J Dent 2001; 14(4): 241-246.
6. Sidhu SK, Carrick TE, McCabe JF: Temperature mediated coefficient of dimensional change of dental tooth-colored restorative materials. Dent Mater 2004; 20(5): 435-440.
7. Costa CA, Giro EM, Nascimento AB, Teixeira HM, Hebling J: Short-term evaluation of the pulpo-dentin complex response to a resin-modified glass-ionomer cement and a bonding agent applied in deep cavities. Dent Mater 2003; 19: 739-746.
8. Nascimento AB, Fontana UF, Teixeira HM, Costa CA: Biocompatibility of a RMGIC applied as pulp capping in human teeth. Am J Dent 2000; 13: 28-34.
9. Saldanha DV, Gomes SC, Souza DM, Cavagni J, Oppermann RV: Periodontal response to subgingival restorations in dogs with periodontitis. Acta Odontol Latinoam 2012; 25(1): 45-52.
10. Lodiene G, Kleivmyr M, Bruzell E, rstavik D: Sealing ability of mineral trioxide aggregate, glass ionomer cement and composite resin when repairing large furcal perforations. Br Dent J 2011; 210(5): 216-217.
11. Croll TP, Zion YB, Segura A, Donly K: Clinical performance of resin-modified glass ionomer cement restorations in primary teeth. J Am Dent Assoc 2001; 132(8): 1110-1116.
12. Molina GF, Cabral RJ, Mazzola I, Lascano LB, Frencken JE: Mechanical performance of encapsulated restorative glass-ionomer cements for use with Atraumatic Restorative Treatment (ART). J Appl Oral Sci 2013; 21(3): 159-167.
13. Mount GJ, Makinson OF, Peters MCRB: The strength of auto-cured and light-cured materials. The shear punch test. Aust Dent J 1996; 41: 118-123.
14. Haveman CW, Summit JB, Burgess JO, Carlson K: Three restorative materials and topical fluoride gel used in xerostomic patients: a clinical comparison. J Am Dent Assoc 2003; 134(2): 177-184.
15. Mount GJ, Gryst M: The use of glass ionomer in special needs patients. Aust Dent J 1999; 44(4): 268-274.

OptraGate®

Απωθητήρας χειλιών και παρειών χωρίς λάτεξ

- Αποτελεσματική θεραπεία και πιο εύκολη σχετική απομόνωση.
- Μεγεθυμένο πεδίο εργασίας και εύκολη πρόσβαση στην κοιλότητα.
- Αυξημένη άνεση για τους ασθενείς.
- Ελκυστικά χρώματα για ευκολότερη αποδοχή από τα παιδιά.

www.ivoclarvivadent.gr

Εξουσιοδοτημένοι διανομείς

Ελλάδας

Oral Vision
- Μάγερ 13 / 104 38 Αθήνα / τηλ: 210 77 55 900 /
- Τσιμισκή 34 / 546 23 Θεσσαλονίκη / τηλ: 2310 253 800 / www.oralvision.gr

SADENT
- 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
- Λ. Λάρνακα 57 / 1643 Λευκωσία / τηλ: 22 466 000 / www.dentalcon.com.cy

ivoclar

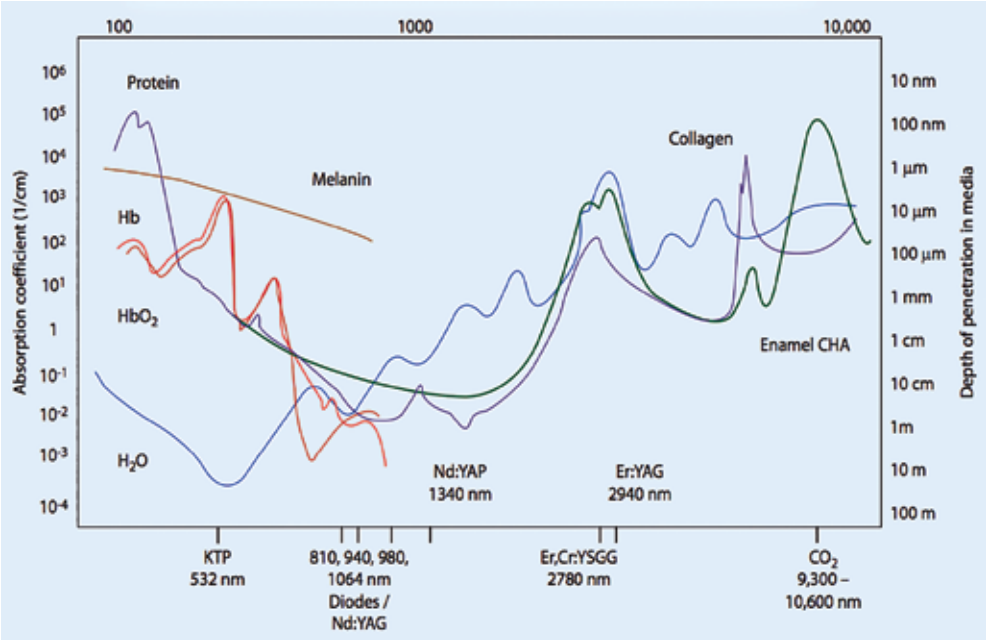
Η στήλη της
ΕΛΛΗΝΙΚΗΣ ΕΤΑΙΡΕΙΑΣ ΠΕΡΙΟΔΟΝΤΟΛΟΓΙΑΣ ΚΑΙ ΟΔΟΝΤΙΚΩΝ ΕΜΦΥΤΕΥΜΑΤΩΝ

Μακροπρόθεσμα κλινικά αποτελέσματα των Er:YAG και Er,Cr:YSGG laser ως μονοθεραπεία ή συμπληρωματικά στη μη-χειρουργική θεραπεία της χρόνιας περιοδοντίτιδας

Τριανταφυλλιά Βαγδούτη
DDS,MSc, Ειδικευθείσα στο Τμήμα Περιοδοντολογίας και Βιολογίας Εμφυτευμάτων, ΑΠΘ

Η περιοδοντίτιδα είναι μια χρόνια πολυπαραγοντική φλεγμονώδης νόσος που χαρακτηρίζεται από σταδιακή καταστροφή των στηρικτικών ιστών του δοντιού. Η αξιολόγηση της απώλειας των στηρικτικών ιστών πραγματοποιείται με βάση την κλινική απώλεια πρόσφυσης, το βάθος θυλάκου, την αιμορραγία κατά την ανίχνευση, και ακτινογραφικά αξιολογώντας την απώλεια οστικής στήριξης[1]. Η περιοδοντικής νόσος αποτελεί μια κατάσταση, η οποία αναμφίβολα επηρεάζει τη ψυχοσύνθεση των ασθενών και σχετίζεται με χαμηλή ποιότητα ζωής (OHRQoL), ιδίως σε σοβαρότερες μορφές της νόσου[2,3].

Η μη-χειρουργική περιοδοντική θεραπεία περιλαμβάνει την υπερουλική και υποουλική αφαίρεση μαλακών και σκληρών εναποθέσεων είτε με εργαλεία χειρός, είτε με υπερήχους[4]. Οι Suvan και συνεργάτες δημοσίευσαν μία συστηματική ανασκόπηση και μετα-ανάλυση, που συμπεριελάμβανε τέσσερις τυχαιοποιημένες κλινικές μελέτες, και έδειξαν ότι δεν υπήρχαν διαφορές μεταξύ των εργαλείων και του υπερήχου, όντας και τα δύο εξίσου αποτελεσματικά[5]. Η βραχυπρόθεσμη και μακροπρόθεσμη αποτελεσματικότητα της μη-χειρουργικής περιοδοντικής θεραπείας με μηχανικά μέσα έχει τεκμηριωθεί από πολυάριθμες κλινικές και μικροβιολογικές έρευνες.



Εικ. 1

Σε αυτήν τη φάση της περιοδοντικής θεραπείας μπορούν να προστεθούν και συμπληρωματικά μέσα για τον έλεγχο της φλεγμονής και την εξάλειψη ή περαιτέρω μείωση των θυλάκων όπως χημικοί παράγοντες, τοπικά ή συστηματικά αντιβιοτικά και laser[4].

Ο όρος LASER αποδίδεται από το αγγλικό ακρωνύμιο Light Amplification by Stimulated Emission of Radiation, που αποδίδεται στα ελληνικά ως ενίσχυση φωτός με εξαναγκασμένη εκπομπή ακτινοβολίας. Ουσιαστικά διεγείρονται τα άτομα μέσω της συσκευής του laser, και μέσα από μια σειρά αλυσιδωτών αντιδράσεων παράγεται μια δέσμη φωτονίων ίδιας ενέργειας, κατεύθυνσης και φάσης6. Πιο συγκεκριμένα, όσον αφορά τα laser που χρησιμοποιούνται στην Περιοδοντολογία, το διοδικό laser (630-980nm) και το Nd:YAG (1064nm) που είναι laser μαλακών ιστών, παρουσιάζουν αυξημένη απορρόφηση στην αιμοσφαιρίνη και στην μελανίνη και αυξημένη διείσδυση, ενώ το Er:YAG (2940nm), το Er,Cr:YSGG (2780nm) και το CO2 (10,600nm) αλληλεπιδρούν με το νερό και τον υδροξυαπατίτη και εμφανίζουν μικρότερο βάθος διείσδυσης στους ιστούς ***(Εικ. 1)***. Αυτή λοιπόν η αλληλεπίδραση των laser με

Βιβλιογραφία

1. Papapanou PN, Sanz M, Buduneli N, Dietrich T, Feres M, Fine DH, Flemmig TF, Garcia R, Giannobile WV, Graziani F, Greenwell H, Herrera D, Kao RT, Kebschull M, Kinane DF, Kirkwood KL, Kocher T, Kornman KS, Kumar PS, Loos BG, Machtei E, Meng H, Mombelli A, Needleman I, Offenbacher S, Seymour GJ, Teles R, Tonetti MS (2018) Periodontitis: Consensus report of workgroup 2 of the 2017 World Workshop on the Classification of Periodontal and Peri-Implant Diseases and Conditions. J Periodontol 89(Suppl 1):S173-S182. https://doi.org/10.1002/JPER.17-0721.
2. Goergen J, Albandar JM, Oppermann RV, Rösing CK, Susin C, Haas AN (2021) Periodontitis stage and grade are associated with poor oral-health-related quality of life: Findings from the Porto Alegre cohort study. J Clin Periodontol 48(10):1333-1343. https://doi.org/10.1111/jcpe.13527.
3. Theodoridis C, Violesti A, Nikiforidou M, Menexes GC, Vouros ID (2020) Short-Term Impact of Non-Surgical and Surgical Periodontal Therapy on Oral Health-Related Quality of Life in a Greek Population-A Prospective Cohort Study. Dent J (Basel) 8(2):54. https://doi.org/10.3390/dj8020054.
4. Sanz M, Marco Del Castillo A, Jepsen S, Gonzalez-Juanatey JR, D'Aiuto F, Bouchard P, Chapple I, Dietrich T, Gotsman I, Graziani F, Herrera D, Loos B, Madianos P, Michel JB, Perel P, Pieske B, Shapira L, Shechter M, Tonetti M, Vlachopoulos C, Wimmer G (2020) Periodontitis and cardiovascular diseases: Consensus report. J Clin Periodontol 47(3):268-288. https://doi.org/10.1111/jcpe.13189
5. Suvan J, Leira Y, Moreno Sancho FM, Graziani F, Derks J, Tomasi C (2020) Subgingival instrumentation for treatment of periodontitis. A systematic review. J Clin Periodontol 47(Suppl 22):155-175. https://doi.org/10.1111/jcpe.13245.
6. Parker S (2007) Introduction, history of lasers and laser light production. Br Dent J 202(1):21–31. https://doi.org/10.1038/bdj.2006.113.
7. Aoki A, Sasaki KM, Watanabe H, Ishikawa I (2004) Lasers in non- surgical periodontal therapy. Periodontol 2000 36(5):59–97. https://doi.org/10.1111/j.1600-0757.2004.03679.x.
8. Aoki A, Mizutani K, Schwarz F, Sculean A, Yukna RA, Takasaki AA, Romanos GE, Taniguchi Y, Sasaki KM, Zeredo JL, Koshy G, Coluzzi DJ, White JM, Abiko Y, Ishikawa I, Izumi Y (2015) Periodontal and peri-implant wound healing following laser therapy. Periodontol 2000 68(1):217–269. https://doi.org/10.1111/prd.12080.
9. Ishikawa I, Aoki A, Takasaki AA, Mizutani K, Sasaki KM, Izumi Y (2009) Application of lasers in periodontics: true innovation or myth? Periodontol 2000 50(1):90-126. https://doi.org/10.1111/j.1600-0757.2008.00283.x.
10. Cobb CM (2017) Lasers and the treatment of periodontitis: the essence and the noise. Periodontol 2000 75(1):205-295. https://doi.org/10.1111/prd.12137.
11. Schwarz F, Sculean A, Berakdar M, Szathmari L, Georg T, Becker J (2003) In vivo and in vitro effects of an Er:YAG laser, a GaAlAs diode laser, and scaling and root planing on periodontally diseased root surfaces: a comparative histologic study. Lasers Surg Med 32(5):359–366. https://doi.org/10.1002/lsm.10179.
12. Passanezi E, Damante CA, de Rezende ML, Greghi SL (2015) Lasers in periodontal therapy. Periodontol 2000 67(1):268-91. https://doi.org/ 10.1111/prd.12067.
13. Cobb CM, Low SB, Coluzzi DJ (2010) Lasers and the treatment of chronic periodontitis. Dent Clin N Am 54(1):35–53. https://doi.org/10.1016/j.cden.2009.08.007.
14. Mills MP, Rosen PS, Chambrone L, Greenwell H, Kao RT, Klokkevold PR, McAllister BS, Reynolds MA, Romanos GE, Wang HL (2018) American Academy of Periodontology best evidence consensus statement on the efficacy of laser therapy used alone or as an adjunct to non-surgical and surgical treatment of periodontitis and peri-implant diseases. J Periodontol 89(7):737-742. https://doi.org/10.1002/JPER.17-0356.
15. Chambrone L, Ramos UD, Reynolds MA (2018) Infrared lasers for the treatment of moderate to severe periodontitis: An American Academy of Periodontology best evidence review. J Periodontol 89(7):743-765. https://doi.org/10.1902/jop.2017.160504.
16. Lin Z, Strauss FJ, Lang NP, Sculean A, Salvi GE, & Stähli, A (2021) Efficacy of laser monotherapy or non-surgical mechanical instrumentation in the management of untreated periodontitis patients. A systematic review and meta-analysis. Clin Oral Investig 25(2):375–391. https://doi.org/10.1007/s00784-020-03584-y.
17. Sgolastra F, Petrucci A, Gatto R, Monaco A (2012) Efficacy of Er:YAG laser in the treatment of chronic periodontitis: systematic review and meta-analysis. Lasers Med Sci 27(3):661-73. https://doi.org/10.1007/s10103-011-0928-8.
18. Zhao Y, Yin Y, Tao L, Nie P, Tang Y, Zhu M (2014) Er:YAG laser versus scaling and root planing as alternative or adjuvant for chronic periodontitis treatment: a systematic review. J Clin Periodontol 41(11):1069-79. https://doi.org/10.1111/jcpe.12304.
19. Ma L, Zhang X, Ma Z, Shi H, Zhang Y, Wu M, Cui W (2018) Clinical Effectiveness of Er: YAG Lasers Adjunct to Scaling and Root Planing in Non-Surgical Treatment of Chronic Periodontitis: A Meta-Analysis of Randomized Controlled Trials. Med Sci Monit 24:7090-7099. https://doi.org/10.12659/MSM.911863.
20. Li MM, Jia JH, Wu MX, Zhao CY, Jia LY, Shi H, Zhang XL (2021) Clinical effectiveness of Er,Cr:YSGG lasers in non-surgical treatment of chronic periodontitis: a meta-analysis of randomized controlled trials. Lasers Med Sci 36(4):889-901. https://doi.org/10.1007/s10103-020-03156-2.
21. Lavu V, Kumar D, Krishnakumar D, Maheshkumar A, Agarwal A, Kirubakaran R, Muthu MS (2022) Erbium lasers in non-surgical periodontal therapy: an umbrella review and evidence gap map analysis. Lasers Med Sci 37(1):103–120. https://doi.org/10.1007/s10103-022-03504-4.

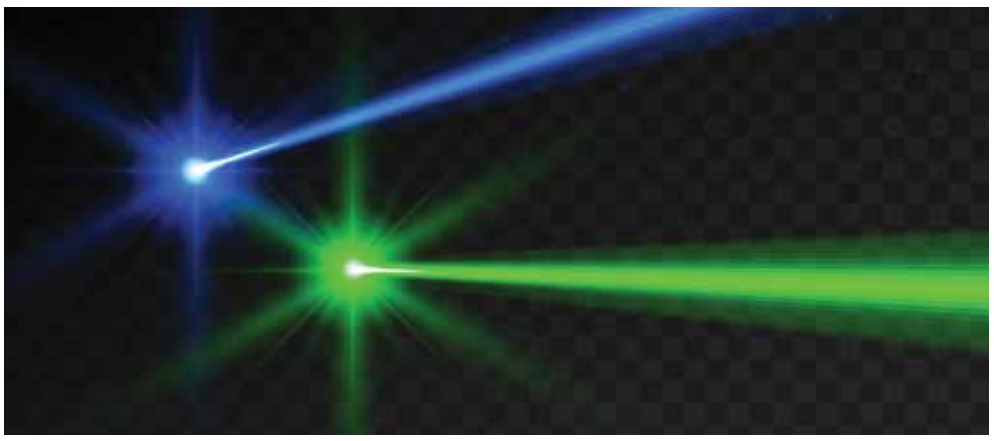
τους ιστούς εξαρτάται από τα χαρακτηριστικά των ιστών-στόχων, το εκάστοτε μήκος κύματος, την μέθοδο εκπομπής (συνεχής/παλμική) και την πυκνότητα ισχύος[6-8].

Τα laser εισήχθησαν στη μη χειρουργική περιοδοντική θεραπεία ως συμπληρωματική θεραπευτική προσέγγιση, με σκοπό να διευκολυνθεί η προσπέλαση σε βαθείς θυλάκους και βλάβες συμβολής των ριζών, αποκτώντας καλύτερο οπτικό πεδίο λόγω της αιμόστασης, βελτιώνοντας την επούλωση μέσω της μείωσης των μεσολαβητών της φλεγμονής, με αντιβακτηριακή δράση, αλλά και περιορίζοντας την ανάγκη για περαιτέρω χειρουργική αντιμετώπιση, ειδικά σε ιατρικά επιβαρυμένους ασθενείς. Βέβαια απαιτείται εκπαίδευση από τον επεμβαίνοντα για την ασφαλή και αποτελεσματική χρήση του laser, καθώς υπάρχει αυξημένη πιθανότητα πρόκλησης θερμικής βλάβης στους ιστούς. Επιπλέον, απαιτούνται μέτρα προφύλαξης κατά την εφαρμογή του laser και το κόστος τους είναι αυξημένο[7,9,10].

Τα laser Ερβίου είναι laser σκληρών ιστών, με μικρό βάθος διείσδυσης και αυξημένη απορρόφηση στο νερό και τον υδροξυαπατίτη. Μέσω αυτής της απορρόφησης δημιουργείται μία θερμική έκρηξη από την μετατροπή του νερού σε ατμό, με αποτέλεσμα την αφαίρεση της τρυγίας, το ίδιο αποτελεσματικά με τα εργαλεία χειρός και τους υπερήχους. Επίσης, ευνοεί την προσκόλληση των κυττάρων μέσω της απομάκρυνσης των ενδοτοξινών του επιφανειακού στρώματος της οστεΐνης, και εμφανίζει αντιμικροβιακή δράση, πιο συγκεκριμένα στα P.gingivalis και A.actinomycetemcomitans. Τα laser Ερβίου δεν δρουν μόνο στους σκληρούς ιστούς, αλλά και στους μαλακούς ιστούς. Μετά την αφαίρεση τρυγίας, προτείνεται η αποεπιθηλιοποίηση του καταδυόμενου επιθηλίου για την δημιουργία συνδετικογενούς πρόσφυσης[11-13] ***(Εικ. 2)***.

Εικ. 2

Πολυάριθμες μελέτες έχουν καταγράψει μείωση στη παρουσία φλεγμονής και στα βάθη θυλάκων με τη χρήση των laser. Πιο συγκεκριμένα, τα laser Ερβίου έχουν χρησιμοποιηθεί σε τυχαιοποιημένες κλινικές μελέτες ως μονοθεραπεία ή συμπληρωματικά στη μηχανική περιοδοντική θεραπεία. Οι έρευνες που έχουν δημοσιευθεί μέχρι πρότινος, δεν έχουν καταλήξει ως προς το ερώτημα, εάν το laser ως μονοθεραπεία υπερτερεί ή τουλάχιστον είναι συγκρίσιμο με τη συμβατική περιοδοντική θεραπεία[14,15]. Οι Lin και συνεργάτες, μελέτησαν το παραπάνω ερώτημα μέσω μίας συστηματικής ανασκόπησης και μετα-ανάλυσης και κατέληξαν ότι το laser Er:YAG έχει παρόμοια αποτελέσματα με τη συμβατική περιοδοντική θεραπεία[16]. Μέχρι προσφάτως, έχουν πραγματοποιηθεί τέσσερις συστηματικές ανασκοπήσεις και μετά-αναλύσεις που αφορούν αποκλειστικά τα laser Ερβίου[17-20]. Η συστηματική ανασκόπηση των Li και συνεργάτων που αφορά τα laser Er,Cr:YSGG δεν συμπεριέλαβε καμία



μακροπρόθεσμη μελέτη[20]. Όσο αφορά την χρήση του Er:YAG laser, υπάρχουν τρεις συστηματικές ανασκοπήσεις και περιλαμβάνουν από δύο έως τρεις μακροπρόθεσμες τυχαιοποιημένες κλινικές μελέτες. Δεν βρέθηκε καμία στατιστικά σημαντική διαφορά ως προς την μείωση του βάθους θυλάκου και το κέρδος πρόσφυσης[17-19]. Αξιοσημείωτο είναι ότι στην αναφορά της Αμερικανικής Ακαδημίας Περιοδοντολογίας το 2018, υποστήριζεται ότι τα laser Ερβίου παρέχουν μετρίου σημαντικότητας κλινικό όφελος, το οποίο γίνεται πιο εμφανές σε βαθείς θυλάκους (7 χιλ.)[14-15]. Στο ίδιο ύφος είναι και η πρόσφατη ανασκόπηση ομπρέλας των Lavu και συνεργάτων όπου καταλήγει ότι υπάρχει έλλειψη μακροπρόθεσμων κλινικών μελετών, αλλά βραχυπρόθεσμα φαίνεται ότι υπάρχουν κλινικά οφέλη[21].

Συμπερασματικά, η χρήση των laser Ερβιού στην περιοδοντική θεραπεία δεν έχει τεκμηριωθεί επαρκώς. Έτσι λοιπόν, απαιτούνται περισσότερες τυχαιοποιημένες μακροπρόθεσμες κλινικές μελέτες, διπλά τυφλές, παράλληλου σχεδιασμού, με μεγάλο δείγμα ασθενών και προκαθορισμένο πρωτόκολλο χρήσης των laser. Επιπλέον, η διάκριση των κλινικών αποτελεσμάτων του βάθους θυλάκου και του κέρδους πρόσφυσης σε μετρίου βάθους και βαθείς θυλάκους, αλλά και η αναφορά των υπολειμματικών θυλάκων, είναι χρήσιμη για το κατά πόσο είναι εφικτό να αποφευχθεί η μετέπειτα χειρουργική θεραπεία.

Η στήλη της
ΕΤΑΙΡΕΙΑΣ **ΟΔΟΝΤΟΣΤΟΜΑΤΟΛΟΓΙΚΗΣ** ΕΡΕΥΝΗΣ

Σύστημα Διαχείρισης Ποιότητας. Από την ανάγκη έως την υποχρεωτικότητα

Με την επέλαση του SARS-CoV-2 και την κήρυξη της πανδημίας, όλος ο υγειονομικός τομέας βρέθηκε αντιμέτωπος με κινδύνους πρωτόγνωρους και συνθήκες σύγχυσης λόγω των απόψεων που κάλυπταν όλο το φάσμα μεταξύ επιστημονικής γνώσης και επιστημονικής φαντασίας. Ταχύτατα, κληθήκαμε να υπακούσουμε στις επιταγές των επαϊόντων, να ενημερωθούμε, να εναρμονιστούμε και να τροποποιήσουμε τη δραστηριότητά μας και τη λειτουργία των ιατρείων μας. Ακολουθήσαμε πρωτόκολλα που μας δόθηκαν, τα τροποποιήσαμε και τα εξατομικεύσαμε, τα αναπτύξαμε βάσει ανασφαλειών, φόβου ή αδυναμίας. Και όλα αυτά, από σχεδόν μηδενική βάση· με κόστος οικονομικό και ψυχικό.

Ιωάννης Διαμάντης
Χειρουργός Στόματος.
Τακτικό Μέλος του Διοικητικού Συμβουλίου της ΕΟΕ

Μήπως θα πρέπει να αναρωτηθούμε κάποια πρωτόκολλα θα έπρεπε να είναι ήδη εν ισχύ;

Μήπως θα πρέπει να αναρωτηθούμε γιατί σε πολλές χώρες δε δόθηκε ποτέ σύσταση για αναστολή λειτουργίας των φορέων πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας;

Μήπως θα πρέπει να αναρωτηθούμε εάν σε κάποιες χώρες πρωτόκολλα ήταν ήδη εν ισχύ και η προσαρμογή τους στην πανδημία ήταν ευκολότερη και λιγότερο ψυχοφθόρος;

Η απάντηση στα ερωτήματα αυτά είναι θετική και οφείλεται στα Συστήματα Διαχείρισης Ποιότητας.

Τις τελευταίες δεκαετίες, τόσο στη Βόρειο Αμερική όσο και στην Ευρώπη, έχει δημιουργηθεί το πλαίσιο Αξιολόγησης Τεχνολογιών Υγείας (Health Technology Assessment/ HTA) και ανάπτυξης Συστημάτων Διαχείρισης Ποιότητας (Quality Management System/ QMS). Οι φορείς Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας σε κάθε χώρα, με διαφορετικό τρόπο και σε άλλοτε άλλους χρόνους, εντάσσονται σε αυτό το πλαίσιο που, αν δεν είναι ήδη, τείνει να γίνει υποχρεωτικό.

Η αύξηση του αριθμού των παρόχων φροντίδας υγείας και η ανάπτυξη του ιατρικού τουρισμού, σε συνδυασμό με τους περιορισμένους ελεγκτικούς μηχανισμούς, έκανε πιο επιτακτική την εφαρμογή τέτοιων προτύπων προκειμένου να προστατεύονται οι ασθενείς αλλά και οι ασφαλιστικοί φορείς από μη ορθές πρακτικές.

Στην Ελλάδα, εξαιρώντας τη δημόσια Αξιολόγηση Τεχνολογιών Υγείας που έχει αρχίσει να οργανώνεται κεντρικά, η ανάπτυξη Συστημάτων Διαχείρισης Ποιότητας άπτεται αποκλειστικά και μόνο των επιλογών του ιδιωτικού τομέα, απουσία υποχρεωτικότητας.

Τι ακριβώς είναι το Σύστημα Διαχείρισης Ποιότητας;

Το Σύστημα Διαχείρισης Ποιότητας είναι ένα δομημένο σύνολο αρχείων/πρωτοκόλλων που περιγράφει τις εφαρμοζόμενες πολιτικές και τις τυποποιημένες πρακτικές και διαδικασίες που εφαρμόζει ένας φορέας καθώς και ένα σύνολο οδηγιών και αρχείων συνυφασμένων με τις δραστηριότητές του.

Ποιους τομείς του ιατρείου αφορά και πως εφαρμόζεται;

Το γενικό πλαίσιο ενός τέτοιου συστήματος καλύπτει πρακτικά κάθε τομέα του ιατρείου:

1. *Οργάνωση της διοίκησης και διαχείρηση του ιατρείου.* Παρά το γεγονός πως η ανάγκη για τυποποίηση σε αυτό το επίπεδο είναι απολύτως απαραίτητη για μεγαλύτερες των αστικών ιατρείων μονάδες υγείας, η εφαρμογή της σε μικρές μονάδες έχει άμεσα και εντυπωσιακά αποτελέσματα, από την οριοθέτηση στόχων και τη λήψη αποφάσεων έως το νομικό πλαίσιο λειτουργίας και τη διαχείριση του ανθρώπινου δυναμικού.
Γίνεται οριοθέτηση των στόχων που αφορούν στην αμιγή δραστηριότητα αλλά και στην οικονομική της διάσταση και γνωστοποιούνται.
Καθορίζεται η διοικητική δομή, κατανέμονται αρμοδιότητες και υποχρεώσεις σε όλους και ορίζεται η ροή επικοινωνίας μεταξύ των ατόμων του προσωπικού· ποιος επικοινωνεί με ποιον σε κάθε περίπτωση.
Η διαχείριση του ανθρώπινου δυναμικού γίνεται με την περιγραφή των καθηκόντων εργασίας, την περιγραφή των υποχρεώσεων της εργοδοσίας και τη γνωστοποίηση του εκάστοτε νομικού πλαισίου. Ο ορισμός και η καταγραφή αυτών και πολλών άλλων οργανωτικών παραμέτρων είναι καίρια για τη διοικητική μέριμνα. Σαφείς επιδιώξεις, ρόλοι και δραστηριότητες ελαχιστοποιούν εντάσεις, προστριβές και απώλεια χρόνου. Τέλος, η πρόσληψη και η αντικατάσταση προσωπικού διευκολύνεται και ο χρόνος εκπαίδευσής του μειώνεται.
2. *Υπηρεσίες αφορώσες τους ασθενείς σε κλινικό και μη, επίπεδο.* Εκτός από τις αμιγώς ιατρικές υπηρεσίες, το σύστημα διαχείρισης ποιότητας εφαρμόζεται και στους τομείς της συνολικής περίθαλψης και νοσηλείας, διαγνωστικού και απεικονιστικού ελέγχου όπως και στις εργαστηριακές δραστηριότητες. Οι διαδικασίες καταγράφονται, ομαδοποιούνται και οργανώνονται σε ένα τυπικό πλαίσιο εφαρμογής κοινό για όλο το φορέα.
Η καταγραφή αυτή είναι αναλυτική και περιλαμβάνει τα άτομα που εμπλέκονται, τη συμμετοχή του καθενός και την χρονική αλληλουχία ενώ μπορεί να συνοδεύεται και από φωτογραφικό υλικό, π.χ. μία φωτογραφία της επιφάνειας εργασίας με τα απαραίτητα εργαλεία για το τυποποιημένο πρωτόκολλο της ενδοδοντικής θεραπείας.
Η επικοινωνία με ασθενείς, συνεργάτες ή προμηθευτές υπάγεται εδώ. Η τυποποιημένη επικοινωνία μειώνει την απώλεια χρόνου και την πιθανότητα παρεξηγήσεων, ενώ ταυτόχρονα αποπνέει επαγγελματική συνέπεια. Όσον αφορά στους προμηθευτές και την επικοινωνία μαζί τους, η αναλυτική καταγραφή των προμηθειών

ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗΣ ΕΠΙΜΟΡΦΩΣΗΣ ΣΤΑ **ΟΔΟΝΤΙΚΑ ΕΜΦΥΤΕΥΜΑΤΑ** ΕΤΟΥΣ 2023

Το φετινό Πρόγραμμα Επαγγελματικής Επιμόρφωσης στα Οδοντικά Εμφυτεύματα ολοκληρώνεται εντός του μηνός Νοεμβρίου και η Εταιρεία Οδοντοστοματολογικής Ερεύνης ανακοινώνει την πραγματοποίηση 3ου Κύκλου το 2023.

Το πρόγραμμα απευθύνεται σε συναδέλφους που επιθυμούν να ασχοληθούν σοβαρά με την Εμφυτευματολογία και αναζητούν σύγχρονη, ουσιαστική και **άμεσα αξιοποιήσιμη** επιμόρφωση βασισμένη σε δομημένη εκπαιδευτική μεθοδολογία.

Σε 25 και πλέον ημέρες το πρόγραμμα του 2023 θα περιλαμβάνει:

- ισχυρή θεωρητική εκπαίδευση με κλινικό προσανατολισμό
- εφαρμογή της γνώσης με **περισσότερες από 15 πρακτικές ασκήσεις (hands-on)** και
- **κλινική άσκηση των συμμετεχόντων συναδέλφων επί ασθενών** (χειρουργική και προσθετική) στον πρόσφατα πλήρως ανακαινισμένο και εξοπλισμένο με καινούργια οδοντιατρικά μηχανήματα κλινικό χώρο της Ε.Ο.Ε. με την καθοδήγηση και υπό την επίβλεψη εξειδικευμένων εκπαιδευτών με βαθιά γνώση και εμπειρία στην Εμφυτευματολογία
- εκπαίδευση τόσο **στη συμβατική όσο και στην ψηφιακή μέθοδο σχεδιασμού και εκτέλεσης της θεραπείας**.

Το πρόγραμμα είναι εγκεκριμένο και αναγνωρισμένο από την Γερμανική Εταιρεία Στοματικής Εμφυτευματολογίας (Deutsche Gesellschaft für Orale Implantologie), γνωστή ως DGOI. Η DGOI είναι διεθνώς αναγνωρισμένος επιστημονικός οργανισμός, με αντικείμενο και σκοπό την εκπαίδευση στην Εμφυτευματολογία σε υψηλότατα πρότυπα. Διοργανώνει σεμινάρια, συνέδρια, study club και προγράμματα επαγγελματικής επιμόρφωσης στα οδοντικά εμφυτεύματα στην Γερμανία. Επίσης, συνδιοργανώνει και προσυπογράφει αντίστοιχα προγράμματα συνεχιζόμενης εκπαίδευσης σε χώρες της Ευρώπης, της Ασίας και της βόρειας Αφρικής μετά από αυστηρή αξιολόγηση.

Τι κάνει το πρόγραμμά μας μοναδικό:

- Θεωρητική κατάρτιση, πρακτική και κλινική άσκηση
- Καταξιωμένοι Έλληνες εκπαιδευτές
- Προσιτό κόστος συμμετοχής
- Μοριοδότηση από το Ινστιτούτο Επιστημονικών Θεμάτων (ΙΕΘΕ) της Ελληνικής Οδοντιατρικής Ομοσπονδίας
- Εξατομικευμένη διδασκαλία και εκπαίδευση
- Παροχή συμβουλών και καθοδήγησης (mentoring) προς τους συμμετέχοντες από τους εκπαιδευτές του προγράμματος μέχρι και 6 μήνες μετά την ολοκλήρωσή του
- Σημαντικές προσφορές στην αγορά υλικών και εξοπλισμού
- Πιστοποιημένο και απόλυτα ασφαλές περιβάλλον εκπαίδευσης και κλινικής άσκησης με βάση τις υγειονομικές απαιτήσεις
- Χορήγηση εκπαιδευτικού υλικού (κλινικά άρθρα και βιβλιογραφικές ανασκοπήσεις δημοσιευμένες στην Οδοντοστοματολογική Πρόοδο καθώς και PDF θεωρητικών διαφανειών σεμιναρίων)
- Δωρεάν συνδρομή για ένα έτος στο περιοδικό «Οδοντοστοματολογική Πρόοδος»
- Δωρεάν μία ετήσια συνδρομή μέλους της DGOI

Λεπτομερές πρόγραμμα θα ανακοινωθεί σύντομα και θα βασιστεί σε αυτό του τρέχοντος έτους.

Έναρξη του νέου προγράμματος: Μάρτιος 2023.

Περιορισμένος αριθμός συμμετεχόντων. Με την ολοκλήρωση του προγράμματος θα χορηγηθεί πιστοποιητικό.

Για περισσότερες πληροφορίες μπορείτε να επικοινωνήσετε με τη Γραμματεία της Εταιρείας.
Τηλ.:210 7780671, 210 7716671

(κωδικοί παραγγελίας/ REF No, ημερομηνίες λήξεως κ.λπ.) είναι ιδιαίτερα σημαντική και για αυτό το λόγο υπαγορεύεται.
Επιπλέον, τυποποιούνται οι τρόποι τιμολόγησης και η διαχείριση των δεδομένων των ασθενών. Ένα σημαντικό εργαλείο που διαθέτουν πλέον τα περισσότερα ιατρεία είναι τα οδοντιατρικά λογισμικά μέσω των οποίων επιτυγχάνονται αυτά τα κριτήρια.

3. *Ασφάλεια και υποδομές.* Από την ποιότητα του νερού και αέρα και τη γενική καθαριότητα έως την πυρασφάλεια και τις εξόδους κινδύνου, από το φαρμακείο επειγόντων έως την ασφάλιση προσωπικού και ασθενών, και πλήθος άλλων περιλαμβάνονται σε τυποποιημένες διαδικασίες εφαρμογής. Οι υποδομές και ο εξοπλισμός καταγράφονται με σειριακούς αριθμούς και πιστοποιητικά ασφαλείας, π.χ. CE, ενώ τυποποιείται και ένα πρωτόκολλο ελέγχου καλής λειτουργίας και συντήρησης. Ειδικά, στις συνθήκες αποστείρωσης τηρούνται αυστηρά αυτά τα πρωτόκολλα μάλιστα. Η διαχείριση των μολυσματικών αποβλήτων και ο έλεγχος των λοιμώξεων στους φορείς πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας είναι ούτως ή άλλως νομοθετημένη και εφαρμόζεται σε μεμονωμένη βάση.

4. *Νομοθεσία και κανονιστικό πλαίσιο.* Ο "γραφειοκρατικός" τομέας του ιατρείου με τους νόμους και τους κανονισμούς που διέπουν τη λειτουργία του, αρχειοθετημένος και τακτοποιημένος, επικαιροποιείται άμεσα και γνωστοποιείται στους εμπλεκομένους. Στόχος είναι η αποφυγή απώλειας χρόνου εντοπισμού των απαραίτητων αρχείων και αποφυγή συνεπειών από τη μη τήρησή τους. Όλοι μπορεί να έχουν ήδη βιώσει ή να βιώσουν δυσάρεστες συνέπειες σχετιζόμενες με νομοθετικά και κανονιστικά πλαίσια.

5. *Αξιολόγηση και εκτίμηση αποτελεσματικότητας.* Η εκτίμηση της αποτελεσματικότητας των εφαρμοζόμενων πρακτικών και των χρησιμοποιούμενων μέσων ως προς την επίτευξη των στόχων του ιατρείου είναι ο τελευταίος και τελικά πιο κρίσιμος τομέας σε ένα Σύστημα Διαχείρισης Ποιότητας. Πρακτικά, η αξιολόγηση πρέπει να θεωρείται ως αμιγής και αυθύπαρκτος τομέας του ιατρείου που βρίσκεται στην κορυφή των συστημάτων αυτών. Με εσωτερικό ή εξωτερικό έλεγχο, η αντικειμενική καταγραφή επιτυχιών, αποτυχιών ή αστοχιών που αφορούν τη διαχείριση του ιατρείου, τις υπηρεσίες προς τους ασθενείς, τις υποδομές, την ασφάλεια αλλά ακόμα και τη μεθοδολογία της ίδιας της αξιολόγησης, είναι ο καταλύτης της ορθής λειτουργίας ενός ιατρείου. Όροι όπως, Καίριοι Δείκτες Απόδοσης (KPI's) ή Σύστημα Αναφοράς Κρίσιμων Συμβάντων (CIRS) μπορεί να μας είναι άγνωστοι αλλά σίγουρα ατύπως, αποσπασματικά και εν αγνοία μας τα χρησιμοποιούμε. Η μεθοδική και διαρκής διαδικασία αυτής της αξιολόγησης είναι το ζητούμενο ώστε να προάγονται οι στόχοι και οι επιδιώξεις μας.

Γιατί είναι απαραίτητο ένα Σύστημα Διαχείρισης Ποιότητας στους φορείς φροντίδας υγείας;

Διαχείριση της Ποιότητας υπηρεσιών ή προϊόντων εφαρμόζεται σε όλους τους επαγγελματικούς τομείς που λειτουργούν συντεταγμένα. Σαφώς, ο κυριότερος λόγος είναι επιτυχής επιτέλεση του στόχου ή της δραστηριότητας που αναλογεί σε κάθε τομέα. Η μείωση του χρόνου αλλά και του κόπου για την επίτευξη του έργου είναι απότοκα ενός ορθά οργανωμένου και εφαρμοζόμενου Συστήματος Διαχείρισης Ποιότητας. Όλα αυτά φυσικά οδηγούν και σε ανάλογα οικονομικά αποτελέσματα και κερδοφορία.

Η ανάπτυξη και εξατομίκευση ενός τέτοιου συστήματος δεν είναι απλή υπόθεση. Απαιτεί αρχικά κυρίως επένδυση σε χρόνο. Πάντα ο υγειονομικός φείδεται χρόνου. Ακριβώς όμως αυτός ο λόγος κάνει επιτακτική την εισαγωγή και εφαρμογή των συστημάτων αυτών.

Είναι φιλικά προς τους χρήστες τους; Δυστυχώς, η απάντηση είναι "Όχι"! Κάθε νέα διαδικασία είναι σίγουρα δυσάρεστη για πολλούς που εργάζονται με συγκεκριμένη μεθοδολογία για μεγάλο χρονικό διάστημα. Ενίοτε δημιουργείται αίσθηση ανασφάλειας στους εργαζόμενους λόγω του αυστηρού ελέγχου στον οποίο υπόκεινται οι διαδικασίες ή αίσθηση υπερβολής και περιττού. Οι λίστες ελέγχου (checklists) θεωρούνται περιττές ή και παιδαριώδεις. Στην έναρξη των πτήσεων, οι πιλότοι αεροσκαφών τις συμπληρώνουν σημείο προς σημείο δίχως να το θεωρεί κάποιος επιβάτης περιττό ή παιδαριώδες.

Μετά την εισαγωγή και εφαρμογή της, η Διαχείριση Ποιότητας γίνεται αναπόσπαστο τμήμα της εκάστοτε δραστηριότητας λόγω των βελτιωμένων συνθηκών που προκύπτουν και του παράπλευρου οφέλους για όλα τα εμπλεκόμενα μέρη. Με πυλώνες όπως η βιώσιμη επιχειρηματικότητα (Sustainability), η εταιρική βιωσιμότητα και η εταιρική κοινωνική ευθύνη, συμπεριλαμβανομένης και της ευθύνης προς το προσωπικό, τα αμοιβαία οφέλη είναι εμφανή. Η ευθύνη προς το προσωπικό συμπεριλαμβάνει και τη συνεχιζόμενη εκπαίδευση σε επίσης πιστοποιημένους φορείς για την απόδοση Μορίων Επιμόρφωσης, όπως και η Εταιρεία Οδοντοστοματολογικής Ερεύνης.

Η Εταιρεία Οδοντοστοματολογικής Ερεύνης αρωγός στο Σύγχρονο Οδοντίατρο, κινείται πάντα παράλληλα με τις εξελίξεις στην Επιστήμη και την Εφαρμοσμένη Οδοντιατρική και μέσω των εκπαιδευτικών δραστηριοτήτων της, ηγείται στην εκπαίδευση και εκμάθηση τεκμηριωμένων και τυποποιημένων θεραπειών και διαδικασιών. Η ανάπτυξη των επιθυμητών πρωτοκόλλων ενός Συστήματος Διαχείρισης Ποιότητας μπορεί εύκολα να βασιστεί σε αυτή τη γνώση.

Είναι αναγκαίο ή υποχρεωτικό ένα Σύστημα Διαχείρισης Ποιότητας;

Μία ερώτηση είναι ίσως η καλύτερη απάντηση.

Θα χρησιμοποιούσατε ποτέ ένα αεροπλάνο εταιρείας που δεν εφαρμόζει Σύστημα Διαχείρισης Ποιότητας;

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)

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

Σαρκοείδωση και Σύνδρομο Heerfordt: Στόχος και το Στόμα

1. Σαρκοείδωση: Είναι συστηματική κοκκιωματώδης νόσος, άγνωστης αιτίας. Προσβάλλει συνήθως τους πνεύμονες και λεμφαδένες, και σπανιότερα το δέρμα, τους οφθαλμούς και τα οστά. Ο βλεννογόνος του στόματος, τα χείλη, οι σιαλογόνοι αδένες και το οστούν των γνάθων προσβάλλονται σχετικά σπάνια. **2. Σύνδρομο Heerfordt:** Το σύνδρομο Heerfordt αποτελεί κλινική μορφή σαρκοείδωσης που χαρακτηρίζεται από πυρετό, διόγκωση των παρωτίδων και των άλλων μεγάλων σιαλογόνων αδένων, χοριοειδίτιδα του οφθαλμού και πάρεση του προσωπικού νεύρου. Και στις δύο νοσολογικές οντότητες ο ρόλος του Στοματολόγου είναι καθοριστικός, κυρίως διαγνωστικά, ιδιαίτερα εάν οι βλάβες στο στόμα και τους σιαλογόνους αδένες είναι πρώιμες και ιδιαίτερα εμφανείς. Επιπλέον, απαραίτητη είναι η συνεργασία και με άλλες ιατρικές ειδικότητες, όπως του Δερματολόγου, Πνευμονολόγου, Παθολόγου, Οφθαλμιάτρου, Ρευματολόγου και άλλων.

Σαρκοείδωση

Η σαρκοείδωση είναι χρόνια πολυσυστηματική κοκκιωματώδης νόσος, που, ιστοπαθολογικά, χαρακτηρίζεται από σχηματισμό κοκκιωμάτων από επιθηλιοειδή κύτταρα, χωρίς τυροειδή νέκρωση. Η αιτιολογία παραμένει άγνωστη. Η επικρατέστερη άποψη είναι ότι πρόκειται για ανοσολογική, κυτταρικού τύπου, αντίδραση έναντι μικροβιακών ή άλλων αντιγόνων (μυκοβακτηρίδια, ιοί, μύκητες). Μερικοί, εξάλλου, πιστεύουν ότι πρόκειται για ανοσολογική αντίδραση αυτοάνοσου τύπου. Είναι πιο συχνή σε γυναίκες μεταξύ 20-50 ετών. Η νόσος προσβάλλει κυρίως τους λεμφαδένες, τους πνεύμονες, τους οφθαλμούς και το δέρμα. Σπανιότερες εντοπίσεις είναι τα οστά, ο σπλήνας, οι σιαλογόνοι αδένες, ο βλεννογόνος του στόματος και τα χείλη.

Κλινικά, στο δέρμα, κυρίως του προσώπου, των άκρων, των γλουτών και των δακτύλων, σχηματίζονται πολλαπλές ερυθρές ή ερυθροϊώδεις βλατίδες, οζίδια ή πλάκες, που μπορεί να είναι διάσπαρτες ή συρρέουσες ***(Εικ. 1, 5)***. Οζώδες ερύθημα, χειμετλοειδείς βλάβες και ουλές είναι επίσης συχνές στο δέρμα. Επιπλέον, μπορεί να παρατηρηθούν βλάβες και στα νύχια. Οι βλάβες στο δέρμα απαντούν σε ποσοστό 25-30% και, μερικές φορές, είναι οι μοναδικές εκδηλώσεις της νόσου. Προσβολή του βλεννογόνου του στόματος είναι σπάνια, με συχνότερη εντόπιση τα χείλη, τη γλώσσα, την υπερώα και τα ούλα ***(Εικ. 2, 3)***. Κλινικά, στο στόμα παρατηρούνται μικρά ή μέτριου μεγέθους βαθυχρωματικά οζίδια ή πλάκες, ή ερύθημα που σπάνια ελκούνται. Προσβολή των χειλέων, και ιδιαίτερα το κάτω χείλος, προκαλεί διάχυτη διόγκωση παρόμοια εκείνης της κοκκιωματώδους χειλίτιδας. Μπορεί επίσης να προσβληθούν οι σιαλογόνοι αδένες και το οστούν των γνάθων, που μπορεί να μιμείται περιοδοντίτιδα. Οι δερματικές και βλεννογόνιες εκδηλώσεις, συνήθως, συνοδεύονται από λεμφαδενοπάθεια και σπληνομεγαλία. Συνήθη συμπτώματα είναι δύσπνοια, βήχας, πυρετός, καταβολή δυνάμεων, οπισθοστερνικός πόνος, αρθραλγίες και απώλεια βάρους. Η διάγνωση στηρίζεται σε κλινικά και ιστολογικά κριτήρια. Η διαφορική διάγνωση περιλαμβάνει τα νοσήματα που βρίσκονται ταξινομημένα στον ***Πίνακα I***.

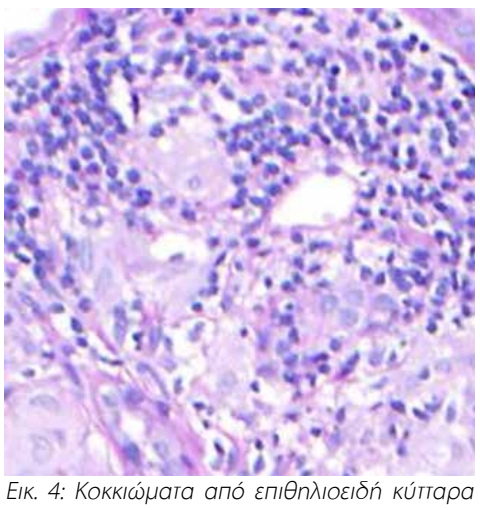
Η ιστολογική εξέταση είναι βασική προϋπόθεση για τελική διάγνωση. Χαρακτηρίζεται από σχηματισμό κοκκιωμάτων από επιθηλιοειδή κύτταρα με ελάχιστα ή καθόλου λεμφοκύτταρα ή πλασματοκύτταρα, και χωρίς τυροειδή νέκρωση ***(Εικ. 4)***. Πολυπύρηνα γιγαντοκύτταρα, τύπου Langhans, αποτελούν συχνό εύρημα. Ορολογικά παρατηρείται αυξημένος τίτλος αντιπυρηνικών αντισωμάτων σε ποσοστό 30% και αυξημένος τίτλος ACE (angiotensin-converting enzyme) στο 60% των ασθενών. Τέλος, ο ακτινολογικός έλεγχος των πνευμόνων και των οστών είναι απαραίτητος.

Εικ. 1: Σαρκοείδωση, πολλαπλά ερυθροϊώδη οζίδια στο άνω χείλος.

Εικ. 2: Σαρκοείδωση, ερύθημα και διαβρώσεις στην υπερώα.

Εικ. 5: Σύνδρομο Heerfordt, διόγκωση υπογνάθιων και υπογλώσσιων σιαλογόνων αδένων και οζίδια σαρκοείδωσης στο δέρμα.

Εικ. 3: Σαρκοείδωση, έντονο ερύθημα και οίδημα στα προσπεφυκότα ούλα και το φατνιακό βλεννογόνο.



Εικ. 4: Κοκκιώματα από επιθηλιοειδή κύτταρα και πολυπύρηνα χωρίς τυροειδή νέκρωση και λίγα λεμφοκύτταρα.

Τα κορτικοστεροειδή, συστηματικά ή τοπικά ή ενδοϊστικά, αποτελούν τη θεραπεία πρώτης επιλογής. Το δοσολογικό σχήμα εξαρτάται από τη δραστηριότητα και βαρύτητα της νόσου. Σε συστηματική νόσο χορηγείται πρεδνιζολόνη σε δοσολογία 1 mg/kg/ ημέρα για 4-6 εβδομάδες και μετά σταδιακή μείωση. Υδροξυχλωροκίνη σε δοσολογία 200-400 mg/ημέρα ή χλωροκίνη 250-500 mg/ημέρα είναι συνήθως αποτελεσματικά για έλεγχο των δερματικών και στοματικών βλαβών της νόσου. Επιπλέον, στη θεραπευτική φαρέτρα περιλαμβάνονται και φάρμακα δεύτερης επιλογής, όπως ανοσοκατασταλτικά, θαλιδομίδη, και πρόσφατα βιολογικοί παράγοντες.

Πίνακας I
Διαφορική Διάγνωση Σαρκοείδωσης

- Άλλες μορφές στοματοπροσωπικής κοκκιωμάτωσης
- Κοκκιωματώδης χειλίτις
- Φυματίωση
- Νόσος του Crohn
- Ερυθηματώδης λύκος
- Αμυλοείδωση
- Μη-Hodgkin λέμφωμα

Σύνδρομο Heerfordt

Το σύνδρομο Heerfordt ή ραγοειδοπαρωτιδικός πυρετός είναι μορφή σαρκοείδωσης που χαρακτηρίζεται από πυρετό, αμφοτερόπλευρη, σκληρή και ανώδυνη διόγκωση των παρωτίδων, φλεγμονή του χοριοειδούς χιτώνα του οφθαλμού και παράλυση του προσωπικού νεύρου.

Η διόγκωση των παρωτίδων αποτελεί συχνά την πρώτη εκδήλωση της νόσου και απαντά στο 80% των περιπτώσεων. Σπανιότερα, μπορεί να συνυπάρχει διόγκωση των υπογνάθιων και υπογλώσσιων σιαλογόνων αδένων και των δακρυϊκών αδένων ***(Εικ. 5)***. Υποκειμενικά, οι ασθενείς παραπονούνται για καταβολή δυνάμεων, γαστρεντερικές διαταραχές, ναυτία, εμέτους και ελαφρό πυρετό, ενώ συχνά υπάρχει ξηροστομία και ξηροφθαλμία. Επιπλέον, μπορεί να συνυπάρχουν διόγκωση των λεμφαδένων, οζώδες ερύθημα και οζίδια διαφόρου μεγέθους στο δέρμα. Οι πιο συχνές οφθαλμικές διαταραχές, που είναι πρώιμες, είναι χοριοειδίτις, επιπεφυκίτις και κερατίτις. Οι βλάβες του οφθαλμού μπορεί να είναι ετερόπλευρες ή αμφοτερόπλευρες. Η πάρεση του προσωπικού νεύρου είναι σπάνια και ασταθές κλινικό εύρημα. Η διάγνωση στηρίζεται σε κλινικά και ιστολογικά κριτήρια. Η διαφορική διάγνωση περιλαμβάνει 2 σύνδρομα που βρίσκονται ταξινομημένα στον ***Πίνακα II***.

Πίνακας II
Διαφορική Διάγνωση Συνδρόμου Heerfordt

- Σύνδρομο Sjögren
- Σύνδρομο Mikulicz

Η ιστολογική εξέταση είναι προϋπόθεση για τελική διάγνωση, με ευρήματα όπως εκείνα της σαρκοείδωσης. Επιπλέον, όλες οι άλλες εξετάσεις που αναπτύχθησαν στη σαρκοείδωση έχουν εφαρμογή και στο σύνδρομο Heerfordt. Κορτικοστεροειδή, αλλά και τα άλλα φάρμακα που χρησιμοποιούνται στη θεραπεία της σαρκοείδωσης.

Συμπέρασμα

Συμπερασματικά, παρά το γεγονός ότι οι βλάβες στο στόμα και τους σιαλογόνους αδένες αποτελούν μέρος μόνο του διαγνωστικού προβλήματος και των δύο νόσων, ο ρόλος του Στοματολόγου στη διάγνωση είναι καθοριστικός, ιδιαίτερα σε περιπτώσεις όπου οι στοματικές βλάβες προηγούνται των εκδηλώσεων από άλλα όργανα και συστήματα. Αποτελούν, εξάλλου παράδειγμα τυπικό, και τα 2 νοσήματα συμμετοχής πολλών ιατρικών ειδικοτήτων στη διάγνωση και θεραπεία. Επιπλέον, καταδεικνύει την ανάγκη ο Στοματολόγος να διαθέτει ιατρική εκπαίδευση και παιδεία ώστε να συμμετάσχει ισότιμα στην ιατρική ομάδα αντιμετώπισης συστηματικών νόσων με εντόπιση και στο στόμα.

DENTAL HI TEC

Say Goodbye
to ID Blocks forever!

100% EFFICIENT

QuickSleeper5 **SleeperOne5**

Zero
pain - collateral numbness - stress

Electronic injection pens to perform osteocentral anesthesia for children and adults

Get immediate effectiveness, even on mandibular molars and pulpitis

Optimize your treatments in multi-quadrants: save time and money on post COVID-19 procedures and protections

Offer more comfort to your adult and children patients: painfree anesthesia and no collateral numbness

Dental Expert - Άννα Ελμάογλου Ε.Π.Ε.

Ο Εξειδικευμένος Συνεργάτης του Οδοντιατρείου σας

Φειδιππίδου 30, 11527, Γουδή

Τηλ.: 210 7770739, 210 7770749 • Φαξ: 210 7770716

e-mail: anna@dental-expert.gr

Η στήλη της
ΕΛΛΗΝΙΚΗΣ ΕΝΔΟΔΟΝΤΙΚΗΣ ΕΤΑΙΡΕΙΑΣ

Έξοδος υδροξειδίου του ασβεστίου στους περιακρορριζικούς ιστούς με εκτεταμένη αλλοίωση

Νάντια Ρεβαζισβίλη
Δόκιμο μέλος της ΕΕΕ

Το υδροξείδιο του ασβεστίου ($Ca(OH)_2$) χρησιμοποιείται εδώ και πολλές δεκαετίες στην οδοντιατρική. Στην ενδοδοντία έχει πολλές εφαρμογές, καθώς αποτελεί υλικό εκλογής για άμεση και έμμεση κάλυψη ζωντανού πολφού, έχει εφαρμοστεί μακροχρόνια και σε δόντια με αδιάπλαστο ακρορρίζιο, καθώς επίσης τοποθετείται και ως ενδορριζικό φάρμακο στις χρόνιες ακρορριζικές βλάβες. Το υδροξείδιο του ασβεστίου τοποθετείται σε μορφή πάστας, είτε με ανάμιξη καθαρής σκόνη με υγρό (φυσιολογικός ορός, απεσταγμένο νερό, τοπικό αναισθητικό) είτε σε έτοιμο παρασκεύασμα σε σύριγγα. Όταν χρησιμοποιείται ως ενδορριζικό φάρμακο, μπορεί να τοποθετηθεί στους ριζικούς σωλήνες με πολλούς τρόπους, όπως, μεταξύ άλλων, τοποθέτηση με τον κύριο ακρορριζικό εργαλείο, με μηχανοκινούμενο εργαλείο (lentulo), ή με τη σύριγγα στην οποία βρίσκεται προανεμειγμένο. Σε όλες τις τεχνικές απαιτείται η μέτρηση του εργαλείου και η επιλογή σωστού μεγέθους, προκειμένου να επιτευχθεί η πλήρωση του ριζικού σωλήνα με πάστα και ταυτόχρονα να προληφθεί η έξοδός του στους περιακρορριζικούς ιστούς. Στο παρόν άρθρο παρουσιάζεται η διαχείριση περιστατικού με εκτεταμένη περιακρορριζική αλλοίωση στο οποίο συνέβη έξοδος του $Ca(OH)_2$ στους περιακρορριζικούς ιστούς

Αναφορά Περιστατικού

Γυναίκα ηλικίας 42 ετών με ελεύθερο ιατρικό ιστορικό, προσήλθε με έντονα συμπτώματα στην πρόσθια περιοχή της άνω γνάθου. Μετά από κλινικό και ακτινογραφικό έλεγχο διαπιστώθηκε ότι, το δόντι 12 είχε αποκατασταθεί με μεταλλοκεραμική στεφάνη και δύο ενδορριζικούς άξονες ***(Εικ. 1,2)***, είχε ατελή ενδοδοντική θεραπεία και περιακρορριζική αλλοίωση ***(Εικ. 3)***. Τέθηκε η διάγνωση δευτεροπαθούς οξέος φατνιακού αποστήματος και αποφασίστηκε να γίνει ενδοδοντική επανεπέμβαση.

Εικ. 1: Κλινική εικόνα του δοντιού 12 πριν την αφαίρεση της μόνιμης αποκατάστασης.

Εικ. 2: Μετά την αφαίρεση της μεταλλοκεραμικής στεφάνης, υπάρχουν δυο ενδορριζικοί άξονες στον ριζικό σωλήνα.

Εικ. 3: Αρχική ακτινογραφία.

1η Συνεδρία

Μετά την αναισθησία, αφαιρέθηκε η προσωρινή αποκατάσταση και το δόντι απομονώθηκε με την χρήση ελαστικού απομονωτήρα. Ο ένας άξονας (τύπου parapost) αφαιρέθηκε μαζί με την προσωρινή αποκατάσταση ***(Εικ. 4)*** ενώ ο δεύτερος (κοχλιούμενος) με τον υπέρηχο ***(Εικ. 5)***. Έπειτα, αφαιρέθηκε το παλαιό εμφρακτικό υλικό (γουταπέρκα) από τον ριζικό σωλήνα με ρίνες χειρός τύπου Hedstrom, και έγινε λήψη ενδιάμεσης ακτινογραφίας ***(Εικ. 6)***.

Εικ. 4: Προσωρινή αποκατάσταση μαζί με τον ενδορριζικό άξονα.

Εικ. 5: Κοχλιούμενος άξονας.

Εικ. 6: Ενδιάμεση ακτινογραφία.

Η χημικομηχανική επεξεργασία ολοκληρώθηκε με μηχανοκίνητά εργαλεία. Ως υγρά διακλυσμού χρησιμοποιήθηκαν το NaOCl σε συγκέντρωση 2.5% σε συνδυασμό με EDTA 17%, ενώ η ενεργοποίηση του NaOCl πραγματοποιήθηκε με ρίνη υπερήχου #15. Τέλος ο ριζικός σωλήνας στεγνώθηκε με κώνους χάρτου, τοποθετήθηκε υδροξείδιο του ασβεστίου σε μορφή πάστας από καθαρή σκόνη και φυσιολογικό ορό με την χρήση Lentulo και έγινε η συγκόλληση της προσωρινής αποκατάστασης.

Ανάμεσα την πρώτη και την δεύτερη συνεδρία μεσολάβησε το πρώτο κύμα πανδημίας. Σε αυτό το χρονικό διάστημα στην ασθενή ξεκόλλησε η μεταβατική αποκατάσταση και απευθύνθηκε σε πλησιέστερο οδοντίατρο, ο οποίος της καθάρισε το δόντι και τοποθέτησε εκ νέου ενδορριζικό φάρμακο, πριν την τοποθέτηση της προσωρινής αποκατάστασης.

2η Συνεδρία

Τρεις μήνες αργότερα η ασθενής προσήλθε για δεύτερη συνεδρία. Πραγματοποιήθηκε αναισθησία και απομόνωση του δοντιού. Στη συνέχεια με διακλυσμούς αφαιρέθηκε το ενδορριζικό φάρμακο, ολοκληρώθηκαν οι διακλυσμοί με ενεργοποίηση εκ νέου των υγρών διακλυσμών με την ρίνη υπερήχου και έγινε λήψη ακτινογραφίας με τον κύριο κώνο ***(Εικ. 7)***. Στην προτελική ακτινογραφία παρατηρήθηκε έξοδος ενός ακτινοσκιερού υλικού (υδροξείδιο του ασβεστίου σε έτοιμη μορφή) και ευθειασμός του ριζικού σωλήνα. Η τελική έμφραξη έγινε με το φύραμα εποξικής ρητίνης (AH plus, Dentsply Sirona) και με κώνο γουταπέρκας κωνικότητας 4%. Ακολούθησε η προσωρινή έμφραξη του δοντιού και η λήψη της τελικής ακτινογραφίας ***(Εικ. 8)***. Το περιστατικό παραπέμφθηκε για την τελική αποκατάσταση.

Μετά την ολοκλήρωση της θεραπείας επικοινώνησα με τον θεράποντα οδοντίατρο και ενημερώθηκα για το σκεύασμα που είχε τοποθετηθεί στον ριζικό σωλήνα. Το υλικό, το οποίο βρίσκεται στους περιακρορριζικούς ιστούς είναι το Calcipast, Cerkamed (έτοιμη μορφή του υδροξείδιου του ασβεστίου σε σύριγγα), στο οποίο προστίθεται το θειϊκό βάριο για ακτινοσκιερότητα.

Στην επανεξέταση μετά από ένα ***(Εικ. 9)*** και δύο χρόνια ***(Εικ. 10)*** το δόντι παρέμεινε ασυμπτωματικό, οι περιακρορριζικοί ιστοί είχαν αρχίσει να επουλώνονται, ωστόσο παραμένει το ακτινοσκιερό υλικό στους περιακρορριζικούς ιστούς. Η ασθενής έχει ενημερωθεί και το περιστατικό ειναι υπο παρακολούθηση.

Στη βιβλιογραφία υπάρχουν αναφορές σε παρόμοιες περιπτώσεις, πρόσθια δόντια με μεγάλη ακρορριζική βλάβη, στις οποίες η έξοδος του $Ca(OH)_2$ δεν επηρέασε αρνητικά την επούλωση των περιακρορριζικών ιστών. Αυτό που αναφέρουν οι συγγραφείς είναι ότι το θειικό βάριο απορροφάται πολύ αργά απο τον οργανισμό και ως εκ τούτου η ακτινοσκιερή περιοχή μπορεί να παραμείνει αρκετό χρονικό διάστημα γύρω απο το άκρο της ρίζας.

Ωστόσο, υπάρχουν στη βιβλιογραφία και αναφορές περιστατικών σχετικά με την έξοδο του $Ca(OH)_2$ με νέκρωση του βλεννογόνου και των ούλων, εξαιτίας του υψηλού pH, σοβαρή ιστική νέκρωση μετά απο ενδοαρτηριακή έγχυση, σοβαρή ισχαιμία του προσώπου, παραισθησία του γενειακού και του κάτω φατνιακού νεύρου μετά απο διείσδυση, σχηματισμό αντρολίθων ύστερα από έξοδο του στο ιγμόρειο άντρο, αντίδραση ξένου σώματος.

Συμπερασματικά, χρειάζεται προσοχή κατά την τοποθέτηση του υδροξειδίου του ασβεστίου στο ριζικό σωλήνα, ιδιαίτερα όταν πρόκειται για έτοιμα σκευάσματα, ώστε να μην προκληθούν δυσάρεστα συμβάματα, όσο και αν αυτά φαίνεται να μην είναι συχνά.

Εικ. 7: Ακτινογραφία με τον κύριο κώνο, παρατηρείται ακτινοσκιερό υλικό στους περιακρορριζικούς ιστούς

Εικ. 8: Τελική ακτινογραφία.

Εικ. 9: Επανέλεγχος μετά από ένα χρόνο.

Εικ. 10: Επανέλεγχος μετά από δύο χρόνια.

Ενδεικτική Βιβλιογραφία

1. Fava LR, Saunders WP. Calcium hydroxide pastes: classification and clinical indications. IntEndod J. 1999 Aug; 32(4):257-82
2. De Moor RJ, De Witte AM. Periapical lesions accidentally filled with calcium hydroxide. Int Endod J. 2002 Nov;35(11):946-58.
3. Orucoglu H, Cobankara FK. Effect of unintentionally extruded calcium hydroxide paste including barium sulfate as a radiopaquing agent in treatment of teeth with periapical lesions: report of a case. J Endod. 2008 Jul;34(7):888-91.
4. Sharma S, Hackett R, Webb R, Macpherson D, Wilson A. Severe tissue necrosis following intra-arterial injection of endodontic calcium hydroxide: a case series. Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod. 2008 May;105(5):666-9
5. Lindgren P, Eriksson KF, Ringberg A. Severe facial ischemia after endodontic treatment. J Oral Maxillofac Surg. 2002 May;60(5):576-9.
6. Güneri P, Kaya A, Calikan MK. Antroliths: survey of the literature and report of a case. Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod. 2005 Apr;99(4):517-21.
7. Ahlgren FK, Johannessen AC, Hellem S. Displaced calcium hydroxide paste causing inferior alveolar nerve paraesthesia: report of a case. Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod. 2003 Dec;96(6):734-7

GT GRADIENT TECHNOLOGY

IPS e.max®

ZirCAD

Prime

Επαναπροσδιορισμός των ολοκεραμικών – με τεχνολογία διαβάθμισης – Gradient Technology:
Αισθητική υψηλών προδιαγραφών με 1200 MPa για όλες τις ενδείξεις *

All ceramic, all you need.

zircadprime.ipsemax.com

* από μονήρεις στεφάνες έως γέφυρες 14 τεμαχίων

www.ivoclarvivadent.gr

Επίσημοι διανομείς

Ελλάδας
Oral Vision
• Μάγερ 13 / 104 38 Αθήνα / τηλ: 210 77 55 900 /
• Τσιμισκή 34 / 546 23 Θεσσαλονίκη / τηλ: 2310 253 800 /
www.oralvision.gr

SADENT
• 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
• Λ. Αναστασιάδη 1 / 2012 Λευκωσία / τηλ: 22 466 000 /
www.dentalcon.com.cy

ivoclar

Focus on Implantology
www.iti.org
ITI International Team for Implantology

Επικουρική χρήση εμφυτευμάτων σε συνδυασμό με μερικές οδοντοστοιχίες. Θεωρητική και κλινική προσέγγιση

Ευστράτιος Κωνσταντουλάκης
Προσθετολόγος,
ITI Fellow

Μιχάλης Πάτρας
Προσθετολόγος,
ITI Fellow

Εισαγωγή

Η προσθετική αντιμετώπιση των μερικά νωδών ασθενών εξακολουθεί στις μέρες μας να αποτελεί μια πρόκληση για τον κλινικό οδοντίατρο ***(Εικ. 1α,β).*** Ωστόσο, η αντικατάσταση των ελλειπόντων δοντιών με τις συμβατικές κινητές μερικές οδοντοστοιχίες παρουσιάζει αρκετά μειονεκτήματα και συχνά το τελικό αποτέλεσμα απέχει από το επιθυμητό ***(Εικ. 2α,β).***

Η συνεχώς αυξανόμενη αποδοχή των οδοντικών εμφυτευμάτων έχει προσφέρει τη δυνατότητα εναλλακτικών θεραπευτικών επιλογών στους ασθενείς με μερική νωδότητα. Η χρήση των εμφυτευμάτων σε συνδυασμό με τις μερικές οδοντοστοιχίες αποτελεί στις μέρες μας μια λιγότερο συνήθη, αλλά πολύ χρήσιμη κλινική πρακτική, από την οποία πολλοί ασθενείς μπορούν να επωφεληθούν σημαντικά.

Το παρόν άρθρο εξετάζει και παρουσιάζει τους συνδυασμούς μερικής οδοντοστοιχίας (ΜΟ) και εμφυτευμάτων ως μια προβλέψιμη και οικονομικά αποδοτική θεραπεία για ασθενείς με εκτεταμένη μερική νωδότητα.

Ενδείξεις και πλεονεκτήματα

Ενδείκνυται κυρίως στις περιπτώσεις μερικώς νωδότητας Ιης και ΙΙης τάξης κατά Kennedy ***(Εικ. 3α-γ),*** αλλά μπορεί να συνεισφέρει εξίσου και σε άλλες υποκατηγορίες. Επίσης προτείνεται ως λύση επιλογής σε ασθενείς όπου το υψηλό κόστος των εμφυτευμάτων ***(Εικ. 4),*** τυχόν ανατομικοί περιορισμοί ή το βεβαρυμένο ιατρικό ιστορικό τους, καθιστούν αποτρεπτικές τις εκτενείς εμφυτευματικές θεραπείες. Τέλος, ο σχεδιασμός αυτός μπορεί να χρησιμεύσει σε περιπτώσεις με εκσεσημασμένη απώλεια ιστών ***(Εικ. 5α-ε),*** δυσμενείς διαγναθικές σχέσεις ή ακόμη και ως plan B σε σχέδια θεραπείας όπου υπήρξαν απώλειες εμφυτευμάτων.

Εικ. 1α,β: Η ετερόπλευρη εντόπιση των εναπομεινάντων δοντιών δημιουργεί δυσκολίες και προβλήματα, τα οποία είναι μεγαλύτερα στην άνω γνάθο όπου η βαρύτητα δεν είναι σύμμαχός μας και οι αισθητικές απαιτήσεις είναι μεγαλύτερες.

Εικ. 2α,β: Προβλήματα συγκράτησης και αισθητικής σε περιπτώσεις όπου τα εναπομείναντα δόντια είναι λίγα και σε μη ευνοϊκές θέσεις.

Μερικά από τα πλεονεκτήματα της εν λόγω επιλογής, είναι τα ακόλουθα:

1. Καλύτερη συγκράτηση, στήριξη και ευστάθεια της μερικής οδοντοστοιχίας, καθώς μπορούν να χρησιμοποιηθούν κατάλληλοι σύνδεσμοι (μονήρεις, τηλεσκοπικές κατασκευές ή δοκοί) με συγκρατητικά στοιχεία που παρέχουν διαφόρων επιπέδων συγκρατητική ισχύ.
2. Αυξημένη συγκλεισιακή σταθερότητα, με αποτέλεσμα την καλύτερη μασητική ικανότητα.
3. Βελτιωμένη αισθητική, καθώς αποφεύγεται ή περιορίζεται η χρήση μεταλλικών ή άλλων αγκίστρων που ενίοτε δημιουργούν αισθητικά προβλήματα.
4. Γρήγορη προσαρμογή και αίσθηση άνεσης, γεγονός που συνεπάγεται την καλύτερη αποδοχή από τους ασθενείς και μεταφράζεται σε βελτιωμένη ποιότητα ζωής και ικανοποίησή τους από τη θεραπεία
5. Ευνοϊκότερη κατανομή των μασητικών δυνάμεων και μικρότερη επιβάρυνση των φυσικών δοντιών (κυρίως σε Μ.Ο. τάξης Ι και ΙΙ κατά Kennedy), καθώς ένα μεγάλο μέρος των συγκλεισιακών φορτίων κατανέμεται πια περισσότερο στα εμφυτεύματα και στο βλεννογόνο και λιγότερο στα φυσικά δόντια-στηρίγματα.
6. Οικονομικότερη λύση σε σχέση με τις ακίνητες επιεμφυτευματικές αποκαταστάσεις και λιγότερο επιβαρυντική χειρουργική επέμβαση, με αποτέλεσμα περισσότεροι ασθενείς να μπορούν να επωφεληθούν απ΄ αυτή τη λύση ***(Εικ. 6α-γ).***
7. Διατήρηση των σκληρών και μαλακών ιστών, τόσο στις περιοχές εμφύτευσης, όσο και γενικότερα κάτω από τη βάση της ΜΟ.
8. Ευκολότερη πρόσβαση για την άσκηση στοματικής υγιεινής, ιδίως για τους ηλικιωμένους ασθενείς.
9. Μελλοντική χρήση των εμφυτευμάτων για άλλου είδους (π.χ. ακίνητη) αποκατάσταση, όταν οι συνθήκες το επιτρέψουν.

Η τοποθέτηση του εμφυτεύματος ή των εμφυτευμάτων στις νωδές περιοχές είναι προτιμότερο να γίνεται σε στρατηγικά επιλεγμένες θέσεις, ανάλογα βέβαια και με την ποιότητα και ποσότητα του οστικού υποστρώματος. Σε οποιαδήποτε περίπτωση, συνιστάται αυτές να είναι όσο το δυνατόν σε μεγαλύτερη απόσταση από το ακραίο δόντι-στήριγμα έτσι, ώστε να υπάρχει καλύτερη διασπορά των στηριγμάτων και κατανομή των συγκλεισιακών δυνάμεων ***(Εικ. 7α,β).*** Αντίστοιχη πρόβλεψη για τις θέσεις των εμφυτευμάτων πρέπει να γίνει εάν τα εναπομείναντα δόντια έχουν μέτρια πρόγνωση έτσι ώστε να είναι εφικτή η μετατροπή της ΜΟ οδοντοστοιχίας σε ολική, αμιγώς στηριζόμενη στα εμφυτεύματα, μετά από τη μελλοντική απώλεια των δοντιών-στηριγμάτων. Παρ' όλη όμως την σχετική ευελιξία που μας παρέχει ο συγκε-

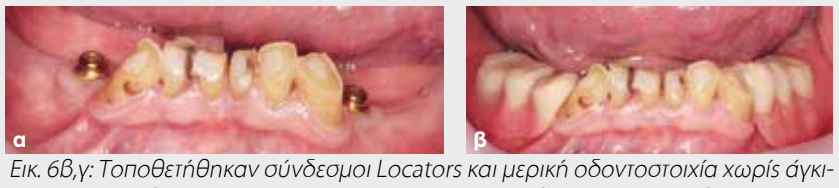
Εικ. 3α-γ: Σε εκτεταμένες νωδότητες, μπορούμε να καταφύγουμε στην επικουρική χρήση εμφυτευμάτων για την ενίσχυση της συγκράτησης των ΜΟ (Implant-Assisted Removable Partial Dentures).

Εικ. 4: Περιστατικό όπου χρησιμοποιήθηκε σύνδεσμος τύπου Locator στη θέση #43 σε συνεργασία με το φυσικό δόντι 33 στο οποίο τοποθετήθηκε συρμάτινο άγκιστρο.

Εικ. 5α,β: Το σχέδιο θεραπείας προέβλεπε την εξαγωγή των 33, 43, 45, και 48 και τη διατήρηση των ήδη ενδοδοντικά θεραπευμένων ριζών 34 και 44, αφού αποκοπούν οι μύλες τους και εμφραχθούν τα στόμια των ριζικών σωλήνων με αμάλγαμα.

Εικ. 5γ-ε: Τοποθετήθηκε ένα εμφύτευμα στη θέση 42 και κατασκευάστηκε ΜΟ με σύνδεσμο Locator που παραδόθηκε αμέσως μετά τις εξαγωγές των φυσικών δοντιών. Αρχικά αναπροσαρμόστηκε η ακρυλική βάση με μαλακό επίστρωμα, έως ότου ολοκληρωθεί η επούλωση των ιστών.

Εικ. 6α: Συντηρητική και αποτελεσματική προσέγγιση με τοποθέτηση εμφυτευμάτων στις θέσεις 34 και 44 σε ασθενή 80 ετών.


Εικ. 6β,γ: Τοποθετήθηκαν σύνδεσμοι Locators και μερική οδοντοστοιχία χωρίς άγκιστρα. Επετεύχθη έτσι πολύ καλή συγκράτηση και αισθητική, κάτι που θα ήταν αδύνατο χωρίς τη χρήση εμφυτευμάτων, μιας και ο ασθενής δεν επιθυμούσε κάλυψη με στεφάνες στα εναπομείναντα φυσικά δόντια.

Εικ. 7α,β: Ένα ή περισσότερα εμφυτεύματα τοποθετημένα σε στρατηγικές θέσεις αποτελούν μια λύση συντηρητική, αποτελεσματική και οικονομική, ιδιαίτερα σε ηλικιωμένους ασθενείς.

κριμένος σχεδιασμός της θεραπείας, θεωρείται αυτονόητο πως η τοποθέτησή του ή των εμφυτευμάτων θα πρέπει να είναι όσο το δυνατόν πιο παράλληλη μεταξύ τους, αλλά και με τη φορά ένθεσης της ΜΟ, για να διευκολύνονται οι μετέπειτα διαδικασίες τοποθέτησης και απομάκρυνσής της.

Η αποτύπωση και ο σχεδιασμός της ΜΟ γίνεται και εδώ κατά τα γνωστά, με πιθανές υποδοχές στα δόντια στηρίγματα για εφαπτήρες ή βραχίονες αντιστήριξης και με ανάλογη πρόβλεψη του απαιτούμενου χώρου για την ενσωμάτωση των συγκρατητικών εξαρτημάτων ***(Εικ. 8α-δ)***.

Εναλλακτικές προσεγγίσεις και σχεδιασμοί μπορούν να εφαρμοστούν σε περιπτώσεις με ιδιαιτερότητες ***(Εικ. 9α-δ)***, δίνοντας ευέλικτες λύσεις προσθετικών αποκαταστάσεων ***(Εικ. 10α-δ).*** Αν η ΜΟ ήδη προϋπάρχει, πιθανόν να χρειαστεί μια αναπροσαρμογή της ακρυλικής βάσης της, για να ακολουθήσει η ενδοστοματική ενεργοποίηση των μονήρων συνδέσμων.

Μειονεκτήματα

Δεν έχουν αναφερθεί ιδιαίτερα μειονεκτήματα αυτής της τεχνικής, παρά μόνο απώλειες δοντιών με μέτρια πρόγνωση, καθώς και κάποιες προσθετικές επιπλοκές που αφορούσαν σε κάταγμα της πρόσθεσης (πιθανόν λόγω έλλειψης μεταλλικού σκελετού) ή σε ανάγκη ενεργοποίησης ή αντικατάστασης των συγκρατητικών μηχανισμών ***(Εικ. 11)***, κάτι που γίνεται εύκολα, γρήγορα και οικονομικά, ιδίως στις περιπτώσεις χρήσης μονήρων συνδέσμων (πχ locators). Γίνεται έτσι εύκολα αντιληπτό ότι τέτοια περιστατικά χρήζουν συχνής παρακολούθησης και τακτικών επανελέγχων, με απώτερο σκοπό τη διατήρηση του θεραπευτικού αποτελέσματος και την πρόληψη των όποιων συμβαμάτων.

Συμπεράσματα

Αν και η βιβλιογραφική τεκμηρίωση δεν είναι επαρκής, λόγω της ετερογένειας των κλινικών μελετών, φαίνεται ότι η κατασκευή ΜΟ με μικτή στήριξη σε φυσικά δόντια και εμφυτεύματα αποτελεί μια ικανοποιητική και αξιόπιστη λύση σε συγκεκριμένα περιστατικά, εφ' όσον υφίστανται οι κατάλληλες ενδείξεις εφαρμογής της. Με τον τρόπο αυτό και χρησιμοποιώντας εύκολες κλινικές και εργαστηριακές διαδικασίες, μπορούμε να μετατρέψουμε μια μη ευνοϊκή αρχική σχεδίαση, σε μια πιο λειτουργική, αισθητική και εμβιομηχανικά σταθερότερη κλινική επιλογή, με ικανοποιητικά μακροχρόνια αποτελέσματα.

Εικ. 8α-δ: Η ενσωμάτωση των συνδέσμων ακριβείας στη Μ.Ο. καλό είναι να γίνεται ενδοστοματικά με αυτοπολυμεριζόμενη ακρυλική ρητίνη και τον ασθενή σε σύγκλειση.

Εικ. 9α-δ: Όταν όλα τα εμφυτεύματα είναι τοποθετημένα στην πρόσθια περιοχή της γνάθου, μια εναλλακτική προσέγγιση είναι η κατασκευή ακίνητης εργασίας για την αποκατάσταση των προσθίων δοντιών και μερική οδοντοστοιχία με συνδέσμους ημιακριβείας για την αποκατάσταση των οπισθίων δοντιών.

Εικ. 10α: Στην ασθενή αυτή τα εμφυτεύματα (λόγω μορφολογίας της γνάθου και μειωμένης ποσότητος οστού) τοποθετήθηκαν με σχεδόν μηδενική προσθιοπίσθια διασπορά (σχεδόν σε ευθεία γραμμή). Σ΄ αυτή την περίπτωση οι μονήρεις σφαιροειδείς σύνδεσμοι που είχαμε τότε στη διάθεσή μας δεν λειτούργησαν αποτελεσματικά.

Εικ. 10β-δ: Αποφασίστηκε λοιπόν η κατασκευή ακίνητης μεταλλοακρυλικής επιεμφυτευματικής κατασκευής με συνδέσμους ημιακριβείας τύπου ERA για την αποκατάσταση των έξι προσθίων δοντιών, σε συνδυασμό με Μ.Ο. για την αποκατάσταση των οπισθίων περιοχών.

Εικ. 11α-γ: Παλαιότερο περιστατικό στο οποίο χρησιμοποιήθηκαν οι σφαιροειδείς σύνδεσμοι που ήταν διαθέσιμοι εκείνη την εποχή (με διάμετρο κεφαλής 2.25 χιλ.). Το πρόβλημα με αυτούς τους συνδέσμους ήταν η γρήγορη φθορά των συγκρατητικών στοιχείων, ιδιαίτερα σε περίπτωση μη απόλυτης παραλληλότητος των εμφυτευμάτων.

Γιατί να γίνω μέλος
της παγκόσμιας κοινότητας ITI;

ITI International Team for Implantology

Η ITI είναι ένας εκπαιδευτικός οργανισμός με ηγετική θέση στην παγκόσμια οδοντική εμφυτευματολογία που προσφέρει υψηλής ποιότητας υποστήριξη και πληθώρα προνομίων για τη βελτίωση της θεωρητικής, κλινικής και επαγγελματικής σας κατάρτισης.

Εγγραφείτε στην ITI και αποκτήστε:
- Online πρόσβαση σε όλους τους διαθέσιμους τόμους ITI (Treatment Guides) και τεύχη του περιοδικού Forum Implantologicum
- Τακτική βιβλιογραφική ενημέρωση και πρόσβαση στα πρακτικά παγκόσμιων συνεδρίων
- Online πρόσβαση στο ITI Blog και τα Discussion Forums που επιτρέπει τη διαδικτυακή επικοινωνία και ανάλυση κλινικών περιστατικών
- Πρόσβαση στο ITI Online Academy για συνεχιζόμενη εκπαίδευση σύμφωνα με τις ατομικές σας προτιμήσεις
- Ελεύθερη συμμετοχή στις επιστημονικές ημερίδες (3-4 ετησίως) του Τμήματος ITI Ελλάδας & Κύπρου
- Ελεύθερη συμμετοχή στα Study Clubs
- Άμεση πρόσβαση στη μεγαλύτερη και υψηλού κύρους διεθνή ακαδημαϊκή οργάνωση για την οδοντική εμφυτευματολογία

Μη μέλη της ITI μπορούν να παρακολουθήσουν τις ημερίδες με την καταβολή αντιτίμου.
Πληροφορίες στο Vita N Travel,
τηλ 210 324 9070, info@vitantravel.gr

Εγγραφείτε σήμερα www.iti.org

Η νευραλγία του τριδύμου και ο στοματοπροσωπικός πόνος
(Δύο επώδυνα σύνδρομα συχνά εμπλεκόμενα)
Β΄ Μέρος

Βύρων Δρούκας
Καθηγητής ΕΚΠΑ

Η νευραλγία του τριδύμου και ο Στοματοπροσωπικός πόνος είναι δύο επίπονες και επώδυνες παθολογικές οντότητες συχνά εμπλεκόμενες και συνήθως διαφορετικής αιτιολογίας. Στο προηγούμενο τεύχος του Οδοντιατρικού Βήματος έγινε λεπτομερής ανασκόπηση στην παθοφυσιολογία του νευριτικού και του στοματοπροσωπικού πόνου καθώς και στις διάφορες μορφές εμπλοκής αυτών. Η συνδυασμένη εκδήλωση των δύο αυτών μορφών πόνου όπως επίσης η πιθανή συννοσηρότητα συχνά οδηγούν σε εσφαλμένες διαγνωστικές θέσεις επειδή ο μηχανικός ερεθισμός ενός τριδυμικού κλάδου προκαλεί συμπίεση κυρίως του ωτοκροταφικού νεύρου, του κάτω φατνιακού του μασητήριου του γλωσσικού και των εν τω βάθει κροταφικών νεύρων σε διάφορες περιοχές.

Στο δεύτερο μέρος της ανασκόπησης, λεπτομερώς αναφέρονται μεταξύ άλλων οι τεχνικές και οι διαγνωστικές προσεγγίσεις που θα βοηθήσουν στην διαφορική διάγνωση.

Στοματοπροσωπικός πόνος

Η μορφή του άμεσα ή έμμεσα συνδέεται με τους σκληρούς και μαλακούς ιστούς της κεφαλής, του προσώπου, του λαιμού και όλων ανεξαρτήτως των ενδοστοματικών δομών, στις ίδιες ακριβώς περιοχές όπου δραστηριοποιούνται οι τριδυμικοί κλάδοι.

Η διαγνωστική του εμβέλεια περιλαμβάνει τις κεφαλαλγίες, τους μυοσκελετικούς πόνους, τους νευρογενείς και ψυχογενείς πόνους καθώς και πόνους που οφείλονται σε σοβαρές παθολογικές καταστάσεις, όπως νεοπλασίες της περιοχής κλπ.

Η αξιολόγηση, η διάγνωση και η θεραπεία του, αποτελούν αντικείμενο και ευθύνη του Οδοντιάτρου και του Ιατρού, με σαφή και καθορισμένα συνεργατικά, διαγνωστικά και επεμβατικά όρια[17].

Τα επιδημιολογικά του όρια καταδεικνύουν ότι ο Στοματοπροσωπικός Πόνος (ΣΠ) είναι μία αρκετά συνηθισμένη και καθημερινή κατάσταση.

Ο ΣΠ ο οποίος, είτε εκπορεύεται είτε εντοπίζεται στην περιοχή του προσώπου, μπορεί να οφείλεται σε διαφορετικές αιτίες.

Ενδέχεται να πρόκειται για κεντρικό ή περιφερικό νευριτικό πόνο, για ψυχογενή ή ιδιοπαθή, αλλά και πόνο που προέρχεται από διάφορες ανατομικές περιοχές του εγκεφάλου ή και του ώμου.

Η συνηθέστερη αιτία είναι επώδυνα ερεθίσματα από τα δόντια, τους μασητήριους μύες, τις κροταφογναθικές διαρθρώσεις, τους σιελογόνους αδένες, τη γλώσσα ή άλλα ανατομικά μόρια της περιοχής[18].

Ο ΣΠ ανήκει στην κατηγορία του μυοσκελετικού πόνου. Καταχωρείται στην επώδυνη κατηγορία η οποία χαρακτηρίζεται με τον όρο «διαταραχές των κροταφογναθικών διαρθρώσεων».

Οι χρόνιες μορφές του χαρακτηρίζονται από επίμονο πόνο διάρκειας 3-6 μηνών το λιγότερο[20].

Είναι πόνος βύθιος κατ' αντιδιαστολή με τον πόνο της τριδυμικής νευραλγίας, ο οποίος είναι βραχείας διάρκειας νύσσοντος χαρακτήρα και ετερόπλευρης προσβολής.

Αιτιολογικώς, σχετίζεται άμεσα με ψυχοκοινωνικούς παράγοντες, όπως επίσης με την προσωπικότητα του ατόμου και τη συμπεριφορά του.

Υφίσταται ισχυρή συσχέτιση μεταξύ της κατάθλιψης και του χρόνιου μυοσκελετικού πόνου στο γενικό πληθυσμό[21], ενώ οι ψυχολογικοί παράγοντες βρέθηκε να εμπλέκονται άμεσα στο χρόνιο δυσλειτουργικό πόνο του Στοματογναθικού συστήματος.

Η συχνότερη εντόπιση του ΣΠ είναι οι μασητήρες πρωτίστως, οι έξω πτερυγοειδείς, οι στερνοκλειδομαστοειδείς, οι κροταφογναθικές διαρθρώσεις και έπονται οι λοιποί μύες, καθώς και εκείνα της ευρύτερης περιοχής του Στοματογναθικού συστήματος π.χ. τραπεζοειδείς, πλατύς ραχιαίος κλπ.

Στην Οδοντιατρική βιβλιογραφία έχει καταδειχθεί ότι η θεραπεία της δυσλειτουργίας του στοματογναθικού συστήματος, επιδρά θετικά στην ελάττωση του ΣΠ[22,23].

Συμπερασματικά, ο ΣΠ μπορεί να οφείλεται σε πολλές και διαφορετικές αιτίες, μία από τις οποίες είναι και η δυσλειτουργία του Στοματογναθικού συστήματος.

Οι σημερινές γνώσεις συνηγορούν στο ότι ο ΣΠ αποτελεί ένα σύνηθες σύμπτωμα υποκειμενικοί πολυπαραγοντικής αιτιολογίας σε ασθενείς με λειτουργικές διαταραχές του στοματογναθικού συστήματος και ότι η θεραπεία αυτή των διαταραχών επηρεάζει θετικά και σε σημαντικό επίπεδο του ΣΠ.

Συζήτηση

Ο ΣΠ και η νευραλγία του τριδύμου κλασσική ή συμπτωματική είναι δύο εντελώς διαφορετικές παθολογικές καταστάσεις, από κάθε άποψη και αιτιολογία, αλλά και θεραπευτική αντιμετώπιση.

Εκτός από τις περιπτώσεις συννοσηρότητας, όπου και οι δύο καταστάσεις (ΣΠ & Νευραλγία τριδύμου) διαδράμουν παράλληλα και ανεξάρτητα η μία προς την άλλη, η κλινική εικόνα, σε όλες τις άλλες περιπτώσεις, είναι περιπεπλεγμένες και η διαφορική διάγνωση προβληματική.

Είναι συχνή η προσέλευση ασθενούς με οξύ ή και χρόνιο πόνο, χωρίς άλλα συμπτώματα, με διάγνωση τριδυμικής νευραλγίας και παράλληλη θεραπευτική αγωγή, αναποτελεσματική όμως.

Είναι επίσης συχνές οι περιπτώσεις ασθενών με νευροπαθητικό πόνο, διάγνωση νευραλγίας, ανάλογη θεραπευτική αγωγή, επίσης αναποτελεσματική.

Είναι συχνές και οι περιπτώσεις όπου ο ασθενής παραπονείται και περιγράφει δύο διαφορετικές μορφές πόνου, χωρίς ξεκάθαρη διάγνωση.

Τι ακριβώς συμβαίνει όταν εμπλέκονται μεταξύ τους δύο διαφορετικές μορφές πόνου;

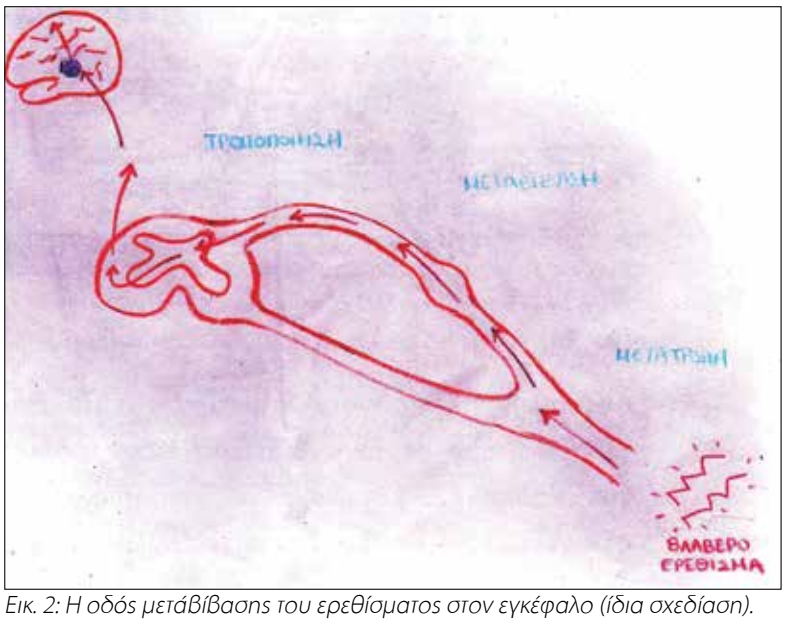
Τι ακριβώς συμβαίνει όταν ο πόνος έχει σαφή κλινική σημειολογία νευροπαθητικού πόνου, χωρίς όμως να στοιχειοθετείται τριδυμική νευραλγία;

Ο Νευροπαθητικός πόνος είναι, κατά βάση και φύσει, μυοσκελετικός πόνος.

Βύθιος, οξύς ή χρόνιος, εντοπισμένος ή προβολικός ***(Εικ.2),*** ο πόνος της τριδυμικής νευραλγίας ανήκει-παραπέμπει στο χώρο του νευροπαθητικού πόνου που ήδη περιγράψαμε.

Σχολιάσαμε επίσης ότι το τρίδυμο είναι το μοναδικό νεύρο στον εγκέφαλο και ότι αισθητικά καλύπτει και εκτείνεται στο πρόσωπο και, γενικότερα, στο σύνολο της κεφαλής.

Η σαφής γνώση των τριών κλάδων, καθώς και των ακρεμόνων κλάδων του τριδύμου, παράλληλα με τις νευρολογικές περιοχές που αρδεύουν, αποτελούν τα ερωτήματα που θέσαμε και, κυρίως, η συχνή εμπλοκή της τριδυμικής νευραλγίας με τον Στοματοπροσωπικό πόνο.



Εικ. 2: Η οδός μετάβίβασης του ερεθίσματος στον εγκέφαλο (ίδια σχεδίαση).

Εν συντομία, ας θυμηθούμε ότι:

- Το τρίδυμο νεύρο είναι μικτό (αισθητικό και κινητικό).
- Την ονομασία του έλκει από τους τρεις κλάδους του.
- Το οφθαλμικό, πρώτος κλάδος αμιγής αισθητικός.
- Το άνω γναθικό, δεύτερος κλάδος αμιγής αισθητικός.
- Το κάτω γναθικό, τρίτος κλάδος μικτός, ήτοι αισθητικός και κινητικός.

Οι τρεις κλάδοι και οι ακρέμονες κλάδοι (Υποκόγχιο, πρόσθια άνω φατνιακά, μέσα άνω φατνιακά, οπίσθια άνω φατνιακά, ρινοϋπερώιο νεύρο του Scarpa, κάτω φατνιακό, γενειακό, γλωσσικό, βυκανιτικό, ωτοκροταφικό), νευρώνουν το σύνολο της κεφαλής και του προσώπου.

Ενδοκρανιακά, νευρώνουν τη σκληρή μήνιγγα, βλεννογόνους των παραρρινίων κόλπων, ρινοφάρυγγα, γλώσσα, ηθμοειδείς κυψέλες, μετωπιαίους κόλπους, δόντια, ούλα, μασητήριους μύες, μύες του εδάφους του στόματος, γένειο, περιοχή του έξω κανθού κλπ[24].

Η σαφής γνώση της κατανομής του κάθε κλάδου ξέχωρα, αποτελεί διαγνωστική προϋπόθεση για τη διαφορική διάγνωση του ΣΠ από την τριδυμική νευραλγία μεταξύ άλλων.

Ο συνηθέστερος κλάδος της τριδυμικής νευραλγίας είναι ο δεύτερος, δηλαδή το άνω γναθικό και, ακολούθως, ο τρίτος κλάδος, δηλαδή το κάτω γναθικό.

Ο πρώτος κλάδος (οφθαλμικό) σπανίως προσβάλλεται (ποσοστό 1-2%).

Κατά τον Lance[25], ο πρώτο κλάδος προσβάλλεται σε ποσοστό 30%, ο δεύτερος 80% και ο τρίτος 70%.

Ηλικίες προσβολής, συνήθως άνω των 50 ετών και, συχνότερα, οι γυναίκες.

Η εντόπιση είναι ετερόπλευρη και μόνον ένα ποσοστό 3-5% εμφανίζει αμφοτερόπλευρη[26].

Η σαφής γνώση των χαρακτήρων του πόνου της τριδυμικής νευραλγίας αποτελεί σημαντικότατο διαγνωστικό στοιχείο, παράλληλα με τις λοιπές διαγνωστικές και απεικονιστικές εξετάσεις επειδή συχνά οι επώδυνες καταστάσεις του κρανιοπροσωπικού συμπλέγματος δεν έχουν σχέση με τη νευραλγία του τριδύμου.

Η ένταση του πόνου είναι αιφνίδια ενώ η ένταση συνήθως αφόρητη.

Η συχνότητα του πόνου ποικίλει ενώ τα μεσοδιαστήματα των κρίσεων είναι σύντομα ή μακρύτερα.

Η περίοδος αναλγησίας δυνατόν να διαρκεί εβδομάδες μήνες ή χρόνια.

Η εντόπιση του πόνου περιορίζεται σε περιοχές που νευρώνονται από το τρίδυμο. Εξαίρεση αποτελούν περιοχές που νευρώνονται από άλλο νεύρο π.χ. γλωσσοφαρυγγικό.

Χαρακτηριστικό, επίσης, γνώρισμα είναι ο προκλητός χαρακτήρας του πόνου, ο οποίος ενεργοποιείται μετά από την επαφή με ορισμένες περιοχές του δέρματος και των βλεννογόνων.

Και η πλέον ανεπαίσθητη σύσπαση των μυών της περιοχής προκαλεί επώδυνο παροξυσμό.

Σε προχωρημένα στάδια, ο πόνος χάνει την περιοδικότητά του, καθιστάμενος συνεχής, με τραγικές ψυχοσωματικές διαταραχές.

Η έντασή του, όπως είπαμε, δυνατόν να προκαλέσει μυϊκές συσπάσεις στο πρόσωπο, μη ελεγχόμενες και μη σχετιζόμενες με πάρεση ή υπαισθησία.

Η ερυθρότητα, η δακρύρροια είναι επίσης συχνά αγγειοκινητικά φαινόμενα που εμφανίζονται στο τέλος της κρίσης[27].

Η ποιοτική σύγκριση του νευροπαθητικού πόνου με τον στοματοπροσωπικό, δεν αποτελεί ιδιαίτερο πρόβλημα.

Ένας πόνος, ας τον ονομάσουμε «νευριτικό», σημαίνει ή προοιωνίζει, οπωσδήποτε, τριδυμική νευραλγία;

Ακόμη και αν η εντόπισή του ακολουθεί επακριβώς την τοπογραφική κατανομή των τριδυμικών κλάδων, αυτό μεταφράζεται σε τριδυμική νευραλγία, επίσης;

Είναι πολύ σοβαρή υπόθεση απέναντι στον ασθενή μας, να χαρακτηρίσουμε παρόμοιες καταστάσεις ως τριδυμική νευραλγία έστω και αν τα φαινόμενα και η κλινική σημειολογία συνηγορεί υπέρ μιας τέτοιας διάγνωσης.

Θυμίζουμε ξανά ότι, η περιοχή του προσώπου είναι επιρρεπής σε ψυχογενή διεγερσιμότητα η οποία, ανά πάσα στιγμή, τροποποιεί την αντίληψη, την αίσθηση και την αντίδραση στον πόνο κάθε ασθενούς, ξέχωρα.

Είναι προτιμότερο, σε παρόμοιες περιπτώσεις, όταν η διάγνωση είναι αμφίβολη, να μιλάμε γενικώς για προσωπαλγία, έστω άτυπη, παρά για νευραλγία και μάλιστα τριδυμική[2].

Και επί του πρακτέου

Υποθετικός ασθενής, επί μακρόν ταλαιπωρούμενος, με έντονο πόνο στη στοματοπροσωπική και ευρύτερη περιοχή, προσέρχεται με διάγνωση και

Συνέχεια στη σελίδα 30

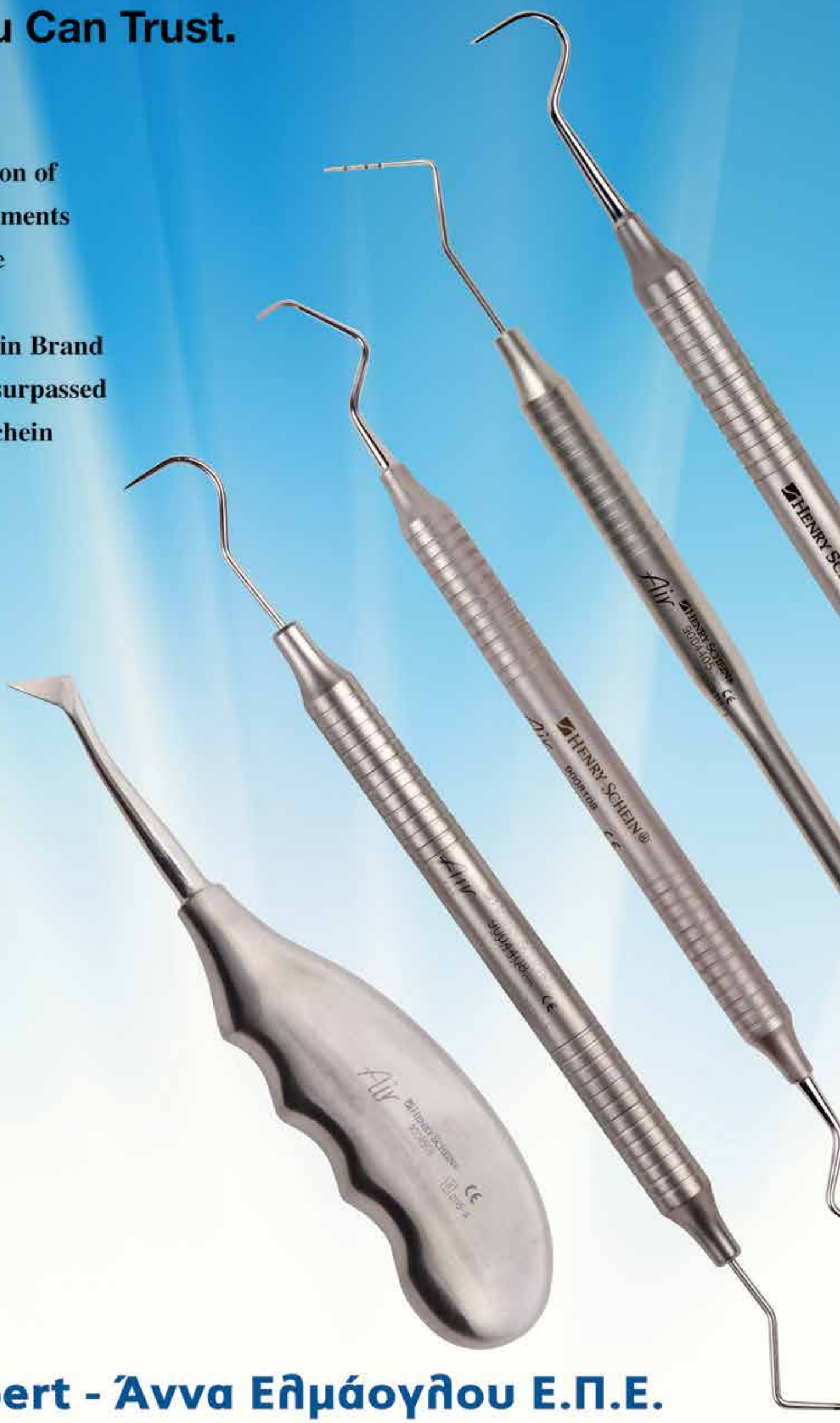
HENRY SCHEIN®
BRAND PRODUCTS

Rely on Us™

Hand Instrument Air Collection

From A Name You Can Trust.

Our Stainless Steel Air collection of single and double ended instruments are light as air with an average weight of 12 grams.
You can trust that Henry Schein Brand Hand Instruments provide unsurpassed qualitybacked by the Henry Schein Seal of Excellence, your 100% guarantee of satisfaction.



Our Instrument Sets are especially designed for you:

Air Diagnostic Instrument Set #9
900-8401
1 Explorer #9
1 Mouth mirror handle with mirror
1 Colleague Tweezer

Air Diagnostic Instrument Set #23
900-8184
1 Probe SE #23
1 Mouth mirror handle with mirror
1 Colleague plier 317, serrated

Dental Expert - Άννα Ελμάογλου Ε.Π.Ε.
Ο Εξειδικευμένος Συνεργάτης του Οδοντιατρείου σας
Φειδιππίδου 30, 11527, Γουδή • Τηλ.: 210 7770739, 210 7770749 • Φαξ: 210 7770716 • e-mail: anna@dental-expert.gr

Συνέχεια από τη σελίδα 28

θεραπευτική αγωγή νευραλγίας του τριδύμου.

Εκτός από ένα μικρό πρώτο διάστημα, ο ασθενής δεν διαπιστώνει περαιτέρω βελτίωση, παραμένοντας, τελικά, στην ίδια αρχική κατάσταση.

Η πρώτη, η αρχική προσέγγιση αφορά το ιστορικό του ασθενούς, Οδοντιατρικό και Ιατρικό, κατά τη διάρκεια του οποίου και μετά τη λήψη γενικών πληροφορικών, εστιαζόμεθα στην περιγραφή του πόνου, από τον ασθενή, τον οποίον φυσικά υποβοηθούμε, απλοποιώντας το σχετικό ερωτηματολόγιο. Ένταση του πόνου, χροιά, χαρακτήρας, διάρκεια, εντόπιση, συχνότητα κρίσεων, πιθανές προβολικές ζώνες, πιθανές αιτίες πρόκλησης κλπ.

Η οπτική αναλογική κλίμακα για την αξιολόγηση της έντασης του πόνου, είναι ένα εύκολο και χρήσιμο «εργαλείο» για να εκτιμήσει ο ασθενής την έντασή του.

Η επόμενη κίνηση είναι η σχολαστική εξέταση του Στοματογναθικού συστήματος, σύμφωνα με την εξέταση ρουτίνας που ακολουθούν οι κλινικές Στοματοπροσωπικού πόνου και Φυσιολογίας του Στοματογναθικού συστήματος.

Που σημαίνει:

Ενδοστοματική και εξωστοματική ψηλάφηση των μασητήριων μυών και της ευρύτερης περιοχής του Στοματογναθικού συστήματος.

Ακολουθεί η εκτίμηση και οι μετρήσεις των λειτουργικών κινήσεων της κάτω γνάθου, καθώς και η ψηλάφηση και ακρόαση των κροταφογναθικών διαρθρώσεων.

Η όλη διαδικασία αποβλέπει κυρίως στην διαπίστωση ή όχι εάν υφίσταται κλινική σημειολογία, συμβατή με λειτουργική διαταραχή της περιοχής, κυρίως νευρομυϊκής αιτιολογίας.

Εάν όντως υφίσταται σημειολογία συμβατή με δυσλειτουργία, επανερχόμεθα επιμένοντας σχολαστικά στα επώδυνα συμπτώματα του ασθενούς και συγκρίνουμε τα ευρήματα με τα υποκειμενικά συμπτώματα του ασθενούς, αποβλέποντας να αποσαφηνίσουμε σε ποια κατηγορία ανήκει ο πόνος του ασθενούς.

Όπως αναφέραμε, ο δυσλειτουργικός πόνος είναι βασικά μυοσκελετικός. Ο νευροπαθητικός έχει όλως ιδιαίτερα χαρακτηριστικά που επίσης αναλύσαμε.

Η διάρκειά του επίσης διαφέρει, όπως και η ένταση, η συχνότητα και η ποιότητα.

Ας υποθέσουμε, επίσης, ότι η υφιστάμενη κλινική σημειολογία του ίδιου ασθενούς, εξ' αρχής, δεν είναι συμβατή με νευρομυϊκού τύπου δυσλειτουργία.

Ποιες, σε αυτήν τη δεύτερη περίπτωση, θα είναι οι διαφοροδιαγνωστικές μας σκέψεις;;;

Άραγε, αρκεί από μόνος του ο νευροπαθητικός χαρακτήρας του πόνου να αποτελεί την ετυμηγορία της νευραλγίας του τριδύμου;

Προς στιγμήν, ξεχνάμε την παράμετρο λειτουργικής διαταραχής του Στοματογναθικού συστήματος και ας επικεντρωθούμε στον πόνο και ας ξεκινήσουμε την ανάλυσή του με οδηγό τον ανατομικό χάρτη της κατανομής ενός εκάστου των κλάδων του τριδύμου.

Ακολουθώντας το νευροανατομικό μονοπάτι των βασικών και των ακρεμόνων κλάδων του τριδύμου, εστιάζουμε την προσοχή μας στις περιοχές που νευρώνονται από τους εν λόγω κλάδους, ήτοι:

- Σύστοιχη κροταφική χώρα.
- Περιοχή της κροταφογναθικής διάρθρωσης.
- Το σύνολο της γαστέρας του μασητήρα
- Όλες τις περιοχές που νευρώνονται από ακρεμόνες κλάδους, όπως το ωτοκροταφικό νεύρο, το γλωσσικό, το μασητήριο, το κάτω φατνιακό, βυκανιτικό κλπ.

Ο χαρακτήρας του πόνου που παράγουν οι ανωτέρω αναφερόμενοι ακρεμόνες κλάδοι, είναι οξύς, διαξιφιστικός, καυστικός.

Ιδιαίτερη προσοχή χρήζουν οι περιοχές του προσώπου που νευρώνονται από το ωτοκροταφικό νεύρο το οποίον, αναδυόμενο από το παρέγχυμα της παρωτίδας προς τα άνω, φέρεται στην κροταφική χώρα, στο δέρμα της οποίας διανέμεται.

Δίνει επίσης μεταγαγγλιακές παρασυμπαθητικές ίνες στην παρωτίδα και χορηγεί αρθρικούς κλάδους στην κροταφογναθική διάρθρωση, στο πτερύγιο του αυτιού και στον έξω ακουστικό πόρο[24], προκαλώντας ενδεχομένως λειτουργικές ανωμαλίες στην δραστηριότητα της παρωτίδας.

Ομοίως, το γλωσσικό νεύρο, στις περιοχές που δραστηριοποιείται, προκαλεί έντονη καυσαλγία, μούδιασμα, διαταραχές γεύσης κλπ., συμπτώματα παρασάγγας απέχοντα από τον δυσλειτουργικό πόνο και τα συνοδά του συμπτώματα.

Επίσης, το κάτω φατνιακό, σε ένα ή περισσότερα δόντια, υποδύεται πολφικό πόνο, χωρίς ο συνήθης οδοντιατρικός έλεγχος να πιστοποιεί οδοντική βλάβη.

Είναι, λοιπόν, δυνατόν ένας ασθενής να βιώνει παροξυσμικά άλγη νευροπαθητικού χαρακτήρα από έναν ή περισσότερους τριδυμικούς κλάδους, χωρίς αυτό απαραιτήτως να παραπέμπει σε νευραλγία του τριδύμου.

Συνεπώς και καταληκτικά:

Ασθενείς με λειτουργικές διαταραχές του Στοματογναθικού συστήματος, ενδεχομένως να βιώσουν οξύ παροξυσμικό άλγος, διαξιφιστικό, καυστικό, σε περιοχές που νευρώνει το τρίδυμο, συνήθως γυναίκες άνω των 50 ετών.

Ο μηχανικός ερεθισμός ενός τριδυμικού κλάδου εκλύει προβολικό πόνο από συμπίεση, κυρίως του ωτοκροταφικού νεύρου, του κάτω φατνιακού, του μασητήριου, του γλωσσικού, των εν τω βάθει κροταφικών σε διαφορετικές περιοχές.

Οι ποικίλες μετατοπίσεις, του διάρθριου δίσκου, έχουν άμεση σχέση με παροξυσμικό άλγος, οξύ και διαξιφιστικό, σε περιοχές που νευρώνονται από τον τρίτο κλάδο του τριδύμου, συνηθέστερα όμως από τον δεύτερο.

Παροξυσμικό άλγος προκύπτει επίσης από τη διέγερση περιοχών του προσώπου ή το σώμα (ζώνες διέγερσης – trigger zones). Πρόσκαιρη ανακούφιση από τον παροξυσμό επέρχεται με τοπικό αναισθητικό αποκλεισμό.

Εφ' όσον ο πόνος, όπως αυτός περιγράφεται λεπτομερώς, υποδύεται τριδυμική νευραλγία και εφ' όσον, όπως ήδη αναφέραμε, δεν υφίσταται κλινική σημειολογία συμβατή με οποιαδήποτε μορφή δυσλειτουργίας του Στοματογναθικού συστήματος, αντιμετωπίζουμε το ενδεχόμενο παγίδευσης του νεύρου και όχι άλγος τριδυμικής προέλευσης.

Τι ακριβώς σημαίνει παγίδευση νεύρου και που μπορεί να οφείλεται!!!

Ενοχοποιούνται διάφορες αιτίες όπως οστικές ανωμαλίες, διαταραχές της κινητικότητας, αγγειακό οίδημα ή μυϊκές δομικές ανωμαλίες. Οι αιτίες αυτές τροποποιούν το φυσιολογικό περίγραμμα ή περιορίζουν την ανατομική διαδρομή του παγιδευμένου νεύρου, προκαλώντας τοπική φλεγμονή.

Ο οξύς πόνος αναδεύεται από παράλληλα συμπτώματα όπως μούδιασμα, παραισθησία, δυσαισθησία. [**Δυσαισθησία** είναι η αυτόματη

ΟΔΟΝΤΟΤΕΧΝΙΚΟ ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΟ
ΓΟΝΑΤΙΔΗΣ ΑΝΑΣΤΑΣΙΟΣ
Αρκαδίας 41, Αθήνα 115 27,
Τηλ. **210 7799 483**
www.godentaldesign.gr,
email: a.gonatidis@gmail.com
GO DENTAL DESIGN.

Ολοκληρωμένη ψηφιακή ροή εργασίας Ivoclar
για ακρίβεια και αξιοπιστία!

PrograMill
PM7

ivoclar

και δυσάρεστη παθολογική αίσθηση. **Παραισθησία** ή παραίσθηση είναι η αισθητηριακή αντίληψη (οπτική, ακουστική, γευστική, απτική, οσφρητική), που οφείλεται σε λανθασμένη ερμηνεία του εξωτερικού ερεθίσματος που την προκαλεί].

Ειδικότερα, για την περίπτωση του ωτοκροταφικού νεύρου και τις περιοχές που νευρώνει, η παγίδευσή του και ο επερχόμενος τραυματισμός, προκαλούν πόνο προβαλλόμενο στο αυτί, στη σύστοιχη κροταφική χώρα, παράλληλα με διαταραχές της αισθητικότητας. Επίσης, οξύ, νύσσοντα πόνο και διαπεραστικό στην κορυφή του κονδύλου, στο μέσον των βρεγματικών οστών, κατά μήκος του ζυγωματικού τόξου, συχνά συνοδευόμενο από αίσθημα καυσαλγίας στο πίσω μέρος του πτερυγίου του ωτός.

Ανάλογα συμπτώματα εκδηλώνονται με τη μορφή ωταλγίας, αντανακλώσα στον κρόταφο και στην παρειά ή κατά μήκος του σώματος της γνάθου.

(Για περισσότερες λεπτομέρειες και πλέον εκτενείς για την παγίδευση νεύρου, ο ενδιαφερόμενος αναγνώστης μπορεί να ανατρέξει στο τεύχος 144 Ιανουαρίου-Φεβρουαρίου του Οδοντιατρικού Βήματος, με θέμα «Ο πόνος της κροταφογναθικής διάρθρωσης - προέλευση και αιτιολογία»).

Επιλεγόμενα

Επιπροσθέτως, των αναγραφέντων, θα έλεγα ότι περισσότερες από 100 διαφορετικές παθήσεις εμπλέκονται, πρωτογενώς ή δευτεροπαθώς, με το Στοματογναθικό σύστημα και την ευρύτερη περιοχή του.

Ως εκ τούτου, στο πλαίσιο της διαφορικής διάγνωσης, σημαντικότατη παραμένει η διάκριση, η ταξινόμηση και η αξιολόγηση όλων των μορφών του πόνου και, ιδιαιτέρως, στις περιπτώσεις όπου η αιτία ή η προσομείωσή του οφείλεται σε νευρογενή αίτια.

Η σαφής γνώση της τοπογραφικής ανατομίας, των μορίων της περιοχής και, ιδιαιτέρως, του αρδευτικού νευρικού δικτύου στη στοματοπροσωπική περιοχή, όπως αυτό κατανέμεται στη στοματοπροσωπική περιοχή και στον ευρύτερο χώρο της, αποτελούν τις βασικές προϋποθέσεις για την αξιολόγηση του πόνου νευροπαθητικής προέλευσης.

Άλλωστε, ο διαχωρισμός του νευροπαθητικού πόνου από τον σωματικό, είναι ιδιαίτερης σημασίας.

Η γνώση των χαρακτηριστικών γνωρισμάτων τους έχει ιδιαίτερη διαγνωστική αξία που θα οδηγήσει στην ακριβή διάγνωση.

Τέλος, όσον αφορά την τεχνική θεραπευτική προσέγγιση, λεπτομέρειες επίσης αναφέρονται στο ίδιο τεύχος του Οδοντιατρικού Βήματος.

ΕΝΔΕΙΚΤΙΚΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Μητσικώστας Δ.Δ. «Παθοφυσιολογία Κεφαλικού Πόνου. Κεφαλαλγία που σχετίζεται με διαταραχές ή βλάβες ιστών του προσώπου και του κρανίου». Οδοντοστοματολογική Πρόοδος 2011, 65 (2):204-209.
2. Δρούκας Β., Παπαθανασίου Α., «Η διαφορική διάγνωση στη δυσλειτουργία του στοματογναθικού συστήματος». Στοματολογία 1998, 45:29-45.
3. Vertosic F., «Γιατί πονάμε. Η φυσική ιστορία του πόνου». Εκδ. Αντιύλη 2010.
4. Bonica J.J., "Definition and taxonomy of pain. The management of pain". 1990, 18-27.
5. Αργύρα Ε., Βαδαλούκα Α., «Αντιμετώπιση οξέος και χρόνιου πόνου». Επ. Εκδόσεις Παρισιάνου.
6. Melrak R. and Wall P.D., "Pain mechanisms: a new theory". Science 1965, 150:971-972.
7. Βαρλή Α., Χατζηχαλεπλή Χ., Δρούκας Β., «Η ποικιλομορφία του στοματοπροσωπικού πόνου σε ασθενείς με νεοπλασία». Οδοντοστοματολογική Πρόοδος 2015, 69:150-161.
8. Βαδαλούκα Α., Βραχνού Ε., Σιαφάκα Ι., «Κατευθυντήριες Οδηγίες της Ελληνικής Εταιρείας Πόνου και Παρηγορικής Αγωγής για την Φαρμακευτική Αντιμετώπιση του Χρόνιου Νευροπαθητικού Πόνου». Σεπτέμβριος 2013. Έκδοση 1.0.
9. Moskowitz M.A., Reinhard J.F.Jr., Romero J., Melamed E., Pettibone D.J., "Neurotransmitters and the fifth cranial nerve: is there a relation to the headache phase of the migraine?" Lancet 1979, Oct. 27, 2 (8148):883-5.
10. Caterina M.J., Schumaher M.A., Tominaga M., Rosen T.A., Levine J.D., Julius D., "The capsaicine receptor: a heart activation channel in the pain pathway". Nature 1997. Oct. 23:816-24.
11. Goadsby P.J., Hargreaves R.J., "Mechanisms of action of serotonin 5-MT1B/D agonists: insights into migraine pathophysiology using zizatriptan". Neurology 2000, 55 (9 suppl.2):58-14. Review.
12. Εγχειρίδιο Merck, «Διάγνωση και θεραπεία». Πρώτη Ελληνική έκδοση. Επιστημονικές Εκδόσεις Γρ. Παρισιάνος. Αθήνα 1998.
13. Jannetta P.J., "Surgical treatment: Microvascular decompressions". In: Fromm G.H., Sessle R.J. (eds). "Trigeminal neuralgia: Current concepts regarding pathogenesis and treatment". Boston, Butterworth-Heinemman 1991:145-157.
14. International Association for the Study of Pain (IASP). "Classification of chronic Pain: Descriptions of chronic pain a hd definition of pain terms". 2nd ed. IASP Press Seatle 1994.
15. Fromm G.H., "Etiology and pathogenesis of trigeminal neuralgia. In: Fromm G.H. (eds). "The medical and surgical management of trigeminal neuralgia." Mount Cisco, Futura, 1987:31-45.
16. Olafson R.A., Rushton J.G., "Trigeminal neuralgia associated with disseminated sclerosis: A report of 35 cases". Arc. Neurol. 1965, 13:383-386.
17. Okeson J.P., "Orofacial pain. Guidelines for assessment, diagnosis, and management". Quintessence 1996.
18. Bratteberg G., Thorslund M., Wikman A., "The prevalence of pain in a general population". Pain, 1989, 37:215-222.
19. Magnusson T., «Υποκειμενικά συμπτώματα σε σχέση με τις λειτουργικές διαταραχές των κροταφογναθικών διαρθρώσεων». Στο: Δρούκας Β., (εκδ.) «Λειτουργία και δυσλειτουργία του στοματογναθικού συστήματος». Επιστημονικές Εκδόσεις Παρισιάνου 2003.
20. Stegenga B., De Bond L.G.M., Boering G., "Temporomandibular joint pain assessment" J. Oral Pain 1993, 7:23-37.
21. Magni G., Marchett M., Moreschi C., et al. "Chronic musculoskeletal pain depressive symptoms in the national health and nutrition examination. Epidemiologic follow-up study". Pain 1993, 53:163-168.
22. Agerberg G., Carlsson G.E., "Late results of treatment of functional disorders of the masticatory system. A follow-up by questionnaire". J Oral Rehabil. 1974, 1:309-316.
23. Mejersjö C., Carlsson G.E., "Long term results of treatment for temporomandibular joint pain – dysfunction". J Prosthet. Dent. 1983, 6:809-813.
24. Κοτσιομήτης Ε.Α., «Η κλινική ανατομική των νεύρων του στοματογναθικού συστήματος στην Οδοντιατρική Πράξη». Εκδόσεις ΒΗΤΑ, 1993.
25. Lance J.W., "Mechanism and management of headache". 5th ed. Oxford, Butterworth – Heinemann, 1994.
26. Headache Classification Committee of the International Headache Society. "Classification and diagnostic criteria for headache disorders, cranial neuralgias and facia pain". Cephalalgia 1988, 8 (supp.7):1-96.
27. Ταπτάς Ν.Ι., Μικρόπουλος Ε.Χ., «Κεφαλαλγίαι – Νευραλγίαι – Κρανιοπροσωπικά άλγη». Αθήναι, 1967.

Άμεση αποκατάσταση μασητικής επιφάνειας με σύνθετη ρητίνη

Τα έμμεσα επένθετα θεωρούνται οι σύγχρονες συνήθεις μορφές αποκατάστασης για τα οπίσθια δόντια με εκτεταμένη απώλεια σκληρού οδοντικού ιστού. Παρέχουν την αποκατάσταση της μασητικής επιφάνειας, η οποία μειώνει την πιθανότητα μυλικού και/ή ριζικού κατάγματος. Ταυτόχρονα και σε αντίθεση με τις στεφάνες, η παρασκευή των επενθέτων ελαχιστοποιούν την αφαίρεση υγιούς οδοντικού ιστού ειδικά στην αυχενική περιοχή, η οποία αποτελεί ένα σημαντικό παράγοντα[1]. Τα σύγχρονα υλικά σύνθετων ρητινών επιτρέπουν την άμεση κάλυψη της μασητικής επιφάνειας σε μια μόνο συνεδρία. Τα αποτελέσματα των in-vitro μελετών υποδηλώνουν ότι αυτά τα άμεσα επένθετα είναι μια κατάλληλη εναλλακτική λύση σε σχέση με τις έμμεσες αντίστοιχες αποκαταστάσεις σε συγκεκριμένες περιπτώσεις[2-6]. Το ακόλουθο κλινικό περιστατικό περιγράφει τη διαδικασία της άμεσης αποκατάστασης στον δεξιό γομφίο της άνω γνάθου με μια εκτεταμένη, βαθιά εγγύς-άπω-μασητική αλλοίωση.

Dr. **Aleksandra Łyżwińska,**
Βαρσοβία, Πολωνία

Εισαγωγή

Στο πλαίσιο της θεραπείας ενός δοντιού με εκτεταμένη τερηδονική αλλοίωση, θα πρέπει να γίνει μια μηχανική εκτίμηση κινδύνου. Η κύρια μέθοδος μείωσης της πιθανότητας κατάγματος των δοντιών είναι η θεραπεία που παρέχει η μασητική αποκατάσταση. Η σύγχρονη χρυσή σταθερά για τα κατεστραμμένα δόντια είναι η κάλυψη με επένθετα ως εναλλακτική λύση για τις στεφάνες[1].Μια άλλη επιλογή που δεν περιλαμβάνει οδοντοτεχνική εργασία είναι η άμεση αποκατάσταση με επένθετα σύνθετων ρητινών[2-6]. Η άμεση προσέγγιση είναι ιδιαίτερα κατάλληλη για μακροχρόνιες προσωρινές καταστάσεις, η οποία μπορεί να μπορεί να απαιτείται κατά τη διάρκεια για παράδειγμα μιας ορθοδοντικής θεραπείας.

Κλινικό περιστατικό

Ένας 40 ετών άντρας ασθενής παραπέμφθηκε στο ιατρείο μου πριν από μια ορθοδοντική και προσθετική θεραπεία. Η ενδοστοματική εξέταση ***(Εικ. 1*** και ***2)*** αποκάλυψε:

- Αποχρωματισμό τετρακυκλίνης,
- Πολλαπλές εκτεταμένες αποκαταστάσεις σύνθετων ρητινών με διαρροή στα όρια,
- Αρχικές και δευτερογενείς τερηδονικές αλλοιώσεις και
- Σημαντική μηχανική αδυναμία[7,8] (εγγύς-άπω-μασητικές κοιλότητες (MOD), απώλεια φυμάτων, μικρορωγμές).

Εικ. 1: Αρχική κατάσταση-εκτεταμένη εγγύς-άπω-μασητική αποκατάσταση σύνθετης ρητίνης.

Εικ. 2: Αρχική κατάσταση-μη αποδεκτά σημεία επαφής, γραμμή ρωγμής στο υπερώιο τοίχωμα.

Βασιζόμενη στην κλινική και ακτινολογική εξέταση ***(Εικ. 3)***, αποφασίστηκε η αποκατάσταση του δεξιού πρώτου γομφίου της άνω γνάθου με άμεσο επένθετο, η οποία θα πρέπει να χρησιμεύσει ως μακροχρόνια προσωρινή λύση κατά τη διάρκεια της ορθοδοντικής θεραπείας. Μετά τη χορήγηση του τοπικού αναισθητικού, τοποθετήθηκε ελαστικός απομονωτήρας στο πρώτο τεταρτημόριο και τα φύματα του προσβεβλημένου πρώτου γομφίου μειώθηκαν. Για την υποουλική παρασκευή του δοντιού, ένα φύλλο ελαστικού απομονωτήρα μετακινήθηκε προσωρινά πίσω από τον δεύτερο άνω γομφίο ***(Εικ. 4).***

Εικ. 3: Ακτινογραφία δήξεως: ο πρώτος γομφίος της άνω γνάθου με προεξοχή και αρνητικό προφιλ στο άπω τοίχωμα.

Εικ. 4: Αρχική παρασκευή με τη μείωση των φυμάτων και του εκτεθειμένου ουλικού ορίου.

Προκειμένου να επιτευχθεί ένα καλό προφίλ ανάδυσης της αποκατάστασης και μια σφιχτή εφαρμογή του τμηματικού τεχνητού τοιχώματος, η ουλεκτομή πραγματοποιήθηκε με ηλεκτρικό χειρουργικό μαχαίρι (Surtron 50D, LED SPA) ***(Εικ. 5).***

Εικ. 5: Η ουλεκτομή έγινε χρησιμοποιώντας ένα χειρουργικό ηλεκτρικό μαχαίρι.

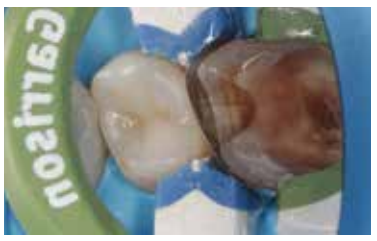
Τα κύρια πλεονεκτήματα μιας διαθερμικής κοπής είναι η στιγμιαία πήξη των ιστών και η αιμόσταση[9].

Σύμφωνα με τις οδηγίες της Ευρωπαϊκής Ενδοδοντικής Εταιρείας για τη διαχείριση των εν τω βάθει τερηδόνων[10], το βαθύτερο τμήμα της κοιλότητας καθαρίστηκε υπό πλήρη απομόνωση με τον ελαστικό απομονωτήρα (Nic Tone Dental Dam, MDC Dental) ***(Εικ. 6).*** Πραγματοποιήθηκε αφαίρεση του τερηδονισμένου ιστού χρησιμοποιώντας στρογγυλές εγγλυφίδες, ενώ στη συνέχεια η αδαμαντίνη και η οδοντίνη επεξεργάστηκαν με οξείδιο αλουμινίου 50 μm (Microetcher IIa, Danville). Πολλαπλές ρωγμές, που διαπερνούσαν την αδαμαντίνη και μερικώς την οδοντίνη, εμφανίστηκαν στα εγγύς και υπερώια τοιχώματα. Η παρουσία των ρωγμών που διασχίζουν την ένωση αδαμαντίνης-οδοντίνης αποτελούν την απόλυτη ένδειξη για την κάλυψη της μασητικής επιφάνειας[8,11].

Εικ. 6: Ο ελαστικός απομονωτήρας εκ νέου τοποθετείται στο μεσοδόντιο. Η πλήρης απομόνωση είναι σημαντική για την αφαίρεση της μολυσμένης οδοντίνης στο βαθύτερο τμήμα της κοιλότητας.

Η κατάλληλη απομόνωση από ελαστικό απομονωτήρα είναι απαραίτητη στην οδοντιατρική κατά τη συγκόλληση. Πέρα από το προφανές πλεονέκτημα ενός καθαρού χειρουργικού πεδίου χωρίς επιμόλυνση από σάλιο και υγρασία, ο ελαστικός απομονωτήρας συμβάλλει στην απομάκρυνση των περιοδοντικών ιστών από ένα δόντι. Προκειμένου να εξασφαλιστούν και τα δύο, η μέγιστη απομάκρυνση και επαρκής χώρος για εργασία, ο ελαστικός απομονωτήρας αναστράφηκε (εισάγεται στην ουλοδοντική σχισμή) και σταθεροποιήθηκε χρησιμοποιώντας PTFE ταινία ***(Εικ. 7).*** Το εγγύς τοίχωμα αποκαταστάθηκε χρησιμοποιώντας έναν μπλε δακτύλιο 3D Composite-Tight 3D Fusion (Garrison) και ένα μεσαίου μεγέθους τμηματικό τεχνητό τοίχωμα (TOR VM, ***Εικ. 8***). Λόγω της έκτασης και του σχήματός του, η αποκατάσταση του άπω τοιχώματος ήταν πιο δύσκολη να πραγματοποιηθεί.

Εικ. 7: Τοποθέτηση PTFE ταινίας για βελτίωση της απομόνωσης στην ουλική περιοχή. Αμμοβολή με Al_2O_3.



Εικ. 8: Εγγύς προσαρμογή του τεχνητού τοιχώματος.

Η πρώτη προσπάθεια προσαρμογής ενός επιμήκους τμηματικού μεταλλικού τεχνητού τοιχώματος και του πράσινου δακτυλίου 3D Composite-Tight 3D Fusion (Garrison) ήταν αποτυχημένη ***(Εικ. 9)***. Το τεχνητό τοίχωμα άλλαξε με ένα μεγαλύτερο και πιο κυρτό ***(Εικ. 10)***. Ο δακτύλιος αντικαταστάθηκε από έναν μικρότερο Palodent V3 Ring (Dentsply Sirona, ***Εικ. 11***).

Εικ. 9: Ανεπαρκής προσαρμογή του άπω τεχνητού τοιχώματος.

Εικ. 10: Τοποθετήθηκε νέο, μακρύτερο και πιο κυρτό τεχνητό τοίχωμα.

Εικ. 11: Τοποθετείται διαφορετικός δακτύλιος τεχνητού τοιχώματος στην άπω περιοχή.

Λόγω του βάθους της αλλοίωσης, χρησιμοποιήθηκε ένα αντιβακτηριδιακό συγκολλητικό σύστημα (CLEARFIL™ SE Protect, Kuraray Noritake Dental Inc.). Αυτό περιέχει το μονομερές MDPB, το οποίο προσφέρει αντιβακτηριδιακή δράση που διαρκεί ακόμα και μετά το σχηματισμό υβριδικής στιβάδας[12-14]. Επιπλέον, το φθόριο που περιλαμβάνεται στο υγρό του συγκολλητικού παράγοντα εντείνει τον τερηδονοστατικό μηχανισμό του CLEARFIL™ SE Protect και υποστηρίζει τον λεγόμενο σχηματισμό «Super οδοντίνης»[15].

Μετά τον πολυμερισμό του συγκολλητικού παράγοντα, η νανοϋβριδική ρευστή σύνθετη ρητίνη (CLEARFIL MAJESTY™ ES Flow High, Kuraray Noritake Dental Inc.) εφαρμόστηκε ως ένα λεπτό στρώμα. Το εγγύς τοίχωμα αποκαταστάθηκε χρησιμοποιώντας τόσο τη συνήθη (CLEARFIL MAJESTY™ ES-2 Universal, Kuraray Noritake Dental Inc.) όσο και τη ρευστή σύνθετη ρητίνη (CLEARFIL MAJESTY™ ES Flow Super Low, Kuraray Noritake Dental Inc.) ***(Εικ. 12*** και ***13)***. Η ανασύσταση πραγματοποιήθηκε με σύνθετη ρητίνη τύπου bulk-fill. Τα φύματα διαμορφώθηκαν ελεύθερα με το χέρι χρησιμοποιώντας την προηγούμενη σύνθετη ρητίνη CLEARFIL MAJESTY™ ES-2 Universal ***(Εικ. 14*** και ***15)***. Η καθολικότητα αυτού του προϊόντος παρέχει καλή οπτική ενσωμάτωση και ανάμειξη με τον παρακείμενο οδοντικό ιστό, ανεξάρτητα από το χρώμα του υποκείμενου οδοντικού ιστού. Οι αύλακες τονίστηκαν ελαφρώς χρησιμοποιώντας καφέ χρωστικές.

Εικ. 12: Λεπτό στρώμα ρευστής σύνθετης ρητίνης CLEARFIL MAJESTY™ ES Flow High (A2) που εφαρμόζεται στο έδαφος της κοιλότητας. Τα εγγύς τοιχώματα χτίζονται με CLEARFIL MAJESTY™ ES-2 Universal και CLEARFIL MAJESTY™ ES Flow Super Low (A2).

Εικ. 13: Η κατασκευή των εγγύς τοιχωμάτων – υπερώια κάτοψη.

Εικ. 14: Η ανασύσταση. Διαμορφώνονται με το χέρι τα φύματα με την CLEARFIL MAJESTY™ ES-2 Universal, υπερώια κάτοψη.

Εικ. 15: Κάλυψη των φυμάτων – μασητική κάτοψη.

Η αρχική στίλβωση έγινε με τον ελαστικό απομονωτήρα στη θέση του. Οι περίσσειες της σύνθετης ρητίνης αφαιρέθηκαν με τη βοήθεια λειαντικών δίσκων, διαμαντιών και «Brownie» στιλβωτικών (BAL, Nevadent). Η αρχική και η υψηλής απόδοσης στίλβωση έγινε με το TWIST™ DIA for Composite (Kuraray Europe GmbH.) ενώ χρησιμοποιήθηκαν ταυτόχρονα βουρτσάκια στίλβωσης από τρίχα κατσίκας (Micerium) **(Εικ. 16** ως **17)**.

Μετά την αφαίρεση του ελαστικού απομονωτήρα, ρυθμίστηκαν μασητικά τα σημεία επαφής του άμεσου

Εικ. 16: Η μασητική επιφάνεια μετά τη διαμόρφωση της σύνθετης ρητίνης CLEARFIL MAJESTY™ ES-2 Universal και την αρχική στίλβωση.

Εικ. 17: Η μασητική επιφάνεια μετά τη διαμόρφωση της σύνθετης ρητίνης CLEARFIL MAJESTY™ ES-2 Universal και την αρχική στίλβωση – υπερώια κάτοψη.

επενθέτου ***(Εικ. 18*** και ***19)***. Κάθε σημείο της αποκατάστασης που διαμορφώθηκε με την εγγλυφίδα στη συνέχεια ξαναστιλβώθηκε σύμφωνα με το πρωτόκολλο το οποίο περιεγράφηκε προηγουμένως ***(Εικ. 20*** και ***21)***.

Εικ. 18: Προσαρμογή της μασητικής επιφάνειας. Τα σημεία επαφής ελέγχονται με χαρτί άρθρωσης (100 μm).

Εικ. 19: Προσαρμογή της μασητικής επιφάνειας. Τα σημεία επαφής ελέγχονται με χαρτί άρθρωσης (100 μm) και φύλλο άρθρωσης (16 μm).

Εικ. 20: Το τελικό αποτέλεσμα μετά τη στίλβωση με το TWIST™ DIA for Composite.

Τελική κατάσταση

Εικ. 21: Το τελικό αποτέλεσμα – υπερώια κάτοψη.

Συμπέρασμα

Ως αποτέλεσμα δεκαετιών βελτιώσεων, κυρίως όσον αφορά την πυκνότητα των ενισχυτικών ουσιών και τη στίλβωση, τα σύγχρονα οδοντιατρικά υλικά σύνθετων ρητινών προσφέρουν μεγάλη διατήρηση της στιλπνότητας και ευνοϊκές ιδιότητες φθοράς. Επιπλέον, η συρρίκνωση πολυμερισμού έχει μειωθεί λόγω της ενσωμάτωσης της τεχνολογίας των νανοϋβριδικών ενισχυτικών ουσιών. Αυτά τα χαρακτηριστικά μας επιτρέπουν να αποκαθιστούμε κατεστραμμένα δόντια χρησιμοποιώντας μια τεχνική άμεσης αποκατάστασης.

Τα άμεσα επένθετα είναι μια κατάλληλη εναλλακτική λύση για μια συμβατική έμμεση αποκατάσταση σε πολλές περιπτώσεις[18,19]. Σύμφωνα με τους ερευνητές, τα πλεονεκτήματα των άμεσων αποκαταστάσεων με την αποκατάσταση των φυμάτων περιλαμβάνουν την ελάχιστη παρασκευή των δοντιών, τη θεραπεία ζωντανού πολφού, τη δυνατότητα θεραπείας ασθενών σε μια μόνο συνεδρία και συνήθως χαμηλότερο κόστος της θεραπείας[18-20]. Ωστόσο, θα πρέπει να τονιστεί ότι η τεχνική που παρουσιάζεται απαιτεί προηγμένες δεξιότητες αποκατάστασης που πρέπει να αποκτηθούν πρώτα πριν ξεκινήσει η εφαρμογή της.

Βιβλιογραφία

1. Dietschi D, Duc O, Krejci I, Sadan A. Biomechanical considerations for the restoration of endodontically treated teeth: a systematic review of the literature--Part 1. Composition and micro- and macrostructure alterations. Quintessence Int. 2007 Oct;38(9):733-43.
2. van Dijken JW. Direct resin composite inlays/onlays: an 11 year follow-up. J Dent. 2000 Jul;28(5):299-306. doi: 10.1016/s0300-5712(00)00010-5. PMID: 10785294.
3. Mondelli RF, Ishikiriama SK, de Oliveira Filho O, Mondelli J. Fracture resistance of weakened teeth restored with condensable resin with and without cusp coverage. J Appl Oral Sci. 2009 May-Jun;17(3):161-5.
4. Deliperi S, Bardwell DN. Multiple cuspal-coverage direct composite restorations: functional and esthetic guidelines. J Esthet Restor Dent. 2008;20(5):300-8; discussion 309-12
5. Deliperi S, Bardwell DN. Clinical evaluation of direct cuspal coverage with posterior composite resin restorations. J Esthet Restor Dent. 2006;18(5):256-65; discussion 266-7.
6. Mincik J, Urban D, Timkova S, Urban R. Fracture Resistance of Endodontically Treated Maxillary Premolars Restored by Various Direct Filling Materials: An In Vitro Study. Int J Biomater. 2016;2016:9138945.
7. Reeh ES, Messer HH, Douglas WH. Reduction in tooth stiffness as a result of endodontic and restorative procedures. J Endod. 1989 Nov;15(11):512-6.
8. Banerji S, Mehta SB, Millar BJ. The management of cracked tooth syndrome in dental practice. Br Dent J. 2017 May 12;222(9):659-666.
9. Bashetty K, Nadig G, Kapoor S. Electrosurgery in aesthetic and restorative dentistry: A literature review and case reports. J Conserv Dent. 2009 Oct;12(4):139-44.
10. European Society of Endodontology (ESE) developed by:, Duncan HF, Galler KM, Tomson PL, Simon S, El-Karim I, Kundzina R, Krastl G, Dammaschke T, Fransson H, Markvart M, Zehnder M, Bjrndal L. European Society of Endodontology position statement: Management of deep caries and the exposed pulp. Int Endod J. 2019 Jul;52(7):923-934.
11. Lynch CD, McConnell RJ. The cracked tooth syndrome. J Can Dent Assoc. 2002 Sep;68(8):470-5.
12. Hashimoto M, Hirose N, Kitagawa H, Yamaguchi S, Imazato S. Improving the durability of resindentin bonds with an antibacterial monomer MDPB. Dent Mater J. 2018 Jul 29;37(4):620-627.
13. Imazato S, Kinomoto Y, Tarumi H, Torii M, Russell RR, McCabe JF. Incorporation of antibacterial monomer MDPB into dentin primer. J Dent Res. 1997 Mar;76(3):768-72.
14. Imazato S, Kinomoto Y, Tarumi H, Ebisu S, Tay FR. Antibacterial activity and bonding characteristics of an adhesive resin containing antibacterial monomer MDPB. Dent Mater. 2003 Jun;19(4):313-9
15. Nakajima M, Okuda M, Ogata M, Pereira PN, Tagami J, Pashley DH. The durability of a fluoride-releasing resin adhesive system to dentin. Oper Dent. 2003 Mar-Apr;28(2):186-92.
16. Bore Gowda V, Sreenivasa Murthy BV, Hegde S, Venkataramanaswamy SD, Pai VS, Krishna R. Evaluation of Gingival Microleakage in Class II Composite Restorations with Different Lining Techniques: An In Vitro Study. Scientifica (Cairo). 2015;2015:896507.
17. Oficjalne informacje producenta Kuraray Noritake Dental https://www.kuraraynoritake.eu/pl/clearfil-majesty-es-flow (dostp 08.02.2022).
18. Angeletaki F, Gkogkos A, Papazoglou E, Kloukos D. Direct versus indirect inlay/onlay composite restorations in posterior teeth. A systematic review and meta-analysis. J Dent. 2016 Oct;53:12-21.
19. Dhadwal AS, Hurst D. No difference in the long-term clinical performance of direct and indirect inlay/onlay composite restorations in posterior teeth. Evid Based Dent. 2017 Dec 22;18(4):121-122.
20. Banerji S, Mehta SB, Millar BJ. Cracked tooth syndrome. Part 2: restorative options for the management of cracked tooth syndrome. Br Dent J. 2010 Jun;208(11):503-14.
21. Opdam NJ, Roeters JJ, Loomans BA, Bronkhorst EM. Seven-year clinical evaluation of painful cracked teeth restored with a direct composite restoration. J Endod. 2008 Jul;34(7):808-11.
22. van Dijken JW. Direct resin composite inlays/onlays: an 11 year follow-up. J Dent. 2000 Jul;28(5):299-306.

Όλα όσα καταγράψαμε στο συνέδριο της Ευρωπαϊκής Εταιρείας Οστεοενσωμάτωσης

Το τελευταίο συνέδριο της Ευρωπαϊκής Εταιρείας Οστεοενσωμάτωσης (EAO) έλαβε χώρα απ' τις 29/9 έως την 1/10/22 στην πανέμορφη Γενεύη, την πόλη που είναι έδρα για αρκετούς σημαντικούς οργανισμούς παγκοσμίως όπως το CERN, και ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (ΠΟΥ), αλλά και μια πόλη με μεγάλη παράδοση στην Οδοντιατρική, οπότε μοιραία οι προσδοκίες ήταν μεγάλες.

Εκεί βρέθηκε ο οδοντίατρος κ. **Χρήστος Κωνσταντινίδης** και καταγράφει στο «Οδοντιατρικό Βήμα» εντυπώσεις απ' το συνέδριο, highlights και τις πιο σημαντικές πληροφορίες απ' τις σύγχρονες εξελίξεις στον τομέα, όπως τις παρουσίασαν οι ομιλητές.

Η σύγχρονη τεχνολογία, ιδιαίτερα με τις εφαρμογές της διέπνεε όλο το συνέδριο, από τη θεματολογία μέχρι την έκθεση.

Η συνεδρία που άνοιξε το EAO ήταν το «virtual patient» με έμφαση στις νέες τεχνολογίες, Ai, ψηφιακές εφαρμογές ιατρικής κλπ.

Του **Χρήστου Κωνσταντινίδη,**
Οδοντιάτρου-M.Sc (Προσθετ.)

Ο **T. Beeler** ερευνητής στη Google σε Ai αναφέρθηκε στον ψηφιακό ασθενή.

Η αναπαράσταση ψηφιακά των ιστών που θέλουμε να θεραπεύσουμε ή να αντικαταστήσουμε είναι σήμερα σημαντικό αντικείμενο ερεύνης.

Μπορούμε επίσης να αποτυπώσουμε την αρχική κατάσταση του ασθενή και τη σταδιακή μεταβολή τους με την ασθένεια ή το γήρας. Φυσικά είναι τεράστια η εξέλιξη που προσφέρουν στις ορθογναθικές, ορθοδοντικές, πλαστικές επεμβάσεις ακόμη και στις προσθετικές αποκαταστάσεις.

Η τεχνολογία σήμερα (IOS/Stl αρχεία) έχει δημιουργήσει ένα μεγάλο πεδίο μελέτης όπως το Invisalign, το DSD τον συνδυασμό αρχείων (Stl), με το face scan και με τα αρχεία του CBCT (Dicom).

Άλλη εφαρμογή είναι η εκτενής πλέον μελέτη της κινησιολογίας της κάτω γνάθου (πρωτομελετήθηκε από τον Posselt 1952), ακόμη και με απλές καταγραφές εξωστοματικά του δέρματος του προσώπου και μάλιστα ακόμη και εξ αποστάσεως με το video ενός κινητού smartphone-scanner).

Έτσι αν έχουμε το αρχικό μας «avatar», η Ai μπορεί να διαγνώσει ποιοι ιστοί και τι φύσης μεταβολές ή απώλειες είχαν και ποια είναι η ιδεώδης θεραπεία. Οι θεραπείες πλέον καθοδηγούνται από data.

Έτσι οι ερευνητές αυτοί της Disney και της Google έχουν συμβάλει στη δημιουργία διαφόρων εταιρειών (Cyfex, Kapanus Arbrea).

Ακολούθησε ο **R. Mitrani** με θέμα την ψηφιοποίηση της Οδοντιατρικής σε πολλούς τομείς. Τα τεράστια πλεονεκτήματα είναι εξοικονόμηση χρόνου, χώρου, τεκμηρίωση, συγκρισιμότητα και φυσικά δυνατότητα ψηφιακού σχεδιασμού.

Η Οδοντιατρική σήμερα βρίσκεται λόγω της ψηφιοποίησης σε ένα σταυροδρόμι μεταξύ marketing/lifestyle και παροχής υγείας. Δυστυχώς οι τεράστιες δυνατότητες των ψηφιακών εφαρμογών να προωθούν συχνά ψευδείς, ιδεώδεις εικόνες θεραπειών και να επηρεάζουν τους ασθενείς έρχονται σε αντιπαράθεση με τα τεράστια οφέλη στη διάγνωση και θεραπεία.

Οι **P. Ramirez** και **J.M. Navarro** αναφέρθηκαν στις νέες πρωτοποριακές θεραπείες. Υπεύθυνες είναι οι ψηφιακές τεχνολογίες και φυσικά το CBCT που στη γνωστή μελέτη (Delphi 2030) αναμένεται να αυξάνεται κατά 12,1% τον χρόνο.

Έτσι η διάγνωση τερηδόνας, η μελέτη της σύγκλεισης, η μελέτη του χαμόγελου γίνονται πιο εύκολα και τεκμηριωμένα με τις νέες ψηφιακές τεχνολογίες (3D Printing, Guided Implants, Guided preps, Digital Wax up, Facial Scan, IOS, Digital restorative).

Οι τεχνολογίες αλλάζουν, όμως θα πρέπει να γνωρίζουμε ότι όλα αυτά είναι βοηθήματα στη θεραπεία και όχι η θεραπεία. Η συλλογή data και η Ai θα βοηθήσουν στην έρευνα και πιθανόν σύντομα θα δούμε λύσεις σε σημερινά προβλήματα.

Ο **A. Ricci** αναφέρθηκε στο DSD, την εφαρμογή που καθιστά δυνατή την ιδεώδη μελέτη και σχεδιασμό της προσθετικής αποκατάστασης του φραγμού.

Οι **F. Probst** και **D. Rottke** αναφέρθηκαν στη σημασία των CBCT. Αυτή η τεχνολογία καθιστά τη διαδικασία πολύ πιο ακριβείας και βελτιώνει το αποτέλεσμα. Ιδιαίτερα στην κατευθυνόμενη εμφύτευση το CBCT είναι απαραίτητο, αν και οι ομιλητές αμφισβήτησαν την αξιοπιστία της.

Σημασία έχει, βασικά, να γίνουμε καλοί οδοντίατροι και αυτό παίρνει χρόνο, πείρα και δουλειά. Καμία τεχνολογία δεν θα το αναπληρώσει αυτό.

Δεύτερη ημέρα

Την Παρασκευή 30 Σεπτεμβρίου η πλέον δημοφιλής ομιλία ήταν του **A. Pimkhachkam** (Ταϊλάνδη) με θέμα «Εξελίξεις στην Εμφυτευματολογία».

Η καθοδηγούμενη τοποθέτηση σήμερα έχει κάποια θέση. Απαραίτητες είναι οι λήψεις CBCT και η κατασκευή νάρθηκα. Ο ομιλητής ανέφερε ότι η καθοδηγούμενη δίνει μεγαλύτερη ακρίβεια κατά 33% ακόμη και flapless σε σχέση με την κλασική μέθοδο.

Το σύστημα CAIS της δυναμικής τοποθέτησης βασίζεται και αυτό στο CBCT. Ακόμη και μόνη της η τεχνική NAVI (χωρίς νάρθηκα) δίνει καλύτερα αποτελέσματα από την ελεύθερη τοποθέτηση (δεν αναφέρεται το επίπεδο τεχνικής αρτιότητας του θεράποντα).

Ενώ λοιπόν τα δύο αυτά συστήματα Guided και Navi σε μελέτες έχουν ανάλογη ακρίβεια, όταν συνδυάζονται μάλιστα έχουν ακόμη μεγαλύτερη ακρίβεια.

Η **S. Lezin** αναφέρθηκε στην ψηφιακή

Ο κ. Χρήστος Κωνσταντινίδης μαζί με τον καθηγητή NK Lang.

μεταμόρφωση της Εμφυτευματολογίας. Αν και η όλη δημιουργία του κατάλληλου εξοπλισμού και σχεδιασμού της θεραπείας με εμφυτεύματα χρειάζονται περισσότερο χρόνο και κόστος, το αποτέλεσμα είναι καλύτερο.

Με δεδομένο ότι ο άξονας τοποθέτησης στο 76-90% των περιστατικών θα έχει κάποια γωνία 5-10° οι σχεδιαστές του νάρθηκα τοποθέτησης θα πρέπει να είναι εξειδικευμένοι ώστε να μην δημιουργηθεί αδιέξοδο.

Ιδιαίτερα σε ολικές νωδότητες η καθοδηγούμενη δίνει ανώτερη ακρίβεια.

Τελικά βέβαια το κόστος του εμφυτεύματος αυξάνεται σημαντικά, αλλά τόνισε ότι ο ασθενής λαμβάνει ένα βέλτιστο αποτέλεσμα.

Ο **F. Mangano** στο ίδιο θέμα αναφέρθηκε στην χρήση της Ai στον ψηφιακό σχεδιασμό της τοποθέτησης των εμφυτευμάτων.

Η διαδικασία φυσικά δεν διαφέρει από την κλασική της καθοδηγούμενης, δηλαδή λήψη IOS (stl) και CBCT (Dicom). Όμως πλέον η ψηφιακή τοποθέτηση, αλλά και ο σχεδιασμός του χειρουργικού νάρθηκα, γίνεται με Ai.

Δίνεται μάλιστα με το πρόγραμμά του η δυνατότητα εικονικού σχεδιασμού και τοποθέτησης με ειδικά γυαλιά AR.

Ο ομιλητής προτιμά το NAVI από τους χειρουργικούς νάρθηκες και τους κρημνούς από την flapless για εξοικονόμηση κερατινοποιημένων ιστών.

Δυστυχώς επειδή η Ai επεξεργάζεται τα Dicom αρχεία στο Cloud, αυτά θα πρέπει προς το παρόν να είναι μικρότερα σε μέγεθος, συνεπώς μικρότερης ακρίβειας.

Πάντως η τεχνική αυτή είναι ιδεώδης για εκπαίδευση και φαίνεται ότι ήλθε για να μείνει και να εξελιχθεί.

Εξελίξεις στην οστική ανάπλαση ήταν το θέμα της συνεδρίας με ομιλητές τους L. De Stavola και M. Chiapasco.

Ο **M. Chiapasco** αναφέρθηκε στην 3D αποκατάσταση, από τον Khoury μέχρι σήμερα. Βασικές παράμετροι είναι η καλή αιμάτωση της δέκτριας περιοχής και η σταθεροποίηση του μοσχεύματος. Μεγίστης σημασίας είναι η ικανότητα παρασκευής και διαχείρισης των κρημνών για τέλεια και χωρίς τάσεις επούλωση.

Με το CBCT πλέον έχουμε την ακριβή ανάγκη του όγκου μοσχεύματος που χρειαζόμαστε και πού να το σταθεροποιήσουμε.

Έτσι σε μελέτες (Aghaloo 2007, Urban 2019) τονίζεται η ανάγκη αύξησης των μαλακών ιστών για βελτίωση της πρόγνωσης της 3D GBR.

Σε αντίθεση με άλλους ομιλητές αναφέρθηκε στα εξαιρετικά αποτελέσματα των 3D πλεγμάτων τιτανίου (CBCT=3d printed) με χρήση 50% αυτόλογου τεμαχισμένου οστού και τοποθέτησης μεμβράνης κολλαγόνου. Τα πλεονεκτήματα έναντι της παλαιάς τεχνικής Khoury είναι η πολύ καλή εφαρμογή των ορίων της GBR (3D printed νάρθηκες έναντι άκαμπτων με κακή εφαρμογή αυτόλογων blocks) πολύ μικρότερη ταλαιπωρία των ασθενών απουσία δεύτερου χειρουργικού πεδίου, μείωση του αυτόλογου μοσχεύματος και καλύτερη πρόγνωση. Μειονέκτημα είναι η αποκάλυψη του νάρθηκα σε ποσοστό 20%.

Ο **L. De Stavola** ανέφερε ότι η λήψη του μοσχεύματος από την έξω λοξή γραμμή εμπεριέχει (εκτός από την οστική απώλεια και την ταλαιπωρία του ασθενούς) κίνδυνο τραυματισμού του κάτω φατνιακού νεύρου. Η λήψη όμως σήμερα με το NAVI γίνεται ασφαλέστερη.

Τέλος, έδειξε ότι η διχοτόμηση του μοσχεύματος με πιεζοχειρουργική είναι πολύ ασφαλέστερη από το micro-saw.

Σε αντίθεση με το γενικό κλίμα ο Ρώσος **Nikolay Makarov** παρουσίασε την ιδεώδη διαχείριση μαλακών ιστών για τη δημιουργία μεσοδοντίων θηλών.

Σε άλλη αίθουσα ο **K. Meyenberg** αναφέρθηκε στις εξελίξεις στη σχεδίαση των εμφυτευμάτων.

Πάνω από 2.000 συμμετέχοντες παρακολούθησαν τις εργασίες του συνεδρίου γεμίζοντας τις αίθουσες σε όλη τη διάρκειά του.

Έτσι αναφέρθηκε ότι τα νεότερα abutments αφήνουν πιο πολύ χώρο για τη δημιουργία επαφής των μαλακών ιστών. Επίσης σε πολλές περιπτώσεις το τριγωνικό σχήμα του αυχένα επιτρέπει καλύτερες μεσοδόντιες θηλές.

Για την άμεση εμφύτευση σχεδιάζονται εμφυτεύματα που μπαίνουν βαθύτερα στο οστούν, αλλά πάντως σκόπιμο είναι να μην γίνονται υπερβολές και να είμαστε μέχρι 0,5-1 mm το πολύ βαθύτερα ώστε οι μαλακοί ιστοί να μην υπερβαίνουν τα 6 mm.

Οι **D. Toma** και **A. Gill** αναφέρθηκαν στη διαχείριση και αύξηση των μαλακών ιστών για ιδεώδη αισθητική των εμφυτευμάτων.

Σημαντικές παράμετροι: το χρώμα, το πάχος (>2 mm) και η ύπαρξη μεσοδόντιων θηλών στην ιδεώδη θέση.

Επειδή σε άμεση εμφύτευση η αναμενόμενη υφίζηση είναι 10-60% απαραίτητη είναι η υπερδιόρθωση με GTR και GBR, η αποφυγή εμφυτευμάτων μεγάλων διαμέτρων και η διατήρηση >2mm από το παρειακό πέταλο.

Ο **M. Jande** (Σουηδία) αναφέρθηκε σε αποκαταστάσεις επιπλοκών εμφυτευμάτων.

Η σύνδεση εμφύτευσης abutment και η σχεδίαση του διαδραματίζουν σημαντικό ρόλο στην εμφάνιση των επιπλοκών.

Το προφίλ ανάδυσης με έντονη γωνία (>30°) ευνοεί την οστική απώλεια. Έτσι το βάθος τοποθέτησης του εμφυτεύματος και το πάχος των μαλακών ιστών θα πρέπει πριν την εμφύτευση να υπολογίζονται.

Το σχήμα του προφίλ ανάδυσης θα πρέπει να είναι κοίλο και μυλικότερα να γίνεται κύριο.

Η παρειακή επιφάνεια θα πρέπει να μην έχει απροσπέλαστες περιοχές (shield design, ridge lap), αλλά να έχει φυσιολογικό προφίλ ανάδυσης, ακόμη και αν καταλήγει σε κοντύτερο δόντι.

Η μορφή προσθετικής αποκατάστασης είναι μια μόνιμη πηγή προβληματισμού. Έτσι αν και τα Ti-Base έχουν πλεονέκτημα έναντι των συγκολλούμενων, η μεσόφαση με την κονία συγκόλλησης με τον καιρό γίνεται πηγή μικροβίων.

Στις κοχλιούμενες η άσκηση μεγάλης δύναμης μπορεί να δημιουργήσει micro-cracks στις προσθετικές εργασίες.

Οι **U. Grunder** και **Σ. Πελεκάνος** έδειξαν τους περιορισμούς και τις ενδείξεις στην άμεση εμφύτευση.

Ο **Σ. Πελεκάνος** τόνισε ότι η άμεση εμφύτευση στην αισθητική ζώνη είναι αποκλειστικά για μονήρεις ελλείψεις και με συγκεκριμένες προϋποθέσεις.

Η μελέτη των περιστατικών στη σύγχρονη Εμφυτευματολογία θα πρέπει να είναι πολύ προσεκτική και βασισμένη σε όλα τα σύγχρονα διαγνωστικά και σχεδιαστικά μέσα.

Η **France Lambert** συνέστησε στην άμεση εμφύτευση (και όχι μόνον) τα εμφυτεύματα μικρής διαμέτρου και όχι σε μεγάλο βάθος από τον αυχένα του οστού. Όμως ήταν τελείως αντίθετη στην άμεση φόρτιση λέγοντας ότι δημιουργεί μακροπρόθεσμα προβλήματα.

Ο κ. **Grunder** θεώρησε σημαντικό μέρος της άμεσης εμφύτευσης τη δημιουργία αισθητικών περιεμφυτευματικών ιστών με κατάλληλες προσωρινές ή customised healing posts. Όμως αν και όμορα ενδείκνυται η πίεση για δημιουργία μεσοδόντιας θηλής, παρειακά η πίεση απαγορεύεται γιατί δημιουργεί υφιζήσεις.

Η ημέρα έκλεισε με κατάμεστη την κυρίως αίθουσα για να παρακολουθήσουν τις δύο ταυτόχρονες GBR επεμβάσεις σε μεγάλα κάθετα και οριζόντια ελλείμματα. Η πρώτη ήταν από τον **Rocuzzo** (Τορίνο) στην αισθητική ζώνη με 3D printed πλέγμα τιτανίου και τεμαχισμένο αυτομόσχευμα.

Χαρακτηριστικό ήταν ότι η βασική τομή ήταν όχι στην παρυφή, αλλά 4mm ακρορριζικότερα παρειακά για αποφυγή αποκαλύψεων.

Ζωντανά χειρουργεία από Τορίνο και Βουδαπεστη.

Από τη Βουδαπέστη ο **I. Urban** έκανε GBR σε οπίσθια πολύ απορροφημένη ακρολοφία της Κ.Γ. Εντυπωσιακή ήταν η παρασκευή των κρημνών και η νέα μεμβράνη με οπές που χρησιμοποίησε (πλήρωση με τεμαχισμένο οστούν).

30 χρόνια εμφυτευματολογία

Η τελευταία ημέρα ξεκίνησε με έναν απολογισμό συμπερασμάτων των τελευταίων 30 ετών Εμφυτευματολογίας, με ομιλητές τους B. Klinge, D. Tornow, N. Lang, C. Hammerle).

Ο **B. Klinge** αναφέρθηκε στο δέος που αντιμετωπίζουν το εμφύτευμα οι κλινικοί, θεωρώντας μάλιστα ότι ήταν τεχνική της γναθοχειρουργικής ειδικότητας του εμφυτεύματος.

Ο **D. Turnow** αναφέρθηκε (τηλεδιάσκεψη) στην ωρίμανση της γνώσης για τα εμφυτεύματα μέσα από το τεράστιο ερευνητικό έργο που ακολούθησε την εισαγωγή τους στην Οδοντιατρική.

Ο ακούραστος **N. K. Lang** αναφέρθηκε στη φανταστική ιδιότητα των εμφυτευμάτων, την οστεοενσωμάτωση! Αυτή μελετήθηκε αρχικά από τον R.K. Schenk (1970) που ανέφερε την αρνητική σχέση της αγγειογένεσης (μακροφάγα και ενδοθηλιακά κύτταρα – οστεοβλάστες). Ο Steinemann S το 1996 επιβεβαίωσε την απόλυτη ένδειξη του τιτανίου έναντι του HA.

Στις αρχές του 2000 κατοχυρώθηκε η υπεροχή των αδροποιημένων επιφανειών έναντι των machined. Έτσι σταδιακά φθάσαμε στις νέες σύγχρονες επιφάνειες που φθάνουν σε εξαιρετικές τιμές BIC (Contact and distant osteogenesis) (έως 60%),αλλά υστερούν σε περιπτώσεις περιεμφυτευματίτιδας.

Οι έρευνες (Berglundh T et al 2007) για βελτίωση των επιφανειών συνεχίστηκαν (Lang W. P et al 2011) και αυτές άρχισαν να καθίστανται και πιο υδρόφιλες.

Πάντως στις 6 εβδομάδες οι μελέτες δείχνουν ότι το BIC δεν έχει στατιστικά σημαντική διαφορά.

Συνέχεια στη σελίδα 36

Συνέχεια από τη σελίδα 35

Ο **C. Hammerle** ανέφερε ότι οι αλλαγές στα πρωτόκολλα της Εμφυτευματολογίας έλαβαν χώρα λόγω της ανάγκης άμεσης αποκατάστασης των νωδοτήτων ιδιαίτερα στην αισθητική ζώνη και φυσικά λόγω των νέων επιφανειών.

Πάντως ο κ. N. K. Lang συνέστησε την αποφυγή της άμεσης φόρτισης και την άμεση εμφύτευση ειδικά σε περιοχές με προϋπάρχουσες φλεγμονές.

Ο **D. Turnow** είπε ότι το νέο στην Εμφυτευματολογία μπορεί να είναι η επιστροφή εμφυτευμάτων του σχήματος της λεπίδας με νέες επιφάνειες ειδικά για στενές ακρολοφίες.

Η **K. Becker** παρουσίασε την εμπειρία της στις οπίσθιες αποκαταστάσεις γομφίων. Σε μελέτες της που τοποθέτησαν σε αντίστοιχες περιοχές άμεσα, μεθύστερα (late) εμφυτεύματα διαπίστωσε στατιστικά σημαντικά) ότι τα άμεσα έχουν σημαντικά μεγαλύτερο ποσοστό αποτυχιών και επιπλοκών ιδιαίτερα αν τοποθετήθηκαν σε περιοχές με προϋπάρχουσα φλεγμονή.

Έτσι σε προβλήματα όπως των γομφίων, αξίζει να προβαίνουμε πρωταρχικά στην περιοδοντική θεραπεία (M Sanz 2020), ή και διχοτόμησή τους (S. Cortellii et al 2020) πριν αποφασίσουμε την εξαγωγή τους.

Οι **I. Krejci, C. Ramseler** και **M. Sanz** αναφέρθηκαν στη συμβολή των νέων τεχνολογιών στη διάγνωση των προβλημάτων και στη διατήρηση του αποτελέσματος.

Στη διάγνωση στην Οδοντιατρική εξελίσσονται νέες τεχνολογίες. Έτσι ακόμα και στην τερηδόνα υπάρχουν ήδη 3 τεχνικές ανίχνευσής της (digital augmented vision, IR Transillumination, Violet Fluoresence). Ανάλογα εξελίσσονται τεχνολογίες για διάγνωση.

Έτσι με HF υπερηχογραφία (UHPUS) και OCT υπάρχουν μελέτες (M. Abdelazis et al 2020) για έγκαιρη διάγνωση που επιτρέπουν τη συχνή χωρίς ακτινοβολία εξέταση των εμφυτευμάτων.

Ο **C. Ramseir** αναφέρθηκε σε νέες εφαρμογές Ai για την αξιολόγηση κινδύνου στην περιεμφυτευματίτιδα ασθενών μας. Αναφέρθηκε στην ανακάλυψη των computers από τον A. Turing (1912-1954), στην ψηφιοποίηση που ακολούθησε και στους αλγόριθμους.

Στην υγεία, η πρόληψη (μέσω εφαρμογών) ή έστω ο περιορισμός χρόνιων ασθενειών θα έχει πολύ θετικές επιπτώσεις στην οικονομία και στην ποιότητα ζωής.

Σήμερα οι υπάρχουσες εφαρμογές υγείας έχουν τεκμηριωμένη εφαρμογή.

Η εφαρμογή IDRA (2020) έχει κάποια δυνατότητα να προβλέψει την περιεμφυτευματική νόσο και είναι free για download.

Ο **M. Sanz** αναφερόμενος στις νέες τεχνολογίες δήλωσε ότι θα συμβάλουν δραματικά στη διάγνωση ακόμη και εξ αποστάσεως της υγείας / ασθένειας των εμφυτευμάτων.

Η δημιουργία νέων έξυπνων επιφανειών εμφυτευμάτων με αντιμικροβιακές ιδιότητες ήδη μελετώνται, αλλά ακόμη και εμφυτευμάτων με βιο-αισθητήρες. Έτσι η ανίχνευση από βιοαισθητήρες των MMP-8, RANK-L, ICTP από το σάλιο θα μπορούν εύκολα από μια εφαρμογή στο κινητό να ενημερώνουν τον θεράποντα και τον ασθενή για την κατάσταση των εμφυτευμάτων.

Γενικά η ενσωμάτωση της ασθένειας στον κύκλο πρόληψης, διάγνωσης και θεραπείας (e-patient) θα φέρει σημαντικές αλλαγές στον τομέα της υγείας και έτσι οι συχνές επισκέψεις στον γιατρό θα υποκατασταθούν από κατ' οίκον διαγνωστικά και πιθανόν θεραπευτικά εργαλεία.

Η ομιλία των **HP Weber** και **H. Hagenmuller** είχε θέμα την αξία των νέων επενδύσεων για την ποιότητα ζωής των θεραπόντων αλλά και την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών στους ανθρώπους.

Με όλα αυτά που προαναφέρθηκαν έφθασε στο τέλος της αυτή η εξαιρετική διοργάνωση που κράτησε ζωντανό το ενδιαφέρον των 2.000 και πλέον συνέδρων, στις 4 βασικές αίθουσες, μέχρι και την τελευταία στιγμή.

Όλες οι ομιλίες ήταν πολύ καλά δομημένες, σχετικές με το θέμα του συνεδρίου και οδήγησαν όλους μας να νιώσουμε την ανάγκη ενσωμάτωσης της νέας τεχνολογίας στη σύγχρονη οδοντιατρική μας πράξη.

Κοντά στους καταξιωμένους, γνωστούς ομιλητές, υπήρξαν και αρκετοί νέοι, καθώς και πολλές γυναίκες ομιλήτριες δείχνοντας την τάση της αλλαγής.

Αναφορικά με την έκθεση ήταν και αυτή πολύ εργονομικά δομημένη, ενώ οι δεξιώσεις για το κοινό, εντυπωσιακές.

Το επόμενο ΕΑΟ θα λάβει χώρα 28-30/9/2023 στο Βερολίνο.

Επίκαιρο και επιτυχημένο το 2ο Ετήσιο Συνέδριο Ariston Academy

Τα εμφυτεύματα άλλαξαν τη μορφή της Οδοντιατρικής. Σήμερα με τον τεράστιο αριθμό εμφυτευμάτων και ασθενών να δέχονται τα εμφυτεύματα σαν μοναδική και ιδεώδη θεραπεία είναι σχεδόν απαραίτητο για την εικόνα και το status του σύγχρονου οδοντίατρου να γνωρίζει καλά την Εμφυτευματολογία και όλες τις σχετικές διαδικασίες (CBCT, GBR, CTG κλπ).

Γι' αυτό και χρειάζεται συνεχής επιμόρφωση, κάτι που ευτυχώς προσφέρουν τόσο οι επιστημονικές εταιρείες όσο και εμπορικές εταιρείες που καλούν καταξιωμένους ξένους ομιλητές για να μεταφέρουν τις γνώσεις πάνω σε νέες τεχνολογίες και υλικά.

Μια απ' τις πιο ενδιαφέρουσες τέτοιες επιστημονικές εκδηλώσεις του τελευταίου διαστήματος ήταν το 2ο Ετήσιο Συνέδριο Ariston Academy με θέμα «Αναγέννηση και Αισθητική στην Εμφυτευματολογία», που διοργάνωσε, το διήμερο 24-25 Σεπτεμβρίου 2022, η Ariston Dental.

Ο ομιλητής **D. Gonzalez** υποστήριξε ότι η άμεση εμφύτευση είναι πάντα εφικτή ιδεωδώς όταν υπάρχουν άθικτα οστικά τοιχώματα.

Όμως και σε απώλεια του παρειακού πετάλου υπό προϋποθέσεις μπορεί να γίνει πλήρωση με οστικό υποκατάστατο και κάλυψη με CTG, με ταυτόχρονη εμφύτευση και αποκατάσταση με προσωρινές για διατήρηση της αισθητικής των μαλακών ιστών.

Η προστασία του οστικού απο την διείσδυση των μαλακών ιστών είναι απαραίτητη γιατί η δημιουργία μαλθακών ιστών γίνεται ταχύτερα και ανταγωνιστικά με την οστεογένεση.

Η GBR σχετίζεται άμεσα με την αιμάτωση και την είσοδο στο τραύμα οστεογεννητικών κυττάρων. Άλλοι σημαντικοί παράγοντες είναι η σταθερότητα του μοσχεύματος, η δημιουργία χώρου και ο αποκλεισμός με μεμβράνη των μαλακών ιστών. Έτσι η τοποθέτηση healing abutment GH 2 ή 3 κατά τη φάση της εμφύτευσης δημιουργεί επαρκή χώρο για GBR.

Το ιδεώδες μόσχευμα είναι το αλλομόσχευμα ή μείξη αυτογενούς και ξενομοσχεύματος και η ιδεώδης μεμβράνη για μεγάλα οστικά ελλείμματα μη απορροφήσιμη μεμβράνη.

Σε βίντεο έδειξε άμεση εμφύτευση στην αισθητική ζώνη με απώλεια του παρειακού και υπερώιου πετάλου.

Για λήψη video, μάλιστα, συνέστησε τη νέα ασύρματη κάμερα που στηρίζεται στις Loopes την OXO 4K. Σε αντίθεση με άλλους κλινικούς, η αρχική τομή στους κρημνούς ήταν πιο υπερώια. Συνέστησε ένα χρόνο αναμονής μετά την GBR. Ακολούθως έδειξε μεγάλες οστικές βλάβες οριζόντιες και κάθετες, αποτέλεσμα αποτυχημένων εμφυτευμάτων.

Η αφαίρεση των αποτυχημένων εμφυτευμάτων (σε όλα) έγινε με extractor. Σε δεύτερο χρόνο για δημιουργία κερατινοποιημένων ούλων και βάθυνση του προστομίου χρησιμοποιούσε ελεύθερα μόσχευμα συνδετικού ιστού. Η διαπερατότητα της μεμβράνης δεν διαδραματίζει κανέναν ρόλο στην αιμάτωση του μοσχεύματος, αντίθετα η έλλειψη καλής αιμάτωσης του τραύματος και η ελλιπής σταθεροποίηση του μοσχεύματος είναι παράγοντας αποτυχίας.

Στην 3D τεχνική του Khoury έδειξε ότι έχει καλύτερα αποτελέσματα όταν προστεθεί και ένα τρίτο πολύ λεπτό block μυλικά και όταν η φάση της αποκάλυψης γίνει 6 μήνες μετά.

Τα μειονεκτήματα της τεχνικής Khoury είναι ότι είναι πιο χρονοβόρα, πιο τραυματική και χρησιμοποιεί 100% αυτογενές όταν μάλιστα είναι τεκμηριωμένο ότι 60-40 είναι το ιδεώδες σχήμα.

Τα 3D ελλείμματα πολύ μεγάλων διαστάσεων συχνά είναι αποτέλεσμα παραμελημένων περιεμφυτευματίτιδων, συνεπώς η συμβολή του οδοντιάτρου να θεραπεύσει ή να αφαιρέσει τα προβληματικά εμφυτεύματα εγκαίρως είναι εξαιρετικά μεγάλης σημασίας, ειδάλλως οδηγείται ο ασθενής σε βλάβες μεγάλης αναπηρίας και λύσεις πολύ μεγάλων χειρουργείων. Αν όμως φθάσουμε εκεί, η γνώση παρασκευής πολύ μεγάλων τέλειων κρημνών, χωρίς τάσεις είναι αναγκαία για την επιτυχία της 3D αποκατάστασης.

Για αποφυγή μεγάλου τραύματος, εξοικονόμηση αυτογενούς οστού και καλύτερη εφαρμογή συνέστησε τις μη απορροφήσιμες μεμβράνες σε σχέση με τα blocks του Khoury, με μόνον μειονέκτημα την κατά 2 μήνες μεγαλύτερη αναμονή λόγω της ανάμειξης με ξενομόσχευμα.

Ο **G. Tepper** αναφέρθηκε στην ενίσχυση που προσφέρουν τα άμεσα εμφυτεύματα στον οικονομικό προϋπολογισμό των ιατρείων. Ο ίδιος τοποθέτησε 3.000/έτος και πιστεύει ότι αποτελούν την πιο επικερδή και σύντομη πράξη στην οδοντιατρική.

Όμως, άμεση φόρτιση επιλέγει μόνον το 15-20% αυτών των περιπτώσεων. Δεν συνιστά τις συγκολλούμενες εργασίες, ιδιαίτερα σήμερα που υπάρχουν οι κοχλιούμενες ακόμη και με γωνία (π.χ. Dynamic κλπ).

Ο **Macary** ανέφερε ότι η διατήρηση της φατνιακής απόφυσης (φατνίου) είναι θεμελιώδους σημασίας γιατί είναι απλούστερη και πιο προβλέψιμη από την GBR.

Επειδή στην αισθητική ζώνη ο τύπος IIβ είναι ο συνηθέστερος, με τα εμφυτεύματα να έχουν γωνία με τον άξονα των φυσικών δοντιών, είναι απαραίτητη πλέον η χρήση abutments τύπου dynamic.

Στις περιπτώσεις που χρειάζεται η επιλογή της 3D GBR μπορεί να γίνει μεταξύ dPTFE, πλέγμα τιτανίου ή box τεχνικής. Επειδή η αγγειογένεση είναι ο ακρογωνιαίος λίθος της GBR, η γνώση της διατήρησης της ιδεώδους αιμάτωσης στους κρημνούς είναι πολύ βασική.

Η μορφή και η θέση του μοσχεύματος έχουν μεγάλη σημασία και για να το αποδείξει έδειξε πολλά δικά του περιστατικά του αυτογενή block που αρχικά ενσωματώθηκαν 5 χρόνια, μετά όμως υπέστησαν σχεδόν πλήρη απορρόφηση. Γενικά το τεμαχισμένο είναι καλύτερο από το block γιατί έτσι απελευθερώνονται 43 αυξητικοί παράγοντες.

Σαν δεύτερη επιλογή είναι τα αλλομοσχεύματα mineralized FDBA και DFDBA . Υπάρχει ανάγκη χρήσης των μεμβρανών για σταθεροποίηση και δημιουργία χώρου και στην διαχείριση του βιότυπου για σύσταση για πάχυνση με CTG ή FCTG σε λεπτούς βιότυπους.

Έδειξε επεμβάσεις με ιδεώδη αναπέταση κρημνών α) στην οπίσθια κάτω γνάθο (γλωσσικούς και παρειακούς στην περιοχή του γενειακού) και β) στην περιοχή του ιγμορίου για διαχείριση διατρήσεων της μεμβράνης, ιδιαίτερα στις >6 mm

Ο **F. Marchesani** αναφέρθηκε στην GBR εξαιρετικά απορροφημένων ακρολοφιών, ιδιαίτερα στην κάτω γνάθο, με έμφαση στις κατηγορίες CAWOOD III,IV,V. Για αποφυγή λήψεως μεγάλων λεπτών blocks (Khoury) συνέστησε νέα υλικά (Menoni τεχνική) αλλά και τα ζυγωματικά εμφυτεύματα (στην άνω γνάθο). Μεγάλο πρόβλημα στις ατροφικές κάτω γνάθους αποτελεί ο κίνδυνος κατάγματος.

Γενικά, η εκδήλωση ήταν μια απίστευτη πηγή συστηματικής επιμόρφωσης στο τόσο δύσκολο και απαιτητικό θέμα της GBR και της αποκατάστασης με εμφυτεύματα σε εξαιρετικά δύσκολες περιπτώσεις.

Χρήστος Κωνσταντινίδης

Made in Germany

orangedental
premium innovations
DDI inside

opt–on® 2.7/3.3 TTL

The high end glasses with perfect wearing comfort

- >> 2.7 or 3.3 fold magnification
- >> Wide field of view 75 - 125 mm [2.7 TTL] / 60 - 80 mm [3.3 TTL]
- >> Weight of only 32 g
- >> Unique optics and depth of field
- >> Adjustable working angle and working distance
  etc.

Variable working distance

Flattened geometry of oculars

spot–on® nxt

Light system: High-Light

- >> Light weight of only 7 g
- >> Battery weight of only 85g
- >> Runtime of up to 9 hours
- >> Charging time of only 3 hours

Powerful rechargeable battery

spot–on® cordfree

Light system: Smart-Light

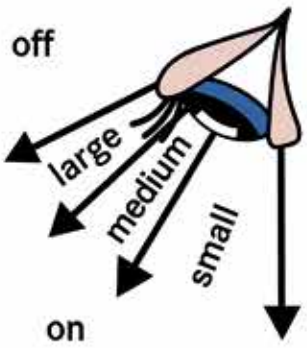
NEW

- >> cordfree = no cables
- >> Total weight of only 18 g
- >> Easy handling via touchbutton
- >> Instant battery change

Working position (head down):
The spot–on®cordfree shines

Work is interrupted (straight head):
The spot–on®cordfree turns off

- >> Light is configurable by tapping: on/off or angle related automatic switch-off (3 levels), increasing energy efficiency + glare protection



Dental Expert - Άννα Ελμάογλου Ε.Π.Ε.

Φειδιππίδου 30, 11527, Αθήνα , Τηλ.: 210 7770739, 210 7770749, Φαξ: 210 7770716, e-mail: anna@dental-expert.gr

Με δυναμική συμμετοχή το 24ο Συμπόσιο Ενδοδοντίας

Έπειτα από δύο χρόνια απουσίας, λόγω της πανδημίας, ο ετήσιος κορυφαίος επιστημονικός θεσμός της Ενδοδοντίας επέστρεψε δυναμικά το Σαββατοκύριακο 22-23 Οκτωβρίου. Το 24ο Συμπόσιο Ενδοδοντίας πραγματοποιήθηκε στο ξενοδοχείο Divani Caravel στην Αθήνα, σημειώνοντας μεγάλη επιτυχία. Είναι χαρακτηριστικό το ότι μεγάλος αριθμός συνέδρων που το παρακολούθησαν δια ζώσης είχε έντονη παρουσία μέχρι και την τελευταία ομιλία.

Ταυτόχρονα, η δυνατότητα της διαδικτυακής παρακολούθησης των εργασιών που υπήρχε στη φετινή διοργάνωση έδωσε την ευκαιρία σε δεκάδες οδοντιάτρους από όλα τα μέρη της Ελλάδας αλλά και από το εξωτερικό να συμμετάσχουν με συγκινητική ανταπόκριση.

Στο πλούσιο επιστημονικό πρόγραμμα, με περισσότερους από 30 ομιλητές, αναλύθηκε ουσιαστικά όλη η «βεντάλια» των θεμάτων του τομέα της Ενδοδοντίας. Ενδεικτικά: Συμβάματα κατά τα διάφορα στάδια της ενδοδοντικής θεραπείας, σύγχρονα υλικά και τεχνικές έμφραξης των ριζικών σωλήνων - κλινικά και ερευνητικά δεδομένα, ενδοπεριοδοντικές βλάβες, διαγνωστική αξιολόγηση και θεραπευτική προσέγγιση δοντιών με ρωγμές και συνοδά συμπτώματα, παράκαμψη θραυσμάτων μικροεργαλείων - εργαλεία και τεχνικές, αναγεννητικές τεχνικές κ.ά.

Το φετινό συμπόσιο ήταν αφιερωμένο στη μνήμη του ιδρυτή της Ελληνικής Εταιρείας Ενδοδοντίας (ΕΕΕ) Σωτήρη Συκαρά και έγινε ειδική μνεία στο πολυσχιδές έργο του εντός και εκτός Ενδοδοντίας και Οδοντιατρικής. Συγκινητική ήταν η ομιλία της καθηγήτριας και προέδρου της ΕΕΕ κ. Μαρίας Γεωργοπούλου κατά την τελετή έναρξης για τον Σωτήρη Συκαρά, στον οποίο αναφέρθηκε ως «Δάσκαλο», πέρα απ' τους άλλους τίτλους που κατείχε ως εξέχων επιστήμονας. Εκεί βρισκόταν όμως και η οικογένεια του Σ. Συκαρά, που άκουσε να μιλούν για εκείνον και το όραμά του με τα πιο θερμά λόγια.

Η ΕΕΕ ανανεώνει το ραντεβού της με την επιστημονική κοινότητα για τις 3 Δεκεμβρίου στην 6η ημερίδα του Ο.Σ.Α., ενώ επόμενος μεγάλος σταθμός θα είναι το Περιφερειακό Συνέδριο Ενδοδοντίας 1-2 Απριλίου 2023 στα Ιωάννινα.

Η πρόεδρος της ΕΕΕ καθηγήτρια κ. Μαρία Γεωργοπούλου κατά τη διάρκεια της ομιλίας της στην τελετή έναρξης.

Στο φωτογραφικό στιγμιότυπο διακρίνουμε από αριστερά τους κ.κ. Μ. Κεράνη, Μ. Γεωργοπούλου, Φ. Πρoύντζο, Μ. Χαμπάζ, Μ. Φλεβοτομά, Χρ. Συκαρά, Ν. Κερεζούδη, Ν. Συκαρά, Αικ. Καραγιάννη, Αθ. Καραγιάννη και Γ. Κωστούρο.

Με ιδιαίτερο ενδιαφέρον παρακολούθησαν τις εργασίες του συμποσίου οι συμμετέχοντες, καθόλη τη διάρκεια τόσο του κατευθυνόμενου προγράμματος, όσο και των πρακτικών σεμιναρίων.

Από αριστερά διακρίνονται οι κ.κ. Γ. Κωστούρος, Α. Ζερβάκη, Α. Πρoύντζος, Μ. Γεωργοπούλου, Γ. Τζανετάκης και Χ. Παπαδοπούλου.

Niflamol®

ΠΕΡΙΛΗΨΗ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΩΝ ΤΟΥ ΠΡΟΪΟΝΤΟΣ

Βοηθήστε να γίνουν τα φάρμακα πιο ασφαλή και Αναφέρετε ΟΛΕΣ τις ανεπιθύμητες ενέργειες για ΟΛΑ τα φάρμακα Συμπληρώνοντας την «ΚΙΤΡΙΝΗ ΚΑΡΤΑ»

Επιστημονική Εκδήλωση στο Ιατρικό Κέντρο Αθηνών: «Παθήσεις του Στόματος»

Την Τετάρτη 19 Οκτωβρίου 2022, στο πλαίσιο του Ετησίου Προγράμματος Συνεχιζόμενης Ιατρικής Επιμόρφωσης 2022-2023 του Ιατρικού Κέντρου Αθηνών, πραγματοποιήθηκε η εκδήλωση με θέμα «Παθήσεις στόματος». Συντονιστής ήταν ο Καθηγητής Στοματολογίας της Ιατρικής Σχολής Πανεπιστημίου Αθηνών, **Γιώργος Λάσκαρης.**

Παρουσιάστηκαν τα θέματα:

- «60 χρόνια Στοματολογία: Διευρύνοντας το φάσμα προς το χώρο της Ιατρικής», ομιλητής: **Γιώργος Λάσκαρης.**
- «Νοσήματα των χειλέων: Ένα συχνό ιατρικό και αισθητικό πρόβλημα. Διάγνωση και θεραπεία»,ομιλήτρια **Μαρίνα Δούκα**, Στοματολόγος - Οδοντίατρος, Υπεύθυνη Στοματολογικού Τμήματος Ιατρικού Κέντρου Αθηνών.

Οι κ.κ. Μαρίνα Δούκα και Γιώργος Λάσκαρης κατά τη διάρκεια της εκδήλωσης.

Την εκδήλωση προλόγισε ο Πρόεδρος του Επιστημονικού Συμβουλίου του Ιατρικού Κέντρου Αθηνών Ομότιμος Καθηγητής **Χ. Δ. Λιάπης.**

Ο κύριος Λιάπης επισήμανε το έλλειμμα γνώσης στην διαχείριση των ασθενών με εκδηλώσεις στο στόμα συστηματικών ή τοπικών νοσημάτων, το οποίο τις τελευταίες δεκαετίες, όπως τόνισε, καλύπτει ολοένα και πληρέστερα η Στοματολογία. Έκανε ιδιαίτερη αναφορά στη συνεισφορά του καθηγητή Γιώργου Λάσκαρη ο οποίος ως «μεταρυθμιστής» -όπως τον χαρακτήρισε- συνέβαλε τόσο σε εθνικό όσο και σε παγκόσμιο επίπεδο καθοριστικά στην θεμελίωση και στην ανάδειξη του επιστημονικού αντικειμένου της Στοματολογίας.

Την ολοκλήρωση των εισηγήσεων ακολούθησε συζήτηση όπου τονίστηκε η ανάγκη συνεργασίας του Στοματολόγου και των ιατρών άλλων ειδικοτήτων προς αμοιβαίο όφελος το οποίο προκύπτει από την αξιοποίηση των γνώσεων αμφότερων στην επίλυση των διαγνωστικών και θεραπευτικών διλημμάτων που προκύπτουν κατά την θεραπευτική αντιμετώπιση των νοσημάτων του στόματος.

Στην εκδήλωση, έχουν συμμετάσχει με φυσική παρουσία και διαδικτυακά πάνω από 100 ιατροί.

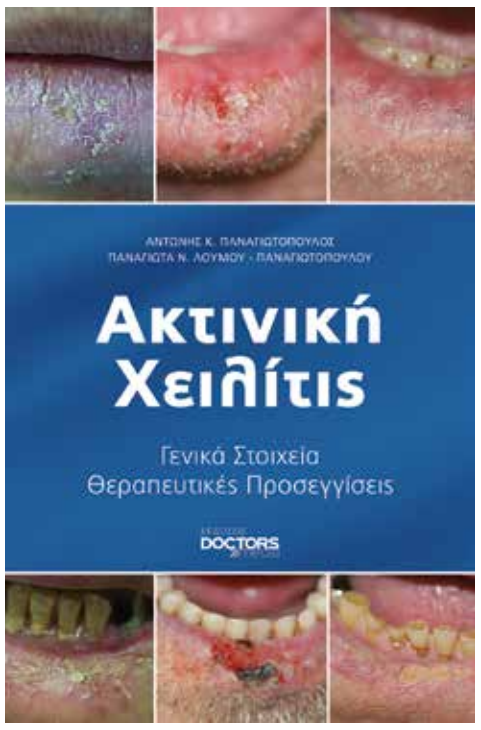
Υπάρχει η δυνατότητα παρακολούθησης της εκδήλωσης διαδικτυακά μέσω του συνδέσμου: https://youtu.be/WZ5fRF2Q1wM

Μαρίνα Δούκα
DDS MSc, Στοματολόγος - Οδοντίατρος,
Υπεύθυνη Στοματολογικού Τμήματος Ιατρικού Κέντρου Αθηνών

ΝΕΑ ΚΥΚΛΟΦΟΡΙΑ

ΑΚΤΙΝΙΚΗ ΧΕΙΛΙΤΙΣ
Γενικά στοιχεία- Θεραπευτικές Προσεγγίσεις

Αντώνιος Κ. Παναγιωτόπουλος
Παναγιώτα Ν. Λούμου-Παναγιωτοπούλου



Το βιβλίο «Ακτινική χειλίτις - Γενικά στοιχεία - Θεραπευτικές Προσεγγίσεις» είναι μια προσπάθεια λεπτομερούς καταγραφής στοιχείων και τρόπων προσεγγίσεως της ειδικής αυτής χειλίτιδας. Παρουσιάζει με πολλές κλινικές εικόνες την πολυμορφία της προκαρκινικής αυτής χειλίτιδας και τονίζει με λεπτομέρειες τα διάφορα κλινικά και ιστολογικά ευρήματα του νοσήματος. Επίσης αναφέρει και προτείνει διάφορες θεραπευτικές παρεμβάσεις.

Αποτελείται από το Γενικό μέρος και το Παράρτημα. Στο Γενικό μέρος παρατίθενται με λεπτομέρεια στοιχεία για την ειδική αυτή χειλίτιδα, ενώ το Παράρτημα μπορεί να χρησιμεύσει ως πρακτικός οδηγός στη διάγνωση και θεραπεία.

Απευθύνεται κυρίως σε Δερματολόγους, αλλά είναι χρήσιμο και σε γιατρούς άλλων ειδικοτήτων π.χ. Στοματολόγους, Οδοντιάτρους, Πλαστικούς Χειρουργούς, Γναθοχειρουργούς.

ΕΚΔΟΣΕΙΣ: **DOCTORS MEDIA**
ΤΙΜΗ: **80 ευρώ**

Προτεραιότητα στην ασφάλεια!
Απλοποιημένη, Αποτελεσματική Απολύμανση
Με Απολυμαντικά MEDIMARK SCIENTIFIC
ΔΩΡΟ

Απολυμαντικά μαντηλάκια
Πακ. 200 τεμ.

Trionic D™
Μαντηλάκια καθαρισμού και απολύμανσης
Ποσότ. 200
για ιατροτεχνολογικά προϊόντα και ιατρικό εξοπλισμό
Βακτηριοκτόνα – Ιοκτόνα – Μυκητοκτόνα – Φυματιοκτόνα

Μαντηλάκια απολύμανσης για ιατροτεχνολογικά προϊόντα
Τα Trionic™D παρέχουν αντιμικροβιακή τεχνολογία ταχείας δράσης, η οποία διαπερνά και αφαιρεί τους ρύπους από την επιφάνεια, απενεργοποιώντας τους ιούς, τα βακτήρια και τους μικροοργανισμούς.
- Αυτή η συσκευασία περιέχει 200 βακτηριοκτόνα, ιοκτόνα, μυκητοκτόνα και φυματιοκτόνα μαντηλάκια με ένα μη αλκοολούχο διάλυμα και χρησιμοποιούνται για τον καθαρισμό και την απολύμανση ιατροτεχνολογικών προϊόντων και ιατρικού εξοπλισμού
- Αποδεδειγμένη αποτελεσματικότητα κατά των βακτηρίων, των μυκήτων και των ιών, μεταξύ των οποίων του MRSA, του HIV, του απλού έρπητα και φυματίωσης
- Δεν περιέχει αλκοόλη, αλδεΰδες, χλώριο, φαινόλες και ολοένια
- Αποτελεσματικό σε καθαρές και ρυπασμένες συνθήκες
- Καθαρίζει και απολυμαίνει – ανατρέξτε στην πίσω πλευρά της ετικέτας για τους κατάλληλους χρόνους επαφής και στον ιστότοπο www.medi-mark.co.uk για πλήρεις πληροφορίες
- Διατίθεται επίσης σε συμπυκνωμένη μορφή ή σπρέι με σκανδάλη ψεκασμού, σε συσκευασία των 5 λίτρων
- Ανατρέξτε στο Δελτίο Δεδομένων Ασφάλειας πριν από τη χρήση

09/2022
DENTALCOM Γ. ΠΑΠΑΖΟΓΛΟΥ Α.Ε.
ΚΑΡΥΟΦΥΛΛΗ 24, ΓΟΥΔΗ, 115 27 ΑΘΗΝΑ
ΤΗΛ.: 210.7775110, 210.7775929 e-mail: sales@dentalcom.gr - www.dentalcom.gr

Υβριδική Επιστημονική Ημερίδα-Καρκίνος του Στόματος

Ημερομηνία & Χώρος Διεξαγωγής:
17 Δεκεμβρίου 2022
Αττικό Νοσοκομείο, Κτήριο Ιατρικής Σχολής Αθηνών Α.Κ.Ι.Σ.Α., Αμφιθέατρο Κ. Δημόπουλος

Διοργάνωση:
Ερευνητικό Πανεπιστημιακό Ινστιτούτο Υγείας Μητέρας Παιδιού & Ιατρικής Ακριβείας
Σε συνεργασία με
Αττικό Νοσοκομείο

Σκοπός της Ημερίδας:
Ο κύριος στόχος της εκδήλωσης είναι η ενημέρωση των συμμετεχόντων ιατρών-οδοντιάτρων, η ενημέρωση της κοινωνίας, προτάσεις προς εθνική επιτροπή στοματικής υγείας (Ε.Ε.Σ.Υ.) και προτάσεις προς κεντρικό συμβούλιο υγείας (Κ.Ε.Σ.Υ.).

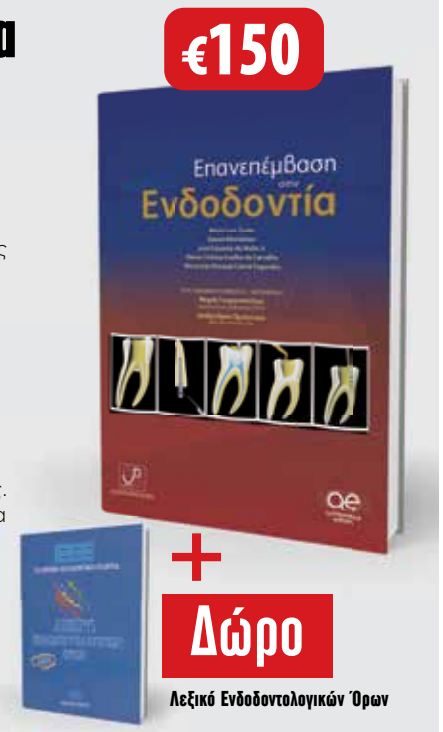
Πληροφορίες-Εγγραφές:
Congress Group
Χατζηκώστα 4, Πλατεία Μαβίλη, 115 21 Αθήνα
Τ: 211 212 6577, 6944 679746
E-mail: info@congressgroup.gr,
Website: www.congressgroup.gr

Επανεπέμβαση στην Ενδοδοντία

Mario Luiz Zuolo, Daniel Kherlakian, José Eduardo de Mello, Jr, Maria Cristina Coelho de Carvalho, and Maria Inês Ranazzi Cabral Fagundes

Επιστημονική επιμέλεια-Μετάφραση:
Μαρία Γεωργοπούλου Καθηγήτρια ΕΚΠΑ
Αλέξανδρος Προύντζος DDS, MSc Ενδοδοντίας

Αυτό το βιβλίο βοηθά τους επαγγελματίες της στοματικής υγείας να περιηγηθούν με επιτυχία σε κάθε στάδιο της ενδοδοντικής επαναθεραπείας ξεκινώντας από την κατανόηση των ενδείξεων για την επανάληψη της θεραπείας και φτάνοντας στην βέλτιστη επανέμφραξη του ριζικού σωλήνα.
Έχοντας την υπογραφή μιας ομάδας έμπειρων ειδικών, αυτό το εξαιρετικό βιβλίο διερευνά τις διάφορες επιλογές και προσεγγίσεις επαναθεραπείας και βασίζεται σε στοιχεία από τη βιβλιογραφία και την εμπειρία από την κλινική πράξη για να κάνει συστάσεις για τα πιο προβλέψιμα πρωτόκολλα και τεχνικές.
Οι συγγραφείς αναλύουν τις παραμέτους για την αρχική επιτυχία στην ενδοδοντική θεραπεία και παρουσιάζουν τα νέα υλικά και εργαλεία, καθώς και τα τεχνολογικά μέσα που είναι διαθέσιμα για την επανάληψη της ενδοδοντικής θεραπείας.
Καλύπτουν τη διαχείριση των επιπλοκών κατά την πρώτη θεραπεία, με έμφαση στη σωστή εκ νέου πρόσβαση στους ριζικούς σωλήνες, ακόμη και όταν αυτοί είναι ενασβεστιωμένοι.



Πρακτικά Μαθήματα Ενδοδοντίας

Donald E. Arens, Alan H. Gluskin, Christine I. Peters, Ove A. Peters
Επιστημονική επιμέλεια: **Γιώργος Ι. Σίσκος** Αναπληρωτής Καθηγητής ΕΚΠΑ
Μετάφραση: **Γιώργος Δ. Κωστούρος** MSc Ενδοδοντίας

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

ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΙΚΟ ΒΗΜΑ
Σκουφά 64, 106 80 Αθήνα, Τηλ. **210 3814 939,** email: odvima@otenet.gr, www. odvima.gr

Διημερίδα στις 26-27 Νοεμβρίου 2022

στο Ίδρυμα Ευγενίδου
από την εταιρεία Dental Expert-Άννα Ελμάογλου ΕΠΕ

BEAUTY & WHITE **Αισθητική Προσθίων**

Σάββατο 26 Νοεμβρίου 2022

9.30-11.00	Μια νέα προσέγγιση στην επιλογή χρώματος για απόλυτα προβλέψιμα αποτελέσματα. Μίνως Σταυριδάκης.
11.00-11.30	Διάλειμμα καφέ
11.30-13.00	Διαστρωμάτωση συνθέτων ρητινών: η επιλογή ανάλογα το κλινικό περιστατικό. Δημήτρης Σπαγόπουλος.
13.00-14.00	Ελαφρύ γεύμα
14.00-15.30	Αντιμετώπιση δυσχρωμιών στην αισθητική ζώνη με άμεσες και έμμεσες τεχνικές. Ανδρέας Σπαβέρας.
15.30-16.00	Διάλειμμα καφέ
16.00-17.30	Πρακτική επίδειξη. Άμεσες αισθητικές αποκαταστάσεις προσθίων δοντιών. Μίνως Σταυριδάκης, Δημήτρης Σπαγόπουλος & Ανδρέας Σπαβέρας.

BEAUTY & WHITE **Λεύκανση**

Κυριακή 27 Νοεμβρίου 2022

9.30-11.00	Λεύκανση Φραγμού. Μίνως Σταυριδάκης.
11.00-11.30	Διάλειμμα καφέ
11.30-13.00	Λεύκανση δυσχρωμικών δοντιών. Μίνως Σταυριδάκης.
13.00-14.00	Ελαφρύ γεύμα
14.00-14.30	Λεύκανση επιφανειακών βλαβών αδαμαντίνης.
14.30-15.30	Πρακτική επίδειξη τεχνικών λεύκανσης. Μίνως Σταυριδάκης.

WHITE DENTAL BEAUTY

optident

Η συμμετοχή είναι **δωρεάν.**

Δήλωση συμμετοχής στα τηλέφωνα της εταιρείας.

Dental Expert - Άννα Ελμάογλου Ε.Π.Ε.
Φειδιππίδου 30, 11527, Γουδή • Τηλ.: 210 7770739, 210 7770749
• Φαξ: 210 7770716 • e-mail: anna@dental-expert.gr

Επιμόρφωση και εκδηλώσεις μνήμης απ' τον Οδοντιατρικό Σύλλογο Μεσσηνίας

Ο πάντοτε δραστήριος Οδοντιατρικός Σύλλογος Μεσσηνίας δεν σταματά να μας εκπλήσσει με την πολυσχιδή παρουσία του όχι μόνο στα της Οδοντιατρικής αλλά και σε ευρύτερα ζητήματα με κοινωνικό αποτύπωμα.

Τελευταίο δείγμα γραφής είνα η ανάδειξη του έργου και της συμβολής του οδοντιάτρου **Χαράλαμπου Σταυρίδη** του Γεωργίου στους πρόσφυγες που κατέφθασαν στην Καλαμάτα το 1922. Πρόκειται γα μια δράση μέσα απ' την οποία ο Ο.Σ. Μεσσηνίας συμβάλλει απ' την πλευρά του στην απόδοση τιμής και μνήμης στα 100 χρόνια που συμπληρώνονται από τη Μικρασιατική Καταστροφή.

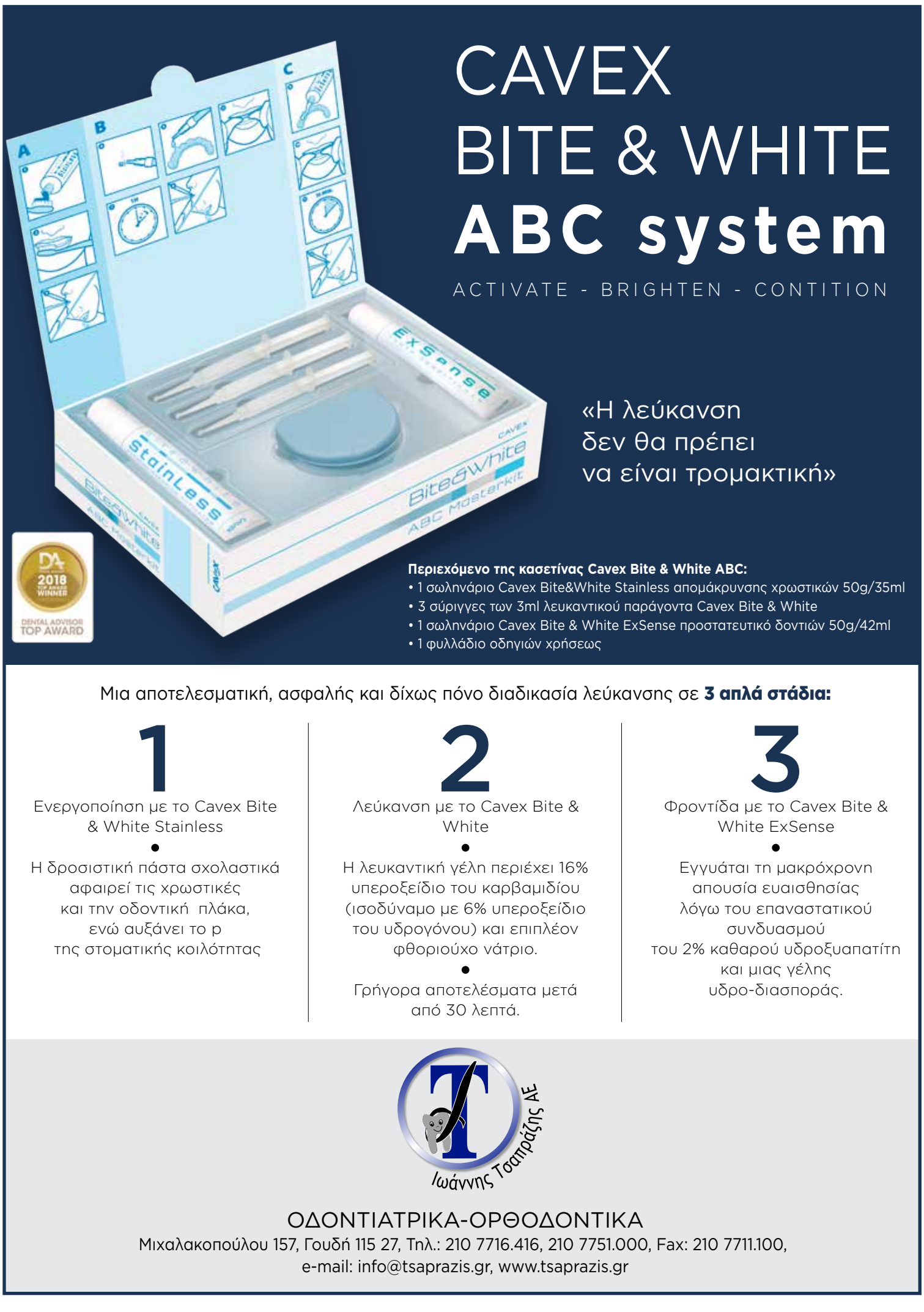
Χαράλαμπος Σταυρίδης

Ο Χαράλαμπος Σταυρίδης ήταν το πρώτο μέλος που εγγράφηκε στο βιβλίο μητρώου του Οδοντιατρικού Συλλόγου Μεσσηνίας. Γεννήθηκε το 1890 στην Αδριανούπολη της Ανατολικής Θράκης, φοίτησε στη Μεγάλη του Γένους Σχολή της Κωνσταντινούπολης και το 1922 έφτασε με το κύμα των προσφύγων στην Ελλάδα. Του δόθηκε η άδεια εξασκήσεως επαγγέλματος έπειτα από παρακολούθηση του Ιατροσυνεδρίου του 1923. Ο Χ. Σταυρίδης αποτελούσε εμβληματική μορφή των προσφύγων της Καλαμάτας και το 1926 ο νεοϊδρυθείς «Σύλλογος εν Καλάμαις Αλύτρωτων Προσφύγων» τον εξέλεξε παμψηφεί για Πρόεδρο, αφού είχε αρχίσει σταυροφορία για να τους εξασφαλίσει υγιεινότερες συνθήκες διαβίωσης.

Πέρα απ' τις κοινωνικές δράσεις βέβαια ο Ο.Σ. Μεσσηνίας δεν πάει πίσω και στο κομμάτι της συνεχούς επιμόρφωσης των οδοντιάτρων, στο οποίο σταθερά δίνει μεγάλη σημασία. Σε αυτό το πλαίσιο διοργάνωσε

Με επιτυχία ολοκληρώθηκε η επιστημονική διημερίδα του Ο.Σ. Μεσσηνίας

(9-10 Απριλίου, στο ξενοδοχείο REX στην Καλαμάτα) άλλη μια επιτυχημένη διημερίδα με θέμα: Ενδοδοντία (μηχανοκίνητα συστήματα) και Οδοντική Χειρουργική (προκατασκευασμένες όψεις ρητίνης), με θεωρητικό και δύο πρακτικά μέρη. Οι συμμετέχοντες δήλωσαν πολύ ικανοποιημένοι τόσο από το επιστημονικό πρόγραμμα του σεμιναρίου όσο και από τις ομιλίες-παρουσιάσεις των ομιλητών, **Αντώνη Χανιώτη** (οδοντιάτρου με ειδίκευση στην Ενδοδοντία) και **Ηλία Λιάπη** (οδοντιάτρου).



ΠΕΡΙΕΜΦΥΤΕΥΜΑΤΙΤΙΔΑ

από τη Διάγνωση στην Αντιμετώπιση

ΙΩΑΝΝΗΣ Κ. ΚΑΡΟΥΣΗΣ
ΑΝΑΠΛΗΡΩΤΗΣ ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ ΠΕΡΙΟΔΟΝΤΟΛΟΓΙΑΣ
ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟΥ ΑΘΗΝΩΝ

Συνεργασία
Δρ. **ΠΑΝΑΓΙΩΤΑ Ε. ΝΤΟΚΟΥ**
ΠΕΡΙΟΔΟΝΤΟΛΟΓΟΣ

Το βιβλίο αυτό αποτελεί μια μονογραφία
στο πολύ ενδιαφέρον και επίκαιρο θέμα
της περιεμφυτευματίτιδας,
το οποίο απασχολεί έντονα την Οδοντιατρική κοινότητα
σε διεθνές επίπεδο.
Ο συγγραφέας, Αναπληρωτής Καθηγητής
του Εργαστηρίου Περιοδοντολογίας της Οδοντιατρικής
Σχολής ΕΚΠΑ, Ιωάννης Κ. Καρούσης
προσεγγίζει το θέμα
της περιεμφυτευματικής παθολογίας
μέσα από την εικοσαετή εμπειρία
και ενασχόλησή του σε κλινικό και ερευνητικό επίπεδο
και παραθέτει το σύνολο των πληροφοριών
που πρέπει να γνωρίζει ο φοιτητής και ο Οδοντίατρος,
είτε γενικός είτε εξειδικευμένος
για το πολύ σύγχρονο αυτό ζήτημα το οποίο αφορά
εκατομμύρια ασθενείς σε παγκόσμια κλίμακα.
Η συγγραφή, έγινε με τη συνεργασία
της Περιοδοντολόγου, αποφοίτου του Μεταπτυχιακού
Προγράμματος Περιοδοντολογίας
της Οδοντιατρικής Σχολής ΕΚΠΑ,
Δρ. Παναγιώτας Ντόκου.

ΕΚΔΟΣΗ: 2020 • ΣΕΛΙΔΕΣ: 500 • ΦΩΤΟΓΡΑΦΙΕΣ: 1.180

ΤΙΜΗ: €140

SCAN ME

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

1. Ανατομία περιοδοντικών και περιεμφυτευματικών ιστών
2. Επούλωση των περιεμφυτευματικών ιστών μετά την τοποθέτηση των εμφυτευμάτων
3. Ταξινόμηση των περιεμφυτευματικών νόσων
4. Αιτιολογικός παράγοντας και παράγοντες κινδύνου για την εγκατάσταση περιεμφυτευματικών νόσων
5. Επιδημιολογία περιεμφυτευματικών νόσων
6. Επιτυχία και επιβίωση των εμφυτευμάτων
7. Διάγνωση των περιεμφυτευματικών νόσων
8. Θεραπευτική αντιμετώπιση των περιεμφυτευματικών νόσων. Αθροιστική παρεμβατική υποστηρικτική θεραπεία
9. Φάση ελέγχου της φλεγμονής
10. Ταξινόμηση των περιεμφυτευματικών οστικών βλαβών
11. Φάση αποκατάστασης των βλαβών: Ανοικτή απομάκρυνση εναποθέσεων - Δημιουργία νέας πρόσφυσης με τη βοήθεια laser - Αφαιρετικές τεχνικές
12. Φάση αποκατάστασης των βλαβών: Αναπλαστικές τεχνικές
13. Αποκαταστατική χειρουργική μαλακών ιστών
14. Αποτελεσματικότητα της περιεμφυτευματικής θεραπείας
15. Εξαγωγή εμφυτεύματος
16. Εφαρμογές laser στη θεραπεία της περιεμφυτευματίτιδας
17. Διατήρηση του θεραπευτικού αποτελέσματος σε ασθενείς με εμφυτεύματα
18. Διάβρωση του τιτανίου και περιεμφυτευματικές βλάβες που οφείλονται σε αυτή
19. Βιβλιογραφικές παραπομπές
20. Ευρετήριο

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

Η επιτυχημένη ημερίδα του Ο.Σ. Κορινθίας με τον Κ. Τολίδη και το ταξίδι γνώσης στη Ρώμη

Για άλλη μια φορά ο Οδοντιατρικός Σύλλογος Κορινθίας έδωσε δυναμικό «παρών» μέσα απ' τις εκπαιδευτικές του δράσεις.

Πιο πρόσφατα, το Σάββατο 22 Οκτωβρίου, διοργάνωσε με μεγάλη επιτυχία επιστημονική ημερίδα με θέμα «Έμμεσες Αισθητικές αποκαταστάσεις» και εισηγητή τόσο στο θεωρητικό όσο και στο πρακτικό μέρος τον καθηγητή του ΑΠΘ **Κοσμά Τολίδη**.

Η ημερίδα συγκέντρωσε υψηλή συμμετοχή και ενδιαφέρον απ' τους οδοντιάτρους της Κορινθίας, όπως αποτυπώθηκε απ' την κατάμεστη αίθουσα εκδηλώσεων του Φαρμακευτικού - Ιατρικού Συλλόγου Κορινθίας.

Στην εκδήλωση παραβρέθηκαν και απηύθυναν χαιρετισμό η Πρόεδρος του Φαρμακευτικού Συλλόγου Κορινθίας **Σοφία Κλοκώνη** και ο επανεκλεγείς Πρόεδρος του Ιατρικού Συλλόγου **Χρυσοβαλάντης Μέλλος.**

Μεγάλη η συμμετοχή τόσο στο θεωρητικό, όσο και στο πρακτικό μέρος της ημερίδας.

Απ' την πλευρά του ο κ. Τολίδης ευχαρίστησε με θερμά λόγια τον Ο.Σ. Κορινθίας, τον πρόεδρο του ΟΣΚ **Επαμεινώνδα Κατσούλα** και τα μέλη του ΔΣ για την τιμή που του έκαναν αλλά και για την άψογη οργάνωση και φιλοξενία.

Ταξιδι στη Ρώμη

Η ημερίδα αυτή όμως δεν ήταν η μοναδική εκπαιδευτική δράση του ΟΣΚ για το τελευταίο χρονικό διάστημα. Πρωτοπόρος στη διοργάνωση επιστημονικών εκδηλώσεων στην Ελλάδα αλλά και στο εξωτερικό, μετά τις επιτυχημένες εκδρομές στο Βουκουρέστι και το Βελιγράδι, ο ΟΣΚ διοργάνωσε άλλη μία σημαντική επίσκεψη στη Ρώμη (από 27/9 έως 1/10/2022) συνδυάζοντας αρμονικά αναψυχή και επιμόρφωση.

Περιήγηση στα αξιοθέατα της Ρώμης.

Οι συμμετέχοντες οδοντίατροι είχαν την ευκαιρία να παρακολουθήσουν επιστημονική ημερίδα που πραγματοποιήθηκε στις 28/9/2022, στο Οδοντιατρικό Τμήμα της Ιατρικής Σχολής του Καθολικού Πανεπιστημίου της Ρώμης (Università Cattolica del Sacro Cuore) με θέμα: «Η αποκατάσταση του ενδοδοντικά θεραπευμένου δοντιού».

Εισηγητής ήταν ο καθηγητής Επανορθωτικής Οδοντιατρικής **Βασίλειος Καΐτσας**, ο οποίος με απλό και κατανοητό τρόπο ανέπτυξε πολύπλευρα το θέμα της ημερίδας δίνοντας απαντήσεις σε καθημερινά προβλήματα που αντιμετωπίζει ο οδοντίατρος σχετικά με τη σωστή επιλογή των υλικών και τις ενδείξεις χρήσης τους.

Ο καθηγητής κ. Β. Καΐτσας μαζί με την αντιπρόεδρο του ΟΣΚ κ. Κ. Παπαγεωργίου και τον πρόεδρο κ. Επ. Κατσούλα.

Ο Πρόεδρος του ΟΣΚ κ. **Επ. Κατσούλας** απένειμε τιμητικό δίπλωμα στον Κορινθιακής καταγωγής καθηγητή Β. Καΐτσα, ενώ οι οδοντίατροι που μετείχαν στην επιστημονική εκδήλωση παρέλαβαν πιστοποιητικό παρακολούθησης από το τμήμα Αποκαταστατικής Οδοντιατρικής του Καθολικού Πανεπιστημίου της Ρώμης.

Η ομάδα των οδοντιάτρων έξω από το Καθολικό Πανεπιστήμιο της Ρώμης

OSSIX® by DentsplySirona
Healthy Practices. Healthy Smiles

Η μόνη μεμβράνη που οστεοποιείται
- Προστατεύει το πεδίο για 4-6 μήνες
- Αντοχή στην αποδόμηση, εάν εκτεθεί, για 3 με 5 εβδομάδες
- Εξαιρετικός χειρισμός, προσαρμόζεται στα ελλείμματα και προσκολλάται πολύ καλά στους ιστούς
- Διαστέλλεται ελαφρά κατά την ενυδάτωση
- Πυκνής σύστασης
- Πάχος 0,2mm

Το μόνο ικρίωμα που οστεοποιείται
- Παχύ (2mm), διαστέλλεται όταν διαβραχεί
- Εξαίρετος χειρισμός, φιλικό προς τον χρήστη, προσαρμόζεται και προσκολλάται στο οστό
- Οστεοποιείται (η διαδικασία ξεκινά μετά από ένα μήνα)
- Διατηρεί τον όγκο

Μόσχευμα διατήρησης χώρου
- Μικροσφαιρίδια υδροξυαπατίτη
- Παραγωγή πραγματικού οστού
- Δεν αφήνει υπολείμματα
- Μπορεί να χρησιμοποιηθεί χωρίς μόσχευμα (σε μερικές περιπτώσεις)
- Πρέπει να ενυδατωθεί με το αίμα του ασθενούς

Pure type porcine tendon-based collagen | Sugar cross-linked | Convenient Handling

Ενδεικτικές Χρήσεις
- GBR & GTR
- Περιπτώσεις όπου υπάρχει υψηλός κίνδυνος έκθεσης, ή όταν η συρραφή κατά πρώτο σκοπό δεν μπορεί να επιτευχθεί 100%

Ενδεικτικές Χρήσεις
- Απώλεια παρειακού οστού
- Περιεμφυτευματικές υφηζίσεις
- Χρήση ικριώματος σε διαδικασία GBR και απόδοση όγκου στην αισθητική ζώνη

Ενδεικτικές Χρήσεις
- Διατήρηση μετεξακτικού φατνίου
- Ανύψωση ιγμορείου
- Ανάπλαση κάθετη/κατά πλάτος (σε συνδυασμό με OSSIX Plus), προτείνεται περιο-οστική σταθεροποίηση

Δ.ΜΑΥΡΑΕΙΔΟΠΟΥΛΟΣ Α.Ε.
ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΙΚΑ ΕΙΔΗ
ΤΖΩΡΤΖ 12, ΑΘΗΝΑ 106-77, τηλ.: 210 3830432, 210 3837334
e-mail: mavraid@otenet.gr, www.mavraidopoulos.gr

Dentsply Sirona | datum dental

Αθήνα 21.10.2022
Αριθ. Πρωτ.: 2/67

Οφειλόμενη Επιστολή-Απάντηση του Δ.Σ. του ΟΟΛΚ

στο ερώτημα κυρίως των συναδέλφων μας
στο γιατί δεν πραγματοποιήθηκε εφέτος η καλλιτεχνική παρουσία του Ομίλου στο 40ο Πανελλήνιο Οδοντιατρικό Συνέδριο

Προς
- Το Διοικητικό Συμβούλιο της Ελληνικής Οδοντιατρικής Ομοσπονδίας
- Τα μέλη του Ομίλου Οδοντιάτρων Λογοτεχνών Καλλιτεχνών

Αγαπητοί συνάδελφοι,

Είναι γνωστό ότι αρκετοί συνάδελφοι Οδοντίατροι, οδοντοτεχνίτες και απασχολούμενοι στον ευρύτερο επαγγελματικό χώρο της Οδοντιατρικής, δραστηριοποιούνται και σε καλλιτεχνικό επίπεδο.

Καλλιτεχνικές δημιουργίες μεμονωμένων συναδέλφων μας παρουσιάζονταν, σχεδόν ανελλιπώς, στα Πανελλήνια Οδοντιατρικά Συνέδρια της Ε.Ο.Ο., μετά από πρόσκληση της Οργανωτικής Επιτροπής των Συνεδρίων.

Επίσης, έργα Οδοντιάτρων καλλιτεχνών κοσμούν τους χώρους των Οδοντιατρικών Σχολών Θεσσαλονίκης και Αθήνας, καθώς και τα γραφεία της Ελληνικής Οδοντιατρικής Ομοσπονδίας και Οδοντιατρικού Συλλόγου Αττικής.

Μετά το 2014, με την ίδρυση του Ομίλου Οδοντιάτρων Λογοτεχνών Καλλιτεχνών αυτοί οι συνάδελφοι-καλλιτέχνες εντάχθηκαν στον Όμιλό μας, μια θεσμοθετημένη, πλέον, λογο-καλλιτεχνική συλλογικότητα της Οδοντιατρικής.

Είμαστε βέβαιοι ότι γνωρίζετε τις πολλαπλές δράσεις του Ομίλου, κατά τη διάρκεια της οκτάχρονης πορείας μας.

Παρά τις δυσκολίες και πάντα με δική μας πρωτοβουλία, συμμετείχαμε σε όλα τα ΠΟΣ από το 2015, διοργανώνοντας εκθέσεις Βιβλίου και Εικαστικών έργων των μελών μας.

Δυστυχώς για εμάς, εξαίρεση αποτέλεσε το φετινό ΠΟΣ, το επετειακό 40ο.

Όπως πολύ καλά γνωρίζετε, από τη πλευρά μας, έγινε ότι ήταν δυνατόν, για να δηλώσουμε την επιθυμία μας, για τη συμμετοχή του Ομίλου στο συνέδριο, ακόμα και με τηλεφωνική επαφή του Προέδρου του ΟΟΛΚ με τον Πρόεδρο και την Γ. Γραμματέα της ΕΟΟ.

Έμενε απλώς να συζητηθεί στην Οργανωτική Επιτροπή του Συνεδρίου και παρά τις όποιες διαβεβαιώσεις περί συμμετοχής μας, δεν προσκληθήκαμε ποτέ.

Από την μεριά μας όμως, λόγω του ότι για μια τέτοια συμμετοχή απαιτείται έγκαιρη προετοιμασία, υπευθυνότητα και οργάνωση, ενημερώσαμε αμέσως τα μέλη μας.

Μέχρι σήμερα καμιά επίσημη απάντηση από την ΕΟΟ δεν έχουμε, για τον αποκλεισμό μας από το συνέδριο.

Εκ των υστέρων, μετά τη λήξη του Συνεδρίου, πληροφορηθήκαμε ότι όλοι οι διαθέσιμοι χώροι δόθηκαν για τα περίπτερα των εμπόρων και δεν περίσσεψαν.

Καμιά, λοιπόν, ευθύνη δε βαραίνει τον Όμιλό μας, για τη μη παρουσία του στο φετινό 40ο ΠΟΣ.

Από τη δική σας την πλευρά, αν άλλοι είναι οι λόγοι που σας οδηγούν στο να μη θέλετε να εμφανίζεται η καλλιτεχνική πλευρά των συναδέλφων, οφείλετε τουλάχιστον να ενημερώσετε τους συνάδελφους οδοντιάτρους , αλλά κι εμάς. Και τότε ασφαλώς θα σταματήσουν οι προχειρότητες της τελευταίας στιγμής του στυλ «φέρτε μερικούς πίνακες κι εμείς θα τους βολέψουμε».

Όπως αντιλαμβάνεστε αυτά δεν μπορούν να γίνουν αποδεκτά. Αντίθετα, πιστεύουμε ότι έχετε υποχρέωση να υποστηρίζετε τις λογο-καλλιτεχνικές δράσεις του Ομίλου μας, προς όφελος του κλάδου μας και κατ' επέκταση της κοινωνίας.

Εμείς το θέλουμε, αν το θέλετε κι εσείς, δεν έχετε παρά να μας καλέσετε να θέσουμε το πλαίσιο και τότε να είστε βέβαιοι ότι τα οφέλη της επιτυχίας θα είναι δεδομένα και θα φθάνουν σε όλους.

Με εκτίμηση
Γεράσιμος Δουβίτσας
Πρόεδρος ΟΟΛΚ

Επαγγελματικοί Κίνδυνοι & Εργονομία στην Οδοντιατρική

Χρήστος Κ. Κωνσταντινίδης, Οδοντίατρος - M.Sc. Προσθετολογίας (Bristol Univ.)

Η πλειοψηφία των οδοντιάτρων φαίνεται στις περισσότερες σχετικές μελέτες ότι έχουν κάποιου βαθμού ιατρικό πρόβλημα λόγω της εργασίας. Ο σύγχρονος οδοντίατρος μάλιστα, με την ραγδαία εξέλιξη της οδοντιατρικής διαχειρίζεται πιο δύσκολα, πιο απαιτητικά και πιο στρεσσογόνα περιστατικά και μάλιστα σύμφωνα με τελευταίες έρευνες συνταξιοδοτείται σε ολοένα και μεγαλύτερη ηλικία. Όλες αυτές οι παράμετροι δημιουργούν πρόσθετη καταπόνηση και κινδύνους για την υγεία μας, με συνέπειες που κάποιες φορές μας οδηγούν σε προσωρινή απουσία, ή και μόνιμη διακοπή από το αγαπημένο μας επάγγελμα.

Το βιβλίο αυτό στο **πρώτο μέρος** είναι μια πρώτη επαφή του οδοντιάτρου με τους εργασιακούς κινδύνους που διατρέχουμε έτσι ώστε να τους προλάβει ή να τους περιορίσει και στην χειρότερη περίπτωση να γνωρίζει πώς να τους θεραπεύσει.

Στο **δεύτερο μέρος** η ενσωμάτωση της νέας συνεχώς εξελισσόμενης επιστήμης της Εργονομίας, θα βοηθήσει στην μείωση των προβλημάτων αλλά και στην αυξημένη παραγωγικότητα και πιό ποιοτική εργασία.

Στο βιβλίο αυτό περιλαμβάνεται η γνώση και η εμπειρία από διάφορα σχετικά γνωστικά αντικείμενα και το αποτέλεσμα οφείλεται στην συνεργασία πολλών και εξαιρετικών ειδικών του κάθε χώρου.

ΕΚΔΟΣΗ: 2022 • ΣΕΛΙΔΕΣ: 290 **ΤΙΜΗ: €90**

Στην τιμή περιλαμβάνονται τα έξοδα αποστολής και ο ΦΠΑ

ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΙΚΟ ΒΗΜΑ

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

ΒΙΒΛΙΟΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ

«Επαγγελματικοί Κίνδυνοι και Εργονομία στην Οδοντιατρική»

του Χρήστου Κωνσταντινίδη

Τον Χρήστο Κ. τον γνωρίζω πάνω από τρεις δεκαετίες ως συνεργάτη αλλά και φίλο από τότε που επέστρεψε από το μεταπτυχιακό του στο Λονδίνο. Ήταν η χρονιά που ξεκινούσαμε στην Ελλάδα τα οστεοσωματούμενα εμφυτεύματα. Το 1991 σε διεθνές συμπόσιο εμφυτευμάτων στην Γερμανία όπου συμμετείχαν και 35 Έλληνες οδοντίατροι ο Χρήστος Κ. μαζί με τον Στέφανο Κούρτη σε ειδική καμπίνα που χορήγησε τα συνέδριο, μετέφρασαν στα ελληνικά τα του συνεδρίου. Για τα τότε δεδομένα ήταν ένας ηράκλειος άθλος.

Στη συνέχεια ο Χρήστος Κ. μαζί με τον Στέφανο Κούρτη, τον Θανάση τον Μάγγο και τον Γιώργο Μαστοράκη από την Σητεία θα συμμετέχουν στην εκπαιδευτική ομάδα εμφυτευμάτων που ηγείτο ο αείμνηστος Στράτος Ωραιόπουλος. Παράλληλα ο Χρήστος Κ. από τότε είναι αφοσιωμένος στο ιδιωτικό του ιατρείο, εργασιομανής αλλά και ανήσυχο πνεύμα. Συμμετέχει και παρακολουθεί τα συνέδρια του ενδιαφέροντός του εντός και εκτός Ελλάδας και στη συνέχεια ότι νέο και ενδιαφέρον έχει προκύψει θα τα μεταφέρει στον οδοντιατρικό τύπο. Παράλληλα παρουσιάζει και ο ίδιος δικές του κλινικές εργασίες.

Παθών αλλά και μαθών καταγράφει τις δικές του προσωπικές κλινικές εμπειρίες αλλά και εμπειρίες συναδέλφων και αφού συμβουλευτεί και την διεθνή βιβλιογραφία θα εκπονήσει ένα χρηστικό βιβλίο, χρήσιμο για κάθε κλινικό οδοντίατρο αλλά κυρίως για τον νέο οδοντίατρο που στο ξεκίνημα του θα προστατευτεί από τυχόν λάθη πχ. (στην εργονομία, τον φωτισμό του χώρου κλπ). Στο εικονογραφημένο βιβλίο των 270 σελίδων ο κλινικός οδοντίατρος θα εντοπίσει πολλά προβλήματα που αφορούν την υγεία των κλινικών οδοντιάτρων που αντιμετωπίζει ο ίδιος στην καθημερινότητά του, όπως τα μυοσκελετικά προβλήματα της σπονδυλικής στήλης και των άκρων, της όρασης, των μολύνσεων και δηλητηριάσεων στο οδοντιατρείο, τις δερματικές αλλεργίες, την ηχορύπανση, προβλήματα στο καρδιακό σύστημα αλλά και του καθημερινού στρες (αρρώστια της εποχή μας). Παράλληλα προτείνει και λύσεις όπως την εργονομία του χώρου, την σωστή θέση της έδρας και του καθίσματος του οδοντιάτρου, η σωστή στάση του σώματος, τα διαλείμματα και οι ασκήσεις για την αντιμετώπιση του άγχους. Εν ολίγοις χρήσιμες πληροφορίες για τον κάθε Έλληνα κλινικό οδοντίατρο.

Ένα εγχειρίδιο που μπορεί να χρησιμοποιηθεί και από τον πανεπιστημιακό διδακτικό χώρο στους νέους υποψήφιους οδοντιάτρους. Του εύχομαι από καρδιάς να είναι καλοτάξιδο.

Δημήτρης Μαυραειδόπουλος

EY RETREAT 2
Το πρώτο συνέδριο ανθεκτικότητας για επαγγελματίες υγείας

Αισθάνεσαι πιεσμένος, αγχωμένος, κουρασμένος από την εργασία σου στο νοσοκομείο, την κλινική, το ιατρείο;

Αισθάνεσαι ότι πνίγεσαι εξυπηρετώντας συνεχώς ανθρώπους χωρίς διάλειμμα ή επαρκή ξεκούραση;

Μήπως είσαι διαρκώς αγχωμένος ότι δεν τα προλαβαίνεις όλα;

Σκέφτεσαι κάποιες φορές ότι ίσως έχεις ειλικρινά παραμελήσει τη δική σου προσωπική ζωή?

Έχεις αναλογιστεί ότι αν δεν είσαι εσύ καλά δεν θα είναι και οι ασθενείς σου;

Θα ήθελες να βιώνεις μεγαλύτερη χαρά και ικανοποίηση στην εργασία σου;

Θα ήθελες να μετέχεις σε ένα δίκτυο συναδέλφων με ολιστική φιλοσοφία που γνωρίζουν πως να προσέχουν πρώτα τον εαυτό τους ώστε να προσέχουν καλύτερα τους άλλους;

Θα σου άρεσε να καλλιεργήσεις μία αποτελεσματική δικτύωση με συναδέλφους που στόχος τους είναι η αριστεία στις δομές υγείας μέσα από την εφαρμογή ενός προσωπικού πρωτοκόλλου που χαρίζει ευεξία και γαλήνη ακόμα και σε αγχωτικά περιβάλλοντα;

Σε περιμένουμε **18-20 Νοεμβρίου 2022,** στον υπέροχο χώρο του ξενοδοχείου **Domotel Kastri** στην Αθήνα, για να μοιραστούμε ένα επιστημονικά τεκμηριωμένο πρωτόκολλο «πρώτων βοηθειών» υγείας, χαλάρωσης και άσκησης σώματος, νου και ψυχής για επαγγελματίες υγείας.

Για πρώτη φορά ένα EY Retreat για επαγγελματίες υγείας! Επειδή η υγεία σας είναι η υγεία μας!

Εκπαιδευτές:

Δρ **Αντωνιάδου Μαρία** (Επίκουρη καθηγήτρια Οδοντιατρικής, ΕΚΠΑ, ιδρύτρια της Coaching Spirit Gallery, ACSTH by ICF and Ac accredited Coach), Δρ **Αλεξάνδρα Ευθυμιάδου** (PhD σε Human Resource Development, διευθύνει την nlpgreece®), **Χριστίνα Αντωνιάδου** (πιστοποιημένη ηχοθεραπεύτρια, British Academy of Sound Therapy-BAST, μέλος του Διεθνούς Συνδέσμου Θεραπευτικού Ήχου (International Therapeutic Sound Association), **Θεοδώρα Καλογεράκου,** Αθλητική Επιστήμονας (MSc, PhD cand., ερευνήτρια και Απόφοιτος Φυσικής Αγωγής και Αθλητισμού ΑΠΘ με ειδίκευση στην άσκηση σε χρόνια νοσήματα, στο γηριατρικό πληθυσμό, στην εφαρμογή του μεσογειακού τρόπου ζωής και τη δημόσια υγεία), **Μαργαρίτα Οκτωράτου** (διαιτολόγος, διατροφολόγος, εξειδίκευση στην Μεταβολομική, πιστοποιημένη NLP Coach), **Δήμητρα Αλεξανδρή** (πτυχιούχος Τμήματος Επιστήμης Διαιτολογίας και Διατροφής του Χαροκόπειου Πανεπιστημίου Αθηνών και του Τμήματος Νοσηλευτικής Σχολής Αθηνών, MSc στη Διατροφή, τη Δημόσια Υγεία και τις Πολιτικές του Γεωπονικού Πανεπιστημίου Αθηνών και πιστοποιημένη NLP Master Practitioner).

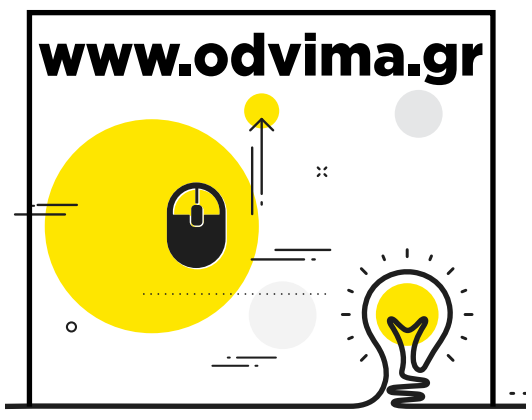
Early bird εγγραφή μέχρι
10 Νοεμβρίου 2022: **399 ευρώ**
https://youngspirit-gallery.com/euretreat/
Κόστος συμμετοχής μετά τις 10 Νοεμβρίου 2022: 450 ευρώ*

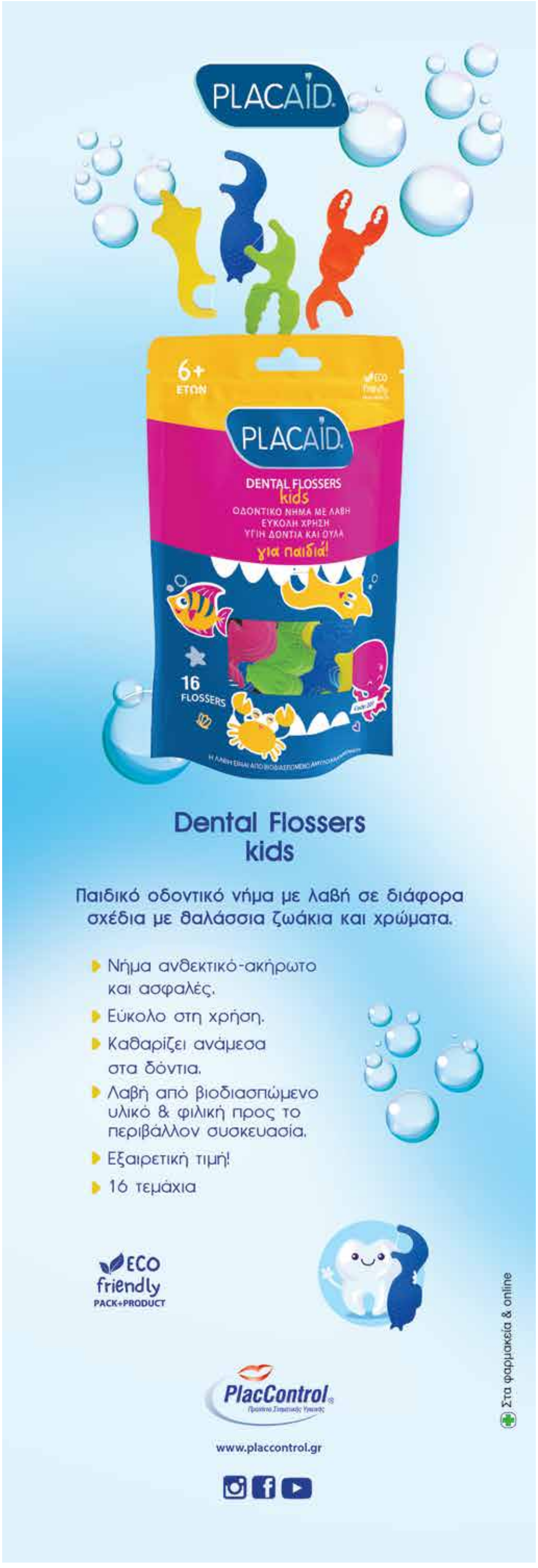
*Στο κόστος συμμετοχής περιλαμβάνεται η παρακολούθηση όλων των σεμιναρίων από Παρασκευή εώς Κυριακή (30 ώρες), το εκπαιδευτικό υλικό, το πιστοποιητικό παρακολούθησης και τα ειδικής διατροφικής αξίας γεύματα (ημιδιατροφή). Ομάδες συμμετεχόντων άνω των 3 ατόμων θα λάβουν την τιμή του early bird ακόμα και μετά τις 10/11.

Όλοι οι συμμετέχοντες θα κερδίσουν ειδικά εκπτωτικά προνόμια στα μελλοντικά mastermind σεμινάρια των συνδιοργανωτών (Coaching Spirit Gallery_dr Μαρία Αντωνιάδου, Επίκουρη Καθηγήτρια, Τμήμα Οδοντιατρικής ΕΚΠΑ, nlpgreece_dr Αλεξάνδρα Ευθυμιάδου, SoundQuest_Χριστίνα Αντωνιάδου, BMus, MMus, LRAM).

Για να γίνουν σωστά και διαδραστικά τα παραπάνω υπάρχει αυστηρά περιορισμένος αριθμός συμμετεχόντων.

Πληροφορίες
στο info@youngspirit-gallery.com
και στο 6937257578





Αναύγειες Λόγου και Τέχνης

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

Σύγχρονοι Έλληνες Ποιητές 18

Δημήτρης Κρανιώτης

Ο Δημήτρης Π. Κρανιώτης γεννήθηκε το 1966. Κατάγεται από το Στόμιο Λάρισας, όπου μεγάλωσε. Σπούδασε Ιατρική στο Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης. Ζει στη Λάρισα κι εργάζεται ως ιατρός ειδικός παθολόγος. Έχει εκδώσει εννέα ποιητικές συλλογές στην Ελλάδα και στο εξωτερικό: «Ίχνη» (1985), «Πήλινα Πρόσωπα» (1992), «Νοητή Γραμμή» (2005), «Dunes-Dune» («Θίνες», Ρουμανία 2007), «Ενδόγραμμα» (εκδ. Μαλλιάρης Παιδεία 2010), «Edda» («Έδδα», Ρουμανία 2010), «Iluzione» («Ψευδαισθήσεις», Ρουμανία 2010), «Foglie Vocali» («Φύλλα Φωνήεντα», Ιταλία 2017) και «Γραβάτα Δημοσίας Αιδούς» (εκδ. Κέδρος 2018).

Το 2011 επιμελήθηκε κι εξέδωσε την ποιητική ανθολογία στα αγγλικά "World Poetry 2011" (205 ποιητές από 65 χώρες). Ποιήματά του έχουν μεταφραστεί σε 25 γλώσσες και έχουν δημοσιευτεί σε διάφορες χώρες του κόσμου, ενώ έχει συμμετάσχει σε αρκετά Διεθνή Φεστιβάλ Ποίησης στο εξωτερικό. Το 2011 διοργανώθηκε υπό την προεδρία του το 22ο Παγκόσμιο Συνέδριο Ποιητών στη Λάρισα, όπου επίσης ίδρυσε και διοργάνωσε το 1ο Μεσογειακό Φεστιβάλ Ποίησης. Είναι μέλος της Εταιρείας Ελλήνων Λογοτεχνών, της Εθνικής Εταιρείας Ελλήνων Λογοτεχνών και διετέλεσε μέλος της συντακτικής επιτροπής του λογοτεχνικού περιοδικού «Γραφή».

Στο διαδίκτυο επιμελείται τον ιστότοπο «poetics.gr» [Τετράδιο Ποίησης]: http://greekpoetics.blogspot.com

ΓΡΑΒΑΤΑ ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΑΙΔΟΥΣ

Άρχισα να ξηλώνω
τα ρούχα μου,
ώσπου έμεινα γυμνός
στη μέση του πουθενά
φωνάζοντας
σε μια γλώσσα άγνωστη
(έτσι κι αλλιώς
ποιος θα με καταλάβαινε;)
με δεν με συνέλαβαν
για προσβολή δημοσίας αιδούς.
Για να σταματήσω τις φωνές
με κέρασαν αψέντι
και μ' έντυσαν στην τρίχα,
όμως τα κορδόνια μου
δεν ταίριαζαν
με τη γραβάτα τους.
Δεν άφησα ρέστα
για πουρμπουάρ.
Δεν σκόνταψα διαγωνίως.

ΟΙ ΦΟΒΟΣ ΤΟΥ ΠΟΙΗΤΗ ΠΡΙΝ ΤΟ ΠΕΝΑΛΤΙ

Μην πετάς εγκλήματα
Χωρίς όρκους αθωότητας
Στο κουρασμένο μολύβι μου

Δεν μπορώ
Άλλα ποιήματα να σβήσω
Για να φανώ γενναίος

Δηλώνω έντρομος μπρος στο πέναλτι
Της τελευταίας σελίδας
Που δεν πρέπει να χάσω

Κι εσύ εκεί
Περιμένοντας την ήττα μου
Διαβάζεις δοκίμια
Για το θάρρος

ΠΟΙΗΜΑΤΑ ΣΤΟ ΑΝΤΙΘΕΤΟ ΡΕΥΜΑ

Φιλιά δεμένα στο στόμα μας
Οι λέξεις
Ταξιδεύουν την αφή
Στο φως

Η γλώσσα κολυμπά σε σώματα
Οδηγώντας ποιήματα στο αντίθετο ρεύμα

Χωρίς να φοβάται
Το θάνατο

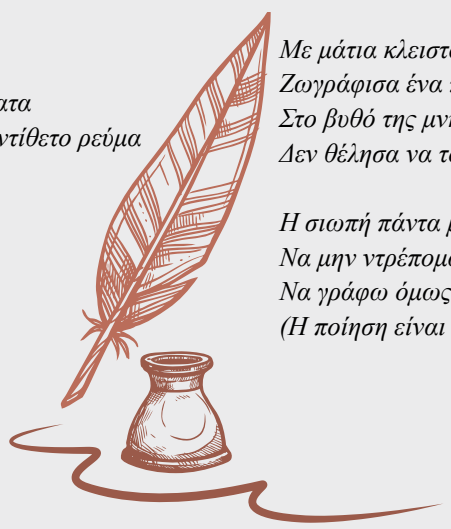
Επικίνδυνη η ζωή
Για ποιητές

Η ΑΛΗΘΕΙΑ ΤΗΣ ΠΟΙΗΣΗΣ

Προχώρησα κάτω απ' τη γη
Για να δω το κύμα
Φώναζαν θα πνιγώ
Μα δεν άκουγα

Με μάτια κλειστά
Ζωγράφισα ένα ποίημα
Στο βυθό της μνήμης
Δεν θέλησα να το διαβάσω

Η σιωπή πάντα μου έλεγε
Να μην ντρέπομαι την αλήθεια
Να γράφω όμως
(Η ποίηση είναι αλήθεια)



Δημήτρης Λιαντίνης
(1942-1998)

Ο Δημήτρης Λιαντίνης (γεννημένος ως Δημήτρης Νικολακάκος) (Λιαντίνα Λακωνίας, 23 Ιουλίου 1942 – Ταΰγετος, 3 Ιουνίου 1998) ήταν Έλληνας πανεπιστημιακός, φιλόσοφος, ποιητής, συγγραφέας και μεταφραστής. Υπήρξε αναπληρωτής καθηγητής στο Πανεπιστήμιο Αθηνών και συγγραφέας εννέα βιβλίων με φιλοσοφικό και παιδαγωγικό περιεχόμενο. Ήταν λάτρης της Αρχαίας Ελλάδας και της πνευματικής και πολιτιστικής κληρονομιάς της, για τη μελέτη της οποίας αφιέρωσε όλη του τη ζωή. Έγραψε για διάφορα θέματα, όπως την ηθική, τη ζωή και τον θάνατο, και τη σχέση Ορθοδοξίας και Ελληνισμού. Το τελευταίο του και πιο σημαδιακό σύγγραμμα, το Γκέμμα, έχει μεταφραστεί σε πολλές ξένες γλώσσες. Εστίασε στην ανάγκη να ενταχθούν τα αρχαία ελληνικά ήθη και έθιμα στο σύγχρονο εκπαιδευτικό σύστημα καθώς και στην καθημερινή ζωή των Ελλήνων, ενώ άσκησε κριτική στη φθίνουσα ανθρωπιστική πορεία του Δυτικού πολιτισμού. Στο ευρύ κοινό έγινε κυρίως γνωστός το 1998, σε ηλικία των 56 ετών, όταν η υπόθεση της εξαφάνισής του απασχόλησε την κοινή γνώμη. Τελικά τα οστά του βρέθηκαν 7 χρόνια μετά, στις 6 Ιουνίου 2005, σε μια σπηλιά κοντά στην κορυφή του Ταϋγέτου.

Εργογραφία

- Έξυπνον Ενύπνιον (1977): Ερμηνεύει φιλοσοφικά και σε σχέση με την αρχαία Ελλάδα τις ελεγείες του Ντούινο του Ρίλκε. Το βιβλίο με μικρές διαφοροποιήσεις αποτελεί απόδοση στη δημοτική της διδακτορικής του διατριβής (που ήταν σε καθαρεύουσα) με τον τίτλο "Η παρουσία του ελληνικού πνεύματος στις ελεγείες του Duino του R. M. Rilke".
- Χάσμα σεισμού (1977): Ερμηνεύει φιλοσοφικά το έργο του Σολωμού. Βραβείο της Ακαδημίας Αθηνών το 1978.
- Ίδε ο άνθρωπος (1979) του Νίτσε: Απόδοση στην ελληνική με προλόγισμα (ο Λιαντίνης αναφερόμενος στη μεταφραστική του εργασία χρησιμοποιεί το ρήμα "ελλήνισε").
- Ο Νηφομανής (1982): Αναλύεται η ποίηση του Γιώργου Σεφέρη με φιλοσοφικές συντεταγμένες.
- Homo educandus (1984): Διαπραγματεύεται την φιλοσοφία της αγωγής.
- Πολυχρόνιο (1987): Εξετάζει τη φιλοσοφία της στοάς και την επίδρασή της στην πολιτική παιδαγωγική της Ρώμης.
- Διδακτική (1989): Παιδαγωγικό εγχειρίδιο αρχών και μεθόδων της διδακτικής, προορισμένο για τους φοιτητές.
- Τα Ελληνικά (1992): Αναφέρεται στη διδακτική των νέων και των αρχαίων ελληνικών, κυρίως της λογοτεχνίας (με κριτήρια για την αποτίμηση του ποιητικού έργου), και προορίζεται για εκπαιδευτικούς. Περιέχει ενδεικτικό κατάλογο κειμένων τα οποία πρέπει να κατέχει ο εκπαιδευτικός για προσωπική του κατάρτιση.
- Γκέμμα (1997): Περιέχει 16 αυτόνομα κεφάλαια με κυρίαρχα ζητήματα το περί Θεού ερώτημα, τη συνείδηση του "ελληνοέλληνα" και το πρόβλημα του θανάτου στη σύζευξή του με τον έρωτα.

Έργα που εκδόθηκαν μετά θάνατον από τους κληρονόμους του:
Οι ώρες των άστρων (2006) - Ποιητική συλλογή που εκδόθηκε από τη σύζυγό του με Προλόγισμα της ίδιας.

ΑΛΔΕΒΑΡΑΝ

Οἱ πρῶτες παπαροῦνες τοῦ Μάη
ραμφίσανε μέ αἵματα τῆς ἄνοιξης
τό λαχουρί φουστάνι.
Δαμάστηκεν ὁ ἵμερος τῆς χλόης καθώς οἱ ἡλιαητοί
γιόρτασαν τήν γιορτή τῶν ταυροκαθαψίων.
Ἀπάντεχα μᾶς ξέβρασε ἡ βάρκα τῆς ἐλπίδας
στήν ἀκροπελαγιά τῆς μνήμης.
Χέρια καιρό γυμνασμένα γιά τό δοξάρι
καί τόν πόλεμο
πού δέν ἄνοιξαν δρόμο καί πόρο
γιά τήν μεγάλη χώρα.
Ποῦ εἶναι τῆς γιορτῆς τό ρηγικό κεμέρι
ἡ σπατάλη μας ἀσπέδιστη
στοῦ κόσμου τήν ἀγυρτεία.
Ποῦ εἶναι τῆς Κυριακῆς τό αὔγασμα
μέ τά σπασμένα κρύσταλλα τῆς καμπάνας
καί τό μακεδονήσι στά μαλλιά.
Κι ὁ ξυλοκόπος τοῦ ὕπνου πού ἀνέβαινε
σκαλί – σκαλί τήν σκάλα
νά πριονίσει τό ἀσημόδεντρο στό δάσος
τοῦ φεγγαριοῦ.
Ποῦ εἶσαι κλεισμένη ὦ!
στόν στειχιωμένο πύργο τῆς σιωπῆς
πιό ψηλή ἀπό τοῦ ἥλιου τόν ἴσκιο.
Ἄσπρη σάν τόν περιστεριώνα
πού ἀδιάκοπα κυβερνᾶ τά φτερά τῶν ἤχων.
Τήν ἔγνοια μας στούς λαμνοκόπους ἀφήσαμε
τῶν πουλιῶν.
Καί τοῦ ψωμιοῦ τόν κόπο καί τό κρασί
στήν ἁπλωσιά τοῦ ἀργέστη καί τόν καιρό
τόν πρωτομάστορα.
Ψηλώσαμε τήν ἐλεγεία της βροχῆς ἴσαμε τίς κορφές
τῶν κυπαρισσιῶν.
Τῶν κυπαρισσιῶν πού λογχίζουν ἀνάηχα
τά σωθικά τῆς νύχτας.
Τά ἔργα καί οἱ μέρες μας
σκουτάρια καί φλάμπουρα νά φοβερίζουν
τόν χάροντα
καβαλάρη στό ἀντίδρομο στρατοκαρτέρι.
Θά γράφεις μέ τό δάχτυλο
στήν μάταιην εὐκολία τῆς θάλασσας
τόν ἔρωτα καί τήν μακρυνή φωνή σου.
Καί θά κοιμᾶσαι σάν παιδί
στῶν ρόδων τά ματόφυλλα.
Ὅταν θά λαμπαδιάζεις μόνη ἐσύ
ἀσύγκριτη
στ' ἀρκουδορέματα καί τίς ὀροσειρές τῆς μνήμης.

Η λύση για όλες τις κοιλότητες*

Η σειρά Tetric®

- Φυσική μίξη αποχρώσεων λόγω του χαρακτηριστικού φαινομένου του χαμαιλεοντισμού
- Εξοικονόμηση χρόνου έως και 51% με ρητίνες 4 χιλ [1]
- Βέλτιστες ιδιότητες χειρισμού στην καθημερινή εργασία [2]

* Κοιλότητες I – V Ομάδας κατά G. V. Black
[1] Lebedenko A. Σύνκριση εμφράξεων: Συμβατική τεχνική διαστρωμάτωσης έναντι τεχνικής 2 στρωμάτων 3sCure, Έκθεση δοκιμής Ivoclar Vivadent, 2018
[2] Το Tetric Prime προσφέρει καλύτερο χειρισμό

ivoclar.com
Making People Smile

ivoclar

Primescan Connect

ΦΟΡΗΤΟ!

Νέο προϊόν σε έκδοση **laptop**

Με πρόγραμμα **χρηματοδότησης 36 μηνών**

- ✓ Έκδοση laptop
- ✓ Smart Pixel Sensor
- ✓ **Ανασύνθεση 50.000 εικ/δευτ.**
- ✓ **Το MONO με βάθος σάρωσης 20mm**
- ✓ Ανοιχτό σύστημα – αποστολή σε οποιοδήποτε εργαστήριο

Ζητήστε επίδειξη στο ιατρείο σας σήμερα!

DENTICA

210 7488333, 2310 960441 www.dentica.gr

Dentsply Sirona