



## Στην Ηλεία το 42ο Πανελλήνιο Οδοντιατρικό Συνέδριο

Στον Πύργο Ηλείας, στο συνεδριακό χώρο **Ilis Congress Center** του Aldemar Olympian Village, από **17-19 Οκτωβρίου**, θα πραγματοποιηθεί φέτος το 42ο Πανελλήνιο Οδοντιατρικό Συνέδριο, με τίτλο «Ψηφιακές και τεχνολογικές εξελίξεις στη σύγχρονη Οδοντιατρική».

Καθώς οι προετοιμασίες είναι πυρετώδεις για το μεγάλο επιστημονικό γεγονός της χρονιάς το «Ο.Β.» συνομιλεί με τον πρόεδρο του Οδοντιατρικού Συλλόγου Ηλείας, τον κ. **Αλέκο Γαλανόπουλο** για να δώσει μια εικόνα στους συναδέλφους του σχετικά με το τι θα τους περιμένει στο επερχόμενο συνέδριο. **Σελ. 20-21**

STYLE ITALIANO  
ENDODONTICS

## 3ο Συνέδριο Style Italiano Endodontics

Ο χρόνος μετρά αντίστροφα για το τρίτο διεθνές συνέδριο Style Italiano Endodontics που θα πραγματοποιηθεί στα τέλη Σεπτεμβρίου στην Αθήνα, συγκεκριμένα το Σάββατο 29 και την Κυριακή 30 του μηνός, και αναμένεται να συγκεντρώσει πολύ μεγάλο αριθμό συνέδρων.

Φυσικά τον κύριο λόγο έχει η εξαιρετική επιλογή ομιλητών από διάφορες χώρες, με προσκεκλημένους κορυφαίους επιστήμονες, και το πολύ ενδιαφέρον πρόγραμμα, που φέρει την υπογραφή του Καθηγητή Κοσμά Τολίδη. Ενόψει του συνεδρίου ο πρόεδρος της Οργανωτικής Επιτροπής Δρ. **Κωνσταντίνος Καλογερόπουλος**, μιλάει στο «Ο.Β.» για το συνέδριο και όσα επιφυλάσσουν στους συμμετέχοντες. **Σελ. 36**

## Διαχείριση και ποιότητα νερού στα οδοντιατρεία Νέες προοπτικές



Στον οδοντιατρικό χώρο η πλειονότητα των οδοντιατρικών επεμβάσεων απαιτεί τη χρήση νερού για τη ψύξη και το πλύσιμο των εργαλείων, την έκπλυση του στόματος, τη χρήση πολλών οδοντιατρικών συσκευών και εξοπλισμού και επομένως είναι εξαιρετικά σημαντικό το νερό που χρησιμοποιείται στο ιατρείο να είναι υψηλής ποιότητας. Οι **Γεώργιος Χρυσόχου, Ελένη Ανδρουλιδάκη, Ευάγγελος Δημητρίου και Μαρία Αντωνιάδου** αναλύουν την κείμενη εθνική νομοθεσία για το νερό, προτείνουν λύσεις για την εξοικονόμηση νερού αλλά και για τη διασφάλιση της ποιότητάς του στα οδοντιατρεία, σε μια εποχή που η λειψυδρία απειλεί ολοένα και πιο σοβαρά αρκετές περιοχές. **Σελ. 6-11**

## Ενδοδοντικές αναγεννητικές τεχνικές και ορθοδοντική μετακίνηση: μια νέα κλινική πρόκληση

Στις μέρες μας αυξάνεται διαρκώς ο αριθμός των δοντιών με νεκρό πολφό και αδιάπλαστο ακρορρίζιο που αντιμετωπίζονται με ενδοδοντικές αναγεννητικές τεχνικές. Ο κ. **Σπύρος Στεφόπουλος**, Οδοντίατρος – Ενδοδοντολόγος, DDS, Msc, παρουσιάζει στην στήλη της ΕΕΕ δύο περιπτώσεις δοντιών που μετά από επιτυχή αντιμετώπιση με αναγεννητική τεχνική υποβλήθηκαν σε ορθοδοντική μετακίνηση. Επίσης, αναφέρεται στις προφυλάξεις και πρακτικές που πρέπει να υιοθετηθούν προκειμένου να εξασφαλιστεί η μετακίνηση τέτοιων δοντιών με ασφάλεια και χωρίς δημιουργία σοβαρών ανεπιθύμητων παρενεργειών. **Σελ. 12-14**

## Οδοντιατρικός ασθενής με βαλβιδοπάθεια

Οι βαλβιδοπάθειες αποτελούν τη δεύτερη συχνότερη καρδιακή πάθηση μετά τη στεφανιαία νόσο, καθώς και τη δεύτερη συχνότερη αιτία για καρδιοχειρουργική επέμβαση. Η κ. **Ευαγγελία Μπογοσιάν** και η κ. **Εμμανουέλα Μαϊση** γράφουν στην στήλη της ΕΕΝΟ-ΟΕΦ για τις κύριες αιτίες των βαλβιδοπαθειών, τα συμπτώματα και τη διάγνωσή τους, αλλά και για τους τρόπους αντιμετώπισης. Κυρίως όμως καταγράφουν τα σημεία προσοχής για την οδοντιατρική φροντίδα ασθενών με βαλβιδοπάθεια, τους κινδύνους και τις ενδεδειγμένες κινήσεις του οδοντιάτρου. **Σελ. 16-17**

## Προληπτική εξαγωγή εγκλειστων τρίτων γομφίων: Είναι σώφρων επιλογή;

Το πρόβλημα των εγκλειστων και ημιεγκλειστων σωφρονιστήρων είναι ένα διαχρονικά πολυσυζητημένο πρόβλημα. Ο κ. **Φώτιος Χ. Τζέρμπος**, τ. Αναπλ. Καθηγητής Οδοντιατρικής Σχολής ΕΚΠΑ, Πρόεδρος της ΕΟΕ, εξηγεί στην στήλη της ΕΟΕ τα πιθανά προβλήματα που μπορεί να εμφανίσουν οι τρίτοι γομφίοι, πώς θα πρέπει να παρακολουθούνται ήδη πριν από την ενηλικίωση ενός ατόμου και πότε θα πρέπει να προτιμάται η χειρουργική εξαγωγή. **Σελ. 18-19**

## Στην Αθήνα το 60ο συνέδριο της ΣΕΕ



Το Πανελλήνιο Συνέδριο της Στοματολογικής Εταιρείας Ελλάδος επιστρέφει στην Αθήνα στις **4-5**

**Οκτωβρίου 2024**, στο Ξενοδοχείο **Crowne Plaza**. Φέτος θα έχει κεντρικό θέμα τα εμφυτεύματα, μια ολοένα και πιο συνηθισμένη μέθοδο αποκατάστασης. Τίτλος του συνεδρίου είναι: «All about implants».

Καθώς μας χωρίζει το καλοκαίρι μέχρι τη διεξαγωγή του συνεδρίου και οι προετοιμασίες βρίσκονται στην τελική ευθεία ο Πρόεδρος της Οργανωτικής Επιτροπής κ. **Πάνος Χριστόπουλος**, Στοματικός και Γναθοπροσωπικός Χειρουργός, Επίκουρος Καθηγητής ΕΚΠΑ μιλάει στο «Ο.Β.» για το πρόγραμμα, τους εξέχοντες ομιλητές που το πλαισιώνουν και τη στόχευση του συνεδρίου. **Σελ. 34-35**

## Μεταβατική μερική οδοντοστοιχία άνω γνάθου σε γηροδοντιατρικό ασθενή

Του **Ηρακλή Καρκαζή** ..... **Σελ. 4**

## ΕΛΕΣ: Ξηροστομία σε Ηλικιωμένη Ασθενή

Της **Ελένης Γεωργακοπούλου** ... **Σελ. 22**

## ITI: Αισθητική βελτίωση επιεμφυτευματικής πρόσθεσης με την τροποποιημένη τεχνική tunneling

Των **Νίκου Μάρκου** και **Σωτηρίας Τσαντίλα** ..... **Σελ. 23-24**

## Αυτοάνοσα Νοσήματα Στόματος Μέρος II. Σύνδρομο Αδαμαντιάδη-Bechet, Σύνδρομο Sjögren και Κροταφική Αρτηρίτις

Του **Γιώργου Χ. Λάσκαρη** .... **Σελ. 26-28**

## Ακτινογραφικά ανάλεκτα ασθενών με λειτουργικές διαταραχές του Στοματογναθικού Συστήματος Α' Μέρος

Του **Βύρωνα Δρούκα** ..... **Σελ. 29-31**

## 22ο Παμπελοποννησιακό Οδοντιατρικό Συνέδριο

## Στην Καλαμάτα, τον τόπο της ελιάς, συνεχίστηκε η παράδοση των επιτυχημένων Παμπελοποννησιακών Οδοντιατρικών Συνεδρίων

Από τις 24 έως τις 26 Μαΐου 2024 εκατοντάδες συνέδριοι κατέκλυσαν το ξενοδοχείο «Elysian Luxury Hotel & Spa, στην Καλαμάτα και παρακολούθησαν με ιδιαίτερο ενδιαφέρον τις δεκάδες εισηγήσεις και πρακτικά σεμινάρια που με μεράκι είχε οργανώσει ο συντονιστής του επιστημονικού προγράμματος, του 22ου Παμπελοποννησιακού Οδοντιατρικού Συνεδρίου, ο κ. **Κωνσταντίνος Τόσιος**, Αναπληρωτής Καθηγητής ΕΚΠΑ.

Οικοδεσπότης του Συνεδρίου ήταν ο Οδοντιατρικός Σύλλογος Μεσσηνίας (ΟΣΜ), που φρόντισε για την άψογη διοργάνωση του συνεδρίου και φιλοξενία των συνέδρων και των συνοδών τους. Η δραστήρια πρόεδρος του ΟΣΜ, κ. **Γεωργία (Τζίνα) Θεοδωροπούλου**, υποδέχτηκε τους συνέδρους με μεγάλο ενθουσιασμό και με τις διοργανωτικές της ικανότητες σφράγισε την επιτυχία του φετινού συνεδρίου, ενώ με μια ειδική προβολή στην τελετή έναρξης τίμησε την ιστορία του συλλόγου της περιοχής. **Σελ. 38-39**



# Χειρουργική στην Περιοδοντική Θεραπεία

## ΕΥΔΟΞΙΑ Α. ΠΕΠΕΛΑΣΗ

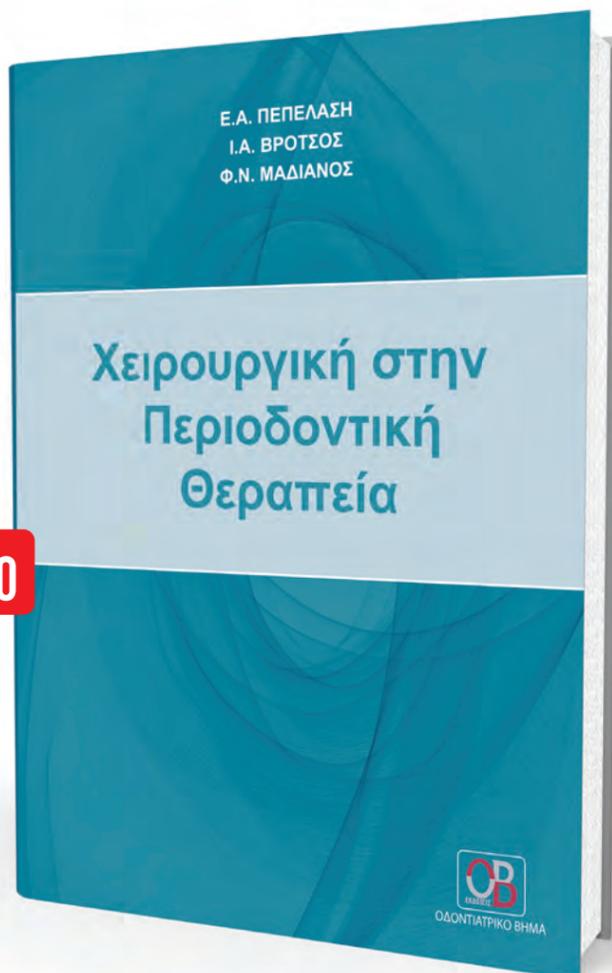
Ειδικευθείσα στην Περιοδοντολογία  
στο Πανεπιστήμιο Case Western Reserve, Η.Π.Α.  
Καθηγήτρια Περιοδοντολογίας  
Τμήματος Οδοντιατρικής  
Εθνικού και Καποδιστριακού Πανεπιστημίου Αθηνών

## ΙΩΑΝΝΗΣ Α. ΒΡΟΤΣΟΣ

Ειδικευθείς στην Περιοδοντολογία  
στο Πανεπιστήμιο Tufts, Η.Π.Α.  
τ. Καθηγητής και Διευθυντής Εργαστηρίου Περιοδοντολογίας  
Τμήματος Οδοντιατρικής  
Εθνικού και Καποδιστριακού Πανεπιστημίου Αθηνών

## ΦΟΙΒΟΣ Ν. ΜΑΔΙΑΝΟΣ

Ειδικευθείς στην Περιοδοντολογία  
στο Πανεπιστήμιο Göteborg, Σουηδία  
Καθηγητής και Διευθυντής Εργαστηρίου Περιοδοντολογίας  
Τμήματος Οδοντιατρικής  
Εθνικού και Καποδιστριακού Πανεπιστημίου Αθηνών



ΕΚΔΟΣΗ: 2023 • ΣΕΛΙΔΕΣ: 420

€140,00

Ένα νέο βιβλίο που έρχεται να φωτίσει όλες τις πτυχές γύρω από τα σύγχρονα δεδομένα της χειρουργικής στην περιοδοντική θεραπεία και συγκεκριμένα όλων των χειρουργικών τεχνικών που εφαρμόζονται στην Περιοδοντολογία.

Αρχικά, αναλύονται τα κρίσιμα ανατομικά στοιχεία για την Περιοδοντολογία και την Εμφυτευματολογία, δεδομένου ότι η γνώση της ανατομίας αποτελεί σημαντικό εφόδιο για τον οδοντίατρο στον σχεδιασμό και στην εκτέλεση χειρουργικών επεμβάσεων στη στοματική κοιλότητα.

Στη συνέχεια, αναλύονται οι βασικές αρχές της χειρουργικής στην περιοδοντική θεραπεία, ιδιαίτερα οι αρχές εφαρμογής των χειρουργικών τομών για το σχεδιασμό των κρημνών, της αναπέτασης των κρημνών και της συρραφής αυτών.

Ακολουθεί διεξοδική ανάλυση όλων των χειρουργικών τεχνικών που εφαρμόζονται στην Περιοδοντολογία: από εκείνες που εφαρμόζονται ευρέως και επιτυχώς επί πολλές δεκαετίες έως τεχνικές που άρχισαν να εφαρμόζονται ευρέως σχετικά πρόσφατα. Αναλύονται επίσης οι εξελίξεις στις αναπλαστικές τεχνικές, επισημαίνονται οι νέες δυνατότητες που παρέχουν οι χειρουργικές τεχνικές ελάχιστης παρέμβασης στη χειρουργική των περιοδοντικών ιστών και περιγράφονται ανά στάδιο

και μέσω κλινικών εικόνων οι χειρουργικές τεχνικές αντιμετώπισης βλαβών στην περιοχική συμβολή των ριζών.

Στο βιβλίο τονίζεται ακόμα η σημαντικότητα της διατήρησης του αποτελέσματος της περιοδοντικής θεραπείας και αναλύονται οι παράγοντες που μπορούν να τη θέσουν σε κίνδυνο.

Ειδική αναφορά γίνεται και στο κεφάλαιο ενημερωμένη συναίνεση του ασθενούς στη χειρουργική στην Περιοδοντολογία και στην Εμφυτευματολογία.

Και όλα αυτά μέσω παρουσίασης πληθώρας κλινικών εικόνων που συνοδεύονται από εκτεταμένες λεζάντες.

**www.odvima.gr**



Διαβάστε την ηλεκτρονική έκδοση της εφημερίδας «Οδοντιατρικό Βήμα»



Αποκτήστε άμεσα 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



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



ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΙΚΟ ΒΗΜΑ

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



ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΙΚΟ ΒΗΜΑ | Διμηνιαία Έκδοση

Κωδικός 016446

Ιδιοκτησία-Έκδοση: ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΙΚΟ ΒΗΜΑ Μ.Ε.Π.Ε.

Ιδρυτής: Γιάννης Καρκατζούλης

Σκουφά 64 • 106 80 Αθήνα  
Τηλ.: 210 3814 939, 210 3809 495  
e-mail: odvima@otenet.gr  
www.odvima.gr

Διευθυντής:  
Όθωνας Γκότσος

Σύμβουλος Έκδοσης:  
Κατερίνα Καρκατζούλη

Σύνταξη:  
Γεωργία Σάκκουλα  
Ηλιάννα Γιαννούλη  
Νότης Ρήγας

Υπεύθυνος λογιστηρίου:  
Γιώργος Κάντζος

Νομικός Σύμβουλος:  
Λάμπρος Ανδρ. Τσοπράς

Υπεύθυνος Τυπογραφείου:  
PaperGraph  
Βιοτεχνικό Πάρκο, 203 00 Λουτράκι  
Τηλ. 27440 69550





# iCervico

Master Prosthetics, Create Perfection!



**iCervico by VPI. Ιδανικά αποτελέσματα στις επιεμφυτευματικές αποκαταστάσεις. Προβλέψιμα για όλους!**



Το **iCervico** είναι ένα πρωτοποριακό προσθετικό σύστημα που γεφυρώνει τη χειρουργική με την προσθετική, αξιοποιώντας την ψηφιακή τεχνολογία. Είναι ικανό να προσφέρει προβλέψιμες και βιολογικά συμβατές αποκαταστάσεις, χωρίς περιττές αλλαγές εξαρτημάτων που οδηγούν σε υποχώρηση των ιστών. Απαρτίζεται από 4 μέρη που συνεργάζονται μεταξύ τους από την αρχή μέχρι και την τελική αποκατάσταση με εμφύτευμα κωνικής σύνδεσης Paltor: • **i-base**, κατάλληλο για όλα τα θεραπευτικά στάδια με διαβληννογόνια 1.5, 2.5, σύντομα 3.5mm • **iCervico Healer**, εξατομικευμένο και με ελεύθερη περιστροφή • **Rotational & Anti-rotational Sleeves**, σαρώσιμοι, μεσοφασικοί κύλινδροι τιτανίου • **Βίδα συγκράτησης** που επιτρέπει διόρθωση κλίσης έως 30 μοίρες. Το iCervico καλύπτει όλες τις κλινικές ανάγκες, από την επούλωση έως την τοποθέτηση στεφανών, γεφυρών και ολικών φραγμών, θέτοντας τα πρότυπα στη σύγχρονη εμφυτευματολογία.

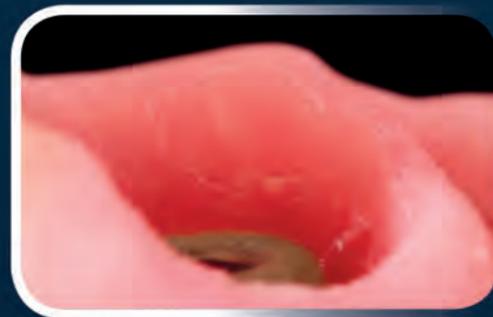


Photo credit: Dr. Zinonas Evagorou



**ariston dental**  
better answers

# Μεταβατική μερική οδοντοστοιχία άνω γνάθου σε γηροδοντιατρικό ασθενή



**Ηρακλής Καρκαζής**  
Ομότ. Καθηγητής Κινητής Προσθητικής ΕΚΠΑ

## Περιστατικό

Ηλικιωμένος ασθενής με επείγουσα ανάγκη έστω και μερικής αποκατάστασης της λειτουργικότητας του ΣΓΣ, λόγω κατάρρευσης των ακίνητων προσθετικών εργασιών της άνω γνάθου (**Εικόνες 1,2**).

## Ιατρικό profile

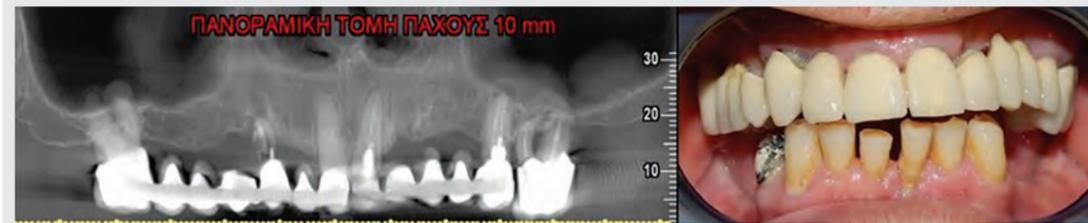
Επίπεδο επικοινωνίας και κινητικότητας καλό. Μεταβολικό νόσημα και συν νοσηρότητες υπό έλεγχο. Επερχόμενη και από καιρού προγραμματισμένη χειρουργική επέμβαση χαμηλής βαρύτητας, σε άλλη ανατομική περιοχή. Ύπαρξη φροντιστή

## Θεραπεία

Προσωρινή διακοπή της αντιπηκτικής φαρμακευτικής αγωγής κατόπιν συνεννοήσεως με τον θεράποντα ιατρό και διαμόρφωση σχήματος προληπτικής αντιβιοτικής κάλυψης.

Εξαγωγές ριζών χειρουργικός καθαρισμός, εντοπισμένη εφαρμογή συντηρητικών μεθόδων διατήρησης μετεξακτικού φατνίου και αποτύπωση σε ένα χρόνο.

Διατήρηση τριών δοντιών σε στρατηγικές θέσεις (16, 11 και καταχρηστικός του 26) για τριποδική στήριξη της ΜΟ χωρίς δέσμευση άλλων περιοχών, για ενδεχόμενη μελλοντική τοποθέτηση εμφυτευμάτων (transitional protocol). Η τοποθέτηση υπερωϊου πλέγματος και όχι πλάκας επιτρέπει την εύκολη μετατροπή της ΜΟ σε ολική ή επένθετη οδοντοστοιχία όποτε και αν χρειασθεί (**Εικόνες 2,3**).



Εικόνα 1



Εικόνα 2



Εικόνα 3

## Σχόλιο

Πρέπει να τονισθεί ότι σε αυτούς τους ασθενείς οι κλινικές τεχνικές που πειθαρούν στις φιλοσοφίες *Keep it simple* και *Appropriatech*, είναι προφανώς ασύμβατες με τις ποικίλες δημοφιλείς τεχνικές οστικής ανάπλασης, άμεσης τοποθέτησης και φόρτισης εμφυτευμάτων που επιβαρύνουν ψυχολογικά και βιολογικά τον ασθενή, επιμηκύνουν τη διάρκεια θεραπείας και εκτοξεύουν το κόστος αποκατάστασης. Η μεταβατική χρήση μερικής οδοντοστοιχίας ικανοποιητικής συγκράτησης αμέσως μετά την κατάρρευση

της ακίνητης εργασίας εξασφαλίζει την άμεση λειτουργικότητα του ΣΓΣ, ενώ παράλληλα συμβάλλει στην ομαλή ανάπτυξη και εγκατάσταση λειτουργικών μοντέλων προσαρμογής, εξαιρετικά χρήσιμων σε άλλες επερχόμενες κινήσεις ή ακίνητες αποκαταστάσεις.

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

## Ενδεικτική βιβλιογραφία

- Καρκαζής, Γ. Πολυζώης. Εισαγωγή στη Γηροδοντιατρική και Γναθοπροσωπική Προσθητική, Μπουνιελ. Αθήνα 2002  
<http://users.uoa.gr/~hkarkaz/vivlia-sygggrammata.html>
- Καρκαζής, Η. Προσθητική αποκατάσταση στην Τρίτη ηλικία. 2016  
<http://users.uoa.gr/~hkarkaz/epilegmenes-dimosiefseis.html>
- Καρκαζής, Η. Επένθετη εμφυτευματική οδοντοστοιχία της κάτω γνάθου. Μια appropriattech προσέγγιση. Οδοντιατρικό Βήμα. Μάρτιος Απρίλιος 2023  
[http://users.uoa.gr/~hkarkaz/klinika\\_arthra.html](http://users.uoa.gr/~hkarkaz/klinika_arthra.html)

## 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, Αναπλ. Καθηγητής 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.

ΕΚΔΟΣΗ: 2020 • ΣΕΛΙΔΕΣ: 500 • ΦΩΤΟΓΡΑΦΙΕΣ: 1.180

ΤΙΜΗ: €140



## ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

- Ανατομία περιοδοντικών και περιεμφυτευματικών ιστών
- Επούλωση των περιεμφυτευματικών ιστών μετά την τοποθέτηση των εμφυτευμάτων
- Ταξινόμηση των περιεμφυτευματικών νόσων
- Αιτιολογικός παράγοντας και παράγοντες κινδύνου για την εγκατάσταση περιεμφυτευματικών νόσων
- Επιδημιολογία περιεμφυτευματικών νόσων
- Επιτυχία και επιβίωση των εμφυτευμάτων
- Διάγνωση των περιεμφυτευματικών νόσων
- Θεραπευτική αντιμετώπιση των περιεμφυτευματικών νόσων. Αθροιστική παρεμβατική υποστηρικτική θεραπεία
- Φάση ελέγχου της φλεγμονής
- Ταξινόμηση των περιεμφυτευματικών οστικών βλαβών
- Φάση αποκατάστασης των βλαβών: Ανοικτή απομάκρυνση εναποθέσεων - Δημιουργία νέας πρόσφυσης με τη βοήθεια laser - Αφαιρετικές τεχνικές
- Φάση αποκατάστασης των βλαβών: Αναπλαστικές τεχνικές
- Αποκαταστατική χειρουργική μαλακών ιστών
- Αποτελεσματικότητα της περιεμφυτευματικής θεραπείας
- Εξαγωγή εμφυτεύματος
- Εφαρμογές laser στη θεραπεία της περιεμφυτευματίτιδας
- Διατήρηση του θεραπευτικού αποτελέσματος σε ασθενείς με εμφυτεύματα
- Διάβρωση του τιτανίου και περιεμφυτευματικές βλάβες που οφείλονται σε αυτή



**ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΙΚΟ ΒΗΜΑ**  
ΙΩΑΝΝΗΣ ΚΑΡΚΑΤΖΟΥΛΗΣ ΜΟΝ. ΕΠΕ

Σκουφά 64, 106 80 Αθήνα, Τηλ. **210 3814 939**, [www.odvima.gr](http://www.odvima.gr), e-mail: [odvima@otenet.gr](mailto:odvima@otenet.gr)

New!

SmartOPTIC N

# SmartOPTIC N

MODERN SOLUTIONS AT THE BEST PRICE



SELIGA MICROSCOPES

## WHEN PRECISION DECIDES ABOUT THE SUCCESS

SmartOPTIC N - a microscope which is a perfect solution for beginners as well as for more demanding users. Just a few minutes work with the microscope makes you feel confident in your choice. The SmartOPTIC N provides a perfect image and a large depth of field - it is a device which is indispensable in each modern doctor's office.

With the flexible arm, the microscope is easy to guide and adjust to the position of the user. A wide-range varioobjective with a bright LED illumination ensures an excellent visibility and precision of work. A handy control panel enables user to easily adjust the light intensity, meeting his/her current needs.



### BINOCULAR EXTENSION

It is a module of great importance for work ergonomics. Binocular extension relieves the cervical spine. It makes it easier to keep upright position and reduce a muscle tension.



### ROTATION RING

In combination with the binocular extension, rotation ring allows the device head to tilt sideways, while maintaining a constant position of the binocular and an unchanged upright position of the user.



### IMAGING SYSTEM

It extends the features of the microscope. The HDMI and USB ports built into the microscope's arm make it possible to connect additional external devices in an easy and attractive way.



01

### ERGONOMIC INCLINABLE BINOCULAR

The range of 0-195° allows the user to find the most comfortable and ergonomic position while working with the microscope. The binocular is equipped with eyepieces providing a diopter adjustment for each eye independently.

The following binoculars are also available as an option:

- inclined binocular with 45° angle
- inclined binocular with 90° angle



02

### HEAD CONTROL PANEL

Located on the head within the reach of user:

- ON/OFF switch;
- Filter selection (green, yellow, orange);
- Adjustable light intensity;



03

### LED ILLUMINATION

- A high intensity of the light (60 klx). A color temperature of the light is very close to the color temperature of the daylight.
- A diode with a long-life span, located in the microscopes' head.



04

### VARIOBJECTIVE

In a standard configuration, there is available an objective with a variable focal length. The varioobjective works in the range of 200-300mm, which is suitable for most applications and allows the user to obtain a sufficient depth of field.

The objectives with focal length of 200,250,300,400 mm are available as an option.



05

### LARGE MAGNIFICATION

Magnification adapted to the needs of the user. A maximum value of magnification depends on the configuration of the microscope.

The magnification adjustment knob is located on both sides of the microscope's head and enables selection of the desirable option (five steps of magnification available).

## SmartOPTIC N

- AUTOMATIC SWITCH-OFF SYSTEM
- FIBERLESS ILLUMINATION
- HANDLES WITH ANTIBACTERIAL COVER

SELIGA  
MICROSCOPES

Dental Expert - Άννα Εημάογλου Ε.Π.Ε.

Φειδιππίδου 30, 11527, Γουδή,

Τηλ.: 210 7770739, 210 7770749, Φαξ: 210 7770716, anna@dental-expert.gr

# Διαχείριση και ποιότητα νερού στα οδοντιατρεία

## Νέες προοπτικές



**Γεώργιος Χρυσόχου**  
Προπτυχιακός Φοιτητής



**Ελένη Ανδρουλιδάκη**  
Προπτυχιακή Φοιτήτρια



**Ευάγγελος Δημητρίου**  
Προπτυχιακός Φοιτητής



**Μαρία Αντωνιάδου**  
Επίκουρη Καθηγήτρια  
Οδοντιατρικής Σχολής, ΕΚΠΑ

### Εισαγωγή

Το νερό είναι ένας περιορισμένος πόρος που απειλείται από τον άνθρωπο. Οι Ευρωπαίοι χρησιμοποιούν κατά μέσο όρο 3.550 λίτρα ανά κάτοικο την ημέρα και η ποσότητα αυτή αυξάνεται σταθερά καθώς αυξάνονται τα εισοδήματα. Οι επιλογές εξοικονόμησης νερού προωθούνται ενεργά από την ευρωπαϊκή ένωση την τελευταία δεκαετία. Όμως τα εντατικοποιημένα μέτρα δεν πλησιάζουν ακόμη στο επίπεδο εξοικονόμησης τέτοιας ποσότητας νερού ώστε να αποφευχθεί η λειψυδρία που μπορεί να επηρεάσει σοβαρά τον τρόπο ζωής μας στο εγγύς μέλλον. Με την προβλεπόμενη αύξηση των απαιτήσεων για νερό καλής ποιότητας, η εκπαίδευση του κοινού σχετικά με τη βιώσιμη προσωπική χρήση του νερού και τις απειλές για την ποιότητά του, καθίσταται απολύτως αναγκαία. Η εξοικονόμηση νερού πρέπει να αποτελεί προτεραιότητά μας στον σημερινό κόσμο. Ουσιαστικά αυτή η προτεραιοποίηση πρέπει να εστιάζει στις ανάγκες και τις κινητήριες δυνάμεις για τη μείωση της κατανάλωσης νερού, τη διατήρηση της βιωσιμότητας των υδάτινων πόρων, την αντιμετώπιση της μελλοντικής έλλειψής του και γενικότερα την αντιμετώπιση της κλιματικής αλλαγής.

Για το σκοπό αυτό, τα τελευταία χρόνια διάφορες οργανώσεις, όπως η Παγκόσμια Σύμπραξη για το Νερό (Global Water Partnership), δραστηριοποιούνται για την ευαισθητοποίηση του κοινού ως προς την ορθολογική χρήση του στο πλαίσιο της αειφόρου ανάπτυξης. Για παράδειγμα, με την πρωτοβουλία «Το νερό είναι στα χέρια μας», (Water is in our hands) από την Reckitt's Finish και την Παγκόσμια Σύμπραξη για το Νερό – Μεσόγειος, οι Λειψοί επιλέχθηκαν ως ο τέταρτος προορισμός για την ανάπτυξη σχετικού προγράμματος βιωσιμότητας που στόχο έχει να παρέχει στους κατοίκους συγκεκριμένα εργαλεία για την εξοικονόμηση νερού. Με τη δράση αυτή, η ομάδα GWP-Med διένειμε ειδικά πακέτα ειδικών προϊόντων σε 250 νοικοκυριά και τα τουριστικά καταλύματα του νησιού και μοιράστηκε απλές συμβουλές για την εξοικονόμηση νερού. Πλέον, το νησί έχει υιοθετήσει συλλογικά τον στόχο να εξοικονομήσει 1.500.000 λίτρα νερού σε διάστημα ενός έτους. Τα προηγούμενα χρόνια, το Water is in our hands επισκέφθηκε τον Άγιο Ευστράτιο, τις Οινούσσες και τα Ψαρά, μικρά νησιά του Αιγαίου που επίσης αντιμετωπίζουν την έντονη πρόκληση της λειψυδρίας με αντίστοιχο στόχο ενημέρωσης και πραγμάτωσης της υδάτινης βιωσιμότητας.

Επιπρόσθετα, η Ε.Ε. ανταποκρινόμενη στην πρώτη επιτυχή ευρωπαϊκή πρωτοβουλία πολιτών με τίτλο «Δικαίωμα στο νερό» (Right2Water), η οποία συγκέντρωσε 1,6 εκατομμύρια υπογραφές, οδήγησε στην έγκριση οδηγίας με σκοπό την υποστήριξη της βελτίωσης της πρόσβασης σε ασφαλές πόσιμο νερό για όλους τους Ευρωπαίους. Η οδηγία αυτή επιδιώκει να ενισχύσει τη θέση των καταναλωτών εξασφαλίζοντας ότι: οι φορείς ύδρευσης παρέχουν στους καταναλωτές σαφέστερη ενημέρωση σχετικά με: α) την κατανάλωση του νερού, β) τη διάρθρωση του κόστους, καθώς και την τιμή ανά λίτρο επιπλέον έτσι τη σύγκριση με την τιμή του εμφανιζόμενου νερού. Η προσέγγιση αυτή αναμένεται να συμβάλει στην επίτευξη των περιβαλλοντικών στόχων για τη μείωση της άσκοπης χρήσης πλαστικών υλικών και τον περιορισμό του απο-

τυώματος άνθρακα της Ε.Ε., καθώς και στην επίτευξη των στόχων για τη βιώσιμη ανάπτυξη.

Όπως γνωρίζουμε όλοι στον οδοντιατρικό χώρο, η πλειονότητα των οδοντιατρικών επεμβάσεων απαιτεί τη χρήση νερού για τη ψύξη και το πλύσιμο των εργαλείων, την έκπλυση του στόματος, τη χρήση πολλών οδοντιατρικών συσκευών και εξοπλισμού και επομένως είναι εξαιρετικά σημαντικό το νερό που χρησιμοποιείται στο ιατρείο να είναι υψηλής ποιότητας. Τα νερά της οδοντιατρικής μονάδας χωρίζονται σε δύο κατηγορίες, λόγω των ιδιοτήτων της χημικής και μικροβιακής τους σύστασης: στην πρώτη υπάρχει το «εισερχόμενο νερό της οδοντιατρικής μονάδας», το πόσιμο νερό που έφτασε απευθείας στη μονάδα οδοντιατρικής έδρας μέσω του δημοσίου συστήματος ύδρευσης ενώ στη δεύτερη υπάρχει το «λύμα», που αντιπροσωπεύει τα λύματα ολόκληρης της οδοντιατρικής μονάδας. Το είδος του νερού που πρέπει να χρησιμοποιείται στην οδοντιατρική μονάδα είναι το πόσιμο νερό ή όπως ορίζεται νομοθετικά «νερό ανθρώπινης κατανάλωσης», (βλ. νομοθεσία παρακάτω), δηλαδή ένα νερό με ιδιότητες κατάλληλες για ανθρώπινη κατανάλωση σύμφωνα με τις παραμέτρους που καθορίζονται από την ευρωπαϊκή οδηγία 98/83/ΕΚ και το νομοθετικό διάταγμα 31/2001.

### Νομοθεσία

Το νερό είναι απαραίτητο για τη ζωή των ανθρώπων, των ζώων και των φυτών και σημαντικός οικονομικός παράγοντας ανάπτυξης. Σύμφωνα με προβλέψεις εμπειρογνομόνων, μέχρι το 2050, τουλάχιστον 1 στους 4 ανθρώπους είναι πιθανό να βιώνει χρόνια ή επαναλαμβανόμενη έλλειψη γλυκού νερού. Γι' αυτό και η προστασία και η διαχείρισή του υπερβαίνουν τα εθνικά σύνορα. Η οδηγία-πλαίσιο της Ε.Ε. για τα ύδατα (ΟΠΥ) θεσπίζει ένα νομικό πλαίσιο για την προστασία και την αποκατάσταση των καθαρών υδάτων στην Ε.Ε. και τη διασφάλιση της μακροπρόθεσμης βιώσιμης χρήσης τους. Συμπληρώνεται από ειδικότερη νομοθεσία, όπως η οδηγία για το πόσιμο νερό, η οδηγία για τα ύδατα κολύμβησης, η οδηγία για τις πλημμύρες και η οδηγία-πλαίσιο για τη θαλάσσια στρατηγική, καθώς και από διεθνείς συμφωνίες.

Η οδηγία-πλαίσιο για τα ύδατα (ΟΠΥ) είναι η πρωτογενής νομοθεσία. Υποστηρίζεται από δύο λεγόμενες θυγατρικές οδηγίες για την ποιότητα και την ποσότητα των υπόγειων υδάτων και για την ποιότητα των επιφανειακών υδάτων. Η ΟΠΥ περιέχει διατάξεις σχετικά με τις προθεσμίες για την επίτευξη των στόχων της οδηγίας, καθώς και διατάξεις σχετικά με τις εξαι-

ρέσεις. Τα παραρτήματα της ΟΠΥ καθορίζουν λεπτομέρειες όσον αφορά, για παράδειγμα, τις απαιτήσεις παρακολούθησης, τα κριτήρια για την αξιολόγηση της κατάστασης των υδάτινων σωμάτων. Οι διατάξεις είναι οι εξής:

- Οδηγία 98/83/ΕΚ του Συμβουλίου, της 3ης Νοεμβρίου 1998, για την ποιότητα του νερού ανθρώπινης κατανάλωσης (ΕΕ L 330 της 5.12.1998, p. 32).
- Οδηγία 2008/105/ΕΚ του Ευρωπαϊκού Κοινοβουλίου και του Συμβουλίου, της 16ης Δεκεμβρίου 2008, για περιβαλλοντικά πρότυπα ποιότητας στον τομέα της πολιτικής των υδάτων, για την τροποποίηση και τη συνακόλουθη κατάργηση των οδηγιών του Συμβουλίου 82/176/ΕΟΚ, 83/513/ΕΟΚ, 84/156/ΕΟΚ, 84/491/ΕΟΚ, 86/280/ΕΟΚ και για την τροποποίηση της οδηγίας 2000/60/ΕΚ του Ευρωπαϊκού Κοινοβουλίου και του Συμβουλίου (ΕΕ L 348 της 24.12.2008, σ. 84-97).
- Οδηγία (ΕΕ) 2015/1787 της Επιτροπής (ΕΕ L 260 της 7.10.2015, σ. 6).
- Οδηγία (ΕΕ) 2020/2184 του Ευρωπαϊκού Κοινοβουλίου και του Συμβουλίου, της 16ης Δεκεμβρίου 2020, σχετικά με την ποιότητα του νερού ανθρώπινης κατανάλωσης (αναδιατύπωση) (ΕΕ L 435 της 23.12.2020, σ. 1-62).

**Σημαντικό!** Στις 23 Δεκεμβρίου 2020, δημοσιεύθηκε η νέα Οδηγία 2020/2184 για την παρακολούθηση του νερού ανθρώπινης κατανάλωσης, η οποία τέθηκε σε ισχύ στις 12 Ιανουαρίου 2021. Σύμφωνα με αυτήν, τα κράτη-μέλη έχουν υποχρέωση ενσωμάτωσης της Οδηγίας στην εθνική νομοθεσία το αργότερο έως τις 12 Ιανουαρίου 2023.

### Εθνικό θεσμικό πλαίσιο παρακολούθησης ποιότητας νερού ανθρώπινης κατανάλωσης

Το εθνικό θεσμικό πλαίσιο για την παρακολούθηση της ποιότητας του νερού ανθρώπινης κατανάλωσης περιλαμβάνει τις ακόλουθες διατάξεις και ΚΥΑ:

- Τη Δ1(δ)/ ΓΠ οικ. 27829/15.5.2023 ΚΥΑ με θέμα «Ποιότητα νερού ανθρώπινης κατανάλωσης σε συμμόρφωση προς τις διατάξεις της Οδηγίας (ΕΕ) 2020/2184 του Ευρωπαϊκού Κοινοβουλίου και του Συμβουλίου της 16ης Δεκεμβρίου 2020 (L435/1, 23.12.2020) (B' 3525).
- Την ΥΜ/5673/57 (ΦΕΚ Β' 5/1958) Υγ. Διάταξη που αναφέρεται στις μεθόδους απολύμανσης του νερού ύδρευσης.
- Την ΔΥΓ2/Γ/Π/ οικ. 38295/2007 (ΦΕΚ 630/τ.β./26-4-07) ΚΥΑ, με τη διόρθωση σφαλμάτων (ΦΕΚ 986) τ.β. /18-6-07, τροποποίηση της ΚΥΑ Υ2/οικ. 2600/01 «Ποιότητα του νερού ανθρώπινης κατανάλωσης».
- Την ΥΜ/5673/57 (ΦΕΚ 5/58 Β) Υγ. Διάταξη, που αναφέρεται στις μεθόδους απολύμανσης του νερού ύδρευσης.
- Τα άρθρα 8 έως 17 του Υγειονομικού κανονισμού (ΔΥΓ2/οικ. 42736), που αναφέρονται σε μέτρα προστασίας πηγών υδροληψίας και συστημάτων ύδρευσης.
- Την Β1 /οικ 5508/98 Υπουργική Απόφαση, που αναφέρεται στην αναγνώριση των Πανεπιστημιακών εργαστηρίων των Ιατρικών Σχο-



Το νερό είναι απαραίτητο για τη ζωή των ανθρώπων, των ζώων και των φυτών και σημαντικός οικονομικός παράγοντας ανάπτυξης.

Σύμφωνα με προβλέψεις εμπειρογνομόνων, μέχρι το 2050, τουλάχιστον 1 στους 4 ανθρώπους είναι πιθανό να βιώνει χρόνια ή επαναλαμβανόμενη έλλειψη γλυκού νερού.

# 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<sup>[1]</sup>
- Βέλτιστες ιδιότητες χειρισμού στην καθημερινή εργασία<sup>[2]</sup>



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

Συνέχεια από τη σελίδα 6

λών, Θεσ/νίκης, Ιωαννίνων, Πατρών, Κρήτης και Αθηνών, ως Κέντρα Αναφοράς ελέγχου νερών κ.λπ.

• Την Α5/2280/83 (ΦΕΚ 720/τ.β./13-12-83) Υγ. Διάταξη, όπως έχει τροποποιηθεί με την 2 Α5/3257 (ΦΕΚ 898/Β/84 – Διόρθωση ΦΕΚ 56Β/85) και Α5/5180/Β/28-11-88 και με την υπ. αριθμ. οικ. 131835/5-12-05 (ΦΕΚ 1744/Β/13-12-05) ΚΥΑ με την οποία ρυθμίζονται θέματα προστασίας των πηγών υδροληψίας της ευρύτερης περιοχής της Πρωτεύουσας (λίμνες και υδραγωγεία Μαραθώνα, Υλίκης, Μόρνου), από υπέρμετρη ρύπανση και θεσπίζονται διάφοροι περιορισμοί και ζώνες προστασίας.

• Ν3199/2003 «Προστασία και διαχείριση των υδάτων-Εναρμόνιση με την οδηγία 2000/60/ΕΚ του Ευρωπαϊκού Κοινοβουλίου και του Συμβουλίου της 23ης Οκτωβρίου 2000»

• Γ1(δ)/ΓΠ οικ.67322/6.9.2017 Υγειονομική Διάταξη- Κ.Υ.Α. των Υπουργών Εσωτερικών, Οικονομίας και Ανάπτυξης, Υγείας, Περιβάλλοντος και Ενέργειας (ΦΕΚ 3282/Β/19.9.2017) με θέμα: «Ποιότητα νερού ανθρώπινης κατανάλωσης σε συμμόρφωση προς τις διατάξεις της Οδηγίας 98/83/ΕΚ του Συμβουλίου της Ευρωπαϊκής Ένωσης, της 3ης Νοεμβρίου 1998 όπως τροποποιήθηκε με την Οδηγία (ΕΕ) 2015/1787 (L260, 7.10.2015)». Σύμφωνα με αυτήν την ΚΥΑ, (άρθρο 2 Οδηγίας 98/83/ΕΚ) ως «νερό ανθρώπινης κατανάλωσης» νοείται: α) το νερό, είτε στη φυσική του κατάσταση είτε μετά από επεξεργασία, που προορίζεται για πόση, μαγείρεμα, προπαρασκευή τροφής ή άλλες οικιακές χρήσεις, ανεξάρτητα από την προέλευσή του και από το εάν παρέχεται από δίκτυο διανομής, από βυτίο, ή σε φιάλες ή δοχεία, β) το νερό που χρησιμοποιείται στις επιχειρήσεις παραγωγής τροφίμων για την παρασκευή, επεξεργασία, συντήρηση ή εμπορία προϊόντων ή ουσιών, που προορίζονται για ανθρώπινη κατανάλωση. **Το νερό ανθρώπινης κατανάλωσης δεν εντάσσεται στην έννοια του τροφίμου, παρέχεται με υποχρέωση της Πολιτείας σε όλους τους πολίτες της επικράτειας ως δημόσιο αγαθό, μη υπαγόμενο στους κανόνες της αγοράς και διέπεται από τους νόμους της υγειονομικής μηχανικής.** Στη συνέχεια, (Άρθρο 4 Οδηγίας 98/83/ΕΚ), στις γενικές υποχρεώσεις των υπευθύνων, δηλώνεται ότι αυτοί πρέπει σε συνεργασία με τις αρμόδιες Αρχές να λαμβάνουν τα αναγκαία μέτρα ώστε να εξασφαλιστεί ότι το νερό ανθρώπινης κατανάλωσης είναι υγιεινό και καθαρό. **Και το νερό είναι υγιεινό και καθαρό εφόσον: α) είναι απαλλαγμένο μικροοργανισμών και παρασίτων, και οποιωνδήποτε ουσιών, σε αριθμούς και συγκεντρώσεις, που αποτελούν ενδεχόμενο κίνδυνο για την ανθρώπινη υγεία και β) πληροί τις ελάχιστες απαιτήσεις του Παραρτήματος I μέρη Α και Β, και εφόσον σύμφωνα με τις σχετικές διατάξεις των άρθρων 5 έως 9, οι υπεύθυνοι σε συνεργασία με τις αρμόδιες Αρχές λαμβάνουν όλα τα αναγκαία μέτρα προκειμένου να εξασφαλιστεί ότι, το νερό ανθρώπινης κατανάλωσης συμμορφούται προς τις απαιτήσεις της παρούσας διάταξης.** Οι υπεύθυνοι σε συνεργασία με τις αρμόδιες Αρχές εξασφαλίζουν ότι τα μέτρα που λαμβάνονται για την εφαρμογή της παρούσας διάταξης δεν οδηγούν, σε καμιά περίπτωση, σε άμεση ή έμμεση υποβάθμιση της σημερινής ποιότητας του νερού ανθρώπινης κατανάλωσης, στο μέτρο που αυτό αφορά στην προστασία της ανθρώπινης υγείας, ούτε σε αύξηση της ρύπανσης του νερού που χρησιμοποιείται για την παραγωγή πόσιμου νερού.

Σημειώνουμε ότι στο σημείο 3 του Μέρους Α' του Παραρτήματος I της εν λόγω διάταξης, για το νερό που κυκλοφορεί εντός του εσωτερικού δικτύου ύδρευσης νοσοκομείων, κλινικών,

κέντρων υγείας, οίκων ευγηρίας, καθορίζονται οι ακόλουθες παράμετροι παρακολούθησης με τις αντίστοιχες παραμετρικές τους τιμές για τους βασικούς μικροοργανισμούς των δικτύων αυτών:

ΠΑΡΑΜΕΤΡΟΣ	ΠΑΡΑΜΕΤΡΙΚΗ ΠΥΛΗ
Pseudomonas Aeruginosa	0 cfu/100 ml
Legionella	1000 cfu/1L

Με βάση ακόμα τα τρέχοντα στοιχεία του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας, ο κίνδυνος μόλυνσης από τον κορωνοϊό SARS-COV-2 για τα συστήματα ύδρευσης είναι χαμηλός. Γενικά, αυτή η κατηγορία ιών είναι πολύ πιο εύθραυστη σε συνθήκες περιβάλλοντος σε σχέση με τους ιούς που δεν περικλείονται από μεμβράνες, όπως οι εντεροϊοί ή άλλοι ιοί που μεταδίδονται μέσω του νερού (αδενοϊοί, ιός ηπατίτιδας Α κλπ), με αποτέλεσμα ο ιός να απενεργοποιείται γρηγορότερα όταν εκτεθεί στο περιβάλλον.

Τα Προγράμματα Παρακολούθησης του νερού (άρθρο 13) περιλαμβάνουν: εκτός από διάφορες ειδικές τεχνικές παραμέτρους που τυχόν καθορίστηκαν από την εκτίμηση κινδύνου του συστήματος υδροδότησης, **παρακολούθηση επιπέδων λεγώνελλας και μολύβδου** για τους σκοπούς της εκτίμησης κινδύνου των οικιακών συστημάτων διανομής σε χώρους προτεραιότητας (όπως νοσοκομεία, ιδρύματα υγειονομικής περίθαλψης, κτίρια με εγκαταστάσεις διαμονής, σωφρονιστικά ιδρύματα και εγκαταστάσεις κάμπινγκ), **παρακολούθηση των ουσιών και των ενώσεων που περιλαμβάνονται στον κατάλογο επιτήρησης**, (φαρμακευτικά προϊόντα, ενώσεις με ιδιότητες ενδοκρινικού διαταράκτη και μικροπλαστικά), **παρακολούθηση για τους σκοπούς του εντοπισμού πηγών κινδύνου και επικίνδυνων**

**νων συμβάντων**, και τέλος, **επιχειρησιακή παρακολούθηση** που διενεργείται σύμφωνα με συγκεκριμένους κανόνες και οδηγίες.

### Στρατηγική διαχείρισης ποσότητας νερού στα οδοντιατρεία- Οικονομικά οφέλη

Η αξιοποίηση του νερού στις λειτουργικές διαδικασίες εντός του οδοντιατρείου μπορεί να γίνει εφικτή μέσω της εγκατάστασης συσκευών που εξοικονομούν νερό, εξοπλισμών φιλικών προς το περιβάλλον ή ακόμα και διακόσμηση του χώρου της επιχείρησης με οικολογικά μέσα όπως φυτών ανθεκτικών στη ξηρασία που δεν απαιτούν καθημερινό πότισμα. Σημειώνεται ότι ακόμα και η αλλαγή πολιτικής χρήσης του νερού για την οδοντιατρική επιχείρηση μπορεί να μειώσει την κατανάλωση νερού έως και 30%. Προκειμένου να εξοικονομηθούν στο μέγιστο βαθμό, τόσο ενέργεια όσο και νερό, θα πρέπει να εφαρμοστούν απαραίτητα κάποια θήματα στο πλαίσιο ενός βιώσιμου σχεδιασμού της οδοντιατρικής επιχείρησης (**Πίνακας 1**).

Η εξοικονόμηση νερού, πέρα από το περιβαλλοντικό όφελος, θα μειώσει αισθητά και τους λογαριασμούς νερού στο οδοντιατρείο. Μάλιστα οι συσκευές με αποδοτική χρήση νερού αυξάνουν κατακόρυφα την εξοικονόμηση, ιδίως στους κόμβους υψηλής κατανάλωσης όπως π.χ. το καζανάκι της τουαλέτας. Απαιτείται επίσης κυβερνητική πρωτοβουλία γενικότερα για πιο βιώσιμα συστήματα αποχέτευσης κτιρίων και καλύτερο σχεδιασμό και υλικά υδραυλικών εγκαταστάσεων, κάτι που θα μειώσει αισθητά τους φόρους αποχέτευσης αλλά και το κόστος θέρμανσης ενός κτιρίου. Στο Ηνωμένο Βασίλειο για παράδειγμα, που εφάρμοσε πολιτική εξοικονόμησης νερού σε δομές υγείας,

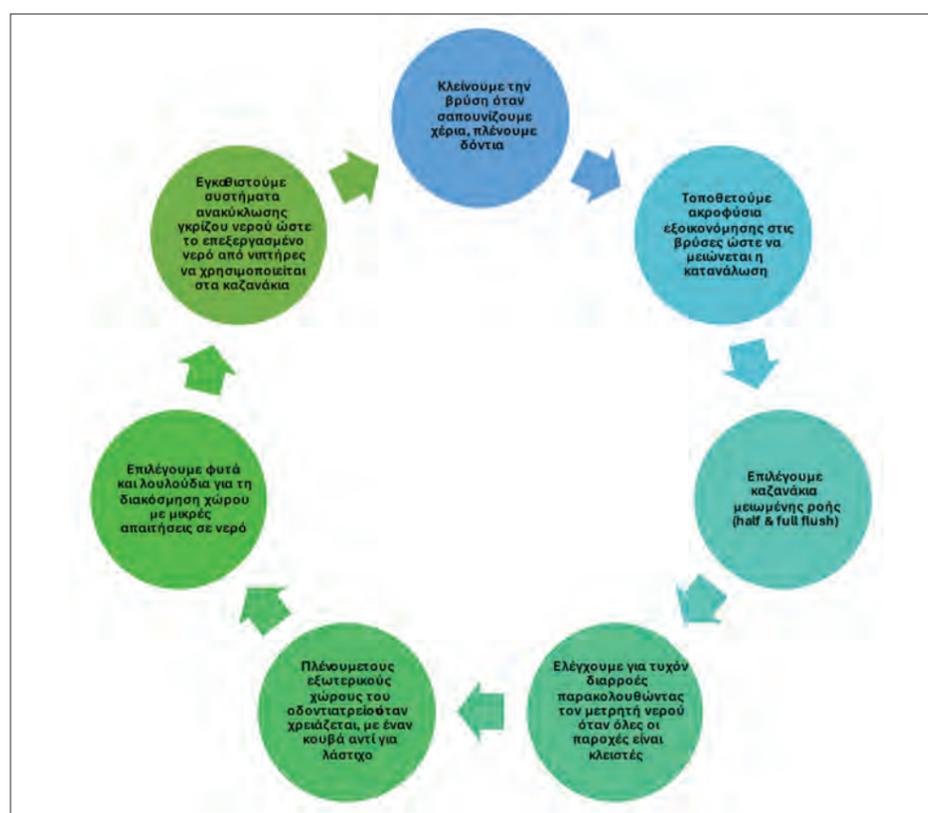
υπολογίστηκε εξοικονόμηση χρημάτων έως και 20%, το οποίο μεταφράζεται σε 9.5 εκατομμύρια λίρες ανά έτος σε πραγματικούς αριθμούς. Ένας πρακτικός και συνοπτικός οδηγός με συμβουλές βιώσιμης χρήσης του νερού στο οδοντιατρείο φαίνεται στην **Εικόνα 1**.

Αναλυτικότερα, μπορούν να αναφερθούν τα ακόλουθα σημεία σχετικά με τους βασικότερους κόμβους νερού στο οδοντιατρείο:

**1. Οδοντιατρικό μηχάνημα:** Η ποιότητα παροχής νερού στο οδοντιατρικό μηχάνημα είναι κάτι που πρέπει να ελέγχεται από τον οδοντίατρο ανά τακτά χρονικά διαστήματα (εξάμηνο ή έτος). Καταστάσεις όπως οι θερμοκρασίες των 37°C μέσα στα συστήματα σωληνώσεων και η αντίστροφη ροή σε χειρολαβές υψηλών ταχυτήτων ευνοούν την ανάπτυξη βακτηρίων και μυκήτων, τα οποία μπορούν να προκαλέσουν μικροβιακή μόλυνση του νερού λειτουργίας του μηχανήματος, των σωληνώσεων του δικτύου καθώς και των σωληνίων αναρρόφησης. Ο μικροβιολογικός έλεγχος είναι απαραίτητο να γίνεται σε κάθε θέση κοπτικού μέσου στο μηχάνημα. Συνιστάται αρχικά να γίνεται καθαρισμός των γραμμών του νερού που συνδέονται με τα κοπτικά μέσα που εισέρχονται στη στοματική κοιλότητα του ασθενούς, με ξέπλυμα των γραμμών, τουλάχιστον για 30 δευτερόλεπτα μεταξύ των ραντεβού, καθώς επίσης και μηχανική έκπλυση για 2 έως 4 λεπτά, τόσο κατά το άνοιγμα, όσο και κατά το κλείσιμο του οδοντιατρείου. Με αυτόν τον τρόπο απομακρύνεται το στάσιμο νερό των γραμμών καθώς και οι ρύποι που πιθανώς εισέρχονται στο σύστημα ύδρευσης κατά τη διάρκεια της εργασίας. Ο έλεγχος της ποιότητας του νερού της οδοντιατρικής μονάδας θα πρέπει να υλοποιείται σε τακτική βάση, σύμφωνα με τις οδηγίες του κατασκευαστή της μονάδας. Με βάση το θεσμικό πλαίσιο για την ποιότητα νερού ανθρώπινης κατανάλωσης, για την Legionella, η ελάχιστη συχνότητα δειγματοληψίας και αναλύσεων ορίζεται μία (1) ανά εξάμηνο, ενώ για τα υπόλοιπα βακτήρια τουλάχιστον 4 φορές ετησίως (βλέπε ΦΕΚ 3282/Β/19.9.2017). Εφόσον, τα αποτελέσματα του ελέγχου είναι μεγαλύτερα από 200 CFU/ml (αριθμός αποικιών ετερότροφων βακτηρίων ανά ml νερού-colony-forming units per milliliter), τότε θα πρέπει να γίνει εσωτερική απολύμανση στο οδοντιατρικό μηχάνημα. Το όριο αυτό επιλέχθηκε καθώς μελέτες σε κέντρα αιμοδιάλυσης έδειξαν πως η χρήση νερού με συγκέντρωση μικροβίων μεγαλύτερη των 200 CFU/ml οδηγεί σε γρήγορο αποικισμό των μονάδων αιμοκάθαρσης με μικροοργανισμούς αλλά και γιατί συσχετίζεται και με παρενέργειες λόγω της παρουσίας ενδοτοξινών. Το νερό της οδοντιατρικής μονάδας πρέπει να παρακολουθείται και για όλες τις άλλες σχετικές παραμέτρους σύμφωνα με το ισχύον θεσμικό πλαίσιο. Επίσης, έλεγχος πραγματοποιείται κατόπιν συμβάντων που θέτουν σε κίνδυνο την ακεραιότητα του συστήματος ύδρευσης του ιατρείου καθώς και μετά από μακρά περίοδο μη λειτουργίας του. Το ίδιο ισχύει και για οποιαδήποτε διορθωτική παρέμβαση γίνει στο δίκτυο του νερού. Η δειγματοληψία για τον έλεγχο της ποιότητας του νερού θα πρέπει να υλοποιείται από κατάλληλα εκπαιδευμένο προσωπικό, σύμφωνα με ειδικό πρότυπο διαδικασιών. Η ανάλυση του νερού πρέπει ακόμα να γίνεται από ειδικό πιστοποιημένο εργαστήριο. Είναι απαραίτητη δε, η τήρηση σχετικών αρχείων με τα αποτελέσματα των ελέγχων και παρεμβάσεων που έχει υποστεί το δίκτυο νερού του ιατρείου.

Μία ενδιαφέρουσα πρόταση ελέγχου της ποιότητας του νερού είναι η εγκατάσταση αυτόνομου συστήματος παροχής νερού, στο οποίο το νερό από τη μονάδα παρέχεται από ξεχωριστή φιάλη νερού, παρά απευθείας από τη δημόσια παροχή νερού. Το πλεονέκτημα που προσφέρουν οι ξεχωριστές φιάλες είναι η δυνατότητα προσθήκης διαφορετικών τύπων υγρών για μια ποικιλία θεραπειών και η δυνατότητα χρήσης

Πίνακας 1. Γενικές συστάσεις πολιτικής χρήσης του νερού στο οδοντιατρείο	
1	Μείωση των ποσοτήτων νερού που απαιτούνται για τη λειτουργία του οδοντιατρείου τόσο στους εσωτερικούς όσο και στους εξωτερικούς χώρους παρακολουθώντας τους κόμβους σπατάλης και τις ροές εργασιών που μπορούν να ελεγχθούν.
2	Αξιολόγηση των διαφόρων χρήσεων του νερού με διάκριση μεταξύ εκείνων που μπορούν να εκπληρωθούν με τη χρήση ακατέργαστου νερού και εκείνων που απαιτούν επεξεργασμένο νερό.
3	Βεβαίωση ότι το δίκτυο του νερού στην επιχείρηση συντηρείται τακτικά, ώστε να λειτουργεί αποτελεσματικά και να εντοπίζονται πρόωρα και να διορθώνονται άμεσα τυχόν διαρροές.
4	Επιλογή εξοπλισμού οδοντιατρείου με βρύσες και τουαλέτες νέας τεχνολογίας οι οποίες εξοικονομούν μεγάλες ποσότητες νερού καθημερινά.
5	Αλλαγή συμπεριφοράς με πρακτικές συστάσεις προς τους ασθενείς και το προσωπικό π.χ. να κλείνουν τη βρύση κατά το βούρτσισμα των δοντιών καθώς εξοικονομούνται τουλάχιστον 90 ποτήρια νερό ανά άτομο καθημερινά, με μόνο την εφαρμογή αυτού του απλού μέτρου.



Εικ. 1: Πρακτικός συνοπτικός οδηγός διαχείρισης νερού στο οδοντιατρείο

Συνέχεια στη σελίδα 10

# 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 quality backed 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 Εημάογλου 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 8

εμφιαλωμένου νερού με καθορισμένη περιεκτικότητα σε ανόργανα άλατα (σκληρότητα), σε περιοχές όπου υπάρχουν υψηλά επίπεδα ανόργανων συστατικών στο δημόσιο νερό. Υπάρχουν και πρόσθετα οφέλη από τη χρήση ενός αυτόνομου συστήματος νερού. Για παράδειγμα, η αυτόνομη δεξαμενή νερού στη μονάδα επιτρέπει τη χρήση απεσταγμένου ή αφαλατωμένου νερού, το οποίο χρησιμοποιείται απευθείας στις χειρουργικές επεμβάσεις, ενώ μπορεί να βοηθήσει στην πρόληψη της συσσώρευσης εναποθέσεων στις γραμμές νερού, οι οποίες μπορεί να εμποδίζουν μακροπρόθεσμα τη ροή του νερού στο μηχανήμα. Σε ορισμένα συστήματα, η φιάλη νερού περιέχει επιπροσθέτως και ένα φυσίγγιο που απελευθερώνει έναν αντιμικροβιακό παράγοντα, ο οποίος συντελεί στον έλεγχο της ανάπτυξης μικροβίων. Αναφέρεται ωστόσο ότι τα συγκεκριμένα αυτόνομα συστήματα νερού δεν είναι σχεδιασμένα για την παροχή αποστειρωμένου διαλύματος ή τη χρήση αλατούχων διαλυμάτων, στοματικών πλύσεων ή οποιονδήποτε χημικών διαλυμάτων που δεν προσδιορίζονται από τους κατασκευαστές. Η συντήρηση ωστόσο της φιάλης είναι απλή. Για τον καθαρισμό της χρησιμοποιείται συνήθως ήπιο υγρό πιάτων και βούρτσια. Στη συνέχεια το δοχείο πρέπει να ξεπλένεται καλά ώστε να απομακρυνθούν τυχόν υπολείμματα σαπουνιού. Για την απολύμανσή του, χρησιμοποιείται η μέθοδος waterline shock treatment (μέθοδος διάσπασης βιούμενιου του νερού της οδοντιατρικής μονάδας), με πιστοποιημένα αντιμικροβιακά προϊόντα (**Πίνακας 2**), όπως π.χ. αντιμικροβιακές ταμπλέτες, που προστίθενται κάθε φορά που ξαναγεμίζει η φιάλη νερού.

**2. Τουαλέτες νέας τεχνολογίας:** Σχεδόν το 20% της ετήσιας κατανάλωσης νερού καταλήγει στην αποχέτευση, καθιστώντας την τουαλέτα τον πιο σπάταλο κόμβο νερού στην οδοντιατρική επιχείρηση. Οι συνήθειες τουαλέτες χρησιμοποιούσαν επτά γαλόνια νερού ανά καζανάκι. Σήμερα, τα μοντέλα τουαλέτας χαμηλής ροής κερδίζουν την ετικέτα Water Sense της EPA χρησιμοποιώντας το πολύ 1,28 γαλόνια νερού ανά καζανάκι (gpf). Μία αρκετά διαδεδομένη λύση στην Ευρώπη είναι η ενσωμάτωση στα νέα κτίρια, τουαλετών διπλού καζανιού. Ωστόσο, δεν είναι απαραίτητο να γίνει αγορά ενός συγκεκριμένου τύπου τουαλέτας ώστε να εξοικονομηθεί νερό. Ο απλούστερος τρόπος για να επιτευχθεί αυτό σε μια παλαιότερη τουαλέτα, είναι η μείωση του όγκου για επανατροφοδότηση με νερό, μετά από ένα καζανάκι, με διάφορα φράγματα νερού που κυκλοφορούν στο εμπόριο.

**3. Βρύσες και βάνες:** Τα σχετικά πρότυπα αναφέρουν ότι οι βρύσες σε νέες εγκαταστάσεις δεν μπορούν να χρησιμοποιούν περισσότερο από 2,5 γαλόνια ανά λεπτό (gpm) νερού, αλλά οι παλαιότερες βρύσες μπορούν να χρησιμοποιούν 3 έως 5 gpm, σύμφωνα με το Υπουργείο Ενέργειας των ΗΠΑ. Μία αποδοτική λύση είναι η εγκατάσταση ειδικών δίσκων στις βρύσες που περιορίζουν τη ροή νερού σε 1.5 gpm ή και λιγότερο. Είναι εύκολοι στην εγκατάσταση και έχουν μεγάλη οικονομική ανταποδοτικότητα. Μπορούν επίσης να εγκατασταθούν αισθητήρες κίνησης, οι οποίοι ανταποκρίνονται στα χέρια που περιμένουν να πλυθούν (όπως στα αεροδρόμια ή σε άλλες δημόσιες εγκαταστάσεις σε όλη τη χώρα). Είναι σαφώς ακριβότεροι μηχανισμοί αλλά με βραχυπρόθεσμο και μακροπρόθεσμο όφελος για την υδάτινη βιωσιμότητα και όχι μόνο. Τέλος, οι οδοντιατρικές επιχειρήσεις και οι οδοντίατροι πληρώνουν τρεις φορές για το νερό - μία φορά για να το αγοράσουν από την εταιρεία κοινής ωφέλειας, μία φορά για να το θερμάνουν χρησιμοποιώντας φυσικό αέριο ή ηλεκτρισμό και μία φορά για να το απορρίψουν ως λύματα. Αυτός είναι ο λόγος για τον οποίο οι αεριστερές-βαλβίδες νερού βρύσης υψηλής απόδοσης που προσαρμόζονται στο στόμιο των βρυσών του νεροχύτη μπορούν να εξοικονομήσουν σημαντικές ποσότητες νερού και χρημά-

Πίνακας 2. Αντιμικροβιακές ουσίες, εγκεκριμένες από την FDA, που χρησιμοποιούνται για την αντιμετώπιση της μικροβιακής μόλυνσης του νερού της οδοντιατρικής μονάδας			
Όνομα προϊόντος	Κατασκευαστής	Ενεργό συστατικό	Συχνότητα χρήσης
Dentacide	Frio Technologies, Inc	I <sub>2</sub>	Καθημερινά
ICX	A-dec, Inc	Sodium percarbonate Cationic surfactants Silver nitrate	Καθημερινά
Lines	Micrilium Laboratories	Alkaline peroxide	Εβδομαδιαία
Sterilex Ultra Liquid and Power Vista Clean	Vista Research Group	Citrus botanics	Εβδομαδιαία
Vista Tabs	Vista Research Group	Chlorine dioxide	Μηνιαία

Πίνακας 3. Αναγωγή διαρροής (σε σταγόνες) σε χαμένη κατανάλωση νερού μηνιαίως και ετησίως		
ΣΤΑΓΟΝΕΣ/ ΛΕΠΤΟ	ΛΙΤΡΑ/ ΜΗΝΑ	ΛΙΤΡΑ/ ΧΡΟΝΟ
60	800	9600
90	1200	14400
120	1600	19200

των. Το ακροφύσιο που βρίσκεται στη βρύση αερίζει το νερό που διέρχεται και το διασκορπίζει, περιορίζοντας τη ροή του, χωρίς όμως να περιορίζει την άνεση χρήσης της βρύσης, επομένως επιτρέπει την οικονομία στο λογαριασμό ύδρευσης του οδοντιατρείου. Σημαντικό είναι ωστόσο να διενεργείται τουλάχιστον δύο φορές το χρόνο, έλεγχος διαρροών του δικτύου. Οι συνάδελφοι μπορούν να δηλώσουν στην ΕΥ-ΔΑΠ ότι η παροχή τους αφορά σε οδοντιατρείο και να ζητήσουν να ενημερώνονται άμεσα από τους υπευθύνους για τυχόν διαρροή στο δίκτυό τους. Μια βρύση που στάζει μπορεί να κοστίζει σημαντική επιπλέον κατανάλωση κάθε μήνα εκτός της αντιοικολογικής της συμπεριφοράς. Η σημαντικότητα και της παραμικρής διαρροής του δικτύου φαίνεται στον **Πίνακα 3**.

Στις βρύσες μπορούν ακόμα να τοποθετηθούν ειδικά στόμια και φίλτρα μειωτικής πολλαπλασιαστικής κατανάλωσης. Στο ελληνικό εμπόριο (βλέπε watershop.gr) διατίθενται προϊόντα που τοποθετούνται στις βρύσες για επιπρόσθετη εξοικονόμηση νερού. Ένα από αυτά είναι το ακροφύσιο οικονομίας το οποίο τοποθετείται στο στόμιο της βρύσης, και εξοικονομεί νερό έως και 30%, ενώ το κόστος του κυμαίνεται πε-



Εικ. 2: Μειωτικό ακροφύσιο βρύσης.

ρίπου στα 10 ευρώ (**Εικόνα 2**).

Ακόμα πιο οικονομική λύση (περίπου στα 5 ευρώ) είναι η αγορά ειδικών φίλτρων εξοικονόμησης νερού στις βρύσες που υπάρχουν άφθονο στο εμπόριο.

**4. Καθαρισμός οδοντιατρικών εργαλείων:** Μεγάλες ποσότητες νερού καταναλώνονται κατά τον μηχανικό προκαθαρισμό των εργαλείων για την απομάκρυνση αίματος, οργανικών και ανόργανων υπολειμμάτων, πριν εισαχθούν στον κλίβανο. Πλέον υπάρχουν πιο εξελιγμένοι τρόποι αποτελεσματικού και ασφαλέστερου καθαρισμού των εργαλείων με εφαρμογές τόσο σε νοσοκομειακά όσο και σε οδοντιατρικά περιβάλλοντα, που εξοικονομούν χρόνο και δεν εκθέτουν το προσωπικό σε άμεσο κίνδυνο διασποράς λοιμώξεων. Μία ενδεδειγμένη επιλογή είναι η χρήση μονάδων καθαρισμού με υπερήχους, οι οποίες μέσω ηχητικών κυμάτων συγκεκριμένης συχνότητας απομακρύνουν από τα εργαλεία επιφανειακές ακαθαρσίες. Η χρήση μονάδων καθαρισμού με υπερήχους για οδοντιατρικά εργαλεία αποτελεί συνιστώμενη πρακτική που αναφέρεται από επαγγελματικούς οργανισμούς, όπως η Αμερικανική Οδοντιατρική Ένωση (ADA), ο Οργανισμός Τροφίμων

και Φαρμάκων (FDA) και περιγράφεται στο Summary of Infection Prevention Practices in Dental Settings του CDC, για την απομάκρυνση των ρύπων από τα επαναχρησιμοποιούμενα οδοντιατρικά εργαλεία. Μια εταιρεία που προτείνει τον καθαρισμό των οδοντιατρικών εργαλείων με τη χρήση υπερήχων είναι η Tonatech, η οποία παρέχει οδηγό επιλογής της κατάλληλης συσκευής καθαρισμού υπερήχων με βάση συγκεκριμένες προδιαγραφές, μεταξύ άλλων τη χωρητικότητα της δεξαμενής καθαρισμού, τη συχνότητα λειτουργίας των υπερήχων (μια συχνότητα 37 kHz ή 37.000 κύκλων ανά δευτερόλεπτο είναι ιδανική για τις περισσότερες απαιτήσεις καθαρισμού οδοντιατρικών οργάνων), τον παλμό για την αφαίρεση πιο δύσκολα αφαιρούμενων ρυπών και τον έλεγχο της θερμοκρασίας.

**5. Κλιματιστικά:** Πέραν του ενεργειακού κόστους, τα κλιματιστικά καταναλώνουν και μεγάλες ποσότητες νερού για τη ψύξη του χώρου. Μία περιβαλλοντικά ορθή και οικονομικά συμφέρουσα λύση είναι τα κλιματιστικά τύπου inverter που μπορούν να κάνουν εξοικονόμηση ενέργειας της τάξεως του 35% κατά μέσο όρο σε σχέση με τα παλαιότερες αντίστοιχες συσκευές, ενώ το ποσοστό αυτό αυξάνεται περαιτέρω έως και το 50% με βάση την κατάταξη των προϊόντων ανά ενεργειακή κλάση. Εδώ θα πρέπει να αναφερθεί πως τα κλιματιστικά κατατάσσονται από την ενεργειακή κλάση A+++ (υψηλή ενεργειακή απόδοση, χαμηλότερη κατανάλωση ρεύματος) έως και την ενεργειακή κλάση G (χαμηλή ενεργειακή απόδοση, υψηλή κατανάλωση ρεύματος). Όλα αυτά βέβαια καλό θα ήταν να εφαρμοστούν με μία ταυτόχρονη καλή μόνωση του χώρου του ιατρείου ώστε να μειώνεται η ανάγκη ψύξης ή θέρμανσης του χώρου με τη χρήση ηλεκτρικών συσκευών.

### Στρατηγική διασφάλισης ποιότητας νερού στα οδοντιατρεία

Η μόλυνση των συστημάτων νερού των οδοντιατρικών μονάδων (DUWS) από μία ποικιλία μικροοργανισμών και ο σχηματισμός βιοϋμενίου είναι ένα από τα σημαντικότερα προβλήματα στα οδοντιατρικά κέντρα κατά της ορθής λειτουργίας των μονάδων αυτών. Το σύστημα παροχής νερού αποτελεί αναπόσπαστο μέρος της οδοντιατρικής μονάδας και προμηθεύει το απαιτούμενο νερό για τις υψηλών ταχυτήτων χειρολαβές, τη σύριγγα αέρα/νερού και το μηχανήμα υπερήχων. Αυτό το σύστημα συνήθως ρυπαίνεται από διάφορα είδη μικροοργανισμών. Η προέλευση αυτών των μικροοργανισμών μπορεί να είναι τα στοματικά υγρά των ασθενών που επιστρέφουν στο σύστημα νερού ή η αρχική μόλυνση του νερού που εισέρχεται στη μονάδα. Οι παθογόνοι μικροοργανισμοί προστατεύονται έναντι της απολύμανσης κάνοντας οργανωμένες συναθροίσεις, τα λεγόμενα βιοϋμενία. Όταν το νερό εκτίθεται σε αυτά, τα βακτήρια που κατοικούν εκεί, εισέρχονται στο νερό και το μολύνουν. Για το λόγο αυτό, η χρήση κατάλληλων απολυμαντικών ιδίως εκείνων που έχουν καλύτερη επίδραση κατακράτησης στο νερό, θεωρούνται ιδιαίτερα σημαντικά και είναι πολύ αποτελεσματικά για την απομάκρυνση των αιωρούμενων και ελεύθερων μικροοργανισμών, ακόμη και αυτών που περιέχονται στα βιοϋμενία των οδοντιατρικών συστημάτων νερού. Με βάση τα αποτελέσματα διαφόρων μελετών, η χρήση απολυμαντικών όπως το υπεροξειδίο του υδρογόνου και η υπεριώδης ακτινοβολία μπορεί να είναι χρήσιμα και να διατηρήσουν το μικροβιακό φορτίο σε επίπεδο μικρότερο από το επιτρεπόμενο όριο των 200 CFU/ml. Ακόμη και προϊόντα όπως το Sterilex ultra (Vista Research Group), μπορούν να εξαλείψουν πλήρως τα πλαγκτονικά κύτταρα και να απομακρύνουν το βιοϋμενίο. Η επιλογή του κατάλληλου συστήματος για τη βελτίωση της ποιότητας του νερού εξαρτάται από την ηλικία της εκάστοτε οδοντιατρικής μονάδας και από τον εξοπλισμό της (βλ. οδηγίες κατασκευαστή).

Μια συνηθισμένη πρώτη επιλογή είναι η εν-

σωμάτωση ενός φίλτρου εισόδου που θα φιλτράρει όλο το νερό κατά την εισοδό του στην οδοντιατρική εγκατάσταση. Αυτά τα φίλτρα συνήθως χρησιμοποιούν υπεριώδες φως για να μειώσουν τους αριθμούς των μικροοργανισμών στο νερό που παρέχεται στις οδοντιατρικές μονάδες. Τα συστήματα αυτά είναι τα πλέον αποτελεσματικά σε νεόδμητες εγκαταστάσεις, όπου δεν υπάρχει ακόμα μικροβιακή μόλυνση στους αγωγούς νερού. Σε παλαιότερες εγκαταστάσεις, οι γραμμές μπορεί να χρειαστεί να αντικατασταθούν ή να καθαριστούν για την απομάκρυνση μικροβιακής μόλυνσης που έχει αποικίσει στις γραμμές. Μια άλλη επιλογή είναι η τοποθέτηση ξεχωριστού φίλτρου που εγκαθίσταται στη γραμμή νερού που τροφοδοτεί κάθε γραμμή κοπτικού του οδοντιατρικού μηχανήματος, τη σύριγγα αέρα/νερού, τη χειρολαβή υπερήχων, ή άλλο εξάρτημα. Αυτά τα φίλτρα περιέχουν μεμβράνες που παγιδεύουν τη μικροβιακή μόλυνση πριν το νερό εισέλθει στο χειρολαβή. Τα μικροφίλτρα αυτά χρησιμοποιούν συνήθως μια μεμβράνη 0,2 μικρομέτρων, ώστε να παγιδεύσουν τους μικροοργανισμούς προτού το νερό εξέλθει στο κοπτικό μέσο. Ορισμένα φίλτρα ενσωματώνουν λειτουργίες πρόληψης επιστροφής του νερού που έχει εξέλθει, γεγονός που αυξάνει την ασφάλεια κατά της διασταυρούμενης επιμόλυνσης μέσω του νερού του μηχανήματος. Τα φίλτρα των γραμμών του νερού που διατίθενται στο εμπόριο έχουν μικρή διάρκεια χρήσης που μπορεί να κυμαίνεται από λίγες μέρες ή μερικούς μήνες ανάλογα με τον κατασκευαστή. Για να διατηρηθεί η αποτελεσματικότητά τους, πρέπει να αντικαθίστανται σύμφωνα με τις οδηγίες του κατασκευαστή.

**Συζήτηση-Συμπεράσματα**

Η αειφόρος διαχείριση του νερού είναι μια έννοια μέσω της οποίας μπορεί να υποστηριχθεί η κοινωνική και οικονομική ανάπτυξη δια της βέλτιστης διαχείρισης και χρήσης των υδάτων, με παράλληλη προστασία και βελτίωση του περιβάλλοντος για το μέλλον. Η υδάτινη βιωσιμότητα στο οδοντιατρείο είναι μία πολιτική αλλά και φιλοσοφία που μπορεί και πρέπει να ενσωματωθεί σε όλες τις οδοντιατρικές δομές μέσω μιας ολοκληρωμένης προσέγγισης και στρατηγικής διαχείρισης του νερού. Αυτό σημαίνει ότι πρέπει να εξεταστούν μαζί η εξοικονόμηση νερού, η αποδοτική χρήση του και τα βιώσιμα συστήματα αποχέτευσης, ώστε να μεγιστοποιηθούν τα πιθανά οφέλη και να μειωθεί το κόστος των μέτρων διαχείρισης. Πιθανά η βιώσιμη χρήση του βρόχινου νερού σε μέρη με λειψυδρία αλλά και στον αστικό κλοιό παρέχει για παράδειγμα, οφέλη όσον αφορά τη χαμηλή ζήτηση σε κύριο νερό (π.χ. για το ξέπλυμα της τουαλέτας και άλλες μη υγειονομικές χρήσεις), ενώ ελαχιστοποιεί την ποσότητα της απορροής των βροχοπτώσεων που καταλήγει στο σύστημα αποχέτευσης. Αυτό επιτρέπει τη διατήρηση του βιώσιμου συστήματος αποχέτευσης σε ελάχιστο μέγεθος, μειώνοντας έτσι το κόστος κατασκευής και συντήρησης. Φυσικά οι διαδικασίες αυτές πρέπει να γίνονται μετά από μελέτη ειδικών και όχι με χρήση πρόχειρων πατεντών.

Παρόμοιες χρήσεις αναμένεται να βελτιώσουν την ποιότητα του νερού και την πίεση που ασκείται τόσο στους υδάτινους πόρους όσο και στο περιβάλλον. Ένα ολιστικό σύστημα διαχείρισης υδάτων μπορεί επίσης να προσφέρει οφέλη όσον αφορά την ενεργειακή απόδοση μέσω ενός πιο ολοκληρωμένου σχεδιασμού κτιρίου (π.χ. πράσινη στέγη). Γιατί πολλές τεχνολογίες αποδοτικής χρήσης του νερού παρέχουν όχι μόνο εξοικονόμηση νερού, αλλά και ενεργειακή απόδοση γενικά. Η τήρηση των βέλτιστων πρακτικών κατά τον σχεδιασμό του εσωτερικού υδραυλικού συστήματος θα εξοικονομήσει νερό και ενέργεια, αποφεύγοντας τη χρήση μεγάλων σωληνώσεων και εξασφαλίζοντας ότι οι σωλήνες είναι καλά μονωμένοι, μεταξύ άλλων πιθανών μέτρων. Συμπερασματικά, τα κύρια

στοιχεία της βιώσιμης διαχείρισης του νερού που εξετάζονται σε αυτή την προσέγγιση είναι τα εξής: τα βιώσιμα συστήματα αποχέτευσης, η βιώσιμη χρήση του νερού, οι ορθές πρακτικές στις υδραυλικές εγκαταστάσεις και η εκπαίδευση των νέων οδοντιάτρων στις προοπτικές αειφόρου ανάπτυξης στον τομέα υγείας, με τη κατάλληλη ενημέρωση από τα πανεπιστημιακά ιδρύματα και υποστήριξη από τους φορείς του κλάδου.

**Βιβλιογραφία**

Antoniadou, M.; Intzes, A.; Kladochou, C.; Christou, I.; Chatzigeorgiou, S.; Plexida, M.; Stefanidakis, V.; Tzoutzas, I. Factors Affecting Water Quality and Sustainability in Dental Practices in Greece. Sustainability 2023, 15, 9115.  
 Antoniadou, M.; Chrysochoou, G.; Tzanetopoulos, R.; Riza, E. Green Dental Environmentalism among Students and Dentists in Greece. Sustainability 2023, 15, 9508.

Bilalova, S., Newig, J., Tremblay-Lévesque, L. C., Roux, J., Herron, C., & Crane, S. (2023). Pathways to water sustainability? A global study assessing the benefits of integrated water resources management. Journal of Environmental Management, 343, 118179.  
 Cataldi ME, Al Rakayan S, Arcuri C, Cond R. Dental unit wastewater, a current environmental problem: a systematic review. Oral Implantol (Rome). 2017 Jan 21;10(4):354-359. doi: 10.11138/orl/2017.10.4.354.  
 da Silva, L. C. C., Oliveira Filho, D., Silva, I. R., e Pinto, A. C. V., & Vaz, P. N. (2019). Water sustainability potential in a university building—case study. Sustainable Cities and Society, 47, 101489.  
 Hossein, M., Davood, E., Hossein, K., & Mojtaba, S. (2015). A review on control methods for bacteriological water quality and biofilm in dental unit water systems. Sch J Appl Med Sci, 3, 574-82.  
 Ramos, H. M., McNabola, A., Lopez-Jiménez, P.

A., & Pérez-Sánchez, M. (2019). Smart water management towards future water sustainable networks. Water, 12(1), 58.  
 Seelen, L. M., Flaim, G., Jennings, E., & Domis, L. N. D. S. (2019). Saving water for the future: Public awareness of water usage and water quality. Journal of environmental management, 242, 246-257.  
 Venis, R. A., & Basu, O. D. (2021). Mechanisms and efficacy of disinfection in ceramic water filters: A critical review. Critical Reviews in Environmental Science and Technology, 51(24), 2934-2974.  
<https://eody.gov.gr/wp-content/uploads/2019/08/ma-nosokomeia-odigies-6.pdf>  
 WHO. Technical brief: Water, sanitation, hygiene and waste management for COVID-19, March 03, 2020).  
 Αράβα Μ. Μικροβιολογική ποιότητα του νερού των οδοντιατρικών μονάδων στην Οδοντιατρική Σχολή του Α.Π.Θ., 2006. <http://ikee.lib.auth.gr/record/66394/files/gri-2007-030.pdf>



**ΚΑΡΥΟΦΥΛΛΗ 24, ΓΟΥΔΙ, 115 27 ΑΘΗΝΑ**  
**ΤΗΛ.: 210.7775021, 210.7775110, 210.7775929**  
**e-mail: sales@dentalcom.gr - www.dentalcom.gr**











05/2024






Η στήλη της

ΕΛΛΗΝΙΚΗΣ ΕΝΔΟΔΟΝΤΙΚΗΣ ΕΤΑΙΡΕΙΑΣ

## Ενδοδοντικές αναγεννητικές τεχνικές και ορθοδοντική μετακίνηση: μια νέα κλινική πρόκληση



**Σπύρος Στεφόπουλος**  
Οδοντίατρος - Ενδοδοντολόγος,  
DDS, MSC.

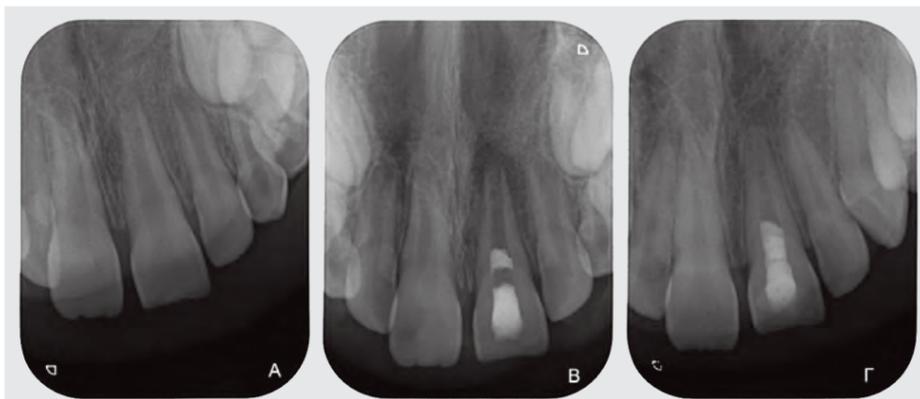
Στις μέρες μας αυξάνεται διαρκώς ο αριθμός των δοντιών με νεκρό πολφό και αδιάπλαστο ακρορρίζιο που αντιμετωπίζονται με ενδοδοντικές αναγεννητικές τεχνικές. Ως συνέπεια, οι ειδικοί ορθοδοντικοί θα καλούνται να μετακινούν όλο και πιο συχνά δόντια που έχουν υποβληθεί σε αναγεννητική τεχνική.

Οι γνώσεις μας όμως για τη συμπεριφορά των δοντιών αυτών κατά τη μετακίνησή τους είναι φτωχές και βασίζονται προς το παρόν σε πολύ μικρό αριθμό

δημοσιευμένων κλινικών περιστατικών. Σκοπός της δημοσίευσης είναι να παρουσιάσει δύο περιπτώσεις δοντιών που μετά από επιτυχή αντιμετώπιση με αναγεννητική τεχνική υποβλήθηκαν σε ορθοδοντική μετακίνηση και να συζητηθούν οι προφυλάξεις και οι πρακτικές που πρέπει να υιοθετηθούν προκειμένου να εξασφαλιστεί η μετακίνηση τέτοιων δοντιών με ασφάλεια και χωρίς δημιουργία σοβαρών ανεπιθύμητων παρενεργειών.

Οι αναγεννητικές τεχνικές (Regenerative Endodontic Procedures-REPs) αποτελούν μία από τις συναρπαστικότερες εξελίξεις στον τομέα της Ενδοδοντίας την τελευταία 20ετία. Πρόκειται για βιολογικά βασισμένες διαδικασίες που αποσκοπούν στη φυσιολογική αντικατάσταση κατεστραμμένων οδοντικών ιστών συμπεριλαμβανομένων της οδοντίνης και της οστεΐνης της ρίζας αλλά και των κυττάρων του πολφο-οδοντινικού συμπλέγματος (American Association of Endodontists 2020). Χρησιμοποιούνται στις περιπτώσεις δοντιών με νεκρό πολφό και ατελή διάπλαση της ρίζας που παρουσιάζουν ανοικτό ακρορρίζιο. Σε αντίθεση με την παραδοσιακή τεχνική με τη μακροχρόνια εφαρμογή υδροξειδίου του ασβεστίου στον ριζικό σωλήνα (το γνωστό arexification) αλλά και τις τεχνικές ακρορριζικού βύσματος MTA (ή άλλου βιοκεραμικού υλικού), οι αναγεννητικές τεχνικές μπορούν να πετύχουν εντυπωσιακά αποτελέσματα όπως σύγκλιση του ακρορριζίου, πάχυνση των τοιχωμάτων της ρίζας ή και συνέχιση της διάπλάσής της (Εικ. 1). Στις μέρες μας, αποτελούν τη θεραπεία εκλογής ειδικά σε δόντια με νέκρωση σε πολύ πρώιμα στάδια διάπλασης της ρίζας με την προσδοκία της βελτίωσης της μακροχρόνιας πρόγνωσης αυτών των δοντιών (American Association of Endodontists 2018).

Με δεδομένο τον διαρκώς αυξανόμενο



Εικόνα 1: Α) Αριστερός άνω κεντρικός τομέας ασθενούς 8 ετών με νέκρωση πολφού και ατελή διάπλαση ρίζας μετά από κάταγμα αδαμαντίνης-οδοντίνης. Β) Αμέσως μετά την εφαρμογή αναγεννητικής τεχνικής με το βιοκεραμικό υλικό (MTA) να έχει τοποθετηθεί στο αυχενικό τριτημόριο της ρίζας (πάνω σε ενδορριζικό θρόμβο αίματος). Γ) 5 χρόνια μετά, το δόντι παρουσιάζει συνέχιση της διάπλασης της ρίζας, πάχυνση των τοιχωμάτων και σύγκλιση του ακρορριζίου.

αριθμό περιστατικών πρόσθιων δοντιών νεαρών ασθενών που αντιμετωπίζονται με αναγεννητικές τεχνικές είναι αναμενόμενο η ορθοδοντική μετακίνηση τέτοιων δοντιών να γίνει κλινική ρουτίνα στο εγγύς μέλλον (Stefopoulos et al 2023). Οι γνώσεις μας εντούτοις για τη συμπεριφορά των αναγεννημένων ακρορριζικών και ενδορριζικών ιστών κατά την ορθοδοντική μετακίνηση είναι ακόμα περιορισμένες και βασίζονται σε μεμονωμένες προς το παρόν αναφορές περιστατικών. Το 2018 τρεις διαφορετικές δημοσιεύσεις κατέδειξαν ευνοϊκή συμπεριφορά των αναγεννημένων ιστών στην ορθοδοντική μετακί-

νηση των εν λόγω δοντιών (Chaniotis 2018, Jawad et al 2018, Natera & Mukherjee 2018). Αντιθέτως, το 2022 είχαμε τα 3 πρώτα περιστατικά δοντιών με επιτυχημένη εφαρμογή των αναγεννητικών τεχνικών που μετά την εφαρμογή ορθοδοντικών δυνάμεων παρουσίασαν βραχυπρόθεσμες ή μακροπρόθεσμες επιπλοκές (Chaniotis & Chanioti 2022). Αυτή η δημοσίευση έκρουσε τον κώδωνα του κινδύνου ως προς την ανάγκη προσεκτικής εφαρμογής των ορθοδοντικών δυνάμεων σε δόντια που έχουν αντιμετωπιστεί με αναγεννητικές τεχνικές με σκοπό τη διαμόρφωση κλινικών οδηγιών βασισμένων

στην τεκμηρίωση για την ιδανική ορθοδοντική διαχείριση τέτοιων περιστατικών.

Βασική προϋπόθεση αποτελεί η γνώση της πιθανής ακτινογραφικής εικόνας αυτών των δοντιών και η αυξημένη επαγρύπνηση όλων των εμπλεκόμενων: θεράποντος οδοντιάτρου, θεράποντος ορθοδοντικού, ενδοδοντολόγου ακόμη και του ίδιου του ασθενούς. Η λήψη λεπτομερούς οδοντιατρικού ιστορικού, πριν την ορθοδοντική θεραπεία, δίνοντας βαρύτητα σε πιθανούς οδοντικούς τραυματισμούς και ενδοδοντικές παρεμβάσεις (πότε και ποιος παρενέβη ενδοδοντικά) μπορεί να προϊδεάσει για την πιθανή παρουσία αναγεννητικής τεχνικής σε κάποιο δόντι. Η ακτινογραφική εικόνα (στην απαραίτητη οπισθοφανιακή ακτινογραφία) ακτινοσκιερού υλικού στον αυχένα και στο μυλικό τριτημόριο της ρίζας του δοντιού είναι ενδεικτική ύπαρξης βιοκεραμικού υλικού και πιθανής αναγεννητικής προσπάθειας (Εικ. 16, 26, 3a). Τέτοια δόντια θα πρέπει να αντιμετωπίζονται με προσοχή, με εφαρμογή ήπιων ορθοδοντικών δυνάμεων, διακεκομμένη ενέργειά τους και τη μικρότερη δυνατή χρονική διάρκεια εφαρμογής της μετακίνησης. Η συχνή επανεξέταση του ασθενούς κατά τη διάρκεια της ορθοδοντικής μετακίνησης (ανά 6μηνο ή και συχνότερα) είναι απολύτως απαραίτητη για την έγκαιρη αναγνώριση και αντιμετώπιση τυχόν επιπλοκών (Stefopoulos et al 2023). Επιπρόσθετα, έχει προταθεί να υπάρχει μία περίοδος παρακολούθησης τουλάχιστον δύο ετών προτού ένα δόντι που έχει θεραπευθεί με ενδοδοντικές αναγεννητικές τεχνικές υποβληθεί σε ορθοδοντική μετακίνηση προκειμένου να επιβεβαιωθεί η σταθερότητα του αποτελέσματος της αναγεννητικής θεραπείας (Sandler et al 2021).

### Περιστατικό 1

Νεαρός ασθενής 8 ετών προσήλθε στο ιατρείο με οξύ φατνιακό απόστημα στον δεξιό κάτω κεντρικό τομέα (δόντι #41) 1,5 μήνα μετά από ένα οριζόντιο κάταγμα αδαμαντίνης-οδοντίνης (Εικ. 2a). Μετά από ενημέρωση των γονέων αποφασίσθηκε η εφαρμογή αναγεννητικής τεχνικής λόγω του νεαρού της ηλικίας του ασθενούς και του ανοικτού και κοανοειδούς ακρορριζίου. Η αναγεννητική τεχνική πραγματοποιήθηκε με τοποθέτηση υδροξειδίου του ασβεστίου ως ενδορριζικό φάρμακο μεταξύ των συνεδριών και με

**26<sup>ο</sup> Πανελλήνιο Συμπόσιο Ενδοδοντίας**

«Η Ενδοδοντία μπροστά στις πιο σύγχρονες προκλήσεις της»

Save the Date

**7-8 Δεκεμβρίου 2024**  
**Μουσείο Μπενάκη**

ΕΕΕ  
ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΕΝΔΟΔΟΝΤΙΚΗ ΕΤΑΙΡΕΙΑ

# RACE<sup>®</sup> EVO



**THE  
RACE  
LEGACY**

**SAFE. EFFICIENT. SOFT CONTROL.**

**Dental Expert - Άννα Εημάογλου 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](mailto:anna@dental-expert.gr)

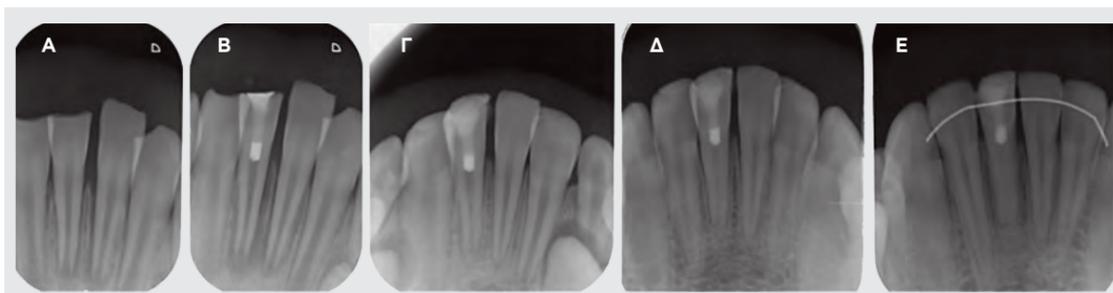
Συνέχεια από τη σελίδα 12

τη χρήση ΜΤΑ στην περιοχή του αυχένα πάνω στον δημιουργηθέντα αιματικό θρόμβο (Εικ. 2β). 8 μήνες μετά παρατηρείται πάχυνση των τοιχωμάτων της ρίζας ακρορριζικά και μείωση των διαστάσεων του ανοικτού ακρορριζίου (Εικ. 2γ). Η εναπόθεση σκληρών ιστών καθ' όλο το μήκος της ρίζας συνεχίστηκε για τα επόμενα χρόνια και 4 χρόνια μετά παρατηρείται πάχυνση των τοιχωμάτων της ρίζας χωρίς περαιτέρω διάπλυσή της, σύγκλιση του ακρορριζίου και σχεδόν καθολική ενασβεσίωση του ριζικού σωλήνα (Εικ. 2δ). Η μεσολάβηση της πανδημίας Covid στην Ελλάδα οδήγησε στην αδυναμία επανεξέτασης του ασθενούς για τα επόμενα χρόνια. 4 χρόνια μετά την τελευταία επανεξέταση (συνολικά 8 χρόνια μετά την εφαρμογή της αναγεννητικής τεχνικής) ο ασθενής επανήλθε στο ιατρείο για επανέλεγχο. Κλινικά και ακτινογραφικά υπήρχε σύρμα διατήρησης αποτελέσματος ορθοδοντικής μετακίνησης (retainer) και ο ασθενής ανέφερε τη διενέργεια ορθοδοντικής θεραπείας με αγκύλια (brackets) για 2 χρόνια στο μεσοδιάστημα. Παρά την έλλειψη συνεννόησης με τον ορθοδοντικό και την απουσία τακτικών επανεξετάσεων κατά την περίοδο της μετακίνησης, το δόντι παρουσίαζε διατήρηση της δομικής ακεραιότητας των αναγεννημένων ακρορριζικών και ενδορριζικών ιστών με μια καθολική ενασβεσίωση της πολφικής του κοιλότητας (Εικ. 2ε).

### Περιστατικό 2

Πρόκειται για ένα περιστατικό που έχει δημοσιευθεί σε πλήρη μορφή στο περιοδικό Journal of Endodontics (J Endod 2023;49:1487-1494).

Νεαρός ασθενής 7 ετών αντιμετωπίστηκε με αναγεννητική τεχνική λόγω οξέος φατνιακού αποστήματος του άνω δεξιού κεντρικού τομέα



Εικόνα 2: Α) Αρχική ακτινογραφία του νεκρού δεξιού κάτω κεντρικού τομέα με ατελή διάπλωση της ρίζας και ανοικτό ακρορριζίο. Β) Τοποθέτηση ΜΤΑ στο αυχενικό τριτημόριο της ρίζας (πάνω σε ενδορριζικό αιματικό θρόμβο). Γ, Δ). Διαδοχική πάχυνση των τοιχωμάτων της ρίζας και σύγκλιση του ακρορριζίου χωρίς συνέχιση της ριζικής διάπλωσης 8 μήνες και 4 χρόνια μετά την αναγεννητική τεχνική. Ε) 8 χρόνια μετά την αναγεννητική τεχνική και με τη μεσολάβηση ορθοδοντικής θεραπείας στο μεσοδιάστημα οι αναγεννημένοι ιστοί διατηρούν τη δομική τους ακεραιότητα και το δόντι είναι ασυμπτωματικό και χωρίς ακρορριζική αλλοίωση.



Εικόνα 3: Α) Εφαρμογή αναγεννητικής τεχνικής στον αριστερό άνω κεντρικό τομέα ασθενούς 7 ετών μετά από οξύ φατνιακό απόστημα. Β) 2 χρόνια μετά παρατηρείται επούλωση των ακρορριζικών ιστών, συνέχιση της διάπλωσης της ρίζας και ενασβεσίωση του ακρορριζικού τριτημορίου του ριζικού σωλήνα. Γ) Πανοραμική ακτινογραφία του ασθενούς μετά την έναρξη της ορθοδοντικής μετακίνησης. Δ) 1 χρόνο μετά την έναρξη της μετακίνησης (5 χρόνια από την αναγεννητική τεχνική) παρατηρείται απορρόφηση των ακρορριζικών αναγεννημένων ιστών. Ε) 2,5 χρόνια μετά την ολοκλήρωση της ορθοδοντικής θεραπείας παρά την αρχική ακρορριζική απορρόφηση το αποτέλεσμα διατηρείται σταθερό με το δόντι να είναι λειτουργικό, ασυμπτωματικό και τους αναγεννημένους ιστούς να διατηρούν τη δομική τους ακεραιότητα.

(δόντι #21) (Εικ. 3α). 2 χρόνια αργότερα η οπισθοφατνιακή ακτινογραφία αποκάλυψε πάχυνση των τοιχωμάτων της ρίζας και συνέχιση της διάπλυσής της σε μήκος παρόμοιο με αυτό του ζωντανού δεξιού κεντρικού τομέα (Εικ. 3β). 4 χρόνια μετά τη διενέργεια της αναγεννητικής τεχνικής ο νεαρός ασθενής ξεκίνησε την ορθοδοντική μετακίνηση των δοντιών του (Εικ. 3γ) και ένα χρόνο μετά την έναρξή της η επανεξέταση αποκάλυψε σημεία ακρορριζικής απορρόφησης των αναγεννημένων σκληρών ιστών του ακρορριζικού τριτημορίου (Εικ. 3δ). Η εφαρμογή των ορθοδοντικών δυνάμεων ανεστάλη για 3 μήνες προκειμένου να ελεγχθεί η ακρορριζική απορρόφηση και στη συνέχεια συνεχίστηκε με εφαρμογή ήπιων διακεκομμένων δυνάμεων με βμηνιαίο επανέλεγχο του ασθενούς

για σημάδια περαιτέρω απορρόφησης. 2,5 χρόνια μετά την ολοκλήρωση της ορθοδοντικής θεραπείας το δόντι ήταν ασυμπτωματικό με υγιείς ακρορριζικούς ιστούς, χωρίς περαιτέρω βράχυνση της ρίζας και διατήρηση της δομικής ακεραιότητας των αναγεννημένων ιστών.

### Συζήτηση

Η αντιμετώπιση των δοντιών με νεκρό πολφό και ατελή διάπλωση της ρίζας με ενδοδοντικές αναγεννητικές τεχνικές αποτελεί μία καινούργια θεραπευτική προσέγγιση που ήρθε να προστεθεί στο οπλοστάσιο του κλινικού οδοντιάτρου από το 2004 και μετά (Banchs & Trope 2004). Οι γνώσεις μας για τις δυνατότητες ορθοδοντικής μετακίνησης των δοντιών που έχουν αντιμετωπιστεί με αυτές τις τεχνικές είναι προς το παρόν περιορισμένες. Δεν είναι τυχαίο ότι σε μία έρευνα μεταξύ των μελών της Βρετανικής Ορθοδοντικής Εταιρείας η πλειοψηφία των συμμετεχόντων δεν ήξεραν πώς να αντιμετωπίσουν ορθοδοντικά ένα δόντι που έχει υποβληθεί σε αναγεννητικές ενδοδοντικές τεχνικές (Sandler 2019).

Οι μοναδικές δημοσιευμένες κατευθυντήριες οδηγίες για την ορθοδοντική διαχείριση αυτών των δοντιών δεν βασίζονται στην τεκμηρίωση αλλά αποτελούν μία σύνοψη της γνώμης των ειδικών ορθοδοντικών της Βρετανίας υπό το πρίσμα των μεμονωμένων δημοσιευμένων αναφορών περιστατικών (Sandler 2021). Σε συνδυασμό με τις επιπλοκές που έχουν παρουσιαστεί μετά από ορθοδοντική μετακίνηση τέτοιων δοντιών καθίσταται προφανές ότι πρέπει να είμαστε εξαιρετικά προσεκτικοί και επιφυλακτικοί με τους ορθοδοντικούς θεραπευτικούς χειρισμούς αλλά και στόχους σε αυτές τις περιπτώσεις.

Στο 1ο περιστατικό που παρουσιάσαμε, η ορθοδοντική με-

τακίνηση του κάτω δεξιού τομέα διενεργήθηκε χωρίς στενή παρακολούθηση του ασθενούς και χωρίς πιθανότητα να ληφθεί υπόψιν η αναγεννητική τεχνική με την οποία είχε αντιμετωπιστεί αυτό το δόντι. Ευτυχώς, οι αναγεννημένοι ιστοί παρέμειναν ανεπηρέαστοι καθ' όλη τη διάρκεια της μετακίνησης αλλά και μετά από αυτήν χωρίς καμία δυσμενή επίπτωση.

Αντιθέτως, στο 2ο περιστατικό, η επανεξέταση 1 χρόνο μετά την έναρξη της ορθοδοντικής μετακίνησης αποκάλυψε απορρόφηση των αναγεννημένων σκληρών οδοντικών ιστών του ακρορριζικού τριτημορίου. Αυτό οδήγησε στην 3μηνη αναστολή εφαρμογής ορθοδοντικών δυνάμεων πριν την επανέναρξη της μετακίνησης, καθώς έχει βρεθεί ότι αυτή η πρακτική ελαττώνει σημαντικά το βαθμό περαιτέρω απορρόφησης της ρίζας (Levander et al 1994). Πράγματι, στη συγκεκριμένη περίπτωση δεν παρατηρήθηκε ακτινογραφικά περαιτέρω βράχυνση της ρίζας και το δόντι παρέμεινε ασυμπτωματικό και με φυσιολογικούς περιεκρορριζικούς ιστούς μετά το πέρας της ορθοδοντικής μετακίνησης.

### Συμπεράσματα

- Η ορθοδοντική μετακίνηση των δοντιών που έχουν αντιμετωπιστεί με ενδοδοντικές αναγεννητικές τεχνικές πρέπει να γίνεται με ιδιαίτερη προσοχή και προφυλάξεις.
- Μία περίοδος παρακολούθησης 2 ετών πριν την ορθοδοντική μετακίνηση τέτοιων δοντιών είναι επιθυμητή προκειμένου να τεκμηριωθεί η σταθερότητα του αποτελέσματος της αναγεννητικής τεχνικής.
- Το ορθοδοντικό σχέδιο θεραπείας θα πρέπει να περιλαμβάνει τη μικρότερη δυνατή επιβάρυνση για αυτά τα δόντια αποφεύγοντας

σοβαρές και εκτεταμένες μετακινήσεις.

- Οι εφαρμοζόμενες ορθοδοντικές δυνάμεις θα πρέπει να είναι ήπιες (μικρότερες των 70g), διακεκομμένες και με τον ελάχιστο δυνατό συνολικό χρόνο εφαρμογής.
- Ο ασθενής πρέπει να βρίσκεται υπό στενή κλινική και ακτινογραφική παρακολούθηση τουλάχιστον ανά βμηνιο ή και συχνότερα για την έγκαιρη αναγνώριση και αντιμετώπιση των όποιων παρατηρούμενων επιπλοκών στην κατάσταση των αναγεννημένων ιστών.

Θερμές ευχαριστίες στον Επίκουρο Καθηγητή Ενδοδοντίας του ΑΠΘ Κώστα Κωδωνά και στον Αναπληρωτή Καθηγητή Ενδοδοντίας του ΕΚΠΑ Γιώργο Τζανατάκη για τις χρήσιμες συμβουλές τους κατά την προετοιμασία αυτής της δημοσίευσης.

### Βιβλιογραφία

1. American Association of Endodontists. Glossary of Endodontic – Updated March 2020, 10th edition. Available at: <https://www.aae.org/specialty/clinical-resources/glossary-endodontic-terms/>
2. American Association of Endodontists. Scope of Endodontics: Regenerative Endodontics. 2018. Available at: <https://www.aae.org/specialty/clinical-resources/guidelines-position-statements/>
3. Stefopoulos S, Kodonas K, Tzanetakis GN. Long-term clinical and radiographic observation of previously regenerated treated incisors subjected to orthodontic movement. A case series. J Endod 2023;49:1487-1494.
4. Chaniotis A. Orthodontic movement after regenerative endodontic procedure. Case report and long-term observations. J Endod 2018;44:432-437.
5. Jawad Z, Bates C, Duggal M, Nazzal H. Orthodontic management of a non-vital immature tooth with regenerative endodontics: a case report. J Orthod 2018;45:289-295.
6. Natera M, Mukherjee PM. Regenerative endodontic treatment with orthodontic treatment in a tooth with dens evaginatus: A case report with a 4-year follow-up. J Endod 2018;44:952-955.
7. Chaniotis A, Chaniotis A. Long-term complications of previously successful regenerative endodontic procedures after orthodontic movement: A report of 3 different complications after 4, 8 and 11 years. J Endod 2022;48:951-960.
8. Sandler C, Al-Musfir T, Barry S et al. Guidelines for the orthodontic management of the traumatised tooth. J Orthod 2021;48:74-81.
9. Banhs F, Trope M. Revascularization of immature permanent teeth with apical periodontitis: new treatment protocol? J Endod 2004;30:196-200.
10. Sandler C, Barry S, Littlewood S et al. Orthodontic management of traumatized teeth: A national survey of UK orthodontists. Dent Traumatol 2019;35:241-250.
11. Levander E, Malmgren O, Eliasson S. Evaluation of root resorption in relation to two orthodontic treatment regimes. A clinical experimental study. Eur J Orthod 1994;16:223-228.

## Επανεξέταση στην Ενδοδοντία

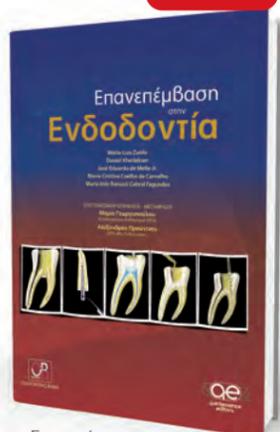
Mario Luiz Zuolo, Daniel Kherlakian, José Eduardo de Mello, Jr, Maria Cristina Coelho de Carvalho, and Maria Inês Ranazzi Cabral Fagundes

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 επανθεραπείας ξεκινώντας από την κατανόηση των ενδείξεων για την επανάληψη της θεραπείας και φτάνοντας στην βέλτιστη επανέμφραξη του ριζικού σωλήνα. Διερευνά τις διάφορες επιλογές και προσεγγίσεις επανθεραπείας και βασίζεται σε στοιχεία από τη βιβλιογραφία και την εμπειρία από την κλινική πράξη για να κάνει συστάσεις για τα πιο προβλεπόμενα πρωτόκολλα και τεχνικές. Οι συγγραφείς αναλύουν τις παραμέτρους 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 ενασβεστωμένοι.

€150



Δωρο  
Λεξικό  
Ενδοδοντολογικών  
Όρων

Στην τιμή περιλαμβάνονται τα έξοδα αποστολής και ο ΦΠΑ



ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΙΚΟ ΒΗΜΑ

Τηλ.: 210 3814 939

# 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 Εημάογλου 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](mailto:anna@dental-expert.gr)



Η στήλη της

ΕΛΛΗΝΙΚΗΣ ΕΤΑΙΡΕΙΑΣ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΗΣ ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΙΚΗΣ ΚΑΙ ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΙΚΗΣ ΕΙΔΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ

# Οδοντιατρικός ασθενής με βαλβιδοπάθεια

**Ευαγγελία Μποσιάν**DDS, MA,  
Οδοντίατρος Ειδικής Φροντίδας  
Δ/τρια Οδοντιατρικής Κλινικής ΠαΓΝΗ  
Α' Αντιπρόεδρος EENO-OEF**Εμμανουέλα Μαΐον**DDS, MSc  
Επιμελήτρια Α' Οδοντιατρικής  
Κλινικής ΠαΓΝΗ  
Μέλος EENO-OEF

## Εισαγωγή

Οι βαλβιδοπάθειες αποτελούν τη δεύτερη συχνότερη καρδιακή πάθηση μετά τη στεφανιαία νόσο, καθώς και τη δεύτερη συχνότερη αιτία για καρδιοχειρουργική επέμβαση. Η συχνότητα τους αυξάνεται με τη γήρανση του πληθυσμού.

Η βαλβιδοπάθεια μπορεί να επηρεάσει οποιαδήποτε από τις τέσσερις καρδιακές βαλβίδες (μιτροειδή, αορτική, πνευμονική και τριγλώχινα), επηρεάζοντας τη φυσιολογική ροή του αίματος μέσα από αυτές, με αποτέλεσμα αιμοδυναμική αστάθεια ποικίλης βαρύτητας. Η ροή του αίματος μπορεί να επηρεαστεί είτε **α)** γιατί οι βαλβίδες δεν ανοίγουν επαρκώς, οπότε παρεμποδίζεται η φυσιολογική ροή του αίματος λόγω **στένωσης** της βαλβίδας ή **β)** γιατί οι βαλβίδες δεν κλείνουν πλήρως ώστε να επιτυγχάνεται στεγανή σύγκλεισή τους, οπότε υπάρχει παλινδρόμηση του αίματος και άρα **ανεπάρκεια** της βαλβίδας. Τόσο η ανεπάρκεια όσο και η στένωση αυξάνουν το παραγόμενο καρδιακό έργο.

## Αιτιολογία των βαλβιδοπαθειών

Η βαλβιδοπάθεια μπορεί να είναι **πρωτοπαθής** ή **δευτεροπαθής**. Η πρωτοπαθής βαλβιδοπάθεια μπορεί να είναι **συγγενής** ή **επίκτητη**. Συνθεστέρες συγγενείς παθήσεις είναι η δίπτυχη αορτική βαλβίδα και η πρόπτωση της μιτροειδούς βαλβίδας. Η επίκτητη βαλβιδοπάθεια περιλαμβάνει δομικές αλλαγές σε φυσιολογικές βαλβίδες λόγω ποικίλων ασθενειών ή λοιμώξεων, όπως του ρευματικού πυρετού και της λοιμώδους ενδοκαρδίτιδας. Η δευτεροπαθής βαλβιδοπάθεια μπορεί να οφείλεται σε ισχαιμία, έμφραγμα του μυοκαρδίου, μυοκαρδιοπάθεια, σύφιλη, ανεύρυσμα αορτής, ασθένειες του συνδετικού ιστού, όγκους, φάρμακα ή ακτινοβολία. Στον **πίνακα 1** καταγράφονται οι κυριότερες αιτίες των βαλβιδοπαθειών.

## Διάγνωση των βαλβιδοπαθειών

Η εξέλιξη των βαλβιδοπαθειών είναι συνήθως

Πίνακας 1. Αιτιολογία Βαλβιδοπαθειών
<b>Κληρονομικές - Συγγενείς</b> Κληρονομικά νοσήματα του συνδετικού ιστού Συγγενείς καρδιοπάθειες
<b>Φλεγμονώδεις - Ανοσολογικές</b> Ρευματικός πυρετός, Σύφιλη, Λοιμώδης ενδοκαρδίτιδα Αγκυλοποιητική Σπονδυλίτιδα, Διάχυτος ερυθηματώδης λύκος
<b>Νοσήματα του μυοκαρδίου</b> Ισχαιμική, Διατακτική, Υπετροφική Μυοκαρδιοπάθεια
<b>Νοσήματα άλλων οργάνων</b> Χρόνια νεφρική ανεπάρκεια
<b>Μεγάλη ηλικία</b> Ασβέσωση του μιτροειδικού δακτυλίου, Ασβέσωση αορτής
<b>Μετά από Επεμβατική Θεραπεία</b> Βαλβιδοπλαστική, Αντικατάσταση βαλβίδας, Βηματοδότης, Απινιδωτής
<b>Φάρμακα - Φυσικοί παράγοντες</b> Παράγωγα της εργοταμίνης, Ανορεξιογόνα Ακτινοβολία

βραδεία, με αποτέλεσμα να δίνεται στην καρδιά το χρονικό περιθώριο να αναπτύξει αντιρροπιστικούς μηχανισμούς και οι ασθενείς να παραμένουν ασυμπτωματικοί για αρκετά χρόνια.

Τα συμπτώματα της βαλβιδοπάθειας ποικίλουν και διαφέρουν ανάλογα με τη βαλβίδα που έχει προσβληθεί. Τα βασικά από αυτά περιλαμβάνουν θωρακικό πόνο, δύσπνοια προσπάρθειας, αίσθημα παλμών, μειωμένη αντοχή στην άσκηση και εύκολη κόπωση, συγκοπτικά επεισόδια και σπανιότερα οιδήματα των κάτω άκρων. Η προχωρημένη βαλβιδική θλάση μπορεί να προκαλέσει καρδιακή δυσλειτουργία που οδηγεί σε αυξημένο κίνδυνο αρρυθμίας, λοιμώδους ενδοκαρδίτιδας, εγκεφαλικού επεισοδίου και καρδιακής ανεπάρκειας.

Η διάγνωση και η εκτίμηση της βαλβιδοπάθειας στηρίζεται στη λήψη ενός λεπτομερούς ατομικού και οικογενειακού αναμνηστικού, στην κλινική εξέταση και ακρόαση του ασθενή και σε διαγνωστικά μέσα όπως το ηλεκτροκαρδιογράφημα, το φωνοκαρδιογράφημα, το υπερηχοκαρδιογράφημα - διαθωρακικό ή διοισοσφάγειο, η δοκιμασία κοπώσεως, η στεφανιογραφία, η ακτινοσκόπηση θώρακος/καρδιάς και άλλες απεικονιστικές μέθοδοι, όπως η αζονική και μαγνητική τομογραφία, η PET/CT και τα ραδιοϊσότοπα. Το υπερηχοκαρδιογράφημα αποτελεί το σημαντικότερο διαγνωστικό εργαλείο για την εκτίμηση της θλάθης των καρδιακών βαλβίδων, τον ακριβή προσδιορισμό της και την αξιολόγηση της βαρύτητάς της σε **ήπια, μέτρια ή σοβαρά**.

## Αντιμετώπιση των βαλβιδοπαθειών

Ανάλογα με τη βαρύτητα, την παρουσία ή όχι συμπτωμάτων και την επίπτωση της βαλβιδοπάθειας στη λειτουργικότητα της καρδιάς, αποφασίζεται εάν ο ασθενής θα τεθεί σε φαρμακευτική αγωγή και τακτική παρακολούθηση ή εάν θα αντιμετωπιστεί χειρουργικά.

Σε σοβαρού βαθμού βαλβιδοπάθειες η θεραπεία κατά κανόνα περιλαμβάνει χειρουργική αποκατάσταση της θλάθης, η οποία μπορεί να γίνει είτε με επιδιόρθωση της ήδη υπάρχουσας βαλβίδας (βαλβιδοπλαστική) είτε με αντικατάσταση της πάσχουσας βαλβίδας από μηχανική μεταλλική ή από βιολογική βαλβίδα.

Οι περισσότερες περιπτώσεις αντιμετωπίζονται με ανοικτό χειρουργείο, ωστόσο τα τελευταία χρόνια υπάρχει η δυνατότητα της διαδερμικής (διακαθετηριακής) προσπέλασης για την αντικατάσταση ή επιδιόρθωση των καρδιακών βαλβίδων (π.χ. TAVI -Transcatheter Aortic Valve Implantation), χωρίς να απαιτείται στεροτομή.

## Σημεία προσοχής για την οδοντιατρική φροντίδα ασθενών με βαλβιδοπάθεια

### 1. Οδοντιατρική φροντίδα ασθενών με επικείμενη χειρουργική επέμβαση καρδιακών βαλβίδων

Συνιστάται όλοι οι ασθενείς που πρόκειται να υποβληθούν σε επέμβαση επιδιόρθωσης ή αντικατάστασης καρδιακών βαλβίδων να παραπέμπονται για λεπτομερή οδοντιατρική εκτίμηση. Στόχος είναι ο εντοπισμός εστιών λοίμωξης

στη στοματική κοιλότητα και η αντιμετώπισή τους. Οι χρόνιες μη φλεγμονώδεις καταστάσεις και οι αισθητικές αποκαταστάσεις μπορούν να πραγματοποιηθούν μετά την επέμβαση.

Η οδοντιατρική θεραπεία προεγχειρητικά περιλαμβάνει την εξαγωγή των δοντιών με δυσμενή πρόγνωση. Συγκεκριμένα, περιλαμβάνει την αφαίρεση υπολειμμάτων ριζών και δοντιών με περιακρορριζικές αλλοιώσεις, καθώς και των δοντιών με προχωρημένη περιοδοντική νόσο, που ορίζεται ως βάθος θυλάκου  $\geq 6$  mm ή απώλεια πρόσφυσης μεγαλύτερη από το μισό του μήκους της ρίζας (βαθμοί κινητικότητας 3 και 4). Περιοδοντικά δόντια χωρίς τα παραπάνω σημεία και χωρίς συμπτώματα φλεγμονής, θα πρέπει να παρακολουθούνται και να επανεκτιμούνται, μετά τη διενέργεια αποτρίγωσης και ριζικής απόξεσης και αφού δοθούν σαφείς οδηγίες στοματικής υγιεινής. Οι τερηδονικές θλάβες θα πρέπει να αφαιρεθούν και να τοποθετηθούν μόνιμες ή προσωρινές αποκαταστάσεις, ενώ τα δόντια με αντιμετώπιζιμες περιακρορριζικές θλάβες να θεραπευθούν ενδοδοντικά. Τυχόν τραύματα ή θλάβες του στοματικού βλεννογόνου θα πρέπει να αντιμετωπιστούν προεγχειρητικά, καθώς επίσης και τα αίτιά τους (π.χ. οξύαιχμα δόντια, μη ικανοποιητικές προσθετικές αποκαταστάσεις).

Μετά την καρδιοχειρουργική επέμβαση, οι ασθενείς θα πρέπει να προσέρχονται για οδοντιατρικό έλεγχο ανά 6 μήνες ή και συχνότερα, ανάλογα με την οδοντική και περιοδοντική κατάσταση του κάθε ασθενούς και τη συμμόρφωσή του με τις οδηγίες στοματικής υγιεινής.

### 2. Ο κίνδυνος Λοιμώδους Ενδοκαρδίτιδας

Ως Λοιμώδης Ενδοκαρδίτιδα (ΛΕ) ορίζεται η μικροβιακή αιτιολογία λοίμωξη των ενδοκαρδιακών δομών, η οποία μπορεί να περιλαμβάνει μία ή περισσότερες καρδιακές βαλβίδες και μπορεί να επηρεάσει τόσο τις φυσικές όσο και τις προσθετικές βαλβίδες.

Σύμφωνα με τις τρέχουσες οδηγίες της

European Society of Cardiology (ESC) και της American Heart Association (AHA), οι ασθενείς με καρδιολογικά προβλήματα που βρίσκονται σε **υψηλό κίνδυνο** για ΛΕ (**πίνακας 2**) συνιστάται να λαμβάνουν χημειοπροφύλαξη πριν από ορισμένες οδοντιατρικές επεμβάσεις.

Χημειοπροφύλαξη συνιστάται σε όλες τις οδοντιατρικές επεμβάσεις οι οποίες απαιτούν χειρισμούς στους περιοδοντικούς ιστούς, την περιακρορριζική περιοχή ή πρόκειται να προκαλέσουν διάτρηση του στοματικού βλεννογόνου (**πίνακας 3**).

Ο κύριος στόχος δράσης της χημειοπροφύλαξης είναι οι στρεπτόκοκκοι της στοματικής κοιλότητας. Ο **πίνακας 4** συνοψίζει τα κύρια προτεινόμενα σχήματα αντιβιοτικών που συνιστώνται πριν από οδοντιατρικές επεμβάσεις, τη δοσολογία τους και την οδό χορήγησης, με βάση τις τρέχουσες οδηγίες της ESC και της AHA.

*Σημεία προσοχής κατά τη χορήγηση χημειοπροφύλαξης:*

- Το αντιβιοτικό χορηγείται εφάπαξ 1 ώρα πριν την επέμβαση αν η λήψη γίνει από το στόμα ή 30 λεπτά εάν χορηγηθεί ενδομυϊκά ή ενδοφλέβια.
- Πραγματοποιούνται όσο το δυνατόν περισσότερες οδοντιατρικές πράξεις -για τις οποίες συνιστάται χημειοπροφύλαξη- κατά τη διάρκεια κάθε περιόδου κάλυψης, ώστε να ελαχιστοποιηθεί η χορήγηση αντιβιοτικών.
- Μία δεύτερη δόση αντιβιοτικού μπορεί να ενδείκνυται εάν η συνεδρία διαρκεί περισσότερο από 6 ώρες ή εάν πραγματοποιηθούν πολλαπλές συνεδρίες την ίδια μέρα.
- Για πολλαπλές συνεδρίες σε διαφορετικές μέρες, αφήνονται τουλάχιστον 10 ημέρες μεταξύ των συνεδριών, έτσι ώστε οι ανθεκτικοί στο αντιβιοτικό μικροοργανισμοί να μπορούν να «απομακρυνθούν» από τη στοματική χλωρίδα. Διαφορετικά επιλέγεται ένα από τα εναλλακτικά αντιβιοτικά για προφύλαξη.

## Πίνακας 2. Καρδιολογικά προβλήματα που σχετίζονται με υψηλό κίνδυνο για ΛΕ και συνιστάται αντιβιοτική χημειοπροφύλαξη για οδοντιατρικές επεμβάσεις (AHA)

- Προσθετική καρδιακή βαλβίδα ή προσθετικό υλικό
  - Παρουσία προσθετικής καρδιακής βαλβίδας
  - Διακαθετηριακή εμφύτευση προσθετικών βαλβίδων
  - Επιδιόρθωση καρδιακής βαλβίδας με συσκευές (συμπεριλαμβάνονται δακτυλιοπλαστική, δακτύλιοι ή clips)
  - Συσκευές υποβοήθησης αριστερής κοιλίας
- Ιστορικό προηγούμενης, υποτροπιάζουσας ή επαναλαμβανόμενης ΛΕ
- Συγγενείς καρδιοπάθειες
  - Μη διορθωμένες κυανωτικές συγγενείς καρδιοπάθειες, συμπεριλαμβανομένων των ανακουφιστικών αγγειακών μοσχευμάτων (shunts και conduits)
  - Πλήρως διορθωμένες, με προσθετικό υλικό ή συσκευή, που τοποθετήθηκαν είτε με χειρουργική επέμβαση είτε διακαθετηριακά, τους πρώτους 6 μήνες μετά την επέμβαση.
  - Διορθωμένες συγγενείς καρδιοπάθειες με υπολειπόμενα ελλείμματα στην περιοχή ενός προσθετικού επιθέματος ή μιας προσθετικής συσκευής, ή σε παρακείμενη περιοχή
- Λήπτες καρδιακών μοσχευμάτων που αναπτύσσουν καρδιακή βαλβιδοπάθεια

## Πίνακας 3. Οδοντιατρικές επεμβάσεις στις οποίες συνιστάται χημειοπροφύλαξη (ESC)

- Εξαγωγές δοντιών
- Επεμβάσεις στοματικής χειρουργικής (συμπεριλαμβανομένης της χειρουργικής του περιοδοντίου, της τοποθέτησης οδοντικών εμφυτευμάτων και της λήψης ιστοτεμαχίων για βιοψία
- Οδοντιατρικές επεμβάσεις οι οποίες περιλαμβάνουν χειρισμούς στους περιοδοντικούς ιστούς ή την περιακρορριζική περιοχή (συμπεριλαμβανομένης της αποτρίγωσης και της ενδοδοντικής θεραπείας) ή πρόκειται να προκαλέσουν διάτρηση του στοματικού βλεννογόνου

**ΛΕ και στοματική υγιεινή**

Σήμερα θεωρείται ότι η συνολική έκθεση στη μικροβιαμιά από τις καθημερινές δραστηριότητες, όπως η μάσηση και το θούρτσισμα των δοντιών, είναι αρκετά υψηλή και υπερτερεί του κινδύνου που σχετίζεται με τις οδοντιατρικές επεμβάσεις. Υποστηρίζεται πως η πλειονότητα των περιπτώσεων ΛΕ προκαλείται λόγω μικροβιαμιάς από τις καθημερινές δραστηριότητες ρουτίνας.

Για τον λόγο αυτό έχει γίνει μια θεμελιώδης αλλαγή στην αντιμετώπιση των ασθενών υψηλού κινδύνου για ΛΕ που εστιάζει στην πρόσβαση σε κατάλληλη οδοντιατρική φροντίδα, στη διατήρηση της βέλτιστης στοματικής υγείας και στην τήρηση οδηγίων στοματικής υγιεινής.

**3. Ο κίνδυνος αιμορραγίας σε ασθενείς υπό αντιπηκτική αγωγή**

Οι ασθενείς με προσθετικές ή επιδιορθωμένες καρδιακές βαλβίδες μπορεί να εμφανίσουν αυξημένη αιμορραγία μετά από αιματρές οδοντιατρικές επεμβάσεις, ως αποτέλεσμα της αντιθρομβωτικής (αντιπηκτικής ή αντιαμοπεταλιακής) θεραπείας που λαμβάνουν.

Στους ασθενείς αυτούς εφαρμόζονται οι οδηγίες που αφορούν στη διαχείριση της αντιπηκτικής ή αντιαμοπεταλιακής αγωγής. Ο έλεγχος της αιμορραγίας διεγχειρητικά επιτυγχάνεται με κατά το δυνατόν απραυματικούς χειρισμούς και ελαχιστοποίηση του χειρουργικού τραύματος, με τον περιορισμό της έκτασης της επέμβασης, τη συρραφή του τραύματος, τη χρήση τοπικών αιμοστατικών υλικών στα μετεξακτικά φατνία.

**4. Ο κίνδυνος επιδείνωσης τυχόν συνυπάρχουσας καρδιακής ανεπάρκειας**

Οι βαλβιδοπάθειες μπορεί να συμβάλλουν ή να οδηγήσουν στην εκδήλωση καρδιακής ανεπάρκειας. Ασθενείς με βαλβιδοπάθεια που πρόκειται να υποβληθούν σε οδοντιατρική επέμβαση πρέπει να διερευνώνται για σημεία και συμπτώματα καρδιακής ανεπάρκειας. Εφόσον είναι θετικά να παραπέμπονται για ιατρική εκτίμηση και γνωμοδότηση και να αντιμετωπίζονται με όλες τις επιπλέον τροποποιήσεις της οδοντιατρικής θεραπείας για την καρδιακή ανεπάρκεια, προκειμένου να αποφευχθεί τυχόν επιδείνωσή της.

**Συμπεράσματα**

Συμπερασματικά στους ασθενείς με βαλβιδοπάθεια απαιτείται προσεκτική προσέγγιση και ειδικές προφυλάξεις για την ασφαλή οδοντιατρική τους αντιμετώπιση. Η προετοιμασία των ασθενών με επικείμενη επιδιόρθωση ή αντικατάσταση βαλβίδων με την εξέλιξη κάθε εστίας οξείας ή χρόνιας φλεγμονής της στοματικής κοιλότητας πριν την επέμβαση, η χορήγηση χημειοπροφύλαξης στους ασθενείς υψηλού κινδύνου για ΛΕ με βάση τις εκάστοτε ισχύουσες κατευθυντήριες οδηγίες, η λήψη όλων των απαραίτητων προεγχειρητικών και διεγχειρητικών μέτρων για την πρόληψη και έλεγχο της αιμορραγίας και η ειδική προσοχή σε ασθενείς με σημεία και συμπτώματα καρδιακής ανεπάρκειας αποτελούν τα σημεία προσοχής κατά την αντιμετώπισή τους. Ιδιαίτερης σημασίας είναι η ενημέρωση των ασθενών για τη σημασία καλής στοματικής υγείας και υγιεινής προκειμένου να ελαχιστοποιηθεί ο κίνδυνος μικροβιαμιάς από τις καθημερινές δραστηριότητες.

**Ενδεικτική βιβλιογραφία**

- Wilson W, Gewitz M, Lockhart P, Bolger A, DeSimone D, Kazi D et al: Prevention of Viridans Group Streptococcal Infective Endocarditis. A Scientific Statement From the American Heart Association. Circulation 2021; 143(20): e963-e978.
- Delgado V, Marsan NA, De Waha S, Bonaros N, Brida M, Burri H et al: 2023 ESC Guidelines for the management of endocarditis. Eur Heart J 2023; 44(39):3948-4042.
- Little JW, Miller CS, Rhodus NL: Dental management of the medically compromised patient. 9th ed. St. Louis. Elsevier. 2018: xiv.
- Gupta K, Kumar S, Kukkamalla MA, Taneja V, Syed GA, Pullishery F et al: Dental Man-

Πίνακας 4. Σχήματα αντιμικροβιακής χημειοπροφύλαξης πριν από υψηλού κινδύνου οδοντιατρικές επεμβάσεις (ESC, AHA)			
Οδός χορήγησης	Φάρμακο	Εφάπαξ δόση 30-60 λεπτά πριν την επέμβαση	
		Ενήλικες	Παιδιά
Από το στόμα	Αμοξικιλίνη	2 gr	50 mg/kg
Αδυναμία λήψης από το στόμα	Αμπικιλίνη	2 gr IM ή IV	50 mg/kg IM ή IV
	Κεφαζολίνη ή Κεφτριαξόνη	1 gr IM ή IV	50 mg/kg IM ή IV
Αλλεργία σε πενικιλίνη ή αμπικιλίνη Από το στόμα	Κεφαλεξίνη <sup>αβ</sup>	2 gr	50 mg/kg
	Αζιθρομυκίνη ή Κλαριθρομυκίνη	500 mg	15 mg/kg
	Δοξικυκλίνη	100 mg	<45 kg 2,2 mg/kg >45 kg 100 mg
Αλλεργία σε πενικιλίνη ή αμπικιλίνη και αδυναμία λήψης από το στόμα	Κεφαζολίνη <sup>β</sup> ή Κεφτριαξόνη <sup>β</sup>	1 gr IM ή IV	50 mg/kg IM ή IV

IM: Ενδομυϊκά, IV: Ενδοφλέβια  
 α. Ή άλλη από του στόματος κεφαλοσπορίνη πρώτης ή δεύτερης γενιάς σε ισοδύναμη δόση για ενήλικες ή παιδιά.  
 β. Δεν πρέπει να χορηγούνται κεφαλοσπορίνες σε ασθενείς με ιστορικό αναφυλαξίας,αγγειοοιδήματος ή κνίδωσης στην πενικιλίνη ή την αμπικιλίνη

agement Considerations for Patients with Cardiovascular Disease - A Narrative Review. Rev Cardiovasc Med2022; 23(8): 261.

- Truong T, Koh Y, Yosufi R, Marangou J, Slack-Smith L, Katzenellenbogen JM: Understanding valvular heart disease in the dental setting. Aust Dent J 2021; 66: 254-261.
- Souza A, Rocha A, Castro W, Gelape C, Nunes MC, Oliveira S et al: Dental management for patients undergoing heart valve surgery. J Card Surg. 2017; 32(10): 627-632.
- Ganda K: Dentist's Guide to Medical Conditions, Medications and Complications. 2nd ed. Wiley Blackwell. 2013: 279.
- Warburton G, Caccamese JF: Valvular heart disease and heart failure: dental management considerations. Dent Clin North Am 2006; 50(4): 493-512.
- Ακινόσογλου Κ, Αποστολάκης Ε: Διαδερμική Αντικατάσταση και Επιδιόρθωση Καρδιακών Βαλβίδων. Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής 2008; 25(3): 286-294.

# RE TREATY

Μηχανοκίνητες ρίνες για επαναληπτικές ενδοδοντικές θεραπείες














Size	Taper	Torque
Bully #25/.07	06	1,5 N/cm
Skinny #25/.04	04	1,5 N/cm
ShapY 1 #20/.05	05	1,5 N/cm
ShapY 2 #25/.05	05	1,5 N/cm
Shapy 3 #30/.05	05	1,5 N/cm

**Cross section:** 

**Speed range:** 350~500 RPM

**BULLY** #25/.07

Εργαλείο gold heat treated για την αρχική αφαίρεση της γουταπέρκας, χωρίς διαλυτικό και μήκος 19mm.

**SKINN** #25/.04

Εργαλείο silver non heat treated, σκληρό και λεπτό για την αφαίρεση της γουταπέρκας μέχρι κοντά στο ακρορρίζιο.

**SHAP Y 1** #20/.05

Εργαλείο gold εύκαμπτο με μεγάλη κοπτική ικανότητα για την επαναδιαμόρφωση του ριζικού σωλήνα.

**SHAP Y 2** #25/.05

Εργαλείο gold εύκαμπτο με μεγάλη κοπτική ικανότητα για την επαναδιαμόρφωση του ριζικού σωλήνα.

**SHAP Y 3** #30/.05

Εργαλείο blue, εξαιρετικά εύκαμπτο για να διαμορφώνει και τους πιο "δύσκολους" ριζικούς σωλήνες.



2109572770 - 771 

info@odontemporiki.gr 

Οδοντεμπορική Καλλιθέας 

Odontemporiki Kallitheas 



## Προληπτική εξαγωγή εγκλείστων τρίτων γομφίων: Είναι σώφρων επιλογή;



**Φώτιος Χ. Τζέρμπος**  
τ. Αναπλ. Καθηγητής  
Οδοντιατρικής Σχολής ΕΚΠΑ  
Πρόεδρος της ΕΟΕ

Το πρόβλημα των εγκλείστων και ημιεγκλείστων σωφρονηστών είναι ένα διαχρονικό πολυσυζητημένο πρόβλημα πρώτον εξαιτίας των ποικίλων παθολογικών καταστάσεων πρωτοπαθών ή δευτεροπαθών που σχετίζονται με αυτούς και δεύτερον εξαιτίας της μεγάλης διασποράς του φαινομένου στον

πληθυσμό, γεγονός που κάνει το πρόβλημα των εγκλείστων σωφρονηστών χαρακτηριστικό του σύγχρονου ανθρώπου.

Η προληπτική εξαγωγή των εγκλείστων τρίτων γομφίων αναφέρεται σε χειρουργική εξαγωγή: α) Ασυμπτωματικών εγκλείστων και β) Υποψηφίων εγκλείστων. Το κοινό χα-

ρακτηριστικό αυτών των δύο κατηγοριών που τα εντάσσει σε κοινή αντιμετώπιση είναι η πιθανότητα να προκαλέσουν βραχυπρόθεσμα ή μακροπρόθεσμα παθολογικές καταστάσεις που σχετίζονται με την έγκλεισή τους πιθανότητα η οποία σύμφωνα με τις διεθνείς αναφορές ανέρχεται σε 10 - 15%.

Οι παθολογικές λοιπόν καταστάσεις που δυνητικώς μπορούν να υφίστανται και πιθανώς να εξελιχθούν, μπορούν να ταξινομηθούν ως εξής:

### 1. Καταστάσεις που αφορούν αυτόν κάθε αυτόν τον τρίτο γομφίο:

Α. Περιστεφανίτιδα, φλεγμονή δηλαδή του υπερκειμένου του σωφρονηστήρα θλενογόνου. Αποτελεί την συνθεότερη συνοδί

κατάσταση σε αδυναμία ανατολής του τρίτου γομφίου. Εμφανίζεται συνήθως σε ημιεγκλείστους σωφρονηστήρες ή εγκλείστους αποκλειστικά καλυπτόμενους από θλενογόνο. Αποτελεί ένδειξη χειρουργικής εξαγωγής του εγκλείστου ιδίως σε χρόνιες υποτροπές, και ένδειξη προληπτικής εξαγωγής εφόσον κλινικώς και κυρίως ακτινογραφικώς προβλεφθεί η έγκλειση του σωφρονηστήρα.

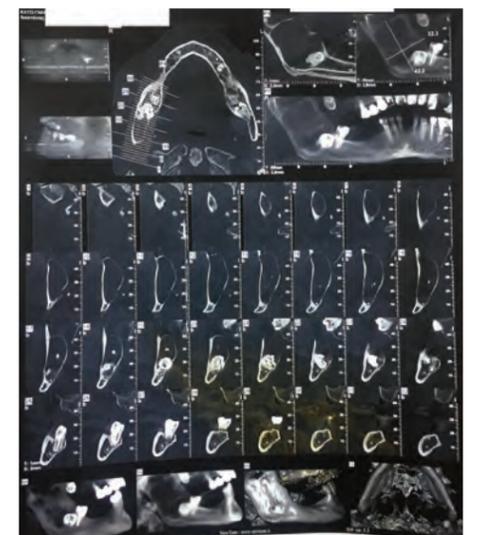
Β. Ο τερηδονισμός του τρίτου γομφίου και ιδίως του ημιεγκλείστου δεν είναι σπάνιος και αποδίδεται στην κατακράτηση πλάκας ως συγκλεισιακά μη λειτουργικού άρα και μη αυτοκαθαριζόμενου δοντιού ή δυσπρόσιτου στην εφαρμογή της καθημερινής στοματικής υγιεινής (εικ. 1). Αποτελεί επίσης ένδειξη για προληπτική εξαγωγή σε πρόβλεψη έγκλεισης.

ου σε άλλοτε άλλο ύψος ανάλογα με την κλίση του παρακειμένου εγκλείστου (εικ. 4).

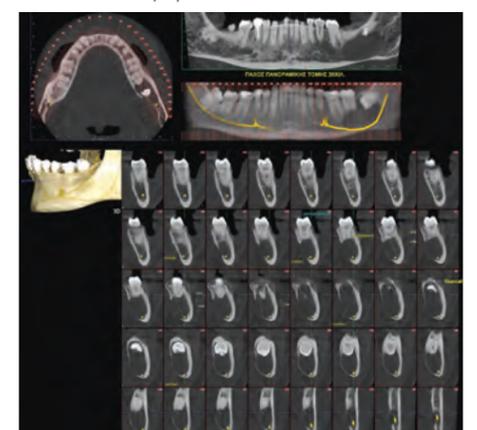


Εικ. 4: Περιοδοντική βλάβη και απορρόφηση ρίζας 47.

3. Ασυμπτωματικές οστεολυτικές εξεργασίες. Πρόκειται για «ύπουλες» εξεργασίες που μπορούν να λάβουν πολύ μεγάλες διαστάσεις θέτοντας σε κίνδυνο την ακεραιότητα της γνάθου ή γειτονικών ανατομικών στοιχείων δεδομένου ότι παραμένουν ασυμπτωματικές μέχρις ότου επιμολυνθούν ή αποκαλυφθούν ως τυχαίο ακτινογραφικό εύρημα (εικ. 5,6).



Εικ. 5: Οδοντοφόρος κύστη σε ασθενή 82 ετών.



Εικ. 6: Κυστικό αδαμαντινοβλάστημα.



ΕΤΑΙΡΙΑ  
ΟΔΟΝΤΟΣΤΟΜΑΤΟΛΟΓΙΚΗΣ  
ΕΡΕΥΝΗΣ  
ΒΡΑΒΕΙΟΝ ΑΚΑΔΗΜΙΑΣ ΑΘΗΝΩΝ



1984 2024

**24<sup>ο</sup> ΣΥΜΠΟΣΙΟ**

**40 ΧΡΟΝΙΑ**  
**ΕΜΦΥΤΕΥΜΑΤΑ**

Επιστημονική και Κλινική Πρόοδος

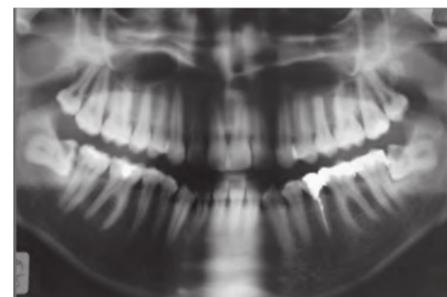
**29 & 30**  
**Νοεμβρίου 2024**

Πολεμικό Μουσείο Αθηνών

[www.dentalproodos.gr](http://www.dentalproodos.gr)

210 77 80 671





Εικ. 1: Τερηδόνα στους 38, 48.

2. Καταστάσεις που αφορούν τον δεύτερο γομφίο. Εδώ περιλαμβάνονται ο τερηδονισμός της άπω επιφάνειας της μύλης του δεύτερου γομφίου λόγω κατακράτησης πλάκας μεταξύ της άπω επιφάνειας και του παρακειμένου ημιεγκλείστου σωφρονηστήρα (εικ. 2) ή απορρόφησης του άπω φατνιακού πετάλου του δεύτερου γομφίου και δημιουργία περιοδοντικού θυλάκου λόγω παρακείμενης έγκλεισης του σωφρονηστήρα με εγγύς αξονική κλίση (εικ. 3), καθώς επίσης και απορρόφηση της ρίζας του δεύτερου γομφίου.



Εικ. 2: Τερηδόνα στους 48 και 47.



Εικ. 3: Τερηδόνα και περιοδοντική βλάβη στους 47 και 37.

**4. Ορθοδοντικά προβλήματα.** Αναφέρονται σε διατήρηση ή επίταση συνωστισμού – στρεβλοφύιας των πρόσθιων δοντιών. Αν και η συνδρομή των εγκλείσιων σωφρονιστήρων σε τέτοιου είδους ορθοδοντικά προβλήματα επιστημονικά δεν τεκμηριώνεται σαφώς και επομένως τίθεται υπό αμφισβήτηση, δεν είναι λίγα τα κλινικά περιστατικά, στα οποία μετά από ορθοδοντική διευθέτηση συνωστισμού η εξαγωγή των εγκλείσιων σωφρονιστήρων συστάθηκε από ορθοδοντικούς και εφαρμόστηκε συντελώντας στην διατήρηση του αποτελέσματος της ορθοδοντικής θεραπείας.

**5. Καταστάσεις σχετιζόμενες με έκτοπη ανάπτυξη του εγκλείστου σωφρονιστήρα (εικ. 7,8).** Απομακρυσμένες εντοπίσεις έγκλεισης των τρίτων γομφίων είναι σχετικά σπάνιες και όταν τα δόντια περιβάλλονται πλήρως από οστό είναι είτε ασυμπτωματικά είτε προκαλούν κατά άλλοτε άλλο χρονικό διάστημα παράδοξους πόνους που εν γένει διαχέονται στην ευρεία μυοσκελετική περιοχή.



Εικ. 7: Έκτοπος σωφρονιστήρας.



Εικ. 8: Έκτοποι σωφρονιστήρες.

Το δυσπρόσιτο της εντόπισης σε σχέση με την πιθανότητα μελλοντικής οστεολυτικής εξεργασίας προϋούσης της ηλικίας επαναφέρει την συζήτηση για την προληπτική χειρουργική εξαγωγή. Στην κατηγορία αυτή θα μπορούσαμε να εντάξουμε και τις εντοπίσεις εγκλείσιων που δεν είναι απομακρυσμένοι αλλά αποκτούν ένδειξη εξαγωγής όταν ηλικιωμένοι πλέον ασθενείς που δεν γνωρίζουν ότι τους φέρουν αποφασίζουν να κάνουν προσθετικές εργασίες.

**6. Τέλος ο παράγοντας ηλικία** υπεισέρχεται στο πρόβλημα διαχείρισης των εγκλείσιων σωφρονιστήρων, ένας παράγοντας, ο οποίος σύμφωνα με διεθνείς κλινικοστατιστικές μελέτες συνηγορεί υπέρ της προληπτικής εξαγωγής των σε νεαρή ηλικία. Με δεδομένο ότι με την πάροδο της ηλικίας αυξάνεται η αναλογία ανόργανων προς οργανικά συστατικά του οστίτη ιστού του σκελετού και των γνάθων, η εξαγωγή των εγκλείσιων σωφρονιστήρων γίνεται περισσότερο εργώδης με αποτέλεσμα και πιο θορυβώδη μετεχειρητική πορεία αλλά και αυξημένη πιθανότητα διεγχειρητικών ή μετεχειρητικών επιπλοκών. Από μελέτες έχει παρατηρηθεί και αποδειχθεί ότι το ποσοστό των μετεχειρητικών επιπλοκών όπως της υπαισθησίας στην κατανομή του τρίτου κλάδου του τριδύμου αλλά και της εμφάνισης ξηρού φατνίου αυξάνεται με την πάροδο της ηλικίας.

Επιπλέον τα συνοδά γενικά προβλήματα υγείας που συνήθως παρουσιάζουν οι ασθενείς προχωρημένης ηλικίας όπως τα καρδιαγγειακά, τα ενδοκρινικά και τα λοιπά συστηματικά προβλήματα επιβραδύνουν την επούλωση των ιστών αυξάνοντας την πιθανότητα μετεχειρητικών λοιμώξεων και τον χρόνο αποδρομής των φυσιολογικών μετεχειρητικών συμβαμάτων.

Εδώ θα πρέπει να αναφερθεί και η ιδιαίτερη προσοχή η οποία θα πρέπει να δίνεται στην διαχείριση ασθενών που βρίσκονται είτε σε αντιπηκτική αγωγή για την αποφυγή διεγχειρητικής ή μετεχειρητικής αιμορραγίας είτε σε θεραπεία με αντιοστεολυτικά ή αντιαγγειογενετικά φάρμακα για την αποφυγή οστεονέκρωσης.

Με βάση λοιπόν τις προαναφερθείσες δυνητικές υφιστάμενες και πιθανόν εξελισσόμενες παθολογικές καταστάσεις ασυμπτωματικών ή υποψηφίων εγκλείσιων με την αυξημένη πιθανότητα μετεχειρητικών επιπλοκών με την πάροδο της ηλικίας συνιστούμε: Λήψη πανοραμικής ακτινογραφίας σε ηλικία 16 – 18 ετών με κριτήριο ότι στην ηλικία αυτή έχει σχεδόν ολοκληρωθεί η σκελετική ανάπτυξη των γνάθων καθώς επίσης και ότι αν υπάρχουν τρίτοι γομφίοι έχει ήδη καθοριστεί η φορά ανατολής τους.

Με βάση την ακτινογραφία αυτή αξιολογείται η επάρκεια του χώρου που προορίζεται να καταλάβει ο γομφίος και ελέγχεται η κλίση και η φορά ανατολής. Αν από τον έλεγχο προκύψει ότι ο γομφίος θα ανατείλει κανονικά και θα καταλάβει λειτουργική θέση στο φραγμό αφήνεται ως έχει και συνιστάται η περιοδική ακτινογραφική του παρακολούθηση μέχρι να ανατείλει. Αν όμως προβλεφθεί η έγκλεισή του τότε συνιστάται η χειρουργική εξαγωγή του.

**Ενδεικτική βιβλιογραφία**

1. Knutsson, Brehmer, Lysell, Rohlin: Asymptomatic mandibular third molars. Oral surgeon's judgement of the need for extraction. J Oral Maxillof. Surg, 1992, 50:329-333.
2. Eliasson, Heimdahl, Nordenram: Pathological changes related to long-term impaction

- of third molars. A radiographic study. Int J Oral Maxillofac Surg, 1989: 210-212.
3. Shoshani-Dror D, Shilo D, Ginini JG, Emodi O, Rachmiel: Controversy regarding the need for prophylactic removal of impacted third molars: An overview A. Quintessence Int. 2018;49(8):653-662. doi: 10.3290/j. qi.a40784.
4. Liu L, Zhang L, Lu S, Huang W, Song L, Xu B.: Effect of Mesioangular Impaction of the Mandibular Third Molars on the Adjacent Mandibular Second Molars: An Imaging Study. Curr Med Imaging. 2023;19(6):623-630. doi: 10.2174/1573405618666220921122006.
5. Ventä I. How often do asymptomatic, disease-free third molars need to be removed? J Oral Maxillofac Surg. 2012 Sep;70(9 Suppl 1):S41-7. doi: 10.1016/j. joms.2012.04.037.

**TePe** οδοντόβουρτσες  
Η βιώσιμη επιλογή

Μέση τιμή λιαν. πώλησης από **2,80€** έως **4,00€\***

**Οι εύχρηστες και λειτουργικές οδοντόβουρτσες** της TePe έχουν σχεδιαστεί για αποτελεσματική και απαλή απομάκρυνση της πλάκας. Μια ποικιλία από μοντέλα για κάθε ηλικία με ίνες extra-soft, soft, medium και μεγέθη (regular, compact) που διευκολύνει την καθημερινή στοματική φροντίδα για ενήλικες και παιδιά.

**A choice that matters**  
Η TePe προμηθεύεται 100% πρώτες ύλες για τις οδοντόβουρτσες από πιστοποιημένες ανανεώσιμες πηγές μέσω της προσέγγισης mass balance, ανεξάρτητα πιστοποιημένη από το Διεθνές Πιστοποιητικό Αειφορίας και Άνθρακα PLUS (ISCC PLUS).



www.placcontrol.gr  
Instagram, Facebook, YouTube icons

για ευαίσθητα ούλα καθώς και για φροντίδα εμφυτευμάτων. Στην TePe πιστεύουμε ότι είναι απαραίτητο να "χτίσουμε" ένα βιώσιμο μέλλον. Τα προϊόντα μας παράγονται αποκλειστικά στη Σουηδία από πρώτες ύλες και με διαδικασίες φιλικές προς το περιβάλλον, σε συνεργασία με οδοντιάτρους. **Δέσμευση είναι πάντα η υψηλή ποιότητα, η λειτουργικότητα και οι προσιτές τιμές.**

\* Οι τιμές αφορούν τις οδοντόβουρτσες TePe Select, Nova, TePe Supreme σε φυσικά σημεία πώλησης.

# Η Ηλεία ετοιμάζεται να φιλοξενήσει το 42ο Πανελλήνιο Οδοντιατρικό Συνέδριο



**Αλέκος Γαλανόπουλος**  
Πρόεδρος του Οδοντιατρικού Συλλόγου Ηλείας

Στον Πύργο Ηλείας θα πραγματοποιηθεί φέτος το 42ο Πανελλήνιο Οδοντιατρικό Συνέδριο. Το συνέδριο έχει τίτλο «Ψηφιακές και τεχνολογικές εξελίξεις στη σύγχρονη Οδοντιατρική» και θα διεξαχθεί από 17-19 Οκτωβρίου 2024, στο συνεδριακό χώρο Ilis Congress Center του Aldemar Olympian Village. Κάθε χρόνο στα συνέδρια της Ελληνικής Οδοντιατρικής Ομοσπονδίας δίνουν το

«παρών» χιλιάδες οδοντίατροι και εκθέτες και έτσι η πρόκληση είναι ακόμα μεγαλύτερη όταν το συνέδριο φιλοξενείται στην περιφέρεια. Οι προετοιμασίες, λοιπόν, είναι πυρετώδεις για το μεγάλο επιστημονικό γεγονός της χρονιάς στον κλάδο της Οδοντιατρικής.

Καθώς αυτή τη φορά η διοργάνωση θα γίνει με τη συνεργασία του Οδοντιατρικού Συλλόγου Ηλείας, το «Ο.Β.» συνομιλεί με τον πρόεδρο του συλλόγου κ. **Αλέκο Γαλανόπουλο** για να δώσει μια εικόνα στους συναδέλφους του σχετικά με το τι θα τους περιμένει στο επερχόμενο συνέδριο.

Συνέντευξη στην  
**Γεωργία Σάκκουλα**  
δημοσιογράφο

**Κύριε Γαλανόπουλε τον επερχόμενο Οκτώβριο ο Ο.Σ. Ηλείας θα είναι βασικός συνδιοργανωτής του 42ου Πανελλήνιου Οδοντιατρικού Συνεδρίου. Μιλάμε για το μεγαλύτερο συνέδριο Οδοντιατρικής στη χώρα. Πόσο απαιτητική είναι μια τέτοια διοργάνωση σε μια περιοχή της περιφέρειας; Πώς προχωρούν οι προετοιμασίες;**

Το Πανελλήνιο Οδοντιατρικό Συνέδριο αποτελεί κάθε χρόνο ένα ορόσημο για την οδοντιατρική κοινότητα της χώρας. Πρόκειται για ένα από τα μεγαλύτερα επιστημονικά και επαγγελματικά συνέδρια που πραγματοποιούνται κάθε χρόνο στη χώρα. Φέτος, μετά από προσπάθειες ετών, έχουμε την τιμή να διοργανώσουμε το 42ο Πανελλήνιο Οδοντιατρικό Συνέδριο και να φιλοξενήσουμε το σημαντικό αυτό γεγονός για πρώτη φορά στην περιοχή μας, στον Πύργο και συνοδικά στην Ηλεία.

Είναι προφανές πως μια τέτοια διοργάνωση είναι απαιτητική σε κάθε πόλη και ακόμα περισσότερο ίσως σε πόλεις της επαρχίας όπου δεν έχουν τις υποδομές των μεγάλων αστικών κέντρων ή την τεχνολογία διοργάνωσης τέτοιων μεγάλων συνεδρίων, η οποία αποκτάται με την εμπειρία και την επανάληψη. Μια βασική απαίτηση έχει να κάνει με τον χώρο διεξαγωγής του συνεδρίου. Ως προς αυτό, το συνέδριο θα διεξαχθεί σε ένα άρτιο συνεδριακό κέντρο στην ευρύτερη περιοχή του Πύργου, στο ξενοδοχείο Aldemar.

Είμαι εξαιρετικά αισιόδοξος για την πορεία της προετοιμασίας του συνεδρίου. Και με σιγουριά αλλά και υπερηφάνεια μπορώ να πω ότι θα είμαστε έτοιμοι για αυτό το μεγάλο συνέδριο νωρίτερα και από ό,τι απαιτείται. Όλα προχωρούν με ταχείς ρυθμούς ως αποτέλεσμα της

άψογης συνεργασίας που έχουμε με τους κ.κ: Δεβλιώτη Αθανάσιο, Πρόεδρο Ε.Ο.Ο., Κερεζούδη Νικόλαο, Πρόεδρο της οργανωτικής επιτροπής του 42ου συνεδρίου, καθηγητή εργαστηρίου ενδοδομίας Ε.Κ.Π.Α., Καναβάκη Γεώργιο, συντονιστή προγράμματος, επίκουρο καθηγητή εργαστηρίου ορθοδοντικής Ε.Κ.Π.Α., Κίττα Δημήτριο, γραμματέα Ε.Ο.Ο. και Δέδε Νικόλαο, συντονιστές του 42ου συνεδρίου, την Εταιρεία οργάνωσης WELCOME και όλα τα μέλη της οργανωτικής επιτροπής.

**Πείτε μας λίγα λόγια για τον χώρο που έχει επιλεγεί για τη διοργάνωση του συνεδρίου**

Όπως είπαμε ένας από τους πιο κρίσιμους παράγοντες για τη διοργάνωση του συνεδρίου είναι ο χώρος που θα φιλοξενήσει τις εργασίες του. Ο χώρος που έχει επιλεγεί για τη φετινή διοργάνωση είναι το υπερσύγχρονο Συνεδριακό Κέντρο Ilis Congress Center του ξενοδοχείου Aldemar, ένα συνεδριακό κέντρο που μόλις εγκαινιάστηκε. Προσωπικά, τα τελευταία 30 χρόνια συμμετέχω κάθε χρόνο στο Πανελλήνιο Οδοντιατρικό Συνέδριο και πιστεύω πως αυτός ο χώρος είναι από τους καλύτερους συνεδριακούς χώρους που έχω επισκεφθεί στη χώρα μας.

Το συνεδριακό κέντρο διαθέτει πολλές αίθουσες διαφόρων κατηγοριών. Αρχικά υπάρχει μια μεγάλη αίθουσα χωρητικότητας άνω των 1.000 ατόμων που αποτελεί και την κεντρική αίθουσα του συνεδριακού κέντρου, αίθουσες με μικρότερη χωρητικότητα των 120, 200, 500 ατόμων αλλά και μικρότερες αίθουσες για πρακτικά εργαστήρια. Υπάρχουν φυσικά χώροι για την προετοιμασία των ομιλητών αλλά και υποδομές για τα άτομα με αναπηρίες. Στο λόμπι των 1.500 τετραγωνικών μέτρων που διαθέτει το συνεδριακό κέντρο θα φιλοξενηθούν οι εκθέσεις ή εκθέτες.

Οι απολύτως άρτιες εγκαταστάσεις και υποδομές ενός ολοκαίνουργιου συνεδριακού κέντρου εγγυώνται τις καλύτερες προϋποθέσεις για την πραγματοποίηση των εργασιών του συνεδρίου μας σε ένα άνετο και παραγωγικό περιβάλλον. Πέραν αυτών, αξίζει να αναφέρουμε ότι θα φιλοξενηθούμε σε ένα χώρο πολλών στρεμμάτων πρασίνου, δίπλα στη θάλασσα του Ιονίου με εξαιρετικές υποδομές αναψυχής και όμορφους χώρους ψαχαγωγίας και εστίασης. Το συνέδριο εκτός από ευκαιρία για την διεύρυνση της γνώσης όλων μας, αποτελεί και μια ευκαιρία για επικοινωνία και δικτύωση των συνέδρων καθώς και ευκαιρία για την εξερεύνηση νέων



προορισμών εντός της πατρίδας μας. Η Ηλεία, με την ιστορία της, τους πανέμορφους φυσικούς και πολιτιστικούς θησαυρούς της και τη ζωντανή κοινότητα των κατοίκων της είναι ένας ιδανικός τόπος να τον επισκεφθεί κανείς και να τον εξερευνήσει με ευχάριστες συνθήκες ακόμα και εκείνο το τριήμερο του Οκτωβρίου. Εμείς με μεγάλη χαρά θα υποδεχθούμε και θα φιλοξενήσουμε όλους τους επισκέπτες στην περιοχή μας.

**Από πλευράς κοινωνικού προγράμματος, με τι σκοπεύετε να πλαισιώσετε το επιστημονικό πρόγραμμα του συνεδρίου; Θα έχει κάτι ξεχωριστό η φετινή διοργάνωση;**

Το βασικό κομμάτι παραμένει πάντοτε το επιστημονικό σκέλος του προγράμματος. Το συνέδριο μας αντιπροσωπεύει κάθε χρονιά τη δέσμευσή μας να παραμένουμε πρωτοπόροι στην επιστήμη και την πρακτική της οδοντιατρικής. Μέλημά μας είναι να διασφαλίσουμε τις κατάλληλες συνθήκες ώστε οι επαγγελματίες και οι επιστήμονες του χώρου να παρακολουθούν απρόσκοπτα το μεγάλο αυτό γεγονός και όλη την εξαιρετική δουλειά που λαμβάνει χώρα σε ακαδημαϊκό, ερευνητικό και επαγγελμα-

τικό επίπεδο στη χώρα μας.

Σε κάθε περίπτωση, είναι πρόθεσή μας να προσφέρουμε στους συνέδρους ένα ιδιαίτερο πλούσιο παράλληλο πρόγραμμα δραστηριοτήτων. Μπορώ να σας πω ότι την Παρασκευή το βράδυ προγραμματίζουμε να γίνει μία μεγάλη εκδήλωση στην κεντρική πλατεία του Πύργου, την πρωτεύουσα του νομού Ηλείας, για να καλωσορίσουμε όλους τους συνέδρους στον τόπο μας.

Η Ηλεία είναι γνωστή για τις φυσικές ομορφίες της, τις παραθαλάσσιες περιοχές της και φυσικά, πάνω από όλα, για τον αρχαιολογικό χώρο της Ολυμπίας, τον τόπο γέννησης των Ολυμπιακών Αγώνων. Επομένως, το συνέδριο μας θα περιλαμβάνει προφανώς μια επίσκεψη στην Αρχαία Ολυμπία με ξεναγό. Μια ιδέα που εξετάζουμε είναι η επίσκεψη να γίνει ενδεχομένως με τρένο από το λιμάνι του Κατακόλου προς την Αρχαία Ολυμπία με ξεναγό μέσα στο τρένο που θα εξηγήσει τις ομορφίες της περιοχής κατά μήκος της διαδρομής. Στο Κατάκολο βρίσκεται, άλλωστε, και το Μουσείο Αρχαίας Ελληνικής Τεχνολογίας «Κώστα Κοτσανά» με 300 περίπου εφευρέσεις του αρχαιοελληνικού τεχνολογικού θαύματος. Στο πρόγραμμα εντάσσεται και μια επίσκεψη στο φημισμένο Κτήμα Μερκούρη με ιστορία που ξεκινά από το 1864.

Ακολουθώντας το ρητό «*νοῦς ὑγίης ἐν σώματι ὑγείη*» προγραμματίζουμε δράσεις για τη φυσική άσκηση των συνέδρων, καθώς στο χώρο του ξενοδοχείου θα υπάρχει την ανατολή του ηλίου δάσκαλος για πιλάτες και γιόγκα, ενώ υπάρχει επιπλέον η πρόθεση να διοργανωθεί και τουρνουά τένις για όσους συνέδρους ασχολούνται με το άθλημα.

Ο Σύλλογός μας έχει πλούσιο κοινωνικό έργο στην περιοχή και επιθυμούμε ως επαγγελματίες της υγείας να στείλουμε ένα ισχυρό μήνυμα κοινωνικής αλληλεγγύης διοργανώνοντας στο πλαίσιο του συνεδρίου μιας εθελοντική αιμοδοσία. Και τέλος, στο πλαίσιο της εξωστρέφειας και της επαφής με την τοπική κοινωνία,



**Το συνέδριο είναι μια ιδανική ευκαιρία για να γνωρίσει κανείς τις ομορφίες της Ηλείας και τους πολιτιστικούς θησαυρούς της.**

προγραμματίζουμε κάποιες οργανωμένες επισκέψεις σχολείων ώστε οι μαθητές και οι μαθήτριες να έχουν τη δυνατότητα να ακούσουν συμβουλές από τους πιο καταρτισμένους ειδικούς του χώρου μας.

Σε κάθε περίπτωση σκοπεύουμε να κάνουμε τη διαφορά με τον συνδυασμό του πλούσιου επιστημονικού προγράμματος που θα καλύψει τις πλέον σύγχρονες εξελίξεις στην επιστήμη της οδοντιατρικής και της φιλοξενίας των συνεδρών σε ένα ολοκαίνουργιο συνεδριακό κέντρο, στον όμορφο και φιλόξενο Πύργο.

**Πόσο σημαντική είναι η διοργάνωση τέτοιων επιστημονικών εκδηλώσεων στην περιφέρεια; Υπάρχει ενδιαφέρον συμμετοχής από τους συναδέλφους σας στην περιοχή;**

Η διοργάνωση του Πανελληνίου Οδοντιατρικού Συνεδρίου στην Ηλεία αποτελεί για όλους εμάς τους οδοντιάτρους της περιοχής, που χρόνια δίναμε το παρών στα αντίστοιχα συνέδρια ανά την Ελλάδα, μια αναγνώριση της δουλειάς μας και της προσήλωσής μας στην επιστήμη και την δια βίου κατάρτιση. Ταυτόχρονα, η διοργάνωση του συνεδρίου αποτελεί και μια αναγνώριση της προόδου που συντελείται στην περιοχή μας ώστε να φτάσει στο σημείο να πληροί τις προϋποθέσεις να φιλοξενήσει ένα από τα μεγαλύτερα επαγγελματικά και επιστημονικά συνέδρια της χώρας.

Το θέμα, όμως, που θίγεται είναι ευρύτερο. Όλες οι μεγάλες επιστημονικές εκδηλώσεις λαμβάνουν συστηματικά χώρα στα δύο μεγάλα αστικά κέντρα. Η διοργάνωσή τους ακολουθεί την γενική τάση υπερευαγωγίας των πάντων στα αστικά κέντρα, κυρίως στην Αθήνα και δευτερευόντως στη Θεσσαλονίκη. Η μεγάλη πρόκληση για τη χώρα είναι η αποκέντρωση και η αντιστροφή αυτής της τάσης προς τα αστικά κέντρα, ώστε να επιτευχθεί ένα βιώσιμο και ισορροπημένο μοντέλο ανάπτυξης. Η άποψή μου είναι πως χρειάζεται αποκέντρωση και στον συνεδριακό τομέα. Είναι πολύ σημαντικό να γίνονται τέτοιες διοργανώσεις στην περιφέρεια, τώρα που αρκετές πόλεις της περιφέρειας αποκτούν και τις κατάλληλες υποδομές για να τις φιλοξενήσουν. Ευθύνη της πολιτείας είναι να παρέχει και τις αναγκαίες οδικές και συγκοινωνιακές υποδομές για να ανθίσει στη χώρα και ο συνεδριακός τουρισμός.

Οι συναδέλφοι στην Ηλεία περιμένουν με μεγάλη χαρά και με ιδιαίτερο ενδιαφέρον αυτό το γεγονός και προσμένουν να υποδεχθούν τους συναδέλφους τους από όλες τις γωνίες της Ελλάδας. Είναι καθήκον του Συλλόγου μας να εξασφαλίσουμε την όσο το δυνατόν μεγαλύτερη συμμετοχή των οδοντιάτρων της Ηλείας, τώρα που το συνέδριο θα πραγματοποιηθεί στον τόπο μας, καθώς αποτελεί την μεγαλύτερη ευκαιρία για απόκτηση γνώσης, δικτύωση και ανταλλαγή εμπειριών.

Θέλω να τονίσω, όμως, πως όλοι οι πολίτες της Ηλείας, και από άλλες επαγγελματικές ομάδες, περιμένουν τη διοργάνωση. Από τότε που ανακοινώθηκε η είδηση ότι το 42ο Πανελλήνιο Οδοντιατρικό Συνέδριο θα πραγματοποιηθεί για πρώτη φορά στον Πύργο, η είδηση αυτή έχει δώσει μεγάλη χαρά στους ανθρώπους της περιοχής μας γιατί μία μικρή πόλη, όπως είναι ο Πύργος, ανέλαβε να διοργανώσει ένα μεγάλο επιστημονικό γεγονός. Αυτό φέρνει υπερηφάνεια και αισιοδοξία σε όλους μας για τις δυνατότητες της περιοχής μας και των ανθρώπων της.

**Τι μήνυμα - κάλεσμα συμμετοχής θα στέλνατε στους συναδέλφους σας όχι μόνο από την Ηλεία, αλλά και από την υπόλοιπη χώρα;**

Θα ήθελα να πω ότι περιμένω με χαρά όλους τους συναδέλφους και όλες τις συναδέλφισσες από όλη τη χώρα να έρθουν σε αυτό το σπουδαίο επιστημονικό γεγονός. Το συνέδριο μας αντιπροσωπεύει κάθε χρονιά τη δέσμευσή μας να παραμένουμε πρωτοπόροι στην επιστήμη



Οι σύγχρονες εγκαταστάσεις του Aldemar Olympic Village θα φιλοξενήσουν τις εργασίες του 42ου Πανελληνίου Οδοντιατρικού Συνεδρίου

και την πρακτική της οδοντιατρικής. Είμαστε βέβαιοι ότι αυτό το Συνέδριο θα αποτελέσει μια ευκαιρία για όλους μας να εμπνευστούμε, να μάθουμε και να συνεργαστούμε προς το κοινό μας όφελος και με στόχο να προσφέρουμε την καλύτερη δυνατή φροντίδα στους ασθενείς μας.

Τους προσκαλώ όλους να μοιραστούμε μαζί αυτήν την εμπειρία στον Πύργο, να ανταλλάξουμε γνώσεις, ιδέες και εμπειρίες και να συζητήσουμε τις τελευταίες εξελίξεις στον κλάδο της οδοντιατρικής.

Την ίδια στιγμή, κάθε οδοντίατρος που θα

επισκεφθεί την Ηλεία θα έχει την ευκαιρία να γνωρίσει έναν τόπο όμορφο αλλά παραγνωρισμένο. Ο Πύργος, με την πλούσια ιστορία και κληρονομιά του, αποτελεί το κέντρο της Ηλείας. Η ιστορία της περιοχής αναδεικνύεται στο Αρχαιολογικό Μουσείο της πόλης που φιλοξενείται σε ένα πανέμορφο νεοκλασικό κτίριο της περιόδου του 1890, που αποδίδεται στον αρχιτέκτονα Ερνέστο Τσίλλερ. Και τόσα άλλα αξιοθέατα στην ευρύτερη περιοχή, από το Κάστρο Χλεμούτσι και την Αρχαία Ήλιδα, τα Λουτρά του Καϊάφα, ως τον Ναό του Επικούριου Απόλλωνα και τους καταρράκτες της Νέδας στα νότια σύνορα του νομού με τη Μεσσηνία. Η ομορφιά της Ηλείας είναι ακόμα ανεξερεύνητη και έτοιμη να προσφέρει στους επισκέπτες ανεξίτηλες αναμνήσεις.

Σας περιμένουμε, λοιπόν, όλες και όλους στον Πύργο από τις 17 ως τις 19 Οκτωβρίου για ένα παραγωγικό και όμορφο τριήμερο, για ένα από τα καλύτερα οδοντιατρικά συνέδρια που έχουν πραγματοποιηθεί ως τώρα.



PREMIUM DENTAL PRODUCTS

YOUR IMPRESSION IS OUR SPECIALTY

CAVEX

IN-OFFICE

## Cavex Bite & White

# SHADE CORRECTION

25% Hydrogen Peroxide Superior

Γρήγορη, αποτελεσματική και ασφαλή ιατρική θεραπεία στο οδοντιατρείο για την αποκατάσταση της αρχικής απόχρωσης των δοντιών.

Το Cavex Bite & White Shade Correction είναι ένα γρήγορο, ασφαλές και αποτελεσματικό σύστημα για την αποκατάσταση του φυσικού χρώματος των δοντιών του ασθενούς. Είναι σύστημα In-Office, οπότε όλη η διαδικασία γίνεται από τον οδοντίατρο στο οδοντιατρείο. Η επαναστατική γέλη του συστήματος καθιστά δυνατή την αποκατάσταση της αρχικής απόχρωσης των δοντιών με μόνο 2 ως 3 εφαρμογές σε 1 θεραπεία

AT-HOME

## Cavex Bite & White

# ABC Master Kit

Ενεργοποίηση - Λεύκανση - Φροντίδα

16% υπεροξειδίου του καρβαμιδίου

Ψάχνει ο ασθενής σας μακροπρόθεσμη και αποτελεσματική λεύκανση με ελαχιστοποιημένο ποσοστό ευαισθησίας;

Επιλέξτε το ABC Masterkit: την πιο αποτελεσματική και ολοκληρωμένη θεραπεία λεύκανσης.



DENTAL ADVISOR TOP AWARD

Α

Ενεργοποίηση

με Cavex Bite & White StainLess (2-3 λεπτά)

Τα δόντια θα πρέπει να βουρτσιστούν με την πάστα για να καθαριστεί σχολαστικά η οδοντική επιφάνεια, έτσι ώστε η λευκαντική γέλη να έρθει σε άμεση επαφή με την αδαμαντίνη. Επιπλέον, το StainLess αυξάνει την τιμή του pH στην στοματική κοιλότητα, κάνοντας τη θεραπεία λεύκανσης ακόμα περισσότερο αποτελεσματική.

Β

Λεύκανση

με Cavex Bite & White gel (30-60 λεπτά)

Η γέλη λεύκανσης που τοποθετείται στο δισκάριο, περιέχει 16% υπεροξειδίου του καρβαμιδίου που ισούται με 6% υπεροξειδίου του υδρογόνου. Το προστιθέμενο φθοριούχο νάτριο ενισχύει την αδαμαντίνη και το νιτρικό κάλιο ελαχιστοποιεί κάθε ευαισθησία.

Γ

Φροντίδα

με το Cavex Bite & White ExSense (5-10 λεπτά)

Η γέλη μπορεί να τοποθετηθεί στο ίδιο δισκάριο και περιέχει μια μοναδική σύνθεση υδροξυαπατίτη και διαλύτη υδροδιασποράς. Αυτό εμφράσει τα οδοντινοσωληνάρια και τις μικρορωγμές στην αδαμαντίνη, ελαχιστοποιώντας την ευαισθησία. Επιπλέον, το ExSense συμβάλλει στην επανασβεστίωση και αποκαθιστά τη μικροσκληρότητα των οδοντικών στοιχείων.





Ιωάννης Τσαπράζης ΑΕ

ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΙΚΑ-ΟΡΘΟΔΟΝΤΙΚΑ

Μιχαλακοπούλου 157, Γουδή 115 27, Τηλ.: 210 7716.416, 210 7751.000, Fax: 210 7711.100, e-mail: info@tsaprazis.gr, www.tsaprazis.gr



# Ξηροστομία σε Ηλικιωμένη Ασθενή

**Ελένη Γεωργακοπούλου**PhD, MD, DDS, MSc Oral  
Medicine UCL (Stomatology)  
Οδοντίατρος & Ιατρός με  
εξειδίκευση στη Στοματολογία,  
Μεταδιδακτορική Ερευνήτρια  
Ιατρική Σχολή ΕΚΠΑ

## Ιστορικό ασθενούς

Γυναίκα ασθενής, ηλικίας 78 ετών, επισκέπτεται το ιατρείο με παράπονα για ξηροστομία που διαρκεί αρκετούς μήνες. Η ίδια αναφέρει δυσκολία στην κατάποση και την ομιλία, καθώς και δύο επεισόδια καντιντιασικής στοματιτίδας το περασμένο έτος. Η ασθενής λαμβάνει φάρμακα για υπέρταση, διαβήτη και χρόνια αγχώδη διαταραχή. Δεν αναφέρει ξηροφθαλμία ούτε διόγκωση παρωτίδων. Έχει κάνει πρόσφατα ρευματολογικό έλεγχο για πόνους στα χέρια και βρέθηκε ότι τα ANA (αντιπυρηνικά αντισώματα) είναι αρνητικά. Είναι καπνίστρια, ο Σ. Διαβήτης είναι καλά ρυθμιζόμενος, Φ.Τ. ΗbA1C.

## Κλινική Εξέταση

Κατά την κλινική εξέταση, η γλώσσα της ασθενούς παρουσιάζει έντονες αύλακες και απουσία υγρασίας, με επίπεδες τριχοειδείς θηλές (Εικ. 1). Επίσης, υπάρχουν υπολείμματα τροφών που παραμένουν στην επιφάνεια της γλώσσας, υποδηλώνοντας μειωμένη καθαριστική λειτουργία του σάλιου.

Πιο πιθανή διάγνωση είναι η φαρμακευτική ξηροστομία λόγω της πολυφαρμακίας και της προχωρημένης ηλικίας της. Δεδομένης της απουσίας θετικών αντιπυρηνικών αντισωμάτων και της έλλειψης συμπτωμάτων που θα υποδείκνυαν άλλες καταστάσεις, όπως το σύνδρομο Sjogren. Επίσης, δεν υπάρχει ιστορικό ακτινοθεραπείας που να εξηγεί τα συμπτώματά της. Ο συνδυασμός πολλών φαρμάκων για υπέρταση, διαβήτη και χρόνια αγχώδη διαταραχή είναι η πιο πιθανή αιτία της ξηροστομίας. (Πίνακας 1, βλ. επόμενη σελίδα για αναλυτική διάγνωση).

## Διάγνωση

Η ξηροστομία της ασθενούς οφείλεται σε πολυφαρμακία και την προχωρημένη ηλικία της. Τα φάρμακα που λαμβάνει και τα οποία συνδέονται με την ξηροστομία περιλαμβάνουν:

- Αντιυπερτασικά
- Αντικαταθλιπτικά
- Αγχολυτικά
- Διουρητικά

## Προβλήματα που προκαλεί η ξηροστομία:

1. Δυσκολία στην κατάποση και την ομιλία
2. Αυξημένη ευαισθησία σε μυκητιασικές λοιμώξεις



Εικ. 1: Η τυπική κλινική εμφάνιση της γλώσσας που επηρεάζεται από ξηροστομία περιλαμβάνει έντονες αύλακες και επίπεδες τριχοειδείς θηλές χωρίς σημάδια υγρασίας ή σάλιου. Παρατηρούνται επίσης υπολείμματα τροφών στην επιφάνεια της γλώσσας, υποδηλώνοντας μειωμένη καθαριστική λειτουργία του σάλιου.

3. Δυσκολία στη διατήρηση της στοματικής υγιεινής αυξημένος κίνδυνος για τερηδόνες

## Θεραπευτικές επιλογές:

1. Φαρμακευτική Αγωγή: Χορήγηση πιλοκαρπίνης.
2. Υποκατάστατο Σάλιου: Χρήση τεχνητών υποκατάστατων σάλιου.
3. Για την πρόληψη της καντιντίασης, ιδιαίτερα σε άτομα που είναι ευάλωτα σε σοβαρά επεισόδια, μπορεί να χρησιμοποιηθεί η νυστατίνη ως στοματικό διάλυμα. Για την πρόληψη, η χρήση της νυστατίνης μπορεί να είναι αναγκαία σε τακτά χρονικά διαστήματα.

## Συστάσεις για διαχείριση της ξηροστομίας:

1. Ενυδάτωση: Συχνή κατανάλωση νερού ΣΕ ΜΙΚΡΕΣ ΠΟΣΟΤΗΤΕΣ
2. Διατροφή και Συνήθειες: Αποφυγή καφέ, αλκοόλ και καπνίσματος. Προτίμηση σε μαλακά και υγρά γεύματα.
3. Στοματική Υγιεινή: Καθημερινό βούρτσισμα των δοντιών και χρήση μη αλκοολούχου στοματικού διαλύματος.
4. Συμπληρώματα: Χρήση ενυδατικών σπρέι και ζελ, και μάσημα τσίχλας χωρίς ζάχαρη.
5. Ιατρική Συμβουλή: Συζήτηση με τον ιατρό για πιθανή τροποποίηση της φαρμακευτικής αγωγής.

Η ασθενής πρέπει να συζητήσει με τον ιατρό της πριν τη χρήση πιλοκαρπίνης για να διασφαλιστεί ότι δεν υπάρχουν αντενδείξεις ή

## ΠΙΝΑΚΑΣ 1 Διαφορική Διάγνωση της Ξηροστομίας

Νόσος	Κλινικά Χαρακτηριστικά	Εργαστηριακά Ευρήματα	Σημειώσεις
Φαρμακευτική Ξηροστομία	Ιστορικό πολυφαρμακίας, ξηρότητα στόματος, δυσκολία στην κατάποση και την ομιλία	Αρνητικά ANA	Σχετίζεται με τη χρήση αντιυπερτασικών, αντικαταθλιπτικών, αγχολυτικών και διουρητικών
Σύνδρομο Sjogren	Ξηροστομία και ξηροφθαλμία, διόγκωση παρωτίδων, αρθραλγίες	Θετικά αντιπυρηνικά αντισώματα (ANA), αυξημένα αντι-SSA/SSB αντισώματα	Αποκλείεται λόγω αρνητικών ANA και απουσίας άλλων τυπικών συμπτωμάτων
Ακτινοθεραπεία Κεφαλής/Τραχήλου	Ιστορικό ακτινοθεραπείας, έντονη ξηροστομία, αλλοιώσεις στοματικής κοιλότητας		Δεν υπάρχει ιστορικό ακτινοθεραπείας στην ασθενή
Σ. Διαβήτης	Ξηροστομία, πολυουρία, πολυδιψία	Αυξημένο σάκχαρο αίματος, ΗbA1C	Παρουσία διαβήτη, αλλά η ξηροστομία είναι πιο πιθανό να σχετίζεται με πολυφαρμακία (Φ.Τ. ΗbA1C)
Αφυδάτωση	Ξηροστομία, μειωμένη διούρηση, ξηρό δέρμα	Αυξημένος αιματοκρίτης, αυξημένα επίπεδα νατρίου	Δεν υπάρχουν ενδείξεις αφυδάτωσης στην ασθενή

## ΠΙΝΑΚΑΣ 2 Ενδείξεις και Αντενδείξεις της Πιλοκαρπίνης:

Ενδείξεις	Αντενδείξεις
Ξηροστομία λόγω Sjogren's <sup>ΣΗΜ.1</sup>	Βρογχικό άσθμα
Ακτινοθεραπεία σε περιοχική κεφαλής και τραχήλου	Σοβαρή καρδιακή νόσος
Ξηροστομία λόγω φαρμάκων <sup>ΣΗΜ.2</sup>	Γλαύκωμα κλειστής γωνίας

### Αλληλεπιδράσεις και Ανεπιθύμητες Ενέργειες:

Αλληλεπιδράσεις	Ανεπιθύμητες Ενέργειες
Αντιχολινεργικά φάρμακα	Επίδρωση
B-αποκλειστής	Ναυτία, Διάρροια
Αντιπαρκινσονικά φάρμακα	Βρογχόσπασμος

αλληλεπιδράσεις με τα υπάρχοντα φάρμακα (Πίνακας 2).

Η ασθενής συνιστάται να παρακολουθείται τακτικά από τον οδοντίατρο για φθορίωση και έλεγχο.

## Αναφορές:

1. American Dental Association (ADA). "Managing Xerostomia: Tips and Treatments". ADA, 2020.
2. Laskaris George. Pocket Atlas of Oral Diseases. 3rd ed. Thieme, 2020. ISBN

9783132417878.

3. Laskaris George. Color Atlas of Oral Diseases: Diagnosis and Treatment. 4th ed. Thieme, 2017. ISBN: 9783137170044.
4. Scully Crispian. Oral and Maxillofacial Medicine: The Basis of Diagnosis and Treatment. 3rd ed. Churchill Livingstone, 2013.
5. Barbe, A. G. (2018). Medication-induced xerostomia and hyposalivation in the elderly: culprits, complications, and management. Drugs & aging, 35(10), 877-885.

## ΣΗΜΕΙΩΣΕΙΣ:

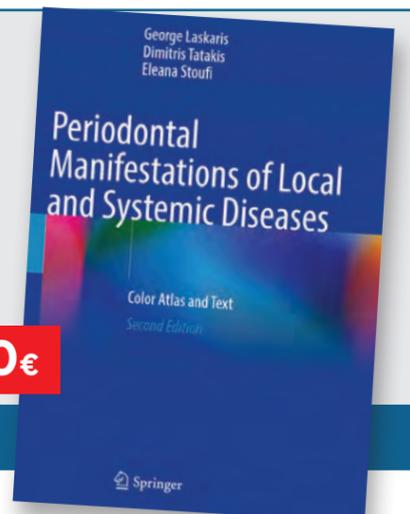
1. Η αποτελεσματικότητα της πιλοκαρπίνης εξαρτάται από την παρουσία λειτουργικού αδενικού παρεγχύματος. Στην περίπτωση του συνδρόμου Sjogren, η αυτοάνοση επίθεση μπορεί να προκαλέσει σοβαρή βλάβη στο παρεγχυματικό ιστό των εξωκρινών αδένων, μειώνοντας την ικανότητα αυτών των αδένων να ανταποκριθούν σε παρασυμπαθητική διέγερση. Εάν η καταστροφή του παρεγχυματικού ιστού είναι εκτεταμένη, οι αδένες δεν θα μπορούν να παράγουν εκκρίσεις ακόμη και υπό την επίδραση της πιλοκαρπίνης. Επομένως, η παρουσία λειτουργικού παρεγχύματος είναι απαραίτητη για την αποτελεσματικότητα της πιλοκαρπίνης στη θεραπεία των συμπτωμάτων του συνδρόμου Sjogren.
2. Αρκετές αναφορές, ότι απόλυτη ένδειξη.

Κυκλοφόρησε στην αγγλική γλώσσα, από τον διεθνή εκδοτικό οίκο Springer, το βιβλίο «**Periodontal Manifestations of Local and Systemic Diseases**», σε δεύτερη έκδοση. Πρόκειται για μια εξαιρετική έκδοση που καλύπτει πλήρως με σαφήνεια και επιστημονική ακρίβεια τεράστιο φάσμα νόσων τοπικών και συστηματικών που προσβάλλουν είτε αποκλειστικά τα ούλα είτε πρόκειται για συστηματικά νοσήματα με εκδηλώσεις στα ούλα και το περιοδόντιο.

Οι συγγραφείς του βιβλίου είναι τρεις διακεκριμένοι Έλληνες επιστήμονες: Ο διεθνούς φήμης Στοματολόγος και συγγραφέας πολλών βιβλίων Στοματολογίας, **Γιώργος Λάσκαρης**, ο καθηγητής Περιοδοντολογίας στο Πανεπιστήμιο Ohio, USA, **Δημήτρης Τατάκης** και η Επισκέπτης Λέκτωρ Στοματολογίας στο Πανεπιστήμιο Harvard, **Ελεάνα Στουφή**

**Τιμή: 230€**

Για παραγγελίες: «Οδοντιατρικό Βήμα» τηλ.: 210 3814939, email: odvima@otenet.gr



# Focus on Implantology

www.iti.org



## Αισθητική βελτίωση επιεμφυτευματικής πρόσθεσης με την τροποποιημένη τεχνική tunneling

Η επιτυχία μίας εμφυτευματικής θεραπείας εξαρτάται από παραμέτρους που στοχεύουν στη μακροπρόθεσμη επιβίωση των εμφυτευμάτων, αλλά περιλαμβάνουν επίσης και παραμέτρους που αφορούν στην αισθητική, καθώς και στον βαθμό ικανοποίησης των ασθενών ως προς την παρεχόμενη θεραπεία. Στο τεύχος 19 του κλινικού οδηγού της ΙΤΙ αναφέρονται τα εξής: «Μία επιτυχημένη επιεμφυτευματική αποκατάσταση η οποία ικανοποιεί τις αισθητικές παραμέτρους της θεραπείας είναι εκείνη στην οποία οι μαλακοί περιεμφυτευματικοί ιστοί βρίσκονται σε αρμονία με το εύρος, το πάχος, το περίγραμμα και το χρώμα των ούλων των γειτονικών δοντιών. Επιπρόσθετα, η προσθετική αποκατάσταση πρέπει να προσομοιάζει με την εικόνα των απώλεσθέντων δοντιών ως προς το χρώμα, τη μορφολογία, το μέγεθος και τις οπτικές τους ιδιότητες».

Για την αποφυγή εμφάνισης δυσχρωμίας των περιεμφυτευματικών ιστών από τα υποκείμενα υλικά της αποκατάστασης, θα πρέπει να εξασφαλίζονται τουλάχιστον 2 χιλ. πάχους μαλακών ιστών προστομακιά. Παράλληλα, δεδομένα που προκύπτουν από ένα περιορισμένο αριθμό κλινικών μελετών, καθώς οι περισσότερες μελέτες εστιάζουν στην αξιολόγηση του εύρους και όχι του πάχους των μαλακών ιστών,



**Νίκος Μάρκου**  
Περιοδοντολόγος,  
Διδάκτωρ  
Περιοδοντολογίας ΕΚΠΑ,  
ITI Fellow



**Σωτηρία Τσαντίλα**  
Περιοδοντολόγος

επισημαίνουν τη συσχέτιση μεταξύ της επάρκειας εύρους και πάχους μαλακών ιστών γύρω από ένα σε λειτουργία εμφύτευμα και μειωμένων δεικτών πλάκας και αιμορραγίας, τονίζοντας τη σημασία της ποιότητας και ποσότητας των μαλακών ιστών στη διατήρηση της περιεμφυτευματικής υγείας.

Από τα παραπάνω στοιχεία συνεπάγεται ότι η εξασφάλιση επάρκειας των μαλακών ιστών κατά την τοποθέτηση των εμφυτευμάτων είναι απαραίτητη για την πρόληψη εμφάνισης αισθητικών επιπλοκών που σχετίζονται με δυσαρμονία χρώματος με υψίζηση καθώς και με χαμηλό βαθμό ικανοποίησης των ασθενών ως προς το αισθητικό αποτέλεσμα της θεραπείας. Για το λόγο αυτό στις περιοχές υψηλής αισθητικής σημασίας συστήνεται η εφαρμογή τεχνικών αύξησης του πάχους των μαλακών ιστών κατά την άμεση ή μεθύστερη εμφύτευση.

Η εφαρμογή των τεχνικών αύξησης του πά-

χους των περιεμφυτευματικών ιστών αποτελεί μια προβλέψιμη θεραπευτική προσέγγιση, οδηγώντας σε μεγαλύτερο κέρδος μαλακών ιστών κατά 0.64 χιλ. συγκριτικά με περιοχές που δεν έχει τοποθετηθεί μόσχευμα μαλακών ιστών.

Αυτές οι τεχνικές έχουν ως στόχο να διορθώσουν την έλλειψη όγκου στην παρεϊακή επιφάνεια του εμφυτεύματος, συμβάλλοντας στη μακροπρόθεσμη σταθερότητα του επιπέδου της ουλικής παρυφής, προλαμβάνοντας την εμφάνιση υψιζύσεων. Παράλληλα, παρέχουν επάρκεια ιστών για τη διαμόρφωση ενός προφίλ ανάδυσης της προσθετικής αποκατάστασης, που μιμείται τα παρακείμενα δόντια, ενώ ταυτόχρονα διευκολύνουν την εφαρμογή στοματικής υγιεινής.

Τα δεδομένα που προέκυψαν από μια πρόσφατη συστηματική ανασκόπηση, συσχετίζουν την αύξηση του πάχους των μαλακών ιστών με τη διατήρηση της υγείας των εμφυτευμάτων, αναφέροντας ότι τα εμφυτεύματα που υποβλή-

θηκαν σε διαδικασία αύξησης μαλακών ιστών παρουσίασαν μικρότερη οστική απώλεια σε σύγκριση με εμφυτεύματα στα οποία δεν είχε εφαρμοστεί η τεχνική.

Διάφορες τεχνικές έχουν προταθεί για την αύξηση των μαλακών ιστών γύρω από τα εμφυτεύματα ως προς το είδος της χειρουργικής προσέγγισης και την επιλογή των υλικών. Ανάμεσά τους, η εφαρμογή μοσχευμάτων μαλακών ιστών σε συνδυασμό με την τεχνική του μυλικά μετατοπιζόμενου κρημιού και των τεχνικών φακέλου (tunneling) αποτελούν τις πιο δημοφιλείς.

Η προβλεψιμότητα των παραπάνω τεχνικών προϋποθέτει την ορθή σχεδίαση του κρημιού και την ατραυματική διαχείριση των ιστών με στόχο την εξασφάλιση ικανοποιητικής αιμάτωσης, σταθερότητας του θρόμβου και την κατά πρώτο σκοπό παθητική συρραφή του τραύματος.

Βασικό χαρακτηριστικό των τεχνικών φακέλου είναι ότι η παρασκευή κρημιού για την υποδοχή του μοσχεύματος πραγματοποιείται χωρίς την αποκόλληση των μεσοδοντιών θηλών και τη διενέργεια κάθετων τομών. Τα στοιχεία αυτά οδηγούν σε ταχύτερη επουλώση, ενώ παράλληλα αποφεύγεται ο κίνδυνος εμφάνισης ουλώδους ιστού και χρωματικής δυσαρμονίας

Συνέχεια στη σελίδα 24





### Μετεκπαιδευτικό πρόγραμμα εμφυτευματολογίας

## Step-by-step Dental Implants

- Βασική εκπαίδευση (Foundation Level)**
  - 3 μήνες διάρκεια
  - 6 Θεματικές ενότητες
  - 35 Γνωστικά αντικείμενα
  - Online όλο το εκπαιδευτικό υλικό για εξατομικευμένο ρυθμό εκμάθησης
  - 2 ημέρες Χειρουργικής και Προσθετικής πρακτικής άσκησης
  - Online τελικές εξετάσεις
  - ITI Certificate in Implant Dentistry: Foundation Level
- Κλινική εμπειρία (Intermediate Level)**
  - 9 μήνες διάρκεια
  - 10 ημέρες κλινικής άσκησης
  - 8 ημέρες εργαστηριακής άσκησης και θεωρητικής ενημέρωσης
  - 4 Θεματικές ενότητες θεωρητικής κατάρτισης
  - 18 Γνωστικά αντικείμενα
  - Online εκπαιδευτικό υλικό για εξατομικευμένο ρυθμό εκμάθησης
  - Χειρουργική τοποθέτηση και προσθετική αποκατάσταση 5 εμφυτευμάτων σε ασθενείς
  - Online τελικές εξετάσεις
  - Παρουσίαση κλινικών περιστατικών
  - ITI Certificate in Implant Therapy: Intermediate Level



**Εγγραφές**  
για τον νέο κύκλο  
σεμιναρίων του  
**2024-5**

Για περισσότερες πληροφορίες και δηλώσεις συμμετοχής:

[www.iti-implantology.webnode.gr](http://www.iti-implantology.webnode.gr)

με τις παρακείμενες περιοχές.

Τα μοσχεύματα που χρησιμοποιούνται για την αύξηση του πάχους των μαλακών ιστών κατατάσσονται σε τρεις κύριες κατηγορίες: τα αυτομοσχεύματα, τα αλλομοσχεύματα και τα ξενομοσχεύματα. Σύμφωνα με τα υπάρχοντα βιβλιογραφικά δεδομένα, τα αυτομοσχεύματα αποτελούν τη χρυσή σταθερά, οδηγώντας σε πάχος ιστών αυξημένο κατά 0.51 χιλ., μυλικότερη μετατόπιση του επιπέδου της ουλικής παρυφής και βελτιωμένο αισθητικό αποτέλεσμα. Επιπλέον, τα αυτομοσχεύματα φαίνεται να σχετίζονται με ένα σταθερότερο αποτέλεσμα μακροπρόθεσμα, καθώς παρουσιάζουν μικρότερη μεταβολή των διαστάσεων κατά 0.37 χιλ. σε διάστημα ενός έτους μετεγχειρητικά, ενώ η διαφορά αυτή φαίνεται να αυξάνεται σε μελέτες με μεγαλύτερο χρόνο παρακολούθησης και φθάνει τα 0.79 χιλ.

Τέλος, για την επιτυχή έκβαση της θεραπείας, απαραίτητη είναι η συνεργασία μεταξύ διαφορετικών ειδικοτήτων. Το σχέδιο θεραπείας πρέπει να καταρτιστεί μετά από ενδελεχή αξιολόγηση τόσο των μαλακών ιστών όσο και της υπάρχουσας προσθητικής αποκατάστασης. Συνήθως, η χειρουργική διαδικασία έπεται της τροποποίησης της υπάρχουσας επιμφυτευματικής αποκατάστασης ή της τοποθέτησης μιας νέας μεταβατικής διαμορφωμένης έτσι, ώστε να επιτρέπει την ομαλή μετεγχειρητική επουλώση των ιστών. Μετεγχειρητικά, περαιτέρω τροποποιήσεις της μεταβατικής αποκατάστασης έχουν ως στόχο να κατευθύνουν την ωρίμανση των μαλακών ιστών και να διαμορφώσουν το περίγραμμα της παρυφής πριν την κατασκευή της τελικής επιμφυτευματικής αποκατάστασης.

### Κλινικό περιστατικό

Η ασθενής Ε.Κ 32 ετών, μη καπνίστρια, με ελεύθερο ιατρικό ιστορικό, προσήλθε στο ιατρείο για αναζήτηση λύσης στην άνω πρόσθια περιοχή. Πιο συγκεκριμένα, ανέφερε ότι την ενοχλούσε η εμφάνιση της επιμφυτευματικής στεφάνης στην περιοχή του #22, όταν η ασθενής ήταν 21 ετών (εικ. 1, 2). Η οπισθοφανιακή ακτινογραφία έδειξε ότι είχε τοποθετηθεί εμφύτευμα Straumann 3.3 x 12 mm, το οποίο είχε αποκατασταθεί με μεταλλοκεραμική στεφάνη και δεν εμφάνιζε κλινικά σημεία φλεγμονής (εικ. 3). Η κλινική εξέταση αποκάλυψε μία χαρακτηριστική δυσαρμονία στο περίγραμμα των μαλακών ιστών γύρω από το εμφύτευμα, σε σχέση με τα ούλα των παρακείμενων δοντιών και επιπρόσθετα ένα εκτεταμένο έλλειμμα σε παρειούπερώιο επίπεδο των περιεμφυτευματικών οστών ακρορριζικά του ορίου της στεφάνης, το οποίο ενοχλούσε την ασθενή. Το ύψος της στεφάνης ήταν χαρακτηριστικά μικρότερο σε σχέση με το μυλικό-ακρορριζικό μήκος του δοντιού #12, δημιουργώντας μία συνολικά αντιαισθητική εικόνα στην πρόσθια περιοχή.

Μετά από σχετική συζήτηση με την ασθενή αποφασίστηκε η διατήρηση του εμφυτεύματος, η αντικατάσταση της στεφάνης και η αποκατάσταση του ελλείμματος με χειρουργικά μέσα.

Αρχικά αντικαταστάθηκε η στεφάνη με νέα μεταβατική ακρυλική στεφάνη, η οποία εμφάνιζε μικρότερη



Εικ. 1: Αρχική εικόνα ασυμμετρίας στο περίγραμμα των ούλων στην περιοχή #22.



Εικ. 2: Η πλάγια άποψη της περιοχής αποτυπώνει ένα εκτεταμένο παρειασκό έλλειμμα σε συνδυασμό με έντονη κυρτότητα στην περιοχή της στεφάνης #22.



Εικ. 3: Η αντίστοιχη ακτινογραφική εικόνα δείχνει ότι στην περιοχή του #22 έχει τοποθετηθεί εμφύτευμα Straumann S 3.3 x 12.

κυρτότητα σε σχέση με την αρχική, δημιουργώντας τις προϋποθέσεις για μία αρχικά περιορισμένη βελτίωση του περιγράμματος των μαλακών ιστών (εικ. 4-6).

Στη συνέχεια αποφασίστηκε η χειρουργική αντιμετώπιση του παρειούπερώιου ελλείμματος των περιεμφυτευματικών ιστών με την τροποποιημένη τεχνική tunneling, η οποία έχει εφαρμοσθεί με επιτυχία στην πλαστική χειρουργική των περιοδοντικών ιστών.

Με ειδικά γι' αυτό το σκοπό εργαλεία μικροχειρουργικής πραγματοποιήθηκε κρημνός μερικού πάχους στην περιοχή του εμφυτεύματος και στα παρακείμενα δόντια (εικ. 7), με τελικό στόχο τη δημιουργία διόδου (tunnel) μέσω της οποίας επρόκειτο να τοποθετηθεί μόσχευμα συνδετικού ιστού, το οποίο προηγουμένως λήφθηκε από την υπερώα και πιο συγκεκριμένα από την περιοχή των προγομφίων (εικ. 8). Η τεχνική που επιλέχθηκε ήταν αυτή του ελεύθερου ουλικού μοσχεύματος, με αφαίρεση του επιθηλίου σε δεύτερο χρόνο (εικ. 9). Με τη συγκεκριμένη τεχνική εξασφαλίζεται καλύτερη ποιότητα συνδετικού ιστού, λόγω της επιφανειακής του εντόπισης και αποφυγής συλλογής τμημάτων λιπώδους ιστού από τα βαθύτερα στρώματα της υπερώας. Το ληφθέν μόσχευμα είχε 17 χιλ. μήκος και περίπου 7 χιλ. εύρος (εικ. 10). Στη συνέχεια με τη



Εικ. 4: Εικόνα μετά την αντικατάσταση της αρχικής στεφάνης με νέα μεταβατική με ικανοποιητικό προφίλ ανάδυσης. Το δόντι #21 εμφανίζει άπω κλίση και υπάρχει διάστημα μεταξύ #11-21.



Εικ. 5: Η αντίστοιχη πλάγια άποψη της περιοχής #22 δείχνει ότι η εικόνα είναι σαφώς βελτιωμένη με το παρειασκό έλλειμμα να παραμένει προς αντιμετώπιση.



Εικ. 6: Το παρειο-υπερώιο έλλειμμα στην περιοχή #22 αποτυπώνεται χαρακτηριστικά και σε μοσθητική άποψη.



Εικ. 7: Με τη βοήθεια περιοδοντικού ανιχνευτήρα ελέγχεται η δημιουργία επαρκούς διόδου (tunnel) που θα υποδεχθεί το μόσχευμα συνδετικού ιστού στην περιοχή.



Εικ. 8: Ένα ελεύθερο ουλικό μόσχευμα 17 χιλ. σε μήκος, από το οποίο αφαιρέθηκε το επιθήλιο λήφθηκε από την περιοχή της υπερώας.



Εικ. 9: Το μόσχευμα ελέγχεται για την επαρκή αφαίρεση του επιθηλίου από την επιφάνειά του, εμφανίζοντας χαρακτηριστική εικόνα.

βοήθεια μη απορροφήσιμων ραμμάτων από πολυτετραφλουροεθυλένιο (PTFE) 5:0 το μόσχευμα οδηγήθηκε μέσω του τούνελ στην επιθυμητή θέση (εικ. 11). Η καθήλωση του μοσχεύματος πραγματοποιήθηκε με απορροφήσιμα ράμματα πολυαμιδίου 6:0, μετά από ανάρτηση αυτών γύρω από προκατασκευασμένα σημεία επαφής από σύνθετη ρητίνη στα παρακείμενα δόντια του εμφυτεύματος (εικ. 12-13). Τα ράμματα που χρησιμοποιήθηκαν για τη μεταφορά του μοσχεύματος στην προκατασκευασμένη δίοδο αφαιρέθηκαν μετά την τελική σταθεροποίηση αυτού γύρω από το εμφύτευμα.

Στην περιοχή λήψης του μοσχεύματος στην υπερώα τοποθετήθηκαν ραφές ανάρτησης γύρω από τα δόντια με ράμματα από πολυαμιδίο 5:0,



Εικ. 10: Δοκιμή των διαστάσεων του μοσχεύματος που εκτείνεται εγγύς-άπω στα παρακείμενα δόντια του εμφυτεύματος.



Εικ. 11: Με τη βοήθεια μη απορροφήσιμων ραμμάτων PTFE 5:0 το μόσχευμα κατευθύνεται διαμέσου της διόδου στην περιοχή του εμφυτεύματος.



Εικ. 12: Η συρραφή γίνεται με σκοπό την κάλυψη και σταθεροποίηση του μοσχεύματος και του κρημνού στην περιοχή.



Εικ. 13: Στην πλάγια άποψη με τα ράμματα η άμεση αύξηση του όγκου σε παρειο-υπερώιο επίπεδο είναι εμφανής.

με σκοπό την επουλώση κατά δεύτερο σκοπό (εικ. 14).

Στην ασθενή δόθηκαν μετεγχειρητικές οδηγίες που περιλάμβαναν τη συστηματική λήψη μη στεροειδών αντιφλεγμονωδών φαρμάκων, πλύσεις με διάλυμα χλωρεξιδίνης 0.12% δύο φορές ημερησίως, αποφυγή βουρτσίσματος στην περιοχή για 10 ημέρες και μαλακή διαίτα για την πρώτη μετεγχειρητική περίοδο.

Μία (1) εβδομάδα μετά την επέμβαση η επουλώση εξελίχθηκε ομαλά (εικ. 15) και η ασθενής ανέφερε ελάχιστη ενόχληση από την παρουσία των ραμμάτων. Στη δεδομένη χρονική στιγμή αφαιρέθηκαν τα ράμματα στην υπερώα, ενώ τα ράμματα στην περιοχή του μοσχεύματος απομακρύνθηκαν μετά από 14 ημέρες (εικ. 16).

Μετά την παρέλευση 2 μηνών το προϋπάρχον έλλειμμα είχε αποκατασταθεί πλήρως, δημιουργώντας μία αποδεκτά αισθητική εικόνα, η οποία ικανοποιούσε την ασθενή.

Η ασθενής παραπέμφθηκε για ορ-



Εικ. 14: Στην περιοχή της υπερώας τοποθετούνται ράμματα και ακολουθεί επουλώση κατά δεύτερο σκοπό.



Εικ. 15: Η εικόνα της υπερώας 1 εβδομάδα αργότερα δείχνει στοιχεία ταχείας επουλώσης με σταδιακή επιθηλιοποίηση του τραύματος.



Εικ. 16: Στις 2 εβδομάδες αφαιρέθηκαν τα ράμματα και η περιοχή επουλώνεται ομαλά.



Εικ. 17: Στους 2 μήνες η ασθενής ξεκίνησε ορθοδοντική θεραπεία με σκοπό τη βελτίωση της θέσης και κλίσης του #21.

θοδοντική διόρθωση της άπω κλίσης του δοντιού #21, που επίσης δημιουργούσε αισθητική δυσαρμονία στην περιοχή (εικ. 17-19). Μετά την παρέλευση 6 μηνών, αφαιρέθηκαν οι ορθοδοντικοί μηχανισμοί και ακολούθησε η τελική προσθητική αποκατάσταση του εμφυτεύματος με την τοποθέτηση στεφάνης ζirkονίας επί αυτού (εικ. 20-23), δημιουργώντας μία συνολικά βελτιωμένη αισθητική εικόνα συγκριτικά με την αρχική κατάσταση.

Συμπερασματικά, η εφαρμογή των κλασικών τεχνικών της πλαστικής χειρουργικής του περιοδοντίου σε συνδυασμό με τα κατάλληλα προσθητικά μέσα είναι σε θέση να παρέχουν αξιόπιστες λύσεις σε περιπτώσεις ελλειμμάτων μαλακών και σκληρών ιστών και μη αποδεκτών προσθητικών αποκαταστάσεων σε λειτουργούντα εμφυτεύματα.



Εικ. 18: Η πλάγια άποψη της περιοχής με το σαφώς βελτιωμένο παρειασκό περίγραμμα.



Εικ. 19: Η αντίστοιχη μοσθητική άποψη της περιοχής επιβεβαιώνει τη σημαντική, συγκριτικά με την αρχική, βελτίωση του αρχικού ελλείμματος.



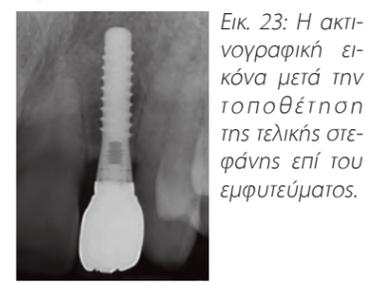
Εικ. 20: Η τελική εικόνα της περιοχής μετά την ολοκλήρωση της ορθοδοντικής θεραπείας και την τοποθέτηση στεφάνης ζirkονίας επί του εμφυτεύματος.



Εικ. 21: Η πλάγια άποψη της περιοχής αποκαλύπτει το φυσιολογικό προφίλ ανάδυσης της στεφάνης και την πλήρη αποκατάσταση του αρχικού ελλείμματος.



Εικ. 22: Η αντίστοιχη μοσθητική άποψη επιβεβαιώνει την αρμονία μαλακών ιστών και στεφάνης καθώς και το φυσιολογικό παρειασκό περίγραμμα της περιοχής.



Εικ. 23: Η ακτινογραφική εικόνα μετά την τοποθέτηση της τελικής στεφάνης επί του εμφυτεύματος.

**ΥΓ:** Η επιτυχής διαχείριση του περιστατικού από προσθητικής σκοπιάς πραγματοποιήθηκε από την Οδοντίατρο Μαριάννα Δαμανάκη, την οποία ιδιαίτερος ευχαριστούμε.

# Οδοντιατρικά προγράμματα επιμόρφωσης - ΚΕΔΙΒΙΜ ΕΚΠΑ

## Εκπαίδευση για την οδοντιατρική ανάπτυξη και την καινοτομία

Αναβαθμίστε τις γνώσεις και τις δεξιότητές σας στον χώρο της οδοντιατρικής με τα προγράμματα συνεχιζόμενης εκπαίδευσης της Οδοντιατρικής Σχολής και του ΚΕΔΙΒΙΜ του ΕΚΠΑ!

Θέλετε να αποκτήσετε τις απαραίτητες γνώσεις στη διοίκηση μίας σύγχρονης οδοντιατρικής επιχείρησης; Το πρόγραμμα «**Οδοντιατρικό Μάνατζμεντ**» είναι εδώ για εσάς! Εκπαιδεύεστε σε στρατηγική διοίκηση, ανάπτυξη ομάδων, αποτελεσματική επικοινωνία και πολλά άλλα. Νέος κύκλος προγράμματος: 1η μαρτίου έκαστου έτους. Επισκεφθείτε τον σύνδεσμο για περισσότερες πληροφορίες: <https://www.dentist-edu.cce.uoa.gr/2024/01/01/enarksi-aitisewn-eggrafis-1175/>

Ενδιαφέρεστε για συμπληρωματικές νέες δεξιότητες στον τομέα του οδοντιατρικού; Το πρόγραμμα «**Συμπληρωματικές Νέες Δεξιότητες Βοηθητικού Προσωπικού Οδοντιατρικού**» σας προσφέρει την ευκαιρία να ενημερωθείτε για τα νέα δεδομένα στον τομέα. Νέοι κύκλοι: 15 Απριλίου και 15 Νοεμβρίου έκαστου έτους. Για να μάθετε περισσότερα: <https://www.dentist-edu.cce.uoa.gr/2024/02/01/enarksi-aitisewn-eggrafis-1176/>

Επιθυμείτε να αποκτήσετε πλήρεις γνώσεις και δεξιότητες ως βοηθητικό προσωπικό οδοντιατρικού; Το πρόγραμμα «**Βοηθητικό Προσωπικό Οδοντιατρικού**» είναι εδώ για εσάς! Αποκτήστε όλα τα απαραίτητα εφόδια



και γνώσεις για μια επιτυχημένη επαγγελματική πορεία. Νέος κύκλος προγράμματος: 1 Οκτωβρίου έκαστου έτους. Περισσότερες πληροφορίες: <https://www.dentist-edu.cce.uoa.gr/2024/03/01/enarksi-aitisewn-eggrafis-644/>

### Τι κερδίζετε ως συμμετέχοντες

Παρακολουθώντας τα οδοντιατρικά προγράμματα «Οδοντιατρικό μάνατζμεντ», «Βοηθητικό προσωπικό οδοντιατρικού» και «Συμπληρωματικές νέες δεξιότητες βοηθητικού προσωπικού οδοντιατρικού» που προσφέρονται μέσω της πλατφόρμας ΚΕΔΙΒΙΜ του ΕΚΠΑ και διαθέτουν μοριοδότηση από την Ελληνική Οδοντιατρική Ομοσπονδία, κερδίζετε:

**Εξειδικευμένες γνώσεις:** Θα αποκτήσετε εμπέδηση στις βασικές γνώσεις και αρχές

της διοίκησης και του μάνατζμεντ σε μία σύγχρονη οδοντιατρική επιχείρηση. Αυτό θα σας επιτρέψει να ανταποκριθείτε με επιτυχία στις απαιτήσεις του επαγγελματικού τομέα.

**Επαγγελματική ανάπτυξη:** Θα εκπαιδεύεστε σε θέματα όπως η ηθική, η ηγεσία, η επικοινωνία και η διαχείριση συγκρούσεων, βελτιώνοντας τις επαγγελματικές σας δεξιότητες και επικοινωνιακές ικανότητες.

**Πιστοποίηση:** Η μοριοδότηση από την ΕΟΟ αναγνωρίζει τη συμμετοχή σας σε αυτά τα σημαντικά επαγγελματικά προγράμματα συνεχιζόμενης εκπαίδευσης, βελτιώνοντας το βιογραφικό σας και την αξιοπιστία σας στον επαγγελματικό μας χώρο.

**Επένδυση στο μέλλον:** Η απόκτηση γνώσεων και δεξιοτήτων σε θέματα οδοντιατρικού μάνατζμεντ και επικοινωνίας αποτελεί επένδυση για το μέλλον του επαγγελματικού σας ταξιδιού και αυτού των συνεργατών σας,

βελτιώνοντας τις προοπτικές σας για επαγγελματική εξέλιξη και επιτυχία και βιωσιμότητα της οδοντιατρικής επιχείρησής την οποία είτε διευθύνετε είτε εργάζεστε σε αυτήν.

### Η αποστολή μας

Αποστολή μας είναι να δημιουργήσουμε ένα περιβάλλον διασύνδεσης όπου οι συμμετέχοντες μπορούν να ανταλλάξουν επιστημονικές γνώσεις πάνω στην αποτελεσματική διοίκηση μίας οδοντιατρικής επιχείρησης καθώς και πρακτικές εμπειρίες, σε ένα ολοκληρωμένο περιβάλλον μάθησης που συνδυάζει τη θεωρία με την πράξη, ώστε να αντιμετωπίσουν επιτυχώς τις προκλήσεις του επαγγελματικού τους περιβάλλοντος.

Τα Προγράμματα «Οδοντιατρικό Μάνατζμεντ» και «Συμπληρωματικές νέες δεξιότητες βοηθητικού προσωπικού οδοντιατρικού» παρέχουν μοριοδότηση από το ΙΕΘΕ (60 μόρια συνεχιζόμενης εκπαίδευσης για το καθένα).

**Σημαντικό!** Μέρος των εσόδων και των τριών προγραμμάτων καλύπτουν ανάγκες υποδομών της Οδοντιατρικής Σχολής του ΕΚΠΑ.

Οι εγγραφές είναι ανοιχτές και οι νέοι κύκλοι ξεκινούν σύντομα. Επισκεφθείτε τον σύνδεσμο για να δηλώσετε συμμετοχή: <https://www.dentist-edu.cce.uoa.gr/>

Για οποιαδήποτε ερώτηση ή πληροφορία, επικοινωνήστε με τη Γραμματεία στο τηλέφωνο **210 7461208** ή στείλτε email στο [helpdentist.uoa@gmail.com](mailto:helpdentist.uoa@gmail.com).

Ακαδημαϊκή υπεύθυνη, **Μαρία Αντωνιάδου**, Αναπληρώτρια Καθηγήτρια Οδοντιατρικής Σχολής. ΕΚΠΑ.

## Προγράμματα ηγεσίας και ανάπτυξης ανθεκτικότητας για επαγγελματίες υγείας (στην αγγλική γλώσσα)

**Πρόγραμμα Ηγεσίας: «Αριστοτελικό μοντέλο Βιώσιμης Ηγεσίας για τις Υπηρεσίες Υγείας» (Aristotelian Anthropocentric Model for Sustainable Leadership in Healthcare)**

Το πρόγραμμα Ηγεσίας έχει σχεδιαστεί για να σας βοηθήσει να αναπτύξετε τις ηγετικές σας ικανότητες και να αποκτήσετε βαθιά κατανόηση των σύγχρονων πρακτικών ηγεσίας στο χώρο των υπηρεσιών υγείας, χρησιμοποιώντας την αριστοτελική θεωρία περί ηγεσίας που αποτελεί παγκόσμια πατέντα στο χώρο των προγραμμάτων ηγεσίας. Μέσω περιπτώσεων μελέτης και δραστηριοτήτων ομαδικής συνεργασίας, θα μά-

θετε πώς να λαμβάνετε αποφάσεις, να επικοινωνείτε αποτελεσματικά και να διαχειρίζεστε ομάδες και οργανισμούς με βιώσιμο τρόπο. Οι εκπαιδευτικές ενότητες περιλαμβάνουν διαδραστικά εργαστήρια και ασκήσεις που στοχεύουν στην ανάπτυξη των ηγετικών σας ικανοτήτων. Έναρξη 1ου κύκλου: 1 Νοεμβρίου 2024, με 50% έκπτωση στα διδάκτρα (μόνο γι' αυτόν τον κύκλο).

**Πρόγραμμα Γυναικείας Ανθεκτικότητας: «Ανθεκτικότητα. Ένα ολοκληρωμένο πρόγραμμα για γυναίκες επαγγελματίες στον τομέα της υγειονομικής περίθαλψης» (Resilience. A Comprehensive Program for Professional Women in Healthcare)**

Οι συμμετέχουσες θα αποκτήσουν τη δυνατότητα να αντιμετωπίζουν με αυτοπεποίθηση και αποτελεσματικότητα τις προκλήσεις και τα εμπόδια που αντιμετωπίζουν στην επαγγελματική τους ζωή. Μέσω ειδικών εργαστηρίων και συζητήσεων, θα ενισχύσουν τις δεξιότητές τους για την ανάπτυξη της ανθεκτικότητας, την αντιμετώπιση του στρες, του χρόνου και των πολλαπλών ρόλων τους καθώς και τη διαχείριση των συναισθημάτων τους, ενισχύοντας έτσι την επαγγελματική τους αποτελεσματικότητα και ευημερία. Έναρξη 1ου κύκλου: 1ο Οκτωβρίου 2024, με 50% έκπτωση στα διδάκτρα (μόνο γι' αυτόν τον κύκλο).

### Η αποστολή μας

Η φιλοδοξία μας είναι να παράγουμε οραματιστές ηγέτες στο χώρο της υγείας (1ο πρόγραμμα), και ειδικά γυναίκες (2ο πρόγραμμα), που προωθούν θετικές αλλαγές, υπερασπίζονται την ανθρωποκεντρική ολιστική προσέγγιση της φροντίδας του ασθενούς και αντιμετωπίζουν τις πολύπλοκες προκλήσεις της υγείας με ακεραιότητα και ανθεκτικότητα. Στο πλαίσιο της αποστολής μας, προσπαθούμε να δημιουργήσουμε μια κοινότητα που εκτιμά την ποικιλομορφία, την ανοχή και την κοινωνική ευθύνη. Επιθυμούμε να συμβάλουμε στην γενικότερη

προαγωγή της ηγεσίας στον τομέα της υγείας και ειδικότερα στην ενίσχυση της γυναικείας ανθεκτικότητας και ηγεσίας στο χώρο για τη βελτίωση της βιωσιμότητας όλων των εμπλεκόμενων και την γενικότερη βελτίωση των υπηρεσιών υγείας στο χώρο μας. Είμαστε αφοσιωμένοι στην προώθηση μιας κοινότητας καινοτομίας, διαπολιτισμικής συνεργασίας και δια βίου μάθησης.

Unleash your potential with our comprehensive Mastering Programs <https://www.leader-edu.cce.uoa.gr/>  
Tel: +30 210 746 1208  
email: [leader.edu.uoa@gmail.com](mailto:leader.edu.uoa@gmail.com)

**Aristotelian Anthropocentric Model for Sustainable Leadership in Healthcare**  
A patented program  
Advancing Sustainable Healthcare Research  
8-Month Course  
Starting date: 1 November 2024  
CENTER OF CONTINUING EDUCATION AND LIFELONG LEARNING  
NATIONAL AND KAPODISTRIAN UNIVERSITY OF ATHENS

**RESILIENCE**  
Program for Women Professionals in Healthcare  
Networking Opportunities  
3-Month Course  
Starting date: 10 October 2024  
CENTER OF CONTINUING EDUCATION AND LIFELONG LEARNING  
NATIONAL AND KAPODISTRIAN UNIVERSITY OF ATHENS  
HELLENIC REPUBLIC  
National and Kapodistrian University of Athens  
1952



# 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)  
Επίτιμος Πρόεδρος Ελληνικής Εταιρείας Στοματολογίας

## Επικοινωνία:

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

## Αυτοάνοσα Νοσήματα Στόματος

### Μέρος II. Σύνδρομο Αδαμαντιάδη-Behçet, Σύνδρομο Sjögren και Κροταφική Αρθρίτις

Ως αυτοάνοσο χαρακτηρίζεται ένα νόσημα όταν το ανοσολογικό μας σύστημα (η βιολογική φυσιολογική άμυνα του οργανισμού) στρέφεται εναντίον φυσιολογικών συστατικών του οργανισμού (αυτοαντιγόνων) λανθασμένα, με παραγωγή αυτοαντισωμάτων, με αποτέλεσμα αυτοκαταστροφικές βλάβες σε ιστούς και όργανα του οργανισμού. Στο σημείο αυτό χρήσιμο είναι να υπενθυ-

μίσουμε ότι το φυσιολογικό ανοσολογικό σύστημα (αμυντικό σύστημα) του ανθρώπου μας προστατεύει από ενδογενείς και εξωγενείς εχθρούς (μικρόβια, ιούς, μύκητες, αλλεργιογόνα, καρκινογένεση κ.α.), ενώ δεν στρέφεται ποτέ εναντίον φυσιολογικών στοιχείων του οργανισμού, δείχνει δηλαδή «Ανοσολογική Ανοχή» που αποτελεί θεμελιώδη βιολογική λειτουργία του ανθρώπι-

νου οργανισμού. Όταν ο μηχανισμός της ανοσολογικής ανοχής διαταραχθεί λόγω μεταβολών σε φυσιολογικά στοιχεία (αντιγόνα-αυτοαντιγόνα) του οργανισμού, επιτίθεται με παραγωγή αυτοαντισωμάτων που συγκρούονται με τα αντιγόνα, προκαλώντας αυτοανοσο-λογική αντίδραση και τελικά αυτοάνοσο νόσημα (αυτοκαταστροφικό).

Τα αυτοάνοσα νοσήματα μπορεί να προσβάλλουν διάφορα όργανα και συστήματα του οργανισμού (π.χ. καρδιά, νεφρούς, ήπαρ, νεύρα, δέρμα, βλεννογόνο, στόμα, σιαλογόνο αδένες, οφθαλμούς, ρινός, φάρυγγα, λάρυγγα, γεννητικών οργάνων κ.α.). Ο συνολικός αριθμός των αυτοάνοσων παθήσεων στον άνθρωπο υπολογίζεται περίπου σε **90**, ενώ υπάρχουν ακόμη **20** νοσήματα που έχουν αρκετά στοιχεία αυτοανοσίας, χωρίς όμως ακόμη ακριβή ταυτοποίηση. Ο επιπολασμός των αυτοάνοσων παθήσεων στην Ελλάδα υπολογίζεται περίπου σε **300.000 ασθενείς**, με αυξητικές τάσεις τα τελευταία 20 χρόνια.

Μερικά από τα πιο συχνά αυτοάνοσα νοσήματα είναι: η θυρεοειδίτιδα Χασιμότο, η ψωρίαση, η ρευματοειδής αρθρίτιδα, το σύνδρομο Αδαμαντιάδη-Behçet, ο συστηματικός ερυθριματώδης λύκος, το συστηματικό σκληρόδερμα, **η σκλήρυνση κατά πλάκας, πολλά δερματοβλεννογόνια πομφολυγώδη νοσήματα, το σύνδρομο Sjögren κ.α.** Ο βλεννογόνος του στόματος προσβάλλεται, άλλοτε συχνά και άλλοτε σπάνια, από δερματοβλεννογόνια και συστηματικά αυτοάνοσα νοσήματα που βρίσκονται ταξινομημένα στον **Πίνακα 1**.

Στο σημείο αυτό είναι σκόπιμο να τονίσουμε ότι **δεν έχουν μέχρι σήμερα ταυτοποιηθεί αυτοάνοσα νοσήματα που προσβάλλουν αποκλειστικά το στόμα**. Τα περισσότερα είναι συστηματικά νοσήματα που προσβάλλουν και το στόμα, μερικές φορές μάλιστα είναι οι μοναδικές, πρώιμες βλάβες για πολύ καιρό. Τα κριτήρια για να χαρακτηριστεί ένα νόσημα ως αυτοάνοσο βρίσκονται ταξινομημένα στον **Πίνακα 2**. Είναι λάθος να χαρακτηρίζουμε μερικά νοσήματα, αγνώστου αιτιολογίας, ως αυτοάνοσα, π.χ. ομαλός λειχήν, άφθες κ.α.

Η ακριβής αιτιολογία των αυτοάνοσων παθήσεων δεν είναι απόλυτα γνωστή. Παρά ταύτα αρκετοί παράγοντες έχουν ενοχοποιηθεί, όπως η διατροφική αλυσίδα, λόγω των παρεμβάσεων με γεωργικά φάρμακα στην πηγή παραγωγής, κατάχρηση αντιβιοτικών και άλλων φαρμάκων, ιοί και άλλα μικρόβια, το χρόνιο στρες, το κάπνισμα, η ατμοσφαιρική ρύπανση κ.α.

Από πλευράς συχνότητας φύλου, οι γυναί-

ΠΙΝΑΚΑΣ 1 Αυτοάνοσα Νοσήματα Στόματος	
• Πέμφιγα	• Ερυθριματώδης λύκος
• Πемφιγοειδές βλεννογόνων	• Συστηματικό σκληρόδερμα
• Πομφολυγώδες πεμφιγοειδές	• Κροταφική αρθρίτις
• Λοιπά Πομφολυγώδη νοσήματα	• Λοιπά
• Νόσος Αδαμαντιάδη-Behçet	
• Σύνδρομο Sjögren	

ΠΙΝΑΚΑΣ 2 Κριτήρια Αυτοάνοσου Νοσήματος (ταυτοποίηση)
• Γνωστό αυτοαντιγόνο
• Γνωστό αυτοαντίσωμα
• Η κλινική δραστηριότητα σχετιζόμενη με τον τίτλο των αυτοαντισωμάτων
• Πολυοργανική δραστηριότητα
• Παθητική μεταβίβαση της νόσου σε νεογέννητα μπητέρων με νόσο
• Πειραματική μεταφορά της νόσου

κες προσβάλλονται πιο συχνά από τους άνδρες σε σχέση 8:10 περίπου, και ηλικιακά πιο συχνά μεταξύ 30-50 ετών.

Στη συνέχεια του άρθρου θα παραθέσουμε με τη μορφή πινάκων 3 σημαντικές παραμέτρους των αυτοάνοσων: **1) τα βασικά κλινικά χαρακτηριστικά στο στόμα, 2) τα εργαστηριακά ευρήματα τεκμηρίωσης της διάγνωσης, και 3) τις σύγχρονες θεραπευτικές παρεμβάσεις που διαθέτουμε στο οπλοστάσιό μας.**

### III. Σύνδρομο Αδαμαντιάδη-Behçet

Το σύνδρομο Αδαμαντιάδη-Behçet είναι χρόνια πολυσυστηματική φλεγμονώδης νόσος. Η αρχική περιγραφή της νόσου έγινε από τον Έλληνα Οφθαλμίατρο Βενέδικτο Αδαμαντιάδη το 1931 και ολοκληρώθηκε από τον Τούρκο Δερματολόγο Hulusi Behçet το 1937, που περιέγραψε την κλασική τριάδα της νόσου: **στόμα-οφθαλμοί-γεννητικά όργανα**.

Παρά το γεγονός ότι η αιτιολογία και η παθογένεια της νόσου δεν είναι πλήρως γνωστά, υπάρχουν ισχυρές ενδείξεις ότι **αυτοάνοσος μηχανισμός χημικού και κυτταρικού τύπου έναντι ενός ή περισσότερων αντιγόνων**

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

Κλινικά το International Study Group for Behçet's Disease έχει καθορίσει τα κύρια διαγνωστικά κριτήρια (**πρωτεύοντα**) του συνδρόμου που είναι: υποτροπιάζοντα (πάνω από 3 υποτροπές το χρόνο) έλκη στο στόμα (άφθες), υποτροπιάζουσες ελκώσεις στα γεννητικά όργανα, βλάβες στους οφθαλμούς, βλάβες στο δέρμα, δοκιμασία παθεργίας (pathergy test), που είναι θετική στο 50-60% των περιπτώσεων. Επιπλέον, μπορεί να παρατηρηθούν, λιγότερο συχνά, και άλλες διαταραχές (**δευτερεύοντα κριτήρια**), όπως αρθραλγίες, αρθρίτις, θρομβοφλεβίτις, θρομβώσεις φλεβών, απόφραξη αρτηριών

και ανευρύσματα, περικαρδίτις, ενδοκαρδίτις, επιδιδυμίτις, προσβολή του αναπνευστικού και γαστρεντερικού συστήματος, προσβολή του ΚΝΣ. Για διάγνωση του συνδρόμου απαιτούνται υποτροπιάζουσες ελκώσεις στο στόμα και δύο ακόμη από τα κύρια διαγνωστικά κριτήρια. Εντούτοις, δεν αποκλείεται η νόσος και όταν υπάρχει ένα από τα κύρια κριτήρια και πάνω από δύο δευτερεύοντα. **Ο βλεννογόνος του στόματος προσβάλλεται σχεδόν στο 90-100% και, συχνά, οι βλάβες προηγούνται των άλλων εκδηλώσεων**. Στο στόμα δημιουργούνται **άφθες** κάθε μορφής (μικρές, μεγάλες, ερπητομορφά έλκη ή και άτυπες), που υποτροπιάζουν συχνά και εντοπίζονται σε οποιαδήποτε θέση. Στα γεννητικά όργανα παρατηρούνται βαθιές στρογγυλές ελκώσεις, σαφώς αφορισόμενες, κυρίως, στο δέρμα του οσχέου, το πέος, τα μεγάλα χείλη του αιδοίου, στην έσω επιφάνεια του μηρού, ακόμη βάλανις και περιπρωκτικά έλκη. Στους οφθαλμούς (80-90%) παρατηρείται επιπεφυκίτις, ιριδοκυκλίτις με υπόπυο, χοριοειδίτις, αμφιβληστροειδίτις, που μερικές φορές μπορεί να προκαλέσουν τύφλωση. Στο δέρμα παρατηρούνται βλατίδες, φλύκταινες, θυλακίτις, οζώδες ερύθημα και, πιο σπάνια, νεκρώσεις. **Η διάγνωση του συνδρόμου στηρίζεται, αποκλειστικά σχεδόν, στο ιστορικό και την κλινική αξιολόγηση των βλαβών**. Η πρόγνωση είναι συνήθως καλή. Εντούτοις, σοβαρές επιπλοκές από τα αγγεία, την καρδιά, τους πνεύμονες και το ΚΝΣ μπορεί να οδηγήσουν μερικές φορές ακόμη και σε θάνατο.

Οι εργαστηριακές εξετάσεις δεν είναι διαγνωστικές της νόσου. Ιστολογικά παρατηρείται αγγειίτις με διήθηση του τοιχώματος από ουδετερόφιλα με λευκοκυτταροκλαστική αγγειίτιδα με ή χωρίς θρομβώσεις και αγγειακή νέκρωση. Σε όσες βλάβες παρατηρείται αγγειοκεντρική λεμφοκυτταρική διήθηση. Η ανεύρεση εξάλλου των αντιγόνων ιστοσυμβατότητας HLA-B5 και B51 έχει περιορισμένη διαγνωστική αξία.

**Η θεραπευτική αντιμετώπιση του συνδρόμου Αδαμαντιάδη-Behçet είναι δύσκολη και πολύπλοκη πρόβλημα λόγω της πληθώρας των βλαβών, της απρόβλεπτης πρόγνωσης και την έλλειψη**

τεκμηριωμένων αποτελεσμάτων από τα φάρμακα που έχουν χρησιμοποιηθεί. Πλήθος φαρμάκων είτε συστηματικά ή τοπικά έχουν δοκιμασθεί. Το βέβαιο είναι ότι πρέπει να υπάρχει συνεργασία μεταξύ πολλών ιατρικών ειδικοτήτων (Στοματολόγος, Οφθαλμίατρος, Δερματολόγος, Ρευματολόγος, Γαστρεντερολόγος, Νευρολόγος κ.ά.) πριν την έναρξη της θεραπείας για καθορισμό του ενδεδειγμένου σχήματος σε κάθε περίπτωση (Πίνακας 3).

ΠΙΝΑΚΑΣ 3	
<b>Νόσος Αδαμαντιάδη-Βεχζετ Θεραπεία*</b>	
1 <sup>η</sup> Επιλογή:	Κορτικοστεροειδή Κυρίως πρεδνιζολόνη 20-60mg / ημέρα
2 <sup>η</sup> Επιλογή:	Αζαθειοπρίνη 100-150mg / ημέρα, μυκοφαινολικό οξύ 360mg X 4 /ημέρα Κυκλοσπορίνη, Κυκλοφωσφamide
3. Νέες Θεραπείες:	Rituximab, Etanercept: 25mg X 2 / εβδομάδα, Colchicine: 1-2 mg / ημέρα Thalidomide: 100-200mg / ημέρα
* Hatemi G, Silman A, Bang D et al: EULAR recommendations for the management of Behçet Disease. Am Rheum Dis 2008;67:1656-16.	

#### IV. Σύνδρομο Sjögren

Το σύνδρομο Sjögren είναι χρόνιο αυτοάνοσο νόσημα, που προκαλείται από λεμφοκυτταρική διήθηση των εξωκρινών αδένων, με αποτέλεσμα μείωση ή πλήρη απουσία των αδενικών εκκρίσεων. Προσβάλλει πιο συχνά γυναίκες παρά άνδρες (σχέση 9:1) μεταξύ 40-50 ετών και κλασικά χαρακτηρίζεται από ξηροστομία, ξηρά κερατοεπιπεφυκίτιδα και αρθρίτιδα. Με κλινικά, ορολογικά και γενετικά κριτήρια, ταξινομείται σε πρωτοπαθές, όταν εμφανίζεται ως αυτόνομη νόσος, και δευτεροπαθές, όταν συνυπάρχει με άλλο αυτοάνοσο νόσημα. Τα αυτοάνοσα νοσήματα που συνυπάρχουν, πιο συχνά, στο δευτεροπαθές σύνδρομο Sjögren είναι η ρευματοειδής αρθρίτις, ο συστηματικός ερυθματώδης λύκος, η συστηματική σκλήρυνση και, πιο σπάνια, η πρωτοπαθής χολική κίρρωση, η πολυμυοσίτις, η αγγειίτις, η θυρεοειδίτις του Hashimoto, η χρόνια ενεργός ηπατίτις, η κρουσφαιριναιμία κ.ά. Η παθογένεση της νόσου δεν είναι γνωστή. **Εντούτοις, γενετικοί παράγοντες (αυξημένη συχνότητα HLA-B8, -DR3, -DQ2 και -DRw52a) και ανοσολογικοί μηχανισμοί χυμικού και κυτταρικού τύπου, φαίνεται ότι παίζουν σημαντικό ρόλο στην παθογένεια.**

Οι κύριες κλινικές εκδηλώσεις του συνδρόμου είναι η ξηρότητα των βλεννογόνων του στόματος, των οφθαλμών και των γεννητικών οργάνων των γυναικών. Τα κλινικά και εργαστηριακά διαγνωστικά κριτήρια υπάρχουν στον Πίνακα 4. Χαρακτηριστικό σταθερό εύρημα είναι η ξηροστομία. Ο βλεννογόνος είναι ερυθρός, στιλπνός και, μερικές φορές, με διαβρώσεις. Η γλώσσα λεία και, πολλές φορές, με αυλακώσεις στη ραχιαία επιφάνεια, που της δίνουν λοβώδη όψη. Επιπλέον, συχνά παρατηρείται διόγκωση των παρωτίδων και των άλλων μεγάλων σιαλογόνων αδένων, καθώς επίσης και των μικρών. Δεν είναι σπάνιο, εξάλλου, η εκροή παχέος οροπώδους εκκρίματος από τους πόρους των μεγάλων σιαλογόνων αδένων. Συχνά, εξάλλου, υπάρχει γλωσσοδυνία, αλλαγή γεύσης, δυσφαγία, δυσκαταποσία, πολυτερηδονισμός των δοντιών,

συχνή λιθίαση και καντιντίαση (Πίνακας 5). Έχει παρατηρηθεί **αυξημένος κίνδυνος (3-5%) ανάπτυξης Β μη-Hodgkin λεμφώματος κυρίως στους σιαλογόνους αδένες σε ασθενείς με σύνδρομο Sjögren.** Η ξηροφθαλμία αποτελεί το δεύτερο πιο συχνό σύμπτωμα της νόσου, και εκδηλώνεται ως αίσθημα ξένου σώματος και καύσου, φωτοφοβία, μείωση δακρύων. Επιπλοκές της ξηροφθαλμίας είναι κερατίτις, ελκώσεις και λέπτυνση του κερατοειδούς χιτώνα και υποτροπιάζουσες λοιμώξεις, που μπορεί να οδηγήσουν σε τύφλωση. Ο έλεγχος της ξηροφθαλμίας γίνεται από τον Οφθαλμίατρο με το Schirmer test και το Rose Bengal test. Ξηρότητα του κόλπου στις γυναίκες είναι συχνό εύρημα, καθώς και δερματικές βλάβες όπως ξηρότητα του δέρματος με κνησμό, αγγειίτις, πορφύρα, οζώδες ερύθημα, δακτυλιοειδές ερύθημα κ.ά. Εξωαδενικές εκδηλώσεις, όπως λεμφαδενοπάθεια,

ΠΙΝΑΚΑΣ 5
<b>Σύνδρομο Sjögren Στοματικές Εκδηλώσεις</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ξηροστομία, προοδευτικά επιδεινούμενη</li> <li>• Διόγκωση μικρών-μεγάλων σιαλ. αδένων</li> <li>• Ουλίτις - Περιοδοντίτις</li> <li>• Πολυτερηδονισμός δοντιών</li> <li>• Δυσκολία μάσησης και κατάποσης</li> <li>• Συχνές λοιμώξεις σιαλογόνων αδένων</li> <li>• Καντιντίαση</li> <li>• Δυσκολία ευστάθιας οδοντοστοιχίας</li> <li>• Απόλυτη ένδειξη για εμφυτεύματα</li> </ul>

αρθρίτις, φαινόμενο Raynaud, μυοσίτις, νεφρικές και πνευμονικές βλάβες, περιφερική νευροπάθεια, μείωση ακοής κ.ά. απαντούν πιο συχνά στο πρωτοπαθές σύνδρομο Sjögren. Το 2001 και 2012 θεοπίσθηκαν διαγνωστικά κριτήρια για το σύνδρομο Sjögren που είναι: α) ξηροστομία, β) διαταραχή λειτουργίας σιαλογόνων αδένων, γ) ξηροφθαλμία, δ) βλάβες

στον κερατοειδή χιτώνα του οφθαλμού, ε) ιστολογική εκτίμηση του βαθμού λεμφοκυτταρικής διήθησης των μικρών σιαλογόνων αδένων (πάνω από μία εστία ανά 4 mm<sup>2</sup>) και στ) παρουσία αυτοαντισωμάτων ανTi-SSA(Ro), ανTi-SSB(La), ANA-τίτλος >1:320 και ρευματοειδής παράγων στον ορό.

Η βιοψία και ιστολογική εξέταση μικρών σιαλογόνων αδένων, από την περιοχική του κάτω χείλους, αποτελεί την πιο αξιόπιστη εργαστηριακή εξέταση. Στηρίζεται στο βαθμό λεμφοκυτταρικής διήθησης και καταστροφής του αδενικού παρεγχύματος. Η εστιακή παρουσία 50 ή περισσότερων λεμφοκυττάρων ή και πλασμακυττάρων σε έκταση 4 mm<sup>2</sup> αδενικού ιστού θεωρείται σχετικά αξιόπιστος δείκτης του συνδρόμου Sjögren. Επιπλέον, όσο περισσότερες είναι οι εστίες της λεμφο-

Συνέχεια στη σελίδα 28

# DS PRIMETAPER™

## Η ΤΕΛΕΙΑ ΕΝΩΣΗ ΣΧΕΔΙΑΣΜΟΥ ΚΑΙ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΚΟΤΗΤΑΣ



Διατήρηση Οστού



Οστεοσυμπύκνωση



Κοπτικό άκρο

Το εμφύτευμα DS PrimeTaper είναι ένα δείγμα επιστήμης και τέχνης σε αρμονία. Ο πρωτοποριακός του σχεδιασμός επιτρέπει προβλέψιμη και σίγουρη τοποθέτηση σε όλες τις πιθανές οστικές πυκνότητες. Το μοναδικό αυτό εμφύτευμα, με την ψηφιακή του ροή και την άμεση λειτουργικότητά του, σας προσφέρει αυτό ακριβώς που χρειάζεστε!

**Bio-management Complex:**

- OsseoSpeed Surface
- MicroThread
- Conical Seal Design
- Connective Contour



Τα μοναδικά χαρακτηριστικά του εμφυτευματικού συστήματος Astra Tech, με βιβλιογραφία 30 ετών, OsseoSpeed Surface, Microthread και κωνική σύνδεση EV, προσαρμόστηκαν στον πρωτοποριακό σχεδιασμό του PrimeTaper, με αποτέλεσμα ένα σύγχρονο εμφύτευμα και την εγγύηση της DentsplySirona!



**Δ. ΜΑΥΡΑΙΔΟΠΟΥΛΟΣ Α.Ε.**  
ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΙΚΑ ΕΙΔΗ

ΤΖΩΡΤΖ 12, ΑΘΗΝΑ 106-77 | Τηλ.: 210 3830432, 210 3837334 |  
email: mavraid@otenet.gr | Web: www.mavraidopoulos.gr

ΠΙΝΑΚΑΣ 4	
<b>Σύνδρομο Sjögren Διαγνωστικά Κριτήρια</b>	
<b>Κλινικά:</b>	<b>Εργαστηριακά</b>
• Σιαλογόνοι αδένες	• Θετικά SSA, SSB αντισώματα
• Δακρικοί αδένες	• Θετικά αντιπηκτικά ANA Αντισώματα >1:320
• Λοιποί εξωκρινείς αδένες	• Ρευματοειδής παράγων
• Δέρμα	• Βιοψία μικρών σιαλογόνων αδένων, score>1εστία /4mm <sup>2</sup>
• Μυοσκελετικά συμπτώματα	• Οφθαλμική χρώσις>3 Ερυθρό Βεγγάζις
• Πνεύμονες - Νεφροί	• Schirmer test <5mm/5'
• Μη-Hodgkin Λέμφωμα	
<b>Πρωτοπαθές - Δευτεροπαθές*</b>	
* Το δευτεροπαθές συνυπάρχει με άλλα αυτοάνοσα νοσήματα πχ. Ρευματοειδής αρθρίτις, σκληροδερμία, SLE, Hashimoto κ.α.	

Συνέχεια από τη σελίδα 27

κυτταρικής διήθησης τόσο ισχυρότερη είναι η υποψία για τη νόσο. Ορολογικά η ανίχνευση αντι-SSA(Ro) αντισωμάτων (θετικά στο 60%), ανη-SSB(La) (θετικά στο 20%), ANA-τίτλος >1:320 και αντι-α-Fodrin (θετικά στο 70%) αποτελεί ένα ακόμη διαγνωστικό κριτήριο κυρίως για το πρωτοπαθές Sjögren. Ασθενείς με δευτεροπαθές Sjögren έχουν επιπλέον αντισώματα ανάλογα με το αυτοάνοσο νόσημα που συνυπάρχει.

Συμπτωματική αντιμετώπιση των θλαβών του στόματος και των οφθαλμών από το Στοματολόγο και τον Οφθαλμίατρο. Η ξηροστομία αντιμετωπίζεται με διαλύματα ή spray υποκατάστατων του σάλιου, και σιαλαγωγά φάρμακα (riloscarpine και cevimeline). Η συστηματική θεραπεία περιλαμβάνει τα κορτικοστεροειδή, την αζαθειοπρίνη, το μυκοφαινολικό εστέρα,

την κυκλοφωσφαμίδη σε διάφορα σχήματα και χρόνο ανάλογα με τη βαρύτητα της νόσου (Πίνακας 6).

### V. Κροταφική Αρτηρίτις

Η κροταφική αρτηρίτις ή γιγαντοκυτταρική αρτηρίτις είναι κοκκιωματώδης φλεγμονή του έσω ελαστικού πετάλου των μεγάλων και μέσου μεγέθους αγγείων, **κυρίως των εξωκρανιακών κλάδων της καρωτίδας με ιδιαίτερη προτίμηση την κροταφική αρτηρία**. Προσβάλλει άτομα ηλικίας άνω των 50 ετών με προτίμηση τις γυναίκες από τους άνδρες (σχέση 4:1). Η συχνότητα κυμαίνεται σε 20-30 νέες περιπτώσεις ανά 100.000 πληθυσμού το χρόνο, σε άτομα άνω των 50 ετών. Η αιτιολογία παραμένει άγνωστη. Εντούτοις, **ανοσολογικός μηχανισμός, ιδιαίτερα κυτταρικού τύπου, φαίνεται να συμμε-**

### ΠΙΝΑΚΑΣ 6

#### Σύνδρομο Sjögren Θεραπεία

- 1<sup>η</sup> Επιλογή: Κορτικοστεροειδή υδροξυχλωροκίνη (Plaquenil) - tabl 200mg/ημέρα για μυοσκελετικό πόνο
- 2<sup>η</sup> Επιλογή: Μεθοτρεξάτη, αζαθειοπρίνη, κυκλοσπορίνη, συνήθως σε συνδυασμό με υδροξυχλωροκίνη
3. Νέες Θεραπείες: Rituximab, TNF-α ανταγωνιστές όταν υπάρχουν σοβαρές εκδηλώσεις από διάφορα όργανα και έχουν αποτύχει άλλες θεραπείες συνύπαρξη Μη-Hodgkin λέμφωμα. Αποτέλεσμα αμφιλεγόμενο

τέχει στην παθογένεια της νόσου. Τα παθοφυσιολογικά σημεία και συμπτώματα είναι αποτέλεσμα **ισχαιμίας** στις περιοχές που αρδεύονται από τις προσβεβλημένες αρτηρίες.

Τα κλασικά κλινικά σημεία και συμπτώματα της νόσου είναι: κεφαλαλγία, πυρετός, ανορεξία, εύκολη κόπωση, απώλεια βάρους, διαταραχές όρασης (διπλωπία, σκοτώματα, θλεφαρόπτωση, απώλεια όρασης), αρθραλγίες,

μυαλγίες, ευαισθησία στο τριχωτό της κεφαλής. Στο στόμα χαρακτηριστικό εύρημα είναι η καλότης της κάτω γνάθου, με διαλείποντα πόνο ιδιαίτερα κατά τη διάρκεια της μάσησης στην περιοχή των μασπτήρων και του κροταφίτη μύος καθώς και άλγος στη γλώσσα.

Επιπλέον, μπορεί να παρατηρηθούν, κυρίως στη γλώσσα και τις παρειές, άτυπες ελκώσεις που είναι αποτέλεσμα ισχαιμικής νέκρωσης. Κατά την αντικειμενική εξέταση συχνά παρατηρείται επώδυνη διόγκωση και μικρά οζίδια κατά μήκος της κροταφικής αρτηρίας. Γενικά, ανεξήγητος πόνος στην περιοχή κεφαλής και τραχήλου σε άτομα άνω των 50 ετών πρέπει να δημιουργεί υποψία για κροταφική αρτηρίτιδα. Συχνά η κροταφική αρτηρίτις **συνυπάρχει με ρευματική πολυμυαλγία**. Η διάγνωση στηρίζεται σε κλινικά και εργαστηριακά κριτήρια.

Η αυξημένη ΤΚΕ (80-120 mm/1 η ώρα) και CRP αποτελούν σταθερά εργαστηριακά ευρήματα της νόσου. Η βιοψία εξάλλου και ιστολογική εξέταση της κροταφικής αρτηρίας με χαρακτηριστική στένωση του αυλού, πάχυνση του έσω χιτώνα, διάσπαση του έσω ελαστικού πετάλου και φλεγμονώδη διήθηση, με λεμφοκύτταρα, πλασματοκύτταρα, γιγαντοκύτταρα και ιστοκύτταρα, του μέσου χιτώνα αποτελούν σταθερά ευρήματα που επιβεβαιώνουν την κλινική διάγνωση.

Φάρμακο πρώτης επιλογής είναι η συστηματική χορήγηση πρεδνιζολόνης σε δοσολογία 60-80 mg την ημέρα με πολύ καλό αποτέλεσμα. Η δοσολογία συνήθως μετά από 1 μήνα μειώνεται προοδευτικά ενώ διατηρείται δόση συντήρησης 5-10 mg πρεδνιζολόνης την ημέρα για 1-2 χρόνια. Η ταυτόχρονη χορήγηση ασπιρίνης 60-80 mg την ημέρα φαίνεται ότι μειώνει τον κίνδυνο επιπλοκών.

Συμπερασματικά, οι βασικοί άξονες θεραπείας των αυτοάνοσων παθήσεων βρίσκονται ταξινομημένοι στον **Πίνακα 7**.

### ΠΙΝΑΚΑΣ 7

#### Βασικοί Άξονες Θεραπείας Αυτοάνοσων Νοσημάτων

- Πάνω από όλα ορθή διάγνωση
- Επιλογή σωστού φαρμάκου
- Μορφή χορήγησης - δοσολογία - χρόνος
- Πιστή εφαρμογή θεραπείας από τον ασθενή
- Στενή συνεργασία ιατρού-ασθενούς
- Συνεργασία πολλών ιατρικών ειδικοτήτων

Τελικός Στόχος

"Ωφελείν ει μὴ βλάπτειν"  
Ισοκράτης 460-377 π.Χ.

Για περισσότερες κλινικές και θεραπευτικές πληροφορίες μπορεί να ανατρέξει ο αναγνώστης στα πρόσφατα βιβλία του συγγραφέα.

- α. Λάσκαρης Γ. **Κλινική Στοματολογία: Διάγνωση-Θεραπεία (3η έκδοση)**, Εκδόσεις Λίτσας, Αθήνα.
- β. Λάσκαρης Γ, Στούφη Ε. **Pocket Atlas Νόσων Στόματος**, Εκδόσεις Λίτσας, Αθήνα.
- γ. Laskaris G. **Color Atlas of Oral Diseases: Diagnosis and Treatment (4th ed.)**, Εκδόσεις Thieme.
- δ. Laskaris G, Tatakis D, Stoufi E. **Periodontal Manifestations of Local and Systemic Diseases (2nd ed.)**, Εκδόσεις Springer, 2023.



# Ακίνητη Προσθετική

Παύλος Γαρέφης  
Ομότιμος Καθηγητής ΑΠΘ

Λειτουργία και αισθητική στις μεταλλοκεραμικές και ολοκεραμικές αποκαταστάσεις

- Κλινικές διαδικασίες
- Συνεργασία με το οδοντοτεχνικό εργαστήριο

€160,00



936  
σελίδες  
1.600  
έγχρωμες εικόνες

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

Η συγγραφή αυτού του βιβλίου είχε έναν πολύ συγκεκριμένο στόχο: Να προσφέρει στον γενικό οδοντίατρο ένα βοήθημα για κάθε στάδιο εργασίας της κλινικής πράξης, το οποίο θα δείχνει βήμα προς βήμα κάθε τεχνική λεπτομέρεια της κατασκευής.

Παράλληλα, ακολουθώντας πιστά την εναλλαγή των κλινικών και εργαστηριακών σταδίων όπως αυτά εμφανίζονται στην καθημερινή πράξη, η Ακίνητη Προσθετική επισημαίνει τα κύρια κομβικά σημεία στην όλη κλινική και εργαστηριακή διαδικασία.



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

# Ακτινογραφικά ανάλεκτα ασθενών με λειτουργικές διαταραχές του Στοματογναθικού Συστήματος

## Α' Μέρος

Στις διαγνωστικές διαδικασίες ιδιαίτερη θέση κατέχουν οι πάσης φύσεως παρακλινικές εξετάσεις. Στον χώρο της Φυσιολογίας και της Παθολογίας του Στοματογναθικού Συστήματος (ΣΣ) και ιδιαίτερος στην κροταφογναθική διάρθρωση (ΚΓΔ) και την ευρύτερη περιοχή της, δεσπόζουσα θέση καταλαμβάνει η ακτινογραφική απεικόνιση ως η μόνη εξεταστική μέθοδος πλην της αρθροσκόπησης ή της ανοικτής χειρουργικής επέμβασης.

Με τη χρήση της γνωρίζουμε τη μορφολογία και τη δομή της άρθρωσης καθώς και της ευρύτερης περιοχής.

Τα ακτινογραφικά ευρήματα αξιολογούνται και συνδυάζονται με το ιστορικό του ασθενούς και την κλινική εξέταση και σε καμία περίπτωση η διαφορική διάγνωση και η διάγνωση δεν τεκμηριώνονται αποκλειστικά με τα ακτινογραφικά δεδομένα.

Ο μικρός και περιορισμένος ανατομικός χώρος που καταλαμβάνει η ΚΓΔ και οι πέριξ ιστοί δημιουργεί αντικειμενικές και τεχνικές δυσκολίες λόγω του συνωστισμού και της προβολής διαφορετικών ανατομικών δομών και κυρίως του κονδύλου και της κροταφικής γλήνης.

Διαχρονικά εφαρμόστηκαν διαφορετικές τεχνικές απει-



**Βύρων Δρούκας**  
Καθηγητής ΕΚΠΑ

κόνισης της ΚΓΔ στην προσπάθεια απλοποίησης και βελτίωσης των προβλημάτων που προαναφέραμε.

Η εξέλιξη της τεχνολογίας με την εφαρμογή της αξονικής και μαγνητικής τομογραφίας κατέστησε δυνατή την απεικόνιση μαλακών ιστών, αδιανόητη πριν την ανακάλυψη και εφαρμογή τους.

Οι ακτινογραφικές μέθοδοι λήψης και απεικόνισης των ΚΓΔ χωρίζονται σε δύο ομάδες:

**A)** Περιλαμβάνει τις απλές ακτινογραφίες, την διακρανική και διαφαρυγγική προβολή, την διαγναθική προβολή, την πανοραμική, την συμβατική τομογραφία και την αρθρογραφία.

**B)** Η δεύτερη ομάδα περιλαμβάνει τις εξειδικευμένες τεχνικές που είναι η αξονική και η μαγνητική τομογραφία. Η περαιτέρω περιγραφή και ανάλυση των προαναφερ-

θεισών ακτινογραφικών τεχνικών δεν εμπίπτει στους σκοπούς της παρούσας ανασκόπησης, καθώς αποτελεί εξειδικευμένο αντικείμενο της Ακτινοδιαγνωστικής του Στόματος.

Περιοριζόμαστε μόνο σε ένα μικρό σχόλιο αναφορικά με την διακρανική και διαφαρυγγική προβολή. Οι δύο αυτές τεχνικές σήμερα δεν αποτελούν λύση εκλογής λόγω των μειονεκτημάτων που παρουσιάζουν όπως π.χ. η αδυναμία απεικόνισης αρχόμενων βλαβών όπως οστικές αλλοιώσεις σε εν τω βάθει ανατομικές δομές, αδυναμία επίσης απεικόνισης του διάρθριου δίσκου και τέλος ασάφεια απεικόνισης της κροταφικής γλήνης και του προσθίου αρθρικού φύματος.

Η αξιολόγηση των ακτινογραφικών ευρημάτων αποβλέπει στην διακρίβωση των κάτωθι:

- A) Απεικόνιση φυσιολογικής ΚΓΔ
- B) Ανωμαλίες ανάπτυξης και συγγενείς ανωμαλίες
- Γ) Τραύμα της ΚΓΔ
- Δ) Αρθρίτιδες της ΚΓΔ
- Ε) Ντοπλάσματα
- Ζ) Ενδοαρθρικές ανωμαλίες και παθήσεις και παθήσεις του διάρθριου δίσκου

**A)** Σε μια φυσιολογική ΚΓΔ τα οστικά μέρη που απεικονίζονται σε όλες τις ακτινογραφικές εξετάσεις είναι ο αυχένας και η κεφαλή του κονδύλου, η κροταφική γλήνη και το πρόσθιο αρθρικό φύμα.

Η ποικιλομορφία του κονδύλου από πλευράς σχήματος ποικίλει.

Στο μετωπιαίο επίπεδο το σχήμα του είναι κυρτό σε ποσοστό 58%, επίπεδο σε ποσοστό 25%, γωνιώδες 12% και υποστρόγγυλο 3% (**Εικόνα 1**).

Η κεφαλή του κονδύλου έχει τρεις επιφάνειες, έσω, έξω και οπίσθια.

Οι δύο πρώτες σχηματίζουν διέδρη γωνία που αντιστοιχεί στην οβελιαία αύλακα της οπίσθιας επιφάνειας του προσθίου αρθρικού φύματος.

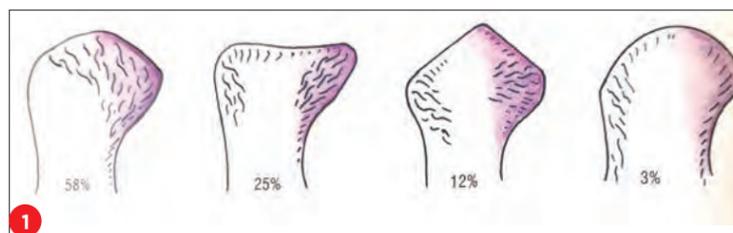
Η οπίσθια φέρεται στην πρόσθια επιφάνεια του προσθίου αρθρικού φύματος.

Ένας κόνδυλος με φυσιολογική δομή δεν εμφανίζει διαβρώσεις ή

άλλες ανωμαλίες, ενώ η κροταφική γλήνη ακολουθεί φυσιολογικά το σχήμα της κεφαλής του κονδύλου.

Το αρθρικό φύμα ανάλογα με την λειτουργικότητα μπορεί να είναι επίπεδο ή εξεσημασμένο, αναλόγως.

Ο χώρος μεταξύ της κεφαλής του κονδύλου και της κροταφικής γλήνης καταλαμβάνεται από τον διάρθριο δίσκο του οποίου την οπίσθια πρόσφυση καταλαμβάνει η δίστιβη ζώνη (bilaminar zone).



Αποτελείται από δύο στιβάδες, άνω και κάτω.

Μεταξύ τους μεσολαβεί χαλαρός συνδετικός ιστός. Η δίστιβη ζώνη

προσφύεται στο τιμωκνικό πέταλο του κροταφικού οστού. Στην **εικόνα 1**

Συνέχεια στη σελίδα 30



# DIGITAL DENTAL LAB

ΚΕΝΤΡΟ ΨΗΦΙΑΚΗΣ ΟΔΟΝΤΙΚΗΣ ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΑΣ

Φροντίζουμε το χαμόγελό σας



**ΚΩΣΤΑΣ ΚΑΡΑΓΙΑΝΝΑΚΗΣ**

Χαλκοκονδύλη 52, Αθήνα, 104 32 - τηλ.: 210 5224727 - κιν.6998 533596 - email: karagiandlab@gmail.com

Συνέχεια από τη σελίδα 29

να 2 απεικονίζεται σε οβελιαία διατομή της ΚΓΔ, ο κόνδυλος σε θέση προολίσθησης.

Η δίστιβη ζώνη (πράσινο χρώμα) βρίσκεται έξω από την κροταφική γλήνη ελκόμενη από το οπίσθιο χείλος του διάρθριου δίσκου.

Στην **εικόνα 3** απεικονίζεται σε οβελιαία διατομή της ΚΓΔ ο κόνδυλος μέσα στην κροταφική γλήνη ενώ η δίστιβη ζώνη εκτείνεται από τη βάση της (οπίσθιο τοίχωμα του αρθρικού θυλακίου) μέχρι το οπίσθιο χείλος του διάρθριου δίσκου.

Ο διάρθριος δίσκος χωρίζει την ΚΓΔ σε δύο θαλάμους.

Τον άνω και κάτω.

Στον άνω εκτελούνται κινήσεις περιστροφής ενώ στον κάτω κινήσεις μετατόπισης.

Φυσιολογικά, μεταξύ των δύο θαλάμων δεν υφίσταται επικοινωνία.

Εντός των αρθρικών κοιλοτήτων κυκλοφορεί το αρθρικό υγρό.

Απεικονιστικά ο διάρθριος δίσκος επιτυγχάνεται είτε με αρθρογραφία (έμμεσος τρόπος), είτε με μαγνητική τομογραφία. Η πανοραμική ακτινογραφία καθώς και η συμβατική δεν απεικονίζουν λόγω της σύστασης του δίσκου από ινώδη συνδετικό ιστό.

**Β)** Στη Β κατηγορία κατατάσσεται η αγενεσία του κονδύλου, η υποπλασία και η υπερπλασία του κονδύλου. Η **αγενεσία** της κεφαλής του κονδύλου συνεπάγεται πάντοτε υποπλασία της κάτω γνάθου συνοδευόμενη και από την έλλειψη της κροταφικής γλήνης.

Η ακτινογραφία επιλογής είναι η πανοραμική (**Εικόνα 4**, Τσιχλάκης Κ. Ακτινογραφική αξιολόγηση της κροταφογναθικής διάρθρωσης. Στο: Βύρων Χρ. Δρούκας, Λειτουργία και Δυσλειτουργία του Στοματογναθικού Συστήματος 4η έκδοση. Εκδόσεις Παρισσιάνου, Αθήνα 2020).

Η **υποπλασία** του κονδύλου είναι ένα σύνθετο ακτινογραφικό εύρημα, τις περισσότερες φορές ετερόπλευρο, οφειλόμενο σε προγενέστερο τραύμα ή φλεγμονή κατά την περίοδο ανάπτυξης του κονδύλου.

Ογκομετρικά υπολείπεται από τον κόνδυλο της άλλης πλευράς.

Η **υπερπλασία** συμβαίνει κατά το στάδιο ανάπτυξης της κάτω γνάθου ετερόπλευρα.

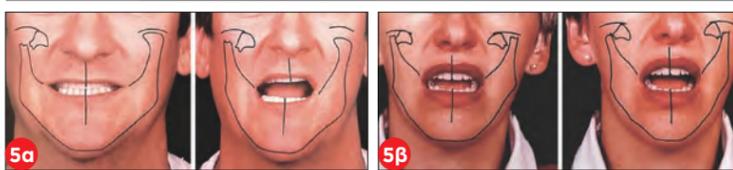
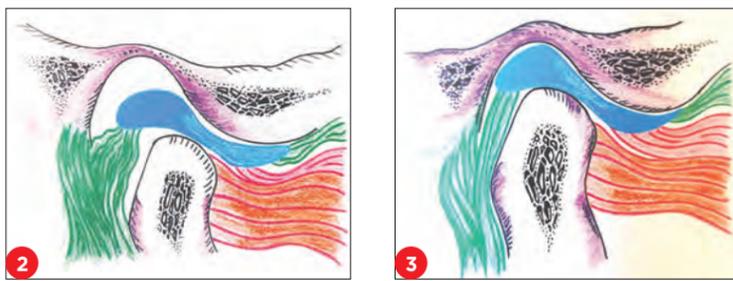
Δυσπτικά εντοπίζεται στον κόνδυλο και στον αυχένα ή συμπεριλαμβάνει και τον σύστοικο κλάδο της κάτω γνάθου.

### Γ) Τραύμα της ΚΓΔ

**Γα)** Τα κατάγματα στην περιοχή των ΚΓΔ επισυμβαίνουν κυρίως στην κεφαλή και στον αυχένα του κονδύλου. Σπανιότερα στο κροταφικό οστό.

Στην **εικόνα 5** βλέπουμε πανοραμική απεικόνιση κατάγματος της ΚΓ (βέλος – αριστερά) και στην αντίθετη πλευρά κατάγμα της αυχενικής μοίρας του κονδύλου. Στην **εικόνα 5α** βλέπουμε σχηματική απεικόνιση ετερόπλευρου κατάγματος του κονδύλου δεξιά με κλειστό στόμα και αριστερά με ανοικτό όπου παρατηρούμε παρεκτόπιση της ΚΓ προς την πλευρά του κατάγματος.

Η **εικόνα 5β** σχηματικά απεικονίζει αμφοτερόπλευρο κατάγμα της αυχενικής μοίρας των κονδύλων (αριστερά – δεξιά). Κατά την κατάσπαση η ΚΓ ανοίγει συμμετρικά ενώ κατά την ανάσπαση παρατηρούμε (αριστερή ει-



κόνα) ότι ανοίγει δεξιά. (Οι εικόνες 5, 5α και 5β προέρχονται από τον πρακτικό οδηγό "Temporomandibular Joint Dysfunction, A practitioner Guide" της Annika Isberg).

Σε τραυματισμούς του κρανιοπροσωπικού τα κατάγματα του κονδύλου επισυμβαίνουν σε ποσοστό 34 – 45%. Μπορεί να είναι ρωγμώδη, ατελή με παρεκτόπιση ή όχι και συντριπτικά.

Η ακτινογραφική εικόνα χαρακτηρίζεται από διαυγαστική γραμμή τεθλασμένη συνήθως εντοπιζόμενη στο έξω πέταλο της κάτω γνάθου.

Τα κατάγματα του κονδύλου διακρίνονται σε δύο κατηγορίες, σε κατάγματα του αυχένα και σε κατάγματα της κεφαλής του κονδύλου.

Η πλέον συνήθης θέση παρεκτόπισης είναι η πρόσθια έως διεύθυνση. Σπανίως πλάγια ή οπίσθια.

Προκειμένου για την διακρίβωση καταγμάτων του αυχένα η πανοραμική ακτινογραφία θεωρείται ακτινογραφία εκλογής, ενώ για τις περιπτώσεις πολλαπλών καταγμάτων της περιοχής ακτινογραφία εκλογής προτείνεται η αξονική τομογραφία.

**Γβ) Το εξάρθρημα της κάτω γνάθου** χαρακτηρίζεται από την υπερκέρωση του κονδύλου εμπρός από το πρόσθιο αρθρικό φύμα και ασφαλώς από την αδυναμία επανόδου της κάτω γνάθου στη φυσιολογική θέση και σχέση με την κροταφική γλήνη.

Αιτιολογικοί παράγοντες του εξάρθρηματος είναι η υπέρμετρη κατάσπαση της κάτω γνάθου είτε τραυματισμός κατά τη διάρκεια διασωλήνωσης σε χειρουργικές επεμβάσεις.

Χαρακτηρίζεται από ρήξη του κροταφογναθικού και του βελονογναθι-

κού συνδέσμου. Στο καθ' ἑξιν εξάρθρημα η κάτω γνάθος παραμένει με το στόμα ανοικτό αλλά ο ασθενής με κατάλληλους χειρισμούς επαναφέρει τη γνάθο στη θέση της.

Συνήθως η μορφή του καθ' ἑξιν εξάρθρηματος παρατηρείται σε περιπτώσεις γενικευμένης χαλάρωσης των συνδέσμων της άρθρωσης.

Ακτινογραφικός η διάγνωσή του είναι εύκολη στο να συνοδεύεται και από ανάλογη κλινική εικόνα. (**Εικόνα 6α, β, γ** απεικονίζει ανάταξη εξάρθρηματος της κάτω γνάθου: α) σχηματική απεικόνιση του κονδύλου ο οποίος ευρίσκεται εμπρός από την κορυφή του προσθίου αρθρικού φύματος β) ανάταξη του εξάρθρηματος πιέζοντας με του αντίχειρες προς τα κάτω και πίσω στην προσπάθεια επανατοποθέτησης του κονδύλου στη φυσιολογική θέση και σχέση εντός της κροταφικής γλήνης και γ) μετά την επιτυχημένη επανατοποθέτηση του κονδύλου στην κροταφική γλήνη. Ομοίως οι εικόνες 6α,β,γ προέρχονται από τον ίδιο οδηγό).

Στο σημείο αυτό θα ήθελα να σταθώ λίγο για να σχολιάσω προσωπικές απόψεις οι οποίες προέκυψαν από ασθενείς οι οποίοι μετά από διασωλήνωση συνεπεία χειρουργικής επέμβασης, παρουσίασαν μετατόπιση του διάρθριου δίσκου με επαναφορά σύμπτωμα το οποίο κατηγορηματικά απέρριψαν υποστηρίζοντας ότι δεν υπήρχε πριν από την επέμβαση.

Θεωρώ ότι το σύμψαμα αυτό είναι πιθανότερο σε σχέση με το εξάρθρημα, το οποίο πλην της άλλης προϋποθέτει ανατομικές ιδιομορφίες του πρόσθιου αρθρικού φύματος και της κροταφικής γλήνης. Δηλαδή χαμηλό (ιδιαίτερα χαμηλό) πρόσθιο αρθρικό

φύμα και αβαθή κροταφική γλήνη.

Σχετικές παρατηρήσεις μου με το θέμα με οδήγησαν σε συνεργασία με την Α' Αναισθησιολογική Κλινική του Αρεταίου νοσοκομείου του Ε.Κ.Π.Α. με συναδέλφους της κλινικής η οποία κατά τη διάρκεια της πανδημίας του κορονοϊού διεκόπη για λόγους προφανείς.

Προσδοκώ για την συνέχεια της συνεργασίας.

Συνεπώς και προς το παρόν δεν είμαι σε θέση να τεκμηριώσω τις παραπάνω απόψεις μου.

### Δ) Αρθρίτιδες της ΚΓΔ

Οι **αρθρικές αλλοιώσεις της ΚΓΔ** είναι ένα από τα πλέον συχνά ακτινογραφικά ευρήματα. Οι ΚΓΔ όπως και οι λοιπές αρθρώσεις του μυοσκελετικού συστήματος είναι δυνατόν να προσβληθούν από μία ευρεία ποικιλία παθήσεων.

Από το σύνολο των εκφυλιστικών και φλεγμονωδών παθήσεων που προσβάλλουν τις ΚΓΔ, ιδιαίτερο ενδιαφέρον παρουσιάζει η οστεοαρθρίτις λόγω της μεγάλης συχνότητας σε σχέση με τις ΚΓΔ. Ακολουθούν κατά σειρά συχνότητας η ρευματοειδής αρθρίτις, η αγκυλωτική σπονδυλίτις, η ψωριασική αρθρίτις και η χρόνια νεανική αρθρίτις. Οι παθήσεις αυτές συνδέονται με στενή κλινική επιδημιολογική και γενετική σχέση, γεγονός που καθιστά δύσκολη τη διαφορική διάγνωση ιδιαίτερα στις περιπτώσεις όπου η ΚΓΔ είναι η πρωτογενής εστία εκδήλωσης της νόσου ή σε περιπτώσεις όπου ταυτόχρονα συνυπάρχουν δύο από τις ανωτέρω παθήσεις π.χ. ψωριασική αρθρίτις και αγκυλοποιητική σπονδυλίτις ή ψωριασική αρθρίτις και ρευματοειδής αρθρίτις ή ψωριασική αρθρίτις και οστεοαρθρίτις.

**Δα)** Η οστεοαρθρίτις (ΟΑ) λόγω της συχνότητάς της στην ΚΓΔ παρουσιάζει ιδιαίτερο ενδιαφέρον. Προσβάλλει συχνότερα τις γυναίκες σε σχέση με τους άνδρες. Σύμφωνα με σχετικές επιδημιολογικές έρευνες στις ηλικίες μεταξύ 65 και 74 ετών το ποσοστό ανέρχεται σε 70% ενώ άνω των 70 ανέρχεται σε 90% (οι έρευνες έγιναν στην Αμερική). Προκειμένου για τις ΚΓΔ τα ερευνητικά και επιδημιολογικά δεδομένα έχουν ως εξής:

Σε 80 ασυμπτωματικούς ασθενείς ποσοστό 44% παρουσίαζε ακτινογραφικά ευρήματα π.χ. δομικές αλλοιώσεις. Σε δείγμα 1973 ασθενών με δυσλειτουργία των ΚΓΔ ποσοστό 8% διεγνώστη με ΟΑ το ίδιο περίπου ποσοστό 9% σε 350 ασθενείς εμφάνιζε ΟΑ προσερχόμενοι στην κλινική της Φυσιολογίας του Στοματογναθικού Συστήματος στην Οδοντιατρική Σχολή του πανεπιστημίου του Göteborg.

Σε ασθενείς με δυσλειτουργία των ΚΓΔ η διακύμανση της κλινικής διεγνώσθεις ΟΑ κυμαίνονται από 8% έως 18% εκτός των ακτινογραφικών δεδομένων, το χαρακτηριστικότερο κλινικό εύρημα της ΟΑ των ΚΓΔ είναι η εκδήλωση ερπυστικών ήχων.

Σε επιδημιολογική έρευνα που έγινε σε πληθυσμιακό δείγμα 1.069 εργατών σε ναυπηγείο της Νότιας Σουηδίας βρέθηκε η ύπαρξη κλινικών σημείων ΟΑ (κρηγμωδών ήχων σε ποσοστό 24%).

Αιτιολογικά εκτός της ηλικίας έχουν ενοχοποιηθεί συστηματικοί παράγοντες γενετικής πιθανώς προέλευσης (φλεγμονώδεις, ενδοκρινικές,

βιοχημικές διαταραχές των αρθρώσεων κ.λπ.),

Στην καθ' ἡμās βιβλιογραφία ο πλέον δημοφιλής παράγον της ΟΑ είναι τα υπέρμετρα μηχανικά φορτία τα οποία μπορεί να δέχεται η ΚΓΔ.

Ο θρυγμός όπως και άλλες παραλειπουργικές εξεις, οι συγκλεισιακές παρεμβολές, η ετερόπλευρη μάσηση κ.λ.π. είναι παράγοντες που επιβαρύνουν από πλευράς φορτίων της ΚΓΔ.

Ομοίως η απώλεια δοντιών ιδιαίτερα των γομφίων αποτελεί επίσης σημαντικό παράγοντα.

Η θετική συσχέτιση μεταξύ απώλειας των πίσω δοντιών και μακροσκοπικών αλλοιώσεων της ΚΓΔ με τη βοήθεια θεωρητικών υπολογισμών οδήγησε στην άποψη ότι τα δυναμικά φορτία που δέχονται οι ΚΓΔ είναι πολύ μεγαλύτερα όταν οι μαστικές δυνάμεις περιορίζονται στην περιοχή των κυνόδοντων και των πρώτων προγομφίων. Ο μηχανισμός πρόκλησης των εκφυλιστικών μεταβολών στα ανατομικά μέρια των ΚΓΔ έχει μελετηθεί επισταμένως. Ορισμένοι υποστηρίζουν ότι οι αλλοιώσεις ξεκινάνε από τις αρθρικές επιφάνειες ή επισυμβαίνουν ταυτόχρονα σε αυτές και στον οστίτη ιστό με την ίδια περίπου συχνότητα στην κροταφική γλήνη και στον κόνδυλο σε διαφορετική όμως χρονική περίοδο. Άλλη άποψη υποστηρίζει ότι ο υάλινος χόνδρος είναι ο ιστός που προσβάλλεται πρώτος. Η αρθρική επιφάνεια υφίσταται θρυμματισμό τόσο των κολλαγόνων ινών όσο και των άλλων συστατικών του χόνδρινου ιστού οδηγώντας σε μία κατάσταση γνωστή ως "Ινιδισμός".

Το φαινόμενο του ινιδισμού συνιστάται στη διάσπαση των κύριων συστατικών του χόνδρου και την απελευθέρωση μεγάλων ποσοτήτων των παραγώγων του τα οποία δεν μπορούν να απορροφηθούν από την αρθρική μεμβράνη οδηγώντας σε φλεγμονώδη αντίδραση και τελικά σε αρθροθυλακίτιδα.

Τα ακτινογραφικά ευρήματα της ΟΑ των ΚΓΔ αποτελούν σημαντικότατο παρακλινικό στοιχείο για την διάγνωση, αν και σε αρχικά στάδια ελλείπουν. Σε πρώιμα στάδια των ακτινογραφικών ευρημάτων προηγούνται οι ερπυστικοί ήχοι οι οποίοι αποτελούν χαρακτηριστικό κλινικό εύρημα που συνηγορεί υπέρ εκφυλιστικών διεργασιών στις ΚΓΔ.

Τα ακτινογραφικά ευρήματα στα οποία βασίζεται η διάγνωση παράλληλα με την κλινική σημειολογία είναι η ελάττωση του αρθρικού διαστήματος ενδεικτικό της απώλειας του διάρθριου δίσκου ή της διάτρησής του, επιπέδωση των δομικών στοιχείων της άρθρωσης ιδιαίτερα των επιφανειών της όπως διαβρώσεις και σκλήρυνση.

Επειδή οι αρχικές εκδηλώσεις αφορούν το διάρθριο δίσκο, οι συνήθεις ακτινογραφικές τεχνικές δεν αποδίδουν αυτού του είδους τις δομικές αλλαγές. Η ανατομία των ΚΓΔ και η πολυπλοκότητα των δομών της περιοχής, δημιουργούν τεχνικά προβλήματα.

Οι σύγχρονες απεικονιστικές τεχνικές υπερκέρωσαν αυτού του είδους τις δυσκολίες.

Η τομογραφική απεικόνιση της περιοχής αποτελεί λύση εκλογής.

Στις ακτινογραφίες ή τομογραφίες της ΚΓΔ με κλειστό στόμα, ο χώρος που καταλαμβάνεται από το διάρ-

θριο δίσκο είτε διακρίνεται ελάχιστα, είτε δεν υπάρχει καθόλου δημιουργώντας εικόνα οστικής επαφής της κεφαλής του κονδύλου με την κροταφική γλήνη.

Στις ακτινογραφίες με ανοιχτό στόμα σχεδόν πάντοτε η κεφαλή του κονδύλου έρχεται σε οστική επαφή με την οπίσθια επιφάνεια του προσθίου αρθρικού φύματος. Αποτέλεσμα είναι η αδυναμία περαιτέρω κατάσπασης της κάτω γνάθου.

Σε ιδιαίτερες περιπτώσεις η εναπόθεση μεγάλης ποσότητας οστίτη ιστού προσδίδει ακτινογραφικά εικόνα οστικής αγκύλωσης. Σε προχωρημένες περιπτώσεις εκφυλιστικής αρθρίτιδας διαπιστώνεται απορρόφηση τμήματος της κεφαλής του κονδύλου εντοπιζόμενη στην πρόσθια και άνω επιφάνειά του.

Η απορρόφηση ενδεχομένως να εντοπίζεται και στην κροταφική γλήνη και στο πρόσθιο αρθρικό φύμα.

Σε ιδιαίτερες σοβαρές περιπτώσεις οστεοαρθρίτιδος ακτινογραφικά παρατηρείται πλήρης απορρόφηση της κεφαλής του κονδύλου.

Ένα ιδιαίτερος αξιόλογο ακτινογραφικός εύρημα είναι η ανάπτυξη οστεοφύτου. Πρόκειται για οστίτη ιστό αναπτυσσόμενο στην οπίσθια άνω επιφάνεια του κονδύλου, στην κροταφική γλήνη και στην πρόσθια επιφάνεια του προσθίου αρθρικού φύματος. Διαγνωστικά απεικονίζεται σκληρωτικό συμπαγές οστό έξω από το φυσιολογικό περίγραμμα του κονδύλου ή της κροταφικής γλήνης. Δυνατόν επίσης να συνοδεύεται από οστικές διαβρώσεις ή απορροφήσεις.

Ακολουθώντας παραθέτω σειρά τομογραφιών της ΚΓΔ γυναικών με ΟΑ των ΚΓΔ σε διαφορετικά στάδια εκφυλισμού και διαφορετικής βαρύτητας μεταξύ τους.

A) Γυναίκα ηλικίας 57 ετών (Εικ. 7)

B) Γυναίκα ηλικίας 68 ετών (Εικ. 8)

Γ) Γυναίκα ηλικίας 13 ετών (Εικ. 9) (προφανώς πρόκειται περί λάθους. Ημερομηνία γέννησης 2002 και ημερομηνία λήψης της τομογραφίας 2015)

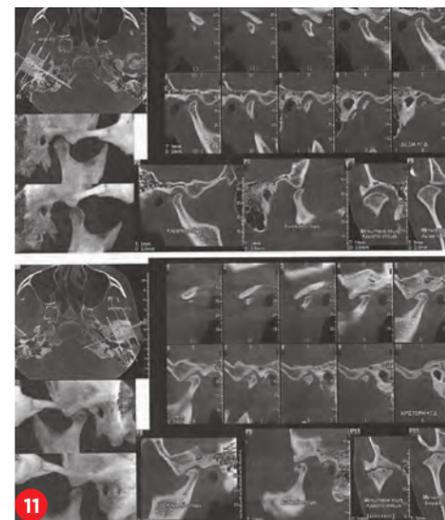
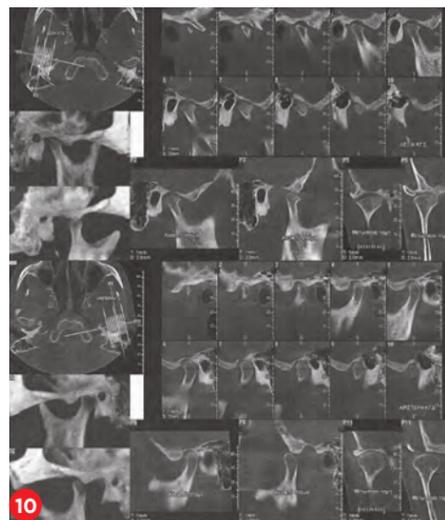
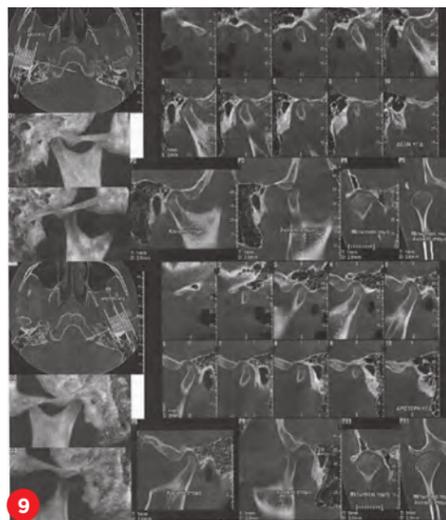
Δ) Γυναίκα ηλικίας 52 ετών (Εικ. 10)

Ε) Γυναίκα ηλικίας 43 ετών (Εικ. 11)

Σε όλες τις απεικονίσεις κοινά χαρακτηριστικά ευρήματα είναι τα οστεόφυτα, οι διαβρώσεις στον κόνδυλο κυρίως στην άνω επιφάνεια όπως δείχνουν οι μετωπιαίες τομές, στο πρόσθιο αρθρικό φύμα καθώς και στην κροταφική γλήνη.

Οι θλάβες είναι διαφορετικής έκτασης και βαρύτητας κατά περίπτωση.

Ιδιαίτερος στη Β' περίπτωση η καταστροφή του διάρθριου δίσκου όπως φαίνεται είναι

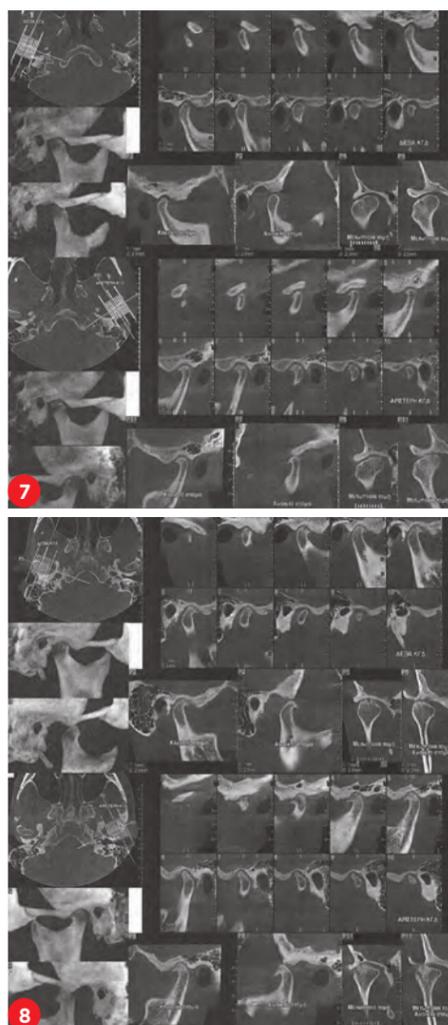


σχεδόν ολοσχερής αν κρίνουμε από την οστική επαφή του εναπομένου κονδύλου με το πρόσθιο αρθρικό φύμα και την κροταφική γλήνη. Ανάλογη εικόνα και θλάβες φαίνονται και στην Δ' περίπτωση. Σε μικρότερο βαθμό και

στις υπόλοιπες. Ένα άλλο επίσης χαρακτηριστικό κλινικό εύρημα ήταν οι ερυστικοί ήχοι διαφορετικής έντασης μεταξύ των περιπτώσεων, αναλόγως της έντασης και της βαρύτητας των εκφυλιστικών διεργασιών. Οι ηλικίες και

το φύλο των ασθενών συνάδουν απολύτως με τα επιδημιολογικά και κλινικά δεδομένα, αυτής της μορφής εκφυλισμού των ΚΓΔ από ΟΑ. (Αρχείο του γράφοντος).

\*Σχετική βιβλιογραφία στο τέλος του 2ου μέρους



## Μεσοδόντια Βουρτσάκια

Το δόντι έχει **πέντε** επιφάνειες - τις καθαρίζετε όλες;

Με την οδοντόβουρτσα μπορεί να καθαριστεί η μπροστινή, η πίσω και η μασητική επιφάνεια του δοντιού. Είναι εύκολο να ξεχάσει κανείς ότι το δόντι έχει δύο ακόμα επιφάνειες - τις πλάγιες (όμορες) επιφάνειες. Το μεσοδόντιο βουρτσάκι καθαρίζει ανάμεσα στα δόντια, εκεί όπου η οδοντόβουρτσα δεν φτάνει. Η τερηδόνα και η περιοδοντίτιδα έχουν την αρχή τους στις πλάγιες επιφάνειες των δοντιών. Με το καθημερινό

καθάρισμα των μεσοδοντίων διαστημάτων, μπορούν αυτές να προληφθούν αποτελεσματικά.

Η ευρεία γκάμα της TePe στα μεσοδόντια βουρτσάκια προσφέρει επιλογές για όλους και διευκολύνει τον καθημερινό καθαρισμό των μεσοδοντίων διαστημάτων.

- **TePe Μεσοδόντια Βουρτσάκια** - αυθεντικά
- **TePe Μεσοδόντια Βουρτσάκια** - extra soft πολύ μαλακά
- **TePe Angle** - Εύκολη πρόσβαση στα πίσω δόντια



Αυθεντικά									
Πολύ Μαλακά Extra Soft									
Angle									
Χρώμα	Ροζ	Πορτοκαλί	Κόκκινο	Μπλε	Κίτρινο	Πράσινο	Μωβ	Γκρι	Μαύρο
Μέγεθος βουρτσάς (0-8)	0	1	2	3	4	5	6	7	8
Μέγεθος σύρματος (mm)	0.4	0.45	0.5	0.6	0.7	0.8	1.1	1.3	1.5
PHD (mm)	0.6	0.7	0.9	1.1	1.3	1.6	2.0	2.6	3.4

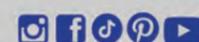
Το μέγεθος κατά ISO είναι βασισμένο στη μέτρηση της μικρότερης, της οποίας έχει τη δυνατότητα να περάσει το βουρτσάκι, τη διάμετρο της οπής διέλευσης (passage hole diameter - PHD).

A choice that matters

Η TePe προμηθεύεται 100% πρώτες ύλες για τις λαβές των μεσοδοντίων από πιστοποιημένες ανανεώσιμες πηγές μέσω της προσέγγισης mass balance, ανεξάρτητα πιστοποιημένη από το Διεθνές Πιστοποιητικό Αειφορίας και Άνθρακα PLUS (ISCC PLUS).



www.placcontrol.gr



\* Οι τιμές αναφέρονται σε φυσικά σημεία πώλησης.

# Εν τω βάθει αποκατάσταση με Biodentine™: από το έδαφος της πολφικής κοιλότητας μέχρι την κορυφή της αποκατάστασης

Οι τερηδονικές αλλοιώσεις στην περιοχή της ρίζας αποτελούν σημαντική πρόκληση στην καθημερινή οδοντιατρική πράξη. Εκτός από το ότι είναι δύσκολο να εντοπιστούν (η διάγνωση συχνά είναι ένα ακτινογραφικό εύρημα), είναι επίσης εξαιρετικά δύσκολες λόγω της γεινιάσής τους με τον πολφικό ιστό και της δυσκολίας πρόσβασης κατά τις επεμβάσεις αποκατάστασης.

Το Biodentine™ είναι ένα υλικό με βάση το πυριτικό ασβέστιο που έχει, μεταξύ των κύριων ιδιοτήτων του, βιοδραστικότητα, αντοχή στη θλίψη και σύντομο χρόνο πήξης. Αυτές οι ιδιότητες καθιστούν δυνατή τη χρήση του Biodentine™ ως εμφρακτικού υλικού του ενός σταδίου στην



Dr. Pedro Alexandre\*

περίπτωση επανορθωτικών διαδικασιών του πολφού, με ή χωρίς την αποκάλυψή του<sup>1-3</sup>.

Σε αντίθεση με το MTA, οι ενδείξεις του οποίου εστιάζονται περισσότερο στην ενδοδοντία, το Biodentine™ έχει αποδείξει αποδεδειγμένα αποτελέσματα

στην αναγέννηση του πολφού<sup>4</sup>. Σε σύγκριση με τα υαλοϊονομερή, το Biodentine™ είναι πιο ανθεκτικό και βιοενεργό. Το τελευταίο χαρακτηριστικό δεν υπάρχει στα GIC, τα οποία δεν ενδείκνυνται για την τοποθέτησή τους απευθείας στον πολφό χωρίς την εφαρμογή άλλου υλικού ως επίστρωση ή βάση, όπως το υδρο-

ξείδιο του ασβεστίου ή το MTA<sup>5-9</sup>. Επιπλέον, το Biodentine™ δεν προκαλεί αποχρωματισμό του οδοντικού ιστού όπως συμβαίνει με το MTA<sup>10</sup>. Έτσι, είναι μια εξαιρετική επιλογή για περιπτώσεις εν τω βάθει κοιλότητων, ακόμη και εκείνων με την άμεση εμπλοκή του πολφού. Αυτό το άρθρο στοχεύει να δείξει ορισμένα από τα χαρακτηριστικά και τις ενδείξεις του Biodentine™ μέσω ενός κλινικού περιστατικού.

\*Μεταπτυχιακό στα Οδοντιατρικά Υλικά (Ομοσπονδιακό Πανεπιστήμιο Santa Catarina, UFSC, Βραζιλία). Ειδικευση στην Οδοντιατρική (IEAPOM, Porto Alegre, Βραζιλία). Μεταπτυχιακές σπουδές στην Εμφυτευματολογία. Εξειδίκευση στην Περιοδοντολογία (ABO/RS, Βραζιλία). Καθηγητής Μαθημάτων Βελτίωσης και Εξειδίκευσης στην Οδοντιατρική για 15 χρόνια. Συν-συγγραφέας της σειράς βιβλίων Dental Materials - ABENO. Ομιλητής στο Κογκρέσο.

## Κλινικό περιστατικό

Ένας 77χρονος ασθενής παρουσιάστηκε στην οδοντιατρική κλινική μετά από πέντε χρόνια χωρίς οδοντιατρική παρακολούθηση. Τα κλινικά ευρήματα έδειξαν σημαντική οστική απώλεια, χρόνια περιοδοντίτιδα και απώλεια ορισμένων δοντιών τα οποία σταθεροποιούσαν τη σύγκλιση. Ο ασθενής ανέφερε ευαισθησία στο κρύο στο 46 δόντι, ειδικά κατά την κατάποση υγρών.

Η περιεκτική ακτινογραφία επιβεβαίωσε τα ευρήματα της κλινικής εξέτασης και ανιχνεύθηκε τερηδόνα στην άπω ρίζα του 46 δοντιού, η οποία ήταν θετική στον έλεγχο ζωικότητας (Εικ. 1,2).

Το σχέδιο θεραπείας άρχισε εστιάζοντας στην επιστροφή του ασθενούς σε ικανοποιητική υγεία του περιοδοντικού ιστού. Σε επόμενη συνεδρία, με βελτιωμένη την περιοδοντική κατάσταση του, πραγματοποιήθηκε η αποκατάσταση του 46 δοντιού. Με την δρά-



Εικ. 1: Αρχική κλινική κατάσταση.



Εικ. 2: Αρχική ενδοστοματική ακτινογραφία.

ση στελεχιαίας αναισθησίας στο δεξιό κάτω φαρυγγικό νεύρο και τοποθέτηση ελαστικού απομονωτήρα, η αποκατάσταση αμαλγάματος αφαιρέθηκε πλήρως και φάνηκε η τερηδόνα (Εικ. 3-5).

Παρά την εγγύτητα με τον πολφικό ιστό, δεν έγινε αποκάλυψη και η κοιλότητα κατηγορίας II αποκαταστάθηκε πλήρως με το Biodentine™ (Εικ. 6-8).

Σε συνεδρία επανελέγχου στους 2 μήνες,

δεν αναφέρθηκαν συμπτώματα, δεν παρατηρήθηκε περιεκτική βλάβη ακτινογραφικά και η κλινική εξέταση έδειξε φυσιολογική ζωικότητα (Εικ. 9,10). Έτσι, αποφασίστηκε να γίνει η τελική αποκατάσταση, αφήνοντας το Biodentine™ ως βάση της αποκατάστασης.

Το Biodentine™ αφαιρέθηκε μερικώς και η έμφραξη ολοκληρώθηκε με μια σύνθετη ρητίνη (Εικ. 11).

Έγινε επιλεκτική αδροποίηση της αδαμαντίνης, ακολουθούμενη από την εφαρμογή ενός συγκολλητικού συστήματος (Palfique Bond®, Tokuyama) (Εικ. 12,13).

Μετά τον φωτοπολυμερισμό, χρησιμοποιήθηκε τεχνητό τοιχώμα (SeptoMatrix, Septodont) για την καλύτερη διαμόρφωση του ορίου και εγγύς του σημείου επαφής (Εικ. 14).

Η αποκατάσταση ξεκίνησε από άπω, αλλάζοντας την κοιλότητα κατηγορίας II σε κοιλότητα κατηγορίας I (Εικ. 15).

Τελικά η μαστική επιφάνεια εμφράχθηκε με σύνθετη ρητίνη Palfique LX5® (Tokuyama) (Εικ. 16).

Μετά τον φωτοπολυμερισμό, εφαρμόστηκε γέλη γλυκερίνης για να επιτρέψει την καλύτερη φωτοενεργοποίηση του επιφανειακού στρώματος. Η αποκατάσταση στη συνέχεια λειάνθηκε και στιλβώθηκε, πριν αφαιρεθεί ο ελαστικός απομονωτήρας και ελεγχθεί η σύγκλιση (Εικ. 17).



Εικ. 3: Παρασκευή κοιλότητας κατηγορίας II.



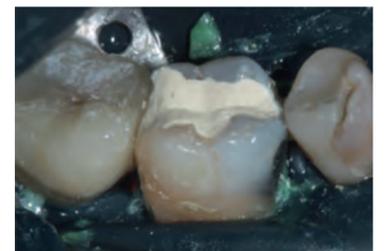
Εικ. 4: Τοποθέτηση τεχνητού τοιχώματος Septomatrix.



Εικ. 5: Βάθος κοιλότητας.



Εικ. 6: Το Biodentine™ εφαρμόζεται ως Bio Bulk-Fill.



Εικ. 7: Κλινική εικόνα μετά από 12 λεπτά και αφαίρεση του τεχνητού τοιχώματος.



Εικ. 8: Κλινική εικόνα μετά την αφαίρεση του ελαστικού απομονωτήρα.



Εικ. 9: Ακτινογραφία επανελέγχου 2 μήνες μετεχειρητικά.



Εικ. 10: Η αποκατάσταση με Biodentine™ μετά από 2 μήνες.



Εικ. 11: Αφαίρεση του εξωτερικού τμήματος του Biodentine™.



Εικ. 12: Επιλεκτική αδροποίηση της αδαμαντίνης.



Εικ. 13: Εφαρμογή συγκολλητικού παράγοντα.



Εικ. 14: Τοποθέτηση συστήματος τεχνητού τοιχώματος (Septomatrix, Septodont).



Εικ. 15: Αποκατάσταση του άπω τοιχώματος με σύνθετη ρητίνη.



Εικ. 16: Εμφάνιση τελικής αποκατάστασης αμέσως μετά.



Εικ. 17: Κλινική εικόνα μετά τη λείανση και τη στιλβωση της αποκατάστασης.

**Σημαντικές παρατηρήσεις**

Αρχικά αποφασίστηκε να μην αφαιρεθεί η αποκατάσταση αμαλγάματος εγγύς γιατί, αν και η διάβρωση του αμαλγάματος είχε διεισδύσει τον οδοντικό ιστό, η αποκατάσταση δεν έβλαπτε την υγεία του δοντιού. Θεωρήθηκε ότι η αφαίρεση θα μπορούσε να προκαλέσει μεγαλύτερη επιδείνωση στον πολφό και κατά συνέπεια απώλεια της ζωτικότητάς του.

Όσον αφορά το περιοδόντιο, η υποουλική θεραπεία είχε το επιθυμητό αποτέλεσμα μέσα σε δύο μήνες. Η προσαρμογή της σύγκλεισης επέτρεψε τη μείωση της κινητικότητας δύο δοντιών που προηγουμένως παρουσίαζαν αυξημένη κινητικότητα λόγω της κατακόρυφης οστικής απώλειας.

**Συζήτηση**

Οι τερηδονικές αλλοιώσεις κοντά στον πολφό αποτελούν πρόκληση τόσο για τη διάγνωση όσο και για την πρόσβασή τους στην καθημερινή μας οδοντιατρική πράξη, όπως αποδεικνύεται στο κλινικό περιστατικό μας. Η έμμεση επικάλυψη πολφού είναι μια διαδικασία που στοχεύει στη διατήρηση της ζωτικότητας του πολφού αποφεύγοντας την ενδοδοντική θεραπεία<sup>5,6</sup>. Διαφορετικά υλικά έχουν χρησιμοποιηθεί για την έμμεση κάλυψη του πολφού κατά τη διάρκεια των ετών. Οι κονίες με βάση το υδροξείδιο του ασβεστίου, το υαλοϊονομερές και το MTA παρουσιάζονται σε αρκετές μελέτες ως επιλογές για αυτή τη θεραπεία<sup>5-8</sup>.

Ωστόσο, τα πιο αποτελεσματικά υλικά από άποψη βιοδραστικότητας (MTA) δεν έχουν αρκετή αντοχή για να εμφράξουν ολόκληρη την κοιλότητα όπως το Biodentine™, το οποίο μπορεί να χρησιμοποιηθεί ως μοναδικό υλικό για τη μαζική πλήρωση μιας κοιλότητας από τον πολφό μέχρι την αδαμαντίνη για έως και έξι μήνες. Στο συγκεκριμένο κλινικό περιστατικό, το Biodentine™ παρέμεινε για μια περίοδο δύο μηνών, που ήταν αρκετός χρόνος για να υποχωρήσουν τα συμπτώματα και να γίνει η τελική αποκατάσταση.

**Συμπέρασμα**

Το Biodentine™ είναι μια εξαιρετική επιλογή για την αποκατάσταση δοντιών με βαθιές κοιλότητες, με ή χωρίς την αποκάλυψη του πολφού. Σημαντικές ιδιότητες όπως η βιοδραστικότητα, η αντοχή και ο σύντομος χρόνος πήξης, εκτός από την εξαιρετική πλαστικότητα, επιτρέπουν στο Biodentine™ να τοποθετείται εύκολα σε πιο δύσκολες περιπτώσεις στην πρόσβαση και κοντά στον πολφό, όπως αναφέρεται σε αυτό το κλινικό περιστατικό.

**Βιβλιογραφία**

1. Laurent P, Camps J, De Méo M, Déjou J, About I. Induction of specific cell responses to a Ca(3)SiO(5)-based posterior restorative material. Dent Mater. 2008 Nov;24(11):1486-94. doi: 10.1016/j.dental.2008.02.020. Epub 2008 Apr 29. PMID: 18448160.
2. Kunert M, Lukomska-Szymanska M. Bio-Inductive Materials in Direct and Indirect Pulp Capping-A Review Article. Materials (Basel). 2020 Mar 7;13(5):1204. doi: 10.3390/ma13051204. PMID: 32155997; PMCID: PMC7085085
3. Koubi G, Colon P, Franquin JC, Hartmann A, Richard G, Faure MO, Lambert G. Clinical evaluation of the performance and safety of a new dentine substitute, Biodentine™, in the restoration of posterior teeth - a prospective study. Clin Oral Investig. 2013 Jan;17(1):243-9. doi: 10.1007/s00784-012-0701-9. Epub 2012 Mar 14. PMID: 22411260; PMCID: PMC3536989.
4. Chauhan A, Dua P, Saini S, Mangla R, Butail A, Ahluwalia S. In vivo outcomes of indirect pulp treatment in primary posterior teeth: 6 months' follow-up. Contemp Clin Dent 2018;9:S69-73
5. Gurcan AT, Seymen F. Clinical and radiographic evaluation of indirect pulp capping with three different materials: a 2-year follow-up study. Eur J Paediatr Dent. 2019 Jun;20(2):105-110. doi: 10.23804/ejpd.2019.20.02.04. PMID: 31246084
6. Mathur VP, Dhillon JK, Logani A, Kalra G. Evaluation of indirect pulp capping using three different materials: A randomized control trial using cone-beam computed tomography. Indian J Dent Res. 2016 NovDec;27(6):623-629. doi: 10.4103/0970-9290.199588. PMID: 28169260.
7. Sahin N, Saygili S, Akcay M. Clinical, radiographic, and histological evaluation of three different pulp-capping materials in indirect pulp treatment of primary teeth: a randomized clinical trial. Clin Oral Investig. 2021 Jun;25(6):3945-3955. doi: 10.1007/s00784-020-03724-4. Epub 2021 Jan 6. PMID: 33404764.
8. Rahman B, Goswami M. Comparative Evaluation of Indirect Pulp Therapy in Young Permanent Teeth using Biodentine™ and Theracal: A Randomized Clinical Trial. J Clin Pediatr Dent. 2021 Jul 1;45(3):158-164. doi: 10.17796/1053-4625-45.3.3. PMID: 34192759.
9. Kurun Aksoy M, Tulga Oz F, Orhan K. Evaluation of calcium (Ca2+) and hydroxide (OH-) ion diffusion rates of indirect pulp capping materials. Int J Artif Organs. 2017 Oct 27;40(11):641-646. doi: 10.5301/ijao.5000619. Epub 2017 Jul 8. PMID: 28708217.
10. Camilleri J. Staining Potential of Neo MTA Plus, MTA Plus, and Biodentine™ Used for Pulpotomy Procedures. J Endod. 2015 Jul;41(7):1139-45. doi: 10.1016/j.joen.2015.02.032. Epub 2015 Apr 15. PMID: 25887807.

**NEW**

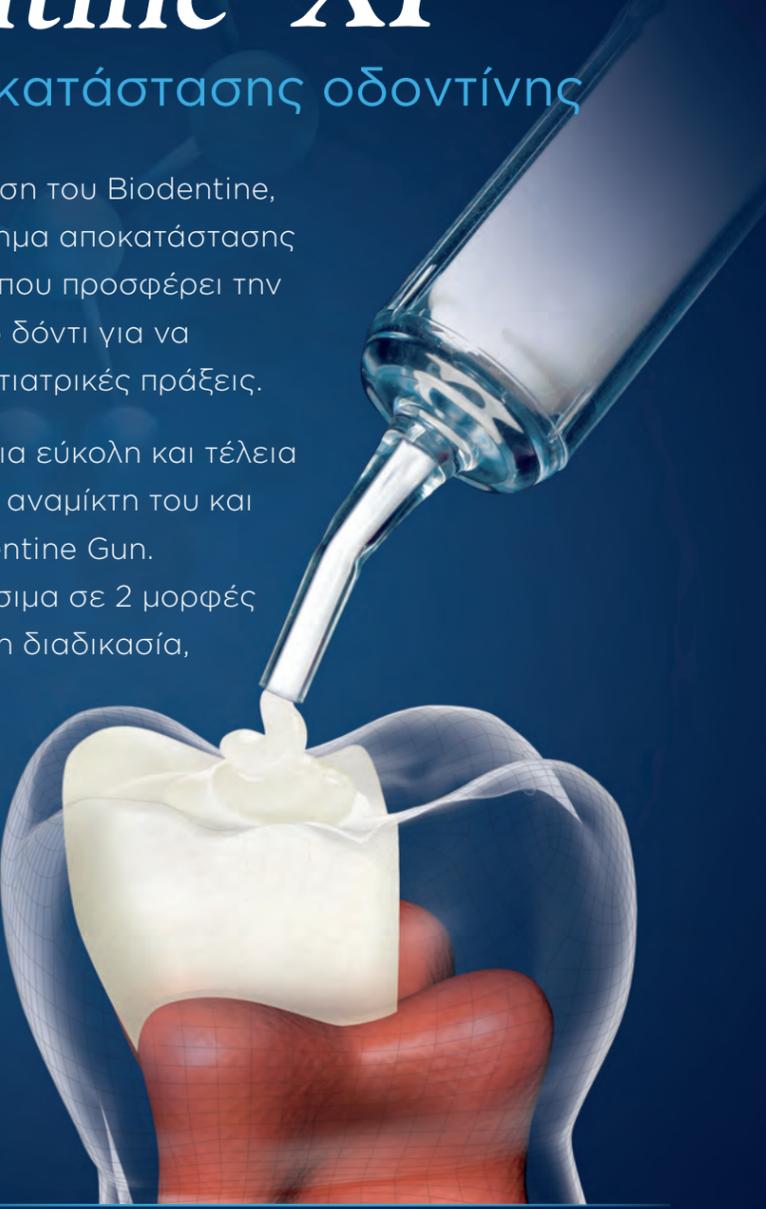
**Biodentine™ XP**

**ΝΕΟ σύστημα αποκατάστασης οδοντίνης**

Η Septodont εισάγει μια νέα έκδοση του Biodentine, το Biodentine **XP** ένα νέο σύστημα αποκατάστασης οδοντίνης με φυσίγγιο all-in-one, που προσφέρει την άμεση τοποθέτηση του υλικού στο δόντι για να διευκολύνει τις καθημερινές οδοντιατρικές πράξεις.

Το Biodentine **XP** εξασφαλίζει μια εύκολη και τέλεια μίξη χάρη στον υψηλής ταχύτητας αναμίκτη του και την εύκολη εφαρμογή με το Biodentine Gun.

Τα φυσίγγια all-in-one είναι διαθέσιμα σε 2 μορφές (XP 200 & XP 500), ανάλογα με τη διαδικασία, το βάθος της κοιλότητας και την απαιτούμενη ποσότητα.



- Ενδείξεις**
- **Στη μύλη:** προσωρινή αποκατάσταση της αδαμαντίνης, μόνιμη αποκατάσταση της οδοντίνης, εν τω βάθει ή μεγάλες τερηδονικές αλλοιώσεις, εν τω βάθει αυχενικές ή ριζικές αλλοιώσεις, υλικό επικάλυψης του πολφού, πολφοτομή.
  - **Στη ρίζα:** διατρήσεις ριζών, εσωτερικές/εξωτερικές επαναροφήσεις, διάτρηση ακρορριζίου, ανάστροφη χειρουργική εμφράξη.



ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΙΚΑ-ΟΡΘΟΔΟΝΤΙΚΑ  
Μιχαλακοπούλου 157, Γουδή 115 27  
Τηλ.: 210 7716.416, 210 7751.000 • Fax: 210 7711.100  
e-mail: info@tsaprazis.gr • www.tsaprazis.gr



**www.odvima.gr**

# Στην Αθήνα το 60ο συνέδριο της ΣΕΕ με θέμα τα εμφυτεύματα

Συνέντευξη στο «Ο.Β.» του προέδρου της Οργανωτικής Επιτροπής, κ. Πάνου Χριστόπουλου



**Πάνος Χριστόπουλος**  
Στοματικός και  
Γναθοπροσωπικός  
Χειρουργός,  
Επίκουρος Καθηγητής ΕΚΠΑ

Έπειτα από πέντε χρόνια διοργάνωσης στην περιφέρεια, το Πανελλήνιο Συνέδριο της Στοματολογικής Εταιρείας Ελλάδος επιστρέφει στην Αθήνα και αυτή τη φορά βάζει τον πήχη ακόμα πιο ψηλά, ειδικά με το θέμα που έχει επιλεγεί. Ο λόγος για τα εμφυτεύματα, μια ολοένα και πιο συνηθισμένη πρακτική αποκατάστασης. Το συνέδριο, με τίτλο «All about implants», θα πραγματοποιηθεί στις 4-5 Οκτωβρίου 2024 στο Ξενοδοχείο Crowne Plaza. Επιπλέον, αυτό θα είναι το 60ο συνέδριο της ΣΕΕ και παρότι δεν έχει χαρακτηριστεί επετειακό, αναμένεται με έντονο ενδιαφέρον. Ο Οκτώβριος άλλωστε είναι



εποχή ευνοϊκή για επίσκεψη στην πρωτεύουσα, με τις αμέτρητες επιλογές που προσφέρει. Και η επιλογή του χώρου είναι εξίσου ιδανική τόσο για τους συνέδρους που κατοικούν στην Αττική, όσο και για τους επισκέπτες, χάρη στην κεντρική τοποθεσία και την εγγύτητα με σταθμό του μετρό.

Καθώς μας χωρίζει το καλοκαίρι μέχρι τη διεξαγωγή του συνεδρίου ο Πρόεδρος της Οργανωτικής Επιτροπής κ. Πάνος Χριστόπουλος, Στοματικός και Γναθοπροσωπικός Χειρουργός, Επίκουρος Καθηγητής ΕΚΠΑ μιλάει στο «Ο.Β.» για το πρόγραμμα και τη στόχευση του συνεδρίου.

Συνέντευξη στην **Γεωργία Σάκκουλα**  
δημοσιογράφο

## Πώς πάνε οι ετοιμασίες για το επερχόμενο συνέδριο;

Οι ετοιμασίες πάνε καλά. Το πρόγραμμα, αυτή τη στιγμή που μιλάμε, έχει ολοκληρωθεί σε ποσοστό περίπου 90% και νομίζω ότι θα είναι πάρα πολύ καλό και ισορροπημένο. Όπως προκύπτει και από τον τίτλο του συνεδρίου είναι αφιερωμένο στα εμφυτεύματα, με μια καλή αναλογία χειρουργικών και προσθετικών θεμάτων. Επίσης έχει δοθεί έμφαση στη διαχείριση των μαλακών ιστών καθώς και στην πρόληψη και θεραπεία της περιεμφυτευματίτιδας.

## Γιατί επιλέχθηκε αυτό το θέμα; Γιατί δόθηκε έμφαση στα εμφυτεύματα;

Γιατί ζούμε σε μια εποχή στην οποία ένα μεγάλο ποσοστό των οδοντιατρικών αποκαταστάσεων γίνεται με τη χρήση οδοντικών εμφυτευμάτων. Επομένως αποτελούν ένα ιδιαίτερα ελκυστικό θέμα για την πλειοψηφία των συναδέλφων. Επειδή όμως η συχνή χρήση κινδυνεύει ενίοτε να μεταβληθεί σε κατάχρηση, θα υπάρχουν εισηγήσεις που θα έχουν στόχο τη διασαφήνιση του πότε ένα δόντι με αμφίβολη πρόγνωση θα πρέπει να εξάγεται και πότε θα πρέπει να χρησιμοποιούνται οι κλασικές οδοντιατρικές τεχνικές με στόχο την διατήρησή του στο φραγμό.

## Πώς θα είναι δομημένο το πρόγραμμα από πλευράς στοργυλλών τραπεζιών και πρακτικών;

Το πρόγραμμα περιλαμβάνει περίπου 20 εισηγήσεις, με διάρκεια μισής ή μίας ώρας, από Έλληνες και ξένους ομιλητές, που θεωρώ ότι ανήκουν στην «αφρόκρεμα» των συναδέλφων που ασχολούνται με την Εμφυτευματολογία.

Θα υπάρχει ένα στοργυλλό τραπέζι, το οποίο φέτος έχει παραχωρηθεί στην Εταιρεία Οδοντοστοματολογικής Ερεύνης, και θα πραγματεύεται το πολύ ενδιαφέρον θέμα της οστικής ανάπτυξης στην Εμφυτευματολογία.

Τέλος θα υπάρχουν τέσσερα-πέντε master classes, τα οποία θα μπορούν να τα παρα-



κολουθήσουν περίπου 80 άτομα το καθένα, καθώς και hands on workshops, στα οποία θα μπορούν να εκπαιδευτούν περίπου 20-25 άτομα ανά συνεδρία.

## Και θα γίνονται όλα ταυτόχρονα;

Ναι, θα είναι όλα ταυτόχρονα σε τρεις αίθουσες. Στην κύρια αίθουσα θα παρουσιαστούν οι εισηγήσεις και το στοργυλλό τραπέζι. Σε μία δεύτερη αίθουσα θα γίνουν τα master classes και οι παρουσιάσεις των ελευθέρων ανακοινώσεων ανοιχτής θεματολογίας, ενώ σε μια τρίτη μικρότερη αίθουσα θα διεξαχθούν τα hands on workshops. Απλά θα προσπαθήσουμε, όσο είναι δυνατό, η κατανομή των θεμάτων να είναι τέτοια ώστε να καλύπτονται τα ενδιαφέροντα όσο το δυνατόν περισσότερων συναδέλφων, δηλαδή για παράδειγμα να μην συμπίπτουν οι χειρουργικές εισηγήσεις με τα χειρουργικά master classes.

## Θα θέλατε να μας αναφέρετε τους ξένους ομιλητές και τι θα παρουσιάσουν;

Θα είναι τρεις οι ξένοι ομιλητές. Ο πρώτος είναι ο Καθηγητής **Alexander Schramm** από τη Γερμανία, ο οποίος είναι Στοματικός και Γναθοπροσωπικός Χειρουργός με πολύ μεγάλη εμπειρία στην ψηφιακή καθοδηγούμενη τοποθέτηση εμφυτευμάτων και επομένως θα παρουσιάσει αυτό ακριβώς το θέμα.

Και ο δεύτερος ξένος ομιλητής είναι Στοματικός και Γναθοπροσωπικός Χειρουργός. Είναι ο **Matteo Chiapasco**, Καθηγητής στο Μιλάνο, με ιδιαίτερη ενασχόληση στις αναπλαστικές τεχνικές. Θα παρουσιάσει μία εισήγηση σχετικά με την οστική ανάπτυξη στην ψηφιακή εποχή και ένα master class με θέμα τις επιπλοκές της ανοιχτής ανύψωσης του ιγμορείου.

Ο τρίτος ξένος ομιλητής είναι ο **Puria**

**Parvini**, χειρουργός στόματος και περιοδοντολόγος, Καθηγητής στη Φραγκφούρτη. Θα παρουσιάσει μία εισήγηση με θέμα «Εξαγωγή και άμεση τοποθέτηση εμφυτεύματος ή διατήρηση της ακρολοφίας και τοποθέτηση εμφυτεύματος σε δεύτερο χρόνο», και ένα master class πάνω στη διαχείριση των μαλακών ιστών.

## Έχετε ήδη κάποια εικόνα για τη συμμετοχή;

Είναι πολύ νωρίς ακόμα. Νομίζω ότι μετά τη δημοσίευση του προκαταρκτικού προγράμματος, που θα γίνει τις επόμενες ημέρες θα μπορούμε να έχουμε μια καλύτερη εικόνα.

## Πού είναι ο πήχης για αυτό το συνέδριο;

Ελπίζουμε και πιστεύουμε να έχουμε 350-400 συμμετοχές. Συνήθως τα συνέδρια της Στοματολογικής Εταιρείας Ελλάδος γίνονται στην περιφέρεια, γιατί είναι στόχος της Εταιρείας να ενισχύει την περιφερειακή ανάπτυξη, και σπανιότερα στην Αθήνα. Στόχος της Οργανωτικής Επιτροπής είναι να ξεπεράσουμε σε συμμετοχή τα προηγούμενα συνέδρια που έγιναν στην Αθήνα, και νομίζω ότι αυτό είναι εφικτό γιατί η όλη θεματολογία του Συνεδρίου είναι πραγματικά πολύ ενδιαφέρουσα.

## Θα θέλαμε να απευθύνετε ένα μήνυμα / κάλεσμα συμμετοχής στους συναδέλφους σας για το τι θα αποκομίσουν απ' το συνέδριο.

Το πρόγραμμα είναι δομημένο έτσι ώστε να περιλαμβάνει από απλά μέχρι εξειδικευμένα θέματα και ο καθένας να μπορεί να βρει αυτό που τον ενδιαφέρει. Δεν απευθύνεται ούτε μόνο σε ειδικούς ούτε μόνο σε γενικούς οδοντιάτρους. Απευθύνεται σε όλους: από τον γενικό οδοντίατρο που θέλει να ασχοληθεί ή ασχολείται ήδη με τα εμφυτεύματα και ο οποίος θα μπορέσει να αποκομίσει χρήσιμες γνώσεις που θα τον βοηθήσουν να βελτιώσει την καθημερινή πρακτική του, μέχρι τον ειδικό που θέλει να πληροφορηθεί τις νεότερες εξελίξεις πάνω στους τομείς που τον αφορούν.

Επομένως, σας περιμένουμε όλους στις 4 και 5 Οκτωβρίου για να περάσουμε ένα όμορφο διήμερο γεμάτο από γνώση και ανταλλαγή επιστημονικών απόψεων.

## Θεματολογία Επιστημονικού Προγράμματος του 60ού συνεδρίου της ΣΕΕ

### Ομιλίες

- When immediacy protocols are not applicable: the digital management of atrophic sites  
**Matteo Chiapasco**, *Oral and Maxillofacial Surgeon, University of Milan, Visiting Professor, Loma Linda University, Los Angeles, California*
- Immediate loading vs socket preservation decision making  
**Puria Parvini**, *Department of Oral surgery & Implantology, Medical Faculty, Assistant Director, Specialist for Oral Surgery & Implantology, Master of Science in Periodontology & Implantology, Master of Science in Esthetic*
- Guided Implantology in clinical routine  
**Alexander Schramm**, *Direktor der Klinik für Mund-Kiefer-und Gesichtschirurgie Universitätsklinikum Ulm*
- Επανεκτίμηση της θέσης δοντιών και εμφυτευμάτων στη διαμόρφωση του εξατομικευμένου σχεδίου θεραπείας. Τι έχει αλλάξει 40 χρόνια μετά;  
**Σπυρίδων Βασιλόπουλος**, *Επίκουρος Καθηγητής Περιοδοντολογίας Οδοντιατρικής Σχολής ΕΚΠΑ*
- Ενδοδοντική παρέμβαση ή εξαγωγή και εμφύτευμα; Εξερευνώντας την γκρίζα ζώνη  
**Μαρία Γεωργοπούλου**, *Καθηγήτρια Ενδοδοντίας, Οδοντιατρική Σχολή ΕΚΠΑ*  
**Χαρίκλεια Παξιμαδά**, *Επίκουρη Καθηγήτρια Οδοντικής Χειρουργικής, Οδοντιατρική Σχολή ΕΚΠΑ*
- Επιδεξιοποιήσιμες αποκαταστάσεις στην σύγχρονη ψηφιακή εποχή. Τι αλλάζει;  
**Ηρακλής Γούσιος**, *DDS, MSc, PhD, Οδοντίατρος - Προσθητολόγος, Επίκουρος Καθηγητής Πανεπιστημίου Αθηνών*
- Η πρόληψη της περιεμφυτευματίτιδας ξεκινά στο προεγχειρητικό στάδιο  
**Σωτήριος Ζησόπουλος**, *Περιοδοντολόγος*
- Επαναπροσεγγίζοντας τη θεραπεία των περιεμφυτευματικών νόσων  
**Ιωάννης Καρούσης**, *Αναπληρωτής Καθηγητής Περιοδοντολογίας Οδοντιατρικής Σχολής ΕΚΠΑ*
- Σύγκλιση και επιεμφυτευματικές αποκαταστάσεις  
**Πελοπίδας Λομβαρδός**, *Χειρουργός Οδοντίατρος - Προσθητολόγος*
- Η σημασία της διαχείρισης των μαλακών ιστών στην επιτυχία των επιεμφυτευματικών αποκαταστάσεων  
**Φοίβος Μαδιανός**, *Καθηγητής Περιοδοντολογίας Οδοντιατρικής Σχολής ΕΚΠΑ*
- Διαχείριση της ατροφικής γνάθου με κοντά εμφυτεύματα: Μύθοι και πραγματικότητα  
**Κωνσταντίνος Μανταλενάκης**, *Γναθοπροσωπικός Χειρουργός*
- Ασθενείς σε αντιοστεολυτική αγωγή και εμφυτεύματα  
**Ιωάννης Μελακόπουλος**, *Στοματικός & Γναθοπροσωπικός Χειρουργός*
- Ο ρόλος των εμφυτευμάτων στην ιατροδικαστική του στόματος  
**Αναστασία Μητσέα**, *Επίκουρη Καθηγήτρια Διαγνωστικής και Ακτινολογίας Στόματος Οδοντιατρικής Σχολής ΕΚΠΑ*
- ALL-on-X. Προϋποθέσεις για Επιτυχία  
**Κωνσταντίνος Νικολόπουλος**, *Γναθοπροσωπικός Χειρουργός*
- Περιεμφυτευματική προσθετική: Η σημασία της επιλογής του διαβλενογόνιου στηρίγματος  
**Γεώργιος Παπαβασιλείου**, *Επίκουρος Καθηγητής Προσθητικής Οδοντιατρικής Σχολής ΕΚΠΑ*
- Άμεσα και μεθύτερα πρωτόκολλ-

λα εμφυτευμάτων στην αισθητική ζώνη - Σύγχρονες απόψεις  
**Σταύρος Πελεκάνος**, *Επίκουρος Καθηγητής Προσθητικής Οδοντιατρικής Σχολής ΕΚΠΑ*

- Συστηματικά νοσήματα και εμφυτεύματα: Οι συνέπειες τους στα οδοντικά εμφυτεύματα  
**Αθανάσιος Πουλόπουλος**, *Καθηγητής Στοματολογίας, Οδοντιατρικό Τμήμα Σχολής Επιστημών Υγείας, ΑΠΘ*
- Βρυγμός και εμφυτεύματα  
**Ίλεια Ρούσσου**, *Επίκουρη Καθηγήτρια Προσθητικής Οδοντιατρικής Σχολής ΕΚΠΑ*
- Επένθετες Ολικές Οδοντοστοιχίες: κλινικής εφαρμογής  
**Νικήτας Σουκαράς**, *Αναπληρωτής Καθηγητής Κινητής Προσθητικής, Οδοντιατρική Σχολή ΕΚΠΑ*

### Στρογγυλά Τραπέζια

- 25 χρόνια Οστική Ανάπλαση στην Εμφυτευματολογία.Επιστημονική και Κλινική Πρόοδος

*Συμμετέχοντες:*  
**Φώτιος Τζέρμπος**, *Πρόεδρος Εταιρείας Οδοντοστοματολογικής Ερεύνης, τ. Αναπληρωτής Καθηγητής Στοματικής και Γναθοπροσωπικής Χειρουργικής, Οδοντιατρική Σχολή ΕΚΠΑ*  
**Χαράλαμπος Αποστολίδης**, *Στοματικός και Γναθοπροσωπικός Χειρουργός*  
**Γεώργιος Βήλος**, *Στοματικός και Γναθοπροσωπικός Χειρουργός*

### Masterclasses

- Management of Complications Associated with Elevation of the Max-

illary Sinus  
**Matteo Chiapasco**

- Soft tissue management around teeth and implants  
**Puria Parvini**
- Ανύψωση Ιγμορείου με την μέθοδο της Οστεοσυμπύκνωσης / Versah  
**Κωνσταντίνος Νικολόπουλος**
- Επιεμφυτευματικές αποκαταστάσεις ολικού φραγμού - Σχεδιάζοντας από FP1 έως FP3  
**Σταύρος Πελεκάνος**

### Hands-on Workshops

- Ανύψωση ιγμορείου με τη μέθοδο της οστεοσυμπύκνωσης και χρήση μοσχεύματος  
**Κωνσταντίνος Νικολόπουλος**

**Variotime®**  
Αποτυπώστε με άνεση

Giving a hand to oral health

**KULZER**  
MITSUI CHEMICALS GROUP

ΕΠΙΣΗΜΟΣ ΑΝΤΙΠΡΟΣΩΠΟΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ

**ΑΠΟΣΤΟΛΙΔΕΣ**  
SINCE 1929  
HEALTHCARE TECHNOLOGIES

Αθήνα, Φειδιππίδου 23, Τηλέφωνο: 210 6984 882, Email: info@apostolides.gr  
Θεσσαλονίκη, Νεστ. Τέλλογλου 11, Τηλέφωνο: 2310 201 301, Email: info@apostolides.gr

# Το 3ο Συνέδριο Style Italiano Endodontics έρχεται να ταράξει τα νερά



Ο χρόνος μετρά αντίστροφα για το τρίτο διεθνές συνέδριο Style Italiano Endodontics που θα πραγματοποιηθεί στα τέλη Σεπτεμβρίου στην Αθήνα και αν κρίνουμε από τις προηγούμενες διοργανώσεις αυτή τη φορά ο πήχης θα είναι ακόμα πιο ψηλά.

Η μεγάλη επιστημονική εκδήλωση που προσελκύει οδοντιάτρους από όλο τον κόσμο, χάρη και στην τεράστια απήχηση που έχει η διαδικτυακή κοινότητα Style Italiano Endodontics,

αναμένεται και φέτος να συγκεντρώσει πολύ μεγάλο αριθμό συνέδρων. Φυσικά τον κύριο λόγο έχει η εξαιρετική επιλογή ομιλητών από διάφορες χώρες, με προσκεκλημένους κορυφαίους επιστήμονες της Οδοντιατρικής, και το πολύ ενδιαφέρον πρόγραμμα, που φέρει την υπογραφή του Καθηγητή Κοσμά Τολίδη.

Καθοριστικό ρόλο στη διοργάνωση έχει ο πρόεδρος της Οργανωτικής Επιτροπής Δρ. Κωνσταντίνος Καλογερόπουλος, στον οποίο απευθυνθήκαμε για να μας μιλήσει για το συνέδριο και όλα όσα επιφυλάσσουν στους συμμετέχοντες.

Συνέντευξη στην **Γεωργία Σάκκουλα**  
δημοσιογράφο

**Σε λίγους μήνες θα πραγματοποιηθεί το 3ο Διεθνές Συνέδριο του Style Italiano Endodontics στην Ελλάδα. Πώς προχωρούν οι ετοιμασίες;**

Το διήμερο 28 και 29 Σεπτεμβρίου θα γίνει στην Αθήνα το επιστημονικό γεγονός της χρονιάς. Όλα είναι έτοιμα για να υποδεχτούν συνέδρους, ομιλητές και εμπόρους οδοντιατρικών από όλο τον πλανήτη σε ένα φαντασμαγορικό event που δεν έχει ξαναγίνει σε τέτοια κλίμακα στην Ελλάδα. Με ένα πλήρες επιστημονικό και κοινωνικό πρόγραμμα και αρκετές καινοτομίες αναμένεται να ταράξει τα νερά στο χώρο των συνεδρίων και να γίνει θεσμός.

**Το συνέδριο διοργανώνεται για δεύτερη συνεχόμενη χρονιά στην Αθήνα. Γιατί επιλέχθηκε και φέτος η πρωτεύουσα;**

Το Style Italiano Endodontics αποτελεί, με τα 220.000 και πλέον μέλη του, αυτή τη στιγμή τη μεγαλύτερη ομάδα οδοντιάτρων στον κόσμο. Η παρουσία της ομάδας μας είναι διαρκής σε συνέδρια και σε σεμινάρια σε όλο τον κόσμο. Μετά την επιτυχία των δυο προηγούμενων χρόνων, και ειδικά του περσινού συνεδρίου, μας ανατέθηκε να διοργανώσουμε κάθε χρόνο το συγκεκριμένο συνέδριο στην Αθήνα. Μάλιστα, οι ιδρυτές του Style Italiano Endodontics, Fabio Giorni και Pio Bertani, οι οποίοι θα είναι μαζί μας τον Σεπτέμβριο, το χαρακτήρισαν ως το κεντρικό event της ομάδας. Αυτό αποτελεί μεγάλη αναγνώριση των κόπων του καθηγητή κ. Κοσμά Τολίδη, του Ανδρέα Λουλουδιάδη και εμού, που αποτελούμε και την οργανωτική και επιστημονική επιτροπή του συνεδρίου.

**Ποιοι θα είναι οι κεντρικοί άξονες του επιστημονικού προγράμματος;**

Το κύριο θέμα του συνεδρίου είναι η σχέση της ενδοδοντικής θεραπείας με την αποκατάσταση, Endo/Resto, όπως λέει και ο τίτλος. Θα αναλυθούν διεξοδικά όλες οι πτυχές του, τόσο από την σκοπιά της ενδοδοντίας όσο και από την πλευρά της αποκατάστασης. Άλλωστε, αυτό είναι που ενδιαφέρει και το ευρύ κοινό. Τα τελευταία 20 χρόνια παρακολουθώ ανελλιπώς συνέδρια στην Ελλάδα και στο Εξωτερικό, τόσο ως φοιτητής και οδοντίατρος, όσο και ως διεθνής ομιλητής, ενώ συμμετέχω και ως εκπαιδευτής σε σεμινάρια συνεχιζόμενης εκπαίδευσης σε Πανεπιστήμια και ιδρύματα του εξωτερικού. Είχα ένα όραμα: να δημιουργήσω ένα συνέδριο διαφορετικό από τα άλλα. Ένα συνέδριο όχι μόνο θεωρητικό αλλά και πρακτικό. Οι 69 ομιλητές μας θα μοιραστούν με το κοινό όλα τα κλινικά μυστικά της επιτυχίας τους. Η άποψή μου είναι ότι ο οδοντίατρος που αφιερώνει ένα Σαββατοκύριακο μακριά από την οικογένειά του πρέπει να μπορεί να γυρίσει τη Δευτέρα στο ιατρείο του σοφότερος και να μπορεί να εφαρμόσει τα όσα έμαθε.

**Μπορείτε να μας πείτε πώς θα είναι σε αριθμούς το συνέδριο, από πλευράς διαλέξεων και πρακτικών σεμιναρίων;**

Τα νούμερα είναι πραγματικά εντυπωσιακά: 54 διαλέξεις σε δύο αίθουσες, 42 πρακτικά σεμινάρια, 69 ομιλητές, 2 προσυνεδριακά ολοήμερα σεμινάρια.

Η ερώτηση που προκύπτει εδώ είναι η εξής: κάποιος που θα επιλέξει να παρακολουθήσει ένα ή και παραπάνω σεμινάρια, θα χάσει το επιστημονικό πρόγραμμα; Η απάντηση είναι όχι, καθώς όλες οι ομιλίες της κύριας αίθουσας θα είναι διαθέσιμες on line και on

## 3rd Style Italiano Endodontics International Congress in Greece

### "Endo Resto"

2024

**28-29 Sep**

WYNDHAM GRAND, ATHENS

[www.siegreece.com](http://www.siegreece.com)

#siegreece



STYLE ITALIANO  
ENDODONTICS

"Feasible, Teachable, Repeatable"

CONGRESS SECRETARIAT  
Everest Travel & Congresses  
Lycaburgou 14-16, 10552, Athens  
T: +302103249242  
E: conference@everesttravel.gr  
W: www.everesttravel.gr

demand, για δυο μήνες μετά το συνέδριο, χωρίς επιπλέον κόστος για τους συμμετέχοντες. Είναι χαρακτηριστικό ότι πέρυσι η πλατφόρμα είχε πάνω από 6.000 views.

Επιπρόσθετα, φέτος θα έχουμε και 2 άκρως ενδιαφέροντα προσυνεδριακά ολοήμερα σεμινάρια τα οποία θα γίνουν στο ξενοδοχείο του συνεδρίου την Παρασκευή 27/09. Πρόκειται για ένα masterclass περιεκτικής χειρουργικής και ένα σεμινάριο πρώτων βοηθειών και πιστοποίησης στη χρήση του αυτόματου απινιδωτή. Περισσότερες πληροφορίες για αυτά θα βρείτε στην ιστοσελίδα του συνεδρίου siegreece.com.

**Το συνέδριο απευθύνεται σε όλους τους οδοντιάτρους ή αφορά κυρίως τους ενδοδοντολόγους;**

Απευθυνόμαστε τόσο στο γενικό όσο και στον ειδικό οδοντίατρο. Η ενδοδοντική θεραπεία είναι άρρηκτα συνδεδεμένη με την αποκατάσταση. Θα δοθεί έμφαση στην ολοκληρωμένη προσέγγιση ενός θέματος που απασχολεί καθημερινά εκατομμύρια οδοντιάτρους στον κομο και που σπάνια αναπτύσσεται σε τέτοιο βαθμό.

Για την ακρίβεια, κάποιος που δεν κάνει ενδοδοντικές θεραπείες στο ιατρείο του θα μπορεί να παρακολουθήσει 20 ομιλίες για αποκαταστατική οδοντιατρική ενώ θα μπορεί να διαλέξει και ανάμεσα σε 15 και πλέον πρακτικά σεμινάρια. Σημειωτέον ότι με την εγγραφή δίδεται δώρο και ένα πρακτικό σεμινάριο της επιλογής τους.

**Θα υπάρχουν κάποιοι ξεχωριστοί ομιλητές από το εξωτερικό που θα θέλατε να αναφέρετε;**

Ομολογώ ότι το line up ξένων και Ελλήνων ομιλητών είναι εντυπωσιακό. Φέτος έχουμε τη χαρά και την τιμή να φιλοξενούμε και

τους παγκοσμίου φήμης ενδοδοντολόγους Mario Zuolo από την Βραζιλία και Stephen Buchanan από τις Η.Π.Α, καθώς και 2 μέλη του Style Italiano Shade Guides, τους Vincenzo Tosco και Jordi Manauta από την Ιταλία που θα πλαισιώσουν ιδανικά τους υπολοίπους. Άλλωστε, όλοι οι ομιλητές, Έλληνες και ξένοι, που προσκλήθηκαν στο συνέδριο είναι αναγνωρισμένοι διεθνείς ομιλητές και καθηγητές σε Πανεπιστήμια στην Ελλάδα και στο εξωτερικό, ενώ αρκετοί είναι key opinion leaders για εταιρίες του χώρου. Αυτή είναι και η δύναμη του Style Italiano Endodontics.

**Εκτός από το υψηλό επίπεδο πρόγραμμα που έχει καθιερώσει τα συνέδρια Style Italiano, τι άλλο μπορούν να περιμένουν οι συμμετέχοντες;**

Η εμπορική έκθεση σε όλα τα συνέδρια του κόσμου αποτελεί πόλο έλξης για τους οδοντιάτρους που θέλουν να δουν από κοντά όλα τα νέα προϊόντα και τις τεχνολογικές εξελίξεις στον τομέα ενδιαφέροντός τους και δη στην Ενδοδοντία και την Αποκαταστατική Οδοντιατρική. Φέτος θα έχουμε μια άκρως εντυπωσιακή έκθεση που δεν έχει τίποτα να ζηλέψει από εκθέσεις μεγάλων συνεδρίων του εξωτερικού. Τέλος, το κοινωνικό πρόγραμμα θα είναι και αυτό άξιο λόγου.

**Θα θέλαμε να κλείσουμε με ένα κάλεσμα συμμετοχής προς τους συναδέλφους σας.**

Να είστε όλοι εκεί να περάσουμε ένα αξέχαστο Σαββατοκύριακο γνώσης και διασκέδασης.

\*Το συνέδριο θα πραγματοποιηθεί στο ξενοδοχείο **Wyndham Grand Athens**, Μεγ. Αλεξάνδρου 2, Αθήνα.

## Διημερίδα της Dental Expert-Άννα Ελμάογλου ΕΠΕ

Πιστή στη δέσμευσή της για προαγωγή των οδοντιατρικών υπηρεσιών, η εταιρεία Dental Expert -Άννα Ελμάογλου ΕΠΕ προσφέρει τη δυνατότητα στους οδοντιάτρους να παρακολουθήσουν δωρεάν μια πολύ ενδιαφέρουσα διημερίδα το **Σαββατοκύριακο 12-13 Οκτωβρίου 2024**, στο **Ίδρυμα Ευγενίδου**.



Το Σάββατο 12 Οκτωβρίου ο κ. **Ανδρέας Κροκίδης** θα παρουσιάσει την ενότητα «**Προβέψιμες λύσεις για επιτυχημένη ενδοδοντική θεραπεία**». Η ημερίδα περιλαμβάνει τις ενότητες: Από την Αξιολόγηση στη Διάγνωση, Αναγνώριση, Μήκος Εργασίας, Glide Path (Θεωρία & Πρακτική Επίδειξη), Χημικομηχανική Επεξεργασία: Επιλογές - Πρωτόκολλα. (Θεωρία & Πρακτική Επίδειξη) και Τρισδιάστατη Έμφραξη, Υλικά & Τεχνικές. (Θεωρία & Πρακτική Επίδειξη).

Στόχος του κλινικού φροντιστηρίου είναι η μετάδοση ενός αξιόπιστου τρόπου προ-επεμβατικής αξιολόγησης, μιας ασφαλούς στρατηγικής δράσης και προτάσεων για την αποφυγή συμβαμάτων που περιπλέκουν τη θεραπεία. Παράλληλα θα γίνει live demo όλων των τεχνικών που θα περιγραφούν.



Την Κυριακή 13 Οκτωβρίου ο κ. **Μίνως Σταυριδάκης** θα αναφερθεί στις «**Εμμεσες Αποκαταστάσεις Σύνθετης Ρητίνης σε Οπίσθια Δόντια**». Καθώς υπάρχουν πολλές παραλλαγές στα διάφορα κλινικά στάδια που καμιά φορά μπερδεύουν τον κλινικό οδοντίατρο, στόχος του κλινικού φροντιστηρίου είναι να απλοποιήσουν την κλινική διαδικασία, δίνοντας εύχρηστες λύσεις σε κάθε κλινικό στάδιο.

Το πρόγραμμα της 2ης ημέρας

- Ένθετα/Επένθετα/Υπερένθετα - 1η Συνεδρία: Παρασκευή Κοιλότητας (Άμεση Κάλυψη Οδοντίνης, Επαναπροσδιορισμός Αυχενικού Ορίου), Αποτύπωση, Προσωρινή Αποκατάσταση
- Ένθετα/Επένθετα/Υπερένθετα - 2η Συνεδρία: Δοκιμή Αποκατάστασης, Επιλογή Υλικού και Τεχνικής Συγκόλλησης, Συγκόλληση
- Πρακτική Επίδειξη: Άμεση Κάλυψη Οδοντίνης, Επαναπροσδιορισμός Αυχενικού Ορίου, Αποτύπωση, Προσωρινή Αποκατάσταση, Συγκόλληση

\*Απαιτείται δήλωση συμμετοχής στα τηλέφωνα της εταιρείας:

**210 7770739, 210 7770749**, καθώς θα τηρηθεί σειρά προτεραιότητας.



## Biodentine® XP Το νέο σύστημα για την αποκατάσταση της οδοντίνης

Το Biodentine είναι το πρώτο βιοσυμβατό και βιοδραστικό υποκατάστατο της οδοντίνης σε μύλη και ρίζα ενός δοντιού.

Χάρη στα μοναδικά χαρακτηριστικά του, τις εξαιρετικές εμφρακτικές και μηχανικές του ιδιότητες, το Biodentine μπορεί να χρησιμοποιηθεί ως Bio-Bulk Fill υλικό, εμφράσσοντας την κοιλότητα από τον πολφό μέχρι τη μύλη (με την οριστική αποκατάσταση της αδαμαντίνης εντός 6 μηνών): η διαδικασία είναι εύκολη & γρήγορη καθώς χρησιμοποιείται το ίδιο υλικό.

Σήμερα, η Septodont εισάγει μια νέα έκδοση του Biodentine, το Biodentine XP, ένα νέο σύστημα αποκατάστασης οδοντίνης με φυσίγγιο all-in-one, που προσφέρει την άμεση τοποθέτηση του υλικού στο δόντι για να διευκολύνει τις καθημερινές οδοντιατρικές πράξεις.

Το Biodentine XP, είναι όλη η επιστήμη του Biodentine, ενσωματωμένη σε ένα νέο και αναβαθμισμένο σύστημα, σχεδιασμένο να παρέχει στους οδοντιάτρους μια βέλτιστη καθημερινή εμπειρία, από την προετοιμασία του προϊόντος μέχρι την άμεση τοποθέτησή του στο δόντι.



Το Biodentine XP θα εξασφαλίσει μια εύκολη και τέλεια μίξη χάρη στον υψηλής ταχύτητας αναμίκτη του και μια εύκολη εφαρμογή με το Biodentine Gun. Τα φυσίγγια all-in-one είναι διαθέσιμα σε 2 μορφές (XP 200 & XP 500), ανάλογα με τη διαδικασία, το βάθος της κοιλότητας και την απαιτούμενη ποσότητα.

Η ευκολία χρήσης και οι πολλαπλές ενδείξεις του Biodentine XP από τη μύλη μέχρι τη ρίζα του δοντιού θα βοηθήσουν τους οδοντιάτρους καθημερινά να θεραπεύουν τους ασθενείς τους.

Επικοινωνήστε με την «**I. Τσαπράζης ΑΕ**» για να μάθετε περισσότερα για το **BIODENTINE XP** και την προσφορά **www.tsaprazis.gr, τηλ: 210-7716416**

## Επιστημονική εκδήλωση του Ο.Σ. Κορινθίας

Μεγάλη επιτυχία σημείωσε η επιστημονική εκδήλωση που διοργάνωσε ο Οδοντιατρικός Σύλλογος Κορινθίας σε συνεργασία με το Athens Study IPI Club, στις 20 Απριλίου 2024 στον συνεδριακό χώρο του ξενοδοχείου Sikyon Coast στον Πευκιά Ξυλοκάστρου, με θέμα: «**ΑΙΣΘΗΤΙΚΕΣ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΕΙΣ ΠΕΡΙΟΔΟΝΤΙΚΑ & ΕΝΔΟΔΟΝΤΙΚΑ ΘΕΡΑΠΕΥΜΕΝΩΝ ΔΟΝΤΙΩΝ**».

Σε μια κυριολεκτικά κατάμεστη αίθουσα, οδοντίατροι από την Κορινθία, την Αττική, την Αχαΐα, την Αρκαδία, την Αργολίδα, τη Μεσσηνία κ.α. παρακολούθησαν με έκδηλο και αμείωτο ενδιαφέρον τις πρωτότυπες εισηγήσεις του Δρ. του Πανεπιστημίου Αθηνών κ. **Αλέξανδρου Γκρους** και του Καθηγητή του Πανεπιστημίου της Γενόβα κ. **Βασιλείου Καΐτσα**, ενώ στη συνέχεια πραγματοποιήθηκε πρακτική εξάσκηση.

Στην εκδήλωση παραβρέθηκαν και απύθνυται χαιρετισμό ο Αντιδήμαρχος του Δήμου Ξυλοκάστρου - Ευρωσίνης κ. **Αναστάσιος Λόντος**, που δώρισε στους προσκεκλημένους ομιλητές βιβλία σχετικά με την ιστορία της περιοχής και ο Πρόεδρος του Ιατρικού Συλλόγου Κορινθίας και ο Αντιπεριφερειάρχης Υγείας κ. **Χρυσοβαλάντης Μέλλος**, που τόνισε την εξαιρετική συνεργασία μεταξύ του Οδοντιατρικού και Ιατρικού Συλλόγου Κορινθίας. Η ημερίδα ετελέσθη υπό την αιγίδα του Δήμου Ξυλοκάστρου-Ευρωσίνης και της Περιφέρειας Πελοποννήσου.

Ο Πρόεδρος του ΟΣΚ κ. **Επαμεινώνδας Κατσούλας** στην εισαγωγική του ομιλία αναφέρθηκε στην ιστορικότητα της βίλας του Άγγελου Σικελιανού και της Εύας Πάλμπερ καθώς και στην επέτειο (19.4.1824) των 200 ετών από το θάνατο του μεγάλου ποιητή και φιλέλληνα



Στα φωτογραφικά στιγμιότυπα διακρίνουμε τον πρόεδρο του ΟΣΚ κ. **Επαμεινώνδα Κατσούλα (1)**, τον κ. **Μιχάλη Πάτρα (2)** από το Study IPI που συνδιοργάνωσε την ημερίδα με τον ΟΣΚ και τον δρ. **Αλέξανδρο Γκρους (3)**. Το παρών στην ημερίδα έδωσαν δεκάδες σύνεδροι (4). Ο καθηγητής του Πανεπιστημίου της Γένοβα κ. **Βασίλης Καΐτσας** παραλαμβάνει τιμητική πλακέτα για τη συμβολή του στις επιστημονικές εκδηλώσεις του ΟΣΚ, από τον κ. Κατσούλα και την αντιπρόεδρο του ΟΣΚ κ. **Λίτσα Παπαγεωργίου (5)**.

Λόρδου Βυρον. Ο κ. **Μιχάλης Πάτρας** εκ μέρους της ΙΠ ευχαρίστησε τον Πρόεδρο και το ΔΣ του ΟΣΚ για την άριστη συνεργασία και την καθοριστική συμβολή τους στην επιτυχία της εκδήλωσης. Την ευθύνη της παρουσίασης των προσκεκλημένων ομιλητών είχε η Αντιπρόεδρος του ΟΣΚ κ. **Λίτσα Παπαγεωργίου**.

Στο πλαίσιο της εκδήλωσης, ο ΟΣΚ τίμησε τον Καθηγητή κ. Βασίλειο Καΐτσα, που κατάγεται από τον Πύργο Κορινθίας, ανακηρύσσοντάς τον επίτιμο μέλος του για τη συμβολή του στις επιστημονικές εκδηλώσεις του Συλλόγου.

Η ημερίδα άφησε τις καλύτερες εντυπώσεις στους παρευρισκόμενους τόσο για το υψηλό

επίπεδο περιεχομένου της, όσο και για την άψογη φιλοξενία που προσέφεραν στους προσκεκλημένους οι διοργανωτές. Σύμφωνα με τον κ. Πάτρα: «**Τα σχόλια των συμμετεχόντων αναφέρουν ότι ήταν μία εκδήλωση χωρίς προηγούμενο!**»

Ο ΟΣΚ, πρωτοπόρος στη διοργάνωση επιστημονικών εκδηλώσεων, θα συνεχίσει τις προσπάθειές του στον τομέα της Συνεχιζόμενης Εκπαίδευσης, προβάλλοντας συγχρόνως την περιοχή μας ως προορισμό συνεδριακού τουρισμού. Στις προσπάθειές του αυτές ευελπιστεί ότι θα βρύνει αρωγούς τους Πολιτειακούς θεσμούς της Αυτοδιοίκησης.

## Ημερίδα με θέμα: «Παθήσεις Στόματος»

Την Τετάρτη 27 Μαρτίου 2024, στο πλαίσιο του 10ου Ετήσιου Προγράμματος Συνεχιζόμενης Ιατρικής Επιμόρφωσης 2023-2024 του Ιατρικού Κέντρου Αθηνών, παρουσιάστηκε το θέμα «Παθήσεις Στόματος». Συντονιστής της εκδήλωσης ήταν ο Καθηγητής Στοματολογίας της Ιατρικής Σχολής του Πανεπιστημίου Αθηνών κ. **Γεώργιος Λάσκαρης**, που ανέπτυξε το θέμα «Καρκίνος του Στόματος: Η Πρώιμη Διάγνωση Σώζει Ζωές». Ομιλητές ακόμη ήταν: Η Στοματολόγος-Οδοντίατρος Υπεύθυνη του Στοματολογικού Ιατρείου του Ιατρικού Κέντρου Αθηνών κ. **Μαρίνα Δούκα** η οποία παρουσίασε την εισήγηση με θέμα «Δυσπικτικές Κακοήθεις Διαταραχές του Στόματος» και ο Παθολόγος-Λοιμωξιολόγος, Επιστημονικός Συνεργάτης στο Ιατρικό Κέντρο Αθηνών κ. **Νικόλαος Μουσσάς** που ανέπτυξε το θέμα «Βασικές Αρχές Πρόληψης των Νοσοκομειακών Λοιμώξεων».

Στην εκδήλωση συμμετείχαν ενεργά 65 συνάδελφοι, μεταξύ των οποίων και φοιτητές του Ευρωπαϊκού Πανεπιστημίου Κύ-



πρου, οι οποίοι εκπαιδεύονται στο Ιατρικό Κέντρο Αθηνών. Το επίπεδο των εισηγήσεων ήταν εξαιρετικά υψηλό και κέντρισε το ενδιαφέρον του κοινού.

Με την ολοκλήρωση των ομιλιών ακολούθησαν ερωτήσεις από γιατρούς και φοιτητές και υπήρξε διάλογος και ανταλλαγή απόψεων. Το Ιατρικό Κέντρο Αθηνών τιμά την Στοματολογία καθώς στο πρόγραμμα συνεχιζόμενης ιατρικής επιμόρφωτής σχεδόν

κάθε χρόνο παρουσιάζονται στοματολογικά θέματα ενώ ήδη από το 2008 λειτουργεί Στοματολογικό Ιατρείο στο Νοσοκομείο. Ως προς το ζωτικής σημασίας θέμα της πρόληψης των ενδονοσοκομειακών λοιμώξεων, οι εισηγήσεις του Λοιμωξιολόγου Νικόλαου Μουσσά ήταν εξαιρετικά εύστοχες και πρακτικές.

Ευχόμαστε να συνεχιστεί αυτή η παράδοση παρουσίασης σε ετήσια βάση θεμάτων στοματολογικού ενδιαφέροντος σε ένα νοσοκομειακό περιβάλλον, όπως αυτό του Ιατρικού Κέντρου Αθηνών, το οποίο αποτελεί και το φυσικό χώρο ανάπτυξης και εξέλιξης της Στοματολογίας.

Η εκδήλωση έχει αναρτηθεί στο You Tube από τους διοργανωτές του Προγράμματος Συνεχιζόμενης Ιατρικής Επιμόρφωσης του Ιατρικού Κέντρου Αθηνών.

**Μαρίνα Δούκα**

Msc DDS, Οδοντίατρος Στοματολόγος  
Υπεύθυνη Στοματολογικού Ιατρείου Ιατρικό Κέντρο Αθηνών

# Στην Καλαμάτα, τον τόπο της ελιάς, συνεχίστηκε η παράδοση των επιτυχημένων Παμπελοποννησιακών Οδοντιατρικών Συνεδρίων

Από τις 24 έως τις 26 Μαΐου 2024 εκατοντάδες σύνεδροι κατέκλυσαν το ξενοδοχείο «Elysian Luxury Hotel & Spa, στην συνοικία Κορδία, και παρακολούθησαν με ιδιαίτερο ενδιαφέρον τις δεκάδες εισηγήσεις και πρακτικά σεμινάρια που με ράκι είχε οργανώσει ο πρόεδρος του επιστημονικού προγράμματος, ο κ. **Κωνσταντίνος Τόσιος**, Αναπληρωτής Καθηγητής ΕΚΠΑ.

Οικοδεσπότης του 22ου Παμπελοποννησιακού Οδοντιατρικού Συνεδρίου ήταν ο Οδοντιατρικός

Σύλλογος Μεσσηνίας (ΟΣΜ), που φρόντισε για την άψογη διοργάνωση του συνεδρίου και φιλοξενία των συνέδρων και των συνοδών τους. Η δραστήρια πρόεδρος του ΟΣΜ, κ. **Γεωργία (Τζίνα) Θεοδοροπούλου**, υποδέχτηκε τους συνέδρους με μεγάλο ενθουσιασμό και με τις διοργανωτικές της ικανότητες σφράγισε την επιτυχία του φετινού συνεδρίου, ενώ με μια ειδική προβολή στην τελετή έναρξης τίμησε την ιστορία του συλλόγου της περιοχής.



## Πρώτη ημέρα

Η πρώτη ημέρα του συνεδρίου, Παρασκευή 24/5, ήταν ιδιαίτερα ξεχωριστή λόγω της τελετής έναρξης, που ήταν αρκετά διαδραστική.

Το επιστημονικό πρόγραμμα της ημέρας είχε δύο στρογγυλά τραπέζια και πέντε εισηγήσεις, ενώ υπήρξαν και ελεύθερες ανακοινώσεις.

Της **Γεωργίας Σάκκουλα**, δημοσιογράφου

Η Σ. Μουσουλέα αναφέρθηκε στην «Συμβολή του οδοντίατρου στην έγκαιρη διάγνωση ανωμαλιών της σύγκλεισης», ενώ ο Χρ. Κωνσταντινίδης έκανε εισήγηση με θέμα «Οδοντιατρική κατ' οίκον: Η κλινική πραγματικότητα».

Ακολούθησε στρογγυλό τραπέζι με θέμα «Καθημερινές λύσεις με εμφυτεύματα. Συζήτηση σε κλινικά περιστατικά». Συντονιστής ήταν ο κ. Κ. Χούπης και συμμετέχοντες οι κ.κ.: Ε. Βολιτίδη, Μ. Οικονόμου, Χ. Χατζηκαλεπλή, Κ. Χούπης και Α. Χρονόπουλος.

Την ίδια ώρα μεσολάβησε εισήγηση της κ. Σ. Μερκουρέα με θέμα «Επείγοντα στοματολογικά περιστατικά στο οδοντιατρείο».

Στη συνέχεια πραγματοποιήθηκε το δεύτερο στρογγυλό τραπέζι με θέμα «Πρόσθετα διλήμματα στο σχέδιο θεραπείας», σε μια διαδραστική συνεδρία με τη συμμετοχή των συνέδρων. Συντονιστής ήταν ο κ. Σ. Κούρτης και συμμετέχοντες οι κ.κ. Η. Γούσιος, Σ. Κούρτης, Ολ. Νιάκα και Ν. Συκαράς.

Παράλληλα, έγινε η εισήγηση «Εύκολα-δύσκολα συχνά-σπάνια στοματολογικά περιστατικά στο οδοντιατρείο» από την κ. Ελ. Μ. Καλογήρου και ακολούθως η εισήγηση του κ. Αθ. Πουλόπουλου με θέμα «Προκαρκινικές βλάβες και καρκίνος του στόματος. Ο οδοντίατρος στην πρώτη γραμμή της διάγνωσης».



Με ένα σκετς ξεκίνησε η τελετή έναρξης και το καλωσόρισμα των συμμετεχόντων. Από αριστερά (1) η κ. Τζίνα Θεοδοροπούλου, ο κ. Άγγελος Τσορφόλιας, η κ. Μαργαρίτα Σπυριδάκου, η κ. Αργυρώ Λαγούδη και η κ. Χριστίνα Μουστάκη. Κατά την τελετή έναρξης απύθηναν χαιρετισμό, μεταξύ άλλων, ο αναπλ. καθηγητής κ. Κωνσταντίνος Τόσιος, υπεύθυνος του επιστημονικού προγράμματος (2), ο πρόεδρος του ΟΣΑ εκ μέρους της ΕΟΟ κ. Αθανάσιος Υφαντής (3) και ο καθηγητής κ. Αθανάσιος Πουλόπουλος, πρόεδρος της οδοντιατρικής σχολής ΑΠΘ (4). Στην τελετή έναρξης όπου έδωσαν το «παρών» δεκάδες σύνεδροι (5) πραγματοποιήθηκε ειδική προβολή για τα 95 χρόνια ζωής του Οδ. Συλλόγου Μεσσηνίας (6), ενώ το φινάλε ήταν καλλιτεχνικό υπό τη μουσική του Νίκου Ξανθούλη και την απαγγελία κειμένων από τους ηθοποιούς Εύη Γιαννακοπούλου και Γιώργο Τσαπόγα (7).

Η ημέρα έκλεισε όμορφα με την τελετή έναρξης, που ήταν αρκετά ξεχωριστή καθώς έκανε μέσω βίντεο μια αναδρομή στα 95 χρόνια του Οδοντιατρικού Συλλόγου Μεσσηνίας, ενώ υπήρξε και μουσικοθεατρικό δράμα. Οι ηθοποιοί Εύη Γιαννακοπούλου και Γιώργος Τσαπόγας απήγγειλαν στίχους από την Αντιγόνη του Σοφοκλή, υπό τη μουσική του Νίκου Ξανθούλη, ενθουσιάζοντας το κοινό. Ήταν μια αρκετά διαδραστική τελετή αφού κατά τη διάρκεια της προβολής του βίντεο, το οποίο είχαν επιμεληθεί ο ταμίας του ΔΣ του ΟΣΜ Άγγελος Τσορφόλιας και ο Ηλίας Κα-

ραμπάτσος, πήραν το λόγο αρκετοί από τους προσκεκλημένους που βρίσκονταν ανάμεσα στο κοινό για να αναγνώσουν σημεία του αφιερώματος.

Η τελετή έναρξης ξεκίνησε με ένα ευρηματικό τρόπο, ως σκετς για να καλωσορίσουν συνέδρους και ομιλητές. Η πρόεδρος του Ο.Σ. Λακωνίας κ. Μαργαρίτα Σπυριδάκου, η πρόεδρος του Ο.Σ. Αρκαδίας κ. Αργυρώ Λαγούδη και η γραμματέας του Ο.Σ. Μεσσηνίας κ. Χριστίνα Μουστάκη ανέβηκαν πρώτες στο θήμα για να ανοίξουν την εκδήλωση και λίγο μετά ακολούθησαν ο ταμίας του ΔΣ του ΟΣΜ κ. Άγγελος Τσορφόλιας και η πρόεδρος του ΟΣΜ κ. Τζίνα Θεοδοροπούλου, η οποία γύρισε κυριολεκτικά όλη την αίθουσα για να καλωσορίσει και να χαιρετίσει ξεχωριστούς προσκεκλημένους.

Χαιρετισμούς απύθηναν επίσης ο κ. Κ. Τόσιος, αναπλ. Καθηγητής ΕΚΠΑ και υπεύθυνος του επιστημονικού προγράμματος, ο κ. Αθ. Υφαντής εκ μέρους της Πανελλήνιας Οδοντιατρικής Ομοσπονδίας και ο καθηγητής και πρόεδρος της Οδοντιατρικής Σχολής στο Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης, κ. Αθ. Πουλόπουλος.

Το «παρών» στην τελετή έναρξης έδωσαν επίσης εκπρόσωποι της Τοπικής Αυτοδιοίκησης και της Εκκλησίας, τους οποίους καλωσόρισε θερμά η οικοδέσποινα πρόεδρος του ΟΣΜ.



Οι άριστες εγκαταστάσεις του ξενοδοχείου Elysian αποτέλεσαν τις ιδανικές συνθήκες για την εμπορική έκθεση του 22ου Παμπελοποννησιακού Οδοντιατρικού Συνεδρίου, με σημαντική παρουσία εταιρειών του κλάδου (8, 9). Με εξαιρετικό ενδιαφέρον οι σύνεδροι παρακολούθησαν τις εισηγήσεις και πρακτικά σεμινάρια του συνεδρίου, που κάλυψαν μεγάλο εύρος (10, 11, 12).



Παράλληλα με το πλούσιο επιστημονικό πρόγραμμα έγινε μια ωραία εκδρομή στον αρχαιολογικό χώρο της Αρχαίας Μεσσήνης (13), αλλά και ένα αξέχαστο πάρτι στο χώρο του ξενοδοχείου (14). Το συνέδριο ολοκληρώθηκε με ικανοποιημένο το σύνολο των συνελεστών (15, 16).



Μετά το πέρας της εκδήλωσης ακολούθησε δεξίωση προσφορά του ΟΣΜ για τους ομιλητές και τους κορηγούς στο Casa Marina στο λιμάνι Καλαμάτας.

### Δεύτερη ημέρα

Εξίσου γεμάτη και ενδιαφέρουσα ήταν και η δεύτερη ημέρα του συνεδρίου. Το πρόγραμμα του Σαββάτου 25/5 περιελάμβανε τέσσερα στρογγυλά τραπέζια, 8 εισήγησης, 1 master class και ελεύθερες ανακοινώσεις.

Η αρχή έγινε με το στρογγυλό τραπέζι που είχε θέμα «Παράγοντες επιτυχίας στην κλινική άσκηση της αποκαταστατικής οδοντιατρικής», με συντονιστή τον κ. Κ.Τολίδη και συμμετέχοντες τους κ.κ. Π. Μουρούζη, Α. Παπαδοπούλου, Κ. Παπαδόπουλο και Κ. Τολίδη. Παράλληλα έγινε η εισήγηση «Αθλητικοί νάρθηκες» από την κ. Ολ. Νάκα και τον κ. Θ. Τασόπουλο και ακολούθως η εισήγηση «35 Χρόνια Κλινικής εμφυτευματολογίας. Κρίσιμα συμπεράσματα» από τους κ.κ. Δ. Ζαμπάρα και Ν. Σάκκαρη. Η 7η συνεδρία ολοκληρώθηκε με την εισήγηση των Ν. Σάκκαρη και Δ. Ζαμπάρα πάνω στο θέμα «35 χρόνια Κλινικής εμφυτευματολογίας. Τι πάθαμε, τι μάθαμε...».

Η επόμενη συνεδρία είχε το στρογγυλό τραπέζι με θέμα «Διλήμματα στη διαχείριση ασθενών με προκεχωρημένη περιοδοντίτιδα: Δόντια ή εμφυτεύματα». Συντονιστής ήταν ο κ. Φ. Μαδιανός και συμμετέχοντες οι κ.κ.: Σπ. Βασιλόπουλος, Ε. Ζάμπα, Φ. Μαδιανός και Σ. Τσαντίλα.

Την ίδια ώρα ο κ. Δ. Καλύβας έκανε εισήγηση με θέμα «Χειρισμός και παρακολούθηση εργώδους εξαγωγής». Ακολούθησε master class με θέμα «Thinking out of the box στην Αισθητική Οδοντιατρική, την Προσθετική και την Εμφυτευματολογία», και ομιλητή τον κ. Μ. Πάτρα, με την ευγενική κορηγία της Intermed.

Το επόμενο στρογγυλό τραπέζι ήταν αφιερωμένο στην «Υπολογιστική Τομογραφία Κωνικής Δέσμης (ΥΤΚΔ-CBCT) στην κλινική πράξη» με συζήτηση για περιπτώσεις ασθενών, με τους κ.κ. Κ. Τσιχλάκη και Ι. Μελακόπουλο.

Παράλληλα, η 11η συνεδρία είχε εισήγηση του κ. Γ. Βαδιάκα με θέμα «Επιπτώσεις του τραύματος των νεογνών τομέων στη διάπλαση των διαδόχων μονίμων. Αιτιολογία, παθογένεση, αντιμετώπιση».

Στη συνέχεια έλαβε χώρα το στρογγυλό τραπέζι με θέμα «Η διαχείριση του έκτακτου περιστατικού στην Ενδοδοντία. Άμεσα και πρόχειρα όχι!» με ομιλητές την κ. Μ. Γεωργοπούλου και τον κ. Γ. Κωστόρους.

Στο μεταξύ, ο κ. Γ. Μουτούσης έκανε εισήγηση με θέμα «Συνταγογράφηση για τον οδοντίατρο» και η κ. Ελ. Στουφή με θέμα «Συστηματικά νοσήματα με συχνή εντόπιση στη στοματική κοιλότητα. Παρουσίαση περιστατικών και διαγνωστική προσέγγιση με τη συμμετοχή των συνέδρων».

Με το πέρας του επιστημονικού προγράμματος πολλοί σύνεδροι και συνοδά μέλη πέρασαν το βράδυ στην πισίνα του ξενοδοχείου, όπου είχε στηθεί ένα πολύ όμορφο πάρτι με μουσικές επιλογές από dj, φέρνοντας πιο κοντά τους συναδέλφους. Η μέρα περιελάμβανε και μια πολύ ενδιαφέρουσα εκδρομή και ξενάγηση στον ιστορικό χώρο της Αρχαίας

Μεσσήνης, για όσους συνέδρους μπόρεσαν να «ξεκλέψουν» λίγο χρόνο απ' τις συνεδρίες αλλά κυρίως για τα συνοδά μέλη.

### Τρίτη ημέρα

Η τρίτη ημέρα του συνεδρίου, Κυριακή 26/5, όπως πάντα είχε πιο σφικτό πρόγραμμα και βεβαίως την τελετή λήξης.

Το επιστημονικό σκέλος είχε δύο στρογγυλά τραπέζια. Το πρώτο είχε θέμα «Ολικές

οδοντοστοιχίες: βασικές αρχές κατασκευής και εναλλακτικές προσεγγίσεις» με συντονιστή τον κ. Α. Βασιλά και συμμετέχοντες τους κ.κ. Α. Βασιλά, Κ. Λιανό και Δ. Σταυρόπουλο. Το δεύτερο και τελευταίο είχε θέμα «Οδοντική φθορά: Διάβρωση και αποτριβή. Αιτιολογία και αντιμετώπιση εκτεταμένων βλαβών σε ολόκληρο τον φραγμό». Συντονίστρια ήταν η κ. Χ. Παξμαδά και συμμετέχοντες οι κ.κ. Θ. Κόκλα, Ν. Λουμπρίνης και Χ. Παξμαδά.

Το 22ο Παμπελοποννησιακό Οδοντιατρικό

Συνέδριο έριξε αυλαία με τη βράβευση της καλύτερης ελεύθερης ανακοίνωσης. Το βραβείο «Ιωάννης Καρκατζούλης», συνοδεία χρηματικού epάθλου 500 ευρώ, απονεμήθηκε στην κ. Αθηνά Τόσιου για την εργασία της με θέμα «Διόγκωση στην άνω γνάθο: Μια ασυνήθιστη κλινική εκδήλωση Non-Hodgkin Λεμφώματος».

Ραντεβού του χρόνου στην Πάτρα για το 23ο Παμπελοποννησιακό Οδοντιατρικό Συνέδριο!

## 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**

# 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**