



## Η εξέλιξη των εμφυτευμάτων στο επίκεντρο του 24ου Συμποσίου της ΕΟΕ

Στην Αθήνα και συγκεκριμένα στο **Πολεμικό Μουσείο** θα πραγματοποιηθεί, στις **29 και 30 Νοεμβρίου 2024**, το 24ο Συμπόσιο της Εταιρείας Οδοντοστοματολογικής Ερεύνης που έχει τίτλο «40 χρόνια Εμφυτεύματα: Επιστημονική και Κλινική Προόδος» και ουσιαστικά κάνει αναδρομή στην εξέλιξη των οστεοενσωματούμενων εμφυτευμάτων και γενικότερα της εμφυτευματολογίας από την εποχή του Branemark μέχρι σήμερα.

Με το συνέδριο να έρχεται σε λίγο καιρό, το «Ο.Β.» μίλησε με τον Πρόεδρο της ΕΟΕ, κ. **Φώτιο Τζέρμπο** και μοιράζεται μαζί σας όλα όσα χρειάζεται να γνωρίζετε για τη φετινή διοργάνωση. **Σελ. 20-22**

## Εκπαιδευτικές δράσεις της ΕΕΧΣ για το 2024-25



Ο Πρόεδρος της Επιστημονικής Εταιρείας Χειρουργικής Στόματος, Αν. Καθηγητής κ. **Φραγκίσκος Φραγκίσκος** μας παρουσιάζει το

νέο, υψηλού επιπέδου μετεκπαιδευτικό πρόγραμμα εμφυτευματολογίας (12ος κύκλος) που διοργανώνει η Ε.Ε.Χ.Σ. Τα μαθήματα θα πραγματοποιηθούν στο εκπαιδευτικό κέντρο της Εταιρείας στην οδό Κυδαθηναίων 3 Πλάκα-Αθήνα και θα διαρκέσουν από τον Νοέμβριο του 2024 έως τον Μάιο του 2025. Η θεματολογία του προγράμματος καλύπτει όλο το φάσμα της οδοντιατρικής εμφυτευματολογίας που αφορά στην θεωρητική, στην πρακτική και κυρίως στην κλινική εκπαίδευση των οδοντιάτρων. **Σελ. 23**

## ITI Εμφυτεύματα μικρής διαμέτρου

Τα εμφυτεύματα μικρής διαμέτρου (Narrow Diameter Implants – NDI) αποτελούν μία σχετικά πρόσφατη καινοτομία της οδοντιατρικής εμφυτευματολογίας. Οι προσθετολόγοι κ.κ. **Παναγιώτης Γαλανόπουλος** και **Γεωργία Ποζίδη** μας ενημερώνουν για τις ενδείξεις και τα αποτελέσματα της εφαρμογής τους. **Σελ. 24-25**



## «Ψηφιακές και τεχνολογικές εξελίξεις στη σύγχρονη Οδοντιατρική»

Το **42ο Πανελλήνιο Οδοντιατρικό Συνέδριο**, το μεγαλύτερο συνέδριο στον κλάδο της Οδοντιατρικής στη χώρα, που έχει τη σφραγίδα της Ελληνικής Οδοντιατρικής Ομοσπονδίας, «επιστρέφει» φέτος στο πανέμορφο ξενοδοχείο Aldemar Olympian Village, λίγο έξω από τον Πύργο Ηλείας. Από τις **17-19 Οκτωβρίου 2024**, το 42ο Πανελλήνιο Οδοντιατρικό Συνέδριο με τίτλο «Ψηφιακές και τεχνολογικές εξελίξεις στη σύγχρονη Οδοντιατρική», θα ανοίξει τις πύλες του, στοχεύοντας στη μεταφορά σύγχρονης επιστημονικής γνώσης με τη βοήθεια καταξιωμένων επιστημόνων από την Ελλάδα και το εξωτερικό. Ενόψει του συνεδρίου το «Ο.Β.» συνομίλησε με τον Πρόεδρο του 42ου ΠΟΣ, κ. **Νίκο Κερεζούδη**, καθηγητή Ενδοδοντίας του ΕΚΠΑ. **Σελ. 4-6**

## Στάδια επαγγελματικής σταδιοδρομίας οδοντιάτρου και στρατηγικές βιωσιμότητας και ανθεκτικότητας σε κάθε στάδιο

Στη σύγχρονη εποχή της οικονομικής κρίσης, του επαγγελματικού κορεσμού και του ολοένα αυξανόμενου ανταγωνισμού, ο οδοντίατρος καλείται πέραν των επιστημονικών γνώσεων και κλινικών δεξιοτήτων του να εφοδιαστεί και με γνώσεις σχετικά με την οργάνωση και διαχείριση της οδοντιατρικής του επιχείρησης. Όπως κάθε επιχείρηση, έτσι και το οδοντιατρείο διέρχεται από διάφορες διακριτές φάσεις κατά τη διάρκεια του κύκλου ζωής του, καθεμία από τις οποίες συνοδεύεται από αντίστοιχα πλεονεκτήματα και μειονεκτήματα. Προκειμέ-

νου να εδραιωθεί ο οδοντίατρος, να ανταπεξέλθει στις δυσκολίες της κάθε φάσης και να εξασφαλίσει την μακροβιότητα της επιχείρησής του θα πρέπει να αναπτύξει και να εφαρμόσει τεχνικές βιωσιμότητας και ανθεκτικότητας. Στις γραμμές που ακολουθούν, οι τελειόφοιτοι φοιτητές **Ευάγγελος Δημητρίου**, **Άρτεμις Διαμαντοπούλου**, **Θεοδώρα-Σαββίνα Ζήκου** και η Επίκουρη Καθηγήτρια Οδοντιατρικής Σχολής ΕΚΠΑ, **Μαρία Αντωνιάδου** μας ενημερώνουν αναλυτικά για τις τεχνικές αυτές και τα πλεονεκτήματά τους. **Σελ. 8-12**



### ΕΕΠΟΕ

#### Κλινική επιμήκυνση μύλης.

Ενδείξεις - Θεραπευτικοί στόχοι - Χειρουργικός σχεδιασμός  
Της **Αικατερίνης-Ελισάβετ Δουφεξή** ..... **Σελ. 16**

### ΕΕΝΟ-ΟΕΦ

#### Οδοντιατρικός ασθενής με στεφανιαία νόσο



Των **Ευαγγελία Μπογοσιάν** και **Ιωάννα Παναγιωτοπούλου**  
Η Στεφανιαία Νόσος (ΣΝ) είναι το κυριότερο σύγχρονο πρόβλημα υγείας στον κόσμο, με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας να την κατατάσσει ως πρώτη αιτία θνησιμότητας, καθώς ευθύνεται για το 16% των θανάτων παγκοσμίως. Στις γραμμές που ακολουθούν, θα έχετε την ευκαιρία να ενημερωθείτε για τις προκλήσεις που συνεπάγεται για τον οδοντίατρο η φροντίδα ασθενών με στεφανιαία νόσο. **Σελ. 18-19**

### ΕΛΕΣ

#### Νεκρωτική σιαλαδενομεταπλασία

Της **Ελένης Φόρα** ..... **Σελ. 26**

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

Του **Βύρωνος Δρούκα** ..... **Σελ. 28-31**

### ΕΕΕ

#### Ενδοδοντική θεραπεία κάτω 2ων προγομφίων με μορφολογικές παραλλαγές: αναφορά 2 περιστατικών



Η άρτια γνώση της ανατομίας του συστήματος των ριζικών σωλήνων είναι βασική προϋπόθεση για την επιτυχία της ενδοδοντικής θεραπείας.

Η εύρεση και η επεξεργασία όλων των σωλήνων αποτελεί πρόκληση σε περιπτώσεις δοντιών με ιδιαίτερη μορφολογία. Το CBCT στις μέρες μας αποτελεί βασικό εργαλείο στα χέρια του κλινικού αλλά και εργαλείο έρευνας, ώστε να προκύψουν ασφαλέστερα συμπεράσματα για την ακριβή μορφολογία των 2ων προγομφίων της κάτω γνάθου και των παραλλαγών τους.

Στο άρθρο που ακολουθεί, μέσα από τη στήλη της Ελληνικής Ενδοδοντικής Εταιρείας, η κ. **Μαρία-Ελένη Μάρκου**, μεταπτυχιακή φοιτήτρια Ενδοδοντίας Οδοντιατρικής Σχολής ΕΚΠΑ, παρουσιάζει δύο περιστατικά που αφορούν στην ενδοδοντική αντιμετώπιση προγομφίων με 3 ριζικούς σωλήνες. **Σελ. 14-15**



Οδοντιατρικόν Σχολείον Πανεπιστημίου Αθηνών 1934

## Περί αριστείας. Σκέψεις στη διασταύρωση καινοτομίας και παράδοσης



**Ηρακλής Καρακαζής**  
Ομότ. Καθηγητής Κινητής  
Προσθετικής ΕΚΠΑ

*Καθώς ταξιδεύουμε προς το μέλλον της οδοντιατρικής και αγκαλιάζουμε το συνεχώς εξελισσόμενο τοπίο της ψηφιακής τεχνολογίας, ας θυμόμαστε ότι η αριστεία δεν είναι απλώς ένας προορισμός αλλά μια συνεχής αναζήτηση.*

*Με κάθε πρόοδο, έχουμε την ευκαιρία να βελτιώσουμε τη φροντίδα των ασθενών μας, να βελτιώσουμε τα αποτελέσματα και ενδεχομένως να αλλάξουμε τις ζωές τους.*

*Ωστόσο, μέσα στη θύελλα της καινοτομίας, ας μην ξεχνάμε και τις διαχρονικές αρετές της συμπόνας, της ενσυναίσθησης και της ακεραιότητας που βρίσκονται στην καρδιά και τον δικού μας επαγγέλματος.*

*Καθώς βαδίζουμε σ' αυτό το μονοπάτι προόδου, ας προσπαθούμε παράλληλα να υποστηρίξουμε και κάποια πρότυπα φροντίδας, καθοδηγούμενοι από τη σοφία της εμπειρίας μας και το πνεύμα αφοσίωσης.*

*Γιατί τελικά, δεν μας καθορίζουν μόνο τα εργαλεία ή οι μέθοδοι που χρησιμοποιούμε, αλλά μάλλον η δέσμευσή μας για αριστεία και η ακλόνητη επιθυμία να κάνουμε μια θετική διαφορά στη ζωή όσων υπηρετούμε.*

*Στόχοι διαχρονικοί, δύσκολοι αλλά όχι και ανεπίτευκτοι.*

Ερίς Τοπολ. Βαθιά ιατρική. Πανεπιστημιακές εκδόσεις Κρήτης. Ιατρική και τεχνική νοσηλεύση. 2023. Σελ. 317.

Η.Καρακαζής, Γύρας. Πορεία στη ματαίωση; Οδοντιατρικό Βήμα. Απρίλιος 2009.

Κάντε κλικ στην ηλεκτρονική μας διεύθυνση

# www.odvima.gr



Διαβάστε τα τελευταία τεύχη της εφημερίδας «Οδοντιατρικό Βήμα»



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



Μάθετε τα σημαντικότερα νέα του οδοντιατρικού κλάδου



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



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

Γίνετε μέλη της μεγάλης διαδικτυακής κοινότητας του «Οδοντιατρικού Βήματος»



www.odvima



facebook

ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΙΚΟ ΒΗΜΑ | Διμηνιαία Έκδοση

Κωδικός 016446

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

Ιδρυτής: Γιάννης Καρακαζούλης

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 Καρακαζούλη

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



# 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  
**e.max®  
CAD/Press**



ΠΑΝΕΛΛΗΝΙΟ  
ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΙΚΟ  
ΣΥΝΕΔΡΙΟ

17-19 ΟΚΤΩΒΡΙΟΥ 2024

## «Ψηφιακές και τεχνολογικές εξελίξεις στη σύγχρονη Οδοντιατρική»



**Νικόλαος Κερεζούδης**  
Καθηγητής Ενδοδοντίας  
ΕΚΠΑ

Το 42ο Πανελλήνιο Οδοντιατρικό Συνέδριο, το μεγαλύτερο συνέδριο στον κλάδο της Οδοντιατρικής στη χώρα, που έχει τη σφραγίδα της Ελληνικής Οδοντιατρικής Ομοσπονδίας, θα πραγματοποιηθεί φέτος στο πανέμορφο ξενοδοχείο **Aldemar Olympian Village**, λίγο έξω από τον Πύργο Ηλείας.

Για ένα τριήμερο, από τις 17-19 Οκτωβρίου 2024, δεκάδες καταξιωμένοι επιστήμονες από την Ελλάδα και

το εξωτερικό θα μοιραστούν τις πολύτιμες γνώσεις τους στη διαρκώς εξελισσόμενη οδοντιατρική επιστήμη, με έμφαση φέτος στις νέες τεχνολογίες. Το μαρτυρά άλλωστε ο τίτλος του συνεδρίου που είναι «Ψηφιακές και τεχνολογικές εξελίξεις στη σύγχρονη Οδοντιατρική».

Ενόψει του συνεδρίου το «Ο.Β.» συνομίλησε με τον Πρόεδρο του 42ου ΠΟΣ, τον καθηγητή Ενδοδοντίας του ΕΚΠΑ, κ. Νίκο Κερεζούδη.

Συνέντευξη στην **Γεωργία Σάκκουλα**  
δημοσιογράφο

**Πώς προχωρούν οι ετοιμασίες καθώς μας χωρίζει μόνο λίγος καιρός, μετά το καλοκαίρι, για το συνέδριο;**

Έχουμε προχωρήσει πολύ γρήγορα. Φανταστείτε ότι για πρώτη φορά το πρόγραμμα του συνεδρίου ήταν έτοιμο από τέλη Μαΐου και τώρα που μιλάμε, αρχές Ιουλίου, έχει αναρτηθεί στην ιστοσελίδα του συνεδρίου. Παρά την απόσταση του Πύργου από Αθήνα και Θεσσαλονίκη, μεγάλος αριθμός συναδέλφων υπέβαλε επιστημονικές εργασίες για να παρουσιαστούν στο συνέδριο. Εικάζω, ότι το συνέδριο αυτό, όσον αφορά τη θεματολογία θα είναι εφάμιλλο με τα συνέδρια που πραγματοποιούνται στα μεγάλα αστικά κέντρα. Αυτό αποδεικνύεται και από το μεγάλο αριθμό των ομιλητών του κατευθυνόμενου προγράμματος που πλησιάζουν τους 150, ενώ έχουν υποβληθεί σχεδόν 200 επιστημονικές εργασίες (ανακοινώσεις-πόστερ) για παρουσίαση.

**Ποιοι είναι οι κεντρικοί άξονες του συνεδρίου;**

Το συνέδριο αυτό είναι αφιερωμένο στην Ψηφιακή Οδοντιατρική και στις νέες τεχνολογίες. Είναι ένας καινούργιος τομέας που έχει αρχίσει να αναπτύσσεται στις μέρες μας. Παλαιότερα είχαμε τα αναλογικά συστήματα όπως ήταν για παράδειγμα οι αναλογικές ακτινογραφίες και τα κλασικά αποτυπώματα. Αυτή τη στιγμή όλα αυτά μπορεί να πραγματοποιηθούν με τη βοήθεια της ψηφιακής τεχνολογίας με μεγάλη ακρίβεια και πολύ γρήγορα, επειδή διευκολύνεται η επικοινωνία μεταξύ οδοντιάτρων διαφόρων ειδικοτήτων καθώς και μεταξύ του οδοντιάτρου και του οδοντικού τεχνολόγου.

Αποτέλεσμα αυτού είναι ένας ασθενής να έχει τη δυνατότητα για παράδειγμα να φτιάξει μια στεφάνη πολύ σύντομα, ακόμα και την ίδια μέρα. Αυτό ήταν αδιανόστο πριν από μερικά χρόνια. Άλλη δυνατότητα που προσφέ-

ρεται με την ψηφιακή τεχνολογία είναι η εξής: Ο οδοντίατρος φωτογραφίζοντας το πρόσωπο και το προφίλ του ασθενή και λαμβάνοντας στη συνέχεια ψηφιακά αποτυπώματα, μπορεί με τη βοήθεια ειδικών λογισμικών να επιδείξει στον ασθενή πώς ακριβώς θα είναι η μελλοντική προσθετική αποκατάσταση ή η ορθοδοντική θεραπεία που απαιτείται. Αυτό

είναι πολύ σημαντικό, γιατί με τον τρόπο αυτό δίνεται η συναίνεση του ασθενή από πριν για τη θεραπεία που θα πραγματοποιηθεί. Εάν μάλιστα η θεραπεία αυτή είναι μακρόχρονη, όπως είναι για παράδειγμα στην ορθοδοντική, ο ασθενής επειδή γνωρίζει πώς θα είναι στο μέλλον δείχνει μεγαλύτερη κατά κάποιο τρόπο «υπομονή» και είναι πιο συνεργάσιμος.

**Είναι δηλαδή ένα πολύ επίκαιρο θέμα αυτό με το οποίο καταπιάνεται το φετινό συνέδριο. Αυτό το βλέπετε και στην πράξη; Σε τι βαθμό μπορούμε να πούμε πως οι οδοντίατροι έχουν ενσωματώσει τις νέες τεχνολογίες στα οδοντιατρεία τους; Φαίνεται ότι είναι συνεχώς αυξανόμενο το ποσοστό ή υπάρχει και διστακτικότητα;**

Είναι αλήθεια ότι υπάρχει μια διστακτικότητα, ιδίως από συναδέλφους μεγαλύτερης ηλικίας, για τις νέες ψηφιακές τεχνολογίες. Αλλωστε παρόμοια διστακτικότητα για το ψηφιακό περιβάλλον εργασίας τη συναντάμε γενικότερα στην κοινωνία. Οποσδήποτε τα νέα παιδιά είναι πολύ πιο εξοικειωμένα και πρόθυμα να εφαρμόσουν τις νέες τεχνολογίες.

Ήδη οι Οδοντιατρικές Σχολές της Αθήνας και της Θεσσαλονίκης έχουν αρχίσει και ενσωματώνουν στην εκπαίδευση, τόσο στο πρόγραμμα των προπτυχιακών σπουδών αλλά κυρίως στο πρόγραμμα των μεταπτυχιακών σπουδών αυτές τις ψηφιακές δεξιότητες και τις νέες τεχνολογικές εφαρμογές που πρέπει να γνωρίζει ο σύγχρονος οδοντίατρος. Με αυτή την εκμάθηση οι τωρινοί φοιτητές θα είναι πολύ πιο πρόθυμοι να τα εφαρμόσουν στο οδοντιατρείο τους αργότερα. Αλλά πιστεύω ότι και οι παλαιότεροι συναδέλφοι έχουν αντιληφθεί ότι με τις ψηφιακές τεχνικές και τις νέες τεχνολογικές εφαρμογές διευκολύνεται σημαντικά η κλινική άσκηση της οδοντιατρικής. Για το λόγο αυτό αναζητούν να παρακολουθήσουν συνέδρια-εκδηλώσεις που είναι αφιερωμένα στις νέες τεχνολογίες.

Όσον αφορά τη νέα εξέλιξη της τεχνητής νοημοσύνης πρέπει να αναφέρω ότι θα συζητηθεί και αυτή στο συνέδριο. Με την ΑΙ (artificial intelligence) έχουμε τη δυνατότητα να καταστρώσουμε το βέλτιστο σχέδιο θεραπείας ενός ασθενή. Για παράδειγμα, φωτογραφίζοντας ένα δόντι με μία τερηδονική βλάβη, η εφαρμογή ΑΙ χρησιμοποιώντας μια

Το συνέδριο αυτό είναι αφιερωμένο στην Ψηφιακή Οδοντιατρική και στις νέες τεχνολογίες. Είναι ένας καινούργιος τομέας που έχει αρχίσει να αναπτύσσεται στις μέρες μας. Αναφορές θα γίνουν σε όλο το φάσμα της Οδοντιατρικής, ξεκινώντας από τα πιο απλά έως τα πιο πολύπλοκα, για να καλυφθούν όλες οι ανάγκες των μάχιμων οδοντιάτρων.



Το **Aldemar Olympian Village** θα φιλοξενήσει το 42ο Πανελλήνιο Οδοντιατρικό Συνέδριο



FKG  
swiss endo



## Router™ S

Compact, Cordless Endodontic Motor



Small head  
(integrated file control)  
290° rotation



Ergonomic and  
Lightweight  
Easy to read,  
right/left-handed user



Automatic controls and  
safety features  
50-1,000 rpm

Μοτέρ Router S, αξίας **1.595€**

**ΔΩΡΕΑΝ**

με την αγορά  
35 συσκευασιών Race Evo



**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 4

βάση κλινικών δεδομένων μπορεί να προτείνει στον οδοντίατρο ότι δεν χρειάζεται να γίνει κοιλότητα και να τοποθετηθεί μία έμφραξη, αλλά μπορεί να χρησιμοποιηθεί μία άλλη μέθοδος που θα προάγει ενδεχόμενα την επανασθεσίωση του δοντιού.

**Όσον αφορά στο πρόγραμμα, να εξειδικεύσουμε λίγο από πλευράς αριθμών: Πόσοι ομιλητές, συνεδρίες και πρακτικά θα πλαισιώσουν το επιστημονικό πρόγραμμα;**

Έχουμε πληθώρα στρογγυλών τραπεζιών, πάνω από τριάντα. Σε αυτά συμμετέχουν συνήθως 4-5 ομιλητές. Υπάρχουν και ανάλογες εισηγήσεις, που σημαίνει ότι έχουμε πληθώρα από προσκεκλημένους ομιλητές που θα

μιλήσουν, όπως προανέφερα. Έχουν υποβληθεί πληθώρα επιστημονικών ανακοινώσεων από νέους συναδέλφους και ήδη αυτή τη στιγμή, όσον αφορά τις ανακοινώσεις, μπορώ να πω ότι έχουμε προσεγγίσει τα νούμερα της προ Covid εποχής. Επίσης έχουμε πολλά κλινικά φροντιστήρια, που είναι ένας τομέας πολύ ενδιαφέρον για τους οδοντιάτρους, γιατί μπορούν να δουν ακριβώς πώς αντιμετωπίζει κάποιος ειδικός ή κάποιος εγνωσμένου κύρους συνάδελφος μια κλινική περίπτωση.

**Θα έχουν ευρεία γκάμα ή θα εστιάζουν στις νέες τεχνολογίες;**

Αναφέρονται σε όλο το φάσμα της Οδοντιατρικής. Ξεκινάνε από τα πιο απλά πράγματα και φτάνουν στα πιο πολύπλοκα, γιατί θέλουμε να καλύψουμε όλες τις ανάγκες των μάχιμων οδοντιάτρων.

**Συνεπώς και το συνέδριο θα καλύπτει όλο το φάσμα της Οδοντιατρικής;**

Ναι, από τα πιο απλά καθημερινά πράγματα όπως είναι για παράδειγμα οι θραύσεις των ολικών οδοντοστοιχιών μέχρι την τεχνητή νοημοσύνη (artificial intelligence). Όπως καταλαβαίνετε το πνεύμα του συνεδρίου καθώς και της οργανωτικής επιτροπής ήταν ακριβώς αυτό: να ικανοποιήσουμε όλους τους συναδέλφους που θα έρθουν στο συνέδριο. Να απευθύνεται σε όλους.

**Μου είπατε ότι έχετε πολύ μεγάλη συμμετοχή από πλευράς επιστημονικών ανακοινώσεων. Υπάρχει συνολικά ενδιαφέρον ήδη ή είναι ακόμα αρκετά νωρίς;**

Ήδη αρχές Ιουλίου έχουμε μια βάση εκκίνησης 200 εγγραφών αλλά είναι νωρίς ακόμα.

Θα ήθελα πάντως να επισημάνω ότι η οργανωτική επιτροπή, με τη βοήθεια της Ομοσπονδίας, έχει προσπαθήσει να διευκολύνει τους συναδέλφους να προσεγγίσουν άνετα τον Πύργο της Ηλείας, που όπως ξέρετε είναι μία περιοχή με εξαιρετικά τουριστικό ενδιαφέρον.

Έχουμε πολύ καλά πακέτα διαμονής από το ξενοδοχείο Aldemar, όπου θα πραγματοποιηθεί το συνέδριο. Πρόκειται για ένα «κόσμημα» στο χώρο των ξενοδοχειακών εγκαταστάσεων και μας προσφέρει σε εξαιρετικές τιμές τα μονόκλινα και δίκλινα δωμάτια. Επιπλέον, όσον αφορά στους φοιτητές υπάρχουν αντίστοιχα ιδιαίτερες τιμές. Ενδεικτικά θα αναφέρω πως οι φοιτητές μπορούν να μείνουν σε δωμάτια με πλήρη διατροφή και για δύο διανυκτερεύσεις θα πληρώσουν το ποσό των 65 ευρώ ανά ημέρα.

**Άρα ενθαρρύνετε τους φοιτητές να παρακολουθήσουν το συνέδριο;**

Ναι, προσπαθούμε να βοηθήσουμε να έρθουν όσο γίνεται περισσότεροι.

**Εδώ, από την Αθήνα υπάρχει ενδιαφέρον από τον φοιτητικό κόσμο;**

Ναι, πολύ. Ούτως ή άλλως η Αθήνα είναι πολύ πιο κοντά στον Πύργο απ' ό,τι η Θεσσαλονίκη.

Ακόμα, θα ήθελα να αναφέρω ότι η οργανωτική επιτροπή έχει φροντίσει και έχει ναυλώσει λεωφορεία από την Θεσσαλονίκη και την Αθήνα προς τον Πύργο, με επιστροφή, σε πολύ χαμηλή τιμή. Επομένως κάποιος που δεν θέλει να οδηγήσει ή δεν διαθέτει δικό του μεταφορικό μέσο μπορεί να πάει στον Πύργο για το συνέδριο με πολύ συμφέρουσα τιμή. Για παράδειγμα το ταξίδι από την Αθήνα στον Πύργο μετ' επιστροφής κοστίζει 45 ευρώ με το πούλμαν και από τη Θεσσαλονίκη 75 ευρώ.

**Όσον αφορά στους ομιλητές είναι όλοι από Ελλάδα;**

Όχι, έχουμε και από το εξωτερικό. Από την Ευρώπη κυρίως, αλλά και από τις ΗΠΑ. Ορισμένοι είναι Έλληνες που διαπρέπουν στο εξωτερικό και μας κάνουν την τιμή να μοιραστούν τη γνώση τους μαζί μας. Υπάρχουν κι άλλοι καταξιωμένοι ομιλητές από το Ηνωμένο Βασίλειο, από τη Γερμανία και την Ελβετία. Συνολικά από το εξωτερικό είναι επτά προσκεκλημένοι ομιλητές.

**Θα θέλατε να απευθύνετε ένα μήνυμα κάλεσμα συμμετοχής στους συναδέλφους σας;**

Νομίζω ότι είναι μια εξαιρετική ευκαιρία όλοι οι συνάδελφοι να παρακολουθήσουν τις δραστηριότητες του συνεδρίου αυτού στον Πύργο, στο οποίο πιστεύω θα αποζημιωθούν τόσο με το επιστημονικό πρόγραμμα όσο και από τις ευκαιρίες που θα έχουν εκεί για την διασκέδαση και χαλάρωσή τους.

Η επιλογή του Πύργου είναι εξάλλου μια εξαιρετική επιλογή με την έννοια ότι εκεί έχουμε τόσο την φυσική ομορφιά και την θάλασσα με τις καταπληκτικές παραλίες, όπως και την ιστορία και το πολιτιστικό κομμάτι, δηλαδή τους Ολυμπιακούς Αγώνες. Επιπλέον έχουν προγραμματιστεί εκδρομές, και κοινωνικές εκδηλώσεις που θα μπορούν να τις παρακολουθήσουν. Επομένως έχει συνδυασθεί το επιστημονικό κομμάτι και οι διακοπές που κάποιος θέλει να κάνει εκείνη την περίοδο.

**Ελληνική Οδοντιατρική Ομοσπονδία**  
Ε.Ο.Ο.

**42<sup>ο</sup>**

**ΠΑΝΕΛΛΗΝΙΟ ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΙΚΟ ΣΥΝΕΔΡΙΟ**

**17-19 ΟΚΤΩΒΡΙΟΥ 2024**

**ΨΗΦΙΑΚΕΣ ΚΑΙ ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΕΣ ΕΞΕΛΙΞΕΙΣ ΣΤΗ ΣΥΓΧΡΟΝΗ ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΙΚΗ**

**ILIS CONGRESS CENTER | ΠΥΡΓΟΣ ΗΛΕΙΑΣ**

Με τη συνεργασία του Οδοντιατρικού Συλλόγου Ηλείας

**ΦΟΡΕΑΣ ΔΙΟΡΓΑΝΩΣΗΣ**

Θεμιστοκλέους 38  
10678 Αθήνα  
210 3803816  
www.eoo.gr

**ΕΤΑΙΡΕΙΑ ΔΙΟΡΓΑΝΩΣΗΣ**

25ης Μαρτίου 11  
15232 Χαλάνδρι  
211 210 5553  
www.welcometravel.gr  
info@welcometravel.gr

**Welcome**

# 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 κρημών, της αναπέτασης των κρημών 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 ελαχιστης παρέμβασης στη χειρουργική των περιοδοντικών

ιστών και περιγράφονται ανά στάδιο και μέσω κλινικών εικόνων οι χειρουργικές τεχνικές αντιμετώπισης βλαβών στην περιοχική συμβολής 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.

Το βιβλίο απευθύνεται στους φοιτητές, τους οδοντιάτρους, τους ειδικευόμενους στην Περιοδοντολογία και τους εξειδικευμένους περιοδοντολόγους με την ελπίδα ότι θα αποδειχθεί χρήσιμο εργαλείο γνώσης.



ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΙΚΟ ΒΗΜΑ  
ΙΩΑΝΝΗΣ ΚΑΡΚΑΤΖΟΥΛΗΣ ΜΟΝ. ΕΠΕ

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



# Στάδια επαγγελματικής σταδιοδρομίας οδοντιάτρου και στρατηγικές βιωσιμότητας και ανθεκτικότητας σε κάθε στάδιο



**Ευάγγελος Δημητρίου**  
Τελειόφοιτος  
Φοιτητής



**Άρτεμις Διαμαντοπούλου**  
Τελειόφοιτη  
Φοιτήτρια



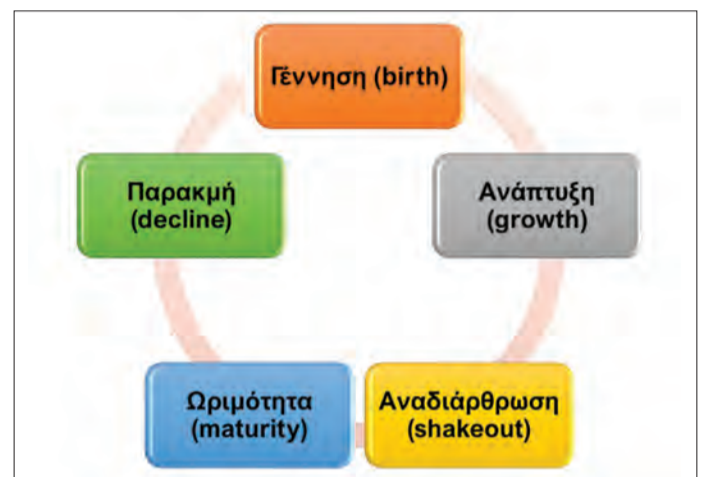
**Θεοδώρα-Σαββίνα Ζήκου**  
Τελειόφοιτη  
Φοιτήτρια



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

Στη σύγχρονη εποχή της οικονομικής κρίσης, του επαγγελματικού κορεσμού και του ολοένα αυξανόμενου ανταγωνισμού, ο οδοντίατρος καλείται πέραν των επιστημονικών γνώσεων και κλινικών δεξιοτήτων του να εφοδιαστεί και με γνώσεις σχετικά με την οργάνωση και διαχείριση της οδοντιατρικής του επιχείρησης. Όπως κάθε επιχείρηση, έτσι και το οδοντιατρείο διέρχεται από διάφορες διακριτές φάσεις κατά τη διάρκεια του κύκλου ζωής του οι οποίες είναι κατά σειρά η φάση εισαγωγής, ανάπτυξης, αναδιάρθρωσης, ωρίμανσης και παρακμής. Κάθε

μία από αυτές τις φάσεις συνοδεύεται από αντίστοιχα πλεονεκτήματα και μειονεκτήματα, ενώ η διάρκειά τους ποικίλλει δεδομένου πως μπορούν να εξελιχθούν γρηγορότερα ή αργότερα από τις προσεγγίσεις ανάλογα με τις αλλαγές στο μακρο- και μικρο-περιβάλλον της επιχείρησης. Προκειμένου να εδραιωθεί ο οδοντίατρος, να ανταπεξέλθει στις δυσκολίες της κάθε φάσης και να εξασφαλίσει την μακροβιότητα της επιχείρησής του θα πρέπει να αναπτύξει και να εφαρμόσει τεχνικές βιωσιμότητας και ανθεκτικότητας.



Από το σύγγραμμα: Εφαρμογή των ανθρωπιστικών επιστημών και βασικών αρχών coaching στις επιστήμες υγείας. Αντωνιάδου Μαρία. Εκδ. Τοσίτρας, Αθήνα 2021

## Εισαγωγή

Οι μικρομεσαίες επιχειρήσεις στην Ελλάδα και γενικότερα στην Ευρωπαϊκή Ένωση αποτελούνται από επιχειρήσεις που απασχολούν λιγότερους από 250 εργαζομένους και των οποίων ο ετήσιος κύκλος εργασιών δεν υπερβαίνει τα 50 εκατομμύρια ευρώ ή ο ετήσιος ισολογισμός δεν υπερβαίνει τα 43 εκατομμύρια ευρώ (Πρίγκος, 2018). Σε αυτές τις επιχειρήσεις εντάσσεται και το οδοντιατρείο (Garcia and Campos, 2020). Σύμφωνα με την Αμερικανική Οδοντιατρική Ομοσπονδία, το ποσοστό των πτυχιούχων Οδοντιατρικής που επιλέγουν να ανοίξουν το δικό τους ιατρείο παρότι έχει μειωθεί τις τελευταίες δεκαετίες (από 84,7% το 2005 σε 73% το 2022) φαίνεται πως αποτελεί ακόμη την πρώτη επιλογή της πλειοψηφίας της οδοντιατρικής κοινότητας (ADA, 2022). Οι οδοντίατροι κατά συνέπεια υιοθετούν τα χαρακτηριστικά ενός επιχειρηματία (Ocek et al, 2014) και καλούνται να φέρουν εις πέρας εκτός από τα ιατρικά ζητήματα και καθήκοντα που συνδέονται με τη λειτουργία της οδοντιατρικής επιχείρησης (Harris, 2011).

Αποτελεί γεγονός πως το οδοντιατρείο πρέπει να διοικείται ως επιχείρηση και να χρησιμοποιεί τα πιο αποτελεσματικά εργαλεία προβολής με βάση την ικανοποίηση των πέντε αισθήσεων (π.χ. sensory branding) προκειμένου να επηρεάσει θετικά τόσο την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών όσο και να ικανοποιήσει τις προσδοκίες των ασθενών (Antoniadou et al, 2020). Κατά τη διάρκεια του κύκλου ζωής της, μία οδοντιατρική επιχείρηση διέρχεται από διάφορες διακριτές φάσεις (Αντωνιάδου, 2021) και προκειμένου να μπορέσει να σταθεί επιχειρηματικά αλλά και να ξεπεράσει τις δυσκολίες και τα εμπόδια που προκύπτουν σε κάθε φάση, θα πρέπει να αναπτύξει και να υιοθετήσει τεχνικές βιωσιμότητας και ανθεκτικότητας (Constantin et al, 2022).

Στόχος της παρούσας εργασίας είναι η παρουσίαση των διαφόρων σταδίων της ζωής μίας οδοντιατρικής επιχείρησης με τις συνοδές δυσκολίες σε κάθε στάδιο καθώς και η διερεύνηση τεχνικών βιωσιμότητας και ανθεκτικότητας προκειμένου να επιτευχθεί ένα υγιές επιχειρηματικό μοντέλο.

## Κύκλος ζωής της οδοντιατρικής επιχείρησης

Όσον αφορά τον κύκλο ζωής της οδοντιατρικής επιχείρησης, διαπιστώνεται από τη βιβλιο-

Πίνακας 1: Φάσεις κύκλου ζωής οδοντιατρείου					
ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗ ΣΤΑΔΙΟΔΡΟΜΙΑ	ΦΑΣΗ ΕΙΣΑΓΩΓΗΣ	ΦΑΣΗ ΑΝΑΠΤΥΞΗΣ	ΦΑΣΗ ΑΝΑΔΙΑΡΘΡΩΣΗΣ	ΦΑΣΗ ΩΡΙΜΑΝΣΗΣ	ΦΑΣΗ ΠΑΡΑΚΜΗΣ
ΔΙΑΡΚΕΙΑ	3 έτη	5-10 έτη	5 έτη	5-10 έτη	-
ΜΕΣΗ ΗΛΙΚΙΑ ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΟΥ	24-30 ετών	30-40 ετών	40-45 ετών	55-60 ετών	60+ ετών
ΜΕΣΗ ΗΛΙΚΙΑ ΕΠΙΧΕΙΡΗΣΗΣ	2-3 ετών	Πρώτη δεκαετία	15-20 ετών	25-30 ετών	30+ ετών
ΜΕΙΟΝΕΚΤΗΜΑΤΑ	-Στρες -Ανσυχία -Αμφιβολία -Ανταγωνισμός	-Υπερβολική εργασία -Υπέρμετρη προσπάθεια ικανοποίησης των ασθενών	Αντίστοιχα με της φάσης ανάπτυξης	Χωρίς ιδιαίτερα μειονεκτήματα	-Ολοκλήρωση της καριέρας -Μειωμένες αντοχές
ΠΛΕΟΝΕΚΤΗΜΑΤΑ	Αποκτά: -Υπομονή -Ανθεκτικότητα -Γνώσεις -Ικανότητες διαχείρισης και επικοινωνίας	-Αύξηση του εισοδήματος κάθε έτος -Καλή ροή ασθενών	-Επέκταση και ανακαίνιση της επιχείρησης	-Οικονομική σταθερότητα -Αίσθημα αυτοπεποίθησης -Λιγότερη εξάρτηση από τους ασθενείς	-Μπορεί να αναλάβει τον ρόλο του «μέντορα» -Καθοδήγηση των νεότερων οδοντιάτρων -Ευκαιρία να εκπληρώσει άλλες επιθυμίες

γραφία πως χωρίζεται σε ορισμένα διακριτά στάδια τα οποία είναι κατά σειρά: η φάση εισαγωγής-γέννησης, ανάπτυξης, αναδιάρθρωσης, ωρίμανσης και παρακμής (Αντωνιάδου, 2021).

Όπως φαίνεται και στον **πίνακα 1**, το κάθε στάδιο συνοδεύεται και από ορισμένες δυσκολίες τις οποίες ο οδοντίατρος καλείται να ξεπεράσει.

Αναλυτικότερα ισχύει σε κάθε στάδιο:

### Προ Εναρξιακό Στάδιο:

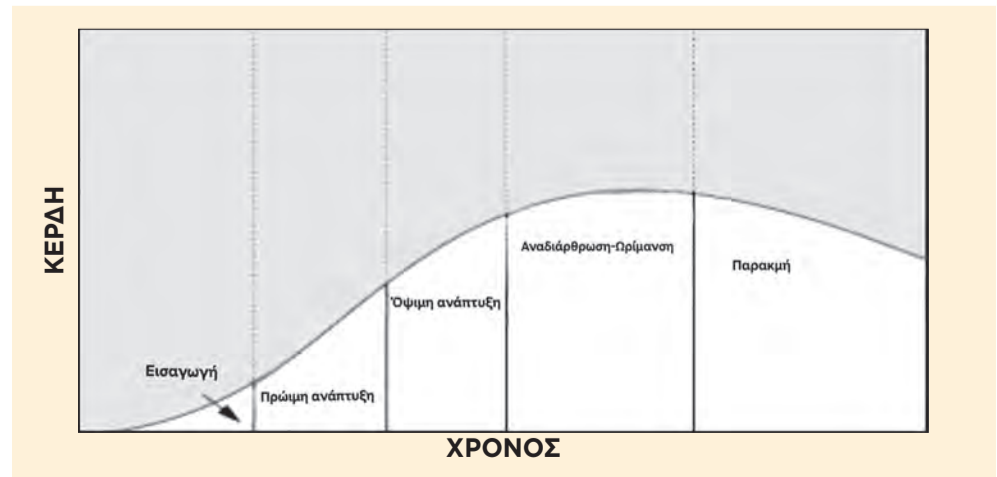
Στο στάδιο αυτό ο οδοντίατρος καλείται να υλοποιήσει ενέργειες προετοιμασίας και σχεδιασμού της μελλοντικής του επιχείρησης που αφορούν την έρευνα αγοράς, την επιλογή τοποθεσίας εγκατάστασης καθώς και τις επαφές με πιθανούς χρηματοδότες (Ρίζος, 2020).

### Φάση Εισαγωγής:

Η επιχείρηση σε αυτό το στάδιο αρχί-

ζει να οργανώνεται και να χτίζεται σταδιακά (Dimitriou et al., 2014). Η οργανωτική δομή είναι ακόμη σε εμβρυϊκή κατάσταση και αναπροσαρμόζεται ανάλογα με τις εκάστοτε συνθήκες. Οι περισσότεροι ασθενείς είναι επιφυλακτικοί και τα ποσοστά αποτυχίας συγκράτησης των ασθενών-πελατών είναι ιδιαίτερα υψηλά (Ρίζος, 2020) γεγονός που καταδεικνύεται και από τον υψηλό δείκτη θνησιμότητας των νέων επιχειρήσεων που καλούνται να αντιμετωπίσουν τον ανταγωνισμό από τις ήδη υπάρχουσες (Αρτίκης, 2003; Στάθης, 2008). Ο ανταγωνισμός αυτός μπορεί να γίνει ακόμη εντονότερος και επιβλαβής όταν η τοποθεσία εγκατάστασης του ιατρείου δεν είναι η κατάλληλη (συγκέντρωση σε περιοχές με πολλά ήδη εγκατεστημένα ιατρεία) (Pranav Agale & Mohsen, 2023).

### Φάση Ανάπτυξης:



Σχήμα 1: Σχέση κέρδους-χρόνου στις φάσεις του κύκλου ζωής μιας επιχείρησης (Τροποποιημένο σχήμα από Dimitriou et al, 2014)

Χαρακτηρίζεται από την εμφάνιση επιχειρήσεων που επέζησαν στη φάση εισαγωγής. Αυτές οι επιχειρήσεις συνεχίζουν να δυναμώνουν χρηματοοικονομικά (Αρτίκης, 2003 & Στάθης, 2008). Η φάση αυτή αφορά τη δημιουργία φήμης για την οδοντιατρική επιχείρηση και ενίσχυση του branding της. Αξιοποιείται η καινοτομία, το ανθρώπινο δυναμικό και η ποιότητα των υπηρεσιών με αποτελεσματικό τρόπο γεγονός που οδηγεί στο να ξεπεραστεί η αρχική δυσπιστία των ασθενών (Ρίζος, 2020). Κατά την πρώιμη ανάπτυξη τα κέρδη αυξάνονται ραγδαία αφού έχουν υπερκεραστεί οι αρχικές δυσκολίες και η επιχείρηση εδραιώνεται στο χώρο. Ωστόσο, κατά την όψιμη ανάπτυξη, η αύξηση των κερδών είναι περισσότερο συντηρητική όπως φαίνεται και στο **σχήμα 1** (Dimitriou et al., 2014). Ο ανταγωνισμός παραμένει έντονος και αποτελεί και σε αυτήν τη φάση την κυρία απειλή επιβίωσης (Γεωργόπουλος, 2015) ενώ πολλοί οδοντίατροι δημιουργούν οικογένεια σε αυτό το στάδιο, γεγονός που τους επιβαρύνει αρκετά οικονομικά (Pranav Agale & Mohsen, 2023).

### Φάση Αναδιάρθρωσης:

Η φάση αυτή αναφέρεται περίπου στα 15-20 χρόνια λειτουργίας της επιχείρησης όπου συνήθως ο επιχειρηματίας προχωρά σε επεκτάσεις, ανακαινίσεις ή και μεταφορά έδρας (Αντωνιάδου, 2021).

### Φάση Ωρίμανσης:

Μετά τη φάση ανάπτυξης η επιχείρηση οδηγείται στη σταθεροποίησή της (φάση ωρίμανσης) κατά την οποία η ανάπτυξη είναι πλέον



# BE aligned

Designed  
by experts



## BE Aligned. Διάφανοι νάρθηκες, σχεδιασμένοι από ορθοδοντικούς!



Το σύστημα ορθοδοντικής θεραπείας BE Aligned είναι μια νέα εμπειρία για κάθε κλινικό και ασθενή. Οι διάφανοι νάρθηκες BE Aligned, σχεδιάζονται και ελέγχονται αποκλειστικά από έμπειρους ορθοδοντικούς σε **Αμερική και Ευρώπη**. Κατασκευάζονται από πρώτες ύλες υψηλής ποιότητας με προηγμένες τεχνολογικές μεθόδους όπως τελευταίας γενιάς **3D printing και Laser Aligners Cutting**. Οι διάφανοι νάρθηκες BE Aligned είναι οι μόνοι που λειτουργούν με πρωτόκολλο **BE Flexible™** για απόλυτα εξατομικευμένη θεραπεία. Το σύστημα ορθοδοντικής θεραπείας BE Aligned εγγυάται υψηλής απόδοσης πλάνα θεραπείας και απόλυτα προβλέψιμα αποτελέσματα για κάθε ασθενή σας. Επιλέξτε Be Aligned και προσφέρετε στους ασθενείς σας ορθοδοντικές θεραπείες με **εγγυημένα αποτελέσματα**. BE Aligned. **Enjoy the experience!**



**ariston dental**  
better answers

Συνέχεια από τη σελίδα 8

σταθερή αλλά περιορισμένη ενώ ο ανταγωνισμός βασίζεται στην σχέση ποιότητας-τιμής (Γεωργόπουλος, 2015).

Η ωρίμανση διακρίνεται σε 3 είδη:

**Αύξουσα ωρίμανση:** Η επιχείρηση (οδοντίατρο) έχει περιθώρια για περαιτέρω ανάπτυξη με την υπάρχουσα στρατηγική της.

**Σταθερή ωρίμανση:** Η επιχείρηση έχει φτάσει στο όριο των δυνατοτήτων της με την υπάρχουσα στρατηγική.

**Φθίνουσα ωρίμανση:** Η επιχείρηση αρχίζει να χάνει έδαφος από τον ανταγωνισμό και η λήψη ριζικών στρατηγικών αποφάσεων είναι αναγκαία (Pízos, 2020).

Το αίσθημα εξάρτησης από τους ασθενείς μειώνεται σημαντικά έως και εξαφανίζεται ενώ ο ανταγωνισμός απασχολεί πλέον όλο και λιγότερο τον οδοντίατρο (Pranav Agale και Mohsen, 2023). Αποτελεί γενικά μια περίοδο ομαλότητας κατά την οποία τα κέρδη μεγιστοποιούνται, η αβεβαιότητα του περιβάλλοντος έχει περιορισθεί σημαντικά και οι εσωτερικές διαδικασίες έχουν τυποποιηθεί πλήρως (Pízos, 2020).

**Φάση Παρακμής:**

Τα κύρια χαρακτηριστικά της φάσης παρακμής είναι πως τα κέρδη μειώνονται δραστικά (**σχήμα 1**), παρατηρείται γενικότερη απώλεια εμπιστοσύνης, δυσχεραίνεται η σύναψη δανείων και ο ανταγωνισμός είναι υψηλός (Pízos, 2020). Σε αυτήν την φάση, διευρύνεται η οικονομική ανέχεια πολλών επιχειρήσεων ως απόρροια μείωσης της ανταγωνιστικότητάς τους (Γεωργόπουλος, 2015) και η μείωση των κερδών είναι τέτοια που τελικά καταλήγουν σε ζημιές (Αρτίκης, 2003 και Στάθης, 2008).

## Βιωσιμότητα

Ο σύγχρονος οδοντίατρος ηγείται μιας ιατρικής επιχείρησης την οποία καλείται να καταστήσει βιώσιμη σε μια εποχή ραγδαίων οικονομικών και κοινωνικών μεταβολών στην μετά-covid-19 εποχή που διανύουμε. Οι οδοντίατροι επηρεάστηκαν ιδιαίτερα από την πανδημία λόγω του άμεσου κινδύνου προσβολής από τον ιό που εξαιτίας της φύσης των οδοντιατρικών πρακτικών και κλήθηκαν να παρέχουν υπηρεσίες υψηλής ποιότητας, στο πλαίσιο αυτών των αυστηρών μέτρων καραντίνας και υγιεινής (Wajeeh et al., 2021). Σήμερα, οι ασθενείς βλέπουν τον εαυτό τους ως αγοραστές υπηρεσιών υγείας. Για τον λόγο αυτό θα πρέπει να αντιμετωπίζονται ως καταναλωτές υπηρεσιών υγείας. Η μεγάλη ιδιαιτερότητα της οδοντιατρικής, που τη διακρίνει από τους υπόλοιπους κλάδους της υγείας, είναι πως συνδυάζεται σε αυτήν η υγειονομική περίπτωση και η επιχειρηματικότητα. Η πλειοψηφία των οδοντιάτρων παγκοσμίως είναι ανεξάρτητοι, αυτοαπασχολούμενοι ιατροί, κατέχουν τα δικά τους ιατρεία και ηγούνται της οδοντιατρικής τους ομάδας (Sbaraini et al., 2012). Συνεπώς, οι στρατηγικές βιώσιμης ανάπτυξης πλέον απαιτούν και επιχειρηματικές δεξιότητες, εκτός των κλινικών και επιστημονικών, χωρίς φυσικά να παραμερίζεται η γενεής ιατρική φύση του οδοντιατρικού επαγγέλματος.

Οικονομική βιωσιμότητα επιτυγχάνεται όταν η διαχείριση της επιχείρησης αποβλέπει στην ταριχική οικονομική επιτυχία χωρίς όμως να διακινδυνεύει την μελλοντική οικονομική της κατάσταση (Gleisner et al., 2022). Λαμβάνοντας υπόψη πρόσφατες μελέτες για τη βιωσιμότητα και την κυκλική οικονομία στον κλάδο της υγείας που πραγματοποιήθηκαν από τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (WHO, 2018) καθώς και από άλλους ερευνητές (Antoniadou, 2021 και vanBoerdonk 2021) διαπιστώνουμε ότι η μετάβαση στην κυκλική οικονομία ευνοεί την εμφάνιση νέων επιχειρηματικών μοντέλων ικανών για την επίτευξη στόχων βιώσιμης ανάπτυξης. (Constantin et al., 2022). Η βιωσιμότητα στην οδοντιατρική είναι μια συνθέτη έννοια και αναφέρεται σε τρεις διαστάσεις: οικονομική, κοινωνική και περιβαλλοντική (United Nations A/RES/70/1, 2015 και FDI, 2018). Αναμφί-



βολα, η οικονομική βιωσιμότητα αποτελεί το βασικό συστατικό μιας επιχειρηματικής δραστηριότητας διότι χωρίς αυτήν, δεν μπορούν να βρεθούν διαθέσιμοι πόροι για την εφαρμογή περιβαλλοντικών ή κοινωνικών πρακτικών βιωσιμότητας. Συνεπώς, πριν αντιμετωπίσουν ζητήματα όπως περιβαλλοντικές επιπτώσεις, υλικά, ανακύκλωση, πολιτική και κατευθυντήριες γραμμές, έρευνα ή εκπαίδευση, οι οδοντίατροι πρέπει να διασφαλίσουν την οικονομική βιωσιμότητα της επιχείρησής τους ειδικά όταν στερούνται της ενεργού υποστήριξης του κράτους (Constantin et al., 2022).

Προκειμένου να επιτευχθεί ένα υγιές επιχειρηματικό μοντέλο, **η στρατηγική της επικοινωνίας** διαδραματίζει καταλυτικό ρόλο. Σύμφωνα με τους (Duane et al., 2019) η καλύτερη επικοινωνία αποτελεί την 4η από τις συνολικά 10 συμβουλές τους για βιώσιμη οδοντιατρική.

Μέσω της επικοινωνίας ο οδοντίατρος επιτυγχάνει να διαμορφώσει μια σχέση εμπιστοσύνης με τον ασθενή, έτσι ώστε ο τελευταίος να ξαναεπισκεφθεί το ιατρείο αλλά και να προτείνει και σε άλλους να το επισκεφθούν. Σύμφωνα με τον Οδοντιατρικό Σύλλογο του Καναδά, (cda, patient communication guidelines) ο «δικανικός» οδοντίατρος με βάση τους ασθενείς πρέπει να έχει ορισμένα χαρακτηριστικά όπως: ευγένεια, αυτοπεποίθηση, ενσυναίσθηση, να είναι ανθρώπινος (να δείχνει πραγματικό ενδιαφέρον για τις ανάγκες του ασθενή) και να του εξηγήσει όσα χρειάζεται σε απλή γλώσσα αποφεύγοντας επιστημονικούς όρους που μπορεί να μπερδέψουν τον ασθενή.

Φυσικά και η μη λεκτική επικοινωνία με μια χειραψία και ένα φιλικό χαμόγελο μπορεί να συνδράμει σημαντικά στην εδραίωση μιας καλής γνώμης του ασθενούς για τον οδοντίατρο. Η ικανοποίηση των ασθενών από τις παρεχόμενες οδοντιατρικές υπηρεσίες αποτελεί έναν από τους σημαντικότερους παράγοντες εξασφάλισης όχι μόνο της βιωσιμότητας αλλά και της ολόενα αυξανόμενης κερδοφορίας των σύγχρονων οδοντιατρείων σε βάθος χρόνου (Li & Collier 2000). Η ικανοποίηση, λοιπόν, του πελάτη-ασθενή-καταναλωτή, όρος πολυδιάστατος και ευρέως χρησιμοποιούμενος στον τομέα του μάρκετινγκ, αποτελεί έναν παράγοντα που καθορίζει εάν αυτός πρόκειται να προτείνει ένα προϊόν ή μια υπηρεσία σε άλλα άτομα, όπως επίσης αποτελεί και δείκτη της αφοσίωσης των καταναλωτών. Η αφοσίωση του καταναλωτή περιλαμβάνει την πιθανότητα μελλοντικής επαναλαμβανόμενης προτίμησης της υπηρεσίας σε μια σχετικά ακριβή πρόβλεψη, αλλά και τον εκθειασμό και τη σύσταση του παρόχου σε άλλα άτομα (Siriripatthanakul & Vui, 2021).

Μια σημαντική τεχνική που αποσκοπεί στο να βελτιώσει την εμπειρία του ασθενούς στο ιατρείο και συνεπώς να «κερδίσει» τον ασθενή αποτελεί το **sensory branding** σύμφωνα με τους Antoniadou et al. (2020). Η τεχνική αυτή αξιοποιεί διάφορα μέσα για να διεγείρει όλες τις αισθήσεις του ασθενούς κατά την παραμονή του στον χώρο του ιατρείου και να αναβαθμίσει την εμπειρία του. Τα μέσα αυτά μπορεί να διεγείρουν την ακοή (χαλαρωτική μουσική), την αφή (υλικό των επίπλων, κατάλληλη θερμοκρασία),

την όσφρηση (ευχάριστα αρώματα στον χώρο), τη γεύση (υγιεινά ροφήματα χωρίς ζάχαρη) καθώς και την όραση (εσωτερική διακόσμηση, χρώμα στους τοίχους, ρούχα οδοντίατρο και προσωπικού).

Στο πλαίσιο της οικονομικής βιωσιμότητας μιας επιχείρησης-οδοντιατρείου μεγάλη σημασία έχει η **ανάλυση του νεκρού σημείου**. Το τελευταίο ορίζεται ως το ποσό των εσόδων με το οποίο η επιχείρηση καλύπτει ακριβώς τόσο τα σταθερά όσο και τα μεταβλητά έξοδά της χωρίς να πραγματοποιεί ούτε κέρδος ούτε ζημιά. Με άλλα λόγια, έχει τόσα έσοδα ώστε να καλύψει τις δαπάνες της (Ζαρογιάννη, 2007). Η ανάλυση του νεκρού σημείου παρέχει κάποιες πολύ χρήσιμες πληροφορίες που βοηθούν τον οδοντίατρο να λάβει διοικητικές αποφάσεις. Είναι χρήσιμη στον καθορισμό του κόστους μιας υπηρεσίας (οδοντιατρική εργασία) σχετικά με τους στόχους του κέρδους και την ανάλυση της επίδρασης των μεταβολών στον επιχειρησιακό όγκο και τις δαπάνες (Ehmke, Miller, 2005). Αν ο οδοντίατρος δεν κατορθώσει να κάνει ακριβείς προβλέψεις για τις τιμές και τις δαπάνες, οι διάφορες αποφάσεις που θα λάβει (μίσθωση νέων υπαλλήλων, αγορά μηχανημάτων-εξοπλισμού) πιθανά να έχουν ανεπιθύμητα αποτελέσματα για τη βιωσιμότητα της επιχείρησης (Tsorakidis, Papadopoulos, 2000). Κάθε επιχείρηση-οδοντιατρείο έχει σκοπό να πραγματοποιήσει κέρδος και όχι μόνο να προσεγγίσει το νεκρό σημείο. Ωστόσο γνωρίζοντας που βρίσκεται αυτός ο αριθμός, μπορεί να καλύψει ένα σημαντικό τμήμα στρατηγικής και αποφάσεων (Suzanne Caplan, 2005).

Παρατηρείται αρκετά συχνά, οδοντίατροι κατά την έναρξη του επιχειρηματικού τους μοντέλου αλλά και καθόλη τη διάρκεια της σταδιοδρομίας τους να αναζητούν κάποιες μορφές **δανειοδότησης** προκειμένου να υλοποιήσουν τα επιχειρηματικά τους σχέδια. Σύμφωνα με έρευνα του Forbes (Kiah Treece and Jordan Tarver, 2023) οι 3 κυριότεροι λόγοι για τους οποίους ιδιοκτήτες μικρομεσαίων επιχειρήσεων λαμβάνουν τραπεζικά δάνεια είναι η επέκταση της επιχείρησης, η αγορά εξοπλισμού και το μάρκετινγκ-διαφήμιση. Από την άλλη μεριά, στοιχεία της Federal Reserve καταδεικνύουν πως τα ποσοστά αιτήσεων για χρηματοδότηση μεταξύ των μικρών επιχειρήσεων μειώνονται συνεχώς τα τελευταία έτη (από 43% το 2019 σε 37% το 2020 και 34% το 2021) ενώ πτωτική πορεία παρατηρείται και στο ποσοστό των αιτούντων που έλαβαν όλη τη χρηματοδότηση που επεδίωκαν (από 51% το 2019 σε 36% το 2020 και 31% το 2021). Οι τράπεζες είναι οι πιστωτές των επιχειρήσεων και αν απαιτείται ένα επιχειρηματικό δάνειο, είναι σημαντικό να έχει γίνει προηγουμένως έρευνα για τις συνθήκες δανειοδότησης. Ο χρόνος δανειοδότησης μιας επιχείρησης κυμαίνεται από 5 έως 15 έτη και είναι προτιμότερο μια σύμβαση δανείου να καλύπτει το μέγιστο επιτρεπτό χρόνο αποπληρωμής για την ελαχιστοποίηση τόσο των επιπτώσεων στην ταμειακή ροή όσο και του κινδύνου που ενέχει η μειωμένη εισροή ασθενών κατά το πρώτο και δεύτερο έτος λειτουργίας του ιατρείου (Αντωνιάδου, 2019).

## Ανθεκτικότητα

Ως ανθεκτικότητα στην οδοντιατρική μπορεί να θεωρηθεί η ικανότητα ανάκαμψης από αντιξοότητες και αποτυχίες, διατηρώντας παράλληλα την ικανότητα προσαρμογής στις αλλαγές και τη διατήρηση της ευημερίας του ατόμου (Rahman, 2023). Η ανθεκτικότητα σε οικονομικό επίπεδο (που αποτελεί και αντικείμενο της παρούσας εργασίας) αφορά στην ικανότητα του οδοντίατρο-επιχειρηματία να αντιμετωπίζει και να ανακάμπτει από οικονομικές δυσκολίες (McKnight and Rucci, 2020). Το να έχει αναπτύξει κάποιος οικονομική ανθεκτικότητα αποτελεί έναν από τους σημαντικότερους παράγοντες προκειμένου να επιτευχθεί οικονομική ευρωστία (Russell et al., 2020) ενώ ένα άτομο που δεν μπορεί να ανταπεξέλθει σε οικονομικές δυσκολίες ταξινομείται ως οικονομικά ευάλωτο (Lusardi et al., 2021).

Ένας τρόπος για να ενισχύσει μια επιχείρηση και κατ'επέκταση ένα οδοντιατρείο την ανθεκτικότητά του είναι με την **δημιουργία ενός ταμείου έκτακτης ανάγκης**. Πρόκειται ουσιαστικά για ένα ταμείο στο οποίο κατά την διάρκεια της καριέρας του ο οδοντίατρος αποταμιεύει χρήματα τα οποία προορίζονται για να αξιοποιηθούν σε περιόδους που η επιχείρηση μπορεί να αντιμετωπίζει οικονομικές δυσκολίες π.χ. μείωση των εσόδων ή αύξηση των εξόδων λόγω ανάγκης αντικατάστασης παλαιού εξοπλισμού.

Άλλη μια ουσιαστική κίνηση σε περιόδους οικονομικής κρίσης είναι η προσπάθεια για **μείωση των εξόδων** που απαιτούνται για την λειτουργία της επιχείρησης. Για παράδειγμα, ο οδοντίατρος μπορεί να διαπραγματευθεί τη μείωση του ενοικίου ή της δόσης του δανείου ώστε να μπορέσει η επιχείρηση να ανταπεξέλθει (Sreenivasan et al., 2023). Το γεγονός αυτό αποτελεί έναν επιπρόσθετο λόγο για το ότι θα πρέπει η σύμβαση ενός δανείου να καλύπτει το μέγιστο επιτρεπτό χρόνο αποπληρωμής (Αντωνιάδου, 2019).

Αξίζει ακόμη να αναφερθεί πως για να είναι μια επιχείρηση αποδοτική και έτοιμη να αντιμετωπίσει πιθανές δυσκολίες θα πρέπει να έχουν **τεθεί οικονομικοί στόχοι με συγκεκριμένο χρονοδιάγραμμα** ώστε ο οδοντίατρος-επιχειρηματίας να έχει πάντα εικόνα της πορείας της επιχείρησης και να προλαμβάνει τα προβλήματα στην αρχή τους (Clarkson, 2008).

Προκειμένου να αμυνθεί στον όλο αυξανόμενο ανταγωνισμό και να αντιμετωπίσει οικονομικές δυσκολίες ο οδοντίατρος μπορεί να προβεί στη **δημιουργία μιας οδοντιατρικής ομάδας** που μπορεί να κυμαίνεται από 2 οδοντιάτρους που συστημάζονται σε ένα ιατρείο μέχρι και έναν μεγάλο αριθμό οδοντιάτρων, συνήθως διαφορετικών ειδικοτήτων, που εργάζονται σε πολλά ιατρεία (Albert Guay, 2014). Αυτό που παρατηρείται τις τελευταίες δεκαετίες είναι μια ελάττωση του αριθμού των οδοντιάτρων που εργάζονται σε ένα ιατρείο μόνοι τους (από 70% το 1986 σε 57% το 2012) και μια παράλληλη αύξηση αυτών που σχηματίζουν οδοντιατρικές ομάδες (Gesko et al., 2017). Μεταξύ των πλεονεκτημάτων αυτής της οδοντιατρικής συνεργασίας συγκαταλέγονται η δυνατότητα ενός οδοντίατρο να αναλαμβάνει περίπου 700 ασθενείς παραπάνω ετησίως (50% περισσότερους σε σχέση με όταν ασκεί την οδοντιατρική μόνος), η δυνατότητα συνεργασίας με κλινικούς ειδικούς που θα καλύψουν τις ανάγκες που κρίνει ότι υπάρχουν και δεν μπορεί να καλύψει μόνος του (Gesko et al., 2017), ικανότητα να αγοράσουν από κοινού ακριβά μηχανήματα όπως ένα πανοραμικό ακτινογραφικό μηχανήμα ενώ ταυτόχρονα παρατηρείται μείωση και στα λειτουργικά έξοδα (Faustino, 2023).

Συνεπώς, γίνεται αντιληπτό πως η συνεργασία με άλλους επαγγελματίες του κλάδου θα καταστήσει τον οδοντίατρο-επιχειρηματία πιο ανταγωνιστικό, θα του επιτρέψει να προσελκύσει περισσότερους ασθενείς, με αποτέλεσμα την αύξηση των εσόδων ενώ, ταυτόχρονα θα

μειώσει τα λειτουργικά έξοδα και θα είναι περισσότερο εφικτό να προμηθευτεί μαζί με τους συναδέλφους του ακριβότερο εξοπλισμό.

Σημαντική στρατηγική βιωσιμότητας της επιχείρησης αποτελεί και η επιλογή του κατάλληλου προσωπικού (Clarkson, 2008) όπως και η κατάρτιση του ήδη απασχολούμενου προσωπικού (Ζήση, 2004). Ο οδοντίατρος-ηγέτης της επιχείρησης θα πρέπει να είναι ικανός να αξιολογεί τα δυνατά και αδύναμα σημεία των εργαζομένων του ώστε να είναι αποτελεσματικότερη η κατανομή των αρμοδιοτήτων και να λειτουργεί αποδοτικότερα η επιχείρηση. Εξάλλου, εργαζόμενοι στους οποίους δίνονται κίνητρα καθώς και τους αναθέτονται συγκεκριμένοι, ρεαλιστικοί και κατακτισιμοί στόχοι δουλεύουν περισσότερο και αποκτούν μεγαλύτερη αίσθηση ικανοποίησης κατά την καθημερινή τους εργασία με αποτέλεσμα να ενθαρρύνεται η παραγωγικότητα της επιχείρησης (Clarkson 2008).

Η διαχείριση της επαγγελματικής σταδιοδρομίας σε μεταγενέστερα στάδια μπορεί να περιλαμβάνει το συνδυασμό δημόσιας και ιδιωτικής εργασίας, την εξ ολοκλήρου ιδιωτική πρακτική, εξειδίκευση ή συνδυασμό του οδοντιατρικού επαγγέλματος με κάποιον άλλον ρόλο. Επίσης, στρατηγική πώληση του οδοντιατρείου μπορεί να αποτελέσει πρακτική επιλογή (Gallagher, 2021).

Ασφαλώς για να κατορθώσει ο οδοντίατρος να σταθεί στην αγορά εργασίας και να παραμείνει ανταγωνιστικός για αρκετά χρόνια, θα πρέπει να παρακολουθεί και να εναρμονίζεται με τις τεχνολογικές εξελίξεις. Η ψηφιακή αποτύπωση έχει ήδη αρχίσει να εφαρμόζεται και παρέχει πλεονεκτήματα με κυριότερο την αυξημένη ικανοποίηση του ασθενούς που δεν υποβάλλεται στην ταλαιπωρία λήψης ενός συμβατικού αποτυπώματος (Gracco et al., 2023). Το 3D-printing έχει οδηγήσει σε σημαντική μείωση του χρόνου αλλά και του κόστους που απαιτείται για την κατασκευή αποκαταστάσεων (Javaid et al., 2021). Ακόμα, ο σαρωτής προσώπου (facial scanner) χρησιμοποιεί τεχνολογία τρισδιάστατης απεικόνισης και επιτρέπει στον οδοντίατρο λαμβάνοντας εικόνες του προσώπου και του στόματος του ασθενούς να προβλέψει με ακριβέστερο τρόπο την έκβαση της οποιασδήποτε οδοντιατρικής εργασίας και κατ'επέκταση αυξάνει την ικανοποίηση του ασθενούς (Gracco et al, 2023).

### Επιπρόσθετες επιλογές

Όπως γίνεται αντιληπτό, τόσο οι τεχνικές βιωσιμότητας όσο και οι τεχνικές ανθεκτικότητας έχουν έναν κοινό στόχο, την δημιουργία και διατήρηση μιας υγιούς επιχείρησης ικανής να ανταπεξέρχεται σε δυσκολίες και εμπόδια που προκύπτουν κατά τη διάρκεια του επιχειρηματικού κύκλου. Από την βιβλιογραφία προκύπτει πως υπάρχουν ορισμένες στρατηγικές που μπορούν να εφαρμοστούν τόσο για την ενίσχυση της βιωσιμότητας όσο και της ανθεκτικότητας μιας επιχείρησης, και σε αυτές περιλαμβάνονται το marketing-διαφήμιση αλλά και η οδοντιατρική συμβουλευτική-dental coaching.

Με την ευρεία χρήση των μέσων κοινωνικής δικτύωσης είναι πλέον εφικτή πέρα από την διάδοση των γνώσεων και των πληροφοριών (Stephen et al., 2012) και η διαφήμιση των επιχειρήσεων. Οι τελευταίες κατά αυτόν τον τρόπο προσελκύουν πελάτες αφού έχουν την ευκαιρία να προβληθούν σε έναν τεράστιο αριθμό πιθανών ενδιαφερόμενων (Dwivedi et al., 2021). Από την άλλη μεριά, οι καταναλωτές είναι σε θέση να αξιολογήσουν την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών και έχει αποδειχθεί από μελέτες πως θετικές κριτικές μπορεί να οδηγήσουν σε αύξηση, ενώ αντίθετα αρνητικές κριτικές σε μείωση των πωλήσεων μιας επιχείρησης (Dwivedi et al., 2021 και Onishi et al., 2012 και Helsen et al., 2018). Για τον λόγο αυτόν, η Αμερικάνικη Οδοντιατρική Ομοσπονδία (American Dental Association, ADA) προτείνει στους οδοντιάτρους να παροτρύνουν

τους ικανοποιημένους ασθενείς να γράψουν μια κριτική και στο διαδίκτυο ώστε να μοιραστούν την θετική τους εμπειρία και με άλλους μελλοντικούς ασθενείς (Versaci, 2023).

Αποτελέσματα μελετών έδειξαν πως οι νεαρές γυναίκες είχαν περισσότερες πιθανότητες να εμπιστευτούν τις κριτικές στα μέσα κοινωνικής δικτύωσης προκειμένου να επιλέξουν πάροχο υγειονομικής περίθαλψης σε αντίθεση με άτομα άνω των 65 ετών που έθεται άλλα κριτήρια για την επιλογή τους (Kozikowski et al., 2022). Σύμφωνα με το Forbes, άλλοι τρόποι με τους οποίους ο οδοντίατρος μπορεί να αξιοποιήσει τα μέσα κοινωνικής δικτύωσης για να προβάλλει και να διαφημίσει την επιχείρησή του αφορούν τη δημιουργία μιας εύκολης στην πλοήγηση και καλά οργανωμένης ιστοσελίδας καθώς και την προώθηση στοχευμένων διαφημίσεων (Prasad, 2021) (Αυτό δεν επιτρέπεται στην Ελλάδα από τον Κώδικα Οδοντιατρικής Δεοντολογίας, Προεδρικό διάταγμα 39/2009\_σε ισχύ). Ο οδοντίατρος

όμως μπορεί να προσεγγίσει και το κοινό που δεν χρησιμοποιεί το διαδίκτυο προκειμένου να επιλέξει παρόχους υγείας. Αυτό μπορεί να επιτευχθεί μέσω της διαφήμισης της επιχείρησης του στον τηλεφωνικό κατάλογο αλλά και σε εφημερίδες και περιοδικά. Για παράδειγμα ένα περιοδικό σχετικό με οργάνωση γάμων είναι ένα εξαιρετικό σημείο για διαφήμιση υπηρεσιών αισθητικής οδοντιατρικής όπως είναι η λεύκανση ή οι όψεις (Clarkson et al., 2008) (Για το τι ισχύει στην Ελλάδα σχετικά με το θέμα αυτό βλ. άρθρο 22, 23 του ΚΟΔ).

Ένας πολύ καλός έμμεσος τρόπος διαφήμισης του οδοντιατρείου είναι μέσω της ενασχόλησης του οδοντιάτρου και του προσωπικού με τοπικές και εθνικές οργανώσεις. Η ενασχόληση αυτή είναι ένα πολύτιμο μέσο δικτύωσης (networking) που εδραίωνει τη θέση του οδοντιατρείου στην κοινότητα (Clarkson, 2008). Οι επιχειρήσεις επηρεάζονται από το επίπεδο ανάπτυξης της τοπικής κοινωνίας στην οποία

απευθύνονται (Ζήση, 2004). Επομένως επένδυση στην κοινότητα είναι επένδυση στην επιχείρηση. Το branding, ακόμη, έννοια συνυφασμένη με την ταυτότητα μιας επιχείρησης, αντικατοπτρίζει το επαγγελματικό προφίλ του οδοντιάτρου και πρέπει να αποδίδει την ποιότητα της υπηρεσίας του, τον επαγγελματισμό του και την ακεραιότητα της επιχείρησης. Υπό αυτή την έννοια είναι άρρηκτα συνδεδεμένο με την βιωσιμότητα και την ανθεκτικότητα της επιχείρησης, καθώς αποτελεί την πρώτη σκέψη του ασθενή – πελάτη όταν αναζητά την οδοντιατρική υπηρεσία.

Μια ακόμη στρατηγική η οποία εξελίσσεται ραγδαία τα τελευταία έτη και που μπορεί να συμβάλει στη διαμόρφωση και διατήρηση μιας επιχείρησης κερδοφόρας και υγιούς είναι η οδοντιατρική συμβουλευτική (dental coaching). Πρόκειται για έναν μοντέρνο

Συνέχεια στη σελίδα 12



## ΜΙΚΤΕΣ ΟΞΥΓΟΝΟΥ ΜΕ ΠΡΩΤΟΞΕΙΔΙΟ ΤΟΥ ΑΖΩΤΟΥ

**Baldus Analog**



**Baldus Touch**



**HIGH TECHNOLOGY  
OXYGEN-  
NITROUS OXIDE  
MIXER**



**Scavengersystem  
Baldus®**



**Διπλές Ρινικές Μάσκες Baldus  
Κλιβανιζόμενες & μιας χρήσης  
Δυο μεγέθη ενηλίκων και παιδιών**

**Παγκόσμια Καινοτομία  
Υψηλής Τεχνολογίας  
& Ποιότητας Κατασκευής**

**ΓΙΑΛΚΟΒΑΝΙΔΗΣ ΑΘΑΝΑΣΙΟΣ**  
 Αντιπρόσωπος - Διανομέας [Baldus-sedation.de](http://Baldus-sedation.de)  
 ☎ 2410 626298 ☎ 6984 717132 ☎ Καρφή 7 Τ.Κ. 41335, Λάρισα  
 ✉ info@yalko.gr 🌐 yalko.gr



Συνέχεια από τη σελίδα 11

κλάδο της συμβουλευτικής που ως στόχο έχει να διευκολύνει τους οδοντίατρους στην λήψη αποφάσεων που θα καταστήσουν βιώσιμη την επιχείρησή τους (Αντωνιάδου, 2019). Μελέτη σε 1000 οδοντιατρικές επιχειρήσεις που δέχθηκαν συμβουλευτική-καθοδήγηση έδειξε ότι υπήρξε βελτίωση στην παροχή υπηρεσιών κατά 39%, στη διατήρηση του προσωπικού κατά 32%, στη μείωση του κόστους κατά 23%, ενώ παρατηρήθηκε βελτίωση των σχέσεων μεταξύ των εργαζομένων και καλύτερη συνεργασία (Dickerson, 2007). Άλλη μελέτη που διενεργήθηκε σε φοιτητές οδοντιατρικής του πανεπιστημίου Umm Al-Qura έδειξε πως το coaching βελτίωσε ψυχικές παραμέτρους των φοιτητών όπως το στρες και την κατάθλιψη ενώ ταυτόχρονα τους βοήθησε να πετύχουν τους στόχους τους (Aboalshamat et al., 2020). Σε ακόμη μια μελέτη που πραγματοποιήθηκε, τελειοφοίτοι φοιτητές επισήμαναν ότι ένιωθαν ατελώς προετοιμασμένοι για νομικά και ασφαλιστικά θέματα καθώς και για θέματα που αφορούσαν την οργάνωση του οδοντιατρείου και τη διαχείριση του προσωπικού (Gorter, 2007). Οι πτυχιούχοι των οδοντιατρικών σχολών παγκοσμίως δεν εκπαιδεύονται επαρκώς στη διαχείριση λειτουργίας του οδοντιατρείου σε διοικητικό, νομικό και οικονομικό επίπεδο, γεγονός που καταδεικνύεται από το ότι το 92% των οδοντιάτρων δεν μπορούν να συνταξιοδοτηθούν στην ηλικία των 65 ετών, επειδή δεν διαθέτουν τους πόρους. Συνεπώς, κρίνεται αναγκαία η ύπαρξη μιας ομάδας συμβουλευτικής-καθοδήγησης που θα συμβουλεύσει και θα κατευθύνει τον οδοντίατρο-επιχειρηματία τόσο στα πρώτα στάδια όσα και καθ' όλη τη διάρκεια της επιχειρηματικής του καριέρας (Αντωνιάδου, 2019).

Δεδομένου ότι το οδοντιατρικό επάγγελμα κατατάσσεται στα επαγγέλματα με υψηλό επίπεδο άγχους (Hasegawa, 2015) και με κοινωνικό χαρακτήρα (Clarkson, 2008) μια επιπρόσθετη στρατηγική βιωσιμότητας και ανθεκτικότητας είναι η **ανάπτυξη συναισθηματικής νοημοσύ-**

**νης** του οδοντίατρου. Συναισθηματική νοημοσύνη είναι η ικανότητα κάποιου να αντιλαμβάνεται και να διαχειρίζεται τα συναισθήματα τα δικά του και των άλλων με σκοπό να επιλύσει συγκρούσεις, να διαθέτει ενσυναίσθηση και να επικοινωνεί αποτελεσματικά. Περιλαμβάνει επίσης την αυτογνωσία και αυτοαντίληψη, αλλά και την κοινωνική αντίληψη (social awareness) (Crocock, 2020). Επιπλέον, πρέπει να γίνει αντιληπτό ότι δεν αποτελεί έμφυτο χάρισμα αλλά ένα σύνολο ικανοτήτων που μπορούν να αποκτηθούν με την εκπαίδευση (Hasegawa, 2015).

### Συμπεράσματα

Όπως γίνεται αντιληπτό από τα παραπάνω, ο οδοντίατρος πλέον καλείται να διευρύνει τους γνωστικούς του ορίζοντες και να αποκτήσει γνώσεις σχετικά με θέματα οργάνωσης και διαχείρισης της οδοντιατρικής του επιχείρησης. Η έλλειψη εκπαίδευσης σε ζητήματα επιχειρηματικότητας γίνεται φανερό δεδομένου ότι αρκετά οδοντιατρεία αναγκάζονται να κλείσουν, καθώς δεν είναι πλέον βιώσιμα. Καθίσταται συνεπώς επιτακτική η ανάγκη, ο σύγχρονος οδοντίατρος να αναζητήσει και να εφαρμόσει τεχνικές βιωσιμότητας και ανθεκτικότητας σε όλες τις φάσεις του κύκλου ζωής του οδοντιατρείου του με απώτερο στόχο την επίτευξη ενός υγιούς επιχειρηματικού μοντέλου, ενώ και η δημιουργία/ ενίσχυση σχετικών εκπαιδευτικών παρεμβάσεων κατά τα φοιτητικά έτη θα ήταν ιδιαίτερα χρήσιμη.

### ΕΝΔΕΙΚΤΙΚΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Αρτίκης Γεώργιος, Χρηματοοικονομική Διοίκηση: Αποφάσεις Επενδύσεων, Εκδόσεις Interbooks, σελ. 260, 283, 2003.
2. Αντωνιάδου Μαρία, «Εφαρμογή των ανθρωπιστικών επιστημών και βασικών αρχών coaching στις επιστήμες υγείας», Εκδόσεις Τσότρα, σελ. 605, 2021.
3. Αντωνιάδου Γ. Μαρία, «Συμβουλευτική Οδοντιάτρων-Η συμβολή του νέου θεσμού στην απόκτηση οδοντιατρείου», 2019.
4. Γεωργόπουλος, Α., «Βιομηχανικό περιβάλλον, κύκλος ζωής των επιχειρήσεων και αναδιοργάνωση», Κεφάλαιο 3, Κάλλιπος, Ανοικτές Ακαδη-

- μαϊκές Εκδόσεις, 2015.
5. Ζαρογιάννη Χριστίνα, «Ανάλυση του Νεκρού Σημείου-Βιβλιογραφική Ανασκόπηση Σχετικά με την Πολυπαραγωγική Επιχείρηση- από το 1995 και Ύστερα», 2007.
6. Θεόδωρος Νικολάου Στάθης, «Χρηματοοικονομικός Κύκλος Ζωής Επιχείρησης και Οικονομική Προστιθέμενη Αξία», 2008.
7. Πρίγκος Αλέξανδρος, «Ο Ρόλος των Μικρομεσαίων Επιχειρήσεων στην Ανάπτυξη και την Απασχόληση», 2018.
8. Ρίζος Δ Νίκος, «Μάρκετινγκ Μάνατζμεντ της Αειφορίας για το Καινοτόμο και το Παραδοσιακό Προϊόν», Κεφάλαιο 8, Σελίδες 158-169, 2020.
9. Antoniadou, M.; Devetziadou, M. Sensory Branding: A New Era in Dentistry. Online J. Dent. Oral Health 2020, 3, 1-8.
10. Antoniadou, M.; Varzakas, T.; Tzoutzas, I. Circular Economy in Conjunction with Treatment Methodologies in the Biomedical and Dental Waste Sectors. Circ. Econ. Sustain. 2021, 1, 563-592.
11. Sreenivasan A; Suresh M. Readiness of financial resilience in startups, Journal of Safety Science and Resilience, 4,(3), 2023, 241-252.
12. Clarkson E.; Bhatia S. Management and marketing for the general practice dental office. Dent Clin North Am. 2008 Jul;52(3):495-505
13. Constantin F.; Kavoura A. Digital Entrepreneurship via Sustainable Online Communication of Dentistry Profession, Oradea, Romania: A Longitudinal Analysis. Sustainability. 2022; 14(2):802.
14. Dickerson, T. The role of coaching in the business of dentistry. Br Dent J 203, 2007, 237-238.
15. Dwivedi YK.; Ismagilova E.; Hughes DL.; Carlson J.; Filiere R.; Jacobson J.; et al, Setting the future of digital and social media marketing research: Perspectives and research propositions. International Journal of Information Management. 2021; 59: 102168.
16. FDI World Dental Federation. Sustainability in Dentistry. Int. Dent. J.2018, 68, 10-11.
17. Gallagher JE.; Colonio-Salazar FB.; White S. Supporting dentists' health and wellbeing – a qualitative study of coping strategies in 'normal times'. Br Dent J. 2021 Jul 20:1-9.
18. Gleißner, Werner & Günther, Thomas & Walkshäusl, Christian. Financial sustainability: measurement and empirical evidence. Journal of Business Economics. 92. 10.1007/s11573-022-01081-0, 2022.
19. Gorter RC.; Storm MK.; te Brake JH.; Kersten HW.; Eijkman MA. Outcome of career expectations and early professional burnout among newly qualified dentists. Int Dent J. 2007 Aug;57(4):279-85.
20. Gracco A.; De Stefani A.; Bruno G. Influence of New Technology in Dental Care: A Public Health Perspective. Int J Environ Res Public Health. 2023 Apr 3;20(7):5364.
21. Grocock R. Leadership in dentistry. Br Dent J. 2020, 228(11):882-885.
22. Harris, M. Profitable Dentistry: A Teaching Case in Entrepreneurship. Bus. Educ. Innov. J. 2011, 3, 103-106.
23. Kozikowski A.; Morton-Rias D.; Mauldin S.; Jeffery C.; Kavanaugh K.; Barnhill G. Choosing a Provider: What Factors Matter Most to Consumers and Patients? J Patient Exp. 2022, 19;9:23743735221074175.
24. Lee KC.; Chuang SK. Financial conflicts of interest in dentistry: how much money do providers receive from industry? Gen Dent. 2020 Jan-Feb;68(1):56-60.
25. Lusardi A.; Hasler A.; Yakoboski PJ. Building up financial literacy and financial resilience. Mind Soc. 2021; 20(2):181-187.
26. Mary Beth Versaci, «5 tips for marketing your dental practice» American Dental Association, 2023.
27. Onishi H.; Manchanda P. Marketing activity, blogging and sales. International Journal of Research in Marketing. 2012; 29: 221-234.
28. Rahman, D. The mindset of resilience in dentistry. BDJ In Pract 36, 19-21, 2023.
29. Sbaraini, A., Carter, S.M., Evans, R.W. et al. Experiences of dental care: what do patients value?. BMC Health Serv Res 12, 177, 2012.
30. Tsorakidis Nikolaos.; Papadopoulos Sophocles.; «Break-Even Analysis and Measures of Performance» Operatives Marketing-Controlling, 2000.
31. United Nations A/RES/70/1 Transforming Our World: The 2030 Agenda for Sustainable Development; United Nations: New York, NY, USA, 2015; p. 35.
32. van Boerdonk, P.J.M.; Krikke, H.R.; Lambrechts, W. New Business Models in Circular Economy: A Multiple Case Study into Touch Points Creating Customer Values in Health Care. J. Clean. Prod. 2021, 282, 125375.
33. von Helversen B.; Abramczuk K.; Kopec W.; Nielek R. influence of consumer reviews on online purchasing decisions in older and younger adults. Decision Support Systems. 2018; 113:1-10.
34. Wentworth RB. What are the Ethical Issues I Need to Consider When Developing Marketing Strategies for My Practice?, 2011, Aug;142(8):966-7
35. World Health Organization Regional Office for Europe. Circular Economy and Health: Opportunities and Risks; United Nations: New York, NY, USA, 2018, p. 110.



## DIGITAL DENTAL LAB

### KENTRO ΨΗΦΙΑΚΗΣ ΟΔΟΝΤΙΚΗΣ ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΑΣ

Φροντίζουμε το χαμόγελό σας



**ΚΩΣΤΑΣ ΚΑΡΑΓΙΑΝΝΑΚΗΣ**

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

Creel Caught Hot Rock Shrimp with Himalayan Salt

**BECAUSE  
INGREDIENTS  
MATTER**

A FRESH APPROACH  
SERVED BY OPTIDENT

Using the finest ingredients, detailed recipes and executed with our secret finishing touches, White Dental Beauty Professional Tooth Whitening Systems represent the crème de la crème in whitening healthy smiles.

At Optident we take pride in sourcing the best produce to create gourmet materials for you to use and because everything we produce ends up in a patient's mouth, we will never compromise on quality.



 **optident** LTD

**Dental Expert - Άννα Εημάογλου Ε.Π.Ε.**

Ο Εξειδικευμένος Συνεργάτης του Οδοντιατρείου σας

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



## Ενδοδοντική θεραπεία κάτω 2ων προγομφίων με μορφολογικές παραλλαγές: αναφορά 2 περιστατικών

Η άρτια γνώση της ανατομίας του συστήματος των ριζικών σωλήνων είναι βασική προϋπόθεση για την επιτυχία της ενδοδοντικής θεραπείας<sup>1</sup>. Η εύρεση και η επεξεργασία όλων των σωλήνων αποτελεί πρόκληση σε περιπτώσεις δοντιών με ιδιαίτερη μορφολογία<sup>2</sup>. Η χαμένη ανατομία επηρεάζει σημαντικά την πρόγνωση του δοντιού και συχνά οδηγεί σε αποτυχία<sup>3</sup>.

Με βάση προηγούμενες in vitro μελέτες, έχει αποδειχθεί ότι υπάρχει μια ευρεία μορφολογική διαφοροποίηση των 2ων προγομφίων της κάτω γνάθου. Ο Vertucci<sup>4</sup> δεν αναφέρει κανένα περιστατικό με 3 ριζικούς σωλήνες στην έρευνά του, ενώ στις μελέτες των Pineda et al<sup>5</sup> και Zilich et al<sup>6</sup> τα ποσοστά είναι 1,2 % και 0,4 % αντίστοιχα. Το CBCT στις μέρες μας αποτελεί βασικό εργαλείο στα χέρια του κλινικού αλλά και εργαλείο έρευνας, ώστε να προκύψουν



**Μαρία-Ελένη Μάρκου**  
 Μεταπτυχιακή  
 φοιτήτρια Ενδοδοντίας  
 Οδοντιατρικής Σχολής  
 ΕΚΠΑ

ασφαλέστερα συμπεράσματα για την ακριβή μορφολογία των 2ων προγομφίων της κάτω γνάθου και των παραλλαγών τους. Οι Versiani et al το 2019<sup>7</sup>, σε έρευνα που βασίστηκε και σε μελέτες CBCT, αναφέρει ότι το ποσοστό των 2ων κάτω γομφίων με 3 ριζικούς σωλήνες είναι 0,05%. Στην βιβλιογραφία έχουν γίνει επίσης αναφορές ασυνήθιστων κλινικών περιστατικών 2ων κάτω προγομφίων με 3 ριζικούς σωλήνες<sup>8</sup> ή και με 4<sup>9</sup>.

Η σωστή αξιολόγηση κατά την διάγνωση είναι το αρχικό στάδιο για την επιτυχημένη έκβαση ενός περιστατικού. Εάν από την αρχική ακτινογραφία παρατηρηθεί απόκλιση από την συνήθη μορφολογία,

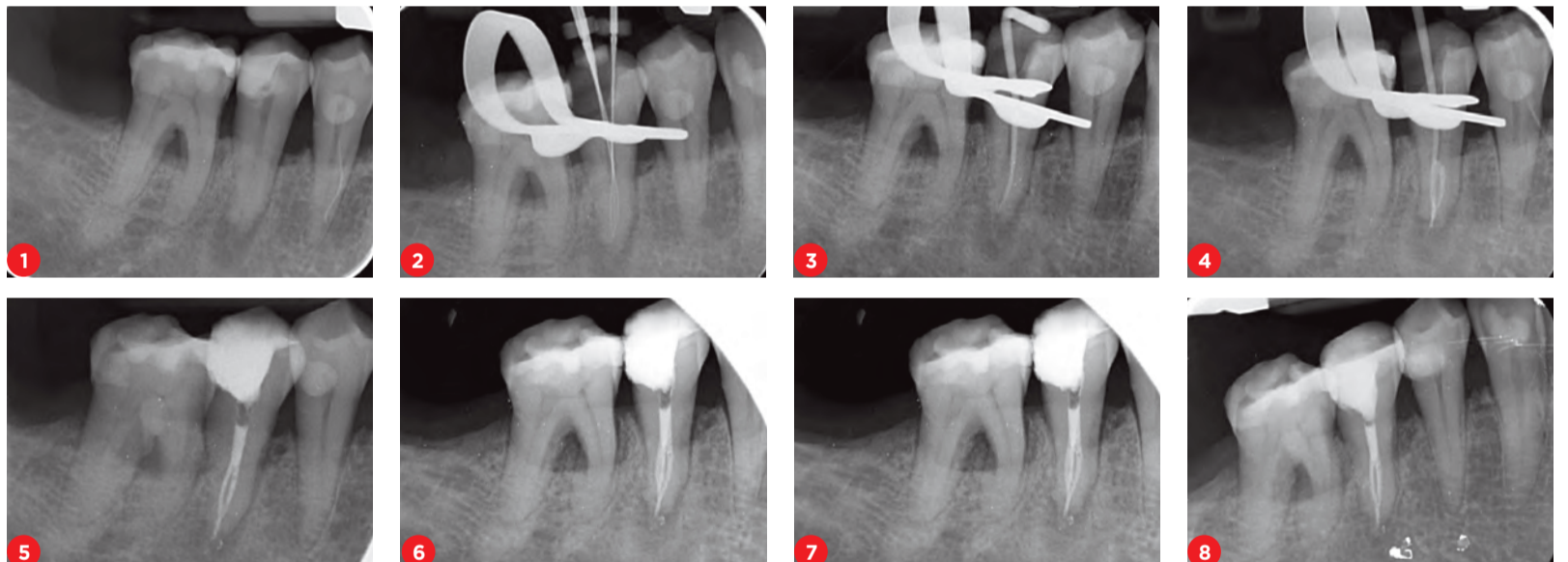
τότε σκόπιμη είναι η λήψη ακτινογραφιών με διαφορετική οριζόντια γωνία, οι οποίες θα αποκαλύψουν περισσότερες λεπτομέρειες για την ανατομία του συστήματος των ριζικών σωλήνων. Επιπρόσθετα, με βάση τις οδηγίες της ESE για την χρήση του CBCT, δόντια με ιδιαίτερη μορφολογία ενδείκνυται να αξιολογούνται προεπεμβατικά με CBCT, εάν οι πληροφορίες από τις οπισθοφανιακές ακτινογραφίες είναι ελλιπείς. Η χρήση του μικροσκοπίου είναι απαραίτητη για τη διεκπεραίωση τέτοιων περιστατικών<sup>10</sup>, όπως άλλωστε και η χρήση περιστρεφόμενων εργαλείων που έχουν υποστεί θερμική καταργασία και είναι ικανά να αποδώσουν την απαιτητική τους ανατομία<sup>11</sup>.

Στη συνέχεια θα παρουσιαστούν δύο περιστατικά που αφορούν την ενδοδοντική αντιμετώπιση προγομφίων με 3 ριζικούς σωλήνες.

### 1ο περιστατικό

Ασθενής 58 ετών με ελεύθερο ιατρικό ιστορικό παραπέμφθηκε για ενδοδοντική θεραπεία του #45 λόγω της ιδιαίτερης μορφολογίας του (**Εικ. 1**). Όσον αφορά στο οδοντιατρικό της ιστορικό, ανέφερε συμπτωματολογία προ 15 ημερών, η οποία είχε υποχωρήσει μετά την χρήση αντιφλεγμονωδών για 3 ημέρες. Κατά την κλινική εξέταση καταγράφηκε θετική αντίδραση στην ψηλάφηση, αρνητική στην επίκρουση, αρνητική απάντηση στη δοκιμασία ψυχρού, ενώ ανιχνεύθηκε θύλακος 5 χιλιοστών εγγύς παρειακά. Ο ακτινογραφικός έλεγχος αποκάλυψε διαύγαση αντίστοιχα με τον #45. Η διάγνωση που τέθηκε ήταν ασυμπτωματική ακρορριζική περιοδοντίτιδα.

**1η συνεδρία:** Πραγματοποιήθηκε τοπική αναισθησία με αρτικαΐνη 4% και αδρεναλίνη 1:100000. Τοποθετήθηκε ελαστικός απομονωτήρας και έγινε αντισηψία του πεδίου με βύσμα βάμβακος εμποτισμένο σε υποχλωριώδες νάτριο (NaOCl) 2,5%. Ακολούθησε η διάνοιξη του 45, αφαιρώντας την έμφραξη και την τερηδόνα άπω και μασιπικά. Έγινε επεξεργασία του αυχενικού και μέσου με Gates Glidden #2 και φρέζες Munce (λευκή και μώβ) ώστε να υπάρξει κατά το δυνατό ευθεία πρόσβαση στα στόμα των ριζικών σωλήνων. Μετά την εντόπιση των στομιών η διαβατότητα επιτεύχθηκε με ρίνες C-pilot (VDW) Νο 6, 8 και 10. Προσδιορίστηκε το μήκος εργασίας με ηλεκτρονικό εντοπιστή ακρορριζικής στένωσης και επιβεβαιώθηκε με λήψη ενδιάμεσης ακτινογραφίας (**Εικ. 2**). Ακολούθησε η χημικομηχανική επεξεργασία των ριζικών σωλήνων με περιστρεφόμενα εργαλεία Endo EdgeX7. Το κύριο ακρορριζικό εργαλείο (ΚΑΕ) ήταν 30.04 και για τους 3 σωλήνες. Επειδή και οι 3 ενώνονταν ακρορριζικά, αποφασίστηκε ο εγγύς παρειακός να επεξεργασθεί μέχρι το μήκος



Εικ. 1-8: (1) Αρχική ακτινογραφία. (2) Ενδιάμεση ακτινογραφία. (3) Προτελική ακτινογραφία. Εγγύς παρειακός σωλήνας. (4) Προτελική ακτινογραφία. Γλωσσικός σωλήνας. (5,6) Τελικές ακτινογραφίες. (7,8) Επανεξέταση 6 μηνών.

εργασίας και οι υπόλοιποι 1 χιλιοστό λιγότερο από αυτό. Οι διακλυσμοί έγιναν με NaOCl 2,5%. Στο τέλος τοποθετήθηκε πάστα υδροξειδίου του ασβεστίου και προσωρινή μυλική έμφραξη. Η επόμενη συνεδρία προγραμματίστηκε σε δύο εβδομάδες.

**2η Συνεδρία:** Δύο εβδομάδες αργότερα η ασθενής προσήλθε για τη δεύτερη συνεδρία, ελεύθερη συμπτωμάτων. Πραγματοποιήθηκε εκ νέου

στελεχειαία αναισθησία με αρτικαΐνη 4% και αδρεναλίνη 1:100000. Στην συνέχεια το δόντι απομονώθηκε και αφαιρέθηκε η προσωρινή έμφραξη. Το υδροξείδιο του ασβεστίου αφαιρέθηκε με διακλυσμούς. Έγινε διακλυσμός 6 ml EDTA 17 % και οι διακλυσμοί ολοκληρώθηκαν με ενεργοποίηση εκ νέου των υγρών διακλυσμών με τη ρίνη XP - Endo Finisher μόνο στο τμήμα του σωλήνα που ήταν

μυλικότερα των στομιών. Οι σωλήνες στεγνώθηκαν με κόνους χάρτου κι έγινε λήψη ακτινογραφίας με τον κύριο κώνο στον γλωσσικό σωλήνα.

Η έμφραξη του συστήματος των ριζικών σωλήνων ήταν μια πρόκληση. Αφού έγινε προτελική ακτινογραφία με τον κύριο κώνο στον εγγύς παρειακό (**Εικ. 3**) το τμήμα της γουταπέρκας που αντιστοιχούσε από το ύψος του στομίου μέχρι το ακρο-

ρίζιο αποκόπηκε εξωστοματικά και μεταφέρθηκε με το tip του system B μέσα στον σωλήνα με σκοπό να αποφευχθεί η είσοδος γουταπέρκας στα παρακείμενα στόμα κατά την κάθετη συμπίκνωση. Με τον τρόπο αυτό, τα υπόλοιπα στόμα παρέμειναν ανοικτά και ακολούθησε η έμφραξη τους, σε συνδυασμό με φυράμα εποξικής ρητίνης AH26. Στη συνέχεια τοποθετήθηκε ο κύριος κώνος στον γλωσσικό σωλήνα 1 χιλιοστό λιγότερο από το μήκος εργασίας και επιβεβαιώθηκε με ακτινογραφία (**Εικ. 4**). Η έμφραξη του άπω παρειακού και του υπόλοιπου συστήματος των ριζικών σωλήνων έγινε με τη χρήση Obtura και θερμής κάθετης συμπίκνωσης. Ακολούθησε η προσωρινή έμφραξη του δοντιού και η λήψη της τελικής ακτινογραφίας (**Εικ. 5,6**).

Στην επανεξέταση των 6 μηνών το δόντι ήταν ασυμπτωματικό (**Εικ. 7,8**) και οι περιακρορριζικοί ιστοί έδειξαν σαφή σημεία επούλωσης.

### 2ο περιστατικό

Γυναίκα 68 ετών παραπέμφθηκε για ενδοδοντική θεραπεία του #45 λόγω της ιδιαίτερης μορφολογίας του



Γραμματεία Συνεδρίου: Focus on Health Ε.Π.Ε.



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΕΝΔΟΔΟΝΤΙΚΗ ΕΤΑΙΡΕΙΑ  
HELLENIC SOCIETY OF ENDODONTICS

# 26°

## Πανελλήνιο Συμπόσιο Ενδοδοντίας

**Η Ενδοδοντία μπροστά  
στις πιο σύγχρονες  
προκλήσεις της**

7-8

**Δεκεμβρίου 2024**

Μουσείο Μπενάκη



Εικ. 9-15: (9) Αρχική ακτινογραφία. (10) Εικόνα από το CBCT που επιβεβαιώνει την ύπαρξη ανεξάρτητων ριζών στο #45. (11) Ενδιάμεση ακτινογραφία. (12) Προτελική ακτινογραφία. (13) Τελική ακτινογραφία. (14) Εικόνα από το μικροσκόπιο μετά την έμφραξη των ριζικών σωλήνων στο επίπεδο των στομίων. (15) Μετά την έμφραξη του αυχενικού και μέσου τριτημορίου με Obtura.

(Εικ. 9). Η ασθενής είχε ελεύθερο ιατρικό και οδοντιατρικό ιστορικό. Κατά την κλινική εξέταση καταγράφηκε αρνητική αντίδραση στην ψηλάφηση και στην επίκρουση και αρνητική απάντηση στη δοκιμασία ψυχρού. Ο περιοδοντικός έλεγχος δεν έδειξε κάποιο σημείο. Ο ακτινογραφικός έλεγχος έδειξε διεύρυνση του περιρριζικού χώρου αντίστοιχα του #45. Η διάγνωση που τέθηκε ήταν ασυμπτωματική ακρορριζική περιοδοντίτιδα.

Επιπρόσθετες πληροφορίες για την ιδιαίτερη μορφολογία του δοντιού ήταν διαθέσιμες από το CBCT που ήδη είχε ληφθεί στο πλαίσιο του προεπεμβατικού ελέγχου για τοποθέτηση εμφυτευμάτων (Εικ. 10).

1η συνεδρία: Η προσέγγιση είναι ίδια με το 1ο περιστατικό. Πραγματοποιήθηκε τοπική αναισθησία με αρτική 4% και αδρεναλίνη 1:100000. Στην συνέχεια έγινε απομόνωση και αντισηψία του πεδίου με βύσμα θάμβακος εμποτισμένο σε υποχλωριώδες νάτριο (NaOCl) 2,5%. Ακολούθησε η διάνοιξη του 45 αφαιρώντας την τερνδόνα μαστικά και εγγύς. Έγινε επεξεργασία του αυχενικού και μέσου με Gates Glidden #2 και φρέζες Muncie (λευκή και μώβ) ώστε να υπάρξει κατά το δυνατό ευθεία πρόσβαση στα στόμια. Μετά την εντόπιση των στομίων η διαβατότητα επιτεύχθηκε με ρίνες C-pilot (VDW) Νο 6, 8 και 10. Προσδιορίστηκε το μήκος εργασίας με ηλεκτρονικό εντοπιστή ακρορριζικής στένωσης και επιβεβαιώθηκε με λήψη ενδιάμεσης ακτινογραφίας (Εικ. 11). Η επεξεργασία των σωλήνων έγινε με εργαλεία Endo Edge X7, το μέγεθος του κύριου ακρορριζικού εργαλείου (ΚΑΕ) και για τους 3 ριζικούς σωλήνες ήταν το 30.04. Οι διακλυσμοί έγιναν με NaOCl 2,5%. Στη συνέχεια τοποθετήθηκαν κώνοι χάρτου 30.04 και τέλος τοποθετήθηκε πάστα υδροξειδίου του ασβεστίου και προσωρινή μυλική έμφραξη. Η επόμενη συνεδρία προγραμματίστηκε σε μια εβδομάδα.

2η Συνεδρία: Μία εβδομάδα αργότερα η ασθενής προσήλθε για τη δεύτερη συνεδρία, ελεύθερη συμπτωμάτων. Πραγματοποιήθηκε εκ νέου αναισθησία, εμποτίσεις παρειακά και γλωσσικά με αρτική 4% και αδρεναλίνη 1:100000. Στη συνέχεια το δόντι απομονώθηκε και αφαιρέθηκε η προσωρινή έμφραξη. Έγιναν διακλυσμοί για την αφαίρεση του υδροξειδίου του ασβεστίου. Έπειτα έγινε διακλυσμός 6 ml EDTA 17 % και τελικός διακλυσμός με υποχλωριώδες νάτριο (NaOCl) 2,5%, 5 ml για κάθε σωλήνα. Οι σωλήνες στεγνώθηκαν με κώνους χάρτου κι έγινε λήψη προτελικής ακτινογραφίας (Εικ. 12).

Η τελική έμφραξη έγινε με την τεχνική της κάθετης συμπίκνωσης και τη χρήση φυράματος εποξικής ρητίνης AH26. Στο περιστατικό αυτό ήταν εφικτή η ταυτόχρονη τοποθέτηση και των τριών κώνων γουταπέρκας στους ριζικούς σωλήνες, οι οποίοι κόπηκαν στο επίπεδο του στομίου και έπειτα έγινε κάθετη συμπίκνωση και backfilling του αυχενικού και μέσου τριτημορίου με Obtura (Εικ. 13-15).

**Συμπερασματικά** διαπιστώνουμε ότι απαιτητικά περιστατικά με παραλλαγές της ανατομίας του συστήματος των ριζικών σωλήνων μπορούν να αντιμετωπιστούν με επιτυχία προσαρμόζοντας τη χημικομηχανική επεξεργασία και την έμφραξη στις ιδιαιτερότητες του κάθε περιστατικού.

**Ενδεικτική Βιβλιογραφία**

1. Krasner, Paul, and Henry J. Rankow. "Anatomy of the pulp-chamber floor." Journal of Endodontics 30.1 (2004): 5-16.  
2. Sikri, Vimal K., and Poonam Sikri. "Mandibular premolars: aberrations in pulp space morphol-




ogy." Indian Journal of Dental Research 5.1 (1994): 9-14.  
3. Ng, YL., V. Mann, and Gulabivala Kishor. "A prospective study of the factors affecting outcomes of nonsurgical root canal treatment: part 2: tooth survival." International Endodontic Journal 44.7 (2011): 610-625.  
4. Vertucci, Frank J. "Root canal anatomy of the human permanent teeth." Oral Surgery, Oral Medicine, Oral Pathology 58.5 (1984): 589-599.  
5. Pineda, Franklin, and Kuttler Yury. "Mesiodistal and buccolingual roentgenographic investigation of 7,275 root canals." Oral Surgery, Oral

Medicine, Oral Pathology 33.1 (1972): 101-110.  
6. Zillich, Richard, and John Dowson. "Root canal morphology of mandibular first and second premolars." Oral Surgery, Oral Medicine, Oral Pathology 36.5 (1973): 738-744.  
7. Versiani, Marco A., et al. "Root canal anatomy of maxillary and mandibular teeth." The root canal anatomy in permanent dentition (2019): 181-239.  
8. De Moor, Roeland JG, and Calberson Filip LG. "Root canal treatment in a mandibular second premolar with three root canals." Journal of

Endodontics 31.4 (2005): 310-313.  
9. Tzanetakis, Giorgos N., Lagoudakos Theodoros A., and Kontakiotis Evangelos G.. "Endodontic treatment of a mandibular second premolar with four canals using operating microscope." Journal of Endodontics 33.3 (2007): 318-321.  
10. Koch, Kenneth. "The microscope: its effect on your practice." Dental Clinics of North America 41.3 (1997): 619-626.  
11. Zupanc, J., N. VahdatPajouh, and Schäfer E.. "New thermomechanically treated NiTi alloys—a review." International Endodontic Journal 51.10 (2018): 1088-1103.


# 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









#25/.07

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




#25/.04

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




#20/.05

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




#25/.05

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



#30/.05

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



2109572770 - 771

info@odontemporiki.gr

Οδοντεμπορική Καλλιθέας

Odontemporiki Kallitheas



# Κλινική επιμήκυνση μύλης

## Ενδείξεις - Θεραπευτικοί στόχοι - Χειρουργικός σχεδιασμός



**Αικατερίνη-Ελισάβετ Δουφεξή**

Περιοδοντολόγος, D.D.S, MSc, PhD, Επίκουρη Καθηγήτρια  
Τμήματος Προληπτικής Οδοντιατρικής, Περιοδοντολογίας  
και Βιολογίας Εμφυτευμάτων ΑΠΘ.

Η διατήρηση της δομής των περιοδοντικών ιστών είναι απαραίτητη προϋπόθεση για την υγεία τους. Το βιολογικό εύρος πρόσφυσης αναφέρεται στην πρόσφυση των μαλακών ιστών μυλικά της φατνιακής ακρολοφίας<sup>1</sup> και η διατήρηση των διαστάσεών του είναι απαραίτητη για την περιοδοντική υγεία. Οι απαραίτητες διαστάσεις του βιολογικού εύρους πρόσφυσης καθορίστηκαν με ιστολογικές μελέτες και ήταν κατά μέσο όρο 0.97 mm για τη συνδετικογενή πρόσφυση, 1.07mm για την επιθηλιακή πρόσφυση και 0.67mm για την ουλοδοντική σχισμή<sup>2</sup>.

Όπως έχει αποδειχθεί σε προηγούμενες μελέτες η τοποθέτηση ορίων αποκατάστασης υποουλικά σε απόσταση μεγαλύτερη των 0.4-0.5 χιλιοστών από την παρυφή των ούλων παραβιάζει το βιολογικό εύρος πρόσφυσης με αποτέλεσμα τη φλεγμονή των ούλων, τη φαττιολυσία, την υφίζηση και πιθανόν τη δημιουργία κατακόρυφων οστικών βλαβών<sup>3</sup>.

Ο θεραπευτικός σχεδιασμός έτσι ώστε να αποφευχθεί η απώλεια περιοδοντικών ιστών είναι είτε η ανύψωση ορίων οδοντικής παρασκευής ή η κλινική επιμήκυνση μύλης. Ενώ η ανύψωση ορίων οδοντικής αποκατάστασης προσφέρει τα πλεονεκτήματα της ταχείας και λιγότερο παρεμβατικής τεχνικής, η κλινική επιμήκυνση μύλης διατηρεί το βιολογικό εύρος πρόσφυσης με αποτέλεσμα τη διατήρηση της υγείας των περιοδοντικών ιστών και τη διευκόλυνση της στοματικής υγιεινής<sup>4</sup>.

Όπως αναφέρθηκε παραπάνω, το βιολογικό εύρος πρόσφυσης είναι κατά μέσο όρο 3mm. Παρόλα αυτά μπορεί να ποικίλει ανάλογα με την απώλεια πρόσφυσης, το βιότυπο των ούλων και το είδος του δοντιού<sup>5</sup>. Η τοποθέτηση ορίων προσθετικής αποκατάστασης, έτσι ώστε να μην παραβιάζεται το βιολογικό εύρος πρόσφυσης επιβάλλει την αύξηση κλινικής μύλης χειρουργικά σε περιπτώσεις όπως υποουλικά κατάγματα δοντιών ή υποουλικές τερηδόνες. Εάν το δόντι προς αποκατάσταση είναι ενδοδοντικά θεραπευμένο, τότε στα 3mm του απαραίτητου βιολογικού εύρους πρόσφυσης πρέπει να προστεθούν άλλα 2mm για τη δημιουργία του «ferrul effect»<sup>4,5</sup> (Εικ. 1).

Η χειρουργική διευθέτηση των περιοδοντικών ιστών ώστε να δημιουργηθεί ο απαραίτητος χώρος για το βιολογικό εύρος πρόσφυσης ή και του «ferrul effect» μπορεί να επιτευχθεί με:

1. Ουλεκτομή,
2. δημιουργία ακρορριζικά μετατοπιζόμενου κρημνού χωρίς οστεκτομή/οστεοπλαστική,
3. δημιουργία ακρορριζικά μετατοπιζόμενου κρημνού χωρίς αφαίρεση ουλικού κολλάρου με οστεκτομή/οστεοπλαστική,
4. δημιουργία ακρορριζικά μετατοπιζόμενου

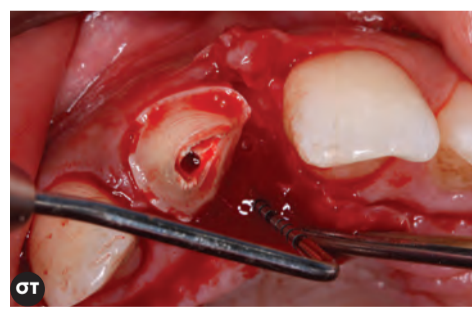
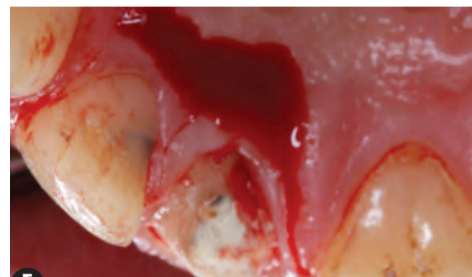


Εικ. 1: Βιολογικό εύρος πρόσφυσης-επιμήκυνση μύλης α: Υποουλική αποκατάσταση στο δόντι #37, β: δημιουργία βιολογικού εύρους πρόσφυσης με χειρουργική διευθέτηση γλωσσικών ούλων και φατνιακής ακρολοφίας.

κρημνού με αφαίρεση ουλικού κολλάρου και οστεκτομή/οστεοπλαστική (Εικ. 2).

Η χειρουργική διευθέτηση των περιοδοντικών ιστών με σκοπό τη δημιουργία του απαραίτητου χώρου για το βιολογικό εύρος πρόσφυσης ή/και του «ferrul effect» πρέπει να γίνεται προσεκτικά με σεβασμό σε παρακείμενα αγγεία και νεύρα όπως και στις ανατομικές δομές δοντιών και περιοδοντικών ιστών<sup>6</sup>. Για παράδειγμα, η επιμήκυνση μύλης σε 2ο κάτω γομφίο θα πρέπει να γίνεται με κρημνό ολικού πάχους και χωρίς κάθετες

τομές, έτσι ώστε να προστατευθεί το γλωσσικό νεύρο. Επίσης σε προγομφίους της κάτω γνάθου είναι σημαντική η εντόπιση του γενεϊακού νεύρου για να μην τραυματιστεί, είτε με κάθετες τομές είτε με τη δημιουργία κρημνού<sup>6</sup>. Είναι σημαντικό ακόμη στις αισθητικές περιοχές η δημιουργία νέας παρυφής των ούλων να ακολουθεί το περίγραμμα της παρυφής των ούλων των παρακείμενων δοντιών<sup>6</sup>. Εάν σχεδιαστούν κάθετες τομές αυτές θα πρέπει να βρίσκονται σε απόσταση περίπου 2/3 από το μέσο της παρειακής



Εικ. 2: Κλινική επιμήκυνση μύλης του δοντιού #11 μετά από οριζόντιο κάταγμα. α, β: Αρχική κλινική εικόνα δοντιού 11 μετά από τραύμα και οριζόντιο κάταγμα που εκτείνεται υποουλικά. γ, δ: δημιουργία ουλικού κολλάρου παρειακά και υπερώια για τη διευθέτηση περιοδοντικών ιστών 5mm ακρορριζικά της υγιούς οδοντικής ουσίας (βιολογικό εύρος πρόσφυσης+ferrul effect), ε, στ: οστεοπλαστική ζ, η: επαναφορά κρημνών και συρραφή.

ή γλωσσικής επιφάνειας του δοντιού μέχρι τη μεσοδόντια θηλή, έτσι ώστε να μη δημιουργηθεί υφίζηση<sup>6</sup>. Η ουλεκτομή θα πρέπει να γίνεται με εσωτερική και όχι εξωτερική λοξοτομή<sup>6</sup>. Σε περίπτωση που χρειαστεί οστεκτομή ή οστεοπλαστική η δημιουργία θετικής ανατομίας του οστού και ο σεβασμός περιοχών διχασμού ή τριχασμού είναι απαραίτητες προϋποθέσεις για τη μακροχρόνια πρόγνωση των δοντιών<sup>6</sup>.

**Συμπερασματικά**, το βιολογικό εύρος πρόσφυσης πρέπει να είναι ίσο ή μεγαλύτερο των 3 mm. Σε πολλές περιπτώσεις καταγμάτων ή υποουλικών τερηδόνων δοντιών πρέπει να δημιουργηθεί χειρουργικά ο απαραίτητος χώρος για το βιολογικό εύρος πρόσφυσης ή/και του ferrul effect. Η χειρουργική αυτή διευθέτηση των περιοδοντικών ιστών ονομάζεται κλινική επιμήκυνση μύλης και ανάλογα με την περίπτωση μπορεί να γίνει με παρέμβαση μόνο στους μαλακούς ιστούς και/ή με οστεοπλαστική/οστεκτομή.

### Βιβλιογραφία

1. Jepsen S, Cato G, Albandar J,M, Bissada N, F,Bouchard P, Cortellini P, Demirel K, de Sanctis M, Ercoli C, Nicolaas J, F. Hughes G, F,I Jin L, Kantarci A, Lalla E, Madianos P, Matthews D, McGuire M,K. Mills M. Preshaw P. Reynolds, Sculean A, Susin C. Nicola X. West N. X. Kazuhisa Yamazaki K. Periodontal manifestations of systemic diseases and developmental and acquired conditions: Consensus report of workgroup 3 of the 2017 WorldWorkshop on the Classification of Periodontal and Peri-Implant Diseases and Conditions. JoP 2018;89(supp 1):237-248
2. Gargiulo AW, Wentz FM, Orban B. Dimensions and relations of the dentogingival junction in humans. J Periodontol 1961;32:261-7.
3. Comparison of the Clinical Biological Width with the Published Standard Histologic Mean Values. Hamasni FM, El Hajj F. J Int Soc Prev Community Dent. 2017 Sep-Oct;7(5):264-271. doi: 10.4103/jispcd.JISPCD\_261\_17
4. Retrospective Clinical Evaluation of Subgingival Composite Resin Restorations with Deep-Margin Elevation. Muscholl C, Zamorksa N, Schoilew K, Sekundo C, Meller C, Busch C, Wolff D, Freese C. 10.3290/jad.b3240665. 022 19;24(1):335-344.
5. The Relationships Between Tooth-Supported Fixed Dental Prostheses and Restorations and the Periodontium. Ercoli C, Tarnow D, Poggio C, Tsigarida A, Ferrari M, Caton J, C, Chochlidakis K. 1 Journal of Prosthodontics 30 (2021) 305–317.
6. Hempton TJ, Dominici JT. Contemporary crown-lengthening therapy: a review J Am Dent Assoc. 2010 Jun;141(6):647-55. doi: 10.14219/jada.archive.2010.0252. PMID: 20516094



# 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



Η στήλη της

ΕΛΛΗΝΙΚΗΣ ΕΤΑΙΡΕΙΑΣ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΗΣ ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΙΚΗΣ ΚΑΙ ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΙΚΗΣ ΕΙΔΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ

# Οδοντιατρικός ασθενής με στεφανιαία νόσο

**Ευαγγελία Μποσιάν**DDS, MA,  
Οδοντίατρος Ειδικής Φροντίδας  
Δ/τρια Οδοντιατρικής Κλινικής ΠαΓΝΗ  
Α' Αντιπρόεδρος ΕΕΝΟ-ΟΕΦ**Ιωάννα Παναγιωτοπούλου**Επιμελήτρια Α' Οδοντιατρικής  
Κλινικής ΠαΓΝΗ

## Εισαγωγή

Η Στεφανιαία Νόσος (ΣΝ) είναι το κυριότερο σύγχρονο πρόβλημα υγείας στον κόσμο. Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας την κατατάσσει ως πρώτη αιτία θνησιμότητας, προκαλώντας το 16% των θανάτων παγκοσμίως. Πρόκειται για μία παθολογική κατάσταση που χαρακτηρίζεται από ανισορροπία μεταξύ της ζήτησης και της παροχής οξυγόνου στο μυοκάρδιο, λόγω μειωμένης αιματικής ροής σε κάποιο τμήμα του μυοκαρδίου, με αποτέλεσμα την ισχαιμία του. Προκαλείται από τη στένωση ή την απόφραξη των στεφανιαίων αρτηριών. Οι στεφανιαίες αρτηρίες είναι οι αρτηρίες που αιματώνουν την καρδιά, τροφοδοτώντας το μυοκάρδιο με οξυγονωμένο αίμα. Στις περισσότερες περιπτώσεις, η ΣΝ είναι το αποτέλεσμα μιας εξελικτικής διαδικασίας γνωστής ως αθηροσκλήρωση.

## Παράγοντες κινδύνου

Η ΣΝ προκαλείται από το συνδυασμό πολλών προδιαθεσικών παραγόντων. Ο κίνδυνος ενός ατόμου να αναπτύξει τη νόσο διαμορφώνεται από την αλληλεπίδραση μεταξύ μη αναστρέψιμων γενετικών παραγόντων και παραγόντων που σχετίζονται με τον τρόπο ζωής και είναι δυνητικά αναστρέψιμοι. Ο κίνδυνος εκδήλωσης ΣΝ είναι μεγαλύτερος για το ανδρικό φύλο και αυξάνεται με την ηλικία. Άλλοι παράγοντες κινδύνου είναι το οικογενειακό ιστορικό, η δυσλιπιδαιμία, η αρτηριακή υπέρταση, το κάπνισμα, ο σακχαρώδης διαβήτης, η παχυσαρκία, η έλλειψη σωματικής άσκησης, το μεταβολικό σύνδρομο και το συναισθηματικό stress.

Η δυσλιπιδαιμία είναι ένας από τους μείζονες παράγοντες κινδύνου. Τα αυξημένα επίπεδα λιποπρωτεΐνης χαμηλής πυκνότητας (Low-Density Lipoprotein) στον ορό του αίματος αποτελούν τον μεγαλύτερο κίνδυνο. Αντίθετα, η λιποπρωτεΐνη υψηλής πυκνότητας (High-Density Lipoprotein) φαίνεται να έχει προστατευτική δράση, μειώνοντας τον κίνδυνο όταν βρίσκεται σε υψηλά επίπεδα. Άτομα με αυξημένα τριγλυκερίδια στο αίμα φαίνεται να έχουν επίσης αυξημένο κίνδυνο για ΣΝ.

## Κλινικές εκδηλώσεις

Το πιο σημαντικό σύμπτωμα είναι ο πόνος στο στήθος, η **στηθάγχη**, που εμφανίζεται όταν η παροχή οξυγόνου στο μυοκάρδιο είναι μικρότερη των αναγκών του. Αυτό μπορεί να συμβεί εάν μειωθεί η παροχή αίματος σε κάποιο τμήμα του μυοκαρδίου λόγω στένωσης ή απόφραξης της στεφανιαίας αρτηρίας ή αν αυξηθεί η ζήτηση του μυοκαρδίου σε οξυγόνο που δεν καλύπτεται από την παροχή αίματος, όπως συμβαίνει στη διάρκεια σωματικού ή συναισθηματικού stress.

Ο στηθαγικός πόνος, τις περισσότερες φορές, περιγράφεται από τους ασθενείς σαν «σφίξιμο», «πίεση», «κάψιμο» ή «δυσφορία». Εντοπίζεται συνήθως πίσω από το στήerno (οπισθοστερνικό άλγος). Το σφίξιμο της γροθιάς του ασθενή μπροστά από το στήerno είναι χαρακτηριστικό σημάδι του στηθαγικού πόνου. Ο πόνος μπορεί να αντανάκλα στους ώμους και στους βραχίονες (ιδιαίτερα στην αριστερή πλευρά), στο επιγάστριο, στην πλάτη, στον τράχηλο ή στην κάτω γνάθο, προσομοιάζοντας σε ορισμένες περιπτώσεις με άλγος οδοντικής αιτιολογίας. Σε σπάνιες περιπτώσεις, ο ασθενής

μπορεί να έχει ενόχληση μόνο σε ένα από αυτά τα απομακρυσμένα σημεία, χωρίς καθόλου πόνο στο στήθος. Η ένταση του πόνου ποικίλλει, αλλά δεν μεταβάλλεται με τις αναπνευστικές κινήσεις ούτε με την πίεση του θωρακικού τοιχώματος.

Η **σταθερή στηθάγχη** είναι η συνθέστερη μορφή στηθάγχης. Συνήθως, ο πόνος εκλύεται με τη σωματική άσκηση (όπως το περπάτημα ή το ανέβασμα σκαλοπατιών), το συναισθηματικό stress (θυμό, φόβο, άγχος ή σεξουαλική διέγερση), την έκθεση σε έντονο κρύο ή μετά από πλούσιο γεύμα. Ο πόνος αυξάνεται σταδιακά και φτάνει γρήγορα στη μέγιστη ένταση, διαρκώντας λιγότερο από 15 λεπτά. Υποχωρεί αυτόματα μετά την άρση του εκλυτικού παράγοντα (διακοπή της δραστηριότητας / ανάπαυση) ή εντός λίγων λεπτών μετά τη χορήγηση νιτρογλυκερίνης. Ο πόνος είναι προβλέψιμος, αμετάβλητος και σταθερός στην πάροδο του χρόνου.

Ως **ασταθής στηθάγχη** ορίζεται η **στηθάγχη πρόσφατης έναρξης** (τον τελευταίο μήνα), η **επιδείνωση μίας προηγουμένως σταθερής στηθάγχης** (ως προς τη σοβαρότητα, τη διάρκεια ή τη συχνότητα των επεισοδίων) ή η **στηθάγχη ηρεμίας** (εμφανίζεται σε κατάσταση ηρεμίας ή με ελάχιστη άσκηση). Ο πόνος έχει μεγαλύτερη διάρκεια από αυτόν της σταθερής στηθάγχης, διαρκεί συνήθως 20 - 30 λεπτά και δεν υποχωρεί εύκολα με νιτρογλυκερίνη. Η ασταθής στηθάγχη έχει δυσμενή πρόγνωση, καθώς μπορεί να εξελιχθεί σε οξύ έμφραγμα του μυοκαρδίου.

Η **στηθάγχη Prinzmetal** είναι μια σχετικά σπάνια μορφή στηθάγχης. Προκαλείται από σπασμό μιας στεφανιαίας αρτηρίας. Μπορεί να εμφανιστεί σε άτομα με φυσιολογικά στεφανιαία αγγεία. Η νιτρογλυκερίνη συνήθως ανακουφίζει αμέσως από τον πόνο.

Το **οξύ έμφραγμα του μυοκαρδίου** (OEM) προκαλείται από ανεπαρκή παροχή στεφανιαίου αρτηριακού αίματος σε ένα τμήμα του μυοκαρδίου, που οδηγεί σε κυτταρικό θάνατο και νέκρωση των ιστών αυτής της περιοχής του μυοκαρδίου. Η κύρια αιτία είναι η απόφραξη μιας ή περισσότερων στεφανιαίων αρτηριών.

Στο 80% των περιπτώσεων το OEM εκδηλώνεται με αιφνίδιο, σοβαρό και παρατεταμένο οπισθοστερνικό πόνο, παρόμοιο με αυτόν της στηθάγχης, αλλά πιο δυνατό και μεγαλύτερης διάρκειας. Μπορεί να διαρκεί από 30 λεπτά έως αρκετές ώρες εάν δεν αντιμετωπιστεί. Ο πόνος δε μειώνεται με την ανάπαυση ούτε με τη λήψη νιτρογλυκερίνης. Οι ασθενείς μπορεί να εμφανίσουν έντονη δυσφορία, αισθάνονται αρκετά αδύναμοι και εκφράζουν έντονο φόβο και αίσθημα επικείμενου θανάτου. Σε ποσοστό 10%-20% των εμφραγμάτων οι ασθενείς αναφέρουν ήπιο ή καθόλου πόνο. Πρόκειται για το

**σιωπηλό έμφραγμα** του μυοκαρδίου. Συνήθως αυτό συμβαίνει σε γυναίκες, ηλικιωμένους και διαβητικούς ασθενείς.

Το OEM αποτελεί μία επείγουσα κατάσταση με το μεγαλύτερο κίνδυνο θανάτου να εμφανίζεται κατά τις πρώτες 4 - 6 ώρες μετά την εκδήλωσή του. Περισσότεροι από το 60% των θανάτων που σχετίζονται με OEM συμβαίνουν μέσα σε 1 ώρα από το συμβάν. Η πιο επικίνδυνη περίοδος για τον ασθενή είναι ο χρόνος αναμονής μέχρι την άφιξη ιατρικής βοήθειας. Σε περίπτωση που εκδηλωθεί στο οδοντιατρείο, η επαρκής προετοιμασία και η άμεση αντιμετώπιση του επειγόντος από το προσωπικό του οδοντιατρείου μπορεί να βελτιώσει τις πιθανότητες του ασθενή για επιτυχή έκβαση αυτής της επείγουσας κατάστασης.

Ο όρος **οξύ στεφανιαίο σύνδρομο** χρησιμοποιείται για να περιγράψει τις κλινικές εκδηλώσεις που οφείλονται σε παρατεταμένη ισχαιμία, με ή χωρίς επακόλουθη νέκρωση του μυοκαρδίου. Τα οξεία στεφανιαία σύνδρομα περιλαμβάνουν την ασταθή στηθάγχη και το OEM. Η ταξινόμηση είναι κλινική και βασίζεται σε βιοχημικά και ηλεκτροκαρδιογραφικά κριτήρια.

## Εργαστηριακές και διαγνωστικές εξετάσεις

Η διάγνωση της ΣΝ βασίζεται στη λήψη λεπτομερούς ιστορικού, στην κλινική εξέταση και αξιολόγηση των συμπτωμάτων του ασθενούς, στην αναζήτηση και συνεκτίμηση των παραγόντων κινδύνου. Για τη διάγνωση και παρακολούθηση της ΣΝ χρησιμοποιούνται εξετάσεις αίματος, απεικονιστικές και δυναμικές δοκιμασίες.

Βασικές αιματολογικές εξετάσεις είναι η γενική αίματος, ο έλεγχος ηπαιτικής λειτουργίας, ηπαιτικής και θυρεοειδικής λειτουργίας.

Οι απεικονιστικές και δυναμικές δοκιμασίες που χρησιμοποιούνται είναι: το ΗΚΓ ηρεμίας, η ακτινογραφία θώρακος, το υπερηχοκαρδιογράφημα, η δοκιμασία κόπωσης, το Holter ρυθμού, το δυναμικό υπερηχοκαρδιογράφημα (stress echo), το δυναμικό σπινθηρογράφημα μυοκαρδίου με ραδιοϊσότοπα, η αξονική τομογραφία στεφανιαίων αρτηριών και η δυναμική μαγνητική τομογραφία καρδιάς. Επί συγκεκριμένων ενδείξεων πραγματοποιείται επεμβατική αγγειογραφία των στεφανιαίων αρτηριών (στεφανιογραφία).

Για να τεθεί η διάγνωση του OEM, εκτός από τα ευρήματα της κλινικής εξέτασης, είναι απαραίτητη η διενέργεια ΗΚΓ και υπερηχοκαρδιογραφήματος και ο προσδιορισμός ειδικών ενζύμων στον ορό του αίματος (καρδιακοί βιοδείκτες) που περιλαμβάνουν την τροπονίνη

υψηλής ευαισθησίας και το ισοένζυμο της κινάσης της κρεατίνης (CK-MB).

## Θεραπευτική αντιμετώπιση

Η αντιμετώπιση της ΣΝ περιλαμβάνει την τροποποίηση των παραγόντων κινδύνου, τη φαρμακευτική αγωγή, την επεμβατική και χειρουργική αντιμετώπιση.

### Α) Τροποποίηση παραγόντων κινδύνου

Ο έλεγχος των τροποποιήσιμων παραγόντων κινδύνου επιτυγχάνεται με την τροποποίηση των καθημερινών συνθηκών και την αλλαγή του τρόπου ζωής: διακοπή του καπνίσματος, υγιεινή και ισορροπημένη διατροφή, περιορισμός αλατιού και αλκοόλ, τακτική σωματική δραστηριότητα, διατήρηση φυσιολογικού σωματικού βάρους και διαχείριση του stress.

### Β) Φαρμακευτική αντιμετώπιση

Η φαρμακευτική αγωγή που χρησιμοποιείται στη ΣΝ στοχεύει στην ανακούφιση και μείωση των συμπτωμάτων και στη βελτίωση της ποιότητας ζωής των ασθενών, στην πρόληψη μελλοντικών καρδιαγγειακών επεισοδίων και στην παράταση της επιβίωσης τους. Χορηγούνται νιτροδραστησίου και μακράς δράσης, θήτα αναστολείς (β-blockers), αποκλειστές διαύλων ασβεστίου, ρανολαζίνη, ιβαμπραδίνη, αναστολείς του μετατρεπτικού ενζύμου της αγγειοτασίνης (α-MEA), στατίνες και άλλοι υπολιπιδαιμικοί παράγοντες. Στους ασθενείς χορηγείται αντιθρομβωτική αγωγή που μπορεί να είναι απλή ή διπλή αντιαιμοπεταλιακή αγωγή, από του στόματος αντιπηκτικά, νέα από του στόματος αντιπηκτικά ή και συνδυασμοί τους.

### Γ) Επεμβατική - Χειρουργική αντιμετώπιση

#### 1. Διαδερμική Αγγειοπλαστική Στεφανιαίων Αρτηριών

Πραγματοποιείται εισαγωγή ενός καθετήρα μέσα στη στενωμένη στεφανιαία αρτηρία. Στο άκρο του καθετήρα υπάρχει ένας αεροθάλαμος (μπαλόνι), ο οποίος αρχικά είναι κενός και υπό ακτινοσκοπική καθοδήγηση τοποθετείται στο σημείο της αρτηρίας που εμφανίζει στένωση. Μόλις τοποθετηθεί προκαλείται διαστολή του αεροθαλάμου, με αποτέλεσμα τη συμπίεση της αθηρωματικής πλάκας στο αρτηριακό τοίχωμα, που οδηγεί σε διάνοξη της στενωμένης αρτηρίας. Τα αποτελέσματα της αγγειοπλαστικής διατηρούνται για μεγαλύτερο χρονικό διάστημα όταν ταυτόχρονα τοποθετείται και ενδαγγειακή πρόθεση (stent).

#### 2. Αορτοστεφανιαία Παράκαμψη (bypass)

Σκοπός της επέμβασης είναι η επαναιμάτωση της ισχαιμικής περιοχής του μυοκαρδίου, η οποία επιτυγχάνεται με την τοποθέτηση αορτοστεφανιαίων μוסχευμάτων. Με τον τρόπο αυτό, παρακάμπτεται η στενωμένη ή αποφραγμένη αρτηρία και το αίμα ρέει από την αορτή στο περιφερικό τμήμα της ίδιας αρτηρίας, ώστε να αιματώνεται το αντίστοιχο τμήμα του μυοκαρδίου.

## Οδοντιατρική αντιμετώπιση

Λόγω των επιδημιολογικών χαρακτηριστικών της ΣΝ και της αύξησης του προσδόκιμου ζωής των ασθενών, κάθε οδοντίατρος θα χρειαστεί να αντιμετωπίσει ασθενείς με ΣΝ που αναζητούν οδοντιατρική θεραπεία. Η λήψη λεπτομερούς ιατρικού ιστορικού και η καταγραφή του είδους και της δοσολογίας των λαμβανομένων φαρμάκων από τον ασθενή είναι το πρώτο βήμα οποιουδήποτε σχεδίου θεραπείας. Εφόσον κρι-

### Πίνακας:

### Εκτίμηση κινδύνου οδοντιατρικών επεμβάσεων

Εκτίμηση κινδύνου	Είδος και έκταση οδοντιατρικής επέμβασης
Εξαιρετικά χαμηλού κινδύνου	• Κλινική εξέταση • Ακτινογραφίες
Πολύ χαμηλού κινδύνου	• Μη χειρουργικές οδοντιατρικές επεμβάσεις (λαμβάνοντας υπόψη ότι χρησιμοποιείται τοπική αναισθησία, η επέμβαση είναι μικρής διάρκειας και αναμένεται ελάχιστη απώλεια αίματος)
Χαμηλού κινδύνου	• Μικρή χειρουργική του στόματος • Χειρουργική του περιοδοντίου
Μετρίου κινδύνου	• Εκτεταμένες στοματικές και γναθοπροσωπικές χειρουργικές επεμβάσεις

νεται απαραίτητο, πρέπει να ζητείται ιατρική γνωμάτευση από τον θεράποντα καρδιολόγο. Η επαρκής γνώση της κατάστασης της υγείας του ασθενή μπορεί να βοηθήσει στην αποφυγή ή στην έγκαιρη αντιμετώπιση ενός ανεπιθύμητου καρδιαγγειακού συμβάματος κατά τη διάρκεια της οδοντιατρικής θεραπείας.

Ο κίνδυνος ενός ασθενή με ΣΝ εξαρτάται από: i) τη βαρύτητα της νόσου, ii) τη σταθερότητα και τις καρδιοαναπνευστικές εφεδρείες του ασθενή, που καθορίζουν την ικανότητα ανοχής της οδοντιατρικής θεραπείας και iii) το είδος και την έκταση της οδοντιατρικής επέμβασης. Όλα τα παραπάνω θα πρέπει να ληφθούν υπόψη, ώστε να καταρτιστεί ένα σχέδιο θεραπείας σύμφωνο με τις ανάγκες και ταυτόχρονα ασφαλές για τον ασθενή.

Ως προς τη βαρύτητα της νόσου, μετρίου κινδύνου θεωρείται η σταθερή στηθάγχη και το ιστορικό εμφράγματος του μυοκαρδίου (πάνω από 1 μήνα). Στην κατηγορία υψηλού κινδύνου κατατάσσονται το πρόσφατο έμφραγμα του μυοκαρδίου (εντός 1 μήνα) και η ασταθής στηθάγχη. Τυχόν άλλα καρδιολογικά προβλήματα, όπως καρδιακή ανεπάρκεια, αρρυθμίες, βαλβιδοπάθεια αυξάνουν τον κίνδυνο του ασθενή.

Ως προς τη σταθερότητα και τις καρδιοαναπνευστικές εφεδρείες του ασθενή, αξιολογείται η ικανότητά του να εκτελεί βασικές σωματικές εργασίες. Η σταθερότητα των ισχαιμικών συμπτωμάτων σε συχνότητα, διάρκεια και βαρύτητα, η ανταπόκριση στη φαρμακευτική αγωγή και η αντοχή του ασθενή στο stress θα πρέπει επίσης να ληφθούν υπόψη.

Ως προς το είδος και την έκταση της οδοντιατρικής επέμβασης, οι οδοντιατρικές επεμβάσεις ταξινομούνται σε εξαιρετικά χαμηλού κινδύνου, πολύ χαμηλού κινδύνου, χαμηλού και μετρίου κινδύνου (βλ. πίνακα).

**Συστάσεις για ασθενείς μετρίου κινδύνου**

Σε ασθενείς με σταθερή στηθάγχη ή ιστορικό εμφράγματος του μυοκαρδίου χωρίς ισχαιμικά συμπτώματα και χωρίς άλλους παράγοντες κινδύνου, η οδοντιατρική θεραπεία πραγματοποιείται με τροποποιήσεις που περιλαμβάνουν:

- πρωινή ραντεβό σύντομης διάρκειας
- άνετη θέση στην οδοντιατρική έδρα
- μείωση του stress με αγχολυτικά από το στόμα, ενδοφλέβια καταστολή ή καταστολή με πρωτοξειδίο του αζώτου
- λήψη ζωτικών σημείων πριν την έναρξη της θεραπείας
- ύπαρξη διαθέσιμης νιτρογλυκερίνης
- βαθιά τοπική αναισθησία
- χρήση περιορισμένης ποσότητας αγγειοσπαστικού
- αποφυγή νήματος απόθνησης ούλων εμποτισμένου με επινεφρίνη
- αποτελεσματικός έλεγχος μετεγχειρητικού πόνου.

Σε περίπτωση που ο ασθενής εκδηλώσει έντονο άγχος, στηθαγικά ενοχλήματα ή άλλα συμπτώματα, η θεραπεία πρέπει να τερματίζεται και ο οδοντίατρος θα πρέπει να είναι έτοιμος να αντιμετωπίσει την επείγουσα κατάσταση.

**Συστάσεις για ασθενείς υψηλού κινδύνου**

Σε ασθενείς υψηλού κινδύνου αντιμετωπίζεται συντηρητικά, με αναλγητική ή αντιβιοτική αγωγή, το επειγόν πρόβλημα. Επιδιώκεται δηλαδή η ανακούφιση από τον πόνο, ο έλεγχος της λοίμωξης ή τυχόν αιμορραγίας, σε συνεργασία με τον θεράποντα. Η ανακούφιση από τον πόνο και ο έλεγχος της λοίμωξης είναι πολύ σημαντικά, καθώς είναι πηγή ενδογενών κατεχολαμινών που επιβαρύνουν το ήδη επιβαρυνόμενο μυοκάρδιο των ασθενών αυτών.

Σε περίπτωση επέμβασης που δεν μπορεί να αποφευχθεί, συνιστάται η θεραπεία του ασθενή σε εξειδικευμένη νοσοκομειακή μονάδα με ειδικές τροποποιήσεις της οδοντιατρικής θεραπείας, που περιλαμβάνουν:

- χρήση παλμικού οξυμέτρου
- συνεχή παρακολούθηση ΗΚΓ και ζωτικών σημείων
- τοποθέτηση φλεβοκαθετήρα
- προφυλακτική χορήγηση νιτρογλυκερίνης λίγο πριν την έναρξη της θεραπείας.

**Συστάσεις για ασθενείς που λαμβάνουν**

**αντιθρομβωτική αγωγή**

Σε ασθενείς που λαμβάνουν αντιθρομβωτική αγωγή σταθμίζεται ο κίνδυνος αιμορραγίας από την οδοντιατρική επέμβαση έναντι του κινδύνου για σοβαρό θρομβωτικό επεισόδιο. Οι οδοντιατρικές επεμβάσεις δεν θεωρούνται υψηλού αιμορραγικού κινδύνου, η περιοχή της επέμβασης είναι εύκολα προσβάσιμη, η αιμορραγία είναι αντιμετωπίσιμη κατά κανόνα με τοπικά μέσα αιμόστασης και δεν απειλεί τη ζωή του ασθενή.

Η απλή ή διπλή αντιαιμοπεταλιακή αγωγή δεν διακόπτεται πριν από αιματηρές οδοντιατρικές επεμβάσεις. Σε ασθενείς που λαμβάνουν από το στόματος αντιπηκτικά πραγματοποιούνται αιματηρές οδοντιατρικές επεμβάσεις, εφόσον η τιμή του INR βρίσκεται εντός θεραπευτικού εύρους. Για τα νέα από το στόματος αντιπηκτικά εφαρμόζονται οι οδηγίες, ανάλογα με το είδος του φαρμάκου που λαμβάνει ο ασθενής. Σε όλες τις περιπτώσεις γίνεται συρραφή του τραύματος και λαμβάνονται τα απαραίτητα τοπικά μέτρα αιμόστασης.

**Συμπεράσματα**

Η συχνότητα της ΣΝ καθιστά σχεδόν βέβαιο ότι κάθε οδοντίατρος θα κληθεί να παράσχει οδοντιατρική θεραπεία σε ασθενείς που πάσχουν από αυτή. Για το λόγο αυτό, οφείλει να έχει επαρκείς γνώσεις και να μπορεί να αξιολογήσει τον κίνδυνο που διατρέχει ο ασθενής από την οδοντιατρική επέμβαση. Θα πρέπει να είναι σε θέση να καταρτίσει ένα σχέδιο θεραπείας που να εξυπηρετεί τις ανάγκες του ασθενή, εφαρμόζοντας τις απαραίτητες τροποποιήσεις της οδοντιατρικής θεραπείας για την ασφαλή αντιμετώπιση του. Να μπορεί να αναγνωρίσει τους ασθενείς υψηλού κινδύνου, για να τους παραπέμψει στο Νοσοκομείο. Οφείλει να έχει τις γνώσεις και την κατάλληλη προετοιμασία για την αντιμετώπιση μιας επείγουσας κατάστασης στο οδοντιατρείο.

**Ενδεικτική βιβλιογραφία**

1. Little JW, Miller CS, Rhodus NL: Dental Management of the Medically Compromised Patient. 9th ed. St Louis. Elsevier. 2018: 53-69.

2. Malamed SF: Medical Emergencies in the Dental Office. 7th ed. St Louis. Elsevier Mosby. 2015: 421-478.  
 3. Gupta K, Kumar S, Kukkamalla MA, Taneja V, Syed GA, Pullishery F et al: Dental Management Considerations for Patients with Cardiovascular Disease - A Narrative Review. Rev Cardiovasc Med 2022; 23(8): 261.  
 4. Υπουργείο Υγείας. Γενική Γραμματεία Υπηρεσιών Υγείας. Αυτοτελές Τμήμα Θεραπευτικών Πρωτοκόλλων και Μπτόρων Ασθενών. Επιστημονική Ομάδα Εργασίας Καρδιαγγειακών Νοσημάτων. Στεφανία Νόσος. 2023. Διαθέσιμο στο: <https://www.moh.gov.gr/articles/health/domes-kai-drasesis-gia-thn-ygeia/kwdikopoihseis/therapeytika-prwtokolla-syntagografhshs/diagnwtika-kai-therapeytika-prwtokolla-syntagografhshs/5417-diagnwtika-kai-therapeytika-prwtokolla-syntagografhshs-kardiaggiaikwn-noshmatwn> (πρόσβαση 08-03-2024).  
 5. Μελακόπουλος Ι, Καρμπίνης Η: Αντιθρομβωτική αγωγή στα καρδιαγγειακά νοσήματα: στρατηγική διαχείρισης διακοπής των αντιαιμοπεταλιακών και αντιπηκτικών. Στοματολογία 2018; 75(1): 3-10.  
 6. Μπογοσιάν Ε: Νέα από το στόματος αντιπηκτικά. Μια νέα πρόκληση για την Οδοντιατρική. Ελλ Νοσ Οδοντ 11: 27-31, 2018.

## Υπηρεσία εκτύπωσης με το λογότυπό σας

Η υπηρεσία εκτύπωσης της PLAC CONTROL προσφέρει προϊόντα στοματικής υγιεινής για την προσωπική σας επαγγελματική προώθηση. Η χρήση του λογότυπου είναι μια καταπληκτική ευκαιρία για marketing μέσα στα οδοντιατρεία.

<p><b>TePe Select™</b> x-soft / soft / medium</p> <p>Τιμή μονάδας: 0,69 euro</p> <p>Τύπωμα στην πίσω όψη</p>	<p><b>TePe Supreme™</b> Regular / Compact</p> <p>Τιμή μονάδας: 1,00 euro</p> <p>Τύπωμα στην μπροστά όψη</p>
<p><b>TePe Select™ Compact (Kid)</b> x-soft / soft / medium</p> <p>Τιμή μονάδας: 0,69 euro</p> <p>Τύπωμα στην πίσω όψη</p>	<p><b>TePe Nova</b> x-soft / soft / medium</p> <p>Τιμή μονάδας: 1,00 euro</p> <p>Τύπωμα στην μπροστά όψη</p>
<p><b>TePe Mini™</b> x-soft</p> <p>Τιμή μονάδας: 0,69 euro</p> <p>Τύπωμα στην πίσω όψη</p>	<p><b>TePe Compact Tuft™</b></p> <p>Τιμή μονάδας: 1,15 euro</p> <p>Τύπωμα στην πίσω όψη</p>

**1. Με μελάνι**

Η νέα υπηρεσία δίνει τη δυνατότητα να τυπωθεί το όνομά σας, το logo ή το μήνυμά σας σε όποια οδοντόβουρτσα επιθυμείτε. Το τύπωμα γίνεται με ένα χρώμα - μπλε σκούρο ή ασημί. Μπορείτε να βάλετε το λογότυπο και τα στοιχεία σας σε 1, 2 ή 3 σειρές

**Επιθυμητό είναι τα λογότυπα να είναι γραμμικά και μονόχρωμα κατά προτίμηση σε μαύρο χρώμα. Τα αρχεία θα πρέπει να είναι σε illustrator CS6 ή CorelDraw X5 ή tiff / jpg 300 dpi - Grayscale.**

**2. Με χρυσή ταϊνία**

Η υπηρεσία παρέχει επίσης τη δυνατότητα τυπώματος του ονόματος κάποιων πληροφοριών σε χρυσό. Τα στοιχεία πρέπει να είναι σε μια σειρά και γραμμένα με μια απλή γραμματοσειρά. **Οι οδοντόβουρτσες στις οποίες τυπώνεται το χρυσό είναι: TePe Classic™, Select™, Select™ Compact (Kid), Mini™, Implant Care™, Implant/Orthodontic Brush, Special Care™, Compact Tuft™, Interspace™, Gentle Care™ και Οδοντοστοιχιών PR.**

ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ Δρ. Ιωάννης Παππάς [www.pappasdent.gr](http://www.pappasdent.gr)

ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ Δρ. Αθανάσιος Παπαδιαμάντης

Δρ. ΜΑΡΙΑ ΛΕΧΟΥ 210 33 55 125  
SMILE ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ 210 87 42 001

<p><b>Ειδικές Οδοντόβουρτσες TePe</b> Το τύπωμα γίνεται στην πίσω όψη της λαβής.</p> <table border="0" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr><td></td><td>TePe Classic™ x-soft / soft</td><td>0,69 euro</td></tr> <tr><td></td><td>TePe Implant/Orthodontic Brush</td><td>0,99 euro</td></tr> <tr><td></td><td>TePe Special Care™ - 12.000 ίνες ultra soft</td><td>1,26 euro</td></tr> <tr><td></td><td>TePe Interspace™ soft/medium με 12 ανταλλακτικά</td><td>2,99 euro</td></tr> <tr><td></td><td>TePe Universal Care™</td><td>1,47 euro</td></tr> <tr><td></td><td>TePe Gentle Care™ - 5.400 ίνες ultra soft</td><td>0,95 euro</td></tr> <tr><td></td><td>TePe Οδοντόβουρτσα Οδοντοστοιχιών</td><td>1,15 euro</td></tr> </table>		TePe Classic™ x-soft / soft	0,69 euro		TePe Implant/Orthodontic Brush	0,99 euro		TePe Special Care™ - 12.000 ίνες ultra soft	1,26 euro		TePe Interspace™ soft/medium με 12 ανταλλακτικά	2,99 euro		TePe Universal Care™	1,47 euro		TePe Gentle Care™ - 5.400 ίνες ultra soft	0,95 euro		TePe Οδοντόβουρτσα Οδοντοστοιχιών	1,15 euro	<p><b>Θήκες οδοντοστοιχιών, ορθοδοντικών &amp; μηχανημάτων</b></p> <table border="0" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td></td> <td>Ποικιλία χρωμάτων Οδοντοστοιχιών &amp; Ορθοδοντικών - Μεγάλη Minimum ποσότητα 100τεμ.</td> <td>0,90 euro</td> </tr> <tr> <td></td> <td>Ορθοδοντικών Μεσαία &amp; Μικρή Minimum ποσότητα 100τεμ.</td> <td>0,70 euro</td> </tr> <tr> <td></td> <td>Θήκη Ταξιδιού για Μεσοδόντια Βουρτσάκια Minimum ποσότητα 150τεμ.</td> <td>0,47 euro</td> </tr> <tr> <td></td> <td>Θήκες για Οδοντόβουρτσες Minimum ποσότητα 200τεμ.</td> <td>0,40 euro</td> </tr> <tr> <td></td> <td>Οδοντόβουρτσα ταξιδιού Minimum ποσότητα 150τεμ.</td> <td>0,80 euro</td> </tr> <tr> <td></td> <td>Θήκη ταξιδιού baby fingerbrush Minimum ποσότητα 50τεμ.</td> <td>2,00 euro</td> </tr> <tr> <td></td> <td>Θήκη με ορθοδοντικό κέρι για σιδεράκια Minimum ποσότητα 100τεμ.</td> <td>0,80 euro</td> </tr> </table>		Ποικιλία χρωμάτων Οδοντοστοιχιών & Ορθοδοντικών - Μεγάλη Minimum ποσότητα 100τεμ.	0,90 euro		Ορθοδοντικών Μεσαία & Μικρή Minimum ποσότητα 100τεμ.	0,70 euro		Θήκη Ταξιδιού για Μεσοδόντια Βουρτσάκια Minimum ποσότητα 150τεμ.	0,47 euro		Θήκες για Οδοντόβουρτσες Minimum ποσότητα 200τεμ.	0,40 euro		Οδοντόβουρτσα ταξιδιού Minimum ποσότητα 150τεμ.	0,80 euro		Θήκη ταξιδιού baby fingerbrush Minimum ποσότητα 50τεμ.	2,00 euro		Θήκη με ορθοδοντικό κέρι για σιδεράκια Minimum ποσότητα 100τεμ.	0,80 euro
	TePe Classic™ x-soft / soft	0,69 euro																																									
	TePe Implant/Orthodontic Brush	0,99 euro																																									
	TePe Special Care™ - 12.000 ίνες ultra soft	1,26 euro																																									
	TePe Interspace™ soft/medium με 12 ανταλλακτικά	2,99 euro																																									
	TePe Universal Care™	1,47 euro																																									
	TePe Gentle Care™ - 5.400 ίνες ultra soft	0,95 euro																																									
	TePe Οδοντόβουρτσα Οδοντοστοιχιών	1,15 euro																																									
	Ποικιλία χρωμάτων Οδοντοστοιχιών & Ορθοδοντικών - Μεγάλη Minimum ποσότητα 100τεμ.	0,90 euro																																									
	Ορθοδοντικών Μεσαία & Μικρή Minimum ποσότητα 100τεμ.	0,70 euro																																									
	Θήκη Ταξιδιού για Μεσοδόντια Βουρτσάκια Minimum ποσότητα 150τεμ.	0,47 euro																																									
	Θήκες για Οδοντόβουρτσες Minimum ποσότητα 200τεμ.	0,40 euro																																									
	Οδοντόβουρτσα ταξιδιού Minimum ποσότητα 150τεμ.	0,80 euro																																									
	Θήκη ταξιδιού baby fingerbrush Minimum ποσότητα 50τεμ.	2,00 euro																																									
	Θήκη με ορθοδοντικό κέρι για σιδεράκια Minimum ποσότητα 100τεμ.	0,80 euro																																									

**3. Παραγγελίες**

Η παραγγελία σας μπορεί να περιλαμβάνει διάφορες οδοντόβουρτσες. Η κάθε μια έχει minimum ποσότητα τεμαχίων και η τιμή διαμορφώνεται ανάλογα. Οι περισσότερες οδοντόβουρτσες διατίθενται σε διάφορα χρώματα.

1. Οδοντόβουρτσες με κυλινδρική λαβή όπως TePe Supreme™ και TePe Nova έχουν **minimum παραγγελία 120 τεμάχια με δυνατότητα ανάμιξης.**
2. Οδοντόβουρτσες με πλατιά λαβή TePe Classic™, Select™, Select™ Compact και Mini™ **minimum παραγγελία 150 τεμάχια με δυνατότητα ανάμιξης.**
3. Ειδικές οδοντόβουρτσες με πλατιά λαβή **με δυνατότητα ανάμιξης** για πληροφορίες επικοινωνήστε με την εταιρία.

Για μεγάλες ποσότητες ισχύουν χαμηλότερες τιμές. Για πληροφορίες επικοινωνήστε με την εταιρία. Στις τιμές δεν περιλαμβάνεται ο Φ.Π.Α.

Smile with us

Προϊόντα Στοματικής Υγιεινής

ΤΗΛ. 210 93 14 004, Αθήνα  
23920 73732 Θεσ/Βικη  
[www.placcontrol.gr](http://www.placcontrol.gr)  
e-mail: [info@placcontrol.gr](mailto:info@placcontrol.gr)



## Η εξέλιξη των εμφυτευμάτων στο επίκεντρο του 24ου Συμποσίου της ΕΟΕ



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

Στην Αθήνα και συγκεκριμένα στο **Πολεμικό Μουσείο** θα πραγματοποιηθεί, στις **29 και 30 Νοεμβρίου 2024**, το 24ο Συμπόσιο της Εταιρείας Οδοντοστοματολογικής Ερευνας.

Το φετινό Συμπόσιο έχει τίτλο «40 χρόνια Εμφυτεύματα: Επιστημονική και Κλινική Πρόοδος» και

ουσιαστικά κάνει αναδρομή στην εξέλιξη των οστεοενσωματούμενων εμφυτευμάτων και γενικότερα της εμφυτευματολογίας από την εποχή του Branemark μέχρι σήμερα, όπως εξηγεί στο μήνυμά του ο κ. **Φώτιος Χ. Τζέρμπος**, Πρόεδρος της Εταιρείας Οδοντοστοματολογικής Ερευνας.

Με το συνέδριο να έρχεται σε λίγο καιρό το Ο.Β. απευθύνθηκε στον κ. Τζέρμπο ώστε να μας πει όλα όσα ετοιμάζουν για το 24ο Συμπόσιο και να μας βάλει στο κλίμα του πώς περίπου θα είναι το πρόγραμμα και τι να αναμένουν οι συμμετέχοντες.

Συνέντευξη στην **Γεωργία Σάκκουλα**  
δημοσιογράφο

**Κύριε Τζέρμπε, σε λίγο καιρό θα πραγματοποιηθεί το 24ο Συμπόσιο της Εταιρείας Οδοντοστοματολογικής Ερευνας με τίτλο «40 χρόνια Εμφυτεύματα: Επιστημονική και Κλινική Πρόοδος». Πείτε μας λίγα λόγια για το θέμα που επιλέχθηκε και γιατί.**

Καταρχάς κ. Σάκκουλα θα ήθελα να σας ευχαριστήσω για την ευκαιρία που μου δίνετε να επικοινωνήσω και να ενημερώσω τους χιλιάδες συναδέλφους αποδέκτες - συνδρομητές της εφημερίδας σας, για την κορυφαία επιστημονική εκδήλωση της Εταιρείας Οδοντοστοματολογικής Ερευνας (ΕΟΕ) που είναι το καθιερωμένο ανά διετία Συμπόσιό μας.

Το Συμπόσιο όπως προανέφερα γίνεται κάθε δύο χρόνια και πάντα στην Αθήνα. Το φετινό 24ο Συμπόσιο θα φιλοξενηθεί στους χώρους του Πολεμικού Μουσείου, το οποίο αποτελεί μια από τις πλέον ιδανικές επιλογές στο κέντρο της Αθήνας, αφενός με την εγγύτητα του στη στάση Ευαγγελισμός του Μετρό της Αθήνας και δίπλα σε μεγάλο χώρο στάθμευσης αυτοκινήτων και αφετέρου στην αμφιθεατρικού τύπου κεντρική του αίθουσα με τα χαρακτηριστικά συνεδριακά καθίσματα που καθιστούν άνετη την παρακολούθηση ενός πολύωρου συνεδρίου όπως προβλέπεται το 24ο Συμπόσιο.

Το θέμα του φετινού Συμποσίου αφορά τα εμφυτεύματα, που έχει αποτελέσει αρκετές φορές αντικείμενο Συμποσίων της ΕΟΕ και τούτο όχι μόνον γιατί είναι ιδιαίτερα δημοφιλές αλλά και διότι η υιοθέτηση και αξιοποίηση των εμφυτευμάτων άλλαξε την πορεία και την άσκηση της Οδοντιατρικής. Μάλιστα το πρώτο από αυτά τα Συμπόσια πραγματοποιήθηκε στις 1 με 3 Οκτωβρίου 1992, με τίτλο Εμφυτευματολογία και οι ομιλητές ομάδα καθηγητών από την Οδοντιατρική Σχολή του Πανεπιστημίου TUFTS της Βοστώνης με επικεφαλής τον αείμνηστο Καθηγητή Chris Doku. Ίσως να ήταν και το πρώτο Συνέδριο επιστημονικής εταιρείας αφιερωμένο αποκλειστικά στα εμφυτεύματα και θα ήθελα να σημειώσω ότι κάποιοι συνάδελφοι, μέλη της Εταιρείας, που τότε ήταν σύνεδροι και κάποιοι οργανωτική επιτροπή, στο φετινό Συμπόσιο θα είναι αντίστοιχα ομιλητές και συντονιστές.

Αναφορικά με τον τίτλο έγινε πολύ συζήτη-

ση για το ποιος θα πρέπει να είναι. Έχουν περάσει 40 χρόνια από το Συνέδριο του 1982 στο Τορόντο, όπου ουσιαστικά θεσπίστηκαν τα πρώτα πρωτόκολλα και οι οδηγίες για την σωστή χρήση των εμφυτευμάτων στην Οδοντιατρική. Στο διάστημα αυτό η εξέλιξη της βιοτεχνολογίας έχει επιφέρει αλλαγές στις επιφάνειες των εμφυτευμάτων, έχει εισαγάγει νέα υλικά και τεχνικές στην οστική ανάπλαση, στην απεικόνιση και στο χειρουργικό και οπωσδήποτε στο προσθετικό στάδιο της αποκατάστασης. Ταυτόχρονα έχουν επέλθει και ουσιαστικές αλλαγές στα αρχικά πρωτό-

κολλα και ενώ την δεκαετία του '80 η βιοσυμβατότητα και η οστεοενσωμάτωση ήταν το ζητούμενο, τώρα η ταχύτητα της αποκατάστασης και η αισθητική είναι οι κρίσιμες παράμετροι.

Είναι καιρός να γίνει μια αντικειμενική αποτίμηση αυτών των αλλαγών μέσα από την κατάθεση της πολυχρονής εμπειρίας συναδέλφων που ασχολούνται με τα εμφυτεύματα τόσο σε κλινικό όσο και σε ερευνητικό επίπεδο. Με βάση το σκεπτικό αυτό, καταλήξαμε στον τίτλο: «40 χρόνια εμφυτεύματα: Επιστημονική και Κλινική Πρόοδος».

**Συνοπτικά, από πλευράς αριθμών, πώς θα είναι δομημένο σε ομιλητές, πρακτικά σεμινάρια κτλ;**

Το πρόγραμμα είναι δομημένο ως εξής. Στην κεντρική αίθουσα «Ιωάννης Καποδίστριας» θα είναι το κατευθυνόμενο πρόγραμμα με **16 ομιλίες** διάρκειας 45' έως 60' και θα υπάρχει ικανός χρόνος για ερωτήσεις και συζήτηση. Παράλληλα, στην αίθουσα «Ρήγα Φεραίου» θα διεξαχθούν τα **7 κλινικά φροντιστήρια** διάρκειας 2 - 2 και ½ ωρών για περιορισμένο αριθμό ατόμων (60) με θέματα από όλο το φάσμα της εμφυτευματολογίας. Τέλος, στην αίθουσα «Αδαμαντίου Κοραή» θα πραγματοποιηθούν τα **πρακτικά σεμινάρια** για πολύ περιορισμένο αριθμό συναδέλφων (16-20) όπου θα δοθεί η ευκαιρία στους συμμετέχοντες να εξασκηθούν σε διάφορα θέματα της σύγχρονης εμφυτευματολογίας όπως στην εσωτερική ανύψωση του ιγμορείου, στην ιστική ανάπλαση κ.α.

Στο σημείο αυτό θα ήθελα να σημειώσω ότι υπάρχει πρόβλεψη και προετοιμασία (εφόσον δοθεί η σχετική συγκατάθεση από τους ομιλητές) για παρακολούθηση on demand των ομιλιών της κεντρικής αίθουσας για όλους τους συναδέλφους και μόνο, που θα εγγραφούν στο συμπόσιο. Έτσι, όποιος συμμετάσχει στα κλινικά φροντιστήρια και στα πρακτικά σεμινάρια, δεν θα χάσει τις ομιλίες της κεντρικής αίθουσας, αλλά θα έχει την δυνατότητα να τις παρακολουθήσει κατ' ιδίαν μετά το συμπόσιο.

**Πόσοι ομιλητές θα συμμετέχουν; Θα υπάρχουν κάποιοι ξεχωριστοί προσκεκλημένοι που θα θέλατε να αναφέρετε;**

Στο συμπόσιο έχουν προσκληθεί να μιλήσουν μια πλειάδα διακεκριμένων Ελλήνων και ξένων ομιλητών με μεγάλη εμπειρία στο αντικείμενο των εμφυτευμάτων. Προέρχονται τόσο από τον χώρο τον Ακαδημαϊκό αλλά και εκτός του Πανεπιστημίου. Σχεδόν όλοι οι Έλληνες ομιλητές είναι μέλη της Εταιρείας μας. Για λόγους αβροφροσύνης θα ξεκινήσω την αναφορά των ονομάτων των ομιλητών του Συμποσίου από τους ξένους με μια επιγραμματική αναφορά στο βιογραφικό τους. Καταρχάς θα έχουμε τους Καθηγητές από την Οδοντιατρική Σχολή της Ζυρίχης Dr **Jung** και Dr **Thoma** γνωστούς παγκοσμίως και για το μεγάλο ερευνητικό αλλά και κλινικό έργο στον τομέα των εμφυτευμάτων. Τον

ΕΤΑΙΡΙΑ  
**ΟΔΟΝΤΟΣΤΟΜΑΤΟΛΟΓΙΚΗΣ  
ΕΡΕΥΝΗΣ**  
ΒΡΑΒΕΙΟΝ ΑΚΑΔΗΜΙΑΣ ΑΘΗΝΩΝ

1984

**24<sup>ο</sup> ΣΥΜΠΟΣΙΟ**

**40 ΧΡΟΝΙΑ  
ΕΜΦΥΤΕΥΜΑΤΑ**

Επιστημονική και Κλινική Πρόοδος

2024

**29 & 30  
Νοεμβρίου 2024**

Πολεμικό Μουσείο Αθηνών

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

210 77 80 671

Ε.Ο.Ο.

Dr **Fairbairn** από το Λονδίνο, επισκέπτη Καθηγητή στην Οδοντιατρική Σχολή του Πανεπιστημίου του Detroit, με υπερτριakonταετή εμπειρία στα εμφυτεύματα και στην οστική ανάπτυξη. Τον Dr **Canullo** από την Ρώμη, επισκέπτη Καθηγητή στο Πανεπιστήμιο της Βόνης και αποδέκτη πολλών διεθνών βραβείων για την κλινική και ερευνητική δουλειά του στα εμφυτεύματα. Τέλος, τον Dr **Taule** από την Πορτογαλία, Αναπλ. Καθηγητή Στοματικής και Γναθοπροσωπικής Χειρουργικής στο Πανεπιστήμιο της Catalunya με αποκλειστική ενασχόληση τα εμφυτεύματα και την Χειρουργική του Στόματος.

Αναφορικά με τους Έλληνες ομιλητές θα έχουμε τη χαρά να απολαύσουμε τους Καθηγητές κ. **Αγγελόπουλο**, κ. **Ζηνήλη**, κ. **Ηλιάδη**, κ. **Καρούση** και τον Επικ. Καθηγητή κ. **Χριστόπουλο** από την Οδοντιατρική Σχολή της Αθήνας, την Αναπλ. Καθηγήτρια κ. **Όλγα Νάκα** από την Οδοντιατρική Σχολή της Θεσσαλονίκης καθώς και τους συναδέλφους κ. **Γούμενο**, κ. **Διακενισάκη**, κ. **Έξαρχο**, κ. **Νικολόπουλο**, κ. **Πανταζή**, κ. **Κ. Παπαιωάννου**, κ. **Σταυρόπουλο**, κ. **Τασόπουλο** και κ. **Φακίτσα**. Τους ευχαριστώ όλους από καρδιάς για την αποδοχή της πρόσκλησης να συμμετάσχουν στο Συμπόσιο και να μοιραστούν τις γνώσεις τους και την εμπειρία τους μαζί μας.

**Ποια είναι η στόχευση του επερχόμενου συμποσίου;**

Στοχεύουμε, προσπαθούμε και ελπίζουμε σε ένα επιτυχημένο συμπόσιο που να χαρακτηρίζεται όχι μόνον από το μεγάλο αριθμό συμμετεχόντων συνέδρων και εμπορικών εταιρειών. Ένα συμπόσιο είναι επιτυχημένο όταν στο τέλος του συμποσίου είναι όλοι ευχαριστημένοι. Οι σύνεδροι να έχουν εμπλουτίσει τις γνώσεις τους, να έχουν λύσει τις απορίες τους και να είναι έτοιμοι από την Δευτέρα 2 Δεκεμβρίου να εφαρμόσουν αυτά που έμαθαν, στο ιατρείο τους. Οι ομιλητές να είναι ευχαριστημένοι γιατί όχι μόνο μίλησαν σε μια γεμάτη αίθουσα αλλά και η προσοχή και οι εύστοχες ερωτήσεις και τα σχόλια των συμμετεχόντων συναδέλφων τους έδωσαν την ευκαιρία να αναπτύξουν ακόμη περισσότερο τις σκέψεις τους και τις εμπειρίες τους. Και τέλος, οι εκθέτες και οι χορηγοί, οι πολύτιμοι αυτοί συνεργάτες μας, να είναι ευχαριστημένοι όχι μόνο για τον μεγάλο αριθμό των συνέδρων αλλά και από το γεγονός της χρονικής άνεσης που δίνει η διήμερη διάρκεια του συμποσίου να παρουσιάσουν νέα εργαλεία, υλικά, μηχανήματα και φαρμακευτικά σκευάσματα, στοιχεία απαραίτητα για την καθημερινή κλινική πράξη.

Στο σημείο αυτό θα ήθελα να εκφράσω τις θερμές μου ευχαριστίες προς τις εταιρείες που είναι οι μέχρι αυτή την στιγμή χορηγοί και εκθέτες του Συμποσίου για την συμβολή τους στην πραγματοποίησή του και αισθάνομαι την ανάγκη έστω και επιγραμματικά να τις αναφέρω ξεκινώντας από τους χορηγούς **ADM-1st Choice Medicals**, **ΜΑΥΡΑΕΙΔΟΠΟΥΛΟΣ ΑΕ**, **SADENT**, **SOUTHERN IMPLANTS**, **VITSAROPOULOS**, **PROFILE**, **BIOHORIZONS-CAMLOG**, **ARRIANI**, **EMS**, **DIGIDENT** και οι εκθέτες του Συμποσίου **INTERMED**, **PLAC CONTROL**, **3i**, **IMPLADEND**, **DENCO DENTAL**, **NALDENTAL**, **ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΙΚΑ ΑΠΟΣΤΟΛΙΔΗ**, **SYNVIVA**, **HU-FRIEDY**, **SGS** και βέβαια **ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΙΚΟ ΒΗΜΑ**.

**Απευθύνεται σε όλους τους οδοντιάτρους;**

Θα τολμούσα να πω ότι ναι το συγκεκριμένο συμπόσιο απευθύνεται σε όλους τους οδο-



Στόχος του Συμποσίου είναι οι σύνεδροι να έχουν εμπλουτίσει τις γνώσεις τους, να έχουν λύσει τις απορίες τους και να είναι έτοιμοι από την επόμενη ημέρα να εφαρμόσουν αυτά που έμαθαν, στο ιατρείο τους.

ντιάτρους. Μα θα μου πείτε ότι δεν ασχολούνται και όλοι οι οδοντιάτροι με τα εμφυτεύματα. Εύλογος ο προβληματισμός σας αλλά μια από τις σημαντικές αλλαγές που σημει-

ώθηκαν τα τελευταία 40 χρόνια είναι και το γεγονός ότι πλέον η εμφυτευματολογία δεν ασκείται μόνο από τους ειδικούς χειρουργούς, για το χειρουργικό στάδιο και τους ει-

δικούς προσθετολόγους για την προσθετική αποκατάσταση.

Πλέον, όλο και περισσότεροι συνάδελφοι κλινικοί οδοντίατροι ασχολούνται όχι μόνο με την προσθετική αποκατάσταση αλλά και με την χειρουργική τοποθέτηση των εμφυτευμάτων και την συντήρησή τους με εξαιρετικά μάλιστα αποτελέσματα. Μια αλλαγή, την οποία και εγώ έχω παρατηρήσει με την υπερτριakonταετή ενασχόλησή μου σε ιδιωτικό επίπεδο με τα εμφυτεύματα. Το συγκεκριμένο Συμπόσιο απευθύνεται όμως και στους συναδέλφους οδοντιάτρους που δεν ασχολούνται με τα εμφυτεύματα αλλά είτε πρόκειται να ασχοληθούν είτε θα ήθελαν να έχουν στο πλαίσιο της συνεχιζόμενης επαγγελματικής τους επιμόρφωσης μια ολοκληρωμένη αντικειμενική εικόνα για το πού βρι-

Συνέχεια στη σελίδα 22



**DENTALCOM**  
Γ. ΠΑΠΑΖΟΓΛΟΥ Α.Ε.

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

**ASA DENTAL**

**MAKE PEOPLE SMILE**








**FORESTADENT®**  
GERMAN PRECISION IN ORTHODONTICS



**NextDent® LCD1**



Συνέντευξη από τη σελίδα 21

σκόμαστε σήμερα με τις επιμεφυτευματικές αποκαταστάσεις. Ένα από, τα στοιχεία που χαρακτηρίζει το περιεχόμενο, τη βαρύτητα, τη διάρκεια αλλά και την ποικιλομορφία της παρεχόμενης γνώσης είναι ότι το Ι.Ε.ΘΕ. έχει αξιολογήσει την Εκδήλωση, την έχει εντάξει στις πιστοποιημένες επιστημονικές δράσεις της Χώρας και ο σύνεδρος που θα παρακολουθήσει το Συμπόσιο έχει την δυνατότητα, ανάλογα με τις επιλογές του, να του χορηγηθούν 10 ή και περισσότερες Μονάδες Συνεχιζόμενης Επαγγελματικής Εκπαίδευσης (ΜΕΕΟ).

Είμαι πεπεισμένος ότι οι ομιλίες αφενός της κεντρικής αίθουσας, όπου θα παρουσιαστεί όχι μόνο το απόσταγμα της εμπειρίας καταξιωμένων κλινικών συναδέλφων αλλά και τα ερευνητικά δεδομένα από την πολυ-

ετή χρήση των εμφυτευμάτων και αφετέρου τα κλινικά φροντιστήρια και τα πρακτικά σεμινάρια, στα οποία θα παρουσιαστούν οι εφαρμογές της νέας τεχνολογίας και θα γίνει πρακτική εξάσκηση σε νέες τεχνικές στην εμφυτευματολογία, θα καλύψουν και τον πλέον απαιτητικό συνάδελφο.

### Οι προετοιμασίες του συμποσίου σε τι στάδιο βρίσκονται;

Οι προετοιμασίες του συμποσίου είναι σε πολύ καλό σημείο. Το επιστημονικό πρόγραμμα έχει σχεδόν ολοκληρωθεί, όπως και η εμπορική έκθεση με τους χορηγούς και τους εκθέτες. Απομένουν κάποιες λεπτομέρειες και κυρίως η ενημέρωση των συναδέλφων σε όλη την Ελλάδα για το Συμπόσιό μας όχι μόνο για το πλούσιο επιστημονικό πρόγραμμα αλλά και για την αξιοποίηση της

δυνατότητας προεγγραφής, η οποία πέρα από την μειωμένη τιμή συμμετοχής, δίνει ουσιαστικά αντισταθμιστικά οφέλη – δώρα η αξιοποίηση των οποίων, δίνει την δυνατότητα της δωρεάν σχεδόν συμμετοχής στο Συμπόσιο. Και για να γίνω πιο σαφής με την προεγγραφή που θα κάνει ο συνάδελφος έχει την δυνατότητα επιλογής - παρακολούθησης ενός διήμερου σεμιναρίου (ή δύο μονοήμερων), εάν πρόκειται για συνάδελφο από το νομό Αττικής ή δύο διήμερων σεμιναρίων (ή ένα διήμερο και 2 μονοήμερα) εάν πρόκειται για συνάδελφο εκτός Αττικής, από τα σεμινάρια που πραγματοποιούνται στις εγκαταστάσεις της ΕΟΕ στο Γουδί, στην μισή της κανονικής τιμής συμμετοχής.

Επίσης δίνεται η δυνατότητα της δωρεάν διαδικτυακής παρακολούθησης του τετράωρου σεμιναρίου των Πρώτων Βοηθειών σε όλους τους συναδέλφους που θα κάνουν

προεγγραφή. Η διαφοροποίηση αναφορικά με τον αριθμό των σεμιναρίων για τους εντός και εκτός Αττικής συναδέλφους, είναι ουσιαστικά ένα ελάχιστο «αντίδωρο» για τους συναδέλφους από όλη την εκτός Αττικής Ελλάδα, που χωρίς να υπολογίζουν την ταλαιπωρία και την οικονομική επιβάρυνση, ταξιδεύουν στην Αθήνα για να επιμορφωθούν και να γίνουν καλλίτεροι όχι μόνο για τον εαυτό τους αλλά και για τους ασθενείς τους και για τον κλάδο.

### Αν σας ζητούσαμε να απευθύνετε ένα μήνυμα – κάλεσμα συμμετοχής στους αναγνώστες του «Ο.Β.», ποιο θα ήταν;

Το Διοικητικό Συμβούλιο της ΕΟΕ, η Οργανωτική Επιτροπή του Συμποσίου και εγώ προσωπικά σας προσκαλούμε στο 24ο Συμπόσιο στις 29 και 30 Νοεμβρίου στο Πολεμικό Μουσείο της πόλης της Αθήνας, η οποία έχοντας φορέσει τα Χριστουγεννιάτικα της, θα υποδεχθεί τους συναδέλφους από όλη την Ελλάδα. Θα είναι ένας διήμερος μαραθώνιος κατάθεσης γνώσης, προβληματισμού, μάθησης και ανταλλαγής εμπειριών για τα εμφυτεύματα που μπήκαν στην ζωή μας πριν 40 χρόνια περίπου και κυριολεκτικά την άλλαξαν, κυρίως των ασθενών αλλά και την δική μας. Θα είναι ένα Συμπόσιο με όλη την σημασία της λέξης. Θα υπάρχουν διαλείμματα για καφέ και φαγητό και θα δίνεται η δυνατότητα στους συναδέλφους να ανταμώσουν, όπως λέμε και στην πατρίδα μου την Ήπειρο, με παλιούς φίλους και συναδέλφους αλλά και να γνωρίσουν νέους.

### Το μόνο λοιπόν που θα λείπει από το Συμπόσιο, για να είναι με όλη την σημασία της λέξης Συμπόσιο, θα είναι η μουσική;

Δικαιολογημένο το ερώτημά σας κ. Σάκκουλα. Σε προηγούμενο ερώτησή σας σχετικά με τις προετοιμασίες, ανέφερα ότι απομένουν κάποιες λεπτομέρειες και όπως έλεγε ένας δάσκαλός μου οι λεπτομέρειες κάνουν το σύνολο.

### Άρα να συμπεράνω ότι θα υπάρχει στο Συμπόσιο και μουσική;

Προτιμώ, αν μου επιτρέπετε να μην απαντήσω στο ερώτημά σας και να το αφήσω για έκπληξη για αυτούς που θα συμμετάσχουν, συναδέλφους και εκθέτες, στο Συμπόσιο.

### Καλή αντάμωση λοιπόν στις 29 Νοεμβρίου στο Πολεμικό Μουσείο της Αθήνας στο 24ο Συμπόσιο της Εταιρείας Οδοντοστοματολογικής Ερεύνης.

Καλή αντάμωση!!!

Αναλυτικό πρόγραμμα και πληροφορίες για τις εγγραφές στο 24ο Συμπόσιο της ΕΟΕ στην ιστοσελίδα: <https://dentalproodos.gr/>

## CAN SOCKET GRAFTING WITHOUT PRIMARY CLOSURE BE PREDICTABLE?

Για χρόνια, η κατά πρώτο σκοπό συρραφή θεωρούταν βασική αρχή για μια επιτυχημένη διατήρηση μετεξακτικού φατνίου, με παράλληλη χρήση μοσχεύματος. Με την εισαγωγή της Cytoplast Technique για μετεξακτικά φατνία, χιλιάδες χειρουργοί χρησιμοποιούν τώρα μεμβράνες από πυκνό PTFE, οι οποίες μένουν μερικώς ακάλυπτες, επιτρέποντας με αυτό τον τρόπο τη διατήρηση του κερατινοποιημένου ιστού αποφεύγοντας την μόλυνση.<sup>1-4</sup> Τώρα πια, η διατήρηση του μετεξακτικού φατνίου με παράλληλη χρήση μοσχεύματος, χωρίς κατά πρώτο σκοπό συρραφή δεν είναι μόνο προβλέψιμη, αλλά έχει ως αποτέλεσμα την ύψιστη αισθητική.

1. Barboza EP, Francisco BS, Ferreira VF. Soft tissue enhancement using non-expanded PTFE membranes without primary closure. Poster, AAP 2008. 2. Hoffman O, Barteek BK, Beaumont C, Kasaj A, Deli G, Zafiropoulos GG. Alveolar bone preservation in extraction sockets using non-resorbable dPTFE membranes: A retrospective non-randomized study. J Periodontol 2008;79:1355-1369. 3. Fotek PD, Neiva RF, Wang HL. Comparison of dermal matrix and polytetrafluoroethylene membrane for socket bone augmentation: A clinical and histologic study. J Periodontol 2009;80:776-785. 4. Barboza EP, Stutz B, Ferreira VF, Carvalho W. Guided bone regeneration using non-expanded polytetrafluoroethylene membranes in preparation for dental implant placements-A report of 420 cases. Implant Dent 2010 19(1):2-7.



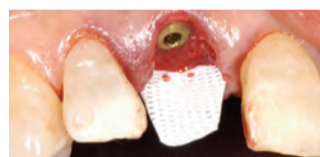
Λόγω θραύσης, πρέπει να εξαχθεί ο δεξιός κεντρικός τομέας. Το σχέδιο θεραπείας είναι η άμεση τοποθέτηση εμφυτεύματος.



Η μεσοδόντια θηλή υποσκάπτεται προσεκτικά και ανυψώνεται. Όλοι οι υπολειπόμενοι ιστοί απομακρύνονται από το εσωτερικό και τα όρια του φατνίου.



Το κενό ανάμεσα στο εμφύτευμα και στο παρειακό τοίχωμα γεμίζεται με έναν συνδυασμό αυτόλογου μοσχεύματος και αλλομοσχεύματος.



Χρησιμοποιείται μία μεμβράνη πυκνού PTFE (Cytoplast® TXT-200 Single). Η μεμβράνη προσαρμόζεται στις επιθυμητές διαστάσεις και τοποθετείται κάτω από τοπεριόστεο, υπερωρία.



Η μεμβράνη μπαίνει κάτω από το προστοματικό πτερύγιο και τις μεσοδόντιες θηλές, φροντίζοντας η άκρη της να είναι 1.0mm τουλάχιστον, μακριά από τις ρίζες των γειτονικών δοντιών.



Με ένα ράμμα 3-0 PTFE (Cytoplast® PTFE Suture) σταθεροποιείται η μεμβράνη επιπλέον, η οποία μένει επίτηδες εκτεθειμένη, καθώς η κατά πρώτο σκοπό συρραφή δεν απαιτείται σε αυτή την τεχνική.



Στις 3 εβδομάδες ηεκτεθειμένη μεμβράνη αφαιρείται εύκολα με μία λαβίδα. Μπορεί να χρειαστεί τοπική αναισθησία.



Στις 6 εβδομάδες μετά την τοποθέτηση του εμφυτεύματος (3 εβδομάδες μετά την αφαίρεση της μεμβράνης), σχηματίζεται κερατινοποιημένος ιστός κατά μήκος του μετεξακτικού φατνίου.



12 mm x 24 mm | Πραγματικό μέγεθος

## CYTOPLAST® TXT-200 Singles

Μη-απορροφήσιμες PTFE Barrier Membranes

OSTEOGENICS  
B I O M E D I C A L



Δ. ΜΑΥΡΑΙΔΟΠΟΥΛΟΣ Α.Ε.  
ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΙΚΑ ΕΙΔΗ

ΤΖΩΡΤΖ 12, ΑΘΗΝΑ 106-77, τηλ.: 210 3830432, 210 3837334  
e-mail: mavraid@otenet.gr, www.mavraidopoulos.gr





ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΗ ΕΤΑΙΡΕΙΑ  
ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗΣ  
ΣΤΟΜΑΤΟΣ

VIRGINIA  
COMMONWEALTH  
UNIVERSITY



# ΜΕΤΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΕΜΦΥΤΕΥΜΑΤΟΛΟΓΙΑΣ

ΣΕ ΣΥΝΕΡΓΑΣΙΑ ΜΕ ΤΟ VIRGINIA  
COMMONWEALTH UNIVERSITY  
SCHOOL OF DENTISTRY

ΔΙΑΡΚΕΙΑΣ ΕΝΟΣ ΑΚΑΔΗΜΑΪΚΟΥ ΕΤΟΥΣ 2024-2025 | ΕΝΑΡΞΗ: 16-11-24



## Χαιρετισμός Προέδρου



Φραγκίσκος Φραγκίσκος  
Αν. Καθηγητής  
Πρόεδρος της Ε.Ε.Χ.Σ.

Αγαπητοί Συνάδελφοι,

Έχω την ιδιαίτερη τιμή και χαρά να σας παρουσιάσω το νέο, υψηλού επιπέδου μετεκπαιδευτικό πρόγραμμα εμφυτευματολογίας (12ος κύκλος) που διοργανώνει η Επιστημονική Εταιρεία Χειρουργικής Στόματος.

Τα μαθήματα θα πραγματοποιηθούν στο υπερσύγχρονο εκπαιδευτικό κέντρο της Εταιρείας στην οδό Κυδαθηναίων 3 Πλάκα-Αθήνα και θα διαρκέσουν από τον Νοέμβριο του 2024 έως τον Μάιο του 2025.

Όπως κάθε χρόνο έτσι και φέτος η θεματολογία του προγράμματος καλύπτει όλο το φάσμα της οδοντιατρικής εμφυτευματολογίας που αφορά στην θεωρητική, στην πρακτική και κυρίως στην κλινική εκπαίδευση των οδοντιάτρων.

Εκτός από την παραπάνω προσέγγιση των θεμάτων, ιδιαίτερη έμφαση θα δοθεί επίσης στις νεότερες τεχνικές όπως είναι: η χρήση των ενδοστοματικών ψηφιακών σαρωτών για την αποτύπωση προσθετικών αποκαταστάσεων στην εμφυτευματολογία, η υπολογιστικά καθοδηγούμενη εμφυτευματολογία, η σχεδίαση και κατασκευή χειρουργικών ναρθήκων, κ.ά.

Η ομάδα που θα πλαισιώσει το πρόγραμμα αποτελείται από διακεκριμένους και καταξιωμένους στο χώρο κλινικούς συναδέλφους, και καθηγητές Ελληνικών και ξένων Πανεπιστημίων.

Το Δ.Σ και εγώ προσωπικά περιμένουμε την ενεργό συμμετοχή σας και δεσμευόμαστε ότι θα προσπαθήσουμε με όλες μας τις δυνάμεις να ανταποκριθούμε στις προσδοκίες σας.

ΘΕΩΡΗΤΙΚΗ - ΠΡΑΚΤΙΚΗ - ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ

ΠΕΡΙΟΔΟΣ: **2024-2025**

ΥΠΕΥΘΥΝΟΣ ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΟΥ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΟΣ

Φραγκίσκος Φραγκίσκος, Αν. Καθηγητής ΕΚΠΑ

ΠΕΡΙΣΣΟΤΕΡΕΣ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ:

[www.ssos.gr](http://www.ssos.gr) | Τηλ.: **6945951699**

## ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΗ ΟΜΑΔΑ



ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΟΣ  
ΥΠΕΥΘΥΝΟΣ

**Φραγκίσκος Φραγκίσκος**  
Αν. Καθηγητής ΣΓΠΧ  
Οδοντιατρικής Σχολής ΕΚΠΑ.  
Μετεκπαιδευθείς στη ΣΓΠΧ στο Παν. UCLA - ΗΠΑ



**Μασούλας Γεώργιος**  
Αν. Καθηγητής ΣΓΠΧ  
Οδοντιατρικής Σχολής ΕΚΠΑ



**Τσίρμπα Ανδριανή**  
DDS, Μετεκπαιδευθείσα  
στη Χειρουργική  
Στόματος και  
Εμφυτευματολογία και  
στην Προσθετική στο  
Παν. UCLA - ΗΠΑ



**Βλαστός Κωνσταντίνος**  
DDS, PhD Επιστημονικός  
συνεργάτης Διαγνω-  
στικής και Ακτινολογίας  
Στόματος Οδοντιατρικής  
Σχολής ΕΚΠΑ



**Φουρμούζης Ιωάννης**  
Επίκουρος Καθηγητής  
Περιοδοντολογίας  
Οδοντιατρικής Σχολής  
ΕΚΠΑ



**Καρκαζής Ηρακλής**  
Καθηγητής  
προσθετικής  
Οδοντιατρικής Σχολής  
ΕΚΠΑ



**Τολίδης Κωσμάς**  
Καθηγητής, DDS, MSc,  
PhD, LS Παιδοδοντι-  
ατρος, Διευθυντής  
Εργαστηρίου Οδοντικής  
Χειρουργικής Α.Π.Θ.  
Συντονιστής Κλινικής  
Οδοντιατρικών  
εφαρμογών Laser και  
Μικροσκοπίας Α.Π.Θ



**Πανής Βασίλειος**  
Καθηγητής  
Περιοδοντολογίας  
Οδοντιατρικής Σχολής  
ΕΚΠΑ, Μετεκπαιδευ-  
θείς στην  
Περιοδοντολογία  
στο Tufts University,  
School of Dental  
Medicine, USA



**Κοτίνα Έλλη**  
DDS, MSc  
Προσθετολόγος Επιστ.  
Συνεργάτης Οδοντιατ.  
Σχολής ΕΚΠΑ  
Υπότροφος-Ερευνη-  
τρια στο Internat.  
Team of Implantology  
του Παν. του Harvard  
(HSDM)



**Βίλλιας Αριστείδης**  
DDS, MSc, PhD  
Προσθετολόγος  
Επ. Καθηγητής  
Οδοντιατρικής Σχολής  
ΕΚΠΑ



**Στουφή Ελεάνα**  
DMD, MS.c, PhD,  
Στοματολόγος, Επιστ.  
Προσθετολόγος  
Επ. Καθηγητής  
Οδοντιατρικής Σχολής  
ΕΚΠΑ. Επισκέπτρια  
Λέκτωρ Παν. Harvard,  
USA. Στοματολόγος  
Ευρωπαϊκής  
Αθηνών



**Βαβουράκη Ελένη**  
PhD, Επιστ.  
Ερευνητρια, και  
Υπεύθυνη Τράπεζας  
Ισπικών Μοσχευμά-  
των Ε.Κ.Ε.Φ.Ε.  
"Δημόκριτος"



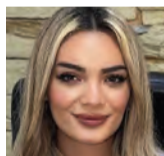
**Λεστάρις Νεκτάριος**  
DDS μετεκπαιδευθείς  
στη Χειρουργική  
Στόματος και στην  
Εμφυτευματολογία



**Πάτρας Μιχαήλ**  
CDT, DDS, MSc,  
Προσθετολόγος-  
Εμφυτευματολόγος



**Φώτις Αναστάσιος**  
DDS Μετεκπαιδ. στην  
Εμφυτευματολογία



**Κυραντώνη Ειρήνη**  
DDS μετεκπ. στην  
Εμφυτευματολογία



**Κορέντζελου Όλγα**  
DDS μετεκπ. στην  
Εμφυτευματολογία



**Ισαακίδης Ισαάκ**  
DDS μετεκπ. στην  
Εμφυτευματολογία



**Ζερβός Στράτος**  
DDS μετεκπ. στην  
Εμφυτευματολογία

## ΠΡΟΣΚΕΚΛΗΜΕΝΟΙ ΟΜΙΛΗΤΕΣ



**Lyndon Cooper**  
Dean in Virginia  
Commonwealth  
University School of  
Dentistry, USA



**Dr Lambis Petridis (Haralampos)**  
DDS, MS, Cert  
Prosthodont, PhD,  
Specialist  
Prosthodontist,  
Professor and Chair of  
Prosthodontics, UCL  
Eastman



**Georgios E. Romanos,**  
DDS, PhD, Prof. Dr.  
med. Dent. Professor  
of Periodontology at  
Stony Brook  
University (SBU),  
School of Dental  
Medicine (SDM).  
Professor of Oral  
Surgery/Implant  
Dentistry in  
Frankfurt/Germany



**Simon Holmes**  
Professor of  
Craniofacial  
Traumatology,  
Consultant  
Maxillofacial Surgeon,  
Craniofacial Trauma  
Lead, Clinical Lead  
Dept Oral and  
Maxillofacial Surgery,  
Barts and the London  
NHS Trust



**Dr Domniki Chatzopoulou**  
Dipds, MClIn Dent in Perio  
(Eng), Cert Clin Spec in Perio  
(Eng), MDFTEd (RCSEdin),  
FDS (RCSEng), SFHEA,  
Specialist Periodontist,  
Reader in Periodontology  
and Implant Dentistry,  
Postgraduate Course  
Director for Doctorate of  
Clinical Dentistry  
(DClinDent) in  
Periodontology



**Dr Dimitrios Fragiskos**  
DDS, MclIn Dent in  
Perio (UCL), EFP Cert.  
Perio, Accredited by  
European Federation  
of Periodontology,  
Specialist in  
Periodontics and  
Implant Surgeryon



**Asmaa El-Kaddar**  
BDS (Hons) Lond,  
MDFE RCS (Engl),  
MClInDent Perio  
(Hons) Lond, EFP Cert.  
Perio, Accredited by  
the European  
Federation of  
Periodontology  
Specialist in  
Periodontics

ΧΟΡΗΓΟΣ



Επιπλέον, δώρο αξίας 6.000 €

\*Ισχύει έως 30/9/2024

Πλατεία Ιπποδάμειας 8, Πειραιάς 185 31 | Τηλ: 210 5229911 | [www.dimoral.gr](http://www.dimoral.gr)

# Focus on Implantology

www.iti.org



## Εμφυτεύματα μικρής διαμέτρου



**Παναγιώτης Γαλανόπουλος**  
Προσθετολόγος -  
ITI member



**Γεωργία Ποζίδη**  
Προσθετολόγος -  
ITI member

Τα εμφυτεύματα μικρής διαμέτρου (Narrow Diameter Implants – NDI) αποτελούν μία σχετικά πρόσφατη καινοτομία της οδοντιατρικής εμφυτευματολογίας. Στη σύγχρονη βιβλιογραφία δεν υπάρχει ακριβής ορισμός των εμφυτευμάτων μικρής

διαμέτρου, αλλά ως γενικό κανόνα μπορούμε να ορίσουμε πως τα εμφυτεύματα μικρής διαμέτρου είναι τα εμφυτεύματα με διάμετρο μικρότερης των 3,5 χιλιοστών. Η χρήση τους προτείνεται σε περιπτώσεις όπου δεν υπάρχει ικανό οστικό υπόβαθρο για την

τοποθέτηση εμφυτευμάτων κανονικής διαμέτρου (SDI) και δεν θέλουμε είτε δεν μπορούμε να προχωρήσουμε σε οστική ανάπλαση, καθώς και σε περιπτώσεις όπου το εύρος της νωδότητας εγγύς-άπω είναι περιορισμένο.

### Ταξινόμηση

Τα εμφυτεύματα μικρής διαμέτρου μπορούν να ταξινομηθούν σε τρεις κατηγορίες. Στην κατηγορία 1 ανήκουν τα εμφυτεύματα με διάμετρο μικρότερη των 2,5 χιλιοστών, στην κατηγορία 2 τα εμφυτεύματα με διάμετρο 2,5 - 3,2 χιλιοστά και στην κατηγορία 3 εντάσσονται τα εμφυτεύματα με διάμετρο 3,3 - 3,5 χιλιοστά.

### Κατηγορία 1 NDI

Η διάμετρος των εμφυτευμάτων της

κατηγορίας 1 είναι μικρότερη των 2,5 χιλιοστών και στη βιβλιογραφία αναφέρονται και ως mini εμφυτεύματα (mini implants), ενώ μπορούν να είναι είτε δύο τεμαχίων, είτε ενός τεμαχίου (one - piece). Στα εμφυτεύματα ενός τεμαχίου, το σώμα του εμφυτεύματος και το προσθετικό εξάρτημα είναι συνδεδεμένα και δεν μπορούν να διαχωριστούν. Οι ενδείξεις των εμφυτευμάτων NDI κατηγορίας 1 είναι η στήριξη επένθετης ολικής οδοντοστοιχίας σε υπεραπορροφημένες γνάθους και η στήριξη μεταβατικών αποκαταστάσεων είτε κινητών, είτε ακί-

ντων. Στις περιπτώσεις επένθετης ολικής οδοντοστοιχίας, συστήνεται να χρησιμοποιούνται τουλάχιστον τέσσερα (4) εμφυτεύματα στην κάτω γνάθο και τουλάχιστον έξι (6) στην άνω γνάθο.

### Περιστατικό – NDI κατηγορία 1

Ασθενής 72 ετών, μη ικανοποιημένος από τη συγκράτηση της ολικής οδοντοστοιχίας που έφερε στην κάτω γνάθο, προσήλθε για την επίλυση του προβλήματός του. Μετά την κλινική και ακτινογραφική εξέτασή του (εικ. 1, 2), αποφασίστηκε πρωτίστως να αφαιρεθεί η κύστη που εντοπίστηκε ως τυχαίο εύρημα και ύστερα από τρεις (3) μήνες να τοποθετηθούν τέσσερα (4) mini εμφυτεύματα ενός τεμαχίου στην απορροφημένη κάτω γνάθο και να κατασκευαστεί μία νέα επένθετη ολική οδοντοστοιχία (εικ. 3-7).

### Κατηγορία 2 NDI

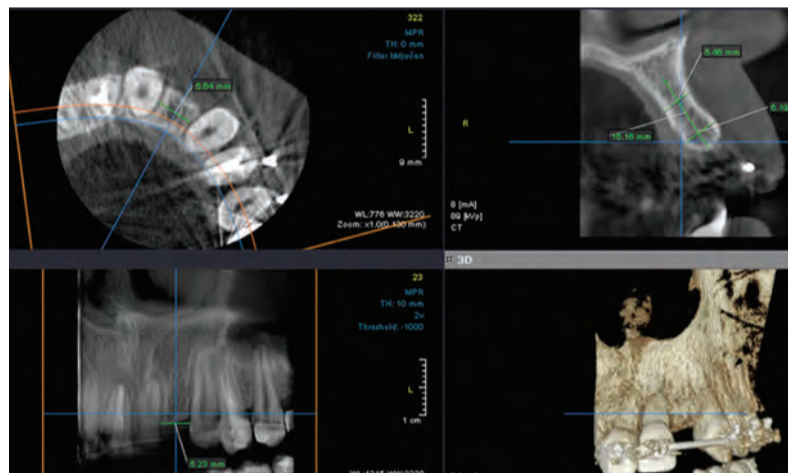
Τα εμφυτεύματα της κατηγορίας 2 έχουν διάμετρο από 2,5 χιλιοστά μέχρι μικρότερη των 3,3 χιλιοστών. Οι ενδείξεις για τη χρήση των εμφυτευμάτων NDI κατηγορίας 2 είναι η στήριξη επένθετης ολικής οδοντοστοιχίας στην κάτω γνάθο και η αποκατάσταση ενός δοντιού στην πρόσθια περιοχή των γνάθων με περιορισμένο εγγύς – άπω εύρος ακρολοφίας.

### Περιστατικό – NDI κατηγορία 2

Ασθενής 22 ετών με συγγενή έλλειψη του πλάγιου τομέα άνω αριστερά (#22), προσήλθε για την αποκατάστασή του μετά την ολοκλήρωση της ορθοδοντικής θεραπείας. Μετά την κλινική και ακτινογραφική εξέταση, το νωδό διάστημα στην περιοχή μετρήθηκε 5,6 χιλιοστά (εικ. 8, 9) και για το λόγο αυτό αποφασίστηκε η τοποθέτηση ενός εμφυτεύματος διαμέτρου 2,9 χιλιοστών και μία ολοκεραμική στεφάνη (εικ. 10-13).



Εικ. 8: Συγγενής έλλειψη του άνω αριστερού πλάγιου τομέα (#22).



Εικ. 9: Υπολογιστική τομογραφία. Το εύρος της ακρολοφίας εγγύς- άπω είναι 5,6 χιλ.



Εικ. 10α,β: Τοποθέτηση εμφυτεύματος διαμέτρου 2,9 χιλ.



Εικ. 10γ: Ακτινογραφία την ημέρα της τοποθέτησης.



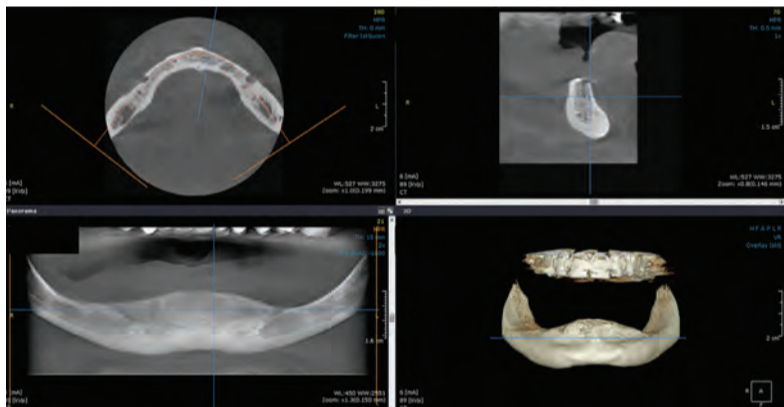
Εικ. 11: Μεταβατική στεφάνη μία ημέρα μετά την τοποθέτηση του εμφυτεύματος.



Εικ. 12: Κλινική εικόνα της προχής, τρεις (3) μήνες μετά την τοποθέτηση του εμφυτεύματος.



Εικ. 13: Τελική στεφάνη 6 μήνες μετά την τοποθέτηση του εμφυτεύματος και τη διαχείριση των μαλακών ιστών.



Εικ. 1: Υπολογιστική τομογραφία κάτω γνάθου.



Εικ. 2: Ατροφική ακρολοφία της κάτω γνάθου.



Εικ. 3: Άποψη της κάτω γνάθου μετά την τοποθέτηση των 4 mini εμφυτευμάτων.



Εικ. 4: Πανοραμική ακτινογραφία μετά την τοποθέτηση των εμφυτευμάτων.



Εικ. 5: Τελική αποτύπωση της κάτω γνάθου, με άξονες κλειστού διακαρίου, την ημέρα της τοποθέτησης των εμφυτευμάτων.



Εικ. 6: Τελικό αποτύπωμα με τα εργαστηριακά ανάλογα τοποθετημένα στους άξονες αποτύπωσης (κλειστού διακαρίου).



Εικ. 7: Η τελική επένθετη ολική οδοντοστοιχία, 6 ημέρες μετά την τοποθέτηση των εμφυτευμάτων.



### Κατηγορία 3 NDI

Τα εμφυτεύματα της κατηγορίας 3 έχουν διάμετρο από 3,3 χιλιοστά μέχρι 3,5 χιλιοστά.

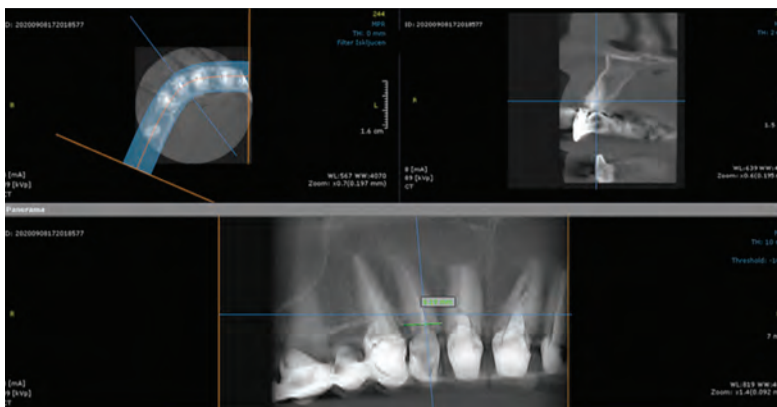
Οι ενδείξεις για τη χρήση των εμφυτευμάτων αυτών είναι η στήριξη επένθετων ολικών οδοντοστοιχιών άνω ή κάτω γνάθου, η αποκατάσταση ενός δοντιού με περιορισμένο εύρος ακρολοφίας εγγύς - άπω ή παρειο - γλωσσικά και η αποκατάσταση πολλαπλών δοντιών με μικρό παρειο - γλωσσικό εύρος ακρολοφίας.

### Περιστατικό - NDI κατηγορία 3

Ασθενής 67 ετών προσήλθε με κάταγμα του άνω δεξιού πλάγιου τομέα (#12). Μετά την κλινική και ακτινογραφική εξέταση (εικ. 14), το δόντι κρίθηκε μη αποκαταστάσιμο και αποφασίστηκε η εξαγωγή του, η άμεση τοποθέτηση ενός εμφυτεύματος διαμέτρου 3,3 χιλιοστών με ταυτόχρονη οστική ανάπλαση και μία μεταλλοκεραμική στεφάνη (εικ. 15-17).

### Ποσοστά επιβίωσης

Τα ποσοστά επιβίωσης των εμφυτευμάτων μικρής διαμέτρου είναι παρόμοια με τα ποσοστά επιβίωσης



Εικ. 14: Υπολογιστική τομογραφία. Περιοχή ενδιαφέροντος ο άνω δεξιά πλάγιος τομέας (#12). Υπολειπόμενο εύρος της ακρολοφίας εγγύς-άπω 6,2 χιλ.



Εικ. 15: Άμεση τοποθέτηση εμφυτεύματος διαμέτρου 3,3 χιλ.



Εικ. 16: Άμεση φόρτιση με ακρυλική στεφάνη, μία ημέρα μετά την τοποθέτηση του εμφυτεύματος.



Εικ. 17: Παράδοση της τελικής μεταλλοκεραμικής στεφάνης, τέσσερις μήνες μετά την τοποθέτηση του εμφυτεύματος.

των εμφυτευμάτων κανονικής διαμέτρου (SDI) στις κατηγορίες 2 και 3, ενώ για την κατηγορία 1 τα ποσοστά επιβίωσης είναι μικρότερα.

Πιο συγκεκριμένα, στην κατηγορία

1 NDI, τα ποσοστά επιβίωσης είναι  $94,5 \pm 5\%$  σε χρόνο παρακολούθησης 12 - 78 μήνες. Στην κατηγορία 2 NDI τα ποσοστά επιβίωσης είναι  $97,3 \pm 4\%$  σε βάθος

χρόνου 12 - 63 μήνες και στην κατηγορία 3 NDI είναι  $97,7 \pm 2\%$  σε 12 - 109 μήνες παρακολούθησης.

### Πλεονεκτήματα

1. Τα εμφυτεύματα NDI μπορούν να χρησιμοποιηθούν για να διασφαλιστεί η διατήρηση επαρκών αποστάσεων μεταξύ δοντιού - εμφυτεύματος και εμφυτεύματος - εμφυτεύματος σε περιοχές με μειωμένο εγγύς - άπω εύρος.
2. Η χρήση των NDI μπορεί να μειώσει την ανάγκη ή την πολυπλοκότητα των διαδικασιών αύξησης του οστού σε εύρος, με αποτέλεσμα τη μείωση της νοσηρότητας.
3. Τα εμφυτεύματα NDI μπορούν να επιτρέψουν την ταυτόχρονη τοποθέτηση του εμφυτεύματος και ανάπλαση του οστού, αποφεύγοντας δύο ξεχωριστά χειρουργεία για την ανάπλαση και την τοποθέτηση του εμφυτεύματος.

### Μειονεκτήματα

#### Βιολογικά

- Τα NDI ενός τεμαχίου με σφαιρικούς συνδέσμους είναι πιθανό να δημιουργήσουν προβλήματα στη χρήση τους
- Σε κάποιες περιπτώσεις δεν είναι

εφικτός ο σωστός σχεδιασμός της προθετικής αποκατάστασης στα εμφυτεύματα NDI, με αποτέλεσμα τη δυσκολία διατήρησης υγιών περιεμφυτευματικών ιστών.

#### Μηχανικά

- Η μείωση της διαμέτρου του εμφυτεύματος έχει αυξημένο κίνδυνο κατάγματος του εμφυτεύματος ή κάποιου εξαρτήματος.
- Χρειάζεται προσοχή σε ασθενείς με παραλειειτουργικές έξεις και διαταραχές στη σύγκλιση.

### Συμπεράσματα

Τα ποσοστά επιβίωσης και επιτυχίας των NDI κατηγορίας 2 και 3 είναι υψηλά και συγκρίσιμα με τα ποσοστά των εμφυτευμάτων κανονικής διαμέτρου (SDI) και για αυτό το λόγο, όταν τηρούνται οι απαραίτητες προϋποθέσεις, θεωρούνται μία αξιόπιστη εναλλακτική λύση. Τα ποσοστά επιβίωσης των NDI κατηγορίας 1 είναι υψηλά και μπορούν να θεωρηθούν μία καλή επιλογή θεραπείας σε περιπτώσεις που δεν μπορούν να χρησιμοποιηθούν εμφυτεύματα SDI.





## 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 Προθετικής 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 προθετική αποκατάσταση 5 εμφυτευμάτων σε ασθενείς
  - Online τελικές εξετάσεις
  - Παρουσίαση κλινικών περιστατικών
  - ITI Certificate in Implant Therapy: Intermediate Level



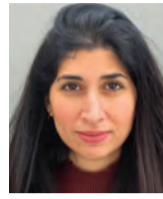
**Εγγραφές  
για τον νέο κύκλο  
σεμιναρίων του  
2024-5**

Για περισσότερες πληροφορίες και δηλώσεις συμμετοχής:

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



# Νεκρωτική σιαλαδενομεταπλασία



**Ελένη Φόρα**  
DDS, MD, MSc,  
Υποψήφια Διδάκτορας  
Οδοντιατρικής Αθηνών  
Οδοντίατρος, Ιατρός,  
Στοματολόγος

## Κλινικό περιστατικό

Ασθενής θήλυ, 28 ετών, προσήλθε για αξιολόγηση ελαφρώς επώδυνης βλάβης της υπερώας, η οποία είχε εμφανιστεί αιφνιδίως προ 3 εβδομάδων. Ανέφερε ότι πριν από 1 εβδομάδα είχε λάβει για 4 ημέρες αμοξυκιλίνη, με παρατηρούμενη ήπια βελτίωση της συμπτωματολογίας, ενώ τα τελευταία τρία εβδομάδα παρουσίαζε συνοδή υπαισθησία στην περιοχή. Σύμφωνα με τις πληροφορίες που συλλέχθηκαν κατά τη λήψη του ιστορικού, η ασθενής ήταν καπνίστρια (20 τσιγάρα ημερησίως επί 13 έτη), κατανάλωνε καθημερινά αλκοόλ, λάμβανε κοκαΐνη από του στόματος και παρουσίαζε επικίνδυνη σεξουαλική συμπεριφορά. Ανέφερε, επίσης, ότι τους τελευταίους δύο μήνες είχε συχνά επεισόδια εμέτων, τα οποία απέδιδε σε υπερκατανάλωση αλκοόλ. Ο τελευταίος αιματολογικός έλεγχος είχε πραγματοποιηθεί τουλάχιστον δύο χρόνια πριν.



Εικ. 1: Ελκωμένη διόγκωση οπισθίου τριτημορίου σκληρής υπερώας.

## Κλινική εικόνα

Κατά την κλινική εξέταση παρατηρήθηκε εκτεταμένη διόγκωση στο οπίσθιο δεξιό ημίμοριο της σκληρής υπερώας, κατά τόπους εξέρυθρη. Σε κεντρική θέση της διόγκωσης υπήρχε έλκωση, ανώμαλου περιγράμματος, καλυπόμενη από γκριζωπή ψευδομεμβράνη. Η σύσταση της βλάβης ήταν ελαστική και η ψηλάφησή της προκαλούσε μικρού βαθμού ενόχληση στην ασθενή. Δεν καταγράφηκαν λοιπά παθολογικά ευρήματα από το στοματικό βλεννογόνο, το δέρμα του προσώπου και τους επιχώριους λεμφαδένες.

## Ποια είναι η πιθανή κλινική διάγνωση;

1. Νεκρωτική σιαλαδενομεταπλασία

2. Τραυματικό έλκος με πωσινοφιλία στρώματος
3. Συφιλιδικό έλκος
4. Εν τω βάθει μυκητίαση
5. Κακόηθες νεόπλασμα των σιαλογόνων αδένων
6. Λέμφωμα

## Εργαστηριακός έλεγχος

Με πρωταρχικό στόχο τον αποκλεισμό κάποιων προχωρημένης, καταστροφικής και διηθητικής εν τω βάθει μυκητίασης, σε πιθανό έδαφος ανοσοκαταστολής της ασθενούς, πραγματοποιήθηκε αρχικά απεικονιστικός έλεγχος. Η πανοραμική ακτινογραφία αποκάλυψε σαφή θολερότητα στο δεξιό γναθιαίο κόλπο, χωρίς εμφανή οστική βλάβη. Ακολούθησε η διενέργεια CBCT άνω γνάθου, οπότε και αποκλείστηκε με ασφάλεια η πιθανότητα οστικής αλλοίωσης και στοματοκολπικής επικοινωνίας. Η απουσία επιχώριας λεμφαδενίτιδας καθιστούσε τη διάγνωση συφιλιδικού έλκους λιγότερο πιθανή, ωστόσο, λαμβάνοντας υπόψη τον τρόπο ζωής της ασθενούς, της συστήθηκε να πραγματοποιήσει εξέταση VDRL, ως δοκιμασία αρχικού screening για σύφιλη, και έλεγχο αντισωμάτων έναντι HIV-1 και HIV-2.

Ζητήθηκε, επίσης, γενική εξέταση αίματος και έλεγχος τιμής γλυκόζης ορού και γλυκοζυλιωμένης αιμοσφαιρίνης HbA1c.

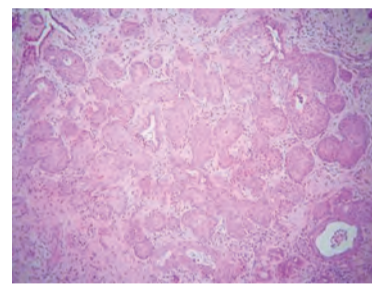
Ο αιματολογικός και ο ορολογικός έλεγχος ήταν αρνητικοί ως προς παθολογικά ευρήματα.

Λαμβάνοντας υπόψη τα κλινικά και απεικονιστικά ευρήματα και τα στοιχεία από το ιστορικό της ασθενούς, ως πιθανότερη κλινική διάγνωση θεωρήθηκε η **νεκρωτική σιαλαδενομεταπλασία**.

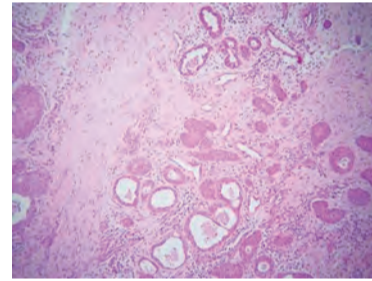
Πρόκειται για μια φλεγμονώδη βλάβη των σιαλογόνων αδένων, με θορυβώδη κλινική εικόνα, που συχνά προσομοιάζει με κακοήθεια, ιδιαίτερα συχνή στην σκληρή υπερώα, η οποία εμφανίζεται αρχικά ως αιφνίδια οίδηματώδης διόγκωση και στη συνέχεια μεταπίπτει σε έλκωση επί νεκρωτικής βάσης.

Αποφασίσθηκε η πραγματοποίηση μερικής βιοψίας της βλάβης και ιστοπαθολογική εξέταση, η οποία αποκάλυψε περιοχές νέκρωσης των αδενοκυψελών με φλεγμονώδες διήθημα, θέσεις πλακώδους μεταπλασίας του επιθηλίου των εκφορητικών πόρων και ψευδοεπιθηλιωματώδη υπερπλασία, επιβεβαιώνοντας τη διάγνωση της

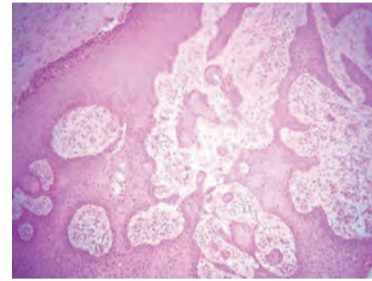
**νεκρωτικής σιαλαδενομεταπλασίας**. Η ασθενής ενημερώθηκε για την καλοήγη φύση της βλάβης και κλήθηκε για επανεξέταση σε 4 εβδομάδες, οπότε και παρατηρήθηκε πλήρης υποχώρηση της βλάβης.



Εικ. 2: Πλακώδης μεταπλασία εκφορητικών πόρων.



Εικ. 3: Νέκρωση αδενοκυψελών και φλεγμονώδες διήθημα.



Εικ. 4: Ψευδοεπιθηλιωματώδης υπερπλασία.

## Διάγνωση

Το τραυματικό έλκος με πωσινοφιλία στρώματος είναι μια πιθανή διάγνωση, αποτελεί, όμως, σπάνια οντότητα, που προσβάλλει συνήθως άτομα ηλικίας 40-60 ετών και η εντόπιση του στην υπερώα είναι ασυνήθης. Τόσο το κακόηθες νεόπλασμα των σιαλογόνων αδένων, όσο και το λέμφωμα μπορούν να αναπτυχθούν στην περιοχή πλησίον του ορίου σκληρής - μαλακής υπερώας, και μπορούν να εμφανιστούν ως χρόνιες διογκώσεις που προκαλούν ήπια συμπτωματολογία. Η εμφανισή τους, ωστόσο, είναι περισσότερο σταδιακή, αν και μπορεί να εξελισσονται ταχέως.

Η **νεκρωτική σιαλαδενομεταπλασία** είναι μία σπάνια, καλοήγη και αυτοπεριοριζόμενη βλάβη των σιαλογόνων αδένων, αντιδραστικής αρχής. Για τους άνδρες η μέση ηλικία εμφάνισης είναι τα 50 έτη, ενώ για τις γυναίκες τα 36 έτη. Σε ποσοστό 80% προσβάλλει τους ελάσσονες σιαλογόνους αδένες, με

συνηθέστερη εντόπιση τη σκληρή υπερώα.

Άλλες θέσεις εμφάνισης είναι η παρειά, το έδαφος του στόματος, η γλώσσα, τα χείλη, τα οπισθογόμια τρίγωνα και ο υποφάρυγγας. Οι βλάβες της υπερώας είναι συνήθως μονήρεις και εμφανίζονται εκατέρωθεν της μέσης γραμμής. Σπανιότερα, μπορούν να αναπτυχθούν στη μεσοπύλη ή να εμφανισθούν πολλαπλές αλλοιώσεις, συγχρόνως ή ετεροχρονισμένα. Η συμπτωματολογία των ασθενών μπορεί να ποικίλλει από έντονο πόνο, με αντανάκλαση στο αυτί, το μάτι ή το φάρυγγα έως πλήρη απουσία συμπτωματολογίας ή υπαισθησία της περιοχής. Η βλάβη αυτοϊάται σε διάστημα 3 - 12 εβδομάδων.

Οι κλινικοί και ιστολογικοί χαρακτηριστές της **νεκρωτικής σιαλαδενομεταπλασίας** ενδέχεται να προκαλέσουν διαφοροδιαγνωστικό πρόβλημα, καθώς μιμούνται κακοήθεια. Κλινικά, παρατηρείται μια ταχέως αυξανόμενη διόγκωση, η οποία σε μεταγενέστερα στάδια εμφανίζει κρατηροειδή έλκωση, πιθανώς με επηρμένα χείλη. Η βλάβη στην ψηλάφηση ενδέχεται να παρουσιάζει κλυδάζουσα σύσταση. Τα ιστοπαθολογικά ευρήματα της βλάβης μεταβάλλονται ανάλογα με τη κλινική πορεία.

Στα αρχικά στάδια παρατηρείται νέκρωση των αδενοκυψελών, με διατήρηση της αρχιτεκτονικής δομής του αδένα, φλεγμονώδες διήθημα από ουδετερόφιλα, λεμφοκύτταρα και πλασματοκύτταρα, ενώ συνυπάρχει η ύπαρξη ελεύθερης θλέννης. Σε μεταγενέστερα στάδια παρατηρείται μεταπλασία του αδενικού επιθηλίου των εκφορητικών πόρων των σιαλογόνων αδένων σε καλυπτικό πλακώδες επιθήλιο, καθώς και ψευδοεπιθηλιωματώδη υπερπλασία.

## Αιτιολογία

Η αιτιολογία της **νεκρωτικής σιαλαδενομεταπλασίας** παραμένει άγνωστη, ως πιθανότερο, ωστόσο αίτιο, θεωρείται η πρόκληση ισχαιμίας στην περιοχή, η οποία καταλήγει σε νέκρωση. Τα ποσοστά εμφάνισης της βλάβης είναι υψηλά μεταξύ χρόνιων καπνιστών, ατόμων που καταναλώνουν τακτικά αλκοόλ, χρηστών κοκαΐνης, σακχαροδιαβητικών ασθενών και ατόμων που πάσχουν από βουλιμία, νευρική ανορεξία και έχουν συχνά επεισόδια εμέτων.

Επίσης, η εμφάνιση της βλάβης

έχει συσχετισθεί με τοπικό τραυματισμό, όπως συμβαίνει σε περιπτώσεις κακοτέχνων ολικών οδοντοστοιχιών ή μετά από χειρουργικές επεμβάσεις ή έγχυση τοπικού αναισθητικού στην περιοχή της βλάβης. Σπανιότερα, η **νεκρωτική σιαλαδενομεταπλασία** μπορεί να εμφανισθεί λόγω πίεσης από παρακείμενες ογκομορφες εξεργασίες, καλοήγητες ή κακοήγητες.

## Θεραπεία

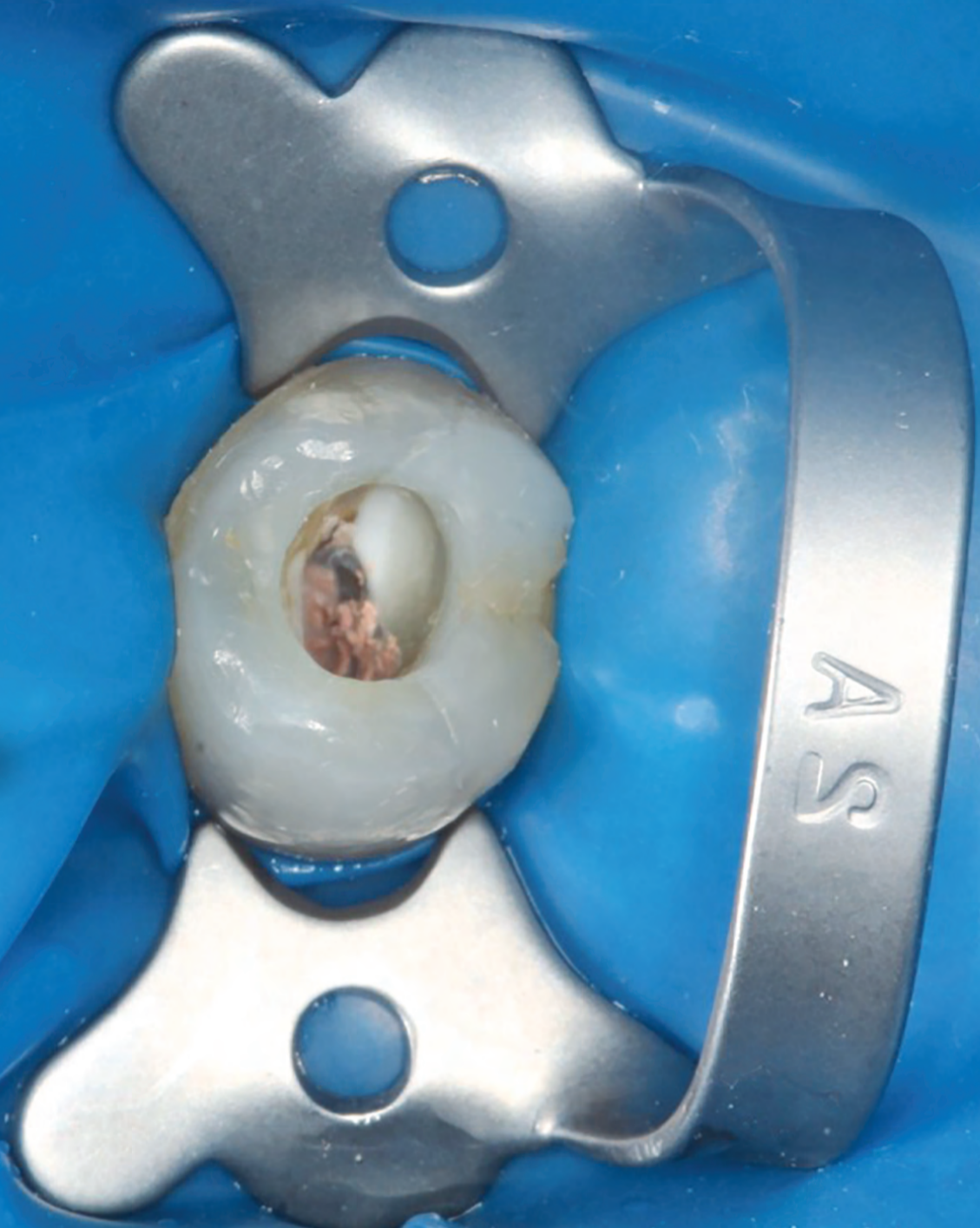
Η **νεκρωτική σιαλαδενομεταπλασία** είναι αυτοπεριοριζόμενη και αυτοϊάται εντός 12 εβδομάδων. Η ταχεία εξέλιξη της βλάβης, ωστόσο, επιβάλλει πολλές φορές τη διενέργεια διαγνωστικής βιοψίας. Σε κάθε περίπτωση, ο ασθενής πρέπει να παρακολουθείται στενά μέχρι την πλήρη αποδρομή της βλάβης.

Επικουρικά, μπορεί να εφαρμοσθούν πλύσεις με σκεύασμα ενεργού οξυγόνου, ενώ η χορήγηση κορτικοστεροειδούς ή η χρήση χαμηλής ισχύος laser έχουν προταθεί από μερικούς συγγραφείς να μειώσουν τον χρόνο επούλωσης.

## Βιβλιογραφία

- Gupta A, Priyadarshinee A, Rao LN, Redhu A, Jha KS. Necrotizing sialometaplasia-A self-limiting condition which poses a diagnostic dilemma. Clin Case Rep. 2021 Feb 18;9(4):2019-2022. doi: 10.1002/ccr3.3931. PMID: 33936633; PMCID: PMC8077257.
- Néri JDSV, Silva VPD, Ramalho LMP, De Castro LP, Santos JND. Necrotizing sialometaplasia: a case report of a non-ulcerated histopathological presentation. Dermatol Online J. 2020 Dec 15;26(12):13030/qt3274n86z. PMID: 33423426.
- Shin SA, Na HY, Choe JY, Hong SN, Lee H, Park S, Kim JE. Necrotizing sialometaplasia: a malignant masquerade but questionable precancerous lesion, report of four cases. BMC Oral Health. 2020 Jul 14;20(1):206. doi: 10.1186/s12903-020-01189-1. PMID: 32664899; PMCID: PMC7359558.

**Τα Πάντα  
για την  
Απομόνωση  
στις πιο  
Συμφέρουσες  
τιμές !!!**



11 ΑΡΠΑΓΕΣ & ΜΕΤΑΛΛΙΚΗ ΒΑΣΗ

**66,95€**



ΑΡΠΑΓΕΣ

**6,95€**

**5+1 ΔΩΡΟ**



ΑΡΠΑΓΟΦΟΡΟΙ

**42,50€**

ΕΛΑΣΤΙΚΑ



**9,68€**



ΤΡΥΠΑΝΑ

**68,80€**

Στις τιμές δεν συμπεριλαμβάνεται ο ΦΠΑ

**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

# Ακτινογραφικά ανάλεκτα ασθενών με λειτουργικές διαταραχές του Στοματογναθικού Συστήματος

## Β' Μέρος

Οι απεικονιστικές τεχνικές είναι πολύ σημαντικές για τη διαφορική διάγνωση και διάγνωση των παθήσεων της κροταφογναθικής διάρθρωσης. Ιδιαίτερως οι σύγχρονες μέθοδοι συνέβαλαν καταλυτικά στη διάγνωση παθολογικών καταστάσεων οι οποίες μέχρι πρότινος παρέμεναν αδιάγνωστες.



**Βύρων Δρούκας**  
Καθηγητής ΕΚΠΑ

Σε συνέχεια του προηγούμενου τεύχους του «Ο.Β.» προχωράμε στην ανασκόπηση των πιθανών διαγνώσεων με βάση την αξιολόγηση των ακτινογραφικών ευρημάτων.

Στο παρόν, Β' Μέρος, του επιστημονικού άρθρου με τίτλο «Ακτινογραφικά ανάλεκτα ασθενών με λειτουργικές διατα-

ραχές του Στοματογναθικού Συστήματος», αναλύονται συμπτώματα, στοιχεία ερευνών και ο ρόλος των ακτινολογικών εξετάσεων στη διάγνωση των υπολοίπων μορφών αρθρίτιδας της ΚΓΔ. Περαιτέρω αναλύονται οι νεοπλασματικές εξεργασίες και οι παθήσεις του διάθριου δίσκου.

**Δθ) Η Ρευματοειδής αρθρίτις (ΡΑ)** είναι συστηματική φλεγμονώδης νόσος του συνδετικού ιστού αγνώστου αιτιολογίας. Προσβάλλει οποιαδήποτε άρθρωση ξεκινώντας από μικρές περιφερικές αρθρώσεις π.χ. δάκτυλα και σταδιακά εξαπλώνεται σε μεγαλύτερες.

Η εκδήλωσή της χαρακτηρίζεται ως άσπτη χρόνια φλεγμονή των αρθρώσεων και των περιαρθρικών ιστών, οδηγώντας συμμετρικά και προοδευτικά σε καταστροφικές βλάβες.

Η ΚΓΔ είναι συχνά μεταξύ των εμπλεκόμενων αρθρώσεων σε ποσοστό που ποικίλει από 2 - 86%. Η μεγάλη διακύμανση οφείλεται σε διάφορους παράγοντες όπως η εξέταση των ασθενών, κριτήρια ταξινόμησης, επιλογή υλικού, διάρκεια της νόσου κ.λπ.

Η έναρξη προβολής της ΚΓΔ από ΡΑ παρουσιάζει διάφορες διακυμάνσεις. Περισσότερο από το 1/3 των ασθενών με ΡΑ εμφανίζει συμπτώματα και από την ΚΓΔ σε διάστημα μικρότερο του ενός χρόνου από την έναρξη της γενικής νόσου σε αντίθεση με άλλο ποσοστό ασθενών 40% που παρουσιάζει συμπτώματα από την ΚΓΔ 5 ή και περισσότερα χρόνια από την έναρξη της νόσου.

Η προσβολή των ΚΓΔ από ΡΑ είναι συνήθως αμφοτερόπλευρη σε ποσοστό 60%. Η έναρξη των συμπτωμάτων είναι αιφνίδια σε ποσοστό 40%, ενώ ποσοστό 30% αναφέρει βραδεία και σταδιακή εξέλιξη.

Σοβαρές μορφές της νόσου με γενικότερη λειτουργική ανικανότητα προσβάλλουν το 10 - 15% των ασθενών, ενώ το 10% με προσβολή των ΚΓΔ από ΡΑ παρουσιάζει σοβαρές συγκλεισιακές και λειτουργικές διαταραχές του Στοματογναθικού Συστήματος.

Η χρήση της ακτινογραφίας αποτελεί σημαντικό παρακλινικό μέσον για τη διάγνωση και τον προσδιορισμό του βαθμού σοβαρότητας της νόσου. Ακτινογραφικά ευρήματα προσβολής των ΚΓΔ από ΡΑ την τελευταία εικοσαετία αναφέρονται σε μεγαλύτερο ποσοστό σε σχέση με το παρελθόν.

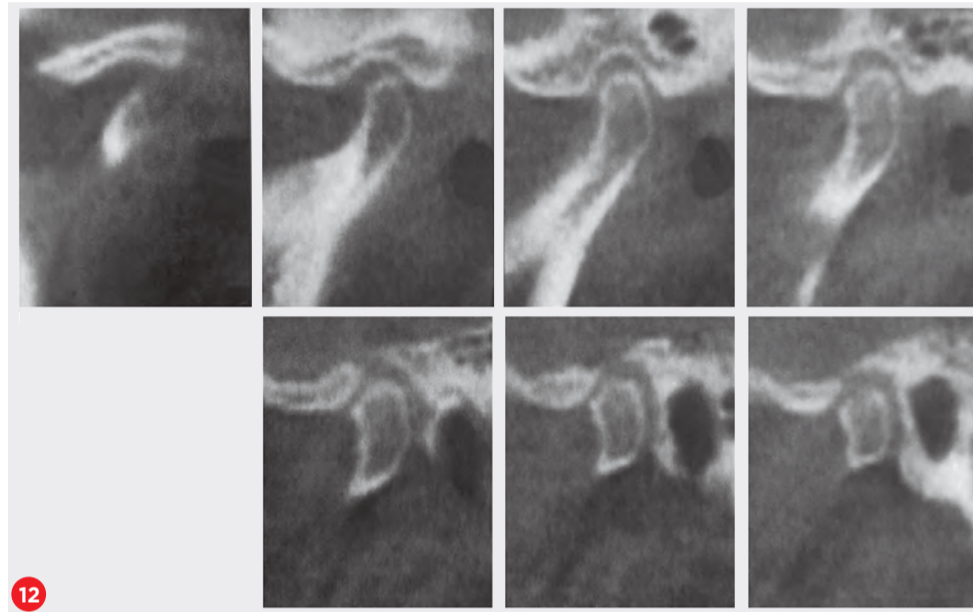
Η εφαρμογή της τομογραφίας συντέλεσε στην καλύτερη απεικόνιση των επιφανειών και του βάθους της άρθρωσης. Η απεικόνιση και η διαπίστωση δομικών αλλαγών σε πρώιμα στάδια της νόσου δεν είναι εφικτή επειδή αρκετές μεταβολές που συνοδεύουν την ΡΑ των ΚΓΔ απεικονίζονται και σε άλλες παθήσεις π.χ. ΟΑ (ελάττωση του ενδαρθρικού χώρου, επιπέδωση του κονδύλου, οστεόφυτα, σκλήρυνση κ.λπ.).

Η ακτινογραφική εικόνα της προσβολής των ΚΓΔ από ΡΑ παρατηρείται 1-2 χρόνια μετά την προσβολή τους.

Χαρακτηριστικά ευρήματα είναι οι επιφανειακές διαβρώσεις και οι υποφλοιώδεις κύστες, σημαντικότατο παθολογικό εύρημα στον κόνδυλο, στην κροταφική γλύνη και στο πρόσθιο αρθρικό φύμα.

Χαρακτηριστικό επίσης ακτινογραφικό εύρημα είναι οι διαβρώσεις του πρόσθιου αρθρικού φύματος οι οποίες κατά τα πρώτα 5 έτη από την έναρξη της νόσου είναι σπάνιες.

Το πρώτο τμήμα της άρθρωσης που προσβάλλεται είναι οι αρθρικοί ιστοί του κάτω θαλάμου. Σύντομα η αρθροθλακώδης επεκτείνε-



ται και στον άνω, συνοδευόμενη από οίδημα και κυτταρική διήθηση και ακολουθούμενη από μεμβρανώδη επικάλυψη των κατεστραμμένων αρθρικών επιφανειών και του διάθριου δίσκου.

Οι δομικές μεταβολές αυξάνονται κατά την πορεία της νόσου όπως η επιπέδωση του κονδύλου (Εικ. 12) μέχρι την πλήρη εξαφάνισή του καθώς και επιπέδωση του πρόσθιου αρθρικού φύματος.

**Ρευματοειδής αρθρίτις της ΚΓΔ, παρατηρούνται διαβρώσεις στην άνω αρθρική επιφάνεια του κονδύλου και ελάττωση του αρθρικού διαστήματος.** (Τσιχλάκης Κ. Τεχνικές Απεικόνισης στο: Βύρων Χρ. Δρούκας (εικ. 16-9) Λειτουργία και Δυσλειτουργία του Στοματογναθικού συστήματος 4η έκδοση, επιστημονικές εκδόσεις Παρισιάνου Αθήνα 2020).

Ο κόνδυλος λόγω της εκτεταμένης καταστροφής είναι δυνατόν να προσομοιάζει με επιστόμιο φλογέρας.

Προϊόντος του χρόνου εμφανίζεται σκλήρυνση στην επιφάνεια του κονδύλου ή στην κροταφική γλύνη ή στο πρόσθιο αρθρικό φύμα ή και οστεόφυτα στο πρόσθιο κυρίως χείλος του κονδύλου από δευτεροπαθή οστεοαρθρίτιδα. Τέλος, ελάττωση του αρθρικού διαστήματος λόγω καταστροφής του διάθριου δίσκου.

**Δγ) Η Αγκυλωτική σπονδυλίτις** είναι χρόνια φλεγμονώδης αρθρίτις της σπονδυλικής στήλης γνωστή από αρχαιότατων χρόνων. Τυπικές αποπιτανώσεις στις ακανθώδεις αποφύσεις των σπονδύλων εντοπίστηκαν σε Αιγυπτιακές μούμιες το 2.900 π.Χ.

Σπάνια νόσος με κληρονομική προδιάθεση προσβάλλει το 0,1% του γενικού πληθυσμού. Οι άνδρες προσβάλλονται 4 φορές συχνότερα από τις γυναίκες και σε ηλικίες μεταξύ 15-30 χρόνων.

Η αιτιολογία της είναι αγνώστη και η διάγνωση τίθεται από την ακτινογραφική απεικόνιση εκφυλιστικών ευρημάτων στις ιερολαγόνιες αρθρώσεις καθώς και από την εμφάνιση ήπιου πόνου στη ράχη και δυσκαμψία για περισσότερο από 3 μήνες χωρίς να επέρχεται ανακούφιση κατά την ανάπαυση.

Η προσβολή των ΚΓΔ κυμαίνεται σε ποσοστό 0-32% με βάση τα ακτινογραφικά ευρήματα.

Σε σχετική κλινική και ακτινογραφική έρευνα 79 ασθενών με ΑΣ βρέθηκε ότι ποσοστό 11,5% παρουσίαζε εμπλοκή των ΚΓΔ. Οι αποκλίσεις οφείλονται σε σχέση με την συχνότητα προσβολής των ΚΓΔ σε διάφορους παράγοντες, μεταξύ των οποίων οι διαφορετικές τεχνικές εξέτασης, οι διαφορές μεταξύ των ομάδων των ασθενών που μελετήθηκαν, η έκταση και η βαρύτητα της νόσου.

Από το Στοματογναθικό Σύστημα το σημαντικότερο σύμπτωμα είναι η αδυναμία κατάσπασης της κάτω γνάθου. Ακτινογραφικός διαπιστώνεται επιπέδωση των κονδύλων και επιφανειακές διαβρώσεις, ενώ στον χώρο της σύγκλεισης παρατηρείται αύξηση της απόστασης μεταξύ κεντρικής σχέσεως και μέγιστης συγγόμφωσης στο κατακόρυφο και στο οβελιαίο επίπεδο. Επίσης παρατηρείται αύξηση των συγκλεισιακών παρεμβολών μεταξύ των δυο αυτών σχέσεων.

Η απώλεια οστικής ουσίας από την επιφάνεια των κονδύλων προφανώς ευθύνεται για τις συγκλεισιακές μεταβολές οι οποίες στην προκειμένη περίπτωση δεν οδηγούν σε πρόσθια ανοικτή δέξη όπως στην περίπτωση της Ρευματοειδούς αρθρίτιδας.

Η ΚΓΔ σπάνια αποτελεί πρωτογενή αιτία εκδήλωσης της ΑΣ και σπάνια υφίσταται αγκύλωση την οποία η ΑΣ έχει την τάση να προκαλεί σε ινοχόνδρινες αρθρώσεις όπως η ΚΓΔ προφανώς λόγω της συνεχούς κινητικότητάς της στα τρία αναφορικά επίπεδα του χώρου (οριζόντιο, κατακόρυφο και μετωπιαίο). Είναι η μόνη άρθρωση στο μυοσκελετικό σύστημα του ανθρώπου που συνδυάζει κινήσεις γύγυλμου αρθρώσεων και διαρθρώσεων.

**Δδ) Ψωριακή Αρθρίτις ΨΑ**

Χρόνια δερματοπάθεια αγνώστου αιτιολογίας. Η κλινική της εικόνα χαρακτηρίζεται από ερυθρηματολεπιδώσεις, κηλίδες ή πλάκες, οι οποίες αφορίζονται σαφώς και καλύπτονται από λεπτά παχέα και αργυρόχρωμα λέπια. Ανάλογα με την όψη των στοιχείων της διακρίνουμε 4 μορφές ψωρίασης.

- Σταγονοειδή
- Νομισματοειδή
- Δακτυλιοειδή
- Γενικευμένη

Η νόσος προσβάλλει όλες τις ηλικίες. Συνή-

θως την 2η ή 3η δεκαετία ενώ η ΨΑ προσβάλλει ηλικίες μεταξύ 35-45 ετών. Η αιτιολογία της νόσου παραμένει μέγα πρόβλημα για τη δερματολογία. Η κληρονομικότητα είναι αναμφισβήτητη.

Κατά διαστήματα μελετήθηκαν διάφοροι παράγοντες όπως λοιμώξεις (σύφιλης, φυματίωσης, οδοντικές εστιακές λοιμώξεις, διαταραχές του μεταβολισμού κ.λπ.).

Η ΨΑ ή αρθροπαθητική ψωρίαση αποτελεί επιπλοκή της νόσου μερικά έτη από την εκδήλωση της γενικής νόσου. Η κλινική της εικόνα εμφανίζεται με τη μορφή ασύμμετρης φλεγμονής η οποία προσβάλλει μικρές περιφερικές αρθρώσεις και κυρίως τις τελικοφαλαγγικές και μεταταρσιοφαλαγγικές (Εικ. 13, 14). Στην εικόνα 13 βλέπουμε ευρήματα από την ακτινογραφία των άκρων χεριών ασθενούς, γυναίκα 74 ετών με διαγνωσμένη ψωρίαση διάρκειας 35 ετών. Απεικονίζονται σαφείς διαβρώσεις στις τελικές φάλαγγες, ιδιαίτερα στο αριστερό χέρι. Έτος λήψης της ακτινογραφίας 1989.



Στην εικόνα 14 βλέπουμε τα ακτινογραφικά ευρήματα της ίδιας ασθενούς δύο χρόνια αργότερα (1991) από την λήψη της προηγούμενης ακτινογραφίας. Παρατηρείται σαφής προοδευτική αύξηση της διάβρωσης και της παραμόρφωσης των τελικών φαλάγγων.



Συνήθως η ψωρίαση προηγείται της ΨΑ. Μπορεί όμως να συμβεί και το αντίθετο δημιουργώντας διαγνωστικά προβλήματα.

Χαρακτηριστικό γνώρισμα της νόσου είναι η προσβολή των νυχιών της ασθενούς από διαβρώσεις σε ποσοστό 80%. Είναι επίσης συχνό το φαινόμενο συνύπαρξης της ΨΑ με ΟΑ και ΑΣ.

Η συνύπαρξη επίσης της ΨΑ και της ΡΑ ή ΨΑ και ΑΣ και ΟΑ είναι η συνηθέστερη περίπτωση εμφάνισης των νόσων αυτών. Τα ποσοστά προσβολής των ΚΓΔ από ΨΑ κυμαίνονται από 24-82%, ενώ κλινικά σημεία και συμπτώματα από το ΣΣ εμφανίζουν οι μισοί από τους ασθενείς με ΨΑ. Οι αποκλίσεις των ποσοστών οφείλονται στους ίδιους λόγους που αναφέρο-

νται και στην περίπτωση της ΑΣ.

Τα κλινικά ευρήματα αποκαλύπτουν ευαισθησία κατά τη ψηλάφηση των μασπτήριων μυών και των ΚΓΔ καθώς και κριγμώδεις ήχους ή ερπυστικούς.

Τα συχνότερα ακτινογραφικά ευρήματα από τις ΚΓΔ είναι η δημιουργία οστεοφύτων, η οστική απώλεια της κεφαλής του κόνδylου, οι διαβρωτικές και σκληρωτικές εξεργασίες στις οστικές επιφάνειες και οι ενδοοστικές κύστες.

**Εικόνα 15 Α, Β, Γ, Δ: Υπολογιστική τομογραφία της ΚΓΔ ασθενούς γυναίκας ηλικίας 23 ετών, με πρωτοπαθή ΨΑ των ΚΓΔ. Α. Δεξιός κόνδυλος ανοικτό στόμα. Β. κλειστό στόμα. Γ. μετωπιαία τομή. Δ. ανοικτό στόμα μετωπιαία τομή. Παρατηρείται διάβρωση του φλοιώδους πετάλου της άνω αρθρικής επιφάνειάς του, επιπέδωση της έξω επιφάνειας και ανάπτυξη μικρών οστεοφύτων. Εικόνα 16 Α, Β, Γ, Δ: Υπολογιστική τομογραφία της ΚΓΔ της ίδιας ασθενούς με πρωτοπαθή ΨΑ των ΚΓΔ. Α. ανοικτό στόμα, Β. κλειστό στόμα, Γ. και Δ. Μετωπιαία τομή. Ο κόνδυλος εμφανίζει ανάπτυξη οστεοφύτου στην πρόσθια αρθρική επιφάνεια και η θέση του είναι άνω στη γλύνη, με αποτέλεσμα μείωση του διάρθριου χώρου.**

Συμπερασματικά το ενδεχόμενο εμπλοκής της ΚΓΔ και γενικότερα του ΣΣ πρωτογενούς ή δευτεροπαθούς σε συστηματικές και φλεγμονώδεις εκφυλιστικές παθήσεις και σε ποσοστά με ευρεία διακύμανση από 2-86% μας καθιστά ιδιαίτερα ευαίσθητους στην διάγνωση και στην θεραπευτική τους προσέγγιση.

**Ε) Οι νεοπλασματικές εξεργασίες,** έστω και σε ελάχιστο ποσοστό αποτελούν μέρος των παθήσεων που προσβάλλουν τις ΚΓΔ. Ως εκ τούτου οι παθήσεις αυτές διαγνωστικά θα πρέπει να συμπεριλαμβάνονται στη διαγνωστική διαδικασία.

Συνήθεις θέσεις εντόπισης είναι ο κόνδυλος και η κροταφική γλύνη καθώς και οι γύρω ανατομικές περιοχές. Συνεπώς ο ακτινογραφικός έλεγχος θα πρέπει να επεκτείνεται και σε αυτές τις περιοχές όπως η κορονοειδής απόφυση, το κροταφικό οστό και ο κλάδος της κάτω γνάθου.

Τα νεοπλάσματα που αφορούν τα οστικά μέρη διαγιγνώσκονται και με τις απλές ακτινογραφικές μεθόδους.

Ακτινογραφικά κριτήρια που οδηγούν στη διάγνωση είναι οι οστικές αλλοιώσεις με διαγνωστική μορφή ή σκιάσεων στον κόνδυλο ή στο κροταφικό οστό, η ανώμαλη μορφολογία οστικών τμημάτων, μετατόπιση της φυσιολογικής θέσης του κόνδylου κ.λπ. Τα νεοπλάσματα των μαλακών μορίων της περιοχής είναι σπανιότερα σε σχέση με εκείνα των οστικών μορίων. Το πιο συχνό καλοήθες νεόπλασμα είναι το οστεοχόνδρωμα, το χόνδρωμα, το οστεώμα καθώς και το μυέλωμα. Ενώ από τα κακοήθη το οστεογενές σάρκωμα και οι μεταστατικοί όγκοι.

Αντιπροσωπευτικότερος είναι το ραβδομοσάρκωμα το οποίο εμφανίζεται κυρίως σε παιδιά. Οι όγκοι αυτοί δυνατόν να επεκτείνονται εκτός της ΚΓΔ, στην άνω γνάθο καθώς και στον κλάδο της κάτω γνάθου.

Οι κακοήθεις όγκοι είναι κυρίως μεταστατικοί από το κόλον, τον πρωκτό, τον στομάχο και τους πνεύμονες, παρά να συνιστούν πρωτοπαθή εστία.

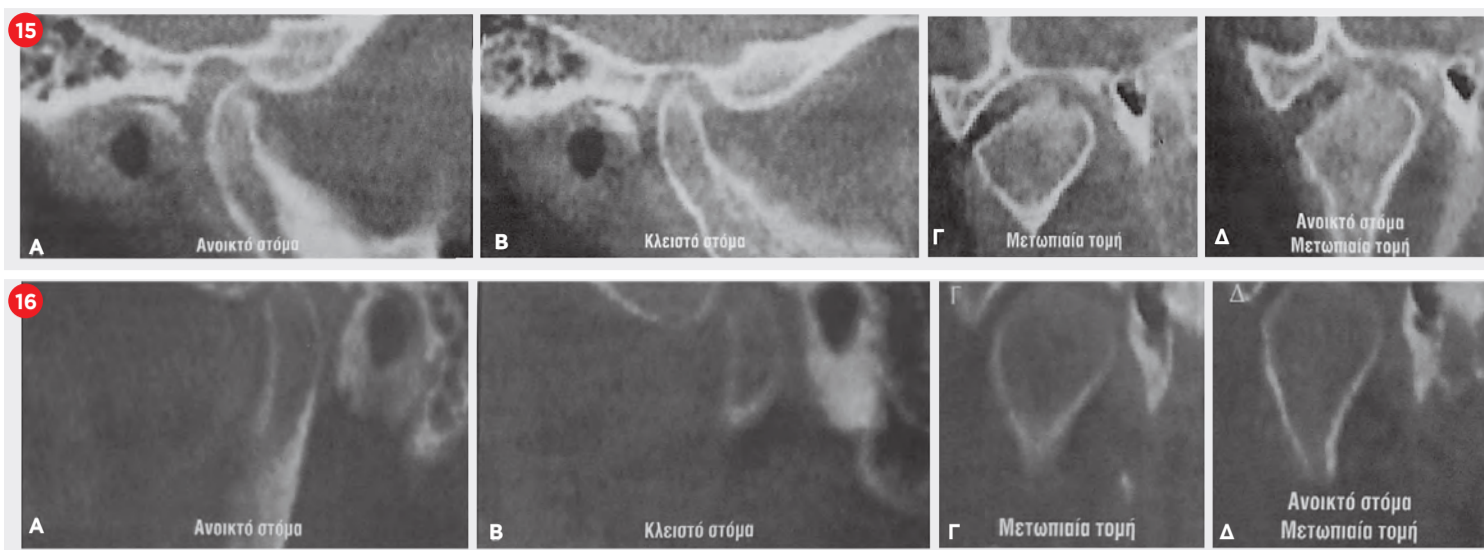
Επομένως η πιθανότητα προσβολής των ΚΓΔ από αυτού του είδους τις παθήσεις υπογραμμίζει την ιδιαίτερη σημασία του ακτινολογικού ελέγχου ασθενών με δυσλειτουργία του Στοματογναθικού Συστήματος.

**Ζ) Παθήσεις του διάρθριου δίσκου**

Οι ενδοαρθρικές βλάβες μεταξύ άλλων αφορούν κυρίως τον διάρθριο δίσκο ως προς την θέση του σε σχέση με τα υπόλοιπα ανατομικά στοιχεία της περιοχής που στο σύνολο τους συναποτελούν τις ΚΓΔ.

Πολλά και διαφορετικά συμπτώματα έχουν αποδοθεί στη δυσλειτουργία των ΚΓΔ.

- Ήχοι από τις ΚΓΔ
- Περιορισμός του εύρους της κινητικότητας της κάτω γνάθου



- Αίσθημα κόπωσης των μασπτήριων μυών
- Πόνος στο πρόσωπο και στη γνάθο ή σε συνδυασμό με τις κινήσεις της κάτω γνάθου
- Κεφαλαλγία με τα χαρακτηριστικά της κεφαλαλγίας τύπου τάσεως.

Το συνθέστερο εύρημα είναι οι διάφοροι τύποι ήχων που εκδηλώνονται στις ΚΓΔ.

Διακρίνουμε δύο κατηγορίες παθολογικών ήχων.

Α) Το clicking (λέξη ακουστική) ήχος ξηρός

οφειλόμενος στην μετατόπιση του διάρθριου δίσκου σε σχέση με τον κόνδυλο μέσα στην κροταφική γλύνη και

Συνέχεια στη σελίδα 30

Variotime®

**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

Συνέχεια από τη σελίδα 29

Β) Τους κριγμάδεις ή ερπυστικούς ήχους

Η δεύτερη κατηγορία ήχων εκδηλώνονται καθ' όλη τη διάρκεια των κινήσεων της κάτω γνάθου σε αντίθεση με το clicking το οποίο εκδηλώνεται σε μία ή περισσότερες ανατομικές επιφάνειες των ΚΓΔ.

Οι ερπυστικοί ήχοι αποτελούν κλινικό σημείο δομικών μεταβολών.

Οι ήχοι από τις ΚΓΔ είναι το συνηθέστερο υποκειμενικό σύμπτωμα και κλινικό εύρημα σε ασθενείς με λειτουργικές διαταραχές του ΣΣ, με μία διακύμανση 2,4-39% ως υποκειμενικό σύμπτωμα και μεταξύ 2,7-60% ως κλινικό εύρημα.

Όπως ακολουθεί παρακάτω διαπιστώνουμε ότι μεταξύ των διαφόρων επιδημιολογικών ερευνών η συχνότητα τους ποικίλει σημαντικά.

Υπάρχουν ασφαλώς αρκετές ερμηνείες για την ευρεία διακύμανση όπως διαφορές στα επιλεγμένα δείγματα πληθυσμού, διαφορετικά καταγραφικά μέσα κ.λπ.

Διακρίνουμε 3 μορφές - κατηγορίες clicking.

• clicking οφειλόμενο σε απόκλιση από το φυ-

σιολογικό

- clicking οφειλόμενο σε υπερκινήτικότητα
- clicking οφειλόμενο σε μετατόπιση του διαρθρίου δίσκου

Στην παρούσα ανασκόπηση θα μας απασχολήσει η τρίτη κατηγορία clicking. Ο τύπος αυτός καταγράφεται σε ασθενείς των οποίων ο διάρθριος δίσκος βρίσκεται σε ανώμαλη σχέση και θέση με την κεφαλή του κονδύλου. Στις περισσότερες περιπτώσεις ο δίσκος είναι μετατοπισμένος εμπρός και ελαφρώς προς το μέσον. Στην αρχή της κατάσπασης ο δίσκος ωθείται προς τα εμπρός, εμπρός από την κεφαλή του κονδύλου, οπότε η διστοίβη ζώνη είναι τενωμένη (οπίσθιος σύνδεσμος).

Ο ήχος clicking παράγεται όταν η κεφαλή του κονδύλου υπερκεράσει απότομα το οπίσθιο κέλυφος του διαρθρίου δίσκου. Όταν η κάτω γνάθος κλείσει ξανά ακούγεται ένας περισσότερο διακριτικός ήχος κατά το τέλος της κίνησης.

Ο τύπος αυτός του clicking που εκδηλώνεται κατά την κατάσπαση και ανάσπαση της γνάθου ονομάζεται αντίστροφο clicking (reciprocal clicking). Είναι η πλέον συνήθης και συχνή μορ-

φή μετατόπισης του διαρθρίου δίσκου. Είναι η πλέον συνήθης και συχνή μορφή clicking και η διάγνωση της επιτυγχάνεται αν ζητήσουμε από τον ασθενή να ανοίξει το στόμα έως ότου εκδηλωθεί ο ήχος και ακολούθως τον καθοδηγήσουμε ώστε να φέρει τη γνάθο σε θέση κοπτική προς κοπτική. Η θέση αυτή παρεμποδίζει την κεφαλή του κονδύλου να γλιστρήσει πίσω από τον διάρθριο δίσκο κατά τη διάρκεια της ανάσπασης. Η πιθανότερη αιτία μετατόπισης του δίσκου είναι ο επαναλαμβανόμενος έμμεσος τραυματισμός οφειλόμενος σε παραλειπογενικές εξεις, όπως και ο άμεσος τραυματισμός της άρθρωσης.

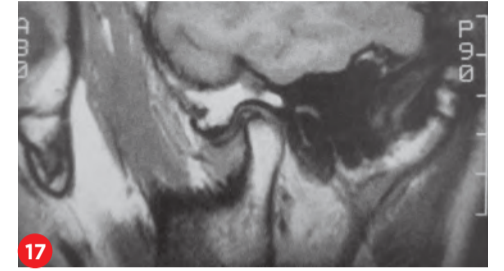
Επίσης η γενικότερη χαλάρωση των αρθρώσεων ιδιαίτερα σε γυναίκες είναι προδιαθεσικός παράγων.

Η αρθρογραφία και η μαγνητική τομογραφία είναι οι μόνες εξετάσεις που μπορούν με σχετική ακρίβεια να καθορίσουν τη θέση των δίσκων κατά τις κινήσεις της κάτω γνάθου.

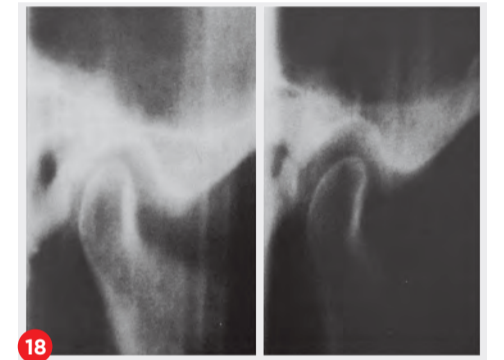
Στην περίπτωση της πρόσθιας μετατόπισης του διαρθρίου δίσκου με επαναφορά στη θέση της μέγιστης συγγόμφωσης ο δίσκος ευρισκό-

μενος εμπρός από την κεφαλή του κονδύλου ωθεί τον κόνδυλο προς τα πίσω, στο πίσω τοίχωμα της κροταφικής γλύνης. Έτσι ο χώρος μεταξύ οπίσθιας επιφάνειας του κονδύλου και οπίσθιας επιφάνειας της κροταφικής γλύνης απεικονίζεται πολύ μικρός ενώ ο διαγναστικός χώρος μεταξύ πρόσθιας επιφάνειας του κονδύλου και πρόσθιας επιφάνειας της κροταφικής γλύνης αυξάνει.

Στη μαγνητική τομογραφία η λήψη τομών με κλειστό στόμα απεικονίζει τον δίσκο σε οβελιαίες τομές να βρίσκεται εμπρός από την κεφαλή του κονδύλου (Εικ. 17).



Στις περιπτώσεις πρόσθιας μετατόπισης του δίσκου χωρίς επαναφορά (locking - κλειδώμα) ο κόνδυλος φέρεται παρεκτοπισμένος προς τα πίσω στη θέση μέγιστης συγγόμφωσης λόγω της αδυναμίας πλήρους κατάσπασης της κάτω γνάθου οπότε ο κόνδυλος φέρεται πίσω από το πρόσθιο αρθρικό φύμα (Εικ. 18).



Τα ευρήματα της μαγνητικής τομογραφίας είναι παρόμοια με τα ευρήματα στην πρόσθια μετατόπιση του δίσκου με επαναφορά στις οβελιαίες τομές με το στόμα κλειστό. Αν η λήψη γίνει με το στόμα ανοικτό τότε ο δίσκος θα απεικονισθεί μεταξύ προσθίου αρθρικού φύματος και της πρόσθιας επιφάνειας του κονδύλου εμποδίζοντας την περαιτέρω πορεία του.

Μεταξύ των ενδοαρθρικών διαταραχών που αφορούν τον διάρθριο δίσκο είναι η διάτρηση του δίσκου η οποία στη συνέχεια οδηγεί σε εκφυλιστική αρθρίτιδα. Η βλάβη αυτή αποκαλύπτεται μόνο με τη βοήθεια της αρθρογραφίας με έγχυση της ακτινοσκοπικής ουσίας στον κάτω θάλαμο της κροταφογοναθικής διάρθρωσης, ενώ μέσω της διάτρησης, ποσότητα του υγρού εισέρχεται και στον άνω θάλαμο της άρθρωσης. Εκτεταμένες διατρήσεις του δίσκου δυνατόν να αποκαλυφθούν και με μαγνητική τομογραφία.

### Συζήτηση

Σκοπός της ανασκόπησης ήταν η ανάδειξη της σημαντικότητας των απεικονιστικών τεχνικών και η συμβολή τους στην διαφορική διάγνωση και διάγνωση των παθήσεων της κροταφογοναθικής διάρθρωσης, ενός χώρου εξαιρετικά πολύπλοκου στη λήψη ακτινογραφιών, λόγω της ανατομικής επαλληλίας μεταξύ των επιμέρους τμημάτων του.

Η ανακάλυψη και εφαρμογή των σύγχρονων απεικονιστικών τεχνικών συνέβαλε καταλυτικά στη διάγνωση παθολογικών καταστάσεων οι οποίες μέχρι πρότινος παρέμεναν αδιάγνωστες για προφανείς λόγους.

Ειδικά για την περίπτωση της κροταφογοναθικής διάρθρωσης, ακτινογραφία εκλογής σε πολύ μεγάλο ποσοστό παραμένει η μαγνητική. Βέβαια συχνά συνήθίζεται ως πρώτη επιλογή η λήψη πανοραμικής ακτινογραφίας η οποία όμως σπάνια μπορεί να αποτυπώσει δοκίμες ή εκφυλιστικές καταστάσεις πλην των περιπτώσεων καταγμάτων σε διάφορα μέρη της κάτω γνάθου και κυρίως στον αυχένα και στην κεφαλή του κονδύλου.

Σε περιπτώσεις όπου από το ιστορικό του ασθενούς και την κλινική εξέταση προκύπτουν στοιχεία ή ενδείξεις π.χ. ερπυστικοί ήχοι, ανα-

## Πρωτόκολλα CHOUKROUN PRF™

**A-PRF**  
matrix

**S-PRF**  
sticky

**i-PRF**  
liquid MEDICAL

Sticky bone & Facial aesthetics

Η ιδέα του **CHOUKROUN PRF™**

(ινώδες πλούσιου σε αιμοπετάλια)

βασίζεται στη φυγοκέντρηση του ολικού αίματος  
απουσία αντιπηκτικών παραγόντων.



Centrifuge MD Class IIa - CE 2797

- Συσκευή φυγοκέντρησης PRF DUO Quattro
- Ειδικά σχεδιασμένη για τα 6 διαφορετικά PRF πρωτόκολλα
- Διαθέτει πρόσθετη θέση χειροκίνητης ρύθμισης ώστε να επιλέξετε και να αποθηκεύσετε τις παραμέτρους που επιθυμείτε.
- 2 χρόνια εγγύηση

### Ενδείξεις

- Χειρουργική στόματος
  - Εμφυτευματολογία
  - Οστικά μοσχεύματα
  - Ανύψωση ιγμορείου
  - Πλαστική χειρουργική μαλακών ιστών
  - Αποκατάσταση φατνίου
- Ορθοπεδική
- Αναγεννητική ιατρική
- Δερματολογία
- Αισθητική του προσώπου
- Διαχείριση πόνου αρθρώσεων



PomPac™



PomCol™



PomSwing



Νέο PRF BOX  
με τερπλόν θήκη  
διαμόρφωσης  
μεμβρανών



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

στολή ή μείωση των λειτουργικών κινήσεων της κάτω γνάθου και εφόσον πεισθούμε ότι η συγκεκριμένη σημειολογία, ιδιαίτερος των λειτουργικών κινήσεων, δεν είναι το αποτέλεσμα βρυγμού, η τομογραφία αποτελεί και είναι η ενδεδειγμένη παρακλινική εξέταση. Ασφαλώς η τομογραφία των κροταφογοναθικών διαρθρώσεων δεν αποτελεί πανάκεια κατά τη διάρκεια της διαγνωστικής διαδικασίας.

Χαρακτηριστικό παράδειγμα αποτελούν οι «πολλές» περιπτώσεις οστεοαρθρίτιδας των κροταφογοναθικών διαρθρώσεων.

Όπως ήδη σχολιάστηκε σε πρώιμα στάδια του εκφυλισμού η ακτινογραφική αναπαραγωγή των εκφυλιστικών διεργασιών δεν είναι εφικτή. Σε αυτές τις περιπτώσεις το προβάδισμα περνά στην κλινική εξέταση με τη χρήση κυρίως σπηθοσκοπίου. Εφόσον προκύψει η παραγωγή ερπυστικών ήχων, είναι σχεδόν βέβαιη η έναρξη εκφυλιστικών διεργασιών. Στο σημείο αυτό κρίνεται απαραίτητη η ενημέρωση του ασθενούς ότι υπάρχει το ενδεχόμενο η ακτινογραφική εξέταση να μην δώσει συμβατή εικόνα με τα κλινικά μας ευρήματα. Η διάσταση αυτή δεν αναιρεί την εξέλιξη του εκφυλισμού.

Το ίδιο ακριβώς ισχύει και στις σοβαρότερες περιπτώσεις φλεγμονωδών παθήσεων που επίσης σχολιάσαμε.

Αρκετές φορές η ακρόαση των κροταφογοναθικών διαρθρώσεων ενδεχομένως να δώσει ψευδώς την παραγωγή ερπυστικών ήχων όταν η μεμβράνη του σπηθοσκοπίου εφάπτεται με αζύριστο πρόσωπο, σε άνδρες φυσικά, οπότε ο παραγόμενος ήχος κατά τη διάρκεια κατάσπασης και ανάσπασης της κάτω γνάθου δίνει ψευδή εικόνα εκφυλιστικών διεργασιών.

Το ίδιο επίσης και ανεξαρτήτως φύλου μπορεί να συμβεί σε περιπτώσεις συσσώρευσης λάμψης στους έξω ακουστικούς πόρους, όπου και πάλι ο παραγόμενος ήχος ερπυσμού είναι ψευδής.

Άλλο ένα επίσης σημαντικό σημείο είναι η ευκολία με την οποία ζητάμε από τους ασθενείς την προσκόμιση ακτινογραφίας πριν ακόμα προηγηθεί η λήψη ιστορικού και ο ενδελεχής κλινικός έλεγχος.

Είναι επίσης συχνό το φαινόμενο στην πρώτη τηλεφωνική επικοινωνία με τον ασθενή να μας ρωτά αν πρέπει να «βγάλει» κάποια ακτινογραφία, συνήθως πανοραμική.

Η κλινική εξέταση και το αναμνηστικό ιστορικό του ασθενούς είναι τα δεδομένα εκείνα που θα καθορίσουν στην συνέχεια την ανάγκη και το είδος της ακτινογραφίας και βεβαίως εάν αυτή είναι απαραίτητη.

**ΕΝΔΕΙΚΤΙΚΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ**

1. Τσιχλάκης Κ. Τεχνικές απεικόνισης Στο: Βύρων Χρ. Δρούκας (εκδ.) Λειτουργία και δυσλειτουργία του Στοματογοναθικού Συστήματος 4η έκδοση, Επ. Εκδόσεις Παρισιάνου, Αθήνα 2020.
2. Τσιχλάκης Κ. Ακτινογραφική αξιολόγηση της κροταφογοναθικής διάρθρωσης. Στο: Βύρων Χρ. Δρούκας (εκδ.) Λειτουργία και δυσλειτουργία του Στοματογοναθικού Συστήματος 4η έκδοση, Επ. Εκδόσεις Παρισιάνου, Αθήνα 2020.
3. Δρούκας Χρ. Βύρων. Λειτουργία και δυσλειτουργία του Στοματογοναθικού Συστήματος. Επ. εκδόσεις Παρισιάνου, 4η έκδοση, Αθήνα 2020.
4. Carlsson GE, Kopp S, berg T. Arthritis and allied diseases In: Zarb AG, Carlsson GE (ed.) Temporomandibular Joint. Function and dysfunction. Munksgaard, Copenhagen, 269 – 320.
5. Δρούκας Β., Κεπεγιάννη Ο. Οι συστηματικές παθήσεις σε σχέση με τις λειτουργικές διαταραχές του Στοματογοναθικού συστήματος, Συγχ. Οδοντ. 5 (2) 87 – 98, 1985.
6. Kopp S Temporomandibular Joint, Osteoarthritis. A histochemical and Clinical Study. Thesis University of Gteborg, Sweden 1977.
7. Kopp S Clinical findings in Temporomandibular Joint, Osteoarthritis. Scand J Dent Res, b, 85: 434 – 43, 1977.
8. Κεπεγιάννη Ο. Μελέτη της δυσλειτουργίας του Στοματογοναθικού συστήματος σε ασθενείς με ρευματοειδή αρθρίτιδα. Διδακτορική διατριβή, Αθήνα 1986.
9. Σάρρας ΑΚ. Οδοντοστοματολογικά ευρήματα και βιοχημικές παράμετροι σιέλου ασθενών με αυτοάνοσα νοσήματα με ή χωρίς αλλοιώσεις του συνδρόμου Sjogren. Διδακτορική διατριβή 1984.
10. Wenneberg B. Inflammatory involvement of the Temporomandibular Joint, Thesis, University of Gteborg and Malm, Sweden 1983.
11. Βουδούρης Κ. Ρευματικά νοσήματα εκδ. Σιώκος, Θεσσαλονίκη 1977.
12. Γαρδικάς ΚΔ. Ειδική Νοσολογία 3η έκδοση. Επιστημονικές εκδ. Παρισιάνος, Αθήνα 1981.
13. Δρούκας Β., Τσόλκα Π. Γενικές παθήσεις και δυσλειτουργία του Στοματογοναθικού συστήματος.

(Αναφορά σε δύο περιπτώσεις). Στοματολογία, 42:281 – 94, 1989.

14. Δρούκας Β., Κεπεγιάννη Ο. Επί μιάς περιπτώσεως προσβολής των κροταφογοναθικών διαρθρώσεων από αυτοάνοση ψωριασική αρθρίτιδα. Στοματολογία 31:136 – 42, 1993.
15. Καπετανάκης Ι. Δερματολογία. Επιστημονικές εκδ. Παρισιάνος, Αθήνα 1960.
16. Kalleberg A, Wenneberg B, Carlsson GE, Ahlmen M, Reported symptoms from the masticatory system and general well-being in rheumatoid arthritis. J Oral Rehabil, 24 (5):342 – 9, 1977.
17. Knnen M, Craniomandibular disorders in psoriatic arthritis. Correlation between subjective symptoms, clinical signs and radiographic changes. Acta Odontol Scand, 44:369 – 75, 1986.
18. Knnen M, Subjective symptoms from the stomatognathic system in patients with psoriatic arthritis Scand J Dent Res, 95:340 – 6, 1987.
19. Knnen M, Radiographic changes in the condyle of the temporomandibular joint in psoriatic arthritis. Acta Radiol Diagn, 28:185 – 8, 1987.
20. Knnen M, Wenneberg B, Kalleberg A, Craniomandibular disorders in rheumatoid arthritis, psoriatic arthritis and ankylosing spondylitis. A clinical study, Acta Odontol Scand, 50:281 – 7, 1992.
21. Στρουμπούλης Δ., Ακτινολογική διάγνωση και διαφορική διάγνωση των αρθρίτιδων. Πρακτικά Ελληνικής Ρευματολογικής Εταιρείας, Αθήνα 1981 – 82, 1983.
22. Φωστηρόπουλος Γ., Εργαστηριακή βοήθεια στη διάγνωση των συστηματικών παθήσεων. Πρακτικά

Ελληνικής Ρευματολογικής Εταιρείας 1981 – 82, Αθήνα 1983.

23. Wenneberg B, Kopp S, Subjective symptoms from the stomatognathic system in ankylosing spondylitis. Acta Odontol Scand, 40:215 – 22, 1982.
24. Wenneberg B, Kopp S, Clinical findings in the stomatognathic system in ankylosing spondylitis. Scand J Dent Res. 90:373 – 81, 1982.
25. Wenneberg B, Knnen M, Kalleberg A, Radiographic changes in the temporomandibular joint of patients with rheumatoid arthritis and ankylosing spondylitis. J Craniomandibular Disorder Facial Oral Pain, 4:35 – 9, 1990.
26. Carlsson GE, Epidemiological studies of signs and symptoms of the temporomandibular joint – pain dysfunction. A literature review. Austr Prosth Sol Bulletin 14:72 – 12, 1984.
27. Agerberg G, Carlsson GE, Symptoms of functional disturbances of the masticatory system. A comparison of frequencies in a population sample and in a group of patients. Acta Odontol Scand, 33:183 – 90, 1975.
28. Dibbets JMH, Vander Weele LTh., The prevalence of Joint noises as related to age and gender. J Craniomandibular Disorders Facial Oral Pain 6:157 – 60, 1992.
29. Helkimo M, Studies on function and dysfunction of the masticatory system. I An epidemiological investigation of symptoms of dysfunction in Lapps in the North of Finland. Proc Finn Dent Soc. 70:37 – 49, 1974.
30. Jagger R., Mandibular manipulation of interior

disc displacement without reduction. J Oral Re-hab. 18:497 – 500, 1991.

31. Magnusson T., Υποκειμενικά συμπτώματα σε σχέση με τις λειτουργικές διαταραχές των κροταφογοναθικών διαρθρώσεων στο: Βύρων Χρ. Δρούκας (εκδ.) Λειτουργία και Δυσλειτουργία του Στοματογοναθικού Συστήματος Επ. Εκδόσεις Παρισιάνου, 4η έκδοση, Αθήνα 2020.
32. Pllmann L., Sounds produced by the mandibular joint in a sample of healthy workers. J Orofacial Pain, 7:359 – 61, 1993.
33. Sprnijn RJ, Hoogstraten J., The research on temporomandibular joint clicking. A methodological review. J Craniomandibular Disorders Facial Oral Pain., 5:45 – 50, 1991.
34. Sprnijn RJ, Wabeke KB, On temporomandibular joint sounds. Thesis. University of Amsterdam, The Netherlands, 1994.
35. Wabeke KB, Hansson TL, Hoogstraten J, Vander Kuy P, Temporomandibular joint clicking. A literature overview. J Craniomandibular Disorders Facial Oral Pain 3:163 – 73, 1989.
36. Wänman A, Agerberg G, Temporomandibular joint sounds in adolescents: a longitudinal study. Oral surg Oral Med Oral Pathol 69 – 2 – 9, 1990.
37. Westling L., Temporomandibular joint dysfunction and systemic joint laxity. Thesis Swed Dent J Suppl8L, 1987.
38. Widmer CG, Temporomandibular joint sounds: a critique of techniques for recording and analysis. J Craniomandibular Disorders Facial Oral Pain 3:213 – 7, 1989.

**ΟΔΟΝΤΟΤΕΧΝΙΚΟ ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΟ  
ΓΟΝΑΤΙΔΗΣ ΑΝΑΣΤΑΣΙΟΣ**

Αρκαδίας 41, Αθήνα 115 27,  
Τηλ. **210 7799 483**  
www.godentaldesign.gr,  
email: a.gonatidis@gmail.com



## Ολοκληρωμένη ψηφιακή ροή εργασίας Ivoclar για ακρίβεια και αξιοπιστία!



PrograMill PM7
























# Θεραπεία των εν τω βάθει τερηδόνων με Bio-Bulk fill υλικό αποκατάστασης



Michal  
Ganowicz  
DDS, PhD

*Για πόσο χρονικό διάστημα χρησιμοποιείτε το Biodentine™;*  
Χρησιμοποιώ το Biodentine™ εδώ και πέντε χρόνια.

*Γιατί χρησιμοποιείτε την τεχνική Bio-Bulk Fill με το Biodentine™; Ποιο είναι το κυριότερο πλεονέκτημα για εσάς;*

Το πιο σημαντικό πράγμα είναι η θετική επίδραση του Biodentine™ στην επούλωση του πολφού. Για μένα, είναι ένα εργαλείο για την πρόληψη της ενδοδοντικής θεραπείας.

*Πότε χρησιμοποιείτε την τεχνική Bio-Bulk Fill για την έμφραξη της αποκατάστασης;*

Χρησιμοποιώ πιο συχνά την τεχνική Bio-Bulk Fill με το Biodentine™ για την άμεση και την έμμεση επικάλυψη του πολφού. Περιστασιακά το χρησιμοποιώ επίσης για τη θεραπεία της τερηδόνας στην οστεΐνη και για την έμφραξη των διατρήσεων στους ριζικούς σωλήνες.

## Περίληψη

Ένας ζωντανός πολφός παράγει οδοντίνη, θρέφει τους σκληρούς οδοντικούς ιστούς, μεταφέρει ερεθίσματα και συμμετέχει στην ανοσολογική απόκριση. Ένα δόντι με ζωντανό πολφό είναι πάντοτε καλύτερο από ένα μη ζωτικό. Γι αυτό οι κλινικοί οδοντίατροι θα πρέπει με κάθε τρόπο να διατηρήσουν τους σκληρούς οδοντικούς ιστούς και τον πολφό και να χρησιμοποιούν υλικά και μεθόδους που ελαχιστοποιούν την ανάγκη παρέμβασης.

## Μέθοδοι

Σε ένα δόντι που αντιμετωπίστηκε η εν τω βάθει τερηδόνα με οξειδίο ψευδαργύρου και ευγενόλη, τοποθετήθηκε έμφραξη Bio-Bulk Fill χρησιμοποιώντας Biodentine™ ως υπο-

κατάστατο οδοντίνης και σύνθετη ρητίνη. Η τελική έμφραξη, η οποία έγινε σε δύο στάδια, εκπλήρωσε τον σκοπό της ως μέθοδος πρόληψης της νέκρωσης του πολφού ενώ παράλληλα λειτούργησε και ως μόνιμη έμφραξη.

## Συζήτηση

Οι μέθοδοι επιλογής πρέπει να είναι εκείνες που μπορούν να αναβάλουν την ανάγκη για ενδοδοντική θεραπεία και να διατηρήσουν τους οδοντικούς ιστούς και τη ζωτικότητα του πολφού. Η έμμεση επικάλυψη του πολφού με Biodentine™ πληροί αυτά τα κριτήρια, καθώς το Biodentine™ έχει θετική επίδραση στην κατάσταση του πολφού, προάγει την επανασβεσίωση και την αποκατάσταση της οδοντίνης και δρα ως επανορθωτικό υλικό.

Το Biodentine™, καλυμμένο με μια στρώση σύνθετης ρη-

τίνης 1,5-2 mm, εξαλείφει το πρόβλημα της αποτριβής και την αισθητική της έμφραξης ενώ διατηρεί τις θετικές ιδιότητες της βιοενεργής κονίας. Η καλύτερη επιλογή είναι η θεραπεία του δοντιού σε δύο στάδια: στην πρώτη συνεδρία, εμφράξτε ολόκληρη την κοιλότητα με Biodentine™ και στη δεύτερη συνεδρία, μετά από δύο εβδομάδες, καλύψτε το Biodentine™ με σύνθετη ρητίνη.

## Συμπέρασμα

Η μέθοδος Bio-Bulk Fill με Biodentine™ έχει άριστα αποτελέσματα στη θεραπεία των εν τω βάθει τερηδόνων. Το Biodentine™ ως υποκατάστατο οδοντίνης, συνδυάζεται με ένα εξωτερικό στρώμα διεθνής σύνθετης ρητίνης η οποία λειτουργεί τέλεια ως αισθητική μόνιμη έμφραξη της αποκατάστασης.

Η συνήθη μέθοδος επιλογής για τη θεραπεία τερηδόνας είναι να προετοιμαστεί η κοιλότητα και να εμφραχθεί με σύνθετη ρητίνη. Αν γίνει σωστά, οι εμφράξεις των σύνθετων ρητινών αποκαθιστούν αποτελεσματικά την οδοντική λειτουργία και η αποτελεσματικότητά τους έχει αποδειχθεί σε εκατομμύρια περιπτώσεις. Όμως, αυτή η θεραπεία είναι ουσιαστικά προσθετική. Κάθε έμφραξη, ακόμα και η πιο μικρή, είναι προσθετική. Την ίδια στιγμή, γνωρίζουμε ότι η υγιής αδαμαντίνη, οδοντίνη και ο πολφός είναι πολύτιμα.

Ένας ζωντανός πολφός παράγει οδοντίνη, θρέφει τους σκληρούς ιστούς, μεταφέρει ερεθίσματα και συμμετέχει στην ανοσολογική απόκριση. Ένα δόντι με ζωντανό

πολφό είναι πάντοτε καλύτερο από ένα μη ζωτικό. Γι αυτό οι κλινικοί οδοντίατροι θα πρέπει με κάθε τρόπο να διατηρήσουν τους σκληρούς οδοντικούς ιστούς και τον πολφό και να χρησιμοποιούν υλικά και μεθόδους που ελαχιστοποιούν την ανάγκη παρέμβασης.

## Κλινικό περιστατικό

### Κλινικά σημεία και συμπτώματα

Ο ασθενής παρουσίασε υπερευαισθησία στο 16 δόντι. Το δόντι είχε υποβληθεί σε θεραπεία δύο μήνες νωρίτερα για εν τω βάθει MOD κοιλότητα με πάστα οξειδίου ψευδαργύρου-ευγενόλης. Λόγω των ασθενών μηχανικών ιδιοτήτων μιας τέτοιας προσωρινής έμφραξης,

τιμήματα της οδοντίνης εκτέθηκαν, γι αυτό και τα συμπτώματα της υπερευαισθησίας. Η δοκιμασία στην επίκρουση ήταν αρνητική. Η ευαισθησία στα ψυχρά ερεθίσματα ήταν φυσιολογική.

### Διάγνωση

Εν τω βάθει τερηδόνα, δίχως επιπλοκές

### Κλινική διαδικασία και θεραπεία

Μετά από χορήγηση αναισθησίας και τοποθέτηση ελαστικού απομονωτήρα, παρασκευάστηκε η κοιλότητα. Η οδοντίνη αφέθηκε απασβεστιωμένη στα τοιχώματα του πολφικού θαλάμου της κοιλότητας. Τουλάχιστον 2 mm σκληρού οδοντικού ιστού αφέθηκαν πλήρως

παρασκευασμένα και σκληρά γύρω από τα όρια της κοιλότητας για να εξασφαλιστεί η απόφραξη της μελλοντικής αποκατάστασης.

Τα εγγύς τοιχώματα αποκαταστάθηκαν με Α3 διεθνής σύνθετη ρητίνη αφού έγινε αδροποίηση και εφαρμόστηκε διεθνής συγκολλητικός παράγοντας στα τοιχώματα της αποκατάστασης. Η υπόλοιπη κοιλότητα εμφράχθηκε με Biodentine™ μέχρι τη μασπική επιφάνεια.

Μετά από 12 λεπτά αρχικής πήξης του Biodentine™, ο ελαστικός απομονωτήρας αφαιρέθηκε και ο ασθενής πήγε στο σπίτι του. Η επόμενη συνεδρία προγραμματίστηκε σε δύο εβδομάδες.

Μεταξύ των δύο συνεδριών, ο ασθενής δεν είχε πονόδοντο και η

ευαισθησία μειώθηκε. Η ευαισθησία στο κρύο ήταν ακόμα φυσιολογική. Επομένως, τοποθετήθηκε ο ελαστικός απομονωτήρας και αφαιρέθηκε 1,5 mm από το εξωτερικό στρώμα του Biodentine™. Σε αυτή την περίπτωση, δεν ήταν απαραίτητο να γίνει αναισθησία του δοντιού. Μετά από επιλεκτική αδροποίηση της αδαμαντίνης με διεθνές σύστημα συγκόλλησης, η κοιλότητα εμφράχθηκε με ένα στρώμα διεθνούς σύνθετης ρητίνης Α3, διαμορφώθηκε και στιλβώθηκε.

### Επανελέγχος

Ένα χρόνο μετά την τελευταία συνεδρία, ο ασθενής δεν έχει ευαισθησία και το δόντι ανταποκρίνεται σωστά στα ερεθίσματα.



Εικ. 1: Το 16 δόντι με MOD κοιλότητα και εν τω βάθει τερηδόνα. Δύο μήνες μετά τη θεραπεία με οξειδίο ψευδαργύρου και ευγενόλη.



Εικ. 2: Παρασκευή του οδοντικού ιστού.



Εικ. 3: Αποκατάσταση των εγγύς τοιχωμάτων με σύνθετη ρητίνη.



Εικ. 4: Η έμφραξη της υπόλοιπης αποκατάστασης με Biodentine™.



Εικ. 5: Προσωρινή αποκατάσταση μεγάλης διάρκειας με Biodentine™.



Εικ. 6: Το δόντι μετά από δύο εβδομάδες. Τοποθετήθηκε ελαστικός απομονωτήρας.



Εικ. 7: Το δόντι μετά την αφαίρεση 1.5 mm Biodentine™.



Εικ. 8: Επιλεκτική αδροποίηση αδαμαντίνης.





Εικ. 9: Το δόντι μετά την εφαρμογή του διεθνούς συγκολλητικού παράγοντα.



Εικ. 10: Το δόντι μετά την εφαρμογή ενός μονού στρώματος A3B σύνθετης ρητίνης.



Εικ. 11: Επικάλυψη με γλυκερίνη και πολυμερισμός της σύνθετης ρητίνης.



Εικ. 12: Η έμφραξη μετά την αρχική διαμόρφωση και στίλβωση της αποκατάστασης.



Εικ. 13: Bio-Bulk Fill.

### Συζήτηση

Η αθεράπευτη τερηδόνα οδηγεί τελικά σε καταστροφή των σκληρών οδοντικών ιστών, φλεγμονή και ακόμη νέκρωση του πολφού. Επομένως, οι μέθοδοι επιλογής θα πρέπει να είναι εκείνες που μπορούν να αναβάλουν την ανάγκη για ενδοδοντική θεραπεία και να διατηρήσουν τον οδοντικό ιστό και τη ζωτικότητα του πολφού. Η έμμεση επικάλυψη του πολφού με Biodentine™ πληροί αυτά τα κριτήρια, καθώς το Biodentine™ έχει θετική επίδραση στην κατάσταση του πολφού, προάγει την επανασβεσίωση και την αποκατάσταση της οδοντίνης και δρα ως επανορθωτικό υλικό. Επιπλέον, σύμφωνα με την κλινική εμπειρία του συγγραφέα και τις παρατηρήσεις άλλων συγγραφέων, το Biodentine™ λειτουργεί καλά στην άμεση επικάλυψη του πολφού σε περιπτώσεις μη αναστρέψιμης πολφίτιδας.

Αφού εμφράξαμε ολόκληρη την κοιλότητα με Biodentine™ και περιμένουμε για 12 λεπτά, μπορούμε να στείλουμε τον ασθενή στο σπίτι. Δυστυχώς, το Biodentine™ δεν είναι κατάλληλο ως μόνιμο εμφρακτικό υλικό λόγω της αποτριβής και του χρώματός του. Σύμφωνα με τις οδηγίες του κατασκευαστή, μπορεί να χρησιμοποιηθεί ως προσωρινό εμφρακτικό υλικό μεγάλης διάρκειας για ως και έξι μήνες. Ωστόσο, αν χρησιμοποιήσουμε τη μέθοδο Bio-Bulk Fill και καλύψουμε το Biodentine™ με μια στρώση σύνθετης ρητίνης 1,5-2 mm, εξαλείφουμε το πρόβλημα της αποτριβής και την αισθητική της έμφραξης, διατηρώντας παράλληλα τις θετικές ιδιότητες της βιοενεργής κονίας. Σε αυτή την περίπτωση, το Biodentine™ δρα ως υποκατάστατο της οδοντίνης και η σύνθετη ρητίνη ως υποκατάστατο της αδαμαντίνης. Μαζί μπορούν να λειτουργήσουν ως μόνιμη έμφραξη για πολλά χρόνια.

Θεωρητικά, μπορούμε να καλύψουμε το Biodentine™ με σύνθετη ρητίνη σε 12 λεπτά μετά την εφαρμογή του. Ωστόσο, είναι καλύτερο να περιμένετε τουλάχιστον δύο εβδομάδες για να πύξει πλήρως το υλικό αν είναι δυνατόν. Μετά από αυτό το διάστημα, θα έχει μια μικροσκληρότητα όπως η φυσική οδοντίνη και φυσικά επιτυγχάνεται ένας ισχυρότερος δεσμός μεταξύ του συγκολλητικού συστήματος και της επιφάνειάς του δοντιού.

Ένα άλλο ζήτημα είναι η ικανότητα ελέγχου της ζωτικότητας του πολφού με την πάροδο του χρόνου. Αυτό θα είναι ιδιαίτερα σημαντικό στην περίπτωση άμεσης επικάλυψης του πολφού σε κατάσταση μη αναστρέψιμης πολφίτιδας.

### Συμπέρασμα

Η Bio-Bulk Fill μέθοδος με το Biodentine™ λειτουργεί καλά στη θεραπεία των εν τω βάθει τερηδόνων. Η εφαρμογή της βιοενεργής κονίας σε απασβεστωμένη οδοντίνη διατηρεί

όσο το δυνατόν περισσότερο σκληρό ιστό και μειώνει σημαντικά τον κίνδυνο νέκρωσης του πολφού. Το Biodentine™ ως υποκατάστατο της οδοντίνης, σε συνδυασμό με ένα εξωτερικό στρώμα διεθνούς σύνθετης ρητίνης, λειτουργεί τέλεια ως αισθητική μόνιμη έμφραξη.

**NEW**

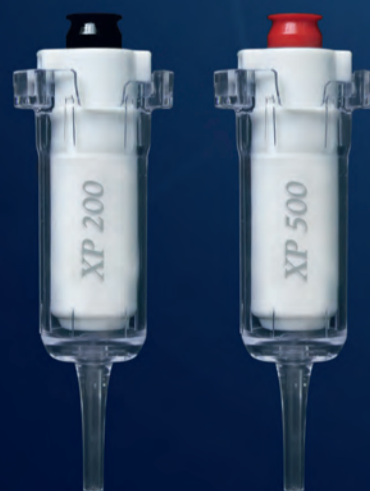
# Biodentine™ XP

## 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, πολφτομή.
- **Στη ρίζα:** διατρήσεις ριζών, εσωτερικές/εξωτερικές επαναροφήσεις, διάτρηση ακρορριζίου, ανάστροφη χειρουργική έμφραξη.

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



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



## 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**.



## Προβλέψιμες ήψεις για επιτυχημένη Ενδοδοντική Θεραπεία

Σάββατο 12 Οκτωβρίου 2024 - Ίδρυμα Ευγενίδου

Ομιλητής: **Ανδρέας Κροκίδης**



09:00-09:30	Εγγραφές - Προσέλευση
09:30-11:00	Από την Αξιολόγηση στη Διάγνωση
11:00-11:30	Διάλειμμα καφέ
11:30-13:00	Αναγνώριση, Μήκος Εργασίας, Glide Path (Θεωρία & Πρακτική Επίδειξη)
13:00-14:00	Διάλειμμα - Ελαφρύ Γεύμα
14:00-15:30	Χημικομηχανική Επεξεργασία: Επιλογές - Πρωτόκολλα. (Θεωρία & Πρακτική Επίδειξη)
15:30-16:00	Διάλειμμα καφέ
16:00-17:00	Τρισδιάστατη Έμφραξη, Υλικά & Τεχνικές. (Θεωρία & Πρακτική Επίδειξη)

### Περίληψη

Η ενδοδοντική θεραπεία χαρακτηρίζεται από μοναδικότητα σε κάθε επέμβαση. Η ανατομική διαφοροποίηση, η πολυπλοκότητα της ενδοδοντικής παθολογίας αλλά και ο χαρακτήρας της ίδιας της θεραπείας κρύβουν δυσκολίες που μπορούν να αποβούν καθοριστικές για τη μακροχρόνια πρόγνωση.

Η αναγνώριση των δυσκολιών εξαρχής, με την αξιολόγηση του περιστατικού, αλλά και η στρατηγική αντιμετώπιση τους, διαφοροποιούν μια τυχαία επέμβαση από μια προβλέψιμη και προσχεδιασμένη παρέμβαση με υψηλό ποσοστό επιτυχίας.

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. Το κλινικό φρονιστήριο αποσκοπεί οι συμμετέχοντες να εμπνεύσουν:

- τον τρόπο αξιολόγησης πριν την επέμβαση
- προβλέψιμους τρόπους αντιμετώπισης δύσκολων περιστατικών
- επαναλαμβανόμενα πρωτοκόλλα ΧΜΕ και έμφραξης του ρ.σ.

Παράλληλα θα γίνει live demo όλων των τεχνικών που θα περιγραφούν.

## Έμμεσες Αποκαταστάσεις Σύνθετης Ρητίνης σε Οπίσθια Δόντια

Κυριακή 13 Οκτωβρίου 2024 - Ίδρυμα Ευγενίδου

Ομιλητής: **Μίνως Σταυριδάκης**



09:00-09:30	Εγγραφές - Προσέλευση
09.30-11.00	Ένθετα/Επένθετα/Υπερένθετα - 1η Συνεδρία. Παρασκευή Κοιλιότητας (Άμεση Κάλυψη Οδοντίνης, Επαναπροσδιορισμός Αυχενικού Ορίου), Αποτύπωση, Προσωρινή Αποκατάσταση
11.00-11.30	Διάλειμμα καφέ
11.30-13.00	Ένθετα/Επένθετα/Υπερένθετα - 2η Συνεδρία. Δοκιμή Αποκατάστασης, Επιλογή Υλικού και Τεχνικής Συγκόλλησης, Συγκόλληση
13.00-14.00	Διάλειμμα - Ελαφρύ Γεύμα
14.00-15.30	Πρακτική Επίδειξη. Άμεση Κάλυψη Οδοντίνης, Επαναπροσδιορισμός Αυχενικού Ορίου, Αποτύπωση, Προσωρινή Αποκατάσταση, Συγκόλληση

### Περίληψη

Τα ένθετα, επένθετα και υπερένθετα στην ουσία είναι στεφάνες μερικής κάλυψης. Το κύριο τους πλεονέκτημα είναι η οικονομία στην αποκοπή οδοντικών ιστών, καθώς δεν καλύπτουν εξ' ολοκλήρου τη μύλη, αλλά μόνο μέρος της.

Οι κλινικές τους εφαρμογές επεκτείνονται στη πλειονότητα των οπισθίων δοντιών, όπου η μεγάλη απώλεια οδοντικών ιστών κάνει δύσκολη - αν όχι αδύνατη - την αποκατάσταση αυτών με άμεσες αποκαταστάσεις.

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 ήψεις σε κάθε κλινικό στάδιο.

Η συμμετοχή στο σεμινάριο είναι **δωρεάν**.

Δήλωση συμμετοχής στα τηλέφωνα της εταιρείας. Θα τηρηθεί σειρά προτεραιότητας.

## Dental Expert - Άννα Ελμάογλου Ε.Π.Ε.

Ο Εξειδικευμένος Συνεργάτης του Οδοντιατρείου σας

Φειδιππίδου 30, 11527, Γουδή

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

## 26ο Πανελλήνιο Συμπόσιο Ενδοδοντίας «Η Ενδοδοντία μπροστά στις πιο σύγχρονες προκλήσεις της»



Το 26ο Πανελλήνιο Συμπόσιο της Ελληνικής Ενδοδοντικής Εταιρείας με κεντρικό τίτλο «Η Ενδοδοντία μπροστά στις πιο σύγχρονες προκλήσεις της» θα διοργανωθεί στην Αθήνα, στο Μουσείο Μπενάκη (Πειραιώς 138) στις 7-8 Δεκεμβρίου 2024, φιλοδοξώντας μέσα από μια πλούσια θεματολογία-πλήρως εναρμονισμένη με τον κεντρικό τίτλο του Συμποσίου- να αναταποκριθεί στις προσδοκίες των συμμετεχόντων.

Το πρόγραμμα της επιστημονικής εκδήλωσης δίνει έμφαση σε κλινικά θέματα μεγάλου ενδιαφέροντος για τα οποία συνεχώς προκύπτουν νέα δεδομένα τόσο σε κλινικό όσο και σε ιστολογικό επίπεδο.

Διακεκριμένοι Έλληνες και ξένοι ομιλητές θα παρουσιάσουν τις πλέον σύγχρονες απόψεις σχετικά με τη συντηρητική θεραπεία ζωντανού πολφού, τις αναγεννητικές τεχνικές, τη συντηρητική και χειρουργική αντιμετώπιση ενδοδοντικών περιστατικών καθώς και την αντιμετώπιση του οδοντικού τραύματος με εμπλοκή του πολφού.

Για περισσότερες πληροφορίες αναφορικά με τη διοργάνωση μπορείτε να επισκεφθείτε τον επίσημο ιστότοπο του 26ου Πανελληνίου Συμποσίου Ενδοδοντίας:

<https://26opanelliniosymbosioendodontias.fohevents.gr/>

### ΝΕΑ ΚΥΚΛΟΦΟΡΙΑ

## Facial Aesthetics Cleopatra Technique

Το βιβλίο «Facial Aesthetics Cleopatra Technique» που υπογράφουν οι **Άννα Μαρία Βεσαλά** και η **Κλεοπάτρα Νακοπούλου** κυκλοφόρησε από τις εκδόσεις «Νέον», αποτελώντας το απόλυτο εγχειρίδιο μύησης στην τεχνική αισθητικής προσώπου Cleopatra που προσφέρει μια μοναδική προσέγγιση για τη βελτίωση της εμφάνισής σας.

Εμπνευσμένη από την αιώνια κομψότητα της βασίλισσας Cleopatra, αυτή η τεχνική συνδυάζει αρχαίες μυστικές φόρμουλες με σύγχρονες πρακτικές για αποτελέσματα που εντυπωσιάζουν και διαρκούν στο χρόνο. Στο βιβλίο θα βρείτε λεπτομερείς οδηγίες και συμβουλές για το πώς αξιοποιώντας την συγκεκριμένη τεχνική, μπορείτε, χρησιμοποιώντας το αίμα σας, να αναδείξετε τη φυσική ομορφιά σας. Από απλές καθημερινές ρουτίνες ομορφιάς έως προηγμένες τεχνικές περιποίησης δέρματος, το βιβλίο προσφέρει έναν ολοκληρωμένο οδηγό για την επίτευξη λαμπερής εμφάνισης, με διάρκεια στο χρόνο.

Μην χάσετε την ευκαιρία να ανακαλύψετε τα μυστικά της Cleopatra Facial Aesthetics Technique και να αποκτήσετε ένα λαμπερό και νεανικό πρόσωπο που θα σας κάνει να ξεχωρίζετε!

Επισκεφθείτε την ιστοσελίδα <https://cleopatra-technique.com> για περισσότερες πληροφορίες και για να αποκτήσετε το απαραίτητο εργαλείο για να ξεκινήσετε το ταξίδι σας προς την απόλυτη αισθητική.

Εκδόσεις **Νέον**

Πλατεία Παιδων 3 - Γουδή 11 527 - Αθήνα, Τηλ: 210 74 81 008, [www.neoneditions.com](http://www.neoneditions.com)

### FACIAL AESTHETICS CLEOPATRA TECHNIQUE™

ANNA-MARIA VESALA  
CLEOPATRA NACOPOULOS

FOREWORD WRITTEN BY  
PROFESSOR OTHON PAPADOPOULOS



## HAOMS 2025 Face to Face

Το HAOMS 2025, η ετήσια επιστημονική εκδήλωση της Ελληνικής Εταιρείας Στοματικής και Γναθοπροσωπικής Χειρουργικής, θα λάβει χώρα στο **Μέγαρο Μουσικής Αθηνών** από τις **24 έως τις 26 Ιανουαρίου 2025**. Η φετινή διοργάνωση, με τίτλο Face To Face, περιλαμβάνει μια πλούσια θεματολογία που καλύπτει όλο το φάσμα της Στοματικής και Γναθοπροσωπικής Χειρουργικής, από τη Χειρουργική του Στόματος και την Εμφυτευματολογία στην αισθητική ζώνη, την Ογκολογία Κεφαλής-Τραχήλου, το τραύμα του προσώπου, την αντιμετώπιση παθήσεων της ΚΓΔ, την Ορθογναθική Χειρουργική καθώς και τις ελάχιστες παρεμβατικές και χειρουργικές αισθητικές πράξεις στο Πρόσωπο.

Το πρόγραμμα του συνεδρίου απαρτίζεται από ομιλίες που φέρουν τη «σφραγίδα» καταξιωμένων ομιλητών από την Ελλάδα και το εξωτερικό, ενώ παράλληλα θα διεξαχθούν ομιλίες σε περιορισμένο κοινό (Master Classes), καθώς και πρακτικά σεμινάρια (Workshops).

Αξίζει να σημειωθεί ότι στο πλαίσιο του συνεδρίου θα λειτουργήσει εμπορική έκθεση στις 24 και 25 Ιανουαρίου, με εκθέτες τόσο από το χώρο της Αισθητικής Ιατρικής όσο και από το χώρο της Οδοντιατρικής.

Για περισσότερες πληροφορίες επισκεφθείτε τον επίσημο ιστότοπο του συνεδρίου: <https://haoms2025.org>



**ΠΑΝΕΛΛΗΝΙΟ  
ΣΥΝΕΔΡΙΟ  
ΣΤΟΜΑΤΟΛΟΓΙΚΗΣ  
ΕΤΑΙΡΕΙΑΣ ΕΛΛΑΔΟΣ**  
"All about implants"

**04-05 ΟΚΤΩΒΡΙΟΥ 2024**  
ΞΕΝΟΔΟΧΕΙΟ CROWNE PLAZA | ΑΘΗΝΑ

stomatologia.welcometravel.gr

George Laskaris  
Dimitris Tatakis  
Eleana Stoufi

**Periodontal  
Manifestations of Local  
and Systemic Diseases**

Color Atlas and Text  
Second Edition

**Τιμή: 230€**

Κυκλοφόρησε στην αγγλική γλώσσα, από τον διεθνή φήμης 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, **Ελέανα Στουφί**.

Για παραγγελίες:  
«Οδοντιατρικό Βήμα» τηλ.: **210 3814939**

**PLACAID**

**NEO στοματικό διάλυμα χλωρεξιδίνης  
PLACAID Mouthwash 0,12% και 0,20%**

Η χλωρεξιδίνη **PLACAID Mouthwash** έχει ευχάριστη και δροσερή γεύση και είναι **ALCOHOL-FREE**, παράγοντες που διευκολύνουν τη χρήση της και αυξάνουν την αποτελεσματικότητά τους αποφεύγοντας το ξέπλυμα μετά τη θεραπεία.

Το στοματικό διάλυμα ενδείκνυται για πρόληψη του σχηματισμού οδοντικής πλάκας, περιποίηση κατά τη διάρκεια θεραπείας της ουλίτιδας και περιοδοντίτιδας, περιποίηση μετά από ενδοστοματικές επεμβάσεις και εξαγωγές καθώς και για τη γενική στοματική υγιεινή.

Διατίθεται σε συσκευασία των 200ml και επαγγελματική του 1L **σε εξαιρετική τιμή.**

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

Instagram Facebook TikTok Pinterest YouTube

**PlacControl**  
Προϊόντα Στοματικής Υγιεινής

\* Η τιμή αναφέρεται σε φυσικά σημεία πώλησης.

Στα φαρμακεία & online

# Άκρως επιτυχημένο το συνέδριο Athens ReGen Days

Για πρώτη φορά φιλοξενήθηκε στην Ελλάδα το ReGen Congress, ένας από τους σημαντικότερους θεσμούς στον τομέα των συνεδρίων Οστικής και Ιστικής Ανάπλασης στην Ευρώπη τα τελευταία χρόνια, με συμμετοχή κορυφαίων κι αναγνωρισμένων κλινικών από όλες τις σχετικές ειδικότητες, τόσο από την Ελλάδα και την Κύπρο, όσο και από το εξωτερικό και με ένα θέμα που ενδιαφέρει έντονα τον σύγχρονο οδοντίατρο, που ασχολείται τόσο με την Καθοδηγούμενη Οστική Ανάπλαση και τη Χειρουργική των Μαλακών Ιστών, όσο και με την Εμφυτευματολογία. Τίτλος του συνεδρίου: «**Επιπλοκές στη Καθοδηγούμενη Οστική Ανάπλαση και τη Χειρουργική των Μαλακών Ιστών**».



Ο κάθε ομιλητής ανέλυσε και παρουσίασε το θέμα, καθώς και περιστατικά, βάσει της ειδικότητάς του, της εμπειρίας, των μεθόδων και των

πρωτόκολλων που ακολουθεί, σε συνδυασμό με τη χρήση βιοϋλικών νέας γενιάς, όπως για παράδειγμα το **Purgo the Graft** και το **Purgo the Graft Collagen** (μόσχευμα χοίρειας προέλευση με ειδική επεξεργασία κατά τη διαδικασία παραγωγής και macro/micro/nano porosity, που το καθιστά εξαιρετικό στη χρήση των τεχνικών GBR - Guided Bone Regeneration, τόσο στο χειρισμό όσο και στο αποτέλεσμα αλλά και σε συνδυασμό με πρωτόκολλα αυξητικών παραγόντων - prf, sticky bone).

Επίσης, εισήχθη για πρώτη φορά, το θέμα της **Οστεοανοσολογίας** και ο τρόπος που επιδρά, στην επιτάχυνση και στη βελτίωση του αποτελέσματος, στα περιστατικά Οστικής Ανάπλασης.

## Πρακτικό σεμινάριο

Την Παρασκευή 5 Ιουλίου, δηλαδή μια ημέρα πριν από το συνέδριο, πραγματοποιήθηκε πρακτικό σεμινάριο με την υποστήριξη της «Ι. Τσαπράζης Α.Ε.» και εισηγητή τον **Δρ. Joseph Choukroun**, ο οποίος περιέγραψε την τεχνική δημιουργίας του PRF. Τόνισε όμως ότι υπάρχουν και αποτυχίες. Αίτια αποτυχίας του PRF, όπως επισημάνθηκε, είναι η μη συντήρηση των φαλιδίων στην ενδεδειγμένη θερμοκρασία. Πρόκειται για κάτι το οποίο σήμερα προλαμβάνεται με τη συσκευή rompack (σ.σ. κρύα επιθέματα που προλαμβάνουν την πήξη του αίματος στην πεταλούδα).

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

Ο κ. Choukroun τόνισε ακόμα ότι είναι σημαντική η σωστή κατανομή των σωληνίσκων στη συσκευή του PRF που προλαμβάνει τις δονήσεις κατά τη λειτουργία της. Η επεξεργασία, δηλαδή η συλλογή του θρόμβου πρέπει να γίνεται σε λιγότερο από 5 λεπτά από την αιμοληψία σε ασθενείς νηστικούς (έχουμε σχηματισμό udl στον θρόμβο). Χρειάζεται προσοχή όταν οι ασθενείς λαμβάνουν αντιπηκτικά. Για διατήρηση και συλλογή περισσότερων λευκοκυττάρων μεσοχρηματικών κυττάρων και αιμοπεταλίων στο θρόμβο σήμερα συνιστώνται πολύ μικρότερες ταχύτητες φυγοκέντρησης 60 έως 200 στροφές.

Το PRF διακρίνεται σε α) s- PRF (sticky bone στις 1.300 στροφές για 14 λεπτά) και β) i PRF ενέσιμο στις 700 στροφές, 3 λεπτά για τις γυναίκες 4 λεπτά για τους άντρες). Ο κ. Choukroun έδειξε την παρασκευή του sticky bone με sprf και **The Graft της Purgo** (οστικό υποκατάστατο χοίρειας προέλευσης) με απλή ανάδευση που δεν χρειάζεται ειδική συσκευή.

Ο θρόμβος του PRF επιταχύνει την αγγειογένεση, έχει αντιφλεγμονώδεις και αντιμικροβιακές ιδιότητες και μειώνει τον πόνο. Έτσι μπορεί να χρησιμοποιηθεί σε εξαγωγές, GBR και ανοικτή ανύψωση ιγμορείου.

Η κάλυψη υφιστάσεων με την τεχνική vista μπορεί να φέρει καλά αποτελέσματα, αλλά το μειονέκτημα είναι ότι δεν αλλάζει τον βιότυπο των μαλακών ιστών.

Στη θεραπεία περιοδοντικών θυλάκων η τοποθέτηση PRF επιταχύνει την επούλωση σε συνδυασμό με υποεπιθηλιακό μόσχευμα συνδετικού ιστού. Ο κ. Choukroun ανέφερε ότι το PRF μπορεί να δημιουργήσει μεσοδόντιες θηλές, αλλά και να θεραπεύσει το σύνδρομο της ΚΓΔ!

Στη διατήρηση φατνίου η πλήρωση με θρόμ-

βο σε κάποιες μελέτες φαίνεται να έχει ίδια ή ανώτερα αποτελέσματα με GBR με οστικό μόσχευμα. Παρόλα αυτά στις περισσότερες μελέτες φαίνεται ότι ο θρόμβος εξαφανίζεται στις δέκα ημέρες, συνεπώς δεν μπορεί να έχει τη λειτουργία του οστικού υποκαταστάτου, αλλά ούτε και της barrier membrane. Στην ανοικτή ανύψωση χρησιμεύει για κλείσιμο μεγάλων διατρήσεων της μεμβράνης του schneider και για πλήρωση της κοιλότητας με ταυτόχρονη όμως τοποθέτηση των εμφυτευμάτων, με μειονέκτημα την ανάγκη χρήσης οκτώ μεμβρανών για όλη τη διαδικασία (PRF).

Ακολουθως αναφέρθηκε στις αποτυχίες και επιπλοκές. Το ανοσοποιητικό σύστημα δραματίζει σημαντικό ρόλο και βασικό στάδιο της επούλωσης είναι η φλεγμονή, αλλά όταν διαρκεί πάνω από πέντε ημέρες γίνεται επιβλαβής δημιουργώντας οξειδωτικό στρες και καθυστερημένη ή προβληματική επούλωση.

Προδιαθεσικοί παράγοντες είναι χρόνια νοσήματα, μία έλλειψη βιταμίνης D, το κάπνισμα, η υπερκολλησταιμία. Αν το LDL είναι μεγαλύτερο από 1,4 gr/lit επιβραδύνεται η οστεοενσωμάτωση του εμφυτεύματος και καθίσταται αδύνατη αν το LDL είναι μεγαλύτερο από 1,8 gr/lit.

Σε ασθενείς με αλλεργία στην πενικιλίνη η πιθανότητα επιπλοκής αυξάνεται κατά 50% και η πιθανότητα αποτυχίας των εμφυτευμάτων τριπλασιάζεται.

Σε λεπτούς ή φλεγμονώδεις μαλακούς ιστούς η τοποθέτηση μεμβρανών GBR μειώνει την είσοδο στο μόσχευμα κυττάρων, κυτοκινών και μείωση του οξειδωτικού στρες. Άλλοι παράγοντες που δημιουργούν οξειδωτικό στρες είναι οι μη καθαρές επιφάνειες των εμφυτευμάτων, η μεγάλη ροπή τοποθέτησής τους, η ισχαιμία στους κρημνούς, η απουσία κερατινοποιημένων ούλων και η αβαθής ούλο-παραειακή αύλακα.

Η βελτίωση του ανοσοποιητικού συστήματος είναι θεμελιώδης. Σημαντικά είναι τα επίπεδα της βιταμίνης D (3100 n g ανά ml), η διακοπή κακών έξεων, ο έλεγχος των χρόνιων νοσημάτων και του ldl, η λήψη προβιοτικών, βιταμίνης C, χαλκού και μαγνησίου.

Η συρραφή είναι επίσης πολύ σημαντική και φυσικά δεν θα πρέπει να υπάρχουν τάσεις, τοποθετώντας όπου είναι δυνατόν ακρορριζικά ράμματα. Η υπερπαρασκευή στον αυχένα του εμφυτεύματος του φλοιώδους οστού ελαχιστοποιεί την απορρόφηση στον αυχένα. Το νεοσχηματισθέν οστό έχει τα ίδια χαρακτηριστικά με το φλοιώδες, για αυτό δεν πρέπει να ασκείται μεγάλη ροπή τοποθέτησης, ούτε και άμεση φόρτιση.

Ο ομιλητής υποστήριξε ότι το χοίρειο μό-

σχευμα υπερέχει του αυτομοσχεύματος και δεν έχει νόημα η ανάμειξη αυτού, καθώς επίσης ότι το χοίρειο μόσχευμα όπως π.χ. το **The Graft της Purgo**, έχει βελτιωμένο "bone volume" & "bone stability", σε σχέση με άλλα οστικά υποκατάστατα, κατά τη διαδικασία παραγωγής "sticky bone".

## Σύνοψη συνεδρίου

Το Σάββατο 6 Ιουλίου ήταν η κύρια ημέρα του συνεδρίου ReGen Days, το οποίο συντόνισε η **Δρ. Κλεοπάτρα Νακοπούλου**.

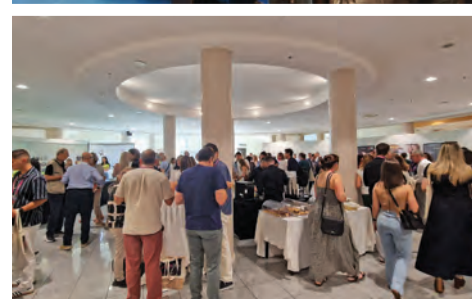
Στη συνεδρία του ο κ. **Choukroun** μίλησε για την ανοσολογία του οστού και εξήγησε ότι ο άνθρωπος έχει την φυσική και την επίκτητη ανοσία, που επηρεάζουν το μεταβολισμό του οστού.

Πριν από κάθε επέμβαση, επισημάνθηκε ότι θα πρέπει να λάβουμε υπόψη την υγεία του ασθενούς, καθώς και άλλες επιμέρους παραμέτρους όπως είναι η βιταμίνη D, το κάπνισμα, η φλεγμονή και η κακή χοληστερίνη.

Η Αζυθρομυκίνη (Μακρολίδες) βοηθά το ανοσοποιητικό σύστημα να μειώσει το οξειδωτικό στρες.

Ο κ. Choukroun πρότεινε περπάτημα 30 λεπτά την ημέρα με 5 κλμ/ώρα και σωστή διατροφή με έμφαση στη διαλειμματική διαίτα.

Ανέφερε ότι συχνά αφήνει τις περιοχές που κάνει οστική αναγέννηση ανοικτές και τις κλείνει με PRF.



Ο λεπτός βιότυπος (45% των γυναικών και στο 23% ανδρών) είναι προδιαθεσικός παράγοντας για πρόβλημα στην GBR και στην περιεμφυτευματίτιδα, αναφέρθηκε στο συνέδριο.

Παίρνοντας τη σκυτάλη ο **Δρ. Γιώργος Γούμενος** μίλησε για επιπλοκές και αποτυχίες στη χειρουργική των μαλακών ιστών. Τόνισε ότι η διατήρηση των δοντιών είναι θεμελιώδης μία και κρατούν το οστό και υπερέχουν ένα-ντι των εμφυτευμάτων.

Βασικά στοιχεία είναι διατήρηση του μεσοδοντίων θηλών, η σωστή παρασκευή και διατήρηση (για καλή αιμάτωση) των ιστών και πάχυνση αυτών (σε λεπτό βιότυπο).

Ο ίδιος σημείωσε πως η συρραφή με matrix και ακρορριζικές ραφές είναι σκόπιμη έτσι ώστε η δύναμη διάσπασης του παρειακού κρημνού να ανέλθει από τα 200 γραμμάρια την ημέρα της επέμβασης στα 440 την 7η και στα 1.800 γραμμάρια την 14η μέρα.

Στους κρημνούς με λεπτοβιότυπο και τάσεις έχουμε αποκάλυψη μεμβράνης σε ποσοστό 6 έως 13%. Γενικά οι μη απορροφήσιμες cross linked μεμβράνες είναι πιο επιρρεπείς στην αποκάλυψη.

Έτσι, τόνισε, σκόπιμη είναι η αλλαγή του βιότυπου σε πάχος, προσπεφυκότητα, κερατινοποιημένα ούλα και φυσικά με αποφυγή τάσεων (χαλινεκτομές).

Στη συνέχεια ο **Δρ. Jerome Surmenian** (Γαλλία) αναφέρθηκε στην επίδραση της οστεοανοσολογίας στην GBR.

Παρουσίασε τις 10 αρχές, όπως το ονόμασε over concept, αναφερόμενος έτσι στη χορήγηση συμπληρωμάτων στη χρήση αζιθρομυκίνης, στη χρήση μεμβρανών κολλαγόνου, στον καλό σχεδιασμό του κρημνών, στην καλύτερη αιμάτωση και στην αποφυγή τάσεων.

Ο εισηγητής ανέφερε πως η καθήλωση της μεμβράνης με καρφίδες είναι σημαντική, αλλά σήμερα η τοποθέτηση tenting screws για οριζόντια αύξηση δίνουν εξαιρετικά αποτελέσματα. Για κάθετη αύξηση η χρήση μπάρας Ti (καλύτερα η ανοδούμενη) fast system με καθήλωση με βίδες οστεοσύνθεσης δίνει προβλέψιμα αποτελέσματα. Η τοποθέτηση των εμφυτευμάτων θα πρέπει να γίνεται λιγότερο από 3 μήνες μετά την οστική ανάπλαση, τονίστηκε.

Η χρήση ξηνομοσχεύματος από χοίρο δίνει τα καλύτερα αποτελέσματα και συνιστάται να γίνεται συμπίκνωσή του.

Ακολουθως ο **Δρ. Δώρος Πίκολος** (Κύπρος) συνέχισε στο θέμα της οστεοανοσολογίας με έμφαση στην επίδραση του οξειδωτικού στρες στην οστεοενσωμάτωση. Παρουσίασε περιστατικά του δίνοντας έμφαση στη χρήση του **The Graft της Purgo** και ανάμειξη αζιθρομυκίνης με το sticky μόσχευμα σε μολυσμέ-

νες περιοχές. Για τη βελτίωση των μαλακών ιστών αφήνει ανοιχτούς τους κρημνούς συχνά με χρήση periacyrl και i μεμβράνες PRF.

Ο δρ. Πίκολος συνιστά να τηρούμε το στάδια αντιγήρανσης με άσκηση, νηστεία και θερμιδικό περιορισμό. Όπως σημείωσε η εξέλιξη των υλικών θα δημιουργήσει φιλικότερη και ταχύτερη επούλωση και αναγέννηση των ιστών.

Ο **Δρ. Σταύρος Πελεκάνος** αναφέρθηκε στη χειρουργική των εμφυτευμάτων και τόνισε πως αυτό που έχει αλλάξει στην τεχνική είναι η χρήση αξονικού, η ψηφιακή καθοδήγηση, οι πιο στενοί αυχένες στα σύγχρονα εμφυτεύματα και η τοποθέτηση του εμφυτεύματος πιο βαθιά.

Σε τύπου ένα μεταξακτικό φατνίο η ιδεωδέστερη σύνδεση είναι η κωνική (12 μοίρες) ειδήλως έχουμε μικροδιείδυση και τελικά φατνιολύση στον αυχένα. Συνιστάται η τοποθέτηση του εμφυτεύματος 4 mm κάτω από την κλινική μύλη, πάντα με νάρθηκα και πάντα με **The Graft της Purgo** μόσχευμα.

Σε τύπου δύο μετεξακτικό φατνίο, τοποθετείται το εμφύτευμα ακόμη βαθύτερα και πριν την οριστική τοποθέτηση της προσθετικής αποκατάστασης τοποθετείται gel blue m

Σε τύπου 4 εμφύτευση θα πρέπει να γίνεται (όπου χρειάζεται) οστική ανάπλαση και ανάπλαση μαλακών ιστών. Πρέπει να τηρείται απόσταση 3 mm από τα φυσικά δόντια και μεταξύ των εμφυτευμάτων.

Τέλος έδειξε περιστατικά με all on four και άμεση φόρτιση.

Ο **Δρ. L. Bessa** (Πορτογαλία) αναφέρθηκε στο ρόλο του ξενομοσχεύματος στην αισθητική ζώνη αναφερόμενος στην τεχνική Khougy, την οποία θεωρεί πολύ επεμβατική και ως εκ τούτου αντί αυτής χρησιμοποιεί ξενομόσχευμα χοίρειας προέλευσης.

Για προστασία της μεσοδόντιας θηλής συνιστάται τεχνική τούνελ. Θα πρέπει να είμαστε προσεκτικοί στο σχεδιασμό, όχι μόνο με αξονική γιατί συχνά δεν αποτυπώνει πάχος οστού που είναι μικρότερο του 1mm. Επίσης, περιέγραψε τη λήψη CTG με ιδεώδες πάχος 1mm από την περιοχή των προγομφίων της άνω.

Ο **Δρ. Αχιλλέας Πέτσας** (Κύπρος) αναφέρθηκε στην περιεμφυτευματίτιδα, ξεκινώντας από τη διάγνωση μέχρι τις τεχνικές θεραπείες. Όπως εξήγησε, στα πρώτα στάδια είναι συντηρητική, αλλά μετά μονόδρομος είναι η χειρουργική θεραπεία είτε η GBR.

Θα πρέπει να αξιολογηθούν οι παράγοντες κινδύνου γιατί η περιεμφυτευματίτιδα όπως και περιοδοντίτιδα έχει πολυπαραγοντική αιτιολογία, έτσι ορισμένοι ασθενείς έχουν μεγαλύτερη ευαισθησία στη νόσο.

Οι παράγοντες αυτοί είναι τοπικοί και σχετίζονται με τη βακτηριακή σύνθεση του θηλάκου ή γενικοί που επηρεάζουν την ευαισθησία του ασθενούς. Τοπικοί παράγοντες είναι η στοματική υγιεινή, η περιοδοντική υγεία με ιδιαίτερη έμφαση στην κατάσταση των μαλακών ιστών, δηλαδή παρουσία κερατινοποιημένων και προσεφυκώτων ούλων, το βάθος των περιεμφυτευματικών θηλάκων, η αδρότητα των διαβληνογόνιων τμημάτων, η σύνδεση του εμφυτεύματος, η παρουσία ξένου σώματος και η κατάσταση των μαλακών ιστών.

Γενικοί παράγοντες είναι το ιστορικό περιοδοντικής νόσου, η κληρονομικότητα, η επίκτητη ανοσία, παράγοντες όπως ο διαβήτης, περιβαλλοντολογικοί παράγοντες όπως το κάπνισμα, το αλκοόλ και το άγχος.

Έτσι καθίσταται σημαντικό κατά την οστική ανάπλαση να γίνεται και ανάπλαση του μαλακών ιστών πολλές φορές με προληπτική πάχυνση αυτών με FCTG.

Ο **Δρ. Γεώργιος Βήλος** αναφέρθηκε σε απαιτητικές και μεγάλες οστικές αναπλάσεις για πλέγματα τιτανίου σε οστικές βλάβες τάξης 1, 2 και 3. Η κάθετη ανάπλαση με ενδοστοματική προσπέλαση και με ενδοστοματικά



ληφθέν αυτογενές block δημιουργεί καθ' ύψος ανάπλαση max 34 mm. Αντίθετα, η κάθετη ανάπλαση με πλέγμα τιτανίου και εξωστοματική προσπέλαση λήψης μοσχεύματος, έχει πολλά πλεονεκτήματα όπως απουσία ενδοστοματικής τομής, συνεπώς μηδενική πιθανότητα διάσπασης του τραύματος, άσηπτη μεταφορά του μοσχεύματος στη δέκτρια περιοχή και έτσι έχει εντυπωσιακή κατακόρυφη

ανάπλαση μέχρι και 15-20 mm. Βέβαια η τεχνική αυτή που παρουσιάστηκε δεν είναι για οδοντιάτρους ούτε για χώρο Οδοντιατρικού, οπότε είχε θεωρητικό ενδιαφέρον.

Αντίθετα σε μικρότερες αναπλάσεις η χρήση πλέγματος τιτανίου πάχους 0,3 χιλιοστών και ακινητοποίηση δημιουργεί προβλέψιμη κάθετη ανάπλαση. Παρόλα αυτά, όπως επισημάνθηκε, έχει πολλές επιπλοκές όπως μερική

απώλεια του μοσχεύματος, ολική απώλεια του μοσχεύματος και λοίμωξη. Τα αίτια είναι ότι το οστικό μόσχευμα προέρχεται από ενδοστοματική δότρια θέση που είναι αδύνατο να αποστειρωθεί και η τομή είναι σε σπηπικό περιβάλλον με πολλές εξασκούμενες δυνάμεις.

Το συνέδριο είχε μεγάλο ενδιαφέρον και προσέλευση, δίνοντας έμφαση στην επιστημονική του αρτιότητα και χωρίς να διαφημίζει ιδιαίτερα τα προϊόντα της εταιρείας. Έδειξε το ενδιαφέρον της εταιρείας **ADM 1st Choice Medicals** και της **Purgo Biologics** για την επιστημονική βελτίωση των Οδοντιάτρων, δείχνοντας ότι έχει ανοίξει δρόμους όχι ευκαιρικής παρουσίας στον χώρο, αλλά μόνιμης και σημαντικής.

Το διήμερο αυτό, τελείωσε με μια όμορφη εκδήλωση και ευκαιρία για χαλάρωση μπροστά στη θάλασσα, στο Ark στα Αστέρια Γλυφάδας.






## THE Graft™

Φυσικό Οστικό Υποκατάστατο

Παρόμοια Δομή με το Ανθρώπινο Οστό.  
 Οστική Ανάπλαση, χωρίς τον κίνδυνο ανοσογόνου αντίδρασης.  
 Δημιουργία Βέλτιστων Συνθηκών Οστικής Ανάπλασης.  
 Το **The Graft™** είναι μια φυσική, πορώδης οστική μήτρα (bone mineral matrix).  
 Χοίρειας προέλευσης, με υψηλές προδιαγραφές παραγωγής,  
 παράγεται με την αφαίρεση όλων των οργανικών συστατικών.  
 Λόγω της φυσικής δομής του, το **The Graft™** προσομοιάζει στις φυσικές και τις χημικές ουσίες του, με το ανθρώπινο οστό (human mineralized matrix).

**Less residual organic content for High purity**



High purity means low organic matters

- ▶ Υψηλή Ενεργός Επιφάνεια
- ▶ Υψηλή Υδροφιλικότητα
- ▶ Υψηλή Καθαρότητα
- ▶ "Μάκρο-Μίκρο-Νάνο" Πορότητα



Ανθρώπινο Οστό



THE Graft™

**Η ΑΣΦΑΛΕΙΑ ΣΑΣ, Η ΠΡΟΤΕΡΑΙΟΤΗΤΑ ΜΑΣ**  
 Περισσότερες πληροφορίες [www.purgo-europe.com](http://www.purgo-europe.com)

ADM - 1st Choice Medicals  
 GREECE: 211 1158340, CYPRUS: 97740827

Effect of the calcination temperature on the composition and microstructure of hydroxyapatite derived from human and animal bone. M. Figueiredo, A. Fernando, G. Martins, J. Freitas, F. Judas, H. Figueiredo.  
 Alveolar ridge regeneration of damaged extraction sockets using deproteinized porcine versus bovine bone minerals: A randomized clinical trial. 100 patients Clin Implant Dent Relat Res 2018 Jul 27; Epub 2018 Jul 27.

## Αναπτύξτε την Οδοντιατρική σας Επιχείρηση με τα Εκπαιδευτικά Προγράμματα του ΕΚΠΑ!

• **Διοίκηση και Διαχείριση Σύγχρονου Οδοντιατρείου:** Αναλυτική εκπαίδευση στις βασικές αρχές στρατηγικής, διαχείρισης πόρων και ανθρώπινου δυναμικού, με στόχο την επίτευξη αποτελεσματικών επιχειρηματικών στόχων.

Πρόγραμμα Διάρκειας 4 μηνών - Μοριοδότηση από το ΙΕΘΕ (Έναρξη 3ου κύκλου: 1 Μαρτίου 2025, 60 Μόρια Συνεχιζόμενης Εκπαίδευσης)

• **Συμπληρωματικές Δεξιότητες για Βοηθητικό Προσωπικό:** Επικαιροποίηση γνώσεων σε τεχνολογικά, επικοινωνιακά και μάρκετινγκ θέματα, με στόχο την άριστη παροχή υπηρεσιών στον επαγγελματικό χώρο.

Πρόγραμμα Διάρκειας 3 μηνών (Έναρξη 4ου Κύκλου: 15 Νοεμβρίου 2024)

• **Εκπαίδευση Βοηθητικού Προσωπικού Οδοντιατρείου:** Πλήρης και ακαδημαϊκού επιπέδου εκπαίδευση για απόκτηση σύγχρονων γνώσεων και δεξιοτήτων, σε συνδυασμό με πρακτική άσκηση στις κλινικές της Οδοντιατρικής Σχολής του ΕΚΠΑ.

Πρόγραμμα Διάρκειας 2 ετών (Έναρξη 3ου Κύκλου: 1 Οκτωβρίου 2024 - Νέος κύκλος κάθε 1 Οκτωβρίου έκαστου έτους)

Αποκτήστε δεξιότητες που θα σας κάνουν απαραίτητους στον χώρο εργασίας σας και βελτιώστε την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών σας!

**Σημαντικό!** Μέρος των εσόδων καλύπτει ανάγκες υποδομών της Οδοντιατρικής Σχολής του ΕΚΠΑ.

• Μάθετε περισσότερα και κάντε την αίτησή σας:

<https://www.dentist-edu.cce.uoa.gr/>

Κάντε την εγγραφή σας τώρα και επωφεληθείτε της εκπαιδευτικής μας πολιτικής!

• Τηλ. Γραμματείας: **210 7461208**

• Email: [helpdentist.uoa@gmail.com](mailto:helpdentist.uoa@gmail.com)

.....  
Αγγλικά προγράμματα

### ΝΕΟ ΚΑΙ ΚΑΙΝΟΤΟΜΟ!

Για πρώτη φορά ένα Αριστοτελικό μοντέλο για τη βιωσιμότητα στην υγειονομική περίθαλψη! **ΕΡΧΕΤΑΙ ΣΥΝΤΟΜΑ!**

**Στόχος του προγράμματος:** Να προσφέρει ένα μεταμορφωτικό και εξατομικευμένο πλαίσιο μάθησης για την ανάπτυξη της ικανότητας να καθοδηγείτε και να εφαρμόζετε την υψηλότερη μορφή ηγεσίας, δηλαδή τη βιώσιμη ηγεσία, στον τομέα της υγειονομικής περίθαλψης. Μέσω της Μεθόδου CAVE®, μιας προσέγγισης βασισμένης στις Αριστοτελικές αρετές που ενοποιεί μοναδικά την επαγγελματική επίτευξη, την προσωπική ευτυχία και τη βιωσιμότητα, το πρόγραμμα παρέχει στους σημερινούς και μελλοντικούς ηγέτες της υγειονομικής περίθαλψης το θεωρητικό πλαίσιο, τη συστημική σκέψη και τη μεθοδολογία για να εφαρμόζουν με συνέπεια τη βιώσιμη ηγεσία σε υγειονομικά περιβάλλοντα.

**Γιατί να συμμετάσχετε:**

- Αναπτύξτε την ταυτότητά σας ως συνειδητοί πρεσβευτές της βιώσιμης ανάπτυξης και βιώσιμοι ηγέτες.
- Κατανοήστε τη νέα έννοια της απόδοσης και μάθετε πώς να αναγνωρίζετε και να διαχειρίζεστε τα θεμελιώδη στοιχεία της.
- Ενισχύστε τις δεξιότητες ηγεσίας σας και προωθήστε το βέλτιστο συμφέρον των ασθενών, των συναδέλφων σας, του ίδιου σας του εαυτού, του χώρου εργασίας σας, του οργανισμού υγειονομικής περίθαλψης, της κοινωνίας και της ανθρωπότητας γενικότερα.

**Σε ποιον απευθύνεται:**

- Απόφοιτους Ιατρικών Σχολών και άλλων σχολών με σχετικό ενδιαφέρον (π.χ. Οδοντιατρική, Νοσηλευτική, Φυσικοθεραπεία).
- Προσωπικό σε υγειονομικές δομές (π.χ. νοσοκομεία, κέντρα υγείας, κέντρα αποκατάστασης, οδοντιατρεία).
- Μεταπτυχιακούς φοιτητές Ιατρικών, Οδοντιατρικών και Νοσηλευτικών Σχολών, Σχολών Υγειονομικής Φροντίδας ή Διαχείρισης Υγειονομικής Φροντίδας.

**Προϋποθέσεις συμμετοχής:**

- Αίτηση εγγραφής σύμφωνα με τις οδηγίες που θα δοθούν σύντομα.
- Πιστοποιητικά/βεβαιώσεις σπουδών, μεταπτυχιακά και πανεπιστημιακά διπλώματα.

• Ενημερωμένο βιογραφικό σημείωμα, συμπεριλαμβανομένης μιας σύντομης προσωπικής δήλωσης σχετικά με τους λόγους που επιθυμείτε να παρακολουθήσετε το πρόγραμμα.

• Απόδειξη επάρκειας στην αγγλική γλώσσα (τουλάχιστον επίπεδο B2). Το πρόγραμμα διεξάγεται στην αγγλική γλώσσα.

**Πιστοποιητικό:** Με την επιτυχή ολοκλήρωση του προγράμματος, οι συμμετέχοντες θα λάβουν Πιστοποιητικό Εξειδικευμένης Εκπαίδευσης από το Κέντρο Διά Βίου Μάθησης του Εθνικού και Καποδιστριακού Πανεπιστημίου Αθηνών.

**Μέθοδος Εκπαίδευσης:** Το πρόγραμμα περιλαμβάνει σειρά υβριδικής σύγχρονης και ασύγχρονης μάθησης. Αποτελείται από 10 μαθήματα με 34 ασύγχρονες συνεδρίες μάθησης και 8 μηνιαίες διαδραστικές εικονικές συνεδρίες, και διαρκεί 34 εβδομάδες (8 μήνες). Κάθε ασύγχρονη συνεδρία διαρκεί έως δύο ώρες και κάθε διαδραστική εικονική συνεδρία είναι 90 λεπτών. Οι εικονικές συνεδρίες είναι υποχρεωτικές. Επίσης, απαιτείται σύντομο αξιολογικό σκέλος μετά την παρακολούθηση κάθε μαθήματος. Ως επιπλέον παροχή για τον 1ο κύκλο, θα προσφερθούν 3 συνεδρίες ψυχοθεραπείας.

**Διάρκεια:** 8 μήνες

**Κόστος:** 7.450 ευρώ με 50% έκπτωση μόνο για τον πρώτο κύκλο. Παρέχεται επιπρόσθετη έκπτωση 10% για εφάπαξ αποπληρωμή και early bird εγγραφή. Η πληρωμή μπορεί να γίνει σε 5 δόσεις κατόπιν αιτήματος.

**Για περισσότερες πληροφορίες:**

Email: [leader.edu.uoa@gmail.com](mailto:leader.edu.uoa@gmail.com)

Αίτηση: <https://forms.gle/dkKVcax8JSCYbTb49>

Ιστοσελίδα: <https://www.leader-edu.cce.uoa.gr/>

Μην χάσετε την ευκαιρία να αναβαθμίσετε τις ηγετικές σας ικανότητες και να προωθήσετε τη βιωσιμότητα στην υγειονομική περίθαλψη. Εγγραφείτε τώρα!

## ΠΕΡΙΕΜΦΥΤΕΥΜΑΤΙΤΙΔΑ

από τη Διάγνωση στην Αντιμετώπιση

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



ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΙΚΟ ΒΗΜΑ

Σκουφά 64, 106 80 Αθήνα, Τηλ. **210 3814 939**, [www.odvima.gr](http://www.odvima.gr)



# DENTAL HI TEC

MADE IN FRANCE

Deadline  
1/11/2024

Δοκιμάστε το **QuickSleeper5**  
ή το **SleeperOne5** στο ιατρείο σας

- Δηλώστε μας το ενδιαφέρον σας.
- Εντελώς δωρεάν.
- Χωρίς καμμία υποχρέωση.

Εντελώς ανώδυνη αναισθησία  
Δρα αμέσως  
Αποτελεσματική  
Χωρίς «μούδιασμα»

# 100% EFFICIENT

**QuickSleeper5** **SleeperOne5**

*Zero* pain - collateral numbness - stress

Electronic  
injection  
pens to perform  
osteocentral  
anesthesia  
for children  
and adults

**Αποχαιρετήστε την στελεχιαία  
αναισθησία!**

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)

Ariston Dental & Ivoclar

Μαζί

Για ακόμη περισσότερα χαμόγελα!

**ivoclar**



**ariston dental**  
better answers