

Το σχέδιο θεραπείας και η κλινική διαχείριση της αποτυχημένης ενδοδοντικής θεραπείας στην ψηφιακή εποχή

Τα τελευταία χρόνια, η Ενδοδοντία έχει ενσωματώσει νέες ψηφιακές τεχνολογίες που στοχεύουν στη βελτίωση του αποτελέσματος της θεραπείας και της εμπειρίας του ασθενούς. Στο άρθρο τους που φιλοξενείται στη στήλη της ΕΕΕ, οι κ.κ. **Κώστας Κωδωνάς, Αντώνης Χανιώτης, Γιώργος Τζανετάκης** και **Ξένος Πετρίδης** επικεντρώνο-

νται σε μια από αυτές τις τεχνολογίες, την τομογραφία κωνικής δέσμης (CBCT), καθώς συμβάλλει στη σωστή διάγνωση, την επιλογή του κατάλληλου σχεδίου θεραπείας και την αποτελεσματική αντιμετώπιση σύνθετων ενδοδοντικών περιστατικών. Σε περιπτώσεις αποτυχημένης ενδοδοντικής θεραπείας, η χρήση τέτοιων τεχνολογιών είναι ιδιαίτερα

σημαντική, καθώς η πρόγνωση του δοντιού είναι πιο επιβαρυνμένη. Η παρούσα ανάλυση, εν τέλει, επικεντρώνεται στο πώς η λήψη αποφάσεων σε σύνθετα περιστατικά μπορεί να υποστηριχθεί μέσα από τον συνδυασμό μιας ανθρωποκεντρικής προσέγγισης που συνεπικουρείται από τα κατάλληλα ψηφιακά εργαλεία. **Σελ. 4-9**



Γυναίκες στην Υγεία: από την «αόρατη» συνεισφορά στην ανθεκτικότητα των συστημάτων

Η συνεισφορά των γυναικών στα συστήματα υγείας βρίσκεται στο επίκεντρο της ανάλυσης που υπογράφει η Αναπληρώτρια Καθηγήτρια της Οδοντιατρικής Σχολής του ΕΚΠΑ, κ. **Μαρία Αντωνιάδου**. Οι γυναίκες αποτελούν τη ραχοκοκαλιά των συστημάτων υγείας παγκοσμίως, καλύπτοντας περίπου το 67% του εργατικού δυναμικού και παρέχοντας φροντίδα σε δισεκατομμύρια ανθρώπους κάθε χρόνο.

Παρά τη θεμελιώδη αυτή συμβολή, η εργασία τους παραμένει συχνά υποτιμημένη ή «αόρατη», με χαμηλότερες αμοιβές, επισφαλείς θέσεις και σημαντικό όγκο απλήρωτης φροντίδας. Η υποτίμηση αυτή πηγάζει από έμφυλες κοινωνικές νόρμες που θεωρούν τη φροντίδα φυσική υποχρέωση των γυναικών, αγνοώντας τις δεξιότητες και την ευθύνη που απαιτεί. Η δίκαιη αποτίμηση και ενίσχυση της γυναικείας εργασίας με ασφαλείς συμβάσεις, ίσες αμοιβές και ευκαιρίες ανέλιξης δεν είναι απλώς θέμα δικαιοσύνης· είναι προϋπόθεση συστημικής βιωσιμότητας. **Σελ. 10-12**

ΕΛΕΣ
Πολλαπλές διαβρωτικές βλάβες στο στοματικό βλεννογόνο. Παρουσίαση περίπτωσης
Των **Φώτιου Χαρίτου, Ερωφίλης Παπαδοπούλου** **Σελ. 22-23**



Milled-PMMA ως υλικό μακροπρόθεσμα μεταβατικής ή τελικής αποκατάστασης

Μέσα από την στήλη της ΙΤΙ, η κ. **Έλλη Κοτίνα**, ο κ. **Σπύρος Κουρής** και ο κ. **German O. Gallucci** παρουσιάζουν μέσα από μια συγκριτική ανάλυση τις επιλογές υλικών που έχουν στη διάθεσή τους οι κλινικοί οδοντίατροι για τις ακίνητες, επιεμφυτευματικές αποκαταστάσεις ολικού τόξου. Όποια λύση κι αν επιλέξει ο ειδικός πρέπει να παρέχει βιοσυμβατότητα, μηχανική αντοχή, αντοχή στη φθορά και χρωματική σταθερότητα. **Σελ. 24-25**

Επιλεγμένα νοσήματα σιαλογόνων αδένων μη νεοπλασματικά
Του **Γιώργου Χ. Λάσκαρη**
Σελ. 26-28

Η σημασία της επιδημιολογίας στην διερεύνηση και θεραπεία των λειτουργικών διαταραχών του Στοματογναθικού Συστήματος. Α΄ Μέρος
Του **Βύρωνα Δρούκα**
Σελ. 30-31

Προσεγγίσεις στην Προστασία Ευάλωτων Ομάδων: Ηθική, Δίκαιο και Κλινική Πράξη στη Στοματική Υγεία

Η κ. **Αγγελική Γιαννοπούλου-Μιχαλοπούλου**, Οδοντίατρος Ειδικής Φροντίδας, αναλύει την «ευαλωτότητα» στη φροντίδα υγείας ως μια πολυπαραγοντική και δυναμική έννοια που δεν περιορίζεται σε συγκεκριμένες ομάδες, αλλά προκύπτει από την αλληλεπίδραση ατομικών, κοινωνικών και περιβαλλοντικών παραγόντων.

Οι κλινικοί καλούνται να ισορροπήσουν ανάμεσα σε τρεις αλληλένδετες διαστάσεις: ηθική, δίκαιο και κλινική πράξη, προσαρμόζοντας εξατομικευμένα τις διαδικασίες ώστε να διασφαλίζεται η σαφήνεια στην ενημέρωση, η αναλογικότητα των παρεμβάσεων και η τεκμηριωμένη συναπόφαση. **Σελ. 18-19**

Παρουσίαση 3D ενδοστοματικών σαρωτών σε Αθήνα και Θεσσαλονίκη
Μια νέα πρωτοβουλία της ΕΟΟ για την προώθηση της ψηφιακής οδοντιατρικής στην καθημερινή κλινική πράξη.
Σελ. 20

Μηχανική καταπόνηση ακίνητων επιεμφυτευματικών εργασιών ολικού τόξου Προβλήματα μετά από μακροχρόνια λειτουργία και πώς να τα αντιμετωπίζουμε

Ο Προσθητολόγος κ. **Δημήτριος Σταυρόπουλος** μέσα από τη στήλη της ΕΟΕ αναλύει τα προβλήματα που εμφανίζονται στις ακίνητες επιεμφυτευματικές αποκαταστάσεις ολικού τόξου μετά από μακροχρόνια λειτουργία και προτείνει τρόπους αντιμετώπισής τους. Η σύγχρονη εμφυτευματολογία έχει πλέον συμπληρώσει τέσσερις δεκαετίες κλινικής εφαρμογής, με περισσότερες από 300 πιστοποιημένες εταιρείες και πάνω από 5 εκατομμύρια εμφυτεύματα να τοποθετούνται ετησίως παγκοσμίως.

Η ευρεία χρήση των εμφυτευμάτων έχει οδηγήσει στη «φάση ενηλικίωσης» της επιστημονικής γνώσης γύρω από τους παράγοντες φθοράς και αποτυχίας των αποκαταστάσεων, παρέχοντάς μας παράλληλα, τα κατάλληλα εργαλεία για την αποτελεσματική διαχείρισή τους. **Σελ. 14**

Είναι δυνατή η αποκατάσταση πρόσθιας σταυροειδούς σύγκλεισης χωρίς ορθοδοντική διευθέτηση;
Της **Κατερίνα Παπαγκίκα**
Σελ. 16-17

Χειρουργική στην Περιοδοντική Θεραπεία

ΕΥΔΟΞΙΑ Α. ΠΕΠΕΛΑΣΗ
Καθηγήτρια Περιοδοντολογίας ΕΚΠΑ
ΙΩΑΝΝΗΣ Α. ΒΡΟΣΟΣ
τ. Καθηγητής Περιοδοντολογίας ΕΚΠΑ
ΦΟΙΒΟΣ Ν. ΜΑΔΙΑΝΟΣ
Καθηγητής Περιοδοντολογίας ΕΚΠΑ

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.

€140,00 • ΣΕΛΙΔΕΣ: 420 • ΕΚΔΟΣΗ: 2023



ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΙΚΟ ΒΗΜΑ
Τηλ. **210 3814 939** | www.odvima.gr

Με βαθιά θλίψη αποχαιρετούμε τον Ομότιμο Καθηγητή Παύλο Γαρέφη



Η οικογένεια του «ΟΒ» αποχαιρετά με συγκίνηση και σεβασμό τον Ομότιμο Καθηγητή Παύλο Γαρέφη, μια εμβληματική φυσιογνωμία της Οδοντιατρικής Επιστήμης, που άφησε ανεξίτηλο το αποτύπωμά του στον ακαδημαϊκό και επιστημονικό χώρο.

Είχαμε την τιμή να συνεργαστούμε στενά με τον Καθηγητή Γαρέφη, ο οποίος εμπιστεύθηκε τον εκδοτικό μας οίκο για την έκδοση σημαντικών επιστημονικών του έργων. Δεν ήταν λίγες οι φορές που άρθρα και επιστημονικές του εργασίες του ιδίου φιλοξενήθηκαν στις σελίδες του «Οδοντιατρικού Βήματος».

Μέσα από αυτή τη δημιουργική συνεργασία, γνωρίσαμε έναν άνθρωπο με σπάνιο ήθος, ευγένεια, αφοσίωση και αγάπη για την επιστήμη του. Γνωρίσματα που τον καθιέρωσαν όχι μόνο ως εξέχοντα επιστήμονα, αλλά και ως αγαπητό και αξέχαστο συνεργάτη.

Αεικίνητος και πολυσχιδής, υπήρξε δραστήριος έως και την τελευταία στιγμή. Η ενασχόλησή του με την τέχνη και τον αθλητισμό αποτελούσε αναπόσπαστο μέρος της προσωπικότητάς του. Λάτρης της ζωγραφικής και της μουσικής, με ιδιαίτερη αισθητική ευαισθησία, άφησε το προσωπικό του στίγμα στον Όμιλο Οδοντιάτρων Λογοτεχνών Καλλιτεχνών, προβάλλοντας την καλλιτεχνική διάσταση της οδοντιατρικής κοινότητας.

Παράλληλα, η αγάπη του για τον αθλητισμό και τη σωματική άσκηση υπήρξε διαχρονική και βαθιά ριζωμένη, προωθώντας με το παράδειγμά του έναν τρόπο ζωής που συνδύαζε την πνευματική καλλιέργεια με τη φυσική ευεξία. Ο Παύλος Γαρέφης ενσάρκωνε το ιδεώδες του καθολικού ανθρώπου, υπήρξε ένα ζωντανό πρότυπο ισορροπίας, πειθαρχίας και εσωτερικής δύναμης για όλους εμάς.

Η μνήμη του θα παραμείνει ζωντανή στις καρδιές όλων όσοι είχαν την τύχη να τον γνωρίσουν.

• • • • •

Ένα αντίο στον Παύλο Γαρέφη

Καλέ μας κι ακριβέ φίλε.

Σήμερα συναντηθήκαμε για να τιμήσουμε την αγάπη μας.

Την αγάπη μας που λέγεται Παύλος.

Φίλε μου ακριβέ θα'ταν κοινοτυπία η απαρτίμηση του επιστημονικού σου έργου και τα διάσημα που σωρεύτηκαν στη μακρά σου διαδρομή γιατί όλα τούτα από καιρό καταγράφηκαν στον Ακαδημαϊκό χώρο που με πάθος ερωτικό θεράπευες άοκνα και ατελείωτα ίσαμε τώρα.

Τέτοιες αναφορές δεν ταιριάζουν στον Αναγεννησιακό πρότυπο του Homo Universalis όπως εσύ!

Πολυπράγμων, απέριτος στη γνώση και στη σοφία σου, πορεύτηκες σε δύσβατα μονοπάτια που σε οδήγησαν στα υπέρχα ύψη εκεί που δεν τολμούν τα κοτσούφια παρά μόνο οι αετοί.

Τι λοιπόν να απομένει σε μένα για να πω!!

Μα η αγάπη φίλε μου. Αυτή που τόσες φορές μνημονεύσαμε μιλώντας για το χώρο

που με πάθος αγκαλιάσαμε ανοίγοντας καινούργιους δρόμους γνώσης και μάθησης.

Η αγάπη σου Παύλε, όπως μ' άρεσε να σε φωνάζω, αυτήν που σπάταλα κι απλόχερα χάριες στους φοιτητές σου και στους ομότεχνους δίχως να κρύβεις ή να κουράζεσαι όπως ακριβώς ορίζει ο Απόστολος των Εθνών στην προς Ρωμαίους επιστολή του:

«Ελλήσι τε και βαρβάρους σοφοίς τε και ανοήτοις οφειλέτης ειμί ούτω το κατ' εμέ πρόθυμον και υμίν της εν Ρώμη ευαγγελίζεσθαι».

Ακριβέ μας Παύλο, καθώς χωρίζουν οι δρόμοι, η μνήμη και το φως της αγάπης σου παραμένει ανέσπερο γιατί όπως μας βεβαιώνει ο θεός Παύλος στην Α' προς Κορινθίους επιστολή του «τα πάντα θέλουνσι καταργηθεί, η αγάπη ουδέποτε εκπίπτει».

Βύρων Δρούκας
Ομότιμος Καθηγητής
Τμ. Οδοντιατρικής ΕΚΠΑ



Giorgione. Three Ages of Man (1500)
Galleria Palatina, Florence

ΓΗΡΟΔΟΝΤΙΑΤΡΙΚΗ ΜΙΑ ΑΠΡΟΠΡΙΑΤΕΧΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ



Ηρακλής Καρκαζής
Ομότ. Καθηγητής Κινητής
Προσθετικής ΕΚΠΑ

...ολίγος ἐστὶ καὶ λυπηρὸς ὁ βίος ἡμῶν, καὶ οὐκ ἔστιν ἴσας ἐν τελευτῇ ἀνθρώπου...

Γήρας αναπόδραστον

Corpus «αφυδατωμένο» και νους δύσκαμπος

Κοινωνική απαξίωση και οικονομική δυσπραγία στις τελευταίες διαδρομές

Στην εποχή του ακραίου τεχνοκρατισμού και της αποπνευμάτωσης του ανθρώπου όπου όλα κοστολογούνται χωρίς ηθικό αντίβαρο, συνωθείται και η επιστήμη μας

Περίλαμπρες θεραπείες και ξεχωριστές δεξιότητες κοσμούν αδιάκοπα το διαδίκτυο, φευ απρόσιτες από τους περισσότερους υπερήλικες χρήζοντες προσθετικής συνδρομής

Appropriatech λοιπόν. Από το appropriate και technology.

Δηλαδή οικονομικότερες λύσεις για τους πολλούς, αλλά χωρίς εκπώσεις στην επιστημονική τους τεκμηρίωση.

Ενα ελάχιστο θεραπευτικό πρωτόκολλο για κάθε περίπτωση, πειθαρχημένο όμως σε αποδεκτές προσθετικές αρχές είναι ίσως το πρώτο βήμα...

..που θα οδηγήσει όμως σε οικονομικότερες θεραπευτικές προσεγγίσεις με παράλληλο έλεγχο της ποιότητας

Υψηλού επιπέδου οδοντιατρική δεν σημαίνει απαραίτητα έναν περίτεχνο και πανάκριβο εξοπλισμό και εξεζητημένες θεραπείες.

Η βαθιά γνώση και η μακρά εμπειρία πλαισιούμενες από ειλικρινή ανθρωπιστική διάθεση ίσως να αποτελούν μια καλύτερη αφετηρία.

Στον εικαστικό στοχασμό του αναγεννησιακού Giorgione, η προσωρινότητα της ανθρώπινης υπόστασης αποτυπώνεται στο διαπεραστικό και λυπημένο προς εμάς βλέμμα, της γερασμένης εκδοχής του ίδιου προσώπου.

Το μήνυμα είναι σαφές. Μη γελιέστε. Είστε ΚΑΙ ΕΣΕΙΣ μέρος αυτής της παράστασης.

Peter Owen. Appropriatech: Prosthodontics for the Many, Not Just for the Few. The International Journal of Prosthodontics. Guest editorial. Volume 17, Number 2, 2004

Η. Καρκαζής, Γήρας. Πορεία στη ματαίωση; Οδοντιατρικό Βήμα. Απρίλιος 2009. <http://users.uoa.gr/~hkarkaz/stohastika.html>

Σοφία Σολομώντος, Κεφάλαιο 2

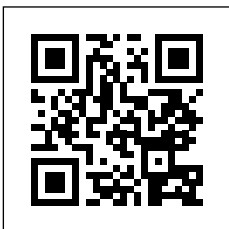
ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΙΚΟ ΒΗΜΑ | Διμηνιαία Έκδοση

Κωδικός 016446

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

Ιδρυτής: Γιάννης Καρκατζούλης

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



Με αυτό το σύστημα, δεν θα χρειαστεί ποτέ
να αθετήσεις μια υπόσχεση!

* SEM surface analysis of 120 sterile packed implants. Final Report of the BDIZ EDI Implant study 2014/2015.



PALTOP
A Keystone Dental Company

PALTOP PCA. Το πιο απλό & αξιόπιστο σύστημα εμφυτευμάτων!



Το σύστημα εμφυτευμάτων κωνικής σύνδεσης 11° PCA της PALTOP, του KDG USA, χαρακτηρίζεται δικαίως ως το πιο εργονομικό και αποδοτικό σύστημα εμφυτευμάτων. Μία, κοινή προσθετική πλατφόρμα για όλες τις διαμέτρους, ελαχιστοποιεί τον απαιτούμενο αριθμό προσθετικών εξαρτημάτων ενώ ταυτόχρονα προσφέρει τη μέγιστη ποικιλία προσθετικών επιλογών. Έχει διακριθεί* για την καθαρότητα της επιφάνειάς του, που εγγυάται τη μέγιστη ασφάλεια για τον ασθενή και το γιατρό. Η κωνική σύνδεση, προσφέρει ερμητική απόφραξη εξαλείφοντας την πιθανότητα εμφάνισης περιεμφυτευματίτιδας, ευνοεί την ανάπτυξη του οστού καθώς και των μαλακών ιστών. Με σιγουριά, όλα αυτά τα χαρακτηριστικά μαζί τα έχει μόνο ένα σύστημα εμφυτευμάτων! Το PCA της PALTOP, του KDG USA.



ariston dental
better answers

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

www.aristondental.com

Το σχέδιο θεραπείας και η κλινική διαχείριση της αποτυχημένης ενδοδοντικής θεραπείας στην ψηφιακή εποχή



Κώστας Κωδωνάς
Επίκουρος καθηγητής
Ενδοδοντολογίας ΑΠΘ



Αντώνης Χανιώτης
Ενδοδοντολόγος, Ειδικευθείς
Ενδοδοντία ΕΚΠΑ



Γιώργος Τζανετάκης
Αναπληρωτής καθηγητής
Ενδοδοντίας ΕΚΠΑ



Ξένος Πετρίδης
Επίκουρος καθηγητής
Ενδοδοντίας ΕΚΠΑ

Εισαγωγή

Τα τελευταία χρόνια, ο τομέας της Ενδοδοντίας έχει γίνει αποδέκτης διαφόρων νέων ψηφιακών τεχνολογιών που απώτερο σκοπό έχουν να οδηγήσουν στη βελτίωση του αποτελέσματος της ενδοδοντικής θεραπείας και της ποιότητας ζωής των ασθενών. Οι τεχνολογίες αυτές στοχεύουν κυρίως στην αύξηση της ακρίβειας και της αποτελεσματικότητας των χειρισμών κατά τη διάρκεια της κλινικής πράξης μειώνοντας ταυτόχρονα τον επεμβατικό χρόνο και πιθανά την ταλαιπωρία του ασθενή.

Η εισαγωγή και η χρήση της τομογραφίας κωνικής δέσμης μπορεί να χαρακτηριστεί ως μια από αυτές τις τεχνολογίες καθώς φαίνεται ότι μπορεί να συμβάλει σε σημαντικό βαθμό τόσο στη σωστή διάγνωση και το κατάλληλο σχέδιο θεραπείας περίπλοκων ενδοδοντικών περιστατικών όσο και στην ομαλή κλινική διεκπεραίωσή τους. Ιδιαίτερα, σε περιπτώσεις αποτυχίας της ενδοδοντικής θεραπείας, όλα τα παραπάνω αποκτούν ακόμη μεγαλύτερη σημασία καθώς η πρόγνωση του δοντιού έχει επιβληθεί σημαντικά.

Σκοπός της συζήτησης του στρογγυλού αυτού τραπεζιού ήταν να παρουσιάσει όλες τις πιθανές διαγνωστικές και κλινικές προκλήσεις που μπορεί να προκύψουν σε περιπτώσεις αποτυχίας της ενδοδοντικής θεραπείας καθώς και τα βήματα εκείνα για μια ορθή απόφαση με σκοπό τη διατήρηση ή μη του δοντιού και την εκτέλεση εν συνεχεία του σχεδίου θεραπείας μέσα από μια ανθρωποκεντρική αντίληψη καθοδηγούμενη από τα κατάλληλα ψηφιακά εργαλεία.

A. Διατήρηση ή εξαγωγή του δοντιού;

Η ενδοδοντική θεραπεία αποτελεί μία από τις πιο συχνές και αποτελεσματικές μεθόδους διατήρησης των φυσικών δοντιών. Ωστόσο, υπάρχουν σαφή όρια πέρα από τα οποία η επιτυχία της καθίσταται αμφίβολη. Ο κλινικός πρέπει να είναι σε θέση να αναγνωρίζει τις περιπτώσεις στις οποίες η διατήρηση του δοντιού δεν είναι εφικτή, ώστε να μπορεί να προτείνει κατάλληλες εναλλακτικές λύσεις, όπως εξαγωγή και χρήση εμφυτεύματος ή προσθετικής αποκατάστασης.

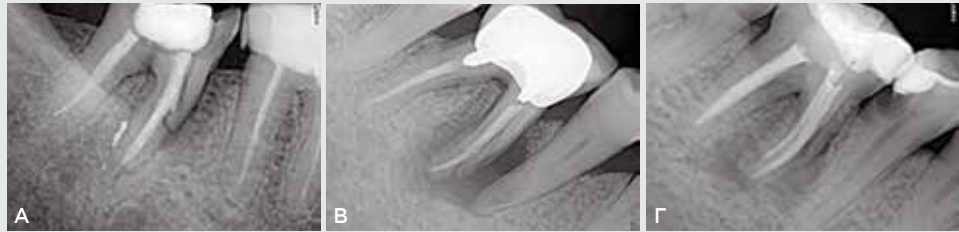
Οι βασικοί παράγοντες που προσδιορίζουν τη βιωσιμότητα ενός δοντιού αφορούν την ακεραιότητα της **μύλης**, της **ρίζας** και των **περιοδοντικών ιστών**.

1. Ακεραιότητα Μύλης

Σε περιπτώσεις εκτεταμένης απώλειας οδοντικών ιστών λόγω τερηδονικής βλάβης ή κατάγματος μύλης μπορεί να μην είναι δυνατή η άρτια συντηρητική ή προσθετική αποκατάσταση (**Εικ. 1**). Όταν διαπιστώνεται πως τα υγιή όρια των οδοντικών ιστών εντοπίζονται υποουλικά σε περισσότερες από δύο επιφάνειες του δοντιού τότε η αποκατάσταση καθίσταται προβληματική τόσο λειτουργικά όσο



Εικ. 1: Α,Β,Γ. Κλινικές εικόνες ενδοδοντικά θεραπευμένων δοντιών με εκτεταμένη καταστροφή μύλης και ατελή κατάγματα στο επίπεδο του υποπολφικού τοιχώματος.



Εικ. 2: Α,Β,Γ. Ακτινογραφικές απεικονίσεις ενδοδοντικά θεραπευμένων γομφίων της κάτω γνάθου με επίμκτες κατάγματα της εγγύς ρίζας.

και αισθητικά. Παρόμοια δυσμενή πρόγνωση παρουσιάζουν και οι περιπτώσεις εκτεταμένης τερηδονικής προσβολής του υποπολφικού τοιχώματος πολύρριζων δοντιών, όπου η απώλεια της δομικής ακεραιότητας της μύλης καθιστά αδύνατη την προβλέψιμη αποκατάστασή τους. Υπό αυτές τις συνθήκες, η εξαγωγή του δοντιού αποτελεί θεραπευτική λύση εκλογής.

2. Ακεραιότητα Ρίζας – Επιμήκη και οριζόντια κατάγματα

Τα **κατάγματα ρίζας**, είτε κατακόρυφα είτε οριζόντια, αποτελούν σοβαρό περιοριστικό παράγοντα στη διατήρηση των δοντιών. Όταν η γραμμή του κατάγματος εντοπίζεται **κάτα μήκος της ρίζας** του δοντιού και εκτείνεται **κατακόρυφα προς το μαστικό επίπεδο τότε το κάταγμα χαρακτηρίζεται ως επίμκτες (Εικ. 2)**. Τα επιμήκη κατάγματα προκαλούν πάντα μη αντιστρεπτή περιοδοντική βλάβη και οδηγούν σε ταχεία απορρόφηση του φατνιακού οστού. Συνεπώς, η ενδεδειγμένη θεραπευτική αντιμετώπιση περιορίζεται στην εκτομή της ρίζας στα πολύρριζα δόντια ή την εξαγωγή του δοντιού.

Τα **οριζόντια** κατάγματα, ανάλογα με τη θέση τους, παρουσιάζουν ευνοϊότερη πρόγνωση (ιδίως αν εντοπίζονται στο ακρορριζικό

τριτημόριο της ρίζας). Συνήθως, δεν απαιτείται κάποια θεραπευτική παρέμβαση παρά μόνο παρουσία συμπτωμάτων. Η παρέμβαση περιλαμβάνει την ενδοδοντική θεραπεία του μυλικά ευρισκόμενου τμήματος του ριζικού σωλήνα σε σχέση με την θέση του οριζόντιου κατάγματος. Ωστόσο, σε περιπτώσεις **υποτροπής**, τα **εναλλακτικά θεραπευτικά σχέδια** παρουσιάζουν **δυσμενή πρόγνωση**.

Η σημαντικότερη πρόκληση, ωστόσο, δεν εντοπίζεται στην αντιμετώπιση, αλλά στη διάγνωση των βλαβών αυτών. Παρότι τα σύγχρονα μέσα τρισδιάστατης απεικόνισης, όπως η αξονική τομογραφία κωνικής δέσμης, μπορούν να συμβάλουν ουσιαστικά στη διάγνωση παθήσεων του στοματογναθικού συστήματος, η ικανότητά τους να ανιχνεύουν κατάγματα ρίζας παραμένει περιορισμένη. Τα τελευταία χρόνια έχουν αναπτυχθεί νέα λογισμικά τεχνητής νοημοσύνης με αυξημένη ειδικότητα και ευαισθησία στην ανίχνευση βλαβών των οδοντικών ιστών, ωστόσο, η αποτελεσματικότητά τους στη διάγνωση καταγμάτων ρίζας παραμένει αμφίβολη. Παρά ταύτα, τα παραδοσιακά διαγνωστικά μέσα εξακολουθούν να αποτελούν αξιόπιστα εργαλεία, εφόσον χρησιμοποιούνται σωστά. Ενδεικτικά, η λήψη περιακρορριζικών ακτινογραφημάτων με διαφορετική οριζόντια



Εικ. 3: Α. Αρχική ακτινογραφική απεικόνιση πλαγιόρριζικής ενδοπεριοδοντικής βλάβης σε φαινομενικά καλές ενδοδοντικές θεραπείες, Β. Μετά την επανάληψη των ενδοδοντικών θεραπειών και την βελτίωση της απολύμανσης του συστήματος των ριζικών σωλήνων έγινε εμφανής η ύπαρξη παράπλευρου σωλήνα σε επικοινωνία με την αλλοίωση, Γ. Η 8μηνη επανεξέταση έδειξε πλήρη επούλωση της ενδοπεριοδοντικής βλάβης 8 μήνες μετά την συντηρητική επανάληψη της ενδοδοντικής θεραπείας.

γωνία αποτελεί ακρογωνιαίο λίθο της διαγνωστικής διαδικασίας.

3. Έκταση της Περιοδοντικής Βλάβης

Η επιτυχία της ενδοδοντικής θεραπείας εξαρτάται όχι μόνο από την αποτελεσματική απολύμανση και ερμητική έμφραξη του συστήματος των ριζικών σωλήνων, αλλά και από την ακεραιότητα του περιοδοντίου. Σε περιπτώσεις προχωρημένης περιοδοντικής νόσου ενός ενδοδοντικά θεραπευμένου δοντιού, με εκτεταμένη οριζόντια ή γωνιώδη φατνιολυσία και αυξημένη κινητικότητα, η πρόγνωση θεωρείται επισφαλής. Η επιτυχία της θεραπείας στις μικτές ενδο-περιοδοντικές βλάβες εξαρτάται από το ποια βλάβη είναι κυρίαρχη. Σε περιπτώσεις αληθούς επιπλεγμένης περιοδοντικής νόσου με δευτερογενή ενδοδοντική εμπλοκή, η ενδοδοντική θεραπεία συνήθως δεν συνιστά μακροχρόνια λύση. Αντίθετα, οι περιπτώσεις πρωτογενούς ενδοδοντικής βλάβης με δευτερογενή περιοδοντική εμπλοκή παρουσιάζουν ευνοϊότερη πρόγνωση. Τέλος, δυσμενέστερη πρόγνωση εμφανίζουν οι αληθείς μικτές ενδο-περιοδοντικές βλάβες. Σύμφωνα με τη νέα ταξινόμηση της Περιοδοντολογικής Ακαδημίας Ευρώπης και Ηνωμένων Πολιτειών (American Academy of Periodontology και European Federation of Periodontology, 2018), οι περιπτώσεις με δυσμενέστερη πρόγνωση αφορούν ενδοδοντικά θεραπευμένα δόντια που παρουσιάζουν βαθείς περιοδοντικούς θυλάκους σε περισσότερες από μία επιφάνειες, σε ασθενείς χωρίς γενικευμένη περιοδοντική νόσο.

Η ενδοδοντολογία έχει εξελιχθεί ραγδαία τις τελευταίες δεκαετίες, παρέχοντας τη δυνατότητα διατήρησης φυσικών δοντιών που άλλοτε θεωρούνταν καταδικασμένα σε απώλεια. Παρά την εντυπωσιακή αυτή πρόοδο, η επιτυχία κάθε θεραπευτικής προσέγγισης εξακολουθεί να εξαρτάται από την ύπαρξη επαρκών δομικών στοιχείων όπως επαρκή τοιχώματα μύλης, ακέραη ρίζα και ικανοποιητική περιοδοντική στήριξη τα οποία διασφαλίζουν τη λειτουργική και βιολογική σταθερότητα του δοντιού. Ο ακριβής καθορισμός των ορίων της ενδοδοντικής θεραπείας δεν αποτελεί απλώς τεχνική επιλογή, αλλά πράξη κλινικής σύνεσης και επιστημονικής ευθύνης, θεμελιώδη για τη μακροχρόνια επιτυχία και τη διατήρηση της στοματικής υγείας του ασθενούς.

B. Συντηρητική επανεπέμβαση σε περίπτωση αποτυχίας της ενδοδοντικής θεραπείας

Οι βασικές αιτίες αποτυχίας της ενδοδοντικής θεραπείας έγκεινται κυρίως στην αδυναμία αποτελεσματικού ελέγχου της μικροβιακής χλωρίδας που έχει εγκατασταθεί στο σύστημα της πολφικής κοιλότητας καθώς και στην παραμονή φλεγμονώδους οργανικού ιστού εντός του συστήματος των ριζικών σωλήνων. Σε ορισμένες περιπτώσεις, η επιμόλυνση του συ-



EDGEFILE® X7



**ENGINEERED TO REDUCE RISKS
AND DELIVER PROVEN PERFORMANCE**



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

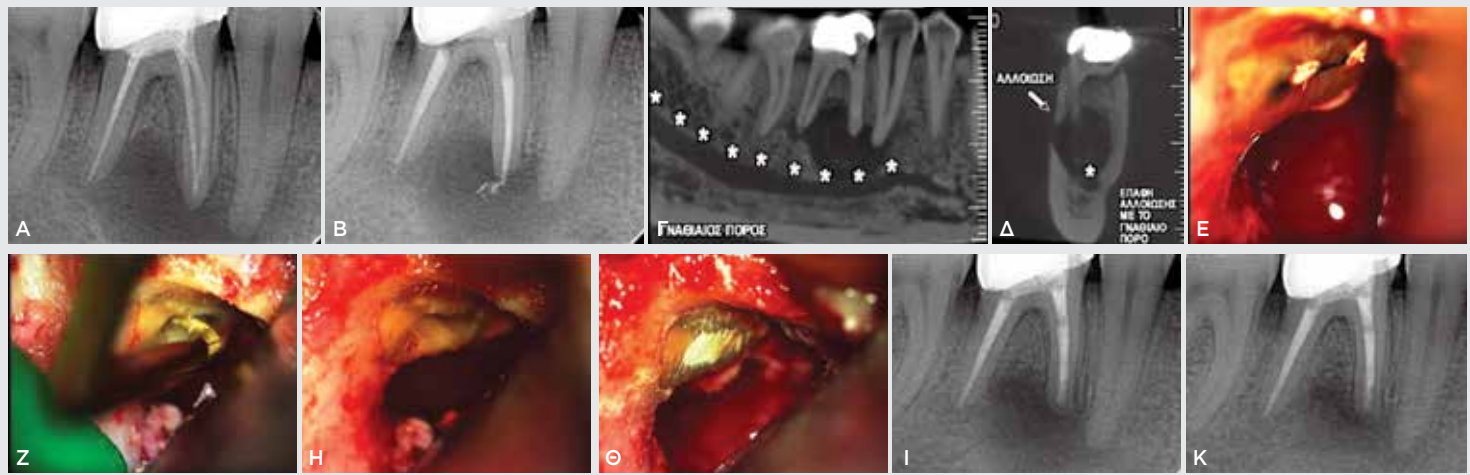
στήματος των ριζικών σωλήνων και των εμφρακτικών υλικών μέσω μυλικής μικροδυσίδωσης αποτελεί έναν επιπλέον λόγο αποτυχίας της ενδοδοντικής θεραπείας (**Εικ. 3,4**).

Κατά το στάδιο της διάγνωσης όμως, η αιτία της αποτυχίας απαιτείται να προσδιοριστεί με ακρίβεια ώστε να τεθεί η πρόγνωση και να ακολουθήσει η πρόβλεψη αντιμετώπιση του περιστατικού. Βασικά στοιχεία που αξιολογούνται κατά τη φάση αυτή είναι:

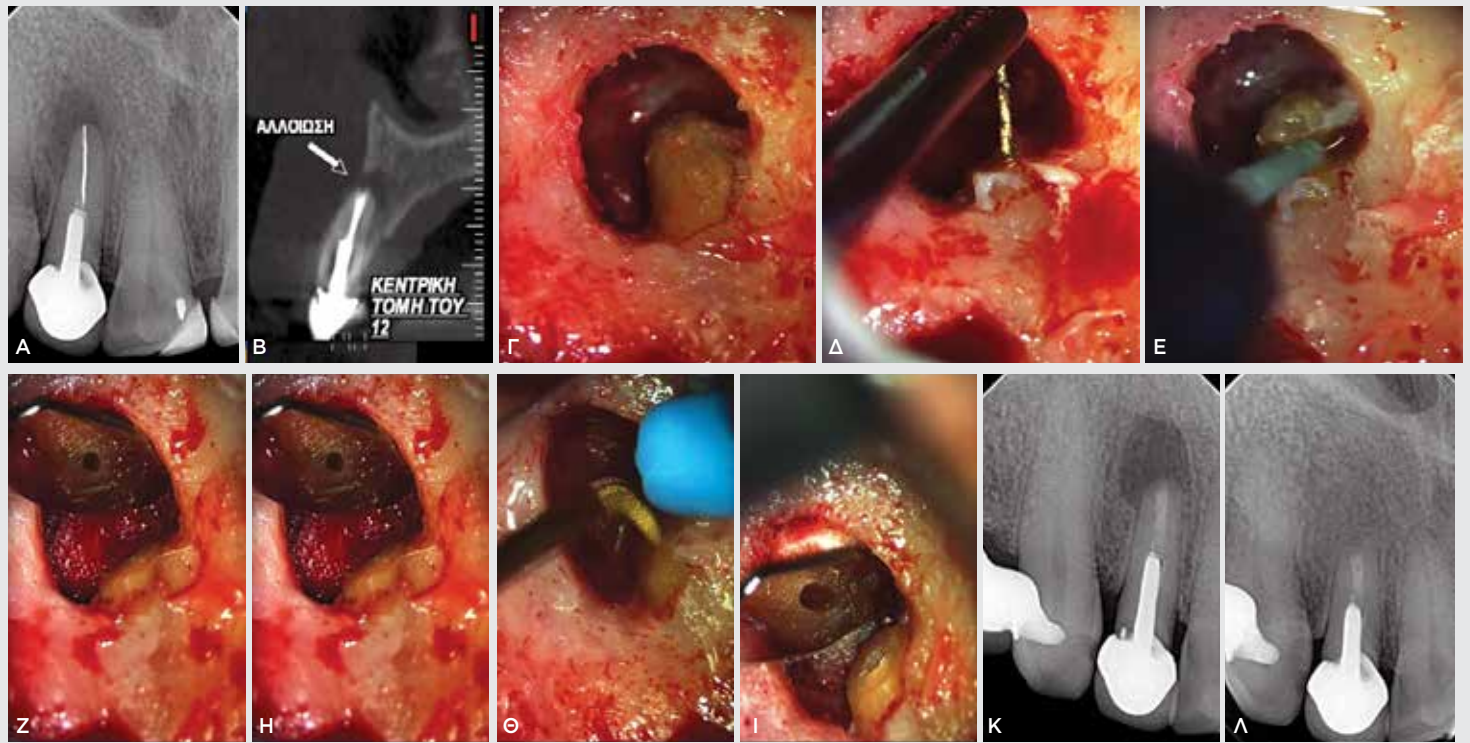
- 1. Η ποιότητα της ενδοδοντικής θεραπείας.
- 2. Η ανατομία του συστήματος των ριζικών σωλήνων που δεν έχει ελεγχθεί.
- 3. Η πιθανή ύπαρξη ενός συμβάματος που δεν έχει επιτρέψει τον καθαρισμό του συστήματος των ριζικών σωλήνων.
- 4. Η ποιότητα της μυλικής αποκατάστασης.



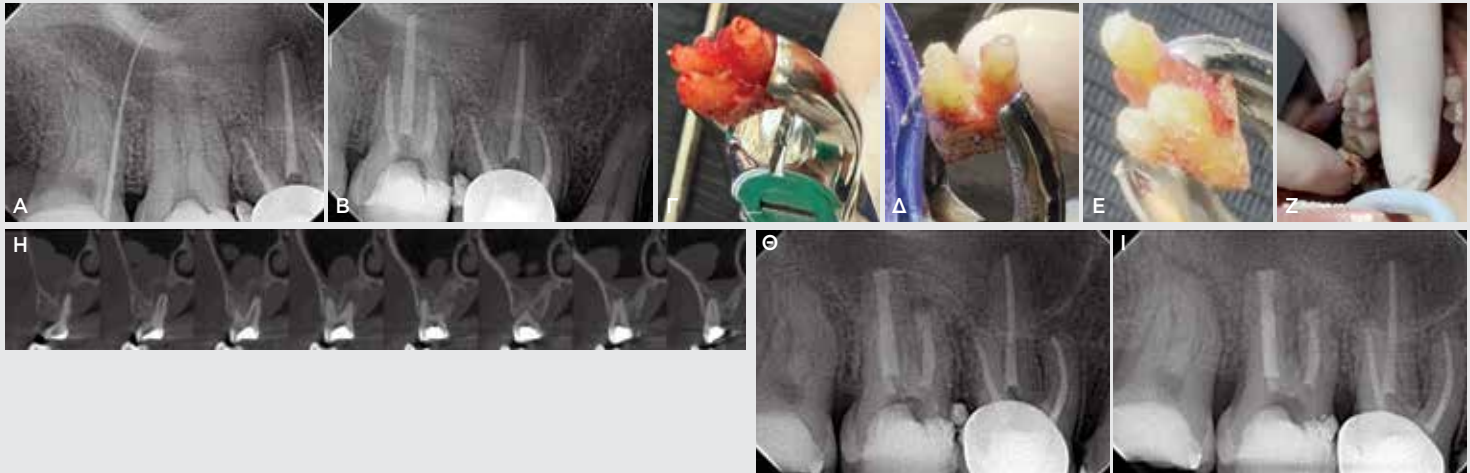
Εικ. 4: Αρχική κλινική κατάσταση του περιστατικού, και επούλωση των μαλακών ιστών 8 μήνες μετά την συντηρητική επανάληψη των ενδοδοντικών θεραπειών.



Εικ. 5: Α. Αρχικό ακτινογράφημα ενδοδοντικά θεραπευμένου γομφίου της κάτω γνάθου με εκτεταμένη περιακρορριζική αλλοίωση στην εγγύς ρίζα. Β. Μετά την επανάληψη της ενδοδοντικής θεραπείας. Γ,Δ. Διαφορετικές τομές υπολογιστικής τομογραφίας κωνικής δέσμης που αποκαλύπτουν το μέγεθος της βλάβης, Ε. Μετά την εκτομή του ακρορριζίου της εγγύς ρίζας αποκαλύπτεται το αίτιο της αποτυχίας της συντηρητικής επανεπέμβασης. Ο ισθμός μεταξύ των εγγύς ριζικών σωλήνων παραμένει μολυσμένος. Ζ,Η,Θ. Ολοκλήρωση της περιακρορριζικής χειρουργικής, Ι,Κ. Ακτινογραφήματα επανεξέτασης 6 και 12 μηνών αντίστοιχα που αποκαλύπτουν τη σταδιακή επούλωση της βλάβης.



Εικ. 6: Α. Αρχικό ακτινογράφημα ενδοδοντικά θεραπευμένου πλάγιου τομέα της άνω γνάθου με περιακρορριζική αλλοίωση, κυτό άξονα και τμήμα από κώνιο αργύρου στο ριζικό σωλήνα. Β. Τομή υπολογιστικής τομογραφίας κωνικής δέσμης που οριοθετεί τη βλάβη. Γ,Δ,Ε,Ζ,Η,Θ,Ι. Ολοκλήρωση της περιακρορριζικής χειρουργικής. Κ. Ακτινογράφημα αμέσως μετά τη χειρουργική. Λ. Ακτινογράφημα επανεξέτασης 12 μηνών που αποκαλύπτει την πλήρη επούλωση της βλάβης.



Εικ. 7: Α. Αρχικό ακτινογράφημα δευτέρου γομφίου της άνω γνάθου με κώνιο γουταπέρκας σε πόρο ουριγγίου που καταλήγει στο ακρορριζίο της υπερωίας ρίζας. Β. Το ουρίγγιο δεν παρουσίασε επούλωση παρά τις επανειλημμένες προσπάθειες συντηρητικής παρέμβασης οπότε οι ριζικοί σωλήνες εμφράχθηκαν για να ακολουθήσει η σκόπιμη αναφύτευση του δοντιού με σκοπό τον έλεγχο της παθολογίας. Γ. Διαφορετικές πλάγιες τομές υπολογιστικής τομογραφίας κωνικής δέσμης που αποκαλύπτουν το μέγεθος της βλάβης στην υπερωία ρίζα και το γιατί η περιακρορριζική χειρουργική στην περίπτωση αυτή παρουσίαζε μεγάλες δυσκολίες κυρίως λόγω της κατάδυσης του εδάφους του ιγμορείου μεταξύ των ριζών του δοντιού. Δ,Ε,Ζ,Η. Ολοκλήρωση της διαδικασίας της σκόπιμης αναφύτευσης. Θ. Ακτινογράφημα αμέσως μετά την επανατοποθέτηση του δοντιού στο φατνίο, Ι. Ακτινογράφημα επανεξέτασης 3 μηνών όπου το δόντι είναι πλέον ακλόνητο στο φραγμό με σαφείς ενδείξεις επούλωσης των περιακρορριζικών ιστών.

5. Η πιθανή ύπαρξη ενός ατελούς επιμήκους κατάγματος.

Σε περιπτώσεις όμως που δεν παρατηρείται τίποτε από τα παραπάνω και ο ακτινογραφικός έλεγχος αποκαλύπτει ακτινογραφικά αποδεκτές ενδοδοντικές θεραπείες με επάρκεια μυλικής αποκατάστασης και στις οποίες έχουν θεωρητικά εξαντληθεί όλα τα περιθώρια συντηρητικής αντιμετώπισης αποκτά νόημα ο όρος εμμένουσα λοίμωξη. Η περίπτωση αφορά την πλήρως εγκατεστημένη μόλυνση της πολφικής κοιλότητας που πιθανά δε μπορεί να αντιμετωπιστεί με συντηρητική επανεπέμβαση και η χειρουργική μπορεί να δώσει μια επιπλέον θεραπευτική επιλογή σε ορισμένα και σωστά επιλεγμένα περιστατικά.

Γ. Χειρουργική αντιμετώπιση μετά από αποτυχία της ενδοδοντικής θεραπείας

Οι βασικές ενδείξεις χειρουργικής αντιμετώπισης ενός ενδοδοντικού περιστατικού είναι:

- 1. Η παραμένουσα συμπτωματολογία ή σημειολογία (σε θεραπείες όπου διαπιστώνεται με τη τρισδιάστατη απεικόνιση ότι πράγματι έχουν εξαντληθεί τα περιθώρια συντηρητικής αντιμετώπισης).
- 2. Η ύπαρξη εκτεταμένων περιακρορριζικών βλαβών (διαμέτρου>10mm) καθώς και η υποψία ύπαρξης αληθούς κύστης ή εξωρριζικής μόλυνσης (**Εικ. 5**).
- 3. Η ύπαρξη κυτών συνήθως ενδορριζικών αξόνων και προσθετικών εργασιών με υγιή όρια (ακόμη και σε θεραπείες ακτινογραφικά μη αποδεκτές όταν το κόστος της αντικατάστασης των προσθετικών εργασιών κρίνεται ιδιαίτερα υψηλό) (**Εικ. 6**).
- 4. Η ύπαρξη ιατρογενών συμβαμάτων (θραύση μικροεργαλείων, εξεσημασμένα θάβρα, αλλαγή της ανατομίας στο ακρορριζικό τριτημόριο) που κάνουν τη συντηρητική επανεπέμβαση εξαιρετικά δύσκολη ή αδύνατη
- 5. Η Υποψία ύπαρξης ατελούς κατάγματος στην ακρορριζική περιοχή

Δ. Σκόπιμη αναφύτευση

Η σκόπιμη αναφύτευση αποτελεί μια τεκμηριωμένη και αποδεκτή θεραπευτική επιλογή για τη διατήρηση ενδοδοντικά θεραπευμένων δοντιών, όταν όλες οι άλλες συντηρητικές ή χειρουργικές προσεγγίσεις είναι αδύνατες ή αντενδείκνυνται. Πρόκειται για τη σκόπιμη/ελεγχόμενη εκγύμνωση και επανατοποθέτηση του δοντιού στο φατνίο, με στόχο την εξάλειψη εμμένουσας ενδοδοντικής βλάβης και τη διατήρηση της φυσικής οδοντοφυΐας υπό λειτουργικές και αισθητικές συνθήκες.

Η επιτυχία της μεθόδου εξαρτάται πρωτίστως από την αυστηρή επιλογή περιστατικών και την προσεκτική διαχείριση των ιστών του περιρριζίου. Η βιωσιμότητα των κυττάρων του περιρριζίου αποτελεί τη βιολογική βάση της αναφύτευσης. Συνεπώς, ο χρόνος εξωστοματικής παραμονής του δοντιού δεν πρέπει να υπερβαίνει τα 15 λεπτά, ενώ απαιτείται διατήρησή του σε ειδικό μέσο διατήρησης καθ' όλη τη διάρκεια των εξωστοματικών χειρισμών (π.χ. θρεπτικά μέσα κυτταροκαλλιεργειών).

Η διαδικασία περιλαμβάνει την ατραυματική εξαγωγή (ελεγχόμενη εκγύμνωση) του δοντιού χωρίς τη χρήση μοχλών, την επισκόπηση της ρίζας για αποκλεισμό ρωγμών ή καταγμάτων και την αποκοπή 2-3 mm του ακρορριζίου. Ακολουθεί ανάστροφη παρασκευή και εμφράξη των ριζικών σωλήνων, συνήθως με υλικά βιοσυμβατά όπως το MTA ή σύγχρονα βιοκεραμικά υλικά, υπό τη μεγέθυνση χειρουργικού μικροσκοπίου. Το δόντι επανατοποθετείται στο φατνίο με ήπια κατακόρυφη πίεση χωρίς απόξεση του φατνίου. Το δόντι ακινητοποιείται στη θέση του είτε με τη χρήση ραμμάτων,

Συνέχεια στη σελίδα 9

Click & Bond

Adhese[®] Universal VivaPen[®]

- Καθολική συγκόλληση σε προηγμένη συσκευασία
- Σταθερά υψηλή αντοχή δεσμού (> 25 MPa) σε υγρή και στεγνή οδοντίνη
- Οικονομική διανομή χάρη στο αποτελεσματικό VivaPen



Εξαιρετικά
φιλικός
σχεδιασμός
χρήσης

27ο ΠΑΝΕΛΛΗΝΙΟ ΣΥΜΠΟΣΙΟ ΕΝΔΟΔΟΝΤΙΑΣ

From Regeneration to Transplantation!

7-8 ΦΕΒΡΟΥΑΡΙΟΥ 2026

Κέντρο Διάδοσης Ερευνητικών
Αποτελεσμάτων ΚΕ.Δ.Ε.Α
Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης



Πληροφορίες



Συνέχεια από τη σελίδα 6

είτε με την τοποθέτηση ημι-άκαμπτης ακινητοποίησης, ενώ ακολουθεί ρύθμιση της σύγκλεισης (Εικ. 7).

Η φαρμακευτική υποστήριξη περιλαμβάνει συνήθως χορήγηση αντιφλεγμονώδους αγωγής, καθώς και στοματικές πλύσεις με χλωρεξιδίνη. Η μετεπεμβατική παρακολούθηση σε τακτά διαστήματα είναι κρίσιμη για την αξιολόγηση της οστικής επούλωσης και την πρόληψη αναγνώριση πιθανών επιπλοκών, όπως αντικαταστατική απορρόφηση ή αγκύλωση.

Η βιβλιογραφία καταγράφει υψηλά ποσοστά επιβίωσης των δοντιών στο φραγμό, αναδεικνύοντας τη σκόπιμη αναφύτευση ως μια προβλέψιμη και βιολογικά τεκμηριωμένη θεραπευτική επιλογή, εφόσον τηρηθούν αυστηρά τα πρωτόκολλα επιλογής περιστατικών διεπεμβατικών χειρισμών. Πρόκειται ουσιαστικά για την ύστατη, αλλά αξιόπιστη, δυνατότητα διατήρησης ενός φυσικού δοντιού στον οδοντικό φραγμό.

Συμπεράσματα

Η αποτυχία της ενδοδοντικής θεραπείας προβληματίζει ιδιαίτερα τον κλινικό τόσο όσον αφορά το αίτιο αυτής όσο και για το σχέδιο θεραπείας που θα πρέπει να ακολουθηθεί. Σε περιπτώσεις μη αποδεκτής ενδοδοντικής θεραπείας, η συντηρητική επανεπέμβαση από μόνη της μέσα στο σύστημα των ριζικών σωλήνων αρκεί για να δώσει τη λύση με ιδιαίτερα υψηλό ποσοστό επιτυχίας. Σε περιπτώσεις όμως που θεωρείται ότι έχουν εξαντληθεί όλα τα περιθώρια συντηρητικής αντιμετώπισης αλλά ο έλεγχος του μικροβιακού παράγοντα δεν έχει καταστεί εφικτός, η χειρουργική ολοκλήρωση αποτελεί μια ιδιαίτερα αξιόπιστη και προβλέψιμη θεραπευτική επιλογή σε περιπτώσεις αποτυχίας της ενδοδοντικής θεραπείας.

Ο ενδελεχής και εμπεριστατωμένος όμως

κλινικός και ακτινογραφικός έλεγχος με τη λήψη υπολογιστικής τομογραφίας κωνικής δέσμης είναι αυτός που θα οδηγήσει στην απόφαση εάν η χειρουργική αντιμετώπιση αποτελεί την πρόποσα θεραπευτική επιλογή ή όχι. Σε αρκετές περιπτώσεις, η ποιότητα της υπάρχουσας ενδοδοντικής θεραπείας καθώς και της μυλικής αποκατάστασης όπως και το μέγεθος της βλάβης αποτελούν τις παραμέτρους που θα οδηγήσουν στην απόφαση για συντηρητική επανεπέμβαση ή χειρουργική αντιμετώπιση ή και συνδυασμό αυτών. Η σκόπιμη αναφύτευση αποτελεί επίσης μια επιπλέον θεραπευτική επιλογή στις περιπτώσεις εκείνες όπου ο βαθμός δυσκολίας της χειρουργικής είναι ιδιαίτερα υψηλός ή γενικά μπορεί να αντενδείκνυται.

Ενδεικτική βιβλιογραφία

1. Azim AA, Albanyan H, Azim KA, Piasecki L. The Buffalo study: Outcome and associated

predictors in endodontic microsurgery- a cohort study. Int Endod J 2021;54:301-318.
2. Bergenholtz G. Assessment of treatment failure in endodontic therapy. J Oral Rehabil 2016;43:753-8.
3. Bliggenstorfer S, Chappuis V, von Arx T. Outcome of Periapical Surgery in Molars: A Retrospective Analysis of 424 Teeth. J Endod 2021;47:1703-1714.
4. Karabucak B, Setzer F. Criteria for the ideal treatment option for failed endodontics: surgical or nonsurgical? Compend Contin Educ Dent. 2007;28:391-7
5. Plotino G, Abella Sans F, Duggal MS, Grande NM, Krastl G, Nagendrababu V, Gambarini G. Present status and future directions: Surgical extrusion, intentional replantation and tooth autotransplantation. Int Endod J 2022 May;55 Suppl 3:827-842.
6. Plotino G, Abella Sans F, Duggal MS, Grande NM, Krastl G, Nagendrababu V, Gambarini G. Clinical procedures and outcome of surgical extrusion, intentional replantation and tooth auto-

transplantation - a narrative review. Int Endod J 2020;53:1636-1652.
7. Nair PN. On the causes of persistent apical periodontitis: a review. Int Endod J 2006;39:249-81.
8. Siqueira JF Jr. Aetiology of root canal treatment failure: why well-treated teeth can fail. Int Endod J 2001;34:1-10.
9. von Arx T, Roux E, Bürgin W. Treatment decisions in 330 cases referred for apical surgery. J Endod 2014;40:187-91.
10. Yamada M, Kasahara N, Matsunaga S, Fujii R, Miyayoshi N, Sekiya S, Ding I, McCulloch CA. Critical Factors Affecting Outcomes of Endodontic Microsurgery: A Retrospective Japanese Study. Dent J (Basel). 2024;12:266.

**Το θέμα παρουσιάστηκε με τη μορφή στρογγυλού τραπέζιού στο πλαίσιο του 43ου Πανελληνίου Οδοντιατρικού Συνεδρίου, προσφορά της Ελληνικής Ενδοδοντικής Εταιρείας)*

ΤΙΜΗ: €25,00

Ο κλινικός οδηγός αντιμετώπισης οδοντικού τραύματος σε περιστατικά στα οποία η Ενδοδοντία κατέχει βασικό ρόλο λόγω της άμεσης εμπλοκής του πολφού εκδίδεται για πρώτη φορά **υπό την αιγίδα της Ελληνικής Ενδοδοντικής Εταιρείας** με βασικό στόχο να αποτελέσει τη βασική γραμμή βοήθειας του οδοντίατρου σε περιστατικά τραύματος που απαιτούν έκτακτη αντιμετώπιση.

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

Εξειδίκευση
για κάθε χαμόγελο

INTERMED S.A. Pharmaceutical Laboratories
Καλυφτάκη 27, 145 64 Κηφισιά, Τηλ.: 210 62.53.905, Fax: 210 62.53.906, www.intermed.com.gr

Γυναίκες στην Υγεία: από την «αόρατη» συνεισφορά στην ανθεκτικότητα των συστημάτων



Μαρία Αντωνιάδου
Αναπληρώτρια Καθηγήτρια
Οδοντιατρικής Σχολής, ΕΚΠΑ

Εισαγωγή

Οι γυναίκες αποτελούν τον κορμό των συστημάτων υγείας και κοινωνικής φροντίδας: περίπου **67%** του παγκόσμιου εργατικού δυναμικού είναι γυναίκες, παρέχοντας υπηρεσίες σε σχεδόν **5 δισ.** ανθρώπους ετησίως και παράγοντας εκτιμώμενη αξία άνω των **3 τρις. USD** (World Health Organization, 2019). Η συνεισφορά αυτή εκτείνεται σε όλο το συνεχές της φροντίδας, από την πρωτοβάθμια και την προληπτική υγεία, τη νοσηλευτική και τη μαιευτική, έως την κατ' οίκον φροντίδα, την κοινωνική εργασία και την ψυχική υγεία, με τους περισσότερους ρόλους να βρίσκονται στην πρώτη γραμμή, εντός κοινοτήτων και ευάλωτων πληθυσμών (WHO, 2019).

Παρά τη βαρύτητα της συμβολής τους, η εργασία των γυναικών **παραμένει υποτιμημένη ή «αόρατη»**. Μεγάλο μέρος της εκτελείται σε θέσεις **χαμηλότερου κύρους και αμοιβών**, συχνά με **άτυπες ή επισφαλείς μορφές απασχόλησης**, και με σημαντικό όγκο απλήρωτης φροντίδας που δεν αποτυπώνεται επαρκώς στους εθνικούς λογαριασμούς (WHO, 2019). Η υποτίμηση αυτή δεν αντανακλά ελλείμματα ικανοτήτων· αναπαράγεται από **έμφυλες νόρμες** και θεσμικές πρακτικές που τοποθετούν την «εργασία φροντίδας» ως φυσική προέκταση του κοινωνικού ρόλου των γυναικών, με συνέπεια να υποεκτιμάται η **πολυπλοκότητα, ευθύνη και δεξιοσύνη** που απαιτούνται (WHO, 2019).

Επιπλέον, καταγράφονται **κενά στα δεδομένα και τη μέτρηση**: οι επίσημες στατιστικές σπάνια καταγράφουν πλήρως την άτυπη εργασία φροντίδας, τις πολλαπλές μορφές μερικής απασχόλησης ή τις μη αμειβόμενες συνεισφορές εντός οικογένειας και κοινότητας. Αυτό οδηγεί σε **συστηματική υποεκτίμηση** της πραγματικής οικονομικής και κοινωνικής αξίας που δημιουργούν οι γυναίκες στο σύ-

στημα υγείας και δυσχεραίνει τον ορθολογικό σχεδιασμό πολιτικών (WHO, 2019). Το αποτέλεσμα είναι ένας **φαύλος κύκλος**: η αόρατη εργασία δεν χρηματοδοτείται ούτε ενισχύεται επαρκώς, οι συνθήκες εργασίας παραμένουν άνισες, και η δυνατότητα **προσέλκυσης και διατήρησης** ανθρώπινου δυναμικού μειώνεται, με άμεσες επιπτώσεις στην ποιότητα, την προσβασιμότητα και την ανθεκτικότητα των υπηρεσιών υγείας (WHO, 2019).

Τέλος, η **μακροοικονομική** διάσταση είναι καθοριστική: όταν οι γυναίκες θέσεις στον χώρο της υγείας αποτιμώνται δίκαια και ενισχύονται με **ασφαλείς συμβάσεις, διαφανείς μισθολογικές κλίμακες και πραγματικές διαδρομές ανέλιξης**, βελτιώνονται τα αποτελέσματα υγείας, ενισχύεται η **παραγωγικότητα** των συστημάτων και επιταχύνεται η πορεία προς την **Καθολική Υγειονομική Κάλυψη** και τους **Στόχους Βιώσιμης Ανάπτυξης** (WHO, 2019). Με άλλα λόγια, η ισότιμη αποτίμηση της γυναικείας εργασίας στην υγεία δεν είναι απλώς θέμα δικαιοσύνης· είναι προϋπόθεση συστημικής βιωσιμότητας.

Το παράδοξο «Delivered by women, led by men»

Η φράση **«Delivered by women, led by men»** συνοψίζει με ακρίβεια ένα από τα πιο επίμονα και δομικά παράδοξα των συστημάτων υγείας: ενώ οι γυναίκες αποτελούν τη συντριπτική πλειοψηφία του εργατικού δυναμικού υγείας και κοινωνικής φροντίδας (περίπου 67% σε παγκόσμια κλίμακα), εξακολουθούν να συγκεντρώνονται σε θέσεις χαμηλότερης αμοιβής και κύρους, όπως η νοσηλευτική, η μαιευτική, η κοινωνική εργασία και η κατ' οίκον φροντίδα (World Health Organization, 2019). Αντίθετα, οι άνδρες υπερεκπροσωπούνται στις ιατρικές ειδικότητες υψηλής εξειδίκευσης και στα διοικητικά ή ακαδημαϊκά αξιώματα. Αυτό το

επαγγελματικό «διαχωριστικό τοίχωμα» (occupational segregation) δεν αντανακλά διαφορές σε εκπαίδευση, εμπειρία ή ικανότητες· εδράζεται σε **βαθιά ριζωμένες κοινωνικές νόρμες και έμφυλα στερεότυπα**, όπως αναφέραμε προηγουμένως, τα οποία αποδίδουν στις γυναίκες ρόλους φροντίδας ως «φυσική» επέκταση της οικογενειακής τους θέσης, με αποτέλεσμα τη συστηματική υποτίμηση κρίσιμων επαγγελματιών (WHO, 2019).

Αντίστοιχες ανισότητες καταγράφονται και στα ανώτερα κλιμάκια λήψης αποφάσεων. Παρά την παρουσία τους στην πλειονότητα των επαγγελματιών υγείας, οι γυναίκες κατέχουν λιγότερο από το **25% των ηγετικών θέσεων** σε παγκόσμιο επίπεδο, γεγονός που οδηγεί σε αποκλεισμό τους από τα κέντρα χάραξης πολιτικής και στρατηγικής (World Health Organization, 2021). Αυτή η ανισορροπία δεν είναι απλώς ζήτημα εκπροσώπησης: έρευνες δείχνουν ότι η έλλειψη γυναικών σε ηγετικούς ρόλους στερεί από τα συστήματα υγείας σημαντικά οφέλη, όπως αυξημένη καινοτομία, μεγαλύτερη διαφάνεια και ενισχυμένα αποτελέσματα υγείας (Kalbarczyk et al., 2025). Επομένως, η επίμονη ανισότητα στη συμμετοχή των γυναικών στη διοίκηση δεν αποτελεί μόνο κοινωνική αδικία αλλά και **δομικό εμπόδιο για την αποτελεσματικότητα και ανθεκτικότητα των ίδιων των συστημάτων υγείας** (WHO, 2021).

Το μισθολογικό χάσμα και το «μπτρικό τίμημα»

Σε παγκόσμιο επίπεδο, το μισθολογικό χάσμα στον τομέα της υγείας παραμένει σταθερά υψηλό: οι γυναίκες αμειβονται κατά μέσο όρο περίπου **20% λιγότερο** από τους άνδρες συναδέλφους τους (World Health Organization & International Labour Organization, 2022). Αν και ένα μικρό τμήμα αυτού του χάσματος μπορεί

να εξηγηθεί από παράγοντες όπως η ηλικία, τα έτη προϋπηρεσίας ή το επίπεδο εκπαίδευσης, η πλειοψηφία παραμένει «ανεξήγητη». Αυτό το ανεξήγητο μέρος αντανακλά τη **συστηματική υποτίμηση των γυναικοκρατούμενων επαγγελματιών**, όπως η νοσηλευτική και η φροντίδα, καθώς και το γνωστό φαινόμενο του **μπτρικού τιμήματος (motherhood penalty)**. Οι γυναίκες που αποκτούν παιδιά συχνά αντιμετωπίζουν περιορισμένες ευκαιρίες ανέλιξης, διακοπές στην καριέρα ή αναγκάζονται να στραφούν σε μερική απασχόληση, με αποτέλεσμα χαμηλότερα συνολικά εισοδήματα σε σχέση με άνδρες ή γυναίκες χωρίς παιδιά (WHO & ILO, 2022).

Η πανδημία COVID-19 λειτούργησε σαν **μεγεθυντικός φακός** αυτών των ανισοτήτων. Σε αρκετές χώρες το μισθολογικό χάσμα φάνηκε να μειώνεται, αλλά αυτή η μείωση ήταν **τεχνητή**: οι χαμηλόμισθες γυναίκες σε επίσφαλεις ή άτυπες θέσεις αποκλείστηκαν δυσανάλογα από την απασχόληση κατά τη διάρκεια των περιοριστικών μέτρων (WHO & ILO, 2022). Έτσι, ο μέσος όρος των μισθών των γυναικών αυξήθηκε στατιστικά, όχι επειδή οι ίδιες αμειφθηκαν καλύτερα, αλλά επειδή έπαψαν να καταγράφονται οι χαμηλότερα αμειβόμενες. Το αποτέλεσμα ήταν η πραγματική **συρρίκνωση του συνολικού μισθολογικού όγκου των γυναικών** στον τομέα, εντείνοντας περαιτέρω την οικονομική τους ευαλωτότητα και περιορίζοντας τις προοπτικές επαγγελματικής τους εξέλιξης (WHO & ILO, 2022).

Γιατί αφορά την οδοντιατρική κοινότητα και το κενό στην ηγεσία

Η έμφυλη ανισότητα στον χώρο της υγείας δεν είναι αφηρημένη έννοια, αλλά ζήτημα με άμεσες συνέπειες για την καθημερινή λειτουργία και τη βιωσιμότητα των επαγγελματιών φροντίδας, συμπεριλαμβανομένης της οδοντιατρικής. Η άνιση κατανομή σε θέσεις ευθύνης και η μισθολογική υποτίμηση μειώνουν την ελκυστικότητα του κλάδου, ιδιαίτερα για τις νεότερες γενιές που αναζητούν βιώσιμες και δίκαιες συνθήκες εργασίας. Στην οδοντιατρική, αυτό εκδηλώνεται με ελλείψεις προσωπικού, αυξημένη πίεση στους επαγγελματίες και υψηλότερο κίνδυνο burnout, ιδίως σε ρόλους πρώτης γραμμής (WHO & ILO, 2022). Ταυτόχρονα, η απουσία γυναικών από τα κέντρα λήψης αποφάσεων στερεί τη δυνατότητα ανάπτυξης πιο συμμετοχικών πολιτικών σε κρίσιμα πεδία, όπως η πρόληψη, η στοματική υγεία του πληθυσμού, η εκπαίδευση και η διασύνδεση με άλλους τομείς υγείας.

Η πρόσφατη βιβλιογραφία επιβεβαιώνει ότι η γυναικεία ηγεσία δεν είναι μόνο ζήτημα ισότητας, αλλά **καταλύτης βελτίωσης**. Η συστηματική ανασκόπηση των Kalbarczyk και συνεργατών (2025) δείχνει ότι οι γυναίκες σε ηγετικούς ρόλους ενισχύουν την καινοτομία, τη διαχείριση κινδύνου, την κουλτούρα συνεργασίας και τα αποτελέσματα υγείας, ενώ η μελέτη των Buss, Andler & Tiberius (2025) στο Leadership Quarterly υπογραμμίζει την αξία της ενουναίσθησης, της συμμετοκικότητας και της στρατηγικής ανθεκτικότητας ως



Ancient Bangladeshi Deconstructed Garam masala spice fusion

**BECAUSE
INGREDIENTS
MATTER**

THE PERFECT BLEND

SERVED BY OPTIDENT

As likeminded epicureans, it's always good to know that the people creating the things you love are experienced, knowledgeable and above all, passionate about what you do.

More than just a product; White Dental Beauty Professional Tooth Whitening Systems are delivered with the highest levels of quality, leading clinicians, giving you the ultimate confidence that the product you are using is among the best.



 **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

Συνέχεια από τη σελίδα 10

χαρακτηριστικών που προσδίδουν συγκριτικό πλεονέκτημα στην ηγεσία. Για την οδοντιατρική κοινότητα, η ενίσχυση της γυναικείας παρουσίας σε θέσεις ευθύνης αποτελεί όχι μόνο ηθικό καθήκον, αλλά και στρατηγική επιλογή για βιώσιμη ανάπτυξη, καινοτομία στην κλινική πράξη και δημιουργία δικτύων mentoring που θα εμπνεύσουν τη νέα γενιά επαγγελματιών.

Πολιτικές λύσεις με πρακτικό αποτύπωμα

Η αντιμετώπιση του έμφυλου χάσματος στον χώρο της υγείας προϋποθέτει στοχευμένες και συστηματικές πολιτικές παρεμβάσεις με απτό αποτέλεσμα. Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (WHO, 2021) προτείνει τέσσερις βασικούς άξονες: (α) θεμέλια ισότητας, μέσω αντι-δια-

κριτικής νομοθεσίας, θεσμοθέτησης της ίσης αμοιβής και καθιέρωσης μηχανισμών διαφάνειας και λογοδοσίας, (β) αντιμετώπιση κοινωνικών στερεοτύπων, με εκπαιδευτικά προγράμματα και καμπάνιες που αμφισβητούν τις παραδοσιακές νόρμες για τον «φυσικό» ρόλο των φύλων στη φροντίδα και στην ηγεσία, (γ) μεταρρύθμιση οργανωσιακών δομών και κουλτούρας, με υιοθέτηση πρακτικών φιλικών προς την οικογένεια (ευέλικτη εργασία, ισότιμες γονεϊκές άδειες, δίκαιες διαδικασίες προαγωγών) και (δ) ενδυνάμωση και στήριξη των γυναικών, μέσω δικτύων mentoring, προγραμμάτων εκπαίδευσης ηγεσίας και στοχευμένων χρηματοδοτικών εργαλείων για επαγγελματικά εγχειρήματα.

Η ουσία αυτών των πολιτικών δεν είναι απλώς να μειώσουν στατιστικά τις ανισότητες, αλλά να λειτουργήσουν ως “gender-transformative”, δηλαδή να μετασχηματίσουν

τις ίδιες τις δομές και τους μηχανισμούς που τις αναπαράγουν, ενσωματώνοντας ισότητα, συμμετοχικότητα και δίκαιη αποτίμηση σε όλα τα επίπεδα λήψης αποφάσεων (WHO, 2021, Kalbarczyk et al., 2025). Με αυτόν τον τρόπο, η ισότητα δεν προσεγγίζεται ως περιφερειακή επιδιόρθωση αλλά ως στρατηγικός πυλώνας για την ανθεκτικότητα, τη βιωσιμότητα και την αποτελεσματικότητα των συστημάτων υγείας.

Ματιά μπροστά

Η επίτευξη της Καθολικής Υγειονομικής Κάλυψης (UHC) έως το 2030 απαιτεί την ένταξη περίπου **15 εκατομμυρίων νέων επαγγελματιών υγείας** στο παγκόσμιο εργατικό δυναμικό, μια πρόκληση τεράστιας κλίμακας που δεν μπορεί να υλοποιηθεί χωρίς την πλήρη και ισότιμη συμμετοχή των γυναικών (World Health Organization, 2019). Ωστόσο, η πραγ-

ματικότητα δείχνει ότι χωρίς **δίκαιες αμοιβές, ίσες ευκαιρίες εξέλιξης και ουσιαστικές διαδρομές ηγεσίας** για τις γυναίκες, ο στόχος αυτός παραμένει εξαιρετικά μακρινός (McKinsey, 2025). Για την οδοντιατρική κοινότητα, που συνδυάζει **κλινικό έργο, εκπαιδευτική αποστολή και επιχειρησιακή βιωσιμότητα**, η επένδυση στην ισότητα δεν είναι μόνο ζήτημα κοινωνικής δικαιοσύνης αλλά αποτελεί **στρατηγικό πυλώνα ανθεκτικότητας**, ικανό να διασφαλίσει βιώσιμα ιατρεία, ενδυναμωμένες ομάδες και υψηλής ποιότητας φροντίδα για τις κοινωνίες του αύριο.

Συμπεράσματα

Η έμφυλη ανισότητα στον χώρο της υγείας αγγίζει άμεσα και την οδοντιατρική. Παρά την πλειονότητα των γυναικών στο κλινικό και βοηθητικό προσωπικό, οι μισθολογικές διαφορές, τα εμπόδια ηγεσίας και το αυξημένο burnout παραμένουν.

Η δίκαιη αποτίμηση της συμβολής τους είναι στρατηγική ανάγκη: ενισχύει την ελκυστικότητα του επαγγέλματος, βελτιώνει τη στελέχωση και διασφαλίζει ποιοτική φροντίδα. Πολιτικές όπως ίση αμοιβή, mentoring, συμμετοχή σε ηγετικές δομές και οικογενειακά φιλικές πρακτικές αποτελούν κλειδιά για ένα βιώσιμο, ανθεκτικό και καινοτόμο σύστημα στοματικής υγείας.

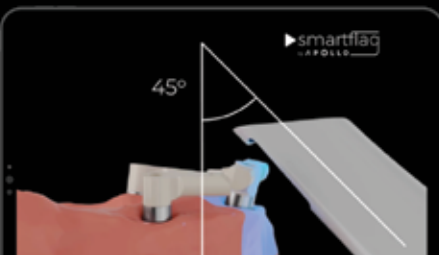
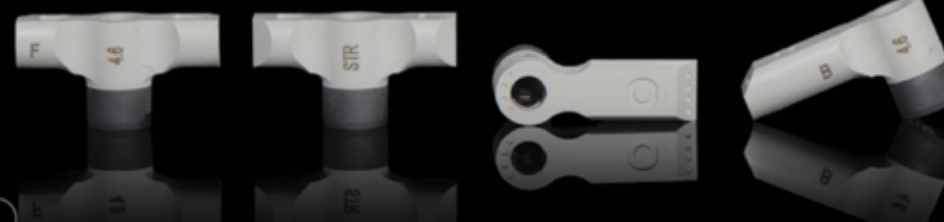
Βιβλιογραφία

- Antoniadou, M. (2025, September 23). Γυναίκες στην Υγεία – Ωρα να Αξιολογήσουμε Δίκαια τη Συμβολή τους. Dentist Edu - Κέντρο Επιμόρφωσης & Διά Βίου Μάθησης, ΕΚΠΑ. Διαθέσιμο διαδικτυακά: <https://www.dentist-edu.cce.uoa.gr/2025/09/23/gynaikes-stin-ygeia-isotita-kai-hgesia/>
- Buss, M.; Andler, S.; Tiberius, V. Female Leadership: An Integrative Review and Research Framework. The Leadership Quarterly 2025, 36(6), 101858. <https://doi.org/10.1016/j.leaqua.2024.101858>
- Kalbarczyk, A.; Banchoff, K.; Perry, K.E.; Nielsen, C.P.; Malhotra, A.; Morgan, R. A Scoping Review on the Impact of Women’s Global Leadership: Evidence to Inform Health Leadership. BMJ Global Health 2025, 10, e015982. <https://doi.org/10.1136/bmjgh-2024-015982>
- McKinsey & Company. A Five-Year Review of Women’s Representation in Healthcare. 2025. Διαθέσιμο online: <https://www.mckinsey.com/industries/healthcare/our-insights/a-five-year-review-of-womens-representation-in-healthcare> (πρόσβαση: 29 Σεπτεμβρίου 2025). McKinsey & Company
- World Health Organization (WHO). Delivered by Women, Led by Men: A Gender and Equity Analysis of the Global Health and Social Workforce. Human Resources for Health Observer Series No. 24; WHO: Geneva, Switzerland, 2019. Διαθέσιμο online (IRIS): <https://iris.who.int/handle/10665/311322>
- World Health Organization (WHO). Closing the Leadership Gap: Gender Equity and Leadership in the Global Health and Care Workforce. Policy Action Paper. WHO: Geneva, Switzerland, 2021. Διαθέσιμο online (PDF): <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/341636/9789240025905-eng.pdf>
- World Health Organization (WHO); International Labour Organization (ILO). The Gender Pay Gap in the Health and Care Sector: A Global Analysis in the Time of COVID-19. WHO & ILO: Geneva, Switzerland, 2022. Διαθέσιμο online (WHO page): <https://www.who.int/publications/b/62953>



IOS ολοκληρωμένες ψηφιακές λύσεις για εμφυτευματικά περιστατικά all-on-x

Ανοιχτές βιβλιοθήκες ExoCad & 3shape



Ανακαλύψτε τα πλεονεκτήματα ΤΩΝ SMARTFLAG BY APOLLO®

- Ολοκληρωμένο ψηφιακό πρωτόκολλο
- Συμβατότητα με 30 εμφυτευματικά συστήματα
- Μείωση χρόνου θεραπείας – Η εργασία ολοκληρώνεται σε 2-3 επισκέψεις
- Προβλεψιμότητα
- Μείωση κόστους σε σχέση με τις παραδοσιακές προσεγγίσεις
- Μεγαλύτερη ακρίβεια στην ενδο-στοματική σάρωση επί multi unit abutments σε σχέση με τα παραδοσιακά scan posts





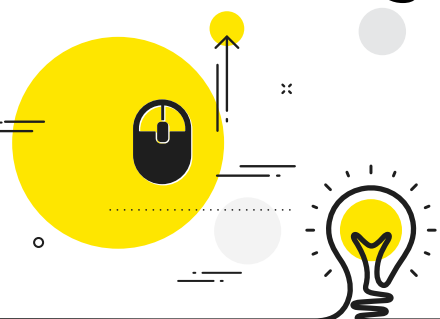
APOLLO®
IMPLANT COMPONENTS

SCANBODYSMARTFLAG.EU



Δ. ΜΑΥΡΑΙΔΟΠΟΥΛΟΣ Α.Ε.
ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΙΚΑ ΕΙΔΗ

www.odvima.gr



Η πιο απλή λύση για όλες τις κοιλότητες

Evetric® Line

- Φυσική αισθητική και πανεύκολη διαμόρφωση ανατομίας χάρη στις πατενταρισμένες τεχνολογίες
- Ιδανικά εναρμονισμένα προϊόντα επιτρέπουν επιτυχημένη και αποτελεσματική εφαρμογή και επεξεργασία
- 10 δευτ. χρόνος πολυμερισμού για όλα τα προϊόντα Evetric Line ^[1]

[1] Πολυμερισμός με ένταση φωτός 1.000 – 1.300 mW/cm²

NEO





Μηχανική καταπόνηση ακίνητων επιεμφυτευματικών εργασιών ολικού τόξου

Προβλήματα μετά από μακροχρόνια λειτουργία και πώς να τα αντιμετωπίζουμε

Η σύγχρονη εμφυτευματολογία έχει μπει αισίως στην τέταρτη δεκαετία εφαρμογής των εμφυτευμάτων σε προσθετικές εργασίες από οδοντιάτρους και μάλιστα με συνεχώς αυξανόμενο ρυθμό σε όλες τις χώρες του πλανήτη. Υπάρχουν πλέον πάνω από 300 πιστοποιημένες εταιρείες κατασκευής εμφυτευμάτων και ο αριθμός των εμφυτευμάτων που τοποθετείται έχει ξεπεράσει τα 5 εκατομμύρια ετησίως.

Με την τόσο ευρεία χρήση των εμφυτευμάτων από όλο το εύρος εμπειρίας και γνώσης των οδοντιάτρων και με τη μακροχρόνια ύπαρξη των εργασιών σε λειτουργία έχουμε μπει πλέον στην εποχή «ενηλικίωσης» της γνώσης μας γύρω από τους παράγοντες που προκαλούν φθορές, επιπλοκές και αποτυχίες μετά από μακροχρόνια λειτουργία τέτοιων αποκαταστάσεων στο στοματικό περιβάλλον.

Τα τελευταία χρόνια υπάρχει αυξανόμενο ενδιαφέρον για τη διάγνωση και πρόληψη τόσο της περιεμφυτευματίτιδας όσο και των βιο-μηχανικών επιπλοκών γιατί αποτελούν τους δύο βασικούς παράγοντες αποτυχίας εμφυτευμάτων μετά από μακροχρόνια λειτουργία.

Όσον αφορά στις βιο-μηχανικές επιπλοκές η συζήτηση επικεντρώνεται στον υπολογισμό του μεγέθους των δυνάμεων αλλά και της θέσης που αυτές επικεντρώνονται ώστε να γίνει κάθε προσπάθεια μείωσης αυτών και λειτουργικότερης εφαρμογής τους σε όσο το δυνατόν ευρύτερη περιοχή για να αποφεύγεται η άσκηση επανειλημμένων ισχυρών φορτίων σε συγκεκριμένα σημεία της αποκατάστασης.

Παράμετροι που επηρεάζουν το μέγεθος και την κατανομή των δυνάμεων σε ακίνητες επιεμφυτευματικές αποκαταστάσεις ολικού τόξου είναι:

- Αριθμός των εμφυτευμάτων
- Κατανομή των εμφυτευμάτων (η προσθιοπίσθια απόσταση – AP spread)
- Μήκος αποκατάστασης (ειδικά η ύπαρξη ή όχι προβόλων)
- Διεύθυνση και μέγεθος δυνάμεων (ειδικά σε ασθενείς με έντονο βρυγμό)
- Ανταγωνιστής φραγμός
- Υλικό αποκατάστασης (ενδοτικό composite ή ανελαστικό κεραμικό)
- Σχήμα και καμπυλότητα οδοντικού τόξου και μασητικού επιπέδου
- Ύψος αποκατάστασης
- Μήκος και διάμετρος εμφυτευμάτων
- Γωνίωση εμφυτευμάτων
- Κοκλίωση ή συγκόλληση

Κυρίαρχη σημασία έχει ο αριθμός των εμφυτευμάτων και η κατανομή τους στο τόξο ειδικά σε σχέση με την αποφυγή όσο το δυνατόν της ύπαρξης προβόλων. Αυτή είναι και η βασική αιτία της ανάπτυξης πρωτόκολλων αποκατάστασης όπως τα δημοφιλή All on 4 ή και τα πιο μηχανικά ασφαλή All on 6 όπου γίνεται προσπάθεια επέκτασης της κατανομής των εμφυτευμάτων σε όσο το δυνατόν πιο οπίσθια θέση στο φραγμό και αντίστοιχα μείωσης του μήκους των προβόλων (**Εικ. 1**).



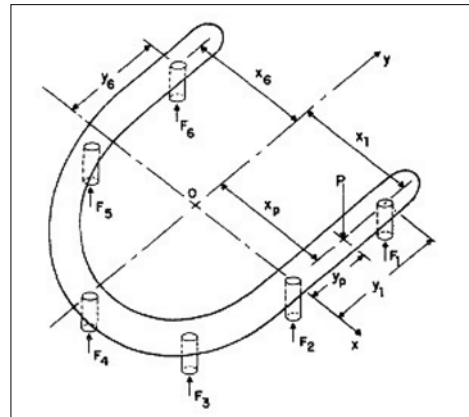
Εικ. 1: Κεκλιμένα εμφυτεύματα σε πρωτόκολλο all on 4 για βελτίωση της σχέσης CL/AP.



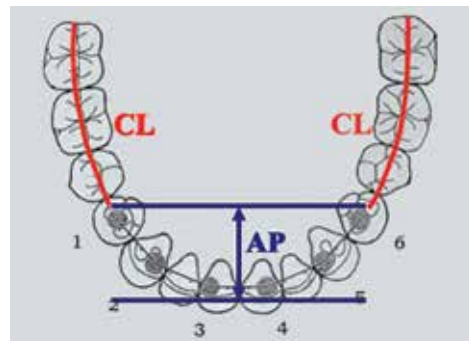
Δημήτριος Σταυρόπουλος
Προσθετολόγος, Ειδικευθείς
στο Πανεπιστήμιο Columbia Η.Π.Α.,
Μέλος του Διοικητικού Συμβουλίου
της ΕΟΕ

η φυσική, οι βασικές αρχές είναι διαχρονικές και εφαρμόζονται με τον ίδιο τρόπο, απλά αλλάζει σε κάθε συγκυρία της ιστορίας η τεχνολογία και τα μέσα που διαθέτουμε. Είναι χρήσιμο να ξέρουμε τον τρόπο που έχει εφαρμοστεί στο παρελθόν για να μπορούμε να κρίνουμε τις καινούριες της εφαρμογές πολύ καλύτερα.

Ο «πατέρας» της βιο-μηχανικής στα οδοντικά εμφυτεύματα Professor Richard Skalak σε ένα κλασικό άρθρο το 1983 ανέλυσε από μηχανικής άποψης τη συμπεριφορά των επιεμφυτευματικών αποκαταστάσεων με ένα μοντέλο βασισμένο στη θεωρία των δοκών που έμελλε να μείνει στην ιστορία σαν το μοντέλο Skalak (**Εικ. 2**). Εκεί αναφέρει τη σημασία του αριθμού των εμφυτευμάτων, της ευρείας κατανομής πάνω στο τόξο για αποφυγή προβόλων και την αξιολόγηση της κατανομής των εμφυτευμάτων σύμφωνα με τον όρο που σήμερα γνωρίζουμε ως AP spread (Anterior-Posterior spread) (**Εικ. 3**). Ο λόγος (CL/AP) μεταξύ του μήκους του προβόλου μίας εργασίας CL (Cantilever Length) και της προσθιοπίσθιας κατανομής των εμφυτευμάτων στο τόξο AP (Anterior-Posterior spread) σύμφωνα με τον Skalak καλό είναι να μην υπερβαίνει την τιμή 1.5.



Εικ. 2: Μοντέλο Skalak.



Εικ. 3: Προσθιοπίσθια κατανομή AP spread και λόγος μεταξύ μήκους προβόλου και κατανομής CL/AP.

Ο Carl Misch το 1994 αναφέρει πως σε ασθενείς με χαμηλές μασητικές δυνάμεις η τιμή μπορεί να ανέβει έως και στο 2.5 αλλά και σε ασθενείς με έντονο βρυγμό και υψηλές δυνάμεις στο στοματογναθικό τους σύστημα οι παραπάνω τιμές πιθανώς να είναι πολύ αισιόδοξες και ενδεχομένως σε τέτοιους ασθενείς να πρέπει να μην υπάρχουν καθόλου πρόβολοι στις προσθετικές τους αποκαταστάσεις.

Σε μία ερευνητική ανάλυση πολλών παραμέτρων που επηρεάζουν την κατανομή των εμφυτευμάτων και τις ασκούμενες δυνάμεις οι McAlarney και Stavropoulos το 1996 συμπε-

ραίνουν πως ο πιο καθοριστικός παράγοντας ελέγχου της έντασης των δυνάμεων είναι ο αριθμός των εμφυτευμάτων και συγκεκριμένα σε αποκαταστάσεις ολικού τόξου με 4 εμφυτεύματα (όπως είναι τα σύγχρονα all on 4 περιστατικά) ο λόγος CL/AP δεν πρέπει να υπερβαίνει το 1.3 ενώ σε αποκαταστάσεις με 6 εμφυτεύματα (όπως είναι τα σύγχρονα all on 6 περιστατικά) η τιμή αυτή ανεβαίνει στο 1.8 που αυξάνει σε μεγάλο βαθμό τη δυνατότητα κατασκευής μεγαλύτερων προβόλων σε αυτές τις περιπτώσεις (**Εικ. 4**). Επίσης σε μία εφαρμογή των μοντέλων μέτρησης υπερφόρτισης σε 55 ασθενείς και 295 εμφυτεύματα οι McAlarney και Stavropoulos το 2000 διαπίστωσαν την στατιστικά σημαντική σύμπτωση των προβλέψεων των μοντέλων υπολογισμού με το μοντέλο Skalak και την κλινική πράξη.

ΤΙΜΕΣ CL/AP	
Μήκος προβόλου σε σχέση με AP	
Ανάλογα με αριθμό εμφυτευμάτων	
# 3	1.0
#4	1.3
#5	1.6
#6	1.8
#7-8	2.5

Εικ. 4: Τιμές CL/AP ανάλογα με τον αριθμό εμφυτευμάτων.

Αναλύσεις αποκαταστάσεων με πρωτόκολλα All on 4 και All on 6 με το μοντέλο Skalak σε πιο πρόσφατες εργασίες (Brunski 2014) έχουν δείξει πως οι προβλέψεις είναι αρκετά ακριβείς αν και υπάρχουν πολλοί παράγοντες στην κλινική πράξη που μεταβάλλουν παραμέτρους και το AP spread είναι μια από τις παραμέτρους που πρέπει να λαμβάνεται υπ' όψιν (Walter & Greenstein 2020).

Είναι εμφανές τόσο από τα θεωρητικά μοντέλα όσο και από την κλινική πραγματικότητα πως σε περιστατικά ακίνητων επιεμφυτευματικών αποκαταστάσεων ολικού τόξου που έχουν λειτουργήσει στο στοματικό περιβάλλον για πολλά χρόνια ότι η μηχανική καταπόνηση είναι μεγάλη. Η πιθανότητα μια τέτοια εργασία να εμφανίσει σε βάθος χρόνου μηχανικές επιπλοκές όπως απώλεια περιεμφυτευματικών ιστών (μαλακών ή σκληρών), κατάγματα υλικών αποκατάστασης, προσθετικών εξαρτημάτων ή και εμφυτευμάτων, και αποκοκλίσεις τμημάτων της αποκατάστασης αυξάνει πολύ ειδικά αν δεν ελέγχεται σε τακτά χρονικά διαστήματα. Τα υλικά αποκατάστασης, τα εξαρτήματα, τα εμφυτεύματα αλλά και οι περιεμφυτευματικοί μαλακοί και σκληροί ιστοί δέχονται καταπονήσεις από την άσκηση των μασητικών δυνάμεων για πολύ μεγάλο αριθμό κύκλων μάσησης που μας αναγκάζουν να πρέπει να διαμορφώσουμε ένα αυστηρό πρόγραμμα συντήρησης και ελέγχου των αποκαταστάσεων αυτών.

Σύμφωνα με εδραιωμένα πρωτόκολλα ελέγχου και συντήρησης μηχανικών συστημάτων που καταπονούνται με παρόμοιο τρόπο με τις κοκλιωμένες ακίνητες επιεμφυτευματικές αποκαταστάσεις έχουν διαμορφωθεί οι ακόλου-

θες χρήσιμες συμβουλές για τον βιο-μηχανικό έλεγχο και συντήρηση αυτών των εργασιών:

1. Κατασκευή και παράδοση νάρθηκα διατήρησης αποτελέσματος συγχρόνως με την παράδοση της προσθετικής εργασίας για την προστασία της
2. Συχνός έλεγχος με ροπόμετρο της ροπής συγκράτησης των εργασιών για τους πρώτους μήνες λειτουργίας της εργασίας για να βεβαιωθούμε ότι η μέγιστη ροπή συγκράτησης παραμένει σταθερή
3. Προσεκτικός έλεγχος σύγκλεισης σε στατικές και δυναμικές θέσεις κατά την παράδοση αλλά και στους ετήσιους ελέγχους (check-up)
4. Επανεξέταση (check-up) ανάλογα με το περιστατικό σε τακτά χρονικά διαστήματα (συνήθως σε ετήσια βάση) για έλεγχο της κατάστασης των υλικών και των εξαρτημάτων
5. Ακτινογραφικός έλεγχος των εμφυτευμάτων και των περιεμφυτευματικών ιστών σε τακτά διαστήματα (συνήθως κάθε 3-5 χρόνια)
6. Έλεγχος των βιδών συγκράτησης όποτε αφαιρούνται για συντήρηση ή επισκευή της εργασίας και κατά προτίμηση αλλαγή τους με νέες ή τουλάχιστον καθαρισμός, έλεγχος και επανατοποθέτησή τους στην ίδια θέση εμφυτεύματος που βρίσκονται από την παράδοση της εργασίας
7. Σε περίπτωση επιπλοκής εργαστηρίου σε διαδικασία επισκευής της εργασίας χρήση εργαστηριακών βιδών εκτός στόματος και όχι των βιδών που χρησιμοποιούνται για την συγκράτηση της εργασίας στο στόμα

Συμπερασματικά οι βιο-μηχανικές αρχές όπως όλες οι αρχές βασικών επιστημών παραμένουν αναλλοίωτες και διαχρονικές και οφείλουμε να τις γνωρίζουμε και να τις εφαρμόζουμε και στην οδοντιατρική πράξη σύμφωνα με τα διαθέσιμα μέσα της σύγχρονης τεχνολογίας. Το προσδόκιμο επιβίωσης των επιεμφυτευματικών εργασιών ανέρχεται σε δεκαετίες εφόσον τηρούνται τα πρωτόκολλα και οι οδηγίες. Η επιβίωση των εργασιών μας κάτω από τις δυνάμεις του στοματογναθικού συστήματος για τόσο μεγάλα διαστήματα υπαγορεύει την όσο το δυνατόν ακριβέστερη και λεπτομερέστερη εφαρμογή των κανόνων κατασκευής, ελέγχου και συντήρησης αυτών των εργασιών για να παρέχουμε στην κλινική πράξη το καλύτερο κλινικό αποτέλεσμα για τους ασθενείς μας και να επιτυγχάνουμε την μακροβιότερη επιτυχημένη λειτουργία των εργασιών μας.

Βιβλιογραφία

- Skalak R. (1983). Biomechanical considerations in osseointegrated prostheses. J Prosthet Dent, 1983 Jun;49(6):843-8
- Misch C. (1994). Contemporary Implant Dentistry. First Edition, 1994, Mosby
- McAlarney ME., Stavropoulos D.N. (1996). Determination of cantilever length-anterior-posterior spread assuming failure criteria to be the compromise of the prosthesis retaining screw-prosthesis joint. Int J Oral Maxillofac Implants, 1996; 11:331-339
- McAlarney ME., Stavropoulos D.N. (2000). Theoretical cantilever lengths versus clinical variables in fifty-five clinical cases. J Prosthet Dent, 2000 Mar; 83(3):332-343
- Brunski JB. (2014). Biomechanical aspects of the optimal number of implants to carry a cross-arch full restoration. Eur J Oral Implantol, 2014;7(Suppl2):S111-S131
- Walter L, Greenstein G. (2020). Utility of measuring anterior-posterior spread to determine distal cantilever length off a fixed implant-supported full-arch prosthesis: A review of the literature. JADA 2020 Oct;151(10):790-795

S1

NEW BONE
NEW LIFE

Sticky Bone σε κάθε επέμβαση



Powder & Chip

MedPark
Regeneration First

MedPark S1 – Η επόμενη γενιά βόειων μοσχευμάτων.



Το MedPark S1 από βόειο σπογγώδες οστό, με **δομή όμοια με αυτή του ανθρώπινου οστού και υψηλό πορώδες (>70%)**, δημιουργεί ιδανικό περιβάλλον για αγγειογένεση και οστική ανάπτυξη. Η βελτιωμένη υδροφιλικότητά του επιτρέπει τη γρήγορη μετατροπή σε **“sticky bone” με απλή ενυδάτωση**, χωρίς αιμοδιψία.

Κύρια πλεονεκτήματα:

- Δομή όμοια με αυτή του ανθρώπινου οστού
- Δημιουργία “sticky bone” με απλή ενυδάτωση
- Σταθερή εφαρμογή & προβλεψιμότητα

Διαθέσιμες μορφές: Powder (0,2–1 mm) & Chip (1–2 mm)

Αποκλειστική διάθεση σε Ελλάδα & Κύπρο Ariston Dental



ariston dental
better answers

Είναι δυνατή η αποκατάσταση πρόσθιας σταυροειδούς σύγκλεισης χωρίς ορθοδοντική διευθέτηση;



Κατερίνα Παπαγκίκα
Διευθύντρια Ε.Σ.Υ., Επιστημονικά Υπεύθυνη
Οδοντιατρικής Π.Γ.Ν. «Αττικόν»,
Τέως Εργαστηριακή Συνεργάτιδα Τ.Ε.Ι. Αθηνών
στο Τμήμα Οδοντικής Τεχνολογίας

Εισαγωγή

Η πρόσθια σταυροειδής σύγκλειση είναι μια δυσλειτουργία του στοματογναθικού συστήματος, η οποία επηρεάζει την φυσιολογική ευθυγράμμιση των δοντιών και τη σωστή σύγκλειση, όπου ένα ή περισσότερα από τα πρόσθια δόντια της άνω γνάθου συγκλείνουν γλωσσικά με τα δόντια της κάτω γνάθου. Η δυσλειτουργία αυτή, μπορεί να προκαλέσει διάφορα προβλήματα, όπως: α) Διαταραχή του λόγου και της ομιλίας ή της μάσησης. β) Αυξημένη φθορά των δοντιών ή και απώλειά τους. γ) Στρεβλώσεις στη γνάθο και στην άρθρωση. δ) Αισθητικά προβλήματα και δυσμορφίες.

Οι παραδοσιακές μέθοδοι για την αποκατάσταση πρόσθιας σταυροειδούς σύγκλεισης είναι η ορθοδοντική θεραπεία. Τα πλεονεκτήματά της, είναι η ανακατάταξη των δοντιών στην καλύτερη θέση τους καθώς και η μακροχρόνια σταθερότητα της λειτουργικότητας και της αισθητικής. Τα μειονεκτήματά της είναι ότι απαιτεί μεγαλύτερη διάρκεια αποθεραπείας, γεγονός το οποίο μπορεί να είναι αποτρεπτικό για ενήλικες ασθενείς, καθώς απαιτεί πολλές φορές συντήρηση και παρακολούθηση. Σε σοβαρές περιπτώσεις όπου υπάρχουν και δόντια τα οποία έχουν χαθεί ή παρουσιάζουν κινητικότητα, η ορθοδοντική θεραπεία προσφέρει περιορισμένη βελτίωση. Πολλοί ενήλικες ασθενείς αναζητούν εναλλακτικές λύσεις καθώς δεν επιθυμούν την ορθοδοντική θεραπεία, κυρίως λόγω της μακρόχρονης θεραπείας. Μια εναλλακτική λύση αποκατάστασης της σταυροειδούς σύγκλεισης, είναι η προσθετική εργασία, όπου μέσω της τοποθέτησης στεφανών, γεφυρών, εμφυτευμάτων ή άλλων προσθετικών αποκαταστάσεων, μπορεί να διορθώσει τις ανωμαλίες στη σύγκλειση. Η λύση αυτή αποτελεί πρόκληση για τον οδοντίατρο, καθώς καλείται εκτός από τη σύγκλειση των δοντιών να αντιμετωπίσει τη λειτουργικότητα και αισθητικότητα του στοματογναθικού συστήματος. Ο θεραπευτικός σχεδιασμός για τη βέλτιστη διόρθωση αυτής της κατάστασης είναι πολύπλοκος, πολυεπιστημονικός και η διάρκεια της θεραπείας είναι σχετικά μακρά.

Τα περιστατικά τα οποία παρουσιάζονται δεν επικεντρώνονται σε μία νέα ή καινοτόμο μέθοδο θεραπείας, αλλά σκοπός είναι η μελέτη, η συμπεριφορά, η καταγραφή και η παρουσίαση της προσθετικής αποκατάστασης πρόσθιας σταυροειδούς σύγκλεισης δοντιών σε πολλαπλά δόντια σε ελάχιστο χρονικό διάστημα, αντί της μακρόχρονης ορ-

θοδοντικής θεραπείας. Στόχος της θεραπείας ήταν η αποκατάσταση και βελτίωση της μαστικής και αισθητικής λειτουργίας, καθώς και η λειτουργικότητα του στοματογναθικού συστήματος. Τα δύο περιστατικά που θα παρουσιαστούν ήταν μια πρόκληση, καθώς θα έπρεπε εκτός των άλλων, να ικανοποιούν την άνεση και την μακροζωία της παρεχόμενης οδοντιατρικής θεραπείας. Η λειτουργία του στοματογναθικού συστήματος προσδιορίστηκε μέσω ενός μοντέλου και ενός διαγνωστικού κεριού. Η μελέτη αυτή βοήθησε ώστε να προσδιοριστεί το ελάχιστο ποσό της οδοντικής ουσίας που απαιτούνταν να θυσιαστεί για να ικανοποιηθεί τους στόχους της θεραπείας.

Περίπτωση 1

Αυτή η κλινική έκθεση περιγράφει την αποκατάσταση του στόματος ενός 40χρονου άνδρα που διαγνώστηκε με πρόσθια σταυροειδή σύγκλειση σε πολλαπλά δόντια καθώς και ελλείποντα, κυρίως στην κάτω γνάθο (**εικ. 1,2,3**). Το κύριο μέλημα του ασθενή, ήταν η αισθητική αποκατάσταση της στοματικής κοιλότητας και όχι το λειτουργικό κομμάτι. Η πιο ενδεδειγμένη θεραπεία - καθώς τον συμβούλεψε και ο ορθοδοντικός - ήταν η ορθοδοντική και στη συνέχεια η προσθετική αποκατάσταση των ελλειπόντων δοντιών. Ο ασθενής αρνήθηκε οποιαδήποτε ορθοδοντική θεραπεία, καθώς ήταν απρόθυμος να υποβληθεί σε μια δι-



Εικ. 1: Εκμαγείο άνω και κάτω γνάθου.



Εικ. 2: Εκμαγείο άνω γνάθου.



Εικ. 3: Εκμαγείο κάτω γνάθου.

αδικασία η οποία δεν θα είχε άμεσα αποτελέσματα.

Στον ασθενή προτάθηκε δεύτερο σχέδιο θεραπείας το οποίο περιλάμβανε και τα διαγνωστικά εκμαγεία μελέτης (**εικ. 4**), κατανοώντας ότι τα αποτελέσματα της θεραπείας θα μπορούσαν να τεθούν σε κίνδυνο. Το σχέδιο θεραπείας περιελάμβανε τρεις εξαγωγές δοντιών, πέντε ενδοδοντικές θεραπείες, ανύψωση της κάθετης διάστασης του προσώπου, καθώς και γέφυρες μεταλλοπορσελάνης. Το σχέδιο αναλύθηκε στον ασθενή με όλα τα πλεονεκτήματα και μειονεκτήματα, ώστε να εξασφαλιστεί η αβίαστη συναίνεσή του.



Εικ. 4: Εκμαγείο Μελέτης.

Για να αποφασιστεί το συγκεκριμένο σχέδιο θεραπείας συνεκτιμήθηκαν και τα ακόλουθα στοιχεία: α) Ο ασθενής ήταν καθόλα υγιής και δεν παρουσίαζε κάποιο ιατρικό ιστορικό. β) Δεν υπήρχαν σημεία ή συμπτώματα, διαταραχής των αρθρώσεων της γνάθου. γ) Το εύρος ανοίγματος της γνάθου ήταν ικανοποιητικό, αλλά οι μόνες κινήσεις της ήταν, ανάσπαση - κατάσπαση. δ) Κατά την νεαρή ηλικία υπήρχαν προβληματικές στοματικές συνήθειες, όπως η χρήση ξένων αντικειμένων. ε) Η στοματική υγιεινή του ασθενή ήταν εξαιρετική, χωρίς αιμορραγία στα ούλα. στ) Οι περιοδοντικοί ιστοί είχαν εξαιρετική πρόγνωση και δεν καταγράφηκε ουλοδοντική σχισμή βαθύτερη από 2mm. ζ) Δεν υπήρχε συνήθεια καπνού. η) Σταυροειδής σύγκλειση στα δόντια: 11,12,13 με 31,41,42,43 και 22,23 με 33 (**εικ. 1,2,3**), ελλείποντες οδόντες: 27,31,35,36, καθώς και μεγάλα διαστήματα στα 33,34,43,44. θ) Από την κεφαλομετρική ανάλυση προέκυψε ότι πρόκειται για μία ΙΙΙη τάξη κατά Angle.

Θεραπεία

Η θεραπεία περιελάμβανε τα εξής στάδια:

1. Εξαγωγές των δοντιών 11,12,41.
2. Ενδοδοντικές θεραπείες σε 13, 22, 23, 42, 43.
3. Στα ενδοδοντικά θεραπευμένα δόντια αφαίρεση των 2/3 της μύλης τους και τοποθέτηση δακτυλίων χαλκού, οι οποίοι άλλαξαν τον ενδορριζικό άξονα των δοντιών ούτως ώστε να έχουμε μια

φυσιολογική σύγκλειση.

4. Τοποθέτηση ενδορριζικών αξόνων οι οποίοι κοχλιώθηκαν και συγκολλήθηκαν.
5. Ανασύσταση των ενδοδοντικά θεραπευμένων δοντιών με αμάγαμα.
6. Παρασκευές των δοντιών στηριγμάτων, έτσι ώστε οι στεφάνες που θα τοποθετούνταν, να διόρθωναν την προηγούμενη σταυροειδή σύγκλειση.
7. Λήψη αποτυπωμάτων με βινυλοπολυσιλοζάνες.
8. Τοποθέτηση των εκμαγείων σε ημυπροσαρμοζόμενο αρθρωτήρα, και ανύψωση της κάθετης διάστασης κατά 3mm.
9. Κατασκευή προσωρινών ακρυλικών αποκαταστάσεων από 13-23, και 33-43. Με τις προσωρινές ακρυλικές προσθετικές που τοποθετήθηκαν για δύο μήνες ελέγχθηκε η αντοχή του νευρομυϊκού συστήματος στο νέο συγκλεισιακό σχήμα.
10. Ολοκλήρωση των τελικών παρασκευών με χρυσοπλατίνα-πορσελάνη από 15-24, 34-37, 33-43 και 44-46 (**εικ. 5**).



Εικ. 5: Μετά από 24 έτη προσθετικής αποκατάστασης.

Περίπτωση 2

Αυτή η κλινική έκθεση περιγράφει την αποκατάσταση του στόματος μιας 57χρονης γυναίκας που διαγνώστηκε με πρόσθια σταυροειδή σύγκλειση στα δόντια 11,12, με 41,31,32 (**εικ. 6,7,8**). Για να αποφασιστεί το σχέδιο θεραπείας συνεκτιμήθηκαν και τα ακόλουθα στοιχεία: α) Η ασθενής ήταν καθόλα υγιής και δεν παρουσίαζε κάποιο ιατρικό ιστορικό. β) Μέλη της οικογένειας δευτέρου βαθμού συγγενείας, παρουσίαζαν τα ίδια οδοντικά προβλήματα. γ) Δεν υπήρχαν σημεία ή συμπτώματα, διαταραχής των αρθρώσεων της γνάθου. δ) Το εύρος ανοίγματος της γνάθου ήταν ικανοποιητικό, αλλά οι μόνες κινήσεις της ήταν, ανάσπαση - κατάσπαση. ε) Η στοματική υγιεινή της ασθενούς ήταν εξαιρετική, χωρίς αιμορραγία στα ούλα και δεν καταγράφηκε ουλοδοντική σχισμή βαθύτερη από 2mm, εκτός από τα δόντια 21,41,31,32, όπου υπήρχε απώλεια οστικής στήριξης με κινητικότητα, λόγω σταυροειδούς σύγκλεισης. στ) Δεν υπήρχε συνήθεια καπνού. ζ) Στην άνω γνάθο εντοπίζεται μία στε-



Εικ. 6: Εκμαγείο άνω και κάτω γνάθου.



Εικ. 7: Εκμαγείο άνω γνάθου.



Εικ. 8: Εκμαγείο κάτω γνάθου.

φάνη στον 25 με κρεμαστό τον 24 και γέφυρα από 14 έως 17 η οποία ήταν σε άριστη κατάσταση. η) Από την κεφαλομετρική ανάλυση προέκυψε ότι πρόκειται για μία Ιη τάξη κατά Angle.

Κατασκευάστηκαν εκμαγεία μελέτης, στα οποία μετά την αφαίρεση των δοντιών 21,11,12,31,41,42 και επανατοποθέτησή τους στο οδοντικό τόξο, αποκαταστάθηκαν οι αισθητικές απαιτήσεις της ασθενούς (**εικ. 9**).



Εικ. 9: Εκμαγείο Μελέτης.

Θεραπεία

Η θεραπεία περιελάμβανε τα εξής στάδια:

1. Εξαγωγές των περιοδοντικών δοντιών 21,31,41,42, και θυσία των 11 και 12 για τις αισθητικές απαιτήσεις της ασθενούς.
2. Εξαγωγή του 48 λόγω υπερέκφυσης, καθώς εμποδίζονταν οι πλαιογιολισθήσεις.
3. Αφαίρεση της στεφάνης του 25 με κρεμαστό το 24.
4. Παρασκευή των δοντιών στηριγμάτων 13,22,23,25, για την άνω γνάθο και 33,32, 43 για την κάτω γνάθο.
5. Λήψη αποτυπωμάτων με βινυλοπολυσιλοζάνες.

6. Τοποθέτηση των εκμαγείων σε ημιπροσαρμοζόμενο αρθρωτήρα.
7. Κατασκευή προσωρινών ακρυλικών αποκαταστάσεων από 13-25 και 33-43.
8. Δοκιμή μεταλλικού σκελετού μεταλλοπορσελάνης.
9. Ολοκλήρωση των τελικών παρασκευών με μεταλλο-πορσελάνη (εικ. 10).



Εικ. 10: Μετά από 20 έτη προσθετικής αποκατάστασης.

Συζήτηση

Τα περιστατικά που αναφέρθηκαν εδώ, δεν ήταν λειτουργικά και παρουσίαζαν αισθητικό πρόβλημα, λόγω εκτεταμένης πρόσθιας σταυροειδούς σύγκλεισης που ήταν η κύρια ανησυχία των ασθενών. Η καλύτερη επιλογή θα ήταν η ορθοδοντική θεραπεία, για τη διόρθωση της θέσης των δοντιών και θα ακολουθούσε η δημιουργία μιας προσθετικής εργασίας στα δόντια που έλειπαν, ή που είχαν κινητικότητα και επρόκειτο να εξαχθούν. Ωστόσο οι ασθενείς αρνήθηκαν αυτή την επιλογή λόγω της διάρκειας της θεραπείας και προτίμησαν εκτεταμένη επανορθωτική θεραπεία (εξαγωγές δοντιών, ενδοδοντικές θεραπείες, παρασκευές αρκετών δοντιών). Στα συγκεκριμένα περιστατικά διορθώθηκε η αντίστροφη άρθρωση και τα δόντια δημιούργησαν έναν αρμονικό συνδυασμό στο προφίλ των ασθενών, οι οποίοι δήλωσαν πλήρως ικανοποιημένοι, καθώς αποκαταστάθηκε και η λειτουργία του στοματογναθικού συστήματος, με όλες τις κινήσεις της γνάθου να είναι σε λειτουργία. Η θεραπεία αυτή σε ενήλικες ασθενείς μειώνει το άγχος που σχετίζεται με την κοινωνική αλληλεπίδραση και βελτιώνει σημαντικά την ποιότητα ζωής των. Ωστόσο απαιτείται στενή παρακολούθηση μετά τη θεραπεία για να διασφαλιστεί ότι η περιοδοντική κατάσταση θα έχει μακροπρόθεσμη σταθερότητα.

Συμπέρασμα

Αυτές οι κλινικές εκθέσεις περιγράφουν τη διαχείριση μιας σύνθετης αισθητικής κατάστασης πρόσθιας σταυροειδούς σύγκλεισης πολλών δοντιών όπου οι ασθενείς είχαν υψηλές αισθητικές προσδοκίες και επιθυμούσαν ταχεία λύση. Η τεχνική που παρουσιάστηκε δίδει τη δυνατότητα προσθετικής αποκατάστασης σε λιγότερο χρόνο, αντί της ορθοδοντικής θεραπείας. Πραγματοποιήθηκε ολοκληρωμένη αποκατάσταση της αισθητικής του προσώπου και της λειτουργίας του στοματογναθικού συστήματος, χωρίς την ανάγκη ορθοδοντικής θεραπείας. Οι ασθενείς εμφανίζουν άριστη κλινική συμπεριφορά μετά από 24 έτη λειτουργίας για το 1ο περιστατικό (εικ. 5) και 20 χρόνια λειτουργίας για το 2ο περιστατικό (εικ. 10). Η λύση αυτή, εξασφάλισε μακροχρόνια αποτελεσματικότητα και σταθερότητα χωρίς να προκαλεί δευτερεύοντα ζητήματα, όπως οι διαταραχές των αρθρώσεων. Το παρόν σχέδιο θεραπείας αναπτύχθηκε συγκεκριμένα για τις συνθήκες και απαιτήσεις των συγκεκριμένων ασθενών. Οι ασθενείς δηλώνουν πλήρως ικανοποιημένοι από το αποτέλεσμα, καθώς εκτός από το αισθητικό κομμάτι αποκαταστάθηκε και η δυσλειτουργία του στοματογναθικού συστήματος.

Βιβλιογραφία

1. Aulakh R, Banerji S. Anterior tooth alignment-recommendations for stability. Dent Update. 2014;41(4):306-312.

2. Babar S, Calamia JR, Sorrel JM. Management of an Adult with Class III Malocclusion, Gummy Smile, and Spaced Dentition. Dent Clin North Am. 2015;59(3):665-74.

3. Cardoso AC, Ferreira CF, Oderich E, Pedrosa ML, Wicks R. Occlusal rehabilitation of pseudo-class III patient. J Prosthodont. 2015;24(1):78-82.

4. Esteves H, Correia A. Clinical showcase--correction of an anterior crossbite with a fixed partial denture. J Can Dent Assoc. 2008;74(9):791-794.

5. Fields HW Jr. Orthodontic-restorative treatment for relative mandibular anterior excess tooth-size problems. Am J Orthod. 1981;79(2):176-183.

6. Lemongello GJ. Utilizing a restorative approach to correct an adult skeletal class III malocclusion. Dent Today. 2008;27(2):108-115.

7. Li ZY, Lin MZ, Wang Y, Cai XR, Wang XD, Huang XQ. Effect of endodontically treated teeth on prosthetically guided orthodontics with clear aligners: a case series. BMC Oral Health. 2024;24(1):1242.

8. Morr T. Amelogenesis imperfecta: More than just an enamel problem. J Esthet Restor Dent. 2023;35(5):745-757.

9. Nagy Z, Schmidt P, Hermann P. Egyéni rgpylkialaktsnak jelentsége temporomandibularis zületi diszfunkci esetén: Esetismertetés. Fogorvosi Szemle. 2012;105(4):167-171.

10. Oana-Cella A. Prosthetic technique to chance the anterior crossbite and the esthetics. Int Poster J Dent Oral Med. 2012;14(1):571

11. Parrello D, Bolamperti L, Caprioglio A. Interdisciplinary treatment of Class III malocclusion: a case report. Prog Orthod. 2011;12(2):169-179.

12. Spear FM. The esthetic correction of anterior dental mal-alignment conventional vs. instant (restorative) orthodontics. J Calif Dent Assoc. 2004;32(2):133-141.

13. Sriram G, Nagalakshmi S, Balachandar K, Madhusudan K. Interdisciplinary approach for improved esthetic results. J Pharm Bioallied Sci. 2014;6(1):192-195.

14. Steinbock N, Wigler R, Kaufman AY, Lin S, Abu-El Naaj I, Aizenbud D. Fusion of central incisors with supernumerary teeth: a 10-year follow-up of multidisciplinary treatment. J Endod. 2014;40(7):1020-1024.

15. Tasaka A, Shimizu T, Yamashita S. Intra-oral scanner and computer-aided design/manufacturing technology for the fabrication of double-crown-retained removable dental prosthesis: A clinical report. J Prosthodont Res. 2022;66(3):519-523.

16. Tonetto MR, Frizzera F, Silva MB, Bhandi SH, Kuga MC, Pereira KF, Pinzan-Vercelino CR, Bandéca MC. Semidirect Restorations in Multidisciplinary Treatment: Viable Option for Children and Teenagers. J Contemp Dent Pract. 2015;16(4):280-283.

17. Wong SJ, Patil P, Seow LL. Interdisciplinary Approach to correct Maxillary Anterior Single Tooth Crossbite with Fixed Dental Prosthesis. Int J Prosthodont Restor Dent 2018;8(3):91-95.

18. Xie C, Meng Y. A Case Report of Esthetic and Functional Correction of Maxillary Protrusion Using a Prosthodontics-Centered Multidisciplinary Approach. Int J Periodontics Restorative Dent. 2016;36(2):33-40.





Compomax-Compoflo-AQ Bond

Leading the way in nano hybrid composites & bonding





Compomax INTRO KIT

4 x 4 g LC Compomax Composite Syringe
1 x 2.5g Etching gel syringe
1 x 5 ml 5th generation Bonding
1 x 50 pcs Fibered Applicator tips
1 x 20 pcs Angled tips

Compomax INDIVIDUAL

1 x 4 g LC Compomax Composite Syringe
Shades : A1 A2 A3 A3.5 B1

Compoflo INTRO KIT

4 x 2g LC Compoflo Flowable syringe
1 x 8 pcs Applicator tips
Shades : A1 A2 A3 A3.5 B1

Compoflo INDIVIDUAL

1 x 2g LC Compoflo Flowable syringe
1 x 2 pcs Applicator tips
Shades : A1 A2 A3 A3.5 B1

A Q Bond

1 x 5ml AQ Bond adhesive Bottle



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



Η στήλη της

ΕΛΛΗΝΙΚΗΣ ΕΤΑΙΡΕΙΑΣ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΗΣ ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΙΚΗΣ ΚΑΙ ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΙΚΗΣ ΕΙΔΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ

Προσεγγίσεις στην Προστασία Ευάλωτων Ομάδων: Ηθική, Δίκαιο και Κλινική Πράξη στη Στοματική Υγεία

Εισαγωγή

Η «ευαλωτότητα» στη φροντίδα υγείας είναι πολυπαραγοντική και δυναμική: δεν περιορίζεται σε προκαθορισμένες ομάδες (π.χ. «άτομα με αναπηρία»), αλλά αποτυπώνει την αλληλεπίδραση ατομικών ικανοτήτων, κοινωνικοοικονομικών συνθηκών και περιβαλλοντικών εμποδίων που επηρεάζουν τη συμμετοχή και την πρόσβαση στη φροντίδα.

Στον τομέα της στοματικής υγείας αυτό εκφράζεται ως ετερογένεια αναγκών και εμποδίων: από τη δυνατότητα μετακίνησης και πρόσβασης στον χώρο, έως την κατανόηση σύνθετων πληροφοριών, τη διαχείριση πόνου, άγχους και αισθητηριακών ευαισθησιών, αλλά και το επίπεδο υγειονομικού γραμματισμού (health literacy), δηλαδή της ικανότητας εντοπισμού, κατανόησης, αξιολόγησης και αξιοποίησης πληροφοριών υγείας για λήψη τεκμηριωμένων αποφάσεων. Συχνά συνυπάρχουν γλωσσικοί και πολιτισμικοί φραγμοί, περιορισμοί χρόνου ή υποστήριξης από φροντιστές, καθώς και η οικονομική επιβάρυνση των θεραπευτικών επιλογών. Η αναγνώριση της ευαλωτότητας ως μεταβλητής συνθήκης επιβάλλει εξατομικευμένη αξιολόγηση (κλινική, λειτουργική, κοινωνική) και προσαρμογή της κλινικής πρακτικής, με σαφήνεια στην ενημέρωση, εύλογες διευκολύνσεις, αναλογικότητα παρεμβάσεων και τεκμηριωμένη συναπόφαση.

Η επικαιρότητα του θέματος αναδεικνύεται από τον WHO, ο οποίος στην έκθεση Global Oral Health Status Report 2022 αναφέρει ότι πάνω από 3,5 δισεκατομμύρια άνθρωποι παγκοσμίως ζουν με στοματικές παθήσεις, ενώ οι ευάλωτες ομάδες πλήττονται δυσανάλογα από τερηδόνα, περιοδοντική νόσο και καρκίνο του στόματος. Στην Ελλάδα, μελέτες καταδεικνύουν σημαντικές ανισότητες στην πρόσβαση σε υπηρεσίες στοματικής υγείας, ανάλογα με το εισόδημα, τη γεωγραφική περιοχή και το μορφωτικό επίπεδο.

Η ευαλωτότητα, συνεπώς, δεν αποτελεί μόνο ατομικό χαρακτηριστικό αλλά και αντανάκλαση των κοινωνικών καθοριστών υγείας (φτώχεια, εκπαίδευση, κοινωνική υποστήριξη, διαθεσιμότητα υπηρεσιών). Οι κλινικοί καλούνται να ισορροπήσουν ανάμεσα σε τρεις αλληλένδετες διαστάσεις: ηθική (σεβασμός της αυτονομίας, αποφυγή στιγματισμού, δικαιοσύνη), δίκαιο (ενημερωμένη συναίνεση, προστασία δεδομένων, επαγγελματικά καθήκοντα) και κλινική πράξη (διαδικασίες συναίνεσης, έλεγχος κατανόησης, τεκμηρίωση, αναλογικότητα παρεμβάσεων).

Για λόγους σαφήνειας, διακρίνουμε «πρωτογενή» (σταθεροί, δομικοί παράγοντες, π.χ. χρόνια γνωστική επιβάρυνση) και «συμφραζόμενη» ευαλωτότητα (παροδικοί/επιδεινούμενοι παράγοντες, π.χ. οξύς πόνος, άγχος, γλωσσικός φραγμός). Η διάκριση διευκολύνει αναλογική προσαρμογή και αποτρέπει στιγματισμό.

Δυναμική ευαλωτότητα: Ηθικές αρχές και κλινικές συνέπειες

Η σύγχρονη βιοηθική προσεγγίζει την ευαλωτότητα ως συμφραζόμενη (context-specific) και μεταβαλλόμενη στο χρόνο, αποφεύγοντας τη στιγματιστική αντίληψη «ευάλωτων ομάδων εκ φύσεως». Η σταθερή «ετικέτα» ευαλωτότητας μπορεί να περιορίσει την αυτονομία, να υπονο-

μεύσει τη συναπόφαση και να νομιμοποιήσει υπερπροστατευτικές πρακτικές.

Αντίθετα, μια λειτουργική προσέγγιση εξετάζει τι καθιστά το άτομο εύλωτο σήμερα (π.χ. οξύς πόνος, άγχος, γλωσσικός φραγμός, γνωστική επιβάρυνση, οικονομική ανασφάλεια), και πώς η κλινική ομάδα μπορεί να μειώσει πρακτικά αυτό το βάρος (π.χ. με απλούστερη επικοινωνία, περισσότερο χρόνο, εναλλακτικές χωρίς κόστος ή με χαμηλότερο κίνδυνο).

Η πρακτικώς χρήσιμη αρχή είναι η «αναλογικότητα με σεβασμό στην αυτονομία»: κάθε διευκόλυνση να είναι στοχευμένη, αιτιολογημένη και αποτυπωμένη στο φάκελο.

Κεντρική θέση έχει η έγκυρη, κατανοητή και εθελούσια συναίνεση. Η ενημέρωση είναι αναλογική προς τον κίνδυνο και την πολυπλοκότητα, αποφεύγει περιττούς τεχνικούς όρους και ελέγχεται με teach-back (έλεγχος κατανόησης με επαναδιατύπωση από τον ασθενή).

Η βιοηθική θέτει επιπλέον την αρχή της δικαιοσύνης (ισότιμη κατανομή ωφελειών και βαρών) και την αρχή της ευεργεσίας (υποχρέωση προαγωγής του καλού του ασθενούς). Η πρόκληση βρίσκεται στην ισορροπία με την αρχή της αυτονομίας: υπερβολική μέριμνα μπορεί να οδηγήσει σε υπερπροστατευτική στάση που περιορίζει την αυτονομία, ενώ η πλήρης απουσία μπορεί να εκθέσει τον ασθενή σε κίνδυνο.

Επιπλέον, στην πράξη η συναίνεση δεν είναι στιγμιαία υπογραφή αλλά συνεχιζόμενη διαδικασία (process consent), που επαναξιολογείται σε κάθε στάδιο θεραπείας, ιδίως σε μακροχρόνιες παρεμβάσεις (π.χ. ορθοδοντική θεραπεία ή επαναλαμβανόμενες συνεδρίες αποκατάστασης).

Αγγελική Γιαννοπούλου-Μιχαλοπούλου

Οδοντίατρος Ειδικής Φροντίδας
τ. Γενική Γραμματέας Ελληνικής Εταιρείας
Νοσοκομειακής Οδοντιατρικής-Οδοντιατρικής
Ειδικής Φροντίδας

Η λεγόμενη «θεραπευτική παρερμηνεία» (therapeutic misconception) συνιστά σημαντικό ηθικό κίνδυνο, καθώς οι ασθενείς συχνά συγχέουν την έρευνα με τη θεραπεία και εκλαμβάνουν μια ερευνητική πράξη ως άμεσα ωφέλιμη για τους ίδιους. Για την πρόληψή της απαιτούνται σαφής διάκριση του σκοπού (έρευνα ή θεραπεία), έλεγχος κατανόησης με τεχνικές όπως το teach-back και, όπου ενδείκνυται, υποστήριξη από τρίτο πρόσωπο (π.χ. συγγενή ή ανεξάρτητο υποστηρικτή). Στο οδοντιατρικό περιβάλλον, η διάκριση γίνεται ακόμη πιο απαιτητική όταν η κλινική απόφαση εμπλέκει υλικά και τεχνικές με ερευνητικό χαρακτήρα.

Παράλληλα, η συστηματική καλλιέργεια υγειονομικού γραμματισμού μέσω απλής γλώσσας, εικονογραφημένων εντύπων και διαδραστικών εργαλείων συμβάλλει στη μείωση του κινδύνου παρερμηνείας και ενισχύει την ουσιαστική συναπόφαση. Η ηθική διάσταση, συνεπώς, δεν εξαντλείται στην τήρηση κανόνων: απαιτεί μια ενσυνειδητή στάση ευθύνης από τον κλινικό, που αναγνωρίζει τη μοναδικότητα κάθε ασθενούς και διασφαλίζει ισότιμη, αξιοπρεπή και εξατομικευμένη φροντίδα.

Νομική και Θεσμική διάσταση

Η προστασία ευάλωτων ασθενών δεν είναι μόνο ηθική προτεραιότητα αλλά και νομική υποχρέωση.

Στην Ελλάδα, ο Κώδικας Ιατρικής Δεοντολογίας (Ν. 3418/2005) κατοχυρώνει την ενημερωμένη συναίνεση, προβλέποντας ειδικές ρυθμίσεις για περιορισμένη δικαιοπρακτική ικανότητα και εκπροσώπηση. Ο Κώδικας

Οδοντιατρικής Δεοντολογίας (Π.Δ. 39/2009) εξειδικεύει τις υποχρεώσεις του οδοντιάτρου: διαφάνεια, τεκμηρίωση, σεβασμός απορρήτου και αξιοπρέπειας.

Η προστασία δεδομένων υγείας αποτελεί θεμέλιο της φροντίδας. Ο GDPR (Κανονισμός ΕΕ 2016/679) και ο ν. 4624/2019 καθιερώνουν τις αρχές της νομιμότητας, της διαφάνειας, της ελαχιστοποίησης και της λογοδοσίας. Σε πρακτικό επίπεδο αυτό σημαίνει σαφή ενημέρωση του ασθενούς για την επεξεργασία, καταγραφή συναίνεσης όπου απαιτείται, ελεγχόμενη και αναλογική πρόσβαση στα δεδομένα, εφαρμογή κατάλληλων τεχνικών και οργανωτικών μέτρων ασφάλειας και προσαρμογή της επικοινωνίας (π.χ. χρήση διερμηνέα) ώστε να εξασφαλίζεται ουσιαστική κατανόηση.

Ιδιαίτερη σημασία έχει η Σύμβαση για τα Δικαιώματα των Ατόμων με Αναπηρία (CRPD, UN 2006), η οποία κυρώθηκε στην Ελλάδα με τον Ν. 4074/2012. Η CRPD δεσμεύει τα κράτη να διασφαλίζουν ισότιμη πρόσβαση σε υπηρεσίες υγείας, συμπεριλαμβανομένης της στοματικής υγείας, με σεβασμό στην αυτονομία, τις προτιμήσεις και την αξιοπρέπεια του ατόμου.

Σε διεθνές επίπεδο, ο WHO και η FDI θέτουν αρχές ισότητας, προσβασιμότητας και προσαρμοσμένης φροντίδας (WHO, 2022: FDI, 2021), ενώ η Οδηγία 2011/24/ΕΕ για τη διασυννομιότητα υγειονομική περίθαλψη ενισχύει τα δικαιώματα ενημέρωσης και τη διαφάνεια, διευκολύνοντας ασθενείς, συχνά εύλωτους, να αναζητήσουν φροντίδα εκτός συνόρων.

Βασική διαπίστωση είναι ότι οι κανόνες αποκτούν ουσιαστικό νόημα μόνο όταν ενσωματώνονται σε κλινική διακυβέρνηση, με σαφείς ροές εργασίας, τυποποιημένα πρότυπα συναίνεσης, συστηματική εκπαίδευση προσωπικού και αποτελεσματικούς μηχανισμούς αναφοράς: εκεί είναι που η ηθική και το δίκαιο μετατρέπονται σε πράξη.

ΠΙΝΑΚΑΣ Λίστα Ελέγχου για Προστασία Ευάλωτων Ασθενών στη Στοματική Υγεία	
Ενότητα	Ενέργειες
Αξιολόγηση Ευαλωτότητας	- Εκτίμηση πρωτογενούς ευαλωτότητας (π.χ. αναπηρία, χρόνια γνωστική έκπτωση). - Εκτίμηση συμφραζόμενης ευαλωτότητας (παροδικοί παράγοντες, όπως: πόνος, άγχος, γλωσσικοί φραγμοί, οικονομικές ανασφάλειες). - Καταγραφή αξιολόγησης στο ιατρικό αρχείο.
Επικοινωνία και Κατανόηση	- Χρήση απλής, κατανοητής γλώσσας. - Εφαρμογή τεχνικής επαναδιατύπωσης (teach-back). - Υποστηρικτικά εργαλεία: οπτικά βοηθήματα, έντυπα, διερμηνείς όπου απαιτείται. - Έλεγχος αποφυγής «θεραπευτικής παρερμηνείας». - Συνεχιζόμενη καλλιέργεια υγειονομικού γραμματισμού (health literacy).
Ενημερωμένη Συναίνεση	- Σαφής διάκριση θεραπείας από έρευνα. - Συναίνεση ως συνεχιζόμενη διαδικασία (επαναβεβαίωση σε κάθε στάδιο). - Αναλογικότητα στην ενημέρωση: περισσότερες λεπτομέρειες σε υψηλού κινδύνου/πολύπλοκες πράξεις. - Τεκμηρίωση όλων των βημάτων στο αρχείο.
Κλινική Πράξη και Περιβάλλον	- Προσαρμογή περιβάλλοντος (χαμηλός θόρυβος, ήπιος φωτισμός, σταδιακή εξοικείωση με εργαλεία). - Συνεργασία με φροντιστές ή υποστηρικτικά πρόσωπα όταν χρειάζεται. - Διεπιστημονική συνεργασία (π.χ. παιδοδοντίατρος - ψυχολόγος - λογοθεραπευτής).
Νομική και Θεσμική Συμμόρφωση	- Εφαρμογή Κώδικα Ιατρικής και Οδοντιατρικής Δεοντολογίας. - Συμμόρφωση με GDPR και ν. 4624/2019 (προστασία δεδομένων υγείας). - Σεβασμός στη Σύμβαση για τα Δικαιώματα των Ατόμων με Αναπηρία (CRPD). - Ενημέρωση για διασυννομιότητα υγειονομική περίθαλψη (Οδηγία 2011/24/ΕΕ).
Ποιοτικός Έλεγχος	- Συστηματικός έλεγχος και ανατροφοδότηση (audit & feedback) για την ποιότητα της συναίνεσης και της τεκμηρίωσης. - Χρήση τυποποιημένων εντύπων και ελεγχόμενης γλώσσας. - Συνεχής εκπαίδευση προσωπικού σε θέματα βιοηθικής και προστασίας ευάλωτων ασθενών.

Πρακτική εφαρμογή: Ηθικά διλήμματα και κλινικές αποφάσεις

Η κλινική πραγματικότητα είναι το σημείο όπου οι αρχές γίνονται πράξη. Η ευαλωτότητα μπορεί να εμφανίζεται παροδικά, όπως σε συνθήκες οξέος πόνου, ναυτίας ή έντονου άγχους, να είναι συμφραζόμενη, όταν υπάρχει γλωσσικός φραγμός, ή να έχει πιο σταθερά χαρακτηριστικά, όπως στη γνωστική έκπτωση. Σε αυτές τις περιστάσεις, ο κλινικός σταθμίζει την ικανότητα κατανόησης και λήψης απόφασης, απλουστεύει την επικοινωνία, αξιοποιεί εργαλεία ελέγχου κατανόησης όπως η τεχνική teach-back και τεκμηριώνει κάθε κρίσιμο βήμα.

Όταν οι περιστάσεις είναι επείγουσες ή η ικανότητα συναίνεσης είναι προσωρινά μειωμένη, εφαρμόζεται η αρχή της αναλογικότητας με την ελάχιστη αναγκαία παρέμβαση και με πλήρη αιτιολόγηση στο ιατρικό αρχείο· η συναίνεση επικαιροποιείται μόλις οι συνθήκες το επιτρέψουν. Η διεπιστημονική συνεργασία, όπως η συνεργασία παιδοδοντιάτρου με ψυχολόγο ή λογοθεραπευτή, βελτιώνει την έκβαση και μειώνει τους κινδύνους.

Πρακτικά εργαλεία: καθολικά σχεδιασμένη επικοινωνία με απλή γλώσσα, οπτικά βοηθήματα και χρήση διερμυνών όπου χρειάζεται· εφαρμογή συνεχιζόμενης συναίνεσης με επαναβεβαίωση όταν μεταβάλλεται το θεραπευτικό σχέδιο συστηματικός έλεγχος και ανατροφοδότηση (audit & feedback) για την ποιότητα της ενημέρωσης και της τεκμηρίωσης.

Η βιβλιογραφία δείχνει ότι τέτοιες παρεμβάσεις βελτιώνουν την κατανόηση, μειώνουν τις αστοχίες στη συναίνεση και ενισχύουν τη συνεργασία κλινικού-ασθενούς, ιδίως σε πληθυσμούς με γνωστική επιβάρυνση ή χαμηλό επίπεδο κατανόησης πληροφοριών υγείας.

Για την καθημερινή πράξη, προτείνεται σύνοψη λίστα ελέγχου (checklist) με έξι ενότητες: (α) Αξιολόγηση Ευαλωτότητας, (β) Επικοινωνία και Κατανόηση, (γ) Ενημερωμένη Συναίνεση, (δ) Κλινική Πράξη & Περιβάλλον, (ε) Νομική & Θεσμική Συμμόρφωση, (στ) Ποιοτικός Έλεγχος. **(Πίνακας)**

Συμπεράσματα

Η προστασία ευάλωτων ασθενών στη στοματική υγεία προκύπτει από τη σύζευξη ηθικής ευαισθησίας, νομικής συμμόρφωσης και κλινικής επιμέλειας. Η ευαλωτότητα δεν είναι σταθερή ιδιότητα αλλά δυναμική συνθήκη που οφείλει να επαναξιολογείται στις κρίσιμες στιγμές λήψης αποφάσεων. Η ενημερωμένη συναίνεση χρειάζεται αναλογικότητα στην έκταση της ενημέρωσης, απλότητα στη γλώσσα, επαρκή χρόνο και συστηματικό έλεγχο κατανόησης, με συνεχή προσοχή στην αποφυγή αθέμιτης επιρροής. Παράλληλα, το ισχύον θεσμικό πλαίσιο, όπως οι Κώδικες Δεοντολογίας, ο GDPR, η CRPD και οι ευρωπαϊκές/διεθνείς αρχές, δεν έχει αξία μόνο ως κείμενο αναφοράς αλλά ως πρακτικός οδηγός που ενσωματώνεται σε δομημένες διαδικασίες κλινικής διακυβέρνησης.

Στο επίπεδο της καθημερινής πράξης, μικρές αλλά συστηματικές παρεμβάσεις, όπως η τεχνική teach-back, η χρήση τυποποιημένων εντύπων, η προσαρμογή του περιβάλλοντος και η συνεπής τεκμηρίωση, συμβάλλουν στη μείωση ανισοτήτων και στην ενίσχυση της εμπιστοσύνης στη σχέση κλινικού και ασθενούς. Η ισότιμη, αξιοπρεπής και εξατομικευμένη φροντίδα δεν αποτελεί μόνο δείκτη ωριμότητας των υπηρεσιών υγείας· συνιστά ταυτόχρονα ουσιαστικό όρο κοινωνικής δικαιοσύνης. Ένα κλινικό περιβάλλον που μαθαίνει, ελέγχει και βελτιώνεται συστηματικά μπορεί να εγγυηθεί προστασία που παραμένει ανθρωποκεντρική και νομικά ακεραία.

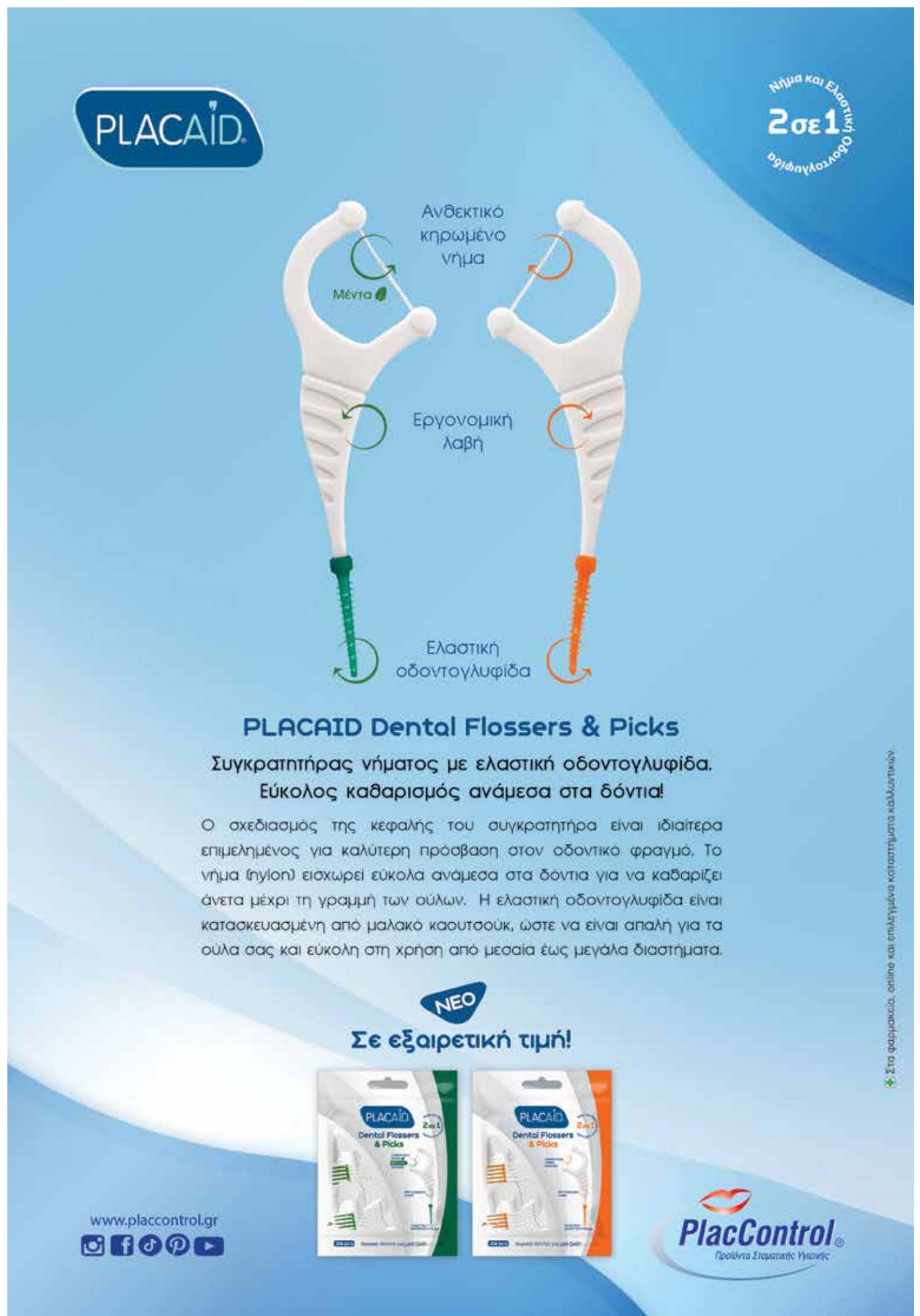
Η προτεινόμενη Λίστα Ελέγχου (Πίνακας) λειτουργεί ως πρακτικός οδηγός για την εφαρμογή των αρχών στην καθημερινή κλινική πράξη.

Ενδεικτική βιβλιογραφία

1. World Health Organization. International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF). Geneva: WHO; 2001.
2. Bracken-Roche D, Bell E, Macdonald ME, Racine E. The "Vulnerability" of Psychiatric Research Participants: Why This Research Ethics Concept Needs to Be Revisited. *Can J Psychiatry*. 2016;61(6):335-9.
3. Lajoie C, Poleksic J, Bracken-Roche D, Macdonald ME, Racine E. The Concept of Vulnerability in Mental Health Research: A Mixed Methods Study on Researcher Perspectives. *J Empir Res Hum Res Ethics*. 2020;15(3):128-42.
4. Lange MM, Rogers W, Dodds S. Vulnerability in research ethics: a way forward. *Bioethics*. 2013;27(6):333-40.
5. Appelbaum PS, Lidz CW, Grisso T. Therapeutic Misconception in Research Subjects: Development and Validation of a Measure. *Clin Trials*. 2012;9(6):748-61.
6. Hayer N, Wassif HS. General dental practitioners' perceptions of shared decision making: a qualitative study. *Br Dent J*. 2022;232(4):227-31.
7. D, Dao A, Bai K, et al. Determinants of clinical decision making under uncertainty in dentistry: a scoping review. *Diagnostics (Basel)*. 2023;13(6):1076.
8. Glaser J, Nouri S, Fernandez A, Sudore RL, Schillinger D, Klein-Fedyshin M, et al. Interventions to improve patient comprehension in informed consent for medical and surgical procedures: an updated systematic review. *Med Decis Making*. 2020;40(2):119-43.
9. Talevski J, Wong Shee A, Rasmussen B, Kemp G, Beauchamp A. Teach-back: A systematic review of implementation and impacts. *PLoS One*. 2020;15(4):e0231350.
10. Matsuda S, Yoshimura H. Dental decision-making for persons with dementia: a systematic narrative review. *Medicine (Baltimore)*. 2024;103(3):e36555.
11. Beauchamp TL, Childress JF. *Principles of Biomedical Ethics*. 7th ed. Oxford: Oxford University Press; 2013.
12. World Health Organization. Global oral health status report: towards universal health coverage

for oral health by 2030. Geneva: World Health Organization; 2022.

13. FDI World Dental Federation. Vision 2030: Delivering Optimal Oral Health for All. Geneva: FDI; 2021.
14. European Union. Regulation (EU) 2016/679 of the European Parliament and of the Council of 27 April 2016 (General Data Protection Regulation). Off J Eur Union. 2016;L119:1-88.
15. United Nations. Convention on the Rights of Persons with Disabilities. New York: United Nations; 2006.
16. European Union. Directive 2011/24/EU on the application of patients' rights in cross-border healthcare. Off J Eur Union. 2011;L88:45-65.
17. Dental Defence Union. Protecting vulnerable patients. DDU Journal. Summer 2021.
18. Heynemann S, Lipworth W, McLachlan S-A, Philip J, John T, Kerridge I: Therapeutic misunderstandings in modern research. *Bioethics*. 2024;38(2):138-152.



Παρουσίαση 3D ενδοστοματικών σαρωτών σε Αθήνα και Θεσσαλονίκη

Μια νέα πρωτοβουλία της ΕΟΟ για την προώθηση της ψηφιακής οδοντιατρικής
στην καθημερινή κλινική πράξη

Η πρώτη εξειδικευμένη ημερίδα της Ε.Ο.Ο. για την ενδοστοματική ψηφιακή σάρωση θα πραγματοποιηθεί στην Αθήνα, στο ξενοδοχείο «Novotel», το **Σάββατο 13 Δεκεμβρίου 2025**, από τις 09:00 έως τις 15:00, σε συνεργασία με τον Οδοντιατρικό Σύλλογο Αττικής. Αντίστοιχη διοργάνωση θα ακολουθήσει και στη Θεσσαλονίκη, εντός του δεύτερου δεκαπενθημέρου του Ιανουαρίου 2026, σε συνεργασία με τον Οδοντιατρικό Σύλλογο Θεσσαλονίκης.

Με αυτή την πρωτοβουλία, η Ελληνική Οδοντιατρική Ομοσπονδία επιδιώκει να δηλώσει έμπρακτα την παρουσία της στην εξέλιξη του οδοντιατρικού επαγγέλματος, στηρίζοντας την ενσωμάτωση των νέων τεχνολογιών στην καθημερινή πράξη. Η ενημέρωση, η εκπαίδευση και η επαφή με τις σύγχρονες ψηφιακές λύσεις αποτελούν απαραίτητα εφόδια για κάθε οδοντίατρο που επιθυμεί να παρέχει υψηλού επιπέδου και επιστημονικά τεκμηριωμένες υπηρεσίες. Υπό αυτό το πρίσμα, η συγκεκριμένη ημερίδα φιλοδοξεί να λειτουργήσει ως γέφυρα μεταξύ της επιστήμης, της τεχνολογίας και της κλινικής εφαρμογής.

Το «ΟΒ» είχε την ευκαιρία να συνομιλήσει με τον Γενικό Γραμματέα της ΕΟΟ, χειρουργό - οδοντίατρο κ. **Δημήτρη Κήττα**, ο οποίος μας μίλησε για την αφετηρία αυτής της πρωτοβουλίας, τις ανάγκες που έρχεται να καλύψει, καθώς και για τη διάρθρωση του επιστημονικού και εμπορικού σκέλους της ημερίδας.

Κύριε Κήττα, πρόκειται για μια νέα πρωτοβουλία της Ε.Ο.Ο., με επίκεντρο τις νέες τεχνολογίες και συγκεκριμένα τους ενδοστοματικούς σαρωτές. Πώς γεννήθηκε αυτή η ιδέα και ποιες ανάγκες της οδοντιατρικής αγοράς στοχεύει να καλύψει;



Δημήτρης Κήττας
Γ. Γραμ. της ΕΟΟ

τις νέες τεχνολογίες. Για πρώτη φορά, η Ελληνική Οδοντιατρική Ομοσπονδία εισέρχεται δυναμικά στον τομέα της ψηφιακής οδοντιατρικής, οργανώνοντας μία εξειδικευμένη εκδήλωση αποκλειστικά αφιερωμένη στους ενδοστοματικούς σαρωτές. Στόχος μας είναι να δημιουργήσουμε ένα πλαίσιο σφαιρικής ενημέρωσης, τόσο επιστημονικής όσο και εμπορικής, που να ανταποκρίνεται στις πραγματικές ανάγκες του σύγχρονου οδοντίατρου.

Ευελπιστούμε ότι η ημερίδα θα τύχει θερμής ανταπόκρισης από τους συναδέλφους, τους οποίους και προσκαλούμε να την παρακολουθήσουν, με στόχο να αποκτήσουν μια ολοκληρωμένη και συγκριτική εικόνα των διαθέσιμων λύσεων της αγοράς στον τομέα της ενδοστοματικής σάρωσης. Αξίζει να σημειωθεί ότι η συμμετοχή στην εκδήλωση είναι δωρεάν, προσφέροντας σε όλους τη δυνατότητα πρόσβασης σε επικαιροποιημένη γνώση και πρακτική εμπειρία, χωρίς οικονομικό κόστος.

Ποια θα είναι η διάρθρωση της ημερίδας;

Η φράση «νέες τεχνολογίες» αποτελεί τον βασικό άξονα αυτής

Η ημερίδα θα ξεκινήσει με ένα επιστημονικό σκέλος διάρκειας

περίπου 30 λεπτών, στο οποίο ένας συνάδελφος με εξειδίκευση στην ψηφιακή τεχνολογία θα παρουσιάσει τις βασικές αρχές λειτουργίας των ενδοστοματικών σαρωτών και τη θέση τους στην καθημερινή οδοντιατρική πράξη.

Αμέσως μετά την εισαγωγική επιστημονική παρουσίαση, οι εμπορικές εταιρείες που ανταποκρίθηκαν στο κάλεσμα της Ε.Ο.Ο. και συμμετέχουν στην ημερίδα, θα έχουν τη δυνατότητα να παρουσιάσουν τα προϊόντα τους μέσω σύντομων ομιλιών διάρκειας 15-20 λεπτών. Μετά από κάθε κύκλο τριών ή τεσσάρων παρουσιάσεων, θα πραγματοποιείται ένα διάλειμμα στον εκθεσιακό χώρο, διάρκειας περίπου 30-40 λεπτών. Κατά τη διάρκεια αυτών των διαλειμμάτων, οι συμμετέχοντες θα έχουν την ευκαιρία να περιηγηθούν στα περίπτερα των εταιρειών, να δουν από κοντά τα προϊόντα και να τα δοκιμάσουν, αποκτώντας μια hands-on εμπειρία με τους ενδοστοματικούς σαρωτές που παρουσιάζονται.

Η συνολική διάρκεια της εκδήλωσης θα είναι 4-5 ώρες. Με αυτόν τον τρόπο, ο κάθε οδοντίατρος θα έχει τη δυνατότητα να ενημερωθεί ουσιαστικά για όλα τα διαθέσιμα προϊόντα της αγοράς, χωρίς την πολυδιάσπαση που συχνά παρατηρείται σε μεγάλες εκθέσεις, όπου η παρουσία πληθώρας προϊόντων και τεχνολογιών δυσχεραίνει τη συγκεντρωμένη αξιολόγηση συγκεκριμένων λύσεων.

Με αυτόν τον τρόπο, ο κάθε οδοντίατρος θα έχει τη δυνατότητα να ενημερωθεί ουσιαστικά για όλα τα διαθέσιμα προϊόντα της αγοράς, χωρίς την πολυδιάσπαση που συχνά παρατηρείται σε μεγάλες εκθέσεις, όπου η παρουσία πληθώρας προϊόντων και τεχνολογιών δυσχεραίνει τη συγκεντρωμένη αξιολόγηση συγκεκριμένων λύσεων.

Κύριε Κήττα, σας ευχαριστώ πολύ για τη συζήτηση.

Κι εγώ σας ευχαριστώ.



**ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ 3D
ΕΝΔΟΣΤΟΜΑΤΙΚΩΝ
ΣΑΡΩΤΩΝ**
(INTRAORAL SCANNERS)

Συμμετοχή
ΔΩΡΕΑΝ για οδοντιάτρους

Σύντομη παρουσίαση στην αίθουσα
& Hands on στον εκθεσιακό χώρο
για τους περισσότερους σαρωτές
της ελληνικής αγοράς!

**13 ΣΑΒΒΑΤΟ
ΔΕΚΕΜΒΡΙΟΥ
2025** ώρες: 09:00-15:00

**ΑΘΗΝΑ
ΞΕΝΟΔΟΧΕΙΟ
NOVOTEL**
(Μιχαήλ Βόδα 4)

Συνδιοργάνωση



**FUTURE
EVENT**

ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗ

**ΙΑΝΟΥΑΡΙΟΣ
2026**



**ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ 3D
ΕΝΔΟΣΤΟΜΑΤΙΚΩΝ ΣΑΡΩΤΩΝ**
(INTRAORAL SCANNERS)

Συμμετοχή
ΔΩΡΕΑΝ για οδοντιάτρους

Η ακριβής
ημερομηνία
και ο χώρος
διεξαγωγής
θα ανακοινωθούν
τον Οκτώβριο 2025.

Συνδιοργάνωση



Εμπνευσμένο από τη φύση

IPS e.max[®] Ceram

Με το δικό μας κεραμικό επικάλυψης, κατάλληλο για ζirkονία και διπυρρικό λίθιο, μπορείτε να δημιουργήσετε όμορφα φυσικά αποτελέσματα

- με μαγική δυναμική φωτός μέσω διακριτικού φθορισμού και οπαλινότητας
- με εξαιρετική σταθερότητα αδιαφάνειας και αποχρώσεων

για
LS₂ και
ZrO₂



Πολλαπλές διαβρωτικές βλάβες στο στοματικό βλεννογόνο

Παρουσίαση περίπτωσης



Φώτιος Χαρίτος
Τρίτοετής μεταπτυχιακός φοιτητής



Ερωφίλη Παπαδοπούλου
Επίκουρη Καθηγήτρια

Κλινική Στοματολογίας και Νοσοκομειακής Οδοντιατρικής, Τμήμα Οδοντιατρικής, ΕΚΠΑ
Διευθυντής: Καθηγητής **Νικόλαος Γ. Νικητάκης**

Παρουσίαση περιστατικού

Άνδρας 65 ετών προσήλθε στην κλινική για αξιολόγηση πολλαπλών επώδυνων βλαβών στη στοματική κοιλότητα, διάρκειας 3 μηνών. Ο ασθενής συσχέτισε την εμφάνιση των βλαβών με τη χρήση στοματικού διαλύματος εξετιδίνης για εκτεταμένο χρονικό διάστημα. Με τη διακοπή του στοματικού διαλύματος, όμως, ο ασθενής δεν παρατήρησε υποχώρηση των στοματικών βλαβών.

Στο ατομικό του αναμνηστικό ανέφερε υπέρταση, η οποία διαγνώστηκε προ 2 ετών και για την οποία λάμβανε αγωγή με αναστολέα του ενζύμου της αγγειοτενσίνης II - μεδοξομυλική ολμεσартάνη (OlartanR).

Κατά την κλινική εξέταση παρατηρήθηκαν εκτεταμένες διαβρωτικές βλάβες καλυπτόμενες από ψευδομεμβράνη σε πολλαπλές θέσεις του στοματικού βλεννογόνου: τη μαλακή υπερώα, τη σταφυλή, την αριστερή αγκιστρογναθική εντομή, τη γλώσσα και εικόνα αποφλοιωτικής ουλίτιδας κατά θέσεις στα ούλα της άνω και κάτω γνάθου και τα οπισθογόμφια προσκεφάλαια άμφω (**Εικ. 1α,β,γ**). Παρατηρήθηκε, επίσης, εκτεταμένη ερυθρότητα/ατροφία του βλεννογόνου του κάτω χείλους με εντοπισμένες υπόλευκες περιοχές. Κατά την εφαρμογή ολισθαίνουσας πίεσης σε περιοχή των ούλων και του χείλους, χωρίς εμφανείς βλάβες (φαινομενικά υγιής βλεννογόνος), παρατηρήθηκε δημιουργία φυσαλίδας (Θετικό σημείο Nikolsky). Δεν παρατηρήθηκαν συνοδές δερματικές βλάβες.



Εικ. 1: Κατά την αρχική επίσκεψη του ασθενούς παρατηρήθηκαν διαβρώσεις (α) στην αριστερή αγκιστρογναθική εντομή και μαλακή υπερώα, (β) στα προστοματικά ούλα της κάτω γνάθου αμφοτερόπλευρα και (γ) στο αριστερό πλάγιο χείλος και κοιλιακή επιφάνεια της γλώσσας.



Εικ. 2: Κλινική εικόνα του ασθενούς τρεις μήνες μετά την έναρξη της θεραπείας. Παρατηρείται κατά θέσεις περιορισμός της έκτασης των διαβρώσεων (α,β) ή/και αποδρομή τους (γ).

Με βάση την κλινική εικόνα, ποια από τις παρακάτω είναι η πιθανή κλινική διάγνωση;

1. Χημικό έγκαυμα από το στοματικό διάλυμα
2. Πεμφιγοειδές των βλεννογόνων
3. Κοινή Πέμφιγα
4. Πολύμορφο ερύθημα

Από το ιστορικό των βλαβών και την κλινική εξέταση, η πλέον πιθανή κλινική διάγνωση είναι αυτή ενός δερματοβλεννογόνιου, πομφολυγώδους νοσήματος και ιδιαίτερα της κοινής πέμφιγας εξαιτίας της έκτασης των βλαβών. Στην διαφορική διάγνωση, όμως, συγκαταλέγεται και η εκδήλωση πεμφιγοειδούς των βλεννογόνων. Από την χρονιότητα, την έκταση και την θέση των βλα-

βών, ακόμα και με τη διακοπή του στοματικού διαλύματος, αποκλείονται το χημικό έγκαυμα και το πολύμορφο ερύθημα ως πιθανές κλινικές διαγνώσεις.

Για την τεκμηρίωση της διάγνωσης πραγματοποιήθηκε διενέργεια βιοψίας και ιστοπαθολογικής εξέτασης καθώς και άμεσου ανοσοφθορισμού. Οι θέσεις λήψης της βιοψίας περιελάμβαναν τον βλεννογόνο του άνω χείλους αριστερά και τα προστοματικά ούλα στην κάτω γνάθο αριστερά. Η ιστοπαθολογική εξέταση ανέδειξε την παρουσία ενδοεπιθηλιακού σχισμοειδούς χώρου και ακανθολυτικών επιθηλιακών κυττάρων, ενώ με τον άμεσο ανοσοφθορισμό εντοπίστηκαν ανοσοσφαιρίνες

IgG και IgM, συμπλήρωμα C3 και ινοδωγόνιο πέριξ των κυττάρων της ακανθωτής στιβάδας.

Με βάση τα παραπάνω κλινικά και εργαστηριακά ευρήματα τεκμηριώθηκε η τελική διάγνωση κοινής πέμφιγας.

Ο ασθενής αντιμετωπίστηκε με συνδυασμό τοπικού και συστηματικού κορτικοστεροειδούς και τέθηκε σε πρωτόκολλο τακτικής παρακολούθησης, με σταδιακό περιορισμό των βλαβών (**Εικ. 2α,β,γ**) και αντίστοιχα σταδιακή μείωση της δόσης. Οι βλάβες παρουσίασαν πλήρη αποδρομή επτά μήνες αργότερα (**Εικ. 3α,β,γ,δ**) και η νόσος παραμένει σε πλήρη ύφεση εδώ και 1 έτος.

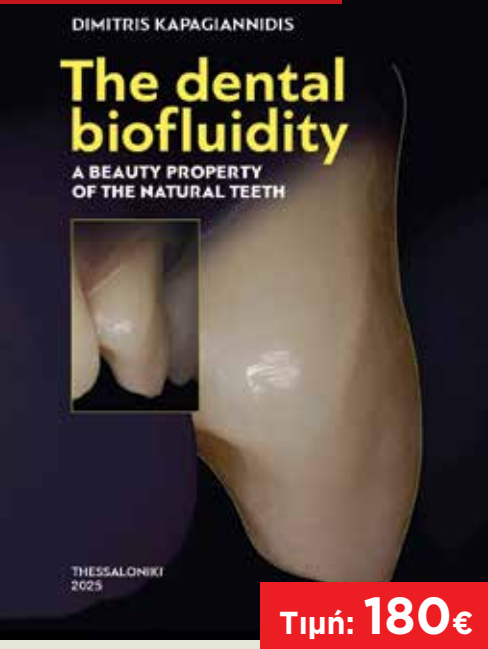


Εικ. 3 (α,β,γ,δ): Πλήρης αποδρομή των βλαβών από το στοματικό βλεννογόνο 7 μήνες μετά την έναρξη της θεραπείας.

Συζήτηση

Ο όρος «δερματοβλεννογόνιες πομφολυγώδεις νόσοι» αναφέρεται σε μία ομάδα νοσημάτων που όπως

Νέα κυκλοφορία



Τιμή: **180€**

Κυκλοφόρησε το νέο αγγλόφωνο σύγγραμμα του Δρος **Δημήτρη Καπαγιαννίδη** με τίτλο «**The Dental Biofluidity: A Beauty Property of the Natural Teeth**»

Το έργο αυτό συνιστά έναν πολύτιμο οδηγό για τον κλινικό οδοντίατρο και κάθε επαγγελματία που δραστηριοποιείται στον σχεδιασμό και την αποκατάσταση της οδοντικής μορφολογίας.

Οι κλινικοί (οδοντογιατροί, οδοντοτεχνίτες, ψηφιακοί σχεδιαστές), οι εμπλεκόμενοι στην ανακατασκευή των δοντιών βιώνουν σύγχυση κατά την επιλογή και σχεδίαση των οδοντικών μορφών. Συνήθως κατασκευάζουν τυχαίες μορφές και σχήματα δοντιών χωρίς μορφική ενότητα ή στην καλύτερη περίπτωση μία και μοναδική επαναλαμβανόμενη μορφή για όλα τα πρόσωπα και τις οδοντικές συνθέσεις χωρίς μορφική ταυτότητα.

Το πόνημα αυτό στόχο έχει να μυήσει τους κλινικούς με τρόπο απλό στην επιλογή της μορφής των δοντιών που θα ταιριάζει σε κάθε άτομο ξεχωριστά. Η θεωρία πάνω στην οποία στηρίζεται η επιλογή των φυσικών οδοντικών μορφών υπαγορεύεται από την εξελικτική πίεση για κατανάλωση συγκεκριμένου είδους τροφής. Αυτή η εξελικτική ανάγκη υπαγόρευσε την ανάπτυξη των

λοβών οδοντίνης και κατ' αντιστοιχία τις μορφές των δοντιών. Τα μονόλοβα δόντια συνυπάρχουν με σαρκοβόρα διατροφή, τα τρίλοβα ή πολύλοβα με φυτοφάγα διατροφή και τα δίλοβα δόντια με μικτή διατροφή. Το λοβικό-μορφικό οδοντικό σύστημα αναλύεται με λογική επαγωγή για να γίνει ένα εύκολο και αξιόπιστο εργαλείο στην επιλογή των οδοντικών μορφοσχημάτων από τον κλινικό. Ξεκλειδώνουν έτσι, οι απλές και νομοτελιακές αρχές της φυσιολογικής-λειτουργίας του οδοντο-προσωπικού συμπλέγματος. Τα παραδείγματα με εικόνες και οι κλινικές προτάσεις σε όλα τα επίπεδα της οδοντικής σύνθεσης (φυσική, κοσμητική, αισθητική) αποτελούν ένα ξεμπέρδεμα των κλινικών επιλογών που καλούνται οι κλινικοί να κάνουν καθημερινά.

Το πόνημα αυτό αποτελεί ένα χρήσιμο “εργαλείο” για τους κλινικούς, τους εμπλεκόμενους με την οδοντική κατασκευή και ενσωμάτωση, προκειμένου να προβούν σε μια στοχευμένη επιλογή των μορφοσχημάτων μιας φυσικής οδοντικής σύνθεσης ενταγμένης σε μία προσωπική ταυτότητα.

ΔΙΑΘΕΣΗ: «Οδοντιατρικό Βήμα» τηλ.: 210 3814939

υποδηλώνει το όνομά τους, εκδηλώνονται με τη μορφή φυσαλίδων ή/και πομφολύγων στο δέρμα και τους βλεννογόνους του σώματος.

Σε αυτή την κατηγορία συγκαταλέγονται νοσήματα όπως η πέμφιγα, το πεμφιγοειδές των θλεννογόνων, το πομφολυγώδες πεμφιγοειδές και η επίκτητη πομφολυγώδης επιδερμόλυση. Αναφορικά με την πέμφιγα, συντηθέστερες μορφές της αποτελούν η κοινή πέμφιγα, η φυλ-λώδης και η φαρμακευτική, ωστόσο υπάρχουν και άλλες σπανιότερες μορφές.

Η κοινή πέμφιγα χαρακτηρίζεται ιστολογικά από ακανθόλυση στα κύτταρα των υπερβασικών στιβάδων και την παρουσία ακανθολυτικών κυττάρων (κύτταρα Tzank), καθώς και τον σχηματισμό σχισμοειδούς χώρου με υπερβολική εντόπιση, ενώ τα κύτταρα της βασικής στιβάδας παραμένουν προσκολλημένα στη βασική μεμβράνη, εικόνα που έχει περιγραφεί ως «σειρά από ταφόπλακες- row of tombstones». Ανοσολογικά, η κοινή πέμφιγα χαρακτηρίζεται από την παρουσία κυκλοφορούντων και καθηλωμένων αντισωμάτων έναντι της δεσμογλεΐνης-3 (όταν εντοπίζεται αποκλειστικά στους θλεννογόνους-θλεννογόνιος τύπος) και έναντι της δεσμογλεΐνης-3 και της δεσμογλεΐνης-1 (όταν παρουσιάζει εκδηλώσεις και στους θλεννογόνους και στο δέρμα-δερματοθλεννογόνιος τύπος). Η δεσμογλεΐνη-3 αφορά σε δομικό συστατικό των δεσμοσωμάτων (που φυσιολογικά συγκρατούν τα επιθηλιακά κύτταρα ενωμένα) των κυττάρων της ακανθωτής στιβάδας που γειτνιάζουν με τα κύτταρα της βασικής στιβάδας, και η δεσμογλεΐνη-1 αφορά σε δομικό συστατικό των δεσμοσωμάτων των κυττάρων της ακανθωτής στιβάδας που γειτνιάζουν με τα κύτταρα της κοκκώδους στιβάδας του επιθηλίου.

Η κοινή πέμφιγα αντιπροσωπεύει το 80-90% του συνόλου των περιπτώσεων πέμφιγας, ενώ δεν παρουσιάζει ιδιαίτερη προτίμηση σε φύλο. Ο επιπολασμός της παγκοσμίως κυμαίνεται στις 0.38-30 περιπτώσεις ανά 100.000 άτομα, με τη μέση ηλικία πρώτης εκδήλωσης να κυμαίνεται από τα 36.5 έως τα 71 έτη. Η παγκόσμια επίπτωση της κυμαίνεται στους 0.1-5 ασθενείς ανά 100.000 ανά έτος. Σε μια πρόσφατη ελληνική πολυκεντρική μελέτη, η κοινή πέμφιγα εμφάνισε επίπτωση 3,7 περιπτώσεις ανά 1.000.000 άτομα στην Ελλάδα.

Οι ασθενείς που πάσχουν από κοινή πέμ-
φιγα μπορεί να εμφανίσουν βλάβες και σε
άλλα σημεία του σώματος όπως στο δέρμα
και στους οφθαλμούς, ωστόσο στην πλειο-
ψηφία των περιπτώσεων οι ενδοστοματικές
εκδηλώσεις αποτελούν την πρώτη εκδήλωση
της νόσου. Ενδοστοματικά, οι φυσαλίδες/
πομφόλυγες είναι εύθραυστες, με αποτέλεσμα
να ρήγνυνται και να εντοπίζονται συνηθέστερα
αντί αυτών διαβρώσεις με έντονα ερυθρό πυθ-
μένα, οι οποίες μπορεί να καλύπτονται από
λευκωπή ψευδομεμβράνη, η οποία αποτελεί
την οροφή της ραγίσας φυσαλίδας. Ωστόσο,
ένα χαρακτηριστικό κλινικό σημείο, αλλά όχι
παθογνωμονικό, είναι όταν σε φαινομενικά
υγιή βλεννογόνο πάσχοντος ασθενούς, παρα-
κείμενο μίας ενεργού βλάβης, μπορεί να επα-
χθεί η δημιουργία φυσαλίδας με την άσκηση
ολισθαίνουσας πίεσης τοπικά (θετικό σημείο
Nikolsky).

Χωρίς την έγκαιρη αντιμετώπισή τους, οι ενδοστοματικές και δερματικές βλάβες επιμένουν και επεκτείνονται, καθιστώντας τον ασθενή επιρρεπή σε λοιμώξεις και σε ανισορροπία ηλεκτρολυτών οι οποίες μπορεί να οδηγήσουν ακόμη και στο θάνατο. Με την χορήγηση των κορτικοστεροειδών η θνητότητα της κοινής πέμφιγας έχει μειωθεί από το 60-90% στο 5-10%. Επίσης, η χορήγηση μονοκλωνικών αντισωμάτων, όπως η ριτουξιμάμπη (anti-CD20) έχει επιδείξει πολύ καλά αποτελέσματα στην κλινική πράξη και η ευρύτερη χρήση αυτών στο εγγύς μέλλον ενδέχεται να μειώσει ακόμη περισσότερο το ποσοστό θνητότητας.

Συμπεράσματα

Η κοινή πέμφιγα είναι ένα αυτοάνοσο νόσημα που εκδηλώνεται κλινικά με την μορφή φυσαλιδών/πομφολύγων στο δέρμα και στους βλεννογόνους και μπορεί να οδηγήσει ακόμη και στο θάνατο. Τα κλινικά σημεία της κοινής πέμφιγας στα πρώιμα στάδια της νόσου δεν είναι παθολογικά, καθότι προσομοιάζουν με κλινικές εκδηλώσεις άλλων δερματοβλεννογόνων πομφολυγωδών νόσων, όπως το πεμφιγοειδές των βλεννογόνων. Για το λόγο αυτό είναι απαραίτητη η λήψη βιοψίας για τη διενέργεια ιστοπαθολογικής εξέτασης και άμεσου ανοσοφθορισμού με σκοπό την τεκμηρίωση της διάγνωσης και την άμεση έναρξη θεραπευτικής αντιμετώπισης, όπως απαραίτητη είναι και η ένταξη του ασθενούς σε ένα πρόγραμμα τακτι-

κών επανεξετάσεων για την έγκαιρη αντιμετώπιση των υποτροπών.

Ενδεικτική Βιβλιογραφία

1. Alramadhan SA, Islam MN. Vesiculobullous Lesions of the Oral Cavity. *Oral Maxillofac Surg Clin North Am.* 2023;35(2):203-217.
2. De A, Chakraborty D, Grisilda N, Dhar S. A Multimodal Approach to Diagnosis of Immunobullous Diseases: Integrating Clinical, Histopathological, and Immunofluorescence Findings. *Cureus.* 2025;17(5): e84634.
3. Frampton JE. Rituximab: A Review in Pemphigus Vulgaris. *Am J Clin Dermatol.* 2020;21(1):149-156.
4. Jaowska M, Falkowski B, Bowszyc-Dmochowska M, et al. Effectiveness of direct immunofluorescence for diagnosing autoimmune bullous diseases: data from the Central European referral department. *Postepy Dermatol Alergol.* 2025;42(4):373-377.

5. Konstantinou MP, Patsatsi A, Chatziperrou A, et al. Epidemiology and management of pemphigus in Greece: A 5-year, multicentre study. *J Eur Acad Dermatol Venereol*. Published online August 23, 2025.
6. Neville BW, Damm DD, Allen CM, Chi AC. *Oral and Maxillofacial Pathology*. 5th edition. Elsevier; 2024: p. 768-773.
7. Rahimi S, Hariton WVJ, Khalaj F, Ludwig RJ, Borradori L, Müller EJ. Desmoglein-driven dynamic signaling in pemphigus vulgaris: a systematic review of pathogenic pathways. *NPJ Regen Med*. 2025;10(1):39.
8. Rosi-Schumacher M, Baker J, Waris J, Seifert-Sinha K, Sinha AA. Worldwide epidemiologic factors in pemphigus vulgaris and bullous pemphigoid. *Front Immunol*. 2023;14: 1159351.
9. Yeoh SC, Adelstein S, Kujan O. Pemphigus Vulgaris Scoring Systems: A Scoping Review. *J Oral Pathol Med*. Published online October 3, 2025.

OSSTEM[®]
IMPLANT

**Οδοντ
Εμπορική**

Together Has No Limits

Το εμφύτευμα με τις περισσότερες πωλήσεις στον κόσμο από το 2017

τώρα στην Ελλάδα από την Οδοντεμπορική Καλλιθέα

2109572770 - 771

odontemporiki@gmail.com

Παναγή Τσαλδάρη 211, Καλλιθέα

www.odontemporiki.gr

Focus on Implantology

www.iti.org


Milled-PMMA ως υλικό μακροπρόθεσμα μεταβατικής ή τελικής αποκατάστασης



Έλλη Κοτίνα
DDS, MSc
ITI Fellow



Σπύρος Κουρής
DDS, MClintDent
ITI Fellow



German O. Gallucci
DMD, De Med Dent, PhD

Ο κλινικός οδοντίατρος διαθέτει σήμερα αρκετές επιλογές υλικών και σχεδιασμού για την κατασκευή ακίνητων, επιεμφυτευματικών αποκαταστάσεων ολικού τόξου¹. Οποιοδήποτε υλικό χρησιμοποιηθεί θα πρέπει να παρέχει βιοσυμβατότητα, επαρκή μηχανική αντοχή, αντοχή στη φθορά και σταθερότητα χρώματος, ώστε να καλύπτονται οι βιολογικές, μηχανικές και αισθητικές απαιτήσεις². Οι πιο δημοφιλείς επιλογές υλικών περιλαμβάνουν τα μεταλλοκεραμικά (PFM) και μεταλλο-ακρυλικά υλικά, η διαστρωματική ζirkονία ή η μονολιθική ζirkονία. Οι μεταλλοκεραμικές αποκαταστάσεις θεωρούνται

η χρυσή σταθερά λόγω της υψηλής αντοχής και των μακροχρόνιων ποσοστών επιβίωσης³⁻⁵, όμως έχουν υψηλό κόστος, δυσκολία επισκευής και τεχνική πολυπλοκότητα, με πιο συχνή επιπλοκή την αποκόλληση της αισθητικής επίστρωσης⁶. Οι μεταλλο-ακρυλικές «υβριδικές» αποκαταστάσεις έχουν μειωμένο κόστος και ευκολία στη διαχείριση επιπλοκών, απαιτούν όμως σημαντικό προσθετικό χώρο για την κατασκευή τους. Οι συχνότερες επιπλοκές περιλαμβάνουν αποκόλληση δοντιών, ρωγμές και χαλάρωση βιδών^{4,7}. Τέλος, η ζirkονία, έχει υψηλή βιοσυμβατότητα, χαμηλή προσκόλληση οδοντικής μικροβιακής

πλάκας, υψηλή αντοχή σε κάμψη και μειωμένη χρωματική αλλοίωση σε σύγκριση με τα ακρυλικά υλικά⁸, ενώ η μονολιθική ζirkονία εισήχθη για την αντιμετώπιση της υψηλής συχνότητας απόσπασης πορσελάνης επικάλυψης (~14,7%)⁸. Η PMMA, από την πλευρά της, χρησιμοποιείται εκτενώς, όπως για βάσεις οδοντοστοιχιών, τεχνητά δόντια, προσωρινές στεφάνες και CAD/CAM πρωτότυπα (prototypes)^{10,11}. Η πρόσφατη εξέλιξη της τεχνολογίας των υλικών επιτρέπει την κατασκευή προσθετικών αποκαταστάσεων αποκλειστικά από προκατασκευασμένους πολυμερισμένους δίσκους PMMA¹²⁻¹⁴.

Περιγραφή Περιστατικού

Ασθενής προσήλθε στην κλινική του Advanced Graduate Education Program in Implant Dentistry στο Harvard School of Dental Medicine, ζητώντας προσθετική αξιολόγηση.

Ο ασθενής είχε ήδη υποβληθεί σε τοποθέτηση έξι εμφυτευμάτων στη γνάθο και έξι στη κάτω γνάθο (4.1x10mm Bone Level Tapered, SLActive, Straumann AG, Basel, Switzerland) και σύμφωνα με πρωτόκολλο άμεσης φόρτισης [15], με αρχικές μεταβατικές PMMA επιεμφυτευματικές αποκαταστάσεις επί κοχλιούμενων προσθετικών στηριγμάτων SRA (Screw-retained Abutment, TAN - straight 0°, Ø 4.6mm).

Συζητήθηκαν οι επιλογές θεραπείας και ο ασθενής επέλεξε να προχωρήσει στις τελικές ακίνητες επιεμφυτευματικές αποκαταστάσεις¹⁶.

Μετά την περίοδο επούλωσης 3 μηνών, πραγματοποιήθηκε ενδοστοματική σάρωση των εμφυτευμάτων και των νωδών τόξων (TRIOS®,



Εικ. 1α, β: Ψηφιακή διαγνωστική σύνταξη των δοντιών μετά την εισαγωγή STL αρχείων από την ενδοστοματική σάρωση των οδοντικών τόξων χωρίς δόντια. γ: Οι αποκαταστάσεις PMMA άνω και κάτω σε σύγκλειση στον αρθρωτήρα μετά τον ροζ χρωματισμό των ούλων



3Shape A/S, Κοπεγχάγη, Δανία) με την τεχνική τριπλής ψηφιακής σάρωσης:

1. Ψηφιακό αποτύπωμα με τις μεταβατικές αποκαταστάσεις ενδοστοματικά και καταγραφή σύγκλεισης σε μέγιστη συγγόμφωση.
2. Ψηφιακό αποτύπωμα της θέσης των εμφυτευμάτων μετά την αφαίρεση των αποκαταστάσεων, χρησιμοποιώντας τα ειδικά impression copings CARES® Mono Scanbody σε επίπεδο SRA (abutment level, Ø 4.6mm, PEEK/TAN)
3. Ψηφιακή σάρωση των αποκαταστάσεων, συμπεριλαμβανομένων

των προσθετικών επιφανειών επαφής με τα εμφυτεύματα και της εσωτερικής ιστικής επιφάνειας (intaglio) των αποκαταστάσεων.

Τα STL αρχεία των αποτυπωμάτων εισήχθησαν σε λογισμικό CAD (Straumann CARES Visual Software, Straumann USA). Δημιουργήθηκε διαγνωστική σύνταξη δοντιών βασισμένη στις υπάρχουσες αποκαταστάσεις, με μικρές αισθητικές τροποποιήσεις (Εικ. 1α, β).

Στη συνέχεια, κατασκευάστηκαν νέες αποκαταστάσεις άνω και κάτω γνάθου από προ-φρεζαρισμένα μπλοκ PMMA (Temp Esthetic CAD Provisional, Gradient, Harvest

Dental Products, LLC) με αισθητικό χρωματικό χαρακτηρισμό των ούλων (GC Optiglaze) (Εικ. 1γ). Σύμφωνα με τον κατασκευαστή, το συγκεκριμένο υλικό PMMA έχει μέτρο ελαστικότητας >100 MPa, αντοχή σε κάμψη >100 MPa, αντοχή σε εφελκυσμό >75 MPa και σκληρότητα Vickers >135.

Οι αποκαταστάσεις παραδόθηκαν στον ασθενή (Εικ. 2,3,4), επιβεβαιώθηκαν η αισθητική και η παθητική εφαρμογή, και έγινε έλεγχος σύγκλεισης (Εικ. 5). Οι σπές πρόσβασης των βιδών καλύφθηκαν με τεφλόν και σύνθετη ρητίνη. Ο ασθενής έλαβε οδηγίες στοματικής

υγιεινής γύρω από τις αποκαταστάσεις και τα εμφυτεύματα.

Λόγω της πανδημίας COVID-19, ο ασθενής παρέμεινε με την προσωρινή PMMA αποκατάσταση για 21 μήνες. Μετά από παρακολούθηση 6 μηνών, οι προσωρινές αποκαταστάσεις παρέμειναν χωρίς αισθητικές ή μηχανικές επιπλοκές. Οι περιεμφυτευματικοί σκληροί και μαλακοί ιστοί παρέμειναν υγιείς, χωρίς βιολογικές ή τεχνικές επιπλοκές. Ο ασθενής ανέφερε υψηλή ικανοποίηση ως προς την αισθητική και τη λειτουργικότητα.

Δύο χρόνια αργότερα, κατασκευάστηκαν και παραδόθηκαν οι τελικές αποκαταστάσεις: άνω γνάθος με μονολιθική ζirkονία ολικού τόξου και κάτω γνάθος με τρεις τμηματικές αποκαταστάσεις (IFPD). Ένα μήνα μετά την παράδοση της ζirkονίας, παρατηρήθηκε μικρό κάταγμα στο πρόσθιο δόντι της άνω γνάθου, οπότε η αποκατάσταση αφαιρέθηκε και επανατοποθετήθηκε η προσωρινή PMMA για έξι επιπλέον μήνες, φτάνοντας συνολικά 27 μήνες λειτουργίας (Εικ. 6α, β). Κατά τη διάρκεια αυτής της περιόδου δεν σημειώθηκαν προσθετικές ή βιολογικές επιπλοκές. Τέλος, η αποκατάσταση Ζirkονίας μετά την επισκευή της, τοποθετήθηκε οριστικά και η PMMA αποθηκεύτηκε για πιθανή μελλοντική χρήση.



Εικ. 2α, β: Μαστική και ιστική άποψη άνω αποκατάστασης PMMA.



Εικ. 3α, β: Μαστική και ιστική άποψη κάτω αποκατάστασης PMMA.



Εικ. 4: Οι αποκαταστάσεις PMMA σε σύγκλειση μετά την ενδοστοματική τοποθέτηση.



Εικ. 5α, β: Πλάγια και πρόσθια εικόνα του χαμόγελου του ασθενή μετά την τοποθέτηση.



Εικ. 6α, β: Οι αποκαταστάσεις μετά από 2 χρόνια παρακολούθησης, κλινική και ακτινογραφική αξιολόγηση των αισθητικών και μηχανικών παραμέτρων.



Συζήτηση

Δεν υπάρχουν πολλές κλινικές μελέτες που να περιγράφουν τη PMMA ως τελική προσθετική επιλογή. Υπάρχει μόνο μία 10ετής προοπτική κλινική μελέτη (Tartaglia et al.) που επιβεβαιώνει τη μακροχρόνια απόδοση PFZ και ολικών ρητινωδών αποκαταστάσεων ολικού τόξου για 10 χρόνια, με παρόμοια ποσοστά επιβίωσης χωρίς επιπλοκές (29-30%). Ωστόσο, παρατηρήθηκε αύξηση μηχανικών επιπλοκών μετά το 6ο έτος¹⁷. Στο περιστατικό αυτό, μετά από 27 μήνες παρακολούθησης, οι αποκαταστάσεις PMMA διατήρησαν σταθερή αισθητική και λειτουργική απόδοση, χωρίς μηχανικές ή βιολογικές επιπλοκές. Αντίθετα, ένα μήνα μετά την παράδοση της μονολιθικής ζirkονίας, σημειώθηκε μικρή θραύση σε ένα πρόσθιο δόντι της άνω γνάθου.

Η αισθητική των φρεζαρισμένων PMMA είναι αξιοσημείωτη. Επιπλέον, η δυνατότητα χρωματικής επιλογής από 13 στρώματα φυσικών αποχρώσεων, επιτρέπει πολλαπλές διαβαθμίσεις που μιμούνται τη διαφάνεια του οδοντικού ιστού, προσφέροντας φυσικότερο αποτέλεσμα με ομαλή μετάβαση από τον αυχένα στη μαστική επιφάνεια. Η PMMA επίσης, έδειξε ευνοϊκή βιολογική συμπεριφορά^{18,19}. Η φρεζαρισμένη PMMA είναι ελαφρύτερη από μεταλλοκεραμικά ή ζirkονία, και δεν παράγει τον χαρακτηριστικό ήχο «clicking» κατά τη μάσηση όπως οι προηγούμενες αποκαταστάσεις²⁰.

Η τεχνολογία CAD/CAM παρέχει το πλεονέκτημα ψηφιακής τεκμηρί-

ωσης και αποθήκευσης ψηφιακού αρχείου, επιτρέποντας την εύκολη αναπαραγωγή των αποκαταστάσεων στο μέλλον. Επίσης, η δυνατότητα κατασκευής οδηγού επιβεβαίωσης (verification jig) εξασφαλίζει την ακρίβεια εφαρμογής πριν την παράδοση της τελικής αποκατάστασης.

Η σταθερή αισθητική, η βιολογική απόκριση και η λειτουργικότητα χωρίς επιπλοκές δείχνουν ότι η φρεζαρισμένη PMMA μπορεί να αποτελεί μακροπρόθεσμη επιλογή για επιεμφυτευματικές αποκαταστάσεις, μειώνοντας τον χρόνο εφαρμογής και το συνολικό κόστος.

Επειδή η μακροχρόνια επιτυχία οποιασδήποτε επιεμφυτευματικής αποκατάστασης απαιτεί συντήρηση και πιθανές επισκευές, ακόμα και αντικατάσταση κατά τη διάρκεια της ζωής του ασθενούς ένα σημαντικό όφελος είναι και το κόστος του υλικού που είναι περίπου το εν τρίτο των παραδοσιακών υλικών αποκατάστασης.

Συμπεράσματα

Με βάση τα παραπάνω, η αποκατάσταση milled-PMMA με τη τεχνολογία CAD/CAM βελτίωσε πολλούς κλινικούς δείκτες καθώς και την ικανοποίηση του ασθενούς. Η επιλογή αυτής της αποκατάστασης παρουσιάζει τα εξής

Πλεονεκτήματα:

- Αισθητικά χαρακτηριστικά με υψηλή διαφάνεια και πολλαπλά στρώματα διαβάθμισης.
- Βελτιωμένες μηχανικές ιδιότητες σε σύγκριση με παραδοσιακή PMMA.

- Μείωση χρόνου θεραπείας (παράδοση σε 3 επισκέψεις).
- Οικονομικό όφελος.
- Εύκολη διαχείριση μηχανικών επιπλοκών και δυνατότητα αναπαραγωγής.
- Κοχλιούμενη εργασία που διευκολύνει τη συντήρηση.
- Υψηλή ικανοποίηση ασθενούς

Παρά τις περιορισμένες μακροχρόνιες μελέτες, η φρεζαρισμένη PMMA αποτελεί απλή, αισθητική, οικονομική και γρήγορη επιλογή για την τελική επιεμφυτευματική αποκατάσταση νωδών ασθενών.

Το περιστατικό πραγματοποιήθηκε υπό την εποπτεία του καθηγητή και διευθυντή του προγράμματος Εμφυτευματολογίας του Harvard School of Dental Medicine, German O. Gallucci ο οποίος είχε και την σύλληψη της ιδέας χρήσης των milled-Pmma αποκαταστάσεων ως είδος επιλογής μόνιμης εμφυτευματικής αποκατάστασης μέτριας έως μακράς διάρκειας.

Βιβλιογραφικές αναφορές

1. Attard NJ, Zarb GA. Long-term treatment outcomes in edentulous patients with implant fixed prostheses: the Toronto study. Int J Prosthodont 2004;17:417-424.
2. Berglundh T, Persson L, Klinge B. A systematic review of the incidence of biological and technical complications in implant dentistry reported in prospective longitudinal studies of at least 5 years. J Clin Periodontol 2002;29 Suppl 3:197-212; discussion 232-193.
3. Morton D, Gallucci G, Lin WS, et al. Group 2 ITI Consensus Report: Prosthodontics and implant dentistry. Clin Oral Implants Res 2018;29 Suppl 16:215-223.
4. Bagegni A, Abou-Ayash S, Rücker G, Algarny A, Att W. The influence

of prosthetic material on implant and prosthetic survival of implant-supported fixed complete dentures: a systematic review and meta-analysis. J Prosthodont Res 2019;63:251-265.

5. Sailer I, Strasding M, Valente NA, Zwahlen M, Liu S, Pjetursson BE. A systematic review of the survival and complication rates of zirconia-ceramic and metal-ceramic multiple-unit fixed dental prostheses. Clin Oral Implants Res 2018;29 Suppl 16:184-198.
6. Papaspyridakos P, Bordin TB, Natto ZS, et al. Complications and survival rates of 55 metal-ceramic implant-supported fixed complete-arch prostheses: A cohort study with mean 5-year follow-up. J Prosthet Dent 2019;122:441-449.
7. Barootchi S, Askar H, Ravidà A, Gargallo-Albiol J, Travan S, Wang HL. Long-term Clinical Outcomes and Cost-Effectiveness of Full-Arch Implant-Supported Zirconia-Based and Metal-Acrylic Fixed Dental Prostheses: A Retrospective Analysis. Int J Oral Maxillofac Implants 2020;35:395-405.
8. Tischler M, Patch C, Bidra AS. Rehabilitation of edentulous jaws with zirconia complete-arch fixed implant-supported prostheses: An up to 4-year retrospective clinical study. J Prosthet Dent 2018;120:204-209.
9. AlTarawneh S, Thalji G, Cooper L. Full-arch implant-supported monolithic zirconia fixed dental prostheses: An updated systematic review. Int J Oral Implantol (Berl) 2021;14:13-22.
10. Zafar MS. Prosthodontic Applications of Polymethyl Methacrylate (PMMA): An Update. Polymers (Basel) 2020;12.
11. Legaz J, Karasan D, Fehmer V, Sailer I. The 3D-printed prototype: a new protocol for the evaluation and potential adaptation of monolithic all-ceramic restorations before finalization. Quintessence Int 2020;51:538-544.
12. Raszewski Z. Acrylic resins in the CAD/CAM technology: A systematic literature review. Dent Med Probl 2020;57:449-454.

13. Angelara K, Bratos M, Sorensen JA. Comparison of strength of milled and conventionally processed PMMA complete-arch implant-supported immediate interim fixed dental prostheses. J Prosthet Dent 2021.
14. Al-Dwairi ZN, Al Haj Ebrahim AA, Baba NZ. A Comparison of the Surface and Mechanical Properties of 3D Printable Denture-Base Resin Material and Conventional Polymethylmethacrylate (PMMA). J Prosthodont 2022.
15. Makarov N, Pompa G, Papi P. Computer-assisted implant placement and full-arch immediate loading with digitally prefabricated provisional prostheses without cast: a prospective pilot cohort study. Int J Implant Dent 2021;7:80.
16. Gallucci GO, Avramiou M, Taylor JC, Elpers J, Thalji G, Cooper LF. Maxillary Implant-Supported Fixed Prosthesis: A Survey of Reviews and Key Variables for Treatment Planning. Int J Oral Maxillofac Implants 2016;31 Suppl:s192-197.
17. Tartaglia GM, Farronato M, Sforza C, Bidra AS. Implant-Supported Immediately Loaded Complete Arch Rehabilitations with a Mean Follow-up of 10 Years: A Prospective Clinical Study. J Prosthodont 2019;28:951-957.
18. Al-Dwairi ZN, Tahboub KY, Baba NZ, Goodacre CJ, Özcan M. A Comparison of the Surface Properties of CAD/CAM and Conventional Polymethylmethacrylate (PMMA). J Prosthodont 2019;28:452-457.
19. Shim JS, Kim HC, Park SI, Yun HJ, Ryu JJ. Comparison of Various Implant Provisional Resin Materials for Cytotoxicity and Attachment to Human Gingival Fibroblasts. Int J Oral Maxillofac Implants 2019;34:390-396.
20. Al-Dwairi ZN, Tahboub KY, Baba NZ, Goodacre CJ. A Comparison of the Flexural and Impact Strengths and Flexural Modulus of CAD/CAM and Conventional Heat-Cured Polymethyl Methacrylate (PMMA). J Prosthodont 2020;29:341-349.



Μετεκπαιδευτικό πρόγραμμα εμφυτευματολογίας Step-by-step Dental Implants

Βασική εκπαίδευση (Foundation Level)

- 3 μήνες διάρκεια
- 6 Θεματικές ενότητες
- 35 Γνωστικά αντικείμενα
- Online όλο το εκπαιδευτικό υλικό για εξατομικευμένο ρυθμό εκμάθησης
- 2 ημέρες Χειρουργικής και Προσθετικής πρακτικής άσκησης
- Online τελικές εξετάσεις
- ITI Certificate in Implant Dentistry: Foundation Level

Κλινική εμπειρία (Intermediate Level)

- 9 μήνες διάρκεια
- 10 ημέρες κλινικής άσκησης
- 8 ημέρες εργαστηριακής άσκησης και θεωρητικής ενημέρωσης
- 4 Θεματικές ενότητες θεωρητικής κατάρτισης
- 18 Γνωστικά αντικείμενα
- Online εκπαιδευτικό υλικό για εξατομικευμένο ρυθμό εκμάθησης
- Χειρουργική τοποθέτηση και προσθετική αποκατάσταση 5 εμφυτευμάτων σε ασθενείς
- Online τελικές εξετάσεις
- Παρουσίαση κλινικών περιστατικών
- ITI Certificate in Implant Therapy: Intermediate Level

Εγγραφές
για τον νέο κύκλο
σεμιναρίων του
2025

Για περισσότερες πληροφορίες και δηλώσεις συμμετοχής:
www.iti-implantology.webnode.gr



Τα Μυστικά του Στόματος...

Γιώργος Χ. Λάσκαρης

Στοματολόγος, Ιατρός - Οδοντίατρος
Διδάκτωρ και Υφηγητής Παν. Αθηνών
Αν. Καθηγητής Στοματολογίας Ιατρικής Σχολής Παν. Αθηνών
Επισκέπτης Καθηγητής Παν. Λονδίνου
Ιδρυτής & Διευθυντής Στοματολογικού Τμήματος Νοσ. «Α. Συγγρός» (1971-2008)
Επίτιμος Πρόεδρος Ελληνικής Εταιρείας Στοματολογίας

Επικοινωνία:

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

Επιλεγμένα νοσήματα σιαλογόνων αδένων μη νεοπλασματικά

Οι σιαλογόνοι αδένες αποτελούν ένα ανεξάρτητο και εξαιρετικά χρήσιμο σύστημα, απαραίτητο για την ομαλή λειτουργία του στόματος και άλλων οργανικών συστημάτων. Το σύνολο των σιαλογόνων αδένων μαζί με τον σialo που παράγουν, αποτελούν **θεμελιώδες στοιχείο του μικροβιώματος του στόματος**, μαζί με τη **μικροβιακή μικροχλωρίδα**, το **τοπικό ανοσολογικό σύστημα** και τον **λεμφικό ιστό** της περιοχής. Οι σιαλογόνοι αδένες ταξινομούνται σε **μεγάλους** (μείζονες) και

μικρούς (ελάσσονες). Οι μεγάλοι είναι οι **παρωτίδες**, οι **υπογνάθιοι**, και οι **υπογλώσσιοι** αδένες. Οι μικροί σιαλογόνοι αδένες βρίσκονται διάσπαρτοι στο στόμα και ονομάζονται ανάλογα με την ανατομική τους θέση σε **χειλικούς, γλωσσικούς, παρειακούς, υπερώιους** και **γλωσσοϋπερώιους**. Το φάσμα των νόσων που προσβάλλουν τους σιαλογόνους αδένες είναι πολύ μεγάλο και περιλαμβάνει **οργανικά νοσήματα, ορμονικά, φλεγμονώδη, ανοσολογικά, γενετικά**, καθώς και **καλοήθη**

(περίπου 15) και **κακοήθη νεοπλάσματα** (περίπου 24). Στο άρθρο που ακολουθεί θα αναφερθούμε μόνο σε **επιλεγμένα μη νεοπλασματικά νοσήματα** που προσβάλλουν τους σιαλογόνους αδένες. Στο σημείο αυτό πρέπει να τονιστεί ότι στη διάγνωση και θεραπεία των νόσων των σιαλογόνων αδένων εμπλέκονται πολυάριθμες ειδικότητες όπως **στοματολόγοι, χειρουργοί στόματος, ωτορινολαρυγγολόγοι, ιστοπαθολόγοι, ανοσολόγοι, ακτινολόγοι, ογκολόγοι κ.α.**

I. ΣΙΑΛΟΛΙΘΙΑΣΗ

Σιαλόλιθοι δημιουργούνται αρκετά συχνά στους εκφορητικούς πόρους ή στο παρέγχυμα των μεγάλων, κυρίως, σιαλογόνων αδένων. Οφείλονται σε εναπόθεση αλάτων ασβεστίου γύρω από αποπεπτωκότα επιθηλιακά ράκη, παχιά θλήννη, βακτήρια κ.ά. μέσα στον εκφορητικό πόρο. Επιπλέον, ο σχηματισμός σιαλόλιθων ευνοείται από φλεγμονώδεις καταστάσεις των αδένων. Σε ποσοστό **70-80%** εντοπίζονται στον υπογνάθιο σιαλογόνο αδένά και πιο σπάνια στην παρωτίδα, τον υπογλώσσιο και τους μικρούς σιαλογόνους αδένες. Απαντούν συχνότερα στη μέση ηλικία, χωρίς προτίμηση φύλου.

Κλινικά, παρατηρείται επώδυνη διόγκωση του αδένά, ιδιαίτερα κατά τη διάρκεια του φαγητού. Μερικές φορές, όταν ο λίθος βρίσκεται στο περιφερικότερο τμήμα του εκφορητικού πόρου, δημιουργείται έντονο οίδημα και φλεγμονή. Σε αυτές τις περιπτώσεις, εάν ο λίθος είναι μεγάλος, ψηλαφάται εύκολα και μερικές φορές φαίνεται στο στόμιο του εκφορητικού πόρου (**Εικ. 1**). Η μη εκροή του σialo ευνοεί λοιμώξεις του σιαλογόνου αδένά.



Εικ. 1: Ευμεγέθης σιαλόλιθος που προβάλλει στο στόμιο του εκφορητικού πόρου της παρωτίδας.

Διαφορική διάγνωση γίνεται από τη βακτηριακή σιαλαδενίτιδα και όγκους των σιαλογόνων αδένων.

Εργαστηριακές εξετάσεις διαγνωστικά χρήσιμες είναι η ακτινογραφία δήξεως, το πανοραμικό ακτινογράφημα, το Dental scan και πρόσφατα η σιαλοενδοσκοπική εξέταση.

Θεραπευτικά στην οξεία φάση χορηγούνται αντιβιοτικά και μετά χειρουργική εξαίρεση του λίθου. Πολύ πρόσφατα έχει δοκιμασθεί διάσπαση του λίθου με laser.

II. ΣΙΑΛΑΔΕΝΩΣΗ

Η σιαλαδένωση είναι σπάνια μη φλεγμονώδης διαταραχή, που χαρακτηρίζεται από υπερτροφία των αδενικών κυττάρων, με αποτέλεσμα διόγκωση των μεγάλων σιαλογόνων αδένων και ιδιαίτερα της παρωτίδας. Η ακριβής αιτιολογία είναι άγνωστη. Η διαταραχή συνυπάρχει με συστηματικά νοσήματα, όπως κίρρωση του ήπατος, σακχαρώδης διαβήτης, αλκοολισμός, ανεπάρκεια του θυρεοειδούς αδένά και των ωοθηκών, παχυσαρκία και μερικές φορές με λήψη φαρμάκων.

Κλινικά εμφανίζεται ως ανώδυνη, βραδέως εξελισσόμενη διόγκωση των παρωτίδων. Η διόγκωση είναι συνήθως αμφοτερόπλευρη και πιο σπάνια ετερόπλευρη (**Εικ. 2**). Στην ψηλάφηση είναι σχετικά μαλακή, ενώ υπάρχει και μικρή μείωση της έκκρισης σialo. Η νόσος είναι πιο συχνή σε άτομα άνω των 50 ετών. Η διαφορική διάγνωση περιλαμβάνει τα νοσήματα που είναι ταξινομημένα στον **Πίνακα 1**.

Ιστολογικά παρατηρείται υπερτροφία του αδενικού παρεγχύματος. Τα κύτταρα είναι διογκωμένα με κυτταρόπλασμα που περιέχει ζυμογόνα κοκκία και μικρό πυρήνα που βρίσκεται



Εικ. 2: Σιαλαδένωση, αμφοτερόπλευρη διόγκωση των παρωτίδων.

ΠΙΝΑΚΑΣ 1 Διαφορική διάγνωση Σιαλαδένωσης

- Σύνδρομο Sjögren
- Σύνδρομο Mikulicz
- Σύνδρομο Heerfordt
- Όγκοι των σιαλογόνων αδένων
- Βακτηριακή παρωτίτις

έκκεντρα. Χρήσιμη επίσης είναι και η σιαλογραφία.

Η θεραπεία είναι συμπτωματική. Η αντιμετώπιση της υποκείμενης νόσου βελτιώνει και τη διόγκωση των σιαλογόνων αδένων. Τα κορτικοστεροειδή σε χαμηλή δοσολογία μικρή μόνο βοήθεια προσφέρουν.

III. ΣΥΝΔΡΟΜΟ MIKULICZ

Το σύνδρομο Mikulicz χαρακτηρίζεται από φλεγμονώδη διόγκωση κυρίως των μεγάλων σιαλογόνων αδένων. Δεν είναι ανεξάρτητη νοσολογική οντότητα, αλλά προκαλείται από συστηματικά νοσήματα, όπως φυματίωση, σαρκοείδωση, λευχαιμίες, λεμφώματα, αμυλοείδωση κ.ά. Κλινικά χαρακτηρίζεται από συμμετρική αμφοτερόπλευρη και σπάνια ετερόπλευρη, ανώδυνη διόγκωση των σιαλογόνων αδένων, που συνοδεύεται και από διόγκωση των υπογνάθιων και τραχηλικών λεμφαδένων (**Εικ. 3**). Η διαφορική διάγνωση περιλαμβάνει τα νοσήματα που είναι ταξινομημένα στον **Πίνακα 2**.



Εικ. 3: Σύνδρομο Mikulicz, διόγκωση υπογνάθιων σιαλογόνων αδένων και λεμφαδένων, σε έδαφος χρόνιας λεμφοβλαστικής λευχαιμίας.

ΠΙΝΑΚΑΣ 2 Διαφορική διάγνωση Συνδρόμου Mikulicz

- Σύνδρομο Sjögren
- Σύνδρομο Heerfordt
- Φυματίωση
- Λευχαιμίες
- Mn-Hodgkin λέμφωμα
- Πρωτοπαθής συστηματική αμυλοείδωση
- Σιαλαδένωση

Συνιστώνται οι ειδικές εργαστηριακές εξετάσεις που ενδείκνυνται για το κάθε νόσημα που μπορεί να υποκρύπτεται.

Η θεραπεία της νόσου ταυτίζεται με τη θεραπεία της νόσου που υποκρύπτεται.

IV. ΝΕΚΡΩΤΙΚΗ ΣΙΑΛΑΔΕΝΟΜΕΤΑΠΛΑΣΙΑ

Η νεκρωτική σιαλαδενομεταπλασία είναι, σχετικά σπάνια, φλεγμονώδης βλάβη των σιαλογόνων αδένων, που περιγράφηκε το 1973. Το αίτιο είναι άγνωστο, με επικρατέστερη τη θεωρία της ισχαιμικής νέκρωσης, μετά από αγγειακή βλάβη.

Είναι πιο συχνή στους άνδρες από ό,τι στις γυναίκες (σχέση 2:1), ηλικίας 30-50 ετών. Περίπου το 75-80% των περιπτώσεων εντοπίζονται στο οπίσθιο μέρος της σκληρής υπερώας, ενώ σε μικρότερη συχνότητα απαντά στο κάτω χείλος, την παρεία, το οπισθογόμφιο τρίγωνο. Επιπλέον, σποραδικές περιπτώσεις έχουν περιγραφεί στην παρωτίδα και πολύ σπάνια στον υπογνάθιο και υπογλώσσιο σιαλογόνο αδένά. Κλινικά, εμφανίζεται, συνήθως ξαφνικά, ως επώδυνη διόγκωση που εξελίσσεται μέσα σε 1-2 εβδομάδες σε κρατηροειδή έλκωση, με επηρμένα και διπλημένα χείλη και διάμετρο από 0,5 έως 5 cm (**Εικ. 4**). Συνήθως η βλάβη είναι ετερόπλευρη, μερικές φορές, όμως, μπορεί να είναι αμφοτερόπλευρη και πέραν της μιας. Μιμείται κλινικά και ιστοπαθολογικά ακανθοκυτταρικό καρκίνωμα και αδενοκαρκίνωμα.



Εικ. 4: Νεκρωτική σιαλαδενομεταπλασία, ευμεγέθης κρατηροειδής έλκωση στο οπίσθιο μέρος της σκληρής υπερώας.

Η κλινική διαφορική διάγνωση περιλαμβάνει πολλά νοσήματα που βρίσκονται ταξινομημένα στον **Πίνακα 3**.

ΠΙΝΑΚΑΣ 3

Διαφορική διάγνωση Νεκρωτικής Σιαλαδενομεταπλασίας

- Ακανθοκυτταρικό καρκίνωμα
- Βλεννοεπιδερμοειδές καρκίνωμα
- Άλλα αδenoκαρκινώματα
- Ρινικό NK-T μη-Hodgkin λέμφωμα
- Συφιλιδικό κομμώμα
- Ασπεργίλλωση
- Μουκορμύκωση
- Νέκρωση υπερώας από έκχυση αναισθητικού φαρμάκου

Ιστολογικά παρατηρείται νέκρωση των αδενικών κυψελών και μεταπλασία του αδενικού επιθηλίου των εκφορητικών πόρων των σιαλογόγων αδένων σε καλυπτικό πλακώδες επιθήλιο. Επιπλέον, παρατηρούνται ελεύθερη βλέννη και φλεγμονώδης διήθηση από ουδετερόφιλα, πλασματοκύτταρα και λεμφοκύτταρα. Οι ιστολογικοί χαρακτήρες ομοιάζουν με ακανθοκυτταρικό και βλεννοεπιδερμοειδές καρκίνωμα.

Παρά το γεγονός ότι η βλάβη συνήθως επιουλώνεται αυτόματα σε διάστημα 4-6 εβδομάδων, η χορήγηση πρεδνιζολόνης 20-30 mg για 1 εβδομάδα και μετά σταδιακή μείωση και διακοπή για 1 ακόμη εβδομάδα, μειώνει το χρόνο επιούλωσης της έλκωσης σε 2-3 εβδομάδες και το σημαντικότερο προλαβαίνει πιθανή οστική βλάβη. Επιπλέον, η τοπική χρήση σκευασμάτων που ελευθερώνουν οξυγόνο (π.χ. Unisept buccal) 3 φορές την ημέρα βοηθά στον καθαρισμό της έλκωσης από τους νεκρωμένους ιστούς και μικροβιακούς παράγοντες.

V. ΕΗΡΟΣΤΟΜΙΑ

Ξηροστομία είναι το αίσθημα ξηρότητας στο στόμα που μπορεί να οφείλεται: α) σε ποσοτική μείωση του παραγόμενου σάλιου από τους σιαλογόνους αδένες, β) σε ποιοτική διαταραχή στη σύνθεση του σάλιου, και γ) την αυξημένη αφυδάτωση του οργανισμού. Η ξηροστομία είναι συνήθως υποκειμενικό σύμπτωμα, μπορεί όμως να είναι και αντικειμενικό σημείο που διαπιστώνει και ο ιατρός. Τις τελευταίες δεκαετίες παρατηρείται αύξηση του προβλήματος που αποδίδεται στην αύξηση του μέσου όρου ζωής και τη μεγάλη χρήση φαρμάκων που έχουν ως ανεπιθύμητη δράση τη μείωση παραγωγής του σάλιου. Αιτιολογικά η ξηροστομία συνδέεται συχνά με λήψη φαρμάκων τα κυριότερα των οποίων είναι τα αντιχολινεργικά, τα συμπαθομιμητικά κ.α. Υπολογίζεται ότι πάνω από 500 φάρμακα μπορεί να προκαλέσουν ξηροστομία. Δεύτερα σε συχνότητα είναι συστηματικά νοσήματα όπως το σύνδρομο Sjogren, νόσος από αντίδραση μοσχεύματος έναντι του λήπτη, η λοίμωξη HIV, το σύνδρομο Heerfordt, ο σακχαρώδης διαβήτης, ψυχικό stress, γενετικά νοσήματα κ.ά. Ακολουθούν η ακτινοβολία στην περιοχή της κεφαλής λόγω νεοπλασιών, τοπικά αίτια στο στόμα (καπνισμός, στοματική αναπνοή, κάπνισμα) και, τέλος, δυσπλασίες των σιαλογόνων αδένων (απλασία, υποπλασία).

Κλινικά, ο διεννογόνος του στόματος, και ιδιαίτερα η γλώσσα, είναι ξηρός, λεπτός, στυλπνός και ερυθρός (**Εικ. 5**). Επιπλέον, παρατηρείται μείωση της ποσότητας του σι-
άλου που είναι παχύ, κολλώδες, και πολλές φορές «αφρώδες». Υποκειμενικά, οι ασθενείς παραπονούνται συχνά για αίσθημα καύσου.



Εικ. 5: Ξηροστομία, έντονα ξηρή γλώσσα με σχηματισμό λεπίων.

αλλαγή της γεύσης, δυσφαγία, δυσκαταποσία και προβλήματα στην ομιλία. Καντιντίαση και αυξημένος τερηδονισμός των δοντιών είναι συχνές επιπλοκές. Στον **Πίνακα 4** βρίσκονται ταξινομημένες οι επιπλοκές της ξηροστομίας. Οι γυναίκες, συνήθως άνω των 50 ετών, υποφέρουν περισσότερο από ξηροστομία.

Η διαφορική διάγνωση περιλαμβάνει τα νοσήματα που είναι ταξινομημένα στον **Πίνακα 5**.

Ο ποσοτικός προσδιορισμός του σιάλου σε κατάσταση ηρεμίας ή κατόπιν διέγερσης των σιαλογόνων αδένων. Ειδικές εξετάσεις σε περιπτώσεις υποψίας συστηματικής νόσου όπως: ορολογικές, ιστοπαθολογική, υπερηχογράφημα, σιαλογραφία κ.ά.

Βασική προϋπόθεση πριν την έναρξη της θεραπείας είναι ο προσδιορισμός της αιτίας της ξηροστομίας και η αντιμετώπισή της. Τοπικά χορηγούνται υποκατάστατα σιάλου τα οποία

ΠΙΝΑΚΑΣ 4

Επιπλοκές στο στόμα από Ξηροστομία

- Ξηρός ατροφικός βλεννογόνος
- Γλωσσοδυνία
- Αυξημένος τερηδονισμός δοντιών
- Ουλίτις
- Μειωμένη συγκράτηση οδοντοστοιχιών
- Λοιμώξεις σιαλογόνων αδένων
- Αυξημένη συχνότητα καντιντίασης
- Διαταραχές γεύσης
- Δυσκολία μάσησης και κατάποσης
- Δυσκολία στην ομιλία

απλά υγραίνουν το βλεννογόνο του στόματος για περιορισμένο χρόνο. Χρήσιμα επίσης είναι σιαλαγωγά φάρμακα που διεγείρουν τους σιαλογόνους αδένες για παραγωγή σάλου όπως η

ΠΙΝΑΚΑΣ 5

Διαφορική διάγνωση Ξηροστομίας

- Σύνδρομο Sjögren
- Νόσος από αντίδραση μοσχεύματος έναντι του λήπτη
- Σύνδρομο Heerfordt
- Λοίμωξη HIV
- Γενικά όλα τα αίτια και καταστάσεις που προκαλούν ξηροστομία

πιλοκαρπίνη σε δισκία 5 mg, χορηγούνται 2-3 δισκία την ημέρα, και η σεβιμελίνη (που δεν κυκλοφορεί στην Ελλάδα). Προϋπόθεση για να έχουν δράση τα σιαλαγωγά φάρμακα είναι η διατήρηση ικανοποιητικού αδενικού παρεγχύματος. Επιπλέον, πρέπει να λαμβάνονται υπό-

Συνέχεια στη σελίδα 28

kuraray

Noritake

Η επόμενη γενιά στους συγκολλητικούς παράγοντες του ενός σταδίου

CLEARFIL™ Universal Bond Quick 2

Το CLEARFIL™ Universal Bond Quick 2 αποτελεί την τελευταία εξέλιξη στους συγκολλητικούς παράγοντες στην οδοντιατρική επιστήμη, προσφέροντας μια βελτιωμένη, αποτελεσματική λύση για τους κλινικούς οδοντιάτρους. Σχεδιασμένος για να βελτιώνει τη ροή εργασίας, αυτός ο συγκολλητικός παράγοντας παρέχει ισχυρή απόδοση σε ποικίλα κλινικά περιστατικά.

NEO!

Η πατενταρισμένη τεχνολογία της Προηγμένης Άμεσης Συγκόλλησης συνδυάζει **τρία βασικά μονομερή** – το **αυθεντικό MDP** (υψηλή αντοχή δεσμού), το **μονομερές του Αμιδίου** (άμεση εφαρμογή χωρίς χρόνο αναμονής) και το **μονομερές Τετραμεθακρυλικής Ουρεθάνης** (ισχυρή επίστρωση συγκόλλησης). Αυτή η σύσταση δημιουργεί μια ισχυρή συγκόλληση που υποστηρίζει και την ευκολία στη χρήση και τα μακροχρόνια αποτελέσματα.

Χαρακτηριστικά Πλεονεκτήματα

- Γρήγορη και απλή εφαρμογή
- Σταθερά ανθεκτική αντοχή συγκόλλησης
- Ευελιξία σε διαφορετικές τεχνικές αποκατάστασης
- Ελαχιστοποιημένος κίνδυνος συσσώρευσης και επιμόλυνσης
- Συμβατότητα με τις αυτοσυγκολλούμενες ρητινώδεις κονίες
- Εύχρηστη αποθήκευση σε θερμοκρασία δωματίου

Ενδείξεις

Το CLEARFIL™ Universal Bond Quick 2 ενδείκνυται για τις ακόλουθες χρήσεις:

- Άμεσες αποκαταστάσεις με χρήση φωτοπολυμεριζόμενης σύνθετης ρητίνης
- Επίστρωση καιλότητας ή κολοβώματος ως προθεραπεία σε έμμεσες αποκαταστάσεις
- Θεραπεία εκτεθειμένων ριζικών επιφανειών
- Θεραπεία υπερευαίσθητων δοντιών
- Ενδοστοματικές επιδιορθώσεις σπασμένων αποκαταστάσεων
- Για τη συγκόλληση αξόνων και την κατασκευή ψευδοκολοβωμάτων
- Συγκόλληση έμμεσων αποκαταστάσεων

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

Εικ. 5: Ξηροστομία, έντονα ξηρή γλώσσα με σχηματισμό λεπίων.

Συνέχεια από τη σελίδα 27

ψη οι ανεπιθύμητες ενέργειες των φαρμάκων αυτών, ιδιαίτερα σε παρατεταμένη χορήγηση.

VI. ΣΙΑΛΟΡΡΟΙΑ

Σιαλόρροια είναι η αυξημένη ποσότητα σιάλου στο στόμα, που συχνά τρέχει και έξω από τη στοματική κοιλότητα. Η σιαλόρροια μπορεί να είναι πραγματική, να οφείλεται δηλαδή σε αυξημένη παραγωγή σιάλου, ή φαινομενική που οφείλεται σε αδυναμία συγκράτησης του σιάλου λόγω νευρομυϊκής αδυναμίας. Τα βασικά αίτια που προκαλούν σιαλόρροια ταξινομούνται σε 5 ομάδες: τοπικά, συστηματικά, φάρμακα, ψυχογενή, και ιδιοπαθής παροξυσμική (Πίνακας 6).

Κλινικά, ανάλογα με τη βαρύτητα, παρατηρείται εκροή σιάλου συνήθως από τις γωνίες και το κέντρο των χειλέων με αποτέλεσμα να υπάρχει διαβροχή του δέρματος περιστοματικά (Εικ. 6). Συχνά δημιουργείται συγχελίτις, χειλίτις και περιστοματική δερματίτις που συ-



Εικ. 6: Σιαλόρροια, έντονη εκροή σάλιου από το στόμα.

ΠΙΝΑΚΑΣ 6 Αιτιολογική ταξινόμηση της Σιαλόρροιας
I. Τοπικά νοσήματα ή βλάβες στο στόμα που προκαλούν πόνο ή ερεθισμό (π.χ. άφθες, ερπητική στοματίτις, πολύμορφο ερύθημα, πέμφιγα, νέες οδοντοστοιχίες που τραυματίζουν κ.ά.)
II. Συστηματικά νοσήματα, όπως νόσος του Parkinson, Alzheimer, πλάγια μυοατροφική σκλήρυνση, σύνδρομο Down, επιληψία, γαστροοισοφαγική παλινδρόμηση, καρκίνος του οισοφάγου και του στομάχου κ.ά.
III. Φάρμακα: Κλοναζεπίνη, κλοναζεπάμη, πιλοκαρπίνη, λίθιο, ιωδιούχα, βαρέα μέταλλα (βισμούθιο, υδράργυρος, αρσενικό)
IV. Ψυχογενής
V. Ιδιοπαθής παροξυσμική

χνά επιμολύνονται από *Candida albicans* ή και βακτήρια. Τα συχνότερα προβλήματα που προκαλεί η σιαλόρροια είναι: ψυχολογικά (εκνευρισμός, ανασφάλεια, κοινωνική απομόνωση), διαβροχή ρούχων, δυσκολία στην ομιλία, συγχελίτιδα, χειλίτιδα, καντιντίαση, και σε σοβαρές μορφές αφυδάτωση και ηλεκτρολυτικές διαταραχές. Η διάγνωση στηρίζεται κυρίως στο ιστορικό και την κλινική εκτίμηση. Η διαφορική διάγνωση γίνεται από την αιτιολογική συσχέτιση της σιαλόρροιας και τη νευρομυϊκή αδυναμία, σε φαινομενική σιαλόρροια.

Συνήθως η διάγνωση γίνεται κλινικά. Ο ποσοτικός προσδιορισμός του σιάλου βοηθά στην εκτίμηση της πραγματικής ή φαινομενικής σιαλόρροιας.

Βασικό μέλημα είναι η αντιμετώπιση της τοπικής ή συστηματικής νόσου, εάν υπάρχει. Σε περιπτώσεις έντονης σιαλόρροιας χορηγούνται αντιχολινεργικά, αγχολυτικά και σκοπολαμίνη. Πρόσφατα έχει χρησιμοποιηθεί ενδοϊστική

έκχυση στους μεγάλους σιαλογόνους αδένες botox (botulinum toxin) με προσωρινή μόνο βελτίωση. Επιπλέον, η λογοθεραπεία σε περιπτώσεις νευρομυϊκής δυσλειτουργίας της γλώσσας και των χειλέων μπορεί να βελτιώσει το πρόβλημα, υπό την προϋπόθεση της συνεργασίας του ασθενούς.

VII. ΑΠΛΑΣΙΑ ΜΕΓΑΛΩΝ ΣΙΑΛΟΓΟΝΩΝ ΑΔΕΝΩΝ

Η απλασία των μεγάλων σιαλογόνων αδένων είναι πολύ σπάνια δυσπλαστική ανωμαλία, που μπορεί να αφορά μόνο την παρωτίδα, τον υπογνάθιο σιαλογόνο αδένά ή και τους δύο αμφοτερόπλευρα ή ετερόπλευρα. Σημαντικό είναι ότι δεν προσβάλλονται οι μικροί σιαλογόνοι αδένες.

Η απλασία των σιαλογόνων αδένων είναι πιο συχνή σε αγόρια παρά κορίτσια, σχέση 2:1. Χαρακτηριστικό κλινικό σημείο είναι η



Εικ. 7: Απλασία μεγάλων σιαλογόνων αδένων, έντονη ξηρότητα στη γλώσσα.

απουσία των εκφορτωτικών στομιών της παρωτίδας και του υπογνάθιου σιαλογόνου αδένά ενδοστοματικά. Επιπλέον, υπάρχει έντονη ξηροστομία με όλα τα συνακόλουθα. Η γλώσσα και τα χείλη είναι ξηρά και αδρά (Εικ. 7). Καντιντίαση, ουλίτις και οδοντική τερηδόνα είναι συχνές επιπλοκές. Μικρές ποσότητες σιάλου υπάρχουν λόγω παραγωγής από τους μικρούς σιαλογόνους αδένες. Ο βαθμός της ξηροστομίας εξαρτάται από τον αριθμό απλασίας των μεγάλων σιαλογόνων αδένων. Επιπλέον, εάν υπάρχει απλασία και των δακρυϊκών αδένων προκαλείται έντονη ξηροφθαλμία, επιπεφυκίτις και άλλες οφθαλμικές επιπλοκές (Εικ. 8). Τέλος μπορεί να συνυπάρχουν στοματικές σχιστίες ή και άλλες εξωδερμικές δυσπλασίες. Η διάγνωση στηρίζεται σε κλινικά και εργαστηριακά κριτήρια.



Εικ. 8: Απλασία μεγάλων σιαλογόνων αδένων, έντονη ξηροφθαλμία λόγω απλασίας και των δακρυϊκών αδένων.

ΠΙΝΑΚΑΣ 7 Διαφορική διάγνωση Απλασίας Μεγάλων Σιαλογόνων Αδένων
• Σύνδρομο Sjögren
• Νόσος από αντίδραση μοσχεύματος έναντι του λήπτη
• Σαρκοείδωση
• Σύνδρομο δακρυο-ωτο-οδοντο-δακτυλικό (LADD)
• Σύνδρομο Treacher Collins
• Υποανιδρωτική εξωδερμική δυσπλασία

Η διαφορική διάγνωση περιλαμβάνει τα νοσήματα που βρίσκονται στον Πίνακα 7. Ο ποσοτικός προσδιορισμός του σιάλου, σιαλοενδοσκόπηση, σιαλογραφία, υπερηχογράφημα, σπινθηρογράφημα, αζονική και μαγνητική τομογραφία είναι οι ενδεικνυόμενες εργαστηριακές εξετάσεις για επιβεβαίωση της διάγνωσης.

Η θεραπεία περιλαμβάνει υποκατάστατα σιάλου, καλή στοματική υγιεινή και σιαλαγωγά φάρμακα (πιλοκαρπίνη και σεβιμελίνη) που αποτελούν το βασικό πλαίσιο θεραπείας. Τα οφθαλμολογικά προβλήματα είναι έργο του Οφθαλμιάτρου.

Συμπερασματικά, τα νοσήματα των σιαλογόνων αδένων, με το μεγάλο φάσμα των νόσων, την πολυποικίλη αιτιολογία και την αλληλεπίδραση με άλλα συστηματικά νοσήματα, επηρεάζουν και επιδεινώνουν καθοριστικά την υγεία στον άνθρωπο. Η διάγνωση και θεραπεία εξάλλου των νόσων των σιαλογόνων αδένων αποτελεί κλασικό παράδειγμα συνεργασίας πολλών ιατρικών ειδικοτήτων. Επιπλέον, απαιτεί ο Στοματολόγος να έχει βαθιά ιατρική παιδεία (ιατρός και οδοντίατρος) ώστε να μπορεί να συμμετέχει ισότιμα στην ιατρική ομάδων ειδικοτήτων που εμπλέκονται στα νοσήματα των σιαλογόνων αδένων.

Pocket Άτλας Νόσων Στόματος

Απαραίτητο εξάρτημα “τσέπης”της ιατρικής μας μπλούζας!

Pocket Άτλας
Νόσων Στόματος

Γ. Λάσκαρης
Ε. Στουφή

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

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

472 σελίδες
436 έγχρωμες εικόνες

ΤΙΜΗ
€45
ΜΟΝΟ

Ζήσε ένα υπέροχο ιατρικό «ταξίδι» με ένα έγκυρο και στοχευμένο κείμενο σε συνδυασμό με εξαιρετη αντιπροσωπευτική έγχρωμη εικόνα, που σε οδηγεί με ασφάλεια στη διάγνωση και θεραπεία της νόσου και σε καταξιώνει στον ασθενή σου!

George Laskaris
Dimitris Tatakis
Eleana Stoufi

Periodontal Manifestations of Local and Systemic Diseases

Color Atlas and Text
Second Edition

Springer

ΤΙΜΗ
€230

Κυκλοφορεί στην αγγλική γλώσσα, από τον διεθνούς 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 Επισκέπτρια Λέκτωρ Στοματολογίας στο Πανεπιστήμιο Harvard, **Ελεάνα Στουφή**.

©2023 | Σελίδες: 352

3η ΕΚΔΟΣΗ
ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΓΛΩΣΣΑ
ΒΡΑΒΕΙΟ ΑΚΑΔΗΜΙΑΣ ΑΘΗΝΩΝ 2013

Το μοναδικό βιβλίο στο χώρο της Υγείας με 4 αλληπάλληλες εκδόσεις στην Αγγλική γλώσσα από το 1988, που χρησιμοποιείται ως βιβλίο αναφοράς στα περισσότερα Πανεπιστήμια του κόσμου. Μεταφρασμένο σε 7 ακόμη διεθνείς γλώσσες και με διεθνή βραβεία. **Γραμμένο εξ ολοκλήρου από την αρχή, προσαρμοσμένο στις σύγχρονες επιστημονικές και εκδοτικές απαιτήσεις.**

730 ΣΕΛ. 21X29cm
1003 εγχρ. εικόνες | ΤΙΜΗ: €150 €105

ΚΛΙΝΙΚΗ ΣΤΟΜΑΤΟΛΟΓΙΑ
ΔΙΑΓΝΩΣΗ - ΘΕΡΑΠΕΙΑ

ΓΙΩΡΓΟΣ Χ. ΛΑΣΚΑΡΙΣ

ΚΛΙΝΙΚΗ ΣΤΟΜΑΤΟΛΟΓΙΑ ΔΙΑΓΝΩΣΗ - ΘΕΡΑΠΕΙΑ

3η Έκδοση

ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΙΚΟ ΒΗΜΑ

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

ROOTER®

X3000



FKG
PRESET
PROGRAMS

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

Η σημασία της επιδημιολογίας στην διερεύνηση και θεραπεία των λειτουργικών διαταραχών του Στοματογναθικού Συστήματος

Α' Μέρος

Διαχρονικώς η μελέτη των δυσλειτουργιών του Στοματογναθικού συστήματος (ΣΣ) μέχρι ενός σημείου επετεύχθη μέσω ασθενών οι οποίοι λόγω των συμπτωμάτων τους υπεβλήθησαν σε ανάλογη θεραπεία (κλινικό υλικό). Η διερεύνησή τους ως προς τη συχνότητα παρουσίαζε ευρεία διακύμανση λόγω της ανομοιογένειας των τεχνικών και των μέσων καταγραφής, την σύνθεση των ομάδων που εξετάστηκαν καθώς επίσης και της διαφορετικότητας του προσδιορισμού και του είδους των συμπτωμάτων. Λόγω των ανωτέρω μειονεκτημάτων ένας καλύτερος τρόπος προσέγγισης σχετικά με την αιτιολογία, τα συμπτώματα και τη θε-



Βýρων Δρούκας
Ομότιμος Καθηγητής
Τμ. Οδοντιατρικής ΕΚΠΑ

ραπεία ασθενών με ανάλογα προβλήματα, είναι οι επιδημιολογικές έρευνες σε μη επιλεγμένα δείγματα γενικού πληθυσμού. Το είδος αυτό της έρευνας προϋποθέτει πολύ καλή σχεδίαση και οργάνωση του υπό μελέτη δείγματος (Helkimo 1974). Μετά την κλασική δημοσίευση του Costen (1934) και μέχρι τη δεκαετία του 70 λίγες μόνον έρευνες επιδημιολογικού χαρακτήρα είδαν το φως της δημοσιότητας. Στις δεκαετίες που ακολούθησαν εκπονή-

θηκαν πλήθος παρόμοιων ερευνών με επίκεντρο κυρίως την Σκανδιναβία. Αποκορύφωμά τους αποτέλεσε η δεκαετία του '80, στη διάρκεια της οποίας παρατηρήθηκε έκρηξη δημιουργικότητας και ως προς την ποιότητα και ως προς τον αριθμό των επιδημιολογικών ερευνών σε σχέση με την αιτιολογία, τα συμπτώματα, τη διάγνωση και τη θεραπεία (Carlsson 1984). Για την καλύτερη κατανόηση και κατανομή του θέματος θα διαιρέσουμε το κείμενο σε δύο τουλάχιστον ενότητες Α και Β. Η Α περιλαμβάνει τις επιδημιολογικές έρευνες που έγιναν σε πληθυσμούς ενηλίκων ενώ η Β τις ανάλογες έρευνες που έγιναν σε παιδιά.

Α΄ ΕΝΟΤΗΤΑ

Μία πρώτη προσπάθεια, πρώην θα λέγαμε, επιδημιολογικού χαρακτήρα δημοσιεύθηκε το 1947 (Boman 1947). Ο ερευνητής εξέτασε ένα πληθυσμιακό δείγμα 1.350 ατόμων και διαπίστωσε ότι το 1/3 του δείγματος εμφάνιζε συμπτώματα όπως ερπυστικούς ήχους, διαταραχές των λειτουργικών κινήσεων της κάτω γνάθου (ΚΓ) κ.λ.π. Ποσοστό 1% ανέφερε σοβαρό πόνο. Ακολούθησαν ανάλογες έρευνες από τον Brussel (Brussel 1949), Markowitz και Gerry (Markowitz and Gerry 1949) και Rantaken (Rantanen 1954).

Το υλικό των ερευνών αποτέλεσαν ασθενείς από διαφορετικές χώρες και συνεπώς το υλικό δεν μπορεί να θεωρηθεί ως αντιπροσωπευτικό δείγμα του γενικού πληθυσμού (Agerberg and Carlsson 1972). Σύμφωνα με τις αρχές και τους κανόνες της επιδημιολογίας υπάρχουν αμφιβολίες ως προς την επιλογή του δείγματος.

Ο σκοπός μιας επιδημιολογικής έρευνας δεν είναι μόνον η διακρίβωση της συχνότητας και της κατανομής μιας νόσου στο γενικό πληθυσμό, αλλά επίσης και η ανεύρεση των παραγόντων που διαδραματίζουν πρωτεύοντα ρόλο στην αιτιολογία της. Κατά την δεκαετία 1968-78 εμφανίστηκαν νεότερες, παρέχοντας πληρέστερη εικόνα των δυσλειτουργικών συμπτωμάτων στο γενικό πληθυσμό. Σε μία από τις πλέον αξιόλογες και κατά τη γνώμη του γράφοντος η πληρέστερη επειδή η απήχηση ήταν και παραμένει ευρύτατη. (Helkimo 1974).

Αξιολογώντας τα αποτελέσματα της έρευνας ο Helkimo σχολιάζει «Από τα εξετασθέντα δείγματα πληθυσμού ποσοστό 12-57 % ανέφερε υποκειμενικά δείγματα δυσλειτουργίας, ενώ από την κλινική εξέταση διαπιστώθηκαν σημεία δυσλειτουργίας κυμαινόμενα από 28-88% με μέσες τιμές αντίστοιχα 25% και 73%».

Προς το τέλος της δεκαετίας του 70 και μεσοσύσης της δεκαετίας του 80, 18 νέες επιδημιολογικές έρευνες εκπονήθηκαν σε διάφορες χώρες με επίκεντρο και πάλι την Σκανδιναβία. Στον **πίνακα (1)** που ακολουθεί αναγράφονται αναλυτικά οι επιδημιολογικές μελέτες για τη διερεύνηση των κρανιογναθικών διαταραχών κατά φύλο και ηλικία και δημοσιεύθηκαν μεταξύ των ετών 1979-1984 (Carlsson 1984).

Μελετώντας τον πίνακα παρατηρούμε ότι

η μεθοδολογία μεταξύ των ερευνών διαφέρει και παρουσιάζει σημαντικές αποκλίσεις. Για παράδειγμα άλλες έρευνες βασίζονταν μόνον σε συνεντεύξεις ενώ άλλες σε ερωτηματολόγια. Μερικές επίσης συμπεριλαμβάνουν και κλινική εξέταση χρησιμοποιώντας διάφορες τεχνικές. Συγκρίνοντας τα αποτελέσματα μεταξύ παλαιότερων και νεωτέρων ερευνών, διαπιστώνουμε ότι τα ποσοστά επί τις 100 % των συμπτωμάτων συγκλίνουν αρκετά μεταξύ των. Για μεν τα υποκειμενικά συμπτώματα τα ποσοστά κυμαίνονται από 16-50%, ενώ για τα κλινικά ευρήματα από 33-86%. Οι μέσες τιμές αντίστοιχα είναι 32% και 61%. Μία σημαντική διαπίστωση είναι ότι τα ποσοστά δυσλειτουργίας σε μικρές ηλικίες είναι χαμηλότερα από εκείνα των ενηλίκων και αυξάνουν αυξανομένης της ηλικίας (Carlsson 1984).

Β΄ ΕΝΟΤΗΤΑ

Σε παιδιά λίγες σχετικά επιδημιολογικές έρευνες έχουν δημοσιευθεί σε μη επιλεγμένα δείγματα πληθυσμού.

Στην Πολωνία σε σχετική έρευνα 5.000 παιδιών (Grosfeld and Czarnicka 1977) διαπιστώθηκε ότι τα μισά 13-15 ετών, βρέθηκαν υψηλά ποσοστά δυσλειτουργίας του ΣΣ. Σχεδόν 56% στην ομάδα με τις μικρότερες ηλικίες και 68% στα παιδιά μεγαλύτερης ηλικίας.

Σε άλλες έρευνες σε επιλεγμένο δείγμα παιδιών, οι οποίες θα μπορούσαν να χαρακτηριστούν ως επιδημιολογικές (Helkimo 1971), διαπιστώθηκε ότι το 41% των παιδιών ηλικίας 8-14 ετών παρουσίαζαν συμπτώματα δυσλειτουργίας όπως ήχοι από τη ΚΓΔ, ευαισθησία κατά την ψηλάφηση κ.λ.π.

ΠΙΝΑΚΑΣ 1 Επιδημιολογικές μελέτες για τη διερεύνηση των κρανιογναθικών διαταραχών, κατά φύλο και ηλικία, δημοσιευθείσες μεταξύ των ετών 1979-1984						
Συγγραφείς	Αρ. ατόμων	Ηλικία	Χώρα	Δείγμα πληθυσμού	Αναφερόμενα συμπτώματα	Κλινικά ευρήματα
Abdel-Hakim	215	17-65	Αίγυπτος	Άνδρες Βεδουίνοι	>24%	>39%
Alanen και Kirveskari	853	18-57	Φινλανδία	Βιομηχανικοί εργάτες	57%	
Buttistuzzi	850	25-24	Ολλανδία	2 δείγματα ανδρών (εργαζομένων) και 1 δείγμα των συζύγων τους	25%	-
Bush et al	1352	<20- >70	Αμερική	3 δείγματα (Οδοντιατρικοί ασθενείς, υγιεινολόγοι, εξωτερικό δείγμα)	51%	-
Egermark-Eriksson et al	402	7,11, & 15	Σουηδία	Μαθητές	16-25%	33-61%
Gazit et al	369	10-18	Ισραήλ	Μαθητές		56%
Helm et al	758	28-34	Δανία	Δανοί, ορθοδοντικούς μη θεραπευόντες	48%	-
Helöe and Helöe	246	25	Νορβηγία	Τυχαίο	32%	-
Ingervall et al	389	21-54	Σουηδία	Στρατιώτες	12%	60%
Kanonis	850	16-93	Ελλάδα	Τυχαίο	35%	-
Mohlin	272	20-45	Σουηδία	Γυναίκες/δείγμα τυχαίο	28%	66%
Nilner	309	15-18	Σουηδία	Έφηβοι	41%	77%
Nilner and Lassing	440	7-14	Σουηδία	Μαθητές	36%	72%
Österberg και Carlsson	384	70	Σουηδία	Τυχαίο	50%	86%
Rao and Rao	1187	16- >56	Ινδία	Οδοντιατρικοί ασθενείς		20%
Rieder et al	1040	13-86	Αμερική	Οδοντιατρικοί ασθενείς		88%
Solberg et al	739	19-25	Αμερική	Φοιτητές	25%	76%
Svanljung and Rantanen	583	18-64	Φινλανδία	Τυχαίο	50%	41%
Carlsson. 1984, Austr. Prosth. Soc. 14, 7-12.						

Στην Ολλανδία (Dibbets 1977) εξετάστηκαν 112 παιδιά με τάξη II κατά Angle 1 κατηγορία και διαπιστώθηκε ότι 46% των παιδιών παρουσίασε δυσλειτουργία. Υψηλότερα ποσοστά δυσλειτουργίας αναφέρθηκαν από τους (Siebert 1975) και (Malmgren 1980) οι οποίοι διαπίστωσαν ευαισθησία κατά την ψηλάφηση των μυών σε ποσοστό 80% και 70% αντίστοιχα στα παιδιά που εξετάστηκαν.

Το (1982) η Egermark-Eriksson σε επιδημιολογική έρευνα εξέτασε 402 παιδιά ηλικίας 7, 11 και 15 ετών τα οποία απάντησαν σε ερωτηματολόγιο και ακολούθως εξετάστηκαν κλινικά. Ποσοστό 10-20% ανέφερε νυχτερινό βρυγμό ενώ υποκειμενικά συμπτώματα δυσλειτουργίας 16-25%. Από την κλινική εξέταση τα πλέον συχνά ευρήματα ήταν η ευαισθησία κατά την ψηλάφηση των μασπτήριων μυών 33% ενώ οι ήχοι από τη ΚΓΔ 18%. Τέσσερα, 8 και 14% των παιδιών ηλικίας 7,11 και 15 ετών αντίστοιχα παρουσίαζαν μέτρια ή σοβαρή δυσλειτουργία σύμφωνα με τον κλινικό δείκτη δυσλειτουργίας του Helkimo (Helkimo 1974) ενώ η ήπια δυσλειτουργία ήταν η πλέον συνήθης. Το 6% παρουσίαζε μορφολογικές ανωμαλίες στη σύγκλειση, το 73% συγκλεισιακές παρεμβολές και το 1% μεγάλη κάθετη πρόταση. Στα υποκειμενικά συμπτώματα τα παιδιά ανέφεραν περιοδική κεφαλαλγία. Συμπερασματικά η έρευνα κατέληξε στο ότι η δυσλειτουργία του ΣΣ σε παιδιά είναι πολυπαραγοντική. Τέσσερα χρόνια αργότερα οι Egermark-Eriksson, Carlsson και Magnusson (1985) ακολουθώντας την ίδια μεθοδολογία, εξέτασαν 240 παιδιά τα οποία κατά την πρώτη έρευνα ήταν 7, 11 και 15 ετών.

Στην παρούσα έρευνα αξιολογήθηκαν ιδιαιτέρως ορισμένοι παράγοντες της σύγκλεισης σε σχέση με τη δυσλειτουργία του Σ.Σ.

Διαπιστώθηκε, ότι τα δυσλειτουργικά συμπτώματα ήταν ελαφρώς αυξημένα ως προς την συχνότητα και σοβαρότητα σε σχέση με την προηγούμενη έρευνα. Από την πλευρά της σύγκλεισης ελάχιστες μεταβλητές βρέθηκαν να συσχετίζονται με τα δυσλειτουργικά σημεία και συμπτώματα.

Αντιθέτως οι ήχοι από τη ΚΓΔ συσχετίζονται θετικά με την πλάγια παρεκτόπιση της ΚΓ μεταξύ κεντρικής σχέσης-μέγιστης συγγόμφωσης σε όλες τις ηλικιακές ομάδες. Έτσι ακόμη μια φορά ενισχύθηκε η άποψη της ετερογενούς και πολυπαραγοντικής αιτιολογίας των λειτουρ-

γικών διαταραχών του ΣΣ. Το κατά πόσον η ορθοδοντική θεραπεία μπορεί να προκαλέσει δυσλειτουργία είναι αμφισβητήσιμο.

Σχετική έρευνα που έγινε σε 751 ασθενείς (Franks 1967) με δυσλειτουργία σε ποσοστό 11% ανέφερε προγενέστερη ορθοδοντική θεραπεία, σε σχέση με το 2% της ομάδας ελέγχου.

Αντιθέτως σε άλλη έρευνα (Boering 1966) ελάχιστοι από τους ασθενείς με δυσλειτουργίες είχαν υποβληθεί σε προγενέστερη ορθοδοντική θεραπεία.

Σύμφωνα με τα κλινικά δεδομένα η ορθοδοντική θεραπεία σπάνια οδηγεί σε δυσλειτουργία του ΣΣ. Λόγω της υφιστάμενης αμφισβησίας ο Ingervall (1976) συνιστά έλεγχο του ΣΣ πριν από τη θεραπεία. Από το σύνολο των ερευνών που διενεργήθηκαν σε ομάδες παιδιών, συμπεραίνεται ότι οι λειτουργικές διαταραχές δεν είναι καθόλου σπάνιες στις παιδικές ηλικίες. Οι ήχοι από τις ΚΓΔ, η ευαισθησία κατά την ψηλάφηση των μασπτήριων μυών καθώς και ο έλεγχος των παραλειτουργικών έξων αποτελούν τα πλέον συνήθη συμπτώματα.

Κατά την άποψη του γράφοντος, ο λεπτομερής κλινικός έλεγχος της λειτουργικότητας του ΣΣ, σύμφωνα με τα σχετικά πρωτόκολλα που ακολουθούν οι κλινικές φυσιολογίας του ΣΣ, και Στοματοπροσωπικού πόνου, η ανεύρεση ήχων από τις ΚΓΔ και η διαταραχή των λειτουργικών κινήσεων της ΚΓ, αποτελούν τα κύρια παθογνωμονικά στοιχεία λόγω των οποίων θα πρέπει να αναβάλλεται η έναρξη της ορθοδοντικής θεραπείας, πριν την αποκατάσταση της ομαλής λειτουργίας του ΣΣ. Κατά τη φάση αυτή οι διάφορες συγκλειακές ανωμαλίες, δεν λαμβάνονται ιδιαίτερος υπ' όψιν.

Οι αρχές που διέπουν τις λειτουργικές διαταραχές του ΣΣ σε σχέση με τα παιδιά και τους ενήλικες αποτέλεσαν αντικείμενο μελέτης σε πολλές επιδημιολογικές έρευνες. Από την σύγκριση των στατιστικών δεδομένων προέκυψαν σημαντικές διαφορές. Η σπουδαιότερη ήταν η ανεύρεση σημειολογικής δυσλειτουργίας στα εξετασθέντα δείγματα παιδιών.

Τα πιο συχνά ήταν οι ήχοι από τις ΚΓΔ και η ευαισθησία των μασπτήριων μυών. Επίσης σημαντική ήταν η διαπίστωση της χαμηλής συχνότητας, όσο μικρότερη ήταν η ηλικία. Ανάλογες όμως διαφορές ως προς την συχνότητα εμφάνισης υφίσταται και μεταξύ των δύο φύλων. Από το σύνολο των ασθενών που προσέρχονται στις ειδικές φυσιολογία του ΣΣ διαπιστώνουμε ότι η πλειοψηφία του είναι γυναίκες.

Η αξιολόγηση μεμονωμένων συμπτωμάτων έδειξε ότι οι γυναίκες εμφανίζουν συχνότερα κεφαλαλγία, ήχους από τη ΚΓΔ, μυϊκή ευαισθησία κ.λπ. σε σχέση με τους άνδρες. Οι διαφορές αυτές μεταξύ των δύο φύλων δεν μπορούν να ερμηνεύσουν τα κλινικά δεδομένα σύμφωνα με τα οποία η αναλογία μεταξύ γυναικών και ανδρών κυμαίνεται από 3:1-9:1 στα άτομα εκείνα που αναζητούν θεραπεία. Ψυχολογικοί, κοινωνικοί, ορμονικοί, ιδιοσυστασιακοί παράγοντες κ.λπ. μπορούν κατά κάποιο τρόπο να ερμηνεύσουν και τη διαφορά μεταξύ των δύο φύλων. Παρ' όλα αυτά και σύμφωνα με τα επιδημιολογικά δεδομένα, δεν προκύπτουν στατιστικές σημαντικές διαφορές, ως προς τις αρχές που διέπουν τις λειτουργικές διαφορές του ΣΣ μεταξύ των δύο φύλων στο γενικό πληθυσμό, (Helkimo 1979).

Μία αποδεκτή ερμηνεία του φαινομένου θα μπορούσε ίσως να είναι το γεγονός ότι οι γυναίκες είναι πλέον ευάλωτες σε επώδυνες καταστάσεις που οδηγούν ευκολότερα στην αναζήτηση θεραπείας σε αντίθεση με τους άνδρες. Εξ' άλλου σχετικές έρευνες έδειξαν ότι οι γυναίκες εμφανίζουν συχνότερα μυοσκελετικά προβλήματα γενικότερα. Αναφορικά με τα άτομα τρίτης ηλικίας διαπιστώνουμε ότι και πάλι υπάρχει διχογνωμία μεταξύ των διαφόρων ερευνών. Επιδημιολογικές έρευνες διαρκείας έδειξαν ότι υπάρχει τάση μείωσης των σημείων

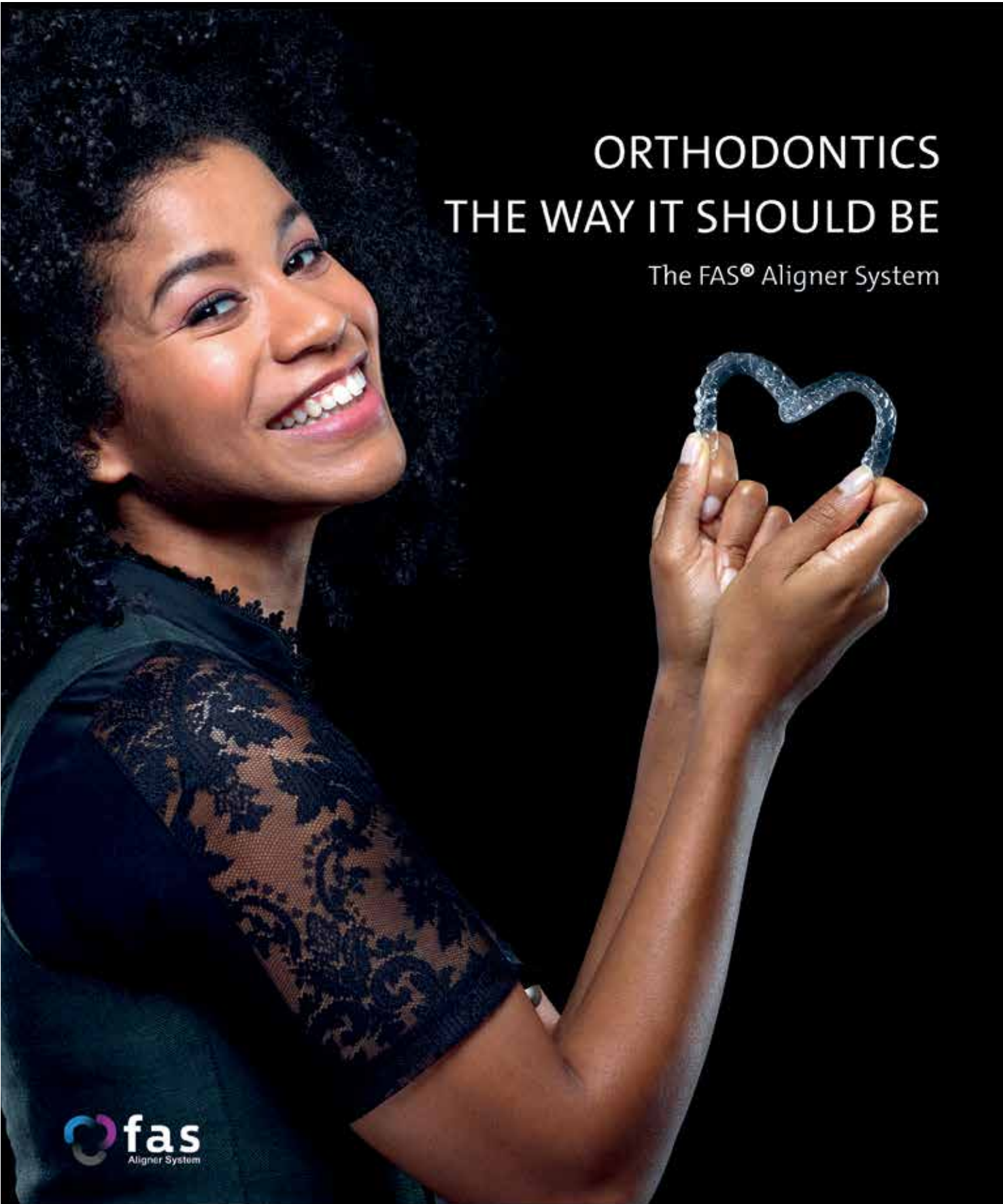
και συμπτωμάτων, αυξανόμενης της ηλικίας. Στην ίδια έρευνα διαπιστώθηκε ότι το ποσοστό των ατόμων ηλικίας 70 ετών με δυσκολία κατάσπασης της ΚΓ ήταν 12% σε αντίθεση με τα άτομα ηλικίας 83 ετών στα οποία η δυσκολία κατάσπασης της ΚΓ ήταν 0%. Η διαπίστωση αυτή με τη σειρά της δείχνει ότι ο κίνδυνος εκδήλωσης δυσλειτουργίας αυξανόμενης της ηλικίας είναι μικρός.

Βιβλιογραφία (Μέρος Α')

1. Helkimo M., Studies on function and Dysfunction of the masticatory system. thesis, Göteborg., 1974.
2. Carlsson GE., Epidemiological studies of signs and symptoms of temporomandibular joint-pain-dysfunction. A Literature review, Aust Prosthodont Soc Bull., 14:7-12, 1984.
3. Agerberg G., Carlsson GE., Functional disorders of the masticatory system. I. Distribution of symptoms according to age and sex as judged

from investigation by questionnaire. Acta Odontol Scand., 30:597-613, 1972.
4. Boman K., Temporomandibular joint arthrosis and its treatment by extirpation of the disc. Acta Chir Scand Suppl, 118,1947.
5. Helkimo M., Epidemiological surveys of dysfunction of the masticatory system., In: Zarb GA, Carlsson GE(eds) Temporomandibular joint. Function and dysfunction. Munksgaard. Copenhagen, 175-92, 1979.
6. Grosfeld O., Czarnecka B., Musculoarticular disorders of the stomatognathic system in school children examined according to clinical criteria. J Oral Rehabil, 4:193, 1977.
7. Geering- Gaerny M., Rakosi T., Initial symptom Von Kiefergelenkstörungen bei kindern in Alter Von 8-14 Jahren, Schweiz Monatsschr Zahnheilkd, 81:691,1971.
8. Dibbets J., Juvenile temporomandibular joint dysfunction and craniofacial growth. Thesis University of Groningen, 1977.
9. Siebert G., Zur frage Okklusaler Interferenzen bei Jugendlichen. Dtsch Zahnärztl z, 30,539,1975.,

10. Malmgren O., Studies on the need and demand for orthodontic treatment. Swed DEnd J, Suppl 6, 1980.
11. Egermark-Eriksson I., Malocclusion and some functional recording of the masticatory system in Swedish school children. Swed Dent J, 6:9-20, 1982
12. Egermark-Eriksson I., Carlsson GE., Magnusson T., Long term epidemiological study of relationship between some occlusal and other factors and mandibular dysfunction in children and adolescents. Report Series No 21, 1985.
13. Franks AST., The Dental health of patients presenting with temporomandibular joint dysfunction. Br J Oral Surg, 5:157, 1967.
14. Boering G., Arthrosis deformans van het kaakgewricht. Diss. Groningen, Drukkerij van Denderen, 1966.
15. Ingervall B., Functional optimal occlusion the goal of Orthodontic treatment. Am J Orthod, 70:81,1976.



ORTHODONTICS
THE WAY IT SHOULD BE

The FAS® Aligner System





Διαφορετικές εφαρμογές του Biodentine XP

Η διατήρηση της ζωτικότητας του πολφού αποτελεί θεμελιώδη στόχο στην επανορθωτική οδοντιατρική, ιδιαίτερα σε νεαρούς ασθενείς όπου οι βαθιές τερηδονικές αλλοιώσεις μπορούν να εξελιχθούν ταχύτατα. Σε αυτές τις περιπτώσεις, η έμμεση κάλυψη του πολφού αντιπροσωπεύει μια πολύτιμη προσέγγιση για τη διατήρησή του, αποτρέποντας παράλληλα περαιτέρω αλλοιώσεις του οδοντικού ιστού. Έτσι η χρήση βιοενεργών υλικών είναι ιδι-

αίτερα ευεργετική λόγω των αντιβακτηριδιακών τους ιδιοτήτων, της βιοσυμβατότητας τους και της ικανότητάς τους να προκαλούν επανασβεσίωση της οδοντίνης. Αυτά τα χαρακτηριστικά βοηθούν στη μείωση του

μικροβιακού φορτίου, δημιουργούν ένα ευνοϊκό περιβάλλον για την επούλωση του πολφού και ενισχύουν την μακροπρόθεσμη επιτυχία της αποκατάστασης παρέχοντας μια σταθερή διεπαφή μεταξύ του πολφού και του επανορθωτικού υλικού. Η εμφρακτική ικανότητά τους ελαχιστοποιεί περαιτέρω τον κίνδυνο μικροβιακής διείσδυσης, η οποία είναι κρίσιμη για τη διατήρηση της ζωτικότητας του πολφού σε περιπτώσεις εν τω βάθει τερηδονικών αλλοιώσεων.

Αυτή η κλινική περίπτωση αναδεικνύει δύο διαφορετικές εφαρμογές του Biodentine XP στη διαχείριση της βαθιάς τερηδόνας σε έναν νεαρό ασθενή:

Πρώτη εφαρμογή: Στον δεύτερο γομφίο, το Biodentine XP χρησιμοποιήθηκε για την έμμεση κάλυψη του πολφού, ακολουθούμενη αμέσως από αποκατάσταση σύνθετης ρητίνης στην ίδια συνεδρία. Αυτή η προσέγγιση εξασφάλισε μια αποτελεσματική βιολογική έμφραξη, προστατεύοντας τον πολφό και επιτρέποντας την άμεση λειτουργική αποκατάσταση του δοντιού.

Δεύτερη εφαρμογή: Στον τρίτο γομφίο, όπου υπήρχε βαθιά τερηδόνα, τοποθετήθηκε αρχικά το Biodentine XP ως προσωρινό υλικό για την αξιολόγηση της αποτελεσματικότητας της θεραπείας της επικάλυψης του πολφού και την παρακολούθηση της διατήρησης της ζωτικότητάς του. Δεδομένης της έκτασης της θλάβης και του υψηλότερου κινδύνου εμπλοκής του πολφού, επιλέχθηκε προσέγγιση δύο σταδίων για να δοθεί επαρκής χρόνος για την αξιολόγηση της βιολογικής απόκρισης πριν από την τελική αποκατάσταση. Κατά τη διάρκεια της δεύτερης συνεδρίας, αφού επιβεβαιώθηκε η ευνοϊκή απόκριση του πολφού και αποκλείστηκε η ανάγκη για ενδοδοντική θεραπεία, το υλικό διατηρήθηκε ως το οριστικό στρώμα επικάλυψης του πολφού, εξασφαλίζοντας μακροπρόθεσμη προστασία πριν από την ολοκλήρωση της τελικής αποκατάστασης.



Εικ. 1: Ασθενής 21 ετών προσήλθε στην κλινική με ευαισθησία στο κρύο στο άνω δεξιό τεταρτημόριο. Η ενδοστοματική κλινική εξέταση αποκάλυψε μια παλιά αποκατάσταση σύνθετης ρητίνης στον δεύτερο άνω γομφίο με ρωγμές και τερηδόνα στον τρίτο γομφίο. Η ακτινογραφία επιβεβαίωσε μια βαθιά τερηδονική αλλοίωση στον τρίτο γομφίο και την παρουσία μιας κατεστραμμένης αποκατάστασης σύνθετης ρητίνης στον δεύτερο γομφίο.



Εικ. 2: Η σωστή εφαρμογή του ελαστικού απομονωτήρα και η εξακρίβωση της πλήρους απο-

μόνωσης είναι απαραίτητες πριν από τη διάνοιξη της κοιλότητας για την αποφυγή περαιτέρω μόλυνσης, ιδιαίτερα σε περιπτώσεις άμεσης ή έμμεσης επικάλυψης του πολφού.



Εικ. 3: Η Μετά την αφαίρεση της προηγούμενης αποκατάστασης σύνθετης ρητίνης και τον καθαρισμό της τερηδονισμένης αλλοίωσης στον τρίτο γομφίο, παρατηρήθηκε μια βαθιά κοιλότητα κοντά στον πολφό. Και στις δύο περιπτώσεις, αποφασίστηκε η εφαρμογή του Biodentine XP χρησιμοποιώντας μια τεχνική biobulk-fill για την έμμεση κάλυψη του πολφού, με σκοπό την αποκατάσταση της οδοντίνης, την παροχή ενός προστατευτικού φραγμού και τη διατήρηση της ζωτικότητας του δοντιού.

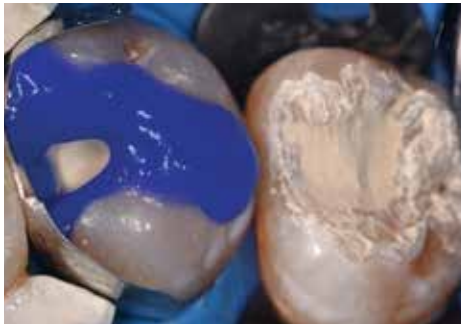


Εικ. 4: Αφού οι κοιλότητες είχαν προετοιμαστεί και καθαριστεί, το Biodentine XP εφαρμόστηκε απευθείας στην βαθύτερη περιοχή της κοιλότητας.



Εικ. 5: Μια κοιλότητα Ομάδας I είναι πιο επιθετική στην αφαίρεση όλου του κατεστραμμένου ιστού σε σύγκριση με μια κοιλότητα Ομάδας II και μπορεί να προκαλέσει μεγαλύτερη ευαισθησία. Για να αξιολογηθεί η διατήρηση της ζωτικότητας του πολφού στον τρίτο γομφίο, ο οποίος ήταν ο πιο επηρεασμένος, εφαρμόστηκε το Biodentine XP χρησιμοποιώντας μια τεχνική biobulk-fill, γεμίζοντας πλήρως την κοιλότητα μέχρι την μαστική επιφάνεια ως προσωρινή αποκατάσταση. Αυτή η προσέγγιση επιτρέπει την αναβολή της οριστικής αποκατάστασης, διασφαλίζοντας παράλληλα την σωστή έμφραξη της κοιλότητας για την αποφυγή επιμόλυνσης. Επιπλέον, επιτρέπει την αξιολόγηση της διατήρησης της ζωτικότητας του πολφού και καθορίζει αν απαιτείται ενδοδοντική θεραπεία αν τελικά δεν διατηρηθεί η ζωτικότητα.

Αντίθετα, για τον δεύτερο γομφίο, η ολοκλήρωση της αποκατάστασης Ομάδος II ήταν προτεραιότητα. Έτσι, τοποθετήθηκε το Biodentine XP, αφέθηκε να πήξει και στη συνέχεια καλύφθηκε με σύνθετη ρητίνη για να επιτευχθεί η τελική αποκατάσταση.



Εικ. 6: Μόλις έπληξε το υλικό, η αδαμαντίνη αδροποιήθηκε επιλεκτικά με ορθοφωσφορικό οξύ για 20 δευτερόλεπτα.



Εικ. 7: Η εικόνα δείχνει την τυπική εμφάνιση μιας σωστά αδροποιημένης αδαμαντίνης. Επιπλέον, είναι δυνατό να παρατηρηθεί ότι κατά τη φάση έκπλυσης με οξύ, το σκληρό πια Biodentine XP δεν διαλύθηκε και παρέμεινε άθικτο. Στη συνέχεια, εφαρμόστηκαν δύο στρώσεις ενός συγκολλητικού παράγοντα επόμενης γενιάς (3M™ Scotchbond™ Universal Plus Adhesive, Solventum) σε ολόκληρη την επιφάνεια της κοιλότητας. Μετά το απαλό φύσημα με αέρα, ο συγκολλητικός παράγοντας φωτοπολυμερίστηκε.



Εικ. 8: Το εγγύς τοίχωμα ανακατασκευάστηκε χρησιμοποιώντας σύνθετη ρητίνη πλήρωσης (3M™ Filtek™ One Bulk Fill Restorative, Solventum), ακολουθούμενο από την εφαρμογή ενός λεπτού στρώματος λεπτόρρευστης ρητίνης πλήρωσης (3M™ Filtek™ Bulk Fill Flowable Restorative, Solventum) στο έδαφος της κοιλότητας. Η αποκατάσταση ολοκληρώθηκε στη συνέχεια χρησιμοποιώντας την ίδια σύνθετη ρητίνη μαζικής πλήρωσης με αυτό που χρησιμοποιήθηκε για το εγγύς τοίχωμα.



Εικ. 9: Το τελικό αποτέλεσμα της αποκατάστασης Ομάδος II στον δεύτερο γομφίο μετά τη χρήση της τεχνικής Essential Lines για τη διαμόρφωση της μορφολογίας του μαστικού επιπέδου.



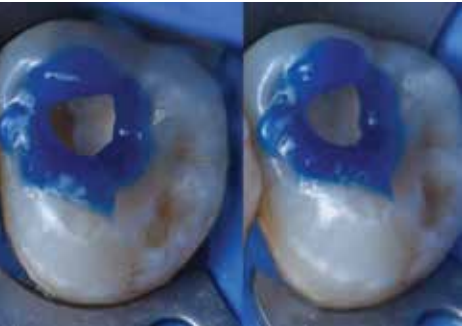
Εικ. 10: Το τελικό αποτέλεσμα αμέσως μετά την αφαίρεση του ελαστικού απομονωτήρα. Στη συνέχεια, ελέγχθηκε η σύγκλειση και η αποκατάσταση σύνθετης ρητίνης στιλβώθηκε.



Εικ. 11: Ο ασθενής επέστρεψε μετά από ένα μήνα για να ολοκληρώσει την αποκατάσταση. Η ευαισθησία στο κρύο είχε εξαφανιστεί και τα δύο δόντια ανταποκρίθηκαν θετικά στο τεστ ζωτικότητας. Γι αυτό πραγματοποιήθηκε άμεση αποκατάσταση σύνθετης ρητίνης στον τρίτο γομφίο.



Εικ. 12: Μια κοιλότητα Ομάδας I παρασκευάστηκε με μερική αφαίρεση του Biodentine XP, αφήνοντας το μόνο στο βαθύτερο σημείο της κοιλότητας. Η πλήρης αφαίρεση δεν ήταν απαραίτητη, καθώς το βιοενεργό υλικό χρησιμοποιήθηκε ως υλικό πλήρωσης. Είναι σημαντικό να αφήσετε τουλάχιστον 2 mm χώρου από την επιφάνεια σύγκλεισης για να επιτευχθεί καλύτερο αισθητικό αποτέλεσμα με την αποκατάσταση από σύνθετη ρητίνη.



Εικ. 18: Ακτινογραφική αξιολόγηση: (Α) Πριν την αποκατάσταση, (Β) Μετά από επανέλεγχο τριών μηνών.

Εικ. 13: Η αδαμαντίνη αδροποιήθηκε επιλεκτικά με ορθοφωσφορικό οξύ για 20 δευτερόλεπτα.



Εικ. 14: Εφαρμογή του συγκολλητικού συστήματος 3M™ Scotchbond™ Universal Plus (Solventum).



Εικ. 15: Η σύνθετη ρητίνη 3M™ Filtek™ Easy Match Shade N (Solventum) εφαρμόστηκε για την ενίσχυση του αισθητικού αποτελέσματος. Δεδομένου ότι είναι λιγότερο ημιδιαφανής από μια απόχρωση αδαμαντίνης, καλύπτει αποτελεσματικά το Biodentine XP, ενσωματώνοντας την αποκατάσταση με το φυσικό δόντι. Τέλος, όπως και με τον δεύτερο γομφίο, σχεδιάστηκαν οι απαραίτητες γραμμές για την αναπαραγωγή της μορφολογίας της μαστικής επιφάνειας με χρώση για να προστεθεί βάθος και μια πιο φυσική, τρισδιάστατη εμφάνιση της αποκατάστασης.



Εικ. 16: Τελική εικόνα μετά την αφαίρεση του ελαστικού απομονωτήρα και την τελείωση και στίλβωση της αποκατάστασης.



Εικ. 17: Η αρχική κατάσταση (Α) και το τελικό αποτέλεσμα (Β) και των δύο αποκαταστάσεων.



Συμπεράσματα

Το Biodentine XP, ένα βιοενεργό υποκατάστατο της οδοντίνης, προσφέρει μια ευέλικτη και αποτελεσματική λύση για τη διαχείριση βαθιών τερηδονικών αλλοιώσεων, διατηρώντας παράλληλα τη ζωτικότητα του πολφού. Ο χημικός δεσμός του με την οδοντίνη, σε συνδυασμό με τις βιοδραστικές και αντιμικροβιακές του ιδιότητες, το καθιστά ιδιαίτερα χρήσιμο τόσο για την άμεση όσο και για την έμμεση κάλυψη του πολφού. Επιπλέον, η ικανότητά του να χρησιμεύει ως προσωρινή αποκατάσταση για και ως έξι μήνες παρέχει ευελιξία στην καθημερινή κλινική πράξη. Μόλις πήξει πλήρως, το Biodentine XP μπορεί να ενσωματωθεί στην τελική αποκατάσταση, εξαλείφοντας την ανάγκη αφαίρεσής του και χρησιμεύοντας ως σταθερό υλικό πλήρωσης για άμεσες αποκατα-

στάσεις. Αυτά τα χαρακτηριστικά το καθιστούν μια αξιόπιστη και αποτελεσματική επιλογή σε αποκαταστάσεις που στοχεύουν στη μακροπρόθεσμη διατήρηση του πολφού και την ενίσχυση του οδοντικού ιστού.

Βιβλιογραφία

1. Hardan L, Mancino D, Bourgi R, Alvarado-Orozco A, Rodriguez-Vilchis LE, Flores-Ledesma A, Cuevas-Surez CE, Lukomska-Szymanska M, Eid A, Danhache ML, et al. Bond Strength of Adhesive Systems to Calcium Silicate-Based Materials: A Systematic Review and Meta-Analysis of In Vitro Studies. Gels2022,8,311.
2. About I. Biodentine: from biochemical and bioactive properties to clinical applications. Giornale Italiano di Endodonzia, 2016;30(2):81-88.
3. Falakololu S, Yeniçeri Özata M, Plotino G. Micro-shear bond strength of different calcium silicate materials to bulk-fill composite. PeerJ. 2023 Mar 29;11:e15183.

NEW

Biodentine™ XP

NEO σύστημα αποκατάστασης οδοντίνης

Η Septodont εισάγει μια νέα έκδοση του Biodentine, το Biodentine **XP** ένα νέο σύστημα αποκατάστασης οδοντίνης με φυσιγγίο 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 φυσιγγία 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:** διατηρήσεις ριζών, εσωτερικές/εξωτερικές επανααρροφώσεις, διάτρηση ακρορριζίου, ανάστροφη χειρουργική εμφραξη.



Ιωάννης Τσαπράζης ΑΕ

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





Η στήλη της
ΕΛΛΗΝΙΚΗΣ ΕΤΑΙΡΕΙΑΣ ΠΕΡΙΟΔΟΝΤΟΛΟΓΙΑΣ ΚΑΙ ΟΔΟΝΤΙΚΩΝ ΕΜΦΥΤΕΥΜΑΤΩΝ

Διήμερο Κλινικό Σεμινάριο Εμφυτευμάτων
της Ελληνικής Εταιρείας Περιοδοντολογίας & Οδοντικών Εμφυτευμάτων
σε συνεργασία με τον Οδοντιατρικό Σύλλογο Πειραιώς



ΚΛΙΝΙΚΟ ΣΕΜΙΝΑΡΙΟ ΤΗΣ ΕΛΛΗΝΙΚΗΣ ΕΤΑΙΡΕΙΑΣ
ΠΕΡΙΟΔΟΝΤΟΛΟΓΙΑΣ & ΟΔΟΝΤΙΚΩΝ ΕΜΦΥΤΕΥΜΑΤΩΝ
ΣΕ ΣΥΝΕΡΓΑΣΙΑ ΜΕ ΤΟΝ ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΙΚΟ ΣΥΛΛΟΓΟ ΠΕΙΡΑΙΩΣ



ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗ
ΕΠΙΜΟΡΦΩΣΗ
ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΩΝ



«Τα εμφυτεύματα στην αισθητική ζώνη: σύγχρονες χειρουργικές και
προσθετικές προσεγγίσεις για προβλέψιμα αποτελέσματα»

6 & 7 Δεκεμβρίου 2025 • Πανεπιστήμιο Πειραιώς

(Καραολή και Δημητρίου 80, 185 34 - Πειραιάς)



ΧΟΡΗΓΟΥΝΤΑΙ ΜΟΡΙΑ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗΣ ΕΠΙΜΟΡΦΩΣΗΣ ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΩΝ

Ένα Διήμερο Κλινικό Σεμινάριο Εμφυτευμάτων της Ελληνικής Εταιρείας Περιοδοντολογίας & Οδοντικών Εμφυτευμάτων σε συνεργασία με τον Οδοντιατρικό Σύλλογο Πειραιώς, με θέμα: «Τα εμφυτεύματα στην αισθητική ζώνη: σύγχρονες χειρουργικές και προσθετικές προσεγγίσεις για προβλέψιμα αποτελέσματα», θα πραγματοποιηθεί στις 6 και 7 Δεκεμβρίου 2025, στο Πανεπιστήμιο Πειραιώς.

ΣΥΝΤΟΝΙΣΤΗΣ - ΥΠΕΥΘΥΝΟΣ ΣΕΜΙΝΑΡΙΟΥ: **Βασιλόπουλος Σπύρος**

ΟΜΙΛΗΤΕΣ:

Βασιλόπουλος Σπύρος, Επίκουρος Καθηγητής Περιοδοντολογίας ΕΚΠΑ, Προέδρος ΕΡΡ
Μαλάμης Δημήτριος, Περιοδοντολόγος, Επιστημονικός Συνεργάτης ΕΚΠΑ
Μάρκου Νίκος, Διδάκτωρ Περιοδοντολογίας ΕΚΠΑ
Μπατάς Λεωνίδας, Επίκουρος Καθηγητής Περιοδοντολογίας ΑΠΘ
Παρτάλης Χρήστος, Προσθετολόγος
Συκαράς Νικήτας, Αναπληρωτής Καθηγητής Προσθετικής ΕΚΠΑ

Πρόκειται για ένα εντατικό διήμερο σεμινάριο, που απευθύνεται κυρίως σε εκείνους που έχουν ήδη αποκτήσει κάποια εμπειρία στη θεραπεία με εμφυτεύματα και θέλουν να επεκταθούν σε πιο απαιτητικά περιστατικά. Περιλαμβάνει όλα όσα πρέπει να γνωρίζει ο σύγχρονος οδοντίατρος, για την θεραπεία με εμφυτεύματα στην απαιτητική πρόσθια ζώνη. Παρουσιάζονται οι σύγχρονες απόψεις σχετικά με: επιλογή ασθενών, διαγνωστικές μέθοδοι, σχέδιο θεραπείας και σύγχρονες χειρουργικές τεχνικές. Επίσης παρουσιάζονται οι σύγχρονες απόψεις σχετικά με την τοποθέτηση εμφυτευμάτων σε ελλειμματικό οστό (οστικά μοσχεύματα, κατευθυνόμενη οστική αναγέννηση, κ.λπ.), την άμεση εμφύτευση, την άμεση φόρτιση και άμεση αποκατάσταση, την αισθητική των εμφυτευμάτων, την διευθέτηση των μαλακών ιστών, τις επιπλοκές και την αντιμετώπισή τους.

Το θεωρητικό μέρος συνδυάζεται στη συνέχεια με εκτεταμένη πρακτική άσκηση, όπου οι συμμετέχοντες θα εξασκηθούν σε τοποθέτηση εμφυτευμάτων σε ομοιώματα γνάθων, τοποθέτηση εμφυτευμάτων σε γνάθους χοίρων και πλήρη εξάσκηση στην προσθετική αποκατάσταση.

ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ

Σάββατο 6 Δεκεμβρίου 2025

Ώρα 09:30-17:00

Χειρουργική Προσέγγιση της αισθητικής ζώνης

Εγγραφές 09.00-09.30

Χαιρετισμοί 09.30-10.00

Βασικές αρχές τοποθέτησης εμφυτευμάτων στην αισθητική ζώνη
• Μαλάμης Δημήτρης 10.00-10.30

Άμεση εμφύτευση στην πρόσθια ζώνη. Προϋποθέσεις και ιδιαιτερότητες
• Μαλάμης Δημήτρης 10.30-11.00

Διάλειμμα - Καφές 11.00-11.30

Διατήρηση διαστάσεων σκληρών και μαλακών ιστών του μετεξακτικού φατνίου
• Λεωνίδας Μπατάς 11.30-12.15

Κατευθυνόμενη οστική ανάπτυξη ελλειμματικών ακρολοφιών στην αισθητική ζώνη. Σημεία προσοχής, δυνατότητες και περιορισμοί
• Βασιλόπουλος Σπύρος 12.15-13.00

Διαχείριση μαλακών περιεμφυτευματικών ιστών στην αισθητική ζώνη. Παρουσίαση κλινικών περιπτώσεων και χειρουργικών τεχνικών.
• Νίκος Μάρκου 13.00-13.45

Συζήτηση 13.45-14.00

Διάλειμμα - Ελαφρύ Γεύμα 14.00-15.00

Πρακτική άσκηση χειρουργικών τεχνικών σε κεφαλές χοίρων
• Διδάσκοντες: Σ. Βασιλόπουλος, Δ. Μαλάμης, Ν. Μάρκου, Λ. Μπατάς 15.00-17.00

Κυριακή 7 Δεκεμβρίου 2025

Ώρα 09:30-17:00

Προσθετική προσέγγιση της αισθητικής ζώνης

Κριτήρια επιλογής υλικών και στηριγμάτων προσθετικών αποκαταστάσεων στην αισθητική ζώνη
• Ν. Συκαράς, Χ. Παρτάλης 09.30-10.30

Διάλειμμα - Καφές 10.30-11.00

Η σημασία της λεπτομέρειας σε κλινικά και εργαστηριακά στάδια για βέλτιστο αποτέλεσμα
• Ν. Συκαράς, Χ. Παρτάλης 11.00-12.00

Δυσκολίες και επιπλοκές: Πρόληψη και αντιμετώπιση
• Ν. Συκαράς, Χ. Παρτάλης 12.00-13.00

Διάλειμμα - Ελαφρύ Γεύμα 13.00-14.00

Πρακτική άσκηση προσθετικών εφαρμογών
• Διδάσκοντες: Ν. Συκαράς, Χ. Παρτάλης 14.00-17.00

Layers 2

Direct Composites:
The Styleitaliano
Clinical Secrets

Jordi Manauta
Anna Salat
Walter Devoto
Angelo Putignano

€248,00
*Η ΤΙΜΗ ΠΕΡΙΛΑΜΒΑΝΕΙ
ΦΠΑ ΚΑΙ ΕΞΟΔΑ
ΑΠΟΣΤΟΛΗΣ

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

544 pages, 2.454 illustrations

Ενημερωτική δράση του Ο.Σ. Κορινθίας στο Σωφρονιστικό Κατάστημα Κορίνθου

Στο πλαίσιο των δράσεων κοινωνικής προσφοράς και αλληλεγγύης, ο Οδοντιατρικός Σύλλογος Κορινθίας πραγματοποίησε ενημερωτική επίσκεψη στο Σωφρονιστικό Κατάστημα Κορίνθου.

Στη δράση συμμετείχαν ο ορθοδοντικός και μέλος του Δ.Σ. κ. **Ηλίας Ανδρεόπουλος** και η οδοντίατρος κ. **Αικατερίνη Δερβένη**, οι οποίοι ενημέρωσαν τους κρατούμενους για θέματα στοματικής υγείας και διένειμαν υλικό στοματικής υγιεινής, με στόχο την ενίσχυση της πρόληψης.

«Η στοματική υγεία αποτελεί βασικό κομμάτι της συνολικής υγείας κάθε ανθρώπου, και είναι χρέος μας ως επιστήμονες αλλά και ως ενεργά μέλη της κοινωνίας, να φροντίζουμε ώστε η ενημέρωση και η πρόληψη να φτάνουν σε όλους, χωρίς διακρίσεις, ακόμη και σε εκείνους που βρίσκονται σε ιδιαίτερες συνθήκες διαβίωσης. Ευχαριστούμε θερμά τον Διευθυντή του καταστήματος κράτησης κ. **Μαρίνο Σταύρου**, τον Αρχιφύλακα κ. **Γιώργο Μίχο** και όλο το σωφρονιστικό προσωπικό για την αμέριστη βοήθειά τους και τη συνεργασία τους. Με τέτοιες συνεργασίες αποδεικνύεται έμπρακτα ότι η κοινωνική προσφορά και η φροντίδα για τον συνάνθρωπο δεν γνωρίζουν όρια», δήλωσε η Πρόεδρος του Συλλόγου, κα. **Λίτσα Παπαγεωργίου**.

Αξίζει να σημειωθεί ότι με την αρωγή του Ο.Σ. Κορινθίας και την προσωπική στήριξη της Προέδρου του προχωρά η δημιουργία οδοντιατρείου στο Σωφρονιστικό Κατάστημα, στοχεύοντας στη βελτίωση των συνθηκών υγείας των κρατουμένων.

Σε σχετική ανακοίνωση, ο ΟΣΚ εκφράζει τις θερμές του ευχαριστίες προς τη Διευθύντρια



Δομών Εκπαίδευσης & Κατάρτισης Ε.Σ.Κ.Ο.Ε. Κορίνθου, κ. **Κατερίνα Κάπη** και στον Εκπαιδευτικό ΠΕ70 κ. **Κώστα Μπακοπάνο** για τη συμβολή τους στην υλοποίηση της δράσης.

Παράλληλα, στο πλαίσιο της δράσης, με την ευγενική χορηγία του Αθλητικού Ομίλου Λουτρακίου και χάρη στις προσπάθειες του Α΄ Αντιπροέδρου κ. Γεωργίου Οικονόμου, προσφέρθηκαν ποδοσφαιρικές μπάλες στο κατάστημα κράτησης.

Με τέτοιες πρωτοβουλίες, ο Οδοντιατρικός Σύλλογος Κορινθίας αποδεικνύει έμπρακτα το ανθρωπινό πρόσωπο της επιστήμης και τη δέσμευσή του στην κοινωνική προσφορά.

Εκστρατεία ενημέρωσης του Οδοντιατρικού Συλλόγου Μεσσηνίας

Ο Οδοντιατρικός Σύλλογος Μεσσηνίας, συνεχίζοντας τις ενημερωτικές του δράσεις (σχο- λεία, δομές, υπηρεσίες κ.ά.) με στόχο την ευαισθητοποίηση της τοπικής κοινωνίας σε θέματα στοματικής υγείας, πραγματοποίησε την Τετάρτη 8 Οκτωβρίου 2025 ενημερω- τική επίσκεψη στο Λύκειο Πεταλιδίου Μεσσηνίας. Η δράση εντάχθηκε στο πλαίσιο της Πανελλήνιας Ημέρας Σχολικού Αθλητισμού.

Πριν από την ενημέρωση, τα μέλη του Οδοντιατρικού Συλλόγου Μεσσηνίας, μαζί με μαθητές, εκπαιδευτικούς και τη Λυκειάρχη κα. **Γρουσουζάκου**, πραγματοποίησαν περί- πατο γρήγορου βαδίσματος στους δρόμους του Πεταλιδίου. Κατά τη διάρκεια της διαδρο- μής, η κα. Γρουσουζάκου μοιράστηκε ενδιαφέροντα ιστορικά στοιχεία για την περιοχή, ενώ η ομάδα επισκέφθηκε και τη Βιβλιοθήκη του Πεταλιδίου.

Η επίσκεψη του Ο.Σ. Μεσσηνίας συνέπεσε με την παρουσία στο σχολείο του Αντιδη- μάρχου Καλαμάτας κ. **Γιώργου Λαζαρίδη**, πολυνίκη στο τένις με αμαξίδιο.



Επίσκεψη στην κεντρική βιβλιοθήκη του Πεταλιδίου στα πλαίσια του περιπάτου των μαθητών του Γυμνασίου - Λυκείου Πεταλιδίου.



Η Γ.Γ. του ΔΣ του ΟΣΜ κ. Μουστάκη Χριστίνα πραγματοποιεί ενημέρωση σχετικά με τη σημασία της στοματικής υγιεινής για τη διατήρηση της στοματικής και σωματικής υγείας στους μαθητές.



Το θερμοπλαστικό της επόμενης ημέρας!



Τέλος στην ταλαιπωρία της πολυήμερης αναμονής

Αισθητική και βιοσυμβατότητα

Το εργαστήριό μας είναι πιστοποιημένο για θερμοπλαστικές ρητίνες Bre.flex οι οποίες είναι ιδανικές για την κατασκευή μόνιμων προσθετικών αποκαταστάσεων και όχι απλά ως μεταβατικό στάδιο προς μια μονιμότερη λύση.



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

Με πιστοποίηση για μόνιμη αποκατάσταση

ΕΑΟ 2025:

Μια κριτική ανασκόπηση με την έμπειρη ματιά του απεσταλμένου του «ΟΒ», Χρ. Κωνσταντινίδη

Το Μονακό υποδέχθηκε, από τις 18 έως τις 20 Σεπτεμβρίου 2025, το ετήσιο συνέδριο του ΕΑΟ, σε έναν χώρο με ιστορική σημασία για τη διοργάνωση, το φημισμένο Grimaldi Forum, που είχε φιλοξενήσει και το συνέδριο του 2008. Την προεδρία του φετινού συνεδρίου ανέλαβαν ο **Turke Orniekol** (Τουρκία) και ο **B. Klinge**.

Πρώτη ημέρα

Τις ομιλίες άνοιξαν ο **B. Moore** με μια ούριστη ομιλία Κοσμολογίας, για τον Χρόνο στο... Σύμπαν.

Ο **H. Gluckman** σε επόμενη ομιλία αναφέρθηκε στα σχέδια θεραπείας σε ολικές αποκαταστάσεις με σκοπό την μείωση του χρόνου θεραπείας και βελτίωση των αποτελεσμάτων. Ο **S. Chu** αναφέρθηκε στους βιολογικούς και μηχανικούς περιορισμούς που συναντά ο κλινικός κατά την αποκατάσταση με εμφυτεύματα σε μεγάλες νωδόπτες. Τα καινούρια ψηφιακά προγράμματα έχουν βελτιώσει δραματικά το σχεδιασμό των εργασιών, αλλά και την ακρίβεια στις χειρουργικές τεχνικές.

Ο **R. G. Meda** αναφέρθηκε στις νεότερες εξελίξεις που αναφέρονται, δηλαδή στην τεχνητή νοημοσύνη και τη συμβολή της στα σχέδια θεραπείας.

Ο **E. Van Duren** μίλησε για τη σημασία της ηλικίας στην επιλογή των ασθενών αλλά και τον κατάλληλο χρόνο τοποθέτησης των εμφυτευμάτων.

Το σημαντικό ερώτημα ήταν αν έχει μεγαλύτερη σημασία η ταχύτητα της θεραπείας ή η καλύτερη πρόγνωση. Είναι γεγονός ότι οι διαθέσιμες τεχνικές όπως το CBCT, η κατευθυνόμενη τοποθέτηση με νάρθηκες, η guided τοποθέτηση-δυναμική ή στατική - έχουν βελτιώσει τον χρόνο θεραπείας. Επιπρόσθετα, η κατανόηση της βιολογίας, η ρομποτική χειρουργική, η τεχνητή νοημοσύνη, η εξέλιξη των υλικών, το DSD, face SCAN, GBR σε συνδυασμό με τη μεγαλύτερη προσφορά και πρόσβαση σε νέα γνώση και δεδομένα έχουν δώσει μεγάλη εμβάθυνση στη λεπτομέρεια της εμφυτευματολογίας.

Έγινε εκτενής αναφορά στα άμεσα εμφυτεύματα και στην πλήρωση του κενού που ιδανικά είναι >1.5mm (Chou et al., 2015; Monje, 2019; Levie, 2022) με τεμαχισμένο οστού. Ανέφεραν ότι τα αποτελέσματα της υφίζησης ήταν συγκρίσιμα με τα εμφυτεύματα που τοποθετήθηκαν σε δεύτερο χρόνο. Σημασία έδωσαν στην τοποθέτηση κατάλληλου abutment, ώστε να προφυλάσσει τη διατήρηση των μαλακών ιστών και του μοσχεύματος. Βέβαια, ανέφεραν ότι πολλές φορές το platform switch είναι παγίδα μικροβίων και πρότειναν ορισμένες τεχνικές για βελτίωση του προφίλ ανάδυσης. Κατόπιν αναφέρθηκαν στα προβλήματα των abutments και ιδιαίτερα των Ti-base, τα οποία συχνά ξεκολλούν (7%). Πρότειναν την κατασκευή custom abutments για να μπορούν να έχουν μεγαλύτερη επιφάνεια συγκόλλησης.

Δεύτερη ημέρα

Η Παρασκευή άνοιξε με θέμα τα άμεσα εμφυτεύματα. Ομιλητές ήταν οι **M. Sanz, A. Zurcher** και **I.S. Martin**. Για τη μείωση των επιπλοκών πρότειναν την τοποθέτηση οστικού μοσχεύματος και μοσχεύματος συνδετικού ιστού (tunnel τεχνική) για πάχυνση των μαλα-

κών ιστών. Η flapless χειρουργική υποστήριξαν ότι μειώνει την υφίζηση. Κατέληξαν ότι η άμεση εμφύτευση στους περιοχές των γομφίων είναι πολύ προβληματική, η χρήση του PRF δεν συμβάλλει στη βελτίωση του αποτελέσματος και η χρήση customized abutments βοηθά στη μείωση της υφίζησης.

Ο **I. Urban** παρουσίασε (όπως συνήθως) τεχνικές για την κάθετη και οριζόντια αύξηση της ακρολοφίας. Τόνισε ότι ιδιαίτερα στην κάθετη αύξηση το ποσοστό των επιπλοκών είναι υψηλότερο με πιο σημαντικό την αποκάλυψη της μεμβράνης και συχνά την απώλεια του μοσχεύματος. Έδειξε τεχνικές για ακρορριζική μετατόπιση των κρημών με στόχο την βύθιση της ουλοπαρειακής αύλακας και κέρδος σε κερατινοποιημένα ούλα.

Στην άλλη κυρίως αίθουσα το θέμα ήταν «Η ανάγκη άμεσης προσθετικής αποκατάστασης στην αισθητική ζώνη». Ομιλητές ήσαν οι **T. De Bruyckere, N. Δόνος** και **F. Strauss**. Ο Ν. Δόνος τόνισε ότι η άμεση φόρτιση δημιουργεί επιπλοκές. Αναφέρθηκε στην μορφολογία των προσωρινών αποκαταστάσεων και την επίδρασή τους στο τελικό αποτέλεσμα.

Σε άλλη αίθουσα, η **L. Mancini** και **M. Chiapasco** αναφέρθηκαν στις γνωστές τεχνικές αύξησης μαλακών και σκληρών ιστών προσπαθώντας να εμβαθύνουν στις λεπτομέρειες και τις αιτίες αποτυχίας.

Έχει γίνει μεγάλη εξέλιξη σε όλη την γκάμα των οστικών μοσχευμάτων. Παρόλα αυτά, τα αυτογενή μοσχεύματα από διάφορες περιοχές λήψης, είτε από το κρανίο, το γένειο, ή τον κλάδο, θεωρούνται ο χρυσός κανών. Έχουν όμως τον περιορισμό ότι δεν μπορούν να επαρκέσουν για οποιοδήποτε όγκο και ποσότητα οστικού ελλείμματος. Από την άλλη μεριά, πριν από την οστική ανάπτυξη θα πρέπει να δίνεται μεγάλη προσοχή στη δημιουργία επαρκών κερατινοποιημένων ούλων, με επαρκές πάχος (Roccuzzo et al., 2016).

Για τον καλύτερο σχεδιασμό του αναγκαίου οστικού μοσχεύματος σε όγκο πρότεινε την κατασκευή νάρθηκεων για άμεση κλινική αξιολόγηση και ταυτόχρονα τη μελέτη πάνω στο CBCT. Σαν ιδέωδες μόσχευμα προτείνει την ανάμειξη αυτομοσχεύματος με ξενομόσχευμα 50-50%. Σε περίπτωση συνολικής ατροφίας και πολύ ατροφικής πρόσθιας περιοχής της γνάθου πρότεινε την αύξηση στην οπίσθια περιοχή, όπου είναι ευκολότερη η τοποθέτηση γέφυρας με στηρίγματα.

Σε ακόμη μεγαλύτερες ατροφίες πρότεινε τα ζυγωματικά εμφυτεύματα, αλλά όμως συνέστησε να τοποθετούνται από ιδιαίτερα εξειδικευμένους χειρουργούς. Αναφορικά για τα κοντά εμφυτεύματα <6mm, είπε ότι έχουν μειωμένη πρόγνωση και τεκμηρίωση. Απαραίτητα στάδια είναι το CBCT, ο σχεδιασμός με προσθετική λογική, διαγνωστικό κέρωμα, λειτουργική αξιολόγηση και χειρουργείο με νάρθηκες



Στιγμιότυπα από τις κατάμεστες αίθουσες του συνεδρίου, που και φέτος αποτέλεσε σημείο αναφοράς για την παγκόσμια Οδοντιατρική κοινότητα.



Ο απεσταλμένος του «Οδοντιατρικού Βήματος», κ. Χρήστος Κωνσταντινίδης στο συνέδριο ΕΑΟ 2025.

(ακόμη και απλούς) ή κατευθυνόμενη (Static ή Dynamic) τοποθέτηση.

Η σωστή κατανομή και ο αριθμός των εμφυτευμάτων είναι σημαντικός παράγοντας επιτυχίας και διάρκειας της θεραπείας στον χρόνο. Έτσι, στην άνω γνάθο είναι απαραίτητα τουλάχιστον 5 με 6 εμφυτεύματα, ενώ για ένθετη τέσσερα. Σημαντική είναι η αποφυγή αφαίρεσης οστού κατά την τοποθέτηση και η πολύ προσεκτική επιλογή κατά περίπτωση για άμεση φόρτιση.

Ενδιαφέρον παρουσίασε και η απογευματινή συνεδρία, η οποία επικεντρώθηκε στο consensus σχετικά με τα επιμέρους στάδια της θεραπείας με οδοντικά εμφυτεύματα. Πραγματοποιήθηκε εκτενής αναφορά σε όλα τα κρίσιμα βήματα της θεραπευτικής διαδικασίας, συμπεριλαμβανομένου του χειρουργικού σχεδιασμού οστικής αύξησης, της αύξησης των μαλακών ιστών, της μελέτης της σύγκλεισης και της μεταβατικής προσθετικής αποκατάστασης.



Ο **T. Schoenbaum** αναφέρθηκε στα πρωτόκολλα που έχουν γίνει αποδεκτά για την ανύψωση ιγμορείου και τη διαχείριση των διατρήσεων. Αν η διάτρηση είναι κάτω από 10 mm συνιστάται η τοποθέτηση μεμβράνης κολλαγόνου.

Ενδιαφέρον είχε η αναφορά του στα ζυγωματικά εμφυτεύματα και τους κινδύνους που προκύπτουν από τις επιπλοκές τους, όπως συρίγγια δερματικά και εκτεταμένες φλεγμονές ακόμη και στον οφθαλμό.

Τέλος, η **F. Strauss** τόνισε τη σημασία της σωστής στοματικής υγιεινής και της καλής διατήρησης της υγείας των εμφυτευμάτων, δίνοντας σαφείς οδηγίες τόσο για την καθημερινή φροντίδα από τον ασθενή όσο και για την ανάγκη τακτικών επισκέψεων στον οδοντίατρο.

Τρίτη ημέρα

Το Σάββατο ενδιαφέρον είχε ομιλία του **C. Stacchi** ο οποίος αναφέρθηκε στις επιπλοκές της ανύψωσης ιγμορείου. Παράγοντες κινδύνου είναι το πάχος της μεμβράνης (<1mm), η ύπαρξη διαφραγμάτων, η μεγάλη γωνία στο υπερωριονικό τοίχωμα, το μεγάλο εύρος πάρευσης. Έτσι σε στενά ιγμόρεια (μικρότερη 30mm) οι διατρήσεις είναι πιο συχνές από την πλάγια προσέγγιση και αντίθετα λιγότερο συχνές από την κλειστή προσέγγιση (7,2% 1.1 Vs 16,1 σε ευρεία ιγμόρεια).

Οι διατρήσεις κατά την πλάγια προσέγγιση παρατηρούνται σε ποσοστό 20,4% όταν χρησιμοποιούνται περιστροφικά εργαλεία, ενώ το ποσοστό μειώνεται στο 11% με τη χρήση πιεζοχειρουργικής. Ο μεγαλύτερος κίνδυνος διάτρησης εντοπίζεται κατά την παρασκευή του παραθύρου με ανύψωση του άθικτου οστικού τοιχώματος (17,6%), σε αφαίρεση του τοιχώματος 9,6%, ενώ σε σταδιακή αποτριβή του οστού του τοιχώματος το ποσοστό πέφτει ακόμη περισσότερο, στο 4,7%.

Σε μικρές διατρήσεις της S.M. γίνεται συρραφή με ράμματα 6- 7/0 απορροφήσιμα ενώ σε μεγαλύτερες συνιστάται κλείσιμο της διάτρησης με μεμβράνη κολλαγόνου καθηλωμένης με καρφίδες, η οποία όμως, φτάνει μέχρι το ρινικό τοίχωμα. Για αποφυγή τραυματισμού ή διάτρησης της μεμβράνης συνιστώνται να μην χρησιμοποιούνται μεγάλα και οξεία τεμαχίδια οστού. Επιπλέον, τα μεγάλα τεμαχίδια μπορεί να μπλοκάρουν το ostium (M.S.).

Οι διατρήσεις στην κλειστή προσέγγιση αντιμετωπίζονται με τοπική ανύψωση της μεμβράνης εις την περιοχή του φρεατίου και προσεκτική τοποθέτηση σπόγγου κολλαγόνου ή μεμβράνης προ της τοποθέτησης οστικού υποκατάστατου και του εμφυτεύματος.

Εναλλακτικά μπορεί να τοποθετήσουμε μόσχευμα σε μορφή gel. Όταν η κλειστή προσέγγιση δεν έχει αρκετό ύψος, τότε προβαίνουμε σε πλάγια ανύψωση ή επιλέγουμε τα κοντά εμφυτεύματα.

Ο **P. Moreno** αναφέρθηκε στις μετεγχειρητικές επιπλοκές της ανοικτής ανύψωσης ιγμορείου. Αυτές συνήθως είναι:

Άμεσες: αιμορραγία, πυρετός, πόνος, οίδημα (ακόμη και του οφθαλμού) και αιμάτωμα και σε μικρότερη συχνότητα οξεία φλεγμονή, η οποία σχετίζεται με προηγηθείσα νόσο ή με είσοδο ξένων αντικειμένων ή με διάτρηση του ιγμορείου.

Σε περίπτωση επιμόλυνσης του μοσχεύματος έχουμε μερική απώλεια στο 25% και ολική απώλεια αυτού στο 2,6%.

Επιπλοκές που λαμβάνουν χώρα σε δεύτερο χρόνο οδηγούν σε μειωμένη επιβίωση των εμφυτευμάτων, λιγότερη δημιουργία οστού και ιγμορίτιδα.

Συνιστάται η χρήση αποσυμφορητικών για λιγότερο από 10 ημέρες, καθώς και NSAIDs κορτιζόνης, ενώ σε σοβαρότερα ή επίμονα συμπτώματα (άνω των 10 ημερών) προτείνεται η χορήγηση αντιβιοτικών, συνήθως Augmentin.

Η χρόνια φλεγμονή συχνά σχετίζεται με υπερπλήρωση του ιγμορείου με αντίδραση ξένου σώματος, καθώς και με διάτρηση της μεμβράνης του ιγμορείου από τα εμφυτεύματα.

Σε περιπτώσεις διάτρησης της μεμβράνης του ιγμορείου, οι απώλειες εμφυτευμάτων είναι κατά 40% περισσότερες όταν εφαρμόζεται η πλάγια πρόσβαση σε σύγκριση με την κλειστή. Επιπλέον, η δημιουργία ενασβεστωμένου οστού είναι 2,5 φορές μεγαλύτερη σε ακέραιη μεμβράνη και απουσία επιπλοκών.

Χρησιμοποιώντας μικρότερους όγκους οστικού υποκατάστατου επιτυγχάνεται μεγαλύτερη και ταχύτερη οστική αναγέννηση. Αντίθετα, η εξώθηση μοσχεύματος μέσα στο ιγμόρειο συχνά οδηγεί σε χρόνια ιγμορίτιδα και, σε ορισμένες περιπτώσεις, σε απόφραξη του οστού, προκαλώντας σοβαρότερες επιπλοκές. Μία ακραία επιπλοκή είναι η μετατόπιση του εμφυτεύματος μέσα στο ιγμόρειο, η οποία μπορεί να οφείλεται είτε σε απορρόφηση του οστού γύρω από το εμφύτευμα είτε σε κακή προσθετική αποκατάσταση.

Επισημάνθηκε ότι δεν υπάρχει υπεροχή κάποιου συγκεκριμένου τύπου οστικού υποκατάστατος όσον αφορά την τελική ποιότητα και ποσότητα του αναγεννημένου ιστού.

Γενικά, είναι σημαντικό να παρακολουθούνται στενά τα συμπτώματα των ασθενών μετά την ανύψωση ιγμορείου, συμπεριλαμβανομένων πιθανών αλλαγών στη χροιά της φωνής τους.

Ο **P. Kammerer** παρουσίασε εκτενώς τη χρήση των ζυγωματικών εμφυτευμάτων, δίνοντας έμφαση τόσο στη διαχείρισή τους όσο και στις πιθανές επιπλοκές. Ένα από τα σημαντικότερα πλεονεκτήματα της τεχνικής αυτής είναι η αποφυγή οστικής ανάπλασης, ο μειωμένος συνολικός χειρουργικός χρόνος, καθώς και η ανάγκη για λιγότερα χειρουργεία. Η επιλογή του κατάλληλου τύπου ζυγωματικού εμφυτεύματος απαιτεί εξαιρετική προσεκτική αξιολόγηση τόσο της ανατομίας του ζυγωματικού όσο και όγκου του μορίου.

Η τοποθέτηση πραγματοποιείται αποκλειστικά από εξειδικευμένους χειρουργούς, σε κατάλληλη χειρουργικά ιατρεία και με κατευθυνόμενη τοποθέτηση. Τα ποσοστά επιβίωσης των εμφυτευμάτων κυμαίνονται από 90% έως 100%, ενώ σε όλες τις περιπτώσεις είναι εφικτή η άμεση φόρτιση.

Ο **G. Zuccheli** εις την τελευταία συνεδρία του συνεδρίου αναφέρθηκε στην κάλυψη της υφίζησης σε εμφυτεύματα με τις γνωστές χειρουργικές τεχνικές του, χρησιμοποιώντας μοσχεύματα συνδετικού ιστού από υπερώα. Στις πιο πολλές περιπτώσεις είναι επιβεβλημένη η αφαίρεση της προσωρινής εργασίας, η τοποθέτηση πιο κοντού abutment και η αναμονή για 2-3 μήνες για τη δημιουργία των αναγκαίων μαλακών ιστών γύρω από το εμφύτευμα.

Τα περιστατικά που έχουν την καλύτερη πρόγνωση στη συγκεκριμένη τεχνική είναι εκείνα όπου το εμφύτευμα είναι τοποθετημένο ακρορριζικότερα. Αντίθετα, με την μυλικότερη τοποθέτηση του εμφυτεύματος υπάρχει δυσμενέστερη πρόγνωση. Επιπλέον, σε περίπτωση εγγύτητας των όμορων δοντιών συχνά είναι αναγκαίο να προηγηθεί ορθοδοντική θεραπεία για δημιουργία χώρου.

Ακολούθησε η ομιλία του **Π. Παπαπάνου**, ο οποίος αναφέρθηκε στα πρωτόκολλα υγείας σε εμφυτευματικούς ασθενείς (προ της τοποθέτησης -κατά τη διάρκεια- και μετά τη θεραπεία).

Με αυτόν τον τρόπο ολοκληρώθηκε ακόμη ένα συνέδριο του ΕΑΟ. Ίσως να μην παρου-



Αναμνηστική φωτογραφία του καθηγητή Ανδρέα Σταυρόπουλου με τον απεσταλμένο του «Οδοντιατρικού Βήματος», κ. Χρήστο Κωνσταντινίδη.

σίασε κάτι ριζικά καινούργιο ή ιδιαίτερα πρωτοποριακό, ωστόσο συγκέντρωσε πάνω από



Πάνω από 5.000 συνέδριοι συμμετείχαν στη φετινή διοργάνωση του ΕΑΟ, επιβεβαιώνοντας το διεθνές κύρος και την απήχηση του συνεδρίου.

5.000 συνέδρους, μια δυναμική συμμετοχή που ανέδειξε ξεκάθαρα τον παλμό και τη δίψα

της παγκόσμιας οδοντιατρικής κοινότητας για γνώση, εξέλιξη και νέες προσεγγίσεις.

Η δεξίωση στο εμβληματικό Sporting Club ήταν εντυπωσιακή, όπως και ολόκληρη η πόλη του Μονακό, η οποία αποτυπώνει με κάθε τρόπο την υπερβολή του σύγχρονου πλούτου.

Η έκθεση παρουσίασε ιδιαίτερο ενδιαφέρον, με πληθώρα εργαλείων σε ανταγωνιστικές τιμές και την εμφάνιση αρκετών νέων εταιρειών εμφυτευμάτων, με προσιτά προϊόντα που υποδηλώνουν τη νέα τάση στην αγορά των εμφυτευμάτων.

Ραντεβού στο επόμενο ΕΑΟ, από τις 24 έως τις 26 Σεπτεμβρίου 2026, στη Λισαβόνα!



PLACAID Water Flosser PWF01

290ml

- Ενισχυμένος Καθαρισμός
- Ασύρματο
- Επαναφορτιζόμενο Φόρτιση Type-C
- Ρύθμιση σε 4 Επίπεδα Πίεσης Νερού Soft-Normal-Strong-Pulse
- Πίεση νερού 50-130psi
- Pulse/Min 1350-1800
- Αδιάβροχο
- UV Sterilization
- Δεξαμενή 290 ml
- 4 διαφορετικά επιστόμια

Regural

Για παιδιά

Ορθοδοντικό

Καθαριστής γλώσσας

Σε εξαιρετική τιμή! 28€ + ΦΠΑ

Soft Mode

Για αρχάριους & ευαίσθητα δόντια

Normal Mode

Αποτελεσματικός καθημερινός καθαρισμός

Strong Mode

Βαθύς καθαρισμός

Pulse Mode

Μασάζ στα ούλα

www.placcontrol.gr

UV Sterilization: Είναι η λειτουργία κατά την οποία αποστειρώνεται το κάθε επιστόμιο χωριστά αφού τοποθετηθεί στην ειδική εσοχή που υπάρχει στη βάση της συσκευής όπου κουμπώνει το δοχείο.

Dentist Edu & Leader Edu

Εκπαίδευση – Στρατηγική – Ανθεκτικότητα – Βιωσιμότητα

Η ομάδα **Dentist Edu & Leader Edu** του ΕΚΠΑ συνεχίζει να προσφέρει στην οδοντιατρική κοινότητα της Ελλάδας και της Κύπρου **καινοτόμα προγράμματα συνεχιζόμενης εκπαίδευσης**, με στόχο την αναβάθμιση της οδοντιατρικής επαγγελματικής πρακτικής, της διοίκησης και της ηγεσίας στην οδοντιατρική.

Ειδικές παροχές

- Δωρεάν συμμετοχή στο πρόγραμμα Smart Dental Management.
- Συνεχείς **εκπαιδευτικές προσφορές** σε όλα τα προγράμματα.
- 5% έκπτωση** για όλα τα μέλη και αποφοίτους προηγούμενων κύκλων.

Webinars & σεμινάρια



1. Strategic Dental Branding – From Theory to Practice (Online Webinar 2025)

Μάθετε πώς να σχεδιάσετε και να εφαρμόσετε μια στρατηγική branding που θα δώσει στο οδοντιατρείο σας μοναδική ταυτότητα και αναγνωρισιμότητα.

- Έναρξη: 27 & 28 Νοεμβρίου 2025 (13.00-15.00)
- Διεξαγωγή: Online, Ασύγχρονο
- <https://www.dentist-edu.cce.uoa.gr/2025/09/07/strategic-dental-branding-from-theory-to-practice-online-webinar-2025/>

2. Dental Business Forum 2026 – Economy | Strategy | Sustainability

Η κορυφαία συνάντηση επαγγελματιών, με έμφαση στη στρατηγική, την οικονομική διαχείριση και τη βιωσιμότητα στην οδοντιατρική πρακτική.

- Διεξαγωγή: 23-25 Ιανουαρίου 2026 - Δια ζώσης συμμετοχή
- <https://www.dentist-edu.cce.uoa.gr/2025/09/06/dental-business-forum-2026-economy-strategy-sustainability/>

Προγράμματα

3. Resilience Mastery for Women in Healthcare

Ένα εξειδικευμένο πρόγραμμα ενδυνάμωσης, σχεδιασμένο για γυναίκες επαγγελματίες υγείας που θέλουν να αναπτύξουν ανθεκτικότητα, ισορροπία και ηγετικές δεξιότητες.

- Έναρξη νέου κύκλου: 15 Μαρτίου 2026 - Online
- <https://www.leader-edu.cce.uoa.gr/resilience-mastery-for-women-in-healthcare-a-omprehensive-program/>

4. Smart Dental Management - ΔΩΡΕΑΝ Online Πρόγραμμα

Σε μόλις 6 εβδομάδες, μάθετε πώς να οργανώνετε και να διαχειρίζεστε το ιατρείο σας πιο έξυπνα, λιγότερο αγχωτικά και πιο αποδοτικά.

- Διεξαγωγή: 100% Online, ασύγχρονη εκπαίδευση.
- Έναρξη νέου κύκλου: 12 Δεκεμβρίου 2025
- ΔΩΡΕΑΝ
- <https://www.dentist-edu.cce.uoa.gr/2025/06/01/smart-dental-management/>

5. Lead Your Team – Πρόγραμμα Ηγεσίας & Διαχείρισης Ομάδας στην Οδοντιατρική

Ανακαλύψτε πώς να γίνετε ο ηγέτης που εμπνέει, κατευθύνει και ενδυναμώνει την ομάδα σας. Το πρόγραμμα συνδυάζει θεωρία, πρακτικές ασκήσεις και μελέτες περίπτωσης, ώστε να μετατρέψετε την καθημερινή λειτουργία του οδοντιατρείου σε πεδίο συνεργασίας και ανάπτυξης.

- Format: Online / Υβριδικό (ανάλογα με τη δομή του προγράμματος)
- Διάρκεια: 12 μήνες (mentoring πρόγραμμα)
- Έναρξη νέου κύκλου: 1η Οκτωβρίου 2026
- Με πιστοποίηση παρακολούθησης / συμμετοχής από το ΕΚΠΑ
- Εκπαιδευτικά προνόμια για μέλη & αποφοίτους προηγούμενων κύκλων
- <https://www.dentist-edu.cce.uoa.gr/2025/07/12/lead-your-team-program/>

6. Οδοντιατρικό Μάντζμεντ – Premium Πρόγραμμα 5 μηνών

Πρόγραμμα εκπαίδευσης για οδοντιάτρους και το προσωπικό των οδοντιατρείων, με έμφαση στη διοίκηση, οργάνωση και ανάπτυξη βιώσιμης επιχείρησης οδοντιατρείου.



Στόχοι προγράμματος

- Διαχείριση ανθρώπινου δυναμικού
- Οικονομική διοίκηση & προϋπολογισμοί
- Σύνταξη επιχειρηματικού σχεδίου οδοντιατρικής επιχείρησης
- Ανάπτυξη διαδικασιών εξυπηρέτησης, επικοινωνίας και συνεργασίας στο ιατρείο
- Έναρξη νέου κύκλου: 9 Φεβρουαρίου 2026
- Διάρκεια: 5 μήνες (20 εβδομάδες)
- 78 ώρες ασύγχρονης εκπαίδευσης + 39 ώρες σύγχρονων τηλεδιασκέψεων (Πέμπτη 21:00-23:00)
- 7 ώρες δια ζώσης ημερίδα (τελευταίο στάδιο).
- <https://www.dentist-edu.cce.uoa.gr/2025/02/01/enarksi-aitisewn-eggrafis-1175/>

Πιστοποίηση προγραμμάτων

Όλα τα προγράμματα δίνουν • Πιστοποιητικό ΚΕΔΙΒΙΜ ΕΚΠΑ + μόρια συνεχιζόμενης εκπαίδευσης από ΙΕΘΕ της ΕΟΟ

Προγράμματα Βοηθών Οδοντιατρείου & Ετήσια Ημερίδα για βοηθητικό προσωπικό οδοντιατρείου

Η ομάδα **Dentist Edu** του ΚΕΔΙΒΙΜ ΕΚΠΑ προσφέρει ολοκληρωμένες εκπαιδευτικές επιλογές για Βοηθούς Οδοντιατρείου, με στόχο την αναβάθμιση των δεξιοτήτων και την ενίσχυση της επαγγελματικής παρουσίας στον χώρο της οδοντιατρικής φροντίδας.

Εκπαιδευτικά προγράμματα για βοηθούς οδοντιατρείου

- Διετές Πρόγραμμα Βοηθών Οδοντιατρείου**

Ξεκινά κάθε 1η Οκτωβρίου.

Παρέχει πλήρη εκπαίδευση σε θεωρητικό και πρακτικό επίπεδο: υποστήριξη κλινικής πράξης, εργονομία, επικοινωνία με ασθενείς, οργάνωση ιατρείου, ποιότητα και βιωσιμότητα.

- Τετράμνηνο εντατικό πρόγραμμα**

Ξεκινά κάθε 15 Νοεμβρίου.

Συμπυκνωμένη εκπαίδευση που επικεντρώνεται στις βασικές δεξιότητες υποστήριξης της κλινικής πράξης, ιδανική για όσους/όσες χρειάζονται ταχύρρυθμη κατάρτιση.

Ημερίδα βοηθών οδοντιατρείου – 3 Απριλίου 2026

Η ημερίδα πραγματοποιείται **στο τέλος κάθε τετράμνηνου προγράμματος**. Είναι **δωρεάν** για όλες τις συμμετέχουσες, ενώ παραμένει ανοικτή και σε νέους ενδιαφερόμενους που θέλουν να γνωρίσουν το αντικείμενο και να ενταχθούν σε μελλοντικούς κύκλους.

Περιλαμβάνει παρουσιάσεις, workshops, συζητήσεις και δικτύωση, δίνοντας την ευκαιρία σε φοιτήτριες, επαγγελματίες και αποφοίτους να ανταλλάξουν εμπειρίες και να αναδείξουν τον ρόλο του βοηθού στην οδοντιατρική ομάδα.

Και τα δύο προγράμματα οδηγούν σε πιστοποίηση παρακολούθησης από το ΚΕΔΙΒΙΜ ΕΚΠΑ.

Πληροφορίες & εγγραφές για όλες τις εκπαιδευτικές δραστηριότητες:

www.dentist-edu.cce.uoa.gr

Περισσότερες πληροφορίες και ενημέρωση:

dentist-edu.cce.uoa.gr

leader-edu.cce.uoa.gr

Dentist Edu & Leader Edu
Συνεχιζόμενη εκπαίδευση με όραμα, για μια ισχυρή, ανθεκτική και βιώσιμη οδοντιατρική κοινότητα.

Dental Business Forum 2026: Οικονομία, Στρατηγική και Βιωσιμότητα στην Οδοντιατρική

- 23-25 Ιανουαρίου 2026
- Οδοντιατρική Σχολή ΕΚΠΑ, Αθήνα
- Περισσότερες πληροφορίες: <https://www.dentist-edu.cce.uoa.gr/2025/09/06/dental-business-forum-2026-economy-strategy-sustainability/>

Το **Dental Business Forum 2026** αποτελεί μια τριήμερη εκπαιδευτική δράση (18 ώρες) του ΚΕΔΙΒΙΜ ΕΚΠΑ, που στοχεύει στην ενίσχυση της οικονομικής και στρατηγικής νοοτροπίας των οδοντιάτρων και στη σύνδεση της επιχειρηματικής σκέψης με τη βιώσιμη οδοντιατρική φροντίδα.

Κόστος συμμετοχής:

- Early Bird (έως 31/12/2025): 250
- Κανονική τιμή: 300

Ημερίδα Γυναικών Οδοντιάτρων – Ηγεσία, Ισορροπία, Δικτύωση

- 6 Μαρτίου 2025
- Οδοντιατρική Σχολή ΕΚΠΑ, Αθήνα

Η ειδική αυτή εκδήλωση είναι αφιερωμένη στις γυναίκες επαγγελματίες της οδοντιατρικής και επικεντρώνεται στη **γυναικεία ηγεσία, την ανθεκτικότητα, την ισορροπία ζωής-εργασίας και τη δημιουργία υποστηρικτικών δικτύων**.

Στο πρόγραμμα περιλαμβάνονται διαλέξεις και συζητήσεις από γυναίκες-ηγέτιδες στον χώρο της υγείας, της εκπαίδευσης και της επιχειρηματικότητας, καθώς και βιωματικά εργαστήρια αυτογνωσίας και επαγγελματικής ενδυνάμωσης.

Αναλυτικό πρόγραμμα και εγγραφές θα αναρτηθούν στη σελίδα: <https://www.dentist-edu.cce.uoa.gr>

ΔΕΛΤΙΟ ΤΥΠΟΥ

Αναβάθμιση εκπαιδευτικών υποδομών - Εγκατάσταση νέου νοσοκομειακού κλιβάνου 85 lt στην κεντρική αποστείρωση της οδοντιατρικής σχολής του ΕΚΠΑ

Η εκπαιδευτική ομάδα **Dentist Edu** και **Leader Edu** του **ΚΕΔΙΒΙΜ ΕΚΠΑ** προχώρησε στην προμήθεια και εγκατάσταση ενός **νέου νοσοκομειακού κλιβάνου αποστείρωσης χωρητικότητας 85 λίτρων**, αξίας 14.350 ευρώ, τελευταίας τεχνολογίας, στις εργαστηριακές εγκαταστάσεις της Οδοντιατρικής Σχολής ΕΚΠΑ.

Η επένδυση αυτή εντάσσεται στη στρατηγική **συνεχούς αναβάθμισης των εκπαιδευτικών υποδομών** των προγραμμάτων **Dentist Edu** και **Leader Edu**, με στόχο την παροχή **πρακτικής εκπαίδευσης στους φοιτητές της Σχολής** και τους **σπουδαστές των προγραμμάτων βοηθών οδοντιατρείου**, που ανταποκρίνεται στα υψηλότερα πρότυπα ασφαλείας, **ικνηλασιμότητας και περιβαλλοντικής υπευθυνότητας**.

Η συγκεκριμένη δράση αποτελεί επίσης **έμπρακτη ανταπόδοση** προς την Οδοντιατρική Σχολή ΕΚΠΑ, που φιλοξενεί τις εκπαιδευτικές μας δραστηριότητες και στηρίζει διαρκώς την ακαδημαϊκή και κοινωνική μας αποστολή.

Με αυτή την πρωτοβουλία, επιδιώκουμε **η εμπιστοσύνη των συναδέλφων οδοντιάτρων** που συμμετέχουν στα προγράμματά μας να μεταφράζεται σε **ουσιαστική επένδυση στον κοινό μας χώρο**, ενισχύοντας έτσι τον κύκλο προσφοράς και μάθησης.

Ευχαριστούμε θερμά τη Σχολή αλλά και όλους τους συναδέλφους που συμμετέχουν στις δράσεις μας και μας βοηθάνε να βοηθούμε κι εμείς, με τη σειρά μας, τη νέα γενιά οδοντιάτρων και βοηθών.

Η Αναπλ. Καθηγήτρια **Μαρία Αντωνιάδου**, επιστημονικά υπεύθυνη των προγραμμάτων Dentist Edu, δήλωσε:

«Η ανανέωση του εξοπλισμού μας δεν είναι μια απλή τεχνική βελτίωση είναι **μια πράξη πίστης στην ποιότητα και στον άνθρωπο**. Το ΚΕΔΙΒΙΜ και η Οδοντιατρική Σχολή του ΕΚΠΑ συνεχίζουν να πρωτοπορούν, όχι απλώς προσφέροντας γνώσεις, αλλά **χτίζοντας μια κοινότητα ευθύνης, αριστείας και συνεργασίας**. Η εκπαίδευση στη στοματική υγεία γίνεται έτσι γέφυρα ανάμεσα στην επιστήμη, τον επαγγελματισμό και το κοινό μας όραμα για μια πιο ασφαλή και βιώσιμη οδοντιατρική.»

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

2016
BEST NEW AEROSOL AWARD
AWARD FOR THE BEST
AEROSOL INNOVATIVE
PRODUCT FROM SPAIN

2016
PARIS AEROSOL
& DISPENSING
AWARDS
GLOBAL AWARD WINNER FOR THE BEST
PRODUCT IN COSMETIC AEROSOL

QuickWhite®
DWF®
Dental Whitening Factory

In-Office Bleaching
Brightening Smiles
Enhancing Confidence

White teeth
in 30 minutes

The QuickWhite teeth whitening system is one of the most valued systems in the world.

It is a procedure that achieves, through oxidation, whitening of the stained teeth by coffee, tea, wine, tobacco ... and also the difficult cases with tetracycline and fluorosis. After several years in the market, studies have been carried out by national and international institutions to obtain a safety and guarantee of the results certifying the quality of the product.

This system is able to brighten the teeth from 4 to 12 shades of luminosity in 30' and can be used alone or with the application of the DWF lamp.



Treatment duration

This system is performed during a session of 24-30 minutes of gel application, with a total time of approximately 50 minutes.

Procedure

One week before whitening, clean and polish the teeth.

During the treatment:

- Initial polishing
- Gums protection
- QuickWhite gel application
- QuickWhite lamp application (optional)

Post-whitening precautions

Daily Oral Care.

Do not consume for a few days after: tobacco, coffee, tea, saffron, sodas or any stained food.

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

Η ποιότητα που
χρειάζεστε, η ευκολία
που επιθυμείτε



Bluephase® EasyCure

- Ξεκούραστος πολυμερισμός με ένα κουμπί λειτουργίας
- Υψηλή ένταση επιτρέπει πολυμερισμό όλων των τύπων των αποκαταστάσεων
- Εξασφαλίζει ομαλό, πλήρη και ομοιόμορφο πολυμερισμό

Τώρα
950 ευρώ
μόνο