

## Η εξέλιξη της Περιοδοντολογίας την τελευταία πεντηκονταετία και ο ρόλος του Περιοδοντολόγου σήμερα

Η Περιοδοντολογία συγκαταλέγεται μεταξύ των ταχύτερα εξελισσόμενων κλάδων της Οδοντιατρικής επιστήμης. Όπως αναλύει ο κ. **Πέτρος Δαμουλής** στο σημερινό του άρθρο που φιλοξενείται στη στήλη της **ΕΟΕ**, κατά την τελευταία πεντηκονταετία έχει συντελεστεί ουσιαστικός μετασχηματισμός τόσο στην κατανόηση της αιτιοπαθογένειας των περιοδοντικών νοσημάτων όσο και στη διαγνωστική και θεραπευτική τους αντιμετώπιση.

Παρ' ότι ο βασικός στόχος της περιοδοντικής θεραπείας ακόμη και σήμερα παραμένει η απομάκρυνση του αιτιολογικού παράγοντα (οδοντικό βιοϋμένιο), η θεραπευτική μεθοδολογία έχει μετατοπιστεί από «επιθετικές» χειρουργικές τεχνικές σε μια βιολογικά τεκμηριωμένα, ελάχιστα επεμβατική και διεπιστημονική προσέγγιση. **Σελ. 10-11**

## Οδοντιατρική Φροντίδα σε Ασθενείς με Εγκεφαλική Παράλυση

Η εγκεφαλική παράλυση (ΕΠ) αποτελεί τη συχνότερη αιτία μόνιμης κινητικής αναπηρίας της παιδικής ηλικίας και περιγράφει μια ετερογενή ομάδα μη εξελισσόμενων διαταραχών της κίνησης και της στάσης, οι οποίες οφείλονται σε βλάβη ή ανωριμότητα του αναπτυσσόμενου εγκεφάλου. Η κ. **Αγγελική Γιαννοπούλου-Μιχαλοπούλου** παρουσιάζει στο άρθρο της στη στήλη της **ΕΕΝΟ-ΕΟΦ** τα συχνότερα στοματικά προβλήματα σε ασθενείς με ΕΠ, δίνοντας έμφαση στον ρόλο της οδοντιατρικής φροντίδας στην πρόληψη και αντιμετώπισή τους. **Σελ. 12-13**



## Η ευθύνη των επιστημόνων, ο ρόλος των ΜΜΕ και οι προκλήσεις της δημόσιας υγείας στην ψηφιακή εποχή

Στη ψηφιακή εποχή, η ιατρική επικοινωνία βρίσκεται αντιμέτωπη με σύνθετες και διαρκώς μεταβαλλόμενες προκλήσεις. Από τη μία πλευρά, η εκτεταμένη πληροφοριακή ρύπανση, με τους εγγενείς κινδύνους της παραπληροφόρησης και των ψευδών ειδήσεων, υπονομεύει την εμπιστοσύνη του κοινού στην επιστημονική γνώση. Από την άλλη, η πληθώρα ψηφιακών πλατφορμών και ΜΚΔ προσφέρει στην ιατρική κοινότητα νέες δυνατότητες άμεσης επικοινωνίας με τα ευρύτερα ακροατήρια.

Αυτούς τους κρίσιμους προβληματισμούς θέτουμε στο επίκεντρο της συζήτησής μας με τον Καθηγητή Οργάνωσης και Πολιτικής των ΜΜΕ στο Τμήμα Επικοινωνίας και ΜΜΕ του ΕΚΠΑ, κ. **Στέλιο Παπαθανασόπουλο**, ο οποίος αναλύει πώς τα ΜΜΕ, και ιδίως τα μέσα κοινωνικής δικτύωσης, μπορούν, υπό προϋποθέσεις, να λειτουργήσουν ως πολύτιμοι σύμμαχοι της δημόσιας υγείας. **Σελ. 4-6**

## Οδοντικός εγκολεασμός (Dens in Dente ή Dens Invaginatus)

Ο οδοντικός εγκολεασμός αποτελεί μια αναπτυξιακή ανωμαλία των σκληρών οδοντικών ιστών η οποία προκύπτει από την κατάδυση και έγκλειση του οργάνου της αδαμαντίνης μέσα στην αναπτυσσόμενη οδοντική θηλή, πριν την περίοδο της ενασβεστίωσης του δοντιού. Εξαιτίας του φάσματος των κλινικών μορφών του εγκολεασμού, αυτός μπορεί να μην γίνει εύκολα αντιληπτός, δημιουργώ-

ντας διαγνωστικά προβλήματα. Σκοπός της εργασίας που υπογράφουν η κ. **Αναστασία Χανιώτη** και οι κ.κ. **Αντώνης Χανιώτης, Γιώργος Τζανετάκης** είναι να εξετάσει την αιτιολογία, να παρουσιάσει την ταξινόμηση και να βοηθήσει τον κλινικό στην διάγνωση του οδοντικού εγκολεασμού, παραθέτοντας ορισμένα αντιπροσωπευτικά κλινικά περιστατικά. **Σελ. 14-16**

## Όταν το οικονομικό γίνεται μέρος της φροντίδας

Της **Μαρίας Αντωνιάδου**  
**Σελ. 8**

## Καλοήθη νεοπλάσματα σιαλογόνων αδένων

Του **Γιώργου Χ. Λάσκαρη**  
**Σελ. 18-20**

## ΕΛΕΣ

Παρουσίαση περιπτώσεων  
Των **Ελένης Αράδα** και **Μαρίας Κουρή**  
**Σελ. 26-27**

## Ασθενής με πόνο στις Κροταφογοναθικές Διαρθρώσεις, ανοιχτή δέξη και αναστολή της κινητικότητας της κάτω γνάθου

Με την παρούσα δημοσίευση ο Καθηγητής κ. **Βύρωνας Δρούκας** εγκαινιάζει μια νέα σειρά άρθρων αφιερωμένη στην παρουσίαση πραγματικών περιστατικών ασθενών με λειτουργικές διαταραχές του Στοματογοναθικού Συστήματος, τα οποία εμφανίζουν ιδιαίτερο επιστημονικό ενδιαφέρον. Την επιστημονική επιμέλεια, ανάλυση και συζήτηση των περιστατικών θα υπογράφει ο κ. Δρούκας, ο οποίος θα αξιοποιεί θεωρητικά σχόλια και αναφορές από προγενέστερες δημοσιεύσεις, συναφείς με το περιστατικό που εξετάζεται, με στόχο ο αναγνώστης να κατανοεί πληρέστερα την αιτιοπαθογένεια του περιστατικού. **Σελ. 28-30**

## ΕΕΠΟΕ

Επιστημονικές εκδηλώσεις για το έτος 2026 της Ελληνικής Εταιρείας Περιοδοντολογίας & Οδοντικών Εμφυτευμάτων  
Του **Βασίλειου Παπαϊωάννου**  
**Σελ. 32**

**SAVE THE DATE**  
24-25 ΑΠΡΙΛΙΟΥ  
Βόλος  
Ενοδοχείο Valis Resort Hotel

Ελληνική Οδοντιατρική Ομοσπονδία  
Ε.Ο.Ο.  
Περιφερειακά Συνέδρια 2026

## Επιλέγοντας φωτισμό για το ιατρείο και την εργασία μας για ασφάλεια και καλύτερη ποιότητα εργασίας

Η όραση αποτελεί εργαλείο του οδοντιάτρου, καθώς μέσω αυτής καθίσταται δυνατή η εκτέλεση της πλειονότητας των οδοντιατρικών πράξεων, η ακριβής χρωματοληψία και η τρισδιάστατη αντίληψη του πεδίου εργασίας.

Στο σημερινό του άρθρο στο «ΟΒ», ο οδοντίατρος κ. **Χρήστος Κωνσταντινίδης** παρουσιάζει τα συχνότερα προβλήματα που απειλούν την οφθαλμική υγεία του οδοντιάτρου, αναδεικνύοντας την καθοριστική σημασία της σωστής επιλογής φωτισμού, τόσο για την προστασία της όρασης όσο και για τη διασφάλιση υψηλής ποιότητας εργασίας προς όφελος των ασθενών. **Σελ. 22-25**





The Inspiration of Saint Matthew  
(Caravaggio 1602)

## ΜΕΤΑ



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

Από την πρώτη εμφάνισή του ο όρος «μετα» προκάλεσε μια γοητεία αλλά και κόπωση από την υπερβολική και ενδεχομένως άστοχη χρήση του.

Ζούμε σε μια εποχή όπου όλα, η σχεδόν όλα, είναι «μετα»: Μετα-νεωτερικότητα, μετα-αλήθεια, μετα-μοντέρνο, μετα-ιδεολογία, μετα-δημοκρατία, μετα-verse. Αλλά τι πραγματικά σημαίνει «μετα»;

Για εμάς τους Έλληνες το σημασιόμενο της λέξης «μετα» είναι σχεδόν αυτονόητο: ύστερα από, πέρα από, ή μερικές φορές μαζί με.

Στην Αριστοτελική μετα-φυσική «το «μετά» εκλαμβάνεται κυριολεκτικά ως πέρα από το φυσικό και αποκτά για πρώτη φορά φιλοσοφική διάσταση. Δεν πρόκειται πλέον μόνο για ό,τι έπεται, αλλά για μια συστηματική αναζήτηση του «επέκεινα».

Στη σύγχρονη ωστόσο εκδοχή του ο όρος «μετα» είναι κάτι άλλο. Υποδηλώνει μια σταδιακή ανάβαση από την επίγνωση, στην αναστοχαστικότητα και εν τέλει στην υπέρβαση ενός πλαισίου.

Σαν να μετατοπιζόμαστε από τη συμμετοχή μας σε ένα φαινόμενο στη θέση του παρατηρητή. Σαν να κοιτάμε δηλαδή το σύστημα από έξω με διάθεση σχολιασμού και αμφισβήτησης. Η γνώση σταδιακά αποσύρεται από τη βεβαιότητα και γίνεται γνώμη.

Πρόκειται όμως για πραγματική υπέρβαση ή απλώς για έναν καθρέφτη του τέλους των βεβαιότητων; Είναι ένδειξη ωριμότητας ή ένδειξη παραίτησης λόγω κόπωσης;

Ίσως το επόμενο βήμα δεν είναι να πάμε πιο «μετά», αλλά να σταθούμε ξανά «μέσα» στο παρόν, στο βίωμα και στην πράξη καθαυτή.

Για να υπάρξει ξανά νόημα, ίσως πρέπει κάποτε να σταματήσουμε να το σχολιάζουμε.

Ίσως

Lyotard, Jean-François. The Postmodern Condition: A Report on Knowledge. Minneapolis: University of Minnesota Press, 1984.

The Inspiration of Saint Matthew (Caravaggio 1602). Ο Ματθαίος δέχεται το άγγιγμα του αγγέλου. Το φυσικό διαπερνάται από το υπερβατικό. Στιγμή meta

Κάντε κλικ στην ηλεκτρονική μας διεύθυνση

**www.odvima.gr**



Διαβάστε τα τελευταία τεύχη της εφημερίδας «Οδοντιατρικό Βήμα»



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



Μάθετε τα σημαντικότερα νέα του οδοντιατρικού κλάδου



Ενημερωθείτε για όλα τα βιβλία των εκδόσεών μας με δυνατότητα πλοήγησης στα περιεχόμενα και στις περιλήψεις τους



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

Γίνετε μέλη της μεγάλης διαδικτυακής κοινότητας του «Οδοντιατρικού Βήματος»



www.odvima.gr



facebook



youtube

ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΙΚΟ ΒΗΜΑ | Διμηνιαία Έκδοση

Κωδικός 016446

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

Ιδρυτής: **Γιάννης Καρκατζούλης**

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



Διευθυντής:  
**Όθωνας Γκότσος**

Σύμβουλος Έκδοσης:  
**Κατερίνα Καρκατζούλη**

Σύνταξη:  
**Ηλιάνα Γιαννούλη**  
**Νότης Ρήγας**



Υπεύθυνος λογιστηρίου:  
**Γιώργος Κάντζος**

Νομικός Σύμβουλος:  
**Λάμπρος Ανδρ. Τσοπράς**

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



Η ποιότητα που  
χρειάζεστε, η ευκολία  
που επιθυμείτε



Τώρα  
950 ευρώ  
μόνο

## Bluephase<sup>®</sup> EasyCure

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

**Στ. Παπαθανασόπουλος: «Η απουσία του επιστημονικού λόγου από τα ψηφιακά μέσα αφήνει χώρο στην παραπληροφόρηση και την ψευδοεπιστήμη»**

## Η ευθύνη των επιστημόνων, ο ρόλος των ΜΜΕ και οι προκλήσεις της δημόσιας υγείας στην ψηφιακή εποχή

Στη ψηφιακή εποχή, η ιατρική επικοινωνία βρίσκεται αντιμέτωπη με σύνθετες και διαρκώς μεταβαλλόμενες προκλήσεις. Από τη μία πλευρά, η εκτεταμένη πληροφοριακή ρύπανση, με τους εγγενείς κινδύνους της παραπληροφόρησης και των ψευδών ειδήσεων, υπονομεύει την εμπιστοσύνη του κοινού στην επιστημονική γνώση.

Από την άλλη, η πληθώρα ψηφιακών πλατφορμών και μέσων κοινωνικής δικτύωσης προσφέρει στην ιατρική και επιστημονική κοινότητα νέες δυνατότητες άμεσης επικοινωνίας με τα ευρύτερα ακροατήρια. Ωστόσο, το νέο αυτό περιβάλλον συχνά γεννά φόβο και αβεβαιότητα στους επιστήμονες



**Στέλιος Παπαθανασόπουλος**  
Καθηγητής Οργάνωσης και Πολιτικής των ΜΜΕ  
Τμήμα Επικοινωνίας και ΜΜΕ, ΕΚΠΑ

ως προς τη διαχείριση της ψηφιακής τους παρουσίας και τον τρόπο με τον οποίο

μπορούν να παρέμβουν ουσιαστικά στον δημόσιο διάλογο, προάγοντας τον επιστημονικό λόγο με τρόπο έγκυρο αλλά και κατανυγμένο.

Αυτούς τους κρίσιμους προβληματισμούς θέτουμε στο επίκεντρο της συζήτησής μας με τον Καθηγητή Οργάνωσης και Πολιτικής των ΜΜΕ στο Τμήμα Επικοινωνίας και ΜΜΕ του Εθνικού και Καποδιστριακού Πανεπιστημίου Αθηνών, κ. **Στέλιο Παπαθανασόπουλο**, ο οποίος αναλύει πώς τα ΜΜΕ, και ιδίως τα μέσα κοινωνικής δικτύωσης, μπορούν, υπό προϋποθέσεις, να λειτουργήσουν ως πολύτιμοι σύμμαχοι της δημόσιας υγείας.

Συνέντευξη στην **Ηλιάνα Γιαννούλη**,  
Δημοσιογράφο

**Έχετε υποστηρίξει ότι τα μέσα επικοινωνίας γερνούν μαζί με το κοινό τους, και πράγματι βλέπουμε ότι τα ψηφιακά μέσα παίζουν σημαντικό ρόλο στην ενημέρωση των νεότερων γενιών. Παρ' όλα αυτά, ένα μέρος της ιατρικής κοινότητας αντιμετωπίζει τα νέα ψηφιακά μέσα - και ιδιαίτερα τα μέσα κοινωνικής δικτύωσης - με φόβο. Κατά τη γνώμη σας, τα ψηφιακά μέσα εγκυμονούν εγγενείς κινδύνους για τη δημόσια υγεία ή το πρόβλημα αφορά κυρίως τον τρόπο με τον οποίο χρησιμοποιούνται;**

Η επιφυλακτικότητα που εκδηλώνει ένα μέρος της ιατρικής κοινότητας είναι κατανοητή, καθώς τα νέα μέσα λειτουργούν με μια λογική ταχύτητας και εντυπωσιασμού που συχνά αντιβαίνει στην επιστημονική μεθοδολογία. Ωστόσο, η στάση αυτή δεν είναι πλέον παραγωγική. Γνωρίζουμε ότι συντελείται μια δομική αλλαγή στις συνήθειες του κοινού, με τις νεότερες γενιές να ενημερώνονται σχεδόν αποκλειστικά μέσω ψηφιακών πλατφορμών.

Το πρόβλημα δεν είναι η ύπαρξη των μέσων, αλλά το «κενό πληροφορίας». Αν η τεκμηριωμένη ιατρική γνώση απουσιάζει από αυτές τις πλατφόρμες, τον χώρο καταλαμβάνει η παραπληροφόρηση και η ψευδοεπιστήμη. Εφόσον, λοιπόν, στόχος είναι η δημόσια υγεία, καθίσταται αναγκαίο η επιστημονική κοινότητα να μην αφήνει το πεδίο ελεύθερο σε μη ειδικούς. Τα μέσα κοινωνικής δικτύωσης, λόγω της αλγοριθμικής τους αρχιτεκτονικής, τείνουν να προωθούν περιεχόμενο που προκαλεί συναισθηματική πόλωση ή έχει υψηλή πιθανότητα διαμοιρασμού ("virality"), συχνά εις βάρος της ακρίβειας. Επομένως, το ζητούμενο δεν είναι η «δαιμονοποίηση» των μέσων, αλλά η ένταξή τους σε μια συγκροτημένη στρατηγική υπεύθυνης επιστημονικής επικοινωνίας.

**Ποιοι είναι οι τρόποι με τους οποίους τα social media μπορούν να συμβάλουν θετικά στην πρόληψη και στην ενίσχυση της δημόσιας υγείας;**

Πρώτον, τα μέσα κοινωνικής δικτύωσης επιτρέπουν τη μαζική διάχυση της επιστημονικής γνώσης, προσηπνώντας τα παραδοσιακά φίλτρα, κάτι που είναι κρίσιμο σε περιόδους κρίσεων. Δεύτερον, μπορούν να ενισχύσουν την κοινή γνώμη της πρόληψης, αρκεί η πληροφορία να προσαρμόζεται στους κώδικες του μέσου χωρίς να χάνει την επιστημονική της εγκυρότητα.

Η δυνατότητα αλληλεπίδρασης μπορεί να συμβάλει στην οικοδόμηση σχέσεων εμπιστοσύνης, εφόσον ο διάλογος γίνεται με όρους

διαφάνειας, ενώ δύναται να οδηγήσει σε βελτιωμένη κατανόηση και αυξημένη συμμόρφωση με τις οδηγίες πρόληψης.

Τέλος, και ίσως σημαντικότερο, τα ψηφιακά μέσα αποτελούν πεδίο για την καταπολέμηση των «μύθων» και των θεωριών συνωμοσίας. Σε μια εποχή πληροφοριακής αταξίας (information disorder), οι ειδικοί μπορούν να παρεμβαίνουν διορθωτικά, προάγοντας τον ορθολογισμό. Έτσι, τα μέσα μετατρέπονται από απλοί αγωγοί πληροφορίας σε εργαλεία ενδυνάμωσης της κοινωνίας των πολιτών.

**Πώς μπορεί ένας ιατρός να χτίσει αξιοπιστία και εμπιστοσύνη σε ένα περιβάλλον όπως το TikTok ή το Instagram; Είναι εύλογες οι ανησυχίες για εκλαΐκευση της επιστημονικής γνώσης ή ακόμη και για υποβάθμιση του αγαθού της υγείας, όταν αυτή εντάσσεται στη λογική της εμπορευματοποίησης των μέσων κοινωνικής δικτύωσης;**

Οι ανησυχίες είναι απολύτως θεμιτές και θα έλεγα αναγκαίες. Υπάρχει μια λεπτή γραμμή μεταξύ της εκλαΐκευσης (popularization), που είναι επιθυμητή, και του ευτελισμού (vulgarization) της επιστήμης. Η προσαρμογή στη «γλώσσα» του TikTok ή του Instagram δεν πρέπει να σημαίνει απλούστευση που αλλοιώνει την επιστημονική αλήθεια, αλλά «μετάφραση» της επιστημονικής γνώσης σε γλώσσα κατανοητή και προσβάσιμη στο ευρύ κοινό.

Η ιδιαίτερη δυναμική των μέσων κοινωνικής δικτύωσης έγκειται πρωτίτως στην αμεσότητα και στην αμφίδρομη φύση της επικοινωνίας που καθιστούν δυνατή την ανάδυση μιας διαφορετικής σχέσης μεταξύ ιατρού και ασθενών/κοινού. Η αξιοπιστία στον ψηφιακό χώρο δεν χτίζεται με όρους θεάματος ή «influencing», αλλά με τη συνέπεια, τη διαφάνεια και την παραδοχή των ορίων της γνώσης. Ο γιατρός δεν πρέπει να λειτουργεί ως «διασκεδαστής», αλλά ως φορέας κύρους που αφογκράζεται τις κοινωνικές αγωνίες.

Όσον αφορά την εμπορευματοποίηση, αυτή είναι όντως η κυρίαρχη λογική των πλατφορμών. Ωστόσο, η υγεία είναι δημόσιο αγαθό. Η απουσία της επιστημονικής φωνής αφήνει το πεδίο ελεύθερο σε πρακτικές που εμπορευματοποιούν την υγεία χωρίς επιστημονικά εχέγγυα. Η ενεργή και δεοντολογική παρουσία των ιατρών στη ψηφιακή δημόσια σφαίρα λειτουργεί ως ανάχωμα απέναντι στην άκρατη εμπορευματοποίηση της ανθρώπινης αγωνίας.

**Ποιο είναι το μεγαλύτερο λάθος που κάνουμε σήμερα στη δημόσια συζήτηση γύρω από την ιατρική πληροφόρηση στα ΜΜΕ;**



Αν η τεκμηριωμένη ιατρική γνώση απουσιάζει από τις ψηφιακές πλατφόρμες, τον χώρο καταλαμβάνει η παραπληροφόρηση και η ψευδοεπιστήμη. Γι' αυτό είναι αναγκαίο η επιστημονική κοινότητα να μην αφήνει το πεδίο ελεύθερο σε μη ειδικούς.

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

Συνέχεια από τη σελίδα 4

Νομίζω ότι εστιάζουμε υπερβολικά στο μέσο και όχι στο περιεχόμενο και στους φορείς του. Συχνά αντιμετωπίζουμε τα μέσα, ιδίως τα μέσα κοινωνικής δικτύωσης, είτε ως πανάκεια είτε ως απειλή, παραβλέποντας το κρίσιμο ερώτημα του ποιος παράγει την πληροφορία, με ποια επιστημονική τεκμηρίωση και με ποια ευθύνη απέναντι στο κοινό. Παράλληλα, υπάρχει η τάση να συγχέουμε την επιστημονική αβεβαιότητα με την αναξιπιστία. Η ιατρική γνώση εξελίσσεται, αναθεωρείται και συχνά εκφράζεται με όρους πιθανοτήτων. Η επιστήμη δεν προσφέρει δόγματα, αλλά δεδομένα που εξελίσσονται. Όταν αυτή η αβεβαιότητα -η οποία είναι σύμφυτη με την εξέλιξη της έρευνας- μεταφέρεται στον δημόσιο λόγο χωρίς το κατάλληλο ερμηνευτικό πλαίσιο, τότε τείνει να εκλαμβάνεται ως αντιφατικότητα ή αναξιπιστία, με αποτέλεσμα την ενίσχυση της δυσπιστίας και τη διάβρωση της εμπιστοσύνης των πολιτών προς την επιστημονική κοινότητα.

Το φαινόμενο αυτό έγινε ιδιαίτερα εμφανές κατά τη διάρκεια της πανδημίας, όταν επικράτησε έντονη πολυφωνία εντός της επιστημονικής κοινότητας αναφορικά με τις βέλτιστες στρατηγικές διαχείρισης (όπως τα περιοριστικά μέτρα έναντι της προσέγγισης της συλλογικής ανοσίας), και ακόμη περισσότερο με την εμφάνιση των εμβολίων, όπου ο δημόσιος διάλογος συχνά αδυνατούσε να αποδώσει με σαφήνεια τη στάθμιση μεταξύ οφέλους και κινδύνου πιθανών ανεπιθύμητων ενεργειών.

Τέλος, ένα ακόμη σοβαρό σφάλμα είναι ότι συζητούμε την ιατρική πληροφόρηση αποκομμένα από την ανάγκη συστηματικής καλλιέργειας του media literacy, του εγγραμματοσίου στα ΜΜΕ. Σε ένα περιβάλλον υπερπληροφόρησης, όπου η ιατρική πληροφορία συνυπάρχει με φήμες, προσωπικές εμπειρίες και σκόπιμη παραπληροφόρηση, οι πολίτες

Η αξιοπιστία στον ψηφιακό χώρο δεν χτίζεται με όρους θεάματος ή «influencing», αλλά με τη συνέπεια, τη διαφάνεια και την παραδοχή των ορίων της γνώσης.

Ο γιατρός δεν πρέπει να λειτουργεί ως «διασκεδαστής», αλλά ως φορέας κύρους που αφουγκράζεται τις κοινωνικές αγωνίες.

συχνά αδυνατούν να αξιολογήσουν την αξιοπιστία των πηγών. Τα fake news στον τομέα της υγείας δεν αποτελούν απλώς επικοινωνιακό πρόβλημα. Συνιστούν άμεση απειλή για τη δημόσια υγεία, καθώς μπορούν να επηρεάσουν κρίσιμες αποφάσεις πρόληψης, διάγνωσης και θεραπείας.

Η αντιμετώπιση της εν λόγω απειλής δεν δύναται να στηριχθεί αποκλειστικά σε μηχανισμούς ελέγχου περιεχομένου ή σε πρακτικές απαγόρευσης. Αντιθέτως, προϋποθέτει συστηματική επένδυση στην εκπαίδευση τόσο των επαγγελματιών υγείας όσο και των πολιτών, με στόχο την καλλιέργεια δεξιοτήτων κριτικής πρόσληψης των ψηφιακών μέσων. Ειδικότερα, καθίσταται αναγκαία η ικανότητα αναγνώρισης αξιόπιστων πηγών πληροφόρησης, η βασική κατανόηση της λειτουργίας των αλγορίθμων που επηρεάζουν και διαμορφώνουν τη ροή της πληροφορίας στα μέσα κοινωνικής δικτύωσης,

καθώς και η σαφής διάκριση μεταξύ επιστημονικά τεκμηριωμένης γνώσης, προσωπικής άποψης και σκόπιμης παραπλάνησης. Χωρίς αυτή τη θεμελιώδη βάση μιντιακού και επιστημονικού εγγραμματοσίου, η δημόσια συζήτηση γύρω από ζητήματα υγείας παραμένει ευάλωτη στη χειραγώγηση και η επιστημονική γνώση αδυνατεί να επιτελέσει τον κοινωνικό της ρόλο.

**Πιστεύετε ότι η ψηφιακή επικοινωνία θα έπρεπε να ενταχθεί στην ιατρική εκπαίδευση; Με ποιον τρόπο;**

Η ψηφιακή επικοινωνία θα έπρεπε να ενταχθεί οργανικά στην ιατρική εκπαίδευση, όχι ως συμπληρωματική δεξιότητα, αλλά ως αναπόσπαστο μέρος της σύγχρονης ιατρικής πρακτικής. Ο σημερινός γιατρός δεν επικοινωνεί πλέον με τους ασθενείς του μόνο στο ιατρείο του, αλλά και στον ψηφιακό δημόσιο χώρο, όπου

διαμορφώνονται αντιλήψεις, στάσεις και συμπεριφορές υγείας. Σήμερα, ο γιατρός οφείλει να γνωρίζει πώς να διαχειρίζεται τη δημόσια εικόνα της επιστήμης του.

Η ένταξη της στην εκπαίδευση πρέπει να αφορά τη δεοντολογία της ψηφιακής παρουσίας και την κατανόηση του νέου οικοσυστήματος ενημέρωσης. Δεν μιλάμε για εκπαίδευση στην αυτοπροβολή, αλλά για εκπαίδευση στην κοινωνική ευθύνη της ενημέρωσης. Οι επιστήμονες έχουν πλέον τη δυνατότητα να ανοίξουν διαύλους επικοινωνίας με το κοινό, χωρίς την παραδοσιακή διαμεσολάβηση των δημοσιογράφων. Μπορούν και πρέπει να παρεμβαίνουν σε περιπτώσεις που συναντούν ένα παραπλανητικό δημοσίευμα και να αποκαθιστούν άμεσα τις όποιες ανακρίβειες.

Σε αυτό το πλαίσιο, οι συνεργασίες μεταξύ πανεπιστημιακών και ερευνητικών ιδρυμάτων μπορούν να διαδραματίσουν καθοριστικό ρόλο, λειτουργώντας ως πεδία ανταλλαγής καλών πρακτικών και ως μοχλοί ανάπτυξης κοινών εκπαιδευτικών πρωτοβουλιών. Μέσα από τέτοιες συνεργείες καθίσταται δυνατή όχι μόνο η συστηματική καλλιέργεια ψηφιακών δεξιοτήτων στην επιστημονική επικοινωνία, αλλά και η διασφάλιση ενός βαθμού ποιότητας στον τρόπο με τον οποίο η ιατρική γνώση μεταφέρεται στη δημόσια σφαίρα. Τα πανεπιστήμια και οι ιατρικοί σύλλογοι οφείλουν να αναλάβουν πρωτοβουλίες, ώστε οι νέοι ιατροί να μπορούν να υπερασπιστούν την επιστημονική αλήθεια στον δημόσιο χώρο, διασφαλίζοντας εν τέλει το κύρος του ιατρικού επαγγέλματος.

**Κύριε Παπαθανασόπουλε, σας ευχαριστούμε για αυτή την ενημερωτική συζήτηση.**

Κι εγώ σας ευχαριστώ για τη φιλοξενία.

## 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**

InterMed  
Pharmaceutical Laboratories



# UNIDENT<sup>®</sup>

## KIDS



Ειδικά σχεδιασμένη σειρά για την  
καθημερινή φροντίδα  
& προστασία  
των βρεφικών, παιδικών  
ευαίσθητων δοντιών και ούλων



INTERMED S.A. Pharmaceutical Laboratories

Καλυφτάκη 27, 145 64 Κηφισιά, Τηλ.: 210 62.53.905, Fax: 210 62.53.906, [www.intermed.com.gr](http://www.intermed.com.gr)



# Όταν το οικονομικό γίνεται μέρος της φροντίδας

Στην οδοντιατρική καθημερινότητα, το οικονομικό κομμάτι της θεραπείας παραμένει ένα από τα πιο ευαίσθητα και παρεξηγημένα ζητήματα. Συχνά αντιμετωπίζεται ως κάτι που πρέπει να ειπωθεί βιαστικά ή με αμηχανία. Ωστόσο, αυτή ακριβώς η στάση είναι που δημιουργεί τις περισσότερες εντάσεις στη σχέση με τον ασθενή.

Στη σύγχρονη οδοντιατρική πράξη, η οικονομική επικοινωνία δεν είναι ξεχωριστή από τη θεραπεία. Είναι



**Μαρία Αντωνιάδου**  
Αναπληρώτρια Καθηγήτρια,  
Οδοντιατρικής  
Επαγγελματικής Πρακτικής,  
Τμήμα Οδοντιατρικής, ΕΚΠΑ

μέρος της. Όπως παρουσιάζεται το θεραπευτικό πλάνο και οι εναλλακτικές επιλογές, έτσι χρειάζεται να παρουσιάζεται και το οικονομικό πλαίσιο: με σαφήνεια, σταθερότητα και επαγγελματισμό, χωρίς απολογητικό τόνο.

Ιδιαίτερη σημασία σε όλη αυτήν τη διαδικασία έχει η **γλώσσα** που χρησιμοποιείται. Ορισμένες διατυπώσεις, οι λεγόμενες «κόκκινες φράσεις», μεταφέρουν αβεβαιότητα, ενοχή ή φόβο απώλειας του ασθενή και συχνά οδηγούν σε παρεξηγήσεις. Αντίθετα, οι «πράσινες φράσεις» λειτουργούν υποστηρικτικά: ενσωματώνουν το κόστος στο πλαίσιο της φροντίδας, εξηγούν τους όρους με ηρεμία και ενισχύουν την εμπιστοσύνη. Η διαφορά δεν βρίσκεται στο

τι λέγεται, αλλά στο πως και πότε λέγεται.

Καθοριστικό ρόλο παίζει επίσης και η **ενιαία στάση της ομάδας**. Όταν όλο το προσωπικό ακολουθεί κοινές φράσεις, σαφείς κανόνες και σταθερές διαδικασίες, το οδοντιατρείο λειτουργεί με συνέπεια. Πρακτικές όπως η προκαταβολή ή οι συμφωνημένες πληρωμές δεν είναι σκληρές ή απρόσωπες• αποτελούν εργαλεία οργάνωσης που προστατεύουν τόσο τον επαγγελματία όσο και τον ασθενή.

## Γιατί η γλώσσα έχει τόσο μεγάλη σημασία

Οι λέξεις δεν είναι ουδέτερες. Μεταφέρουν στάση, ρόλους και ισορροπία δύναμης.

Στην οικονομική επικοινωνία, οι λεγόμενες «**κόκκινες φράσεις**» μεταφέρουν:

- ενοχή,
- αβεβαιότητα,
- φόβο απώλειας του ασθενή.

Αντίθετα, οι «**πράσινες φράσεις**» μεταφέρουν:

- δομή,
- επαγγελματισμό,
- σαφή όρια.

## Παραδείγματα

### 1. Παρουσίαση κόστους θεραπείας

#### Κόκκινη φράση

«Δυστυχώς κοστίζει τόσο...»

Η λέξη δυστυχώς τοποθετεί τον επαγγελματία σε θέση απολογίας, σαν να ζητά συγγνώμη για την ίδια του τη δουλειά.

#### Πράσινη φράση

«Το κόστος της θεραπείας περιλαμβάνει τα εξής στάδια και τα αντίστοιχα υλικά.»

Εδώ το κόστος παρουσιάζεται ως φυσικό αποτέλεσμα της θεραπευτικής διαδικασίας, όχι ως πρόβλημα.

### 2. Όταν ο ασθενής λέει «είναι ακριβό»

Αυτή είναι η πιο συνηθισμένη στιγμή απορρύθμισης.

Το λάθος δεν είναι η αναγνώριση της δυσκολίας, αλλά η άμεση υποχώρηση.

#### Κόκκινη αντίδραση

«Ναι, έχετε δίκιο... να δούμε μήπως κόψουμε κάτι.»

Το μήνυμα που περνά είναι ότι η ποιότητα είναι διαπραγματεύσιμη.

#### Πράσινη αντίδραση

«Καταλαβαίνω ότι είναι σημαντικό ποσό. Το κόστος αντανακλά τη διάρκεια και την πολυπλοκότητα της θεραπείας.»

Αναγνώριση χωρίς ακύρωση του πλαισίου.

### 3. Προκαταβολή: το πιο συχνό σημείο ασυνέπειας

Η προκαταβολή δεν είναι αγένεια. Είναι λειτουργικός κανόνας.

Όταν παρουσιάζεται διστακτικά, γεννά αντίσταση.

#### Κόκκινη φράση

«Αν θέλετε, μπορείτε να αφήσετε κάτι μπροστά...»

#### Πράσινη φράση

«Για να ξεκινήσει η θεραπεία, απαιτείται προκαταβολή που καλύπτει τον χρόνο και τα υλικά.»

Η δεύτερη φράση:

- δεν ζητά άδεια,
- δεν πιέζει,
- ορίζει σαφώς τον κανόνα.

### 4. Καθυστερήσεις πληρωμών: από το συναίσθημα στη συμφωνία

Όταν το οικονομικό πλαίσιο δεν έχει τεθεί σωστά από την αρχή, οι υπενθυμίσεις γίνονται φορτισμένες.

#### Κόκκινη φράση

«Σας παίρνω γιατί μας χρωστάτε...»

#### Πράσινη φράση

«Υπάρχει οικονομική εκκρεμότητα που χρειάζεται να τακτοποιηθεί σύμφωνα με τη συμφωνία μας.»

Η διαφορά είναι κρίσιμη: δεν μιλάμε για πρόσωπα, μιλάμε για διαδικασίες.

### Το πιο κρίσιμο σημείο: η εσωτερική γλώσσα της ομάδας

Αν η ομάδα λέει μεταξύ της:

- «να μην τον πείσουμε»,
  - «ας το αφήσουμε για μετά»,
- τότε όποια εκπαίδευση κι αν γίνει προς τα έξω, θα ακυρωθεί εκ των έσω.

Η κοινή φράση-άγκυρα που προστατεύει το ιατρείο είναι απλή:

«Το οικονομικό πλαίσιο είναι μέρος της θεραπείας.»

Όχι κάτι ξεχωριστό. Όχι κάτι άβολο. Μέρος της φροντίδας.

### Συμπέρασμα

Η οικονομική επικοινωνία στο οδοντιατρείο δεν βελτιώνεται με «καλύτερο τρόπο». Βελτιώνεται με δομή, συνέπεια και κοινή γλώσσα.

Όταν οι όροι είναι ξεκάθαροι:

- μειώνονται οι συγκρούσεις,
- αυξάνεται η εμπιστοσύνη,
- προστατεύεται και ο ασθενής και ο επαγγελματίας.

Και τότε η θεραπεία μπορεί να κάνει αυτό που πρέπει: να προχωρά και να εξελίσσεται χωρίς απρόοπτα και με αύξηση της εμπιστοσύνης από την πλευρά του ασθενή.

Σε ένα περιβάλλον όπου οι προσδοκίες, οι οικονομικές πιέσεις και η έλλειψη χρόνου είναι αυξημένες, η σωστή οικονομική επικοινωνία λειτουργεί προληπτικά και «πυροσβεστικά» θα έλεγα. Όταν οι όροι είναι ξεκάθαροι από την αρχή, μειώνονται οι συγκρούσεις και η θεραπεία προχωρά με μεγαλύτερη ασφάλεια και συνεργασία. Το οικονομικό, τελικά, δεν είναι «κουβέντα για λεφτά». Είναι μέρος της φροντίδας - και όταν αντιμετωπίζεται με δομή και συνέπεια, αναβαθμίζει συνολικά την ποιότητα της οδοντιατρικής πράξης.

### Ενδεικτική βιβλιογραφική αναφορά

Αντωνιάδου Μ. 365 Ημέρες Οδοντιατρικού Μάνατζμεντ (Α + Β τόμος). Εκδόσεις Τσότρας, Αθήνα, 2025. info@ekdoseis-tsotras.gr, Τηλ. 210 7470789, Σμύρνης 14 Ζωγράφου, 15772.

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 οδοντιάτρου σε περιστατικά τραύματος που απαιτούν έκτακτη αντιμετώπιση.

**ΤΙΜΗ: €25,00**

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

Περισσότερο καθολικής χρήσης από ποτέ.

# Το πρώτο VivaPen® με ισχύ διπλού πολυμερισμού

## Adhese® 2

- Συγκολλητικός παράγοντας γενικής χρήσης με ιδιότητες διπλού πολυμερισμού - αξιόπιστος ακόμη και σε περιστατικά με περιορισμένη έκθεση στο φως
- Σταθερά υψηλή αντοχή δεσμού (>25 MPa) με την αδαμαντίνη και την οδοντίνη<sup>[1]</sup>
- Αποδοτική χρήση του υλικού και διανομή με το VivaPen

[1] Σε συνδυασμό με Tetric plus Fill, Tetric plus Flow και Variolink Esthetic DC

NEO



# Η εξέλιξη της Περιοδοντολογίας την τελευταία πενήνταετία και ο ρόλος του Περιοδοντολόγου σήμερα

Η Περιοδοντολογία αποτελεί έναν από τους πλέον δυναμικά εξελισσόμενους κλάδους της Οδοντιατρικής επιστήμης. Τα τελευταία πενήντα χρόνια, η κατανόηση της αιτιοπαθογένειας των περιοδοντικών νοσημάτων, η διαγνωστική προσέγγιση και οι θεραπευτικές τεχνικές έχουν μεταβληθεί



**Πέτρος Δαμουλής**  
 BScPharm, DDS, DMSc, DMD, FACD  
 Ειδικευθείς στην Περιοδοντολογία  
 στο Πανεπιστήμιο Tufts

σημαντικά. Παρ' ότι ο βασικός στόχος της περιοδοντικής θεραπείας ακόμη και σήμε-

ρα παραμένει η απομάκρυνση του αιτιολογικού παράγοντα (οδοντικό βιοϋμένιο), η θεραπευτική μεθοδολογία έχει μετατοπιστεί από «επιθετικές» χειρουργικές τεχνικές σε μια βιολογικά τεκμηριωμένη, ελάχιστα επεμβατική και διεπιστημονική προσέγγιση.

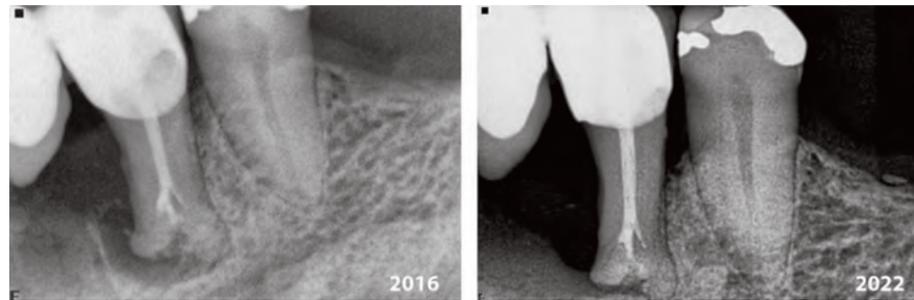
Μέχρι και τη δεκαετία του 1970, η περιοδοντική θεραπεία βασιζόταν κυρίως στη μηχανική απομάκρυνση της τρυγίας και σε αφαιρετικές χειρουργικές τεχνικές με στόχο τη μείωση των θυλάκων. Η προσέγγιση αυτή αποτυπώνεται στην φράση που αποδίδεται στον Irving Glickman, καθηγητή της Περιοδοντολογίας στο Πανεπιστήμιο Tufts της Βοστώνης, που έλεγε στους ασθενείς του, «do you want your teeth longer, or no longer?». Ήδη από την δεκαετία του 1960, η μικροβιακή πλάκα αναγνωριζόταν ως βασικός παράγοντας για την εμφάνιση της ουλίτιδας<sup>1</sup> χωρίς όμως να έχει αναλυθεί η πολυπλοκότητα του μικροβιώματος. Σταδιακά, η έρευνα ανέδειξε τον ρόλο των ειδικών περιοδοντοπαθογόνων μικροοργανισμών, όπως το *Aggregatibacter actinomycetemcomitans* και το *Porphyromonas gingivalis*,<sup>2</sup> καθώς και τη σημασία της ανοσολογικής απόκρισης του ξενιστή.<sup>3</sup> Επίσης, έγινε σαφές ότι η εξέλιξη της περιοδοντικής νόσου δεν ακολουθεί γραμμική πορεία ούτε συνολικά στον πληθυσμό αλλά ούτε και στον οδοντικό φραγμό του ίδιου ατόμου.<sup>4,5</sup> Η κατανόηση ότι η περιοδοντίτιδα αποτελεί αποτέλεσμα της αλληλεπίδρασης μικροβιακών και ανοσολογικών παραγόντων αποτέλεσε κομβικό σημείο στην εξέλιξη των θεραπευτικών προσεγγίσεων με έμφαση στην εξατομικευμένη θεραπεία.

Απόρροια της προόδου στην κατανόηση της αιτιοπαθογένειας της περιοδοντίτιδας, ήταν και η συσχέτισή της με την γενική υγεία, που πλέον είναι εδραιωμένη και επιστημονικά τεκμηριωμένη. Πλήθος ερευνών κατέδειξαν τη συσχέτιση της περιοδοντίτιδας με συστηματικά νοσήματα, όπως ο σακχαρώδης διαβήτης, τα καρδιαγγειακά νοσήματα, οι αναπνευστικές παθήσεις και οι επιπλοκές της κύησης. Η αμφίδρομη σχέση περιοδοντίτιδας και διαβήτη αποτελεί χαρακτηριστικό παράδειγμα, όπου η φλεγμονή του περιοδοντίου επηρεάζει τον γλυκαιμικό έλεγχο και αντιστρόφως. Η σύγχρονη περιοδοντική θεραπεία, επομένως, δεν περιορίζεται στη στοματική κοιλότητα, αλλά συμβάλλει στη συνολική θελήτωση της υγείας του ασθενούς.<sup>6</sup> Στον τομέα αυτό η Περιοδοντολογία αποτέλεσε την αιχμή του δόρατος στην καθιέρωση του ρόλου του οδοντίατρου ως «συμμάχου» των άλλων ιατρικών ειδικοτήτων για την αντιμετώπιση γενικότερων ιατρικών προβλημάτων.

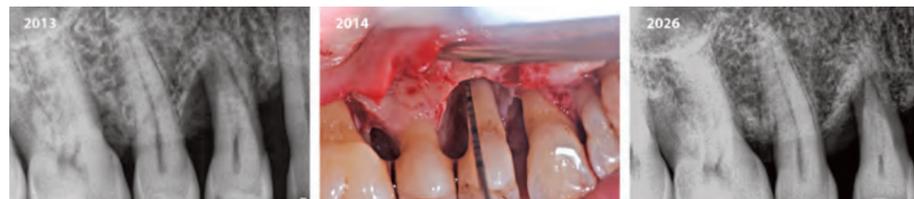
Παράλληλα με την εκθετική αύξηση των γνώσεων για την αιτιοπαθογένεια της περιοδοντίτιδας, υπήρξε και μια στροφή στην βιολογική προσέγγιση της θεραπείας. Ήδη από την δεκαετία του 1960 και 1970, είχε γίνει αντιληπτή η δυναμική των περιοδοντικών ιστών όσον αφορά την επούλωσή τους.<sup>7-9</sup> Αποτέλεσμα της κατανόησης αυτής της δυναμικής ήταν η ανάπτυξη ρηξικέλευθων τεχνικών για την αντιμετώπιση απωλειών όσον αφορά τόσο τους μαλακούς όσο και τους σκληρούς ιστούς.<sup>10,11</sup>



Εικ. 1: Οστική ανάπλαση μετά από ριζική απόξεση και συμπληρωματική αντιμικροβιακή θεραπεία σε έδαφος περιοδοντικού αποστήματος.



Εικ. 2: Διατήρηση στηρίγματος ακίνητης αποκατάστασης με ανοιχτή ριζική απόξεση.



Εικ. 3: Διατήρηση δοντιού με κακή πρόγνωση με χειρουργική θεραπεία και χρήση αμελογενίνης.



Εικ. 4: Διατήρηση δοντιού με κατευθυνόμενη οστική ανάπλαση.



Εικ. 5: Κάλυψη εκτεταμένης υφίζησης με μόσχευμα συνδετικού ιστού.

Σήμερα η αύξηση πάχους και εύρους μαλακών και σκληρών ιστών για λειτουργικούς και αισθητικούς σκοπούς είναι πλέον προβλέψιμη ακόμη και σε προχωρημένη απώλεια. Ασφαλώς, η τεχνολογική πρόοδος υπήρξε καταλυτική, τόσο στο διαγνωστικό, όσο και στο θεραπευτικό πεδίο. Η ψηφιακή ακτινογραφία και η αξονική τομογραφία κωνικής δέσμης (CBCT), εξειδικευμένα εργαλεία για την απομάκρυνση του βιοϋμένιου, η χρήση LASER, νέα βιοϋλικά για οστική και ιστική ανάπλαση και η χρήση αυτόλογων και συνθετικών βιολογικών παραγόντων, είναι μερικά από τα παραδείγματα. Η περιοδοντική θεραπεία δεν στοχεύει πλέον μόνο στη μείωση των θυλάκων, αλλά και

στην αποκατάσταση των χαμένων στηρικτικών ιστών. Ασφαλώς και στην εδραίωση της χρήσης των οστεοεσωματωμένων οδοντικών εμφυτευμάτων η περιοδοντολογία είχε πρωταγωνιστικό ρόλο τόσο σε χειρουργικό επίπεδο όσο και στη διαχείριση των περιεμφυτευματικών νόσων.

Η εξέλιξη των διαγνωστικών και θεραπευτικών μεθόδων που αφορούν τις περιοδοντικές νόσους αποτέλεσαν το εφαλτήριο για την αναγνώριση της Περιοδοντολογίας ως οδοντιατρικής ειδικότητας. Αρχικά στις ΗΠΑ, ήδη από το 1947, και στη συνέχεια στην Ευρώπη, ξεκινώντας από τις Σκανδιναβικές χώρες όπου υπήρχε έντονη ερευνητική και κλινική δραστη-

ριότητα από τη δεκαετία του 1960. Σήμερα η Περιοδοντολογία αναγνωρίζεται ως ειδικότητα σε 11 από τις 25 χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης, όχι όμως στην Ελλάδα. Απόρροια της σχεδόν καθολικής αναγνώρισης του σημαντικού ρόλου της ειδικότητας της Περιοδοντολογίας, είναι η δημιουργία διεθνών επιστημονικών οργανισμών που δίνουν κατευθυντήριες οδηγίες, τόσο στο επιστημονικό όσο και στο επαγγελματικό επίπεδο. Οι πιο σημαντικοί είναι η American Academy of Periodontology και η European Federation of Periodontology. Αν και λειτούργησαν «ανταγωνιστικά» στην αρχή, βρίσκονται πλέον σε στενή συνεργασία για τη διαμόρφωση του ρόλου της ειδικότητας της Περιοδοντολογίας σε παγκόσμιο επίπεδο. Το πιο πρόσφατο παράδειγμα είναι η ταξινόμηση του 2017 εισήγαγε τα στάδια (staging) και τους βαθμούς (grading) της περιοδοντίτιδας, ενσωματώνοντας την έκταση της νόσου, τη βαρύτητα και τον ρυθμό εξέλιξης. Με τον τρόπο αυτό, η διάγνωση απέκτησε προγνωστικό χαρακτήρα και συνέβαλε στον εξατομικευμένο σχεδιασμό θεραπείας.<sup>12</sup>

Αλλά ποιος είναι ο ρόλος του Περιοδοντολόγου σήμερα; Με την αυξανόμενη και, μερικές φορές αλόγιστη, χρήση των οδοντικών εμφυτευμάτων, η υποχρέωση του περιοδοντολόγου είναι να επαναφέρει την έμφαση στη διατήρηση των δοντιών. Όπως έχει δηλώσει ο Niklaus Lang, ένας από τους «πατέρες» της Περιοδοντολογίας αλλά και της Εμφυτευματολογίας, τα εμφυτεύματα δεν αντικαθιστούν δόντια, αλλά αντικαθιστούν ελλείποντα δόντια!

Σήμερα, ο ρόλος του περιοδοντολόγου στη συνολική θεραπευτική αντιμετώπιση είναι πολυδιάστατος. Βασική προϋπόθεση είναι να γίνεται η σωστή περιοδοντική διάγνωση με λεπτομερή κλινική και ακτινογραφική εξέταση και να αποφασισθεί ένα εξατομικευμένο σχέδιο θεραπείας. Η περιοδοντική πρόγνωση είναι η κατεξοχήν ευθύνη του περιοδοντολόγου. Επιπλέον, ο περιοδοντολόγος συμμετέχει ενεργά στον προσθετικό και ορθοδοντικό σχεδιασμό, διασφαλίζοντας ότι οι περιοδοντικοί ιστοί είναι υγιείς πριν από οποιαδήποτε αποκαταστατική ή ορθοδοντική παρέμβαση. Η συντηρητική θεραπεία είναι το επόμενο βήμα, που πολλές φορές αντιμετωπίζεται χωρίς να δίνεται η απαραίτητη βαρύτητα.

Όμως μια ενδελχής συντηρητική θεραπεία μπορεί να αποφέρει θεαματικά αποτελέσματα σε δόντια που μπορεί να είχαν κριθεί ακόμη και ως μη βιώσιμα (Εικ. 1). Παρόμοια αποτελέσματα μπορεί να επιτευχθούν και με την κατάλληλη χειρουργική θεραπεία. Δόντια με προχωρημένη οστική απώλεια μπορούν να διατηρηθούν για μεγάλο χρονικό διάστημα, ιδιαίτερα αν αποτελούν στηρίγματα υφαιμένων ακίνητων αποκαταστάσεων (Εικ. 2), η εξαγωγή τους μπορεί να δημιουργήσει «αλυσιδωτή αντίδραση» (Εικ. 3), ή/και βρίσκονται στην

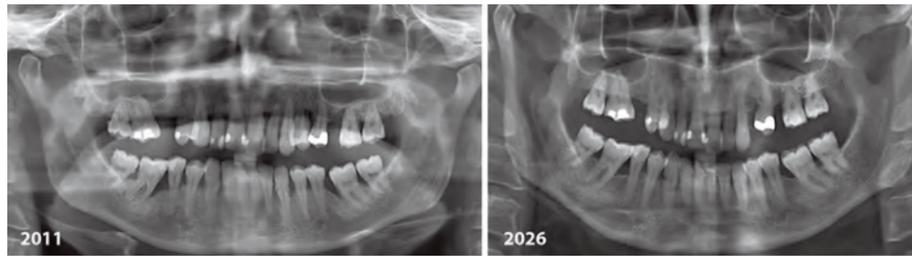
αισθητική ζώνη (Εικ. 4), και σε όλες τις περιπτώσεις απαιτούν εκτεταμένες παρεμβάσεις για τοποθέτηση εμφυτεύματος. Η διαχείριση των μαλακών ιστών είναι ίσως το πιο χαρακτηριστικό παράδειγμα όπου η εκπαίδευση και εμπειρία του περιοδοντολόγου μπορεί να αποδώσει εξαιρετικά αποτελέσματα σε αισθητικά και λειτουργικά προβλήματα (Εικ. 5). Όμως η μεγαλύτερη βαρύτητα έχει η φάση της υποστηρικτικής περιοδοντικής θεραπείας. Έχει αποδειχθεί ότι η μακροχρόνια διατήρηση ενός επιτυχούς θεραπευτικού αποτελέσματος εξαρτάται από την τακτική παρακολούθηση και τη διατήρηση της στοματικής υγιεινής.<sup>13</sup> Ο περιοδοντολόγος αναλαμβάνει εκπαιδευτικό ρόλο, ενισχύοντας τη συμμόρφωση του ασθενούς και προσαρμόζοντας το πρωτόκολλο συντήρησης ανάλογα με τον ατομικό κίνδυνο (Εικ. 6).

Εύλογα βέβαια θα αναρωτηθεί κάποιος γιατί να αναλάβει αυτόν τον ρόλο ο περιοδοντολόγος και όχι ο οδοντίατρος. Ο οδοντίατρος αποτελεί τον θεμέλιο λίθο της πρωτοβάθμιας στοματικής περίθαλψης, αναλαμβάνοντας τη διάγνωση, την πρόληψη και τη θεραπεία της πλειονότητας των περιοδοντικών περιστατικών. Ωστόσο, σε συγκεκριμένα περιστατικά, η παραπομπή στον περιοδοντολόγο μπορεί να ενισχύσει το θεραπευτικό αποτέλεσμα και να διασφαλίσει μακροπρόθεσμη σταθερότητα. Η επιτυχία μιας ιατρικής πράξης βασίζεται στην εκπαίδευση, την διαρκή ενημέρωση αλλά και την εμπειρία του θεράποντος στην αντιμετώπιση συγκεκριμένων περιστατικών. Ο περιοδοντολόγος, έχοντας αντιμετωπίσει μεγάλο αριθμό προχωρημένων περιστατικών, μπορεί να δώσει μια πιο εμπειροπαραγόμενη άποψη για τις δυνατότητες και την πιθανότητα επιτυχίας της προτεινόμενης θεραπείας. Η σύγχρονη Οδοντιατρική βασίζεται στη συνεργασία των ειδικοτήτων, με κοινό στόχο τη βέλτιστη φροντίδα του ασθενούς. Και αυτό το έχουν ενστερνιστεί σε μεγάλο ποσοστό και οι ίδιοι οι ασθενείς. Η αμφίδρομη επικοινωνία, ο κοινός σχεδιασμός και η σαφής κατανομή ρόλων αποτελούν βασικά στοιχεία επιτυχίας. Στο πλαίσιο αυτό, ο ασθενής ωφελείται από μια ολιστική και τεκμηριωμένη θεραπευτική προσέγγιση, όπου η εξειδίκευση δεν αντικαθιστά, αλλά ενισχύει τον ρόλο του οδοντίατρου.

Συνοψίζοντας, κατά την τελευταία πεντηκονταετία, η Περιοδοντολογία εξελίχθηκε σε μία κατά βάση επεμβατική ειδικότητα θεμελιωμένη στη βιολογία με έντονο διεπιστημονικό χαρακτήρα και σαφή συσχέτιση με τη γενική υγεία. Ο σύγχρονος περιοδοντολόγος αναλαμβάνει την αντιμετώπιση περιστατικών με εκτεταμένη απώλεια σκληρών και μαλακών ιστών, με στόχο την διατήρηση της φυσικής οδοντοφυΐας, αλλά και την επιλεκτική χρήση και συντήρηση των οδοντικών εμφυτευμάτων. Συμμετέχει ενεργά στο σχεδιασμό σύνθετων θεραπευτικών πρωτοκόλλων και λειτουργεί ως σύμβουλος υγείας με ευρύτερη ιατρική προσέγγιση. Η πορεία αυτή αντικατοπτρίζει τη συνολική μετάβαση της Οδοντιατρικής προς μια ολιστική, εξατομικευμένη και επιστημονικά τεκμηριωμένη φροντίδα του ασθενούς.

**Επιλεγμένη Βιβλιογραφία**

1. Loe H, Theilade E, Jensen SB. Experimental gingivitis in man. J Periodontol (1930). 1965 May-Jun;36:177-87



Εικ. 6: Σταθερότητα αποτελέσματος περιοδοντικής θεραπείας (συντηρητική, χειρουργική αφαιρετική και αναπλαστική) σε ασθενή με εξαιρετική στοματική υγιεινή και τακτικές επανακλήσεις.

2. Socransky SS, Haffajee AD, Cugini MA, Smith C, Kent RL Jr. Microbial complexes in subgingival plaque. J Clin Periodontol. 1998 Feb;25(2):134-44.  
 3. Page RC, Schroeder HE. Pathogenesis of inflammatory periodontal disease. A summary of current work. Lab Invest. 1976 Mar;34(3):235-49  
 4. Loe H, Anerud A, Boysen H, Smith M. The natural history of periodontal disease in man. The rate of periodontal destruction before 40 years of age. J Periodontol. 1978 Dec;49(12):607-20.  
 5. Socransky SS, Haffajee AD, Goodson JM, Lindhe J. New concepts of destructive periodontal disease. J Clin Periodontol. 1984 Jan;11(1):21-32.  
 6. Tattar, R., da Costa, B. & Neves, V. The interrelationship between periodontal disease and systemic health. Br Dent J 2025. 239, 103-108.  
 7. Melcher A H. On the repair potential of periodontal tissues. J Periodontol 1976 47: 256.  
 8. Karring T, Lang NP, Loe H. The role of gingival connective tissue in determining epithelial differentiation. J Periodontol Res. 1975 Feb;10(1):1-11

9. Sullivan HC, Atkins JH. Free autogenous gingival grafts. I. Principles of successful grafting. Periodontics 1968;6(3):121-29.  
 10. Langer B, Langer L. Subepithelial connective tissue graft technique for root coverage. J Periodontol. 1985 Dec;56(12):715-20  
 11. Nyman S, Gottlow J, Karring T, Lindhe J. The regenerative potential of the periodontal ligament. An experimental study in the monkey. J Clin Periodontol. 1982 May;9(3):257-65  
 12. Caton JG, Armitage G, Berglundh T, Chapple ILC, Jepsen S, Kornman KS, Mealey BL, Papapanou PN, Sanz M, Tonetti MS. A new classification scheme for periodontal and peri-implant diseases and conditions - Introduction and key changes from the 1999 classification. J Clin Periodontol. 2018 Jun;45 Suppl 20:S1-S8.  
 13. Renvert S, Persson GR. Supportive periodontal therapy. Periodontol 2000. 2004;36:179-95.

30

χρόνια στην Ελλάδα

Υπηρεσία εκτύπωσης με το λογότυπό σας

TePe®

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

 <b>TePe Select™</b> x-soft / soft / medium Τιμή μονάδας: 0,69 euro Τύπωμα στην πίσω όψη	 <b>TePe Supreme™</b> Regular / Compact x-soft & soft (2 επιπεδωμένων) Τιμή μονάδας: 1,00 euro Τύπωμα στην μπροστά όψη
 <b>TePe Select™ Compact (Kid)</b> x-soft / soft / medium Τιμή μονάδας: 0,69 euro Τύπωμα στην πίσω όψη	 <b>TePe Nova</b> x-soft / soft / medium Τιμή μονάδας: 1,00 euro Τύπωμα στην μπροστά όψη
 <b>TePe Mini™</b> x-soft Τιμή μονάδας: 0,69 euro Τύπωμα στην πίσω όψη	 <b>TePe Compact Tuft™</b> Τιμή μονάδας: 1,15 euro Τύπωμα στην πίσω όψη

**1. Με μελάνι**

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

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

ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ Δρ. Ιωάννης Παππάς www.pappasdent.gr ή ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ Δρ. Αθανάσιος Παπαδιάμαντης

**2. Με χρυσή ταϊνιά**

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

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

**Ειδικές Οδοντόβουρτσες TePe**  
Το τύπωμα γίνεται στην πίσω όψη της λαβής.

TePe Classic™ x-soft / soft	0,69 euro
TePe Implant/Orthodontic Brush	0,99 euro
TePe Special Care™ - 12.000 ίνες ultra soft	1,26 euro
TePe Interspace™ soft/medium με 12 ανταλλακτικά	2,99 euro
TePe Universal Care™	1,47 euro
TePe Gentle Care™ - 5.400 ίνες ultra soft	0,95 euro
TePe Οδοντόβουρτσα Οδοντοστοιχιών	1,15 euro

**Θήκες οδοντοστοιχιών, ορθοδοντικών & μηχανημάτων**  
Παικλία χρωμάτων

Οδοντοστοιχιών & Ορθοδοντικών - Μεγάλη Μίνιμουμ ποσότητα 110τεμ.	0,90 euro
Ορθοδοντικών Μεσοίων & Μικρή Μίνιμουμ ποσότητα 100τεμ.	0,70 euro
Θήκη Ταξιδιού για Μεσοδόντια Βουρτσάκια Minimum ποσότητα 150τεμ.	0,47 euro
Θήκες για Οδοντόβουρτσες Minimum ποσότητα 200τεμ.	0,40 euro
Οδοντόβουρτσα ταξιδιού Minimum ποσότητα 150τεμ.	0,80 euro
Θήκη ταξιδιού baby fingerbrush Minimum ποσότητα 50τεμ.	2,00 euro
Θήκη με ορθοδοντικό κέρι για σιδεράκια Minimum ποσότητα 100τεμ.	0,80 euro

**3. Παραγγελίες**

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

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

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



Made in Sweden

Smile with us





Προϊόντα Στοματικής Υγιεινής

ΤΗΛ. 210 93 14 004, Αθήνα  
23920 73732 Θεσ/νίκη  
www.placcontrol.gr  
e-mail: info@placcontrol.gr





Η στήλη της

ΕΛΛΗΝΙΚΗΣ ΕΤΑΙΡΕΙΑΣ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΗΣ ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΙΚΗΣ ΚΑΙ ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΙΚΗΣ ΕΙΔΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ

# Οδοντιατρική Φροντίδα σε Ασθενείς με Εγκεφαλική Παράλυση


**Αγγελική Γιαννοπούλου-Μιχαλοπούλου**

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

## Εισαγωγή

Η εγκεφαλική παράλυση (ΕΠ) αποτελεί τη συχνότερη αιτία μόνιμης κινητικής αναπηρίας της παιδικής ηλικίας και περιγράφει μια ετερογενή ομάδα μη εξελισσόμενων διαταραχών της κίνησης και της στάσης, οι οποίες οφείλονται σε βλάβη ή ανωριμότητα του αναπτυσσόμενου εγκεφάλου<sup>1</sup>. Σε παγκόσμιο επίπεδο, η επίπτωση της εγκεφαλικής παράλυσης εκτιμάται σε περίπου 1,5-1,6 ανά 1.000 γεννήσεις ζώντων στις χώρες υψηλού εισοδήματος, ενώ σε περιοχές με περιορισμένη πρόσβαση σε υπηρεσίες υγείας είναι υψηλότερη (έως 3,4 ανά 1000), αντανακλώντας ανισότητες στην προγεννητική, μαιευτική και νεογνική φροντίδα<sup>2</sup>.

Πέρα από τις κινητικές διαταραχές, τα άτομα με ΕΠ συχνά παρουσιάζουν συνοδές αισθητηριακές, γνωστικές και λειτουργικές δυσκολίες, οι οποίες επηρεάζουν τη σίτιση, την επικοινωνία και την ικανότητα αυτοφροντίδας<sup>3</sup>. Παρ' ότι η ΕΠ οφείλεται σε μη εξελισσόμενη βλάβη του αναπτυσσόμενου εγκεφάλου, η κλινική εικόνα και η λειτουργική επίδοση του ατόμου δύνανται να μεταβάλλονται με την πάροδο του χρόνου<sup>1,3,4</sup>.

Η στοματική υγεία αποτελεί αναπόσπαστο μέρος της γενικής υγείας, ωστόσο στους ασθενείς με ΕΠ συχνά παραμελείται ή αντιμετωπίζεται αποσπασματικά. Οι νευρομυϊκές δυσλειτουργίες, η μειωμένη ικανότητα εκτέλεσης λεπτών κινήσεων και η εξάρτηση από φροντιστές δυσχεραίνουν τη διατήρηση επαρκούς στοματικής υγιεινής<sup>5</sup>.

Ως αποτέλεσμα, τα άτομα με ΕΠ εμφανίζουν αυξημένη συχνότητα οδοντικής τερηδόνας, περιοδοντικής νόσου, συγκλεισιακών ανωμαλιών, βρουξισμού/φθοράς και λειτουργικών διαταραχών<sup>6,7</sup>. Η ανάγκη για εξειδικευμένη και προσαρμοσμένη οδοντιατρική φροντίδα είναι, επομένως, επιτακτική.

Σκοπός του άρθρου είναι η παρουσίαση των συχνότερων στοματικών προβλημάτων σε ασθενείς με ΕΠ, με έμφαση στον ρόλο της οδοντιατρικής φροντίδας στην πρόληψη και αντιμετώπισή τους, βάσει επιλεγμένης βιβλιογραφικής ανασκόπησης και πολυετούς κλινικής εμπειρίας της συγγραφέως σε οργανωμένο κέντρο αποκατάστασης.

## Στοματικά προβλήματα και ιδιαίτερες οδοντιατρικές φροντίδες σε ασθενείς με εγκεφαλική παράλυση

Η στοματική νοσηρότητα στους ασθενείς με ΕΠ είναι αυξημένη σε σύγκριση με τον γενικό πληθυσμό και επηρεάζεται άμεσα από τις κινητικές, αισθητηριακές και λειτουργικές διαταραχές που χαρακτηρίζουν την πάθηση. Για τον λόγο αυτό, η αντιμετώπισή της δεν μπορεί να είναι ενιαία, καθώς διαφοροποιείται ουσιαστικά ανάλογα με τον τύπο και τη βαρύτητα της ΕΠ<sup>6,7</sup>. Για τον οδοντίατρο, η κατανόηση των επιμέρους μορφών της ΕΠ αποτελεί βασική προϋπόθεση για τον σχεδιασμό ασφαλούς, ρεαλιστικής και εξατομικευμένης φροντίδας<sup>8</sup>.

Η σύγχρονη ταξινόμηση της ΕΠ, η οποία βασίζεται στον επικρατούντα τύπο κινητικής διαταραχής, λαμβάνεται υπόψη στον οδοντιατρικό σχεδιασμό, αναγνωρίζοντας ότι συχνά συνυ-

πάρχουν περισσότερα του ενός κινητικά χαρακτηριστικά στον ίδιο ασθενή<sup>2,3</sup>. (Σχήμα 1)

### 1. Σπαστική εγκεφαλική παράλυση

Η σπαστική μορφή αποτελεί τη συχνότερη κλινική εκδήλωση της ΕΠ και χαρακτηρίζεται από αυξημένο μυϊκό τόνο και περιορισμένο εκούσιο έλεγχο της κίνησης, στοιχεία που επηρεάζουν άμεσα τη συνεργασία κατά την οδοντιατρική πράξη<sup>3</sup>. Οι ασθενείς συχνά παρουσιάζουν δυσκολία στη διατήρηση σταθερής θέσης κεφαλής και στόματος, αυξημένο αντανακλαστικό σύγκλεισης και περιορισμένη ανοχή σε παρατεταμένους χειρισμούς.

Σε επίπεδο στοματικής υγείας, παρατηρείται αυξημένη συχνότητα τερηδόνας και περιοδοντικής νόσου, κυρίως λόγω ανεπαρκούς στοματικής υγιεινής και αυξημένης εξάρτησης από φροντιστές<sup>5,7</sup>. Για τον οδοντίατρο, οι βασικές προκλήσεις περιλαμβάνουν τον σχεδιασμό σύντομων και καλά οργανωμένων συνεδριών, τη σωστή τοποθέτηση του ασθενούς και την πρόληψη τραυματισμών των μαλακών μοριών<sup>8</sup>.

### 2. Δυσκινητική εγκεφαλική παράλυση (δυστονική/αθετωσική)

Η δυσκινητική ΕΠ χαρακτηρίζεται από ακούσιες, απρόβλεπτες κινήσεις και σημαντικές διακυμάνσεις του μυϊκού τόνου, οι οποίες συχνά επιδεινώνονται κατά την εκούσια προσπάθεια<sup>3</sup>. Για τον οδοντίατρο αποτελεί μία από τις πιο απαιτητικές μορφές, καθώς η αδυναμία σταθεροποίησης της κεφαλής και της κάτω γνάθου, οι αφνίδιες κινήσεις και η μεταβλητότητα του μυϊκού τόνου αυξάνουν τον κίνδυνο τραυματισμών και δυσχεραίνουν την εκτέλεση ακόμη και απλών πράξεων<sup>8</sup>.

Συχνά συνυπάρχουν σοβαρές διαταραχές στοματοπροσωπικού ελέγχου, έντονη σιελόρροια και δυσφαγία, παράγοντες που αυξάνουν τον κίνδυνο εισρόφησης και επιβάλλουν αυξημένα μέτρα ασφάλειας κατά τη διάρκεια της οδοντιατρικής πράξης<sup>9,10</sup>. Η σιελόρροια, αν και εμφανίζεται συχνότερα και εντονότερα σε ασθενείς με δυσκινητική ΕΠ, δεν περιορίζεται αποκλειστικά σε αυτήν και σχετίζεται κυρίως με τη διαταραχή του στοματοκινητικού ελέγχου

και της κατάποσης, και όχι με υπερέκκριση σιέλου<sup>10-12</sup>.

Σε επιλεγμένες περιπτώσεις δυσκινητικής ΕΠ, όταν οι ακούσιες κινήσεις και η αδυναμία συνεργασίας καθιστούν την οδοντιατρική πράξη επισφαλής, η θεραπεία υπό βαθιά καταστολή ή γενική αναισθησία μπορεί να αποτελεί τη μόνη ασφαλή και ρεαλιστική επιλογή<sup>12,13</sup>.

### 3. Αταξική εγκεφαλική παράλυση

Η αταξική μορφή είναι λιγότερο συχνή και χαρακτηρίζεται κυρίως από διαταραχές ισορροπίας και συντονισμού. Παρ' ότι η στοματική νοσηρότητα είναι συνήθως ηπιότερη σε σύγκριση με άλλες μορφές ΕΠ, οι ασθενείς εμφανίζουν δυσκολία στον έλεγχο λεπτών στοματοπροσωπικών κινήσεων, γεγονός που επηρεάζει τη μάσηση και την ακρίβεια των χειρισμών κατά τη στοματική υγιεινή<sup>3,8</sup>.

### 4. Μικτές και βαριές τετραπληγικές μορφές

Στις μικτές ή βαριές τετραπληγικές μορφές ΕΠ συνυπάρχουν διαφορετικοί τύποι κινητικών διαταραχών, με αποτέλεσμα σοβαρούς λειτουργικούς περιορισμούς. Οι ασθενείς αυτοί παρουσιάζουν υψηλό φορτίο στοματικής νοσηρότητας, έντονη εξάρτηση από φροντιστές και αυξημένο κίνδυνο τραυματισμών, οδοντικών κακώσεων και λοιμώξεων της στοματικής κοιλότητας<sup>6,14</sup>. Η κλινική στρατηγική οφείλει να είναι ρεαλιστική, με έμφαση στην πρόληψη, στη στοματική άνεση και σε θεραπευτικά πλάνα που μπορούν να υποστηριχθούν μακροπρόθεσμα<sup>8</sup>.

## Ιδιαιτερότητες οδοντιατρικής αξιολόγησης

Η οδοντιατρική αξιολόγηση ασθενών με ΕΠ απαιτεί εξατομικευμένη προσέγγιση, λαμβάνοντας υπόψη το λειτουργικό επίπεδο, τον τύπο της κινητικής διαταραχής και τις δυνατότητες συνεργασίας του ασθενούς<sup>8</sup>. Η σωστή τοποθέτηση στην οδοντιατρική έδρα, ο έλεγχος κεφαλής και κορμού και η εξασφάλιση σταθερής και ασφαλούς στάσης αποτελούν βασικές προ-

ϋποθέσεις για την επιτυχή κλινική εξέταση<sup>8,14</sup>.

Η χρήση σύντομων συνεδριών, η σταδιακή εξοικείωση με το οδοντιατρικό περιβάλλον και η προσαρμογή των εργαλείων και των τεχνικών μπορούν να βελτιώσουν σημαντικά τη συνεργασία<sup>8,15</sup>. Όταν απαιτούνται εκτεταμένες παρεμβάσεις ή η συνεργασία είναι ανεπαρκής, μπορεί να ενδείκνυται η θεραπεία υπό βαθιά καταστολή ή γενική αναισθησία, σε κατάλληλο περιβάλλον και με εξειδικευμένη ομάδα<sup>12</sup>. Σε ασθενείς με βαριές μορφές ΕΠ και σοβαρά περιορισμένη συνεργασία, η προσέγγιση αυτή δεν αποτελεί επιλογή ευκολίας, αλλά τεκμηριωμένη ιατρική αναγκαιότητα<sup>13</sup>.

## Πρόληψη και οδοντιατρική διαχείριση

Η πρόληψη αποτελεί τον ακρογωνιαίο λίθο της οδοντιατρικής φροντίδας ασθενών με ΕΠ. Η εκπαίδευση των φροντιστών σε προσαρμοσμένες τεχνικές στοματικής υγιεινής, σε συνδυασμό με την κατάλληλη ενημέρωση για σωστές διατροφικές συνήθειες, είναι καθοριστικής σημασίας για τον έλεγχο της οδοντικής πλάκας και τη μείωση του τερηδονικού κινδύνου<sup>5,15,16</sup>. Η χρήση ειδικών οδοντόβουρτσων, προσαρμοσμένων λαβών και ηλεκτρικών συσκευών μπορεί να διευκολύνει σημαντικά τη διαδικασία<sup>5,16</sup>.

Προληπτικές παρεμβάσεις, όπως τοπικές φθοριώσεις και εμφράξεις οπών και σχισμών, συνιστώνται ιδιαίτερα σε παιδιά και εφήβους υψηλού τερηδονικού κινδύνου<sup>16,17</sup>. Η έγκαιρη αντιμετώπιση αρχόμενων βλαβών μειώνει την ανάγκη για εκτεταμένες αποκαταστάσεις, οι οποίες συχνά είναι δύσκολες σε ασθενείς με περιορισμένη συνεργασία<sup>8</sup>.

Η θεραπευτική προσέγγιση θα πρέπει να είναι συντηρητική, λειτουργικά προσανατολισμένη και ρεαλιστική ως προς τη μακροπρόθεσμη πρόγνωση, με στόχο τη διατήρηση της στοματικής υγείας και της λειτουργικότητας, καθώς και την αποφυγή επαναλαμβανόμενων ή παρατεταμένων συνεδριών. Η απλοποίηση των θεραπευτικών σχεδίων και η επιλογή ανθεκτικών υλικών συμβάλλουν στην ιεράρχηση παρεμβάσεων με μακροπρόθεσμο όφελος<sup>8,16,18</sup>.

Σε επιλεγμένες περιπτώσεις, όταν η συνεργασία είναι περιορισμένη ή απαιτούνται πολλαπλές πράξεις, η οδοντιατρική θεραπεία υπό φαρμακευτική καταστολή ή γενική αναισθησία μπορεί να αποτελεί την πλέον ασφαλή και αποτελεσματική λύση, υπό την προϋπόθεση της κατάλληλης προετοιμασίας και της διεπιστημονικής συνεργασίας<sup>13,14</sup>.

## Ο ρόλος του οδοντίατρου στη συνολική φροντίδα

Ο οδοντίατρος διαδραματίζει κεντρικό ρόλο στη συνολική φροντίδα των ασθενών με ΕΠ. Η συνεργασία με ιατρούς αποκατάστασης και άλλων ειδικοτήτων, καθώς και με φυσικοθεραπευτές, λογοθεραπευτές, εργοθεραπευτές, νοσηλευτές και φροντιστές, διευκολύνει την ασφαλή παροχή οδοντιατρικών υπηρεσιών και επιτρέπει την ουσιαστική ενσωμάτωση της στοματικής υγείας στο συνολικό πρόγραμμα αποκατάστασης<sup>19</sup>.

Η συμμετοχή του οδοντίατρου στην εκπαί-



Σχήμα 1: Κλινικές μορφές εγκεφαλικής παράλυσης και κύρια κινητικά χαρακτηριστικά. Σχηματική απεικόνιση των βασικών κινητικών προτύπων της ΕΠ, με βάση τον επικρατούντα τύπο κινητικής διαταραχής (σπαστική, δυσκινητική, αταξική και μικτές μορφές), ο οποίος επηρεάζει τη λειτουργική εικόνα και τις ανάγκες φροντίδας των ασθενών. Προσαρμοσμένο σχήμα βάσει της διεθνούς βιβλιογραφίας και της παρούσας εργασίας.

δευση των φροντιστών και στη διαμόρφωση κοινών θεραπευτικών στόχων συμβάλλει στη βελτίωση της συμμόρφωσης και στη μείωση των επιπλοκών. Η οδοντιατρική φροντίδα δεν θα πρέπει να αντιμετωπίζεται ως απομονωμένη πράξη, αλλά ως μέρος μιας ολοκληρωμένης προσέγγισης υγείας με επίκεντρο τη λειτουργικότητα και τη συμμετοχή του ασθενούς<sup>20</sup>.

Δεδομένα από πληθυσμούς ατόμων με ΕΠ που διαβιούν σε οργανωμένα κέντρα φροντίδας καταδεικνύουν υψηλό επιπολασμό σιελόρροιας, η οποία σχετίζεται με συγκλεισιακές ανωμαλίες, μειωμένη λειτουργική ανεξαρτησία και δυσκολίες στη σίτιση, υπογραμμίζοντας τον ρόλο του οδοντιάτρου στον έγκαιρο εντοπισμό ασθενών υψηλού κινδύνου και στον συντονισμό στοχευμένης, διεπιστημονικής φροντίδας<sup>11</sup>.

### Συμπεράσματα

Η ΕΠ συνοδεύεται από σημαντικές στοματικές και λειτουργικές επιπτώσεις, οι οποίες απαιτούν εξειδικευμένη και προσαρμοσμένη οδοντιατρική φροντίδα. Η αυξημένη στοματική υγιεινή και οι δυσκολίες στη διατήρηση επαρκούς στοματικής υγιεινής, όπως τεκμηριώνονται στη διεθνή βιβλιογραφία, καθιστούν αναγκαία την έγκαιρη και οργανωμένη οδοντιατρική παρέμβαση, με έμφαση στην πρόληψη και στη συστηματική υποστήριξη από την οικογένεια και τους φροντιστές.

Ο οδοντίατρος, ακολουθώντας μια ρεαλιστική και συντηρητική θεραπευτική προσέγγιση, αποτελεί βασικό πυλώνα της φροντίδας, όχι μόνο για τη διατήρηση της στοματικής υγείας, αλλά και για τη διευκόλυνση βασικών λειτουργιών, όπως η σίτιση, η μίσηση, η ομιλία και η αναπνοή. Με τον τρόπο αυτό συμβάλλει ουσιαστικά τόσο στη βελτίωση της ποιότητας ζωής όσο και στη συνολική διαχείριση των ιατρικών προβλημάτων των ασθενών με ΕΠ.

Η πολυπαραγοντική φύση των στοματικών προβλημάτων στην ΕΠ υπογραμμίζει την ανάγκη διεπιστημονικής συνεργασίας και την ενσωμάτωση της οδοντιατρικής φροντίδας στο ευρύτερο πρόγραμμα αποκατάστασης. Η ανάπτυξη λειτουργικών μοντέλων συνεργασίας μεταξύ οδοντιάτρων και λοιπών επαγγελματιών υγείας αποτελεί βασική προϋπόθεση για την παροχή ολοκληρωμένης, αποτελεσματικής και ιούτιμης φροντίδας, με επίκεντρο τη λειτουργικότητα και την ποιότητα ζωής του ασθενούς.

### Σύγκρουση συμφερόντων

Η συγγραφέας δηλώνει ότι δεν υπάρχει σύγκρουση συμφερόντων και ότι η μελέτη δεν έλαβε καμία χρηματοδότηση.

### ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- Rosenbaum P, Paneth N, Leviton A, Goldstein M, Bax M, Damiano D, et al. A report: the definition and classification of cerebral palsy April 2006. *Dev Med Child Neurol Suppl.* 2007;109:8-14.
- McIntyre S, Goldsmith S, Webb A, Ehlinger V, Hollung SJ, McConnell K, et al. Global prevalence of cerebral palsy: a systematic analysis. *Dev Med Child Neurol.* 2022;64(12):1494-1506. doi: 10.1111/dmcn.15346.
- Graham HK, Rosenbaum P, Paneth N, Dan B, Lin JP, Damiano DL, et al. Cerebral palsy. *Nat Rev Dis Primers.* 2016;2:15082. doi: 10.1038/nrdp.2015.82.
- Hallman-Cooper JL, Rocha Cabrero F. Cerebral Palsy. [Updated 2024 Feb 24]. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2025 Jan-. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK538147/>
- Palanisamy S, Cholan P, Ramachandran L, Tadeepalli A, Parthasarathy H, Umesh SG. Navigating oral hygiene challenges in spastic cerebral palsy patients: a narrative review for management strategies for optimal dental care. *Cureus.* 2023;15(12):e50246.
- Lansdown K, Irving M, Coulton KM, Smithers-Sheedy H. A scoping review of oral health outcomes for people with cerebral palsy. *Spec Care Dentist.* 2022;42(3):232-243. doi: 10.1111/scd.12671.
- Sinha N, Singh B, Chhabra KG, Patil S. Com-

parison of oral health status between children with cerebral palsy and normal children in India: a case-control study. *J Indian Soc Periodontol.* 2015;19(1):78-82. doi: 10.4103/0972-124X.145800.

- Dougherty NJ. A review of cerebral palsy for the oral health professional. *Dent Clin North Am.* 2009;53(2):329-338. doi: 10.1016/j.cden.2008.12.001.
- Benfer KA, Weir KA, Bell KL, Ware RS, Davies PSW, Boyd RN. Oropharyngeal dysphagia in preschool children with cerebral palsy: oral phase impairments. *Res Dev Disabil.* 2014;35(12):3469-3481. doi: 10.1016/j.ridd.2014.08.029.
- Erasmus CE, Van Hulst K, Rottevel LJ, Jongerius PH, Van den Hoogen FJ, Roeleveld N, et al. Drooling in cerebral palsy: hypersalivation or dysfunctional oral motor control? *Dev Med Child Neurol.* 2009;51(6):454-459. doi: 10.1111/j.1469-8749.2008.03243.x.
- Γιαννοπούλου Α, Κορρές Ν, Βάλβης Ε. Επιπολασμός της σιελόρροιας σε άτομα με

εγκεφαλική παράλυση: Μελέτη σε ασθενείς που διαβιούν σε Κέντρο Αποκατάστασης. *Ασκλη Χρον.* 2022;10(1):15-22.

- Caputo AC. Providing deep sedation and general anesthesia for patients with special needs in the dental office-based setting. *Spec Care Dentist.* 2009;29(1):26-30. doi: 10.1111/j.1754-4505.2008.00059.x.
- Γιαννοπούλου Α, Ζερβού-Βάλβη Φ. Οδοντιατρική Αντιμετώπιση των Ατόμων με Αναπηρία υπό Γενική Αναισθησία. *Ελλ Νοσ Οδοντ* 2020;13:21-35-53.
- Costa MM, Afonso RL, Ruvierre DB, Aguiar SM. Prevalence of dental trauma in patients with cerebral palsy. *Spec Care Dentist.* 2008;28(2):61-64. doi: 10.1111/j.1754-4505.2008.00013.x.
- Sehrawat N, Marwaha M, Bansal K, Chopra R. Cerebral palsy: a dental update. *Int J Clin Pediatr Dent.* 2014;7(2):109-118.
- Γιαννοπούλου Α, Ζερβού-Βάλβη Φ, Δημητρίου Α, Φανδρίδης Ι. Άτομα με αναπηρία: στοματική υγεία και οδοντιατρική πρόληψη. *Ασκλη Χρον.* 2019;7(1):20-29.

- Weyant RJ, Tracy SL, Anselmo TT, Beltrn-Aguilar ED, Donly KJ, Frese WA, et al. Topical fluoride for caries prevention: executive summary of the updated clinical recommendations and supporting systematic review. *J Am Dent Assoc.* 2013;144(11):1279-1291. doi: 10.14219/jada.archive.2013.0057.
- Anders PL, Davis EL. Oral health of patients with intellectual disabilities: a systematic review. *Spec Care Dentist.* 2010;30(3):110-117. doi: 10.1111/j.1754-4505.2010.00136.x.
- Novak I, Morgan C, Fahey M, Finch-Edmondson M, Galea C, Hines A, et al. State of the evidence traffic lights 2019: systematic review of interventions for preventing and treating children with cerebral palsy. *Curr Neurol Neurosci Rep.* 2020;20(2):3. doi: 10.1007/s11910-020-1022-z.
- Rosenbaum P, Gorter JW. The "F-words" in childhood disability: I swear this is how we should think! *Child Care Health Dev.* 2012;38(4):457-463. doi: 10.1111/j.1365-2214.2011.01338.x.



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

---



## 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



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



**Compomax INDIVIDUAL**  
 1 x 4 g LC Compomax Composite Syringe  
 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





# Οδοντικός εγκολεασμός (Dens in Dente ή Dens Invaginatus): Ταξινόμηση, διάγνωση και αντιμετώπιση της αναπτυσσόμενης παθολογίας



**Αναστασία Χανιώτη**  
Χειρουργός Οδοντίατρος



**Αντώνης Χανιώτης**  
Ενδοδοντολόγος,  
Ειδικευθείς ΕΚΠΑ



**Γιώργος Τζανετάκης**  
Αναπληρωτής καθηγητής  
Ενδοδοντίας,  
Οδοντιατρική Σχολή ΕΚΠΑ

Ο οδοντικός εγκολεασμός αποτελεί μια αναπτυξιακή ανωμαλία των σκληρών οδοντικών ιστών η οποία προκύπτει από την κατάδυση και έγκλειση του οργάνου της αδαμαντίνης μέσα στην αναπτυσσόμενη οδοντική θηλή, πριν την περίοδο της ενσβεστώσεως του δοντιού.<sup>1</sup> Η εγκόλπωση του επιθηλίου της αδαμαντίνης ξεκινάει από την μύλη του δοντιού και μπορεί να εκτείνεται μέχρι την ρίζα. Αποτέλεσμα των αναδιπλώσεων αποτελεί η ανάπτυξη μιας πολύπλοκης ανατομίας, ανάλογα με την περίπτωση, η οποία όμως εκθέτει το εσωτερικό του δοντιού και στην πλειονότητα των περιπτώσεων και τον πολφό, στον μικρο-

βιακό παράγοντα του στοματικού περιβάλλοντος. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα τη σταδιακή εγκατάσταση των μικροβίων αρχικά στη περιοχή της μύλης που εμφανίζεται η αναδιπλωση με επακόλουθο αποτέλεσμα τη δημιουργία τερηδονικής βλάβης και τη μόλυνση της εσωτερικής ανατομίας του δοντιού. Όπως προαναφέρθηκε, στις πιο πολλές περιπτώσεις λαμβάνει χώρα η νέκρωση του πολφού,<sup>2,3</sup> ωστόσο έχουν αναφερθεί και περιστατικά στα οποία ο πολφός μπορεί να παραμένει ζωντανός και φυσιολογικός και η μόλυνση να αφορά αποκλειστικά την ανατομία του εγκολεασμού.

Η συχνότητα εμφάνισης της αναπτυξιακής ανωμαλίας του οδοντικού εγκολεασμού κυμαίνεται από 0,04-10% στα μόνιμα δόντια ενώ τα δόντια που προσβάλλονται συχνότερα είναι οι πλάγιοι τομείς της άνω γνάθου.<sup>1</sup> Εξαιτίας του φάσματος των κλινικών μορφών του εγκολεασμού, αυτός μπορεί να μην γίνει εύκολα αντιληπτός δημιουργώντας διαγνωστικά προβλήματα.<sup>2</sup>

Σκοπός της εργασίας είναι να εξετάσει την αιτιολογία, να αναφερθεί στην ταξινόμηση και να βοηθήσει τον κλινικό στην διάγνωση του οδοντικού εγκολεασμού, παραθέτοντας ορισμένα αντιπροσωπευτικά κλινικά περιστατικά.

## Ταξινόμηση του οδοντικού εγκολεασμού

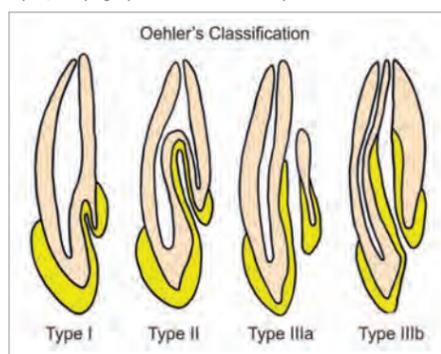
Διακρίνονται τρεις τύποι της αναπτυξιακής ανωμαλίας σύμφωνα με την ταξινόμηση κατά Oehler (Oehler's classification)<sup>3</sup> (Εικ. 1).

**Τύπος I:** Ο εγκολεασμός περιορίζεται στην μύλη, πάνω από την αδαμαντινοοστεϊνική ένωση.

**Τύπος II:** Ο εγκολεασμός εκτείνεται στην ρίζα κάτω από την αδαμαντινοοστεϊνική ένωση χωρίς απαραίτητα την εμπλοκή του πολφού.

**Τύπος IIIA:** Ο εγκολεασμός εκτείνεται στην ρίζα και επικοινωνεί μέσω ψευδοτρήματος με τον περιοδοντικό σύνδεσμο, χωρίς εμπλοκή του πολφού.

**Τύπος IIIB:** Ο εγκολεασμός εκτείνεται στην ρίζα και επικοινωνεί ακρορριζικά μέσω ψευδοτρήματος με τον περιοδοντικό σύνδεσμο, χωρίς εμπλοκή του πολφού.<sup>4</sup>



Εικ. 1: Ταξινόμηση κατά Oehler.<sup>3</sup>

Η συχνότητα εμφάνισης των διαφόρων τύπων ποικίλλει. Πιο συγκεκριμένα, χρησιμοποιώντας την παραπάνω ταξινόμηση, πιο συχνά παρατηρείται ο τύπος 1 (79%), ακολουθεί ο τύπος 2 (15%), ενώ ο τύπος 3 εμφανίζεται σπανιότερα, με ποσοστό 5%.<sup>2</sup>

Ο οδοντικός εγκολεασμός σε άλλοτε άλλο βάθος αυξάνει τον κίνδυνο τερηδονικής προσβολής, εμφάνισης παθολογίας στον πολφό καθώς και φλεγμονής των περιακρορριζικών ιστών.<sup>2</sup> Οι δισδιάστατες ενδοστοματικές τεχνικές ακτινογραφίας έχουν περιορισμένη διαγνωστική ακρίβεια. Αντίθετα, η τρισδιάστατη απεικόνιση με τη βοήθεια τομογραφίας κωνι-

κής δέσμης (CBCT), μπορεί να δώσει χρήσιμες πληροφορίες για την εσωτερική μορφολογία αυτών των δοντιών.<sup>4</sup>

## Διάγνωση του οδοντικού εγκολεασμού

Η διάγνωση της ανατομικής παραλλαγής του οδοντικού εγκολεασμού στηρίζεται σε κλινικά και ακτινογραφικά κριτήρια. Συγκεκριμένα, όσον αφορά την κλινική εικόνα, η παρουσία έντονης υπερώιας αύλακας, δοντιών με σχήμα βαρελιού ή κώνου, μεγαλύτερων διαστάσεων της μύλης, καθώς και υπεραριθμών φυμάτων αποτελούν τα σημαντικότερα κλινικά κριτήρια του οδοντικού εγκολεασμού.

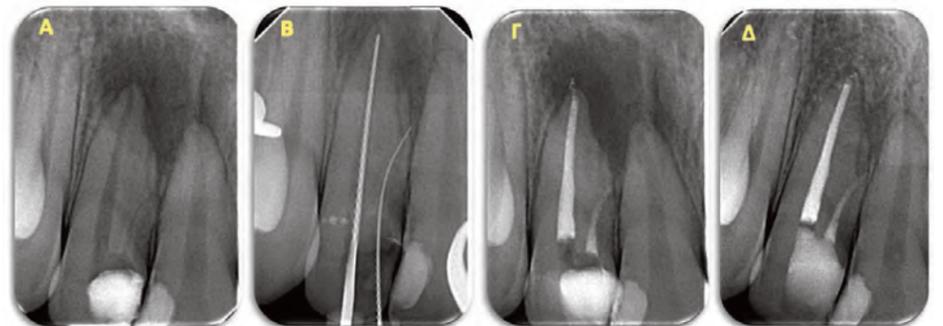
Οι δοκιμασίες αισθητικότητας σε αυτά τα περιστατικά εξαρτώνται από την κατάσταση του πολφού. Ο εγκολεασμός δεν αντιδρά στις δοκιμασίες αισθητικότητας γιατί δεν περιέχει πολφικό ιστό. Πολλές φορές δόντια με οδοντικό εγκολεασμό παρουσιάζονται με εικόνα ακρορριζικής περιοδοντίτιδας αλλά εξακολουθούν να αντιδρούν θετικά στις δοκιμασίες ζωτικότητας. Αυτό υποδεικνύει ότι η φλεγμονή έχει εγκατασταθεί στον εγκολεασμό αλλά ο πολφός του δοντιού δεν έχει επηρεαστεί ακόμα σημαντικά ή και καθόλου.<sup>7</sup>

Στα δισδιάστατα ακτινογραφήματα διακρίνεται:

**Τύπος I:** Γραμμοειδής διαύγαση στην περιοχή της σχισμής αντίστοιχα με την μύλη του δοντιού (Εικ. 2).



Εικ. 2



Εικ. 3

**Τύπος II:** Ακτινοσκοερή περιοχή εντός του μυλικού θαλάμου με κεντρική ακτινοδιαυγαστική περιοχή.

**Τύπος III:** Ακτινοδιαυγαστική περιοχή που καλύπτεται από σκιερά όρια και θέση που ποικίλλει σε σχέση με τον κύριο ριζικό σωλήνα του δοντιού. Αυτή η δομή προσομοιάζει με την παρουσία δύο ριζών.<sup>5</sup>

Η δομική αυτή παραλλαγή, επιτρέπει στα ερεθίσματα να φτάσουν στον πολφό, καθώς στην περιοχή, η στιβάδα αδαμαντίνης και οδοντίνης είναι πολύ λεπτή. Επίσης πολλές φορές η αδαμαντίνη ενδέχεται να μην καλύπτει τελείως την περιοχή, δημιουργώντας μια πύλη εισόδου προς τον πολφό. Αποτέλεσμα αυτού, αποτελεί η πρόωμη νέκρωσή του, πριν ακόμα ολοκληρωθεί η διάπλαση της ρίζας του. Επίσης έχει παρατηρηθεί δημιουργία αποστημάτων, μετακίνηση δοντιών, εμφάνιση κύστεων, και εμφάνιση εσωτερικής απορρόφησης (6). Επομένως είναι σημαντική η γρήγορη και σωστή διάγνωση με αποτέλεσμα την καλύτερη αντιμετώπιση αυτών των περιστατικών.

## Παρουσίαση αντιπροσωπευτικών περιστατικών

### 1ο Περιστατικό

Το περιστατικό αυτό (πλάγιος τομέας της άνω γνάθου Εικ. 3) συγκαταλέγεται στον τύπο II με τον εγκολεασμό να εκτείνεται και να εκβάλλει στο μέσο της ρίζας του δοντιού. Λόγω της επικοινωνίας του εγκολεασμού και του ριζικού σωλήνα του δοντιού στο μυλικό τριτημόριο επήλθε η νέκρωση του πολφού

και η ανάπτυξη εκτεταμένης βλάβης των περιακρορριζικών ιστών. Διενεργήθηκε διάνοιξη, ενδοδοντική θεραπεία τόσο στον κύριο ριζικό σωλήνα όσο και στο σωλήνα του εγκολεασμού. Ιδιαίτερη προσοχή απαιτείται κατά τη μηχανική επεξεργασία του σωλήνα του εγκολεασμού λόγω της αδαμαντίνης στα τοιχώματά του.

Στην περίπτωση αυτή, η έμφραξη του σωλήνα του εγκολεασμού έχει γίνει με MTA ενώ ο κύριος ριζικός σωλήνας έχει εμφραχθεί με γουταπέρκα και ρητινούχο φύραμα. Η επανεξέταση των 2 ετών αποκαλύπτει την πλήρη επούλωση των περιακρορριζικών ιστών (Εικ. 3Δ).

### 2ο Περιστατικό

Το περιστατικό αυτό (πλάγιος τομέας της άνω γνάθου, Εικ. 4) συγκαταλέγεται στον τύπο IIIA με τον εγκολεασμό να εκτείνεται και να εκβάλλει στο ακρορριζικό τριτημόριο της ρίζας του δοντιού. Στην περίπτωση αυτή, οι μικροεπικοινωνίες που πιθανόν να υπάρχουν μεταξύ του κύριου ριζικού σωλήνα και του σωλήνα του εγκολεασμού έχουν οδηγήσει στη νέκρωση του πολφού και στην ανάπτυξη εκτεταμένης βλάβης των περιακρορριζικών ιστών.

Διενεργήθηκε διάνοιξη, ενδοδοντική θεραπεία τόσο στον κύριο ριζικό σωλήνα όσο και στο σωλήνα του εγκολεασμού. Σε αυτές τις περιπτώσεις, ο χημικός καθαρισμός της εσωτερικής μορφολογίας του δοντιού έχει ιδιαίτερη σημασία με σκοπό το καλύτερο δυνατό αποτέλεσμα. Σημαντική θεωρείται και η ενεργοποίηση του διαλύματος υποχλωριώδους νατρίου



## Rooter™ S

Compact, Cordless Endodontic Motor



Small head  
(integrated file control)  
290° rotation



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



Automatic controls and  
safety features  
50 - 1,000 rpm

Μοτέρ Rooter S, αξίας **1.595€**  
**ΔΩΡΕΑΝ**  
με την αγορά  
35 συσκευασιών Race Evo



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

Ο Εξειδικευμένος Συνεργάτης του Οδοντιατρείου σας

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

Συνέχεια από τη σελίδα 14

με σύστημα υπερήχων για τη βελτιστοποίηση του αποτελέσματος του χημικού καθαρισμού. Η έμφραξη τόσο του σωλήνα του εγκολεασμού όσο και του κύριου ριζικού σωλήνα έχει γίνει με γουταπέρκα και ρητινούχο φύραμα. Η επανεξέταση των 2 ετών αποκαλύπτει την πλήρη επούλωση των περιακρορριζικών ιστών (**Εικ. 4Ε**).

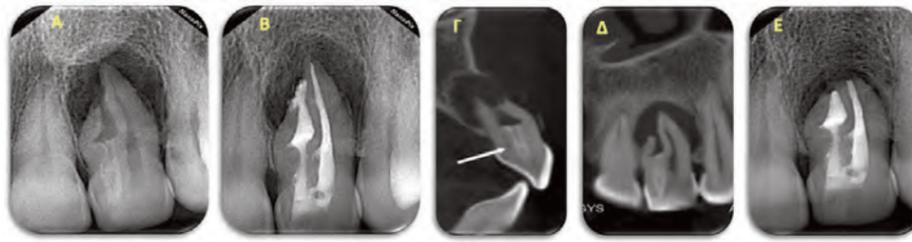
**3ο Περιστατικό**

Το περιστατικό αυτό (δευτέρος προγόμφου της κάτω γνάθου, **Εικ. 5**) συγκαταλέγεται στον τύπο IIIA με τον εγκολεασμό να εκτείνεται ξανά και να εκβάλλει στο ακρορριζικό τριτημόριο της ρίζας του δοντιού. Στην περίπτωση αυτή, η επικοινωνία είναι ξεκάθαρη τόσο μυλικά όσο και ακρορριζικά, γεγονός που έχει οδηγήσει στη νέκρωση του πολφού και στην ανάπτυξη εκτεταμένης θλάθης των περιακρορριζικών ιστών.

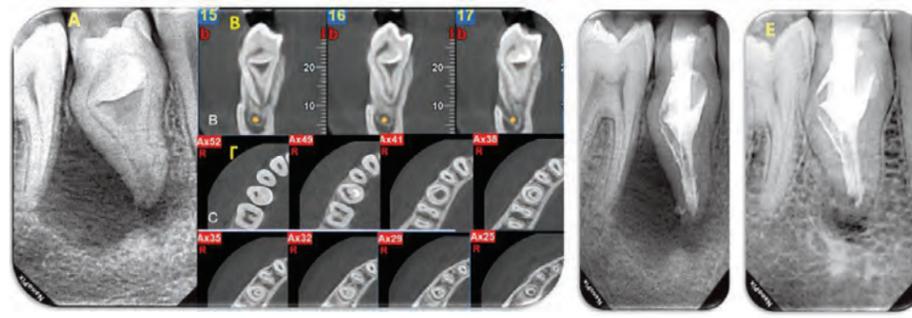
Διενεργήθηκε διάνοιξη, ενδοδοντική θεραπεία τόσο στον κύριο ριζικό σωλήνα όσο και στο σωλήνα του εγκολεασμού. Σε αυτές τις περιπτώσεις, ο χημικός καθαρισμός της εσωτερικής μορφολογίας του δοντιού έχει ιδιαίτερη σημασία με σκοπό το καλύτερο δυνατό αποτέλεσμα ειδικά όταν η μηχανική επεξεργασία του κύριου ριζικού σωλήνα είναι εξαιρετικά δύσκολη ή και αδύνατη σε όλο το εύρος του, όπως σε αυτή την περίπτωση. Σημαντική θεωρείται και η ενεργοποίηση του διαλύματος υποχλωριώδους νατρίου με σύστημα υπερήχων για τη βελτιστοποίηση του αποτελέσματος του χημικού καθαρισμού. Η έμφραξη τόσο του σωλήνα του εγκολεασμού όσο και του κύριου ριζικού σωλήνα έχει γίνει με γουταπέρκα και ρητινούχο φύραμα. Η επανεξέταση ενός έτους αποκαλύπτει την πλήρη επούλωση των περιακρορριζικών ιστών (**Εικ. 5Ε**).

**4ο Περιστατικό**

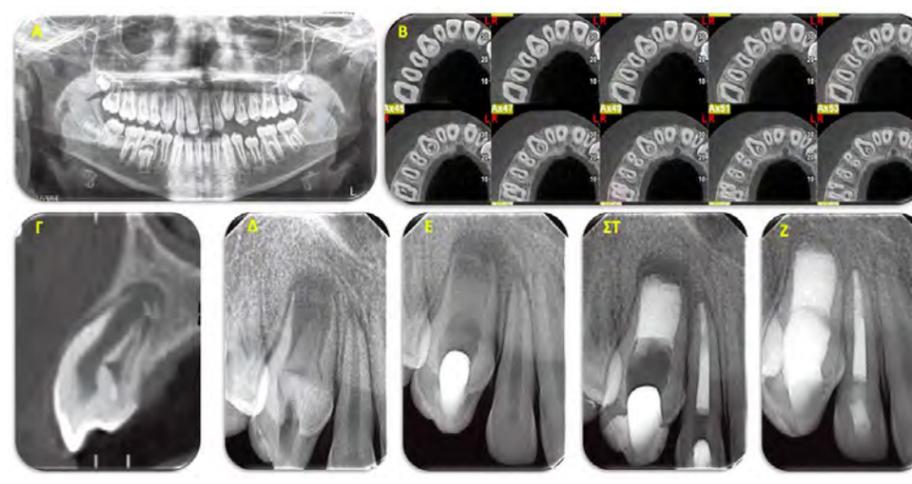
Το περιστατικό αυτό (κυνόδοντας της άνω γνάθου, **Εικ. 6**) συγκαταλέγεται στον τύπο IIIA με τον εγκολεασμό να εκτείνεται ξανά και να εκβάλλει στο ακρορριζικό τριτημόριο της ρίζας του δοντιού. Στην περίπτωση αυτή,



Εικ. 4



Εικ. 5



Εικ. 6

η επικοινωνία είναι ξεκάθαρη στο ακρορριζικό τριτημόριο του δοντιού, γεγονός που έχει οδηγήσει στη νέκρωση του πολφού και στην ανάπτυξη εκτεταμένης θλάθης των περιακρορριζικών ιστών.

Ύστερα από την τρισδιάστατη μελέτη της εσωτερικής ανατομίας του δοντιού αποφασίστηκε η εξ' ολοκλήρου μηχανική αφαίρεση των τοιχωμάτων του εγκολεασμού η οποία έλαβε χώρα με στρογγύλες φρέζες χαμηλών στροφών τύπου Muncie. Διενεργήθηκε διάνοιξη, ενδοδοντική θεραπεία και το δόντι εμφρά-

χθηκε εξ' ολοκλήρου με βιοκεραμικό υλικό. Η επανεξέταση των 2 ετών αποκαλύπτει την πλήρη επούλωση των περιακρορριζικών ιστών (**Εικ. 6Ζ**).

**Συζήτηση/Συμπεράσματα**

Ο οδοντικός εγκολεασμός, λόγω της ανατομικής του πολυπλοκότητας και της συχνής απουσίας κλινικών συμπτωμάτων, αποτελεί πρόκληση όσο αφορά την διάγνωση. Η τρισδιάστατη ακτινογραφική απεικόνιση είναι απαραίτητη

για την επιβεβαίωση της διάγνωσης και πλέον η υπολογιστική τομογραφία κωνικής δέσμης (CBCT) δίνει τη δυνατότητα απεικόνισης της τρισδιάστατης ανατομίας του εγκολεασμού. Η θεραπευτική προσέγγιση εξαρτάται από τον τύπο του εγκολεασμού και την κατάσταση του πολφού, και κυμαίνεται από απλές προληπτικές παρεμβάσεις έως εξειδικευμένες ενδοδοντικές ή χειρουργικές θεραπείες.

Παρ' όλα αυτά, η περίπλοκη ανατομία των δοντιών αυτών καθιστά δύσκολη την ενδοδοντική παρέμβαση. Η έγκαιρη διάγνωση και το σωστό σχέδιο θεραπείας μπορεί να εξασφαλίσει τις απαραίτητες θεραπευτικές λύσεις, να προλάβει μελλοντικές επιπλοκές και να διευκολύνει την αντιμετώπιση αυτών των περιστατικών.

Η εργασία παρουσιάστηκε με τη μορφή επιτοίχιας παρουσίασης στο Πανελλήνιο Οδοντιατρικό Συνέδριο 2025. Οι συγγραφείς δηλώνουν ρητά τη μη ύπαρξη σύγκρουσης συμφερόντων σε σχέση με τη θεματολογία της συγκεκριμένης εργασίας.

**Βιβλιογραφία**

1. Yalcin TY, Bekta Kayhan K, Yilmaz A, Göksel S, Ozcan , Helvacioğlu Yigit D. Prevalence, classification and dental treatment requirements of dens invaginatus by cone-beam computed tomography. PeerJ. 2022 Dec 5;10:e14450.
2. Alani A, Bishop K. Dens invaginatus. Part 1: classification, prevalence and aetiology. Int Endod J. 2008 Dec;41(12):1123-36.
3. Gallacher A, Ali R, Bhakta S. Dens invaginatus: diagnosis and management strategies. Br Dent J. 2016 Oct 7;221(7):383-387.
4. Gul M, Adnan S, Umer F. A Variant of the Current Dens Invaginatus Classification. Front Dent. 2020 Oct 29;17:28.
5. Zhu J, Wang X, Fang Y, Von den Hoff JW, Meng L. An update on the diagnosis and treatment of dens invaginatus. Aust Dent J. 2017 Sep;62(3):261-275.
6. Thakur S, Thakur NS, Bramta M, Gupta M. Dens invagination: A review of literature and report of two cases. J Nat Sci Biol Med. 2014 Jan;5(1):218-21.
7. Siqueira JF Jr, Rôças IN, Hernandez SR, Brisson-Surez K, Baasch AC, Pérez AR, Alves FRF. Dens Invaginatus: Clinical Implications and Antimicrobial Endodontic Treatment Considerations. J Endod. 2022 Feb;48(2):161-170.

**Επανεπέμβαση στην Ενδοδοντία**

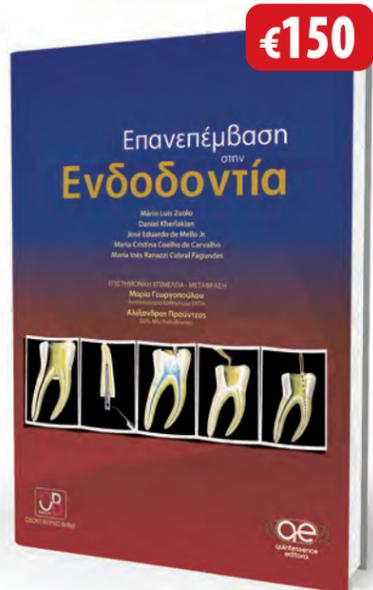
Mario Luiz Zuolo, Daniel Kherlakian, José Eduardo de Mello, Jr, Maria Cristina Coelho de Carvalho, and Maria Inês Ranazzi Cabral Fagundes

Επιστημονική επιμέλεια-Μετάφραση:

Μαρία Γεωργοπούλου Καθηγήτρια ΕΚΠΑ

Αλέξανδρος Προύντζος DDS, MSc Ενδοδοντίας

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



**Πρακτικά Μαθήματα Ενδοδοντίας**

Donald E. Arens, Alan H. Gluskin, Christine I. Peters, Ove A. Peters

Επιστημονική επιμέλεια:

Γιώργος Ι. Σίσκος Αναπληρωτής Καθηγητής ΕΚΠΑ

Μετάφραση:

Γιώργος Δ. Κωστόπουλος MSc Ενδοδοντίας

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



# 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 <sup>[1]</sup>

NEO



[1] Πολυμερισμός με ένταση φωτός 1.000 – 1.300 mW/cm<sup>2</sup>



# 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

## Καλοήθη νεοπλασμάτα σιαλογόνων αδένων

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 με τον σialo που παράγουν, αποτελούν **θεμελιώδες στοιχείο του μικροβιώματος του στόματος**, μαζί με τη **μικροβιακή μικροχλωρίδα**, το **τοπικό ανοσοολογικό 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 διακρίνονται ανάλογα με την ανατομική τους θέση σε **χειλικούς**, **γλωσσικούς**, **παρειικούς**, **υπερώιους** και

**γλωσσοϋπερώιους**. Το φάσμα των νόσων που προσβάλλουν τους σιαλογόνους αδένες είναι πολύ μεγάλο και περιλαμβάνει **οργανικά νοσήματα**, **ορμονικά**, **φλεγμονώδη**, **ανοσοολογικά**, **γενετικά**, καθώς και **καλοήθη** (περίπου 15) και **κακοήθη νεοπλασμάτα** (περίπου 24). 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.

Στη συνέχεια του προηγούμενου άρθρου μας στο **Οδοντιατρικό Βήμα** ακολουθεί το άρθρο αυτό που αφορά τα καλοήθη νεοπλασμάτα των σιαλογόνων αδένων. Στην ομάδα αυτή

έχουν γίνει τα τελευταία είκοσι χρόνια σημαντικές ανακατατάξεις και αναθεωρήσεις με προσθήκες πολλών νέων νοσολογικών οντοτήτων του WHO. Έχει ως εκ τούτου παγιωθεί ότι το πιο συχνό καλοήθες νεόπλασμα των σιαλογόνων αδένων είναι το **Πλειόμορφο Αδένωμα** που αντιπροσωπεύει το 70% όλων των καλοήθων νεοπλασμάτων των σιαλογόνων αδένων και ακολουθεί σε ποσοστό 10-15% το **Θηλώδες Κυστικό Λεμφικό Αδένωμα** ή **Όγκος του Warthin**. Όλα τα άλλα αδενώματα είναι σπάνια.

Στον **Πίνακα I** βρίσκονται ταξινομημένα βάσει πρόσφατων δεδομένων όλα τα καλοήθη νεοπλασμάτα των σιαλογόνων αδένων, ενώ ακολουθεί η ανάπτυξη των πιο συχνών και μερικών σπάνιων εξ αυτών.

### 1. ΠΛΕΙΟΜΟΡΦΟ ΑΔΕΝΩΜΑ

Οι καλοήθεις όγκοι των σιαλογόνων αδένων ταξινομούνται στο πλειόμορφο αδένωμα και τα μονόμορφα αδενώματα. Το πλειόμορφο αδένωμα είναι το πιο συχνό νεόπλασμα των μεγάλων και των μικρών σιαλογόνων αδένων που προέρχεται από μυοεπιθηλιακά και αδενικά κύτταρα των εκφορητικών πόρων. Αντιπροσωπεύει το 53-75,6% όλων των όγκων των μεγάλων σιαλογόνων αδένων και το 33-43% όλων των όγκων των μικρών σιαλογόνων αδένων.

Η πιο συχνή εντόπιση, ενδοστοματικά, είναι το οπίσθιο μέρος της υπερώας (60-65%), δεξιά ή αριστερά της μεσοτίπας και ακολουθούν το άνω χείλος, η οπισθογόμφια περιοχή, η παρεία και η γλώσσα. Στους μεγάλους σιαλογόνους αδένες το 90% των περιπτώσεων εντοπίζεται στην παρωτίδα. Προσβάλλει εξίσου άνδρες και γυναίκες, συχνά, μεταξύ 30-60 ετών. Κλινικά, ενδοστοματικά, εμφανίζεται ως ασυμπτωματική ακίνητη διόγκωση, που αναπτύσσεται αργά



Εικ. 1: Πλειόμορφο αδένωμα, διόγκωση στην υπερώα.



Εικ. 2: Πλειόμορφο αδένωμα, διόγκωση στην υπερώα.

και φθάνει σε μέγεθος 2-3 εκ. (Εικ. 1,2). Ο όγκος είναι μαλακός στην ψηλάφηση, καλύπτεται συνήθως από φυσιολογικό επιθήλιο και σπάνια είναι ελκωμένος. Υποκειμενικά, μπορεί να προκαλέσει δυσκολία στη μάσηση, την ομιλία και την τοποθέτηση οδοντοστοιχίας. Παρόμοια είναι η εικόνα του όγκου και στους μεγάλους σιαλογόνους αδένες, εκτός από το μέγεθος που μπορεί να πάρει μεγάλες διαστάσεις. Η διάγνωση στηρίζεται στην κλινική εικόνα και κυρίως στην ιστολογική εξέταση.

Ιστολογικά παρατηρούνται μυοεπιθηλιακά και αδενικά κύτταρα εντός του μεσεγχυματικού υποστρώματος σε διάφορους σχηματισμούς και αναλογίες. Τα αδενικά κύτταρα διατάσσονται σε σχηματισμούς σωληνώδεις, κυστικούς ή και διάχυτα, ενώ υπάρχουν και πολλαπλά μυοεπιθηλιακά κύτταρα με πλασμακυτταροειδή μορφολογία. Το υπόστρωμα του όγκου, που προέρχεται από τα μυοεπιθηλιακά κύτταρα χαρακτηρίζεται από θηλωδές και μυζωματώδες καθώς και άμορφο πωσινόφιλο υλικό με χονδροματώδη εμφάνιση. Συνήθως περιβάλλεται από κάψα.

Η θεραπεία είναι η χειρουργική εξαίρεση. Υποτροπή του όγκου συμβαίνει σε ποσοστά κάτω του 5%.

### 2. ΘΗΛΩΔΕΣ ΚΥΣΤΙΚΟ ΛΕΜΦΙΚΟ ΑΔΕΝΩΜΑ

Το θηλώδες κυστικό λεμφικό αδένωμα ή αδενολέμφωμα ή όγκος του Warthin είναι καλοήθης όγκος των σιαλογόνων αδένων, που εντοπίζεται σχεδόν αποκλειστικά στην παρωτίδα. Σποραδικές περιπτώσεις έχουν καταγραφεί στον υπογνάθιο σιαλογόνο αδένα και τους μικρούς σιαλογόνους αδένες. Είναι ο δεύτερος σε συχνότητα καλοήθης όγκος, μετά το πλειόμορφο αδένωμα της παρωτίδας (5-15%). Η ακριβής ιστογένεση δεν είναι πλήρως γνωστή. Πιστεύεται ότι προέρχεται από έκτοπο αδενικό επιθήλιο το οποίο παγιδευεται εντός του λεμφικού ιστού των σιαλογόνων αδένων.

### ΠΙΝΑΚΑΣ I Ταξινόμηση Καλοήθων Νεοπλασμάτων Σιαλογόνων Αδένων

1. Πλειόμορφο Αδένωμα
2. Όγκος του Warthin ή Θηλώδες Κυστικό Λεμφικό Αδένωμα
3. Μυοεπιθηλιώμα
4. Βασικοκυτταρικό Αδένωμα
5. Ογκοκύττωμα ή Οξύφιλο Αδένωμα
6. Σωληνοειδές ή Του Πόρου Αδένωμα
7. Σμηγματογόνο Αδένωμα
8. Κυσταδένωμα
9. Λεμφαδένωμα
  - Σμηγματογόνο
  - Μη Σμηγματογόνο
10. Σωληνώδες Θήλωμα
  - Ανάστροφο σωληνώδες θήλωμα
  - Ενδοσωληνώδες θήλωμα
  - Σιαλαδένωμα θηλώδες

### ΠΙΝΑΚΑΣ II Διαφορική Διάγνωση Πλειόμορφου Αδενώματος

- Μονόμορφα αδενώματα
- Κακοήθεις όγκοι σιαλογόνων αδένων
- Λίψωμα
- Ίνωμα
- Νεκρωτική σιαλαδενομεταπλασία
- Μh-Hodgkin λέμφωμα

Κλινικά, ο όγκος είναι συχνότερος στους άνδρες παρά στις γυναίκες (σχέση 5:1 έως 7:1), ηλικίας μεταξύ 50-70 ετών. Η συχνότερη εντόπιση, ενδοστοματικά, είναι η υπερώα, η παρεία και το άνω χείλος. Κλινικά, πρόκειται για ανώδυνη διόγκωση, που καλύπτεται από φυσιολογικό επιθήλιο (Εικ. 3). Έχει σύσταση υπόκληρη ή μαλακή, εξελίσσεται αργά και έχει μέγεθος 1-4 εκ.

Στην παρωτίδα ο όγκος συχνά εμφανίζεται ετερόπλευρα (Εικ. 4). Τα κλινικά χαρακτη-



Εικ. 3: Θηλώδες κυστικό λεμφικό αδένωμα, διόγκωση με ασαφή όρια στην παρεία.



Εικ. 4: Θηλώδες κυστικό λεμφικό αδένωμα, διόγκωση της παρωτίδας.

ριστικά δεν είναι διαγνωστικά και η τελική διάγνωση στηρίζεται σε ιστοπαθολογικά κριτήρια.

Η διαφορική διάγνωση περιλαμβάνει: άλλους καλοήθεις όγκους των σιαλογόνων αδένων, κακοήθεις όγκους των σιαλογόνων αδένων, και μη-Hodgkin λέμφωμα.

Η ιστολογική εξέταση βάσει τη διάγνωση του όγκου. Τα κύτταρα του αδενικού επιθηλίου διατάσσονται σε στοίχους που περιβάλλουν κυστικούς χώρους. Χαρακτηριστικά τα κύτταρα έχουν άφθονο κοκκώδες πωσινόφιλο πρωτόπλασμα με βαθυχρωματικούς πυρήνες και διατάσσονται σε δύο στοίχους. Το επιθήλιο παρουσιάζει πολλαπλές θηλωματώδεις προεκβολές που εισέρχονται στους κυστικούς χώρους. Τέλος, το επιθήλιο περιβάλλεται από πυκνό στρώμα λεμφικού ιστού με διάσπαρτα βλαστικά κέντρα.

Η θεραπεία είναι η χειρουργική εξαίρεση.

New!

SmartOPTIC N

# SmartOPTIC N

MODERN SOLUTIONS AT THE BEST PRICE



SELIGA MICROSCOPES

## WHEN PRECISION DECIDES ABOUT THE SUCCESS

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

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



### BINOCULAR EXTENSION

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



### ROTATION RING

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



### IMAGING SYSTEM

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

01

### ERGONOMIC INCLINABLE BINOCULAR

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

The following binoculars are also available as an option:

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

02

### HEAD CONTROL PANEL

Located on the head within the reach of user:

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

03

### LED ILLUMINATION

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

04

### VARIOBJECTIVE

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

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

05

### LARGE MAGNIFICATION

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

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

## SmartOPTIC N

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

SELIGA  
MICROSCOPES

Dental Expert - Άννα Εημάογλου Ε.Π.Ε.

Φειδιππίδου 30, 11527, Γουδή,

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

Συνέχεια από τη σελίδα 18

### 3. ΜΥΟΕΠΙΘΗΛΙΩΜΑ

Το μυοεπιθηλίωμα είναι σπάνιος καλοήθης όγκος των σιαλογόνων αδένων που προέρχεται από τα μυοεπιθηλιακά κύτταρα. Θεωρείται ποικιλία πλειομόρφου αδενώματος. Προσβάλλει εξίσου μεγάλους και μικρούς σιαλογόνους αδένες κυρίως μεταξύ 30-50 ετών. Κλινικά εμφανίζεται ως βραδέως αναπτυσσόμενο, καλά περιγεγραμμένο, υπόσκληρη διόγκωση που καλύπτεται από φυσιολογικό επιθήλιο, που μπορεί μερικές φορές να ελκωθεί λόγω τραυματισμού (Εικ. 5). Ενδοστοματικά η συχνότερη εντόπιση είναι στην υπερώα. Οι κλινικοί χαρακτήρες του όγκου δεν είναι διαγνωστικοί και απαιτείται ιστολογική εξέταση για τελική διάγνωση.



Εικ. 5: Μυοεπιθηλίωμα στην υπερώα.

#### ΠΙΝΑΚΑΣ ΙΙΙ Διαφορική Διάγνωση Μυοεπιθηλιώματος

- Πλειόμορφο αδένωμα
- Μονόμορφα αδενώματα
- Κακοήθεις όγκοι σιαλογόνων αδένων
- Ίνωμα
- Νευροϊνωμα
- Νεκρωτική σιαλαδενομεταπλασία

Το χαρακτηριστικό ιστολογικό εύρημα είναι η μονόμορφη παρουσία μυοεπιθηλιακών κυττάρων σε διάφορους σχηματισμούς χωρίς όμως τη δημιουργία σωληνωειδών σχηματισμών (πόρων). Όλα τα άλλα στοιχεία είναι όμοια με το πλειόμορφο αδένωμα.

Η θεραπεία είναι η χειρουργική εξαίρεση.

### 4. ΒΑΣΙΚΟΚΥΤΤΑΡΙΚΟ ΑΔΕΝΩΜΑ

Το βασικοκυτταρικό αδένωμα είναι σπάνιος

καλοήθης όγκος των σιαλογόνων αδένων που ταξινομείται στην ομάδα των μονόμορφων αδενωμάτων. Η ονοματολογία προέρχεται από τους ιστολογικούς χαρακτήρες των κυττάρων. Απαντά συχνά στην παρωτίδα (60-80%), ακολουθούν οι μικροί σιαλογόνοι αδένες και οι υπογνάθιοι και υπογλώσσιοι.

Κλινικά, ο όγκος είναι πιο συχνός στις γυναίκες παρά στους άνδρες (σχέση 2:1) μεταξύ 50-70 ετών. Ενδοστοματικά εντοπίζεται στο άνω χείλος, την υπερώα και την παρειά. Κλινικά εμφανίζεται ως ανώδυνη, βραδέως αναπτυσσόμενη, περιγεγραμμένη υπόσκληρη διόγκωση που μπορεί να ελκωθεί (Εικ. 6,7). Το μέγεθος κυμαίνεται από 1-3 cm. Οι κλινικοί χαρακτήρες δεν είναι διαγνωστικοί και απαιτείται πάντα ιστοπαθολογική τεκμηρίωση της διάγνωσης.



Εικ. 6: Βασικοκυτταρικό αδένωμα στην υπερώα.



Εικ. 7: Βασικοκυτταρικό αδένωμα ελκωμένο, στην υπερώα.

Διαφορική διάγνωση γίνεται από πλειόμορφο αδένωμα, σωληνώδες αδένωμα, κακοήθεις όγκους σιαλογόνων αδένων, μη-Hodgkin λέμφωμα, ίνωμα και νευροϊνωμα.

Η ιστολογική εξέταση είναι προϋπόθεση για την τελική διάγνωση. Παρατηρούνται πολλαπλές υψίδες και ταινίες αδενικών κυττάρων που χαρακτηριστικά έχουν πασσαλοειδή ή δοκιδώδη ή σωληνώδη διάταξη που θυμίζουν βασικοκυτταρικό καρκίνωμα του δέρματος και βρίσκονται, μέσα σε λιγιστό υπόστρωμα συνδετικού ιστού. Ιστολογικά υπάρχουν 2 τύποι: ο

δοκιδώδης (trabecular) και ο σωληνώδης (tubular).

Η θεραπεία είναι η χειρουργική εξαίρεση.

### 5. ΣΩΛΗΝΩΔΕΣ ΑΔΕΝΩΜΑ

Το σωληνώδες αδένωμα είναι σπάνιος καλοήθης όγκος που απαντά κυρίως στους μικρούς σιαλογόνους αδένες του στόματος. Ο όγκος απαντά κυρίως στις γυναίκες μεταξύ 60-70 ετών. Ενδοστοματικά, απαντούν πιο συχνά στο άνω χείλος και ακολουθούν η υπερώα και η παρειά. Κλινικά εμφανίζεται ως ανώδυνη, βραδέως εξελισσόμενη περιγεγραμμένη διόγκωση που καλύπτεται από φυσιολογικό επιθήλιο (Εικ. 8). Το μέγεθος κυμαίνεται από 0,5-2 cm. Τα κλινικά χαρακτηριστικά δεν είναι διαγνωστικά και απαιτείται ιστοπαθολογική εξέταση για τελική διάγνωση.



Εικ. 8: Σωληνώδες αδένωμα στην παρειά.

Η διαφορική διάγνωση περιλαμβάνει: το πλειόμορφο αδένωμα, το βασικοκυτταρικό αδένωμα, το θηλωμα, το θηλωματώδες καρκίνωμα, τη θηλωματώδη κύστη, και το νευροϊνωμα.

Η ιστολογική εξέταση είναι απαραίτητη προϋπόθεση για διάγνωση. Παρατηρείται μονόμορφος κυτταρικός πληθυσμός από κυλινδρικά ή κυβοειδή κύτταρα που σχηματίζουν σωληνωειδείς σχηματισμούς και μερικές φορές κυστικούς χώρους. Το υπόστρωμα είναι χαλαρός συνδετικός ιστός. Ο όγκος περιβάλλεται από λεπτή κάψα συνδετικού ιστού.

Η θεραπεία είναι η χειρουργική εξαίρεση.

### 6. ΣΜΗΓΜΑΤΟΓΟΝΟ ΑΔΕΝΩΜΑ

Το σμηγματογόνο αδένωμα είναι σπάνιος καλοήθης όγκος του δέρματος που προέρχεται από το αδενικό επιθήλιο των σμηγματογόνων αδένων. Εμφανίζεται ως μονήρης θλάση συνήθως στο τριχωτό της κεφαλής και το πρό-

σωπο ασθενών άνω των 40 ετών. Στα χείλη και ενδοστοματικά ο όγκος είναι πολύ σπάνιος και πιστεύεται ότι προέρχεται από το επιθήλιο έκτοπων σμηγματογόνων αδένων.

Κλινικά, εμφανίζεται ως μονήρης, καλά περιγεγραμμένο, στρογγυλό ογκίδιο με υπόσκληρη σύσταση (Εικ. 9). Έχει χρώμα κιτρινορόδινο, λεία ή ελαφρά κοκκώδη επιφάνεια και μέγεθος 0,5-1 εκ. Η διάγνωση στηρίζεται σε ιστοπαθολογικά κριτήρια.



Εικ. 9: Σμηγματογόνο αδένωμα στο όριο δέρματος και ερυθρού κρασπέδου του άνω χείλους.

Η διαφορική διάγνωση περιλαμβάνει: το ξάνθωμα, το μυρμηκώδες ξάνθωμα, το λίπωμα, το μύζωμα, και το ίνωμα.

Ιστολογικά παρατηρούνται διάσπαρτα, άφθονα άωρα σμηματοβλαστικά κύτταρα ανάμικτα με φυσιολογικά σμηματογόνα κύτταρα που έχουν κενοτοπιώδες κυτταρόπλασμα. Σποραδικά παρατηρούνται μιτώσεις.

Η θεραπεία είναι χειρουργική εξαίρεση.

### 7. ΘΗΛΩΔΕΣ ΣΥΡΙΓΓΟΚΥΣΤΑΔΕΝΩΜΑ

Το θηλώδες συριγγοαδένωμα ή θηλώδες συριγγοκυσταδένωμα είναι σπάνιος καλοήθης όγκος των αποκρινών αδένων του δέρματος. Εμφανίζεται κατά τη γέννηση ή στην παιδική και εφηβική ηλικία και συνήθως εντοπίζεται στο δέρμα του τριχωτού της κεφαλής, του λαιμού και σπάνια στο πρόσωπο. Εξαιρετικά σπάνια είναι η εμφάνισή του στα χείλη, ενώ δεν απαντά ενδοστοματικά.

Κλινικά, πρόκειται για μονήρη καλά περιγεγραμμένη ασυμπτωματική πλάκα ή ογκίδιο με ελαφρά εσοχή στο κέντρο (Εικ. 10). Το μέγεθος κυμαίνεται από 0,5-1,5 εκ. Τα κλινικά ευρήματα δεν είναι διαγνωστικά και η διάγνωση στηρίζεται στα ιστολογικά ευρήματα.



Εικ. 10: Θηλώδες συριγγοαδένωμα στο όριο δέρματος και ερυθρού κρασπέδου του κάτω χείλους.

Η διαφορική διάγνωση περιλαμβάνει: το κερατοακάνθωμα, το βασικοκυτταρικό καρκίνωμα, και το ακανθοκυτταρικό καρκίνωμα.

Ιστολογικά χαρακτηρίζεται από θηλωματώδεις προσεκβολές που επενδύονται από κυλινδρικά κύτταρα με διαφοροποίηση αποκρινών κυττάρων. Ο μίσχος του συνδετικού ιστού των προσεκβολών εμφανίζει λεμφοκυτταρική και πλασματοκυτταρική διήθηση.

Η θεραπεία είναι χειρουργική εξαίρεση.

**Συμπερασματικά**, μπορεί να ειπωθεί ότι οι κλινικοί χαρακτήρες όλων των καλοήθων νεοπλασμάτων των σιαλογόνων αδένων δεν είναι ιδιαίτερα χαρακτηριστικοί και η τελική διάγνωση στηρίζεται στα ιστοπαθολογικά χαρακτηριστικά καθενός. Επιπλέον, η χειρουργική αντιμετώπιση αποτελεί τη θεραπεία επιλογής για όλα.

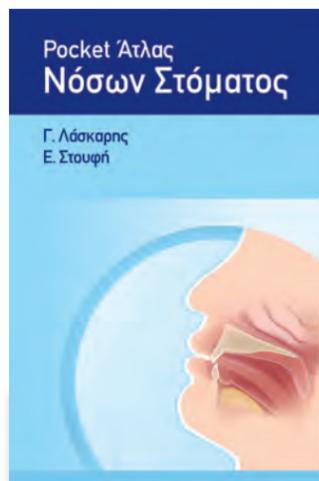
Για περισσότερες πληροφορίες ο Ιατρός και ο Οδοντίατρος μπορεί να ανατρέξει στα βιβλία του συγγραφέα αυτού του άρθρου:

1. Λάσκαρης Γ. Κλινική Στοματολογία: Διάγνωση-Θεραπεία (3η έκδοση), Εκδόσεις Λίτσας, Αθήνα.
2. Laskaris G. Color Atlas of Oral Diseases: Diagnosis and Treatment (4th ed.), Εκδόσεις Thieme.

## Pocket Άτλας Νόσων Στόματος

Απαραίτητο εξάρτημα "τσέπης" ...  
...της ιατρικής μας μπλούζας!

472 σελίδες  
ΤΙΜΗ  
€45  
ΜΟΝΟ  
436 έγχρωμες εικόνες



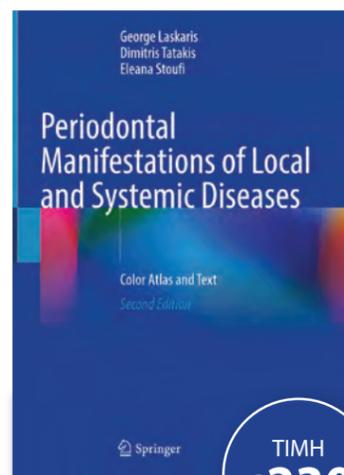
#### Γιώργος Χ. Λάσκαρης

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

#### Ελεάνα Δ. Στουφή

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

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



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: **Γιώργος Λάσκαρης, Δημήτρης Τατάκης και Ελεάνα Στουφή.**

©2023 | Σελίδες: 352



ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΙΚΟ ΒΗΜΑ

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

# Μαγική στυλιπνότητα. Φυσική απλότητα.

## IPS e.max® Ceram Art Μαγική λάμψη

- Βελτιστοποιημένη συμπεριφορά διαβροχής για ομοιόμορφη εφαρμογή χωρίς σχηματισμό σταγονιδίων
- Εξαιρετική κάλυψη επιφάνειας, χωρίς να τρέχει ή να λιμνάζει το υλικό - χάρη στο ιδανικό ιξώδες
- Ομοιόμορφη κατανομή - ανεξαρτήτως της επιφανειακής υφής της αποκατάστασης

# Επιλέγοντας φωτισμό για το ιατρείο και την εργασία μας για ασφάλεια και καλύτερη ποιότητα εργασίας

Η όραση αποτελεί εργαλείο του οδοντιάτρου, καθώς μέσω αυτής καθίσταται δυνατή η εκτέλεση της πλειονότητας των οδοντιατρικών πράξεων, η ακριβής χρωματοληψία και η τρισδιάστατη αντίληψη του πεδίου εργασίας (Εικ. 1,2). Η συνεχής και απαιτητική χρήση της, ωστόσο, εκθέτει



**Χρήστος Κωνσταντινίδης**  
Οδοντίατρος - Μ.Sc (Προσθετ.)

τα μάτια του επαγγελματία σε σημαντικές καταπονήσεις και κινδύνους. Στο παρόν

άρθρο εξετάζονται τα συχνότερα προβλήματα που απειλούν την οφθαλμική υγεία του οδοντιάτρου, καθώς και η καθοριστική σημασία της σωστής επιλογής φωτισμού, τόσο για την προστασία της όρασης, όσο και για τη διασφάλιση υψηλής ποιότητας εργασίας προς όφελος των ασθενών.

## Οφθαλμικά Προβλήματα

Τα μάτια του οδοντιάτρου διατρέχουν πολλούς κινδύνους από φλεγμονές και τραυματισμούς. Οι Loncarek et al. (2004) αναφέρουν ως τα πλέον συχνά οφθαλμικά συμβλήματα τα τραύματα από ξένα σώματα (51,9%), την απόπτωση του επιθηλίου του κερατοειδούς (20%), τα θλαστικά τραύματα (12,6%), την φωτοηλεκτρική κερατοεπιπεφυκίτιδα (9,7%), την τραυματική επιπεφυκίτιδα (7%) και τα ξένα σώματα στον επιπεφυκότα (6%).

## Αιτίες

### 1. Τραυματισμός και λοιμώξεις

Ο τραυματισμός από υπολείμματα μετάλλων (Εικ. 3) ή άλλων υλικών αλλά και χημικών εγκαυμάτων. Οι Porter et al. (2004) διαπίστωσαν ότι σε διάστημα 9 ετών, το 10% των οδοντιάτρων υπέστησαν κάποιας μορφής τραυματισμό στον οφθαλμό. Υπολείμματα από στερεά υλικά όπως σωματίδια δοντιών, οστού, μετάλλων, αμαλγάματος, λόγω των κοπτικών μέσων (airotors και micromotors) μπορεί να εκτιναχθούν και να χτυπήσουν τα μάτια με ταχύτητα έως 96 km ανά ώρα. Το διεισδυτικό οφθαλμικό τραύμα συχνά προκαλεί θλάβη στην όραση και μπορεί να απαιτεί χειρουργική επέμβαση αν και μετά από μικρό τραύμα, γενικά το μάτι θεραπεύεται καλά.

Σε μελέτη, το 43% των ορθοδοντικών ανέφεραν περιστασιακό οφθαλμικό τραυματισμό κατά την αφαίρεση συκραπτικών αγκυλίων (brackets) ή το κόψιμο ακρυλικού. Το 73% των Ελλήνων ενδοδοντολόγων που συμμετείχαν σε άλλη έρευνα, ανέφεραν οφθαλμικά ατυχήματα συνθέστερα από το αμάλγαμα και το NaOCl.<sup>2</sup> Σε άλλη μελέτη, το 48% των οδοντιάτρων ανέφεραν τουλάχιστον ένα οφθαλμικό τραύμα ή λοίμωξη, η οποία συνέβη κατά τη διάρκεια μιας οδοντιατρικής πράξης. Στην έρευνά μας, (OB, 2021) το 8% ανέφεραν οφθαλμικό τραύμα από θραύσμα και το 8% από μόλυνση ή ερεθισμό.

Σε μελέτη των Roberts-Harry T.J. et al (1991) προέκυψε ότι το 75% των οφθαλμικών τραυματισμών προκλήθηκαν από τη μη χρήση οφθαλμικής προστασίας.

Το 1991, η χρήση προστατευτικών γυαλιών και προσωπίδας έγινε υποχρεωτική στις Ηνωμένες Πολιτείες καθώς εκτός του τραύματος, μειώνουν τον κίνδυνο μετάδοσης παθογόνων που μεταδίδονται αιματογενώς, με σταγονίδια ή αερόλυμα κατά τη διάρκεια οδοντιατρικών διαδικασιών. Οι λοιμώξεις μπορούν να εξαπλωθούν στους ιστούς γύρω από τα μάτια, προκαλώντας οφθαλμική κυτταρίτιδα, βακτηριακή επιπεφυκίτιδα και κερατίτιδα, λοίμωξη βλεφάρων (βλεφαρίτιδα), λοιμώξεις κερατοειδούς, ενώ η έκθεση σε περιοδοντικά παθογόνα αναερόβια βακτήρια, μπορεί να οδηγήσει σε σοβαρές λοιμώξεις όπως αποστήματα ή, σε σπάνιες, παραμελημένες περιπτώσεις, νέκρωση του οφθαλμικού κόγχου.

### 2. Ηλικία

Από την ηλικία των 40 ετών ακόμη και στα

υγιά μάτια αρχίζουν τα πρώτα σημάδια εκφύλισης της όρασης. Έτσι σταδιακά υπάρχει ανάγκη για περισσότερο φως, παρατηρείται αλλοίωση στην αντίληψη του χρώματος, μειωμένη έκκριση δακρύων και απώλεια της οπτικής οξύτητας στην κοντινή όραση (πρεσβυωπία) και αργότερα και στην μακρινή (υπερμετρωπία).

Σοβαρές οφθαλμικές βλάβες που σχετίζονται με την ηλικία:

### Καταράκτης (Εικ. 4)

Το μπλε φως ιδιαίτερα από τις συσκευές φωτοπολυμερισμού είναι ένα φως υψηλής ενέργειας και οι κίνδυνοι για την υπερέκθεση του οφθαλμού μπορεί να περιλαμβάνουν σχημα-

τισμό καταράκτη και πτερυγίου (Lucas et al, 2008).

### Γλαύκωμα (Εικ. 5)

Ο Ιπποκράτης περιγράφοντας τη γλαύκωση ως ασθένεια των ηλικιωμένων έγραψε: «Οι κόρες των οφθαλμών που έχουν γίνει γλαυκούμενοι, αργυροειδείς ή κυανοί είναι άχρηστοι».

Μετά τα 40 έτη, σε κάποιες περιπτώσεις, αρχίζει να παρατηρείται αυξημένη ενδοφθάλμια πίεση. Αυτή αποτελεί έναν από τους σημαντικότερους παράγοντες κινδύνου για το γλαύκωμα, το οποίο δημιουργεί βλάβη του οπτικού νεύρου. Μάλιστα στο 50% των περιπτώσεων γλαυκώματος που διαγιγνώσκονται, βρίσκεται να έχουν πολύ προχωρημένο στάδιο βλάβης του οπτικού νεύρου.

### 3. Η χρήση μεγέθυνσης αλλά και ισχυρού/βλαπτικού φωτισμού

Η εστίαση σε μικρό πεδίο (δόντι) για μεγάλο χρονικό διάστημα και με ισχυρό φωτισμό κουράζει τα μάτια δημιουργώντας συχνά ξηροφθαλμία και επιδείνωση της κοντινής όρασης. Η χρήση μεγέθυνσης επιπλέον δημιουργεί μια εγκεφαλική στρέβλωση της φυσιολογικής όρασης.

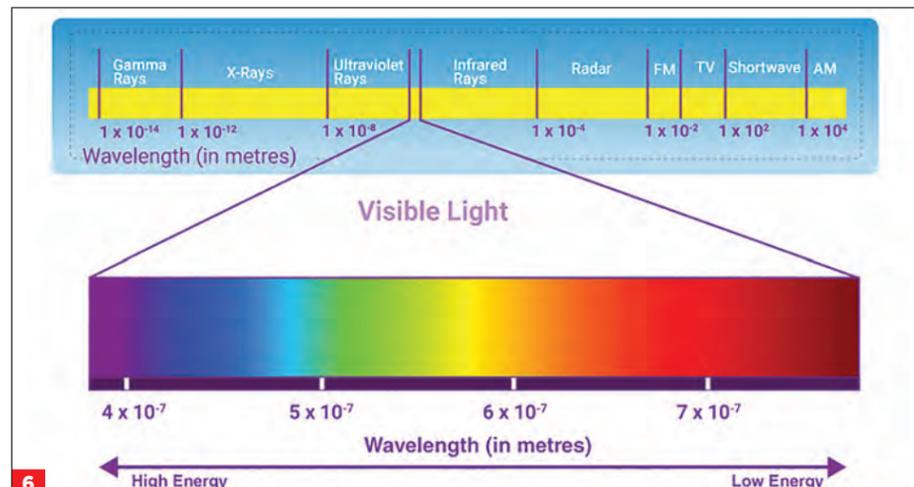
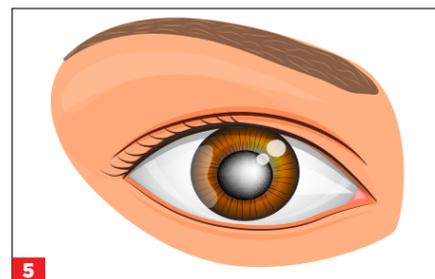
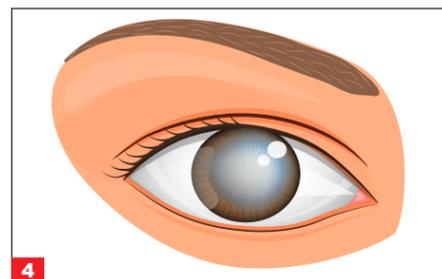
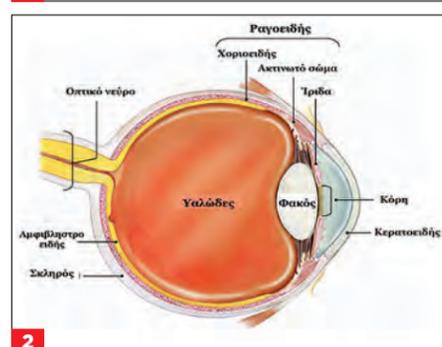
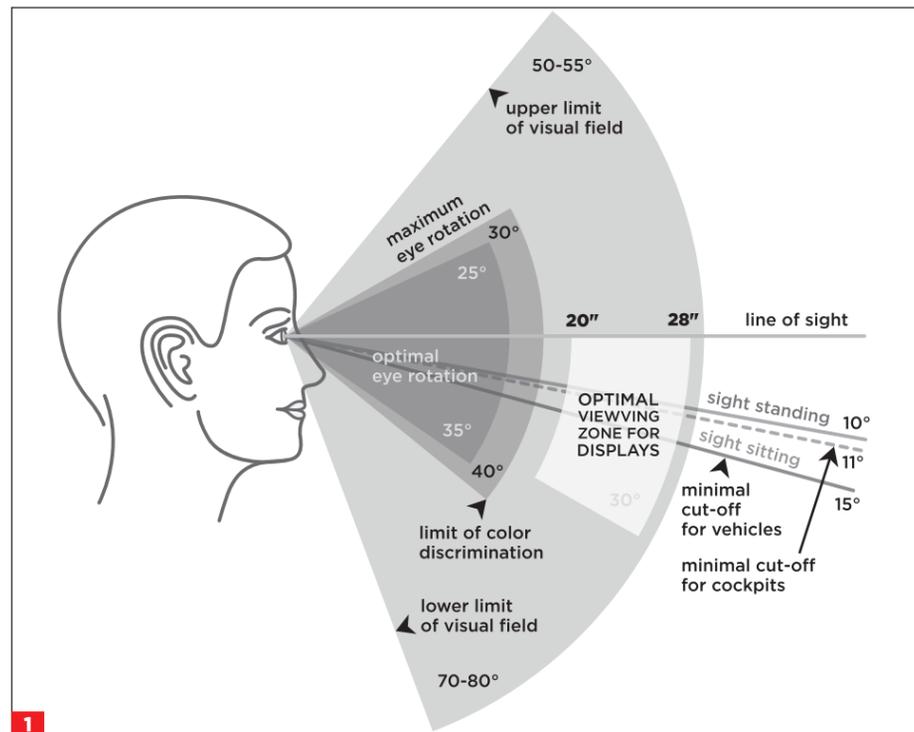
Άλλη σημαντική παράμετρος βλάβης στον οφθαλμό προέρχεται από τον υπερβολικό φωτισμό από τους προβολείς και ταυτόχρονα από το φως στις λούπες. Ο Clarkson (2004) αναγνώρισε τον συνδυασμό 6000K και 400 έως 500 νανομέτρων ως ιδιαίτερα επικίνδυνο, προκαλώντας ζημιά στον αμφιβληστροειδή. Έτσι συνιστάται ως ασφαλής η συνολική φωτεινή καταπόνηση σε εργασιακό φωτισμό μεταξύ 8 και 12 ωρών την ημέρα ή 40 ωρών την εβδομάδα και η δημιουργία διαλειμμάτων για ανάπαυσή τους. Ας σημειωθεί ότι στην έρευνά μας (Κωνσταντινίδης, 2021) μόνον το 30% κρατά κενό χρόνο μεταξύ των συνεδριών, αν και φαίνεται ότι το 45% εργάζεται με μεγέθυνση, δηλαδή καταπονεί ιδιαίτερα τα μάτια.

Σύνθετος πρόβλημα μεταξύ των οδοντιάτρων είναι η **ξηροφθαλμία** και η **κερατοεπιπεφυκίτιδα**. Η παραγωγή των δακρύων μειώνεται άνω των 40 ετών, συνεπώς απαραίτητη είναι η τακτική εφύγρασή τους.

Για να μπορέσουμε να επιλέξουμε τον κατάλληλο φωτισμό για τον χώρο και το πεδίο εργασίας μας, θα πρέπει να λάβουμε υπ' όψιν αρχικά την ασφάλεια των οφθαλμών μας και την ποιότητα της εργασίας μας. Η εργασία μας είναι σε ένα μικρό σκοτεινό και με σκιές πεδίο και συνεπώς το φως είναι αυτό που θα μας δώσει την δυνατότητα του ιδεώδους αποτελέσματος. Όμως το φως είναι δυνητικά βλαπτικό, ιδιαίτερα αν γίνεται η επιλογή και η χρήση του αλόγιστα. Για την καλύτερη επιλογή λοιπόν, θα αναφέρουμε κάποια βασικά χαρακτηριστικά του και την σημασία τους.

### • Το νανόμετρο (Εικ. 6)

Το νανόμετρο (nm), το οποίο είναι μια μονάδα μέτρησης που χρησιμοποιείται για να περιγράψει το μήκος κύματος του φωτός. Το ανθρώπινο μάτι μπορεί να δει το φως ενός συγκεκριμένου εύρους μικρών κύματος, γνωστού ως ορατό φάσμα, το οποίο είναι περι-



που 380 έως 750 nm. Διαφορετικά μήκη κύματος εντός αυτού του εύρους αντιστοιχούν σε διαφορετικά χρώματα, όπως βιολετί (περίπου 380-436 nm) και κόκκινο (περίπου 627-780 nm).

• Η κλίμακα Kelvin

Η κλίμακα Kelvin (Εικ. 7) μετρά τη θερμοκρασία χρώματος του φωτός, η οποία κυμαίνεται από θερμές, κιτρινωπές αποχρώσεις σε χαμηλότερες τιμές έως ψυχρό, μπλε φως σε υψηλότερες τιμές. Οι χαμηλότερες τιμές Kelvin, όπως οι 2700K, είναι ιδανικές για τη δημιουργία μιας ζεστής και άνετης ατμόσφαιρας, ενώ υψηλότερες τιμές, όπως οι 5000K, δημιουργούν μια καθαρή εμφάνιση που θυμίζει φως ημέρας, κατάλληλη για χώρους εργασίας.

• Το lumen (Εικ. 8)

Το «lumen» (λουμέν) είναι η μονάδα μέτρησης της φωτεινής ροής, δηλαδή της συνολικής ποσότητας του ορατού φωτός που εκπέμπει μια πηγή. Περισσότερα lumens σημαίνουν περισσότερο φως, και χρησιμοποιείται για τη σύγκριση της φωτεινότητας λαμπτήρων, φακών και φωτιστικών σωμάτων.

• Το Lux (Εικ. 9)

Το Lux είναι μια τυποποιημένη μονάδα μέτρησης της έντασης του επιπέδου φωτός, η οποία συνήθως αναφέρεται ως «φωτεινότητα» ή «φωτισμός». Μια μέτρηση 1 lux ισούται με τον φωτισμό μιας τετραγωνικής επιφάνειας ενός μέτρου που βρίσκεται ένα μέτρο μακριά από ένα μόνο κερί.

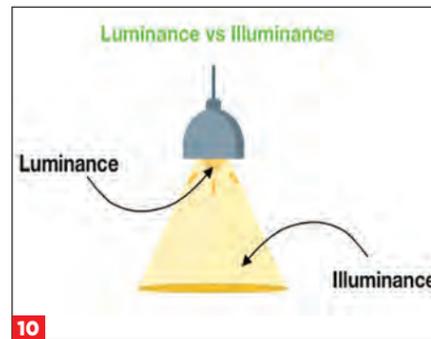
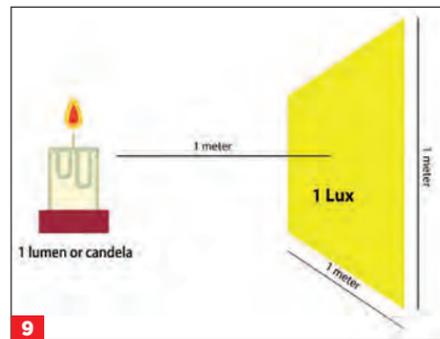
Συσχέτιση Lux και Lumen: μετρούν και τα δύο το φως, αλλά τα Lumens μετρούν τη συνολική ποσότητα φωτός που εκπέμπει μια πηγή (φωτεινή ροή), ενώ τα Lux μετρούν την ποσότητα φωτός που χτυπά μια συγκεκριμένη επιφάνεια (φωτεινότητα) η οποία είναι σταθερή ανεξάρτητα από την απόσταση ή την κατεύθυνση. Πότε χρησιμοποιείται: Όταν θέλετε να μάθετε πόσο φωτεινή είναι συνολικά η πηγή

### LIGHTING COLOR TEMPERATURE SCALE

COLOR TEMPERATURE	EFFECTS	MOOD	APPLICATION
9000 - 10000 °K			
6500 - 8000 °K			
5000 - 6500 °K	Adds bluish tint, flattens reds and enhances existing blues	Vibrant & Attentive	Warehouses, Manufacturing, Industrial Facilities
5000 - 5500 °K			
4000 - 5000 °K	Enhances all colors equally	Efficient & Neutral	Retail, Offices, Showrooms
3000 - 4000 °K			
2500 - 3500 °K	Adds yellow tint while enhancing reds and oranges	Warm & Inviting	Homes, Restaurants, Hospitality
1000 - 2000 °K			

A lumen is the true measurement of light output and brightness.

Incandescent	Lumens	LED	CFL	Halogen/Incandescent
100W	1600	Most efficient	More efficient	Efficient
75W	1100	unavailable	up to 26W	up to 72W
60W	800	up to 12W	up to 23W	up to 53W
40W	450	up to 9W	up to 15W	up to 43W
			up to 11W	up to 29W



φωτός. Για παράδειγμα, η επιλογή μιας λάμπας για ένα δωμάτιο με βάση τη συνολική της ισχύ. Lux (lx) Τι είναι: Η ποσότητα φωτός που πέφτει σε μια επιφάνεια. Τι μετρά: Πόσο καλά φωτίζεται μια επιφάνεια. 1 lux=1 lumen/1m<sup>2</sup>

Πότε να το χρησιμοποιήσετε: Όταν χρειάζεται να γνωρίζετε την πραγματική φωτεινότητα σε μια συγκεκριμένη περιοχή. Για παράδειγμα, χρησιμοποιώντας ένα μετρητή φωτεινότητας για να ελέγξετε αν ένα γραφείο έχει αρκετό φως για ανάγνωση. Παράδειγμα: Ένας λαμπτήρας 1000 lumen πάνω σε επιφάνεια 10m<sup>2</sup> είναι 100 lux.

• Luminance vs. Illuminance (Εικ. 10)

Όσον αφορά την κατανόηση των βασικών αρχών του φωτισμού, η διάκριση μεταξύ φωτεινότητας και έντασης φωτισμού είναι ένα κρίσιμο βήμα.

Luminance: Μετρά τη λαμπρότητα ή τη φωτεινότητα της πηγής φωτός. Είναι παρόμοιο με την αξιολόγηση του πόσο "φωτεινή" φαίνεται η πηγή με γυμνό μάτι. Η Illuminance: αναφέρεται στη φαινομενική φωτεινότητα του φωτός όπως φαίνεται στον χρήστη. Φωτεινότητα: Η ένταση φωτισμού σας λέει πόσο καλά διαδίδεται και φωτίζει το φως τη γύρω περιοχή. Πρόκειται περισσότερο για την αξιολόγηση του πόσο αποτελεσματικά φωτίζει η πηγή φωτός τον χώρο εργασίας. Χρειάζεστε εξαιρετική φωτεινότητα και ένταση φωτισμού για να διασφαλίσετε ότι μπορείτε να βλέπετε καθαρά και να εργάζεστε άνετα για οδοντιατρικές επεμβάσεις.

• Το CRI

Είναι ο Δείκτης Απόδοσης Χρώματος (CRI), ένα μέτρο του πόσο πιστά μια πηγή φωτός αποκαλύπτει τα πραγματικά χρώματα των αντικειμένων σε σύγκριση με το φυσικό ηλιακό φως.

Μετράται σε κλίμακα από 0 έως 100, όπου το 100 υποδηλώνει τέλεια απόδοση χρω-

Συνέχεια στη σελίδα 24





## Μετεκπαιδευτικό πρόγραμμα εμφυτευματολογίας Step-by-step Dental Implants

**Βασική εκπαίδευση (Foundation Level)**

- 3 μήνες διάρκεια
- 6 Θεματικές ενότητες
- 35 Γνωστικά αντικείμενα
- Online όλο το εκπαιδευτικό υλικό για εξατομικευμένο ρυθμό εκμάθησης
- 2 ημέρες Χειρουργικής και Προσθητικής 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 προσθητική 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  
**2026**



Για περισσότερες πληροφορίες και δηλώσεις συμμετοχής:  
[www.iti-implantology.webnode.gr](http://www.iti-implantology.webnode.gr)

Συνέχεια από τη σελίδα 23

μάτων. Ένα υψηλότερο CRI σημαίνει ότι τα χρώματα φαίνονται πιο φυσικά και ζωντανά. Κλίμακα: 0-100, με το 100 να είναι το σημείο αναφοράς του φυσικού ηλιακού φωτός. Παραδείγματα: Καλό CRI: Μια πηγή φωτός με CRI 80 ή μεγαλύτερο θεωρείται γενικά καλή. Εξαιρετικό CRI: Ένα CRI 90+ θεωρείται εξαιρετικό, παράγοντας για πολύ ακριβή και ζωντανά χρώματα. Χαμηλό CRI: Μια πηγή φωτός με πολύ χαμηλό CRI μπορεί να κάνει τα χρώματα να φαίνονται θαμπά ή ξεθωριασμένα, σαν να στέκεστε κάτω από ένα παλιό φως του δρόμου τη νύχτα.

Το IEC 62471:2006 είναι το διεθνές πρότυπο για τη φωτοβιολογική ασφάλεια των λαμπτήρων και των συστημάτων φωτισμού. Παρέχει ένα πλαίσιο για την αξιολόγηση της ασφάλειας των πηγών φωτός, συμπεριλαμβανομένων των LED, αλλά εξαιρουμένων των λέιζερ, καθορίζοντας όρια έκθεσης, τεχνικές μέτρησης και ένα σύστημα ταξινόμησης κινδύνου για τον έλεγχο πιθανών φωτοβιολογικών κινδύνων, όπως η οφθαλμική βλάβη. Το πρότυπο αναπτύχθηκε από το πρότυπο S 009:2002 της Διεθνούς Επιτροπής Φωτισμού (CIE).

Το πρότυπο χρησιμεύει για την αξιολόγηση και τον έλεγχο των φωτοβιολογικών κινδύνων που μπορούν να προκύψουν από την έκθεση σε οπτική ακτινοβολία στο εύρος μήκους κύματος από 200 nm έως 3000 nm.

**Ταξινόμηση:** Οι λαμπτήρες και τα συστήματα λαμπτήρων κατηγοριοποιούνται σε διαφορετικές «ομάδες κινδύνου» με βάση τους πιθανούς κινδύνους που ενέχουν, όπως η υπεριώδης, η ορατή και η υπέρυθη ακτινοβολία. Κίνδυνοι: Οι **πιθανοί κίνδυνοι περιλαμβάνουν βλάβη στα μάτια, όπως φωτοκερατίτιδα και καταράκτη, και βλάβη στον αμφιβλοστροειδή**. Το πρότυπο επίσης καθορίζει τεχνικές μέτρησης αναφοράς και όρια έκθεσης για την αξιολόγηση αυτών των κινδύνων. Το IEC 62778 είναι ένα πρόσθετο πρότυπο που διευκρινίζει ζητήματα που σχετίζονται με τον κίνδυνο του μπλε φωτός για τις πηγές λευκού φωτός γενικής υπηρεσίας φωτισμού (GLS).

Η υπεριώδης (UV) ακτινοβολία θέτει σε κίνδυνο τα μάτια μέσω βραχυπρόθεσμης και μακροπρόθεσμης βλάβης, η οποία μπορεί να οδηγήσει σε παθήσεις όπως η φωτοκερατίτιδα (μια επώδυνη, ηλιακή επίδραση στον κερατοειδή), καταράκτη, εκφύλιση της ωχράς κηλίδας και όγκους όπως η πηγκουέλα και το πτερύγιο. Οι κίνδυνοι αυξάνονται όχι μόνο με την έκθεση στον ήλιο, αλλά και από τεχνητές πηγές όπως οι συσκευές πολυμερισμού αλλά και οι προβολείς. Συνιστάται η χρήση προστατευτικών γυαλιών αλλά και φίλτρων που μπλοκάρουν τις ακτίνες UV.

### Κίνδυνοι από την έκθεση στα μάτια σε υπεριώδη ακτινοβολία

**Βραχυπρόθεσμη βλάβη:** Η βραχυπρόθεσμη έκθεση υψηλής έντασης μπορεί να προκαλέσει φωτοκερατίτιδα, γνωστή και ως «τύφωση από το χιόνι». Αυτή είναι σαν ηλιακό έγκαυμα στο μάτι και μπορεί να οδηγήσει σε ερυθρότητα, αίσθηση τραχύτητας, ευαισθησία στο φως και δακρύρροια. **Μακροπρόθεσμη βλάβη:** Η χρόνια έκθεση σε υπεριώδη ακτινοβολία συνδέεται με πιο σοβαρές και ενδεχομένως μόνιμες παθήσεις: Καταράκτης (Θόλωση του φακού του ματιού), εκφύλιση της ωχράς κηλίδας (AMD) (Θόλωση της κεντρικής όρασης λόγω βλάβης στον αμφιβλοστροειδή), ογκίδια στο μάτι και παθήσεις όπως η pinguecula και το pterygium. Η υπεριώδης ακτινοβολία μπορεί επίσης να οδηγήσει σε καρκίνους του δέρματος μέσα και γύρω από τα βλέφαρα.

Προστασία για τα μάτια στο Οδοντιατρείο είναι γυαλιά ή φακοί επαφής που μπλοκάρουν την υπεριώδη ακτινοβολία. Συνιστάται προσοχή με τις ανακλώμενες επιφάνειες και τους προ-

βολείς (έδρας ιατρείου και loures), διαλείμματα ξεκούρασης στα μάτια και τακτική εφύγερση.

Η ωχρινοπάθεια μπορεί όμως να σχετίζεται με την οδοντιατρική εργασία μέσω της περι-οδοντικής νόσου, καθώς η χρόνια φλεγμονή από την ουλίτιδα συνδέεται με την ηλικιακή εκφύλιση της ωχράς κηλίδας (AMD). Βακτήρια και φλεγμονώδη υποπροϊόντα από σοβαρή ουλίτιδα μπορούν να εισέλθουν στην κυκλοφορία του αίματος, προκαλώντας συστηματική φλεγμονή που μπορεί να συμβάλει στην ανάπτυξη ή την εξέλιξη της ωχρινοπάθειας. Η θεραπεία της περιοδοντικής νόσου μπορεί να οδηγήσει σε βελτιώσεις στην κατάσταση της ωχράς κηλίδας, καταδεικνύοντας τη σημασία της καλής στοματικής υγιεινής για την υγεία των ματιών (Sage Journals, ADA).

Οι μηχανισμοί βλάβης είναι:

**Συστημική φλεγμονή:** Η γενικευμένη χρόνια ουλίτιδα και η περιοδοντική νόσος δημιουργούν μια χρόνια φλεγμονώδη κατάσταση στο σώμα. Αυτή η συστηματική φλεγμονή μπορεί να επηρεάσει άλλα μέρη του σώματος, συμπεριλαμβανομένων των οφθαλμών, και αποτελεί γνωστό παράγοντα κινδύνου για την AMD.

**Βακτηριακή εξάπλωση:** Τα βακτήρια και τα υποπροϊόντα τους από μια σοβαρή στοματική λοίμωξη μπορούν να εισέλθουν στην κυκλοφορία του αίματος και να μολύνουν και άλλα όργανα. Στο μάτι, μπορούν να ενεργοποιήσουν φλεγμονώδεις αποκρίσεις και να βλάψουν τα κύτταρα του αμφιβλοστροειδούς.

### Ασφάλεια ματιών

Οι κατασκευαστές αναπτύσσουν τεχνολογίες για να φιλτράρουν τα πιο επιβλαβή μέρη του φάσματος του μπλε φωτός (κάτω των 450 nm), παρέχοντας παράλληλα εξαιρετική απόδοση χρώματος και μειώνοντας τον κίνδυνο βλάβης του αμφιβλοστροειδούς.

Το ψυχρό φως συνήθως στην περιοχή των 5000K και άνω (**Εικ. 7**), με λευκό ή γαλαζωπό-λευκό τόνο προσφέρει βελτιωμένη ευκρίνεια και ορατότητα: Τα φώτα με υψηλότερους βαθμούς Kelvin (πιο μπλε) σχετίζονται με καλύτερη απόδοση σε εργασίες που απαιτούν υψηλή ορατότητα, για εργασίες που χρειάζονται περισσότερη αντίθεση και λεπτομέρεια. Βελτιωμένη εγρήγορση: Μελέτες δείχνουν ότι το ψυχρό και το λευκό φως μπορούν να βελτιώσουν την εγρήγορση και τη γνωστική απόδοση. Σε αντίθεση με τους λαμπτήρες πυρακτώσεως παράγει ελάχιστη έως καθόλου θερμότητα, γεγονός που το καθιστά κατάλληλο για εφαρμογές όπου η θερμότητα θα μπορούσε να προκαλέσει ζημιά σε υλικά ή βλάβη.

Έχει υψηλή ενεργειακή απόδοση γιατί λιγότερη ενέργεια εκλύεται ως θερμότητα, με αποτέλεσμα μεγαλύτερη απόδοση και χαμηλότερη κατανάλωση ενέργειας.

Χρησιμοποιείται σε φωτισμό εξοικονόμησης ενέργειας (LED, OLED), ιατρικές διαδικασίες, εξερεύνηση βαθέων υδάτων και για τον φωτισμό ευαίσθητων υλικών σε εργαστήρια.

Το ψυχρό φως μπορεί να είναι πιο ενοχλητικό και μπορεί να διασκορπίζεται πιο εύκολα, δυσκολεύοντας την εστίαση του ματιού και ενδεχομένως προκαλώντας κόπωση των ματιών.

Το θερμό κίτρινο-κόκκινο φως (2000-3000K) (**Εικ. 7**) μειώνει την αντανάκλαση και είναι καλύτερο για τη δημιουργία ενός χαλαρωτικού και φιλόξενου περιβάλλοντος σε μέρη όπως σαλόνια και υπνοδωμάτια. Προάγει τον ύπνο: Το θερμό φως μπορεί να προκαλέσει την παραγωγή μελατονίνης, της ορμόνης που ρυθμίζει τον ύπνο, γι' αυτό και συνιστάται για χαλάρωση πριν τον ύπνο.

### Το φως στις loures

Το φως έχει μια ευρεία ζώνη εκπομπής που εκτείνεται από 380 nm έως 780 nm ή υψηλότερη, επιτρέποντας ένα πλήρες εύρος έγχρωμης όρασης. Ακρίβεια χρώματος: Το «μπλε»

φως στην περιοχή των 440-450 nm είναι κρίσιμο για την ακριβή αντίληψη του χρώματος των δοντιών. Το πιο έντονο και δυναμικό επιβλαβές «μπλε» φως που βρίσκεται σε μήκη κύματος κάτω των 450 nm, σε μεγάλη ένταση μπορεί να βλάψει τον αμφιβλοστροειδή. Οι Deveau et al (2015) ορίζουν την μέγιστη έκθεση σε αυτήν στο 1 λεπτό/ημέρα. Το φως στις loures έχει μέγιστη εκπομπή γύρω στα 400-500 nm για να εξασφαλιστεί η ακριβής απόδοση χρωμάτων και η διακριτότητα λεπτομερειών (σήμερα υψηλή ένταση στα led 3000 mW/cm<sup>2</sup> vs 300 στις παλιές του αλογόνου) (Omidi et al 2018). Ενώ ορισμένα παλαιότερα ή βασικά (φθηνά) φώτα LED (light emitting diodes) έχουν κορυφή γύρω στα 440 nm, οι κατασκευαστές σχεδιάζουν όλο και περισσότερα φώτα με το επιβλαβές μπλε φως κάτω από τα 450 nm να φιλτράρεται για να προστατεύσει τα μάτια του χρήστη

**Φιλτραρισμένα/ουδέτερα φώτα:** Πολλά σύγχρονα οδοντιατρικά φώτα για loures έχουν σχεδιαστεί με ειδικά φίλτρα ώστε όχι μόνον να εξαλείφουν τα πιο επιβλαβή μπλε μήκη κύματος αλλά να παρέχουν και πιο φυσική ποιότητα φωτός προσφέροντας «ουδέτερα» ή «φυσικά» φώτα LED με χαμηλότερη θερμοκρασία χρώματος (π.χ., 4000 K) για καλύτερη ακρίβεια χρώματος και ασφάλεια των ματιών.

Τα σύγχρονα φώτα για loures (**Εικ. 11**) ενδείκνυται να έχουν:



- Φωτισμό LED με χαρακτηριστικά όπως υψηλή διάρκεια ζωής LED τουλάχιστον 50.000 ωρών, υψηλή φωτεινότητα (έως 50.000 lux-180.000 lux ανάλογα με το αντικείμενο).
- 91 lumens έως και 115 lumens.
- Θερμοκρασία χρώματος περίπου 4000-5700 Kelvin
- Μεγάλη διάρκεια ζωής μπαταρίας, η οποία μπορεί να παραταθεί έως και 14 ώρες με μέγιστη φωτεινότητα και ασύρματη φόρτιση.
- Ομοιόμορφο σημείο: Παρέχει φωτισμό χωρίς σκιές για καθαρή ορατότητα.
- Ρυθμιζόμενη ένταση: Διαθέτει πολλαπλές ρυθμίσεις έντασης φωτός για μια εξατομικευμένη εμπειρία.
- Υψηλό Δείκτη Απόδοσης Χρωμάτων (CRI) 90, επιτρέποντας την ακριβή απόδοση χρωμάτων ιστών και υλικών.
- Ισχύς και μπαταρία.
- Συμμόρφωση με το πρότυπο IEC 62471:2006, το οποίο βοηθά στην προστασία από την καταπόνηση των ματιών από το θλαπτικό φως LED <450 nm. Φωτισμός περίπου 55.000 Lux φωτεινότητα.
- Φωτιζόμενο πεδίο (μέγεθος κηλίδας) σχεδιασμένο για να ταιριάζει με την απόσταση εργασίας της λούπας, με ενδεικτικές διαμέτρους (81) mm στα (420) mm και (95) mm στα (520) mm.
- Ελαφρύ σχεδιασμό, από 11-100 γραμμάρια με εργονομική σχεδίαση.
- Προηγμένες λειτουργίες: Έλεγχος με χειρονομίες ώστε να ανάβουν και να σβήνουν το φως χωρίς να αγγίζουν τη συσκευή, βελτιώνοντας την υγιεινή.

### Φωτισμός για την οδοντιατρική έδρα

Οι οδοντιατρικοί προβολείς (**Εικ. 12**) ιδεωδώς διαθέτουν ρυθμιζόμενη ένταση (π.χ.,



3.000-50.000 Lux), με θερμοκρασία χρώματος 4300- 5000K, συχνά με επιλογή πολλαπλής θερμοκρασίας χρώματος με ρυθμίσεις 4300K, 5000K και 5500K και ανέπαφα χειριστήρια με αισθητήρα υπέρυθρων. Χρησιμοποιούν τεχνολογία LED για την ελαχιστοποίηση των σκιών. Επιπλέον ορισμένα μοντέλα περιλαμβάνουν λειτουργία για την αποτροπή του προπολυμερισμού των σύνθετων υλικών. Έτσι το εύρος μήκους κύματος 430-480 nm φιλτράρεται συμβάλλοντας και στην προστασία των οφθαλμών. Ο δείκτης απόδοσης χρώματος (CRI) πρέπει να είναι μεγαλύτερος από 95+. Τα σύγχρονα φώτα ιδεωδώς προσφέρουν ρυθμιζόμενη κίνηση για να ακολουθούν τις ενέργειες του οδοντιάτρου και διατίθενται τόσο για τοποθέτηση σε οδοντιατρική έδρα, όσο και σε οροφή.

### Προβολείς αλογόνου για οδοντιατρική έδρα

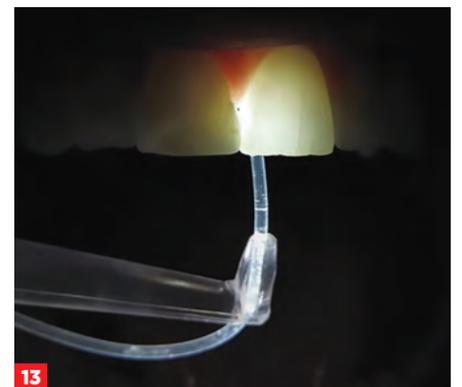
Οι λαμπτήρες αλογόνου είναι γνωστοί για την υψηλή φωτεινότητα και την απόδοσή τους σε οδοντιατρικές κλινικές. Η λάμπα σε ένα προβολέα αλογόνου είναι γεμάτη με αέριο αλογόνου, το οποίο ενισχύει τη φωτεινότητα και την απόδοση του φωτός. Οι λαμπτήρες αλογόνου μπορούν να ρυθμιστούν για να παρέχουν το επιθυμητό επίπεδο φωτεινότητας και φωτισμού, καθιστώντας τους ακόμη και σήμερα μια ευέλικτη και δημοφιλή επιλογή για τους οδοντιάτρους.

### Προβολείς LED για οδοντιατρική έδρα

Οι προβολείς αυτοί χρησιμοποιούν τεχνολογία LED (δίοδος εκπομπής φωτός) για να παρέχουν έντονο, ψυχρό λευκό φως που είναι ιδανικό για τον φωτισμό της στοματικής κοιλότητας και είναι επίσης ανθεκτικοί και εύκολοι στη συντήρηση. Είναι ενεργειακά αποδοτικοί και έχουν μεγαλύτερη διάρκεια ζωής σε σύγκριση με άλλους τύπους προβολέων (αλογόνου). Μπορούν να ρυθμιστούν για να παρέχουν το επιθυμητό επίπεδο φωτεινότητας και φωτισμού και πολλά μοντέλα διαθέτουν χειριστήρια αφής και προγραμματιζόμενες λειτουργίες για πρόσθετη ευκολία.

### Οπτικές Ίνες

Ο φωτισμός οπτικών ινών (**Εικ. 13**) επιτρέπει αυξημένο φωτισμό, χωρίς σκιές, με λιγότερες ρυθμίσεις σε σχέση με τον φωτισμό οροφής και κατευθύνει μια εστιασμένη δέσμη φωτός ακριβώς εκεί που χρειάζεται. Χρησιμοποιείται επίσης για την διάγνωση: τερπδόνας - ρωγμών - στομίων οδοντικών σωλήνων - έκτασης τερπδόνας.



### Σκιαλυτικός προβολέας

Αυτοί είναι συνήθως πολυκατευθυντικοί προβολείς LED με σχεδιασμό «φωτισμού σταδίου» που φωτίζει την περιοχή από πολλαπλές γωνίες. Οι πολλαπλές πηγές φωτός διασφαλίζουν ότι εάν ο οδοντίατρος μπλοκάρει μια γωνία, οι άλλες παρέχουν κάλυψη, δημιουργώντας ένα ομοιόμορφο μοτίβο φωτός σε όλη την στοματική κοιλότητα. Αυτός ο τύπος φωτισμού μειώνει την οπτική καταπόνηση και την κόπωση των ματιών εξαλείφοντας τις έντονες σκιές.

Άλλες επιλογές περιλαμβάνουν φώτα οπτικών ινών για εστιασμένο φωτισμό χωρίς σκιές και ενδοστοματικά φώτα ενσωματωμένα σε εργαλεία.

**Ενδοστοματικά φώτα:** Ορισμένα εργαλεία, όπως το επιστόμιο Isolite, έχουν ενσωματωμένα φώτα για να φωτίζουν τη στοματική κοιλότητα από μέσα. Σύγχρονα μοντέλα προβολέων προσφέρουν κατευθυντικό «σημειακό φωτισμό» που ακολουθεί την οπτική γραμμή του οδοντίατρου για καθαρή εικόνα ακριβώς αυτού που κοιτάζει.

**Φώτα οπτικών ινών:** Μπορούν να χρησιμοποιηθούν για να παρέχουν έναν μοναδικό φωτισμό χωρίς σκιές, απαραίτητο για περίπλοκες διαδικασίες (PacLights). Σήμερα όμως πολλά από τα εργαλεία του οδοντίατρου διαθέτουν φως δηλαδή μια μικρότερη, πιο εστιασμένη περιοχή φωτός που κινείται με το χέρι του οδοντίατρου, λειτουργώντας ως μια μορφή φωτισμού εργασίας.

### 10 συμβουλές για την επιλογή προβολέα για οδοντιατρική έδρα

1. Προβολέας για την οδοντιατρική καρέκλα που παρέχει αρκετό φως για να φωτίζει καθαρά τη στοματική κοιλότητα μια και αυτό σχετίζεται άμεσα με την ποιότητα εργασίας και υγεία των οφθαλμών.
2. Θερμοκρασία χρώματος από 4000K έως 5000K είναι ιδανικό, καθώς παρέχει φωτεινό, ψυχρό λευκό φως.
3. Ενεργειακή απόδοση: Ο προβολέας να είναι ενεργειακά αποδοτικός.
4. Ρυθμιζόμενη ικανότητα: Με ιδεώδες μήκος, γωνία, και κινητικότητα του βραχίονα, καθώς αυτό θα παρέχει μέγιστη ευελιξία και ευελιξία στην τοποθέτηση και μετακίνηση του προβολέα.
5. Ανθεκτικότητα: Επιλογή στιβαρής κατασκευής με αξιόπιστα εξαρτήματα για μακροχρόνια απόδοση. Ο προβολέας ιδεωδώς πρέπει να είναι LED 6 λαμπτήρων.
6. Συντήρηση: Ο προβολέας να καθαρίζεται και να συντηρείται για να εξασφαλισθεί βέλτιστη απόδοση με την πάροδο του χρόνου.
7. Ο προβολέας να παρέχει την καλύτερη σχέση ποιότητας-τιμής εντός του δεδομένου προϋπολογισμού.
8. Να είναι συμβατός με την οδοντιατρική έδρα και τον υπόλοιπο εξοπλισμό στην κλινική.
9. Να συνοδεύεται από εγγύηση.
10. Φιλικό προς το χρήστη χαρακτηριστικά όπως χειριστήρια αφής, ρυθμίσεις μνήμης και προγραμματιζόμενες λειτουργίες.

### Το στροβοσκοπικό φως στα IOS

Το στροβοσκοπικό φως (Εικ. 14) είναι ένα φως που αναβοσβήνει τακτικά, μερικές φορές τόσο γρήγορα όσο μία φορά κάθε λίγα χιλιοστά του δευτερολέπτου.

Χρησιμοποιείται στα IOS γιατί ο αισθητήρας λειτουργεί με χρόνο έκθεσης, τερματισμό της έκθεσης, ανάγνωση των δεδομένων και στη



συνέχεια χρόνο μεταφοράς. Εάν χρειάζεται 50 καρέ ανά δευτερολέπτο, τότε η έκθεση συν την ανάγνωση συν τον χρόνο μεταφοράς πρέπει να είναι μικρότερη από 1/50 του δευτερολέπτου (ιδεωδώς το στροβοσκοπικό 20V, 1 ampere για να παρέχει περισσότερο φωτισμό σε σύντομο χρονικό διάστημα).

Η συχνότητα του στροβοσκοπικού φωτός των 30Hz είναι επικίνδυνη για άτομα με φωτοευαίσθητη επιληψία, καθώς αυτή η συχνότητα εμπίπτει στην περιοχή των 5 έως 30 Hz που είναι πιο πιθανό να προκαλέσει επιληπτικές κρίσεις. Ακόμα και για άτομα χωρίς επιληψία, μπορεί να προκαλέσει δυσφορία, ζάλη, ναυτία, πονοκεφάλους, αποπροσανατολισμό, γνωστό ως ήλιγγο τρεμοπαίγματος, ζάλη ή ημικρανίες, και ο κίνδυνος αυξάνεται από παράγοντες όπως η κοντινή απόσταση θέασης ή η θέαση σε μεγάλη οθόνη. Η ένταση του φωτός και η αντίθεση μεταξύ των φωτεινών και σκοτεινών περιοχών του τρεμοπαίγματος μπορούν να αυξήσουν τον κίνδυνο.

### Συμπεράσματα

Η επιλογή του απαραίτητου φωτισμού για το δύσκολο, σκοτεινό και γεμάτο σκιές πεδίο εργασίας μας, έχει δεχθεί μεγάλες τεχνολογικές εξελίξεις ιδίως με την έλευση της τεχνολογίας LED. Υπάρχει όμως και αυξημένος κίνδυνος για την υγεία των οφθαλμών μας και σοβαρές βλάβες στην όρασή μας (που μπορεί να επέλθουν στα γεράματά μας). Ελπίζουμε το άρθρο μας να δώσει κίνητρο για ευαισθητοποίηση μας στην πλέον πολύτιμη λειτουργία μας, την όραση μας και φυσικά να βοηθήσει για βελτίωση της ποιότητας εργασίας μας για εμάς και τους ασθενείς μας.

### Βιβλιογραφία

- Sims AP, Roberts-Harry TJ, Roberts-Harry DP. The incidence and prevention of ocular injuries in orthodontic practice. Br J Orthod. 1993; 20(4):339-343.
- Lerman S.:Ocular phototoxicity. N Engl J Med. 1988;319:1475-1477.
- Liu IY, White L, LaCroix AZ.The association of age-re-

- lated macular degeneration and lens opacities in the aged. Am J Public Health. 1989;79: 765-769.
- Journal For Basic SciencesVolume 23, Issue 5, 2023 The Impact of Light Exposure on Dentists. Dr. A. Vinita Mary, S. Kailash Kumar, M. IlanilaCollege and Hospital, Chennai, India.
- Deveau et al: The global landscape of occupational exposure limits-implementation of harmonization principles to guide limit selection J. Occup. Environ. Hygiene, 12 (2015), pp. 127-144.
- B. Omidi, et al.: Intensity output and effectiveness of light curing units in dental offices J. Clin. Exp. Dent., 10 (2018), pp. 555-560.
- Periodontitis and macular degeneration: A systematic review: Avineet Kaur Harnoor Singh SandhuSurinder SachdevaRaman ChopraSandeep SinghKanwar Shabaz,IP International Journal of Periodontology and Implantology. 5(4):139-142, 2020
- Assessment of Relation between Periodontal Disease and Macular Degeneration: Mayur Parmar, Anand Bhalodi, Harpreet S Attwal, Amarvir Kaur, Rami Osseiran, Henna S Chavda. Journal of Pharmacy and Bioallied Sciences 16(Suppl 3):p S2238-S2240, July 2024
- Κωνσταντίνιδης, Χ. (2022). Επαγγελματικοί Κίνδυνοι & Εργονομία στην Οδοντιατρική. Αθήνα: Εκδόσεις Οδοντιατρικό Βήμα.

## DIA-BURS® IPR-01EF

### 0.19 mm ακρίβεια. Απόλυτος έλεγχος

Η λεπτότερη εγγλυφίδα IPR της MANI είναι εδώ για να προσφέρει καθαρή, προβλέψιμη και άνετη μείωση αδαμαντίνης στις μεσοδόντιες επιφάνειες. Με διάμετρο άκρου 0.19 mm και ελαχιστοποιημένη κωνικότητα, η IPR-01EF εξασφαλίζει σταθερότητα και ιδανικό τελείωμα.

**ΤΙ ΤΗΝ ΚΑΝΕΙ ΜΟΝΑΔΙΚΗ**

- Υπερλεπτή διάμετρος 0.19 mm
- Ελάχιστη ευκαμψία
- Ιδανική για περιοχές συνωστισμού
- Λείο, καθαρό τελείωμα
- Μειωμένος χρόνος εργασίας
- Κατάλληλη για ορθοδοντική χρήση

**ΧΡΗΣΗ** Τοποθέτηση αυχενικά, κίνηση προς την κοπτική επιφάνεια, παρειακά ή γλωσσικά.  
**Μέγιστη ταχύτητα: 160.000 min<sup>-1</sup>**

Πραγματοποιείται αδαμαντινοπλαστική, όταν χρειάζεται μικρή διόρθωση του οδοντικού περιγράμματος για αισθητικούς λόγους.

## Απλότητα. Ακρίβεια. MANI.

**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



# Παρουσίαση περίπτωσης



**Ελένη Αράδα**  
Μεταπτυχιακή φοιτήτρια 3ου έτους



**Μαρία Κουρή**  
Επίκουρη Καθηγήτρια ΕΚΠΑ

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

## Ιστορικό

Γυναίκα 52 ετών προσήλθε στην Κλινική Στοματολογίας και Νοσοκομειακής Οδοντιατρικής με κύριο παράπονο την παρουσία οιδήματος στην κάτω γνάθο αριστερά, συνοδευόμενο από ήπια συμπτωματολογία ήπιο πόνο και αίσημα βάρους διάρκειας ενός έτους. Ως προς το ατομικό ιατρικό ιστορικό, η ασθενής είχε διαγνωσθεί με καρκίνο μαστού, προ διατίτας, με συνοδές μεταστάσεις στο λαγόνιο οστό και στον μυελό των οστών.

Η ασθενής ελάμβανε ορμονοθεραπεία με λετροζόλη κατά τους τελευταίους τέσσερις μήνες, καθώς και αντιοστεολυτική αγωγή με δενοσουμάμπη για χρονικό διάστημα δύο ετών. Επιπλέον, είχε λάβει αντιαγγειογενετική θεραπεία με μπεβασιζουμάμπη επί δεκαοκτώ μήνες, η οποία είχε διακοπεί πέντε μήνες πριν την προσέλευση στην Κλινική μας.

Για την αντιμετώπιση του οιδήματος στην περιοχική της κάτω γνάθου, η ασθενής είχε προηγουμένως λάβει κεφπροζίλη, 500mg κάθε 12 ώρες και κλαριθρομυκίνη, 500 mg κάθε 12 ώρες, λόγω αλλεργίας στην πενικιλίνη, από τον θεράποντα οδοντίατρό της, με μόνο μερική και παροδική βελτίωση των συμπτωμάτων.

Κατά την κλινική ενδοστοματική εξέταση διαπιστώθηκε η παρουσία συριγγίου με συνοδή πυόρροια στην περιοχική του δεύτερου προγομφίου της κάτω γνάθου αριστερά, καθώς και αυξημένη κινητικότητα (βαθμού III) του συγκεκριμένου δοντιού (**Εικ. 1α**). Επιπλέον, καταγράφηκε ήπια κινητικότητα του πρώτου προγομφίου και του δεύτερου γομφίου της ίδιας περιοχής.

Στον ακτινογραφικό έλεγχο με πανοραμική ακτινογραφία παρατηρήθηκε ήπια διεύρυνση της lamina dura στην περιοχική του δεύτερου προγομφίου της κάτω γνάθου αριστερά (**Εικ. 1β**).

**Με βάση τα κλινικά και ακτινογραφικά ευρήματα καθώς και το ιατρικό ιστορικό της ασθενούς, ποια είναι η πιθανή θεραπευτική προσέγγιση:**

1. Μόνο παρακολούθηση της ασθενούς λόγω του βεβαρυμένου ιστορικού της.
2. Άμεση εξαγωγή του δεύτερου προγομφίου, χωρίς τροποποίηση της αγωγής της ασθενούς και χωρίς επικοινωνία με την ογκολόγο.
3. Εξαγωγή του δεύτερου προγομφίου υπό αντιβιοτική κάλυψη, χωρίς τροποποίηση της αγωγής της ασθενούς και χωρίς επικοινωνία με την ογκολόγο.
4. Εξαγωγή του δεύτερου προγομφίου υπό αντιβιοτική κάλυψη, κατόπιν συνεννόησης με την ογκολόγο και τροποποίησης της αντιοστεολυτικής αγωγής.

## Απάντηση

Η θεραπευτική προσέγγιση που ακολουθήθηκε ήταν εξαγωγή του δεύτερου προγομφίου



Εικ. 1α: Ενδοστοματικό συρίγγιο με συνοδή πυόρροια.



Εικ. 1β: Διεύρυνση της lamina dura του δεύτερου προγομφίου της κάτω γνάθου αριστερά.



Εικ. 2: Μερική κάλυψη από βλεννογόνο της περιοχής της εξαγωγής.

υπό αντιβιοτική κάλυψη, κατόπιν συνεννόησης με την ογκολόγο και τροποποίησης της αντιοστεολυτικής αγωγής.

Αναλυτικότερα:

Λόγω της κινητικότητας (βαθμού III) του δεύτερου προγομφίου στην κάτω γνάθο αριστερά, της παρατεταμένης έντονης φλεγμονής και του αυξημένου κινδύνου ανάπτυξης οστεονέκρωσης των γνάθων σχετιζόμενης με φάρμακα (Medication- Related Osteonecrosis of the Jaw – MRONJ), αποφασίστηκε να γίνει εξαγωγή του δοντιού μετά από ενημέρωση και συναίνεση της ασθενούς και κατόπιν συνεννόησης με την ογκολόγο και παράλειψη της χορήγησης της επόμενης προγραμματισμένης δόσης δενοσουμάμπης.

Στην ασθενή χορηγήθηκε κλαριθρομυκίνη, 500 mg κάθε 12 ώρες (έναρξη χορήγησης 2 ημέρες πριν την εξαγωγή) και ακολούθως πραγματοποιήθηκε εξαγωγή του δεύτερου προγομφίου με συρραφή των μαλακών ιστών και τοπική εφαρμογή γέλης κλωρεξιδίνης.

Μετά την εξαγωγή, η ασθενής δεν έλαβε

ξανά την αντιοστεολυτική αγωγή, καθώς η νόσος βρισκόταν σε ύφεση, συνέχισε την ορμονοθεραπεία με λετροζόλη, ενώ στην αντινεοπλασματική της αγωγή προστέθηκε και ριμποσικλίμπη έναν μήνα μετά την εξαγωγή.

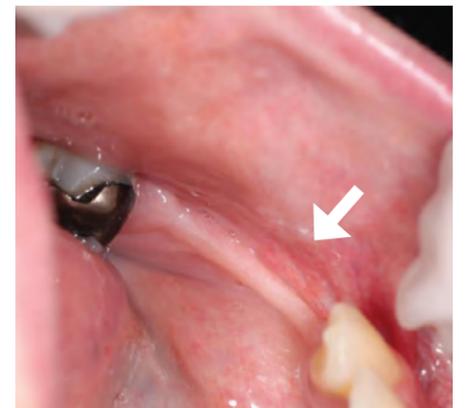
Η ασθενής τέθηκε σε παρακολούθηση ανά δύο εβδομάδες (συνολικά 6 επανεξετάσεις), όπου παρατηρήθηκε καθυστέρηση στην επούλωση του μετεξακτικού φατνίου, με παρουσία οιδήματος και συριγγίου, τα οποία αρχικά

φάνηκαν να ανταποκρίνονται σε συντηρητική αγωγή με εφαρμογή αντιμικροβιακών διαλυμάτων τοπικά και χορήγηση κλαριθρομυκίνης ανάλογα με την κλινική εικόνα της ασθενούς (**Εικ. 2**).

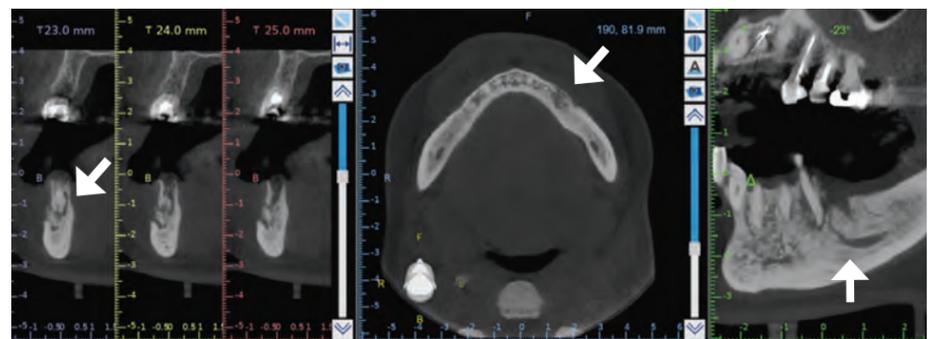
Έντεκα εβδομάδες μετά την εξαγωγή, παρατηρήθηκε εκτεθειμένο οστό στην περιοχική της εξαγωγής, χωρίς σημεία φλεγμονής, οπότε και τέθηκε η διάγνωση MRONJ, σταδίου I (**Εικ. 3α, Πίνακας 1**).



Εικ. 3α: Αποκεκαλυμμένο οστό στην περιοχική της εξαγωγής.



Εικ. 4: Πλήρης επούλωση του βλεννογόνου μετά από τον χειρουργικό καθαρισμό.



Εικ. 3β: Παραμονή της εικόνας του μετεξακτικού φατνίου, οστικές διαβρώσεις στην περιοχική των δοντιών #34-36, παρουσία οστικών απολυμάτων και υποπεριοστική εναπόθεση οστού παρειακά στην περιοχική του πρώτου προγομφίου.

ΠΙΝΑΚΑΣ 1. Σταδιοποίηση της MRONJ (σύμφωνα με το American Association of Oral and Maxillofacial Surgeons' Position Paper on Medication-Related Osteonecrosis of the Jaws-2022 Update)	
ΣΤΑΔΙΟ	ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ
0	Απουσία κλινικής ένδειξης νεκρωμένου οστού, μη ειδικά σημεία και συμπτώματα και ακτινογραφικά ευρήματα
I	Παρουσία εκτεθειμένου νεκρωμένου οστού ή ενδοστοματικού συριγγίου μέσα από το οποίο ανιχνεύεται οστό σε ασθενείς ασυμπτωματικούς, χωρίς σημεία φλεγμονής, το οποίο επιμένει για περισσότερο από οκτώ εβδομάδες
II	Παρουσία εκτεθειμένου νεκρωμένου οστού ή ενδοστοματικού συριγγίου μέσα από το οποίο ανιχνεύεται οστό σε ασθενείς συμπτωματικούς (με πόνο) και σημεία φλεγμονής, το οποίο επιμένει για περισσότερο από οκτώ εβδομάδες
III	Παρουσία εκτεθειμένου νεκρωμένου οστού ή ενδοστοματικού συριγγίου μέσα από το οποίο ανιχνεύεται οστό, το οποίο επιμένει για περισσότερο από οκτώ εβδομάδες, και επιπλέον παρουσία ενός ή περισσότερων από τα ακόλουθα σημεία: εκτεθειμένο νεκρωμένο οστό που εκτείνεται πέρα από τη φατνιακή απόφυση, παθολογικό κάταγμα, εξωστοματικό συρίγγιο, στοματοκολπική επικοινωνία και οστεόλυση που εκτείνεται έως το κατώτερο όριο της κάτω γνάθου ή το έδαφος του ιγμορείου

Συστήθηκε υπολογιστική τομογραφία κωκικής δέσμης (CBCT), στην οποία και διαπιστώθηκε παραμονή της εικόνας μετεξακτικού φατνίου, οστικές διαβρώσεις στην περιοχή των δοντιών #34–36, παρουσία οστικών απολυμάτων, καθώς και υποπεριοστική εναπόθεση οστού παρειακά στην περιοχή του πρώτου προγομφίου (Εικ. 3β).

Η ασθενής παραπέμφθηκε για χειρουργικό καθαρισμό της περιοχής. Κατά την επανεξέταση, έξι μήνες μετά την επέμβαση, παρατηρήθηκε πλήρης επούλωση των ιστών χωρίς υπολειπόμενη συμπτωματολογία (Εικ. 4).

### Συζήτηση

Η σχετιζόμενη με φάρμακα οστεονέκρωση των γνάθων (MRONJ) αποτελεί μια κλινική οντότητα που χαρακτηρίζεται από την παρουσία εκτεθειμένου οστού ή οστού ανικνεύσιμου μέσω συριγγίου, το οποίο επιμένει για περισσότερο από οκτώ εβδομάδες, σε ασθενείς με ιστορικό λήψης αντιοστεολυτικών παραγόντων ή/και αναστολέων αγγειογένεσης, χωρίς προηγηθείσα ακτινοθεραπεία στην περιοχή κεφαλής και τραχήλου ή παρουσία μεταστάσεων στις γνάθους.

Η δενοσουμάμπη είναι ένα μονοκλωνικό, anti-RANKL αντίσωμα, με μηχανισμό δράσης παρόμοιο με αυτόν της οστεοπροτεγερίνης (OPG). Μέσω της αναστολής της αλληλεπίδρασης RANKL–RANK στην επιφάνεια των οστεοκλαστών, η δενοσουμάμπη διαταράσσει τη φυσιολογική οστική αναδιαμόρφωση, οδηγώντας σε μείωση της οστικής απορρόφησης.

Η μπεβασιζουμάμπη, είναι ένα anti- Vascular Endothelial Growth Factor(anti-VEGF) μονοκλωνικό αντίσωμα, το οποίο δρα αναστέλλοντας την αγγειογένεση καθώς δεσμεύει τον παράγοντα αγγειογένεσης (Vascular Endothelial Growth Factor VEGF) και μειώνει τον σχηματισμό νέων αιμοφόρων αγγείων. Η μειωμένη αγγείωση των οστών των γνάθων συνεπάγεται καθυστερημένη επούλωση.

Η επίπτωση της MRONJ είναι χαμηλότερη σε ασθενείς που λαμβάνουν αποκλειστικά αντιαγγειογενετικούς παράγοντες χωρίς ιστορικό λήψης αντιοστεολυτικής αγωγής, ενώ αυξάνεται σε ασθενείς που λαμβάνουν συνδυασμό αντιοστεολυτικών παραγόντων και αναστολέων αγγειογένεσης, πιθανώς λόγω της συνεργικής δράσης αναστολής της οστικής αναδιαμόρφωσης και της αγγειογένεσης, με αποτέλεσμα τη μειωμένη ικανότητα επούλωσης και την περιορισμένη αιμάτωση, οδηγώντας σε συνθήκες που ευνοούν στην εγκατάσταση της MRONJ.

Η θεραπεία της MRONJ μπορεί να είναι συντηρητική ή/και χειρουργική και εξατομικεύεται ανάλογα με το στάδιο της νόσου. Στα αρχικά στάδια εφαρμόζεται στοματική υγιεινή με αντισηπτικά διαλύματα (π.χ. κλωρεξιδίνη 0,12–0,2%), τακτική παρακολούθηση και έλεγχος του πόνου ενώ σε παρουσία λοίμωξης χορηγείται συστηματικά αντιβιοτική αγωγή. Επιπλέον, μπορεί να απαιτηθεί χειρουργική εκτομή του νεκρωτικού οστού. Η πιθανότητα διακοπής της αντιοστεοκλαστικής ή αντιαγγειογενετικής αγωγής (drug holiday), εξετάζεται σε συνεργασία με τον ογκολόγο εφόσον το επιτρέπει η γενική κατάσταση του ασθενούς.

### Συμπεράσματα

Η MRONJ αποτελεί μια δυνητικά σοβαρή επιπλοκή με σημαντική επίπτωση στην ποιότητα ζωής των ασθενών. Αν και συσχετίζεται κυρίως με την αντιοστεολυτική αγωγή, ο συνεχώς αυξανόμενος αριθμός φαρμάκων που ενοχοποιούνται για την εμφάνισή της διευρύνει τον πληθυσμό υψηλού κινδύνου.

Η έγκαιρη διάγνωση και η ορθή διαχείρι-

ση της MRONJ απαιτούν στενή συνεργασία μεταξύ διαφορετικών ιατρικών ειδικοτήτων. Στο πλαίσιο αυτό, ο οδοντίατρος – γενικός και εξειδικευμένος – διαδραματίζει καθοριστικό ρόλο τόσο στην πρόληψη, όσο και στη διάγνωση και θεραπεία της επιπλοκής.

### Ενδεικτική Βιβλιογραφία:

1. Ruggiero SL, Dodson TB, Aghaloo T, Carlson ER, Ward BB, Kademani D. American Association of Oral and Maxillofacial Surgeons' Position Paper on Medication-Related Osteonecrosis of the Jaws-2022 Update. J Oral Maxillofac Surg. 2022 May;80(5):920-943. doi: 10.1016/j.joms.2022.02.008. Epub 2022 Feb 21. PMID: 35300956.
2. Pakosch D, Papadimas D, Munding J, Kawa D, Kriwalsky MS. Osteonecrosis of the mandible due to anti-angiogenic agent, bevacizumab. Oral

Maxillofac Surg. 2013 Dec;17(4):303-6. doi: 10.1007/s10006-012-0379-9. Epub 2012 Dec 16. PMID: 23242941.

3. van Cann T, Loyson T, Verbiest A, Clement PM, Bechter O, Willems L, Spriet I, Coropciuc R, Politis C, Vandeweyer RO, Schoenaers J, Debruyne PR, Dumez H, Berteloot P, Neven P, Nackaerts K, Woei-A-Jin FJSH, Punie K, Wildiers H, Beuselink B. Incidence of medication-related osteonecrosis of the jaw in patients treated with both bone resorption inhibitors and vascular endothelial growth factor receptor tyrosine kinase inhibitors. SupportCareCancer. 2018 Mar;26(3):869-878. doi: 10.1007/s00520-017-3903-5. Epub 2017 Sep 30. PMID: 28963584.
4. Moon C, Kim H, Park JH, Park W, Kim HJ, Jung YS, Kim JY. High-dose denosumab (Xgeva®) Associated Medication-Related Osteonecrosis of the Jaws (MRONJ): incidence and clinical characteristics in a retrospective analysis of 1278 patients.

SupportCareCancer. 2024 Nov 5;32(12):774. doi: 10.1007/s00520-024-08974-6. PMID: 39499349.

5. Ferrari-Lacraz S, Ferrari S. Do RANKL inhibitors (denosumab) affect inflammation and immunity? Osteoporos Int. 2011 Feb;22(2):435-46. doi: 10.1007/s00198-010-1326-y. Epub 2010 Jun 23. Erratum in: Osteoporos Int. 2011 Feb;22(2):739. PMID: 20571772.
6. Yokoo S, Kubo S, Yamamoto D, Ikeda M, Yamashita T, Yoshikawa K, Mese H, Ohara S. Denosumab Dosage and Tooth Extraction Predict Medication-Related Osteonecrosis of the Jaw in Patients with Breast Cancer and Bone Metastases. Cancers (Basel). 2025 Jul 4;17(13):2242. doi: 10.3390/cancers17132242. PMID: 40647539; PMCID: PMC12249028.

**OSSTEM<sup>®</sup> IMPLANT**

**Οδοντοεμπορική**

*Together Has No Limits*

**Το εμφύτευμα με τις περισσότερες πωλήσεις στον κόσμο από το 2017**

**τώρα στην Ελλάδα από την Οδοντοεμπορική Καλλιθέας**

2109572770 - 771

odontemporiki@gmail.com

Παναγή Τσαηδάρη 211, Καλλιθέα

www.odontemporiki.gr

## «ΕΠΙ ΤΟΥ ΠΕΔΙΟΥ»

Αρχή παιδείσεως ή τῶν ὀνομάτων ἐπίσκεψις  
(Αντισθένης 455-360 π.χ.)

Η διαχρονική μας παρουσία στο φιλόξενο «Οδοντιατρικό Βήμα» μας έδωσε τη δυνατότητα της δημοσίευσης σημαντικών κεφαλαίων της Παθολογικής Φυσιολογίας του Στοματογναθικού Συστήματος.

Έχοντας κατά νου τα λεγόμενα του αρχαίου Έλληνα φιλοσόφου που σε ελεύθερη απόδοση σημαίνουν ότι, «Προϋπόθεση της μόρφωσης, της παιδείας, της εκπαίδευσης κ.λ.π. είναι η κατανόηση και ενσυναίσθηση του περιεχομένου της επιστήμης ή του αντικειμένου που προτιθέμεθα να σπουδάσουμε». Τούτων λελθέντων πιστεύοντας πως έχοντας ήδη αναδείξει σημαντικά κεφάλαια του χώρου που υπηρετούμε, οι συνάδελφοι και φίλοι αναγνώστες που «επιμένουν» να μας διαβάζουν, απέκτησαν μια πλήρη και σαφή εικόνα



**Βύρων Δρούκας**

Ομότιμος Καθηγητής  
Τμ. Οδοντιατρικής ΕΚΠΑ

του αντικειμένου. Σκεφτήκαμε ακόμη ότι η «Altera Parents» των Λατίνων, δηλαδή η άλλη πλευρά, θα ήταν η μετάδοση της γνώσης από την θεωρία στην πράξη. Με τη σύμφωνη λοιπόν, γνώμη του υπεύθυνου έκδοσης και φίλου κ. Όθωνα Γκότση αποφασίσαμε ότι για το επόμενο διάστημα, θα δημοσιεύουμε και θα αναλύουμε πραγματικά περιστατικά ασθενών με λειτουργικές διαταραχές του Στοματογναθικού Συστήματος (ΣΣ), που παρουσιάζουν ενδιαφέρον.

Η παρουσίαση των περιστατικών σε γενικές γραμμές θα ακολουθεί το εξής σχήμα:

Α) Προσέλευση του ασθενούς με ή χωρίς παραπεμπτικό. Δημογραφικά στοιχεία (φύλο-ηλικία).

Β) Αναμνηστικό ιστορικό

Γ) Κλινική εξέταση

Δ) Διαφορική Διάγνωση-Διάγνωση

Ε) Πρωτόκολλο θεραπείας

ΣΤ) Συζήτηση

Στην συζήτηση θα γίνονται εν συντομία θεωρητικά σχόλια προγενέστερων δημοσιεύσεων έχοντας σχέση με το περιστατικό που περιγράφουμε, έτσι ώστε ο αναγνώστης να κατανοεί πληρέστερα την αιτιοπαθογένεια του περιστατικού. Επίσης, η βιβλιογραφία λόγω της ιδιαιτερότητας της δημοσίευσης θα είναι ολιγάριθμη.

## Ασθενής με πόνο στις Κροταφογναθικές Διαρθρώσεις (ΚΓΔ), ανοιχτή δήξη και αναστολή της κινητικότητας της κάτω γνάθου (ΚΓ)

### ΠΑΡΑΠΕΜΠΤΙΚΟ

Νεαρή ασθενής ηλικίας 24 ετών προσήλθε χωρίς παραπεμπτικό παραπονούμενη κυρίως για πόνο στις ΚΓΔ ιδιαίτερα κατά τη διάρκεια της μάσησης και αδυναμία τέλεσης των λειτουργικών κινήσεων της ΚΓ.

### ΑΝΑΜΝΗΣΤΙΚΟ ΙΣΤΟΡΙΚΟ

Η ασθενής είχε επισκεφθεί προ διετίας τον οδοντίατρο της παραπονούμενη για τα προαναφερθέντα συμπτώματα με επίκεντρο κυρίως τις ΚΓΔ. Ο οδοντίατρος απέδωσε τα συμπτώματα στην μετατόπιση των διαρθρικών δίσκων και εφοδίασε την ασθενή με ενδοστοματικό νάρθηκα ολικής επικάλυψης (ή νάρθηκα σταθεροποίησης) (εικ. 1α και εικ. 1β) στην άνω γνάθο και δόθηκαν σχετικές οδηγίες.

Η χρήση του νάρθηκα σύμφωνα με την αφήγηση της ασθενούς επιδείνωσε τα συμπτώματά της. Συμπληρωματικά της δόθηκαν ασκήσεις αποβλέποντας στην βελτίωση των λειτουργικών κινήσεων της ΚΓ. Η κατάσταση της ασθενούς επιδεινώθηκε έτι περαιτέρω και ως εκ τούτου αποφασίστηκε η κατασκευή και τοποθέτηση δεύτερου νάρθηκα τύπου Farrar (ή νάρθηκα μετατόπισης) (εικ. 2α και 2β). Ο νάρθηκας Farrar αύξησε περισσότερο την ήδη προϋπάρχουσα ανοιχτή δήξη αυξάνοντας παράλληλα και τον πόνο. Ακολούθως η θεραπεία διεκόπη εκ μέρους της ασθενούς με τα αρχικά προβλήματα περαιτέρω επιδεινούμενα.

### ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΞΕΤΑΣΗ

Η κλινική εξέταση έγινε σύμφωνα με το πρωτόκολλο ρουτίνας που ακολουθούν οι κλινικές Στοματοπροσωπικού Πόνου.

#### Αναλυτικότερα:

- Ενδοστοματική και εξωστοματική ψηλάφηση των μαστιγίων μυών και των ΚΓΔ.
- Εξέταση του βλεννογόνου και της σύγκλεισης.

Η ψηλάφηση των μαστιγίων μυών θα πρέπει να μας δίνει πληροφορίες σχετικά με τον πόνο, με τον όγκο και τη σύστασή του. Η αντίδραση των μυών αξιολογείται σύμφωνα με την αντίδραση του ασθενούς. Θετικά ευρήματα κατά την ψηλάφηση πρέπει να θεωρούνται:

- Απλές αναφορές του ασθενούς μεταξύ αριστερής και δεξιάς πλευράς.



Εικ. 1: (1α) Έξω επιφάνεια νάρθηκα σταθεροποίησης ή νάρθηκα ολικής επικάλυψης. Στη μαστική επιφάνεια παρατηρούμε εντυπώματα των ανταγωνιστικών δοντιών της κάτω γνάθου που δεν θα έπρεπε να υπάρχουν. Επίσης στην τομική περιοχή του νάρθηκα παρατηρούμε ένα κεκλιμένο επίπεδο το οποίο επίσης δεν θα έπρεπε να υπάρχει καθ' όσον σε συνδυασμό με τα εντυπώματα της μαστικής επιφάνειας του νάρθηκα εμποδίζει τις ελεύθερες προσθιοπλάγιες κινήσεις της κάτω γνάθου. (1β) Βλέπουμε την εσωτερική επιφάνεια του ίδιου νάρθηκα.



Εικ. 2: (2α) Εξωτερική επιφάνεια του νάρθηκα μετατόπισης ή νάρθηκα τύπου Farrar. Η κατασκευή του, προσομοιάζει με εκείνη του νάρθηκα σταθεροποίησης με εντονότερη κλίση του πρόσθιου επικλινούς επιπέδου το οποίο υποτίθεται ότι οδηγεί την κάτω γνάθο σε θέση εντός της κροταφικής γλήνης στην οποία υποτίθεται ότι δεν εκδηλώνεται το clicking. (2β) Βλέπουμε την εσωτερική επιφάνεια του νάρθηκα μετατόπισης.

- Αν η ψηλάφηση προκαλεί αντανακλαστική αντίδραση των ματιών
- Αν ο ασθενής αναφέρει έντονο πόνο κατά την ψηλάφηση

### ΕΞΩΣΤΟΜΑΤΙΚΗ ΨΗΛΑΦΗΣΗ

- **Εν τω βάθει μοίρα του μαστιγίου**  
Ψηλαφάται αμφοτερόπλευρα
- **Κροταφίτης. Έκφωση και κύρια μάζα του μυός.**  
Επίσης ψηλαφάται αμφοτερόπλευρα
- **Στερνοκλειδομαστοειδής**  
Κατά προτίμηση ψηλαφάται αμφοτερόπλευρα

- **Τραπεζοειδής**  
Ψηλαφάται εύκολα όταν ο ασθενής σκύψει το κεφάλι

### ΕΝΔΟΣΤΟΜΑΤΙΚΗ ΨΗΛΑΦΗΣΗ

- **Επιπολής μοίρα του μαστιγίου**  
Ψηλαφάται καλύτερα μόνο από τη μία πλευρά ξεχωριστά
- **Κατάφωση του κροταφίτη**  
Ψηλαφάται ευκολότερα εάν ο ασθενής κάνει ελαφρά πλαγιολίσθηση της ΚΓ προς την πλευρά που ψηλαφάται
- **Έξω πτερυγοειδής**  
Είναι δυσκολοπρόσιτος και μόνο η κάτω

μοίρα του μπορεί να ψηλαφηθεί. Η ψηλάφηση διευκολύνεται με ελαφρά ολίσηση της γνάθου του ασθενούς προς την πλευρά που ψηλαφάται.

#### • Έξω πτερυγοειδής

Ψηλαφάται με τον δείκτη στην έξω επιφάνεια του κλάδου της ΚΓ με αφετηρία την έξω πλευρά της γωνίας.

#### • Μύες του εδάφους του στόματος

Η ψηλάφηση τους γίνεται με τα δύο δάχτυλα. Με τον δείκτη ενδοστοματικά και τον αντίχειρα εξωστοματικά. Στο έδαφος του στόματος οι υπάρχοντες μπορεί να δώσουν εσφαλμένα θετικά ευρήματα (Carlsson and Magnusson, 1984).

Η αξιολόγηση από την ενδοστοματική ψηλάφηση και εξωστοματική της ασθενούς έγινε με τους δείκτες του Helkimo (Helkimo 1974). (αναλυτική αναφορά και περιγραφή των δεικτών του Helkimo έγινε σε προηγούμενο φύλλο του Οδοντιατρικού Βήματος).

Ο αναμνηστικός δείκτης δυσλειτουργίας Αι βρέθηκε να είναι Αι ΙΙ, που σημαίνει έντονα συμπτώματα, ενώ ο κλινικός δείκτης Δι βρέθηκε να είναι Δι ΙΙΙ, δηλαδή βαριά δυσλειτουργία. Ακολούθησε η εξέταση της στατικής και λειτουργικής σύγκλεισης της ασθενούς. Η εξέταση της στατικής ή δυναμικής σύγκλεισης αποκάλυψε δύο μόνον οδοντικές επαφές μεταξύ των ανταγωνιστών γομφίων αμφοτερόπλευρα καθώς και σημαντική ανοιχτή δήξη. Η εξέταση της λειτουργικής σύγκλεισης και κατ'επέκταση των λειτουργικών κινήσεων της ΚΓ αποκάλυψε σχετική αδυναμία στην εκτέλεσή τους ενώ η μέγιστη κατάσπαση της ΚΓ ήταν 25 και ως έναντι των 40-42 που είναι το κατώτερο φυσιολογικό όριο. Από την ακρόαση με σπηθοσκόπιο και ψηλάφηση των ΚΓΔ δεν προέκυψε κανενός είδους ήχων (clicking ή crepitis), όπως αναμενόταν.

### ΔΙΑΦΟΡΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ-ΔΙΑΓΝΩΣΗ

Μετά τη λήψη του αναμνηστικού ιστορικού, της διευκρινιστικής ερωτήσεως και την κλινική εξέταση, ακολουθεί η αξιολόγηση των δεδομένων που συνελέγησαν με πρώτο και σπουδαιότερο τον πόνο της ασθενούς. Ο πόνος στο πρόσωπο, στο ΣΣ γενικότερα έχει δύο πηγές προέλευσης, τους μύς της περιοχής και τις ΚΓΔ. Στην προκειμένη περίπτωση η ασθενής περι-

γράφει τον πόνο ως βύθιο εντοπιζόμενο στις ΚΓΔ με προβολικές ζώνες την πλάγια προσωπική χώρα. Η επιδείνωση του πόνου σε πρώτη εκτίμηση και σε συνδυασμό με την μειωμένη κατάσταση της κάτω γνάθου παραπέμπει σε πρώτη εκτίμηση την πιθανότητα πρόσθιας μετατόπισης του δίσκου χωρίς επαναφορά. Θα πρέπει βεβαίως να αποκλειστούν καταστάσεις με σχεδόν παρόμοια κλινική εικόνα όπως π.χ. η υπερτροφία της κορωναοειδούς αποφύσεως, η οποία στην περίπτωση μας αποκλείστηκε ακτινογραφικά, αλλά και κλινικώς από την απουσία διαταραχών στην σύγκλιση που μεταξύ άλλων προκαλεί το σύνδρομο αυτό. Επίσης άλλες μορφές δομικών μεταβολών όπως π.χ. η αγκύλωση της ΚΓΔ. Ο χαρακτήρας του πόνου (βύθιος) της ασθενούς απέκλεισε άλλες μορφές πόνου όπως ο νευροπαθητικός πόνος κεντρικής ή περιφερικής αιτιολογίας. Οφειλόμενος σε βλάβη του κεντρικού ή του περιφερικού νευρικού συστήματος και που μεταξύ άλλων καταστάσεων χαρακτηρίζει την νευραλγία του τριδύμου του γλωσσοφαρυγγικού και άλλων νευραλγικών συνδρόμων. Θα προσθέταμε επίσης, ότι η σαφής γνώση των ποιοτικών χαρακτηριστικών του πόνου αναμφίβολα και βοηθά να αποκλείσουμε καταστάσεις με πόνο παρόμοιας μορφής.

Διαγνωστικά θα μπορούσαμε με μεγάλη προσέγγιση να χαρακτηρίσουμε την περίπτωση της ασθενούς ως ενδαρθρική διαταραχή οφειλόμενη σε πρόσθια μετατόπιση χωρίς επαναφορά. Δευτερευόντως προστίθεται και ο μυϊκός παράγων και η ανοικτή δήξη ως επιπλέον επιβαρυντικούς παράγοντες που ενισχύουν τον πόνο. Ο έλεγχος του βλενογόνου και της σύγκλεισης αποκάλυψε επίσης την ύπαρξη φρυγμού ο οποίος σε συνδυασμό με τις ελάχιστες οδοντικές επαφές λόγω της ανοικτής δήξης κρίθηκαν ως επιπλέον ενισχυτικοί παράγοντες του πόνου.

### ΠΡΩΤΟΚΟΛΛΟ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ

Μετά τον οφειλόμενο εφρουασμό της ασθενούς για τον καλοήθη χαρακτήρα της πάθησης, τονίστηκε ο συμμετοχικός χαρακτήρας στην θεραπευτική αγωγή. Δηλαδή ένα μέρος της θεραπείας επιτελείται από τον ιατρό, ένα δεύτερο από τον ασθενή και ένα από κοινού. Πρώτο θεραπευτικό βήμα ήταν η κατασκευή και τοποθέτηση ενδοστοματικού νάρθηκα ολικής επικάλυψης ύψους περίπου 3 mm. Παράλληλα εφαρμόσαμε T.E.N.S. ήτοι Διαδερματικές Ηλεκτρικές Διεγέρσεις για την καταστολή και τον έλεγχο του πόνου. Δόθηκαν οδηγίες για τη χρήση του νάρθηκα αυξάνοντας σταδιακά τον χρόνο χρήσεώς του έως και 14 ώρες συμπεριλαμβανομένων και εκείνων του ύπνου.

Μετά από δύο περίπου μήνες αναμενόμενης χαλάρωσης και ύφεσης του πόνου, επιχειρήσαμε συστηματικά την ανάταξη του διάρθριου δίσκου στη φυσιολογική θέση και σχέση με την κροταφική γλήνη μέσω χειροπρακτικών χειρισμών. Παράλληλα ξεκίνησε η διδασκαλία και εφαρμογή από την ασθενή ειδικών για την περίπτωση ασκήσεων (ασκήσεις αντίστασης). Η συνδυασμένη δράση της χειροπρακτικής παράλληλα με τις πλάγιες δυναμικές ασκήσεις, η συστηματική ρύθμιση του νάρθηκα και οι αναλγητικές δράσεις του TENS με μικρές αλλαγές και τροποποιήσεις, σε βάθος δύο ετών και πλέον αποκατέστησαν τη φυσιολογική λειτουργία του Σταματογναθικού συστήματος. Παρέμενε όμως το πρόβλημα της ανοικτής δήξης η οποία ασφαλώς επηρέαζε τη μάσηση καθιστώντας την ατελή.

Η ασθενής μετά τη λειτουργική αποκατάσταση του ΣΣ και την καταστολή του πόνου συζήτησε κατά πόσο θα ήταν εφικτή η απόδοση περισσότερων οδοντικών επαφών και στους πρώτους γομφίους αμφοτερόπλευρα.

Πλην εξαιρέσεων είμαστε κάθετα αντίθετοι σε κάθε μορφή εκλεκτικού τροχισμού στα φυσικά δόντια όπως έχουμε αιτιολογήσει σε

προγενέστερες δημοσιεύσεις. Δεχθήκαμε το αίτημα «πρόκληση» όταν η συνεργασία μας με ορθοδοντικό συνάδελφο απέκλεισε την πιθανότητα ορθοδοντικής αποκατάστασης. Η ασθενής ενημερώθηκε για πιθανά προβλήματα που θα μπορούσαν να προκύψουν από τον εκλεκτικό τροχισμό και με τη σύμφωνη γνώμη της προχωρήσαμε στην λήψη αποτυπωμάτων και την κατασκευή δύο ζευγών εκμαγείων τα οποία αναρτήσαμε σε ημιπροσαρμολύσιμο αρθρωτήρα Hanau H2 με σταθερές αποκλίσεις (προσωπική κονδυλική ατραπός 30° και πλανητική κονδυλική ατραπός 25°. Ακολούθως προηγήθηκε εκλεκτικός τροχισμός στα αναρτημένα εκμαγεία και σταδιακά επεκτάθηκε στα φυσικά δόντια. Η διαδικασία τροχισμού «περιορίστηκε» στα κεκλιμένα επίπεδα των δεύτερων γομφίων προσέχοντας να μη θίξουμε τις κορυφές των λειτουργικών φυμάτων μεταξύ των ανταγωνιστών αμφοτερόπλευρα.

Η παρέμβασή μας έγινε σταδιακά με μία συνεδρία το πολύ ανά εβδομάδα έτσι ώστε να δοθεί χρόνος προσαρμογής του ΚΝΣ με τη βοήθεια των αισθητικών υποδοχέων των ΚΓΔ και του περιοδοντίου, έτσι ώστε να προκύψει απόλυτη ισορροπία της κιναισθητικής εικόνας με την νέα συγκλεισιακή κατάσταση. Σε βάθος περίπου δύο μηνών αποκαταστήσαμε οδοντικές επαφές και στους πρώτους γομφίους γεγονός που αφ' ενός βελτίωσε τη μάσηση ελαφρώς και την ανοικτή δήξη. Η ασθενής έκτοτε παρακολουθείται σε τακτά διαστήματα. Εξακολουθεί να χρησιμοποιεί τον νάρθηκα για τον έλεγχο του θρυγμού, όχι όμως σε καθημερινή βάση για την αποφυγή εξάρτησης. Η βελτίωση της ανοικτής δήξης αποτελεί κίνητρο αλλά και προϋπόθεση για την τοποθέτηση επενθέτων προσθέσεων στους δεύτερους προγόμφιους αμφοτερόπλευρα για την περαιτέρω συγκλεισιακή και αισθητική βελτίωση της ασθενούς η

οποία και το πρότεινε. Σε ένα τέτοιο πιθανό εγχείρημα θα προηγηθεί εκ νέου η σχετική μελέτη και ανάλυση και πάλι σε αρθρωτήρα του ίδιου τύπου.

### ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Ένα σωστό σχέδιο θεραπείας προϋποθέτει σωστή διάγνωση η οποία θα έχει προηγουμένως αποκλείσει άλλες παθολογικές καταστάσεις, οι οποίες θα μπορούσαν να έχουν παρόμοια κλινική εικόνα και συμπτώματα.

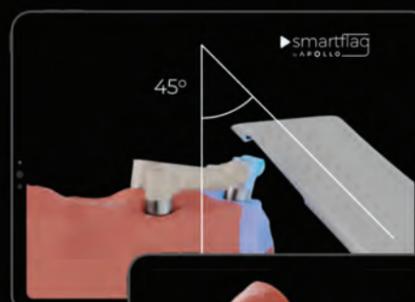
Ο περιορισμένος χώρος δημοσίευσης δεν επιτρέπει εκτενέστερη ανάλυση του περιστατικού. Έτσι θα σχολιάσουμε ακροθιγώς τα σημαντικότερα και πλέον ουσιώδη στοιχεία του. Ο πόνος στο πρόσωπο και στις αρθρώσεις, ο περιορισμός τη κινητικότητας της κάτω γνάθου, η

Συνέχεια στη σελίδα 30




## IOS ολοκληρωμένες ψηφιακές λύσεις για εμφυτευματικά περιστατικά all-on-x Ανοιχτές βιβλιοθήκες ExoCad & 3shape






### Ανακαλύψτε τα πλεονεκτήματα

Τ Ω Ν S M A R T F L A G B Y A P O L L O ®

- 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







Συνέχεια από τη σελίδα 29

μερική ή η πλήρη αναστολή της κατάσπασης της κάτω γνάθου κ.λ.π., δεν σημαίνουν απαραίτητα πρόσθια μετατόπιση του διάρθριου δίσκου χωρίς επαναφορά. Η ίδια εικόνα μπορεί να οφείλεται σε διαφορετικές αιτίες, διαφορετική παθογένεια, πρωτόκολλο θεραπείας και πρόγνωση.

#### «Επί του πεδίου λοιπόν»

- A)** Όπως δείχνει η **εικόνα 1** ο αρχικός νάρθηκας της ασθενούς δεν πληροί τα κριτήρια κατασκευής ενός σωστού νάρθηκα ολικής επικάλυψης.
- B)** Η εξαρχής διάγνωση δεν είχε αποκλείσει τις άλλες πιθανές παθολογικές καταστάσεις με την ίδια σημειολογία, κλινική εικόνα, δι-

αφορετικό όμως πρωτόκολλο θεραπείας και πρόγνωση.

- Γ)** Η αντικατάσταση του αρχικού νάρθηκα με τον νάρθηκα Farrar (1972) ή νάρθηκα μετατόπισης (δημοφιλής κατά τη δεκαετία του '70) δημιούργησε επιπλέον προβλήματα. Η ένδειξη εφαρμογής του περιορίζεται σε ασθενείς με μετατόπιση του δίσκου με επαναφορά. Τοποθετείται στην άνω γνάθο για την επανατοποθέτησή του δίσκου στη φυσιολογική του θέση. Η ΚΓ φέρεται σε πρόσθια θέση με τη βοήθεια ενός επικλινούς επιπέδου. Η χρήση του ενέχει κινδύνους μη αντιστρεπτών μεταβολών στη σύγκλιση και στην κροταφική γλήνη. Πολλές έρευνες απέδειξαν ότι στην πλειονότητά τους τα συμπτώματα επανεμφανίζονται (westesson και Lundh 1988, Δρούκας 2024) και ασφαλώς δεν αποτελεί ένδειξη

τοποθέτησης σε πρόσθια μετατόπιση χωρίς επαναφορά. Νάρθηκας εκλογής παραμένει ο επίπεδος νάρθηκας σύμφωνα με την προσωπική μας άποψη. Η προσαρμοστική ικανότητα των ΚΓΔ είναι πολύ υψηλή και στις περιπτώσεις μετατόπισης του δίσκου, μεταβολές στα ινίδια και στις περιοχές της υαλίνης που περιέχονται στα κύτταρα του δίσκου θα αναπτυχθούν στην οπίσθια προσκόλλησή του. Η αναδιάρθρωση της ΚΓΔ λόγω των ενδοαρθρικών μεταβολών με τη μορφή ανοιχτής δέξης μπορεί να οφείλεται σε μειωμένη συστολή των μασπτήριων μύων οπότε ο μασπτήρας, ο κροταφίτης και ο έσω πτερυγοειδής έλκουν τη ΚΓ προς τα άνω και εμπρός (Marbach και Spiera 1967).

- Δ)** Η χορήγηση ασκήσεων ευεργετικής διάνισης (stretching) που αποβλέπουν στον απεγκλωβισμό του «μπλοκαρισμένου» δίσκου,

εκτός από την επαύξηση του πόνου, προκαλούν συνήθως και συχνά διάρρηξη του δίσκου και στην συνέχεια εκφυλιστικές διαταραχές με τη μορφή της οστεοαρθρίτιδας. Η ανάταξη του διάρθριου δίσκου επιχειρείται με ειδικούς χειρισμούς (χειροπρακτική) παράλληλα με προοδευτική ύψωση του νάρθηκα για την επίτευξη μέγιστης χαλάρωσης η οποία θα διευκολύνει σημαντικά του χειρισμούς ανάταξης. Ένα επιπλέον παθογενετικό στοιχείο που πρέπει να γνωρίζουμε είναι η μετάπτωση του δίσκου δεν επισυμβαίνει πάντοτε σε θέση προολίσθησης. Υπάρχουν 5 διαφορετικές θέσεις μετατόπισης π.χ. οπίσθια, πλάγια κ.λ.π. (σχετική δημοσίευση έγινε στο προηγούμενο φύλλο του «Οδοντιατρικού Βήματος»). Σε αυτές τις περιπτώσεις πράγματι η επαναφορά του δίσκου είναι προβληματική. Η εναλλακτική προτεινόμενη χειρουργική παρέμβαση, μας βρίσκει εξαιρετικά αντίθετους όπως αναλυτικά και τεκμηριωμένα έχουμε επισημάνει σε προηγούμενες δημοσιεύσεις στην αγαπητή εφημερίδα.

**Συμπερασματικά** θα λέγαμε ότι το μεγάλο φάσμα και η ποικιλομορφία των παθήσεων οι οποίες πρωτογενώς ή δευτεροπαθώς εστιάζονται στις ΚΓΔ και στο Στοματογοναθικό σύστημα γενικότερα μας καθιστά εξαιρετικά υπεύθυνους και ιδιαίτερως στο πεδίο της διαφορικής διάγνωσης. Η λήψη θεραπευτικών μέτρων που δεν συνοδεύεται από σωστή διάγνωση οδηγεί σε ανεπιθύμητες καταστάσεις τόσο στον ασθενή όσο και στον ιατρό. Ένα κλασικό παράδειγμα μεταξύ πολλών άλλων, θα μπορούσε να αποτελέσει η απόδοση μια κεφαλαλγίας σε βρυγμό, ενώ η αιτία της ενδεχομένως να εστιάζεται σε ενδοκρανιακές διεργασίες ή άλλες γενικότερες παθολογικές καταστάσεις αποτελώντας δευτεροπαθή μορφή κεφαλαλγίας. Άλλο ένα παράδειγμα είναι η περίπτωση της κροταφικής αρθρίτιδας η οποία σε πρώιμα στάδια υποδέεται κλασική περίπτωση και εικόνα μυϊκού τύπου διαταραχής του ΣΣ.

Τα παραδείγματα που αναφέραμε ιδιαίτερα το πρώτο, δεν αποτελούν σπάνιες περιπτώσεις που μπορούν ίσως κάποτε να εμπλακούν στις λειτουργικές διαταραχές του ΣΣ. Ιδιαίτερως οι κεφαλαλγίες σε ένα ποσοστό άνω του 78% εμπλέκονται σε καθημερινή βάση. Συχνά γινόμαστε αποδέκτες παρόμοιων σοβαρών περιστατικών. Η απλοποίηση των θεραπευτικών πρωτοκόλλων και των διαγνωστικών προσεγγίσεων χωρίς επαρκή τεκμηρίωση κρίνεται ως αφελής και ανεύθυνη. Ευελπιστούμε ότι θα έχουμε τη δυνατότητα σε προσεχείς δημοσιεύσεις να αποδείξουμε του λόγου το αληθές μέσα από πολλά παραδείγματα πραγματικών ασθενών.

#### ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- Helkimo M., Studies on function and Dysfunction of the masticatory system. thesis, Göteborg., 1974
- Carlsson EG., Magnusson T., Κλινική Φυσιολογία του Στοματογοναθικού συστήματος για τον Γενικό Οδοντίατρο. 2η έκδοση. Επιμέλεια – Μετάφραση: Δρ. Βύρων Χ. Δρούκας – Σταύρος Κοιλιάρης
- Farrar WB., Differentiation of temporomandibular joint dysfunction to simplify treatment. J Prosthet Dent., 28:629-36, 1972
- Westesson PL., Lundh H., Temporomandibular joint disk displacement : Arthrographic and tomographic follow – up after 6months treatment with disk repositioning onlays. Oral Surg Oral Med Oral Pathol., 66:271-8, 1988
- Δρούκας Β., Λειτουργία και Δυσλειτουργία του Στοματογοναθικού Συστήματος. 4η έκδοση επ. Εκδόσεις Παρισσιάνου. Αθήνα 2024
- Marbach JJ., Spiera H., Rheumatoid arthritis of the temporomandibular joints. Ann Rheum Dis., 26:538, 1967
- Αντισθένης., Αθηναίος Σοφιστής Ρήτορας, Σωκρατικός φιλόσοφος και εμπνευστής των κυνικών. 455-360 π.χ.

## Χειρουργική στην Περιοδοντική Θεραπεία

### ΕΥΔΟΞΙΑ Α. ΠΕΠΕΛΑΣΗ

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

### ΙΩΑΝΝΗΣ Α. ΒΡΟΤΣΟΣ

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

### ΦΟΙΒΟΣ Ν. ΜΑΔΙΑΝΟΣ

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

ΕΚΔΟΣΗ: 2023 • ΣΕΛΙΔΕΣ: 420

€140,00



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

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

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

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

οι χειρουργικές τεχνικές αντιμετώπισης βλαβών στην περιοχική συμβολής των ριζών.

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

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

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



ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΙΚΟ ΒΗΜΑ

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



# Σημείο επαφής με το Strata-G™ σύστημα τεχνητών τοιχωμάτων



Dr. Vincenzo Attanasio

Η βελτιστοποίηση του σχήματος και η άμεση δημιουργία ενός μεσοδόντιου τοιχώματος είναι η πιο ευαίσθητη φάση ολόκληρης της αποκατάστασης για αλλοιώσεις Τάξης II. Σε αυτό το κλινικό περιστατικό αντιμετωπίστηκε η αλλοίωση στο εγγύς τοίχωμα του 16 δοντιού.



**1** Προεγχειρητική όψη του πρώτου τεταρτημόριου. Το 16 δόντι έχει τερηδόνα στο εγγύς τοίχωμα.



**2** Παρασκευή και τελείωση του εγγύς μεσοδόντιου τοιχώματος του 16 δοντιού.



**3** Προσαρμογή του μωβ Strata-G™ SG175 τεχνητού τοιχώματος. Η χρωματιστή αντικοληπτική επίστρωση επιτρέπει την τέλεια απεικόνιση της οριακής εφαρμογής του τεχνητού τοιχώματος αυθεντικά. Το τεχνητό τοίχωμα συνδυάζεται με τη χρήση μιας μπλε μεσοδόντιας σφήνας και ενός δακτυλίου διαχωρισμού Strata-G™ Universal.



**4** Επιλεκτική αδροποίηση αδαμαντίνης.



**5** Εφαρμογή διεθνούς συγκολλητικού παράγοντα.



**6** Αποκατάσταση του εγγύς μεσοδόντιου τοιχώματος στο 16 δόντι χρησιμοποιώντας την τεχνική της κεντρομόλου ανασύστασης.



**7** Ολοκλήρωση με λειαντικούς δίσκους των μυλικών και παρειογλωσσικών περιοχών στο σημείο επαφής.



**8** Στίλβωση της αυθεντικής περιοχής χρησιμοποιώντας το σύστημα FitStrip™.



**9** Ανατομική και λειτουργική αποκατάσταση του εγγύς τοιχώματος του 16 δοντιού.



**10** Μασπική όψη της ολοκληρωμένης και στίλβωμένης αποκατάστασης.



**11** Γλωσσική λεπτομέρεια της ανατομίας που προσδίδεται στο μεσοδόντιο τοίχωμα από το σύστημα Strata-G™ τεχνητού τοιχώματος.

## STRATA-G

Ολοκαίνουργιο Τμηματικό σύστημα τεχνητών τοιχωμάτων



17 CLINICAL EVALUATORS  
514 TOTAL USES  
88% CLINICAL RATING

## Garrison

Dental Solutions

- Οι δακτύλιοι Strata-G™ είναι από **Nitinol** που είναι ισχυρό και ελαστικό, έτσι οι δακτύλιοι είναι πιο εύκολο να ανοίξουν ενώ συγκρατούν την τάση τους περισσότερο χρονικό διάστημα
- Τοιχώματα φέρουν **ProfileBooster™ υποουλική προστασία** για την επίτευξη ενός προφίλ φυσικής ανάδυσης σε δύσκολες αυθεντικές περιοχές
- Σημεία επαφής στο ύψος του περιγράμματος
- Φιλικό προς τον χειριστή σύστημα συγκράτησης
- Δεν απαιτείται επιπλέον διαμόρφωση αποκατάστασης
- 26 χρόνια εμπειρίας σε τμηματικά συστήματα τεχνητών τοιχωμάτων σε συνδυασμό με το σύστημα Strata-G™



**1. Τοποθετήστε το τεχνητό τοίχωμα:** Τα εξαιρετικά μαλακά τρισδιάστατα στρογγυλεμένα τεχνητά τοιχώματα έχουν προεκβολές για να συγκρατούνται με εύκολη τοποθέτηση και την επαναστατική αντικοληπτική επιφάνεια της Garrison για την εύκολη αφαίρεσή τους.



**2. Τοποθετήστε τη σφήνα:** Οι διεθνείς σφήνες γλιστρούν στη θέση τους εύκολα και δεν οπισθοχωρούν. Η μαλακή, εύκαμπτη εξωτερική τους επιφάνεια προσαρμόζεται εύκολα στις ανομοιομορφίες μεταξύ των δοντιών και πιέζει πολύ σφικτά το τεχνητό τοίχωμα πάνω στο δόντι.



**3. Τοποθετήστε τον δακτύλιο:** Και οι τρεις δακτύλιοι Strata-G™ εφαρμόζουν πάνω από τις σφήνες για εύκολη τοποθέτηση. Η Ultra-Grip™ συγκράτηση κρατά τους δακτυλίους σταθερά στη θέση τους, από την άνω πλευρά του κυνόδοντα μέχρι στις μεγαλύτερες παρασκευές των γομφίων.

**SG-KS-40 Αρχικό σετ**  
3 Strata G δακτυλίους **μπλέ, πορτοκαλί και πράσινο**,  
50 τεμ. Strata G τεχνητά τοιχώματα (5 μεγέθη),  
40 τεμ. Strata G σφήνες (4 μεγέθη), και αρπαγοφόρος



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

## Επιστημονικές εκδηλώσεις για το έτος 2026



**Βασίλειος Παπαϊωάννου**

Καθηγητής, Οδοντιατρική Σχολή ΕΚΠΑ  
Πρόεδρος της Ελληνικής Εταιρείας  
Περιοδοντολογίας και Οδοντικών Εμφυτευμάτων

Με ιδιαίτερη χαρά σας παρουσιάζουμε το ετήσιο πρόγραμμα των Επιστημονικών Εκδηλώσεων της Ελληνικής Εταιρείας Περιοδοντολογίας & Οδοντικών Εμφυτευμάτων για το 2026.

Το νέο έτος ξεκινά με τη διοργάνωση Ημερίδας σε συνεργασία με την Ελληνική Ενδοδοντική Εταιρεία με θέμα «**Beyond the Pulp and Periodontium: Διαχείριση Συνδυασμένων Περιστατικών**», η οποία θα πραγματοποιηθεί στις **9 Μαΐου 2026**, στο Ξενοδοχείο «Royal Olympic», στην Αθήνα. Θα αποτελέσει σημείο συνάντησης γνώσης, εμπειρίας και σύγχρονων θεραπευτικών προσεγγίσεων ενδοδοντίας και περιοδοντολογίας. Μέσα από στοχευμένες ομιλίες και κλινικά παραδείγματα, θα αναδειχτεί η στενή διασύνδεση των δύο ειδικοτήτων και η σημασία της διεπιστημονικής συνεργασίας για την ολοκληρωμένη αντιμετώπιση σύνθετων οδοντιατρικών περιστατικών.

Η ΕΠΕ θα συμμετέχει, όπως κάθε χρόνο άλλωστε, στην **Ημέρα Υγείας των Ούλων**, υπό την αιγίδα της Ευρωπαϊκής Ομοσπονδίας Περιοδοντολογίας την **12η Μαΐου 2026**, με διαφημιστική καμπάνια και δράσεις ενημέρωσης και ευαισθητοποίησης του κοινού για την σημασία της υγείας του περιοδοντίου.

Στις **9 Οκτωβρίου 2026** στο «Macedonia Palace» στη Θεσσαλονίκη θα διεξαχθεί η **ετήσια εναρκτήρια εκδήλωση της ΕΠΕ**, η οποία θα είναι **αφιερωμένη** στον εκλιπόντα Απερχόμενο Πρόεδρο της ΕΠΕ **Λάζαρο Τσαλίκη** και οι ομιλίες που θα εκφωνηθούν θα είναι εις μνήμην και θα αφορούν την προφορά και το έργο του. Κατά την διάρκεια της εναρκτήριας εκδήλωσης, επίσης, θα απονεμηθεί και το βραβείο «Φώτη Μίτση» για το 2026, για το οποίο πρόκειται να βγει η προκήρυξη τον Ιούνιο του 2026.

Την επόμενη ημέρα **10 Οκτωβρίου 2026** θα ακολουθήσει στον ίδιο χώρο η **Ημερίδα των Μεταπτυχιακών Φοιτητών** των Εργαστηρίων Περιοδοντολογίας ΕΚΠΑ και ΑΠΘ, όπου θα παρουσιαστούν κλινικά και ερευνητικά θέματα με μεγάλο ενδιαφέρον. Σύντομα θα υπάρξει ανακοίνωση για το πλήρες πρόγραμμα των δυο εκδηλώσεων.

ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΕΤΑΙΡΕΙΑ ΠΕΡΙΟΔΟΝΤΟΛΟΓΙΑΣ ΚΑΙ ΟΔΟΝΤΙΚΩΝ ΕΜΦΥΤΕΥΜΑΤΩΝ

ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΕΝΔΟΔΟΝΤΙΚΗ ΕΤΑΙΡΕΙΑ

ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΗ ΗΜΕΡΙΔΑ

**Beyond the Pulp and Periodontium: Διαχείριση Συνδυασμένων Περιστατικών**

Οργανωτική Επιτροπή:  
**Ξ. Δερέκα,**  
**Γ. Τζανετάκης,**  
**Β. Παπαϊωάννου,**  
**Ξ. Πετρίδης**

Σάββατο  
**9**  
Μαΐου 2026

Hotel  
**Royal Olympic**  
Αθήνα

**Save the Date**

Οι επιστημονικές εκδηλώσεις του 2026 θα ολοκληρωθούν με το μεγαλύτερο επιστημονικό γεγονός της ΕΠΕ που είναι το **15ο Συμπόσιο Περιοδοντολογίας**. Το 15ο Συμπόσιο με θέμα «**Evolving Frontiers in Periodontal Science and Clinical Practice**» και με ξένους ομιλητές εγνωσμένης αξίας, θα λάβει χώρα στις **27, 28 και 29 Νοεμβρίου 2026**, στο «Μέγαρο Διεθνές Συνεδριακό Κέντρο», στην Αθήνα. Ένα υψηλού επιπέδου συμπόσιο που θα αναδείξει τις σύγχρονες εξελίξεις στην περιοδοντική επιστήμη και την κλινική πράξη, προσφέροντας γνώση αιχμής και ουσιαστικά ερεθίσματα για τον σύγχρονο κλινικό. Το Συμπόσιο είναι η σημαντικότερη επιστημονική εκδήλωση που διοργανώνει η Ελληνική Εταιρεία Περιοδοντολογίας και Οδοντικών Εμφυτευμάτων, η οποία πραγματοποιείται ανά τριετία, με στόχο την παρουσίαση των τελευταίων εξελίξεων στην οδοντιατρική κοινότητα.

Η εξ αποστάσεως εκπαίδευση συνεχίζεται με έξι διαδικτυακά σεμινάρια από τον Μάρτιο έως τον Δεκέμβριο του 2026.

Κλείνοντας θα ήθελα να απευθύνω τις πιο θερμές μου ευχαριστίες στα Μέλη του Διοικητικού Συμβουλίου της ΕΠΕ για την πολύτιμη συνεργασία τους στη διαμόρφωση του επιστημονικού προγράμματος και στους επίσης χορηγούς της ΕΠΕ (Πλατινένιος χορηγός: Plac Control, Χρυσοί Χορηγοί: OralB, Intermed, Haleon και Αργυροί Χορηγοί: Pierre Fabre, Frezyderm, Colgate, Innovis Pharma και Johnson & Johnson) για τη στήριξή τους και τη συμπόρευση τους στο πλευρό της Ελληνικής Εταιρείας Περιοδοντολογίας & Οδοντικών Εμφυτευμάτων και για το 2026.

Το Διοικητικό Συμβούλιο της ΕΠΕ και εγώ προσωπικά σας καλούμε να στηρίξετε με την παρουσία σας τις επιστημονικές μας εκδηλώσεις, ευελπιστώντας ότι θα ανταμειφθούν οι προσδοκίες σας.



Το 15ο Συμπόσιο θα πραγματοποιηθεί στις 27-29 Νοεμβρίου. Ένα υψηλού επιπέδου συμπόσιο, με τη συμμετοχή εγνωσμένης αξίας ομιλητών, που θα αναδείξει τις σύγχρονες εξελίξεις στην περιοδοντική επιστήμη και την κλινική πράξη, προσφέροντας γνώση αιχμής και ουσιαστικά ερεθίσματα για τον σύγχρονο κλινικό.

HELLENIC SOCIETY OF PERIODONTOLOGY AND IMPLANT DENTISTRY

**15<sup>th</sup> Symposium of Periodontology**

**Evolving Frontiers in Periodontal Science and Clinical Practice**

**27 - 29 November 2026**

Megaron Athens International Conference Centre

Save the Date

www.symposiumperiodontology.gr

Professional Congress Organizer:

convin accredited member of

www.convin.gr

# 70

# ΑΙΓΑΙΟΠΕΛΑΓΙΤΙΚΟ ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΙΚΟ ΣΥΝΕΔΡΙΟ



Η οδοντιατρική διάγνωση  
και τα εμφυτεύματα στην εποχή  
της Τεχνητής Νοημοσύνης

Σύρος, 10-11 Ιουλίου 2026



Οργάνωση συνεδρίου  
**ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΙΚΟ ΒΗΜΑ**  
Σκουφά 64 • 10680 Αθήνα  
• T 210 3814939  
• [www.odvima.gr](http://www.odvima.gr)  
• email: [odvima@otenet.gr](mailto:odvima@otenet.gr)



Διοργανωτής συνεδρίου  
**ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΙΚΟΣ ΣΥΛΛΟΓΟΣ ΚΥΚΛΑΔΩΝ**

Συνδιοργανωτές συνεδρίου  
**Οδοντιατρικοί Σύλλογοι:**



ΑΔΕΚΑΝΗΣΩΝ



ΛΕΣΒΟΥ



ΣΑΜΟΥ

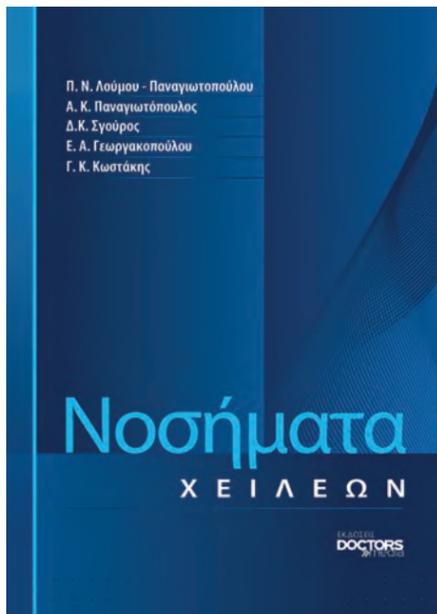


ΧΙΟΥ

## ΝΕΑ ΚΥΚΛΟΦΟΡΙΑ

## Νοσήματα Χειλέων

Ένα πρακτικό και ολοκληρωμένο βοήθημα για την κλινική πράξη

Π. Ν. Λούμου-Παναγιωτοπούλου, Α. Κ. Παναγιωτόπουλος, Δ. Κ. Σγούρος,  
Ε. Α. Γεωργακοπούλου, Γ. Κ. Κωστάκης και συνεργάτες

παρουσιάζονται τόσο τοπικά νοσήματα των χειλέων όσο και εκδηλώσεις συστηματικών νοσημάτων στα χείλη.

Το βιβλίο χωρίζεται σε τρεις ενότητες:

1. Γενικά Στοιχεία
  - Πίνακες προτεινόμενης κατάταξης νοσημάτων χειλέων
  - Κεφάλαια για την κλινική και εργαστηριακή εξέταση των χειλέων
2. Ειδικό Μέρος
  - Τοπικά νοσήματα των χειλέων
  - Εκδηλώσεις συστηματικών νοσημάτων στα χείλη
3. Παράρτημα
  - Πίνακες και πρακτικοί οδηγοί
  - Ανεπιθύμητες ενέργειες φαρμάκων στα χείλη
  - Βιοψία και τοπική θεραπεία
  - Ενέσιμα εμφυτεύματα
  - Επιπλέον κλινικές φωτογραφίες

Σημαντική καινοτομία του βιβλίου αποτελεί η παρουσία δερματοσκοπικών φωτογραφιών σε επιλεγμένες περιπτώσεις, που συμβάλλουν καθοριστικά στη διαγνωστική διαδικασία.

Απευθύνεται σε:

Δερματολόγους, Οδοντιάτρους, Στοματολόγους, Γναθοπροσωπικών Χειρουργών και Αλλεργιολόγους, καθώς και σε ειδικευμένους γιατρούς.

Τεχνικά Χαρακτηριστικά έκδοσης

- Διαστάσεις: 21 x 29 εκ.
- Σελίδες: 304
- Τιμή: 80 ευρώ
- Εκδόσεις: Doctors Media

Το βιβλίο «Νοσήματα Χειλέων» δημιουργήθηκε για να αποτελέσει ένα πρώτο, ουσιαστικό εργαλείο στα χέρια του γιατρού, οδοντιάτρου, για την αρχική προσέγγιση ασθενών με βλάβες στα χείλη.

Αποτελεί συνεργασία Δερματολόγων, Στοματολόγων, Γναθοπροσωπικών Χειρουργών και Αλλεργιολόγων και έχει στόχο:

- Να ευαισθητοποιήσει τον γιατρό
- Να τον βοηθήσει στη σωστή διάγνωση και διαφορική διάγνωση
- Να αναδείξει τη σημασία των βλαβών των χειλέων ως τοπικών αλλά και συστηματικών εκδηλώσεων

Με μεγάλο αριθμό κλινικών φωτογραφιών,

## ΒΙΒΛΙΟΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ

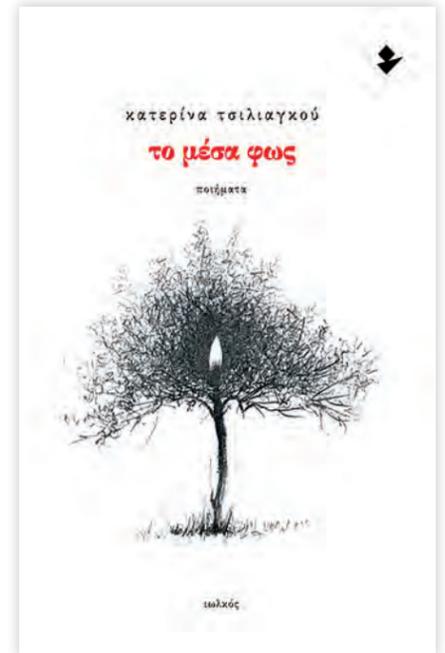
Λίγα λόγια για την ποιητική συλλογή  
«Το μέσα φως»  
της Κατερίνας Τσιλιαγκού

Στις αρχές του Δεκέμβρη που μας πέρασε είχα την ευχάριστη έκπληξη να μου χαριστεί με θερμή αφιέρωση η ποιητική συλλογή της συναδέλφου και παλιάς μου μαθήτριάς κ. **Κατερίνας Τσιλιαγκού** με τίτλο «Το μέσα φως» από τις **εκδόσεις Ιωλκός**.

Πριν ακόμα να φτάσω στα μισά της ανάγνωσης δεν ήξερα ποιο να ξεχωρίσω και να διαλέξω. Λόγος μελίρρυτος, καθαρός που κυλά μέσα σε πλούσια γλωσσική επάρκεια, στολισμένος με δυνατές παρομοιώσεις και ασύνδετα σχήματα. Και όλα τούτα πλημμυρισμένα από το ξέχωρο και δυνατό φως του Ιουλίου, νοτισμένου με ευωδιές αγιοκλήματος και θαλασσινής αρμύρας. Ο λυρισμός της Κατερίνας επάξια συναγωνίζεται την βαθιά ψυχαναλυτική προσέγγιση των προσώπων και των χαρακτήρων που μαζί τους συνομιλεί. Σίτχοι δουλεμένοι πολλαπλώς, βασανισμένοι θα' λέγες σε βάθος χρόνου. Όμως ο λυρισμός του στίχου δεν αποτελεί το κυρίαρχο στοιχείο της συλλογής. Η ποιήτρια ξέρει και μπορεί να διαβάσει επαγωγικά τα σώψυχα όσων αγαπά και όσων την συγκαλούν.

Εννέα ποιήματα ξεχώρισα επειδή με ταξίδευαν στα φωτερά κρῶσπεδα περασμένων Ιουλίων μέσα σε πράσινο τόπους και βαθύσκωτες αυλές της πρώτης μου νιότης και ακόμα φυλάω.

- Καλοκαίρι στις πέντε αισθήσεις
- Σηπιότυπο καλοκαιριού
- Υπόσχεση απόδρασης
- Ερημιά
- Έλα κοντά



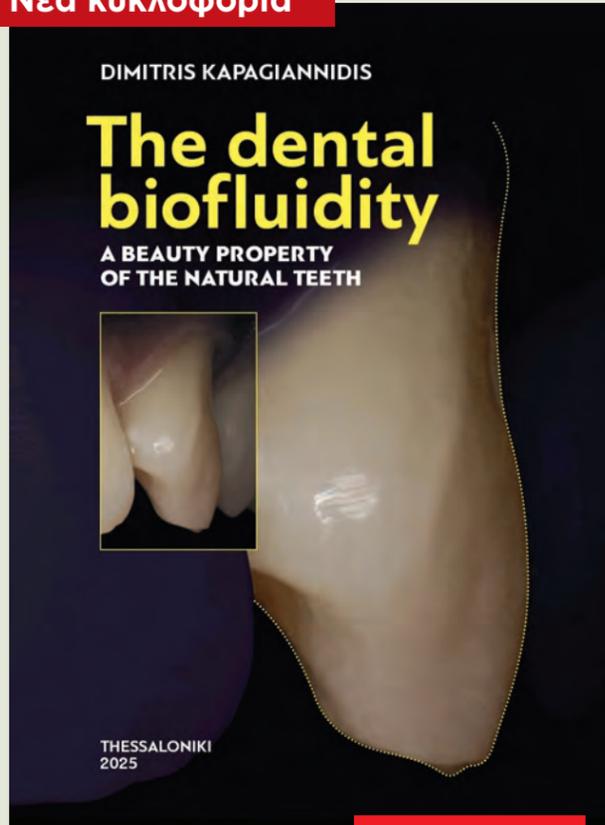
- Αγκαλιά
- Ανάνεωση όρκων
- Αγάπη μες στη λήθη
- Ο μεγάλος απών

Πολλά υπόσχεται και πολλά μπορεί να δώσει στον ευαίσθητο και πολύ δύσκολο χώρο της ποίησης η Κατερίνα διακεκριμένη επίσης συνάδελφος της μαχόμενης οδοντιατρικής.

Καλοτάξιδο να' ναι «Το μέσα φως»!

**Βύρων Δρούκας**  
Ομότιμος Καθηγητής ΕΚΠΑ

## 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 καλλίτερη 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 οδοντοπροσωπικού 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**

# «Έκλεψε» τις εντυπώσεις το 27ο Πανελλήνιο Συμπόσιο Ενδοδοντίας

Το 27ο Πανελλήνιο Συμπόσιο Ενδοδοντίας, που έλαβε χώρα στις 7 και 8 Φεβρουαρίου στη Θεσσαλονίκη, ολοκληρώθηκε με μεγάλη επιτυχία, συγκεντρώνοντας πάνω από 300 συμμετέχοντες.

Κεντρικό θέμα του συμποσίου ήταν το «From Regeneration to Transplantation», αναδεικνύοντας τις τελευταίες εξελίξεις στην ενδοδοντολογία και την οδοντιατρική, γενικότερα. Οι ομιλίες κάλυψαν ένα ευρύ φάσμα θεμάτων, όπως ο ρόλος της ενδοδοντολογίας στην αποκατάσταση μεγάλων οστικών ελλειμμάτων, οι ενδοδοντικές επιπλοκές που παρουσιάζονται σε περιστατικά οδοντικού τραύματος, η χρήση αντιβιοτικών, η διερεύνηση της αποτυχίας της ενδοδοντικής θεραπείας και η αντιμετώπιση συμβαμάτων κατά την προπαρασκευή των ριζικών σωλήνων.



Οι κατήμερες αίθουσες καθ' όλη τη διάρκεια του συνεδρίου επιβεβαίωσαν με τον πιο εμφατικό τρόπο την επιτυχία της φεινής διοργάνωσης.

Επίσης, δόθηκε έμφαση σε πρακτικά σεμινάρια για τη μηχανοκίνητη προπαρασκευή και έμφραξη των ριζικών σωλήνων, προσφέροντας στους συμμετέχοντες τη δυνατότητα να εξοικειωθούν με νέες τεχνικές και εργαλεία.

Ιδιαίτερη στιγμή του συμποσίου αποτέλεσε η τελετή αδελφοποίησης της Ελληνικής Ενδοδοντικής Εταιρείας με την Ενδοδοντολογική Εταιρεία Κύπρου, ενισχύοντας τους δεσμούς συνεργασίας μεταξύ των δύο επιστημονικών φορέων.

Αναμφισβήτητα, από τις πιο ξεχωριστές στιγ-



Σε έντονα συγκινησιακό κλίμα πραγματοποιήθηκε η τιμητική εκδήλωση για τον Καθηγητή κ. Θεόδωρο Λαμπριανίδη, ως αναγνώριση της πολύτιμης επιστημονικής του προσφοράς και της συμβολής του στην πορεία της Ελληνικής Ενδοδοντικής Εταιρείας.



Στιγμιότυπο από την τελετή αδελφοποίησης της Ελληνικής Ενδοδοντικής Εταιρείας με την Ενδοδοντολογική Εταιρεία Κύπρου, μια συνεργασία που σηματοδοτεί νέα προοπτική για την ενδοδοντία σε Ελλάδα και Κύπρο.

μές του συνεδρίου υπήρξε η τιμητική εκδήλωση για τον Καθηγητή, κ. Θεόδωρο Λαμπριανίδη, ως αναγνώριση της πολύτιμης προσφοράς του στην εκπαίδευση, την επιστήμη και την ίδια την Ελληνική Ενδοδοντική Εταιρεία, της οποίας διετέλεσε πρόεδρος του Διοικητικού Συμβουλίου.

Η εξαιρετική παρουσία των ομιλητών, η έμπρακτη στήριξη των χορηγών και, πάνω απ' όλα, η συμμετοχή των πολυπληθών συνεδριών, οι οποίοι μετέτρεψαν το γεγονός σε ένα ζωντανό πεδίο επιστημονικών και κοινωνικών αλληλεπιδράσεων έθεσαν τις βάσεις για ένα επιτυχημένο επιστημονικό συνέδριο που

άφησε τις καλύτερες εντυπώσεις στον οδοντιατρικό κόσμο.

Αξίζουν θερμά συγχαρητήρια σε όλους τους συντελεστές της επιτυχημένης επιστημονικής εκδήλωσης και κυρίως στον Πρόεδρο της Οργανωτικής Επιτροπής, κ. Κωνσταντίνο Κωδωνά για την άρτια και υποδειγματική διοργάνωση του Συνεδρίου.



Χαμόγελα στα πρόσωπα των συνέδρων που με την ενεργό συμμετοχή τους έδωσαν τον "παλμό" του συνεδρίου.

Οι πρώτες παγκοσμίως οδοντόκρεμες με **NANO-ΥΔΡΟΞΥΑΠΑΤΙΤΗ** από την Ιαπωνία!

Χωρίς φθόριο

**PREMIO**  
100g

**PREMIO Xtra mint**  
100g

**SMOKIN'**  
100g

**M-plus**  
125g

**APAGARD** Σειρά προϊόντων με ενισχυμένο νανο-υδροξυαπατίτη (χωρίς φθόριο)

- Ενισχυμένη λευκότητα και στιλνότητα
- Υψηλότερη περιεκτικότητα σε nano-mHAP
- Περιέχει επίσης ξυλιτόλη

- Ενισχυμένη λευκότητα και στιλνότητα
- Υψηλότερη περιεκτικότητα σε nano-mHAP
- Περιέχει ξυλιτόλη και ενισχυμένη μέντα

- Φυσική λευκότητα
- Περιέχει PVP & PEG για επιπλέον προστασία κατά των κηλίδων

- Φυσική λευκότητα
- Μεγαλύτερη ποσότητα για οικγενειακή χρήση

**TOTAL CARE**  
60g +

**SENSITIVE**  
60g +

**PERIO**  
60g +

**KIDS**  
60g

**BABY**  
55g

**APADENT** Προστασία κατά της τερηδόνας, ουλίτιδας και περιοδοντίτιδας (χωρίς φθόριο)

- Ολική προστασία από:
  - τερηδόνα
  - ουλίτιδα
  - κακασμία
  - ευσαιθησία
  - κηλίδες

- Διπλή προστασία κατά της ευαισθησίας (περιέχει επίσης νιτρικό κάλιο)
- Γεύση Ψύζου (ιαπωνικό εσπεριδοειδές) και μέντα

- Προχωρημένη πρόληψη της περιοδοντικής νόσου
- Αλμυρή γεύση μέντας

- Προστασία κατά της τερηδόνας & τροφοδότηση ανόργανων αλάτων
- Εξαιρετικά απαλή οδοντόκρεμα χαμηλού αφρισμού (RDA < 10)
- Χωρίς SLS
- Γεύση φράουλα-στάφυλι

- Προστασία κατά της τερηδόνας & τροφοδότηση ανόργανων αλάτων
- Γείλ χωρίς αφρό
- Μη λευκαντικό
- Χωρίς SLS
- Γεύση φράουλα

**RIN-SU**  
380ml

**DEEP-CARE**  
250ml

**APAPRO**  
120gr

**APAPRO**  
55gr

**APAPRO** Προϊόντα για μετά το βούρτσισμα (χωρίς φθόριο)      **APAPRO** Επαγγελματική φροντίδα (χωρίς φθόριο)

- Στοματικό διάλυμα για φρεσκάρισμα του στόματος
- Γαλακτώδης υφή
- Επιλεκτική απομάκρυνση τερηδονογόνων βακτηρίων
- Για κάθε χρήση

- Conditioner επανασβεσίωσης των δοντιών
- Κρεμώδης λοσιόν
- Για επιπλέον φροντίδα μετά το βούρτσισμα

- Professional homecare
- Οδοντόκρεμα για επαγγελματική φροντίδα της Αδαμαντίνης στο σπίτι

- Θεραπευτική πάστα νανο-υδροξυαπατίτη για την Επανασβεσίωση της Αδαμαντίνης
- Φροντίδα της Αδαμαντίνης στο Οδοντριάτριο

ΥΨΗΛΗΣ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ PREMIUM & ΑΠΟΔΟΣΗΣ ΠΡΟΪΟΝΤΑ - ΕΜΠΝΕΥΣΜΕΝΑ ΑΠΟ ΠΑΤΕΝΤΑ ΤΗΣ NASA

\*Η περιεκτικότητα στις οδοντόκρεμες APADENT πρόκειται να αλλάξει σε 100g

Προϊόντα Στοματικής Υγιεινής

www.placcontrol.gr THΛ.: 210 9314004  
800 1175222 (ΧΩΡΙΣ ΧΡΗΣΗ ΑΠΟ ΣΤΑΘΕΡΟ)

## 1ο Περιφερειακό Συνέδριο της Ε.Ο.Ο. στον Βόλο

Η πρώτη Περιφερειακή Σύνοδος της Ε.Ο.Ο. θα πραγματοποιηθεί στον Βόλο στις **24-25 Απριλίου 2026** στο ξενοδοχείο «**Valis Resort**» με κεντρικό θέμα «**Χειρουργική Στόματος και Εμφυτευματολογία: Η συνάντηση Επιστήμης, Τεχνολογίας και Αισθητικής**».

Τη συνδιοργάνωση αναλαμβάνουν από κοινού οι Οδοντιατρικοί Σύλλογοι Βοιωτίας, Εύβοιας, Καρδίτσας, Τρικάλων, Μαγνησίας, Λάρισας, Φωκίδας και Φθιώτιδας.

Υπενθυμίζεται ότι, σύμφωνα με το νέο οργανόγραμμα των Πανελληνίων Οδοντιατρικών Συνεδρίων, τα Πανελλήνια Συνέδρια θα διεξάγονται ανά δύο έτη, εναλλάξ σε Αθήνα και Θεσσαλονίκη, ενώ στις ενδιάμεσες χρονιές, θα πραγματοποιούνται τρεις Περιφερειακές Σύνοδοι, σε συνεργασία με τους Οδοντιατρικούς Συλλόγους κάθε γεωγραφικού διαμερίσματος.

Οι Περιφερειακές Σύνοδοι επικεντρώνονται τόσο στη θεωρητική κατάρτιση όσο και στην πρακτική εξάσκηση, μέσα από κλινικά φροντιστήρια και εργαστηριακά σεμινάρια υψηλού επιπέδου. Μέσω της συμμετοχής τους στις επιστημονικές αυτές εκδηλώσεις, οι οδοντίατροι θα έχουν τη δυνατότητα να ενημερωθούν για τις τελευταίες εξελίξεις στην οδοντιατρική και να τις εφαρμόζουν άμεσα στην καθημερινή τους κλινική πράξη, προς όφελος των ασθενών τους.

Η πρωτοβουλία αυτή αποσκοπεί στη διάχυση της σύγχρονης επιστημονικής γνώσης σε όλη τη χώρα και στην ενίσχυση της συνεχούς επιμόρφωσης των επαγγελματιών, εξασφαλίζοντας υψηλά επίπεδα ποιότητας στις υπηρεσίες που προσφέρουν.

Οι επόμενες Περιφερειακές Σύνοδοι έχουν ήδη προγραμματιστεί για την Αλεξανδρούπολη και το Ηράκλειο Κρήτης, τον Ιούνιο και τον Οκτώβριο αντίστοιχα, συνεχίζοντας τον κύκλο της επιστημονικής ενημέρωσης και επιμόρφωσης σε εθνικό επίπεδο.

**SAVE THE DATE**

Ελληνική Οδοντιατρική Ομοσπονδία  
Ε.Ο.Ο.

Περιφερειακά Συνέδρια 2026

**24-25 ΑΠΡΙΛΙΟΥ**  
Βόλος  
Ξενοδοχείο Valis Resort Hotel

**26-27 ΙΟΥΝΙΟΥ**  
Αλεξανδρούπολη  
Ξενοδοχείο Ramada Plaza Thraki

**30-31 ΟΚΤΩΒΡΙΟΥ**  
Ηράκλειο

## Ο Οδοντιατρικός Σύλλογος Πειραιώς γιορτάζει έναν αιώνα προσφοράς

Ο Οδοντιατρικός Σύλλογος Πειραιώς γιόρτασε έναν αιώνα ζωής και προσφοράς σε μια επετειακή εκδήλωση που πραγματοποιήθηκε με ιδιαίτερη λαμπρότητα στο Δημοτικό Θέατρο Πειραιά το Σάββατο 7 Φεβρουαρίου 2026, αναδεικνύοντας τη διαχρονική συμβολή του Συλλόγου στη δημόσια υγεία και στην ανάπτυξη της οδοντιατρικής επιστήμης στην πόλη.

Στην εκδήλωση παρευρέθηκε ο Δήμαρχος Πειραιά, κ. **Γιάννης Μώραλης**, καθώς και εκπρόσωποι της δημοτικής αρχής, τιμώντας τη συμπλήρωση 100 ετών από την ίδρυση του Συλλόγου το 1926. Στον χαιρετισμό του, ο Δήμαρχος Πειραιά εξήρε τη διαχρονική προσφορά του Συλλόγου και τόνισε ότι η πορεία του συμπορεύεται με την ίδια την ιστορία της πόλης.

Ο Πρόεδρος του Οδοντιατρικού Συλλόγου Πειραιώς, κ. **Μιχάλης Αγρανιώτης**, χαρακτήρισε την επέτειο ως ιστορική στιγμή υπερφάνειας και ευθύνης, που επισφραγίζει έναν αιώνα συνεχούς επιστημονικής παρουσίας και κοινωνικής προσφοράς. Χαιρετισμούς απιθύναν επίσης οι πρώην πρόεδροι του Συλλόγου, κ. **Βασίλης Τζωρτζόπουλος**, κ. **Γεώργιος Ζέρβας**, κ.

**Δημήτρης Μαυρίδης** και η κα. **Μαρία Μενενάκου**, η οποία εκπροσώπησε και τον πρόεδρο της Ελληνικής Οδοντιατρικής Ομοσπονδίας, κ. **Αθανάσιο Δεβλιώτη**.

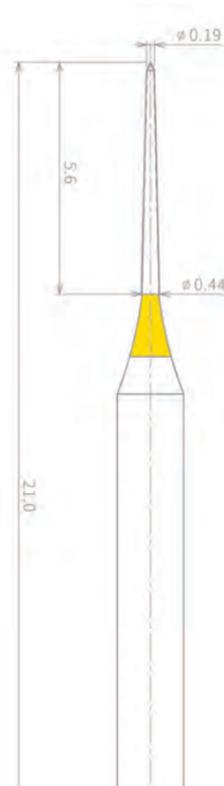
Την εκδήλωση τίμησαν με την παρουσία τους εξεχουσες προσωπικότητες από τον πολιτικό, επιχειρηματικό και επιστημονικό χώρο.

Η βραδιά ολοκληρώθηκε με την εξαιρετική ομιλία του συγγραφέα **Στέφανου Μίλεση**, Προέδρου της Φιλολογικής Στέγης Πειραιώς.



## Νέα DIA-BURS® IPR-01EF

Η λεπτότερη εγγλυφίδα στην ιστορία της MANI



Η MANI παρουσιάζει την DIA-BURS® IPR-01EF, την πιο λεπτή και τεχνολογικά εξελιγμένη εγγλυφίδα που έχει δημιουργήσει ποτέ. Με διάμετρο άκρου μόλις **0.19 mm**, η νέα εγγλυφίδα θέτει νέα πρότυπα στην αφαίρεση μεσοδόντιου σμάλτου, προσφέροντας ακρίβεια, έλεγχο και ασύγκριτη άνεση.

Η MANI, πιστή στη δέσμευσή της για συνεχή καινοτομία, έχει ελαχιστοποιήσει μοναδικά την κωνικότητα του εργαλείου, εξασφαλίζοντας **ιδανικό περίγραμμα, εξαιρετικά λείο τελείωμα και απόλυτη προβλεψιμότητα** στο κλινικό αποτέλεσμα. Η DIA-BURS® IPR-01EF αποτελεί την ιδανική επιλογή για ορθοδοντική χρήση, ειδικά σε περιπτώσεις συνωστισμού, όπου η ακρίβεια είναι κρίσιμη.

### Κύρια Χαρακτηριστικά

- Διάμετρος άκρου 0.19 mm με ελαχιστοποιημένη κωνικότητα για μέγιστη ακρίβεια.

- Ελάχιστη ευκαμψία για σταθερότητα και έλεγχο κατά την εργασία.
- Ιδανική για περιοχές με συνωστισμό, προσφέροντας πρόσβαση εκεί όπου άλλα εργαλεία δυσκολεύονται.
- Σημαντική μείωση του χρόνου εργασίας, χάρη στην υψηλή απόδοση και την εργονομική συμπεριφορά της.



Η DIA-BURS® IPR-01EF έχει σχεδιαστεί για τοποθέτηση αυθεντικά, λειτουργώντας προς την κοπτική επιφάνεια με παρειακή ή γλωσσική προσέγγιση. Ο εξαιρετικά λεπτός σχεδιασμός της επιτρέπει βέλτιστο έλεγχο στη μείωση των μεσοδόντιων επαφών, προσφέροντας ασφάλεια και άνεση τόσο στον επαγγελματία όσο και στον ασθενή.

Επιτρεπόμενη ταχύτητα κινητήρα: 160.000 min<sup>-1</sup>.

Επικοινωνήστε με την εταιρεία «**Ι. ΤΣΑΠΡΑΖΗΣ ΑΕ**» για να μάθετε περισσότερα για τα προϊόντα και τις προσφορές του οίκου.

[www.tsaprazis.gr](http://www.tsaprazis.gr) τηλ: 210-7716416

## ΠΕΡΙΕΜΦΥΤΕΥΜΑΤΙΤΙΔΑ από τη Διάγνωση στην Αντιμετώπιση

Το βιβλίο αυτό αποτελεί μια μονογραφία στο πολύ ενδιαφέρον και επίκαιρο θέμα της περιεμφυτευματίτιδας, το οποίο απασχολεί έντονα την Οδοντιατρική κοινότητα σε διεθνές επίπεδο.

Ο συγγραφέας, Καθηγητής ΕΚΠΑ, **Ιωάννης Κ. Καρούσης** προσεγγίζει το θέμα της περιεμφυτευματικής παθολογίας μέσα από την εμπειρία και ενασχόλησή του σε κλινικό και ερευνητικό επίπεδο και παραθέτει το σύνολο των πληροφοριών που πρέπει να γνωρίζει ο φοιτητής και ο Οδοντίατρος, είτε γενικός είτε εξειδικευμένος για το πολύ σύγχρονο αυτό ζήτημα το οποίο αφορά εκατομμύρια ασθενείς σε παγκόσμια κλίμακα.

ΕΚΔΟΣΗ: 2020 • ΣΕΛΙΔΕΣ: 500 • ΦΩΤΟΓΡΑΦΙΕΣ: 1.180

ΤΙΜΗ: €140



ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΙΚΟ ΒΗΜΑ

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



# ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑΚΟ ΣΥΝΕΔΡΙΟ ΕΛΛΗΝΙΚΗΣ ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΙΚΗΣ ΟΜΟΣΠΟΝΔΙΑΣ

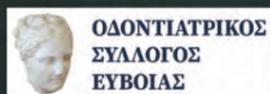


**“ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΣΤΟΜΑΤΟΣ ΚΑΙ ΕΜΦΥΤΕΥΜΑΤΟΛΟΓΙΑ:  
Η συνάντηση Επιστήμης, Τεχνολογίας και Αισθητικής”**

**24-25 Απριλίου 2026**

**ΒΟΛΟΣ | Ξενοδοχείο Valis Resort Hotel**

σε συνεργασία με τους Οδοντιατρικούς Συλλόγους



ΓΡΑΜΜΑΤΕΙΑ ΣΥΝΕΔΡΙΟΥ



Tel. +30 2310226250  
info@premium-events.gr  
www.premium-events.gr

# DENTIST-EDU:

## Εκπαίδευση που χτίζει βιώσιμες οδοντιατρικές ομάδες

### Όταν οδοντίατροι και βοηθοί μιλούν την ίδια γλώσσα

Η σύγχρονη οδοντιατρική πρακτική δεν στηρίζεται πια μόνο στην κλινική γνώση. Στηρίζεται στις ομάδες, στη συνεργασία και στην κοινή κουλτούρα λειτουργίας του οδοντιατρείου.

Η εκπαιδευτική ομάδα DENTIST-EDU της Οδοντιατρικής Σχολής και του ΚΕΔΙΒΙΜ ΕΚΠΑ συνεχίζει και το 2026 με ένα ολοκληρωμένο εκπαιδευτικό οικοσύστημα που απευθύνεται τόσο σε οδοντιάτρους όσο και σε βοηθούς οδοντιατρείου, με κοινό στόχο: βιώσιμα ιατρεία που λειτουργούν με οργάνωση, σαφή ρόλο και κοινή γλώσσα.

### Οδοντιατρικό Management

Το πρόγραμμα οδοντιατρικού μάντζμεντ εστιάζει στη διαχείριση πόρων, χρόνου, οικονομικών, στρατηγικής ανάπτυξης και ομάδας, όχι ως αποσπασματικές τεχνικές, αλλά ως ενιαία κουλτούρα λειτουργίας.

Στο τέλος του προγράμματος πραγματοποιείται δια ζώσης οικονομική ημερίδα (27 Ιουνίου), ανοικτή και σε συναδέλφους που δεν έχουν παρακολουθήσει το πρόγραμμα.

### «Το ιατρείο μου λειτουργεί». Αλλά προχωράει;

Οι περισσότεροι οδοντίατροι δεν κλείνουν τα ιατρεία τους.

Απλώς:

- δουλεύουν πολύ και αποδίδουν λιγότερο
- γεμίζουν το πρόγραμμα, αλλά όχι με τις σωστές πράξεις
- έχουν κύκλο εργασιών, αλλά όχι ηρεμία
- έχουν ασθενείς, αλλά όχι ικανοποίηση

Και κάπου εκεί αρχίζει η γκρίνια:

- «Δεν υπάρχει δουλειά»
- «Οι ασθενείς δεν πληρώνουν»
- «Το κόστος έχει ξεφύγει»
- «Δεν έχω χρόνο ούτε για τα βασικά»

Όχι επειδή δεν είναι καλοί επιστήμονες.

Αλλά επειδή το ιατρείο λειτουργεί με συνήθεια και ένστικτο, όχι με στρατηγική.

Το 5μηνιο πρόγραμμα «Οδοντιατρικό Μάντζμεντ» δεν υπόσχεται θαύματα. Υπόσχεται δομή.

Σε 5 μήνες:

- βλέπεις που πραγματικά χάνεται ο χρόνος και το χρήμα
- μαθαίνεις να δουλεύεις πιο έξυπνα, όχι περισσότερο
- σταματάς να “σβήνεις φωτιές” κάθε μέρα
- αρχίζεις να έχεις έλεγχο, και αυτό αλλάζει τα πάντα

Γιατί όταν υπάρχει έλεγχος, πέφτει η ένταση. Και όταν πέφτει η ένταση, ανεβαίνει η ποιότητα στη δουλειά και στη ζωή.

Γιατί 5 μήνες:

- Γιατί η αλλαγή συμπεριφοράς στο ιατρείο δεν γίνεται με ένα σεμινάριο.
- Χρειάζεται χρόνο, εφαρμογή, ανατροφοδότηση.
- Αλλιώς επιστρέφουμε εκεί που ήμασταν: στη γκρίνια.

60 μόρια συνεχιζόμενης εκπαίδευσης από το ΙΕΘΕ της ΕΟΟ

- Premium έκδοση του 4ου κύκλου
- Premium καθοδήγηση

Αν νιώθεις ότι το ιατρείο δουλεύει αλλά εσύ φθείρεσαι,

δεν χρειάζεσαι περισσότερη προσπάθεια.

Χρειάζεσαι διαφορετικό τρόπο.

### Εκπαίδευση Βοηθών Οδοντιατρείου

#### • Ημερίδα Βοηθών Οδοντιατρείου - 14 Μαρτίου (δια ζώσης)

Στην Οδοντιατρική Σχολή, με ουσιαστική κλινική ενημέρωση και πρακτική προσέγγιση ειδικά για βοηθούς.

#### • 2ήμερο webinar αποκλειστικά για Βοηθούς Ορθοδοντικών Ιατρείων - (21 & 22 Απριλίου) (διαδικτυακό)

Μοναδική εκπαιδευτική αποκλειστικότητα στην Ελλάδα, σχεδιασμένη ειδικά για τις ανάγκες του ορθοδοντικού περιβάλλοντος.

Παράλληλα, έχουν ανοίξει προεγγραφές για τα επίσημα προγράμματα βοηθών οδοντιατρείου:

- **Διετές πρόγραμμα** (έναρξη κάθε χρόνο: 1η Οκτωβρίου)
- **5μηνιο Advanced πρόγραμμα** (έναρξη κάθε χρόνο: 15 Νοεμβρίου)



οδοντιατρικών κλινικών, που συνδυάζει εκπαίδευση, πρακτικά εργαλεία και ενεργή συμμετοχή σε όλες τις δράσεις της ομάδας DENTIST-EDU.

Το πρόγραμμα απευθύνεται σε όσους αντιλαμβάνονται ότι η ηγεσία στο οδοντιατρείο δεν αφορά μόνο αποφάσεις, αλλά **κουλτούρα, επικοινωνία και συνεχή βελτίωση**.

Η εμπειρία δείχνει ότι όταν εκπαιδεύονται τόσο οι επικεφαλής όσο και τα μέλη της ομάδας, δημιουργείται μια **κοινή γλώσσα** που οδηγεί στην αριστεία, τη σταθερότητα και τη βιώσιμη ανάπτυξη της κλινικής.

κής.

Γιατί οι ομάδες που εξελίσσονται μαζί, μπορούν να πάνε πιο μακριά.

Η ομάδα του LEAD YOUR TEAM για το ακαδημαϊκό έτος 2025-2026 συνεργάζεται με 3 κλινικές: μία στην Αθήνα, μία στη Θεσσαλονίκη, και ένα πολυοδοντιατρείο στη Νάξο.

Τον Ιανουάριο ολοκληρώθηκε με επιτυχία η **3ήμερη δια ζώσης εκπαίδευση «Smart Economy στην Οδοντιατρική Πράξη»** (23-25 Ιανουαρίου).

Κάθε εισηγητής ανέδειξε διαφορετικές, αλλά απολύτως συμπληρωματικές πτυχές της ίδιας πραγματικότητας: από τις πυρηνικές πεποιθήσεις που μπλοκάρουν την οικονομική πρόοδο, μέχρι την κατανόηση βασικών οικονομικών εννοιών, τη σύγχρονη επικοινωνία με τον ασθενή και τη στρατηγική συνεργασία μέσα στην ομάδα.

#### Στόχος μας:

- Να χτίζουμε ομάδες που καταλαβαίνουν, συνεργάζονται και εξελίσσονται μαζί.
- Γιατί η βιωσιμότητα στο οδοντιατρείο δεν είναι ατομική υπόθεση. Είναι συλλογική.

#### Περισσότερες πληροφορίες & προεγγραφές:

[www.dentist-edu.cce.uoa.gr](http://www.dentist-edu.cce.uoa.gr)

### Συμπληρωματικά Εκπαιδευτικά Σεμινάρια για το 2026

- **Συντήρηση οδοντιατρικού εξοπλισμού:** 12 & 13 Μαΐου
- **Branding οδοντιατρείου - Μέρος Β':** 27 & 28 Μαΐου

### Τα νέα της ομάδας DENTIST-EDU

Μέσα στη χρονιά, η εκπαιδευτική κοινότητα DENTIST-EDU μεγάλωσε, ωρίμασε και απέκτησε ακόμη πιο σαφή ταυτότητα.

Σε ένα ζεστό και συμβολικό κλίμα, κόψαμε για πρώτη φορά την πίτα της ομάδας μας, επιβεβαιώνοντας στην πράξη ότι η εκπαίδευση δεν είναι μόνο γνώση, αλλά και σχέση, εμπιστοσύνη και κοινή πορεία.

#### LEAD YOUR TEAM

#### 12μηνιο πρόγραμμα mentoring για διευθυντές οδοντιατρικών κλινικών

Ξεχωριστή θέση στο εκπαιδευτικό οικοσύστημα της ομάδας μας κατέχει το μεγάλο πρόγραμμα mentoring **LEAD YOUR TEAM**. Ένα **12μηνιο πρόγραμμα εξατομικευμένης καθοδήγησης** για διευθυντές και επικεφαλής

Creel Caught Hot Rock Shrimp with Himalayan Salt

**BECAUSE**  
**INGREDIENTS**  
**MATTER**

A FRESH APPROACH

SERVED BY OPTIDENT

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

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



 **optident** LTD

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

Ο Εξειδικευμένος Συνεργάτης του Οδοντιατρείου σας

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

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.

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



**ariston dental**  
better answers

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