

Οδοντιατρικά ΝΕΑ



www.nkdentalcy.com

ΤΡΙΜΗΝΙΑΙΟ ΕΝΗΜΕΡΩΤΙΚΟ ΔΕΛΤΙΟ ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΙΚΟΥ ΣΥΛΛΟΓΟΥ ΛΕΥΚΩΣΙΑΣ - ΚΕΡΥΝΕΙΑΣ Τεύχος 2 - Σεπτέμβριος 2010

ΜΗΧΑΝΟΚΙΝΗΤΟΣ ΕΞΟΠΛΙΣΜΟΣ VS ΕΡΓΑΛΕΙΑ ΧΕΙΡΟΣ



**ΒΑΣΙΚΕΣ ΑΡΧΕΣ
ΜΗΧΑΝΟΚΙΝΗΣΗΣ
ΣΤΗΝ ΕΠΕΞΕΡΓΑΣΙΑ ΤΩΝ
ΡΙΖΙΚΩΝ ΣΩΛΗΝΩΝ**

**ΠΡΩΤΟΚΟΛΛΟ
ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗΣ
ΤΡΑΥΜΑΤΙΣΜΟΥ ΜΕ
ΜΟΛΥΣΜΕΝΑ ΕΡΓΑΛΕΙΑ**

**ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ
ΑΚΤΙΝΟΓΡΑΦΙΚΩΝ
ΥΓΡΩΝ**

**ΜΕΣΑ ΠΕΡΙΟΔΟΝΤΙΚΗΣ
ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ**

**ΨΗΦΙΑΚΕΣ
ΑΚΤΙΝΟΓΡΑΦΙΕΣ
ΣΤΗΝ ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΙΚΗ**



Get more
confidence
in your smile.



P.M. Dental Depot Ltd
τηλ. 22594050, 99643550

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

EDITORIAL

ΒΑΣΙΚΕΣ ΑΡΧΕΣ ΜΗΧΑΝΟΚΙΝΗΣΗΣ ΣΤΗΝ ΕΠΕΞΕΡΓΑΣΙΑ ΤΩΝ ΡΙΖΙΚΩΝ ΣΩΛΗΝΩΝ Αλέξης Λοϊζίδης

ΠΡΩΤΟΚΟΛΛΟ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗΣ ΤΡΑΥΜΑΤΙΣΜΟΥ ΜΕ ΜΟΛΥΣΜΕΝΑ ΕΡΓΑΛΕΙΑ Κυριάκος Λιβέρδος, Χρυστάλλα Χατζηαναστασίου

ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΑΚΤΙΝΟΓΡΑΦΙΚΩΝ ΥΓΡΩΝ Αθηνά Δράκου, Μόρφω Κουρουκλήρη

ΨΗΦΙΑΚΕΣ ΑΚΤΙΝΟΓΡΑΦΙΕΣ ΣΤΗΝ ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΙΚΗ Σοφοκλής Βογιαζής

ΜΕΣΑ ΠΕΡΙΟΔΟΝΤΙΚΗΣ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ Στέιση Παπαποστόλου

ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΕΣ

ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΙΚΟ ΧΡΟΝΙΚΟ

ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΙΚΟΣ ΣΥΛΛΟΓΟΣ ΛΕΥΚΩΣΙΑΣ - ΚΕΡΥΝΕΙΑΣ

www.nkdentalcy.com

Διοικητικό Συμβούλιο: Μόρφω Κουρουκλήρη, Κυριακή Σπύρου, Γιώργος Παμπορίδης, Κυριάκος Λιβέρδος, Νίκος Χριστοδουλίδης.

Επιστημονική Επιτροπή: Κυριάκος Λιβέρδος, Κυριακή Σπύρου, Νίκος Χριστοδουλίδης, Αλέξης Λοϊζίδης, Ελένη Παντελίδου, Λουκία Χατζηπέτρου, Ηλιάντα Σταυρινίδου, Δημήτρης Ηλιόπουλος, Χριστιάννα Κωνσταντίνου.

Επαγγελματική Επιτροπή: Νίκος Χριστοδουλίδης, Γιώργος Παμπορίδης, Ανδρέας Λοϊζου, Σύλβα Περγίου, Αθηνά Δράκου, Σοφοκλής Βογιαζής.

ΙΔΙΟΚΤΗΤΗΣ - ΕΚΔΟΤΗΣ - ΣΥΝΤΑΞΗ: Οδοντιατρικός Σύλλογος Λευκωσίας - Κερύνειας
• ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ : 28ης Οκτωβρίου 1, Έγκωμη Business Center, Μπλόκ Β, Διαμ. 205, 2414 Έγκωμη, Ταχ. Κωδ. 27898, 2434, Έγκωμη, Λευκωσία • ΤΗΛΕΦΩΝΟ : 22 819 819, 22 819 820 • ΦΑΞ : 22 819 815
• ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑ : info@nkdentalcy.com • ΣΧΕΔΙΑΣΜΟΣ - ΕΚΤΥΠΩΣΗ: OhMyPixel! T.99697811

Editorial

Αγαπητοί και Αγαπητές Συνάδελφοι,
Μπήκαμε στον Σεπτέμβρη. Οι καλοκαιρινές διακοπές τέλειωσαν κι εμείς επιστρέψαμε σιγά -σιγά στα οδοντιατρεία μας, αντιμέτωποι εκ νέου με πολλές και διαφορετικές επιλογές στις θεραπευτικές διαδικασίες.

Έχουμε στη διάθεση μας νέα υλικά και νέες τεχνολογίες που διεκδικούν ένταξη στην πρακτική μας και συγχρόνως μας δυσκολεύουν γιατί απαιτούν κάποιο βαθμό εξοικείωσης στο χειρισμό τους. Τα νέα αυτά μέσα υπόσχονται καλύτερα θεραπευτικά αποτελέσματα.

Η νέα οδοντιατρική πραγματικότητα, όπως αυτή προκύπτει από την ταχεία επιστημονική και τεχνολογική πρόοδο, απαιτεί σίγουρα ένα γερό υπόβαθρο γνώσεων. Επιλέξαμε σ' αυτό το τεύχος των Οδοντιατρικών Νέων να μελετήσουμε τις νέες τεχνολογίες στην οδοντιατρική και να αξιολογήσουμε τις σύγχρονες εξελίξεις, αποκομίζοντας τα σχετικά οφέλη στην κλινική πράξη.

Το τρέχον ερώτημα είναι: **Μηχανοκίνητος εξοπλισμός ή εργαλεία χειρός;**

Πέραν όμως και πάνω από το είδος του εξοπλισμού που χρησιμοποιεί ο οδοντίατρος είναι αναγκαίο να διατηρεί και να ένα διαχειρίζεται ένα υγιές και ασφαλές εργασιακό περιβάλλον.

Η σημασία της υγείας μας και η επίδραση της στη δυνατότητα μας να εργαζόμαστε ως οδοντίατροι υπαγορεύει την εκτίμηση των κινδύνων στο εργασιακό μας περιβάλλον, την πρόληψη και την διαχείριση τους.

Στα πλαίσια αυτής της προσπάθειας ενημέρωσης ο Σύλλογος διοργανώνει στις 25 Σεπτεμβρίου 2010 την Ημερίδα "Υγιεινή και ασφάλεια της εργασίας στους χώρους του οδοντιατρείου" στην Αίθουσα Τελετών της Τράπεζας Κύπρου. Περισσότερες πληροφορίες θα βρείτε στην ιστοσελίδα μας: www.nkdentalcy.com.

Καλό μήνα με υγεία και ασφάλεια!

Με συναδελφικούς χαιρετισμούς,
Μόρφω Κουρουκλήρη
Πρόεδρος του Οδοντιατρικού Συλλόγου Λευκωσίας - Κερύνειας

ΒΑΣΙΚΕΣ ΑΡΧΕΣ ΜΗΧΑΝΟΚΙΝΗΣΗΣ ΣΤΗΝ ΕΠΕΞΕΡΓΑΣΙΑ ΤΩΝ ΡΙΖΙΚΩΝ ΣΩΛΗΝΩΝ

Αλέξης Λοϊζίδης

Η χημικομηχανική επεξεργασία του συστήματος των ριζικών σωλήνων αποτελεί αναμφίβολα το πιο σημαντικό και χρονοβόρο στάδιο της ενδοδοντικής θεραπείας.

Σκοπός της, είναι ο καθαρισμός του μυλικού θαλάμου και των ριζικών σωλήνων από τον πολφικό ιστό και τη μολυσμένη οδοντίνη, καθώς και η απόδοση στο ριζικό σωλήνα ενός σχήματος, το οποίο ευνοεί την τρισδιάστατη έμφραξη.

Διαχρονικά, προσπαθώντας να ξεπεράσουν τα προβλήματα που προκύπτουν κατά την επεξεργασία, οι διάφοροι ερευνητές αλλά και οι εταιρείες οδοντιατρικών ειδών κατευθύνθηκαν στην κατασκευή εργαλείων αλλά και την επινόηση τεχνικών επεξεργασίας, οι οποίες αφενός διατηρούν την ανατομικότητα του ριζικού σωλήνα, αφετέρου οδηγούν σε αποτελεσματικότερη και συντομότερη χρονικά χημικομηχανική επεξεργασία. Έτσι τα τελευταία χρόνια παρατηρούμε μια ραγδαία εξέλιξη στην κατασκευή μηχανοκινούμενων μικροεργαλείων από κράμα Νικελίου – Τιτανίου, τα οποία σε συνδυασμό με την τεχνική Crown – Down, οδηγούν σε καλύτερη αλλά και συντομότερη μορφοποίηση του ριζικού σωλήνα.

Σήμερα, στο εμπόριο κυκλοφορούν γύρω στα 20 μηχανοκινούμενα συστήματα Ni-Ti, ενώ κάθε χρόνο νέα συστήματα διατίθενται σε κυκλοφορία. Τα χαρακτηριστικά σχεδιασμού των μικροεργαλείων είναι αυτά που καθορίζουν την συμπεριφορά τους κατά την κλινική χρήση.

Όλα τα μηχανοκινούμενα συστήματα σήμερα είναι κατασκευασμένα από κράμα Νικελίου – Τιτανίου, το οποίο σε αντίθεση με τον ανοξείδωτο χάλυβα που είναι κατασκευασμένα τα πιο

πολλά μικροεργαλεία χειρός, παρουσιάζει ορισμένες ιδιαιτερότητες. Συγκεκριμένα, έχει χαρακτηριστικά μνήμης σχήματος (shape-memory), υπερελαστικότητα (super-elasticity), χαμηλό μέτρο ελαστικότητας (modulus of elasticity), μεγάλη απόκλιση χωρίς μόνιμη παραμόρφωση κατά την επαναφορά (spring-back) και αντοχή στη διάβρωση.

Βασικές αρχές χρήσης μηχανοκινούμενων μικροεργαλείων

Οι βασικές αρχές, αλλά και οι στόχοι της χημικομηχανικής επεξεργασίας του ριζικού σωλήνα, παραμένουν πάντα οι ίδιοι, ανεξάρτητα από τη μέθοδο αλλά και τα εργαλεία τα οποία θα χρησιμοποιηθούν. Παρόλα αυτά, κατά τη χρήση των μηχανοκινούμενων πρέπει να τηρούνται κάποιες βασικές αρχές όπως:

1) Η εξασφάλιση ευθείας πρόσβασης στα στόμια των ριζικών σωλήνων (Straight line access) είναι απαραίτητη πριν την οποιαδήποτε χρήση μηχανοκινούμενου συστήματος στο ριζικό σωλήνα.

2) Η εκτίμηση του εύρους αλλά και μήκος του ριζικού σωλήνα, η οποία γίνεται αρχικά με μικροεργαλείο χειρός. Η ύπαρξη διαβατού ριζικού σωλήνα είναι απαραίτητη προκειμένου να υπάρχει καθοδήγηση για το μηχανοκινούμενο μικροεργαλείο.

3) Πριν χρησιμοποιηθεί οποιοδήποτε μηχανοκινούμενο σύστημα, ο κλινικός πρέπει να έχει μια εκτίμηση για τυχόν κάμψη ή απόσχιση του ριζικού σωλήνα. Το μικροεργαλείο χειρός, αποτελεί για τον κλινικό τον ανιχνευτήρα με τον

οποίο θα αναγνωρίσει την μορφολογία του συστήματος των ριζικών σωλήνων.

4) Τα μηχανοκινούμενα μικροεργαλεία πρέπει να χρησιμοποιούνται σε ειδικές μειωτικές χειρολαβές, οι οποίες εξασφαλίζουν σταθερές στροφές και σταθερή ροπή, σύμφωνα με τις οδηγίες του κατασκευαστή.

5) Το μικροεργαλείο ενεργοποιείται πριν εισέλθει στο ριζικό σωλήνα, ενώ απενεργοποιείται μόνο όταν απομακρυνθεί από αυτόν. Κατά τη διάρκεια που το μικροεργαλείο παραμένει μέσα στο ριζικό σωλήνα, πρέπει να γίνεται συνεχής παλινδρομική κίνηση μέσα και έξω από το ριζικό σωλήνα, έτσι ώστε να αποτρέπεται η κοχλίωση του και να μειώνεται η κόπωση του μετάλλου.

6) Προκειμένου να μειωθεί η πιθανότητα θραύσης των μηχανοκινούμενων μικροεργαλείων, η επεξεργασία του ριζικού σωλήνα ξεκινά εργαλεία μεγάλου μεγέθους και κωνικότητας για το μυλικό και μέσο τριτημόριο του ριζικού σωλήνα και ακολουθείται από μικρότερα εργαλεία για το ακρορριζικό τριτημόριο (Τεχνική Crown – Down). Με τον τρόπο αυτό, το τμήμα του εργαλείου που εμπλέκεται σε κοπή οδοντίνης είναι μικρό, με αποτέλεσμα να μειώνονται οι ροπές και κατά συνέπεια η πιθανότητα θραύσης κάποιου μηχανοκινούμενου μικροεργαλείου.

7) Ο μυλικός θάλαμος πρέπει να είναι γεμάτος με διάλυμα υποχλωριώδους νατρίου κατά την επεξεργασία, ενώ τα μικροεργαλεία πρέπει να καλύπτονται με παράγοντα χήλησης πριν την εισαγωγή τους στο ριζικό σωλήνα, ώστε να μειώνονται οι τριβές μεταξύ μετάλλου και οδοντίνης.



και οδοντίνης. Απαραίτητοι είναι οι άφθονοι διακλυσμοί, έτσι ώστε να απομακρύνονται όλα τα υπολείμματα οδοντίνης που έχουν αποκοπεί και να είναι έτοιμος ο ριζικός σωλήνας να δεχτεί το επόμενο εργαλείο. Ακόμη, η χρήση των μικροεργαλείων πρέπει να είναι παθητική μέσα στο ριζικό σωλήνα και πρέπει να χρησιμοποιούνται για όσο χρονικό διάστημα μπορούν να προωθούνται αβίαστα προς το ακρορριζικό τριτημόριο. Όπως χαρακτηριστικά αναφέρεται, η δύναμη η οποία ασκείται από τον κλινικό στην μειωτική χειρολαβή είναι η ίδια με την δύναμη που ασκείται σε ένα καλοξυμμένο μολύβι προκειμένου να γράψει χωρίς να σπάσει η μύτη του.

8) Το κάθε περιστατικό είναι μοναδικό και ξεχωριστό. Κατά συνέπεια κανένα πρωτόκολλο χρήσης συγκεκριμένων

μικροεργαλείων δεν αποτελεί πανάκεια για όλα τα περιστατικά. Ο κλινικός που χρησιμοποιεί την μηχανοκίνηση πρέπει να είναι σε θέση να κατανοήσει τον τρόπο λειτουργίας και την συμπεριφορά των μικροεργαλείων που έχει στη διάθεση του αλλά και την φιλοσοφία του πρωτοκόλλου τους, έτσι ώστε να είναι σε θέση να το τροποποιήσει ή να το συνδυάσει με μικροεργαλεία από άλλα συστήματα ή μικροεργαλεία χειρός εκεί όπου απαιτείται.

9) Απαραίτητη είναι η εξοικείωση του κλινικού με τα μηχανοκινούμενα σε ακρυλικά ομοιώματα ριζικών σωλήνων ή σε εξαγμένα δόντια πριν τα χρησιμοποιήσει στην κλινική του πράξη.

Αποτελεσματικότητα και μειονεκτήματα των μηχανοκινούμενων μικροεργαλείων

Φαίνεται ότι τα περισσότερα μηχανοκινούμενα συστήματα αποδίδουν ικανοποιητική μορφοποίηση στο ριζικό σωλήνα σε μικρό χρονικό διάστημα, χωρίς να προκαλούν σημαντικά ιατρογενή συμβάματα. Τα μηχανοκινούμενα συστήματα φαίνεται ότι γενικά υπερτερούν των κλασικών – συμβατικών μικροεργαλείων χειρός από ανοξείδωτο χάλυβα.

Το βασικό μειονέκτημα των μηχανοκινούμενων μικροεργαλείων, είναι η θραύση εντός του ριζικού σωλήνα. Η πιθανότητα θραύσης στα μηχανοκινούμενα φτάνει το 10% ενώ στα μικροεργαλεία χειρός το 6%. Ο μηχανισμός θραύσης έχει να κάνει με ροπές που αναπτύσσονται μέσα στον πυρήνα του μικροεργαλείου από κοχλίωση που συμβαίνει κατά την περιστροφή του. Από στατιστικές έρευνες που έχουν γί-

νει, φαίνεται ότι στην πλειονότητα των περιπτώσεων θραύσης, αυτή οφείλεται σε κακή εκτίμηση της ανατομίας του ριζικού σωλήνα, υπερβολική πίεση του εργαλείου, υπερβολική χρήση των εργαλείων, ανεπαρκή διάνοιξη του μυλικού θαλάμου και ανεπαρκή χρήση υγρών διακλυσμού. Όπως φαίνεται, όλοι οι παράγοντες έχουν να κάνουν σε μεγάλο βαθμό με τον κλινικό και όχι με τον ασθενή ή το μικροεργαλείο.

Rotary instruments are here to stay; they will continue to improve, but they are not a panacea. However, they are an important adjunct for canal – shaping procedures. (Pathways of the pulp 8th edition page 252)

Βιβλιογραφία:
Schilder H. Cleaning and shaping the root canal. Dent Clin North Am 1974;18:269-296
Ruddle C.J. Cleaning and Shaping the root canal system. In: Cohen S, Burns RC. Pathways of the pulp. Eighth edition: Mosby, 2002: 231-291
Walsch H. The hybrid concept of nickel – titanium rotary instrumentation. Dent Clin N Am 2004;48:183-202
Scharder C, Ackerman M, Barbakow F. Step-by-step description of a rotary root canal preparation technique. International Endodontic Journal 1999;32:312-320
Parashos P, Messer HH. Rotary Ni-Ti instrument fracture and its consequences. J. Endod 2006;32:1031-1043



ΠΡΩΤΟΚΟΛΛΟ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗΣ ΤΡΑΥΜΑΤΙΣΜΟΥ ΜΕ ΜΟΛΥΣΜΕΝΑ ΕΡΓΑΛΕΙΑ

Κυριάκος Λιβέρδος, Ειδικός Χειρουργός Στόματος
Χρυστάλλα Χατζηνασασάσιου, Πρώτη Ιατρική Λειτουργός, Υπεύθυνη της Κεντρικής Επιτροπής Ελέγχου Λοιμώξεων του Υπουργείου Υγείας

Οι τραυματισμοί με αιχμηρά αντικείμενα αποτελούν ένα συχνό σύμβαμα στην οδοντιατρική πράξη κατά την οποία χρησιμοποιείται ένας μεγάλος αριθμός αιχμηρών εργαλείων, σε ένα μικρό, σκοτεινό και υγρό πεδίο.

Με τέτοιους τραυματισμούς, το οδοντιατρικό προσωπικό είναι δυνατό να εκτεθεί σε ιούς που βρίσκονται στο αίμα, τα στοματικά υγρά και τους ιστούς.

Οι κυριότεροι παθογόνοι ιοί που κυκλοφορούν στο αίμα και αφορούν τους οδοντιάτρους είναι ο ιός της ηπατίτιδας Β (HBV), ο ιός της ηπατίτιδας C (HCV) και ο ιός της ανθρώπινης ανοσοανεπάρκειας (HIV).

Το ποσοστό των οδοντιάτρων που αναφέρουν ένα τουλάχιστο τραυματισμό ανά έτος κυμαίνεται από 40-60% σύμφωνα με διάφορες έρευνες. Πάντως φαίνεται ότι ο αριθμός των τραυματισμών με αιχμηρά αντικείμενα ανά έτος είναι στην πραγματικότητα μεγαλύτερος από αυτόν που αναφέρεται στις έρευνες καθώς πολλοί οδοντίατροι δεν παραδέχονται ή καμιά φορά δεν αντιλαμβάνονται τέτοιους τραυματισμούς.

Συνηθέστερες πηγές τραυματισμού αναφέρονται στη βιβλιογραφία οι εγγλυφίδες (συνηθέστερα εξωστοματικοί τραυματισμοί), οι βελόνες αναισθησίας και συρραφής, ενδοστοματικές ρίνες, ξέστρα.

Ο ιός της ηπατίτιδας Β (HBV) είναι ο περισσότερο μεταδοτικός από τους τρεις που αναφέρθηκαν πιο πάνω. Ο κίνδυνος για οροαναστροφή (μετάδοση του ιού) μετά από τραυματισμό με αιχμηρό αντικείμενο μολυσμένο από ένα φορέα της νόσου ανέρχεται μέχρι και το 30%. Η μετάδοση του ιού στο χώρο της οδοντιατρικής ήταν πολύ συχνή κάποια χρόνια πριν και ιδιαίτερα από φορείς ασθενείς σε χειρουργούς στόματος. Η μετάδοση του ιού στο χώρο μειώθηκε δραστικά μετά την εμφάνιση και την ευρεία διάδοση του εμβολιασμού έναντι του ιού. Δεν πρέπει να λησμονείται όμως ότι υπάρχουν άτομα τα οποία παρά τον εμβολιασμό δεν ανοσοποιούνται επιτυχώς έναντι του ιού. Επιπρόσθετα έχουν αναφερθεί παραλλαγές του HBV για τις οποίες τα υπάρχοντα εμβόλια είναι ανεπαρκή για προστασία. Μια παραλλαγή του ιού έχει αναφερθεί στην Ελλάδα, την Ιταλία και το Ηνωμένο Βασίλειο. Η παραλλαγή αυτή είναι ικανή να μολύνει άτομα επιτυχώς ανοσοποιημένα έναντι της συνήθους μορφής του HBV.

Η αναλογία των ατόμων με ηπατίτιδα C παγκοσμίως ανέρχεται στο 1% αλλά η κατανομή ποικίλει σημαντικά γεωγραφικά. Η συχνότητα της HCV είναι πολύ υψηλότερη σε ομάδες πληθυσμού που θεωρούνται ως υψηλού κινδύνου (π.χ. ενδοφλέβιοι χρήστες ναρκωτικών). Στη βιβλιογραφία αναφέρονται διάφορα ποσοστά για τον κίνδυνο μετάδοσης του ιού μετά από τρύπημα με βελόνη η οποία χρησιμοποιήθηκε σε άτομο φορέα της HCV. Έτσι αλλού αναφέρεται κίνδυνος 1.8% και αλλού 2.7-10% Δεν έχει βρεθεί ακόμα εμβόλιο το οποίο μπορεί να προκα-

λέσει ανοσοποίηση του οργανισμού έναντι του ιού. Ο κίνδυνος μετάδοσης του ιού HIV μετά από τρύπημα με μολυσμένη βελόνη είναι πολύ μικρότερος από αυτόν για τον ιό της ηπατίτιδας Β και ανέρχεται στο 0.32% περίπου ενώ ο κίνδυνος από απλή επαφή μολυσμένου υλικού σε βλεννογόνο είναι ακόμη μικρότερος 0.03%. Ο ιός HIV ανευρίσκεται σε μικρότερη συγκέντρωση στο αίμα από ότι ο HBV ενώ είναι περισσότερο ευαίσθητος στο περιβάλλον και καταστρέφεται ευκολότερα από τη δράση φυσικοχημικών παραγόντων.

Τα μέχρι σήμερα δεδομένα έχουν δείξει ότι ο κίνδυνος μόλυνσης από ιούς κατά τη διάρκεια της οδοντιατρικής πράξης είναι αρκετά εώς πολύ μικρός. Παρόλα αυτά ακόμα και η μικρή πιθανότητα που υπάρχει για μόλυνση μετά από τρύπημα με βελόνη σε συνδυασμό με τις επικίνδυνες για τη ζωή συνέπειες μιας λοίμωξης με έναν από τους ιούς, δεν επιτρέπουν κανένα εφησυχασμό. Σημαντική είναι και η ψυχολογική φόρτιση του οδοντιάτρου μετά από έναν τραυματισμό και κάθε ενέργεια ελαχιστοποίησης του κινδύνου πιθανής λοίμωξης λειτουργεί θετικά στην ψυχολογία του.

Αντιμετώπιση τρυπήματος με βελόνη ή άλλο αιχμηρό αντικείμενο: Στη βιβλιογραφία δεν υπάρχουν σαφή δεδομένα για την αποτελεσματικότητα των πρώτων βοηθειών στη μείωση της μετάδοσης παθογόνων ιών έπειτα από τραυματισμό με αιχμηρό αντικείμενο. Παρόλα αυτά όμως, δε μπορούμε να παραμερίσουμε απαθείς μετά από ένα τέτοιο δυσάρεστο σύμβαμα. Πιο κάτω

προτείνεται μια σειρά από μέτρα που σκοπό έχουν να μειώσουν κατά το δυνατό την πιθανότητα μετάδοσης κάποιου παθογόνου ιού από κάποιον φορέα ασθενή σε κάποιον οδοντίατρο. Έτσι σαν πρώτη αντίδραση θα πρέπει να διακόπτεται άμεσα κάθε διαδικασία. Ακολουθως:

- Αξιολόγηση της πληγής και του κινδύνου ενοφθαλισμού μολυσμένου υλικού (π.χ. είναι μολυσμένο το εργαλείο με αίμα, εισήλθε σε αγγείο του ασθενή;).

- Πλύση με άφθονο νερό και απλό σαπούνι για μερικά λεπτά. Η μείωση της συγκέντρωσης κάποιου μολυσματικού ιού με το νερό μπορεί από μόνη της να μειώσει τον αριθμό των παθογόνων κάτω από αυτόν που απαιτείται για να εγκατασταθεί μια λοίμωξη.

- Θα πρέπει να αποφευχθεί οποιοδήποτε τρίψιμο του τραύματος, το οποίο δυνατό να διασπείρει τον ιό μέσα στους ιστούς όπως και η απομύζηση της περιοχής.

- Πρόκληση ελαφριάς αιμορραγίας με ελαφριά πίεση πάνω στο τραύμα η οποία αυξάνει την ανάστροφη ροή του φλεβικού αίματος. Η αιμορραγία δυνατό να βοηθήσει στην εξώθηση μολυσματικού υλικού.

- Καθαρισμός της περιοχής με κάποιο αντισηπτικό (ιδανικότερα 10% διάλυμα ιωδίου για 7 λεπτά ή υποχλωριώδες διάλυμα) - Κάλυψη του τραύματος με συγκολλητική γάζα.

Μετά από τις πρώτες αυτές ενέργειες, θα πρέπει να γίνει αξιολόγηση των παραγόντων κινδύνου που αφορούν τον ασθενή είτε από πληροφορίες που εξήχθησαν από το ιστορικό, είτε από επιπλέον ερωτήσεις. Σκοπός των ερωτήσεων είναι να διαπιστωθεί αν ο ασθενής ανήκει στις κατηγορίες ατόμων υψηλού κινδύνου σε σχέση με τους παθογόνους ιούς HIV, HBV, HCV.

Αξιολόγηση μολυσματικότητας του ατόμου: Αν είναι εφικτό γίνεται έλεγχος για παρουσία HBsAg και anti-HCV. Σε περίπτωση άρνησης για εξέταση, εκτιμάται η μολυσματικότητα του ατόμου - «πηγή», λαμβάνοντας υπόψη το υποκείμενο νόσημα, τα κλινικά συμπτώματα και την ύπαρξη ιστορικού συμπεριφοράς υψηλού κινδύνου.

Ευαισθησία του εκτεθέντος: Εξαρτάται από ιστορικό εμβολιασμού (αφορά μόνο τον HBV) και ανταπόκρισης σε αυτόν.

Χορήγηση προφύλαξης: Προφύλαξη ή εμβόλιο για HCV λοίμωξη δεν υπάρχει. Μετά από έκθεση ύποπτη για μετάδοση HBV ή HIV ακολουθούνται τα πρωτόκολλα που παρουσιάζονται στους πίνακες 1 και 2.

Πίνακας 1: Προφύλαξη μετά από Έκθεση Διαδερμική η Έκθεση Βλεννογόνων στον Ιο της Ηπατίτιδας Β.

Πίνακας 2. Συνιστώμενη χημειοπροφύλαξη για HIV μετά από διαδερμική έκθεση ή έκθεση βλεννογόνων ή μη ανέπαφου δέρματος.

Πίνακας 1		δέρματος.		
Κατάσταση Εμβολιασμού και Ανταπόκριση Εκτεθέντος	ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΑΝΑΛΟΓΑ ΜΕ ΤΟ ΑΝ Η ΠΗΓΗ ΕΙΝΑΙ:			
	HBs Ag (+)	HBsAg (-)	Άγνωστη πηγή ή μη διαθέσιμη για έλεγχο Υψηλού κινδύνου Χαμηλού κινδύνου	
Μη εμβολιασμένο άτομο	HBIG (1 δόση) και ξεκινούμε σχήμα εμβολιασμού	Ξεκινούμε σχήμα εμβολιασμού	Ξεκινούμε σχήμα εμβολιασμού	Ξεκινούμε σχήμα εμβολιασμού
Εμβολιασμένο άτομο με γνωστή ανταπόκριση Anti-HBs >10mIU/mL	Καμία ενέργεια	Καμία ενέργεια	Καμία ενέργεια	Καμία ενέργεια
Γνωστή μη ανταπόκριση AntiHBs<10 mIU/mL				
Άτομο χωρίς επανεμβολιασμό	HBIG (1 δόση) και επανεμβολιασμός	Επανεμβολιασμός	HBIG (1 δόση) και επανεμβολιασμός	Επανεμβολιασμός
Άτομο μετά από επανεμβολιασμό	HBIG (2 δόσεις)	Καμία ενέργεια	HBIG (2 δόσεις)	Καμία ενέργεια
Άγνωστη ανταπόκριση	Έλεγχος για AntiHBs Εάν ν είναι ικανοποιητικός (AntiHBs>10mIU/mL) καμία ενέργεια. Μη ικανοποιητικός: HBIG (1 δόση) και 1 δόση επαναληπτικού εμβολίου, έλεγχος σε 1-2 μήνες	Καμία ενέργεια	Έλεγχος για AntiHBs Ικανοποιητικός: καμία ενέργεια Μη ικανοποιητικός: 1 δόση ενισχυτικού εμβολίου και έλεγχος AntiHBs 1-2 μήνες μετά	
Άτομα σε διαδικασία εμβολιασμού	HBIG αμέσως και συνέχιση εμβολιασμού	Συνέχιση εμβολιασμού	Συνέχιση εμβολιασμού	
1. Χορηγείται Ανοσοσφαιρίνη Ηπατίτιδας Β (HBIG) 0.06mL/Kg, ενδομυϊκά 2. Εάν το άτομο δεν έχει ικανοποιητική ανταπόκριση μετά από μια σειρά εμβολίων τότε επανεμβολιάζεται με δεύτερη σειρά με τρεις δόσεις εμβολίου 3. Χορηγείται η πρώτη δόση το συντομότερο δυνατό και η δεύτερη σε ένα μήνα 4. Ο έλεγχος γίνεται αμέσως				

Πίνακας 2					
Τύπος έκθεσης	Άτομο-πηγή»				
	HIV οροθετικό άτομο Κατηγορία I ⁶	HIV οροθετικό άτομο Κατηγορία II ⁶	Πηγή άγνωστη οροθετικότητας (π.χ. μη διαθέσιμη για έλεγχο)	Πηγή άγνωστη (π.χ. βελόνα σε απορρίμματα)	HIV οροαρνητικό άτομο
A) Διαδερμική έκθεση μικρής βαρύτητας ¹ ή B) Έκθεση βλεννογόνων ή μη ανέπαφου δέρματος με μικρό όγκο αίματος ²	Συνιστάται βασικό σχήμα χημειοπροφύλαξης: 2 φάρμακα	Συνιστάται ευρύ σχήμα χημειοπροφύλαξης εκτός εάν το άτομο-«πηγή» έχει γνωστούς παράγοντες κινδύνου (βασικό σχήμα)	Γενικά όχι χημειοπροφύλαξη εκτός εάν το άτομο-«πηγή» έχει παράγοντες κινδύνου (βασικό σχήμα)	Γενικά όχι χημειοπροφύλαξη εκτός εάν είναι πιθανή η έκθεση σε HIV-οροθετικά άτομα (βασικό σχήμα)	Όχι χημειοπροφύλαξη
A) Διαδερμική έκθεση μεγάλης βαρύτητας ³ ή B) Έκθεση βλεννογόνων ή μη ανέπαφου δέρματος με μεγάλο όγκο αίματος ⁴	Συνιστάται ευρύ σχήμα χημειοπροφύλαξης: 3 φάρμακα	Συνιστάται ευρύ σχήμα χημειοπροφύλαξης εκτός εάν το άτομο-«πηγή» έχει γνωστούς παράγοντες κινδύνου (βασικό σχήμα)	Γενικά όχι χημειοπροφύλαξη εκτός εάν το άτομο-«πηγή» έχει παράγοντες κινδύνου (βασικό σχήμα)	Γενικά όχι χημειοπροφύλαξη εκτός εάν είναι πιθανή η έκθεση σε HIV-οροθετικά άτομα (βασικό σχήμα)	Όχι χημειοπροφύλαξη
1. Μικρής βαρύτητας: π.χ. συμπαγής βελόνα ή επιφανειακός τραυματισμός 2. Μικρού όγκου: π.χ. λίγες σταγόνες αίμα 3. Μεγάλης βαρύτητας: π.χ. μεγάλου διαμετρήματος βελόνα, βαθύ τραύμα, τραυματισμός με βελόνα που χρησιμοποιήθηκε σε αρτηρία ή φλέβα, ορατό αίμα στη βελόνα 4. Μεγάλου όγκου: π.χ. έντονο πισσίλισμα με αίμα 5. HIV οροθετικό Κατηγορία I: ασυμπτωματική HIV λοίμωξη ή γνωστό χαμηλό ιικό φορτίο 6. HIV οροθετικό Κατηγορία II: συμπτωματική HIV λοίμωξη, AIDS, οξεία ορομετατροπή ή γνωστό υψηλό ιικό φορτίο					

Παρακολούθηση:

- Για HBV: Δεν συνιστάται παρακολούθηση, εάν ο χειρισμός των ατόμων με έκθεση σε HBV έγινε με βάση τις οδηγίες του Πίνακα 1. Σε όσους χορηγήθηκε μόνο το εμβόλιο γίνεται έλεγχος anti-HBs 1-2 μήνες μετά την τελευταία δόση του εμβολίου. Σε όσους έγινε και προφύλαξη με HBIG μαζί με το εμβόλιο, ο έλεγχος αντισωμάτων γίνεται μετά από 4-6 μήνες. Οι εκτεθέντες που έχουν γνωστή ανοσία έναντι του HBV δεν χρειάζονται παρακολούθηση.

- Για HCV: Γίνεται επαναληπτικός έλεγχος για anti-HCV και ALT στους 4-6 μήνες ή/και έλεγχος με HCV RNA στις 6 εβδομάδες. Σε περίπτωση anti-HCV θετικού αποτελέσματος (ένδειξη λοίμωξης), επιβεβαίωση με συμπληρωματικό έλεγχο (π.χ. μέθοδος ανοσοαποτυπώματος RIBA ή HCV RNA). Επί θετικού αποτελέσματος, παραπομπή σε ειδικό ιατρό για το ενδεχόμενο χορήγησης θεραπείας.

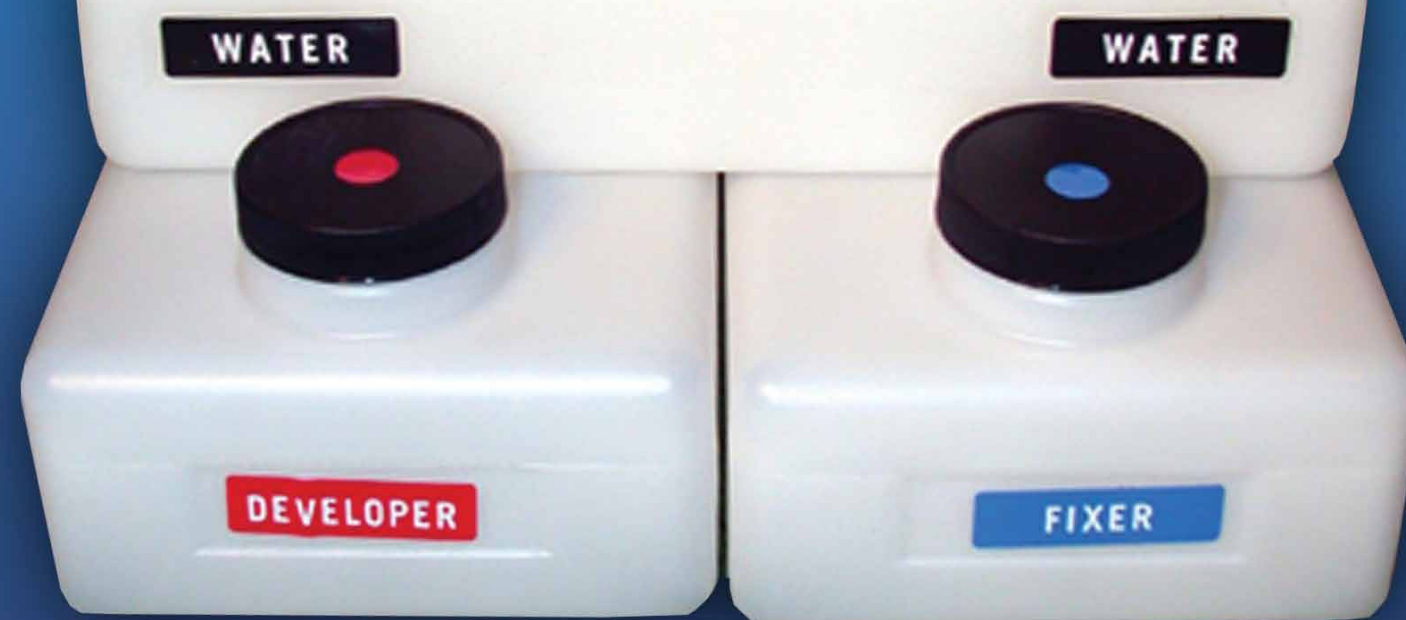
- Για HIV: Έλεγχος αντισωμάτων για τον HIV γίνεται στις 0, 6, 12 εβδομάδες και στους 6 μήνες μετά από έκθεση καθώς και σε κάθε περίπτωση εμφάνισης οξέως συνδρόμου ρετροϊού.



Η εξέταση μετά τους 6 μήνες συνιστάται σε ειδικές περιπτώσεις, όπως σε περίπτωση συλλοίμωξης με HCV. Επίσης διενεργείται εργαστηριακός έλεγχος του εκτεθέντος εντός 72 ωρών από την έναρξη της χημειοπροφύλαξης και παρακολούθηση τουλάχιστον 2 εβδομάδων για πιθανή εμφάνιση παρενεργειών από τα φάρμακα.

Βιβλιογραφία:

1. Smith AJ et al. Management of needlestick injuries in general dental practice. Br Dent J 2001; 190: 645-50.
2. Miller CH. Prevention of sharps injuries. Am J Dent 2001; 14: 334.
3. Immunization Action Coalition; "Hepatitis B and the Healthcare worker", www.immunize.org/catg.d/p2017.pdf
4. Γ. Γιαννικόπουλος, Μ. Ψυχογιού: «προφύλαξη εναντίον των ιών ηπατίτιδας B,C και HIV μετά από επαγγελματική έκθεση σε αίμα ή βιολογικά υγρά», Επιτηρώ, Τεύχος 1, Ιούνιος 2004
5. CDC Updated US Public Health Service Guidelines for the Management of exposure to HBV, HCV and HIV and Recommendations for post-exposure Prophylaxis. MMWR 2005(RR-16): 1-31



ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΑΚΤΙΝΟΓΡΑΦΙΚΩΝ ΥΓΡΩΝ

Αθηνά Δράκου, Μόρφω Κουρουκλήρη

Τα απόβλητα των ακτινογραφικών υγρών συμπεριλαμβάνονται στα τοξικά απόβλητα και σύμφωνα με την ισχύουσα νομοθεσία η διαχείρισή τους θα πρέπει να γίνεται με τέτοιο τρόπο ώστε να καθίστανται περιβαλλοντικά ασφαλή.



Αναλυτικότερα τα υγρά εμφάνισης δεν θεωρούνται ιδιαίτερα τοξικά αλλά λόγω του υψηλού pH τους, απόρριψή τους σε αδιάλυτη μορφή μπορεί να προκαλέσει διάβρωση στους σωλήνες του αποχετευτικού δικτύου. Μπορούν να απορρίπτονται αραιωμένα στο δημόσιο αποχετευτικό σύστημα ή να παραδίδονται σε κατάλληλη εταιρεία επεξεργασίας τους.

Τα υγρά στερέωσης όμως λόγω της περιεκτικότητάς τους σε άργυρο και σε άλλα βαρέα μέταλλα δεν μπορούν να διοχετευτούν στο αποχετευτικό σύστημα ως έχουν αλλά θα πρέπει να υφίστανται κατάλληλη φυσικοχημική επεξεργασία τη λεγόμενη απαργύρωση ούτως ώστε ο παραγόμενος άργυρος που είναι πολύ τοξικός να συλλέγεται και να απομονώνεται.

Τα υγρά έκπλυσης των φιλμ περιέχουν κι αυτά μικρές ποσότητες αργύρου, γι' αυτό θα πρέπει να τα διαχειρι-

ζόμαστε όπως και τα υγρά στερέωσης.

Η ανάμιξη υγρού στερέωσης με υγρό εμφάνισης θα πρέπει να αποφεύγεται γιατί το διάλυμα που προκύπτει είναι ιδιαίτερα τοξικό, εύφλεκτο και πολύ πιο ακριβό κατά την απόρριψή του. Επίσης δε μπορεί να αξιοποιηθεί το περιεχόμενο του από άποψη ανακύκλωσης του αργύρου.

Τρόποι ανακύκλωσης του αργύρου

1. Χρήση μονάδας ανάκτησης αργύρου στο οδοντιατρείο. Οι μονάδες αυτές επιτρέπουν την ανάκτηση του αργύρου από το χρησιμοποιημένο διάλυμα στερέωσης και έκπλυσης των φιλμ. Ο Ag που ανακτάται ανακυκλώνεται με οικονομικό όφελος για τον οδοντίατρο και το υπόλοιπο υγρό απλά απορρίπτεται.

2. Διάθεση του χρησιμοποιημένου διαλύματος στερέωσης και έκπλυσης σε υπηρεσία ανακύκλωσης. Αδειοδοτημένη εταιρεία για διαχείριση αποβλήτων από ακτινολογικά μηχανήματα σύμφωνα με τον περί Στερεών κι Επικινδύνων Αποβλήτων Νόμο (Ν.215(Ι)/2002) είναι η εταιρεία Advance Group.

3. Ανακύκλωση των άδειων δοχείων που περιείχαν τα διαλύματα.

Καταλήγοντας θα θέλαμε να προτείνουμε σαν εναλλακτική λύση τη χρήση της ψηφιακής ακτινογραφίας. Η λύση αυτή πλεονεκτεί και ως προς τη μικρότερη σε χρόνο και ισχύ ακτινοβολία που δέχεται ο ασθενής σε σχέση με τις συμβατικές ακτινογραφίες και ως προς το γεγονός ότι είναι πιο φιλική προς το περιβάλλον.

oralex®

Μεγαλύτερη Διάρκεια

ΑΠΟΔΕΔΕΙΓΜΕΝΟ!



oralex® Anticaries

Anticaries Toothpaste 75ml
Amine Fluoride 1250 ppm
Xylitol 1%
Tixosil 63 @
Anticaries Mouthwash 250ml
Amine fluoride 125 ppm
Sodium fluoride 125 ppm
Xylitol 1%
Medium Dental Toothbrush



oralex® Sensitive gums

Sensitive Gums Toothpaste 75ml
Amine fluoride 1250 ppm
Xylitol 1%, Vitamin B5
Vitamin E, Tixosil 73 @
Sensitive Gums Mouthwash 250ml
Chlorexidine digluconate 0.12%
Xylitol 1%, Alantoin 0.10%
Vitamin B5 1%
Soft Dental Toothbrush



oralex® Kids

Kids Toothpaste 75ml
Amine Fluoride 500 ppm
Xylitol 2%
Tixosil 73
Kids Mouthwash 250ml
Amine Fluoride 250 ppm
Xylitol 1%
Kids Dental Toothbrush

ΠΑΡΑΜΕΝΕΙ ΣΤΗΝ ΣΤΟΜΑΤΙΚΗ ΚΟΙΛΟΤΗΤΑ ΠΕΡΙΣΣΟΤΕΡΟ ΧΡΟΝΟ ΜΕ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑ ΤΗΝ ΚΑΛΥΤΕΡΗ ΠΡΟΣΤΑΣΙΑ

Αντιπρόσωποι - Διανομείς: ΓΕΩΡΓΙΟΣ ΠΕΤΡΟΥ ΛΤΔ
Τ.Θ. 17100, 2260 Λατσία, Λευκωσία - Τηλ: 22 757277 - Φαξ: 22 753644
e-mail: info@gpetrou.com.cy

Inibsa
LABORATORIOS



ΨΗΦΙΑΚΕΣ ΑΚΤΙΝΟΓΡΑΦΙΕΣ ΣΤΗΝ ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΙΚΗ

Σοφοκλής Βογιαζής

Οι ψηφιακές ακτινογραφίες για οδοντιατρική χρήση βρίσκονται στην παγκόσμια αγορά για πάνω από δεκαπέντε χρόνια και παρόλα τα εμφανή πλεονεκτήματά που παρουσιάζουν έναντι των συμβατικών ακτινογραφιών, ακόμη δεν τις έχουν αντικαταστήσει πλήρως.

Αντίθετα οι πλείστοι οδοντίατροι (πάνω από 50% στις αναπτυγμένες χώρες) ακόμη χρησιμοποιούν συμβατικές ακτινογραφίες στα ιατρεία τους.

Οι κύριοι λόγοι γι' αυτό είναι τρεις:

α) Το κόστος για την αγορά των νέων μηχανημάτων και λογισμικών,
β) Η γενική αποστροφή σε αλλαγές που απαιτούν εκμάθηση νέων μεθόδων και αλλαγή τρόπου εργασίας και
γ) Η ελλιπή αντίληψη των πλεονεκτημάτων των ψηφιακών ακτινογραφιών από τους οδοντίατρους.

Ο στόχος αυτού του άρθρου είναι μια συνοπτική παρουσίαση των πλεονεκτημάτων και μειονεκτημάτων των ψηφιακών ακτινογραφιών.

ΠΛΕΟΝΕΚΤΗΜΑΤΑ

Άμεση εμφάνιση της εικόνας

Αυτό είναι μάλλον το πιο σημαντικό πλεονέκτημα των ψηφιακών ακτινογραφιών. Η άμεση εμφάνιση των ακτινογραφιών χωρίς την χρήση εμφανιστικών υγρών θα μπορούσε να ήταν και ο μοναδικός λόγος που ένας οδοντίατρος θα επέλεγε αυτά τα συστήματα. Με τις συμβατικές μεθόδους εμφάνισης έχουμε τα θέματα της αμνηστίας, της ανάγκης αλλαγής γαντιών για λόγους ασηψίας και της μεταφοράς του φιλμ προς και από το χώρο με τα εμφανιστικά. Όλα αυτά σπαταλούν πολύτιμο χρόνο και χαλούν τη ροή μιας διαδικασίας όπως η τοποθέτηση ενδοστικών εμφυτευμάτων ή μια ενδοδοντική θεραπεία. Το μειονέκτημα αυτό πολλαπλασιάζεται όταν στη διάρκεια μια διαδικασίας χρειάζονται πολλαπλές λήψεις ή χρειάζονται επαναληπτικές λήψεις όταν η εικόνα δεν περιέχει τις πληροφορίες που ενδιαφέρουν τον οδοντίατρο.

Από τα ψηφιακά συστήματα, αυτά που προσφέρουν την πιο άμεση εμφάνιση είναι τα συστήματα με σένσορα CCD (charged coupled device), ενώ οι σένσορες με πλάκες φωσφόρου πρέπει να εισαχθούν σε ειδική συσκευή για να μεταφερθεί η εικόνα στην οθόνη του υπολογιστή.

Δυνατότητα ρύθμισης της εικόνας

Οι ψηφιακές ακτινογραφίες επιτρέπουν στον οδοντίατρο να αλλάξει τη φωτεινότητα και αντίθεση των διαυγάσεων και σκιάσεων, να μεγεθύνει εικόνες, να προσθέσει χρώματα και άλλη υφή σε διάφορα τμήματα της ακτινογραφίας. Όλες αυτές οι ρυθμίσεις βελτιώνουν την διαγνωστική αξία των ακτινογραφιών και έτσι διευκολύνουν τον κλινικό και μειώνουν την ανάγκη επαναληπτικών λήψεων, μειώνοντας έτσι και τη δόση με την οποία ακτινοβολείται ο ασθενής. Επίσης βοηθούν με όλες αυτές τις ρυθμίσεις στην εκπαίδευση του ασθενή ή οποία γίνεται πιο εύκολα και άμεσα.

Αποθήκευση πληροφοριών

Η ανεύρεση συγκεκριμένης ακτινογραφίας ενός συγκεκριμένου ασθενή γίνεται πολύ πιο απλή λόγω της οργανωμένης δομής αποθήκευσης πληροφοριών που παρέχουν οι σύγχρονοι υπολογιστές. Με τις συμβατικές ακτινογραφίες οι φάκελοι ασθενών που παρακολουθούνται για χρόνια σε ένα ιατρείο γίνονται υπερβολικά ογκώδεις λόγω της αποθήκευσης των φιλμ και πολλές φορές είναι χρονοβόρα ή και αδύνατη η ανεύρεση ακτινογραφιών που έγιναν πριν από κάποια χρόνια. Με της ψηφιακές ακτινογραφίες η ανεύρεση είναι πολύ εύκολη και ο

χώρος που χρειάζεται για την αποθήκευση τους ελάχιστος, αφού συνήθως όλες οι ακτινογραφίες ενός ιατρείου χωράνε σε ένα υπολογιστή.

Εμφανιστικά υγρά

Η αλλαγή των εμφανιστικών υλικών σε μια προσπάθεια να διατηρηθούν ενεργά, μαζί με την δυσοσμία και τους λεκέδες που αυτό συνεπάγεται δεν είναι αναγκαία. Επίσης ο οδοντίατρος μπορεί να χρησιμοποιήσει το χώρο τον οποίο καταλαμβάνουν όλα αυτά τα αναγκαία παρελκόμενα των συμβατικών ακτινογραφιών για άλλα μηχανήματα ή αντικείμενα.

Επικοινωνία μεταξύ συναδέλφων

Ένα ακόμα πολύ σημαντικό πλεονέκτημα. Με ένα απλό ηλεκτρονικό μήνυμα (e-mail) μπορούν δύο ή και περισσότεροι οδοντίατροι να δουν την ίδια ακτινογραφία σε δευτερόλεπτα σε παγκόσμια κλίμακα.

Μειωμένη δόση ακτινοβολίας

Η ακτινοβολία που δέχεται ο ασθενής είναι σημαντικά μειωμένη με τις ψηφιακές ακτινογραφίες (μείωση μέχρι και 70-80% με τα περισσότερα συστήματα). Αυτό επιτρέπει στον οδοντίατρο να βγάλει δύο ή και τρεις ακτινογραφίες όταν χρειάζεται χωρίς να ανησυχεί ιδιαίτερα για τη δόση αφού αυτή θα αντιστοιχεί στη δόση περίπου μιας συμβατικής. Το πλεονέκτημα αυτό είναι ιδιαίτερα σημαντικό σε χειρουργεία εμφυτευμάτων και ενδοδοντικές θεραπείες όπου οι πολλαπλές λήψεις είναι ο κανόνας.

ΜΕΙΟΝΕΚΤΗΜΑΤΑ

Κόστος αγοράς

Το κόστος του σένσορα και του λογισμικού που είναι αναγκαίο για το κάθε σύστημα είναι σίγουρα σημαντικό και ο οδοντίατρος πρέπει να το λάβει υπόψη. Πάντως σε σχέση με αυτά που μας προσφέρει και με αγορές άλλων πολύ πιο εξεζητημένων και όχι τόσο χρήσιμων μηχανημάτων, το κόστος δεν είναι και τόσο αποτρεπτικό.

Μετατροπή συμβατικών ακτινογραφιών σε ψηφιακές.

Η μετατροπή των συμβατικών ακτινογραφιών ενός ιατρείου σε ψηφιακές είναι μια πολύ χρονοβόρα διαδικασία και αρκετά ακριβή, αν ένας υπάλληλος πληρωθεί για να την κάνει. Η πιο καλή λύση είναι αυτή η μετατροπή να γίνει σταδιακά, καθώς οι παλαιότεροι ασθενείς θα έρχονται για τις επανεξετάσεις τους.

Εκμάθηση των συστημάτων

Ο οδοντίατρος και το προσωπικό του ιατρείου χρειάζεται να μάθουν να χρησιμοποιούν το νέο σύστημα και κάθε νέα αρχή χρειάζεται και μια περίοδο εκμάθησης όπου οι διαδικασίες δεν θα κυλούν τόσο ομαλά ή γρήγορα.

Καλώδιο του σένσορα

Οι σένσορες CCD δίνουν την δυνατότητα άμεσης εμφάνισης της εικόνας στον υπολογιστή, αλλά είναι ενωμένοι με ένα καλώδιο το οποίο ο οδοντίατρος πρέπει να μάθει να αποφεύγει και να χειρίζεται κατά τη τοποθέτηση του σένσορα στην επιθυμητή θέση. Σήμερα υπάρχουν και ασύρματοι σένσορες CCD οι οποίοι όμως έχουν και αυξημένο κόστος. Τα πλακίδια φωσφόρου δεν έχουν καλώδιο αλλά πρέπει να εισαχθούν σε ειδική συσκευή για εμφάνιση της εικόνας.

Πάχος του σένσορα

Οι σένσορες CCD έχουν ένα αξιοσημείωτο πάχος (3-5μμ). Αυτό το χαρακτηριστικό τους μπορεί να δυσχεραίνει μερικές φορές τη τοποθέτησή τους αλλά συνήθως δεν δημιουργεί πρόβλημα. Τα πλακίδια φωσφόρου έχουν το ίδιο πάχος περίπου με τα συμβατικά φιλμ.

Έλλειψη ελαστικότητας

Οι σένσορες CCD είναι άκαμπτοι και έτσι μπορούν να προκαλέσουν πόνο αν πιέσουν τους μαλακούς ιστούς σε κάποια σημεία. Αυτό είναι πιο εμφανές σε ασθενείς ευαίσθητους που ακόμα και τα πιο λεπτά συμβατικά φιλμ μπορούν να τους προκαλέσουν αναγού-



λα. Τα πλακίδια φωσφόρου μοιάζουν πιο πολύ και σ' αυτή την ιδιότητα στα συμβατικά πλακίδια.

Απώλεια / σπάσιμο του σένσορα

Η πτώση του σένσορα στο πάτωμα, με αποτέλεσμα την καταστροφή του δεν είναι πολύ δύσκολο να συμβεί σε ένα ιατρείο με τη πίεση του καθημερινού φόρτου εργασίας. Όσο αφορά τους ασύρματους CCD ή τα πλακίδια φωσφόρου, αυτά μπορεί να πεταχτούν κατά λάθος ή και να χαθούν. Φυσικά το κόστος αυτών των ζημιών είναι πολύ ψηλό όταν αυτές συμβούν.

Βιβλιογραφία:

J Am Dental Assoc, Vol 135, No 10, 1437-39, 2004

J Am Dental Assoc, Vol 139, No suppl 3, 7s-13s, 2008



CLAVOMID®

The answer to penicillinase-producing bacteria!



CLAVOMID is indicated in the treatment of:

- Respiratory tract infections (including ENT)
- Genito-urinary tract and abdominal infections
- Skin and soft tissue infections

50 years
Remedica

Για επιπλέον πληροφορίες:

Βιομηχανική Περιοχή Λεμεσού, Τ.Θ. 51706, CY-3508, Λεμεσός, Κύπρος
Τηλ.: +357 25553000, Φαξ.: +357 25390192, email: info@remedica.com.cy www.remedica.eu

ΜΕΣΑ ΠΕΡΙΟΔΟΝΤΙΚΗΣ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ

Στέιση Παπαποστόλου - Οδοντίατρος
Εκ μέρους της Περιοδοντολογικής Εταιρίας Κύπρου

Η περιοδοντίτιδα αποτελεί ένα από τα συχνότερα νοσήματα της στοματικής κοιλότητας.

Πρωταρχικό αίτιο της αποτελεί η οδοντική μικροβιακή πλάκα προκαλώντας την άμεση αντίδραση του οργανισμού, επιφέροντας δηλαδή την εμφάνιση φλεγμονής στους περιοδοντικούς ιστούς και την ανοσιακή απάντηση του ξενιστή.

Βασική επιδίωξη κατά τη θεραπεία της περιοδοντικής νόσου, αποτελεί η μετατροπή του παθολογικού περιβάλλοντος του θυλάκου σε περιβάλλον όπου θα μπορούσε να προαχθεί η επούλωση, κι αυτό επιτυγχάνεται με την αφαίρεση από την επιφάνεια ρίζας τρυγικών εναποθέσεων, μικροβιακής πλάκας και αδροτήτων οστέϊνης με τη διαδικασία της ριζικής απόξεσης. Για την πραγματοποίηση επιτυχούς ριζικής απόξεσης έχει δοκιμαστεί ένας μεγάλος αριθμός εργαλείων και συσκευών κατά καιρούς. Τα σημαντικότερα που χρησιμοποιούνται και σήμερα είναι τα εργαλεία χειρός, οι συσκευές υπερήχων και sonic.

Τα εργαλεία χειρός διακρίνονται στα ξέστρα γενικής χρήσης και στα ξέστρα τύπου Gracey. Τα ξέστρα γενικής χρήσης έχουν δύο κοπτικές επιφάνειες και χρησιμοποιούνται σε μεγάλο τμήμα του οδοντικού φραγμού όπως το Columbia 2R/2L και 4R/4L. Τα ξέστρα τύπου Gracey εφαρμόζουν σε συγκεκριμένες ανατομικές περιοχές της ρίζας, διαθέτουν μόνο μία κοπτική αιχμή και υπάρχει η δυνατότητα επιλογής με μακρύτερο στέλεχος ή μικρότερο κοπτικό άκρο. Για τη διατήρηση της κοπτικής ικανότητας και του αρχικού σχήματος του κοπτικού άκρου των εργαλείων χειρός, είναι απαραίτητος ο συστηματικός ακονισμός με ειδικούς

ακονόλιθους διαφόρων σχημάτων και βαθμών αδρότητας.

Οι συσκευές υπερήχων λειτουργούν με υπερηχητική δόνηση σε συχνότητες μεταξύ 25000-42000 κύκλους το δευτερόλεπτο, προκαλώντας έτσι δόνηση του ρύγχους. Οι συσκευές sonic λειτουργούν με μηχανικό τρόπο από πίεση αέρα σε συχνότητες μεταξύ 2300-6300 κύκλους το δευτερόλεπτο, προκαλώντας έτσι γραμμική κίνηση του ρύγχους. Λόγω της αυξημένης θερμότητας που παράγεται κατά τη λειτουργία των συσκευών, είναι απαραίτητος ο ταυτόχρονος καταιονισμός ύδατος για την αποφυγή βλάβης στον πολφό αλλά και για αποτελεσματικότερη απομάκρυνση οδοντικής πλάκας και ενδοτοξινών. Στο εμπόριο κυκλοφορούν συσκευές που επιτρέπουν τον καταιονισμό αντισηπτικών υγρών αντί ύδατος κατά τη λειτουργία τους.

Η χρήση των υπερήχων και συσκευών sonic κατά τη ριζική απόξεση βοηθά στην ταχύτερη απομάκρυνση των τρυγικών εναποθέσεων χωρίς να απαιτείται μεγάλη προσπάθεια από το θεράποντα ιατρό και επιτρέπει καλύτερη προσπέλαση σε στενούς περιοδοντικούς θυλάκους, μεσορριζικές περιοχές και οδοντικές αύλακες. Έρευνες αναφέρουν ότι 58% των διχασμών των ριζών είναι στενότεροι από τα εργαλεία χειρός που διαθέτουμε για ριζική απόξεση. Σημαντικά μειονεκτήματα των συσκευών αυτών αποτελούν η έλλειψη αίσθησης της αφής κατά τη χρήση τους αλλά και η οδοντική υπερευαισθησία που συχνά υπάρχει σε ορισμένα σημεία του στόματος.

Συγκριτικές έρευνες που έχουν πραγματοποιηθεί μεταξύ των υπερήχων, των συσκευών sonic και των εργαλείων χειρός καταλήγουν στο συμπέρασμα ότι δεν υπάρχει διαφορά στην αποτελεσματικότητα απομάκρυνσης της υποοστικής τρυγίας και ενδοτοξινών μεταξύ τους, εντούτοις τα εργα-

λεία χειρός επιτρέπουν τη μεγαλύτερη ομαλοποίηση των οδοντικών επιφανειών. Ιστολογική ανάλυση της επιφάνειας δοντιών μετά τη χρήση υπερήχων και εργαλείων χειρός, έδειξε ότι πάντα παραμένουν υπολείμματα τρυγίας στην οδοντική επιφάνεια σε μικροσκοπικό επίπεδο. Παρόλο που η ύπαρξη οστεϊνικής αδρότητας προσφέρει έδαφος για σχηματισμό μικροβιακής πλάκας, εντούτοις ελαφρώς αδρή επιφάνεια δεν επηρεάζει τα κλινικά αποτελέσματα της θεραπείας. Είναι λοιπόν σημαντικό να αποφεύγεται η εργώδης ριζική απόξεση και άσκοπη αφαίρεση οστέϊνης, που έχει ως συνέπεια την μείωση οδοντικής υπερευαισθησίας.

Για την έναρξη της ριζικής απόξεσης συνίσταται η χρήση υπερήχων ή συσκευών sonic για την απομάκρυνση των σημαντικών εναποθέσεων υπερουλικής και υποουλικής τρυγίας και πλάκας. Η αδρότητα που παραμένει μετά τη χρήση τους και η απώλεια οδοντικής ουσίας, εξαρτάται από την εφαρμοζόμενη πίεση, το χρόνο έκθεσης, τη γωνία επαφής ξέστρου και ρίζας και τον καταιονισμό ύδατος. Ακολουθώντας, συνίσταται η χρήση εργαλείων χειρός για την επίτευξη μεγαλύτερης ομαλότητας, χωρίς να απαιτείται σημαντική αφαίρεση οστέϊνης. Για το τελικό στάδιο της απόξεσης, προτείνεται η επανάληψη της χρήσης υπερήχων και συσκευών sonic, επιτρέποντας τη διάσπαση τυχών εναπομεινουσας μικροβιακής πλάκας ειδικότερα σε μεσορριζικές περιοχές ή οδοντικές αύλακες.

Η ριζική απόξεση αποτελεί το ουσιαστικότερο τμήμα της θεραπείας της περιοδοντικής νόσου. Η επίτευξη ενός επιτυχούς θεραπευτικού αποτελέσματος εξαρτάται από την ορθή επιλογή των εργαλείων και μέσων, το διαρκή έλεγχο της κατάστασής τους και τη σωστή χρήση τους. Ο θεράπων ιατρός οφείλει να γνωρίζει τα εργαλεία που χρησιμοποιεί και να αξιοποιεί τις δυνατότητες τους στο μέγιστο, φθάνοντας στο καλύτερο επιθυμητό αποτέλεσμα.

Βιβλιογραφία:

1. Κλινική Περιοδοντολογία. Σ.Σ. Μαντζαβός, Ι.Α. Βρότσας
2. Bower R.C. Furcation morphology relative to periodontal treatment. Furcation entrance architecture. J Periodontol 1987; 58: 86-94
3. Checchi L., Pelliccioni G.A. Hand versus ultrasonic instrumentation in the removal of endotoxins from root surfaces in vitro. J Periodontol 1988; 59: 398-402
4. Badersten A., Nilveus R., Egelberg J. Effect of non-surgical periodontal therapy. I: Moderately advanced periodontitis. J Clin Periodontol 1981; 8: 57-72
5. Coldiron N.B., Yukna R.A., Weir J. et al. A quantitative study of cementum removal with hand curettes. J Periodontol 1990; 61: 293-299

Υγιεινή και ασφάλεια της εργασίας στους χώρους του οδοντιατρείου



Αίθουσα Διαλέξεων **Τράπεζας Κύπρου** Αγία Παρασκευή, Λευκωσία
Σάββατο 25 Σεπτεμβρίου 2010

Υπό την Αιγίδα
του Υπουργείου Υγείας και του Τμήματος Επιθεώρησης Εργασίας του
Υπουργείου Εργασίας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων



Οδοντιατρικός Σύλλογος
Λευκωσίας - Κερύνειας

ΕΙΣΟΔΟΣ ΕΛΕΥΘΕΡΗ

Σε συνεργασία με
την **Κυπριακή Εταιρεία Ιατρικής της Εργασίας**



την Ελληνική Εταιρεία
Ιατρικής της Εργασίας
και Περιβάλλοντος



και το Πρόγραμμα Μεταπτυχιακών
Σπουδών Υγιεινή και Ασφάλεια της
Εργασίας

ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΕΣ



Τουρνουά beach volley
μεταξύ των Οδοντιατρικών
Συλλόγων.

Στιγμιότυπα από το τουρνουά Πετό-σφαιρας που διοργάνωσε ο Οδοντιατρικός Σύλλογος Λεμεσού μεταξύ των τοπικών Οδοντιατρικών Συλλόγων το Σάββατο 26/6/10 στον Ιστιοπλοϊκό Όμιλο Λεμεσού.

Έλαβαν μέρος οι Οδοντιατρικοί Σύλλογοι Λευκωσίας - Κερύνειας, Λεμεσού, Πάφου και Λάρνακας και το κύπελλο κατέκτησε ο Οδοντιατρικός Σύλλογος Λευκωσίας - Κερύνειας.



Στην ομάδα του Τ.Ο.Σ.Α.Κ. συμμετείχαν οι συνάδελφοι Γιώργος Παμπορίδης, Αντρέας Χαραλάμπους, Γιάννος Χαραλάμπους, Τάσος Τουμασής, Μιχάλης Ταμάσσιος και Γιάννος Χατζησωτηρίου.

Η πρόεδρος και τα μέλη του Δ.Σ. του Τ.Ο.Σ.Α.Κ. εκφράζουν τις ευχαριστίες και τα συγχαρητήρια τους στους συναδέλφους που έλαβαν μέρος!

Αγγελίες

Εδώ μπορείτε να βρείτε επαγγελματικές αγγελίες (πώληση εξοπλισμού, θέσεις εργασίας κ.λ.π).
Για να δημοσιεύσετε **ΔΩΡΕΑΝ** την αγγελία σας, στείλτε την στην ηλεκτρονική διεύθυνση: info@nkdentalcyl.com.

Πωλείται οδοντιατρικό μηχάνημα Adec, εξοπλισμός οδοντιατρείου (πάγκος εργασίας τροχήλατη συρταριέρα και stool) λόγω αναχώρησης της οδοντιάτρου στο εξωτερικό.
Τηλ. επικοινωνίας: 99425975, Νίκη Σκαπούλλη

Ζητείται οδοντίατρος για συστέγαση-συνεργασία σε πρόσφατα ανακαινισμένο και πλήρως εξοπλισμένο οδοντιατρικό χώρο στην Λευκωσία (περιοχή Άγιοι Ομολογητές).
Τηλ. επικοινωνίας: 22818167



ΗΜΕΡΟΛΟΓΙΟ ΕΚΔΗΛΩΣΕΩΝ

Σάββατο 25 / 9 / 2010

Ημερίδα «Υγιεινή και Ασφάλεια της Εργασίας στους χώρους του Οδοντιατρείου»

Διοργανώνεται από τον Οδοντιατρικό Σύλλογο Λευκωσίας - Κερύνειας σε συνεργασία με την Κυπριακή Εταιρεία Ιατρικής της Εργασίας και Περιβάλλοντος, την Ελληνική Εταιρεία Ιατρικής της Εργασίας και Περιβάλλοντος και το Πρόγραμμα Μεταπτυχιακών Σπουδών Υγιεινή και Ασφάλεια της Εργασίας του Τμήματος Ιατρικής του Δημοκρίτειου Πανεπιστημίου Θράκης, στην αίθουσα τελετών της Τράπεζας Κύπρου.

Σάββατο 13 / 11 / 2010

Ημερίδα «Διαφοροποίηση της Οδοντιατρικής πράξης σε ασθενή με ιατρικό ιστορικό»

Μέρος Α

Ομιλητές:

Δρ. Νεόφυτος Παπανεοφύτου - Δρ. Ελευθερία Σύζνου (ψυχιατρικός ασθενής)
Δρ. Νίκος Χατζηνικολάου - Δρ. Λουκία Χατζηπέτρου (Καρδιολογικός ασθενής)
Δρ. Μαρία Σπυριδωνος (Παιδιατρικός ασθενής)

Διοργανώνεται από τον Οδοντιατρικό Σύλλογο Λευκωσίας - Κερύνειας και τον Οδοντιατρικό Σύλλογο Λάρνακας στα γραφεία του Συλλόγου.

Σάββατο 20 / 11 / 2010

Συνέδριο Αισθητικής Οδοντιατρικής

Διοργανώνεται από τον Οδοντιατρικό Σύλλογο Λεμεσού σε συνεργασία με την Ελληνική Ακαδημία Αισθητικής Οδοντιατρικής στο ξενοδοχείο «Mediterranean» στη Λεμεσό.

Σάββατο 4 / 12 / 2010

Ημερίδα «Διαφοροποίηση της Οδοντιατρικής πράξης σε ασθενή με ιατρικό ιστορικό»

Μέρος Β

Ομιλητές:

Δρ. Αφροδίτη Ελισσαίου - Δρ. Νίκος Χριστοδουλίδης (Εγκυος ασθενής)
Δρ. Μιχάλης Πίκολος - Δρ. Δώρος Πίκολος (Διαβητικός ασθενής)
Δρ. Δημήτριος Βόμβας - Δρ. Γιώργος Θεμιστοκλέους (Ογκολογικός ασθενής)

Διοργανώνεται από τον Οδοντιατρικό Σύλλογο Λάρνακας και τον Οδοντιατρικό Σύλλογο Λευκωσίας - Κερύνειας στον πολυχώρο «Maigee», Παραλία Μακένζυ, Λάρνακα.

Οδοντιατρικό χρονικό



Γνωρίζετε ότι...

...από το 2008 η Παγκόσμια Οδοντιατρική Ομοσπονδία καθιέρωσε την **12η Σεπτεμβρίου ως Παγκόσμια Μέρα Στοματικής Υγείας**;

Έκτοτε οι Οδοντιατρικοί Σύλλογοι γιορτάζουν την ημέρα αυτή. Διοργανώνονται εκστρατείες διαφώτισης του κοινού και καταδεικνύεται η σημασία της στοματικής υγείας, καθώς και η σύνδεσή της με τη γενικότερη υγεία.

Φέτος, ο Οδοντιατρικός Σύλλογος Λευκωσίας - Κερύνειας, επέλεξε να τιμήσει διαφορετικά την ημέρα αυτή. Συνάδελφοι μας που συμμετέχουν στην ανθρωπιστική οργάνωση Εθελοντές Γιατροί - Κύπρος, μας μίλησαν για τη δυσκολία συνανθρώπων μας στη μακρινή Κένυα να έχουν πρόσβαση σε οδοντιατρική περίθαλψη. Αποφασίσαμε να βοηθήσουμε, επιχορηγώντας την εργοδότηση οδοντιάτρου που θα στελεχώσει το οδοντιατρείο που στήθηκε εκεί.

Γιατί η διασφάλιση και προαγωγή της στοματικής υγείας δεν πρέπει να αποτελεί προνόμιο αλλά ανθρώπινο δικαίωμα.



Η ΣΩΣΤΗ ΕΠΙΛΟΓΗ!!!

Ότι χρειάζεται το ιατρείο σας θα το βρείτε κοντά μας...



Δημιουργούμε σύγχρονα ιατρεία στα δικά σας μέτρα.



Απαραίτητες σύγχρονες σκευές νέας τεχνολογίας

The future of power teeth whitening has arrived

- δυο πηγές φωτισμού (LED + αλογόνου)
- ενσωματωμένη συσκευή πολυμερισμού και για ένα δόντι
- ψηφιακός χειρισμός με touch screen
- Με δυνατότητα προσαρμογής και συσκευής laser μαλακών ιστών
- Τηλεκοντρόλ

