

Οδοντιατρικά ΝΕΑ



www.nkdentalcy.com

ΤΡΙΜΗΝΙΑΙΟ ΕΝΗΜΕΡΩΤΙΚΟ ΔΕΛΤΙΟ ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΙΚΟΥ ΣΥΛΛΟΓΟΥ ΛΕΥΚΩΣΙΑΣ - ΚΕΡΥΝΕΙΑΣ Τεύχος 3 - Ιανουάριος 2011

ΠΡΟΔΙΑΘΕΣΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ

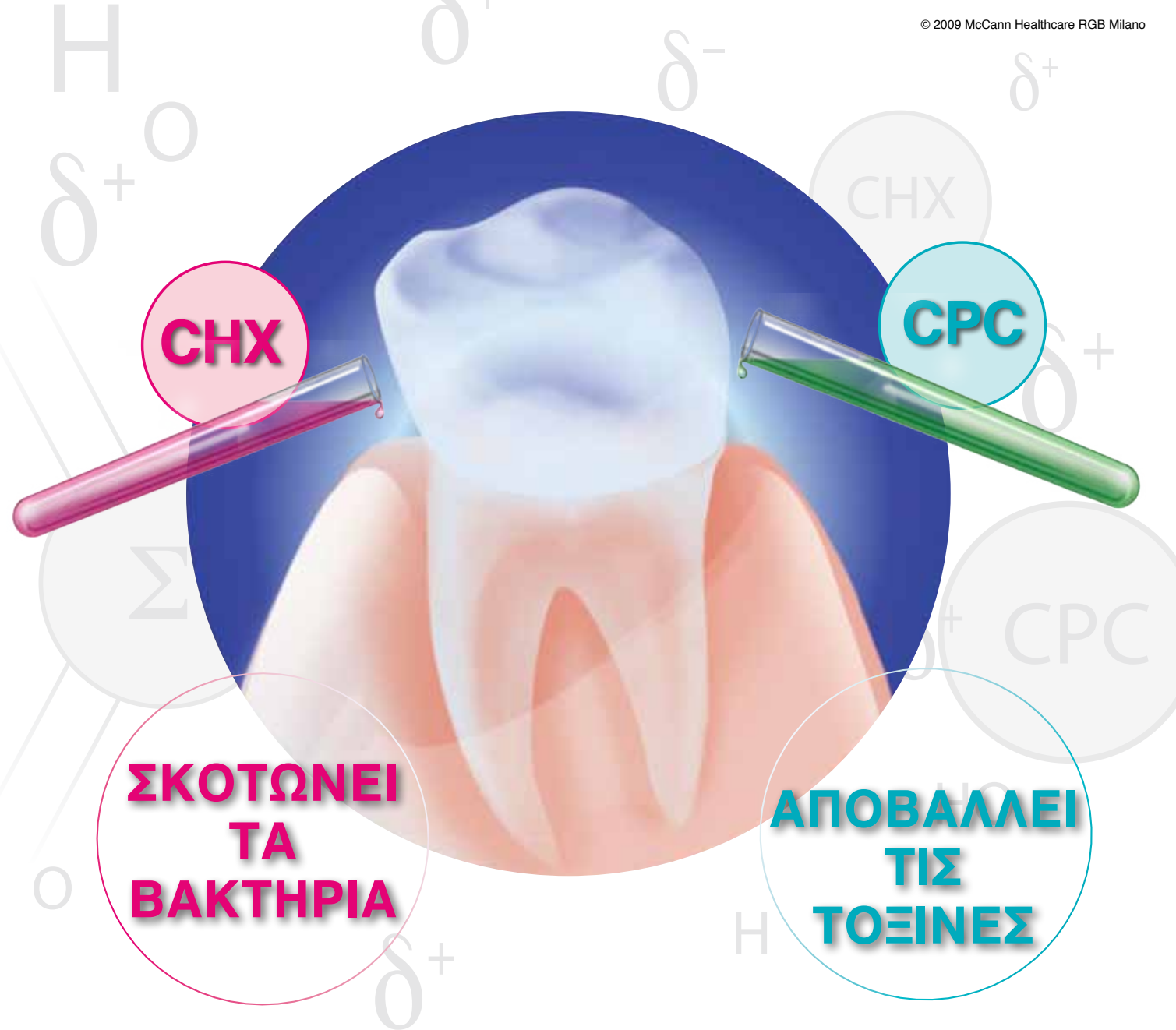


ΥΠΟΚΕΙΜΕΝΙΚΗ ΕΚΤΙΜΗΣΗ
ΤΟΥ **ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΟΥ**
ΚΙΝΔΥΝΟΥ ΣΤΟ ΧΩΡΟ ΤΟΥ
ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΕΙΟΥ

Η ΜΑΓΕΙΑ ΤΗΣ
ΟΔΟΝΤΟΠΡΟΣΩΠΙΚΗΣ
ΟΡΘΟΠΕΔΙΚΗΣ

ΠΡΟΔΙΑΘΕΣΙΚΟΙ
ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ
ΠΕΡΙΟΔΟΝΤΙΚΗΣ ΝΟΣΟΥ

ΠΡΟΔΙΑΘΕΣΙΚΟΙ
ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΕΜΦΑΝΙΣΗΣ
ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΣΤΟ ΣΤΟΜΑ



ΝΕΟ ΑΝΤΙΒΑΚΤΗΡΙΔΙΑΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ ΔΙΠΛΗΣ ΔΡΑΣΗΣ ΓΙΑ ΚΑΛΥΤΕΡΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΚΑΙ ΠΡΟΣΤΑΣΙΑ ΤΩΝ ΟΥΛΩΝ



Η εξόντωση των παθογενών βακτηριδίων δεν είναι αρκετή. Οι τοξίνες που απελευθερώνονται από τα νεκρά βακτηρίδια προτού καν εμφανιστεί οποιαδήποτε φλεγμονή, είναι ένας σημαντικός παράγοντας που υποβοηθά την εμφάνιση της ουλίτιδας/περιοδοντίτιδας. Γι' αυτό το λόγο η ΝΕΑ σειρά προϊόντων GUM® Paroex® συνδυάζει την κλινικά αποδεδειγμένη αποτελεσματικότητα της Διγλουκονικής Χλωρεξιδίνης (CHX) με το Χλωριούχο Κετυλοπυριδίνιο (CPC) που έχει την ικανότητα να εξουδετερώνει τις τοξίνες. Η ΝΕΑ σειρά GUM® Paroex® προσφέρει μια πλήρη αντιβακτηριδιακή προστασία διπλής δράσης που στοχεύει τόσο τα βακτηρίδια, όσο και τις τοξίνες της οδοντικής πλάκας, με αποτέλεσμα την καλύτερη θεραπεία και προστασία των ούλων σας.



ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

EDITORIAL

ΠΡΟΔΙΑΘΕΣΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΠΕΡΙΟΔΟΝΤΙΚΗΣ ΝΟΣΟΥ Χριστιάνα Χατζηγεωργίου
Η ΜΑΓΕΙΑ ΤΗΣ ΟΔΟΝΤΟΠΡΟΣΩΠΙΚΗΣ ΟΡΘΟΠΕΔΙΚΗΣ Στάθης Ευσταθίου

ΥΠΟΚΕΙΜΕΝΙΚΗ ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΤΟΥ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΟΥ ΚΙΝΔΥΝΟΥ ΣΤΟ ΧΩΡΟ ΤΟΥ ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΕΙΟΥ Ελπίδοφόρος Σωτηριάδης, Θ. Κ. Κωνσταντινίδης,
Βασίλης Δρακόπουλος, Μόρφω Κουρουκλήρη

ΠΡΟΔΙΑΘΕΣΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΕΜΦΑΝΙΣΗΣ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΣΤΟ ΣΤΟΜΑ Κυριακή Σπύρου

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, Ηλιάνα Σταυρινίδου, Δημήτρης Ηλιόπουλος, Χριστιάνα Κωνσταντίνου, Στέισα Παπαποστόλου.

Επαγγελματική Επιτροπή: Νίκος Χριστοδουλίδης, Γιώργος Παμπορίδης, Ανδρέας Λοϊζου, Σύλβα Περίδου, 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. Κυβ. 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,
Χρόνια Πολλά και Καλή χρονιά!
Το 2011 αποτελεί πλέον πραγματικότητα και ελπίζουμε να καταγραφεί στην ιστορία του Συλλόγου μας ως μία επιτυχημένη και δημιουργική χρονιά. Τα Οδοντιατρικά Νέα δεσμεύονται να παραμείνουν συντονισμένα στις συντεταγμένες της πολιτικής του Συλλόγου μας για έγκυρη και έγκαιρη επιστημονική ενημέρωση.

Το τεύχος που κρατάμε στα χέρια μας έρχεται να φρεσκάρει και να εμπλουτίσει τις γνώσεις μας με άρθρα για τους προδιαθεσικούς παράγοντες εμφάνισης καρκίνου στο στόμα, της περιοδοντικής νόσου και των ορθοδοντικών προβλημάτων. Ακόμη στο τεύχος αυτό δημοσιεύονται τα αποτελέσματα της έρευνας που πραγματοποιήσαμε κατά τη διάρκεια του 2010 ανάμεσα στα μέλη του Συλλόγου μας για την Εκτίμηση του Επαγγελματικού Κινδύνου στο χώρο του Οδοντιατρείου. Ελπίζουμε τα αποτελέσματα της εν λόγω έρευνας να μας ευαισθητοποιήσουν και να λειτουργήσουν ως έναυσμα υιοθέτησης στάσεων και συμπεριφορών που θα προάγουν την επαγγελματική μας υγεία και ασφάλεια.

Στις 25 και 26 Φεβρουαρίου θα πραγματοποιηθεί στο ξενοδοχείο Hilton Park στη Λευκωσία το 11ο Οδοντιατρικό Συνέδριο με θέμα «**Επίδραση του stress στο στοματογναθικό σύστημα: Κλινικές παράμετροι - Προσθετικές λύσεις**». Στο συνέδριο, που αποτελεί την κορυφαία επιστημονική εκδήλωση του Συλλόγου μας, επιλέξαμε να ασχοληθούμε με τον οδοντιατρικό ασθενή του 21ου αιώνα ο οποίος ταλαιπωρείται από το άγχος και την ψυχική καταπόνηση. Οι παράγοντες αυτοί προκαλούν ή/και επιδεινώνουν υπάρχουσες παθολογικές καταστάσεις. Μερικά από τα θέματα που θα αναπτυχθούν στο συνέδριο είναι η δυσλειτουργία του στοματογναθικού, ο μυοπροσωπικός πόνος, οι αυχενικές αποτριβές, οι ρωγμές, τα κατάγματα, ο σχηματισμός πολφολίθων και οι ενασβεστιώσεις του πολφικού θαλάμου και του ριζικού σωλήνα καθώς και οι νόσοι του στοματικού βλεννογόνου. Θα παρουσιαστούν επίσης μέθοδοι θεραπείας και τρόποι έγκαιρης αντιμετώπισης των καταστάσεων αυτών.

Σας καλούμε λοιπόν να μας τιμήσετε με την παρουσία σας και να συμμετάσχετε ενεργά στις εργασίες του συνεδρίου.

Συναδελφικά

Μόρφω Κουρουκλήρη
Πρόεδρος του Οδοντιατρικού Συλλόγου
Λευκωσίας - Κερύνειας



ΠΡΟΔΙΑΘΕΣΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΠΕΡΙΟΔΟΝΤΙΚΗΣ ΝΟΣΟΥ

Χριστιάνα Χατζηγεωργίου, Οδοντίατρος - Εκ μέρους της Περιοδοντολογικής Εταιρείας Κύπρου

Η περιοδοντική νόσος αποτελεί πάθηση των στηρικτικών ιστών του δοντιού, η οποία παρουσιάζει χαρακτηριστικά που τη διαφοροποιούν από τις κλασικές λοιμώξεις του οργανισμού. Η εκδήλωση των κλινικών συμπτωμάτων της καθώς και η ανταπόκριση του ασθενή στη θεραπευτική αγωγή, επηρεάζονται τόσο από τη δράση των περιοπαθογόνων μικροβίων όσο και από την παρουσία προδιαθεσικών παραγόντων που σχετίζονται με το γενετικό υπόστρωμα του ασθενή ή άλλους τοπικούς και συστηματικούς παράγοντες.

Γενετικός παράγοντας: Όσον αφορά στο μοντέλο κληρονομικότητας της νόσου, οι μέχρι τώρα μελέτες συνδέουν την επιθετική περιοδοντίτιδα με κληρονομική μη-φυλοσύνδετη μεταβίβαση. Αποδίδεται σε περιοχή αλληλόμορφων γονιδίων που μεταβιβάζονται με αυτοσωματικό - επικρατή τρόπο, περιορισμένης διεισδυτικότητας. Αυτό σημαίνει πως ενώ είναι δυνατή η μεταβίβαση του υπεύθυνου γονότυπου, η εκδήλωση τελικά της νόσου εξαρτάται και από άλλες ταυτόχρονες γονιδιακές μεταβολές ή και παράγοντες του περιβάλλοντος του ασθενή. Ο γονιδιακός έλεγχος των αλληλόμορφων αφορά την ανοσιακή απάντηση στο μικροβιακό ερέθισμα. Έτσι σε ασθενείς με επιθετική περιοδοντίτιδα παρατηρούνται:

1) Διαφοροποιήσεις στην παραγωγή ανοσοσφαιρίνης IgG2 που ελέγχεται από περιοχή γονιδίων στο χρωμάτο-

σωμα 6. Η IgG2 συνδέεται με αντιγόνα λιποπολυσακχαριτών και διαταραχή στα ποσοστά παραγωγής της καθιστά τον ασθενή πιο ευάλωτο έναντι στα Garm- βακτήρια. 2) Δυσλειτουργίες των ουδετερόφιλων πολυμορφοπύρηνων που αφορούν στη χημειοταξία, φαγοκυττάρωση και βακτηριογόνο δράση και παρουσιάζονται σε ποσοστό ασθενών που αγγίζει το 60-70%. Η μειωμένη ικανότητα φαγοκυττάρωσης φαίνεται να σχετίζεται με τους υποδοχείς CD32 στην επιφάνεια των πολυμορφοπύρηνων και οφείλεται σε πολυμορφισμό γονιδίων σε περιοχή του χρωματοσώματος 1. 3) Υπερπαραγωγή προσταγλανδίνης PGE2.

Για τη χρόνια περιοδοντίτιδα η κληρονομική μεταβίβαση δεν έχει επιβεβαιωθεί, ωστόσο από μελέτες κυρίως σε διδύμους φαίνεται πως γενετικά προκαθορισμένος παράγοντας επιδρά στη βαρύτητα της νόσου. Η πιο τεκμηριωμένη γονιδιακή επίδραση σχετίζεται με πολυμορφισμό που ελέγχει την παραγωγή ιντερλευκίνης IL-1. Τα άτομα που φέρουν το αλληλόμορφο γονίδιο πιθανόν να είναι πιο ευάλωτα σε περιοδοντικές βλάβες, ιδιαίτερα αν οι συνθήκες και το περιβάλλον τους ευνοούν τη δράση του μικροβιακού παράγοντα. Σημειώνεται πως η ερευνητική βιβλιογραφία περιλαμβάνει μελέτες με αντικρουόμενα αποτελέσματα αναφορικά με τη σημασία της παραμέτρου αυτής, ωστόσο αποκτά μεγαλύτερη βαρύτητα σε συνδυασμό με το κάπνισμα.

Στους γενετικούς παράγοντες υπάγονται και οι κληρονομικές παθήσεις που περιλαμβάνουν την περιοδοντική καταστρο-

φή ως κλινική εκδήλωση ενός συνδρόμου. Στην κατηγορία αυτή ανήκουν τα άτομα με Papillon-Lefevre Syndrome (PLS) και Ehlers-Danlos Syndrome.

Το PLS είναι μια σπάνια κληρονομική ασθένεια που χαρακτηρίζεται από πολύ βαριές περιοδοντικές βλάβες και υπερκεράτωση των παλαμών και των πελμάτων. Εμφανίζεται σε άτομα που φέρουν μετάλλαξη του γονιδίου της καθεψίνης C στο χρωματόσωμα 11 και μεταβιβάζεται με αυτοσωματικό-υπολειπόμενο τρόπο. Τα περισσότερα δόντια των ασθενών αυτών θα έχουν ήδη χαθεί μέχρι την εφηβεία γι' αυτό και επιβάλλονται πολύ τακτικοί περιοδοντικοί επανέλεγχοι. Το σύνδρομο Ehlers-Danlos χαρακτηρίζεται από ελαττωματική σύνθεση κολλαγόνου και κληρονομείται με αυτοσωματικό-επικρατή τρόπο. Παρουσιάζει περισσότερους από ένα τύπους. Από αυτούς οι τύποι IV και VIII σχετίζονται με προδιάθεση για περιοδοντικές βλάβες. Ιδιαίτερα ο τύπος VIII περιλαμβάνει καταστροφή των στοματικού βλεννογόνου και βαριά γενικευμένη επιθετική περιοδοντίτιδα.

Ορμονικές διαταραχές: - Σακχαρώδης Διαβήτης

Ο σακχαρώδης διαβήτης και η περιοδοντική νόσος τεκμηριωμένα υφίστανται αμφίδρομη επίδραση. Μέσω αυτής επηρεάζεται τόσο η εμφάνιση και εξέλιξη της περιοδοντίτιδας όσο και η επιτυχής ρύθμιση των επιπέδων σακχάρου του αίματος.

Ο διαβητικός ασθενής παρουσιάζει διαταραχές σε επίπεδα άμυνας του οργανισμού και μικροδομής των ιστών. Έτσι τα αγγεία υπόκεινται σε αύξηση του πάχους τους, το κολλαγόνο εμ-

φανίζει τροποποιημένη δομή με διαμοριακή σύνδεση των ινιδίων του (cross-linking) και τα μακροφάγα διεγείρονται προς υπερπαραγωγή μεσολαβητών της φλεγμονής (IL-1, PGE2) και μεταλλοπρωτεϊνών με κολλαγονολυτική δράση. Τα στοιχεία αυτά καθιστούν το περιοδόντιο πιο ευάλωτο σε φλεγμονώδεις παθήσεις και κατατάσσουν την περιοδοντίτιδα στην έκτη θέση κατά σειρά συχνότητας εμφάνισης στις επιπλοκές του διαβήτη.

Η υπεργλυκαιμία οδηγεί σε αύξηση των τελικών προϊόντων γλυκοζυλίωσης (AGEs). Τα τελευταία επιδρούν πάνω στα ενδοθηλιακά κύτταρα και μονοκύτταρα ώστε να παράγονται μεσολαβητές της φλεγμονής. Έχει διατυπωθεί η υπόθεση ότι η συσσώρευση των AGEs στα ούλα μπορεί να οδηγήσει σε αύξηση της διαπερατότητας των αγγείων, αποδόμηση του κολλαγόνου και ταχεία καταστροφή του συνδετικού και οστίτη ιστού.

Σύμφωνα με μελέτες, οι χρόνιες φλεγμονώδεις εξεργασίες στα ούλα έχουν ως αποτέλεσμα την αύξηση της αντίστασης του οργανισμού στη ινσουλίνη. Αυτό μπορεί να πυροδοτήσει σε ένα περιοδοντικό ασθενή την εμφάνιση σακχαρώδους διαβήτη τύπου 2.

-Γεννητικές ορμόνες

Οι μεταβολές στα επίπεδα των ορμονών του φύλου στο αίμα δίνουν το έναυσμα για εκδήλωση φλεγμονής στους περιοδοντικούς ιστούς, μέσω διεργασιών που επηρεάζουν την ανοσιακή απάντηση του ατόμου. Με την αύξηση των οιστρογόνων και της προγεστερόνης, παρατηρείται αύξηση στη διαπερατότητα των αγγείων, μεταβολές στο συνδετικό ιστό και υπερπαραγωγή της προσταγλανδίνης PGE2. Παράλληλα φαίνεται πως το είδος της μικροβιακής πλάκας μεταβάλλεται σε πιο περιοπαθογόνο, λόγω του θρεπτικού υποστρώματος που παρέχουν οι ορμόνες. Μια τρίτη οδός μέσω της οποίας η προγεστερόνη επηρεάζει το περιοδόντιο είναι η τροποποίηση του ρυθμού και μοτίβου παραγωγής κολλαγόνου, ώστε να μεταβάλλεται η επανορθωτική διαδικασία των ιστών.

Παρόμοιες διαδικασίες εξελίσσονται κατά την εγκυμοσύνη, κυρίως μετά το 2ο μήνα, την ήβη (και σε άρρενες εφήβους λόγω δράσης της τεστοστερόνης), την έμμηνω ρύση ή κατά τη χρήση κάποιων αντισυλληπτικών σκευασμάτων.

Stress: Λιγότερο τεκμηριωμένη είναι η συσχέτιση καταστάσεων stress με την ανάπτυξη περιοδοντικής νόσου. α) Οι πιο πρόσφατες μελέτες επί του θέματος εισηγούνται μια μειωμένη αμυντική δράση έναντι του P.gingivalis (περιοπαθογόνο βακτήριο) σε περιόδους stress, είτε αποδίδουν τη φλεγμονή του περιοδοντίου στην υπερέκκριση της IL-6. β) Από μια άλλη οπτική, το άτομο με stress δεν μπορεί να πραγματοποιήσει ενδελεχώς τη στοματική του υγιεινή με αποτέλεσμα τη συσσώρευση μικροβιακής πλάκας και την ανάπτυξη φλεγμονής. γ) Σε πειραματική μελέτη ανευρέθηκαν αυξημένα επίπεδα 17-υδροκορτικοστεροειδών (δείκτης stress) στα ούρα ασθενών με οξεία ελκωνεκρωτική ουλίτιδα, που αποτελεί ένδειξη συσχετισμού του stress με τη συγκεκριμένη τουλάχιστον μορφή περιοδοντικής φλεγμονής.

Κάπνισμα: Η σημαντική συσχέτιση του καπνίσματος με την περιοδοντική νόσο επιβεβαιώνεται πλέον από επιδημιολογικές μελέτες. Τα πορίσματα αυτών καταδεικνύουν πως οι καπνιστές όχι μόνο μπορεί να εμφανίσουν περιοδοντική νόσο συχνότερα από ότι οι μη-καπνιστές, αλλά επιπλέον η βαρύτητα της νόσου είναι ανάλογη προς τη βαρύτητα και το χρόνο καπνίσματος. Σύμφωνα με ερευνητικές μελέτες οι ασθενείς που έχουν σταματήσει το κάπνισμα για τουλάχιστον δύο χρόνια παρουσιάζουν μικρότερη απώλεια πρόσφυσης από τους καπνιστές, αλλά μεγαλύτερη από τους μη-καπνιστές. Κατά τον ίδιο τρόπο και η ανταπόκριση στη θεραπευτική αγωγή επηρεάζεται από το αν ο ασθενής είναι ή όχι καπνιστής.

Η σημαντικότητα του καπνίσματος ως παράγοντας κινδύνου για την περιοδοντίτιδα αυξάνει ολοένα το ενδιαφέρον των ερευνητών για διεκρίνιση του τρόπου επίδρασής του στον ξενιστή. Τα πιο ασφαλή συμπεράσματα αφορούν στην παρεμβολή του στους αμυντικούς μηχανισμούς, μέσω διαταραχών στη χημειοταξία και φαγοκυττάρωση των ουδετερόφιλων πολυμορφοπύρηνων και μικρότερης παραγωγής της IgG2. Είναι επίσης πιθανόν το κάπνισμα να επηρεάζει τη μικροδομή του περιοδοντίου, μέσω της τροποποιημένης σύνθεσης κολλαγόνου από τους ινοβλάστες μετά από σύνδεσή τους με τη νικοτίνη.

Τοπικοί παράγοντες: Ο ρόλος του τοπικού παράγοντα στην εκδήλωση φλεγμονής στους περιοδοντικούς ιστούς

συχνά υποεκτιμάται. Είναι σημαντικό σε κάθε μορφής αποκατάσταση στο στόμα να αποδίδονται σωστά τα σημεία επαφής των δοντιών, τα όρια να σέβονται το περιοδόντιο και οι μεσοδόντιοι χώροι να παραμένουν ελεύθεροι για τα μέσα στοματικής υγιεινής. Επιπλέον η θέση των δοντιών που δεν ακολουθούν το οδοντικό τόξο να αποκαθίσταται όπου είναι δυνατόν, ώστε να περιορίζεται η κατακράτηση μικροβιακής πλάκας και να διευκολύνεται η στοματική υγιεινή από τον ασθενή.

Συγκεντρώνοντας τα πιο πάνω δεδομένα αντιλαμβάνεται κανείς πως για την εμφάνιση της περιοδοντικής νόσου δεν είναι αρκετή η απλή παρουσία των παθογόνων μικροοργανισμών στους ιστούς. Μια πλειάδα άλλων παραγόντων, μεταβαλλόμενων ή μη, εμπλέκονται στη διαδικασία εγκατάστασης, εξέλιξης και ανταπόκρισης στη θεραπεία. Ως αποτέλεσμα υπάρχει μια μεγάλη ετερογένεια πληθυσμού ευάλωτου στην περιοδοντική νόσο, κάτι που καθιστά την καλή γνώση των παραγόντων κινδύνου της νόσου πολύ σημαντική για την επιτυχή αντιμετώπισή της. Ένα άλλο συμπέρασμα είναι πως παρ'όλο που υπήρξε ενδιαφέρον προς την κατασκευή ενός εμβολίου έναντι της περιοδοντίτιδας, η πολυπλοκότητα της αιτιοπαθογένειας της και η ποικιλομορφία του μικροβιακού της παράγοντα δυσχεραίνει πολύ την υλοποίηση ενός τέτοιου εγχειρήματος.

Βιβλιογραφία

1. Broadbent J., Williams K., Thomson W., Williams S. *Dental restorations: a risk factor for periodontal attachment loss?* J Clin Periodontol 2006 Nov; 33(11): 803-810
2. Demmer R., Jacobs D., Desvarieux S. *Periodontal disease and incident type-2 diabetes.* Diabetes care 2008 Jul; 31(7): 1373-1379
3. Johnson GK., Slach NA. *Impact of tobacco use on periodontal status.* J Dent Educ 2001 Apr; 65(4):313-21
4. Kim J., Amar S. *Periodontal disease and systemic conditions: a bidirectional relationship.* Odontology 2006 Sept; 94(1): 10-21
5. Kinane DF., Hart TC. *Genes and gene polymorphisms associated with periodontal disease* Crit Rev Oral Biol Med 2003; 14(6):430-49
6. Koreeda N., Iwano Y., Kishida M., Otsuka A., Kawamoto A., Sugano N., Ito K. *Periodic exacerbation of gingival inflammation during the menstrual cycle.* J Oral Sci 2005 Sep; 47(3): 159-64
7. Mealey BL., Oates TW., American Academy of Periodontology. *Diabetes mellitus and periodontal diseases.* J Periodontol 2006 Aug; 77(8): 1289-303
8. Van Dyke T., Dave S. *Risk factors for periodontitis.* J Int Acad Periodontol 2005 Jan; 7(1): 3-7.
9. Walter C., Saxer UP., Bornstein MM., Klingler K., Ramseier CA. *Impact of tobacco use on the periodontium-an update (I) Part 1: Epidemiologic and pathogenetic aspects of tobacco-related periodontal diseases.* Schweiz Monatsschr Zahnmed 2007;117(1):45-60.



Η «ΜΑΓΕΙΑ» ΤΗΣ ΟΔΟΝΤΟΠΡΟΣΩΠΙΚΗΣ ΟΡΘΟΠΕΔΙΚΗΣ

ΑΙΤΙΑ ΚΑΙ ΠΡΟΔΙΑΘΕΣΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΣΕ ΣΧΕΣΗ ΜΕ ΤΗΝ ΕΠΙΛΟΓΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ

Στάθης Ευσταθίου, Ορθοδοντικός

Η Ορθοδοντική, ή οδοντο-προσωπική ορθοπεδική (dentofacial orthopedics) όπως αλλιώς λέγεται ασχολείται με την μελέτη, την πρόληψη και την θεραπεία των ανωμαλιών που αφορούν στη διάπλαση του σκελετού του προσώπου και στη θέση των δοντιών στις γνάθους. Στόχοι της είναι η καλή λειτουργία και αρμονική ανάπτυξη του στόματογεννητικού συστήματος (μάσηση, ομιλία, ξεκούραση στο κλείσιμο, υγιεινή) αλλά και η αισθητική του χαμογέλου και του προσώπου.

Ο ίδιος ο ορισμός της Ορθοδοντικής εμπεριέχει και την «μαγεία» της, γιατί για να μπορέσει ο Ορθοδοντικός να αποδώσει τα πιο πάνω πρέπει:

1. Να είναι **καλός γνώστης των αιτιών- προδιαθεσικών παραγόντων** του προβλήματος και σε πιο βαθμό μπορούν αυτά να επηρεάσουν τον ασθενή (σκελετικά και οδοντικά).

2. Να μεταφέρει το σχέδιο θεραπείας και τις προβλέψεις του σε αυτές τις **ομάδες** που θα συμβάλουν στην θεραπεία (οδοντίατρος, Ω.Ρ.Λ, παιδίατρος, λογοθεραπευτής, γονείς) και να συνεργαστεί με αυτές.

3. Να ορίζει τα **επίπεδα συνεργασίας του ασθενή** που προϋποθέτει το σχέδιο θεραπείας (ηλικιακή ωριμότητα, διάθεση για συνεργασία, βαθμός δυσκολίας του περιστατικού) και να

δρα στην σωστή ηλικία, προσπαθώντας να αποφεύγει την υπερθεραπεία (overtreatment).

Ο σκοπός αυτού του άρθρου είναι να μεταφέρει στον οδοντίατρο την συσχέτιση των αιτιών/ προδιαθεσικών παραγόντων των ορθοδοντικών προβλημάτων με το είδος της θεραπείας που θα επιλέξει ο Ορθοδοντικός (ή της μη θεραπείας). Γι'αυτό και το άρθρο θα κινηθεί κυρίως στις ηλικίες όπου επενεργούν οι παραγόντες (παιδιά 4-9 ετών). Τα προβλήματα στα οποία καλείται να επέμβει (να παραπέμψει ή να καταγράψει και να περιμένει) ο Ορθοδοντικός, από την ηλικία των 4 μέχρι και την ηλικία των 9 ετών, εντάσσονται στην Ορθοδοντική Α' σταδίου και είναι:

1. Χασμοδοντίες

(πρόσθιες και οπίσθιες) σαν συνέπεια του θηλασμού του δακτύλου, της προώθησης της γλώσσας, της κακής αναπνοής, ή και των τριών. Σαν προδιαθεσικός παράγοντας περιγράφεται και η μειωμένη δυναμική του οστού για κάθετη ανάπτυξη.

Η λύση των προβλημάτων αυτών, πολλές φορές, απαιτεί την συνεργασία του παιδίατρου και του Ω.Ρ.Λ (ρινικοί πολύποδες, αμυγδαλές που μπλοκάρουν την αναπνοή και αναγκάζουν την γλώσσα να σπρώχνει σε λανθασμένη θέση).

Εάν τα πιο πάνω αίτια αρθούν (ή δεν υπάρχουν) και το πρόβλημα παραμέ-

νει, η θέση της γλώσσας μπορεί να ρυθμιστεί και με την βοήθεια λογοθεραπευτή, έτσι ώστε να μην παρεμβαίνει στην διαμόρφωση του προσώπου και στην θέση των γνάθων και να αυξήσει την σταθερότητα των αποτελεσμάτων του Ορθοδοντικού.

Η επαφή με τους γονείς συμβουλευτικά, μπορεί να γίνει ακόμη και στην ηλικία των 3-4 ετών για διακοπή του θηλασμού και για την επεξήγηση της συμβολής του λογοθεραπευτή (στην θέση κατάποσης- ανάπαυσης της γλώσσας).

Βασική προϋπόθεση για ορθοδοντική παρέμβαση (μηχάνημα παρεμπόδισης θηλασμού, διαγνωθικά ελαστικά) είναι να μην συνυπάρχουν τα πιο πάνω αίτια (συχνά όταν αυτά αρθούν το οστόν αυτοδιορθώνει την κάθετη διάσταση του και χωρίς την τοποθέτηση μηχανισμών).

2. Πρόωρη απώλεια παιδικών δοντιών

Ως συνήθη αίτια περιγράφονται η κακή στοματική υγιεινή- διατροφή σε συνδυασμό με συνωστισμό των δοντιών. Πιο σπάνια συνυπάρχει και ατελής διάπλαση του δοντιού η παλιότερο τραύμα.

Εδώ συνήθως είναι αναγκαία η διατήρηση του χώρου παιδικών δοντιών που αφαιρέθηκαν πρόωρα για να μπορέσουν να ανατείλουν τα μόνιμα.

Σε ορισμένες όμως περιπτώσεις (όπως για παράδειγμα μεγάλης πρόταξης της άνω γνάθου με έντονο συνωστισμό), όπου το περιστατικό θα προγραμματιστεί για εξαγωγές μόνιμων δοντιών ή διατήρηση του χώρου δεν προσφέρει στην θεραπεία.

3. Συνωστισμός και έλλειψη χώρων ανατολής των μόνιμων δοντιών
Σαν αίτια αναφέρονται το μέγεθος των δοντιών σε σχέση με το μέγεθος των γνάθων που τα υποδέχονται (και που ορίζονται από διαφορετικά γονίδια).

Εάν σε συνεργασία με τον οδοντίατρο, μπορεί να επιτευχθεί ικανοποιητικό επίπεδο στοματικής υγιεινής, ιδιαίτερα στις περιοχές του συνωστισμού, μπορεί να αποφευχθεί το Α' στάδιο θεραπείας και η εξαγωγή οποιουδήποτε νεογилού (π.χ. του κάτω νεογилού κυνόδοντα για διευθέτηση των κάτω μόνιμων τομέων).

4. Αυξημένη πρόταξη των άνω προσθίων δοντιών

Μέρος της μπορεί να οφείλεται σε καθαρά σκελετική προδιάθεση (αυξημένη ανάπτυξη της άνω γνάθου ή μειωμένη της κάτω- σκελετική τάξη II) ή και σε απομύζηση δακτύλου με παρεμβολή της γλώσσας (κλίση των άνω προσθίων).

Τα παιδιά των ηλικιών αυτών αρχίζουν να έρχονται σε επαφή με διάφορα αθλήματα αυξημένης επικινδυνότητας με συχνά κατάγματα στα άνω πρόσθια δόντια.

Το έγκαιρο μάζεμα των δοντιών (εφόσον υπάρχουν και κενά για να κινηθούν τα δόντια) μαζί με την διακοπή της κακής έξης (αν υπάρχει) αποτελεί την θεραπεία επιλογής για την προστασία από τα κατάγματα και μπορεί να εξασφαλίσει στο παιδί την άνεση να χαμογελά και να το ανεβάσει ψυχολογικά

5. Λανθασμένες θέσεις των γνάθων και των δοντιών, μεταξύ τους

Είναι από τα πιο σαφώς αναφερόμενα κληρονομικά αίτια (ιδιαίτερα η σκελετική τάξη III/ CI III). Στην τάξη III συχνά συνυπάρχει στοματική αναπνοή και

λανθασμένη τοποθέτηση της γλώσσας χαμηλά με αποτέλεσμα η άνω γνάθος να μένει στενή και η κάτω γνάθος να προωθείται μπροστά και κάτω. Θεραπεία: Όπως αναφέρθηκε και πιο πάνω, εκεί όπου ενδείκνυται η θεραπεία ξεκινάει νωρίς και η συμβολή της ομάδας είναι το Α και το Ω για την επιτυχή εξέλιξη (άρση των παρεμβολών, διάνοιξη της άνω γνάθου πριν την συνοστέωση της μέσης υπερώιας ραφής, χρήση μάσκας για την προώθηση της άνω γνάθου).

Σε ορισμένες όμως περιπτώσεις (π.χ. εκεί όπου η άνω γνάθος είναι φυσιολογική και υπάρχει έντονη και δυσμενής ανάπτυξη της κάτω) μπορεί να αποφασιστεί η μη παρέμβαση και η χειρουργική διευθέτηση του περιστατικού μετά την ενηλικίωση.

6. Συγγενείς ελλείψεις δοντιών η υπεράριθμα (περισσότερα) δόντια

Τα αίτια είναι και εδώ κληρονομικά. Τα υπεράριθμα είναι κανόνας να αφαιρούνται άμεσα.

Στις συγγενείς ελλείψεις προαποφασίζεται αν θα αφαιρεθούν τα νεογилά δόντια (για να κλείσουν οι χώροι αν το επιβάλλει η σύγκλειση) ή αν θα διατηρηθούν σαν μέρος του φραγμού για να αντικατασταθούν προσθετικά μετά την ενηλικίωση.

Στις περιπτώσεις που η προδιάθεση των κάτω 2ων νεογилών γομφίων είναι για αγκύλωση και υποανατολή του δοντιού, τότε το δόντι αφαιρείται πριν την δημιουργία οστικού ελλείμματος. Στην περίπτωση που το νεογилό αφαιρεθεί νωρίς, μέρος του χώρου κλείνει με την δυναμική της ανατολής του 2ου γομφίου και το υπόλοιπο με την χρήση μικροεμφυτευμάτων (mini implant).

7. Σταυροειδείς συγκλείσεις (πρόσθιες ή οπίσθιες)

Πρόσθιες: Λόγω παρατεταμένης παραμονής των νεογилών. Συχνά οδηγούν σε λανθασμένες συγκλείσεις και εάν υπάρχει η προδιάθεση και σε υφιζήσεις των παρεκτοπισμένων δοντιών. Η επαναφορά της σύγκλεισης επιβάλλεται άμεσα και σε νεαρές ηλικίες τα ούλα επανέρχονται στο φυσιολογικό τους ύψος.

Οπίσθιες: συνδυασμός κληρονομικότητας και τοπικών παραγόντων (θέση γλώσσας, τάσεις μαλακών ιστών). Οι προδιαθεσικοί παράγοντες δύνανται να οδηγήσουν σε σκελετικές ασυμμετρίες, για αυτό η ορθοπεδική διεύρυνση της άνω γνάθου αποτελεί θεραπεία επιλογής πριν την συνοστέωση των ραφών.

Κλείνοντας (και λόγω του περιορισμού στο εύρος του άρθρου) θα ήθελα να αναφέρω ότι η επίδραση των προδιαθεσικών παραγόντων έχει συζητηθεί και για μεγαλύτερες ηλικίες.

Εν συντομία αναφέρονται:

A. Απορροφήσεις ριζών (με η χωρίς ορθοδοντική θεραπεία), σε ασθενείς με αυξημένες εκκρίσεις προσταγλανδινών (π.χ ασθματικοί) ή με μειωμένη αιμάτωση της περιοχής (π.χ. διαβητικοί). Συχνά μπορεί να συνυπάρχει και τραύμα (π.χ. λόγω πρόωρων επαφών). Η ορθοδοντική θεραπεία στον ελεγχόμενο ασθενή απαιτεί και πιο συντηρητικές δυνάμεις και ίσως και αυξημένη χρονική διάρκεια.

B. Κροταφογεννητική δυσλειτουργία, λόγω κατασκευής της άρθρωσης, συστηματικών νοσημάτων, και συγκλειστικών παραγόντων. Η ορθοδοντική μπορεί να συμβάλει στο να μειώσει και όχι να εξαλείψει τα αίτια που προκαλούν την δυσαρμονία και συχνά επιφέρουν πόνο στον ασθενή.

Γ. Περιοδοντικές εκδηλώσεις: αποτελούν ένα μεγάλο κεφάλαιο γιατί ο ορθοδοντικός καλείται πολλές φορές να δράσει (πάντοτε σε ελεγχόμενο ασθενή) σε ένα πεδίο έντονα μεταβαλλόμενο. Συχνά αναφέρεται η κληρονομικότητα σε συνδυασμό με τοπικούς προδιαθεσικούς παράγοντες.



Όλοι οι πιο πάνω παράγοντες αναδεικνύουν την σημασία της έγκαιρης διάγνωσης ώστε να αξιολογείται η επίδραση τους στην διαμόρφωση του στοματογεννητικού συστήματος, αλλά και της καλής λειτουργίας της ομάδας για να πετύχουμε ψηλότερα επίπεδα θεραπείας (σε όλες τις ηλικίες). Άλλωστε ένα από τα συχνότερα αίτια που μειώνουν το τελικό μας αποτέλεσμα δεν είναι η προδιάθεση αλλά η μειωμένη διάθεση του ασθενή για στοματική υγιεινή.



ΕΡΕΥΝΑ ΑΝΑΜΕΣΑ ΣΤΑ ΜΕΛΗ ΤΟΥ ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΙΚΟΥ ΣΥΛΛΟΓΟΥ ΛΕΥΚΩΣΙΑΣ – ΚΕΡΥΝΕΙΑΣ

ΥΠΟΚΕΙΜΕΝΙΚΗ ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΤΟΥ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΟΥ ΚΙΝΔΥΝΟΥ ΣΤΟ ΧΩΡΟ ΤΟΥ ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΕΙΟΥ

Ελπιδοφόρος Σ. Σωτηριάδης, Ιατρός Εργασίας - Επιδημιολόγος
Θ. Κ. Κωνσταντινίδης, Ειδικός Ιατρός Εργασίας, Αν.Καθηγητής, Τμήμα Ιατρικής ΔΠΘ
Βασίλης Δρακόπουλος, Ειδικός Ιατρός Εργασίας,ΕΛΙΝΥΑΕ
Μόρφω Κουρουκλάρη, Οδοντίατρος

Η σημασία της ασφάλειας και υγείας στο χώρο εργασίας έχει αναγνωριστεί στις μέρες μας σε όλο τον κόσμο γι' αυτό και λαμβάνονται διάφορα μέτρα για την προστασία και προαγωγή της υγείας των εργαζομένων. Ιδιαίτερα προγράμματα εφαρμόζονται στις προηγμένες χώρες όπου σε κάθε χώρο εργασίας, ανάμεσα σε άλλα, απαιτείται να υπάρχει ο τεχνικός ασφάλειας, ενώ η υγεία των εργαζομένων επιτηρείται από Ιατρούς Εργασίας.

Από τα πιο πάνω προβλήματα δεν διαφεύγουν οι επαγγελματίες υγείας. Αντίθετα διάφοροι παράγοντες κινδύνου απειλούν την υγεία τους στο χώρο εργασίας. Με σκοπό την προκαταρκτική εκτίμηση των επαγγελματικών κινδύνων στο χώρο του οδοντιατρείου, πραγματοποιήθηκε μια έρευνα κατά το χρονικό διάστημα από τον Μάιο μέχρι το Σεπτέμβριο 2010 ανάμεσα στα μέλη του Οδοντιατρικού Συλλόγου Λευκωσίας - Κερύνειας. Η έρευνα αφορούσε στις γνώσεις, στάσεις και συμπεριφορές των Οδοντιάτρων όσον αφορά στην εκτίμηση του επαγγελματικού κινδύνου και στα θέματα ασφάλειας και υγείας στο χώρο εργασίας.

Η έρευνα έγινε σε συνεργασία με 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. Χρησιμοποιή

ήθηκε ένα δομημένο ανώνυμο ερωτηματολόγιο το οποίο συμπληρώθηκε μέσω διαδικτύου. Το ηλεκτρονικό ερωτηματολόγιο απεστάλη σε όλα τα μέλη του Οδοντιατρικού Συλλόγου που είχαν ηλεκτρονική διεύθυνση μέσω ηλεκτρονικής αλληλογραφίας και συμπληρώθηκε απ' ευθείας στο διαδίκτυο, ενώ τα στοιχεία καταχωρήθηκαν σε ειδική ηλεκτρονική βάση δεδομένων διατηρώντας την ανωνυμία των συμμετεχόντων αλλά και διασφαλίζοντας την αξιοπιστία της μελέτης αφού δεν επιτρεπόταν σε οποιοδήποτε να έχει πρόσβαση στο ερωτηματολόγιο ή να το συμπληρώσει περισσότερες από μια φορές. Μετά την πρώτη πρόσκληση συμμετοχής, απεστάλησαν δύο ηλεκτρονικά μηνύματα υπενθύμισης για συμμετοχή στην έρευνα με μια εβδομάδα διαφορά η κάθε μία. Από τους 200

οδοντιάτρους που έλαβαν την πρόσκληση, συμμετείχαν στην έρευνα 69 οδοντίατροι με ποσοστό συμμετοχής 35%.

Η μέση ηλικία των οδοντιάτρων που συμμετείχαν στην έρευνα ήταν τα 40 έτη (διακύμανση: 27 μέχρι 55 έτη). Ποσοστό 61% των συμμετεχόντων ήταν κάτω των 40 χρόνων. Ο μέσος όρος ετών προϋπηρεσίας των συμμετεχόντων ήταν τα 14 έτη (διακύμανση: 2 μέχρι 30 έτη). Συμμετείχαν 56% άνδρες και 44% γυναίκες. Ποσοστό 73% ήταν έγγαμοι, και ποσοστό 22% ανέφεραν ότι είναι καπνιστές/στρίες. Ένα ποσοστό 74% ανέφερε ότι έχει εμβολιαστεί με το εμβόλιο για την Ηπατίτιδα Β, και περίπου 40% έχουν λάβει μια αναμνηστική δόση εμβολίου τετάνου τα τελευταία 10 χρόνια. Αντίστοιχα, ποσοστό

Πίνακας 1: Έχετε τραυματιστεί ποτέ από χρησιμοποιημένη βελόνα στο οδοντιατρείο;		
	Αριθμός	Ποσοστό
Όχι	23	33,3
Ναι	42	60,9
Δεν Απαντώ	4	5,8
Σύνολο	69	100

61% των συμμετεχόντων ανέφεραν ότι έχουν τρυπηθεί από χρησιμοποιημένη βελόνα κατά τη διάρκεια της εργασίας τους, ενώ περίπου 1 στους 4 οδοντίατρους έχει παρουσιάσει αλλεργία στο πλαστικό latex που χρησιμοποιείται για την κατασκευή γαντιών και άλλων πλαστικών για ιατρική χρήση. Στον Πίνακα 1 παρουσιάζονται τα ποσοστά τραυματισμού από χρησιμοποιημένη βελόνα.

Σε σχέση με τα μέσα ατομικής προστασίας, σχεδόν όλοι οι οδοντίατροι ανέφεραν ότι χρησιμοποιούν πάντοτε γάντια και ποσοστό περίπου 90% ανέφερε ότι χρησιμοποιεί πάντοτε μάσκα προσώπου και ποδιά.

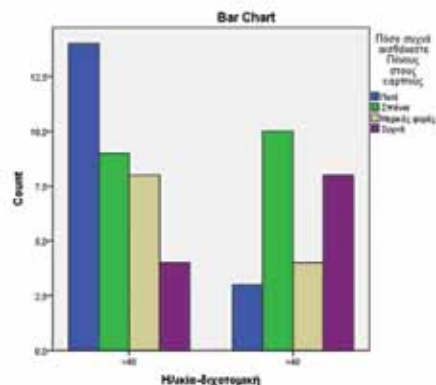
Ένας στους 2 οδοντιάτρους χρησιμοποιεί πάντοτε επίσης γυαλιά. Όσον αφορά στα θέματα ασφάλειας και πρόληψης του οδοντιατρείου, περίπου 2 στους 3 οδοντιάτρους ανέφεραν ότι δεν διαθέτουν φωτισμό ασφάλειας ή σήμανση ασφάλειας στο οδοντιατρείο, και 1 στους 2 οδοντιάτρους ανέφερε ότι δεν διαθέτει σύστημα πυρόσβεσης στο χώρο εργασίας. Επιπλέον, 2 στους 3 οδοντιάτρους ανέφεραν ότι υπάρχει ανάγκη για προγράμματα διαχείρισης των οδοντιατρικών αποβλήτων ενώ 3 στους 4 οδοντιάτρους επιθυμούν να συμμετάσχουν σε εκπαιδευτικό πρόγραμμα για τη διαχείριση των αποβλήτων.

Για διάφορους βλαπτικούς παράγοντες του χώρου εργασίας αναφέρθηκε ότι, περίπου 1 στους 2 οδοντιάτρους μερικές φορές ή συχνά εκτίθεται σε ψηλό θόρυβο στο οδοντιατρείο, ενώ 1 στους 2 οδοντιάτρους εκτίθεται συχνά σε ακτινοβολία. Επίσης, περίπου 1 στους 5 οδοντιάτρους αντιμετωπίζει προβλήματα με τις δονήσεις και τον εξασρισμό στο χώρο εργασίας. Ένας στους 2 οδοντιάτρους (περίπου το 50%) αναφέρει ότι εκτίθεται μερικές φορές ή συχνά σε σκόνες, διαλύτες, απορρυπαντικά και άλλες χημικές ουσίες στο οδοντιατρείο, ενώ το ποσοστό συχνής έκθεσης σε απολυμαντικά ανέρχεται στο 77%.

Σημαντικά ήταν επίσης τα ευρήματα της έρευνας σε σχέση με τα συμπτώματα που αναφέρουν οι οδοντίατροι ότι αντιμετωπίζουν σε σχέση με το επάγγελμά τους (Πίνακας 2). Περίπου 1 στους 3 οδοντιάτρους ανέφερε κούραση στα μάτια, και παρόμοιο ποσοστό παραπονείται για μυοσκελετικά προβλήματα σε σχέση με το χώρο

Πίνακας 2: Συχνότητα Συμπτωμάτων που Αναφέρθηκαν από τους Οδοντιάτρους				
	Ποτέ	Σπάνια	Μερικές φορές	Συχνά
Πόσο συχνά αισθάνεστε Κούραση στα μάτια	6,5%	16,1%	46,8%	30,6%
Πόσο συχνά αισθάνεστε Τσούξιμο στα μάτια	17,7%	40,3%	32,3%	9,7%
Πόσο συχνά αισθάνεστε Δυσκολία στην όραση	30,6%	29,0%	33,9%	6,5%
Πόσο συχνά αισθάνεστε Πονοκεφάλους	16,4%	42,6%	27,9%	13,1%
Πόσο συχνά αισθάνεστε Ζαλάδες	45,2%	35,5%	16,1%	3,2%
Πόσο συχνά αισθάνεστε Δυσκολία στην ακοή	50,0%	35,5%	11,3%	3,2%
Πόσο συχνά αισθάνεστε Βραχνή φωνή	46,8%	37,1%	16,1%	-
Πόσο συχνά αισθάνεστε Δυσκολία στην αναπνοή (Δύσπνοια)	59,7%	35,5%	4,8%	-
Πόσο συχνά αισθάνεστε Ξερό βήχα	37,1%	41,9%	17,7%	3,2%
Πόσο συχνά αισθάνεστε Βήχα με πτύελα	46,8%	46,8%	6,5%	-
Πόσο συχνά αισθάνεστε Κούραση στα μάτια	6,5%	16,1%	46,8%	30,6%
Πόσο συχνά αισθάνεστε Τσούξιμο στα μάτια	17,7%	40,3%	32,3%	9,7%
Πόσο συχνά αισθάνεστε Δυσκολία στην όραση	30,6%	29,0%	33,9%	6,5%
Πόσο συχνά αισθάνεστε Πονοκεφάλους	16,4%	42,6%	27,9%	13,1%
Πόσο συχνά αισθάνεστε Ζαλάδες	45,2%	35,5%	16,1%	3,2%
Πόσο συχνά αισθάνεστε Δυσκολία στην ακοή	50,0%	35,5%	11,3%	3,2%
Πόσο συχνά αισθάνεστε Βραχνή φωνή	46,8%	37,1%	16,1%	-
Πόσο συχνά αισθάνεστε Δυσκολία στην αναπνοή (Δύσπνοια)	59,7%	35,5%	4,8%	-
Πόσο συχνά αισθάνεστε Ξερό βήχα	37,1%	41,9%	17,7%	3,2%
Πόσο συχνά αισθάνεστε Βήχα με πτύελα	46,8%	46,8%	6,5%	-
Πόσο συχνά αισθάνεστε Κρίσεις άσθματος	87,1%	11,3%	1,6%	-
Πόσο συχνά αισθάνεστε Καυσalgία στομάχου	45,2%	30,6%	17,7%	6,5%
Πόσο συχνά αισθάνεστε Ναυτία	63,9%	32,8%	3,3%	-
Πόσο συχνά αισθάνεστε Τάση προς έμετο	62,3%	31,1%	6,6%	-
Πόσο συχνά αισθάνεστε Πόνους στον αυχένα	16,1%	21,0%	38,7%	24,2%
Πόσο συχνά αισθάνεστε Πόνους στην πλάτη	14,5%	17,7%	32,3%	35,5%
Πόσο συχνά αισθάνεστε Πόνους στη μέση	16,4%	18,0%	34,4%	31,1%
Πόσο συχνά αισθάνεστε Πόνους στους αγκώνες	48,4%	29,0%	12,9%	9,7%
Πόσο συχνά αισθάνεστε Πόνους στους καρπούς	28,3%	31,7%	20,0%	20,0%
Πόσο συχνά αισθάνεστε Πόνους στα πόδια	37,1%	37,1%	16,1%	9,7%
Πόσο συχνά αισθάνεστε Πόνους στα γόνατα	35,0%	43,3%	16,7%	5,0%
Πόσο συχνά αισθάνεστε Μούδιασμα στα δάκτυλα των χεριών	37,7%	31,1%	21,3%	9,8%
Πόσο συχνά αισθάνεστε Βάρος στα χέρια	46,8%	32,3%	12,9%	8,1%
Πόσο συχνά αισθάνεστε Μούδιασμα στα χέρια	39,3%	32,8%	19,7%	8,2%
Πόσο συχνά αισθάνεστε Βάρος στα πόδια	54,8%	25,8%	14,5%	4,8%
Πόσο συχνά αισθάνεστε Μούδιασμα στα πόδια	54,1%	29,5%	9,8%	6,6%
Πόσο συχνά αισθάνεστε Βάρος στο στήθος	58,1%	32,3%	9,7%	-
Πόσο συχνά αισθάνεστε Άγχος κατά την εργασία	8,2%	34,4%	41,0%	16,4%
Πόσο συχνά αισθάνεστε Αϋπνίες	24,2%	46,8%	24,2%	4,8%
Πόσο συχνά αισθάνεστε Υπερβολική κούραση μετά τη δουλειά	6,5%	21,0%	43,5%	29,0%
Πόσο συχνά αισθάνεστε Υπνηλία μετά την εργασία	19,4%	38,7%	32,3%	9,7%

εργασίας όπως πόννοι στο αυχένα, στην πλάτη, στους καρπούς και στη μέση (**Διάγραμμα 1**). Σχετικά συχνές ήταν επίσης οι αναφορές για πονοκεφάλους. Επίσης, 1 στους 2 οδοντί-ατρους, ανέφερε ότι μερικές φορές ή συχνά αισθάνεται άγχος κατά την εργασία τους.



Διάγραμμα 1: Σύγκριση μυοσκελετικού πόνου στους καρπούς σε σχέση με την ηλικία. Οι Οδοντίατροι μετά τα 40 εμφανίζουν στατιστικά πιο συχνά μυοσκελετικούς πόνους σε σχέση με τους νεότερους.

Ένα ποσοστό περίπου 5% από τις γυναίκες που συμμετείχαν στην έρευνα ανέφερε ότι είχε αυτόματες αποβολές κατά τη διάρκεια που εργαζόταν στο οδοντιατρείο, ενώ παρόμοιο ποσοστό ανέφερε ότι αντιμετώπιζε διαταραχές του κύκλου.

Τέλος, περίπου 2 στους 3 οδοντίατρους ανέφερε ότι ο ρυθμός εργασίας είναι έντονος και οι μισοί συμμετέχοντες αναφέρουν συχνά σωματική κούραση αλλά το μεγαλύτερο ποσοστό των οδοντιάτρων (77%) ανέφερε ότι φεύγοντας από το χώρο εργασίας τους συχνά είναι ικανοποιημένοι με τη δουλειά τους.

Η παρούσα μελέτη αναδεικνύει ενδιαφέροντα ευρήματα ανάμεσα στους Οδοντίατρους της Λευκωσίας – Κερύνειας τόσο όσον αφορά στους παράγοντες κινδύνου στους οποίους εκτίθενται στο χώρο εργασίας όσο και

στις ελλείψεις που παρατηρούνται στα οδοντιατρεία σε σχέση με την προστασία της υγείας των εργαζομένων και την πρόληψη και προαγωγή της υγείας των εργαζομένων.

Τα αποτελέσματα αυτά πιθανότατα αντικατοπτρίζουν την εικόνα που παρατηρείται σε Παγκύπρια κλίματα αφού το δείγμα συμμετεχόντων από τη Λευκωσία θεωρείται ότι είναι αντιπροσωπευτικό του συνόλου των οδοντιάτρων.

Πιστεύουμε ότι η μελέτη αυτή θα πρέπει να αποτελέσει σημαντικό έναυσμα για την αναβάθμιση των μέτρων προστασίας των οδοντιάτρων και των άλλων εργαζομένων στα οδοντιατρεία της Κύπρου αλλά και ευκαιρία για την ευαισθητοποίηση και εκπαίδευση των εργαζομένων στα θέματα ασφάλειας και υγείας.

Νέα συσκευή φωτοπολυμερισμού LED ευρέως φάσματος

- Τα 4 LED της συσκευής VALO καλύπτουν ένα φάσμα 395-480nm έτσι ώστε να φωτοπολυμερίζει σωστά όλα τα φωτοπολυμεριζόμενα υλικά.
- Διαθέτει 3 ρυθμίσεις έντασης ακτινοβολίας: κανονική (1000mW/cm2), υψηλή (1400mW/cm2) και πολύ υψηλή (4500mW/cm2), για να επιλέγετε την σωστή ένταση για το σωστό σημείο.
- Η παράλληλη δέσμη της συσκευής διασφαλίζει τον ομοιόμορφο φωτοπολυμερισμό ακόμη και σε απόσταση.

- Λεπτός σχεδιασμός για πρόσβαση ακόμη και σε δυσπρόσιτα σημεία του στόματος.
- Ελαφριά -βάρος μόνο 77γρ
- Κατασκευασμένη από υψηλής ποιότητας αλουμίνιο που χρησιμοποιείται για την κατασκευή αεροσκαφών - δεν υπερθερμαίνεται και είναι εξαιρετικής αντοχής.

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

11^ο ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΙΚΟ ΣΥΝΕΔΡΙΟ ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΤΟΥ STRESS ΣΤΟ ΣΤΟΜΑΤΟΓΝΑΘΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ

ΚΛΙΝΙΚΕΣ ΠΑΡΑΜΕΤΡΟΙ - ΠΡΟΣΘΕΤΙΚΕΣ ΛΥΣΕΙΣ



ΞΕΝΟΔΟΧΕΙΟ HILTON PARK ΣΤΗ ΛΕΥΚΩΣΙΑ

Παρασκευή 25 Φεβρουαρίου 2011

Σάββατο 26 Φεβρουαρίου 2011

Η επίδραση του stress στον οργανισμό και οι τρόποι αντιμετώπισής του.

Ομιλητής: Ρωσσέτος Γουρνέλης, Επίκουρος καθηγητής Ψυχιατρικής, Β' Ψυχιατρική Κλινική Ε.Κ.Π.Α., Π.Γ.Ν. «Αττικόν»

Αναγνώριση ασθενή με δυσλειτουργία του στοματογναθικού. Λήψη ιστορικού (σημεία - συμπτώματα). Κλινική και ακτινογραφική εξέταση.

Ομιλήτρια: Μαρία Κοκοτή, Λέκτορας στο Εργαστήριο Ακίνητης Προσθετικής και Προσθετικής Εμφυτευματολογίας, Οδοντιατρικής Σχολής ΑΠΘ

Μυοπροσώπικός πόνος. Αιτιοπαθογένεια, επίδραση του stress, διάγνωση, αντιμετώπιση.

Ομιλήτρια: Μαρία Κοκοτή

Δυσλειτουργίες ΚΓΔ και ο ρόλος της υπερφόρτισης. Συσχέτιση διαταραχών ΚΓΔ με τη σύγκλιση.

Ομιλήτρια: Ίλεια Ρούσσου, Λέκτορας Ακίνητης Προσθετικής Οδοντιατρικής Σχολής ΕΚΠΑ

Βρυγμός: Συχνότητα, συμπτωματολογία, αντιμετώπιση.

Ομιλήτρια: Ίλεια Ρούσσου

Επίδραση της μασητικής φόρτισης στους οδοντικούς ιστούς. Απώλεια οδοντικής ουσίας - αντιμετώπιση.

Ομιλητής: Ραχιώτης Χρίστος, Λέκτορας Βιολογίας Στόματος Οδοντιατρικής Σχολής ΕΚΠΑ

Επιλογή αποκαταστατικών υλικών στην Οδοντική Χειρουργική και Προσθετική.

Ομιλητής: Γεώργιος Ηλιάδης, Καθηγητής και Διευθυντής του Εργαστηρίου Βιοϋλικών, Οδοντιατρικής Σχολής ΕΚΠΑ

Σκληροί και μαλακοί νάρθηκες. Κλινική επίδειξη σε ασθενή (καταγραφές - αποτύπωση - προσαρμογή - παράδοση).

Ομιλήτριες: Συμπαρουσίαση από την Ίλεια Ρούσσου και την Μαρία Κοκοτή.

Νόσοι του στοματικού βλεννογόνου που επηρεάζονται από το άγχος και τη ψυχική καταπόνηση.

Ομιλητής: Αλέξανδρος Κολοκοτρώνης, Καθηγητής Στοματολογίας, Οδοντιατρικής Σχολής Α.Π.Θ.

Διαχείριση της κατακόρυφης διάστασης της σύγκλεισης κατά την προσθετική αποκατάσταση (κλασικές και επιεμφυτευματικές αποκαταστάσεις).

Ομιλητής: Παύλος Γαρέφης, Ομότιμος καθηγητής στο Εργαστήριο Ακίνητης Προσθετικής και Προσθετικής Εμφυτευματολογίας, Οδοντιατρικής Σχολής ΑΠΘ

Προσθετική αποκατάσταση σε ασθενείς με εκτεταμένη οδοντική φθορά.

Ομιλητής: Παύλος Γαρέφης



Οδοντιατρικός Σύλλογος
Λευκωσίας - Κερύνειας

ΠΡΟΔΙΑΘΕΣΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΕΜΦΑΝΙΣΗΣ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΣΤΟ ΣΤΟΜΑ

Κυριακή Σπύρου, Οδοντίατρος

Παγκοσμίως διαγιγνώσκονται κάθε χρόνο 285.00 -300,000 άτομα με καρκίνο στο στόμα. Στις χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης διαγιγνώσκονται κάθε χρόνο περίπου 67,000 νέα περιστατικά ασθενών με καρκίνο στο στόμα, με τα υψηλότερα ποσοστά να καταγράφονται ανάμεσα σε άντρες σε Γαλλία και Ουγγαρία, ενώ η Ελλάδα και η Κύπρος κατέχουν τα χαμηλότερα ποσοστά. Περίπου 34,360 νέα περιστατικά ασθενών με καρκίνο στο στόμα καταγράφονται κάθε χρόνο στις ΗΠΑ.

Συγκριτικά με άλλα είδη καρκίνου, ο καρκίνος στο στόμα εμφανίζει από τα χαμηλότερα ποσοστά 5ετούς επιβίωσης που κυμαίνονται στο 52% και κατέχει διεθνώς την 6η κατά σειρά θέση ανάμεσα στους καρκίνους με τα υψηλότερα ποσοστά θνησιμότητας.

Η πρόωμη διάγνωση αυξάνει το ποσοστό 5ετούς επιβίωσης στο 81%, δυστυχώς μόνο το 35% των καρκίνων στο στόμα ανιχνεύεται στα αρχικά στάδια, ενώ καθυστερημένη διάγνωση μειώνει το ποσοστό 5ετούς επιβίωσης στο 22%. Σήμερα οι κυριότεροι παράγοντες κινδύνου για την ανάπτυξη καρκίνου στο στόμα έχουν ταυτοποιηθεί και είναι:

Χρήση καπνού

Η χρήση καπνού σε διάφορες μορφές (τσιγάρα, πούρα, πίπα, μάσημα φύλλων καπνού, ανάστροφο κάπνισμα), τα προϊόντα καύσωσης, η θερμότητα που αναπτύσσεται και τα προϊόντα που εκλύονται κατά τη μάσηση ή εκμύζηση καπνού ευθύνονται για καλοήθεις και κακοήθεις βλάβες στο στοματικό βλεννογόνο. Περίπου το 80-90% των ασθενών με καρκίνο στο στόμα καπνίζουν ή κάνουν χρήση προϊόντων καπνού.

Οι χρήστες καπνού έχουν 5-7 φορές μεγαλύτερη πιθανότητα ανάπτυξης καρκίνου στο στόμα συγκριτικά με άτομα που δεν κάνουν χρήση καπνού. Ασθενείς που συνεχίζουν να κάνουν χρήση καπνού μετά την αρχική διάγνωση καρκίνου στο στόμα έχουν 6 φορές μεγαλύτερο κίνδυνο ανάπτυξης 2ης εστίας καρκίνου στο αναπνευστικό ή στο γαστρεντερικό σύστημα σε σχέση με ασθενείς που διέκοψαν το κάπνισμα μετά την αρχική διάγνωση.

Ο κίνδυνος ανάπτυξης καρκίνου στο στόμα εξαρτάται τόσο από τη χρονική διάρκεια του καπνίσματος όσο και από τη ποσότητα καπνού που καταναλώνεται ημερησίως, ενώ η διακοπή του καπνίσματος μειώνει το κίνδυνο ανάπτυξης καρκίνου στο στόμα.

Πρόσφατες έρευνες έχουν επιβεβαιώσει ότι η μάσηση προϊόντων καπνού προάγει την ανάπτυξη καρκίνου στο στόμα και το ποσοστό κινδύνου ποικίλει ανάλογα με τη σύσταση των σκευασμάτων που χρησιμοποιούνται.

Στις χώρες της Νοτιοανατολικής Ασίας (Ινδία, Πακιστάν, Μπαγκλαντές, Σρι Λάνκα) η συχνότητα ανάπτυξης καρκίνου στο στόμα αντιστοιχεί στο 40% του συνόλου των κακόηθων νεοπλασμάτων που καταγράφονται στους πληθυσμούς αυτούς. Το πολύ ψηλό αυτό ποσοστό σχετίζεται με δύο ευρέως διαδεδομένες συνήθειες που παρατηρούνται στους λαούς αυτούς, το ανάστροφο κάπνισμα και τη μάσηση σκευασμάτων που παρασκευάζονται από τοπικά προϊόντα (betel quid, areca nut) και φύλλα καπνού.

Κατανάλωση οινοπνεύματος

Ο καρκίνος στο στόμα εμφανίζει ισχυρή δόσοεξαρτώμενη σχέση με τη κατανάλωση αλκοόλ, αλλά δεν επηρεάζεται από τη χρονική διάρκεια κατανάλωσης οινοπνεύματος. Ο κίνδυνος ανάπτυξης καρκίνου στο στόμα σε άτομα που καταναλώνουν αλκοόλ αυξάνεται ανάλογα με την αύξηση της ποσότητας αλκοόλ που καταναλώνεται. Άτομα που καταναλώνουν άνω των 100γρ. αλκοόλ ανά 24ωρο έχουν 30 φορές αυξημένο κίνδυνο εμφάνισης καρκίνου στο στόμα σε σχέση με άτομα που καταναλώνουν λιγότερο από 15γρ. αλκοόλ ανά 24ωρο.

Το κάπνισμα και η κατανάλωση οινοπνεύματος δρουν ξεχωριστά αλλά και συνεργικά στην πρόκληση καρκινογένεσης, γι' αυτό και ο κίνδυνος ανάπτυξης καρκίνου στο στόμα σε άτομα που καταναλώνουν ταυτόχρονα μεγάλες ποσότητες καπνού και οινοπνεύματος είναι πάνω από 100 φορές μεγαλύτερος.

Ως προς τη χρήση αιθυλικής αλκοόλης στα στοματικά διαλύματα δεν υπάρχουν επαρκή κλινικά στοιχεία που να τεκμηριώνουν τη σχέση της αιθυλικής αλκοόλης των στοματικών διαλυμάτων με την ανάπτυξη καρκίνου στο στόμα.

Ηλιακή ακτινοβολία

Η ηλιακή ακτινοβολία ενοχοποιείται για ανάπτυξη καρκίνου στα χείλη κατά προτίμηση στο κάτω χείλος. Περίπου 30% των ασθενών με καρκίνο στα χείλη ασχολούνται με εξωτερικές εργασίες (αγροτικές ή γεωργικές).

Τα υψηλότερα ποσοστά καρκίνου στα χείλη καταγράφονται σε λευκούς πληθυσμούς σε Καναδά και Αυστραλία. Στην Αυστραλία ο καρκίνος στο χείλος αντιστοιχεί στο 50 % του συνόλου των καρκίνων στο στόμα.

Προκαρκινικές καταστάσεις

Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας έχει καθορίσει ως διαταραχές του στοματικού βλεννογόνου που ενδεχομένως να προάγουν την καρκινογένεση τις ακόλουθες καταστάσεις:

Λευκοπλακία, Ερυθροπλακία, Υποβλεννογόνια Ίνωση, Υπερκεράτινωση Υπερώας (σε ασθενείς με ανάστροφο τρόπο καπνίσματος), Χρόνια Υπερπλαστική Μυκητίαση, Πομφολυγώδης Επιδερμόλυση, Συγγενής Δυσκεράτωση, Σιδηροπενική Δυσφαγία, Συφιλιδική Γλωσσίτιδα, Δισκοειδής Ερυθηματώδης Λύκος, Ατροφική και Διαβρωτική μορφή Ομαλού Λειχήνα.

Ιογενείς λοιμώξεις

Τα τελευταία χρόνια παρατηρείται αυξημένο ενδιαφέρον από τους ερευνητές ως προς την εμπλοκή των ιών των Ανθρώπινων Θηλωμάτων (HPV- Human Papilloma Virus) στην ανάπτυξη καρκίνου στο στόμα, κυρίως στη βάση της γλώσσας, στις κρύπτες των αμυγδαλών και στο φάρυγγα. Ενοχοποιούνται οι τύποι 16 και 18 των HPV- ιών που ανιχνεύονται στο 22% και 14 % των στοματοφαρυγγικών καρκινμάτων αντίστοιχα ενώ υποστηρίζεται ότι για τη καρκινογόνο δράση σημαντικό ρόλο παίζουν οι ογκοπρωτείνες E6 και E7 των ιών αυτών.

Αναφέρεται επίσης ότι στοματοφαρυγγικό καρκίνωμα στο οποίο ανιχνεύεται ο HPV-ιός έχει καλύτερη ανταπόκριση στη συνήθη θεραπεία και συνεπώς καλύτερη πρόγνωση σε σχέση με στοματοφαρυγγικό καρκίνωμα στο οποίο δεν ανιχνεύεται HPV-ιός.

Μελέτες έχουν αποδείξει αυξημένο κίνδυνο ανάπτυξης δευτερογενούς εστίας καρκίνου στο στόμα σε γυναίκες με ιστορικό εμφάνισης HPV -εξαρτώμενου καρκίνου του τραχήλου της μήτρας.

Ο ρόλος του ιού Epstein -Barr και των ιών του απλού έρπητα (HSV- 1, HSV-2) στην ανάπτυξη καρκίνου στο στόμα παραμένει ασαφής.

Ανοσοκαταστολή

Αυξημένος κίνδυνος ανάπτυξης καρκίνου στο στόμα έχει καταγραφεί σε άτομα με Σύνδρομο Επίκτητης Ανοσολογικής Ανεπάρκειας (AIDS) καθώς και σε ασθενείς που βρίσκονται υπό ανοσοκαταστολή μετά από μεταμόσχευση οργάνων.

Γενετική προδιάθεση - Κληρονομικότητα

Η πρωτείνη p53 ανήκει στις ογκοκατασταλτικές πρωτείνες, κωδικοποιείται από το γονίδιο TP53 που βρίσκεται στο χρωμόσωμα 17 και είναι επιβεβαιωμένη η αντικαρκινική της δράση.

Είναι γνωστή ως ο "φύλακας του γονιδιώματος", γιατί διασφαλίζει την ακεραιότητα του γονιδιώματος μέσω της παρεμπόδισης συσσώρευσης μεταλλάξεων που προέρχονται είτε από μηχανισμούς των κυττάρων ή από τη δράση εξωτερικών παραγόντων.

Άτομα που κληρονομούν μόνο ένα λειτουργικό αντίγραφο του γονιδίου, ή παρουσιάζουν βλάβη στο γονίδιο TP53 από μεταλλαξιογόνες ουσίες, παρουσιάζουν μεταλλαγμένη πρωτείνη p53 και συνεπώς μειωμένη αντίσταση στην ανάπτυξη των καρκινικών κυττάρων.

Έρευνες έχουν αποδείξει ότι μεταλλαγμένοι τύποι της πρωτείνης p53 έχουν παρατηρηθεί στο 50% των καρκίνων κεφαλής και τραχήλου, ενώ έχουν ανιχνευτεί και σε προκαρκινικές αλλοιώσεις του βλεννογόνου του στόματος.

Διατροφικές συνήθειες

Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας το 35-55% του συνόλου των καρκίνων στον άνθρωπο και περίπου το 15% των καρκίνων στο στόμα σχετίζονται με κακή διατροφική ισορροπία, ή διατροφή ελλειπή σε βασικά θρεπτικά συστατικά. Έχει αποδεικτεί ότι η αυξημένη κατανάλωση φρούτων, λαχανικών, αντιοξειδωτικών (όπως

τσάι) και τροφών πλούσιων σε φυτικές ίνες μειώνει τον κίνδυνο εμφάνισης καρκίνου στο στόμα.

Η **American Cancer Society** στα πλαίσια της προσπάθειας πρόληψης εξέδωσε και προώθησε προς την Οδοντιατρική Κοινότητα την ακόλουθη οδηγία:

Κάθε Γενικός Οδοντίατρος στα πλαίσια της τακτικής εξάμηνης παρακολούθησης των ασθενών του οφείλει να ελέγχει ολόκληρη τη στοματική κοιλότητα για τυχόν εμφάνιση ανώμαλων αλλαγών στο στοματικό βλεννογόνο και επιπλέον οφείλει να παροτρύνει τους ασθενείς του, ιδιαίτερα όσους εκτίθενται σε παράγοντες υψηλού κινδύνου, να συμμετέχουν ενεργά στην πρόωμη ανίχνευση παθολογικών αλλοιώσεων κάνοντας οι ίδιοι στο σπίτι μηνιαίους αυτοελέγχους στο στόμα.

Βιβλιογραφία:

- 1.Oral cancer –Risk factors : Cancer Research UK
- 2.Oral cancer – UK incidence statistics: Cancer Research UK
- 3.Llewellyn CD, Johnson NW, Warnakulasuriya KS. Risk factors for squamous cell carcinoma of the oral cavity in young people- a comprehensive literature review. Oral Oncol. 2001 Jul;37(5):401-18
- 4.Mork J, Lie AK, Glatfere E et al. Human papillomavirus infection as a risk factor for SCC of the head and neck. N Engl J Med 2001; 344: 1125-1131
- 5.Saman Warnakulasuriya. Review: Global epidemiology of oral and oropharyngeal cancer. Oral Oncology. Journal Homepage:www.elsevier.com/locate/oraloncology
- 6.Deepak Kademani, DMD, MD. Oral Cacer. Mayo Clin Proc 2007; 82(7) : 878-887
- 7.Khalili J. Oral cancer : Risk factors, Prevention and Diagnostic Exp Oncol 2008; 30, 4, 259-264
- 8.Silvio K Hirota, et al Risk Factors for oral squamous cell carcinoma in young and older Brazilian patients : A comparative analysis. Med Oral Patol Oral Cir Bucal. 2008 Apr1;13(4):E227-31
- 9.Franceschi S., Fabio Levi, et al. Cessation of alcohol drinking and risk of cancer of the oral cavity and pharynx. Int. J. Cancer: 85, 787-790(2000)
- 10.Moore SR, Johnson Nw, Pierce AM, Wilson DF. The edidemiology of mouth cancer:a review of global incidence.Oral Dis 2000 Mar; 6(2):65-74
- 11.Jon Sudbo, Roy Samuelsson et al. Risk of oral cancer in clinically normal mucosa. As an aid in smoking cessation counseling. Journal of Clinical Oncology, Vol 23, No 9 (March 20). 2005;PP.1927-1933,2005
- 12.Nasim Taghavi DMD, Ismail Yazdi DMD. Type of Food and Risk of Oral Cancer. Archives of Iranian Medicine. Volume 10, Number 2, 2007:227-232
- 13.M. Ανδρούτσου- Πάντζου. Οι επιπτώσεις του καπνίσματος στη στοματική κοιλότητα. Ελληνικά Στοματολογικά Χρονικά 46: 57-64,2002
- 14.Bundgaard T, Bentzen SM, Wildt J. The prognostic effect of tobacco and alcohol consumption in intraoral squamous cell carcinoma. Eur J Cancer B Oral Oncol.1994 Sep; 30B (5):323-8
- 15.Carretero P elaez MA, Esparza Gomez GC, et al. Alcohol-containing mouthwashes and oral cancer :critical analysis of literature. Med Oral 2004; 9:116-20

θα φανεί στο χαμόγελο:)

Κινητή

Ακίνητη

Επιεμφυτευματική Προσθετική



Σόλωνος 26, Λευκωσία 1011, Τηλ: 22 676 094

ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΕΣ

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



Στιγμιότυπα από την Ημερίδα που διοργανώθηκε το Σάββατο 4 / 12 / 2010 από τον Οδοντιατρικό Σύλλογο Λάρνακας και τον Οδοντιατρικό Σύλλογο Λευκωσίας - Κερύνειας στον πολυχώρο «Marquee», Παραλία Μακένζυ, Λάρνακα.

Αγγελίες

Για να δημοσιεύσετε **ΔΩΡΕΑΝ** την αγγελία σας, στείλτε την στην ηλεκτρονική διεύθυνση: info@nkdentistry.com.

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

Ενοικίαση ή Πώληση Οδοντιατρείου στο Πλατό Αγλαντζιάς. Τηλ.: 99634463

Ενοικιάζεται Οδοντιατρείο στο Λυκαβητό (πάροδος Καλλιπόλεως). Τηλ.: 99635078

Ορθοδοντικός που εργάζεται στη Λευκωσία και Λάρνακα **ζητά οδοντίατρο, με μεταπτυχιακές σπουδές στην παιδοδοντία, για συστήγηση**. Τηλ.: 99576111

Γενικός οδοντίατρος με σπουδές στη Γερμανία, 12ετή κλινική εμπειρία, με εμπειρία στη χειρουργική στόματος και την εμφυτευματολογία (πιστοποιητικό DGI), **Ζητά εργασία - συνεργασία** στην Κύπρο. Τηλ. επικοινωνίας: 00306937486751

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

Οδοντιατρική κλινική **ζητά οδοντιάτρος για συνεργασία ή συστήγηση** (με ή χωρίς ειδικότητα). Τηλ.: 22492988



ΗΜΕΡΟΛΟΓΙΟ ΕΚΔΗΛΩΣΕΩΝ

Πέμπτη 27 / 01 / 2011

«Επανάληψη Ενδοδοντικής Θεραπείας»

Ομιλητής: Αλέξης Λοϊζιδης, Οδοντίατρος.

Η διάλεξη διοργανώνεται από τον Οδοντιατρικό Σύλλογο Λευκωσίας - Κερύνειας και θα πραγματοποιηθεί στα γραφεία του Συλλόγου στις 8:00μμ. Θα ακολουθήσει η καθιερωμένη κοπή της βασιλόπιτας.

Παρασκευή και Σάββατο 25&26 / 02 / 2011

Διοργανώνεται το 11^ο Οδοντιατρικό συνέδριο του Οδοντιατρικού Συλλόγου Λευκωσίας - Κερύνειας με θέμα:

«Επίδραση του stress στο στοματογναθικό σύστημα, Κλινικές παράμετροι - Προσθετικές λύσεις»

Το συνέδριο θα πραγματοποιηθεί στο ξενοδοχείο Hilton Park στη Λευκωσία.

Πέμπτη 31 / 03 / 2011

«Γλωσσική Ορθοδοντική»

Ομιλητής: Σωτήρης Αχιλλέως, Ειδικός Ορθοδοντικός

Η διάλεξη διοργανώνεται από τον Οδοντιατρικό Σύλλογο Λευκωσίας - Κερύνειας και θα πραγματοποιηθεί στα γραφεία του Συλλόγου στις 8:00μμ.

Σάββατο 7 / 05 / 2011

«Ημερίδα Στοματολογίας»

Διοργανώνεται από τον Οδοντιατρικό Σύλλογο Λευκωσίας - Κερύνειας και τον Οδοντιατρικό Σύλλογο Λάρνακας σε συνεργασία με την Ελληνική Εταιρία Κλινικής Στοματολογίας και θα πραγματοποιηθεί στη Λευκωσία.

Παρασκευή και Σάββατο 13&14 / 05 / 2011

«Διήμερο πρακτικό σεμινάριο Περιοδοντολογίας»

Διοργανώνεται από την Περιοδοντολογική Εταιρεία Κύπρου σε συνεργασία με την Ελληνική Περιοδοντολογική Εταιρεία.

Οδοντιατρικό χρονικό



«Περί το 430 π.Χ. λοιμός ενέσκηψε αιφνιδίως εις την πόλιν των Αθηνών ... και νεκροί έκειντο εν ταις οδοίς ... έθαπτον δε ως έκαστος εδύνατο»
(Θουκυδίδης, Ιστορία)

Γνωρίζετε ότι...

ο λοιμός που έπληξε την Αθήνα από το 430 έως το 426 π.Χ. και κόστισε τη ζωή σε 50.000 ανθρώπους πρόκειται πιθανότερα για τυφοειδή πυρετό;

Για να καταλήξει σε αυτό το συμπέρασμα διεπιστημονική ομάδα, με επικεφαλής τον Επίκουρο καθηγητή της Ορθοδοντικής του Πανεπιστημίου Αθηνών **Μανώλη Παπαγρηγοράκη**, χρησιμοποίησε τον πολυφό τριών άθικτων δοντιών από τρία τυχαία επιλεγμένα κρανία που βρέθηκαν σε ομαδικό τάφο το 1994-1995 στην περιοχή Κεραμικού, όπου ανιχνεύτηκαν ίχνη του μικροβιακού παράγοντα. Οι επιστήμονες εντόπισαν το βακτήριο *Salmonella enterica serovar Typhi*, που είναι υπεύθυνο για την εκδήλωση τυφοειδούς πυρετού. Η άριστη κατάσταση του κρανίου ενός 11 περίπου χρονών κοριτσιού γέννησε την ιδέα της ανάπλασης ενός παιδικού κεφαλιού της εποχής του Περικλή κι έτσι κατασκευάστηκε ένα ακριβές αντίγραφο του κρανίου με τις πλέον σύγχρονες επιστημονικές μεθόδους και εστάλη σε ειδικό εργαστήριο στη Σουηδία, απ' όπου επέστρεψε με τη μορφή που βλέπουμε σήμερα.

Ύστερα από 2500 χρόνια η Μύρτις ζωντανεύει ξανά και η οδοντιατρική επιστήμη μπορεί να είναι περήφανη για την συμβολή της.

ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΣΤΟΜΑΤΙΚΗΣ ΚΟΙΛΟΤΗΤΑΣ;



Eludril, η φροντίδα αναφοράς με χλωρεξιδίνη

- ΠΕΡΑΝ ΤΩΝ 30 ΕΤΩΝ ΠΕΙΡΑ ΣΤΗΝ ΟΔΟΝΤΟ-ΣΤΟΜΑΤΟΛΟΓΙΑ
- ΕΓΚΕΚΡΙΜΕΝΟ ΑΠΟ ΤΑ ΟΡΓΑΝΩΜΕΝΑ ΣΥΝΟΛΑ



PIERRE FABRE
ORAL CARE

Αποκλειστικός αντιπρόσωπος για την Κύπρο:
ΓΡΗΓΟΡΗΣ ΧΑΤΖΗΓΡΗΓΟΡΙΟΥ ΛΤΔ, ΤΗΛ. 22815777, ΛΕΥΚΩΣΙΑ