

# Οδοντιατρικά ΝΕΑ



www.nkdentalcy.com

ΕΝΗΜΕΡΩΤΙΚΟ ΔΕΛΤΙΟ ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΙΚΟΥ ΣΥΛΛΟΓΟΥ ΛΕΥΚΩΣΙΑΣ - ΚΕΡΥΝΕΙΑΣ

Τεύχος 9 - Μάιος 2014



Η ΠΡΩΤΗ ΕΠΙΣΚΕΨΗ  
ΤΟΥ ΠΑΙΔΙΟΥ ΣΤΟΝ  
ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΟ:  
ΠΟΤΕ ΚΑΙ ΓΙΑΤΙ;  
ΟΙ ΣΥΝΕΠΕΙΕΣ ΤΗΣ  
ΜΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ ΤΩΝ  
ΝΕΟΓΙΛΩΝ ΔΟΝΤΙΩΝ

ΑΝΑΣΥΣΤΑΣΗ  
ΕΝΔΟΔΟΝΤΙΚΑ  
ΘΕΡΑΠΕΥΜΕΝΟΥ  
ΔΟΝΤΙΟΥ ΜΕ ΑΞΟΝΑ

ΕΓΚΛΕΙΣΤΟΙ  
ΚΥΝΟΔΟΝΤΕΣ ΑΝΩ  
ΓΝΑΘΟΥ: ΠΡΟΛΗΠΤΙΚΗ  
ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ

ΑΛΛΕΡΓΙΕΣ ΣΕ ΦΑΡΜΑΚΑ

ΑΛΛΗΛΕΠΙΔΡΑΣΕΙΣ  
ΦΑΡΜΑΚΩΝ /  
ΠΑΡΕΝΕΡΓΕΙΕΣ



## 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.

SUNSTAR



**PAROEX®**

Αγαπητές/οί συνάδελφοι,

το 9ο τεύχος των Οδοντιατρικών Νέων είναι στα χέρια μας και φιλοδοξεί να μας ενημερώσει επιστημονικά αλλά και για τα τρέχοντα της Οδοντιατρικής κοινότητας.

Τα νέα οικονομικά δεδομένα που υπάρχουν σήμερα οδηγούν ουσιαστικά τις οδοντιατρικές ανάγκες να παραμένουν αθεράπευτες ή τους ασθενείς να αναζητούν και να πιέζουν για πιο φθηνές υπηρεσίες. Έτσι κάποιοι οδοντίατροι μπορεί να επιλέξουν να χρησιμοποιήσουν μη αξιόπιστα υλικά ή κατωτέρου επιπέδου τεχνικές ή εξοπλισμό που βραχυπρόθεσμα θα μειώσουν το κόστος αλλά μακροπρόθεσμα θα έχουν δυσμενείς συνέπειες στην υγεία του ασθενούς. Ο Παγκύπριος Οδοντιατρικός Σύλλογος έχει κοστολογήσει τις οδοντιατρικές πράξεις και θα σας κοινοποιηθεί σύντομα η μελέτη για να μπορέσετε να καθορίσετε σωστά τις αμοιβές σας. Η σωστή άσκηση οδοντιατρικής αποτελεί την μεγαλύτερη ηθική δέσμευση προς τους ασθενείς μας.

Παρουσιάζονται επίσης κρούσματα διαφημίσεων ή άλλων πράξεων προς άγρα πελατών. Καταγγέλλονται συνάδελφοι και παραπέμπονται στο Πειθαρχικό Συμβούλιο του Συλλόγου. Βρείτε στις σελίδες των Οδοντιατρικών Νέων τις αποφάσεις του Πειθαρχικού Συμβουλίου.

Η μελλοντική εφαρμογή του ΓΕΣΥ δεν συμπεριλαμβάνει οδοντιατρική περίθαλψη ώστε να μπορέσουν οι ασθενείς να ελαφρυνθούν από το κόστος μιας σωστής θεραπείας και θα οδηγηθούμε στο να φαντάζει η οδοντιατρική θεραπεία πολυτέλεια!

Συνάδελφοι οδηγούνται στην ανεργία ή στην αναζήτηση εργασίας στο εξωτερικό. Ο αριθμός των οδοντιάτρων είναι μεγάλος σε σχέση με τον πληθυσμό μας και αυτό θα πρέπει να γίνει γνωστό στους αρμόδιους φορείς. Ο Παγκύπριος Οδοντιατρικός Σύλλογος θα αναθέσει σε εταιρεία διεξαγωγή έρευνας για τον ρυθμό ένταξης των νέων οδοντιάτρων στο επάγγελμα, τον καθορισμό των αναγκών της Κυπριακής κοινωνίας σε οδοντιάτρους τα πορίσματα της οποίας θα κοινοποιηθούν στην πολιτεία για να προβεί στον αναγκαίο σχεδιασμό. Τέλος, εύχομαι καλή συνέχεια σε όλους και ευόδωση των στοχών μας.

Συναδελφικά,

Μόρφω Κουρουκλήρη  
Πρόεδρος του Οδοντιατρικού Συλλόγου  
Λευκωσίας - Κερύνειας

- EDITORIAL
- Η ΠΡΩΤΗ ΕΠΙΣΚΕΨΗ ΤΟΥ ΠΑΙΔΙΟΥ ΣΤΟΝ ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΟ: ΠΟΤΕ ΚΑΙ ΓΙΑΤΙ; ΟΙ ΣΥΝΕΠΕΙΕΣ ΤΗΣ ΜΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ ΤΩΝ ΝΕΟΓΙΩΝ ΔΟΝΤΙΩΝ Νίκη Κόκκινου
- ΑΝΑΣΥΣΤΑΣΗ ΕΝΔΟΔΟΝΤΙΚΑ ΘΕΡΑΠΕΥΜΕΝΟΥ ΔΟΝΤΙΟΥ ΜΕ ΑΞΟΝΑ Δημήτρης Ηλιόπουλος
- ΕΓΚΛΕΙΣΤΟΙ ΚΥΝΟΔΟΝΤΕΣ ΑΝΩ ΓΝΑΘΟΥ: ΠΡΟΛΗΠΤΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ Ιωάννης Χατζησωτηρίου
- ΑΛΛΕΡΓΙΕΣ ΣΕ ΦΑΡΜΑΚΑ Ελένη Παντελίδου
- ΑΛΛΗΛΕΠΙΔΡΑΣΕΙΣ ΦΑΡΜΑΚΩΝ / ΠΑΡΕΝΕΡΓΕΙΕΣ
- ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΕΣ

ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΙΚΟΣ ΣΥΛΛΟΓΟΣ ΛΕΥΚΩΣΙΑΣ - ΚΕΡΥΝΕΙΑΣ

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

Διοικητικό Συμβούλιο: Μόρφω Κουρουκλήρη, Χριστίνα Κωνσταντίνου, Μαριλένα Σκυλλουριώτου, Δημήτρης Ηλιόπουλος, Τάσος Τουμασής

Επιστημονική Επιτροπή: Δημήτρης Ηλιόπουλος, Νίκος Χριστοδουλίδης, Χριστίνα Κωνσταντίνου, Κυριάκος Λιβέρδος, Αλέξης Λοϊζίδης, Ελένη Παντελίδου, Μαρία Παντελίδου, Χαράλαμπος Σακκάς, Λουκία Χατζηπέτρου, Ιωάννης Χατζησωτηρίου, Γιώργος Βασιλείου.

Επαγγελματική Επιτροπή: Τάσος Τουμασής

ΙΔΙΟΚΤΗΤΗΣ - ΕΚΔΟΤΗΣ - ΣΥΝΤΑΞΗ: Οδοντιατρικός Σύλλογος Λευκωσίας - Κερύνειας  
• ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ : 28ης Οκτωβρίου 1, Έγκωμη Business Center, Μπλόκ Β, Διαμ. 205, 2414 Έγκωμη, Τηλ. 27898, 2434, Έγκωμη, Λευκωσία • ΤΗΛΕΦΩΝΟ : 22 819 819, 22 819 820  
• ΦΑΞ : 22 819 815  
• ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑ : [info@nkdentalcy.com](mailto:info@nkdentalcy.com) • ΣΧΕΔΙΑΣΜΟΣ : [www.ohmypixel.com](http://www.ohmypixel.com) T.99697811





# Η ΠΡΩΤΗ ΕΠΙΣΚΕΨΗ ΤΟΥ ΠΑΙΔΙΟΥ ΣΤΟΝ ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΟ: ΠΟΤΕ ΚΑΙ ΓΙΑΤΙ; ΟΙ ΣΥΝΕΠΕΙΕΣ ΤΗΣ ΜΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ ΤΩΝ ΝΕΟΓΙΛΩΝ ΔΟΝΤΙΩΝ

Νίκη Κόκκινου - Οδοντίατρος

Είναι πολύ γνωστό και εμπειριστατωμένο με ερευνητικά στοιχεία και κλινικές παρατηρήσεις ότι η τερηδόνα των δοντιών μπορεί να ξεκινήσει τόσο νωρίς όσο κοντά στα πρώτα γενέθλια του παιδιού.

Στην περίπτωση αυτή η τερηδόνα ονομάζεται πρώιμη τερηδόνα νηπιακής ηλικίας (early childhood caries E.C.C). Για την ακρίβεια πρώιμη τερηδόνα της νεογιλής οδοντοφυΐας ορίζεται η παρουσία μιας ή περισσότερων τερηδόνων πριν τα έκτα γενέθλια του παιδιού. Ενώ, η πρώιμη τερηδόνα της νεογιλής οδοντοφυΐας σοβαρής μορφής (S-ECC), ορίζεται ως η παρουσία τερηδόνας στις λείες οδοντικές επιφάνειες σε παιδιά κάτω των 3 ετών (1,2).

Δημοσίευση του 2007 του «Center for Disease Control and Prevention», ανέφερε ότι παρόλο ότι ο επιπολασμός της τερηδόνας μειώθηκε σε παιδιά σχολικής ηλικίας σε σχέση με τη δεκαετία του 1970, ο δείκτης τερηδόνας σε παιδιά προσχολικής ηλικίας 2-5 ετών αυξήθηκε. Αυτό καθιστά την πρώιμη τερηδόνα νεογιλής

οδοντοφυΐας ως την πιο συχνή παιδική ασθένεια, 5 φορές συχνότερη από το άσθμα και 7 φορές συχνότερη του αφθώδους πυρετού.

Η οδοντική τερηδόνα είναι μια μικροβιακή πολυ-παραγοντική νόσος η οποία μπορεί να προληφθεί με έγκαιρη παρέμβαση. Είναι γι' αυτό που τόσο η Αμερικάνικη όσο και η Ευρωπαϊκή Ακαδημία Παιδοδοντιατρικής, αλλά και ο παγκόσμιος οργανισμός υγείας, συστήνουν όπως η 1η επίσκεψη του παιδιού στον οδοντίατρο γίνεται με την ανατολή του 1ου δοντιού και το αργότερο στην ηλικία του ενός έτους. Η έγκαιρη αυτή επίσκεψη θα θεμελιώσει την οδοντική πρόληψη εφ' όσον θα ενημερώσει τους γονείς ή κηδεμόνες του παιδιού για τις αιτίες της τερηδόνας και το πως να αποφύγουν πρακτικές και νοοτροπίες που βάζουν το παιδί σε κίνδυνο για ανάπτυξη τερηδόνας.

Επίσης, θα δώσει τη δυνατότητα στον οδοντίατρο να εφαρμόσει προληπτικές τεχνικές για ενίσχυση των δοντιών και θα διδάξει τους γονείς για τους τρόπους σωστής υγιεινής και διατροφής.

Βασικές αιτίες για τη δημιουργία της πρώιμης τερηδόνας της νεογιλής οδοντοφυΐας είναι:

**1)** Ο πρώιμος αποικισμός του στόματος του βρέφους με το βασικό μικρόβιο της τερηδόνας που είναι ο Στρεπτόκοκκος Μιούτανς (Mutans Streptococci στο εξής MS). Η μετάδοση των MS συμβαίνει είτε κάθετα, δηλαδή από τη μητέρα ή τον κηδεμόνα στο παιδί είτε οριζόντια, δηλαδή από τα αδέρφια στο παιδί, όταν χρησιμοποιούνται κοινά οικιακά σκεύη όπως ποτήρια, ή με τα φιλά στο στόμα μέσω του σάλιου.

Όσον αφορά την σημασία της χρονικής στιγμής του αποικισμού του στόματος του βρέφους με το μικρόβιο του MS, έρευνες έδειξαν τα ακόλουθα:

- 89% των παιδιών που αποικίστηκαν με το μικρόβιο MS μέχρι την ηλικία των 2 ετών, είχαν κατά μέσο όρο δείκτη τερηδόνας DFT 5 πριν την ηλικία των 4 ετών, ενώ μόνο το 25% των παιδιών χωρίς αποικισμό MS στην ηλικία των 2, είχαν 0.3 τερηδόνες στην ηλικία των 4 ετών (3).

- Ψηλή συγκέντρωση MS στην ηλικία των 2 ετών, θα έχει ως αποτέλεσμα ψηλότερη συγκέντρωση MS μέχρι την ηλικία των 4 ετών, σε σχέση με παιδιά που είχαν αποικιστεί με MS μετά την ηλικία των 2 ετών (4).

**2)** Διατροφικοί παράγοντες, όπως η συχνή λήψη ζαχαρούχων ροφημάτων ή γλυκών που προάγουν τον πολλαπλασιασμό και την εγκαθίδρυση των MS στο στόμα του βρέφους.

**3)** Κακή χρήση ή κατάχρηση του μπιμπερό το οποίο η μητέρα αφήνει στο στόμα του παιδιού για ώρες κατά τη διάρκεια της νύχτας ή και της ημέρας.

**4)** Επίσης, σε ψηλό κίνδυνο ανήκουν παιδιά από χαμηλά κοινωνικοοικονομικά στρώματα, οι μετανάστες και τα παιδιά που οι γονείς τους έχουν ακατάλληλες νοοτροπίες και συμπεριφορές.

**5)** Τέλος, η γονεϊκή άγνοια για όλα τα πιο πάνω θεωρείται ένας από τους βασικότερους λόγους για την πρώιμη τερηδόνας της νεογιλής οδοντοφυΐας.

Οι συνέπειες της πρώιμης τερηδόνας της νεογιλής οδοντοφυΐας, εάν μείνει αθεράπευτη είναι πολλές και σοβαρές. (οι πιο κάτω πληροφορίες πηγάζουν κυρίως από το ακόλουθο άρθρο (5) το οποίο και αναδημοσιεύτηκε στο European Archives of Paediatric Dentistry (6).

Πλήρης καταστροφή των πρόσθιων και στη συνέχεια των οπίσθιων δοντιών μέσα σε λίγους μήνες. Ο ανώτερος ιατρικός λειτουργός των Η.Π.Α ανέφερε: «Δεν μπορείς να είσαι υγιής χωρίς καλή στοματική υγεία» (7). Αναλυτικά και σύμφωνα με τη βιβλιογραφία πιθανές συνέπειες της μπορεί να είναι οι ακόλουθες:

**1.** Πόνος – Δυσφαγία. Σύμφωνα με διάφορες μελέτες περίπου τα μισά παιδιά με τερηδόνες θα έχουν πονόδοντο. Όσο πιο νωρίς σε ηλικία αποκτήσει το παιδί τερηδόνες τόσο πιο μεγάλη η πιθανότητα για πονόδοντο. Οι νεογιοί γομφίοι είναι τα δόντια που αποκτούν πονόδοντο πιο συχνά. Δόντια με τερηδόνα σε πολλών επιφανειών έχουν μεγαλύτερη πιθανότητα να αποκτήσουν πονόδοντο. Οι συνέπειες του πονόδοντου σε έρευνα 589 παιδιών ήταν: 73% των παιδιών έπασχαν από δυσφαγία, 31% από αϋπνία, 27% σταμάτησαν το παιγνίδι και 11% δεν πήγαν σχολείο (8–11).

**2.** Σήψη – Μόλυνση – Σοβαρό οίδημα, με επέκταση στον σιελογόδο κόλπο και

από εκεί στον εγκέφαλο ή απόφραξη αναπνευστικής οδού με κίνδυνο πνιγμό. Παιδιά που παθαίνουν σοβαρές μολύνσεις είναι αυτά με ψηλό δείκτη τερηδόνας (DMFT 6.7) σε σχέση με τα παιδιά χωρίς σήψη (DMFT 2.36) Η οδοντική σήψη μπορεί να οδηγήσει σε κυτταρίδα και από εκεί σε Ludwig's angina μία γρήγορα εξελισσόμενη κυτταρίδα του εδάφους του στόματος που οδηγεί σε κλείσιμο της αεροφόρου οδού. Μία στις τρεις περιπτώσεις Ludwig's angina συμβαίνει σε παιδιά και εφήβους και είναι θανατηφόρος στο 8-10% των περιπτώσεων (12–15).

**3.** Απώλεια χώρου στα οδοντικά τόξα, το οποίο μπορεί να οδηγήσει σε σταυροειδή σύγκλειση, συνωστισμό δοντιών, έκτροπη ανατολή δοντιών κτλ. (16–21).

**4.** Επιπρεάζει την ποιότητα ζωής λόγω δυσφαγίας, πόνου, άπνοιας και γενικά κακουχίας και αρνητικής συμπεριφοράς, αλλά και την εμφάνιση (22–27).

**5.** Επιπρεάζει την σωματική ανάπτυξη και δημιουργεί λιποβαρή παιδιά, λόγω της δυσφαγίας και του πόνου που οδηγεί σε μειωμένη λήψη τροφής. Έρευνα 115 παιδιών ηλικίας 2-4 ετών με σοβαρή τερηδόνα νηπιακής ηλικίας που θεραπεύτηκαν με γενική νάρκωση, έδειξε ότι τα παιδιά αυτά ζύγιζαν σημαντικά λιγότερο σε σχέση με τα παιδιά της ομάδας ελέγχου. Παιδιά που ζύγιζαν κάτω του 10% του κανονικού βάρους, ήταν παιδιά μεγαλύτερης ηλικίας κάτι το οποίο δείχνει ότι η εξέλιξη της τερηδόνας στο παιδί και η μη θεραπεία της οδηγεί σε δραματική μείωση βάρους και δημιουργία λιποβαρών παιδιών (28,29).

Επίσης, χρόνια φλεγμονή του πολφού ή οδοντικές μολύνσεις επηρεάζουν την αύξηση μέσω μεταβολικών καναλιών. Οι κυτοκίνες που είναι πρωτεΐνες, πεπτιδικές ή γλυκοπρωτεΐνες, απελευθερώνονται από το ανοσοποιητικό σύστημα και διεγείρουν την κυτταρική απελευθέρωση ειδικών ουσιών που παίρνουν μέρος στην φλεγμονή. Οι κυτοκίνες λοιπόν μπορεί να προκαλέσουν αναστολή της ερυθροποίησης και να οδηγήσουν σε «χρόνια αναιμία» (26,28–32).

**6.** Αυτή η χρόνια αναιμία πιθανόν να έχει επίδραση στη νοητική ανάπτυξη του παιδιού εφόσον υπάρχει σύνδεση της πρώιμης τερηδόνας με τη δημιουργία αναιμίας, όπως προαναφέραμε, η οποία ως γνωστόν στα βρέφη παρεμβάλλεται με τη φυσιολογική ανάπτυξη και λειτουργία του εγκεφάλου. Αυτό προκαλεί μείωση

των επιδόσεων του παιδιού στα νοητικά τεστ που έχει ως επακόλουθο και μειωμένες σχολικές επιδόσεις. Αυτή η δυσλειτουργία στην ανάπτυξη του εγκεφάλου δεν αναστρέφεται με συμπληρώματα σιδήρου στη μετέπειτα ζωή του παιδιού, εάν η αρχή της χρόνιας αναιμίας γίνει στη βρεφική ηλικία (33–38).

**7.** Αυξημένη πιθανότητα σοβαρής μόλυνσης και ανάγκη για ενδονοσοκομειακή νοσηλεία (39–41).

**8.** Αυξημένο κόστος οδοντιατρικής περίθαλψης (42).

**9.** Αυξημένος κίνδυνος για νέες τερηδόνες στη νεογιλή αλλά κυρίως στη μόνιμη οδοντοφυΐα μετέπειτα, δηλ. δημιουργία της λεγόμενης προδιάθεσης στην τερηδόνα η οποία είναι και ο ισχυρότερος παράγοντας της τερηδόνας ενηλίκων. Στην ουσία η τερηδόνα της νεογιλής οδοντοφυΐας είναι ο πιο αξιόπιστος παράγοντας πρόβλεψης της τερηδόνας της μόνιμης οδοντοφυΐας εφόσον όποιο δόντι ανατέλλει στο ίδιο νοσηρό στοματικό περιβάλλον που προκάλεσε την τερηδόνα της νεογιλής οδοντοφυΐας μπορεί να προκαλέσει και την τερηδόνα στην μόνιμη οδοντοφυΐα (43–48).

Έρευνα Mejare et al. 2001 (48), 374 παιδιών από 6-12 ετών όπου αξιολογήθηκε η επίδραση της τερηδόνας της άπω επιφάνειας του δεύτερου νεογιλού γομφίου στην εγγύς επιφάνεια του πρώτου μόνιμου γομφίου, έδειξε ότι υπάρχει άμεση σχέση. Συγκεκριμένα, σε τέτοια περίπτωση η εγγύς επιφάνεια του πρώτου μόνιμου γομφίου έχει 15 φορές μεγαλύτερη πιθανότητα να πάθει τερηδόνα σε σχέση με την ομάδα ελέγχου. Έρευνα από τον Vanderas et al., 2004 (49) επιβεβαιώνει τα πιο πάνω.

**10.** Σε σχέση με την οδοντιατρική φοβία έρευνες έδειξαν αντικρουόμενα αποτελέσματα. Έρευνα για την σχέση του δείκτη τερηδόνας με την ανάπτυξη οδοντιατρικής φοβίας σε παιδιά δέκα ετών με δείκτη τερηδόνας DMFT 10.7 όταν τα παιδιά ήταν 5 ετών, έδειξε αύξηση της φοβίας (50). Άλλη έρευνα, έδειξε ότι 75% των παιδιών ηλικίας 10 ετών, δεν παρουσίασαν αύξηση της φοβίας παρόλο ότι είχαν ψηλό δείκτη τερηδόνας (DMFT 6) στα 5 τους.

Όπως φαίνεται από τις πιο κάτω έρευνες, η οδοντιατρική φοβία έχει να κάνει περισσότερο όχι με τον δείκτη τερηδόνας αλλά σχετίζεται περισσότερο με τις ακανόνιστες και επείγουσες οδοντιατρικές επισκέψεις για εξαγωγές δοντιών ή και εν-

δοδοντικές θεραπείες στο οξύ συμπτω-  
ματικό στάδιο. Έρευνα 1303 παιδιών  
ηλικίας 5-12 ετών έδειξε τα ακόλουθα:  
παιδιά που πέρασαν από κανονική οδο-  
ντιατρική θεραπεία για αποκατάσταση  
τερηδόνων είχαν λιγότερη οδοντιατρική  
φοβία σε σχέση με παιδιά που δεν είχαν  
υποστεί ποτέ κάποια οδοντιατρική θερα-  
πεία (51). Αυτό δείχνει ότι η πρώιμη οδο-  
ντιατρική παρέμβαση σε συνδυασμό με  
το σωστό χειρισμό της συμπεριφοράς  
του παιδιού και την δημιουργία συνθη-  
κών μη άγχους στο οδοντιατρείο, έχει θε-  
τική επίδραση στην οδοντιατρική φοβία  
του παιδιού (52–55).

## Οφέλη που προκύπτουν από την θερα- πεία της πρώιμης τερηδόνας νεογilhς οδοντοφυϊας:

|                                                            |                                                                                                                      |
|------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Αποκατάσταση δοντιών<br>για σωστή μασητική λει-<br>τουργία | Stephenson et al. Caries<br>Res 2010 (56)                                                                            |
| Θεραπεία πόνου και κα-<br>κουχίας. Ανακούφιση<br>παιδιού   | Low, et al. Pediatr Dent<br>1999<br>Acs, et al. Pediatr Dent<br>(22,23)                                              |
| Ο κίνδυνος σηψαιμίας<br>ελαχιστοποιείται                   | Pine, et al. Br Dent 2006<br>(12)                                                                                    |
| Η απώλεια χώρου δεν<br>συμβαίνει                           | Laing, et al. Int J Peadiatr<br>Dent 2009 (17)                                                                       |
| Βελτίωση της ποιότητας<br>ζωής του παιδιού                 | Low, et al. Pediatr Dent<br>1999<br>Acs, et al. Pediatr Dent<br>2001<br>Cunnion, et al. J dent<br>Child 2010 (22–24) |
| Δεν επηρεάζεται η σω-<br>ματική ανάπτυξη του<br>παιδιού    | Acs, et al. Pediatr Dent<br>1992 (29)                                                                                |
| Μπορεί να βελτιωθεί η<br>ακαδημαϊκή επίδοση του<br>παιδιού | Blumenshine, et al. J Publ<br>Health Dent 2008<br>Jackson, et al. Am J<br>Public Health 2011(37,38)                  |

## Γενικά συμπεράσματα:

Η έγκαιρη παρέμβαση στη θεραπεία της  
τερηδόνας νηπιακής ηλικίας προτού  
μετατραπεί σε επείγουσα κατάσταση  
,προλαμβάνει την δημιουργία της οδο-  
ντιατρικής φοβίας στο παιδί (57). Επίσης,  
η έγκαιρη επίσκεψη του παιδιού στον  
οδοντίατρο όπως την εξηγήσαμε πριν,  
εκτός του ότι αποτρέπει την οδοντιατρική  
φοβία, θεραπεύει τυχόν πρώιμες τερηδό-  
νες, μειώνοντας πολύ τόσο το κόστος  
παροχής υπηρεσιών, όσο και τις επιπλο-  
κές της αθεράπευτης τερηδόνας μαζί με  
τις συνέπειές της.



Πινάκας Νοσηρότητας και θνησιμότητας με αιτία την πρώιμη τερηδόνα της νεογilhς οδοντοφυϊας (27)

## Βιβλιογραφία

- Ismail AI, Sohn W. A Systematic Review of Clinical Diagnostic Criteria of Early Childhood Caries. J Public Health Dent [Internet]. 1999 Sep [cited 2014 Feb 20];59(3):171–91.
- Drury TF, Horowitz AM, Ismail AI, Maerfens MP, Rozier RG, Selwitz RH. Diagnosing and Reporting Early Childhood Caries for Research Purposes: A Report of a Workshop Sponsored by the National Institute of Dental and Craniofacial Research, the Health Resources and Services Administration, and the Health Care Financing Administ. J Public Health Dent [Internet]. 1999 Sep [cited 2014 Feb 20];59(3):192–7.
- Köhler B, Andréen I, Jonsson B. The earlier the colonization by mutans streptococci, the higher the caries prevalence at 4 years of age. Oral Microbiol Immunol [Internet]. 1988 Mar [cited 2014 Feb 20];3(1):14–7.
- Alaluusa S, Renkonen O V. Streptococcus mutans establishment and dental caries experience in children form 2 to years old. Scand J Dent Res. 1983;91:453–75.
- Finucane D. Rationale for restoration of carious primary teeth: A review. J Ir Dent Assoc. 2012;58(1):31–42.
- Finucane D. Rationale for restoration of carious primary teeth: a review. Eur Arch Paediatr Dent [Internet]. 2012 Dec;13(6):281–92.
- SATCHER DS. Surgeon General's Report on Oral Health. Public Health Rep. 2000;115(October):489–90.
- Levine RS, Pitts NB, Nugent ZJ. The fate of 1,587 unrestored carious deciduous teeth: a retrospective general dental practice based study from northern England. Br Dent J [Internet]. 2002 Jul 27 [cited 2014 Feb 20];193(2):99–103.
- Shepherd MA, Nadevsky P, Sheiham A. Dental public health: The prevalence and impact of dental pain in 8-year-old school children in Harrow, England. Br Dent J [Internet]. 1999 Jul 10 [cited 2014 Feb 20];187(1):38–41.
- Tickle M, Milsom K, King D, Kearney-Mitchell P, Blinkhorn A. The fate of the carious primary teeth of children who regularly attend the general dental service. Br Dent J [Internet]. 2002 Feb 23;192(4):219–23.
- Slade GD. Epidemiology of dental pain and dental caries among children and adolescents. Community Dent Health [Internet]. 2001 Dec [cited 2014 Feb 20];18(4):219–27.
- Pine CM, Harris R V, Burnside G, Merrett MCW. An investigation of the relationship between untreated decayed teeth and dental sepsis in 5-year-old children. Br Dent J [Internet]. 2006 Jan 14 [cited 2014 Feb 20];200(1):45–7; discussion 29.
- Unkel JH, McKibben DH, Fenton SJ, Nazif MM, Moursi A, Schuit K. Comparison of odontogenic and nonodontogenic facial cellulitis in a pediatric hospital population. Pediatr Dent [Internet]. 1997 [cited 2014 Feb 20];19(8):476–9.
- Davies RG, Harris NG, Gemmell L. Ludwig's angina. Clin Intensive Care [Internet]. 2002 Mar [cited 2014 Feb 20];13(1):43–5.
- Lin HW, O'Neill A, Cunningham MJ. Ludwig's angina in the pediatric population. Clin Pediatr (Phila) [Internet]. 2009 Jul [cited 2014 Feb 20];48(6):583–7.
- Northway WM. The not-so-harmless maxillary primary first molar extraction. J Am Dent Assoc [Internet]. 2000 Dec [cited 2014 Feb 20];131(12):1711–20.
- Laing E, Ashley P, Naini FB, Gill DS. Space maintenance. Int J Paediatr Dent [Internet]. 2009 May [cited 2014 Feb 20];19(3):155–62.
- Lin YT, Chang LC. Space changes after premature loss of the mandibular primary first molar: a longitudinal study. J Clin Pediatr Dent [Internet]. 1998 Jan [cited 2014 Feb 20];22(4):311–6.
- Rao AK, Sarkar S. Changes in the arch length following premature loss of deciduous molars. J Indian Soc Pedod Prev Dent [Internet]. 1999 Mar [cited 2014 Feb 20];17(1):29–32.
- Padma Kumari B, Retnakumari N. Loss of space and changes in the dental arch after premature loss of the lower primary molar: a longitudinal study. J Indian Soc Pedod Prev Dent [Internet]. 2006 Jun [cited 2014 Feb 20];24(2):90–6.
- Lin Y-T, Lin W-H, Lin Y-T. Immediate and six-month space changes after premature loss of a primary maxillary first molar. J Am Dent Assoc [Internet]. 2007 Mar [cited 2014 Feb 20];138(3):362–8.
- Low W, Tan S, Schwartz S. The effect of severe caries on the quality of life in young children. Pediatr Dent [Internet]. 1999;21(6):325–6.
- Acs G, Pretzer S, Foley M, Ng MW. Perceived outcomes and parental satisfaction following dental rehabilitation under general anesthesia. Pediatr Dent [Internet]. 2001 [cited 2014 Feb 20];23(5):419–23.
- Cunnion DT, Spiro A, Jones JA, Rich SE, Papageorgiou CP, Tate A, et al. Pediatric oral health-related quality of life improvement after treatment of early childhood caries: a prospective multisite study. J Dent Child (Chic) [Internet]. 2010 [cited 2014 Feb 20];77(1):4–11.
- Filstrup SL, Briskie D, da Fonseca M, Lawrence L, Wandera A, Inglehart MR. Early childhood caries and quality of life: child and parent perspectives. Pediatr Dent [Internet]. 2003;25(5):431–40.
- Sheiham A. Dental caries affects body weight, growth and quality of life in pre-school children. Br Dent J [Internet]. 2006 Nov 25 [cited 2014 Feb 11];201(10):625–6.
- Casamassimo PS, Thikkurissy S, Edelstein BL, Maiorini E. Beyond the dmft: the human and economic cost of early childhood caries. J Am Dent Assoc [Internet]. 2009 Jun [cited 2014 Feb 20];140(6):650–7.
- Elice CE, Fields HW. Failure to thrive: review of the literature, case reports, and implications for dental treatment. Pediatr Dent [Internet]. 1990 [cited 2014 Feb 20];12(3):185–9.
- Acs G, Lodolini G, Kaminsky S, Cisneros GJ. Effect of nursing caries on body weight in a pediatric population. Pediatr Dent [Internet]. 1992 [cited 2014 Feb 20];14(5):302–5.





30. Means R, Krantz S. Progress in understanding the pathogenesis of the anemia of chronic disease. *Blood* [Internet]. 1992 [cited 2014 Feb 20];80(7):1639-47.
31. Ayhan H, Suskan E, Yildirim S. The effect of nursing or rampant caries on height, body weight and head circumference. *J Clin Pediatr Dent* [Internet]. 1996 Jan [cited 2014 Feb 20];20(3):209-12.
32. Clarke M, Locker D, Berall G, Pencharz P, Kenny DJ, Judd P. Malnourishment in a population of young children with severe early childhood caries. *Pediatr Dent* [Internet]. 2006;28(3):254-9.
33. Lozoff B, Jimenez E, Wolf AW. Long-Term Developmental Outcome of Infants with Iron Deficiency. *N Engl J Med* [Internet]. 1991 Sep 5 [cited 2014 Feb 20];325(10):687-94.
34. Lozoff B, Jimenez E, Hagen J, Mollen E, Wolf AW. Poorer behavioral and developmental outcome more than 10 years after treatment for iron deficiency in infancy. *Pediatrics* [Internet]. 2000 Apr [cited 2014 Feb 19];105(4):E51.
35. Pollitt E. Developmental sequel from early nutritional deficiencies: conclusive and probability judgements. *J Nutr* [Internet]. 2000 [cited 2014 Feb 20];130(2):350-3.
36. Saloojee H, Pettifor JM. Iron deficiency and impaired child development. *BMJ* [Internet]. 2001 Dec 15;323(7326):1377-8.
37. Blumenshine S, Vann WJ, Gizlice Z, Lee J. Children's school children's school performance: impact of general and oral health. *J Public Health Dent* [Internet]. 2008 [cited 2014 Feb 20];68(2):82-7.
38. Jackson SL, Vann WF, Kotch JB, Pahel BT, Lee JY. Impact of Poor Oral Health on Children's School Attendance and Performance. *Am J Public Health* [Internet]. 2011 Oct [cited 2014 Feb 20];101(10):1900-6.
39. Fleming P, Gregg T, Saunders I. Analysis of an emergency dental service provided at a children's hospital. *Int J Paediatr Dent* [Internet]. 1991 [cited 2014 Feb 20];1(1):25-30.
40. Wilson S, Smith GA, Preisch J, Casamassimo PS. Nontraumatic Dental Emergencies in a Pediatric Emergency Department. *Clin Pediatr (Phila)* [Internet]. 1997 Jun 1 [cited 2014 Feb 20];36(6):333-7.
41. Oliva MG, Kenny DJ, Ratnapalan S. Nontraumatic Dental Complaints in a Pediatric Emergency Department. *Pediatr Emerg Care* [Internet]. 2008 Nov [cited 2014 Feb 20];24(11):757-60.
42. Thikkurissy S, Rawlins JT, Kumar A, Evans E, Casamassimo PS. Rapid treatment reduces hospitalization for pediatric patients with odontogenic-based cellulitis. *Am J Emerg Med* [Internet]. 2010 Jul [cited 2014 Feb 20];28(6):668-72.
43. Johnsen DC, Gerstenmaier JH, DiSantis TA, Berkowitz RJ. Susceptibility of nursing-carries children to future approximal molar decay. *Pediatr Dent* [Internet]. 1986 Jun [cited 2014 Feb 20];8(3):168-70.
44. Grindeford M, Dahlöf G, Modéer T. Caries Development in Children from 2.5 to 3.5 Years of Age: A Longitudinal Study. *Caries Res* [Internet]. 1995 [cited 2014 Feb 20];29(6):449-54.
45. O'Sullivan DM, Tinanoff N. The association of early dental caries patterns with caries incidence in preschool children. *J Public Health Dent* [Internet]. 1996 Jan [cited 2014 Jan 30];56(2):81-3.
46. al-Shalan TA, Erickson PR, Hardie NA. Primary incisor decay before age 4 as a risk factor for future dental caries. *Pediatr Dent* [Internet]. 1997 [cited 2014 Feb 20];19(1):37-41.
47. Skeie MS, Raadal M, Strand G V, Espelid I. The relationship between caries in the primary dentition at 5 years of age and permanent dentition at 10 years of age - a longitudinal study. *Int J Paediatr Dent* [Internet]. 2006 May;16(3):152-60.
48. Mejäre I, Stenlund H, Juhlén A, Larsson I, Permert L. Influence of approximal caries in primary molars on caries rate for the mesial surface of the first permanent molar in Swedish children from 6 to 12 years of age. *Caries Res* [Internet]. 2001 [cited 2014 Feb 20];35(3):178-85.
49. Vanderas AP, Kavvadia K, Papagiannoulis L. Development of caries in permanent first molars adjacent to primary second molars with interproximal caries: four-year prospective radiographic study. *Pediatr Dent* [Internet]. 2004;26(4):362-8.
50. Raadal M, Strand G V, Amarante EC, Kvale G. Relationship between caries prevalence at 5 years of age and dental anxiety at 10. *Eur J Paediatr Dent* [Internet]. 2002 Mar [cited 2014 Feb 20];3(1):22-6.
51. Nicolas E, Bessadet M, Collado V, Carrasco P, Rogerleroi V, Hennequin M. Factors affecting dental fear in French children aged 5-12 years. *Int J Paediatr Dent* [Internet]. 2010 Sep 1 [cited 2014 Feb 20];20(5):366-73.
52. Wright G, Starkey PE, Gardener DE, Curzon MEJ. *Child Management in Dentistry*. Eds. Bristol: Wright; 1987.
53. Fayle SA, Tahmassebi JF. *Paediatric dentistry in the new millennium: 2. Behaviour management--helping children to accept dentistry*. *Dent Update* [Internet]. 2003 [cited 2014 Feb 20];30(6):294-8.
54. Welbury RR, Duggal MS, Hosey M-T. *Paediatric Dentistry*. 3rd ed. Oxford: Oxford University Press; 2005.
55. Cameron AC, Widmer R. *Handbook of Pediatric Dentistry*. Sydney, editor. Mosby Elsevier; 2008.
56. Stephenson J, Chadwick BL, Playle RA, Treasure ET. A Competing Risk Survival Analysis Model to Assess the Efficacy of Filling Carious Primary Teeth. *Caries Res* [Internet]. 2010 [cited 2014 Feb 20];44(3):209-17.
57. Folayan MO, Idehen EE. Effect of information on dental anxiety and behaviour ratings in children. *Eur J Paediatr Dent* [Internet]. 2004 Sep [cited 2014 Feb 20];5(3):147-50.



# ΑΝΑΣΥΣΤΑΣΗ ΕΝΔΟΔΟΝΤΙΚΑ ΘΕΡΑΠΕΥΜΕΝΟΥ ΔΟΝΤΙΟΥ ΜΕ ΑΞΟΝΑ

Δημήτρης Ηλιόπουλος - Χειρουργός Οδοντίατρος

**Η επιτυχημένη ανασύσταση ενός αρκετά κατεστραμμένου και ενδοδοντικά θεραπευμένου δοντιού αποτελεί ένα δύσκολο εγχείρημα και μια συχνή πρόκληση στην οδοντιατρική πράξη.**

Συχνά μας παρουσιάζεται το δίλημμα, εάν σε δόντι που χρήζει ανασύστασης πρέπει να χρησιμοποιήσουμε κάποιου είδους άξονα ή εάν οι εναπομείναντες οδοντικοί ιστοί είναι αρκετοί ώστε να μπορούν υποστηρίξουν και να συγκρατήσουν επιτυχώς την ανασύσταση και το δόντι να συνεχίσει την λειτουργία του μακροχρόνια.

Πολλές φορές είναι αναγκαία η ενίσχυση του συστήματος-οδοντικών ιστών -ανασύστασης/έμφραξης με την προσθήκη ενός είδους ενδοριζικού άξονα. Για χρόνια στο παρελθόν χρησιμοποιούσαμε χυτούς ή προκατασκευασμένους μεταλλικούς άξονες, ενώ τις τελευταίες δεκαετίες προτείνεται όλο και περισσότερο η χρήση των αξόνων με υαλλονήματα. Η τεχνική της συγκόλλησης (adhesion) με τους οδοντικούς ιστούς έχει αποδειχτεί σήμερα ως η πιο αποτελεσματική και έτσι χρησιμοποίηση αξόνων με υαλλονήματα όπου μπορούμε να τους συγκολλήσουμε με την οδοντίνη είναι επιτυχής και η πιο χρησιμοποιούμενη στις μέρες μας.

Η μακροχρόνια επιτυχία ενός ενδοδοντικά θεραπευμένου δοντιού εξαρτάται τόσο από την ποιότητα της ενδο-

δοντικής θεραπείας αλλά και από την ποιότητα της αποκατάστασης ώστε να αποτρέπεται η μικροδιείσδυση στο χρόνο. (1) Το δεύτερο ίσως και να αποτελεί το πιο δύσκολο εγχείρημα ειδικά σε περιπτώσεις υποουλικών ορίων. Το ενδοδοντικά θεραπευμένο εναπομένον δόντι μαζί με τον άξονα, την ανασύσταση και πιθανώς την στεφάνη αποτελούν όλα μαζί ένα σύστημα που είναι τόσο επιτυχημένο όσο πιο επιτυχημένο είναι και το κάθε κομμάτι του συστήματος. Αποτυχία ενός από τα πιο πάνω οδηγεί μακροχρόνια με μαθηματική ακρίβεια σε αποτυχία του όλου συστήματος.

Διάφορες έρευνες έχουν γίνει, ώστε να διαπιστωθεί ο πιο αποδοτικός και επιτυχής συνδυασμός άξονα - κονιάς-στεφάνης. (2) Έρευνες έχουν επίσης γίνει ώστε να διαπιστωθεί ο λόγος που συχνά παρουσιάζονται κατακόρυφα κατάγματα στα ανασυσταθέντα δόντια, και αρκετοί παράγοντες έχουν αναφερθεί ως πιθανές αιτίες όπως, η απουσία του πολφού σαν ιδιοδεκτικός μηχανισμός προστασίας-αποφυγής υπέρμετρων δυνάμεων, η εκτεταμένη απώλεια οδοντικών ιστών λόγω τερηδόνας και διάνοιξης του δοντιού για ΕΘ, η χημικομηχανική επεξεργασία, η δύναμεις κατά την έμφραξη, οι δυνάμεις που ασκεί ο άξονας κατά την φόρτιση κτλ. (3,9) Όποια και εάν είναι η αρχική αιτία ενός κατάγματος, η πικρή αλήθεια είναι ότι σε κατακόρυφα κατάγματα ρίζας η μόνη λύση μας είναι η εξαγωγή του δοντιού. Και είναι

επίσης γεγονός ότι στατιστικά οι χυτοί άξονες έχουν διαχρονικά υψηλότερα ποσοστά κατακόρυφων καταγμάτων, ενώ αντίθετα η χρήση αξόνων με υαλλονήματα συνδυαζόμενη με συγκόλληση με την οδοντίνη εμφανίζει μικρότερα ποσοστά κατακόρυφων καταγμάτων. (2,9)

Έχει αποδειχτεί ότι η παρουσία υπερουλικών άθικτων οδοντικών 2-3 χιλ επηρεάζει σημαντικά την μείωση κατακόρυφων καταγμάτων. Το στεφάνι αυτό από 360° οδοντικούς ιστούς, παραλλήλους προς την ρίζα ονομάζεται Ferrule Effect (FE), γιατί προσομοιάζει με το στεφάνι ενός βαρελιού. Στην περίπτωση ανασύστασης με στεφάνη το όριο της στεφάνης θα «αγκαλιάζει» περιφερικά αυτούς τους ιστούς προστατεύοντας το δόντι από κατάγματα. Προσοχή- οι οδοντικοί ιστοί (FE) που αναφέρονται πιο πάνω δεν είναι αυτοί που υπολογίζουμε όταν μιλάμε για το Βιολογικό εύρος. Υπενθυμίζουμε ότι ώστε να εξασφαλίζεται η υγεία των περιοδοντικών ιστών απαιτείται χώρος για τους ιστούς αυτούς από το όριο της προσθετικής, της τάξης των 2-3 χιλιοστών. Συνεπώς για την κατασκευή μιας ανασύστασης με ασφαλή πρόγνωση χρειαζόμαστε από την οστική παρυφή τουλάχιστον ~ 4 χιλ. (~2,5 χιλ Βιολογικό Εύρος + ~ 1,5 χιλ για Ferrule Effect.). Μετρώντας από το όριο της παρασκευής μας, σε περιοδοντικούς ιστούς υγείς, χρειαζόμαστε 1,5-2χιλ οδοντικών ιστών με τοιχώματα παράλληλα προς το δόντι. (2,4)



Οι οδοντικοί ιστοί στην περιοχή της αδαμαντινοδοντινικής ένωσης, είναι ειδικά διαμορφωμένοι κατά την διάρκεια της εξέλιξης ώστε να απορροφούν επιτυχώς τις δυνάμεις και να προστατεύουν την συνέχιση των πιθανών ρωγμών. (5,9) Δυστυχώς συχνά η παραμονή αυτών των ειδικά διαμορφωμένων ιστών δεν είναι πάντα εφικτή και πολλές φορές, ειδικά σε δόντια με περι-οδοντική απώλεια, αυτό που ελπίζουμε να έχουμε είναι υπερουλική οδοντίνη ρίζας. Και σε αυτές τις περιπτώσεις αν και μηχανικά οι οδοντικοί ιστοί είναι υποδεέστεροι, το πάχος και ύψος των παραμενόντων οδοντικών ιστών επηρεάζει το μακροχρόνιο αποτέλεσμα και μπορεί να μας καθοδηγήσει στο δίλημμα μας εάν απαιτείται άξονας ή όχι.

Ειδικότερα αναφέρεται στην βιβλιογραφία ότι σε περιπτώσεις ύπαρξης Ferrule Effect της τάξης των 2 χιλιοστών και παραπάνω, με απλή ανασύσταση Συνθέτων Ρητινών (composite built-up without canal retention) έχουμε την ίδια καλή συμπεριφορά συγκρινόμενοι με χρήση προκατασκευασμένων αξόνων Τί, σε ενδοδοντικά θεραπευμένα προς ανασύσταση δόντια. Στην περίπτωση επίσης ύπαρξης FE τα πιθανά κατάγματα είναι πιθανότερο να είναι πιο «ευνοϊκά», δηλαδή υπερουλικά οριζόντια κατάγματα που θα μπορούν να τύχουν επιδιόρθωσης. Επιγραμματικά αναφέρουμε ότι στην βιβλιογραφία επισημάνονται τα πιο κάτω(2,9):

- Χωρίς FE έχω μεγαλύτερες πιθανότητες για κατακόρυφο κάταγμα ρίζας
- Η ύπαρξη FE μειώνει την επίδραση του άξονα και της κονιάς συγκόλλησης στους οδοντικούς ιστούς.
- Όταν έχω ικανοποιητικό FE το μήκος του άξονα δεν παίζει μεγάλο ρόλο.
- Καλύτερα ανομοιόμορφο FE παρά καθόλου
- Καλύτερα 0,5 ή 1 χιλ FE παρά καθόλου
- Όταν έχω 1,5χιλ FE, η χρήση αξόνων υαλλονημάτων+σύνθετη ρητίνη έχουν καλύτερη συμπεριφορά από χυτούς άξονες συγκολλημένους με οξυφοσφωρική κονία.
- ΛΑΘΟΣ να προσπαθήσω να δημιουργήσω ferrule effect εις βάρος των εναπομεινάντων οδοντικών ιστών
- ΛΑΘΟΣ να αφαιρώ οδοντικούς ιστούς από το ριζικό σωλήνα για να βάλω μεγαλύτερης διαμέτρου άξονα.

Όσον αφορά το είδος της κονιάς συ-

γκόλλησης στη περίπτωση χρήσης αξόνων υαλλονημάτων, έχει βρεθεί ότι τόσο η χρήση κονιών /συστημάτων self-adhesive όσο και η χρήση των κλασικών etch-and-rinse αποδείχθηκαν πολύ καλύτερες από τις κονίες τύπου self-etching. (6,7) Αντίθετα οι έρευνες δεν είναι τόσο ξεκάθαρες όσον αφορά εάν η χρήση σιλανίου στον άξονα πριν την συγκόλληση είναι απαραίτητη. (8)

Ως αποτέλεσμα, δηλαδή της ύπαρξης Ferrule Effect και ανασύστασης, η στεφάνης που το περιλαμβάνει, είναι η μείωση των τάσεων στους οδοντικούς ιστούς και ειδικά στον αυχένα, με αποτέλεσμα την αύξηση της αντοχής του συστήματος. Ο κλινικός θα πρέπει φυσικά να συμπεριλάβει υπόψη και άλλους παράγοντες ώστε να αποφασίσει εάν η χρήση άξονα είναι απαραίτητη, όπως τα μασητικά φορτία που θα δέχεται το προς ανασύσταση δόντι, την χρήση του (στήριγμα γέφυρας?), το μήκος της ρίζας. Είναι σημαντικό όμως να αντιληφθούμε ότι τα ενδοδοντικά θεραπευμένα δόντια που τυγχάνουν οποιασδήποτε μορφής ανασύστασης στο στόμα αποτελούν ένα σύστημα. Εξαρτάται λοιπόν από εμάς να φροντίσουμε ώστε συνυπολογίζοντας τους πιο πάνω παράγοντες, να δημιουργήσουμε κάτι που να λειτουργεί επιτυχώς μακροχρόνια. (2)

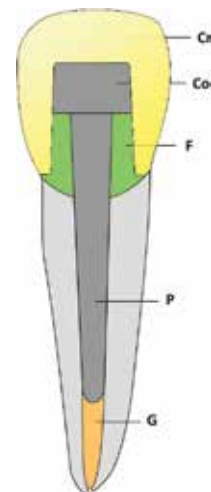
**(Δόντι + άξονας + ανασύσταση + κονία + στεφάνη + μασητικά φορτία = ένα σύστημα)**



Εικόνα 1- παρατηρείστε την παρουσία έστω και ελάχιστου (~1,5 χιλ) ύψους υπερουλικών οδοντικών ιστών κατά την συγκόλληση του άξονα.



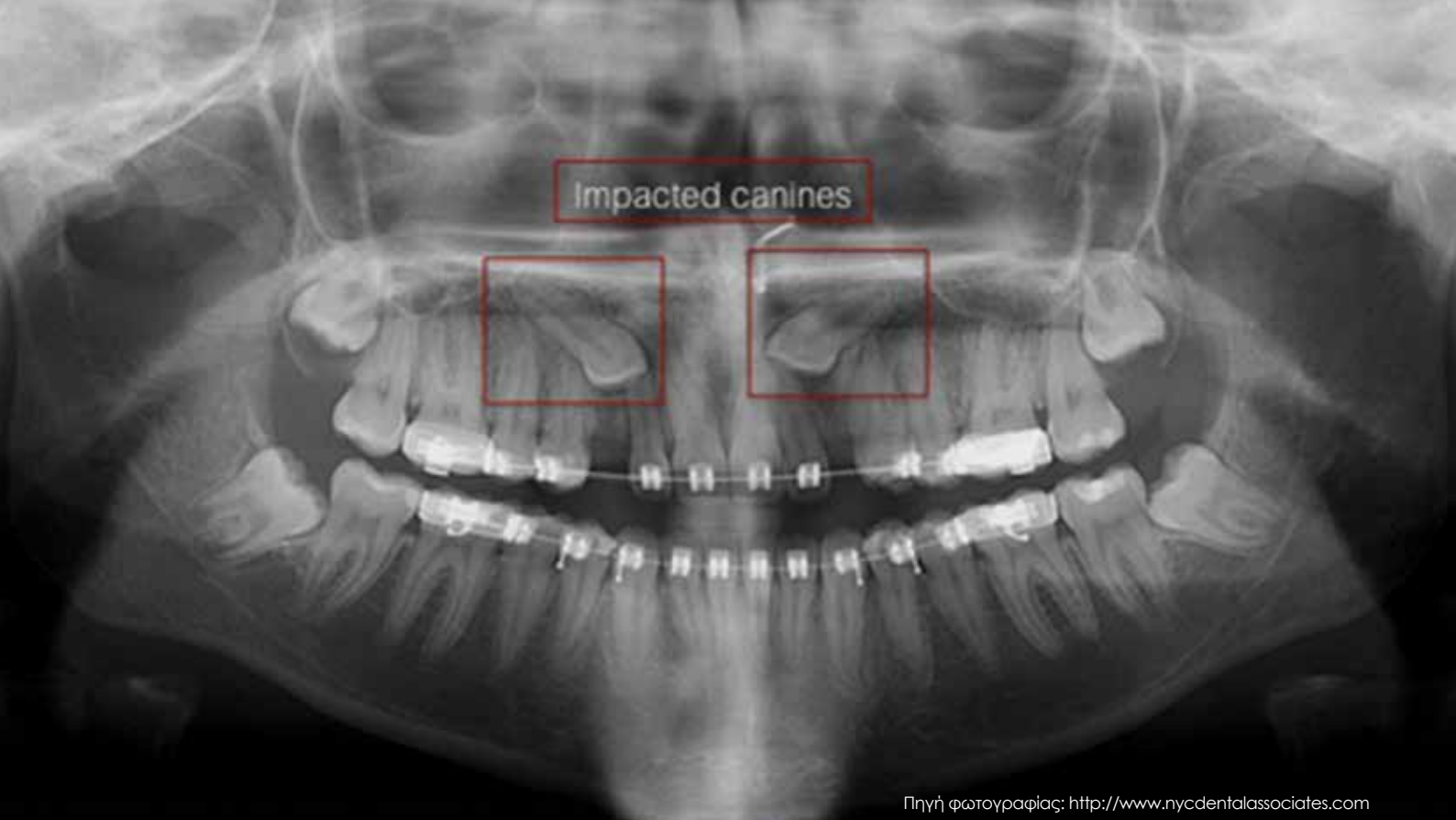
Εικόνα 2 - τα οδοντικά τοιχώματα παρασκευάζονται ώστε να είναι παράλληλα με την ριζά σχηματίζοντας το Ferrule Effect.



Εικόνα 3(2) - Cr = στεφάνη, Co = ανασύσταση, F = Ferrule Effect, P = άξονας, G = γουταπέρκα

#### Βιβλιογραφία

1. Gillen et al. Impact of the quality of coronal restoration versus the quality of root canal fillings on success of root canal treatment: a systematic review and meta-analysis. J Endod. 2011 Jul;37(7):895-902
2. Juloski et al, Ferrule Effect: A literature Review, J Endod. 2012 Jan;38(1):11-9
3. Dietschi et al, Biomechanical considerations for the restoration of endodontically treated teeth: a systematic review of the literature--Part 1. Composition and micro- and macrostructure alterations. Quintessence Int. 2007 Oct;38(9):733-43.
4. Van Noort, Introduction to Dental Materials, Second Edition. Mosby. 2002: 178-180.
5. Dietschi et al, Biomechanical considerations for the restoration of endodontically treated teeth: a systematic review of the literature, Part II (Evaluation of fatigue behavior, interfaces, and in vivo studies). Quintessence Int. 2008 Feb;39(2):117-29.
6. Pereira et al, Push-out bond strengths of different dental cements used to cement glass fiber posts. J Prosthet Dent. 2013 Aug; 110(2):134-40.
7. Radovic et al, Evaluation of the adhesion of fiber posts cemented using different adhesive approaches. Eur J Oral Sci. 2008 Dec; 116(6):557-63.
8. Leme et al, Effects of silane application on luting fiber posts using self-adhesive resin cement, J Adhes Dent. 2013 Jun; 15(3):269-74.
9. Ferrari et al, A randomized controlled trial of endodontically treated and restored premolars, J Dent Res. 2012 Jul;91(7 Suppl):72S-78S.



Πηγή φωτογραφίας: <http://www.nycdentalassociates.com>

# ΕΓΚΛΕΙΣΤΟΙ ΚΥΝΟΔΟΝΤΕΣ ΑΝΩ ΓΝΑΘΟΥ: ΠΡΟΛΗΠΤΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ

Ιωάννης Χατζησωτηρίου - Ειδικός Ορθοδοντικός

Σύμφωνα με τη βιβλιογραφία, ο εγκλεισμός των μονίμων κυνόδοντων της άνω γνάθου, είτε ετερόπλευρα είτε αμφοτερόπλευρα, είναι αρκετά συχνός και συγκεκριμένα είναι δεύτερος σε συχνότητα μετά από τους τρίτους γομφίους.

Το ποσοστό στο οποίο εντοπίζεται στο γενικό πλυθησμό ανέρχεται περίπου στο 2%. Στις περιπτώσεις που είναι εγκλειστος, εντοπίζεται υπερώρια στο 85% των περιπτώσεων ενώ στο υπόλοιπο 15% εντοπίζεται παρειστικά. [1,2]

Οι κυριότεροι αιτιολογικοί παράγοντες έχουν ενοχοποιηθεί είναι οι εξής:

- η έλλειψη χώρου,
- η πέραν του δέοντος παραμονή του νεογιλού κυνόδοντα,
- ένα αληθινό έκτοπο μονοπάτι ανατολής,
- το μειωμένο μήκος ρίζας ή και η πλήρης απλασία των πλάγιων τομέων,
- η κληρονομικότητα, που έστω και έμμεσα βρίσκεται σε όλους τους πιο πάνω παράγοντες. [3]

Στις περιπτώσεις που ένας κυνόδοντας είναι εγκλειστος και ειδικότερα όταν εντοπίζεται υπερώρια, υπάρχει αυξημένη πιθανότητα να παρατηρηθεί απορρόφηση των ριζών των παρακείμενων τομέων, με το ποσοστό αυτό να φθάνει και το 50% μεταξύ αυτών των περιπτώσεων. [4,5]

Η χειρουργική αποκάλυψη του εγκλειστού κυνόδοντα και η εν συνεχεία μετακίνηση του στο οδοντικό τόξο με τη βοήθεια Ορθοδοντικών μηχανισμών αποτελεί την πιο συχνή και ευρέως αποδεκτή αντιμετώπιση του προβλήματος. Σαν εναλλακτικές λύσεις μπορούν να θεωρηθούν η εξαγωγή του κυνόδοντα, η χειρουργική μετακίνηση του, καθώς και η απλή παρακολούθηση του χωρίς την οποιαδήποτε επέμβαση.

Παρά το γεγονός ότι τα αποτελέσματα από το συνδυασμό χειρουργικής αποκάλυψης και Ορθοδοντικής Θεραπείας έχουν μεγάλα ποσοστά επιτυχίας, εντούτοις αυτό προδιαγράφει χρόνο, ταλαιπωρία και επιπλέον οικονομικό κόστος. Επίσης η αναγκασία σε αυτές τις περιπτώσεις χειρουργική επέμβαση αυξάνει τις πιθανότητες για μελλοντική υφίζηση, απώλεια οστού και αποκόλληση των ούλων

γύρω από τον θεραπευμένο κυνόδοντα, και με τις οποίες συνεπακόλουθες επιπτώσεις στην αισθητική της συγκεκριμένης περιοχής. [6, 7]

Υπάρχει κάτι που μπορεί να κάνει ο Οδοντίατρος στην καθημερινή του κλινική πράξη και να αποτρέψει όλα αυτά τα δυσάρεστα;



Η όποια πρόληψη ξεκινά με την απλή κλινική εξέταση και συγκεκριμένα με την **ψηλάφηση**. Ο κυνόδοντας φυσιολογικά ψηλαφείται στην υπερώρια αύλακα περίπου 18 μήνες πριν από την ανατολή του στο στόμα, και με αυτό τον τρόπο μπορεί να γίνει μία πρώτη έγκαιρη διάγνωση πιθανού προβλήματος εγκλεισμού. Γενικά προτείνεται να γίνεται ο πρώτος έλεγχος με ψηλάφηση στην ηλικία των 9 με 10 ετών. [8] Ταυτόχρονα κατά την κλινική εξέταση πρέπει να παρατηρούνται προσεκτικά και οι πλάγιοι τομείς. Κλινικά, σε περιπτώσεις

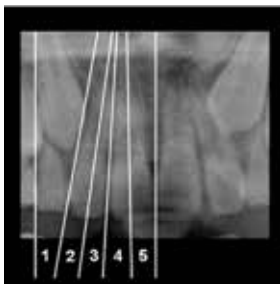
που η μύλη του πλάγιου τομέα εμφανίζεται με στροφή και με μετακίνηση, είτε προς τα άνω, είτε παρεισφύει (εικόνα 1), τότε αυτό είναι σημάδι πίεσης από τον κυνόδοντα λόγω έκτοπης ανατολής και συνεπώς έχει αυξημένες πιθανότητες εγκλεισμού. [1]

Στις περιπτώσεις που δεν εντοπίζεται ο κυνόδοντας κατά τη ψηλάφηση και δεν προκύψει κάτι μεμπτό σχετικά με την σωματική και οδοντική ανάπτυξη του παιδιού, τότε πρέπει να προχωρήσουμε και σε ακτινογραφικό έλεγχο για περαιτέρω αξιολόγηση της κατάστασης.

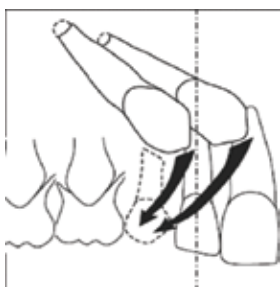
Μια πανοραμική ακτινογραφία είναι αρκετή για να μας δώσει τις όποιες πληροφορίες χρειαζόμαστε.[9] Αυτό το οποίο αξιολογούμε είναι η κλίση που έχει ο κυνόδοντας στη φορά ανατολής του (εικόνα 2), καθώς επίσης και η θέση του ως προς τη μέση γραμμή χωριζόμενη σε 5 τμήματα (εικόνα 3). Όσο πιο μεγάλη είναι η κλίση (γωνία α) και όσο πιο εγγύς βρίσκεται η μύλη του κυνόδοντα (κρίσιμο σημείο αναφοράς μπορεί να θεωρηθεί το μέσο του πλάγιου τομέα-εικόνα 4) τόσο πιο αυξημένος είναι και ο κίνδυνος για εγκλεισμό του κυνόδοντα. [3,10]



Εικόνα 1



Εικόνα 2



Εικόνα 3

Σύμφωνα με τα παραπάνω, όταν κατά την κλινική και ακτινογραφική εξέταση συλλεγούν στοιχεία που συνηγορούν υπέρ ενός πιθανού μελλοντικού εγκλεισμού, τότε η ενδεδειγμένη διαδικασία αφορά την εξαγωγή νεογιλών δοντιών και συγκεκριμένα των νεογιλών κυνόδοντων καθώς και των πρώτων νεογιλών γομφίων, είτε ετερόπλευρα είτε αμφοτερόπλευρα ανάλογα με το που εντοπίζεται το πρόβλημα. Πιο παλιά είχε επικρατήσει σαν προληπτικό μέτρο μόνο η εξαγωγή των νεογιλών κυνόδοντων, αλλά σύμφωνα με πιο πρόσφατες μελέτες έχει παρατηρηθεί μία αύξηση του ποσοστού επιτυχίας από το 78,6% με την εξαγωγή μόνο των νεογιλών κυνόδοντων, στο 97,3% με την προληπτική εξαγωγή τόσο του νεογιλού κυνόδοντα όσο και του πρώτου νεογιλού γομφίου. [10]

Ο μηχανισμός που εικάζεται ότι είναι πίσω από τη διαδικασία αυτή, είναι ότι πλέον ο κυνόδοντας μετά τις εξαγωγές δεν έχει εμπόδιο στην πορεία του, ενώ ταυτόχρονα επιταχύνεται η ευθυγράμμιση και η ανατολή του πρώτου προγομφίου γεγονός που δίνει επιπλέον χώρο στον κυνόδοντα για να ευθυγραμμιστεί και αυτός με τη σειρά του και να μετακινηθεί με κατεύθυνση προς τα άνω και κάτω στη φυσιολογική του θέση.

Κλινικές και ακτινογραφικές επανεξετάσεις ενδείκνυνται 12-18 μήνες μετά την αρχική διάγνωση και την εξαγωγή των νεογιλών δοντιών. Η πιθανότητα για απώλεια χώρου από τις εξαγωγές των νεογιλών δοντιών είναι μικρή και δεν κρίνεται κλινικά σημαντική ώστε να χρησιμοποιήσουμε μηχανήματα διατήρησης χώρου. [10]

Παρά τη θετική έκβαση του κάθε περιστατικού, δηλαδή ευθυγράμμιση και εντέλει ανατολή του κυνόδοντα, Ορθοδοντική θεραπεία μπορεί να χρειαστεί σε μεταγενέστερο χρόνο για δημιουργηθεί περισσότερος χώρος ή και για να γίνει τελειοποίηση της θέσης του κυνόδοντα στο φραγμό.

**Συμπερασματικά**, η έγκαιρη διάγνωση και η εν συνεχεία εξαγωγή των νεογιλών κυνόδοντων και πρώτων νεογιλών γομφίων, συμβάλουν σημαντικά στην πρόληψη εγκλεισμού των κυνόδοντων της άνω γνάθου.



#### Βιβλιογραφία

1. Yehoshua Shapira, Mladen Kuffinec. Early diagnosis and interception of potential maxillary canine impaction
2. Sune Ericson, Juri Kuroi. Resorption of maxillary lateral incisors caused by ectopic eruption of the canines
3. Sune Ericson, Juri Kuroi. Early treatment of palatally erupting maxillary canines by extraction of the primary canines
4. Ericson S, Kuroi J. Resorption of incisors after ectopic eruption of maxillary canines. A CT study.
5. Bjerklin K, Ericson S. How a computerized tomography examination changed the treatment plans of 80 children with retained and ectopically positioned maxillary canine
6. Aldo Crescini, Michele Nieri, Jacopo Buti, Tiziano Baccetti, Giovan Paolo Pini Prato. Orthodontic and Periodontal Outcomes of Treated Impacted Maxillary Canines
7. Gilliana Zuccati, Jamile Ghobadlu, Michele Nieri, Carlo Clauser. Factors associated with the duration of forced eruption of impacted maxillary canines: A retrospective study
8. Juri Kuroi. Early treatment of tooth-eruption disturbances
9. Steven J. Lindauer, Loretta K. Rubenstein, William M. Hang, W. Clark Andersen, Robert J. Isaacson. Canine impaction identified early with panoramic radiographs
10. Giulio Alessandri Bonetti, Matteo Zanarini, Serena Incerti Parenti, Ida Marini Maria Rosaria Gatto. Preventive treatment of ectopically erupting maxillary permanent canines by extraction of deciduous canines and first molars: A randomized clinical trial





# ΑΛΛΕΡΓΙΕΣ ΣΕ ΦΑΡΜΑΚΑ

Ελένη Παντελίδου - Χειρουργός Οδοντίατρος

Οι πιο συχνές αλλεργικές αντιδράσεις που συναντούμε στο οδοντιατρείο συμβαίνουν μετά από χορήγηση αντιβιοτικών και κυρίως **πενικιλίνης** και μη στεροειδών αντιφλεγμονωδών (**ΜΣΑΦ**) όπως η ιβουπροφένη.

Η φαρμακευτική αλλεργία οφείλεται σε ανοσολογικούς μηχανισμούς που κινητοποιούνται λόγω προηγούμενης ευαισθητοποίησης του οργανισμού στο φάρμακο. Χαρακτηριστικό είναι ότι μια ελάχιστη δόση του φαρμάκου μπορεί να προκαλέσει θορυβώδη αντίδραση. Η αλλεργία μπορεί να παρουσιαστεί αμέσως μετά τη χορήγηση του φαρμάκου (οξεία αλλεργία) ή και μετά από πάροδο ωρών (επιβραδυνόμενη). Η **οξεία αναφυλακτική αλλεργία** χαρακτηρίζεται από την άμεση εγκατάσταση θετικής δερμοαντίδρασης και μπορεί να παρουσιαστεί αναφυλαξία, κνίδωση, αγγειονευρωτικό οίδημα και άσθμα. Στην **επιβραδυνόμενη αλλεργία** μπορεί να παρουσιαστεί εξάνθημα ή κνησμός. Η διαφορά στην αντίδραση μεταξύ οξείας και χρόνιας αλλεργίας οφείλεται στα ήδη υπάρχοντα στον οργανισμό αντισώματα ενώ στη χρόνια στα ευαισθητοποιημένα κύτταρα.

**Σε ασθενείς αλλεργικούς στην πενικιλίνη μπορούμε να χορηγήσουμε:**

- **Μακρολίδια**

Σε αυτή την ομάδα ανήκουν αντιβιοτικά

όπως η ερυθρομυκίνη, η κλαριθρομυκίνη και η αζιθρομυκίνη. Δρουν κυρίως εναντίον στρεπτοκόκκων, σταφυλοκόκκων και μερικών αναερόβιων μικροβίων. Η δράση τους είναι βακτηριοστατική, εκτός αν χορηγηθούν σε μεγάλες δόσεις οπότε γίνεται βακτηριοκτόνος. Η χρήση τους αποτελεί αντένδειξη σε άτομα με ανοσοκαταστολή ή σε σοβαρές λοιμώξεις, όπου είναι απαραίτητη η χορήγηση βακτηριοκτόνων φαρμάκων. Τα μακρολίδια ενοχοποιούνται για αύξηση των επιπέδων της διγοξίνης, θεοφυλλίνης και καρβαμαζεπίνης και πιθανόν να οδηγήσουν σε καρδιοτοξικότητα.

Η ερυθρομυκίνη χορηγείται σε δόση 500mg κάθε 6 ώρες για αναστολή των περισσότερων gram+ μικροβίων.

Στην κατηγορία των μακρολιδίων ανήκουν η κλαριθρομυκίνη και η αζιθρομυκίνη, οι οποίες φαίνεται να μην επηρεάζονται από άλλα φάρμακα. Χορηγούνται η μεν κλαριθρομυκίνη σε δόσεις των 250mg κάθε 12 ώρες, η δε αζιθρομυκίνη σε δόσεις 500mg 1-2 φορές την ημέρα.

- **Λινκοσαμίδες**

Στην κατηγορία αυτή ανήκει η κλινδαμυκίνη, η οποία δρα εναντίον αναερόβιων και αερόβιων κόκκων και μικροβίων. Είναι ιδιαίτερα αποτελεσματική σε λοιμώξεις από αναερόβια μικρόβια. Είναι βακτηριοστατικό φάρμακο σε χαμηλές δόσεις. Κύρια ανεπιθύμητη ενέργεια του φαρμάκου είναι η πρόκληση διάρροιας σε ποσοστό πάνω από 20% των ασθενών, καθώς και η δημιουργία ψευδομεμ-

βρανώδους κολίτιδας όταν χορηγείται για μεγάλο χρονικό διάστημα.

Σε περίπτωση πρόκλησης διάρροιας ή άλλης ανεπιθύμητης ενέργειας συστήνεται διακοπή λήψης της κλινδαμυκίνης και αλλαγή του φαρμακευτικού σχήματος. Ο συνδυασμός αντιβιοτικού β-λακτάμης (αμοξυσιλίνη ή κεφαλοσπορίνη) ή μακρολιδίου και μετρονιδαζόλης αποτελούν λύση επιλογής για αντιμετώπιση σοβαρών λοιμώξεων.

Η δοσολογία χορήγησης της κλινδαμυκίνης είναι 300mg κάθε 6-8 ώρες.

- **Κεφαλοσπορίνες**

Σε περίπτωση αλλεργίας στην πενικιλίνη, οι κεφαλοσπορίνες αποτελούν μια καλή επιλογή φαρμάκου. Όμως, αναφέρεται 8-18% πιθανότητα (τα ποσοστά αυτά διαφέρουν στα διάφορα συγγράμματα), ασθενείς αλλεργικοί στην πενικιλίνη να παρουσιάσουν **διασταυρούμενη υπερευαισθησία** και στις κεφαλοσπορίνες. Γι' αυτό αντενδείκνυται αυστηρά η χορήγηση κεφαλοσπορίνης 1ης γενιάς σε ασθενείς με ιστορικό άμεσης αντίδρασης υπερευαισθησίας (οξείας αναφυλακτικής αντίδρασης) στην πενικιλίνη ενώ μπορεί να χρησιμοποιηθούν με σχετική ασφάλεια σε ασθενείς με ιστορικό επιβραδυνόμενης υπερευαισθησίας.

Οι 2ης και 3ης γενιάς κεφαλοσπορίνες παρουσιάζουν μικρότερη διασταυρούμενη αντιδραστικότητα, δρουν σε μεγαλύτερο φάσμα μικροβίων και είναι περισσότερο ανθεκτικές στο ένζυμο β-λακταμάση.

### • Τετρακυκλίνες

Είναι ευρέως φάσματος μικροβιοστατικά φάρμακα. Στο οδοντιατρείο η χρήση τους περιορίζεται στις φλεγμονές του περιοδοντίου (περιοδοντικό απόστημα και περιοδοντική νόσος). Στην ομάδα αυτή ανήκει η δοξυκυκλίνη, η οποία χορηγείται συνήθως σε δοσολογία 200mg την πρώτη ημέρα και ακολούθως 100mg εφάπαξ ημερησίως.

### • Κινολόνες

Οι κινολόνες είναι μικροβιοκτόνα αντιβιοτικά ευρέως φάσματος τα οποία χρησιμοποιούνται κυρίως σε σοβαρές λοιμώξεις. Δεν αποτελούν αντιβιοτικά πρώτης επιλογής για λοιμώξεις της στοματικής κοιλότητας. Είναι κατάλληλα για ιγμορίτιδες. Η μοξαφλοξασίνη χορηγείται σε δόση 400mg μια φορά την ημέρα.

### • Νιτροϊμιδαζόλες

Στην ομάδα αυτή ανήκει η μετρονιδαζόλη, η οποία έχει βακτηριοκτόνο δράση εναντίον **κυρίως** αναερόβιων μικροβίων. Δεν έχει καμία δράση στα αερόβια μικρόβια γι' αυτό σε φλεγμονές όπου υπάρχουν αερόβια μικρόβια χρησιμοποιείται σε συνδυασμό με πενικιλίνη. Κατά την περίοδο λήψης του φαρμάκου απαγορεύεται αυστηρά η κατανάλωση αλκοόλ. Απαγορεύεται επίσης η χορήγηση του φαρμάκου σε ασθενείς που παίρνουν αντιπηκτικά (warfarin).

## Αλλεργία στα μη στεροειδή αντιφλεγμονώδη (ΜΣΑΦ)

Η πλειονότητα των καταστάσεων στην οδοντιατρική πράξη που απαιτούν διαχείριση του πόνου οφείλεται κυρίως σε φλεγμονή, η οποία μπορεί να είναι αποτέλεσμα κάποιας μόλυνσης, τραύματος ή χειρουργικής επέμβασης.

Τα φάρμακα που χορηγούνται κυρίως για διαχείριση οξέος πόνου χωρίζονται σε τρεις μεγάλες κατηγορίες:

1. τα αναλγητικά, π.χ. παρακεταμόλη (ακεταμινοφαίνη)
2. τα μη στεροειδή αντιφλεγμονώδη (ΜΣΑΦ)
3. τα οπιοειδή (ναρκωτικά)

Τα μη στεροειδή αντιφλεγμονώδη, λόγω του συνδυασμού της αντιφλεγμονώδους, αναλγητικής και αντιπυρετικής δράσης τους, είναι τα φάρμακα επιλογής για την αντιμετώπιση του πόνου. Ο μηχανισμός δράσης τους δεν είναι ξεκάθαρος. Πιθανόν να αναστέλλουν την κυκλοοξυγενάση (COX) και επομένως τη σύνθεση των προσταγλανδινών, ουσιών υπεύθυνων για τον πόνο αλλά

και απαραίτητων για τη φυσιολογία του βλεννογόνου του στομάχου, τη λειτουργία των νεφρών και των αιμοπεταλίων.

Οι συχνότερες ανεπιθύμητες ενέργειες των ΜΣΑΦ αφορούν το στομάχι και τους νεφρούς, λόγω της κατάργησης της προστατευτικής δράσης των προσταγλανδινών στα όργανα αυτά και, σπανιότερα, το δέρμα, το ήπαρ, το αιμοποιητικό σύστημα, το ΚΝΣ και άλλα. Η χορήγηση ΜΣΑΦ αποτελεί αντένδειξη σε άτομα με βαριά καρδιακή ανεπάρκεια ή ενεργό πεπτικό έλκος.

| Δραστική ουσία                 | Δράση           | Συνήθης δόση ενήλικα*             | Μέγιστη ημερήσια δόση ενήλικα |
|--------------------------------|-----------------|-----------------------------------|-------------------------------|
| Αμοξικιλίνη                    | Βακτηριοκτόνος  | 250-500 mg /8 ώρες                | 4g                            |
| Αμοξικιλίνη + κλαβουλανικό οξύ | Βακτηριοκτόνος  | 250-500mg/ 8 ώρες ή 875mg/12 ώρες | 4g                            |
| Κεφαλοσπορίνες                 | Βακτηριοκτόνος  | 250mg/6 ώρες ή 500mg/12 ώρες      | 4g                            |
| Κλαριθρομυκίνη                 | Βακτηριοστατική | 250mg/12 ώρες                     |                               |
| Αζιθρομυκίνη                   | Βακτηριοστατική | 500mg ημερησίως                   |                               |
| Κλινδαμυκίνη                   | Βακτηριοστατική | 150-300mg/6-8 ώρες                | 1.8g                          |
| Μετρονιδαζόλη                  | Βακτηριοκτόνος  | 250-500mg/6-8 ώρες                | 4g                            |
| Μοξυφλοξασίνη                  | Βακτηριοκτόνος  | 400mg ημερησίως                   | 400mg                         |

\* Η δοσολογία μπορεί να διαφοροποιηθεί ανάλογα με τη βαρύτητα της φλεγμονής, αλλά σε καμία περίπτωση δεν πρέπει να υπερβαίνει τη μέγιστη ημερήσια δόση.

Αλλεργικές αντιδράσεις, σε ποσοστό 0.1-0.3% του πληθυσμού, μπορούν να εμφανιστούν από λήψη ΜΣΑΦ. Αυτές μπορεί να εκδηλωθούν είτε αμέσως είτε και σε 1-8 εβδομάδες. Ο ασθενής μπορεί να παρουσιάσει κνίδωση, αλλεργική αναφυλαξία, τοξική επιδερμική νεκρόλυση, σύνδρομο Stevens-Johnson, οξεία γενικευμένη εξανθηματική φλύκταινα, αλλεργική πνευμονία κ.ά. Οι περισσότεροι ασθενείς επανέρχονται στο φυσιολογικό μετά τη διακοπή του φαρμάκου, αλλά κάποιες φορές απαιτείται η χορήγηση κορτικοστεροειδών και αντιισταμινικών.

Σε ασθενείς, στους οποίους έχει παρουσιαστεί αλλεργική αντίδραση σε κάποιο ΜΣΑΦ, γίνεται επιλογή κάποιου αντιφλεγμονώδους από άλλη χημική ομάδα.

Τα οπιοειδή αναλγητικά στην Οδοντιατρική χρησιμοποιούνται σε περιπτώσεις έντονου πόνου, που προέρχεται κυρίως από χειρουργικό τραύμα, ο οποίος δεν αντιμετωπίζεται με τα συνηθισμένα αναλγητικά. Συνδυασμοί κωδεΐνης με ακετυλοσαλικυλικό οξύ ή παρακεταμόλη, έχει αποδειχθεί ότι έχουν συνεργική αναλγητική δράση και χορηγούνται σε επώδυνες καταστάσεις που δεν ανταποκρίνονται στα απλά αναλγητικά. Χρόνια χορήγησή τους θα πρέπει να αποφεύγεται λόγω του κινδύνου εξάρτησης.

### Βιβλιογραφία

1. Goth A., *Ιατρική Φαρμακολογία*, 1982, 10η έκδοση, Ιατρικές εκδόσεις Λίτσας, Αθήνα
2. Hargreaves K, Abbot PV, "Drugs for pain management in dentistry." *Australian Dental Journal Medications Supplement* 2005; 50:4
3. Howland Richard D., Mycek Mary J., *Φαρμακολογία*, 2007, 3η έκδοση, Παρισιάνος Α.Ε., Αθήνα
4. Sánchez-Borges Mario, "Clinical Management of Nonsteroidal Anti-inflammatory Drug Hypersensitivity." *World Allergy Organ J.* 2008 February; 1(2): 29-33. Published online 2008 February15. doi: 10.1097/WOX.0b013e3181625db2 PMID: PMC365097
5. Misch C.e., *Contemporary Implant Dentistry*, 2008, 3rd edition, Mosby Elsevier, St Louis, MO, σ467-481
6. Pozzi A., Gallelli L., "Pain management for dentists: The role of ibuprofen." *Annali di Stomatologia* 2011; ii (suppl. 3-4): 3-24
7. Εθνικό Συναγολόγιο Ελλάδας( κεφάλαια 5 και 10) [www.galinos.gr](http://www.galinos.gr) και [www.eof.gr](http://www.eof.gr)
8. Φραγκίσκος Φ., *Χειρουργική του Στόματος*, 2000, Διάγραμμα, Αθήνα

| Αναλγητικά                         | Ακεταμινοφαίνη (παρακεταμόλη)                                                                                                                                | Παρααμινοφαινόλες                                                                                                                                                                                          | 650-1000mg/4-6 ώρες                                                                                                              |
|------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| ΜΣΑΦ<br>Cox-1/ Cox-2<br>αναστολείς | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ιβουπροφένη</li> <li>• Μεφεναμικό οξύ</li> <li>• Δικλοφενάκη</li> <li>• Ναπροξένη</li> <li>• Νιμεσουλιδή</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Παράγωγο προπιονικού οξέος</li> <li>• Παράγωγο ανθρανιλικού οξέος (φαιναμάτες)</li> <li>• Παράγωγο οξεικού οξέος</li> <li>• Παράγωγο προπιονικού οξέος</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• 400mg/4-6 ώρες</li> <li>• 500mg/8 ώρες</li> <li>• 50mg/8 ώρες ή 75mg/12 ώρες</li> </ul> |

# ΑΛΛΗΛΕΠΙΔΡΑΣΕΙΣ ΦΑΡΜΑΚΩΝ / ΠΑΡΕΝΕΡΓΕΙΕΣ





| Φάρμακα που χρησιμοποιούνται στην Οδοντιατρική | Αλληλεπιδράσεις με άλλες φαρμακευτικές ουσίες                                                                                                                                                                               | Πιθανές παρενέργειες                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
|------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>ΑΝΑΙΣΘΗΤΙΚΑ (ΓΕΝΙΚΑ)</b>                    | Αντιυπερτασικά<br>Ανασταλτικοί παράγοντες οξείδωσης μονοαμίνης (ΜΑΟ)                                                                                                                                                        | Ενίσχυση υπότασης                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| <b>ΑΝΤΙΒΙΩΤΙΚΑ</b>                             | Αντιπηκτικά από το στόμα<br>Αντισυλληπτικά από το στόμα                                                                                                                                                                     | Ενίσχυση της αντιπηκτικής δράσης<br>Μείωση της αντισυλληπτικής δράσης                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
| <b>ΑΣΠΙΡΙΝΗ</b>                                | Αλκοόλ<br><br>Κορτικοστεροειδή<br><br>Λίθιο<br><br>Μεθοτρεξάτη<br><br>Μετοκλοπραμίδη Αντιπηκτικά από το στόμα<br>Υπογλυκαιμικά από το στόμα<br>Φενυλβουταζόνη<br><br>Προβενεσίδη<br><br>Βαλπροϊκό Νάτριο<br>Σουλφινουραζόνη | Άυξηση του ρίσκου γαστρικής αιμορραγίας<br>Ελκώσεις του πεπτικού συστήματος<br>Τοξικότητα από το Λίθιο<br>Ενίσχυση της δράσης της Μεθοτρεξάτης<br>Ενίσχυση της δράσης των αντιπηκτικών<br><br>Ενίσχυση της υπογλυκαιμικής δράσης<br>Άυξηση της πιθανότητας ελκώσεων πεπτικού συστήματος<br>Μείωση της δράσης των ουρικοζουρικών<br><br>Αιμορραγική προδιάθεση. Μείωση της δράσης των ουρικοζουρικών |
| <b>ΚΩΔΕΪΝΗ</b>                                 | Ανασταλτικοί παράγοντες οξείδωσης μονοαμίνης (ΜΑΟ)                                                                                                                                                                          | Κώμα                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
| <b>ΚΟΡΤΙΚΟΣΤΕΡΟΕΙΔΗ</b>                        | Αναστολείς του μετατρεπτικού ένζυμου της αγγειοτενσίνης (α-MEA).<br>Αμινογλυκοσίδες.<br>Ασπιρίνη και άλλα αναλγητικά<br><br>Κυκλοσπορίνη ή άλλα ανοσοκατασταλτικά<br>Αντιπηκτικά από το στόμα<br>Αντιδιαβητικά από το στόμα | Μείωση της υποτασικής δράσης<br>Μείωση της δράσης των στεροειδών<br>Άυξηση της πιθανότητας ελκώσεων πεπτικού συστήματος<br><br>Άυξηση της ανοσοκαταστολής<br>Γαστρική αιμορραγία                                                                                                                                                                                                                    |
| <b>ΔΙΑΖΕΠΑΜΗ ΚΑΙ ΑΛΛΑ ΥΠΝΩΤΙΚΑ</b>             | Αντισταμινικά<br>Σιμετιδίνη<br>Αλοθάνη<br><br>L-dopa<br>Λίθιο<br>Πεντοζοκίνη και άλλα Οπιοειδή<br><br>Φαινυντοίνη<br><br>Σουξαμεθόνιο                                                                                       | Προκαλούν υπνηλία<br><br>Άυξηση της δράσης της αλοθάνης<br><br>Υποθερμία<br>Υπεραερισμός των πνευμόνων<br><br>Τοξικότητα της Φαινυντοίνης<br>Άυξηση της δράσης του σουξαμεθονίου                                                                                                                                                                                                                    |
| <b>ΜΕΤΡΟΝΙΔΑΖΟΛΗ</b>                           | Αλκοόλ                                                                                                                                                                                                                      | Πονοκέφαλος και Υπόταση                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| <b>Μ.Σ.Α.Φ</b>                                 | Αντιυπερτασικά<br>Κυκλοσπορίνη<br><br>Λίθιο<br><br>Αντιπηκτικά από το στόμα<br><br>Αντιδιαβητικά από το στόμα                                                                                                               | Υπόταση<br><br>Υπερκαλιαιμία<br>Νεφροτοξικότητα<br><br>Τοξικότητα από το Λίθιο<br>Άυξηση της αιμορραγικής προδιάθεσης<br>Άυξηση της αντιδιαβητικής δράσης                                                                                                                                                                                                                                           |
| <b>ΠΑΡΑΚΕΤΑΜΟΛΗ / ΑΚΕΤΑΜΙΝΟΦΑΪΝΗ</b>           | Αλκοόλ<br>Αντισυλληπτικά<br>Καρβαμαζεπίνη<br>Χολεστυραμίνη<br><br>Ισονικωτικό Υδραζωτικό οξύ<br>Μετοκλοπραμίδη<br>Αντιπηκτικά από το στόμα<br><br>Ζιδοβουδίνη                                                               | Ηπατοτοξικότητα<br>Ηπατοτοξικότητα<br>Ηπατοτοξικότητα<br><br>Μείωση της απορρόφησης της παρακεταμόλης<br>Ενίσχυση της ηπατοτοξικής δράσης<br><br>Άυξηση της αιμορραγικής προδιάθεσης<br><br>Άυξηση της ανοσοκαταστολής                                                                                                                                                                              |



## ΕΝΑΡΞΗ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑΣ ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΥ ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΕΙΟΥ

Ο Παγκύπριος Οδοντιατρικός Σύλλογος ανακοινώνει την έναρξη της λειτουργίας του κοινωνικού οδοντιατρείου.

Το οδοντιατρείο βρίσκεται στην **Λεωφόρο Στασίνου 26, Διαμ. 202**, 1060 Λευκωσία και λειτουργεί κάθε **Σάββατο και Κυριακή από τις 10:00 π.μ. - 2:00 μ.μ.**

Το ιατρείο στελεχώνεται από εθελοντές οδοντιάτρους.

Εάν επιθυμείτε να συμμετέχετε, παρακαλούμε δηλώστε συμμετοχή στην Γραμματέα του Συλλόγου στο τηλέφωνο 22 819 819.

### ΘΕΜΑΤΑ ΠΕΙΘΑΡΧΙΚΟΥ ΣΥΜΒΟΥΛΙΟΥ

Αγαπητοί Συνάδελφοι,

Το Πειθαρχικό Συμβούλιο του Παγκύπριου Οδοντιατρικού Συλλόγου υπό την νέα του σύνθεση, έχει εξετάσει τέσσερις υποθέσεις που αφορούν διαφημίσεις συναδέλφων και τους έχει κρίνει ενόχους, επιβάλλοντας τους τις πιο κάτω ποινές:

Α) Οδοντίατρος Μ.Ζ.: Γραπτή επίπληξη και καταβολή ποσού €1064,85 ως πρόστιμο και έξοδα της πειθαρχικής διαδικασίας, για διαφήμιση κατά παράβαση των άρθρων 2,5 και 6 του Περί Δεοντολογίας Κανονισμού του 1970 (Περί Οδοντιάτρων Νόμος) για δημοσίευση διαφήμισης για παροχή οδοντιατρικών υπηρεσιών σε μέσο κοινωνικής δικτύωσης με την επωνυμία FACEBOOK.

Β) Οδοντίατρος Μ.Σ.: Γραπτή επίπληξη και καταβολή του ποσού €664,85 ως πρόστιμο και έξοδα της πειθαρχικής διαδικασίας, για διαφήμιση κατά παράβαση των άρθρων 2,5 και 6 του Περί Δεοντολογίας Κανονισμού του 1970 (Περί Οδοντιάτρων Νόμος) για δημοσίευση διαφήμισης για παροχή οδοντιατρικών υπηρεσιών στην εφημερίδα ROMANIA.

Γ) Οδοντίατρος Τ.Α.: Γραπτή επίπληξη και καταβολή ποσού €664,85 ως πρόστιμο και έξοδα της πειθαρχικής διαδικασίας, για διαφήμιση κατά παράβαση των άρθρων 2,5 και 6 του Περί Δεοντολογίας Κανονισμού του 1970 (Περί Οδοντιάτρων Νόμος) για δημοσίευση διαφήμισης για παροχή οδοντιατρικών υπηρεσιών στην ιστοσελίδα με την επωνυμία [www.skroutz.com.cy](http://www.skroutz.com.cy)

Δ) Οδοντίατρος Ε.Α.: Γραπτή επίπληξη και καταβολή ποσού €489,81 ως έξοδα της πειθαρχικής διαδικασίας για διαφήμιση κατά παράβαση των άρθρων 2,5 και 6 των Περί Δεοντολογίας Κανονισμού του 1970 (Περί Οδοντιάτρων Νόμος) για δημοσίευση διαφήμισης για παροχή οδοντιατρικών υπηρεσιών στην εφημερίδα με την επωνυμία ROMANIA.

# ΜΙΚΡΕΣ ΑΓΓΕΛΙΕΣ

Για να δημοσιεύσετε **ΔΩΡΕΑΝ** την αγγελία σας (μέχρι 30 λέξεις), στείλτε την στην ηλεκτρονική διεύθυνση: [info@nkdentalcyl.com](mailto:info@nkdentalcyl.com).

**Οδοντιατρική Κλινική ζητά οδοντίατρος για συνεργασία** ή συστήγηση (με ή χωρίς ειδικότητα). Για περισσότερες πληροφορίες: 22492988

**Ενοικιάζεται** σε πλήρες ανακαινισμένο χώρο, οδοντιατρείο στους Άγιους Ομολογητές στη Λευκωσία. Συστήγηση με άλλο Οδοντίατρο με πολυετή πείρα. Για περισσότερες πληροφορίες: 99671867

**Ζητείται οδοντίατρος** με ειδικότητα για συστήγηση – συνεργασία σε οδοντιατρείο στην Αγλαντζιά. Τηλέφωνο επικοινωνίας: 22337209 / 99447980

**Οδοντίατρος με πολυετή πείρα ζητεί συνεργασία** με άλλο οδοντίατρο αλλά δεν έχει δικό του χώρο εργασίας. Τηλέφωνο επικοινωνίας: 22372953 / 96350154 / 99515658

**Η Οδοντιατρική Ευρωκλινική ανακοινώνει έναρξη λειτουργίας** στην Λεμεσό σε καινούριο χώρο κατάλληλα διαμορφωμένο και πλήρως εξοπλισμένο με τον πιο σύγχρονο οδοντιατρικό εξοπλισμό. Ζητά οδοντίατρος (με ή χωρίς ειδικότητα) για συνεργασία ή συστήγηση. Τηλέφωνο επικοινωνίας: 25358554, Φαξ: 25358540, email: [info@euroclinic.com.cy](mailto:info@euroclinic.com.cy)

**Πωλείται** μηχάνημα FONA - SIRONA σε πολύ καλή κατάσταση, ελάχιστα χρησιμοποιημένο. Τηλέφωνο επικοινωνίας: 99222666

Οδοντίατρος με μεταπτυχιακές σπουδές στην Περιοδοντολογία **ζητά συνεργασία**. Τηλέφωνο επικοινωνίας: (0030) 6976018587, email: [Dr.mperio@gmail.com](mailto:Dr.mperio@gmail.com)

Οδοντιατρική κλινική στη Λεμεσό **αναζητά συνεργασία/ συστήγηση** με οδοντίατρος. Τηλέφωνο επικοινωνίας: 25255959

**Ζητείται οδοντίατρος** με ειδικότητα για συστήγηση σε οδοντιατρείο στη Λευκωσία. Για περισσότερες πληροφορίες: 99635078

**Πωλείται ακτινογραφικό μηχάνημα** ιταλικό με wireless remote control 2 χρονών με πολύ περιορισμένη χρήση 1000 ευρώ. Για πληροφορίες τηλεφωνήστε: 99382880

Γενικός Οδοντίατρος με προϋπηρεσία τόσο στην Κύπρο όσο και στο εξωτερικό, ζητά μερική απασχόληση ή συνεργασία. Τηλέφωνο επικοινωνίας: 96775335

**Πωλείται** 3M PENTAMIX 2 σε άριστη κατάσταση μόνο €600. Για περισσότερες πληροφορίες: 25361121

**Πωλούνται:** (1) μηχάνημα X-RAY (Ακτινογραφικό) 250 ευρώ και (2) X-RAY CASTELLINI (Ακτινογραφικό) 300 ευρώ. Τηλέφωνο επικοινωνίας: 99777764

Πωλείται μεταχειρισμένο οδοντιατρικό μηχάνημα CASTELLINI LUNA, AREA 4 συντηρημένο με μικρομοτορ του αέρα και δύο τουρμπίνες. Συνδεύεται με κομπρεσσόρο CASTELLINI. Τηλέφωνο επικοινωνίας: 99558100

**Πωλείται** πλήρης οδοντιατρικός εξοπλισμός: Siemens chour spirit EC Compressor, Ultrasonic, Κλίβανος – Αυτόκαυστο twttnawner 2340 M, ακτινολογικό – Heliodent 60B και εργαλεία. Για περισσότερες πληροφορίες: 99432083 / 25388295

**Πωλείται:** (1) Εξαιρετικά χαμηλή τιμή οδοντιατρικό μηχάνημα Γερμανικό KAVO SYSTEMATICA με ολοκαίνουργιο κομπρεσσόρο. Τιμή 1500 ευρώ. (2) Οδοντιατρικός πάγκος KAVO. Τηλέφωνο επικοινωνίας: 22760686

Γενικός Οδοντίατρος με προϋπηρεσία, αλλά χωρίς δικό του πελατολόγιο στην Κύπρο, **ζητά μερική απασχόληση** ως οδοντίατρος ή βοηθός οδοντίατρο. Τηλέφωνο επικοινωνίας: 97743490

Οδοντίατρος, απόφοιτος του Αριστοτελείου Πανεπιστημίου Θεσσαλονίκης με προϋπηρεσία, **ζητά μερική ή πλήρη απασχόληση** ως οδοντίατρος ή βοηθός οδοντίατρο στην περιοχή Λευκωσίας ή Λάρνακας. Τηλέφωνο επικοινωνίας: 96861087

**Ζητείται Οδοντίατρος** για να εργάζεται αποκλειστικά ως βοηθός Ορθοδοντικού. Προσόντα: διπλωματούχος Οδοντίατρος με άδεια ασκήσεως επαγγέλματος. Για περισσότερες πληροφορίες: 22510323

Το κέντρο Ολιστικής Οδοντιατρικής Γιαννίκος προσκαλεί νέους και αξιόλογους **συνεργάτες για συστήγηση** στο ανανεωμένο και τελευταίας τεχνολογίας χώρο του. Για περισσότερες πληροφορίες και βιογραφικά: Άννα – Μαρία Γιαννίκος, email: [annamariadentist@yahoo.com](mailto:annamariadentist@yahoo.com), facebook: [www.facebook.com/YiannikosCentreforHolistic-Dentistry](http://www.facebook.com/YiannikosCentreforHolistic-Dentistry), Τηλ. 22764765, Φαξ. 22756160

**Πωλείται οδοντιατρείο ή ενοικιάζεται** με πλήρη οδοντιατρικό εξοπλισμό (καρέκλα, ακτινογραφικό, κλίβανο, γραφεία, έπιπλα, εργαλεία, aircondition, κ.α.) Για περισσότερες πληροφορίες: 99780180

**Πωλείται** οδοντιατρικό λέιζερ BIO LAES. Τηλέφωνο επικοινωνίας: 99780180

**Γναθοχειρουργός αναζητά συνεργασία** με οδοντίατρος. Τηλέφωνο επικοινωνίας: 97889898 / 25814141





Apostolos Ioannou  
medical supplies



BLOSSOM

BONTEMPI®

Prestige Medical®  
Integrated decontamination solutions

orangedental  
premium innovations



For Sales and Services call 22681817

# ΗΜΕΡΟΛΟΓΙΟ ΕΚΔΗΛΩΣΕΩΝ

## Λευκωσία

**Σάββατο & Κυριακή 17-18/05/14**

**Eastman Dental Institute -Cyprus Masterclass in Aesthetic Dentistry**

**Διήμερο Συνέδριο -Εκπαιδευτικό πρόγραμμα «Αισθητική Οδοντιατρική»**

Διοργανώνεται από τον Οδοντιατρικό Σύλλογο Λευκωσίας Κερύνειας και Eastman Dental Institute, στο ξενοδοχείο Hilton Park στη Λευκωσία, στις 20:00.

**Τρίτη 20/05/14 «Σχεδιασμός και Θεραπεία Πρόσθιων Αισθητικών Αποκαταστάσεων»**

Ομιλητές: Κυριακή Γεωργιάδου και Viet Tran. Διοργανώνεται από την Περιοδοντολογική Εταιρεία Κύπρου, στα κεντρικά γραφεία της εταιρείας Γρηγόρη Χατζηγρηγορίου, στη Λευκωσία, στις 20:00.

**Πέμπτη 29/05/14 «Η αισθητική στην γναθοπροσωπική χειρουργική»**

Ομιλητής: Σπύρος Παπαχαράλαμπος. Διοργανώνεται από τον Οδοντιατρικό Σύλλογο Λευκωσίας - Κερύνειας, στα γραφεία του Οδοντιατρικού Συλλόγου, 28ης Οκτωβρίου 1, Λευκωσία, στις 20:00.

## Λεμεσός

**Παρασκευή 09/05/14 «Πρακτικό σεμινάριο Οδοντιατρική Φωτογραφία»**

Διοργανώνεται από τον Οδοντιατρικό Σύλλογο Λεμεσού, στο ξενοδοχείο Mediterranean Beach Hotel, στη Λεμεσό, στις 15:00 – 17:00.

**Σάββατο 10/05/14 Ημερίδα «Βασικές Αρχές Αισθητικών Αποκαταστάσεων με Σύνθετη Ρητίνη»**

Διοργανώνεται από τον Οδοντιατρικό Σύλλογο Λεμεσού, στο ξενοδοχείο Mediterranean Beach Hotel, στη Λεμεσό, στις 9:00 – 18:00.

**Πέμπτη 15/05/14**

**Επιστημονική Εσπερίδα «Βασικές αρχές ακτινοπροστασίας στην Οδοντιατρική Ακτινολογία»**

Ομιλήτρια: Ρίτα Δήμου. Διοργανώνεται από τον Οδοντιατρικό Σύλλογο Λεμεσού, στο ξενοδοχείο AJAX στη Λεμεσό, στις 19:30.

**Πέμπτη 12/06/14 Επιστημονική Εσπερίδα «Περιοδοντολογία στην πράξη»**

Ομιλήτρια: Μαρία Ευαγγελίδου. Διοργανώνεται από τον Οδοντιατρικό Σύλλογο Λεμεσού, στο ξενοδοχείο AJAX στη Λεμεσό, στις 19:30.

## Λάρνακα

**Πέμπτη 08/05/14 «Νέκρωση δοντιών μετά από ορθοδοντική θεραπεία»**

Ομιλητής: Χριστόδουλος Λάσπος

Διοργανώνεται από τον Οδοντιατρικό Σύλλογο Λάρνακας, στο ξενοδοχείο Princess Hotel, στη Λάρνακα, στις 20:00.

## Πάφος

**Σάββατο 03/05/14 Επιστημονική Ημερίδα**

Ομιλητές: Νίκος Παπαδόπουλος, Σάββας Λαγούδης, Ελένη Παπαντωνίου, Φίλιππος Λαμπριανού και Ζωή Νικολάου. Διοργανώνεται από τον Οδοντιατρικό Σύλλογο Πάφου στο ξενοδοχείο Aloe στη Πάφο.

## Αμμόχωστος

**Σάββατο 31/05/14 «Διαγνωστικά και Θεραπευτικά διλήμματα στην Ενδοδοντία»**

Ομιλητές: Θ. Λαμπριανίδης, Ν. Οικονομίδης και ο Γ. Τσομπανίδης. Διοργανώνεται από τον Οδοντιατρικό Σύλλογο Αμμοχώστου και την Ενδοδοντολογική Εταιρεία Κύπρου, στο ξενοδοχείο Grecian Park στην Αγία Νάπα.

## Λονδίνο

**Δευτέρα – Παρασκευή 28/07/14 - 01/08/14 Πρακτικό πενθήμερο Εκπαιδευτικό πρόγραμμα «Αισθητική Οδοντιατρική»**

Διοργανώνεται από τον Οδοντιατρικό Σύλλογο Λευκωσίας Κερύνειας και Eastman Dental Institute, στο Λονδίνο στις εγκαταστάσεις του EDI.

## Ινδία

**Πέμπτη - Κυριακή 11-14/09/14 Παγκόσμιο Οδοντιατρικό Συνέδριο**

Διοργανώνεται από την Παγκόσμια Οδοντιατρική Ομοσπονδία (FDI) στην Ινδία.

# 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 ΑΤΑ, ΤΗΛ. 22815777, ΛΕΥΚΩΣΙΑ