Το Περιοδικό του Ο.Σ.Π.

Έτος 2025 - Τεύχος #3

Τριμηνιαία έκδοση του Οδοντιατρικού Συλλόγου Πειραιά



www.osp.gr

Το περιοδικό του Ο.Σ.Π.
Τριμηνιαία έκδοση του Οδοντιατρικού Συλλόγου Πειραιώς
Έτος 2025 – Τεύχος #3

Περιεχόμενα

Εκδότης:
Μιχάλης Αγρανιώτης
Ζέας 143,
18534 Πειραιάς
Τηλ: 210 4113513

Νοταρά 71,
Τηλ.: 210 4171234 -
Fax: 210 4137751
E-mail: info@osp.gr
Site: www.osp.gr

Facebook:
Οδοντιατρικός Σύλλογος Πειραιώς
Instagram:
ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΙΚΟΣ ΣΥΛΛΟΓΟΣ ΠΕΙΡΑΙΑ

Τεύχος #3

Σχεδίαση:
CREATIVE VISION ENTERTAINMENT

Μήνυμα προέδρου 3

Εξελίξεις στον κλάδο
Συνάντηση ΟΣΠ με Αντιπεριφερειάρχη Πειραιώς Κ. Βοιδονικόλα 4
Πρόταση ΟΣΠ προς Π. Αττικής για ένταξη οδοντίατρων σε χρηματοδοτ. προγράμματα 5
Οροί,προϋποθέσεις,προδιάγραφες για χορήγηση πρωτοξειδίου αζώτου σε πολύ/οδοντ/ρεία 7
Λειτουργία οδοντιατρείου για ΑμεΑ στα Στρατιωτικά Νοσοκομεία 11
Σύσταση νέου ΔΣ της (Ε.Ε.Ν.Ο. – Ο.Ε.Φ.) για την τριετία 2025-2028 12

Βήμα Παρατάξεων
Για τον ενωτικό συνδυασμό 14
Για τους δυναμικούς οδοντιάτρους 16

Επιστημονική επιτροπή
Διημερίδα ΟΣΠ 6 και 7 Δεκεμβρίου 2025 17
Οδοντογενής ιγμορίτιδα ενδοδοντικής αιτιολογίας 21
Έξοδος εμφρακτικών υλικών στους περιακρορριζικούς ιστούς 32
Φοιτητές Νοσηλευτικής και Τεχνητή Νοημοσύνη 50
Σεμινάριο εξ αποστάσεως ΟΣΠ 19 Ιουνίου 2025 51
47ο Πανελλήνιο Παιδοδοντικό Συνέδριο 52

Προληπτική επιτροπή
Τα νέα της προληπτικής επιτροπής 55

Ελεύθερο Βήμα
Από την Ιατρική στην Επιχειρηματικότητα 59
Οδοντιατρική περίθαλψη κατά την διάρκεια του Β΄ ΠΠ 61
Γυναίκα ξαναβλέπει χάρη σε επέμβαση με δόντι στο μάτι 65

Καλλιτεχνικά και δημόσιες σχέσεις
76η επέτειο της Εθνικής Ημέρας της Κίνας 66
Μνήμη του κόσμου, όραμα της ειρήνης: Έκθεση στο Ζάππειο Μέγαρο 67
Όταν Οδοντιατρική και Κινηματογράφος Συνομιλούν 68

***Κάθε άρθρο είναι επιμελημένο από τον συντάκτη του, ο οποίος φέρει και την πλήρη ευθύνη για αυτό.**

Συντακτική επιτροπή

Αγραπίδου Μαρία
Πρόεδρος Επιτροπής Περιοδικού,
Μέλος Δ.Σ. του Ο.Σ.Π.



Σταματάκη Βασιλική
Πρόεδρος Προληπτικής Επιτροπής



Παναγιώτου Ελένη Α'
Αντιπρόεδρος Προληπτικής Επιτροπής



Λιαράκου Κατερίνα
Β' Αντιπρόεδρος Προληπτικής Επιτροπής



Καλουμένου Βέρα
Συντονίστρια Επιστημονικού Τμήματος Ο.Σ.Π.
Μέλος Δ.Σ. του Ο.Σ.Π.



Μήνυμα Προέδρου

ΕΝΩΜΕΝΟΙ ΜΠΟΡΟΥΜΕ

Με αφορμή την συμπλήρωση των 100 χρόνων του συλλόγου μας το 2026 αξίζει πιστεύω να κάνουμε μια σύντομη αναφορά σε κάποιες ενέργειες και πρωτοβουλίες οι οποίες θα τον οδηγήσουν στην δεύτερη 100ετία με το ρόλο και το προφίλ το οποίο αξίζει σε ένα σύγχρονο παρεμβατικό και κατά το δυνατό αποτελεσματικό επιστημονικό σύλλογο.
Τα τελευταία χρόνια έχουμε δημιουργήσει έναν μεγαλύτερο, πλήρως ανανεωμένο ψηφιακά σύλλογο, με καθημερινή αποτελεσματικότατη γραμματειακή υποστήριξη καθώς και επικοινωνία με όλα τα μέλη μας και όχι μόνο.
Καταφέραμε και βάλαμε τον σύλλογο μας στον ευρωπαϊκό χάρτη σε προγράμματα πρόληψής και καταγραφών καθώς επελέγη ως ο μοναδικός εταίρος από τον οδοντιατρικό κόσμο υπό την European Commission (‘EU4Health Programme’) για την περίοδο 2021-2027 και σε συνεργασία με άλλους ευρωπαϊκούς οργανισμούς και πανεπιστήμια.
Μέσα από τις επιστημονικές εκδηλώσεις κάθε είδους (ημερίδες, συνέδρια, πρακτικά σεμινάρια, webinars) δίνουμε στον συνάδελφο σύγχρονες γνώσεις και απόψεις που αφορούν την επιστήμη μας καθώς επίσης καταφέραμε να εδραιώσουμε την θέση του συλλόγου στην τοπική αλλά και συνολικά στην ελληνική κοινωνία ως ένα επιστημονικό σύλλογο που μια από τις βασικές του προτεραιότητες είναι η προσφορά και η βαθιά του πίστη στην αναγκαιότητα πρόληψης καθώς και στην ανάδειξη της σημαντικότητας της στοματικής υγείας μέσα από τις προληπτικές του δράσεις.
Οι παρεμβάσεις μας σε θέματα που αφορούν τον οδοντίατρο, ελεύθερο επαγγελματία/δημόσιο και συνολικά το επάγγελμά μας ήταν πάντα καίριες και με τεκμηριωμένες προτάσεις προς πάσα κατεύθυνση, μένοντας πάντα σε πλήρη σύμπνοια με την Πανελλήνια Ενωτική Πρωτοβουλία, παράταξη η οποία εκπροσωπεί στην ΕΟΟ την διοικούσα παράταξη του συλλόγου μας, φέρνοντας άλλοτε μικρά αποτελέσματα και επιτυχίες αλλά ακόμα και χωρίς αυτές καταφέρνουμε να κάνουμε πάντα αισθητή την παρουσία μας και καμιά φορά ενοχλητική.
Όλα τα παραπάνω αποδεικνύουν την αξία της ενασχόλησης με τα κοινά του κλάδου μας εις βάρος πολλές φορές άλλων προσωπικών και επαγγελματικών ωφελειών η οποία ενασχόληση όμως, με τις λίγες και μικρές νίκες, είναι αυτή που σου δίνει την δύναμη να πας παρακάτω.
Αγαπητοί συνάδελφοι το μόνο που ζητάμε και κρίνουμε απαραίτητο είναι η συμμετοχή σας σε όσα προσπαθούμε , η κριτική σας θετική ή αρνητική και κυρίως η άποψη σας, η γνώμη σας , ένας μικρός λόγος ο οποίος βοηθάει να μεταλαμπαδεύσουμε στους νεότερους ό,τι θεωρούμε καλύτερο ώστε να συνεχίσουμε όλοι μαζί στην δεύτερη 100ετία και να κερδίσουμε και μεγαλύτερες μάχες.

Ο Πρόεδρος του Ο.Σ.Π
Μιχάλης Αγρανιώτης



Εξελίξεις στον κλάδο

Συνάντηση ΟΣΠ με Αντιπεριφερειάρχη Πειραιώς Κ. Βοϊδονικόλα

Επίσημη επίσκεψη πραγματοποίησε στις 23-9-2025 το προεδρείο του Οδοντιατρικού Συλλόγου Πειραιώς στον νέο Αντιπεριφερειάρχη ΠΕ Πειραιά Σταύρο Βοϊδονικόλα.
Εκτός του εθιμοτυπικού χαρακτήρα της επίσκεψης κατά την οποία το προεδρείο συνεχάρη για την ανάληψη των καθηκόντων του τον νέο Αντιπεριφερειάρχη, ακολούθησε και μια εφ' όλης της ύλης συζήτηση και ενημέρωση σε ένα πολύ ευχάριστο και εγκάρδιο κλίμα. Δίνοντας έμφαση στη χρηματοδότηση από την Περιφέρεια για την απόκτηση κινητής οδοντιατρικής μονάδας η οποία θα εξυπηρετεί τον Πειραιά και την ευρύτερη περιοχή υπό την ευθύνη της Περιφέρειας και με τη συνδρομή των εθελοντών οδοντιάτρων του Συλλόγου Πειραιά.
Τα συμπεράσματα μόνο θετικά ήταν καθώς φάνηκε από την αρχή ότι η εξαιρετική συνεργασία την οποία είχε ο Σύλλογος μας με την Περιφέρεια θα συνεχιστεί και θα ενισχυθεί ακόμα περισσότερο.
Ευχόμαστε στον νέο Αντιπεριφερειάρχη καλή δύναμη στο έργο του.



ΠΡΟΤΑΣΗ ΟΣΠ ΠΡΟΣ ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ ΑΤΤΙΚΗΣ ΓΙΑ ΕΝΤΑΞΗ ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΩΝ ΣΕ ΧΡΗΜΑΤΟΔΟΤΟΥΜΕΝΑ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΑ

Ελληνική Δημοκρατία
Υπουργείο Υγείας
Οδοντιατρικός Σύλλογος Πειραιά
Ν.Π.Δ.Δ.
Γραφεία : Νοταρά 71 - 185 35 Πειραιάς
Τηλ 2104171234 - Fax 2104137751
Email: info@osp.gr

Αριθ. Πρωτ. 412

Πειραιάς 9/07/2025

Προς
Περιφερειάρχη Αττικής
κ. Νίκο Χαρδαλιά

Θέμα: «**Αίτημα Ένταξης και Αναγνώρισης της Επιλεξιμότητας Οδοντιατρείων στις Δράσεις της «Στρατηγικής Έξυπνης Εξειδίκευσης (RIS3) 2021-2027**»

Η παρούσα επιστολή αποστέλλεται εκ μέρους του Οδοντιατρικού Συλλόγου Πειραιά και αποσκοπεί στην υποβολή αιτήματος για την ένταξη και αναγνώριση της επιλεξιμότητας των οδοντιατρείων στις δράσεις της «Στρατηγικής Έξυπνης Εξειδίκευσης (RIS3) 2021-2027», καθώς και σε πιθανές αντίστοιχες προτάσεις, ώστε να διευκολυνθεί η πρόσβαση του κλάδου στα διαθέσιμα χρηματοδοτικά εργαλεία προς όφελος της καινοτομίας και της δημόσιας υγείας.

Προς αυτή την κατεύθυνση αξίζει να τονιστεί πως τα σύγχρονα οδοντιατρεία, παρά τη μικρή τους κλίμακα, ενσωματώνουν τεχνολογική καινοτομία *(λ.χ. Ψηφιακή Οδοντιατρική, Τεχνολογία laser, Ψηφιοποίηση φακέλου ασθενούς)* και συμβάλλουν στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας, αλλά και στον οδοντιατρικό τουρισμό, σύμφωνα με τις προτεραιότητες της RIS3. Εντούτοις, παρά τις σημαντικές δυνατότητες των οδοντιάτρων και των θεσμικών φορέων τους, ο οδοντιατρικός κλάδος παραμένει σε μεγάλο βαθμό αποκλεισμένος από συγχρηματοδοτούμενα προγράμματα, λόγω διοικητικών κριτηρίων, όπως η υποχρεωτική απασχόληση μόνιμου προσωπικού.

Πιο συγκεκριμένα, η υφιστάμενη ερμηνεία της έννοιας «φορέας με προσωπικό» αποκλείει αδικαιολόγητα μικρές, αλλά καινοτόμες μονάδες, οι οποίες εφαρμόζουν τεχνολογία αιχμής και προσφέρουν υπηρεσίες υγείας με υψηλή κοινωνική προστιθέμενη αξία. Ενδεικτικά αναφέρεται πως από τους περίπου 5.000 ιδιώτες οδοντιάτρους που δραστηριοποιούνται στην Περιφέρεια Αττικής, περισσότεροι από τους μισούς λειτουργούν χωρίς μόνιμο προσωπικό ή βοηθό. Ωστόσο, τα οδοντιατρεία αυτά, επωμίζονται σχεδόν το σύνολο των οδοντιατρικών θεραπειών των ασθενών στην περιφέρεια Αττικής καθώς τα οδοντιατρικά τμήματα των δημόσιων νοσοκομείων ή υπολειτουργούν ή δέχονται κατά βάσει επείγοντα

περιστατικά, υλοποιούν ουσιώδεις ιδιωτικές επενδύσεις σε σύγχρονο τεχνολογικό εξοπλισμό, συνεργάζονται με εξωτερικούς επιστημονικούς και τεχνικούς συνεργάτες και συνιστούν θεμελιώδη πυλώνα υγειονομικής παροχής και καινοτομίας στον κλάδο.

Σε συνέχεια των ως άνω και με γνώμονα την ενίσχυση της καινοτομίας, τη βελτίωση της ποιότητας υπηρεσιών υγείας και την ενδυνάμωση του ρόλου της Πρωτοβάθμιας Οδοντιατρικής Φροντίδας ως βασικού πυλώνα της δημόσιας υγείας, θεωρούμε αναγκαία την προσαρμογή των υφιστάμενων κριτηρίων και διαδικασιών, ώστε να ανταποκρίνονται καλύτερα στις σύγχρονες ανάγκες και προκλήσεις του κλάδου. Πιο συγκεκριμένα, προτείνονται τα κάτωθι:

- ☑ **Τροποποίηση του κριτηρίου «υπαλλήλου»** με ευρύτερη ερμηνεία που να περιλαμβάνει συνεργασίες με εξωτερικούς επαγγελματίες.
- ☑ **Έκδοση εξειδικευμένης πρόσκλησης** για μικρές ιατρικές και οδοντιατρικές μονάδες, στο πλαίσιο των δράσεων RIS3.
- ☑ **Υιοθέτηση «τεκμηρίου καινοτομίας»** για μονάδες που ενσωματώνουν συγκεκριμένες τεχνολογίες ή πρακτικές αιχμής.
- ☑ **Δημιουργία Δικτύου Ψηφιακής Πρωτοβάθμιας Φροντίδας**, με έμφαση στην αποκέντρωση, τη διαλειτουργικότητα και την ενίσχυση των υποδομών υγείας μικρής κλίμακας.

Ευχόμαστε η πρότασή μας να τύχει θετικής εξέτασης και παραμένουμε στη διάθεσή σας για κάθε διευκρίνιση.

Για το Δ.Σ.
του ΟΣΠ

Ο Πρόεδρος **Ο Γ. Γραμματέας**

Μ.Αγρανιώτης **Α.Καράγεωργας**

Κοινοποίηση:
1. Τμήμα Διαχείρισης & Παρακολούθησης Προγραμμάτων και Έργων Περιφέρειας Αττικής
2. Υπουργείο Υγείας - Γενική Γραμματεία Δημόσιας Υγείας
3. Προϊστάμενο Ειδικής Υπηρεσίας Διαχείρισης Επιχειρησιακού Προγράμματος Περιφέρειας Αττική κ. Δρόση Δημήτρη
4. ΠΕ Πειραιά – Αντιπεριφερειάρχη κα Αντωνάκου Σταυρούλα
5. ΠΕ Νότιου Τομέα – Αντιπεριφερειάρχη κ. Θεοδωρόπουλο Χρήστο

ΟΡΟΙ, ΠΡΟΫΠΟΘΕΣΕΙΣ ΚΑΙ ΠΡΟΔΙΑΓΡΑΦΕΣ ΓΙΑ ΤΗ ΧΟΡΗΓΗΣΗ ΠΡΩΤΟΞΕΙΔΙΟΥ ΤΟΥ ΑΖΩΤΟΥ ΣΕ ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΕΙΑ ΚΑΙ ΠΟΛΥΟΔΟΝΤΙΑΤΡΕΙΑ

ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ

ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΙΚΗ ΟΜΟΣΠΟΝΔΙΑ
Θεμιστοκλέους 38, 106 78 ΑΘΗΝΑ
τηλ. 210-3813380, 210-3303721, e-mail: info@eoo.gr

Αρ. Πρωτ. 639 Φ 43 Αθήνα, 4 Ιουλίου 2025

Προς τους
Οδοντιατρικούς Συλλόγους της Χώρας

ΕΓΚΥΚΛΙΟΣ

ΘΕΜΑ: Εγκύκλιος για την αίτηση χρήσης πρωτοξειδίου του αζώτου, οδοντιάτρων και βοηθητικού προσωπικού

ΟΡΟΙ, ΠΡΟΥΠΟΘΕΣΕΙΣ ΚΑΙ ΠΡΟΔΙΑΓΡΑΦΕΣ ΓΙΑ ΤΗ ΧΟΡΗΓΗΣΗ ΠΡΩΤΟΞΕΙΔΙΟΥ ΤΟΥ ΑΖΩΤΟΥ ΣΕ ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΕΙΑ ΚΑΙ ΠΟΛΥΟΔΟΝΤΙΑΤΡΕΙΑ

Η απόφαση **Γ1δ/Γ.Π.οικ.29172/4-6-2024 – ΦΕΚ 3103/2024** αφορά στη χρήση του πρωτοξειδίου του αζώτου για την επίτευξη ενσυνείδητης καταστολής στον ασθενή του οδοντιατρείου αποκλειστικά και μόνο με τη χρήση μείγματος πρωτοξειδίου του αζώτου και οξυγόνου, από οδοντίατρο που έχει λάβει την ειδική εκπαίδευση που ορίζεται στην παρ. 2 του άρθρου 5 και με τη συνδρομή άλλου ατόμου εκ του βοηθητικού προσωπικού της παρ. 9 του άρθρου 5. Με τον όρο βοηθητικό προσωπικό εννοείται το κατάλληλα εκπαιδευμένο άτομο που συνεργάζεται με τον οδοντίατρο στην παροχή οδοντιατρικής φροντίδας «τεσσάρων χειρών».

Απαραίτητες ενέργειες υποψηφίων οδοντιάτρων για τη χρήση Πρωτοξειδίου του Αζώτου στο οδοντιατρείο/πολυοδοντιατρείο.

Α. Βεβαίωση κατάρτισης του οδοντίατρου για τη χρήση του πρωτοξειδίου του αζώτου.

Η Βεβαίωση κατάρτισης του οδοντίατρου για τη χρήση του πρωτοξειδίου του αζώτου εκδίδεται από την Ε.Ο.Ο. και έχει πενταετή ισχύ (άρθρο 5 – παρ. 6).

Η Ελληνική Οδοντιατρική Ομοσπονδία (Ε.Ο.Ο.), επικουρούμενη από το Ινστιτούτο Επιστημονικών Θεμάτων (Ι.Ε.ΘΕ.), το οποίο γνωμοδοτεί για την επάρκεια των φορέων εκπαίδευσης και για κάθε ζήτημα εκπαίδευσης στη χρήση του πρωτοξειδίου του αζώτου, πιστοποιεί φορείς εκπαίδευσης στη χρήση του πρωτοξειδίου του αζώτου (άρθρο 5 – παρ. 4).

ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΑ ΕΚΔΟΣΗΣ ΒΕΒΑΙΩΣΗΣ

1. Ηλεκτρονική αίτηση στην ιστοσελίδα της Ε.Ο.Ο. (πεδίο Βεβαιώσεις/Πιστοποιητικά/Ειδικότητες → Βεβαιώσεις → Πρωτοξείδιο – αίτηση για οδοντιάτρους

2. Απαραίτητα δικαιολογητικά/προϋποθέσεις/προσόντα για την ολοκλήρωση της αίτησης

1.	Πτυχίο Οδοντιατρικής ΕΕ ή άλλων χωρών αναγνωρισμένο στην Ελλάδα. *
2.	Εκπαίδευση στο Εξωτερικό με βάση τα αναφερόμενα στο ΦΕΚ 3103/2024 **ή** Εκπαίδευση στην Ελλάδα με βάση το Άρθρο 5 του ΦΕΚ 3103/2024 **
3.	Πιστοποιητικό ILS (εντός τριετίας) *
4.	Τυχόν Μεταπτυχιακή εκπαίδευση στο Ν2Ο μέσω προγραμμάτων ΣΓΠΧ, Χειρουργικής Στόματος, Οδοντιατρικής Ειδ. Φροντίδας και Παιδοδοντιατρικής με βάση το ΦΕΚ 3103/2024.**
5.	Επικαιροποίηση με βάση τα προβλεπόμενα στο σχετικό ΦΕΚ εφόσον έχει παρέλθει η 10ετία.**
6.	Πιστοποιημένη ανάλογη δραστηριότητα στην ΕΕ ή τις ΗΠΑ ή άλλων χωρών με ανάλογη Νομοθετική Επάρκεια.**

*** υποχρεωτικά προσόντα/προϋποθέσεις.**

**** απαραίτητο τουλάχιστον ένα (1) από τα πεδία 2-4-5-6.**

3. Παράβολο ύψους 100€ με δυνατότητα online εξόφλησης ή τραπεζικής κατάθεσης.

Β. Πιστοποιητικό καταλληλότητας οδοντιατρείου/πολυοδοντιατρείου για χρήση Πρωτοξειδίου του Αζώτου

Μετά τη λήψη της Βεβαίωσης κατάρτισης του οδοντίατρου από την Ε.Ο.Ο., ο/η χρήστης απευθύνεται στον **Οδοντιατρικό Σύλλογο** που είναι εγγεγραμμένος/η για την έκδοση ΠΙΣΤΟΠΟΙΗΤΙΚΟΥ ΚΑΤΑΛΛΗΛΟΤΗΤΑΣ ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΕΙΟΥ ΠΟΛΥΟΔΟΝΤΙΑΤΡΕΙΟΥ (Παράρτημα ΦΕΚ 3103/2024).

Το Πιστοποιητικό καταλληλότητας έχει 5ετή ισχύ. Κατά τη διάρκεια της 5ετίας, ο υπεύθυνος οδοντίατρος φροντίζει για την ανανέωση των δικαιολογητικών που υποβλήθηκαν για την έκδοσή του ώστε αυτά να είναι πάντοτε σε ισχύ. Με τη λήξη του Πιστοποιητικού, υποβάλλεται αίτηση ανανέωσης. Η ισχύς του Πιστοποιητικού καταλληλότητας για χρήση πρωτοξειδίου του αζώτου συναρτάται με την ισχύ των δικαιολογητικών που απαιτούνται για την έκδοση αυτού (άρθρο 4. – παρ. 6).

Φάκελος με τα αναφερόμενα στην παρούσα δικαιολογητικά τηρείται στο οδοντιατρείο/οδοντιατρείο, με ευθύνη του επιστημονικά υπεύθυνου οδοντιάτρου (άρθρο 5 – παρ. 10).

Απαραίτητες ενέργειες βοηθητικού προσωπικού για τη χρήση Πρωτοξειδίου του Αζώτου στο οδοντιατρείο/πολυοδοντιατρείο.

Πιστοποιητικό παρακολούθησης σεμιναρίων για τη χρήση του πρωτοξειδίου του αζώτου για βοηθητικό προσωπικό.

Το βοηθητικό προσωπικό του οδοντιατρείου/οδοντιατρείου εντός πολυοδοντιατρείου εκπαιδεύεται από τους πιστοποιημένους φορείς στα δωδεκάωρα θεωρητικά σεμινάρια που προβλέπονται για τους οδοντίατρους, και λαμβάνει πιστοποιητικό παρακολούθησης από τον εκπαιδευτικό φορέα, το οποίο έχει πενταετή ισχύ (άρθρο 5 – παρ. 9).

Η Ελληνική Οδοντιατρική Ομοσπονδία (Ε.Ο.Ο.), επικουρούμενη από το Ινστιτούτο Επιστημονικών Θεμάτων (Ι.Ε.ΘΕ.), το οποίο γνωμοδοτεί για την επάρκεια των φορέων εκπαίδευσης και για κάθε ζήτημα εκπαίδευσης στη χρήση του πρωτοξειδίου του αζώτου, πιστοποιεί φορείς εκπαίδευσης στη χρήση του πρωτοξειδίου του αζώτου (άρθρο 5 – παρ. 4).

ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΑ ΕΚΔΟΣΗΣ ΠΙΣΤΟΠΟΙΗΤΙΚΟΥ

1. Ηλεκτρονική αίτηση στην ιστοσελίδα της Ε.Ο.Ο. (πεδίο Βεβαιώσεις/Πιστοποιητικά/Ειδικότητες → Βεβαιώσεις → Πρωτοξείδιο – αίτηση βοηθητικού προσωπικού
2. Σεμινάριο ILS (εντός τριετίας)
3. Παράβολο ύψους 100€ με δυνατότητα online εξόφλησης ή τραπεζικής κατάθεσης.

Με συναδελφικούς χαιρετισμούς,

Για το Διοικητικό Συμβούλιο της
Ελληνικής Οδοντιατρικής Ομοσπονδίας

Ο Πρόεδρος **Ο Γενικός Γραμματέας**

ΑΘΑΝΑΣΙΟΣ Α. ΔΕΒΛΙΩΤΗΣ **ΔΗΜΗΤΡΙΟΣ Β. ΚΗΤΤΑΣ**

ΜΟΛΙΣ ΚΥΚΛΟΦΟΡΗΣΕ!

Νόμος 5195/2025

Ρύθμιση υγειονομικών θεμάτων των Ενόπλων Δυνάμεων και λοιπές διατάξεις.

Άρθρο 47

Λειτουργία οδοντιατρείου για άτομα με αναπηρία

1. Στο Οδοντιατρικό Τμήμα των Στρατιωτικών Νοσοκομείων λειτουργεί οδοντιατρείο για άτομα με αναπηρία (ΑμεΑ) με την υποστήριξη ειδικού αναισθησιολόγου, κατόπιν προγραμματισμένης επίσκεψης (ραντεβού).

2. Δικαιούχοι παροχής οδοντιατρικών υπηρεσιών για ΑμεΑ στα στρατιωτικά νοσοκομεία ορίζονται:

α) οι δικαιούχοι υγειονομικής περίθαλψης στα Στρατιωτικά Νοσοκομεία, καθώς και οι σύζυγοι ή συμβίοι και τα τέκνα αυτών, σύμφωνα με την περ. γ) της παρ. 1 του άρθρου 2 του π.δ. 62/2023 (Α' 114), περί του καθορισμού των μελών της οικογένειας των στρατιωτικών και

β) λοιπά ΑμεΑ, σε ποσοστό τριάντα τοις εκατό (30%) επί των προγραμματισμένων ημερήσιων επισκέψεων (ραντεβού).

Μιχάλης Αγρανιώτης
Πρόεδρος ΟΣΠ
Χειρουργός Οδοντίατρος

Κάντε κλικ εδώ για να διαβάσετε τον νόμο στην ΕΦΗΜΕΡΙΔΑ ΤΗΣ ΚΥΒΕΡΝΗΣΕΩΣ ΤΗΣ ΕΛΛΗΝΙΚΗΣ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑΣ - 9 Μαΐου 2025 ΤΕΥΧΟΣ ΠΡΩΤΟ Αρ. Φύλλου 73

ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΕΤΑΙΡΕΙΑ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΗΣ ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΙΚΗΣ
ΚΑΙ ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΙΚΗΣ ΕΙΔΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ
(ΕΕΝΟ-ΟΕΦ)
HELLENIC SOCIETY FOR HOSPITAL DENTISTRY
AND SPECIAL CARE DENTISTRY
(HSHD-SCD)
Μαυρογένους 32, Τ.Κ. 12461, Χαϊδάρι, Αθήνα
Τηλ. 6977005560

Αθήνα, 23 Σεπτεμβρίου 2025
Αρ. πρωτ.: 18

ΘΕΜΑ: Σύνθεση νέου Διοικητικού Συμβουλίου της «Ελληνικής Εταιρείας Νοσοκομειακής Οδοντιατρικής και Οδοντιατρικής Ειδικής Φροντίδας»
(Ε.Ε.Ν.Ο. – Ο.Ε.Φ.) για την τριετία 2025-2028

Αξιότιμε κ. Πρόεδρε και κυρίες και κύριοι συνάδελφοι,
το νέο Διοικητικό Συμβούλιο της «Ελληνικής Εταιρείας Νοσοκομειακής Οδοντιατρικής και Οδοντιατρικής Ειδικής Φροντίδας» (Ε.Ε.Ν.Ο. – Ο.Ε.Φ.) για την τριετία 2025-2028 έχει ως ακολούθως:

Πρόεδρος: Φλώρα Βάλβη το γένος Ζερβού
Α' Αντιπρόεδρος: Ευαγγελία Μπογοσιάν
Β' Αντιπρόεδρος: Ελεάνα Στουφή
Γεν. Γραμματέας: Αθανάσιος Σπηλιωτόπουλος
Αν. Γεν. Γραμματέας: Ολυμπία Πλιάχα
Ταμίας: Γεώργιος Αναστασόπουλος
Μέλη: Αντώνιος Πατρικίου, Αρετή Χαβαλέ, Βενετία Σωτήρη.

Με εκτίμηση,

Η Πρόεδρος Ο Γεν. Γραμματέας



Φλώρα Βάλβη το γένος Ζερβού Αθανάσιος Σπηλιωτόπουλος

Για τον ενωτικό συνδυασμό



Αγαπητοί συνάδελφοι η «νέα επαγγελματική σεζόν» μετά τις καλοκαιρινές διακοπές ξεκίνησε για όλους μας βάζοντας μας ξανά στην καθημερινότητα της άσκησης της οδοντιατρικής και στα θέματα που αντιμετωπίζουμε. Μέσα από το παράθυρο επικοινωνίας που μου δίνει το ηλεκτρονικό περιοδικό με τους συναδέλφους μου θέλω να επικοινωνήσω κάποιες σκέψεις και να μοιραστώ κάποια νέα σχετικά με την οδοντιατρική κοινότητα. Σίγουρα όλοι μας στεκόμαστε με απορία και αγωνία μπροστά στις εξελίξεις τόσο στο ασφαλιστικό όσο και στο συνταξιοδοτικό αλλά και στο φορολογικό πλαίσιο στα οποία καλούμαστε να λειτουργήσουμε σαν επαγγελματίες υγείας. Λύσεις εύκολες εδώ δεν υπάρχουν, έχουν λείψει οι λέξεις από τον δημόσιο διάλογο που θα αναδείκνυαν ουσιαστικές προτάσεις, αφηρημένα ευχολόγια και επιφανειακά συνθήματα ακούγονται δυστυχώς σε όλα τα επίπεδα. Μόνο η οργάνωση μας και οι ολοκληρωμένες προτάσεις μπορούν να βοηθήσουν κάθε έναν από εμάς και όλους μαζί.

Υπάρχουν τέτοιες προτάσεις θα απορήσουν οι περισσότεροι; Ναι υπάρχουν , είναι δομημένες και αντιπροσωπευτικές και παραθέτονται με την βοήθεια της ψηφιακής τεχνολογίας κάτωθεν και φυσικά είναι ανοικτές σε παρατηρήσεις και βελτιώσεις. Το ζητούμενο είναι να βρεθούν τα αυτιά που θα τις ακούσουν στα ανώτερα κλιμάκια της κεντρικής εξουσίας.
Είναι όμως αυτά τα μόνα προβλήματα του κλάδου μας; Φυσικά και όχι, το μεγάλο κόστος απόκτησης και λειτουργίας ενός οδοντιατρείου , τα εργασιακά δικαιώματα των νέων συναδέλφων που δουλεύουν με μπλοκάκι , η κατάσταση και οι ανάγκες των οδοντιατρικών τμημάτων στις δημόσιες δομές υγείας αλλά και η αναγκαιότητα για εκσυγχρονισμό σε εξοπλισμό όπως και αυτή της συνεχιζόμενης εκπαίδευσης έρχονται στο μυαλό όλων μας.

Σαν προεδρείο του Ο.Σ.Π και της Πανελλήνιας Ενωτικής Πρωτοβουλίας (Π.Ε.Π) έχουμε επικεντρωθεί και στην διεκδίκηση, με δομημένες προτάσεις , για την συμπερίληψη των οδοντιάτρων σε προγράμματα ΕΣΠΑ και στην προστασία των νέων συναδέλφων που εργάζονται σε καθεστώς παροχής υπηρεσιών. Άμεσες παρεμβάσεις έχουν γίνει και γίνονται στις δημόσιες δομές υγείας προκειμένου να αναβαθμιστούν υλικοτεχνικά αυτές αλλά και να βοηθηθούν οι συνάδελφοι που εργάζονται σε αυτές .

Στην πρόκληση της αναγκαιότητας για συνεχιζόμενη εκπαίδευση απαντήσαμε με οργανωμένη πρόταση σεμιναρίων και ημερίδων με πλούσια θεματολογία και όλες τις μορφές παρουσίασης (δια ζώσης αλλά και webinar) αλλά και μοριοδότηση από το ΙΕΘΕ αποτελώντας τον μοναδικό οδοντιατρικό σύλλογο που το κάνει συστηματικά και με συνέπεια .Την ίδια στιγμή που στην πρόσφατη Γενική Συνέλευση της ΕΟΟ υπήρξε πλήρης απουσία συγκροτημένων προτάσεων για το θέμα της εκπαίδευσης τόσο θεσμικά όσο και από τις παρατάξεις που μετέχουν σε αυτήν , αρκετές δόσεις λαϊκισμού και μισόλογα.

Είναι όλα μαύρα λοιπόν; Σίγουρα είναι δύσκολα, δεν είναι μαύρα. Η αλλαγή νοοτροπίας και ο τρόπος που λειτουργούμε καθημερινά στο ιατρείο μας , η αίσθηση της ευθύνης απέναντι στους ασθενείς μας αλλά και του σεβασμού στον κόπο που έχουμε κάνει όλοι, μας οδηγούν στο να είμαστε ενωμένοι , διεκδικητικοί και συμμετοχικοί.

Συναδελφικά,
Θάνος Καράγεωργας,
Γ.Γ Οδοντιατρικού Συλλόγου Πειραιά
Χειρουργός Οδοντίατρος-Msc Στοματολογίας ΕΚΠΑ

Οι θέσεις και οι προτάσεις του Ενωτικού Συνδυασμού για το ασφαλιστικό όπως τις εισηγήθηκε στο συμβούλιο της ΕΟΟ ο Βασίλης Σταθόπουλος μέλος ΔΣ ΕΟΟ εκ μέρους της Πανελλήνιας Ενωτικής Πρωτοβουλίας (Π.Ε.Π) οι οποίες και έγιναν ομόφωνα αποδεκτές από το Δ.Σ της ΕΟΟ και τις οποίες ακόμα περιμένουμε να υλοποιηθούν.

ΠΑΤΗΣΤΕ ΕΔΩ ΓΙΑ ΝΑ ΔΙΑΒΑΣΕΤΕ ΤΙΣ ΘΕΣΕΙΣ ΚΑΙ ΤΙΣ ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ ΜΑΣ

Για τους δυναμικούς οδοντιάτρους

Με ευθύνη, διαφάνεια και φωνή – Για έναν σύλλογο κοντά στον οδοντίατρο



Λιγότερο από έξι μήνες απομένουν μέχρι τις εκλογές των Οδοντιατρικών Συλλόγων. Είναι, λοιπόν, η κατάλληλη στιγμή για έναν ουσιαστικό απολογισμό – όχι μόνο των πεπραγμένων, αλλά και της συνολικής πορείας του κλάδου μας. Είναι κοινώς αποδεκτό ότι οι περισσότεροι σύλλογοι – με ελάχιστες εξαιρέσεις – δεν έχουν επιδείξει ιδιαίτερη κινητικότητα σε κεντρικά, καίρια ζητήματα που απασχολούν τους οδοντιάτρους. Αντιθέτως, έχουν περιοριστεί κυρίως στη διεκπεραίωση γραφειοκρατικών υποθέσεων και στην παροχή εκπαιδευτικών σεμιναρίων, χωρίς να αγγίζουν τις μεγάλες προκλήσεις που αντιμετωπίζουμε ως επαγγελματίες υγείας.

Οι υποσχέσεις για προσλήψεις οδοντιάτρων στα νοσοκομεία, όπως διατυπώθηκαν στο 1ο Οδοντιατρικό Forum, παρέμειναν λόγια του αέρα. Η εικόνα του ΕΣΥ συνεχίζει να φθίνει, με τις επιταγές της ιδιωτικοποίησης να εντείνονται. Κάποιοι, μάλιστα, πανηγυρίζουν για την είσοδο ιδιωτών στα δημόσια νοσοκομεία. Όμως όλοι γνωρίζουμε καλά πως αυτό το μοντέλο επιβαρύνει ασθενείς και οδοντιάτρους, ενώ παράλληλα απαξιώνει το δημόσιο σύστημα υγείας. Εμείς, ως παράταξη των Δυναμικών Οδοντιάτρων Πειραιά, δεν σιωπήσαμε ποτέ. Στεκόμαστε με συνέπεια και υπευθυνότητα μέσα στον Σύλλογό μας, δίνοντας καθημερινά τη μάχη για τα συμφέροντα των συναδέλφων.

Σε τοπικό επίπεδο, παρεμβαίνουμε σταθερά για την προάσπιση των δικαιωμάτων των οδοντιάτρων του Πειραιά, είτε πρόκειται για ζητήματα λειτουργίας των ιατρείων, για τοπικές φορολογικές/νομικές πιέσεις, είτε για τη στήριξη συναδέλφων σε πρακτικά ζητήματα επαγγελματικής καθημερινότητας.

Παράλληλα, διεκδικούμε: Μόνιμες προσλήψεις οδοντιάτρων στο ΕΣΥ

Ίσους όρους πρόσβασης σε χρηματοδοτικά εργαλεία (ΕΣΠΑ, επιδοτήσεις)

Στήριξη των νέων οδοντιάτρωνΕνίσχυση των αυτοαπασχολούμενων που αποτελούν τη ραχοκοκαλιά του κλάδου. Δεν εξαρτόμαστε από κυβερνήσεις, ούτε από συμφέροντα. Λειτουργούμε ανεξάρτητα, με γνώμονα τον οδοντίατρο και μόνο.

Ως Δυναμικοί Οδοντίατροι Πειραιά, δεν μένουμε αμέτοχοι.

Το τεκμαρτό εισόδημα εδώ και δύο χρόνια πλήττει βάναυσα τους αυτοαπασχολούμενους, ενώ οι συνάδελφοι που πλησιάζουν στη σύνταξη βρίσκονται μπροστά στο φάσμα της οικονομικής ανέχειας. Συντάξεις των 800 ευρώ, με φθίνουσα πορεία, μετά από 35 ή 40 χρόνια δουλειάς – αυτό είναι το «ευχαριστώ» της Πολιτείας. Οι υγειονομικοί κατάντησαν οικονομικά περιθωριοποιημένοι. Ταυτόχρονα, η νεότερη γενιά δεν ανοίγει πλέον οδοντιατρεία. Το κόστος, η φορολογία, η ανασφάλεια, οδηγούν τους νέους συναδέλφους είτε στο εξωτερικό είτε σε εξαρτημένες μορφές εργασίας με πενιχρές απολαβές και χωρίς προοπτική.

Στεκόμαστε πάντα στο πλευρό των μικρών και μεσαίων συναδέλφων, διεκδικώντας ισότιμη πρόσβαση στη χρηματοδότηση, χωρίς εξωπραγματικούς όρους όπως η υποχρεωτική απασχόληση δύο υπαλλήλων για τα ΕΣΠΑ. Δεν θα αφήσουμε τις ευκαιρίες ανάπτυξης να γίνουν προνόμιο των λίγων. Η θέση μας είναι ξεκάθαρη: Ναι στην επιβράβευση των θετικών – Όχι στη σιωπή μπροστά στα αρνητικά. Με σεβασμό, με λόγο, με ευθύνη και με δράση. Με την "Δυναμική Οδοντιατρική Φωνή", τη μοναδική ανεξάρτητη παράταξη στην Ελληνική Οδοντιατρική Ομοσπονδία, θα συνεχίσουμε να πορευόμαστε στον δύσκολο αλλά απαραίτητο δρόμο της αλήθειας και της υπεύθυνης εκπροσώπησης. Για έναν σύλλογο δυναμικό, διεκδικητικό, δίπλα στον οδοντίατρο – όχι απέναντι. Για ένα επάγγελμα με κύρος, προοπτική και σεβασμό. Για όλους εμάς.

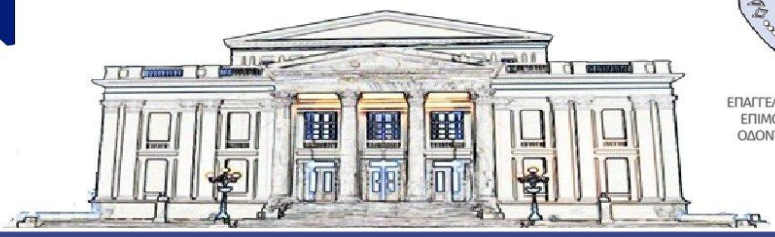
Αθανασία - Νάνσυ Κοντούλη
Επικεφαλής παράταξης Δυναμικοί Οδοντίατροι Πειραιά
Μέλος Δ.Σ ΟΣΠ
Mba in health economics.μέλος της επιτροπής δημόσιας οδοντιατρικής περίθαλψης

Επιστημονική επιτροπή

**Τα κείμενα της ενότητας δημοσιεύτηκαν με την σύμφωνη γνώμη της επιστημονικής επιτροπής του Ο.Σ.Π.*

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

ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗ ΕΠΙΜΟΡΦΩΣΗ ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΩΝ



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

6 & 7 Δεκεμβρίου 2025 • Πανεπιστήμιο Πειραιώς

(Καραολή και Δημητρίου 80, 185 34 - Πειραιάς)

ΧΟΡΗΓΟΥΝΤΑΙ ΜΟΡΙΑ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗΣ ΕΠΙΜΟΡΦΩΣΗΣ ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΩΝ

ΣΥΝΤΟΝΙΣΤΗΣ- ΥΠΕΥΘΥΝΟΣ ΣΕΜΙΝΑΡΙΟΥ:
Βασιλόπουλος Σπυρίδων

ΟΜΙΛΗΤΕΣ:
Βασιλόπουλος Σπυρίδων, *Επίκουρος Καθηγητής Περιοδοντολογίας ΕΚΠΑ, Προέδρος EFP*
Μαλάμης Δημήτριος, *Περιοδοντολόγος, Επιστημονικός Συνεργάτης ΕΚΠΑ*
Μάρκου Νίκος, *Διδάκτωρ Περιοδοντολογίας ΕΚΠΑ*
Μπατάς Λεωνίδας, *Επίκουρος Καθηγητής Περιοδοντολογίας ΑΠΘ*
Παρτάλης Χρήστος, *Προσθετολόγος*
Συκαράς Νικήτας, *Αναπληρωτής Καθηγητής Προσθετικής ΕΚΠΑ*

ΘΕΩΡΗΤΙΚΟ ΚΑΙ ΠΡΑΚΤΙΚΟ ΜΕΡΟΣ 150 €
ΘΕΩΡΗΤΙΚΟ ΜΕΡΟΣ 50 €

ΑΠΑΙΤΟΥΜΕΝΗ Η ΠΡΟΕΓΓΡΑΦΗ ΕΩΣ ΤΙΣ 14/11/2025 ΚΑΙ ΓΙΑ ΤΟ ΘΕΩΡΗΤΙΚΟ ΚΑΙ ΓΙΑ ΤΟ ΠΡΑΚΤΙΚΟ ΜΕΡΟΣ.
ΔΗΛΩΝΕΤΕ ΣΥΜΜΕΤΟΧΗ ΣΤΟ EMAIL info@osp.gr Ή ΣΤΟ ΤΗΛΕΦΩΝΟ 210 4171234. ΘΑ ΤΗΡΗΘΕΙ ΣΕΙΡΑ ΠΡΟΤΕΡΑΙΟΤΗΤΑΣ.

Για πληροφορίες και εγγραφές **2104171234, info@osp.gr**
Δείτε το πρόγραμμα της διημερίδας στο **www.osp.gr**

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

ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗ ΕΠΙΜΟΡΦΩΣΗ ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΩΝ Σ.Ε.Ε.Ο.



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

6 & 7 Δεκεμβρίου 2025 • Πανεπιστήμιο Πειραιώς

(Καραολή και Δημητρίου 80, 185 34 - Πειραιάς)

ΧΟΡΗΓΟΥΝΤΑΙ ΜΟΡΙΑ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗΣ ΕΠΙΜΟΡΦΩΣΗΣ ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΩΝ

ΣΥΝΤΟΝΙΣΤΗΣ- ΥΠΕΥΘΥΝΟΣ ΣΕΜΙΝΑΡΙΟΥ:
Βασιλόπουλος Σπυρίδων

ΟΜΙΛΗΤΕΣ:
Βασιλόπουλος Σπυρίδων, *Επίκουρος Καθηγητής Περιοδοντολογίας ΕΚΠΑ, Προέδρος EFP*
Μαλάμης Δημήτριος, *Περιοδοντολόγος, Επιστημονικός Συνεργάτης ΕΚΠΑ*
Μάρκου Νίκος, *Διδάκτωρ Περιοδοντολογίας ΕΚΠΑ*
Μπατάς Λεωνίδας, *Επίκουρος Καθηγητής Περιοδοντολογίας ΑΠΘ*
Παρτάλης Χρήστος, *Προσθετολόγος*
Συκαράς Νικήτας, *Αναπληρωτής Καθηγητής Προσθετικής ΕΚΠΑ*

ΘΕΩΡΗΤΙΚΟ ΚΑΙ ΠΡΑΚΤΙΚΟ ΜΕΡΟΣ 150 €
ΘΕΩΡΗΤΙΚΟ ΜΕΡΟΣ 50 €

ΑΠΑΙΤΟΥΜΕΝΗ Η ΠΡΟΕΓΓΡΑΦΗ ΕΩΣ ΤΙΣ 14/11/2025 ΚΑΙ ΓΙΑ ΤΟ ΘΕΩΡΗΤΙΚΟ ΚΑΙ ΓΙΑ ΤΟ ΠΡΑΚΤΙΚΟ ΜΕΡΟΣ.
ΔΗΛΩΝΕΤΕ ΣΥΜΜΕΤΟΧΗ ΣΤΟ EMAIL info@osp.gr Ή ΣΤΟ ΤΗΛΕΦΩΝΟ 210 4171234. ΘΑ ΤΗΡΗΘΕΙ ΣΕΙΡΑ ΠΡΟΤΕΡΑΙΟΤΗΤΑΣ.

Χορηγοί ΟΣΠ

synviva · Dimoral Dimitrakopoulos · nal dental · HDS · DMP

Σάββατο 6 Δεκεμβρίου 2025
Ώρα 09:30-17:00

Χειρουργική Προσέγγιση της αισθητικής ζώνης

Εγγραφές	**09.00-09.30**
Χαιρετισμοί	**09.30-10.00**
Βασικές αρχές τοποθέτησης εμφυτευμάτων στην αισθητική ζώνη • **Μαλάμης Δημήτρης**	**10.00-10.30**
Άμεση εμφύτευση στην πρόσθια ζώνη. Προϋποθέσεις και ιδιαιτερότητες • **Μαλάμης Δημήτρης**	**10.30-11.00**
Διάλειμμα - Καφές	**11.00-11.30**
Διατήρηση διαστάσεων σκληρών και μαλακών ιστών του μετεξακτικού φατνίου • **Λεωνίδας Μπατάς**	**11.30-12.15**
Κατευθυνόμενη οστική ανάπλαση ελλειμματικών ακρολοφιών στην αισθητική ζώνη. Σημεία προσοχής, δυνατότητες και περιορισμοί • **Βασιλόπουλος Σπύρος**	**12.15-13.00**
Διαχείριση μαλακών περιεμφυτευματικών ιστών στην αισθητική ζώνη. Παρουσίαση κλινικών περιπτώσεων και χειρουργικών τεχνικών. • **Νίκος Μάρκου**	**13.00-13.45**
Συζήτηση	**13.45-14.00**
Διάλειμμα – Ελαφρύ Γεύμα	**14.00-15.00**
Πρακτική άσκηση χειρουργικών τεχνικών σε κεφαλές χοίρων • Διδάσκοντες: **Σ. Βασιλόπουλος, Δ. Μαλάμης, Ν. Μάρκου, Λ. Μπατάς**	**15.00-17.00**

Πλατινένιοι Χορηγοί ΕΠΕ

Κυριακή 7 Δεκεμβρίου 2025
Ώρα 09:30-17:00

Προσθετική προσέγγιση της αισθητικής ζώνης

Κριτήρια επιλογής υλικών και στηριγμάτων προσθετικών αποκαταστάσεων στην αισθητική ζώνη • **Ν. Συκαράς, Χ. Παρτάλης**	**09.30-10.30**
Διάλειμμα - Καφές	**10.30-11.00**
Η σημασία της λεπτομέρειας σε κλινικά και εργαστηριακά στάδια για βέλτιστο αποτέλεσμα • **Ν. Συκαράς, Χ. Παρτάλης**	**11.00-12.00**
Δυσκολίες και επιπλοκές: Πρόληψη και αντιμετώπιση • **Ν. Συκαράς, Χ. Παρτάλης**	**12.00-13.00**
Διάλειμμα – Ελαφρύ Γεύμα	**13.00-14.00**
Πρακτική άσκηση προσθετικών εφαρμογών • **Διδάσκοντες: Ν. Συκαράς, Χ. Παρτάλης**	**14.00-17.00**

Χρυσοί Χορηγοί ΕΠΕ

Oral-B · InterMed Pharmaceutical Laboratories · HALEON

Αργυροί Χορηγοί ΕΠΕ

kenvue · FREZYDERM DERMOCEUTICALS - PHARMACEUTICALS NUTRITION PRODUCTS · ELGYDIUM Eludril · SUNSTAR G·U·M · elmex Colgate

Χορηγοί ΕΠΕ (για το πρακτικό μέρος)

DencoDental · biohorizons camlog

ΟΔΟΝΤΟΓΕΝΗΣ ΙΓΜΟΡΙΤΙΔΑ ΕΝΔΟΔΟΝΤΙΚΗΣ ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑΣ: ΣΥΓΧΡΟΝΗ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ ΔΥΟ ΠΕΡΙΠΤΩΣΕΩΝ

Σ. ΣΟΛΟΜΩΝΙΔΟΥ[1], Μ. ΓΕΩΡΓΟΠΟΥΛΟΥ[2]

ΟΔΟΝΤΟΓΕΝΗΣ ΙΓΜΟΡΙΤΙΔΑ ΕΝΔΟΔΟΝΤΙΚΗΣ ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑΣ

ΠΕΡΙΛΗΨΗ Η ιγμορίτιδα αποτελεί μία φλεγμονώδη πάθηση των μεμβρανών των ιγμορείων και της ρινικής κοιλότητας με αίτια μικροοργανισμούς, αλλεργιογόνους παράγοντες ή περιβαλλοντικά ερεθίσματα. Η ανατομική εγγύτητα των άνω οπισθίων δοντιών με το έδαφος της κοιλότητας των ιγμορείων καθιστά διάφορους οδοντογενείς παράγοντες υπεύθυνους για την νόσο που καλείται ιγμορίτιδα οδοντικής αιτιολογίας. Σύγχρονες μελέτες την ενοχοποιούν για το 30-72% των περιπτώσεων ρινοκολπίτιδας, γεγονός που υποεκτιμάται από γενικούς ιατρούς, ωτορινολαρυγγολόγους και οδοντιάτρους με αποτέλεσμα την επιβάρυνση της ποιότητας ζωής των ασθενών και την αναποτελεσματική αντιμετώπισή τους.
Η οδοντογενής ιγμορίτιδα ενδοδοντικής αιτιολογίας οφείλεται στην ενδοδοντική λοίμωξη και είναι η πιο συχνή αιτία οδοντογενούς ιγμορίτιδας. Η διάκριση μεταξύ των αιτίων είναι σημαντική καθώς τροποποιεί το σχέδιο θεραπείας. Για την ορθή διάγνωση, απαιτείται λεπτομερής κλινική εξέταση και τρισδιάστατος ακτινογραφικός έλεγχος, συνηθέστερα με υπολογιστική τομογραφία κωνικής δέσμης, στην οποία απεικονίζονται τόσο οι παθολογικές μεταβολές της μεμβράνης του ιγμορείου όσο και τα ενδοδοντικά τους αίτια.
Η θεραπεία σε μεγάλο ποσοστό των περιπτώσεων αφορά στον έλεγχο της ενδοδοντικής παθολογίας με ενδοδοντική θεραπεία, περιακρορριζική χειρουργική ή εξαγωγή χωρίς περαιτέρω παρέμβαση από άλλη ειδικότητα. Η ακτινογραφική επανεξέταση είναι απαραίτητη για την διαπίστωση της υποχώρησης των σημείων από το ιγμόρειο και τον καθορισμό της ανάγκης για παραπομπή σε ΩΡΛ για περαιτέρω συνδυασμένη θεραπευτική αντιμετώπιση.

Όροι ευρετηριάσεως Οδοντογενής ιγμορίτιδα, ενδοδοντική θεραπεία, διάγνωση, CBCT

[1]Οδοντίατρος, Οδοντιατρική Σχολή, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών
[2]Καθηγήτρια, Εργαστήριο Ενδοδοντίας, Οδοντιατρική Σχολή, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών

Υπεύθυνος Επικοινωνίας
Σοφία Σολομωνίδου
Κοτυαίου 4, 11521 Αθήνα
Email: solomonidou.sophia@gmail.com

Μέρος της εργασίας παρουσιάστηκε ως επιτοίχια ανακοίνωση στο 25ο Πανελλήνιο Συμπόσιο Ενδοδοντίας, Θεσσαλονίκη 2024

ODONTOGENIC SINUSITIS OF ENDODONTIC ORIGIN: TREATMENT APPROACH OF 2 CASES

S. SOLOMONIDOU[1], M. GEORGOPOULOU[2]

ODONTOGENIC SINUSITIS OF ENDODONTIC ORIGIN

ABSTRACT
Maxillary sinusitis is an inflammatory condition of the maxillary sinuses' membranes and the nose, sourcing from microorganisms, allergens or environmental causes. The anatomical proximity between the posterior teeth of the maxilla and the maxillary sinus floor, renders various odontogenic factors responsible for the condition called maxillary sinusitis of odontogenic origin. Recent literature supports the claim that 30-72% of all sinusitis cases are of odontogenic origin, a fact that is overlooked by general practitioners, ENT doctors and dentists, leading to ineffective treatment and quality of life deterioration.
Odontogenic sinusitis of endodontic origin is induced by endodontic infection and is the most common cause of odontogenic sinusitis. Distinguishing among different causes is important as it will modify the treatment plan. In order for an accurate diagnosis to be made, meticulous clinical examination and three dimensional radiographic testing is required.

Cone beam computed tomography depicts both the pathological changes of the sinus membranes and their endodontic causes.
Treatment is mostly focused on endodontic infection control via endodontic treatment, periradicular surgery or extraction without the need for further intervention.
Radiographic follow up is necessary in order to verify the recession of signs and symptoms from the sinus and to determine whether referral to an ENT surgeon is required for further interdisciplinary treatment.

Key words Odontogenic sinusitis, endodontic treatment, diagnosis, CBCT

[1]DDS, School of Dentistry, National and Kapodistrian University of Athens
[2]Professor, Department of Endodontics, School of Dentistry, National and Kapodistrian University of Athens

Correspondence
Sofia Solomonidou
Kotyaiou 4, 11521 Athens
Email: solomonidou.sophia@gmail.com

Part of this review was presented as a poster during the 25th Panhellenic Endodontic Symposium, Thessaloniki 2024

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Τα ιγμόρεια άντρα είναι αεροφόρες κοιλότητες εντός των οστικών δομών της άνω γνάθου που επενδύονται από αναπνευστικό επιθήλιο. Το βλεννογονοπεριόστεο των ιγμορείων καλείται και μεμβράνη του Schneider.[1] Διάφοροι αιτιολογικοί παράγοντες, όπως αναπνευστικές λοιμώξεις και εισπνοή ερεθιστικών παραγόντων είναι ικανοί να προκαλέσουν φλεγμονή αυτής της μεμβράνης.[2] Η πλειονότητα των αναπνευστικών λοιμώξεων που οδηγούν σε ιγμορίτιδα είναι ιογενείς. Ένα μικρό ποσοστό αυτών 0.5-2% καταλήγουν σε δευτερογενή βακτηριακή λοίμωξη.[3]
Η εγγύτητα και κατάδυση του εδάφους της κοιλότητας του ιγμορείου μεταξύ των ριζών των οπίσθιων δοντιών της άνω γνάθου εξηγεί την συσχέτιση των οδοντικών λοιμώξεων με την ιγμορίτιδα. [4,5]
Η ιγμορίτιδα οδοντογενούς αιτιολογίας ή οδοντογενής ιγμορίτιδα (maxillary sinusitis of odontogenic origin-MSOO ή maxillary sinusitis of dental origin-MSDO) είναι ο ευρύς όρος που χρησιμοποιείται για να περιγράψει την φλεγμονή και συμπτωματολογία του ιγμορείου που οφείλεται σε διάφορους οδοντικούς αιτιολογικούς παράγοντες όπως η ενδοδοντική παθολογία, η περιοδοντίτιδα, τα οδοντικά εμφυτεύματα, οι εξαγωγές και η στοματοκολπική επικοινωνία ή τα ιατρογενή συμβάματα όπως η προώθηση υλικών εντός της αεροφόρου κοιλότητας. Υπολογίζεται από τα πιο σύγχρονα δεδομένα ότι αφορά το 30-72% του συνόλου των περιπτώσεων ιγμορίτιδας.[6-8] Η οδοντογενής ιγμορίτιδα ενδοδοντικής αιτιολογίας αποτελεί μια διακριτή κατηγορία, ως προς τον αιτιολογικό παράγοντα, δηλαδή την ενδοδοντική λοίμωξη και αντιπροσωπεύει το μεγαλύτερο ποσοστό των περιπτώσεων οδοντογενούς ιγμορίτιδας. Μικροβιολογικά, οι μικροοργανισμοί που εμπλέκονται είναι διαφορετικοί από εκείνους που αφορούν την ρινογενή μορφή της νόσου και συνδέονται με την χλωρίδα του στόματος. Κυριαρχούν δηλαδή οι αναερόβιες πολυμικροβιακές λοιμώξεις από στρεπτόκοκκους και βάκιλλους.[3] Η ορθή διάγνωση και ο καθορισμός του συγκεκριμένου αιτιολογικού παράγοντα παίζουν πρωτεύοντα ρόλο στην κατάρτιση του σχεδίου θεραπείας ώστε να αυξηθεί η πιθανότητα εξάλειψης της παθολογίας του ιγμορείου.
Παρά την υψηλή συχνότητα εμφάνισης της οδοντογενούς ιγμορίτιδας ενδοδοντικής αιτιολογίας, αυτή παραμένει σε μεγάλο βαθμό αδιάγνωστη τόσο από οδοντιάτρους όσο και από ωτορινολαρυγγολόγους και ακτινολόγους.[9] Ως αποτέλεσμα, οι ασθενείς λαμβάνουν συχνά αντιβιοτική θεραπευτική αγωγή η οποία δεν αποτελεί την ενδεδειγμένη θεραπευτική αντιμετώπιση ή/και υποβάλλονται σε περιττές και αναποτελεσματικές χειρουργικές επεμβάσεις. Σε πολύ σπάνιες περιπτώσεις ενέχεται ο κίνδυνος εξάπλωσης της λοίμωξης προς ζωτικά ανατομικά μόρια και πρόκλησης μηνιγγίτιδας, υποδόριου εμπυήματος ή εγκεφαλικού αποστήματος.[10,11]

Ο ακριβής επιπολασμός της οδοντογενούς ιγμορίτιδας ενδοδοντικής αιτιολογίας στον ενήλικο πληθυσμό τείνει να υποεκτιμάται. Αυτό συμβαίνει διότι αφενός, πολλές περιπτώσεις παραμένουν για μεγάλα χρονικά διαστήματα ασυμπτωματικές και αφετέρου όταν εκδηλώνεται συμπτωματολογία, οδηγεί τους ασθενείς στην αναζήτηση ιατρικής φροντίδας από τον γενικό ιατρό ή τον ωτορινολαρυγγολόγο, οι οποίοι δεν διαθέτουν τις οδοντιατρικές γνώσεις για να αξιολογήσουν την εμπλοκή του οδοντιατρικού παράγοντα, πολύ δε περισσότερο των ενδοδοντικών προβλημάτων. Στις πιο πρόσφατες οδηγίες της Αμερικανικής Ακαδημίας Ωτορινολαρυγγολογίας και Χειρουργικής Κεφαλής Τραχήλου, δεν αναφέρεται η οδοντική παθολογία Ως πιθανός αιτιολογικός παράγοντας της ιγμορίτιδας και δεν προσφέρεται καθοδήγηση για την διάγνωση και αντιμετώπισή της.[12]
Ως αποτέλεσμα, η διάγνωση καθυστερεί και οι

ασθενείς παραμένουν χωρίς αποτελεσματική θεραπεία.

ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΕΡΙΠΤΩΣΕΩΝ

Πρώτη Περίπτωση

Γυναίκα με ελεύθερο ιατρικό ιστορικό προσήλθε στο ιατρείο για εκτίμηση του πρώτου άνω γομφίου αριστερά. Η ασθενής ανέφερε ήπιο περιοδικό αυτόματο πόνο στο αντίστοιχο τεταρτημόριο. Κατά τη διάρκεια λήψης του ιατρικού ιστορικού ανέφερε ότι λάμβανε αντιβιοτική αγωγή (αμοξικιλλίνη/κλαβουλανικό οξύ 500mg/125mg) κατά τη διάρκεια των τελευταίων 4 εβδομάδων συνταγογραφημένη από ωτορινολαρυγγολόγο για την αντιμετώπιση συμπτωμάτων ιγμορίτιδας. Η αγωγή δεν είχε βελτιώσει τα συμπτώματά της. Μετά την κλινική και ακτινογραφική εξέταση βρέθηκε ότι ο 26 παρουσίαζε ατελή ενδοδοντική θεραπεία (Εικ. 1α) και ήπια ευαισθησία στην επίκρουση. Όλα τα δόντια του τεταρτημορίου πλην του 26 είχαν φυσιολογική εικόνα. Η ενδοδοντική θεραπεία είχε πραγματοποιηθεί στο παρελθόν από γενικό οδοντίατρο. Στην υπολογιστική τομογραφία κωνικής δέσμης φάνηκε ότι το έδαφος της κοιλότητας του ιγμορείου εμφάνιζε αλλοίωση της δομής του με εικόνα περιακρορριζικής οστεοπεριοστίτιδας αντίστοιχα με τα ακρορρίζια του 26 (Εικ. 1β). Πραγματοποιήθηκε επανεπέμβαση σε δύο συνεδρίες με χρήση υδροξειδίου του ασβεστίου ως ενδορριζικού φαρμάκου μεταξύ των συνεδριών. Εντοπίστηκε ο δεύτερος εγγύς παρειακός σωλήνας (Εικ. 1β, 1γ) και επεξεργάστηκαν όλοι στο ορθό μήκος εργασίας. Εφαρμόστηκε πρωτόκολλο διακλυσμών με 2,5% υποχλωριώδες νάτριο και 17% EDTA. Η ρινική συμπτωματολογία είχε υποχωρήσει σημαντικά κατά την δεύτερη επίσκεψη, οπότε έγινε η έμφραξη των ριζικών σωλήνων με βιοκεραμικό φύραμα. Η ασθενής παραπέμφθηκε για την μόνιμη αποκατάσταση ενώ επέστρεψε για επανεξέταση 1 έτος μετά την θεραπεία. Πραγματοποιήθηκε εκ νέου υπολογιστική τομογραφία η οποία τεκμηρίωσε την πλήρη υποχώρηση των σημείων φλεγμονής του βλεννογόνου του ιγμορείου (Εικ.1δ). Κλινικά η ασθενής δεν ανέφερε κανένα σύμπτωμα.

Δεύτερη περίπτωση

Γυναίκα με ελεύθερο ιατρικό ιστορικό προσήλθε στο ιατρείο παραπονούμενη για ενόχληση που διαρκεί τους τελευταίους 6 μήνες και σχετίζεται με τον προ διετίας ενδοδοντικά θεραπευμένο 25. (Εικ. 2α) Ταυτόχρονα ανέφερε ότι αισθάνεται πίεση στο μέσο τριτημόριο του προσώπου αριστερά. Κλινικά παρατηρήθηκε ήπια ευαισθησία στην επίκρουση και στην ψηλάφηση του 25. Από την οπισθοφατνιακή ακτινογραφία η ενδοδοντική θεραπεία κρίθηκε ικανοποιητική, στην CBCT ωστόσο αποκαλύφθηκε περιακρορριζική βλάβη και αλλοίωση της δομής των ιστών του εδάφους του ιγμορείου. (Εικ. 2β) Αποφασίστηκε η χειρουργική επανεπέμβαση με ακρορριζεκτομή και ανάστροφη παρασκευή και έμφραξη. Στην επανεξέταση των 8 μηνών τα συμπτώματα είχαν υποχωρήσει πλήρως και η ακτινογραφική εικόνα έκανε φανερή την φυσιολογική κατάσταση των περιακρορριζικών ιστών και του εδάφους του ιγμορείου. (Εικ. 2γ, 2δ)

Συζήτηση

Στις περιπτώσεις οι οποίες περιεγράφηκαν τα συμπτώματα δεν ήταν τυπικά μιας ενδοδοντικής παθολογικής κατάστασης. Η συμπτωματολογία της οδοντογενούς ιγμορίτιδας είναι συνήθως αυτή μίας μη ειδικής λοίμωξης του ιγμορείου με ρινική απόφραξη, αίσθηση πληρότητας, εκκρίσεις από τη μύτη και κεφαλαλγία.[13] Τα συμπτώματα ενδοδοντικής αιτιολογίας είναι σπάνια, γεγονός που συμβάλλει στην καθυστέρηση της διάγνωσης, όπως στην πρώτη περίπτωση όπου η αρχική διάγνωση ήταν ρινογενής ιγμορίτιδα και όταν η φαρμακευτική αγωγή δεν απέδωσε αποτέλεσμα, η διάγνωση αμφισβητήθηκε. Επιπλέον, ευαισθησία στα ψυχρά και θερμά ερεθίσματα απουσιάζει, καθώς τα υπεύθυνα δόντια είναι άπολφα ή ενδοδοντικά θεραπευμένα. Η δοκιμασία επίκρουσης είναι συνηθέστερα αρνητική, καθώς τα προϊόντα της φλεγμονής εκβάλλουν στην κοιλότητα του ιγμορείου, οπότε η πίεση στους περιακρορριζικούς ιστούς ελαχιστοποιείται. Για τον ίδιο λόγο, σπάνια σχηματίζονται συρίγγια ή εμφανίζεται ενδοστοματικό ή εξωστοματικό οίδημα.

Στοιχεία της κλινικής εξέτασης τα οποία οδηγούν προς την κατεύθυνση της ενδοδοντικής αιτιολογίας ιγμορίτιδας είναι η ετερόπλευρη εμφάνιση συμπτωμάτων, οι δύσοσμες ρινικές εκκρίσεις και η ταυτόχρονη ύπαρξη κάποιου ύποπτου για παθολογία πολφικής αιτιολογίας οπίσθιου δοντιού της άνω γνάθου ή δοντιού με υπάρχουσα ενδοδοντική θεραπεία.[14,15] Επιπλέον, στο ιστορικό του ασθενούς είναι πιθανό να αναφέρονται προηγούμενες εξάρσεις της ιγμορίτιδας που αντιμετωπίστηκαν ανεπιτυχώς με φαρμακευτική αγωγή ή και χειρουργική επέμβαση χωρίς να έχει εντοπιστεί η οδοντογενής αιτία.

Σημαντική είναι η αναφορά στην διαφορική διάγνωση μεταξύ της ιγμορίτιδας ενδοδοντικής αιτιολογίας και της ιγμορίτιδας από κάποια λοίμωξη του ανώτερου αναπνευστικού, καθώς στην δεύτερη περίπτωση δεν απαιτείται καμία ενδοδοντική ή άλλη οδοντιατρική παρέμβαση.

Παρά το γεγονός ότι η οπισθοφατνιακή ακτινογραφία παραμένει η ακτινογραφική εξέταση εκλογής για την ενδοδοντία, η οπίσθια περιοχή της άνω γνάθου δημιουργεί συχνά προβλήματα στην ερμηνεία των ακτινογραφικών ευρημάτων λόγω ανατομικών παρεμβολών από τα ζυγωματικά οστά, τα τοιχώματα των ιγμορείων και την υπερώια απόφυση του οστού της άνω γνάθου.

Επιπρόσθετα, η οπισθοφατνιακή ακτινογραφία δεν μπορεί να εντοπίσει την πάχυνση της μεμβράνης του Schneider, στοιχείου με διαγνωστική αξία για την συγκεκριμένη νοσολογική οντότητα.[16]
Η υπολογιστική τομογραφία κωνικής δέσμης (CBCT) έχει φανεί να απεικονίζει με μεγαλύτερη ακρίβεια σε σχέση με την οπισθοφατνιακή ακτινογραφία την ύπαρξη περιακρορριζικών αλλοιώσεων, όπως επίσης και την επέκταση αυτών εντός των κοιλοτήτων των ιγμορείων και την πάχυνση του βλεννογόνου του. Επιπλέον, η ικανότητα αναγνώρισης πιθανών αιτίων αποτυχίας της ενδοδοντικής θεραπείας, σε δόντια υπεύθυνα για παθολογία των ιγμορείων, όπως επιπλέον ριζικοί σωλήνες είναι μεγαλύτερη με την CBCT σε σχέση με δισδιάστατες μεθόδους οδοντιατρικής απεικόνισης.[17,18] Ένα ακόμη πλεονέκτημα της CBCT είναι η δυνατότητα απεικόνισης της ενδοδοντικής παθολογίας όταν εκδηλώνεται στους ιστούς των ιγμορείων, καθώς αυτή διαφέρει σε ορισμένες περιπτώσεις ακτινογραφικά από την τυπική διακριτή ακτινοδιαυγαστική περιοχή, η οποία περιβάλλει τα ακρορρίζια ή την διεύρυνση του περιρριζίου. Στις δύο παραπάνω περιπτώσεις τα ακρορρίζια των δοντιών είναι περιτριγυρισμένα από φατνιακό οστούν, γεγονός που δεν συντρέχει πάντα στην περίπτωση των ριζών των προγομφίων και γομφίων της άνω γνάθου, όταν αυτές είναι σε στενή σχέση με τα τοιχώματα του ιγμορείου. Έτσι, δύο ακτινογραφικά ευρήματα τα οποία σχετίζονται με την περιακρορριζική φλεγμονή του βλεννογονοπεριοστέου του εδάφους του ιγμορείου είναι η περιακρορριζική περιοστίτιδα και η περιακρορριζική βλεννογονίτιδα.
Όταν η περιακρορριζική φλεγμονή προωθεί το βλεννογονοπεριόστεο του εδάφους του ιγμορείου προς τα άνω, προκαλώντας μια αντιδραστική οστεογένεση, αυτό απεικονίζεται ακτινογραφικά ως ένα ακτινοσκιερό “φωτοστέφανο” γύρω από την αλλοίωση η οποία “εισβάλλει” στο ιγμόρειο σε σχήμα θόλου και αφορά στην πρώτη περίπτωση. (Εικ. 3) Η δεύτερη κατηγορία, αυτή της βλεννογονίτιδας, απεικονίζεται και πάλι ως μία θολωτή προέκταση εντός του ιγμορείου, η οποία όμως αφορά τοπικό οίδημα του βλεννογόνου που μπορεί να ομοιάζει με κύστεις από κατακράτηση ή πολύποδες και συνήθως δεν συνυπάρχει ακτινοσκιερή άλως.[16,19] (Εικ. 4)
Αρκετές φορές οι ακτινογραφικές αυτές αλλοιώσεις της εικόνας του ιγμορείου δεν προϊδεάζουν για την ύπαρξη ενδοδοντικής αιτιολογίας και λόγω του γεγονότος ότι δεν υπάρχει λύση της οστικής συνέχειας του εδάφους του ιγμορείου ή δεν είναι σαφής η άμεση επαφή ενός ακρορριζίου ή της περιακρορριζικής του αλλοίωσης με την αλλοίωση εντός του ιγμορείου. Σε κάθε περίπτωση, πάχυνση του βλεννογόνου του ιγμορείου, ιδιαίτερα με μορφή θόλου και απευθείας πάνω από κάποιο ακρορρίζιο των άνω οπισθίων δοντιών εγείρει υποψίες για ενδοδοντικής αιτιολογίας παθολογική συσχέτιση.

Η θεραπεία της ιγμορίτιδας ενδοδοντικής αιτιολογίας συνίσταται στην άρση του αιτιολογικού παράγοντα, δηλαδή της ενδοδοντικής λοίμωξης. Άρα, στόχος της θεραπείας είναι η απομάκρυνση των παθογόνων μικροοργανισμών, των παραπροϊόντων τους και των πολφικών υπολειμμάτων από τους μολυσμένους ριζικούς σωλήνες και η αποτροπή της επαναμόλυνσης τους. Η ενδοδοντική θεραπεία και η επανεπέμβαση σε αυτή, η περιακρορριζική χειρουργική στα ενδοδοντικά θεραπευμένα δόντια και η εκτομή ρίζας ή η εξαγωγή αποτελούν επιλογές θεραπείας.[20]
Η εμπλοκή του ιγμορείου σε περιπτώσεις όπως οι προαναφερθείσες, απαιτεί ακριβείς και λεπτομερείς χειρισμούς του μήκους εργασίας, των υγρών διακλυσμών και των υλικών της έμφραξης, καθώς υπάρχει κίνδυνος επιδείνωσης της παθολογίας, εάν προωθηθούν πέραν του μήκους εργασίας, ενώ ταυτόχρονα είναι αναγκαία η καταπολέμηση του μικροβιακού φορτίου στο μέγιστο δυνατό.[21] Καθοριστική σημασία έχουν η ικανότητα και τα μέσα διαχείρισης των ανατομικών ιδιαιτεροτήτων των εμπλεκόμενων δοντιών. Ο πρώτος και ο δεύτερος άνω γομφίος εμφανίζονται συχνά με αποτυχία της ενδοδοντικής θεραπείας κυρίως λόγω μη ανεύρεσης όλων των ριζικών σωλήνων στην εγγύς παρειακή τους ρίζα.[22]Το επεμβατικό μικροσκόπιο μπορεί να βελτιώσει το αποτέλεσμα της ενδοδοντικής θεραπείας σε ανατομικά περίπλοκες περιπτώσεις καθώς μειώνει την πιθανότητα μη εύρεσης κάποιου ριζικού σωλήνα.[23] Επιπλέον, είναι απαραίτητο για την διευθέτηση των πιθανών συμβαμάτων ή ατελειών των προηγούμενων θεραπειών όπως για παράδειγμα η διαχείριση ενός θραύσματος μικροεργαλείου ή μίας διάτρησης.[24] Η χρήση του μικροσκοπίου ενισχύει την αποτελεσματικότητα της χειρουργικής επανεπέμβασης και φαίνεται να υπερισχύει έναντι άλλων μεθόδων μεγέθυνσης όπως για παράδειγμα οι λούπες.[25,26]
Στις περιπτώσεις μας, δεν χορηγήθηκε αντιβιοτική αγωγή. Η χρήση αντιβιοτικών ενδείκνυται σε συνδυασμό με την ενδοδοντική θεραπεία σε συνύπαρξη γενικευμένων συμπτωμάτων ή ιατρικού ιστορικού του ασθενούς που το επιβάλλει και η χορήγησή τους είναι σύμφωνη με τις οδηγίες των ενδοδοντικών εταιρειών της Ευρώπης και των Ηνωμένων Πολιτειών της Αμερικής για την χρήση των αντιβιοτικών στην ενδοδοντία. Σε κάθε άλλη περίπτωση, η λήψη αντιβιοτικών, χωρίς αντιμετώπιση της ενδοδοντικής παθολογίας, δεν θα θεραπεύσει την ιγμορίτιδα, ενώ ταυτόχρονα συμβάλλει στο παγκόσμιο πρόβλημα της δημιουργίας ανθεκτικών στελεχών μικροβίων από την υπερβολική και λανθασμένη χρήση των φαρμάκων. Η προσωρινή ενδεχομένως ανακούφιση που προσφέρουν, δεν αποτελεί οριστική θεραπεία.[27,28]
Αντίστοιχα, η χειρουργική αντιμετώπιση η οποία αφορά μόνο στην απομάκρυνση του φλεγμαίνοντος ιστού από την κοιλότητα του ιγμορείου και δεν συνδυάζεται με την ενδοδοντική θεραπεία,
δεν θα οδηγήσει σε άρση των συμπτωμάτων μακροπρόθεσμα, καθώς η φλεγμονή θα ανατροφοδοτείται διαρκώς από την ενδοδοντική λοίμωξη.

Είναι πολύ συχνή η πλήρης υποχώρηση των σημείων και συμπτωμάτων της ιγμορίτιδας ενδοδοντικής αιτιολογίας μόνο με την ενδοδοντική θεραπεία. Αναφορές κλινικών περιπτώσεων στην βιβλιογραφία καταγράφουν την πλήρη άρση των κλινικών συμπτωμάτων καθώς και την ακτινογραφική υποχώρηση του φλεγμαίνοντος ιστού εντός της κοιλότητας του ιγμορείου, την επούλωση των περιακρορριζικών αλλοιώσεων και την αποκατάσταση της ομαλής σχέσης γειτνίασης των ριζών με την μεμβράνη του Schneider.[20,29] Ορισμένες περιπτώσεις ενδεχομένως να απαιτούν την συνδυασμένη αντιμετώπιση και από ΩΡΛ.
Η εξαγωγή αποτελεί επιλογή για δόντια μη αποκαταστάσιμα, με επιμήκη κατάγματα ρίζας ή μη διατηρήσιμα λόγω περιοδοντικής νόσου.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

- Η οδοντογενής ιγμορίτιδα είναι μία αρκετά συνήθης παθολογική οντότητα. Στην πρόσφατη βιβλιογραφία εκτιμάται ότι ενδεχομένως να αποτελεί το 30-72% όλων των περιπτώσεων ιγμορίτιδας. Η διάκριση μεταξύ των οδοντογενών αιτίων είναι σημαντική καθώς τροποποιεί το σχέδιο θεραπείας.
- Η νόσος επηρεάζει αρνητικά την ποιότητα ζωής των ασθενών για μακρά χρονικά διαστήματα, καθώς παραμένουν χωρίς διάγνωση.
- Η εξοικείωση των ΩΡΛ, γενικών ιατρών, ακτινολόγων και γενικών οδοντιάτρων με την αναγνώριση της οδοντογενούς αιτίας της ιγμορίτιδας και την ορθή αντιμετώπισή της πρέπει να βελτιωθεί.
- Η δισδιάστατη ακτινογραφική απεικόνιση των δοντιών ύποπτων για την πρόκληση ιγμορίτιδας δεν αρκεί. Η CBCT είναι απαραίτητο μέσο της διαγνωστικής διαδικασίας.
- Η ενδοδοντική θεραπεία μπορεί να θεραπεύσει προβλέψιμα την ιγμορίτιδα ενδοδοντικής αιτιολογίας. Σε ορισμένες περιπτώσεις απαιτείται η συνδυαστική προσέγγιση ενδοδοντολόγου και ΩΡΛ.
- Η ακτινογραφική και κλινική επανεξέταση των ασθενών είναι σημαντική για την διαπίστωση της κατάστασης του ιγμορείου και τον καθορισμό των περαιτέρω θεραπευτικών ενεργειών, εάν είναι απαραίτητο.

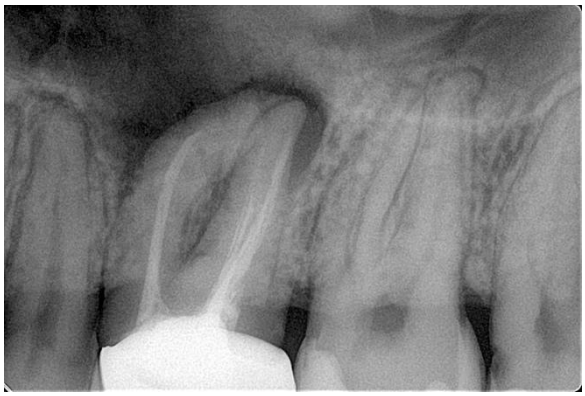
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Whyte A, Boeddinghaus R. The maxillary sinus: physiology, development and imaging anatomy. Dentomaxillofac Radiol. 2019 Dec;48(8):20190205.
2. Vitali FC, Santos PS, Massignan C, Maia LC, Cardoso M, Teixeira CDS. Global Prevalence of Maxillary Sinusitis of Odontogenic Origin and Associated Factors: A Systematic Review and Meta-Analysis. J Endod. 2023 Apr;49(4):369-381.e11.
3. Ferguson M. Rhinosinusitis in oral medicine and dentistry. Aust Dent J. 2014 Sep;59(3):289-95.
4. Eberhardt JA, Torabinejad M, Christiansen EL. A computed tomographic study of the distances between the maxillary sinus floor and the apices of the maxillary posterior teeth. Oral Surg Oral Med Oral Pathol. 1992 Mar;73(3):345-6.
5. Tian XM, Qian L, Xin XZ, Wei B, Gong Y. An Analysis of the Proximity of Maxillary Posterior Teeth to the Maxillary Sinus Using Cone-beam Computed Tomography. J Endod. 2016 Mar;42(3):371-7.
6. Kim SM. Definition and management of odontogenic maxillary sinusitis. Maxillofac Plast Reconstr Surg. 2019 Mar 29;41(1):13.
7. IngemarMelén, Lars Lindahl, Lars Andréasson & Hans Rundcrantz Chronic Maxillary Sinusitis: *Definition, Diagnosis and Relation to Dental Infections and Nasal Polyposis*, Acta Oto-Laryngologica, 1986, 101:3-4, 320-7
8. Maillet M, Bowles WR, McClanahan SL, John MT, Ahmad M. Cone-beam computed tomography evaluation of maxillary sinusitis. J Endod. 2011 Jun;37(6):753-7.
9. Patel NA, Ferguson BJ. Odontogenic sinusitis: an ancient but under-appreciated cause of maxillary sinusitis. Curr Opin Otolaryngol Head Neck Surg. 2012 Feb;20(1):24-8.
10. Obayashi N, Ariji Y, Goto M, Izumi M, Naitoh M, Kurita K, Shimozato K, Ariji E. Spread of odontogenic infection originating in the maxillary teeth: computerized tomographic assessment. Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod. 2004 Aug;98(2):223-31.
11. Wagenmann M, Naclerio RM. Complications of sinusitis. J Allergy Clin Immunol 1992;90:552-4.
12. Rosenfeld RM, Piccirillo JF, Chandrasekhar SS, Brook I, Ashok Kumar K, Kramper M, Orlandi RR, Palmer JN, Patel ZM, Peters A, Walsh SA, Corrigan MD. Clinical practice guideline (update): adult sinusitis. Otolaryngol Head Neck Surg. 2015 Apr;152(2 Suppl):S1-S39.
13. Kwiatkowska MA, Szczygielski K, Chloupek A, Szczupak P, Jurkiewicz D. Clinical characteristics of odontogenic sinusitis with periapical lesions. Am J Otolaryngol. 2022 Mar-Apr;43(2):103338.
14. Workman AD, Granquist EJ, Adappa ND. Odontogenic sinusitis: developments in diagnosis, microbiology, and treatment. Curr Opin Otolaryngol Head Neck Surg. 2018 Feb;26(1):27-33.

15. Craig JR. Odontogenic sinusitis: A state-of-the-art review. World J Otorhinolaryngol Head Neck Surg. 2022 Mar 22;8(1):8-15.
16. American Association of Endodontists. AAE position statement. Maxillary sinusitis of endodontic origin. 2018. σελ. 1–11. Διαθέσιμο: https://www.aae.org/specialty/wp-content/uploads/sites/2/2018/10/ecfe-fall-2018-final-002-1.pdf
17. Patel S, Wilson R, Dawood A, Mannocci F. The detection of periapical pathosis using periapical radiography and cone beam computed tomography - part 1: pre-operative status. Int Endod J. 2012 Aug;45(8):702-10.
18. Lofthag-Hansen S, Huumonen S, Gröndahl K, Gröndahl HG. Limited cone-beam CT and intraoral radiography for the diagnosis of periapical pathology. Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod. 2007 Jan;103(1):114-9.
19. Worth HM, Stoneman DW. Radiographic interpretation of antral mucosal changes due to localized dental infection. J Can Dent Assoc (Tor). 1972 Mar;38(3):111-6.
20. Siqueira JF Jr, Lenzi R, Hernández S, Alberdi JC, Martin G, Pessotti VP, Bueno-Camilo FG, Ferrari PHP, Furtado MAH, Cortes-Cid VO, Pérez AR, Alves FRF, Rôças IN. Effects of Endodontic Infections on the Maxillary Sinus: A Case Series of Treatment Outcome. J Endod. 2021 Jul;47(7):1166-76.
21. Bogaerts P, Hanssens JF, Siquet JP. Healing of maxillary sinusitis of odontogenic origin following conservative endodontic retreatment: case reports. Acta Otorhinolaryngol Belg. 2003;57(1):91-7.
22. Wolcott J, Ishley D, Kennedy W, Johnson S, Minnich S, Meyers J. A 5 yr clinical investigation of second mesiobuccal canals in endodontically treated and retreated maxillary molars. J Endod. 2005 Apr;31(4):262-4.
23. Khalighinejad N, Aminoshariae A, Kulild JC, Williams KA, Wang J, Mickel A. The Effect of the Dental Operating Microscope on the Outcome of Nonsurgical Root Canal Treatment: A Retrospective Case-control Study. J Endod. 2017 May;43(5):728-32.
24. Suter B, Lussi A, Sequeira P. Probability of removing fractured instruments from root canals. Int Endod J. 2005 Feb;38(2):112-23.
25. Pecora G, Andreana S. Use of dental operating microscope in endodontic surgery. Oral Surg Oral Med Oral Pathol. 1993 Jun;75(6):751-8.
26. Tsesis I, Rosen E, Taschieri S, Telishevsky Strauss Y, Ceresoli V, Del Fabbro M. Outcomes of surgical endodontic treatment performed by a modern technique: an updated meta-analysis of the literature. J Endod. 2013 Mar;39(3):332-9.
27. AAE Position Statement: AAE Guidance on the Use of Systemic Antibiotics in Endodontics. J Endod. 2017 Sep;43(9):1409-13.
28. Segura-Egea JJ, Gould K, Şen BH, Jonasson P, Cotti E, Mazzoni A, Sunay H, Tjäderhane L, Dummer PMH. European Society of Endodontology position statement: the use of antibiotics in endodontics. Int Endod J. 2018 Jan;51(1):20-25.
29. Czopik B, Zarzecka J. Single-visit nonsurgical endodontic treatment of maxillary sinusitis: A case series. Dent Res J 2022;19:3.

Σύγκρουση συμφερόντων

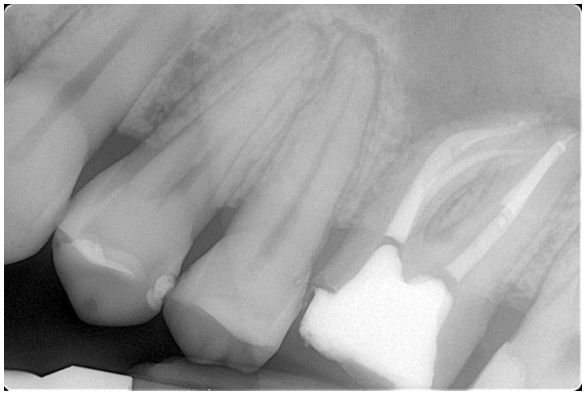
Οι συγγραφείς δηλώνουν ότι δεν έχουν καμία σύγκρουση συμφερόντων.



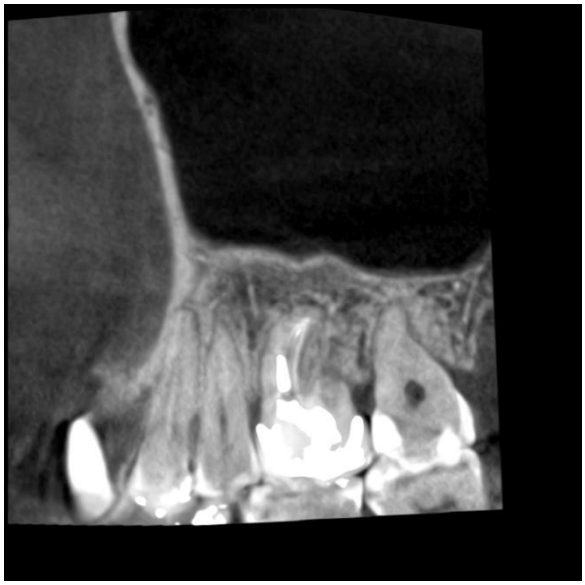
Εικ. 1α: Αρχική οπισθοφατνιακή ακτινογραφία της 1ης περίπτωσης.



Εικ. 1β: Αρχική CBCT ενδοδοντικά θεραπευμένου πρώτου άνω γομφίου. Η έκκεντρη θέση του εμφραγμένου εγγύς παρειακού σωλήνα εντός της ρίζας, υποδηλώνει την ύπαρξη χαμένης ανατομίας κατά την αρχική θεραπεία.



Εικ.1γ: Τελική οπισθοφατνιακή ακτινογραφία μετά την επανεπέμβαση. Διακρίνεται ο δεύτερος εγγύς παρειακός ριζικός σωλήνας με ανεξάρτητη έξοδο στους περιακρορριζικούς ιστούς.



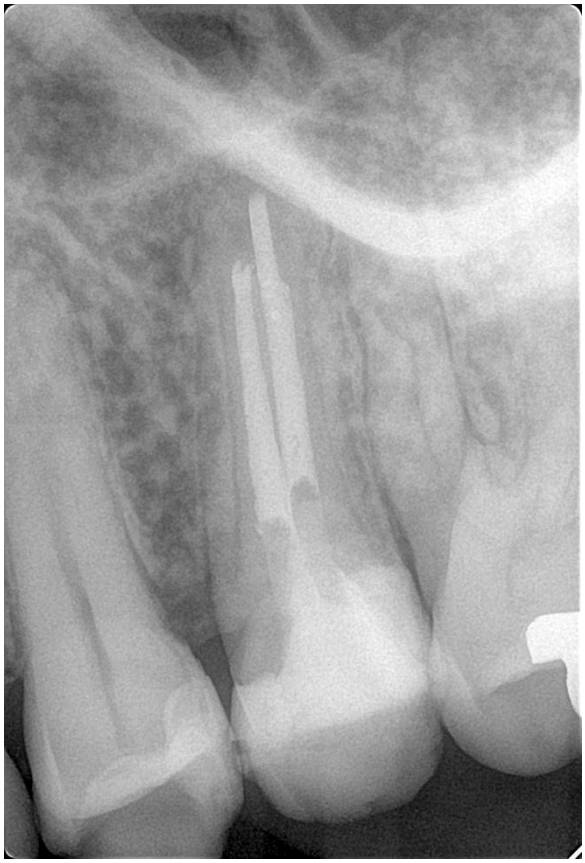
1δ: Επανεξέταση με CBCT μετά από ένα έτος. Διακρίνεται η πλήρης υποχώρηση των παθολογικών σημείων στην κοιλότητα του ιγμορείου και η επούλωση της αλλοίωσης των περιακρορριζικών ιστών.



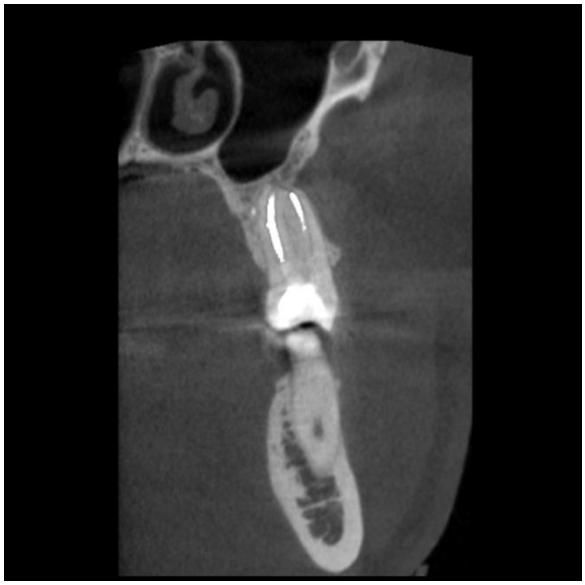
Εικ.2α: Αρχική ακτινογραφία ενδοδοντικά θεραπευμένου δεύτερου άνω προγόμφιου 2ης περίπτωσης.



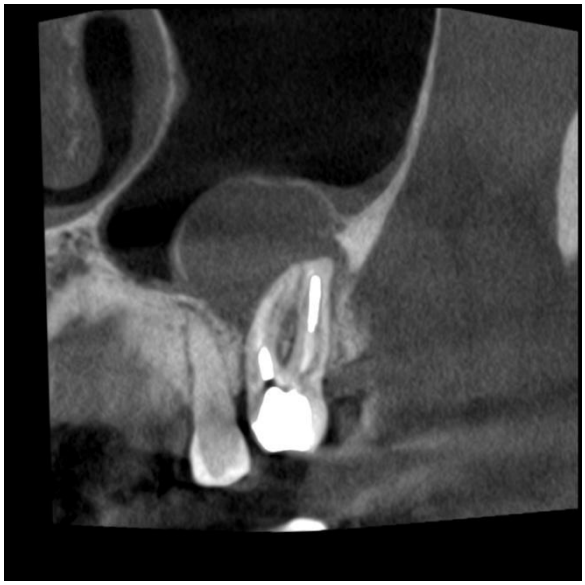
Εικ. 2β: Αρχική CBCT. Περιακρορριζική περιοστίτιδα του ιγμορείου.



Εικ. 2γ: Επανεξέταση 8 μηνών μετά από μικροχειρουργική επανεπέμβαση.



Εικ.2δ: Επανεξέταση 8 μηνών. Παρατηρείται η πλήρης επούλωση των περιακρορριζικών ιστών, η αποκατάσταση της ομαλής γειτνίασης τους με το έδαφος του ιγμορείου και η φυσιολογική του ακτινογραφική απεικόνιση.



Εικ. 3: Περιακρορριζική περιοστίτιδα του εδάφους του ιγμορείου από ενδοδοντικά θεραπευμένο πρώτο γομφίο της άνω γνάθου.



Εικ. 4: Περιακρορριζική βλεννογονίτιδα του εδάφους του ιγμορείου από ενδοδοντικά θεραπευμένο πρώτο γομφίο της άνω γνάθου.

ΕΞΟΔΟΣ ΥΛΙΚΩΝ ΕΝΔΟΔΟΝΤΙΑΣ ΣΤΟΥΣ ΠΕΡΙΑΚΡΟΡΡΙΖΙΚΟΥΣ ΙΣΤΟΥΣ. ΑΙΤΙΟΠΑΘΟΓΕΝΕΙΑ, ΚΛΙΝΙΚΗ ΚΑΙ ΙΣΤΟΠΑΘΟΛΟΓΙΚΗ ΣΥΣΧΕΤΙΣΗ.

Σύντομος τίτλος: ανασκόπηση εξόδου υλικών

Ταξιάρχης Γ. Κοντογιάννης[1], Στέλλα Καλεμάκη[2]

[1]Ενδοδοντολόγος, Γ. Γραμματέας του Συλλόγου Ελλήνων Ενδοδοντολόγων, ESE Certified member

[2]Οδοντίατρος, μεταπτυχιακή φοιτήτρια, Εργαστήριο Ενδοδοντολογίας, Οδοντιατρική Σχολή ΑΠΘ

ΠΕΡΙΛΗΨΗ:

Κατά την ενδοδοντική θεραπεία χρησιμοποιούνται υλικά που ενδέχεται να εξέλθουν στους περιακρορριζικούς ιστούς διαμέσου του ακρορριζικού τρήματος. Αυτά συνηθέστερα αφορούν εμφρακτικά υλικά όπως γουταπέρκα και διάφορα φυράματα. Ωστόσο, έξοδος υλικών συμπεριλαμβάνει το υδροξείδιο ασβεστίου που χρησιμοποιείται ως ενδορριζικό φάρμακο μεταξύ των συνεδριών, καθώς και νεότερα βιοεπαγωγικά υλικά όπως είναι το MTA και τα βιοκεραμικά, που χρησιμοποιούνται (μεταξύ άλλων) σε περιπτώσεις διατρήσεων ή ακρορριζικής απόφραξης. Σκοπός της παρούσας ανασκόπησης είναι να συνοψιστούν τα αίτια, τα κλινικά και ιστοπαθολογικά χαρακτηριστικά της εξόδου του συνόλου των υλικών που χρησιμοποιούνται στην Ενδοδοντία.

ΛΕΞΕΙΣ ΚΛΕΙΔΙΑ: Γουταπέρκα, φύραμα, έξοδος υλικών, υδροξείδιο ασβεστίου, βιοκεραμικά, περιακρορριζικοί ιστοί

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η έξοδος υλικών στους περιακρορριζικούς ιστούς είναι συχνό φαινόμενο κατά την ενδοδοντική θεραπεία.[1] Πρόκειται κυρίως για υλικά που χρησιμοποιούνται κατά την έμφραξη του ριζικού σωλήνα, αλλά τόσο το υδροξείδιο του ασβεστίου όταν εφαρμόζεται μεταξύ των συνεδριών, όσο και σύγχρονα βιοεπαγωγικά υλικά μπορεί να εξέλθουν του ακρορριζικού τρήματος.[2] Τα υλικά που εξέρχονται στους περιακρορριζικούς ιστούς δημιουργούν ένα ετερόκλητο πλήθος αντιδράσεων σε κλινικό και ιστοπαθολογικό επίπεδο. Κατά την έμφραξη των ριζικών σωλήνων μπορεί να προκύψει υπερέμφραξη (overfilling) ή υπερέκταση (overextension) (Εικ. 1).[3] Υπερέμφραξη είναι η έμφραξη του ριζικού σωλήνα που δεν παρουσιάζει κενά, όμως μέρος του εμφρακτικού

υλικού προωθείται πέραν του ακρορριζικού τρήματος. Υπερέκταση είναι η ατελής έμφραξη

που παρουσιάζει κενά και μπορεί να φτάνει πέραν του ακρορριζικού τρήματος.

Σκοπός της παρούσας ανασκόπησης είναι η καταγραφή της αιτιοπαθογένειας, και των κλινικών χαρακτηριστικών, καθώς και οι εναλλακτικές στη διαχείριση και αντιμετώπιση της εξόδου υλικών Ενδοδοντίας στους περιακρορριζικούς ιστούς.

ΓΟΥΤΑΠΕΡΚΑ

Αιτιοπαθογένεια

Η έξοδος γουταπέρκας στους περιακρορριζικούς ιστούς μπορεί να οφείλεται σε συμβάματα κατά τη χημικομηχανική επεξεργασία και έμφραξη, όπως και σε άλλα φυσιολογικά ή παθολογικά αίτια. Έτσι, η λανθασμένη εκτίμηση του μήκους εργασίας,[1] καθώς και η μη διατήρησή του σε όλη τη διάρκεια της χημικομηχανικής επεξεργασίας και έμφραξης μπορεί να προκαλέσει διάτρηση ή διεύρυνση του ακρορριζικού τρήματος.[1,3] Η λανθασμένη επιλογή μικρότερου σε μέγεθος κυρίου ακρορριζικού κώνου κατά την έμφραξη με έλλειψη αντίστασης του κώνου κατά την απόσπαση (tug back), η άσκηση υπερβολικής δύναμης κατά τη συμπύκνωση, η λανθασμένη επιλογή συμπυκνωτήρα, συνηθέστερα λεπτότερου σε μέγεθος, μπορεί να οδηγήσουν τελικά σε έξοδο γουταπέρκας.[4] Τέλος, δόντια με απορροφημένο ακρορρίζιο εμφανίζουν υψηλό κίνδυνο για έξοδο εμφρακτικών υλικών.

Κύριο αίτιο, ωστόσο, παραμένει η δυσκολία οριοθέτησης του ακρορριζικού πέρατος της έμφραξης του ριζικού σωλήνα. Σε ιδανικές συνθήκες, το όριο αυτό θα έπρεπε να βρίσκεται στην ένωση οδοντίνης-οστεΐνης στην ακρορριζική στένωση. Στην πράξη εντούτοις αυτό είναι σχεδόν αδύνατο να συμβεί, καθ' ότι η στένωση δεν μπορεί να προσδιοριστεί κλινικά, και δεν είναι καν μια εγκάρσια τομή στο στενότερο σημείο του σωλήνα αλλά μπορεί να παρουσιάζει ανωμαλίες, υπότυπους και να εκτείνεται έως και αρκετά χιλιοστά από το ακρορρίζιο.[5-9] Έτσι, έχει προταθεί η οριοθέτηση του ακρορριζικού πέρατος της έμφραξης να γίνεται στο ακρορριζικό τρήμα, κυρίως λόγω της πολύ αξιόπιστης εύρεσής του - ως μήκος εργασίας - με τους ηλεκτρονικούς εντοπιστές. Ωστόσο και στην περίπτωση αυτή παρατηρούνται προβληματισμοί: το τρήμα μπορεί να εντοπίζεται σε κάθε επιφάνεια της ρίζας και να υπάρχουν δευτερεύοντα τρήματα, ενώ το ακρορριζικό τρήμα έχει συνήθως οβάλ σχήμα, συνεπώς είναι δύσκολη η ερμητική απόφραξή του με έναν κώνο γουταπέρκας στρογγυλής διατομής.[9-11]

Κλινική εικόνα και αντιμετώπιση

Σύμφωνα με τη Washington study το 3,85% των αποτυχιών των ενδοδοντικών θεραπειών αποδίδεται σε έξοδο γουταπέρκας από το ακρορρίζιο.[4] Ωστόσο για την αποτυχία ενοχοποιείται και η ύπαρξη κενών στην έμφραξη, η οποία ευνοεί την παραμονή μικροβίων στο ριζικό σωλήνα και την επαναποίκισή του.[12] Σε έξοδο υλικού μπορεί να εμφανιστεί ακρορριζική αλλοίωση.[13-15] Αναφέρεται ωστόσο, ότι η έξοδος υλικού από μόνη της δεν επηρεάζει σημαντικά την πρόγνωση, ανεξαρτήτως από την έκταση του υλικού που έχει βγει.[16]

Το ερώτημα της πρόγνωσης ενός δοντιού με υπερέμφραξη γουταπέρκας έχει απασχολήσει τη βιβλιογραφία. Θεωρητικά, εφόσον η γουταπέρκα είναι ξένο υλικό, η έξοδος θα προκαλούσε κάποιο χημικό και μηχανικό ερεθισμό. Πολλές μελέτες έχουν δείξει πως υπάρχει σχέση μεταξύ υπερέμφραξης και αποτυχίας της ενδοδοντικής θεραπείας[9,12,17,18] υπάρχουν όμως και άλλες που υποστηρίζουν πως η υπερέμφραξη δεν επηρεάζει την πρόγνωση.[19-23] Συνολικά πάντως τα περισσότερα δεδομένα κλίνουν περισσότερο πως η υπερέμφραξη σχετίζεται με λιγότερο ευνοϊκή πρόγνωση[1] ειδικά αν προϋπάρχει περιακρορριζική αλλοίωση.[16] Σημαντικό να ληφθεί υπ' όψιν πως το συμπέρασμα προκύπτει από συστηματική ανασκόπηση, άρα μεγαλύτερης αξιοπιστίας.[1] Σε κάθε περίπτωση, η επιτυχία μιας υπερέμφραξης είναι σαφώς ανώτερη σε ενδοδοντική θεραπεία που γίνεται για πρώτη φορά παρά σε επανάληψη (91,6% έναντι 81,8% αντίστοιχα).[23]

Η αντιμετώπιση της υπερέμφραξης μπορεί να κυμαίνεται από τακτική κλινική και ακτινογραφική παρακολούθηση του ασθενούς, μέχρι συντηρητική ή και χειρουργική διευθέτηση.[16] Η πλέον αξιόπιστη αξιολόγηση θεωρείται πως γίνεται ένα χρόνο από τη θεραπεία, καθότι τότε ο οστίτης ιστός παρουσιάζει το μεγαλύτερο δυναμικό επούλωσης μιας περιακρορριζικής βλάβης.[24] Αν απαιτείται επανάληψη της ενδοδοντικής θεραπείας τότε αφαιρούνται τα προηγούμενα υλικά, δίδεται ιδιαίτερη προσοχή στο να εντοπιστεί το αίτιο που προκάλεσε την υπερέμφραξη, και ύστερα γίνεται η έμφραξη στο σωστό μήκος εργασίας. Όταν η υπερέμφραξη συμβεί λόγω διάτρησης ή απορρόφησης του ακρορριζίου επειδή έγινε λανθασμένη μέτρηση του μήκους εργασίας τότε αφαιρούνται τα υλικά, γίνεται σωστή σε μήκος χημικομηχανική επεξεργασία και έμφραξη.[1,25]

Σημαντικό ρόλο διαδραματίζει και ο χρόνος στον οποίο γίνεται αντιληπτή η έξοδος των εμφρακτικών υλικών.[19,20] Σε περίπτωση που συμβεί άμεσα, ακριβώς μετά την έμφραξη η οποία πραγματοποιήθηκε με την τεχνική της πλάγιας συμπύκνωσης διαπιστώνεται με οπισθοφατνιακή ακτινογραφία και χωρίς να έχει κοπεί η γουταπέρκα, εύκολα μπορούν να αφαιρεθούν όλοι οι κώνοι πριν την πήξη του φυράματος,

ακόμη και με μία ρίνη, π.χ. Hedström.

Σε περιπτώσεις που η έμφραξη έχει πραγματοποιηθεί με την τεχνική της κάθετης συμπύκνωσης και της θερμοπλαστικοποιημένης γουταπέρκας, τότε η αφαίρεση των εμφρακτικών υλικών είναι ιδιαίτερα δύσκολη ή και σε κάποιες περιπτώσεις αδύνατο να επιτευχθεί.[26] Η χειρουργική προσέγγιση επιλέγεται όταν έχει αποτύχει η συντηρητική αντιμετώπιση είτε σε περιπτώσεις δοντιών που φέρουν ενδορριζικούς άξονες. Σε κάποιες περιπτώσεις η χειρουργική προσέγγιση μπορεί να αποτελεί πρώτη εκλογή όταν η πρόγνωση της συντηρητικής προσέγγισης δεν κρίνεται ικανοποιητική.[27]

Όταν συμβεί υπερέκταση η επιλογή αντιμετώπισης είναι η επανάληψη της ενδοδοντικής θεραπείας, καθώς τα κενά εντός της έμφραξης ενδέχεται να αποτελέσουν μελλοντικά εστίες κατακράτησης μικροβιακού παράγοντα και μικροδιείσδυσης.[16,28] Κατά την αφαίρεση των εμφρακτικών υλικών πρέπει να δοθεί ιδιαίτερη προσοχή στο να μην κοπεί η γουταπέρκα που βρίσκεται εκτός του ακρορριζικού τρήματος, γι' αυτό αποφεύγεται στις περιπτώσεις αυτές η χρήση διαλυτικού μέσου. Επειδή στην υπερέκταση υπάρχουν κενά και εντός του ριζικού σωλήνα που δεν διευθετούνται με τη χειρουργική αντιμετώπιση, η τελευταία θα πρέπει να επιλέγεται μόνο ως εναλλακτική όταν έχει προηγηθεί η συντηρητική επανάληψη.[16]

ΕΞΟΔΟΣ ΦΥΡΑΜΑΤΩΝ

Αιτιοπαθογένεια

Οι συνηθέστερες αιτίες εξόδου φυραμάτων είναι παρόμοιες με εκείνες της εξόδου γουταπέρκας. Να τονιστεί ωστόσο πως μόνο έξοδος φυράματος μπορεί να συμβεί ακόμη και σε μια κατά τα άλλα lege artis ενδοδοντική θεραπεία, ακόμη και χωρίς να υποπέσει στην αντίληψη του κλινικού τη στιγμή εκείνη.

Αντιμετώπιση

Τα φυράματα του υδροξειδίου του ασβεστίου, στηρίζονται στην κλασσική ιδιότητα του υδροξειδίου του ασβεστίου να διίστανται σε ιόντα ασβεστίου και υδροξυλίου. Αυτό σημαίνει ότι για να έχουν αυτή την ενεργότητα πρέπει να διίστανται διαρκώς. Συνεπώς η έξοδος τους έχει μεγάλη πιθανότητα απορρόφησης του υλικού από τους ιστούς[29].

Πολλά φυράματα περιέχουν οξείδιο του ψευδαργύργου και ευγενόλη. Η ευγενόλη όταν έρθει σε επαφή με τους μαλακούς ιστούς είναι ερεθιστική[30-32]. Η πήξη του ευγενολούχου φυράματος στηρίζεται στον σχηματισμό μιας μήτρας ευγενολούχου ψευδαργύρου εντός της οποίας παγιδεύονται μόρια ευγενόλης που δεν έχουν αντιδράσει. Η αντίδραση είναι αντιστρεπτή: αυτό έχει σαν αποτέλεσμα η προσθήκη νερού μετά την πλήρη πήξη του φυράματος να οδηγεί σε απελευθέρωση ευγενόλης λόγω υδρόλυσης της μήτρας. Η ελεύθερη ευγενόλη θεωρείται ότι προκαλεί φλεγμονώδη αντίδραση[30-33]. Ωστόσο υπάρχει η άποψη ότι δεν οφείλεται αποκλειστικά η ελεύθερη ευγενόλη για τον ερεθισμό αλλά τα ιόντα του ψευδαργύρου τα οποία και αυτά απελευθερώνονται από τα φυράματα και μπορεί να προκαλούν κυτταροτοξικότητα[34-37]. Ωστόσο, παρά το ότι το ευγενολούχο φύραμα χαρακτηρίζεται σχετικά ευδιάλυτο σε σχέση με άλλα φυράματα, σε έξοδο φυράματος, η ύπαρξη περιακρορριζικής βλάβης είναι ο παράγοντας που φαίνεται ότι επιδεινώνει σε στατιστικά σημαντικό βαθμό την πρόγνωση: η έξοδος υλικού από μόνη της δεν επηρεάζει σημαντικά την πρόγνωση, ανεξαρτήτως από την έκταση του υλικού που έχει βγει[16]. Όταν λοιπόν έχουμε έξοδο αυτών των φυραμάτων η φλεγμονή γύρω τους μπορεί να παραμείνει για καιρό. Φυσικά δεν είναι πάντα απόλυτος κανόνας (Εικ. 2).

Τα ρητινώδη φυράματα σε υγρό περιβάλλον απελευθερώνουν φορμαλδεΰδη και έχει φανεί ότι σε 48 ώρες είναι η μέγιστη συγκέντρωση της από την ανάμειξή της, ενώ αναφέρεται μεγαλύτερη σταθερότητα διαστάσεων σε σχέση με τα ευγενολούχα[37] (Εικ. 3).

Οι περιακρορριζικοί ιστοί επηρεάζονται ανάλογα με την ποσότητα του φυράματος που εξέρχεται από το ακρορρίζιο. Όσομεγαλύτερη είναι η ποσότητα τόσο πιο έντονη και μεγαλύτερη σε διάρκεια, είναι η συμπτωματολογία. Νεότερα δεδομένα από συστηματική ανασκόπηση δείχνουν πως τα ρητινώδη φυράματα παρουσιάζουν, επί εξόδου, τη συχνότερη επιμένουσα συμπτωματολογία από όλους τους τύπους φυραμάτων[29]. Ανεξαρτήτως συμπτωμάτων, πρόσφατη μελέτη δείχνει ξεκάθαρα πως η έξοδος ρητινώδους φυράματος δεν επηρεάζει τελικά την επούλωση μιας προϋπάρχουσας περιακρορριζικής βλάβης[38]. Αυτό φαίνεται πως ισχύει και μακροπρόθεσμα: ακόμη και σε βάθος μέχρι 27 έτη μετά τη θεραπεία, η επούλωση μιας περιακρορριζικής βλάβης παραμένει σχεδόν η ίδια με ή χωρίς έξοδο[39].

Τα νεότερα φυράματα με βιοεπαγωγικά υλικά (ΜΤΑ και λοιπά βιοκεραμικά) παρουσιάζουν σημαντική σταθερότητα διαστάσεων και μεγάλη βιοσυμβατότητα[39]. Επομένως θεωρούνται πως, επί εξόδου αυτών,

σχετικά ευνοϊκής πρόγνωσης (Εικ. 4). Εντούτοις, η βιοσυμβατότητα έχει βιβλιογραφικά αξιολογηθεί κυρίως σε in vitro μελέτες επί βλαστοκυττάρων και λιγότερο σε πραγματικές κλινικές καταστάσεις. Συνεπώς απαιτείται και περαιτέρω έρευνα επί του θέματος.

Συνολικά, η πρόγνωση μιας ενδοδοντικής θεραπείας σε έξοδο φυράματος είναι ένα σημαντικό κλινικό ζήτημα. Η βιβλιογραφία δείχνει πως, αν και μεταξύ των φυραμάτων υπάρχουν διαφορές, εντούτοις η έξοδος φαίνεται να καθυστερεί την επούλωση μιας περιακρορριζικής βλάβης. Πιο συγκεκριμένα, νεότερη συστηματική ανασκόπηση ανέδειξε πως υπάρχει 32% πιθανότητα μια ενδοδοντική θεραπεία σε δόντι με περιακρορριζική αλλοίωση να μην επουλωθεί λόγω εξόδου φυράματος, ανεξαρτήτως του τύπου αυτού[40]. Η συσχέτιση που αναφέρει η μελέτη θεωρείται οριακή, γι' αυτό και οι ίδιοι οι συγγραφείς αναφέρουν συμπερασματικά πως αν και πολλές περιπτώσεις είχαν επιτυχή επούλωση παρά την έξοδο φυράματος στους περιακροριζικούς ιστούς, ένα επιθυμητό αποτέλεσμα είναι πιο πιθανό να επιτευχθεί όταν διατηρούνται τα εμφρακτικά υλικά εντός των ριζικών σωλήνων. Από την άλλη, αυτό το συμπέρασμα δεν είναι ομόφωνα αποδεκτό: τεκμηριώνεται πως ακόμη και σε έξοδο, οι παράγοντες που επηρεάζουν σημαντικά την επούλωση μια βλάβης είναι το μέγεθος αυτής, η ύπαρξη ή μη συριγγίου και η διατήρηση διαβατότητας κατά την ενδοδοντική θεραπεία, χωρίς συσχέτιση με την έξοδο υλικού[41-42]. Επιπλέον, είναι ήδη γνωστό πως τα ποσοστά επιτυχίας ακόμη και σε πολύ μεγάλους χρόνους παρακολούθησης είναι παρόμοια με ή χωρίς έξοδο υλικού (90,9% και 95,8% αντίστοιχα)[39].

Φύραμα μπορεί να προωθηθεί στους παραρρίνιους κόλπους, συχνότερα στο ιγμόρειο. Αυτό οφείλεται στο ότι δεν είναι σπάνιο τα ακρορρίζια, ειδικά του δεύτερου προγομφίου και των γομφίων της άνω γνάθου, να γειτνιάζουν με το έδαφος του ιγμορείου, και σε ορισμένες περιπτώσεις να διαχωρίζονται με ένα πολύ λεπτό οστικό πέταλο. Αν σε μια τέτοια περίπτωση συμβεί υπερδιεύρυνση, τότε προκύπτει επικοινωνία μεταξύ των δυο χώρων, που σημαίνει πως υπάρχει σημαντική πιθανότητα εξόδου εμφρακτικών υλικών στο ιγμόρειο κατά την έμφραξη[43]. Παρά το ότι η αντίδραση ξένου σώματος στη μεμβράνη του ιγμορείου ξεκινά άμεσα, απαιτείται μεγάλο χρονικό διάστημα (μήνες) μέχρι να εκδηλωθούν συμπτώματα ιγμορίτιδας[43]. Βιβλιογραφικά, ακόμη κι αν έχει προηγηθεί υπερδιεύρυνση εκτός ακρορριζικού τρήματος, συστήνεται απαραίτητα η εφαρμογή κύριου κώνου με καλό tug-back και ακτινογραφικός έλεγχος, καθότι με αυτό τον τρόπο υπάρχουν σημαντικές πιθανότητες να αποφευχθεί η εκτεταμένη έξοδος υλικού[44]. Στην περίπτωση που συμβεί η έξοδος, το περιστατικό παρακολουθείται και σε περίπτωση επιμενόντων συμπτωμάτων από το ιγμόρειο, απαιτείται υπολογιστική τομογραφία κωνικής δέσμης (CBCT) για τον ακριβή προσδιορισμό της εξόδου και της κατάστασης της μεμβράνης.

του ιγμορείου. Αν απαιτηθεί, το τελευταίο βήμα είναι πάντα ο χειρουργικός καθαρισμός του ιγμορείου[43-45]. Αξίζει να αναφερθεί πως τεκμαίρεται βιβλιογραφικά ασπεργίλλωση λόγω προώθησης φυράματος με βασικό συστατικό τον ψευδάργυρο προς τους παραρρίνιους κόλπους, η οποία είναι μία σπάνια ασθένεια μυκητιασικής αιτιολογίας σε μη ανοσοκατεσταλμένους ασθενείς[46-49]. Η αντιμετώπιση μιας τέτοιας κατάστασης είναι η χειρουργική αφαίρεση από το ιγμόρειο[46].

Η προώθηση υλικών προς τον πόρο του κάτω φατνιακού νεύρου και η βλάβη του είναι μια σχετικά σπάνια πλην όμως δύσκολα διαχειρίσιμη επιπλοκή[50]. Όταν η ενδοδοντική θεραπεία ενός κάτω γομφίου (συχνότερα) ή προγομφίου ξεπερνά το ακρορρίζιο, το ξένο υλικό που εισάγεται σε ένα τόσο ευαίσθητο ανατομικό χώρο μπορεί να επηρεάσει μηχανικά ή χημικά το κάτω φατνιακό νεύρο και να προκαλέσει υπαισθησία, παραισθησία ή αναισθησία στις περιοχές που νευρώνονται από αυτό[50-51]. Κλινικά παρουσιάζεται άμεσος πόνος τη στιγμή της εξόδου που δεν παρέρχεται με το πέρας της αναισθησίας, και τελικά άλλοτε άλλου βαθμού υπαισθησία ή παραισθησία, ενώ σε προχωρημένες καταστάσεις μπορεί να συνυπάρχει ακόμη και ωταλγία[50]. Δεν υπάρχει απόλυτα αναλογική συσχέτιση μεταξύ της ποσότητας του εξελθέντος φυράματος και της έκτασης των συμπτωμάτων. Η διάγνωση στηρίζεται στην εικόνα του φυράματος που εξήλθε, όπως αυτό φαίνεται στην τελική ακτινογραφία.

Όταν γίνει αντιληπτό κάτι τέτοιο απαιτείται άμεσα υπολογιστική τομογραφία κωνικής δέσμης (CBCT) για τον ακριβή έλεγχο της ποσότητας και της εντόπισης του φυράματος πχ αν επεκτείνεται περισσότερο εντός του γναθιαίου πόρου ή προσεγγίζει προς το γενειακό τρήμα άρα και προς δομές μαλακών ιστών[50]. Η αντιμετώπιση κυμαίνεται από παρακολούθηση μέχρι και χειρουργικό καθαρισμό του γναθιαίου πόρου[50, 51-54]. Έχει προταθεί η χορήγηση pregabalin, με καλά αποτελέσματα[50, 55].

ΕΞΟΔΟΣ ΥΔΡΟΞΕΙΔΙΟΥ ΑΣΒΕΣΤΙΟΥ ΚΑΙ ΛΟΙΠΩΝ ΒΙΟΕΠΑΓΩΓΙΚΩΝ ΥΛΙΚΩΝ

Αιτιοπαθογένεια

Η έξοδος υδροξειδίου ασβεστίου οφείλεται είτε σε χρήση βελόνας Lentulo σε εσφαλμένο μήκος (πχ σε όλο το μήκος εργασίας ή και εκτός τρήματος), είτε σε μεγάλη πίεση στην έγχυση, πάλι σε εσφαλμένο μήκος, αν πρόκειται για έτοιμο σκεύασμα (Εικ. 5). Στην περίπτωση των βιοεπαγωγικών υλικών, αυτά τοποθετούνται είτε με χρήση μικροαμαλγαματοφόρου, ειδικά για ακρορριζική απόφραξη (πχ σύστημα MAP) είτε ακόμη και με εργαλείο γουταπέρκας (πχ σε μια διάτρηση). Και στις δυο περιπτώσεις, η αιτία εξόδου είναι πάντα η μεγάλη πίεση κατά τη συμπύκνωση του υλικού[56-59].

Αντιμετώπιση

Σε κλινικό επίπεδο, δε συστήνεται κάποια συγκεκριμένη αντιμετώπιση σε έξοδο βιοεπαγωγικών υλικών και τούτο γιατί δεν περιγράφεται κάποιος συγκεκριμένος, συστηματικά τεκμηριωμένος τρόπος αφαίρεσής τους. Ως προς το υδροξείδιο ασβεστίου, η αφαίρεση επί εξόδου είναι πρακτικά ανέφικτη. Και στις δυο περιπτώσεις, θα μπορούσε να προταθεί χειρουργικός καθαρισμός της περιοχής και ακρορριζεκτομή, όμως αυτό, εκτός ότι δεν μπορεί να είναι πρώτη επιλογή, εμπίπτει στα ίδια κριτήρια επιλογής περιστατικού με τις εξόδους και των υπολοίπων υλικών που χρησιμοποιούνται στην Ενδοδοντία.

Βιβλιογραφικά έχει απασχολήσει περισσότερο η επίδραση του υδροξειδίου ασβεστίου στους ιστούς, όταν αυτό εξέλθει, παρά τα βιοεπαγωγικά υλικά. Τα τελευταία θεωρούνται σαφώς καλύτερα ανεκτά. Ειδικά το MTA μπορεί να λεχθεί πως είναι στα gold standards ως προς την ανεκτικότητά του από τους ιστούς[60].

Συνολικά, τα δεδομένα για την επίδραση της εξόδου του υδροξειδίου ασβεστίου είναι αντικρουόμενα. Έχουν αναφερθεί ως αρνητικές επιδράσεις η αναστολή της οστικής επούλωσης ακόμη και για 12 εβδομάδες μετά την τοποθέτηση[61-62]. Επιπλέον, φέρεται πως παρατηρείται μεγάλη αναστολή πρόσφυσης ινοβλαστών του περιριζίου σε δόντια όπου έχει τοποθετηθεί υδροξείδιο ασβεστίου, σε βαθμό που έχει προταθεί είτε η ενδοδοντική θεραπεία να προηγείται κατά πολύ χρονικά της περιοδοντικής είτε να αποφεύγεται πλήρως το υδροξείδιο ασβεστίου όταν επίκειται αναγέννηση των περιοδοντικών ιστών[63-64]. Τα αποτελέσματα αυτά έχουν επιβεβαιωθεί και από νεότερη συστηματική ανασκόπηση[65], όπου καταγράφεται σε μελέτες μεταξύ 1980 και 2013 ότι το υδροξείδιο ασβεστίου προκαλεί βλάβες στα αγγεία και στα νεύρα της περιοχής (ιδίως στο κάτω φατνιακό) και διαλυτική δράση επί του συνδετικού ιστού. Οι παρενέργειες αυτές καταγράφονται συνηθέστερα σε έτοιμα σκευάσματα υπό μορφή σύριγγας παρά σε υδροξείδιο που τοποθετείται με φρέζα Lentulo στο ριζικό σωλήνα.

Όμως τα στοιχεία αυτά δεν επιβεβαιώνονται από το σύνολο της βιβλιογραφίας. Ήδη από παλαιότερες ακόμη μελέτες φάνηκε πως το υδροξείδιο ασβεστίου δεν επηρεάζει ούτε την περιοδοντική επούλωση ούτε το remodeling του οστού ούτε δημιουργεί φλεγμονώδη αντίδραση, σε βάθος χρόνου ακόμη και 16 εβδομάδων[66-67]. Αντίθετα, έχει λεχθεί πως ήταν καλά ανεκτό από τους ιστούς και απορροφάται[68]. Μια σειρά μελετών σε πειραματόζωα κατέδειξε πως η περιοδοντική επούλωση δεν επηρεάζεται ούτε 6 μήνες μετά από είτε χρήση υδροξεδίου ή MTA: επιπλέον παρατηρούνται ενασβεστιωμένοι σχηματισμοί παρόμοιοι με «γέφυρα οδοντίνης», θετικοί σε χρώση με την τεχνική von Kossa (που χρησιμοποιείται εδώ και δεκαετίες για εντοπισμό ασβεστίου και ενασβεστιωμένων εναποθέσεων)[69-70].

Άξιο αναφοράς είναι ότι οι ενασβεστιώσεις ήταν πιο περιορισμένες στα δείγματα με υδροξείδιο ασβεστίου παρά στο MTA, όμως στα δείγματα του MTA οι εναποθέσεις ήταν όλες σε επαφή με το υλικό. Αυτό σημαίνει πως και τα δυο υλικά παρουσιάζουν δυναμικό επούλωσης ειδικά στον οστίτη ιστό χωρίς παρενέργειες.

Ενδιαφέρον εμφανίζει ο ρόλος των ιόντων ασβεστίου που προκύπτουν από το υδροξείδιο μετά τη διάστασή του εντός του ριζικού σωλήνα. Η ύπαρξη σκληρού ενασβεστιωμένου ιστού από το υδροξείδιο ασβεστίου που περιγράφηκε πριν φαίνεται να οφείλεται στα ιόντα ασβεστίου που απελευθερώνονται κατά την ανάμιξη με φυσιολογικό ορό. Τα ιόντα ασβεστίου αντιδρούν με τα παράγωγα των ιστών και ξεκινούν την κατακρήμνιση ενασβεστιωμένου υλικού, περιφερικά του οποίου παρατηρείται συγκέντρωση φιμπρονεκτίνης, που ενισχύει την προσκόλληση των κυττάρων επί του ενασβεστιωμένου ιστού, συνεχίζοντας τη διαδικασία[69]. Τα δεδομένα αυτά επιβεβαιώνονται και μεταγενέστερα, καθώς έχει βρεθεί πως σε in vitro εφαρμογή ασβεστίου σε καλλιεργημένα οδοντικά βλαστοκύτταρα (cultured dental pulp stem cells, DPSCs) τα ιόντα ασβεστίου συσχετίζονται όντως με επιτάχυνση ενασβεστιωμένης μήτρας επί της οποίας συνεχίζεται η διαφοροποίηση των κυττάρων[69-72].

Μια άλλη πτυχή της εξόδου υδροξειδίου ασβεστίου είναι πως φαίνεται να επηρεάζει την επούλωση των ακρορριζικών κύστεων.

Συγκεκριμένα, έχει τεκμηριωθεί πως τα ιόντα ασβεστίου που προκύπτουν από έξοδο υδροξειδίου ασβεστίου σε μια ακρορριζική κύστη διεγείρουν τον μηχανισμό της απόπτωσης μέσω ενεργοποίηση συγκεκριμένων κασπασών[2]. Συνεπώς δημιουργείται ένα δυναμικό που πιθανώς να είναι σημαντικό στην επούλωση των ακρορριζικών κύστεων. Αν και η δράση των ιόντων ασβεστίου στην ενεργοποίηση της απόπτωσης είναι δεδομένη, σίγουρα απαιτείται περαιτέρω μελέτη για το ρόλο αυτής στην τελική επούλωση.

Συνοψίζοντας, τα μεν στοιχεία για τη δράση του υδροξειδίου ασβεστίου στο περιρρίζιο είναι αντικρουόμενα, όμως φαίνεται ξεκάθαρα η επουλωτική του δράση επί των σκληρών ιστών με δημιουργία ενασβεστιωμένου ιστού, μέσω των ιόντων ασβεστίου, που είτε διεγείρει βλαστοκύτταρα για την περαιτέρω εξέλιξη και διαφοροποίηση.

Η διαχείριση της εξόδου των βιοεπαγωγικών υλικών (MTA, βιοκεραμικά κλπ) βιβλιογραφικά έχει απασχολήσει λιγότερο, πλην όμως σε πιο πρόσφατα δεδομένα. Αυτό οφείλεται αφενός στο ότι πρόκειται για νεότερα υλικά αφετέρου πως όλες οι μελέτες δείχνουν μια αρκετά ανεκτή συμπεριφορά από τους ιστούς[58, 72-75]. Επειδή όπως ειπώθηκε παραπάνω, το MTA θεωρείται υλικό αναφοράς μεταξύ των βιοεπαγωγικών, είναι και το πλέον μελετημένο. Έχει αναφερθεί πως το MTA είναι πλήρως βιοσυμβατό και έχει οστεογενιτική ικανότητα,

προάγοντας έτσι την επούλωση και την αναγέννηση των ιστών, όμως η ικανότητά του μειώνεται με την παρουσία βακτηρίων και φλεγμονής στους ιστούς[76]. Θεωρητικά, δεδομένου πως πρόκειται για έξοδο εξωγενούς υλικού, θα αναμενόταν να καθυστερήσει την επούλωση της περιακροριζικής αλλοίωσης και το MTA να μην πήξει εντός της βλάβης[75]. Ωστόσο φαίνεται πως είναι εφικτή η επούλωση μιας περιακρορριζικής βλάβης ακόμη και με έξοδο MTA, παρά το ότι συνήθως το υλικό που έχει εξέλθει δεν απορροφάται[75]. Συνεπώς, τεκμαίρεται πως η έξοδος ενός βιοεπαγωγικού υλικού συνιστά περισσότερο παρακολούθηση κι ενημέρωση του ασθενή, παρά κάποια επεμβατική αντιμετώπιση (πχ. ακρορριζεκτομή).

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

- Η έξοδος εμφρακτικών υλικών ενδέχεται να οφείλεται σε σφάλμα που έχει προηγηθεί κατά την ενδοδοντική θεραπεία, όχι όμως απαραίτητα, όπως στην έξοδο φυραμάτων.
- Παρά το ότι τα εμφρακτικά υλικά διαφέρουν στη βιοσυμβατότητα και στη σταθερότητα διαστάσεων, ο πλέον καθοριστικός παράγοντας πρόγνωσης είναι το αν προϋπάρχει περιακρορριζική αλλοίωση ή όχι.
- Η θέση προώθησης και η ποσότητα υλικού που εξήλθε επηρεάζουν τη συχνότητα παρακολούθησης και την αντιμετώπιση, που μπορεί να περιλαμβάνει ακόμη και συντηρητική επανάληψη
- θεραπείας ή χειρουργική αντιμετώπιση.
- Η έξοδος υδροξειδίου ασβεστίου θεωρείται καλά ανεκτή από τους περιακρορριζικούς ιστούς, αν όχι και επουλωτική.
- Η έξοδος βιοεπαγωγικών υλικών έχει παρόμοια κλινικά και ιστολογικά χαρακτηριστικά με το υδροξείδιο ασβεστίου, πιθανώς και με ακόμη πιο ανεκτή αντίδραση από τους ιστούς.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. SCHAEFFER MA, WHITE RR, WALTON RE. Determining the optimal obturation length: a meta-analysis of literature. J Endod 2005, 31: 271-4.
2. KONTOGIANNIS TG, TOSIOS KI, KEREZOUDIS NP. Effect of calcium hydroxide as intracanal medicament on the expression of caspase-9 located within the radicular cyst epithelium. Aust Endod J 2019, 45: 352-56.
3. SCHILDER H. Filling root canals in three dimensions 1967, Nov: 723-44.
4. INGLE JI, LUEBKE RG, ZIDELL JD, WALTON RE, TAINTOR JF. Obturation of the radicular space In: Endodontics 3rd Ed, Ingle JI, Taintor JF, Lea and Ferbiger Philadelphia, 1985, p. 223-307.
5. DUMMER PM, McGINN JH, REES DG. The position and topography of the apical
6. canal constriction and apical foramen. Int Endod J 1984, 17: 192–8.

7. MEDER-COWHERD L, WILLIAMSON AE, JOHNSON WT, VASILESCU D, WALTON R, QIAN F. Apical morphology of the palatal roots of maxillary molars by using micro-computed tomography. J Endod 2011, 37: 1162–5.
8. OLSON DG, ROBERTS S, JOYCE AP, COLLINS DE, McPHERSON JC. Unevenness of the apical constriction in human maxillary central incisors. J Endod 2008, 34: 157–9.
9. PONCE EH, VILAR FERNANDEZ JA. The cemento-dentinocanal junction, the apical foramen, and the apical constriction: evaluation by optical microscopy. J Endod 2003, 29: 214–9.
10. RICUCCI D, LANGELAND K. Apical limit of root canal instrumentation and obturation, part 2. A histological study. International Endodontic Journal 1998, 31: 394–409.
11. GUTIERREZ JH, AGUAYO P. Apical foraminal openings in human teeth. Number and location. Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol 1995, 79: 769–77.
12. MARROQUIN BB, EL-SAYED M, WILLERSHAUSEN-ZONNCHEN B. Morphology of the physiological foramen: I. Maxillary and mandibular molars. J Endod 2004, 30: 321–8.
13. BERGENHOLTZ G, LEKHOLM U, MILTHON R, ENGSTROM B. Influence of apical overinstrumentation and overfilling on re-treated root canals. J Endod 1979, 5: 310-4.
14. GRAHNEN H, HANSSON L. The prognosis of pulp and root canal therapy. Odont Revy 1961, 12: 146.
15. ECKERBOM M, ANDERSSON J E, MAGNUSSON T. A longitudinal study of changes in frequency and technical standard of endodontic treatment in a Swedish population. Endod Dent Traumatol 1989, 5: 27-31.
16. ODESJO B, HELLDEN L, SALONEN L, LANGELAND K. Prevalence of previous endodontic treatment, technical standard and occurrence of periapical lesions in a randomly selected adult, general population. Endod Dent Traumatol 1990, 6: 265-72.
17. HALSE A, MOLVEN O. Overextended gutta-percha and Kloroperka N-O root canal fillings. Radiographic findings after 10-17 years. Acta Odontol Scand 1987, 45: 171-7.
18. SJOGREN U, HAGGLUND B, SUNDQVIST G, WING K. Factors affecting the long-term results of endodontic treatment. J Endod 1990, 16: 498–504.

19. RICUCCI D, RUSSO J, RUTBERG M, BURLESON JA, SPANGBERG LSW. A prospective cohort study of endodontic treatments of 1,369 root canals: results after 5 years. Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod 2011, 112: 825–42.
20. AUGSBURGER RA, PETERS DD. Radiographic evaluation of extruded obturation materials. J Endod 1990, 16: 492–7.
21. LIN LM, SKRIBNER JE, GAENGLER P. Factors associated with endodontic treatment failures. J Endod 1992, 18: 625-7.
22. FARZANEH M, ABTIBOL S, LAWRENCE HP, FRIEDMAN S. Treatment outcome in endodontics-the Toronto Study. Phase II: initial treatment. J Endod 2004, 30: 302–9.
23. RICUCCI D, ROCAS IN, ALVES FRF, LOGHIN S, SIQUEIRA JF Jr (2016) Apically extruded sealers: fate and influence on treatment outcome. J Endod 2016, 42: 243–9.
24. GOLDBERG F, CANTARINI C, ALFIE D, MACCHI RL, ARIAS A. Relationship between unintentional canal overfilling and the long-term outcome of primary root canal treatments and nonsurgical retreatments: a retrospective radiographic assessment. Int Endod J 2020, 53, 19-26.
25. ORSTAVIK D. Time-course and risk analyses of the development and healing of chronic apical periodontitis in man. Int Endod J 1996, 29: 150-5.
26. SWARTZ D, SKIDMORE A, GRIFFIN J. Twenty years of endodontic success and failure. J Endod 1983, 9: 198-202.
27. ΜΟΛΥΒΔΑΣ Ι, ΛΑΜΠΡΙΑΝΙΔΗΣ Θ, ΜΠΕΛΤΕΣ Π, ΒΕΗΣ Α, ΖΕΡΒΑΣ Π. Έγχυση θερμοπλαστικοποιημένης γουταπέρκας. Θεσσαλονίκη, University studio press, 1994.
28. LIN LM, SKRIBNER JE, GAENGLER P. Factors associated with endodontic treatment failures. J Endod 1992, 18: 625-7.
29. PETERSON J, GUTMANN J L. The outcome of endodontic resurgery: a systematic review Int Endod J 2001, 34: 169-75.
30. SHASHIREKHA G, JENA A, PATTANAIK S, RATH J. Assessment of pain and dissolution of apically extruded sealers and their effect on the periradicular tissues. J Conserv Dent 2018, 21: 546-550.
31. GULATI N, CHANDRA S, AGGARWAL P K , JAISWAL J N, SINGH M. Cytotoxicity of eugenol in sealer containing zinc-oxide. Endod Dent Traumatol 1991, 7: 181-5.

32. HUME W R. In vitro studies on the local pharmacodynamics, pharmacology and toxicology of eugenol and zinc oxide-eugenol. Int Endod J 1988, 21:130-4.
33. LINDQVIST L, OTTESKOG P. Eugenol: liberation from dental materials and effect on human diploid fibroblast cells. Scand J Dent Res 1980, 88: 552-6.
34. BECKER RM, HUME WR, WOLINKSY LE. Release of eugenol from mixtures of ZOE in vitro. J Pedod 1983, 8: 71-7.
35. FUJISAWA S, MASUHARA E. Binding of eugenol and o-ethoxybenzoic acid to bovine serum albumin. J Dent Res 1981, 60: 860-4.
36. MASEKI T, NAKATA K, KOHSAKA T, KOBAYASHI F, HIRANO S, NAKAMURA H. Lack of correlation between the amount of eugenol released from zinc oxide-eugenol sealer and cytotoxicity of the sealer. J Endod 1991, 17: 76-9.
37. MERYON SD, JOHNSON SG, SMITH AJ. Eugenol release and the cytotoxicity of different zinc oxide-eugenol combination. J Dent 1988, 16: 66-70.
38. VERSIANI MA, CARVALHO-JUNIOR JR, PADILHA MI, LACEY S, PASCON EA, SOUSA-NETO MD. A comparative study of physicochemical properties of AH Plus and Epiphany root canal sealants. Int Endod J 2006, 39: 464-71.
39. MARTINS JFB, SCHEEREN B, VAN DER WAAL SV. The effect of unintentional ah-plus sealer extrusion on resolution of apical periodontitis after root canal treatment and retreatment-a retrospective case-control study. J Endod 2023, 49: 1262-8.
40. FRISTAD I, MOLVEN O, HALSE A. Nonsurgically retreated root filled teeth-radiographic findings after 20-27 years. Int Endod J 2004, 37: 12-8.
41. SABER S, RAAFAT S, ELASHIRY M, EL-BANNA A, SCHAFER E. Effect of different sealers on the cytocompatibility and osteogenic potential of human periodontal ligament stem cells: an in vitro study. J Clin Med 2023, 12: 2344.
42. AMINOSHARIAE A, KULILD, JC. The impact of sealer extrusion on endodontic outcome: A systematic review with meta-analysis. Aust Endod J 2020, 46: 123-129.
43. NG YL, MANN V, GULABIVALA K. A prospective study of the factors affecting outcomes
44. of nonsurgical root canal treatment: part 1: periapical health. Int Endod J 2011, 44: 583-609.

45. LISTON PN, WALTERS RF. Foreign bodies in the maxillary antrum: a case report. Aust Dent J 2002, 47: 344-6.
46. BROOKS JK, KLEINMAN JW. Retrieval of extensive gutta-percha extruded into the maxillary sinus: use of 3-dimensional cone-beam computed tomography. J Endod 2013, 39: 1189-93.
47. YAMAGUCHI K, MATSUNAGA T, HAYASHI Y. Gross extrusion of endodontic obturation materials into the maxillary sinus: a case report. Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod 2007, 104: 131-4.
48. KHONGKHUNTHIAN P, REICHART P A. Aspergillosis of the maxillary sinus as a complication of over-filling root canal material into the sinus: report of two cases J Endod 2001, 27: 476-8.
49. BECK-MANNAGETTA J, NECEK D. Radiologic findings in aspergillosis of the maxillary sinus. Oral Surg Oral Med Oral Pathol 1986, 62: 345-9.
50. DE FOER C, FOSSION E, VAILLANT JM. Sinus aspergillosis. J Craniomaxillofac Surg 1990, 18: 33-40.
51. LEGENT F, BILLET J, BEAUVILLAIN C, BONNET J, MIEGEVILLE M. The role of dental canal fillings in the development of Aspergillus sinusitis. A report of 85 cases. Arch Otorhinolaryngol 1989, 246: 318-20.
52. Alonso-Ezpeleta O, Martín PJ, López-López J, Castellanos-Cosano L, Martín-González J, Segura-Egea JJ. Pregabalin in the treatment of inferior alveolar nerve paraesthesia following overfilling of endodontic sealer. J Clin Exp Dent. 2014 Apr 1;6(2):e197-202.
53. ESCODA-FRANCOLI J, CANALDA-SAHLI C, SOLER A, FIGUEIREDO R, GAY-ESCODA C. Inferior alveolar nerve damage because of overextended endodontic material: a problem of sealer cement bio-compatibility. J Endod 2007, 33: 1484-9.
54. GREGG JM. Surgical management of inferior alveolar nerve injuries (Part II): The case for delayed management. J Oral Maxillofac Surg 1995, 53: 1330-3.
55. SCOLOZZI P, LOMBARDI T, JAQUES B. Successful inferior alveolar nerve decompression for dyses-thesia following endodontic treatment: report of 4 cases treated by mandibular sagittal osteotomy. Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod 2004, 97: 625-31.
56. BASTIEN AV, ADNOT J, MOIZAN H, CALENDA E, TROST O. Secondary surgical decompression of the inferior alveolar nerve after overfilling of endodontic sealer into the mandibular canal: Case report and literature review. J Stomatol Oral Maxillofac Surg 2017, 118: 389-92.

57. HILL CM, BALKENOHL M, THOMAS DW, WALKER R, MATHE H, MURRAY G. Pregabalin in patients with postoperative dental pain. Eur J Pain 2001, 5: 119-24.
58. TAHAN E, CELIK D, ER K, TAŞDEMIR T. Effect of unintentionally extruded mineral trioxide aggregate in treatment of tooth with periradicular lesion: a case report. J Endod 2010, 36: 760-3.
59. MENTE J, LEO M, PANAGIDIS D, OHLE M, SCHNEIDER S, LORENZO BERMEJO J, PFEFFERLE T. Treatment outcome of mineral trioxide aggregate in open apex teeth. J Endod 2013, 39: 20-6.
60. SPANGBERG L. Biological effects of root canal filling materials. 7. Reaction of bony tissue to implanted root canal filling material in guinea pigs. Odontol Tidskr 1969, 77: 133–59.
61. HAUMAN CH, LOVE RM. Biocompatibility of dental materials used in contemporary endodontic therapy: a review. Part 1. Intracanal drugs and substances. Int Endod J 2003, 36: 75–85.
62. BREAULT LG, SCHUSTER GS, BILLMAN MA. The effects of intracanal medicaments, fillers, and sealers on the attachment of human gingival fibroblasts to an exposed dentine surface free of a smear layer. J Periodontol 1995, 66: 545–51.
63. BLOMLOF L, LINDSKOG S, HAMMARSTROM L. Influence of pulpal treatments on cell and tissue reactions in the marginal periodontium. J Periodontol 1988, 59: 577–83.
64. OLSEN JJ, THORN JJ, KORSGAARD N, PINHOLT EM. Nerve lesions following apical extrusion of non-setting calcium hydroxide: a systematic case review and report of two cases. J Craniomaxillofac Surg 2014, 42: 757-62.
65. HAMMARSTROM L, BLOMLOF L, FEIGLIN B, ANDERSSON L, LINDSKOG S. Replantation of teeth and antibiotic treatment. Endod Dent Traumatol 1986, 2: 51–7.
66. PISSIOTIS E, SPANGBERG LS. Biological evaluation of collagen gels containing calcium hydroxide and hydroxyapatite. J Endod 1990, 16: 468–73.
67. MARTIN DM, CRABB HS. Calcium hydroxide in root canal therapy. A review. Br Dent J 1977, 142: 277-83.
68. HOLLAND R, DE SOUZA V, NERY MJ, OTOBONI FILHO JA, BERNABE PF, DEZAN JUNIOR E. Reaction of rat connective tissue to implanted dentine tubes filled with mineral trioxide aggregate or calcium hydroxide. J Endod 1999, 25: 161–6.
69. HOLLAND R, OTOBONI FILHO JA, BERNABE PF, DE SOUZA V, NERY MJ, DEZAN JUNIOR
70. E. Effect of root canal filling material and level of surgical injury on periodontal healing in dogs.
71. Endod Dent Traumatol 1998, 14: 199–205.

72. AN S, GAO Y, HUANG Y, JIANG X, MA K, LING J. Short-term effects of calcium ions on the apoptosis and onset of mineralization of human dental pulp cells in vitro and in vivo. Int J Mol Med 2015, 36: 215-21.
73. AN S, LING J, GAO Y, XIAO Y. Effects of varied ionic calcium and phosphate on the proliferation, osteogenic differentiation and mineralization of human periodontal ligament cells in vitro. J Periodontal Res 2012, 47: 374-82.
74. ASGARY S, FAYAZI S. Endodontic Surgery of a Symptomatic Overfilled MTA Apical Plug: A Histological and Clinical Case Report. Iran Endod J 2017, 12: 376-80.
75. KATSAMAKIS S, SLOT DE, VAN DER SLUIS LW, VAN DER WEIJDEN F. Histological responses of the periodontium to MTA: a systematic review. J Clin Periodontol 2013, 40: 334-44.
76. SILVA RAB, BORGES ATN, HERNANDEZ-GATON P, DE QUEIROZ AM, ARZATE H, ROMUALDO PC, και συν. Histopathological, histoenzymological, immunohistochemical and immunofluorescence analysis of tissue response to sealing materials after furcation perforation. Int Endod J 2019, 52: 1489-1500.

ΕΙΚΟΝΕΣ



Εικ. 1: Αριστερά, υπερέμφραξη με έξοδο γουταπέρκας και φυράματος στον άπω σωλήνα του #36. Δεξιά, υπερκέκταση με έξοδο γουταπέρκας και κενά στην έμφραξη του #25.



Εικ. 2: Αριστερά, περιακρορριζική βλάβη στο #16. Στη μέση, υπερέμφραξη με έξοδο ευγενολούχου φυράματος. Δεξιά, επανεξέταση 3 έτη μετά. Παρατηρείται πλήρης επούλωση της βλάβης και σχεδόν πλήρης απορρόφηση του εξελθέντος φυράματος.



Εικ. 3: Αριστερά, ανάγκη σκόπιμης ενδοδοντικής θεραπείας στο #47 για μελλοντική τοποθέτηση γέφυρας. Στη μέση, υπερέμφραξη με έξοδο ρητινώδους φυράματος. Δεξιά, επανεξέταση 4 έτη μετά. Αν και δεν υπάρχει παθολογία και η γέφυρα έχει τοποθετηθεί, δεν καταγράφεται απορρόφηση του φυράματος.



Εικ. 4: Αριστερά, περιακρορριζική βλάβη στο #15. Στη μέση, υπερέμφραξη με έξοδο βιοκεραμικού φυράματος. Δεξιά, επανεξέταση 2 έτη μετά. Αν και καταγράφεται σαφής (αν και όχι πλήρης) επούλωση της βλάβης, το φύραμα που έχει εξέλθει παραμένει ως έχει.



Εικ. 5: Έξοδος ρητινώδους φυράματος στην εγγύς ρίζα και υδροξειδίου ασβεστίου στην άπω. Παρατηρείται χαρακτηριστική διαφορά στην ακτινοσκιερότητα: το υδροξείδιο ασβεστίου έχει παρόμοια σκιερότητα με την οδοντίνη ενώ το φύραμα είναι πιο ακτινοσκιερό. Επιπλέον η νεφελοειδής-διάχυτη κατανομή του υδροξειδίου ασβεστίου πιθανότατα σχετίζεται με τη χρήση βελόνας Lentulo.

Φοιτητές Νοσηλευτικής και Τεχνητή Νοημοσύνη

«Ο ρόλος των χαρακτηριστικών της προσωπικότητας στις στάσεις των φοιτητών νοσηλευτικής απέναντι στην τεχνητή νοημοσύνη»
«The Role of Personality Traits in Nursing Students' Attitudes Toward Artificial Intelligence»

Συγγραφική ομάδα:
Αρετή Τσιάρα, Βησσαρίων Ι. Μπακάλης, Αικατερίνη Τόσκα, Σοφία Ζυγά, Ιωάννης Δ. Σταθούλης, Ελένη Ν. Αλμπάνη. Μαρία Σαρίδη, Κωνσταντίνος Τόγκας, Μιχάλης Αγρανιώτης, Ευάγγελος Χ. Φραδέλος

Το παραπάνω άρθρο μας δημοσιεύτηκε πρόσφατα στο επιστημονικό περιοδικό Cureus, το οποίο καταλήγει σε άκρως ενδιαφέροντα συμπεράσματα.

Μπορείτε να βρείτε το άρθρο στον παρακάτω σύνδεσμο.

https://assets.cureus.com/uploads/original_article/pdf/337908/20250313-226703-grovjw.pdf

Μιχάλης Αγρανιώτης
Πρόεδρος ΟΣΠ
Χειρουργός Οδοντίατρος

Σεμινάριο εξ αποστάσεως ΟΣΠ 19 Ιουνίου 2025

Στο πλαίσιο του Προγράμματος Σεμιναρίων Εξ Αποστάσεως Εκπαίδευσης Ιουνίου 2025 του Οδοντιατρικού Συλλόγου Πειραιά, πραγματοποιήθηκε την Πέμπτη 19 Ιουνίου 2025 η διαδικτυακή επιστημονική παρουσίαση με ομιλήτρια την Αθηνά-Μαρία Μαυρίδου, Επίκουρη Καθηγήτρια Ενδοδοντίας του ΕΚΠΑ.

Το θέμα της ομιλίας ήταν «Απορρόφηση των Δοντιών: Διαφοροδιάγνωση και Αντιμετώπιση», μια άκρως ενδιαφέρουσα και επιστημονικά τεκμηριωμένη ανάλυση γύρω από τα βασικά χαρακτηριστικά των διαφορετικών τύπων απορρόφησης δοντιών. Η κ. Μαυρίδου ανέπτυξε διεξοδικά τη διαφορική διάγνωση μεταξύ εσωτερικής φλεγμονώδους και εξωτερικής αυχενικής απορρόφησης, παρουσιάζοντας επίσης μετατραυματικές περιπτώσεις, εξωτερικές αντικαταστάσεις και φλεγμονώδεις απορροφήσεις.

Η παρουσίαση πλαισιώθηκε από κλινικές περιπτώσεις και τρισδιάστατα μοντέλα, τα οποία βοήθησαν τους συμμετέχοντες να αναγνωρίσουν και να διαχειριστούν αποτελεσματικά κάθε τύπο απορρόφησης. Το σεμινάριο προσέλκυσε μεγάλο ενδιαφέρον από επαγγελματίες οδοντιάτρους, καθώς προσέφερε 1 μόριο Επαγγελματικής Επιμόρφωσης, με δωρεάν διαδικτυακή παρακολούθηση μέσω της πλατφόρμας saba meeting, χάρη στην ευγενική χορηγία της εταιρείας HALEON.

Με το πέρας της παρουσίασης, οι συμμετέχοντες είχαν αποκτήσει μια σαφή εικόνα για:
Την ορθή διαφοροδιάγνωση των τύπων απορρόφησης.
Τη σωστή διαχείριση και θεραπευτική αντιμετώπιση κάθε περίπτωσης.
Το σεμινάριο εντάσσεται στον 13ο Κύκλο Συνεχιζόμενης Επαγγελματικής Επιμόρφωσης Οδοντιάτρων (Ιανουάριος–Δεκέμβριος 2025) του ΟΣΠ, συμβάλλοντας ουσιαστικά στη συνεχή ενημέρωση και εξέλιξη του οδοντιατρικού κλάδου.

*__Μαρία Αγραπίδου__,
Χειρουργός Οδοντίατρος, Αντιπρόεδρος Υγείας στις Γυναίκες της Ευρωπαϊκής Ένωσης, Πρόεδρος της επιτροπής του Επιστημονικού Περιοδικού του Οδοντιατρικού Συλλόγου Πειραιά, υπεύθυνη Δημοσίων Σχέσεων, μέλος ΔΣ ΟΣΠ, μέλος Προληπτικής Επιτροπής και Επιστημονικής Επιτροπής

ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ

Οδοντιατρικός Σύλλογος Πειραιώς Ν.Π.Δ.Δ.
Νοταρά 71 - 18535 Τηλ. 210 - 4171234 Fax 210 – 4137751
www.osp.gr e-mail: info@osp.gr

Αριθ. Πρωτ. 522 **Πειραιάς 1/10/2025**

ΠΡΟΣ: Πρόεδρο και μέλη Διοικητικού Συμβουλίου
Ελληνικής Παιδοδοντικής Εταιρείας

ΘΕΜΑ: Ευχαριστήρια επιστολή

Αξιότιμε κύριε Πρόεδρε,
Αξιότιμα μέλη του Διοικητικού Συμβουλίου,

Θα ήθελα να σας εκφράσω τις θερμές μου ευχαριστίες για την πρόσκληση να παραστώ στο συνέδριό σας, που πραγματοποιήθηκε στις 26–28 Σεπτεμβρίου 2025.

Η δυνατότητα να απευθύνω χαιρετισμό καθώς και να κηρύξω την έναρξη του συνέδριου σας αποτέλεσε ξεχωριστή εμπειρία και ιδιαίτερη τιμή για εμένα προσωπικά αλλά και για τον Οδοντιατρικό Σύλλογο Πειραιά, καθώς μου έδωσε την ευκαιρία να αναδείξω την αξία του επιστημονικού και ουσιαστικού ρόλου της εταιρείας σας στην προαγωγή της στοματικής υγείας των παιδιών και στην εκπαίδευση των συνάδελφων οδοντιάτρων.

Συγχαρητήρια για την άρτια διοργάνωση και το υψηλό επιστημονικό επίπεδο του συνεδρίου σας. Εύχομαι καλή συνέχεια στο πολύτιμο έργο σας και προσβλέπω σε μελλοντικές συνεργασίες που θα ενισχύσουν περαιτέρω τον κοινό μας σκοπό.

Ο Πρόεδρος του ΟΣΠ





Μ.Αγρανιώτης

Αθήνα 6/10/2025

Προς: Πρόεδρο Οδοντιατρικού Συλλόγου Πειραιά

Αγαπητέ κ. Αγρανιώτη,

Ο Πρόεδρος και τα Μέλη του ΔΣ της Ελληνικής Παιδοδοντικής Εταιρείας εκφράζουμε τις θερμές ευχαριστίες μας, για την τιμή που κάνατε στην Εταιρεία μας, να παρευρεθείτε στην Τελετή Έναρξης του 47ου Πανελληνίου Παιδοδοντικού Συνεδρίου και να κηρύξετε την έναρξη των εργασιών του.

Η παρουσία σας προσέδωσε ιδιαίτερο κύρος στην εκδήλωση υπογραμμίζοντας τη σημασία της συνεργασίας των επαγγελματιών υγείας με σκοπό την εξασφάλιση υπηρεσιών υψηλού επιπέδου για την οδοντιατρική φροντίδα των παιδιών, εφήβων και ΑμεΑ.

Παρακαλούμε δεχθείτε την εκτίμηση και την ευγνωμοσύνη μας και θα είναι χαρά μας να συνεργαστούμε μελλοντικά με σκοπό την προαγωγή της στοματικής υγείας του παιδοδοντιατρικού πληθυσμού.

Με εκτίμηση

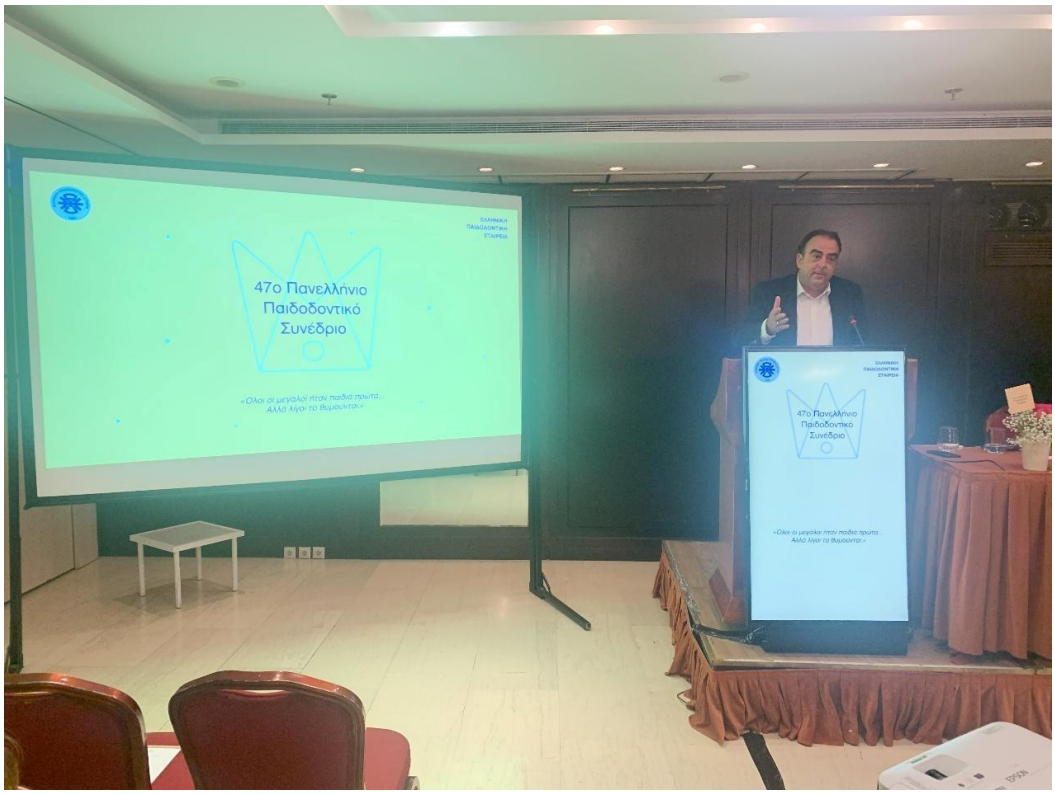
Ανδρέας Αγουρόπουλος

Πρόεδρος Ε.Π.Ε.

Σοφία Γκουρτσογιάννη

Γενική Γραμματέας


ΕΛΛΗΝΙΚΗ
ΠΑΙΔΟΔΟΝΤΙΚΗ
ΕΤΑΙΡΕΙΑ


47ο Πανελλήνιο
Παιδοδοντικό
Συνέδριο
«Όλοι οι μεγάλοι ήτανε παιδιά πρώτα...
Αλλά λίγοι το θυμούνται.»

Προληπτική επιτροπή

Αγαπητοί συνάδελφοι,

Όλοι στα ιατρεία μας έχουμε κατά καιρούς περιθάλψει ασθενείς που διαμένουν σε μικρά απομακρυσμένα νησιά, έχοντας ακούσει το παράπονό τους για ελλιπή ή ανύπαρκτη οδοντιατρική περίθαλψη στο τόπο τους, για τις δυσκολίες που αντιμετωπίζουν με τον καιρό και τις μετακινήσεις προκειμένου να έρθουν στον Πειραιά, ακόμα και για τα έξοδα στα οποία υποβάλλονται για εισιτήρια και διαμονή. Πολλές φορές μάλιστα μέσα στα τελευταία τριάντα χρόνια ο Οδοντιατρικός Σύλλογος Πειραιώς κλήθηκε από διάφορους φορείς των μικρών νησιών του Αργοσαρωνικού και των Κυθήρων (νησιά που ανήκουν στον ΟΣΠ), για την πραγματοποίηση δράσεων στους κατοίκους όλων των ηλικιών, ειδικά δε των μαθητών και σε όλες ανταποκρίθηκε θετικά με πληθώρα εθελοντών οδοντιάτρων.

Με αφορμή λοιπόν τις ανάγκες για καλύτερη στοματική υγεία που συνεχώς οι κάτοικοι εκφράζουν, αποφασίσαμε στην τελευταία συνάντηση της Προληπτικής Επιτροπής να διοργανώσουμε μια ολοκληρωμένη προληπτική δράση στα νησιά αυτά με οδοντιατρικούς ελέγχους και αγωγή στοματικής υγείας, σε όσο το δυνατόν περισσότερους μαθητές όλων των σχολείων σε όλες τις βαθμίδες, απόφαση την οποία στήριξε με θέρμη ο Πρόεδρός μας κος Μιχάλης Αγρανιώτης, καθώς και το Διοικητικό Συμβούλιο. Η δράση αυτή ξεκίνησε τον Σεπτέμβριο από την Ηρωική Νήσο Ψαρών, σε συνδυασμό με την δράση της 2ης ΥΠΕ Πειραιώς και Αιγαίου και φυσικά με την άδεια του Οδοντιατρικού Συλλόγου Χίου μιας και το νησί δεν ανήκει στον ΟΣΠ.



Τα Ψαρά όμως δεν επιλέχθηκαν τυχαία αφενός γιατί τις οδοντιατρικές πράξεις ανέλαβαν οι «δικοί μας» συνάδελφοι του Τζανείου νοσοκομείου, αφετέρου «τιμής ένεκεν» γιατί από εκεί κατάγονται εννιά εν ενεργεία μέλη του Οδοντιατρικού Συλλόγους Πειραιώς, αναμεσά τους και εγώ, καθώς επίσης η αείμνηστη Καλλιόπη Βοϊατζή, καθώς και η τέως Καθηγήτρια Ενδοδοντίας του ΕΚΠΑ κα Σωσώ Κεράνη. Η επικείμενη δράση στα μικρά νησιά πρόκειται να συνεχιστεί και να ολοκληρωθεί μέσα στο επόμενο έτος, ανεβάζοντας ακόμα ένα σκαλοπάτι πιο ψηλά την πολυετή κοινωνική προσφορά του συλλόγου μας, που αισίως το 2026 θα γιορτάσει τα εκατό του χρόνια. Υπενθυμίζω ότι στην δράση αυτή, όπως και σε όλες τις υπόλοιπες, μπορεί να συμμετέχει οποιοσδήποτε συνάδελφος το επιθυμεί, δηλώνοντάς το στην γραμματεία του Συλλόγου, μετά από το σχετικό mail που πάντα στέλνουμε. Επίσης υπενθυμίζω ότι η Προληπτική Επιτροπή είναι μια ομάδα ανοιχτή προς όλους, ανεξαρτήτως πολιτικών πεπεοιθήσεων, μια ομάδα από φίλους που βρίσκουν άλλο ένα νόημα στην ζωή τους μέσω του εθελοντισμού. Σας περιμένουμε!

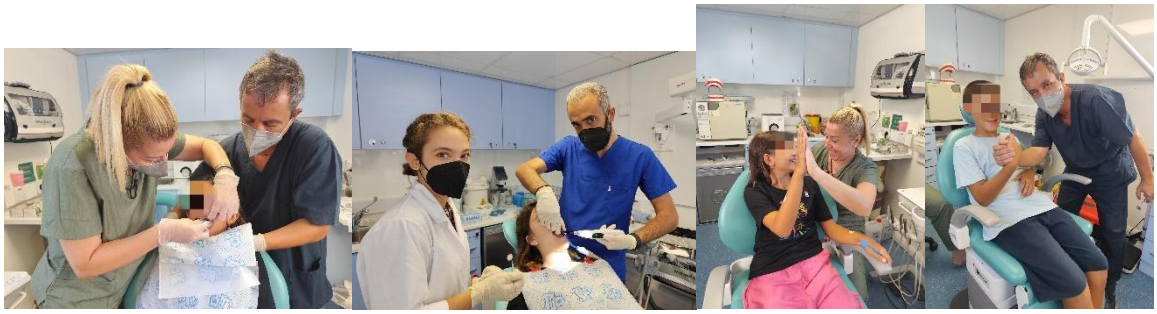
Βάσια Σταματάκη
Πρόεδρος Προληπτικής Επιτροπής ΟΣΠ



Δράση στην Ηρωική Νήσο Ψαρών της 2ης ΥΠΕ Πειραιώς και Αιγαίου
με την συνεργασία του Οδοντιατρικού Συλλόγου Πειραιώς

Από 10 έως 14 Σεπτεμβρίου πραγματοποιήθηκε η 4ήμερη δράση στα Ψαρά της 2ης ΥΠΕ Πειραιώς & Αγαίου, με την εθελοντική συμμετοχή του Οδοντιατρικού Συλλόγου Πειραιώς και την ιατροτεχνολογική υποστήριξη των κινητών μονάδων του Χαμόγελου του παιδιού.

Κατά την δράση αυτή πραγματοποιήθηκαν εκατοντάδες οδοντιατρικές εξετάσεις και θεραπείες από τους οδοντιάτρους Βενετία Σωτήρη και Γιάννη Κιούση από το Τζάνειο Νοσοκομείο και Μάνο Λυριστή από το ΚΥ Περάματος,



καθώς επίσης ενημέρωση και εκπαίδευση ενήλικου και μαθητικού πληθυσμού για την στοματική υγεία από τα μέλη μας εθελοντές οδοντιάτρους Βάσια Σταματάκη, Κατερίνα Λιαράκου, Ρόνακ Σαφατζού και τον πρόεδρο του συλλόγου Μιχάλη Αγρανιώτη (υλικό παρείχε δωρεάν η Colgate).





Πρέπει να τονιστεί ότι οι οδοντιατρικές πράξεις έγιναν στοχευμένα σε συνέχεια της τηλεοδοντιατρικής ανίχνευσης των αναγκών των κατοίκων, που έγιναν δυο μήνες πριν την άφιξη στο νησί από την συνάδελφο Βενετία Σωτήρη, Προϊσταμένη του Οδοντιατρικού τμήματος του Τζανείου, με ενέργειες μάλιστα της οποίας στάλθηκε κάμερα στο νησί.

Η ύπαρξη της κάμερας και η εκπαίδευση της νοσηλεύτριας στην χρήση της προς τηλεοδοντιατρική και τηλεϊατρική σε ένα τέτοιο μέρος, όπου το κοντινότερο νησί είναι η Χίος τέσσερις ώρες μακριά μετο πλοίο, αν μάλιστα ο καιρός είναι ευνοικός, είναι ένα μεγάλο επίτευγμα. Από εδώ και πέρα όταν κάποιος έχει ένα σοβαρό πρόβλημα που δεν δύναται να αντιμετωπιστεί από τον αγροτικό γιατρό, θα συνδέεται με το Τζάνειο και θα του δίνονται οι πρώτες βοήθειες.

Στην δράση επίσης πέρα των αμέτρητων οδοντιατρικών πράξεων που έγιναν στους κατοίκους, πραγματοποιήθηκαν και πάρα πολλές ιατρικές εξετάσεις και ιατρικές πράξεις, ακόμα και χειρουργικές επεμβάσεις από το ιατρικό team, που απαρτιζόταν από καρδιολόγο, πνευμονολόγο, ορθοπεδικό, παιδίατρο και οφθαλμίατρο.



Αξιοσημείωτη επίσης ήταν και η παρουσία του ΕΚΑΒ με τον διασώστη/εκπαιδευτή Παναγιώτη Μπανάβελο του Παραρτήματος ΕΚΑΒ Μυτιλήνης (Τομέα Χίου), ο οποίος ενημέρωσε για την σημασία της γνώσης των πρώτων βοηθειών, της ΚΑΡΠΑ και της χρήσης απινιδωτή.



Τέλος δεν μπορούμε να μην ευχαριστήσουμε τον Δήμο Ηρωικής Νήσου Ψαρών, τον Δήμαρχο Κωνσταντίνο Βρατσάνο καθώς και όλους τους Ψαριανούς που αγκάλιασαν την δράση και την έκαναν μια μοναδική εμπειρία και ανάμνηση ζωής.



ΚΑΛΕΣΜΑ ΣΥΜΜΕΤΟΧΗΣ ΣΤΙΣ ΔΡΑΣΕΙΣ ΤΟΥ ΟΣΠ

Η Προληπτική Επιτροπή του ΟΣΠ είναι μια πολύ καλά οργανωμένη και δεμένη ομάδα, που έχει πρωτοστατήσει με τις δράσεις και τις ιδέες της στα βραβεία που έχει αποσπάσει τα τελευταία χρόνια η Ελληνική Οδοντιατρική Ομοσπονδία. Αυτή την στιγμή η ομάδα αριθμεί τριάντα ενεργά τακτικά μέλη , που λαμβάνουν μέρος στις συνελεύσεις και φυσικά στις δράσεις, καθώς και πάρα πολλούς άλλους εθελοντές που βοηθούν όποτε μπορούν

Στην περίπτωση που σας ενδιαφέρει να γίνετε μέλος της Προληπτικής Επιτροπής θα θέλαμε να σας ενημερώσουμε για τον τρόπο με το οποίο λειτουργούμε ως εθελοντές εκπροσωπώντας όχι τον εαυτό μας, αλλά τον Οδοντιατρικό Σύλλογο Πειραιώς:

1. Όπως έχετε παρατηρήσει ανά τακτά χρονικά διαστήματα λαμβάνετε ένα e mail από τον ΟΣΠ ανάλογα με το περιεχόμενο των δράσεων που άπτονται της ειδικότητάς σας ή εξελίσσονται σε περιοχές που βρίσκονται κοντά με την έδρα σας. Απαντώντας στο e mail δηλώνετε την συμμετοχή σας γράφοντας το ονοματεπώνυμο και το τηλέφωνό σας και παίρνετε την έγκριση για συμμετοχή στην δράση. Η συγκατάθεση του Οδοντιατρικού Συλλόγου όπως ήδη γνωρίζετε βάσει του δεοντολογικού κανονισμού, είναι απαραίτητη για όλους όσους επιθυμούν να συμμετέχουν σε οποιαδήποτε δράση (ομιλία, εξέταση, αγωγή στοματικής υγείας κ.λ.π.) είτε σε δημόσιο, είτε σε ιδιωτικό φορέα.

2. Την πρώτη φορά που θα δηλώσετε συμμετοχή, μην αγχωθείτε για τα διαδικαστικά. Κάποιο από τα μέλη της Προληπτικής Επιτροπής θα είναι μαζί σας στην δράση, για να λυθούν άμεσα όλες οι πιθανές απορίες σας.

3. Για τις ομιλίες, πέρα από όσα επιστημονικά γνωρίζετε, μπορείτε να χρησιμοποιήσετε ως «μπούσουλα», το υλικό που παρατίθεται στην ηλεκτρονική σελίδα του ΟΣΠ ή να ζητήσετε επιπλέον υλικό από την ομάδα.

4. Σε περίπτωση αγωγής στοματικής υγείας σε παιδιά νηπιαγωγείου πολύ βοηθητική είναι η «βαλίτσα στοματικής υγείας» που μπορείτε να δανειστείτε από τα γραφεία του Συλλόγου όπου και επιστρέφεται μετά το πέρας της δράσης.

5. Στις δράσεις που περιλαμβάνουν εξέταση λαμβάνουμε όλα τα προληπτικά μέτρα που παίρνουμε και στα ιατρεία μας. Την ιατρική σας μπλούζα θα την φέρετε εσείς. Γάντια, μάσκες και κάτοπτρα μιας χρήσης ή ξύλινες σπάθες υπάρχει η δυνατότητα να τα προμηθευτείτε και από τον σύλλογο. Στις περιπτώσεις που η εξέταση γίνεται στο βαν της κινητής μονάδας του Χαμόγελου του παιδιού, μάσκες, γάντια και κάτοπτρα διατίθενται από το Χαμόγελο.

6. Αυτό που δεν πρέπει να αμελεί κανείς μας, είναι πως σε δράσεις που περιλαμβάνουν εξέταση παιδιών ή ατόμων με νοητικές αναπηρίες, δεχόμαστε να εξετάσουμε μόνο όσους έχουν συγκατάθεση γονέα ή κηδεμόνα.

7. Δεν ξεχνάμε επίσης ότι δεν προβαίνουμε σε καμία άλλη ιατρική πράξη πέραν της εξέτασης, ακόμα κι αν δούμε για παράδειγμα ένα νεογιλό δοντάκι να κρέμεται.

8. Τα ευρήματά μας τα καταγράφουμε στα ειδικά έντυπα που έχουν προαποσταλεί από τον σύλλογο στον εκάστοτε φορέα που γίνεται η δράση, τα υπογράφουμε και τα παραδίδουμε προσωπικά στον κάθε εξεταζόμενο κλειστά μέσα σε φακέλους που διατίθενται στα γραφεία του ΟΣΠ.

9. Ως εθελοντές όπου το «μαζί», υπερέχει του «εγώ», εκπροσωπούμε και προβάλλουμε το έργο του συλλόγου μας και ενώ φέρουμε την ευθύνη της υπογραφής μας είναι αυτονόητο ότι η θέση μας δεν επιτρέπει ούτε να χρησιμοποιούμε σφραγίδες με προσωπικά στοιχεία ή στοιχεία του ιατρείου μας, ούτε να μοιράζουμε κάρτες. Μπορούμε όμως να αφήσουμε στον υπεύθυνο της δράσης το ονοματεπώνυμο και το κινητό μας τηλέφωνο, για επίλυση απορίων των γονέων ή κηδεμόνων που τυχόν προκύψουν μετά την εξέταση.

10. Εάν επιθυμείτε και σας επιτραπεί από τον φορέα που γίνεται η δράση, μπορείτε να βγάλετε φωτογραφίες, με την προϋπόθεση να μην φαίνονται πρόσωπα ανηλίκων, ενηλίκων χωρίς την συγκατάθεσή τους ή ατόμων με νοητικές αναπηρίες.

11. Ευχής έργον θα είναι να καταγράψετε την εμπειρία σας, τον τρόπο που την βιώσατε, τις σκέψεις και τα συναισθήματά σας και μαζί ίσως με φωτογραφίες , να τις στείλειτε με e mail στον σύλλογο, ώστε να συμπεριληφθούν στα «νέα της Προληπτικής» στο περιοδικό του ΟΣΠ. Ας μην ξεχνάμε άλλωστε ότι ένας από τους ρόλους του εθελοντή, είναι να παρακινήσει και να φέρει και άλλους στον εθελοντισμό.

Σας περιμένουμε στις δράσεις μας, στην ομάδα μας και σας υποσχόμαστε ότι σίγουρα δεν θα το μετανιώσετε!.. Εάν αποφασίσετε να γίνετε μέλος της Προληπτικής , δηλώστε το με mail στην γραμματεία του συλλόγου. Για οποιαδήποτε απορία ή διευκρίνιση παραμένουμε στην διάθεσή σας.

Εκ της Επιτροπής Πρόληψης ΟΣΠ

Βάσια Σταματάκη / Πρόεδρος Προληπτικής Επιτροπής

Ελένη Παναγιώτου , Αικατερίνη Λιαράκου / Αντιπρόεδροι Προληπτικής Επιτροπής

Το “Άλμα” από την Ιατρική στην Επιχειρηματικότητα: Γιατί είστε περισσότερο προετοιμασμένοι απ' ό,τι νομίζετε;

*Γράφει η **Δρ. Μαρία Μενενάκου****



Το πάθος, είτε στην ιατρική είτε στην επιχειρηματικότητα, αποτελεί έκφραση μιας εσωτερικής πεποίθησης ότι επιτελείται κάτι ουσιώδες και ηθικά σωστό. Στην περίπτωση των επιχειρηματιών, τα περισσότερα εγχειρήματα ξεκινούν ως προσωπικά οράματα, ως έργα που γεννιούνται από την αγάπη για ένα πρόβλημα που αξίζει να λυθεί, για έναν σκοπό που υπερβαίνει την οικονομική απόδοση. Αντίστοιχα, οι ιατροί παρακινούνται από την επιθυμία να φροντίσουν, να θεραπεύσουν, να κατανοήσουν. Κοινό στοιχείο και στους δύο κόσμους είναι η “μεταδοτική αισιοδοξία” ότι τα πράγματα μπορούν να γίνουν καλύτερα. Τελικά, τόσο η υπηρέτηση της ιατρικής όσο και η ενασχόληση με την επιχειρηματικότητα μοιράζονται μια κοινή κινητήρια δύναμη: την ελπίδα για έναν καλύτερο κόσμο και την αποφασιστικότητα να υλοποιήσουμε δράσεις που θα τον καταστήσουν πραγματικότητα.

Στις γραμμές που ακολουθούν, θα επιχειρήσουμε να αναλύσουμε πώς η εμπειρία και οι δεξιότητες που αναπτύσσουν οι επαγγελματίες υγείας κατά τη διάρκεια της σταδιοδρομίας τους μπορούν να αξιοποιηθούν αποτελεσματικά στον χώρο του επιχειρείν, αναδεικνύοντάς τους όχι μόνο σε πρωτοπόρους επιχειρηματίες, αλλά και σε φορείς ενός γνήσιου οράματος για τον μετασχηματισμό του κλάδου της υγείας. Παράλληλα, θα προσπαθήσουμε να ρίξουμε φως στα σημεία εκείνα της “μετάβασης” στην επιχειρηματική αρένα, για τα οποία οι ιατροί πρέπει να είναι επαρκώς προετοιμασμένοι, επενδύοντας στη σωστή ομάδα συνεργατών, αλλά και την μετουσίωση κάθε πιθανής δυσκολίας σε πολύτιμη επαγγελματική γνώση.

1. Οι Ιατροί ως Κρίσιμοι Παράγοντες Καινοτομίας

Η επιχειρηματικότητα στον τομέα της υγείας δεν προϋποθέτει την κατοχή ιατρικών διαπιστευτηρίων. Παρ’ όλα αυτά, η κλινική εμπειρία και η καθημερινή τριβή με τις πραγματικές ανάγκες των ασθενών αποτελούν πολύτιμα στρατηγικά πλεονεκτήματα. Οι ιατροί κατέχουν μια εις βάθος κατανόηση των λειτουργικών και συστημικών προκλήσεων του κλάδου της υγειονομικής περίθαλψης, καθώς και την απαραίτητη θεσμική αξιοπιστία που αναζητούν τόσο οι αποδέκτες των υπηρεσιών όσο και οι θεσμικοί εταίροι. Δεν είναι τυχαίο, άλλωστε, ότι ένας αυξανόμενος αριθμός νεοφυών επιχειρήσεων στον χώρο της υγείας επιλέγουν ιατρούς σε επιτελικούς ρόλους, προσβλέποντας στην τεχνογνωσία και στο κύρος που φέρουν.

2. Επαναπροσδιορίζοντας την Ιατρική Επιχειρηματικότητα

Είναι θεμελιώδες να αποσαφηνιστεί ότι η έννοια της επιχειρηματικότητας στον χώρο της υγείας δεν ταυτίζεται με την έναρξη ιδιωτικού ιατρείου και την παροχή ιατρικών υπηρεσιών.. Αντιθέτως, οι ευκαιρίες που αναδύονται στο πεδίο είναι πολυδιάστατες: από την ανάπτυξη ιατροτεχνολογικών προϊόντων και λογισμικών, έως την εφαρμογή εκπαιδευτικών πλατφορμών, εργαλείων τεχνητής νοημοσύνης ή λύσεων ψηφιακής υγείας (digital health). Η πρωτοπορία στον χώρο της υγείας καλείται να αντιμετωπίσει προκλήσεις δομικής πολυπλοκότητας και κοινωνικής φύσης, δίνοντας έμφαση στην προσβασιμότητα, την πρόληψη, την αποτελεσματικότητα και την ασφάλεια. Στο πλαίσιο αυτό, η ιατρική γνώση δύναται να λειτουργήσει ως καταλύτης ουσιαστικών αλλαγών, εφόσον ενταχθεί σε ένα επιχειρησιακό πλαίσιο που συνδυάζει στρατηγική σκέψη και τεχνολογική καινοτομία

3. Η Ιατρική και η Επιχειρηματικότητα ως Συγκλίνοντα Συστήματα Γνώσης

Η ερευνητική περιέργεια, η διάθεση για πειραματισμό και η αναζήτηση λύσεων σε σύνθετα προβλήματα αποτελούν κοινά χαρακτηριστικά τόσο της ιατρικής πρακτικής όσο και της επιχειρηματικής δράσης. Οι ιατροί, ως επαγγελματίες υψηλής εξειδίκευσης, παράγουν καινοτομία είτε μέσω ερευνητικής δραστηριότητας είτε μέσα από την καθημερινή πράξη, δημιουργώντας νέες

προσεγγίσεις διάγνωσης, θεραπείας ή εκπαίδευσης.Η διαφορά με τον επιχειρηματικό κόσμο έγκειται στο εξής: Ενώ ο ιατρός χρησιμοποιεί τη γνώση για εσωτερική βελτιστοποίηση, ο επιχειρηματίας την εμπορευματοποιεί με σκοπό τη μαζική εφαρμογή και την ευρύτερη κοινωνική και οικονομική αξιοποίηση.

Οι ιατροί που επιθυμούν να μεταφράσουν τη γνώση και την καινοτομία τους σε απτά αποτελέσματα για ευρύτερο κοινό, οφείλουν να υιοθετήσουν μια επιχειρηματική νοοτροπία, χωρίς αυτό να σημαίνει εκπτώσεις στην επιστημονική ηθική ή στον κοινωνικό ρόλο του λειτουργήματός τους.

4. Η Δύναμη της Ομάδας και η Αρχή των “Σωστών Ανθρώπων”

Όπως αναδεικνύεται στο βιβλίο Good to Great του Jim Collins, η θεμελιώδης διαφορά μεταξύ απλώς «καλών» και «εξαιρετικών» οργανισμών δεν έγκειται αποκλειστικά στη στρατηγική ή στην καινοτομία, αλλά, πρωτίστως, στους ανθρώπους.
Η περίφημη αρχή «πρώτα ποιοι, μετά τι» εκφράζεται μέσα από την ιδέα της «τοποθέτησης των σωστών ανθρώπων στο λεωφορείο». Η επιλογή των κατάλληλων συνεργατών και η κατανομή τους σε ρόλους που αναδεικνύουν τις δεξιότητες και την αφοσίωσή τους συνιστούν θεμελιώδη προϋπόθεση για τη δημιουργία μιας ανθεκτικής και ευέλικτης νεοφυούς επιχείρησης..

Για τους ιατρούς που επιθυμούν να μεταβούν στο επιχειρηματικό πεδίο, αυτό συνεπάγεται την επίγνωση των ορίων της δικής τους εξειδίκευσης, την αναζήτηση και απόκτηση στοχευμένων συμπληρωματικών δεξιοτήτων και την επένδυση σε πολυεπιστημονικές ομάδες, οι οποίες δύνανται να επιτύχουν έναν κοινό στόχο.

5. Η Μη Γραμμική Φύση της Επιχειρηματικότητας
Η μετάβαση από την ιατρική στην επιχειρηματικότητα δεν αποτελεί μια γραμμική ή απλοποιημένη διαδικασία. Αντιθέτως, χαρακτηρίζεται από ανατροπές, αβεβαιότητα και έντονη προσωπική και επαγγελματική αμφισβήτηση. Είναι αναμενόμενο να προκύψουν περίοδοι κόπωσης, αμφιβολιών ή ακόμα και απογοήτευσης. Ωστόσο, αυτές οι φάσεις εντάσσονται οργανικά στο μονοπάτι της μάθησης και της ωρίμανσης.

Η επιχειρηματικότητα, ως ένα δυναμικό και εξαιρετικά προσαρμοστικό πεδίο, επιβραβεύει όσους διατηρούν σταθερή προσήλωση στο όραμά τους, καλλιεργούν ψυχική ανθεκτικότητα και αναπτύσσουν την ικανότητα να μετασχηματίζουν τις «αποτυχίες» σε πολύτιμες ευκαιρίες μάθησης και εξέλιξης.
Εν κατακλείδι
Η ανάγκη για ριζικές λύσεις στα σύνθετα προβλήματα της υγείας του 21ου αιώνα είναι επιτακτική. Οι ιατροί βρίσκονται σε μοναδική θέση να αναλάβουν ηγετικό ρόλο στη διαμόρφωση του μέλλοντος της υγειονομικής περίθαλψης, συνδυάζοντας την επιστημονική τους κατάρτιση με την επιχειρηματική δημιουργικότητα. Όπως θα έλεγε και ο Peter Drucker: «Κάθε σημαντική πρόοδος ξεκινά με μια θαρραλέα απόφαση.»

Ίσως η δική σας απόφαση να αποτελεί ακριβώς αυτή την αφετηρία για έναν ουσιαστικό μετασχηματισμό, που θα επηρεάσει θετικά το πεδίο της υγείας, προσφέροντας την ευκαιρία για καινοτόμες προσεγγίσεις στο επιχειρείν με πολλαπλά οφέλη τόσο για τους αποδέκτες των υπηρεσιών, όσο και για την ευρύτερη κοινωνική και οικονομική αναβάθμιση της χώρας.

*Με πληροφορίες από το Forbes.com.

Πηγή: [Υγεία & Επιχειρείν]

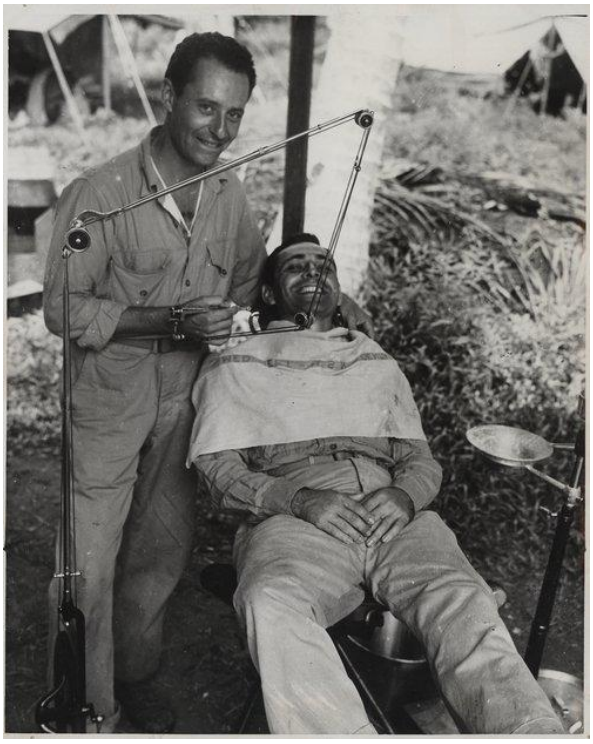
Η Οδοντιατρική περίθαλψη κατά την διάρκεια του Β΄ Παγκοσμίου Πολέμου

*Γράφει ο **Γεώργιος Δούρος****

"Ουδείς γαρ ούτω ανόητος εστί όστις πόλεμον προ ειρήνης αιρέεται. Εν μεν γαρ τη οι παίδες τους πατέρας θάπτουσι, εν δε τω οι πατέρες τους παίδας΄
Ηρόδοτος(480-420π.Χ.)

Φέτος στις 2 Σεπτεμβρίου συμπληρώθηκαν ογδόντα χρόνια απο την επίσημη και καθολική λήξη του Δευτέρου Παγκοσμίου Πολέμου,με την υπογραφή της παράδοσης της Ιαπωνίας στο κατάστρωμα του USS Missouri στο Κόλπο του Τόκιο, παρουσία των Συμμάχων.

'Εχουν γραφεί τόμοι και έχουν ξοδευτεί τόνοι απο μελάνι, για να καταγραφούν οι κομβικές μάχες, οι εκατέρωθεν στρατηγικές, το διπλωματικό παρασκήνιο αυτού του πολέμου, ο οποίος καθόρισε εν πολλοίς και τις σημερινές γεωπολιτικές ισορροπίες στον πλανήτη. Μια άγνωστη ωστόσο και πολύ εξειδικευμενη πτυχή του αφορά στην οδοντιατρική περίθαλψη και στην κατάσταση της στοματικής υγείας, όχι μόνο σε επίπεδο αναφοράς στις στρατιωτικές δυνάμεις, όπου υπάρχει πλούσια καταγεγραμμένο υλικό μέσω των αρχείων του Αμερικανικού Στρατού (US Army), αλλά και σε επίπεδο αναφοράς των τότε κοινωνιών.
Το Οδοντιατρικό Σώμα του Αμερικανικού Στρατού που υπήρξε απότοκος χρόνιων ζυμώσεων και γεγονότων, όπως ο ο Εμφύλιος και ο Ισπανικός Πόλεμος, άρχισε να λαμβάνει σοβαρή δράση κατά τον Πρώτο Παγκόσμιο Πόλεμο, έχοντας εν ενεργεία 4,620 αξιωματικούς οδοντιάτρους, ενώ κατά τη χρονική περίοδο 1942-1945,πραγματοποιήθηκαν σύμφωνα με τα στοιχεία άνω των 69 εκατομμυρίων αποκαταστάσεις, άνω των 16 εκατομμυρίων οδοντικές εξαγωγές, αλλά και άνω των 2,5 εκατομμυρίων ολικές και μερικές οδοντοστοιχίες. Βέβαια,σε πολλές περιπτώσεις ένας μεγάλος αριθμών των Αμερικανών στρατιωτικών θεωρούσαν περιττή και μάλλον ταλαιπωρητική την οδοντιατρική θεραπεία. Ωστόσο,η πραγματικότητα ως γνωστόν θα τους διέψευδε, καθότι στα πεδία των μαχών εκτός απο το στρες που ειχαν να αντιμετωπίσουν, ερχόταν να προστεθεί ο ανυπόφορος οδοντικός πόνος ,ο οποίος μπορούσε να έχει μοιραίες επιπτώσεις στην απόδοση, αλλά και στην ίδια τους την επιβίωση.



**Φωτό.1 Ο Υπολοχαγός οδοντίατρος Louis Heller πραγματοποιεί σε υπαίθρια εγκατάσταση οδοντιατρική θεραπεία στο πεδίο του Γκουανταλκανάλ*

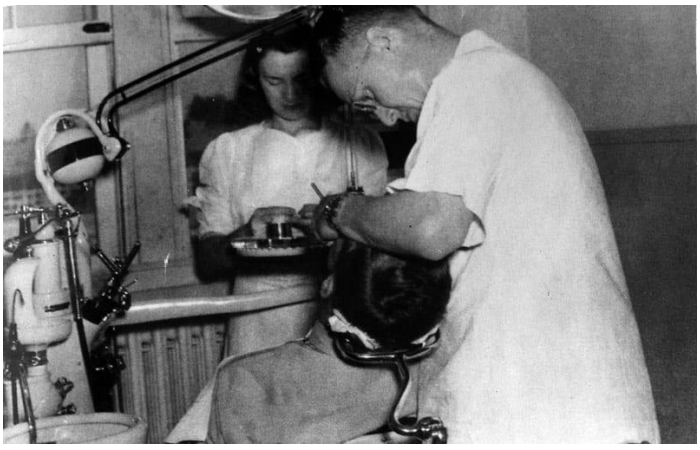
Ωστόσο, ούτε οι ίδιοι οι οδοντίατροι είχαν εύκολο έργο στα επιχειρησιακά θέματα αφού αφενός έπρεπε να βρίσκονται πλησίον τους, αφετέρου να είναι και οι ίδιοι και οι στρατιωτικοί που περιέθαλπταν, σε όσο τον δυνατόν πιο ασφαλή εγκατεστημένα σημεία (εξάλλου,το Υγειονομικό Σώμα έχει την υψηλότερη θνησιμότητα από όλα τα στρατιωτικά Σώματα εν καιρώ πολέμου). Ο Ταγματάρχης Επίατρος (ΥΟ) Alastair Robertson σε μια ομιλία του στο ινστιτούτο Eastman στις Βρυξέλλες στις 21\10\1944 ανέφερε πως όταν βρέχει στα πεδία των επιχερήσεων, το έδαφος μπορεί να γίνει τοσο λασπώδες, που εάν επέφτε σε αυτό κάποια οδοντοστοιχία,το πιθανοτερο ηταν να μη βρεθεί ξανά. Άλλωστε,σε πολλές περιπτώσεις, οι εξαγωγές έπρεπε να γίνουν άνευ τοπικής αναισθησίας, λόγω ελλείψεων των αντίστοιχων αναισθητικών. Βέβαια, αξίζει να σημειωθεί οτι ο Δεύτερος Παγκόσμιος Πόλεμος επέφερε και κάποια βηματα προόδου, όπως το γεγονός ότι στα αντίστοιχα καλύτερα οδοντοτεχνικά εργαστήρια όπως ανέφερε ο Harry Blumenfeld (DDS), γίνεται η χρήση πενικιλλίνης,στρεπτοθρυσίνης,τυροθρυσίνης και στρεπτομυκίνης, μειώνοντας μάλιστα το χρόνο των πειραματικών δοκιμών.Την μεγαλύτερη ωστόσο εντύπωση προκαλεί η χρήση των βιδών εξωτερικής οστεοσυγκράτησης, προς ακινητοποίηση των οστικών τμημάτων κατά την αποκατάσταση ενός κατάγματος στο σπλαχνικό κρανίο,οι οποίες διευκόλυναν τη λήψη τροφής και την ομιλία του ασθενούς.



**Φωτό.2 Το σακίδιο με τον εξοπλισμό ενός Αμερικανού οδοντιάτρου κατά το Δεύτερο Παγκόσμιο Πόλεμο*

Τι συνέβαινε ομως στα υπόλοιπα στρατόπεδα,συμμαχικά και αντίπαλα;

Στη Βρετανία με την κήρυξη του Πολέμου το 1939 συγκροτείται το "Army Dental Corps",όπου οι οδοντίατροι εντάσσονται μαζικά στον στρατό. Γίνεται χρήση κινητών μονάδων στα πεδία της μάχης. Κατά την περίοδο των γερμανικών βομβαρδισμών,τα πολιτικά οδοντιατρεία καταστρέφονται και ο πληθυσμός εξυπηρετείται σε αυτοσχέδιες συνθήκες. Υπάρχει σημαντική έλλειψη υλικών και οι εξαγωγές είναι μάλλον ο κανόνας, παρά οι προσθετικές αποκαταστάσεις. Ωστόσο,η περίοδος 1942-1945 οδηγεί στην αντίστοιχη ανασύνταξη και αναδιοργάνωση, ενώ η εμπειρία του πολέμου ηταν η αιτία της συνειδητοποίησης για την ανάγκη δημιουργίας ενός κρατικού συστήματος υγείας, που οδήγησε στην ίδρυση του γνωστού NHS.



**Φωτό. 3.Οδοντίατρος των Dental Corps κατά τη διάρκεια θεραπείας*

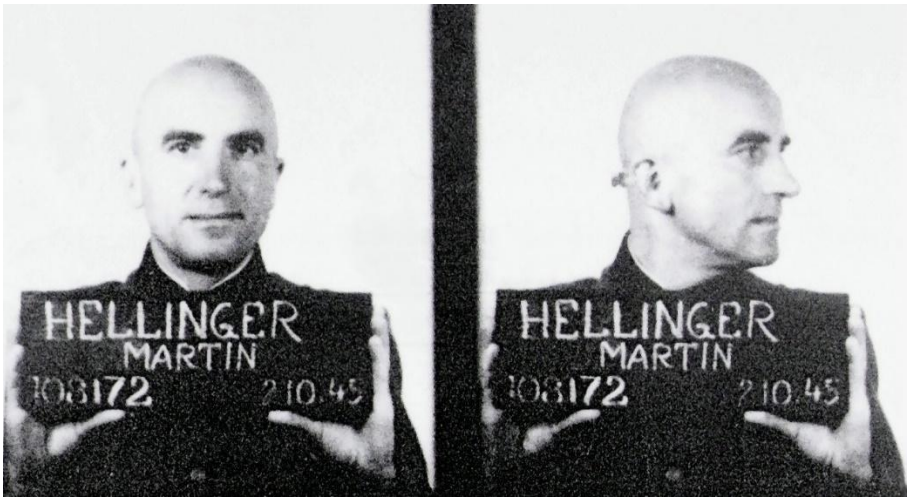
Στην Σοβιετική Ένωση οι ελλείψεις σε εξοπλισμό και υλικά είναι τεράστιες.Οι στρατιώτες δέχονται επείγουσα περίθαλψη στα μέτωπα που αφορά κυρίως σε εξαγωγές. Ο άμαχος πληθυσμός υποφέρει απο δραματική επιδείνωση της στοματικής του υγείας λόγω παντελούς ελλειψης πρόσβασης και υποσιτισμού.Αυτά όλα οδήγησαν στη μεταπολεμική εκπαίδευση πολλών οδοντιάτρων απο το σοβιετικό κράτος,προκειμένου να καλύψει τα κενά που προκλήθηκαν.

Στη δε πολύπαθη απο το Δεύτερο Παγκόσμιο Πόλεμο χώρα μας, κατά την περίοδο του Ελληνοιταλικού Πολέμου(1940-1941) ναι μεν υπάρχουν στρατιωτικοί οδοντίατροι, αλλά σε περιορισμένο αριθμό. Στα ορεινά των μαχών της Πίνδου, οι θεραπείες περιορίζονται σε εξαγωγές με πενιχρά μέσα και κατά την περίοδο της ναζιστικής Κατοχής(1941-1944) η πρόσβαση στην οδοντιατρική φροντίδα για τον άμαχο πληθυσμό ουσιαστικά καταρρέει. Οι διατροφικές ελλείψεις επιφέρουν σκορβούτο και απώλειες δοντιών, ενώ οι οδοντίατροι συχνά δουλεύουν με...τανάλιες και χωρίς σχεδόν τοπικά αναισθητικά. Τα όποια λειτουργικά οδοντιατρεία με μια στοιχειώδη υποδομή τα οποία υποπίπτουν στην αντίληψη του χιτλερικού καθεστώτος, επιτάσσονται για να εξυπηρετήσουν τις δικές του ανάγκες.
Όσον αφορά στις δυνάμεις του Άξονα:
Στη ναζιστική Γερμανία,η Βέρμαχτ ιδρύει εκτεταμένο σώμα στρατιωτικών οδοντιάτρων (Heereszahnartze), έτσι ώστε να αποφεύγονται απομειώσεις μάχιμων στρατιωτών στα πεδία των μαχών λόγω οδοντικού πόνου. Πραγματοποιείται η χρήση κινητών μονάδων στα μέτωπα, ενώ οι θεραπείες χαρακτηρίζονται από κατασκευές και προσθετικές εργασίες έτσι ώστε οι στρατιώτες να μπορούν να μασούν τις συχνά σκληρές μερίδες γευμάτων. Κατά δε τη περίοδο 1942-1945,συμβαίνει το εξής παράδοξο: Ενώ υπάρχουν σοβαρές ελλείψεις σε μέταλλα,αμάλγαμα και αναισθητικά,γίνεται χρήση συνθέτων ρητινών για προσθετικές εργασίες και εμφράξεις.



Φωτό 4.Οδοντιατρική θεραπεία στο πεδίο της Νορμανδίας από οδοντιάτρους του ολλανδικού σώματος

Δυστυχώς η οδοντιατρική οικογένεια καταγράφει και μια ζοφερή περίπτωση, όπως του διαβόητου Ναζιστή οδοντιάτρου Martin Karl Hellinger ,ο οποίος είχε αναλάβει τη συλλογή του χρυσού μέσω της αφαίρεσης των οδοντιατρικών αποκαταστάσεων από τα θύματα των στρατοπέδων συγκέντρωσης.Ο ίδιος καταδικάστηκε μετέπειτα σε δεκαπέντε χρόνια φυλάκισης.



**Φωτό.5 Ο διαβόητος Ναζιστής οδοντίατρος Martin Karl Hellinger κατά τη σύλληψή του*
Στην Ιταλία κατά την έναρξη του Πολέμου υπήρχε μια σχετική οργάνωση στη στρατιωτική οδοντιατρική. Μετά ομως το 1943 όπου ακολούθησε η συνθηκολόγηση της χώρας και η εμφύλια διαίρεση, επήλθε το χάος με σοβαρές ελλείψεις ειδικά σε επίπεδο υλικών. Ειδικά στις πόλεις που επλήγησαν απο τους βομβαρδισμούς, οι πολίτες δεν έτυχαν επαρκούς οδοντιατρικής φροντίδας.
Τέλος,στην Ιαπωνία υπήρχαν ήδη οδοντιατρικά τμήματα ενσωματωμένα στην Ιατρική Υπηρεσία των Ενόπλων Δυνάμεων(Imperial Japanese Army/Navy).Οι οδοντίατροι παρείχαν βασική φροντίδα όπως εξαγωγές στα μέτωπα, αλλά τα μέσα ήταν πολύ πιο περιορισμένα απο των Αμερικανών.
Λόγω δε εφοδιαστικών ζητημάτων οι ιαπωνικές πρακτικές αναλώθηκαν σε απλούστερες λύσεις, όπως μεταλλικές/χυτές στεφάνες,αλλά και στεφάνες χρυσού. Κατά τον πόλεμο,οι πόροι για την οδοντιατρική περίθαλψη των πολιτών μειωθηκαν, οι υποδομές στράφηκαν προς τα πεδία των

μαχών και υπήρξε μεγάλη έλλειψη προσωπικού και υλικών για τα αστικά οδοντιατρεία. Ωστόσο,μετά τη συνθηκολόγηση της χώρας και την αμερικανική εποπτεία(SCAP),το φθαρμένο σύστημα υγείας αναβαθμίστηκε, με αναδιοργάνωση της εκπαίδευσης των οδοντιάτρων(Dentist act,Dental hygenist act).

Συμπερασματικά,το εν πολλοίς κοινό μοτίβο υπήρξε η εξαγωγή έναντι των αποκαταστάσεων, οι σοβαρές ελλείψεις σε υλικοτεχνική υποδομή και προσωπικό για τους πολίτες,οι οποίοι λόγω υποσιτισμού εμφάνισαν και οδοντικές απώλειες,ενώ η εμπειρία του πολέμου ανέδειξε την ανάγκη για κρατικά συστήματα υγείας όπως το NHS,συμπεριλαμβανομένης και της οδοντιατρικής περίθαλψης.

***Γεώργιος Δούρος**,*
Χειρουργός Οδοντίατρος DDS,
Μέλος του ΟΣΘ

Τυφλή γυναίκα για πάνω από 10 χρόνια ξαναβλέπει χάρη σε σπάνια επέμβαση με… δόντι στο μάτι

*Γράφει η **Μαρία Αγραπίδου****



Η ιστορία της 75χρονης Gail Lane από τον Καναδά συγκινεί και εντυπωσιάζει τον κόσμο της ιατρικής. Μετά από περισσότερα από δέκα χρόνια τυφλότητας, η γυναίκα κατάφερε να ανακτήσει την όρασή της χάρη σε μια εξαιρετικά σπάνια επέμβαση, γνωστή ως “tooth-in-eye” ή επιστημονικά osteo-odonto-keratoprosthesis (OOKP).
Η Gail έχασε την όρασή της εξαιτίας του συνδρόμου Stevens-Johnson, μιας σπάνιας αυτοάνοσης αντίδρασης που κατέστρεψε τον κερατοειδή της. Όλες οι κλασικές θεραπείες είχαν αποτύχει και η ζωή της είχε αλλάξει ριζικά, καθώς δεν μπορούσε να αναγνωρίσει πρόσωπα, να δει τα χρώματα γύρω της ή ακόμη και το φως της ημέρας.

Η σωτηρία ήρθε στο Mount Saint Joseph Hospital του Βανκούβερ, από τον χειρουργό οφθαλμίατρο Dr. Greg Moloney, έναν από τους ελάχιστους γιατρούς στον κόσμο που εφαρμόζουν την OOKP. Η τεχνική περιλαμβάνει την αφαίρεση ενός δοντιού (συνήθως κυνόδοντα), το οποίο εμφυτεύεται προσωρινά στο μάγουλο ώστε να καλυφθεί από ιστό. Στη συνέχεια, το δόντι τροποποιείται με την τοποθέτηση ενός μικρού φακού και μεταμοσχεύεται στον οφθαλμό. Με αυτόν τον τρόπο δημιουργείται μια «φυσική υποδοχή» για τον φακό, που χαρίζει εκ νέου πρόσβαση στο φως.
Τα αποτελέσματα ήταν συγκλονιστικά. Η Gail περιέγραψε ότι πρώτα άρχισε να διακρίνει το φως, μετά τις σκιές και τα χρώματα. Λίγο αργότερα μπόρεσε να δει την ουρά του σκύλου της να κουνιέται, και τελικά αντίκρισε ξανά το πρόσωπο του συντρόφου της, Phil. Όπως δήλωσε συγκινημένη, «είναι σαν να ξαναγεννήθηκα».

Η συγκεκριμένη τεχνική εφαρμόζεται μόνο σε ελάχιστες περιπτώσεις, όταν άλλες λύσεις, όπως οι μεταμοσχεύσεις κερατοειδούς, δεν είναι δυνατές. Παρά τη δυσκολία και το ρίσκο, η επιτυχία στη Gail Lane δείχνει πως ακόμη και σε ακραίες μορφές τύφλωσης, η ιατρική μπορεί να δώσει ελπίδα.

Η ιστορία της δεν είναι απλώς μια ιατρική καινοτομία, αλλά και μια ανθρώπινη υπενθύμιση ότι το φως μπορεί να ξαναγυρίσει ακόμη και στις πιο σκοτεινές στιγμές.

Πηγές

• https://www.news24.com/you/news/international/blind-woman-sees-again-after-tooth-is-implanted-in-her-eye-20250820-0680
• https://nypost.com/2025/08/11/world-news/blind-canadian-gail-lane-regains-sight-with-tooth-in-eye-socket/
• https://timesofindia.indiatimes.com/life-style/health-fitness/health-news/woman-blind-for-a-decade-undergoes-rare-tooth-in-the-eye-surgery-and-regains-vision/articleshow/123328784.cms
• https://www.ladbible.com/news/health/blind-woman-tooth-surgery-sight-canada-855245-20250820
• https://en.wikipedia.org/wiki/Osteo-odonto-keratoprosthesis

***Μαρία Αγραπίδου**,
Χειρουργός Οδοντίατρος, Αντιπρόεδρος Υγείας στις Γυναίκες της Ευρωπαϊκής Ένωσης, Πρόεδρος της επιτροπής του Επιστημονικού Περιοδικού του Οδοντιατρικού Συλλόγου Πειραιά, υπεύθυνη Δημοσίων Σχέσεων, μέλος ΔΣ ΟΣΠ, μέλος Προληπτικής Επιτροπής και Επιστημονικής Επιτροπής

76η επέτειο της Εθνικής Ημέρας της Λαϊκής Δημοκρατίας της Κίνας

*Γράφει η **Μαρία Αγραπίδου****

Την Τρίτη, 24 Σεπτεμβρίου 2025, είχα την τιμή να παραστώ ως καλεσμένη στην εκδήλωση για την 76η επέτειο της Εθνικής Ημέρας της Λαϊκής Δημοκρατίας της Κίνας, που διοργανώθηκε από την Πρεσβεία της Κίνας στο ξενοδοχείο InterContinental Athenaeum Athens. Ως Μαρία Αγραπιδού, Αντιπρόεδρος Υγείας στις Γυναίκες της Ευρωπαϊκής Ένωσης και μέλος του Οδοντιατρικού Συλλόγου Πειραιά, ένιωσα ιδιαίτερη συγκίνηση συμμετέχοντας σε αυτή τη λαμπρή εκδήλωση. Με την παρουσία περίπου 500 διακεκριμένων προσκεκλημένων από τον πολιτικό, επιστημονικό, πολιτιστικό και επιχειρηματικό χώρο, η βραδιά ανέδειξε τη βαθιά φιλία και συνεργασία μεταξύ Κίνας και Ελλάδας. Η ομιλία του Πρέσβη Fang, που εξήρε την πρόοδο της Κίνας και τη σημασία των διμερών σχέσεων, ήταν ιδιαίτερα εμπνευστική. Την εκδήλωση τίμησαν με τις ομιλίες τους ο κ. Ιωάννης Πλακιωτάκης, Αντιπρόεδρος της Βουλής, ο Υπουργός Υποδομών και Μεταφορών κ. Χρήστος Δήμας και ο Υφυπουργός Εξωτερικών κ. Γιάννης Λοβέρδος, προσδίδοντας κύρος και βαρύτητα. Οι φωτογραφίες που μοιράστηκαν αποτύπωσαν την εγκάρδια ατμόσφαιρα και τις στιγμές αλληλεγγύης μεταξύ των δύο λαών. Η συμμετοχή μου σε αυτή την ξεχωριστή εκδήλωση υπήρξε μια μοναδική ευκαιρία να γιορτάσω την ιστορική πορεία της Κίνας και την ενδυναμούμενη σχέση της με την Ελλάδα.



***Μαρία Αγραπίδου**,
Χειρουργός Οδοντίατρος, Αντιπρόεδρος Υγείας στις Γυναίκες της Ευρωπαϊκής Ένωσης, Πρόεδρος της επιτροπής του Επιστημονικού Περιοδικού του Οδοντιατρικού Συλλόγου Πειραιά, υπεύθυνη Δημοσίων Σχέσεων, μέλος ΔΣ ΟΣΠ, μέλος Προληπτικής Επιτροπής και Επιστημονικής Επιτροπής

Μνήμη του κόσμου, όραμα της ειρήνης:
Έκθεση στο Ζάππειο Μέγαρο

*Γράφει η **Μαρία Αγραπίδου****

Από τις 25 έως τις 30 Σεπτεμβρίου 2025, είχα την τιμή να παρακολουθήσω, ως Μαρία Αγραπιδού, Αντιπρόεδρος Υγείας στις Γυναίκες της Ευρωπαϊκής Ένωσης και μέλος του Διοικητικού Συμβουλίου του Οδοντιατρικού Συλλόγου Πειραιά, την έκθεση «Μνήμη του Κόσμου, Όραμα της Ειρήνης: Μια Πορεία Ειρηνικής Ανάπτυξης μέσα από τις Αστικές Αναμνήσεις» στο Ζάππειο Μέγαρο. Η έκθεση ήταν μια βαθιά συγκινητική εμπειρία, που ανέδειξε τη σημασία της ιστορικής μνήμης και της ειρηνικής συνύπαρξης μέσα από αστικές αναμνήσεις, συνδέοντας το παρελθόν με το όραμα για ένα καλύτερο μέλλον.

Η διοργάνωση με άγγιξε ιδιαίτερα, προσφέροντας μια μοναδική ευκαιρία να στοχαστούμε πάνω στις θυσίες του παρελθόντος και τη δύναμη της συμφιλίωσης. Ως αναμνηστικό, έλαβα ένα υπέροχο μεταξωτό μαντήλι, ζωγραφισμένο στο χέρι, από το Memorial Hall of the Victims in Nanjing Massacre by Japanese Invaders (No. 418, Shui Simen Street, Nanjing), ένα συμβολικό δώρο που ενσαρκώνει τη μνήμη και την ελπίδα για ειρήνη. Η εμπειρία αυτή μου άφησε μια βαθιά αίσθηση ευθύνης να συνεχίσουμε να εργαζόμαστε για έναν κόσμο γεμάτο αλληλεγγύη και αρμονία.



***Μαρία Αγραπίδου**,
Χειρουργός Οδοντίατρος, Αντιπρόεδρος Υγείας στις Γυναίκες της Ευρωπαϊκής Ένωσης, Πρόεδρος της επιτροπής του Επιστημονικού Περιοδικού του Οδοντιατρικού Συλλόγου Πειραιά, υπεύθυνη Δημοσίων Σχέσεων, μέλος ΔΣ ΟΣΠ, μέλος Προληπτικής Επιτροπής και Επιστημονικής Επιτροπής

Όταν Οδοντιατρική και Κινηματογράφος Συνομιλούν

*Γράφει ο **Χρήστος Αρφάνης****



Το χαμόγελο είναι το πιο απλό και ταυτόχρονα το πιο πολύτιμο «εργαλείο» της ανθρώπινης έκφρασης. Στην καθημερινότητα το χρησιμοποιούμε για να δείξουμε χαρά, ευγένεια, αποδοχή. Στον κινηματογράφο, όμως, το χαμόγελο έχει αποκτήσει μια σχεδόν μυθική διάσταση: μπορεί να γοητεύσει, να τρομάξει, να καθηλώσει. Από το λαμπερό χαμόγελο της Julia Roberts που έγινε σήμα κατατεθέν μιας ολόκληρης καριέρας, μέχρι το σαρκαστικό μειδίαμα του Joker που ενσαρκώνει το χάος, η μεγάλη οθόνη μας θυμίζει διαρκώς πόσο καθοριστικός είναι ο ρόλος του στόματος στην αφήγηση ιστοριών.

Αν το καλοσκεφτούμε, η τέχνη του κινηματογράφου και η επιστήμη της οδοντιατρικής μοιράζονται μια κοινή αποστολή: να φροντίζουν την εικόνα που παρουσιάζει ο άνθρωπος στον κόσμο. Ο σκηνοθέτης χτίζει χαρακτήρες με λεπτομέρειες που αποτυπώνονται στο πρόσωπο και το βλέμμα, ενώ ο οδοντίατρος χτίζει την αυτοπεποίθηση μέσα από ένα υγιές και αυθεντικό χαμόγελο. Όπως ο ηθοποιός χρειάζεται καθοδήγηση για να αποδώσει το συναίσθημα, έτσι και ο ασθενής χρειάζεται τον οδοντίατρο για να ανακτήσει την άνεση να χαμογελά με ειλικρίνεια.

Η σχέση αυτή μπορεί να φανεί ξεκάθαρα όταν συγκρίνουμε τον «φόβο» που συχνά συνοδεύει τις δύο εμπειρίες. Ο θεατής μπαίνει σε μια σκοτεινή αίθουσα και ξέρει ότι θα αντικρίσει το άγνωστο. Ο ασθενής κάθεται στην οδοντιατρική καρέκλα με αντίστοιχο άγχος. Στον κινηματογράφο, ο φόβος γίνεται μέσο κάθαρσης, οδηγώντας σε συγκίνηση. Στην οδοντιατρική, ο φόβος ξεπερνιέται μέσα από την επιστημονική φροντίδα και την ανθρώπινη επαφή, οδηγώντας σε ανακούφιση. Και στις δύο περιπτώσεις, η εμπειρία τελειώνει με ένα διαφορετικό συναίσθημα από εκείνο που ξεκίνησε: ο θεατής φεύγει σκεπτόμενος, ο ασθενής φεύγει χαμογελαστός.

Δεν είναι τυχαίο ότι σε πολλές ταινίες το χαμόγελο γίνεται δραματουργικό σημείο καμπής. Η σιωπηλή κατανόηση δύο χαρακτήρων αποτυπώνεται μέσα από ένα βλέμμα και ένα μειδίαμα. Μια ερωτική ιστορία ξεκινά με ένα αυθόρμητο χαμόγελο. Ακόμη και σε ταινίες τρόμου, το παγωμένο χαμόγελο ενός χαρακτήρα αρκεί για να προκαλέσει ανατριχίλα. Αντίστοιχα, στην πραγματική ζωή, το χαμόγελο είναι αυτό που καθορίζει τις ανθρώπινες σχέσεις. Δεν είναι μόνο αισθητική υπόθεση αλλά ένα μέσο επικοινωνίας, δείγμα υγείας κατά συνέπεια εργαλείο κοινωνικής αλληλεπίδρασης.

Η κινηματογραφική τέχνη μάς διδάσκει ότι κάθε λεπτομέρεια μετράει για να αποδοθεί μια αλήθεια. Το ίδιο ισχύει και στην οδοντιατρική πράξη. Η ακρίβεια, η προσοχή, η προσωπική φροντίδα δεν είναι απλώς τεχνικές λεπτομέρειες· είναι ο τρόπος με τον οποίο το «σενάριο» του ασθενή γράφεται εκ νέου, με πρωταγωνιστή το χαμόγελό του.

Και αν ο κινηματογράφος μάς βοηθά να δούμε τον κόσμο μέσα από φανταστικές ιστορίες, η οδοντιατρική μάς βοηθά να ζούμε την καθημερινότητα με περισσότερη αυτοπεποίθηση. Δύο διαφορετικοί κόσμοι, που συναντιούνται στο ίδιο σημείο: στη δύναμη ενός αληθινού, αυθεντικού χαμόγελου.

Τελικά, είτε στο πανί είτε στον καθρέφτη, το χαμόγελο παραμένει το πιο ειλικρινές και καθοριστικό «πλάνο» της ζωής μας.

***Χρήστος Αρφάνης** *(αγγλικά: Christos Arfanis),*
Σκηνοθέτης – Σεναριογράφος, Μέλος της Ένωσης Σεναριογράφων Ελλάδος

