

ΤΕΤΡΑΜΗΝΙΑΙΑ ΠΕΡΙΟΔΙΚΗ ΕΚΔΟΣΗ
ΤΗΣ ΣΤΟΜΑΤΟΛΟΓΙΚΗΣ ΕΤΑΙΡΕΙΑΣ ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ

Οδοντο ΣΤΟΜΑΤΟΛΟΓΙΚΑ

NEA

Τόμος 2ος | Τεύχη:

4ο, 5ο, 6ο

Ιανουάριος – Δεκέμβριος 2001

A FOUR MONTH ISSUE of
the THESSALIAN STOMATOLOGIC
SOCIETY of GREECE

**Odonto
STOMATOLOGIC
NEWS**

January – December 2001

Volume 2, No 4, 5, 6

ΔΙΑΦΗΜΙΣΗ

ΟΔΟΝΤΟΣΤΟΜΑΤΟΛΟΓΙΚΑ ΝΕΑ

Τετραμηνιαία περιοδική έκδοση
της Στοματολογικής Εταιρείας Θεσσαλίας

ΔΙΕΥΘΥΝΤΗΣ ΣΥΝΤΑΞΗΣ

ΑΠΟΣΤΟΛΟΣ ΤΣΟΛΑΚΗΣ

ΣΥΝΤΑΚΤΙΚΗ ΕΠΙΤΡΟΠΗ

ΣΤΕΡΓΙΟΣ ΠΕΓΙΟΣ
ΜΙΧΑΛΗΣ ΚΑΤΣΟΥΡΑΚΗΣ
ΡΟΔΟΠΗ ΚΟΥΡΣΟΥΜΗ
ΝΑΣΟΣ ΝΑΣΙΚΑΣ
ΝΙΚΟΣ ΦΑΚΑΣ
ΘΕΜΙΣΤΟΚΛΗΣ ΣΕΜΕΡΤΖΙΔΗΣ
ΓΕΩΡΓΙΟΣ ΒΑΣΙΛΑΚΗΣ

ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΑΛΛΗΛΟΓΡΑΦΙΑΣ ΕΚΔΟΣΗΣ

Απόστολος Τσολάκης
Τσιμισκή 45 - Λάρισα 412 23
τηλ. 0410 257688, fax 0410 281884
e-mail: apostso@otenet.gr

ΤΕΧΝΙΚΗ ΕΠΙΜΕΛΕΙΑ, ΠΑΡΑΓΩΓΗ

ΖΑΝΔΕΣ^{dtp} / Επιστημονικές Εκδόσεις
Αγαπηνού 6
546 21 Θεσσαλονίκη
τηλ./fax 0310 277119, 0310 240123
e-mail: ziatros@otenet.gr

• Τα "Οδοντοστοματολογικά Νέα" είναι το επισημό επιστημονικό έντυπο της Στοματολογικής Εταιρείας Θεσσαλίας και εκδίδεται κάθε τετράμηνο.

• Ετήσια συνδρομή: δωρεάν.

• Υπεύθυνος σύμφωνα με το νόμο:

Απόστολος Τσολάκης
Τσιμισκή 45 - Λάρισα 412 23
τηλ. 0410 257688, fax 0410 281884
e-mail: apostso@otenet.gr

ODONTOSTOMATOLOGIC NEWS

A four month issue of
the Thessalian Stomatologic Society of Greece

EDITOR IN CHIEF

APOSTOLOS TSOLAKIS

EDITORIAL BOARD

STERGIOS PEGIOS
MICHALIS KATSOURAKIS
RODOPI KOURSOUMI
NASOS NASIKAS
NIKOS FAKAS
THEMISTOKLIS SEMERTZIDIS
GEORGE VASILAKIS

ADDRESS FOR CORRESPONDENCE

Dr Apostolos Tsolakis
Tsimiski 45, Larisa 412 23, Greece
tel. ++30 410 257688, fax ++30 410 281884
e-mail: apostso@otenet.gr

PRODUCED BY

ZANDES^{dtp} / Scientific Publications
6, Agapinou Str., Thessaloniki
GR-546 21 Greece
tel./fax +30 310 277119
e-mail: ziatros@otenet.gr

• "Odontostomatologic News" is the official publication of the Thessalian Stomatologic Society of Greece.

• Annual subscription: free.

• Responsibility according to the law:

Dr Apostolos Tsolakis
Tsimiski 45, Larisa 412 23, Greece
tel. ++30 410 257688, fax ++30 410 281884
e-mail: apostso@otenet.gr

Οδηγίες προς τους Συγγραφείς

Τα «ΟΔΟΝΤΟΣΤΟΜΑΤΟΛΟΓΙΚΑ ΝΕΑ» είναι το επισήμο περιοδικό της Στοματολογικής Εταιρείας Θεσσαλίας και δημοσιεύει ανασκοπήσεις, πρωτότυπες εργασίες, ενδιαφέροντες περιπτώσεις, κλινικές ή εργαστηριακές μελέτες, ενημερωτικά άρθρα με αντικείμενο την Οδοντοστοματολογία γενικά και τις ειδικότητες ή υποειδικότητες της ειδικότερα, ως και κάθε άρθρο που θα κρίνεται ότι έχει σχέση με την Οδοντιατρική επιστήμη.

Κάθε εργασία, που υποβάλλεται στο περιοδικό, πρέπει να συνοδεύεται από επιστολή, στην οποία θα αναφέρονται: α) η κατηγορία της εργασίας και β) ότι η εργασία δεν έχει δημοσιευθεί ούτε πρόκειται να δημοσιευθεί σε άλλο ελληνικό ή ξένο περιοδικό.

Το κείμενο των εργασιών υποβάλλεται σε τρία αντίγραφα, ενώ οι εικόνες και τα σχήματα σε δύο. Γίνεται, επίσης, αποδεκτή η υποβολή αντιγράφου σε ψηφιακή μορφή.

Η δακτυλογράφηση του κειμένου γίνεται μόνο στη μια όψη του φύλλου, σε διπλό διάστημα και περιθώρια 5 cm. Στην αρχή της πρώτης σελίδας αναγράφονται: 1) ο τίτλος του άρθρου 2) τα ονόματα των συγγραφέων και 3) το ονόμα της κλινικής-εργαστηρίου απ' οπού προέρχεται η εργασία. Στο τέλος της εργασίας, θα υπάρχει παραπομπή με το ονόμα και τη διεύθυνση του πρώτου συγγραφέα.

Κάθε εργασία θα περιλαμβάνει σαφώς τα επιμέρους τμήματα της δομής που την αποτελούν π.χ., μια κλινικοεργαστηριακή μελέτη πρέπει να αποτελείται από: α) ελληνική περιληψη εώς 150 λέξεις, β) εισαγωγή όπου θα αναφέρεται ο σκοπός της εργασίας, γ) περιγραφή του υλικού και της μεθοδολογίας που χρησιμοποιήθηκε στην εργασία, δ) τα αποτελέσματα, ε) συζήτηση των αποτελεσμάτων σε σχέση με τα βιβλιογραφικά δεδομένα επί του θέματος. Στο τέλος, θα υπάρχει ο τίτλος, τα ονόματα των συγγραφέων και περιληψη, έως 400 λέξεις, στα αγγλικά.

Η βιβλιογραφία θα υπάρχει στο τέλος, αριθμημένη κατά αλφαριθμητική σειρά και σύμφωνα με τους κανόνες του Index Medicus. Αναγράφονται, δηλαδή, τα επώνυμα των συγγραφέων, τα αρχικά των ονομάτων τους, ο τίτλος της εργασίας και το ονόμα του περιοδικού με τις ανάλογες διεθνείς συντομεύσεις, π.χ.

Spyropoulos M N, Tsolakis A I, Katsavrias E, Alexandridis K. Effects of experimental unilateral condylectomy followed by altered mandibular function on the maxilla and zygoma. European Journal of Orthodontics 19:205-210, 1997

Moorrees C F A: The dentition of the growing child. Harvard University Press, Cambridge, 1959.

Οι βιβλιογραφικές παραπομπές στο κείμενο, αναφέρονται με αριθμούς-εκθέτες.

Οι εικόνες πρέπει να είναι τυπωμένες σε γιαλιστερό χαρτί, αριθμημένες στο πιο μέρος τους και με ένα βέλος να δείχνεται το πανωμέρος της φωτογραφίας. Τα σχήματα πρέπει να είναι σχεδιασμένα με σινική μελανή, έτοιμα για άμεση εκτύπωση. Οι υπότιτλοι των εικόνων γράφονται σε χωριστή σελίδα και αριθμούνται σύμφωνα με τις αντιστοιχες φωτογραφίες.

Η γλώσσα του κειμένου να είναι η απλή νεοελληνική και να υπάρχει, κατά το δυνατόν, γλωσσική ομοιογένεια.

Οι εργασίες, που δημοσιεύονται, αποτελούν πνευματική ιδιοκτησία του συγγραφέα και του περιοδικού. Η δημοσίευση μιας εργασίας δεν συνεπάγεται αποδοχή των απόψεων των συγγραφέων από πλευράς περιοδικού.

Εργασίες και επιστολές θα αποστέλλονται στη διεύθυνση:

Απόστολο Τσολάκη
Τσιμισκή 45
412 23 Λάρισα
e-mail: apostso@otenet.gr

Directions for Authors

“Odontostomatologic News” is the official journal of the Stomatologic Society of Thessaly and publishes original articles, review articles, reports of interesting clinical cases, clinical or laboratory studies, editorials, letters to the editor and any article related to Odontostomatology.

Manuscripts may be written in Greek or English and should include a summary in English or Greek respectively. Greek summaries of our foreign guests will be prepared by the editorial board. Any article submitted to the journal must be accompanied by a letter in which it should be declared that: a) the category of the article and b) that any part or the whole of the article has not been previously published in any Greek or foreign journal. Manuscripts are to be submitted in triplicate copies, where as figures and plates in two copies. Articles submitted in computer disks or through e-mail are also welcomed. Manuscripts must be typewritten with double spacing with 5cm margins left on both sides of the paper.

The first page of the manuscript should include the title of the article, full name(s) of the author(s), academic degrees, and institutional affiliations and positions. The last page of the manuscript should include the corresponding author's address, business and home telephone numbers, fax numbers, and e mail address.

Any article must include a) abstract of 150 words or less b) introduction indicating the purpose of the study c) description of the methods and materials used d) results and e) discussion pointing out the significance of the data and the limitations. A summary in English of 400 words or less must be provided at the end.

References should be written in a separate page and in alphabetic order.

Reference format should conform to that set forth Index Medicus.

Examples:

Spyropoulos M N, Tsolakis A I, Katsavrias E, Alexandridis K: Effects of experimental unilateral condylectomy followed by altered mandibular function on the maxilla and zygoma. European Journal of Orthodontics 19:205-210, 1997

Moorrees C F A: The dentition of the growing child. Harvard University Press, Cambridge, 1959

References mentioned in the text must be numbered according to the numerical order in the reference list.

Three sets of high - contrast glossy prints of illustrations, numbered in the back with an arrow pointing the upper part of the illustration must also be sent. Each figure must be accompanied by a legend. Type all legends together on one separate sheet of paper. All published manuscripts are copyright ownerships of the author as well as of the journal.

Statements and opinions expressed in the articles and communications are not necessarily those of the editor and the editor disclaims any responsibility for such material.

Manuscripts for publication should be sent to

Dr. Apostolos Tsolakis,
Editor,
Odontostomatologic News,
Tsimiski 45, Larissa
GR-41 223, Greece
e-mail: apostso@otenet.gr

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

Μήνυμα Σύνταξης	5
Καρδιακή ανακοπή - Καρδιοπνευμονική αναζωογόνηση (ΚΑΡΠΑ)	9
Απόστολος Κομνός	
Διευθυντής ΜΕΘ Π.Γ. Νοσοκομείου Λάρισας	
Πρώτες βοήθειες σε επείγοντα περιστατικά, που είναι δυνατόν να συμβούν στο οδοντιατρείο	17
Απόστολος Κομνός	
Διευθυντής ΜΕΘ Π.Γ. Νοσοκομείου Λάρισας	
Βιογραφικά επιτίμων μελών Στοματολογικής Εταιρείας Θεσσαλίας	24
Βιβλιοπαρουσίαση	28
Σύνδρομο καυσαλγίας του στόματος (ΣΚΣ)	33
Μιχάλης Γ. Κατσουράκης	
Επιμ. Α' Οδοντιατρικού Τμήματος ΠΓΝ Λάρισας	
Στρατηγική αντιμετώπισης τρίτων γομφίων (επιπλοκές - κινδύνοι)	38
Φκιαράς Α., Σεμερτζίδης Θ.	
Από την Γναθοχειρουργική Κλινική του Πανεπιστημιακού Νοσοκομείου Λάρισας	
Η σημασία ελέγχου υπερουλικής μικροβιακής πλάκας	41
Θωμάς Κατσανούλας	
Οδοντίατρος - Περιοδοντολόγος, M.Sc., Πανεπιστήμιο LUND Συνηδίας	
Σύνδρομο του κακοποιημένου παιδιού	45
Νάσος Νασίκας	
Παιδοδοντίατρος M.D.Sc.	
Πρόσθιος και οπίσθιος οδηγός - Συνοπτική Θεώρηση	47
Αχιλλέας Κατσούπας	
Οδοντίατρος	
Ο «Οδοντίατρος» της οδού Αθηνάς	49
Μπαρμπή Βοζαλή	
Συνταξιούχον Οδοντίατρον	
Η πρόληψη στην ορθοδοντική	55
Μ. Ν. Σπυροπούλου	
Καθηγήτρια και Διευθύντρια του Εργαστηρίου Ορθοδοντικής του Πανεπιστημίου Αθηνών	
Προφυλακτική αντιβίωση στη χειρουργική του στόματος	61
Στέλιος Δαλαμπίρας	
Επίκουρος Καθηγητής Γναθοχειρουργικής Κλινικής Α.Π.Θ.	
Περιλήψεις ομιλιών στο Β' Συμπόσιο της Στοματολογικής Εταιρείας Θεσσαλίας	67
8-9 Δεκεμβρίου 2001, Λάρισα	

CONTENTS

Editor's Message.....	6
Cardiac-Pulmonary Resuscitation.....	9
Apostolos Komnos, MD	
Emergencies in the dental office	17
Apostolos Komnos, MD	
Curriculum Vitae of Emeritus members of the Thessalian Stomatologic Society.....	24
Book Review	29
Burning mouth syndrome	33
Michalis G. Katsourakis	
Patient management with third molar surgical removal (risks and complications).....	38
Fkiaras A., Semertzidis Th.	
The Importance of Supragingival Plaque Control	41
Thomas Katsanoulas	
Child abuse syndrome	45
Nasos Nasikas	
Anterior and posterior guidance in occlusion. A summary discussion	47
Achilleas Katsoupas	
The "Dentist" of Athinas Street.....	49
Barmpis Vozalis	
Prevention in Orthodontics.....	55
M. N. Spyropoulos	
Prophylactic Antibiotic Therapy.....	61
Stelios Dalampiras	
Speech presented at the 2nd Symposium of the Thessalian Stomatologic Society.....	67
December 8 - 9, 2001, Larissa, Greece	

ΟΔΟΝΤΟΣΤΟΜΑΤΟΛΟΓΙΚΑ ΝΕΑ

ΠΕΡΙΟΔΙΚΗ ΕΚΔΟΣΗ ΤΗΣ ΣΤΟΜΑΤΟΛΟΓΙΚΗΣ ΕΤΑΙΡΕΙΑΣ ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ

Τόμος 2ος, Τεύχος 4ο, 5ο και 6ο • Ιανουάριος – Δεκέμβριος 2001

Μήνυμα Σύνταξης

Αγαπητοί Συνάδελφοι,

Με τα παρόντα τεύχη, τα «Οδοντοστοματολογικά Νέα» κάνουν μια πρώτη προσπάθεια ουσιαστικής αναβάθμισής τους σε περιοδικό με επιλεγμένη επιστημονική ύλη, που θα ακολουθεί σταθερά και αξιόπιστα κριτήρια. Αντιλαμβανόμαστε πως απαιτείται σκληρή δουλειά και συνέπεια, αλλά ελπίζουμε ότι θα ανταποκριθούμε στα νέα δεδομένα.

Πιστεύοντας πως η εκπαίδευση των σημερινών οδοντιάτρων παραμένει ελλιπής όσον αφορά τις πρώτες βοήθειες που πρέπει να προσφέρονται στο ιατρείο, κατά την αντιμετώπιση εκτάκτων περιστατικών που αφορούν τη συνολική υγεία και επιβίωση του ασθενούς, αφιερώνουμε το 4ο τεύχος του περιοδικού μας στην καρδιοπνευμονική αναζωγόνηση και στις ενέργειες που πρέπει να προβαίνει ο οδοντιάτρος για την αντιμετώπιση συμπτωμάτων γενικών νοσημάτων, που θα εκδηλωθούν κατά την οδοντιατρική συνεδρία. Αν δε λάβουμε υπ' όψιν ότι ακόμα και το εξειδικευμένο ιατρικό προσωπικό στην Ελλάδα, μέχρι πρόσφατα, δεν ακολουθούσε συστηματοποιημένους κανόνες στην καρδιοαναπνευστική αναζωγόνηση, που είναι δυνατόν να επαναληφθούν και να αναπαραχθούν

με τον ίδιο ακριβώς τρόπο, πιστεύουμε πως είναι ιδιαίτερα χρήσιμη η αναφορά του περιοδικού στα προαναφερόμενα θέματα. Περισσότερο δε μάλλον όταν η συγγραφή των άρθρων του 4ου τεύχους ακολουθεί πιστά τους όρους και κανόνες που έχει θεσπίσει το έτος 2000 το Ευρωπαϊκό Συμβούλιο για την καρδιοαναπνευστική αναζωγόνηση.

Στο 5ο τεύχος δίδεται η ευκαιρία σε συναδέλφους που ασκούν την Οδοντιατρική στη Θεσσαλία, να παρουσιάσουν εργασίες που ξεφεύγουν από το επίπεδο της απλής αναφοράς και ακολουθούν τους κανόνες της επιστημονικής παρουσίασης μιας βιβλιογραφικής ανασκόπησης, μιας ερευνητικής εργασίας ή μιας κλινικής μελέτης.

Το 6ο τεύχος είναι αφιερωμένο στην πρόληψη στην Οδοντιατρική. Είμαστε περήφανοι που πανεπιστημιακοί καθηγητές αναφέρονται στο ενδιαφέρον αυτό τμήμα της Οδοντιατρικής, είτε με άρθρα τους είτε με εκτεταμένες περιλήψεις των ομιλιών που θα παρουσιάσουν στο Β' Συμπόσιο της Εταιρείας μας. Γι' αυτό το λόγο, τους ευχαριστούμε ιδιαίτερα.

Τα «Οδοντοστοματολογικά Νέα» θα συνεχίσουν την προσπάθεια, έχοντας πάντα ως γνώμονα την έγκυρη επιστημονική πληροφόρηση των συναδέλφων, φιλοξενώντας άρθρα από τα πανεπιστημιακά μας κέντρα, αλλά και δίνοντας την ευκαιρία και στους κλινικούς συναδέλφους της περιφέρειας να καταθέσουν τις εμπειρίες τους.

Απόστολος Τσολάκης

ODONTOSTOMATOLOGIC NEWS

A FOUR MONTH ISSUE OF THE THESSALIAN STOMATOLOGIC SOCIETY

Volume 2, Issue 4, 5, 6 • January – December 2001

Editor's Message

Dear Colleagues,

With the present issues of the "**Odontostomatologic News**" we have made a serious effort to upgrade all articles and present them in a universally recognized scientific fashion. A lot of energy was applied towards this effort and we hope that we have achieved our goal.

Past educational efforts were inadequate in the field of emergency management, first aid and Cardiac-Pulmonary Resuscitation therefore possibly placing the lives of our patients at risk. It is for this reason that we dedicate this fourth issue of the journal to CPR and management of clinical emergencies.

Also, until recently Greek students in most health professions were not properly trained in CPR and emergency procedures. Due to this fact, we feel that publication of this material is of utmost importance. More importantly, the articles present the most recent guidelines of the European Resuscitation Council.

In the fifth issue, we provide the opportunity for our dental colleagues of Thessaly to present their clinical or review articles.

The sixth issue is dedicated to Preventive Dentistry. We are proud to say that university professors have contributed articles or extensive summaries of their presentations at the 2nd Symposium of our Society. We therefore offer them our sincere gratitude.

The "**Odontostomatologic News**" will continue its efforts to continuously present the latest information to our colleagues through the publication of material from our universities as well as from the esteemed clinicians of our region.

Dental colleagues from all over the world are welcome to submit their articles to this journal. We hope to make the journal one with international interest.

Apostolos Tsolakis

ΤΕΤΡΑΜΗΝΙΑΙΑ ΠΕΡΙΟΔΙΚΗ ΕΚΔΟΣΗ
ΤΗΣ ΣΤΟΜΑΤΟΛΟΓΙΚΗΣ ΕΤΑΙΡΕΙΑΣ ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ

Οδοντο ΣΤΟΜΑΤΟΛΟΓΙΚΑ

NEA

Τόμος 2ος **Tεύχος:**

5ο

Mάιος - Αύγουστος 2001

A FOUR MONTH ISSUE of
the THESSALIAN STOMATOLOGIC
SOCIETY of GREECE

**Odonto
STOMATOLOGIC
NEWS**

May - August 2001
Volume 2, No 5

Σύνδρομο καυσαλγίας του στόματος (ΣΚΣ).

Μιχάλης Γ. Κατσουράκης

Επιμ. Α' Οδοντιατρικού Τμήματος ΠΓΝ Λάρισας

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Σύνδρομο καυσαλγίας του στόματος (ΣΚΣ) είναι η κατάσταση κατά την οποία ο ασθενής αναφέρει έντονο καύσο στο στόμα, αλλά ο βλεννογόνος είναι κλινικά υγιής. Η κατάσταση εμφανίζεται συνήθως σε γυναικες άνω των 65 ετών και ο καύσος εντοπίζεται συχνότερα στη γλώσσα. Οι κυριότεροι αιτιολογικοί παράγοντες, που ενοχοποιούνται για την εμφάνιση του συνδρόμου, είναι αιματολογικές διαταραχές, ανεπάρκεια βιταμινών του συμπλέγματος B, σακχαρώδης διαβήτης, χρόνιος τραυματισμός, ξηροστομία, η *candida*, αλλεργία, ανεπάρκεια οιστρογόνων, ψυχολογικοί παράγοντες και διάφορα φάρμακα. Όλοι οι ασθενείς με καύσο στο στόμα πρέπει να ελέγχονται εργαστηριακά για την ώπαρξη κάποιας οργανικής αιτίας και κλινικά για τον αποκλεισμό κάποιου τραυματογόνου παράγοντα, πριν ο καύσος αποδοθεί σε ψυχολογικές διαταραχές, όπως το χρόνιο άγχος, η κατάθλιψη ή συναισθηματικές διαταραχές. Η αντιμετώπιση αυτών των ασθενών είναι δύσκολη και απαιτεί κατανόηση του προβλήματος από τον γιατρό και καθησύχαση του ασθενή. Σε βαριές και επίμονες καταστάσεις, μπορεί να χορηγούνται ήπια αγχολυτικά φάρμακα.

- **Λέξεις κλειδιά (Key words):**
σύνδρομο καυσαλγίας, στόμα, γλώσσα, οδοντοστοιχία, βιταμίνες, *Burning Mouth Syndrome, oral cavity, tongue, denture, vitamins*.

Σύνδρομο καυσαλγίας του στόματος ονομάζεται η κατάσταση κατά την οποία ο ασθενής αναφέρει έντονο καύσο του στόματος, αλλά ο βλεννογόνος είναι κλινικά υγιής. Η κατάσταση αναφέρεται και ως γλωσσοδυνία, στοματοδυνία, δυσαισθησία ή δυσγεύσια του στόματος, γλωσσοπύρωση κ.λπ. Ορισμένοι συγγραφείς με τον όρο καυσαλγία αναφέρονται και σε καταστάσεις όπου, εκτός από το σύμπτωμα του καύσου ή του τσουχίματος ή του πόνου του βλεννογόνου, συνυπάρχει και κλινική ανωμαλία, όπως απόπτωση των θηλών της γλώσσας που συμβαίνει στην γεωγραφική γλώσσα, στον ομαλό λειχήνα ή σε σιδηροπενική αναιμία. Πρέπει όμως να ξεκαθαριστεί ότι, στις παραπάνω περιπτώσεις, δεν πρόκειται για σύνδρομο καυσαλγίας του στόματος. Στις περιπτώσεις αυτές, επίσης, ο καύσος εκδηλώνεται με τη λήψη ζεστών, ζινών, πικάντικων και άλλων φαγητών.

Η γλώσσα είναι η περιοχή όπου οι ασθενείς εντοπίζουν συνήθως το σύμπτωμα και ακολουθούν τα χειλή, ο άνω φατνιακός βλεννογόνος, η υπερώα και ο κάτω φατνιακός βλεννογόνος. Αρκετές φορές ο καύσος είναι αισθητός σε περισσότερες της μιας εντοπίσεις και σε άλλες περιπτώσεις αναφέρεται καύσος σε όλο το στόμα. Η θέση εντόπισης του καύσου βοηθάει, μερικές φορές, ώστε να καθοριστεί και το αίτιο · π.χ., καύσος στην κορυφή της γλώσσας σε ενόδοντα αισθενή μπορεί να οφείλεται στη συνήθειά του να τρίβει τη γλώσσα στα δόντια του, ενώ σε αισθενή με οδοντοστοιχίες μπορεί να οφείλεται σε κακή σύνταξη των δοντιών ή σε ερεθισμό της γλώσσας από τα άγκιστρα μερικής οδοντοστοιχίας.

Δεν υπάρχουν στοιχεία για την συχνότητα του ΣΚΣ, είναι όμως βέβαιο ότι προσβάλλει συνήθως ηλικιωμένα άτομα (ΜΟ ηλικίας 60-65 ετών) και κυρίως τις γυναίκες, σε αναλογία 7:1 σε σχέση με τους άνδρες. Μερικοί συγγραφείς αναφέρουν ότι το ΣΚΣ πιθανόν να οφείλεται σε έλλειψη οιστρογόνων, η οποία παρατηρείται στις μετεμμηνοπαυσιακές γυναίκες. Σε μια μελέτη, μάλιστα, αναφέρεται ότι το 18% από 145 γυναίκες, στις οποίες έγινε υστερεκτομή, παραπονιόταν για καυσαλγία της γλώσσας ή των χειλέων. Τα συμπτώματα, όμως, δεν υποχώρησαν όταν τους χορηγήθηκαν οιστρογόνα. Έτσι, η έρευνα καταλήγει στο συμπέρασμα ότι η έλλειψη οιστρογόνων μετά την κλιμακτήριο προκαλεί αλλαγές στην ψυχική ισορροπία των γυναικών που καταλήγει σε νευρώσεις.

Οι Lamey και συν. (1996) προτείνουν την ταξινόμηση του συνδρόμου σε τρεις υποκατηγορίες, ανάλογα με τη διάρκεια και την συχνότητα του καύσου και υποστηρίζουν ότι η ταξινόμηση αυτή βοηθά στην αντιμετώπιση των ασθενών και μάλιστα ότι υπάρχει και διαφορετική αιτιολογία σε κάθε κατηγορία.

Τύπος 1 (35% των ασθενών): Ο καύσος εμφανίζεται κάθε μέρα, δεν υπάρχει το πρωί όταν χυπνάει ο ασθενής, εμφανίζεται αργότερα, αυξάνεται κατά τη διάρκεια της ημέρας και είναι έντονος το βράδυ. Μη ψυχολογικοί λόγοι, όπως έλλειψη βιταμινών, σιδήρου, τραυματικοί παράγοντες κ.λπ. συνδέονται συχνά με τον τύπο αυτό.

Τύπος 2 (55% των ασθενών): Ο καύσος υπάρχει καθημερινά και ξεκινάει έντονος από το πρωί. Είναι ο πιο δύσκολοι ασθενείς για να θεραπευτούν διότι συνήθως τα αίτια είναι ψυχολογικά, όπως το χρόνιο άγχος.

Τύπος 3 (10% των ασθενών): Ο καύσος δεν εμφανίζεται καθημερινά αλλά μερικές μέρες και τις υπόλοιπες οι ασθενείς είναι ασυμπτωματικοί. Ο καύσος εμφανίζεται και σε ασυνήθιστες εντοπίσεις, όπως το έδαφος του στόματος, οι παρειές και ο φάρυγγας. Στους μισούς περίπου από τους ασθενείς αυτούς έχουν ενοχοποιηθεί αλλεργικοί παράγοντες, ενώ στους υπόλοιπους συναισθηματικές διαταραχές.

ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ

1. Αιματολογικές διαταραχές. Είναι γνωστό ότι διαταραχές, όπως η σιδηροπενία ή το σύνδρομο Plummer-Vinson, η μεγαλοβλαστική αναιμία, η ανεπάρκεια φυλλικού οξείου, μπορούν να προκαλέσουν σημεία και συμπτώματα(καυσαλγία) στην περιοχή τής στοματικής κοιλότητας. Σε αρκετές περιπτώσεις, σε όλες αυτές τις ασθενειες, τα συμπτώματα συνοδεύονται και από κλινικές εκδηλώσεις, όπως πτώση των τριχοειδών θηλών της γλώσσας, ερυθρότητα, διαβρώσεις και ελκώσεις στο βλεννογόνο, ραγάδες στις συγχειλίες. Είναι, όμως, πιθανόν τα συμπτώματα να μην συνοδεύονται από κλινικές εκδηλώσεις. Τα ποσοστά των ασθενών με ΣΚΣ, που εμφανίζουν αιματολογικές διαταραχές, ποικίλουν πολλά. Υπάρχουν μελέτες που αναφέρουν ποσοστά που φθάνουν και το 50% και άλλες που δεν ξεπερνούν το 20%.

2. Ανεπάρκεια βιταμινών του συμπλέγματος B. Η ανεπάρκεια των βιταμινών B1, B2, B6 έχει αποδειχθεί ότι σχετίζεται με το ΣΚΣ. Τα ποσοστά κυμαίνονται από 25-40%. Το πρόβλημα είναι ότι ο ποσοτικός προσδιορισμός τους είναι δύσκολος και δεν γίνεται από όλα τα εργαστήρια.

3. Σακχαρώδης διαβήτης. Από πολλά χρόνια είναι γνωστό ότι οι ασθενείς με σακχαρώδη διαβήτη εμφανίζουν συμπτώματα καύσου και ξηρότητας στο στόμα. Σε μία μελέτη ασθενών με ΣΚΣ, που δεν γνώριζαν ότι έπασχαν από σακχαρώδη διαβήτη, ένα ποσοστό 5% βρέθηκε μετά από δοκιμασία ανοχής της γλυκόζης ότι έπασχε από σακχαρώδη διαβήτη. Το ποσοστό είναι σημαντικό αν λάβουμε υπόψη ότι το 1% του γενικού πληθυσμού πάσχει από διαβήτη.

4. Κακή εφαρμογή οδοντοστοιχιών. Σε νωδούς ασθενείς, που φορούν οδοντοστοιχίες για πρώτη φορά, εμφανίζεται συχνά μια δυσανεξία που είναι αποτέλεσμα της αισθησης του ξένου σώματος, του περιορισμού των κινήσεων της γλώσσας και της πίεσης που ασκούν οι οδοντοστοιχίες στον βλεννογόνο των φατνιακών αποφύσεων. Τις περισσότερες φορές, όταν ο σχεδιασμός των οδοντοστοιχιών είναι σωστός, το πρόβλημα περνάει σε ένα διάστημα που ποικίλλει από ασθενή σε ασθενή, ανάλογα και με τον ψυχισμό του. Σε άλλες, όμως, περιπτώσεις, όταν μάλιστα υπάρχουν λάθη στον σχεδιασμό των οδοντοστοιχιών, όπως αυξημένη κάθετη διάσταση, κακή σύνταξη των δοντιών, κακή σύγκλειση ή πρόωρες επαφές, το πρόβλημα επιδεινώνεται και οι ασθενείς παραπονούνται για πόνο και καύσο στη γλώσσα και τα ούλα. Από μελέτες που έγιναν σε ασθενείς με ΣΚΣ που φορούσαν οδοντοστοιχίες, ένα ποσοστό 50% παρουσίαζε κάποιο σφάλμα στη σχεδίαση. Μόνο, όμως, οι μισοί (25%) από αυτούς τους ασθενείς παρουσίασαν βελτίωση των συμπτωμάτων τους όταν διορθώθηκαν ή άλλαξαν οι οδοντοστοιχίες. Τα παραπάνω ευρήματα δείχνουν ότι μόνο στο 1/4 των νωδών ασθενών με ΣΚΣ, που φορούν οδοντοστοιχίες, τα συμπτώματα οφείλονται σε κακή εφαρμογή των οδοντοστοιχιών. Επίσης, δείχνουν την πολυπαραγοντική αιτιολογία του συνδρόμου. Στην παραπάνω μελέτη το πιο συχνό σφάλμα που βρέθηκε ήταν η ελλιπής έκταση των βάσεων των οδοντοστοιχιών. Επίσης, ένα πρόβλημα που υπάρχει είναι ότι μερικοί ασθενείς, όταν φορούν τις οδοντοστοιχίες τους, συνηθίζουν να κάνουν κινήσεις όπως σφίξιμο των δοντιών, οι οποίες ερεθίζουν τον βλεννογόνο της γλώσσας ή των φατνιακών αποφύσεων.

5. Ξηροστομία. Η ξηροστομία συνυπάρχει με το ΣΚΣ σε ένα ποσοστό 40% των ασθενών. Υπάρχει μάλιστα ένας αριθμός ασθενών που όταν λένε "κάψιμο" του στόματος εννοούν ξηρότητα. Σε μελέτες που έγιναν βρέθηκε ότι από τους ασθενείς με ΣΚΣ, που παραπονούνται και για ξηροστομία, μόνο το 25% εμφάνιζε μείωση του σιέλου.

6. Candida. Σε ένα ποσοστό 35-40% των ασθενών με ΣΚΣ, έχουν βρεθεί, μετά από κυτταρολογική εξέταση, αυξημένες αποικίες του μύκητα *Candida albicans*. Μόνο όμως το 10% από αυτούς τους ασθενείς παρουσίασε βελτίωση μετά από αντιμυκητισιακή θεραπεία.

7. Αλλεργικοί παράγοντες. Πρόσφατες μελέτες έδειξαν ότι σε ασθενείς με τύπου 3 ΣΚΣ, όπου τα συμπτώματα δεν είναι καθημερινά, υπάρχει αλλεργία σε διάφορα μέταλλα ή άλλα οδοντιατρικά υλικά ή σε διάφορα συστατικά τροφών. Η αλλεργία διαπιστώνεται μετά από patch test. Τα συνηθέστερα αλλεργιογόνα που βρέθηκαν είναι: το σορβικό οξύ, εποιχυρητίνες, συντηρητικά τροφών, υδράργυρος, φιστίκια, κανέλλα, νικέλιο κ.λπ.

8. Καρκινοφοβία. Ένα 20% των ασθενών με ΣΚΣ φοβάται ότι πάσχει από καρκίνο. Τον φόβο αυτό δεν τον ομολογούν μόνοι τους και τον αποκαλύπτουν μόνο όταν ρωτηθούν από τον γιατρό τους. Η καθησύχαση των ασθενών αυτών ότι δεν πάσχουν από καρκίνο βοηθάει και στην βελτίωση των συμπτωμάτων τους. Ο γιατρός δεν πρέπει να τους πει ότι δεν έχουν τίποτα, αλλά ότι τα συμπτώματα που νοιώθουν δεν είναι καρκίνος. Ένας τρόπος είναι να τους εξηγήσει ο γιατρός πως είναι ο καρκίνος στο στόμα. Συνήθως οι ασθενείς αυτοί παρατηρούν το στόμα τους στον καθρέφτη και θεωρούν φυσιολογικά ανατομικά στοιχεία, όπως οι φυλλοειδείς θηλές ή οι κιρσοί της γλώσσας, ως παθολογικά.

9. Η κλιμακτήριος. Το ΣΚΣ, όπως αναφέρθηκε, είναι πολύ συχνό σε μετεμμηνοπαυσιακές γυναίκες. Εμφανίζεται, επίσης, συχνά και σε νεότερες γυναίκες που έχουν υποστεί υστερεκτομή. Έτσι θεωρήθηκε ότι η μείωση των οιστρογόνων ευθύνεται για ατροφία του βλεννογόνου και τη δημιουργία αισθήματος καύσου. Η χορήγηση οιστρογόνων, όμως, σε μετεμμηνοπαυσιακές γυναίκες με ΣΚΣ δεν είχε τα αναμενόμενα αποτελέσματα. Έτσι, σήμερα, θεωρείται ότι το ΣΚΣ στις γυναίκες αυτές οφείλεται σε ψυχολογικές διαταραχές που προκαλούνται από την μείωση των οιστρογόνων.

10. Ψυχολογικοί παράγοντες. Οι ψυχολογικές διαταραχές θεωρούνται και εξακολουθούν να θεωρούνται ο σπουδαιότερος αιτιολογικός παράγοντας του ΣΚΣ. Εκτός της καρκινοφοβίας, που αναφέρθηκε, άλλες ψυχολογικές διαταραχές, που εμφανίζονται σε ασθενείς με ΣΚΣ, είναι το χρόνιο άγχος, η κατάθλιψη, διαταραχές προσωπικότητας και η συναισθηματική αστάθεια. Η τελευταία θεωρείται ως αιτία του 50% των ασθενών με ΣΚΣ τύπου 3. Οι ασθενείς εμφανίζουν τα συμπτώματα μετά από κάποιο stress που

πέρασαν, όπως ένας χωρισμός ή θάνατος, ή έντονος φόβος, ή θυμός και τα συμπτώματα γίνονται εντονότερα όταν σκέπτονται το πρόβλημα αυτό. Όταν το πρόβλημα ξεπερασθεί, τα συμπτώματα υποχωρούν. Στο χρόνιο άγχος, όμως, τα συμπτώματα είναι συνεχή. Στην αξιολόγηση τέτοιων ασθενών βοηθάει να τους ζητάμε να βαθμολογήσουν μόνοι τους τις διάφορες πτυχές της ζωής τους. Εδώ παίζει ρόλο η εμπειρία του γιατρού και η ικανότητά του να πλησιάζει τον ασθενή και να κερδίζει την εμπιστοσύνη του. Σε γενικές γραμμές, πάντως, η αντιμετώπιση τέτοιων ασθενών παρουσιάζει τις περισσότερες δυσκολίες.

11. Φάρμακα. Τα συνηθέστερα φάρμακα, που έχουν ενοχοποιηθεί στην αιτιολογία του ΣΚΣ, είναι οι αναστολείς του μετατρεπτικού ενζύμου της αγγειοτασίνης (αντιυπερτασικά φάρμακα).

12. Διαταραχές γεύσης. Σχετικά συχνά οι ασθενείς με ΣΚΣ παραπονούνται και για δυσγευσία.

ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΗ ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ

Ο ασθενής, που προσέρχεται παραπονούμενος για καύσο στο στόμα, συνήθως περιγράφει το σύμπτωμά του ως κάψιμο, τσούξιμο, πόνο, φλόγωση, ξηρότητα, αλλαγή ή απώλεια της γεύσης. Συχνά έχει επισκεφθεί πολλούς γιατρούς άλλων ειδικοτήτων, όπως ωτορινολαρυγγολόγο, παθολόγο, δερματολόγο κ.λπ. Συνήθως δεν γνωρίζει άλλον με το ίδιο πρόβλημα και πιστεύει ότι πάσχει από κάτι πολύ σοβαρό. Δεν πρέπει ποτέ σε τέτοιους ασθενείς να λέμε ότι “δεν βλέπω τίποτε στο στόμα σου”, ή “δεν έχεις τίποτα” διότι αφενός χάνεται η εμπιστοσύνη τους και αφετέρου μπορεί να νομίσουν ότι είναι κάτι που φαντάζονται και επομένως είναι τρελοί, κάτι που στην πραγματικότητα δεν συμβαίνει. Πρέπει να ξέρουμε ότι ο ασθενής πραγματικά αισθάνεται αυτά που αναφέρει. Είναι απαραίτητο να δείξουμε στον ασθενή ότι κατανούμε το πρόβλημά του για να κερδίσουμε την εμπιστοσύνη του ώστε να τού είναι εύκολο να συζητήσει μαζί μας τα πιθανά του ψυχολογικά προβλήματα και τις αιτίες που τα προξενούν.

Στην αρχή ζητάμε από τον ασθενή να μάς περιγράψει τα συμπτώματά του, τη διάρκειά τους, την εντόπισή τους, πότε εμφανίζονται κατά τη διάρκεια της ημέρας, αν εμφανίζονται με την ίδια ένταση όλες τις μέρες ή αν υπάρχουν μέρες που δεν έχει συμπτώματα. Βοηθάει να ζητήσουμε από τον ασθενή να βαθμολογήσει τον πόνο που αισθάνεται από το 0-10, όπου 0 είναι καθόλου πόνος και 10 ο χειρότερος πόνος που μπορεί να φαντασθεί. Αυτό, αν και είναι υποκειμενικό, βοηθάει στην επαναξιολόγηση του ασθενή

σε επανεξετάσεις και, όταν τα συμπτώματα δεν έχουν πάντα την ίδια ένταση, βοηθάει στην καλύτερη αξιολόγησή τους. Στη συνέχεια, ρωτάμε τον ασθενή για την οικογενειακή του κατάσταση, την δουλειά του, τις συνήθειές του κ.λπ. ώστε να εντοπίσουμε πιθανά ψυχολογικά προβλήματα. Επίσης και στις ερωτήσεις αυτές βοηθάει να ζητήσουμε από τον ασθενή να βαθμολογήσει από 0-10 την οικονομική του κατάσταση, τις σχέσεις του στην οικογένεια, στη δουλειά του. Το 10 αντιστοιχεί στο τέλειο και το 0 όταν δεν πιστεύει ότι υπάρχει κάτι χειρότερο. Αυτό βοηθάει να κατανοήσουμε το πόσο είναι ικανοποιημένος ο ασθενής από τη ζωή του. Αν, π.χ., ο ασθενής βαθμολογεί την κατάσταση στη δουλειά του με 6, τον ρωτάμε πώς πιστεύει ότι μπορούν να βελτιωθούν τα πράγματα.

Στη συνέχεια παίρνουμε ένα πολύ καλό ιατρικό και οδοντιατρικό ιστορικό. Από το ιατρικό ιστορικό παίρνουμε πληροφορίες για πιθανά νοσήματα που σχετίζονται με το ΣΚΣ, τα οποία αναφέρθηκαν. Επίσης, ενδιαφέρουν διάφορες έξεις του ασθενή, όπως το κάπνισμα ή χρήση οινοπνεύματος και η λήψη φαρμάκων, όπως αντιυπερτασικά, αγχολυτικά ή άλλα ψυχοφάρμακα. Από το οδοντιατρικό ιστορικό ενδιαφέρουν, ιδιαίτερα, οι οδοντοστοιχίες, οι προσθετικές εργασίες, η συχνότητα βουρτσίσματος των δοντιών, ο πιθανός βρουξισμός κ.λπ.

Η κλινική μας εξέταση πρέπει να αποκλείσει την ύπαρξη κλινικών σημείων στο βλεννογόνο, όπως απόπτωση των θηλών της γλώσσας, γεωγραφική γλώσσα, τριχωτή γλώσσα, διαβρώσεις, ελκώσεις, ερυθρότητα κ.λπ. Στη συνέχεια, εξετάζουμε τα δόντια για να εντοπίσουμε αν υπάρχουν κακότεχνες προσθετικές εργασίες ή εμφράξεις, δόντια με οξύαιχμα χειλή ή πιθανή δήξη της γλώσσας λόγω κακής σύγκλεισης. Αν ο ασθενής φοράει οδοντοστοιχίες, ελέγχουμε την κάθετη διάσταση, την έκταση των πτερυγίων της οδοντοστοιχίας και την σύγκλειση. Εφόσον δεν υπάρχουν κλινικά σημεία, τότε η πιθανή μας διάγνωση είναι Σύνδρομο Καυσαλγίας του Στόματος.

Ακόμη και αν έχουμε εντοπίσει πιθανούς τραυματογόνους παράγοντες ή από το ιστορικό έχουν προκύψει ένας ή περισσότεροι παράγοντες οι οποίοι ενοχοποιούνται για την αιμορραγία του συνδρόμου, είναι υποχρεωτικό να προβούμε σε αιματολογικό έλεγχο. Οι εργαστηριακές εξετάσεις που δίνουμε, είναι γενική αίματος, σάκχαρο αίματος, σίδηρος ορού, φερριτίνη, επίπεδα βιταμινών B1, B12, B6, φυλλικό οξύ. Συγχρόνως ερευνούμε την επαρκή έκριση σιέλου και λαμβάνουμε επίχρισμα για την ανίχνευση αποικιών Candida.

Διαφορική διάγνωση γίνεται από την δυσγενοσία και τη ξηροστομία, γιατί και σε αυτές δεν υπάρχουν κλινικά σημεία. Πρέπει, όμως, να γνωρίζουμε ότι, πολλές φορές, οι παραπάνω καταστάσεις συνυπάρχουν με ΣΚΣ.

ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ

Η θεραπεία του ασθενή με ΣΚΣ είναι πολύ δύσκολη. Υπάρχει πληθώρα δημοσιεύσεων που προτείνουν διάφορα θεραπευτικά σχήματα, χωρίς όμως εντυπωσιακά αποτελέσματα. Η πιο αποτελεσματική θεραπευτική προσέγγιση είναι η ακόλουθη:

1. Σε κάθε περίπτωση, και ανεξάρτητα αν συνυπάρχουν και άλλοι αιτιολογικοί παράγοντες, ιδιαίτερα αν τα συμπτώματα εντοπίζονται στα πλάγια χειλή της γλώσσας, την κορυφή της γλώσσας και το κάτω χείλος, απομακρύνονται όλοι οι πιθανοί τραυματογόνοι παράγοντες (οξύαιχμα φύματα δοντιών, κακότεχνες εμφράξεις, άγκιστρα μερικών οδοντοστοιχιών κ.λπ.). Οι οδοντοστοιχίες επιδιορθώνονται ή αντικαθιστώνται αν είναι παλιές και παρουσιάζουν προβλήματα στην κάθετη διάσταση, την έκταση των πτερυγίων ή τη σύγκλειση. Σε περίπτωση που είναι καινούργιες και διαπιστώνεται ότι τα συμπτώματα άρχισαν μετά την τοποθέτησή τους, συνιστάται να μην φορεθούν για μια εβδομάδα, για να διαπιστώσουμε αν υπάρχει βελτίωση των συμπτωμάτων. Αν κατά την επανεξέταση ο ασθενής αναφέρει βελτίωση των συμπτωμάτων, ελέγχονται πάλι οι οδοντοστοιχίες για τυχόν λάθη κατασκευής. Αν δεν υπάρχουν λάθη, συνιστάται στον ασθενή να τις φορέσει για δυο-τρεις εβδομάδες, έτοι ωστε η γλώσσα να συνηθίσει την νέα κατάσταση.

2. Σε περίπτωση που στις αιματολογικές εξετάσεις βρεθεί χαμηλός αιματοκρίτης, σίδηρος, φερριτίνη, φυλλικό οξύ ή σάκχαρο αίματος, ο ασθενής παραπέμπεται σε αιματολόγο ή παθολόγο, ή διαβητολόγο, ανάλογα για περαιτέρω διερεύνηση. Πάντοτε συνιστάται επανεξέταση του ασθενή μετά την θεραπεία αποκατάστασης.

3. Σε περίπτωση που βρεθούν ελαττωμένα τα επίπεδα βιταμινών B1, B6, χορηγείται βιταμίνη B1 (300 mg ημερησίως) και βιταμίνη B6 (50 mg κάθε 8 ώρες). Η διάρκεια της θεραπείας είναι 1 μήνας. Επειδή η μέτρηση των επιπέδων των παραπάνω βιταμινών στον ορό είναι δύσκολη και γίνεται από πολύ λίγα εργαστήρια, μερικοί συνιστούν τη χορήγηση των παραπάνω βιταμινών – σκευάσματα του συμπλέγματος βιταμινών B – για διάστημα τουλάχιστον 4 εβδομάδων.

4. Σε περίπτωση που διαπιστώθει μειωμένη έκκριση σάλιου, χορηγούνται διεγερτικά της έκκρισης σάλιου (παστίλιες με γεύση λεμονιού) ή σκευασμάτα τεχνητού σάλιου (π.χ. Oral balance gel). Αν ο ασθενής πάιρνει φάρμακα που προκαλούν ξηροστομία, συστήνουμε στον ασθενή, σε συνεννόηση με τον θεράποντα γιατρό του, να τα αλλάξει.

5. Αν βρεθούν αποικίες Candida, συνιστάται θεραπεία με τοπικά αντιμυκητικά για 2-3 εβδομάδες και σωστή υγιεινή των οδοντοστοιχών.

6. Σε περίπτωση που βρεθεί ότι ο ασθενής έχει έξεις, όπως ο βρουξισμός ή το τρίψιμο της γλώσσας στα δόντια, προσπαθούμε να τον βοηθήσουμε να τις σταματήσει. Αυτό συχνά είναι δύσκολο. Συνιστώνται διάφοροι νάρθηκες για τον βρουξισμό ή μάσηση τοιχίας για το τρίψιμο της γλώσσας.

7. Αν διαπιστώσουμε ότι ο ασθενής πάσχει από καρκινοφοβία, προσπαθούμε να την εξαλείψουμε με το διάλογο, την υπομονή και την κατανόηση. Εξηγούμε στον ασθενή, ανάλογα και με το μορφωτικό του επίπεδο, τι είναι καρκίνος και πώς εμφανίζεται. Μπορούμε να τού δείξουμε εικόνες από βιβλία και να τον ενημερώσουμε για την κλινική εικόνα και τα συμπτώματα του καρκίνου.

8. Αν διαπιστωθεί σίγουρα ότι ο ασθενής πάσχει από ψυχολογικά προβλήματα, προσπαθούμε να τον καθησυχάσουμε ότι δεν πάσχει από κάτι σοβαρό, τού εξηγούμε ότι κατανοούμε το πρόβλημά του και ότι καταλαβαίνουμε ότι όντως υποφέρει. Σε αρκετές περιπτώσεις, προσπαθούμε να τον πείσουμε ότι ένας ψυχολόγος ή, σε πιο βαριές καταστάσεις, ένας ψυχίατρος θα μπορούσε να τον βοηθήσει. Η χορήγηση ήπιων αγχολυτικών, που δεν απαιτούν ειδική συνταγή, όπως η υδροξυζίνη ή η βουσιπρόνη, μπορούν να βοηθήσουν στην αντιμετώπιση του χρόνιου άγχους (μπορούμε να τα χορηγήσουμε για διάστημα 1-2 μηνών).

9. Σε ασθενείς ΣΚΣ με τύπου 3, που δεν φαίνεται να έχουν ψυχολογικά προβλήματα, συνιστάται να γίνουν test για την εύρεση κάποιας αλλεργίας.

Ακόμη και αν ακολουθήσουμε πιστά το παραπάνω θεραπευτικό πρωτόκολλο, υπάρχει ένα σημαντικό ποσοστό (20-30%) ασθενών που δεν παρουσιάζουν βελτίωση. Πάντως, είναι χρέος μας να προσπαθούμε να βοηθήσουμε αυτούς τους ασθενείς με κάθε δυνατό τρόπο που μπορούμε. Σε καμιά περίπτωση δεν πρέπει να τους απογοητεύουμε λέγοντάς τους ότι δεν μπορούμε να τους βοηθήσουμε επειδή το πρόβλημά τους είναι ψυχολογικό.

SUMMARY

Burning mouth syndrome.

Michalis G. Katsourakis

Odontostomatologic News, Vol. 2, No 4-6.

Burning Mouth Syndrome (BMS) is the condition characterized by burning and painful sensations of the mouth in the absence of significant mucosal abnormalities. The disorder affects women seven times more frequently than men and the burning sensation is located usually in the tongue. Hematinic, vitamin B complex, estrogen deficiencies, diabetes, local irritation and trauma, candida, allergies, xerostomia, drugs and psychological factors are the main causative factors of BMS. All patients with burning sensation of the mouth must be evaluated clinically for possible local irritation factors and with laboratory tests for the location of possible systemic causes. When none of the above factors can be located psychologic factors such as chronic anxiety or depression must be considered. Management of such individuals is difficult. Patients must be calmed and encouraged by the doctor who must persuade the patient that he understands his problem. Anxiolytic and antidepressant drugs could be helpful in severe cases.

ΕΠΙΛΟΓΗ ΑΠΟ ΤΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Bergahi J, Anneroth G. Burning mouth syndrome. Literature review and model for research and management. *J Oral Pathol Med* 1993; 22:433-438.
2. Browning S, Hislop S, Scully C, et al. The association between burning mouth syndrome and psychological disorders. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol* 1987; 64:171-174.
3. Huang W, Rothe MJ, Grant-Kels JM. The burning mouth syndrome. *J Am Acad Derm* 1996; 34:91-98.
4. Lamey PJ. Burning Mouth Syndrome. *Dermatologic Clinics*. 1996;14:339-354.
5. Lamey PJ, Lamp AB. Prospective study of aetiological factors in burning mouth syndrome. *Br Med J* 1988; 296:1243-1246.
6. Lamey PJ, Hammond A, Allam BF. Vitamin status of patients with burning mouth syndrome and the response to replacement therapy. *Br Dent J* 1986; 160:81-84.
7. Lynch MA, Brightman VJ, Greenberg MS. Burkett's Oral Medicine. 9th edition JP Lippincott Company 1994; p. 395-398.
8. Regezi JA, Sciubba J. Oral Pathology. Clinical-Pathologic Correlations. 2nd edition WB Saunders Co. 1993; p. 153-155.
9. Tourne LPM, Friction JR. Burning mouth syndrome: critical review and proposed clinical management. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol* 1992; 74:158-167.

Στρατηγική αντιμετώπισης τρίτων γομφίων (επιπλοκές – κίνδυνοι).

Φκιαράς Α., Σεμερτζίδης Θ.

Από την Γναθοχειρουργική Κλινική του Πανεπιστημιακού Νοσοκομείου Λάρισας

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Στο άρθρο παρουσιάζονται, αναλυτικά, οι κίνδυνοι και επιπλοκές κατά τη χειρουργική αφαίρεση των τρίτων γομφίων. Τέτοιες καταστάσεις αφορούν τραυματισμό νεύρων ή μαλακών μορίων, πρόκληση μείζουνος λοιμώξεως και ειδικές επιπλοκές. Εκτίθεται, διεξοδικώς, η συνχέτιση παραμέτρων και κριτηρίων της απόφασης για χειρουργική επέμβαση με τους κινδύνους που ενέχονται. Επίσης, τονίζεται η σημασία ενδελεχούς προεγχειρητικού ελέγχου, σχεδιασμού της εγχειρητικής τεχνικής και εμπειρίας της χειρουργικής ομάδας, καθώς και η αναγκαιότητα διενέργειας στο κατάλληλο χειρουργικό περιβάλλον, ώστε να ελαχιστοποιείται η επίπτωση ανεπιθύμητων καταστάσεων.

► Λέξεις κλειδιά (Key words):

τρίτοι γομφίοι, χειρουργική αφαίρεση, επιπλοκές,
third molars, surgical removal, complications.

Η εξαίρεση του τρίτου γομφίου σχετίζεται με κινδύνους και ενδεχόμενες επιπλοκές, διεγχειρητικές ή/και μετεγχειρητικές. Η συχνότητα και η βαρύτητα αυτών των επιπλοκών μπορούν να μειωθούν, ως ένα βαθμό, με: α) συστηματική προεγχειρητική ετοιμασία, β) καταγραφή των πιθανών κινδύνων, γ) σχεδιασμό της εγχειρητικής τεχνικής και δ) βελτίωση του επιπέδου μετεγχειρητικής φροντίδας του ασθενούς. Οι περιεγχειρητικοί και μετεγχειρητικοί κίνδυνοι εμφανίζονται αντιστρόφως ανάλογοι της προετοιμασίας του χειρουργείου και της εμπειρίας του επεμβαίνοντος.

ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ

I. Ξηρά Φατνίτις.

- Συχνότητα: δύσκολο να υπολογιστεί, λόγω των πολλών διαγνωστικών κριτηρίων που χρησιμοποιούνται. Κυμαίνεται από 1-30%*.
- Το κάπνισμα και η βακτηριακή μόλυνση (π.χ. περιστεφανίτιδα) αποτελούν ξεκάθαρους παράγοντες κινδύνου. Η μεγάλη ηλικία, επίσης, φαίνεται να αποτελεί έναν παράγοντα κινδύνου. Δεν είναι σαφές αν ο πρωταρχικός παράγοντας είναι η μειωμένη αγγειοβρίθεια, η αυξημένη μικροβιακή έκθεση (π.χ. περιοδοντίτιδα) ή ιστορικό κατάχρησης καπνού.
- Δεν είναι ξεκάθαρο αν το φύλο τού ασθενούς ή η χρήση αντισυλληπτικών επηρεάζουν τη δημιουργία ξηράς φατνίτιδος.
- Η εμπειρία του χειρουργού, η έκταση του χειρουργικού τραύματος, καθώς και η διάρκεια της επέμβασης φαίνεται ότι είναι παράγοντες που επηρεάζουν την εμφάνιση του ξηρού φατνίου.
- Η χρήση τοπικών φαρμάκων, υλικών και οποιουδήποτε ξένου προς τον ανοσοποιητικό μηχανισμό σώματος δεν τεκμηριώνεται ως θεραπευτική μέθοδος με ευνοϊκά αποτελέσματα.
- Η διάρκεια της επέμβασης αφαίρεσης του εγκλείστου είναι ευθέως ανάλογη της βαρύτητας των μετεγχειρητικών συμπτωμάτων.

II. Κάταγμα άνω γνάθου.

- Συνήθως αφορά το γναθιαίο κύρτωμα και είναι μικρής συχνότητας. Η εξαίρεση του τρίτου γομφίου σχετίζεται με κιν-

δύνους και ενδεχόμενες επιπλοκές, διεγχειρητικές ή/και μετεγχειρητικές. Η συχνότητα και η βαρύτητα αυτών των επιπλοκών μπορούν να μειωθούν, ως ένα βαθμό, με: α) συστηματική προεγχειρητική ετοιμασία, β) καταγραφή των πιθανών κινδύνων, γ) σχεδιασμό της εγχειρητικής τεχνικής και δ) βελτίωση του επιπέδου μετεγχειρητικής φροντίδας του ασθενούς. Οι περιεγχειρητικοί και μετεγχειρητικοί κίνδυνοι εμφανίζονται αντιστρόφως ανάλογοι της προετοιμασίας του χειρουργείου και της εμπειρίας του επεμβαίνοντος.

ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ

I. Ξηρά Φατνιάτις.

- Συχνότητα: δύσκολο να υπολογιστεί, λόγω των πολλών διαγνωστικών κριτηρίων που χρησιμοποιούνται. Κυμαίνεται από 1-30%*.
- Το κάπνισμα και η βακτηριακή μόλυνση (π.χ. περιστεφανίτιδα) αποτελούν ξεκάθαρους παράγοντες κινδύνου. Η μεγάλη ηλικία, επίσης, φαίνεται να αποτελεί έναν παράγοντα κινδύνου. Δεν είναι σαφές αν ο πρωταρχικός παράγοντας είναι η μειωμένη αγγειοβρίθεια, η αυξημένη μικροβιακή έκθεση (π.χ. περιοδοντίτιδα) ή ιστορικό κατάχρησης καπνού.
- Δεν είναι ξεκάθαρο αν το φύλο τού ασθενούς ή η χρήση αντισυλληπτικών επηρεάζουν τη δημιουργία ξηράς φατνιάτιδος.
- Η εμπειρία του χειρουργού, η έκταση του χειρουργικού τραύματος, καθώς και η διάρκεια της επέμβασης φαίνεται ότι είναι παράγοντες που επηρεάζουν την εμφάνιση του ξηρού φατνίου.
- Η χρήση τοπικών φαρμάκων, υλικών και οποιουδήποτε ξένου προς τον ανοσοποιητικό μηχανισμό σώματος δεν τεκμηριώνεται ως θεραπευτική μέθοδος με ευνοϊκά αποτελέσματα.
- Η διάρκεια της επέμβασης αφαίρεσης του εγκλείστου είναι ευθέως ανάλογη της βαρύτητας των μετεγχειρητικών συμπτωμάτων.

II. Κάταγμα άνω γνάθου.

- Συνήθως αφορά το γναθιαίο κύρτωμα και είναι μικρής συχνότητας.

III. Κάταγμα κάτω γνάθου.

- Εξαιρετικά χαμηλής συχνότητας (<0,01), που αστόσιο αυξάνεται λόγω της ηλικίας, της φυσικής κατάστασης, της λήψης φαρμάκων και της πολυπλοκότητας της επέμβασης.

IV. Αιμορραγία.

V. Στοματοκολπικό συρίγγιο.

VI. Προώθηση ή απώλεια δοντιού (στο ιγμόρειο άντρο, στην υπογνάθια χώρα, στην αεροφόρο οδό, στο γαστρεντερικό σωλήνα, στον υποκροτάφιο βόθρο).

VII. Ασυνήθιστη βαρύτητα συνηθισμένων μετεγχειρητικών επακολούθων (οιδημα, πόνος, τρισμός).

- Η χρήση των στεροειδών φαίνεται να βοηθά στη μείωση του μετεγχειρητικού πόνου. Επίσης, η χρήση τοπικών αναισθητικών μακράς διαρκείας φαίνεται να έχει καλά αποτελέσματα.
- Η ερμητική συρραφή του μετεγχειρητικού τραύματος εμφανίζεται να αυξάνει το μετεγχειρητικό πόνο και το οίδημα.

ΚΙΝΔΥΝΟΙ

I. Τραυματισμός νεύρων.

- Συχνότητα
 - α. Από διάφορες ανακοινώσεις φαίνεται ότι το ποσοστό τραυματισμού του κάτω φατνιακού ανέρχεται στο 1 - 7,1%*.
 - β. Η συχνότητα τραυματισμού του γλωσσικού νεύρου είναι χαμηλότερη και κυμαίνεται, σύμφωνα με τη βιβλιογραφία, από 0,02 έως 0,06%*.
 - γ. Τον τραυματισμό των νεύρων ακολουθεί μικρή αναπτηρία για τη μεγάλη πλειοψηφία των ασθενών.
 - δ. Δυνατότητες αντιμετώπισης: προς το παρόν, τα στοιχεία χειρουργικής διόρθωσης του νεύρου και της μετέπειτα εκτίμησης είναι ανεπαρκή. Η μικροχειρουργική επιδιόρθωση του νεύρου (αναστόμωση, μεταμόσχευση) είναι μία πολύπλοκη νοσοκομειακή διαδικασία.
- Η εγγύτητα του δοντιού με το κάτω φατνιακό νεύρο, όπως διακρίνεται ακτινογραφικά (γειτνίαση του γναθιαίου πόρου), η έλλειψη lamina dura, η σκίαση των ριζών και η στένωση του πόρου αποτελούν σημαντικές ενδείξεις για την πιθανότητα τραυματισμού του.
- Η υπαισθησία του κάτω φατνιακού, μετά από χειρουργική αφαίρεση του τρίτου γομφίου, εξαφανίζεται στο 75% των περιπτώσεων, μετά από 4-6 μήνες. Μπορεί, όμως, να υπάρξει και μόνιμη μεταβολή της ευαισθησίας του, η οποία συνήθως δεν είναι μεγάλου βαθμού.

II. Πρόκληση "μειζονος" λοιμώξεως.

- Ως "μειζων λοιμωξις" ορίζεται εκείνη, στην οποία είναι απαραίτητη η νοσηλεία και η χορήγηση αντιβιοτικών ενδοφλεβίως.
- Η συνολική συχνότητα λοιμώξεως, όπως έχει καταγραφεί, κυμαίνεται από 0,06% έως 4,3%*.

III. Τραυματισμός μαλακών μορίων.

- χειλέων, παρειών, γλώσσας, εδάφους στόματος
- πόρων σιελογόνων αδένων.

* Η ακρίβεια τέτοιων αναφορών ελέγχεται, λόγω της ποικιλίας, του τύπου των δοκιμασιών, της υποκειμενικότητας των συμπτωμάτων και των ετερόκλιτων ομάδων πληθυσμού (*non stratified samples*) της μελέτης.

SUMMARY

Patient management with third molar surgical removal (risks and complications).

Fkiaras A., Semertzidis Th.

Odontostomatologic News, Vol. 2, No 4-6.

This article reviews factors related to decision making concerning impacted third molars. It covers dangers and complications such as injury of nerves and soft tissue, major infection and specific complications of surgery. The importance of setting proper indications corresponding with each patient, detailed preoperative evaluation, correct planning of surgical technique and surgeon's experience is also stressed. The proper surgical environment is the "sine qua non" for removal of third molars providing infrastructure and specialist support when needed.

ΕΠΙΛΟΓΗ ΑΠΟ ΤΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Mercier P., Precious D.: Risks and benefits of removal of impacted third molars. A critical review of the literature. *Int J Oral Maxillofac Surg.* 21: 17-27, 1992.
2. Report of a Workshop on the Management of patients with Third Molar Teeth. *J. Oral Maxillofac. Surg.* 52: 1102-1112, 1994.
3. Irvine G.H., Hapangama N.: Post-operative follow-up following the removal of wisdom teeth. *Br Dent J.* 185: 565-6, 1998.

Η σημασία ελέγχου υπερουλικής μικροβιακής πλάκας.

Θωμάς Κατσανούλας

Οδοντίατρος – Περιοδοντολόγος, M.Sc., Πανεπιστήμιο LUND Σουηδίας

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Πολυάριθμες πειραματικές και επιδημιολογικές μελέτες έχουν δείξει ότι η εμφάνιση της ουλίτιδας, καθώς και η ανάπτυξη και εξέλιξη της περιοδοντικής

νόσου είναι άμεσα συσχετιζόμενες με την παρούσια μικροβιακής πλάκας στην ουλοδοντική περιοχή. Η θεραπεία των περιοδοντικών νοσημάτων αποσκοπεί έτσι

στην απομάκρυνση των υπουλικών μικροβιακών εναποθέσεων και στον έλεγχο της υπερουλικής μικροβιακής πλάκας.

Στην παρούσα εργασία, η σημασία ελέγχου της υπερουλικής μικροβιακής πλάκας εξετάζεται είτε σε σχέση με την πρόληψη, είτε σε σχέση με τη θεραπεία υπάρχουσας ουλίτιδας και περιοδοντίτιδας.

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Πειραματικές και επιδημιολογικές μελέτες έχουν δείξει ότι η εμφάνιση της ουλίτιδας καθώς και η ανάπτυξη και εξέλιξη της περιοδοντίτιδας είναι άμεσα συνδεδεμένες με την παρούσια μικροβιακής πλάκας στην ουλοδοντική περιοχή (Loe και συν. 1965, 1978, Shei και συν. 1959, Lindhe και συν. 1975, Morrison και συν. 1979).

Ο Loe και οι συνεργάτες του, το 1965, σε μια κλασική πλέον μελέτη πρόκλησης πειραματικής ουλίτιδας σε ανθρώπους, απέδειξαν ότι η μικροβιακή πλάκα είναι η αιτία παρά η συνέπειά της. Φοιτητές οδοντιατρικής, με καθαρά δόντια και υγιή ούλα, απείχαν από κάθε μέσο στοματικής υγιεινής για μια περίοδο 3 εβδομάδων. Η αθροιζόμενη, έτσι, μικροβιακή πλάκα προκάλεσε φλεγμονή των ούλων σε όλα τα άτομα που μετείχαν στη μελέτη.

Λόγοι δεοντολογίας δεν επέτρεψαν μελέτες πρόκλησης πειραματικής περιοδοντίτιδας σε ανθρώπους. Μελέτες, όμως, σε ανθρώπους, που αναδρομικά σύγκριναν αλλαγές του επιπέδου πρόσφυσης των περιοδοντικών ιστών σε σχέση με διαφορετικά επίπεδα στοματικής υγιεινής, απέδειξαν μια ισχυρή μεταξύ τους συσχέτιση (Shei και συν. 1959, Loe και συν. 1978). Πειραματικές μελέτες σε ζώα επιβεβαίωσαν ότι περιοδοντίτιδα αναπτύσσεται μετά από αθροίσεις μικροβιακής πλάκας ενώ, αντιθέτως, η νόσος δεν εμφανίζεται σε απουσία της μικροβιακής πλάκας (Lindhe και συν. 1975, Morrison και συν. 1979).

Γνωρίζοντας, έτσι, τον αποφασιστικό ρόλο που παίζει η μικροβιακή πλάκα στην ανάπτυξη της ουλίτιδας και περιοδοντίτιδας, οι τρόποι αντιμετώπισης των προαναφερόμενων νόσων αυτών στην κλινική πράξη στοχεύουν στον έλεγχο της μικροβιακής πλάκας.

Η σημασία ελέγχου της υπερουλικής μικροβιακής πλάκας θα μπορούσε να εξεταστεί είτε σε σχέση με την πρόληψη, είτε σε σχέση με τη θεραπεία υπάρχουσας ουλίτιδας και περιοδοντίτιδας.

ΕΛΕΓΧΟΣ ΥΠΕΡΟΥΛΙΚΗΣ ΜΙΚΡΟΒΙΑΚΗΣ ΠΛΑΚΑΣ – ΟΥΛΙΤΙΔΑ.

Άτομα με καθαρά δόντια και υγιή ούλα, που απομακρύνουν την υπερουλική μικροβιακή πλάκα με αποτελεσματική και συ-

► Λέξεις κλειδιά (Key words):

περιοδοντικά νοσήματα, έλεγχος μικροβιακής πλάκας, θεραπεία περιοδοντίτιδας, periodontitis, plaque control, periodontal treatment.

στοματική στοματική υγιεινή, τουλάχιστον μια φορά στις δύο μέρες, προλαμβάνουν την εμφάνιση ουλίτιδας (Lang και συν. 1973).

Ασθενείς με ουλίτιδα, εφόσον ακολουθήσουν καθημερινή μηχανική (π.χ. βούρτσισμα) ή χημική (χρήση αντισηπτικών διαλυμάτων) απομάκρυνση της μικροβιακής πλάκας, έχουν ως αποτέλεσμα η υγεία των ούλων των να αποκαθίσταται σε μικρά χρονικά διαστήματα (Loe και συν. 1965).

ΕΛΕΓΧΟΣ ΥΠΕΡΟΥΛΙΚΗΣ ΜΙΚΡΟΒΙΑΚΗΣ ΠΛΑΚΑΣ – ΠΕΡΙΟΔΟΝΤΙΤΙΔΑ.

Η σύγχρονη θεραπεία της περιοδοντίτιδας διακρίνεται σε τρεις φάσεις:

Α) Αρχική φάση ή συντηρητική περιοδοντική θεραπεία. Κατά τη φάση αυτή εκτελείται αποτρύγωση, ριζική απόξεση (μηχανική αφαίρεση μικροβιακών εναποθέσεων από τις προσβεβλημένες ριζικές επιφάνειες) και οι ρίζες των δοντιών λειαίνονται. Οι παράγοντες εκείνοι, που διευκολύνουν τη συγκράτηση της μικροβιακής πλάκας, απομακρύνονται και ο ασθενής διδάσκεται πώς να εφαρμόζει αποτελεσματική στοματική υγιεινή.

Β) Χειρουργική φάση. Η φάση αυτή δεν πρέπει να προηγείται ή να αντικαθιστά την αρχική και εφαρμόζεται μόνο όπου ενδείκνυται, έχοντας ως στόχους:

Αποτελεσματική ριζική απόξεση σε δυσπρόσιτες ριζικές επιφάνειες (μεσοριζικοί θύλακοι, ενδοοστικοί θύλακοι), δημιουργία κατάλληλων ουλικών περιγραμμάτων που να επιτρέπουν αποτελεσματική στοματική υγιεινή από μέρους του ασθενή και ανάπλαση απωλεσθέντων περιοδοντικών ιστών, όπου αυτό μπορεί να επιτευχθεί (κατευθυνόμενη ιστική αναγέννηση). Οι παραπάνω δύο φάσεις αποτελούν την **ενεργό θεραπεία**.

Γ) Φάση διατήρησης θεραπευτικού αποτελέσματος ή, όπως πρόσφατα έχει επικρατήσει ο όρος, **υποστηρικτική περιοδοντική θεραπεία**. Η φάση αυτή αναφέρεται στη μακροχρόνια προσπάθεια που καταβάλλεται από τον ασθενή για μηχανική απομάκρυνση της μικροβιακής πλάκας, αλλά και από τον κλινικό με στόχο τη διατήρηση της περιοδοντικής υγείας και των κλινικών επιπέδων πρόσφυσης, δεδομένου ότι οι νόσοι του περιοδοντίου επιδέχονται θεραπεία αλλά όχι ίαση.

Πολλές καλά σχεδιασμένες κλινικές μελέτες έχουν δείξει ότι η παραπάνω αναφερόμενη θεραπευτική προσέγγιση είναι αποτελεσματική (Axelsson & Lindhe 1981, Lindhe & Nyman 1984, Lindhe και συν. 1984).

Ο Lindhe και οι συν., το 1984, παρακολούθησαν μια ομάδα ασθενών για 5 χρόνια μετά το τέλος τής ενεργού θεραπείας. Οι ασθενείς εντάχθηκαν σε ένα πρόγραμμα ελέγχου της υπερουλικής μικροβιακής πλάκας κατά το οποίο αφαιρούνταν υπερουλικές μόνο μικροβιακές εναποθέσεις και δίνονταν οδηγίες στοματικής υγιεινής σε τακτά χρονικά διαστήματα. Η ποιότητα των υποουλικών αποξέσεων, κατά τη διάρκεια της ενεργού θεραπείας, χαρακτηρίστηκε ως κρίσιμη παράμετρος επιτυχίας της περιοδοντικής θεραπείας και το επίπεδο στοματικής υγιεινής του ασθενή βρέθηκε να είναι αποφασιστική σημασίας για τη μακρόχρονη επιτυχή έκβαση της θεραπείας.

O Waerhaug, το 1978, σημειώνει ότι ο υπερουλικός έλεγχος μικροβιακής πλάκας φαίνεται να προλαμβάνει την επαναμόλυνση της ουλοδοντικής περιοχής όταν όλες οι υποουλικές ριζικές μικροβιακές εναποθέσεις έχουν αφαιρεθεί κατά την ενεργό θεραπεία.

Η σημασία ελέγχου της υπερουλικής μικροβιακής πλάκας, ως μοναδικού μέσου θεραπείας σε περιοδοντικούς ασθενείς (χωρίς υποουλικές αποξέσεις), μελετήθηκε από εμάς και τους συνεργάτες μας το 1992.

Στη προαναφερόμενη μελέτη μετείχαν ασθενείς με ζεύγη θυλάκων βάθους 4–6 χιλ., που βρίσκονταν ετερόπλευρα. Στους μισούς θυλάκους οι υπερουλικές μόνο μικροβιακές εναποθέσεις αφαιρούνταν τρεις φορές τη βδομάδα για τρεις βδομάδες (ομάδα ελέγχου). Στους υπόλοιπους μισούς δεν εφαρμόστηκε κανένα είδος θεραπείας και ήταν η ομάδα μαρτύρων. Οδηγίες στοματικής υγιεινής δεν δόθηκαν στους ασθενείς.

Με μικροσκόπηση σκοτεινού πεδίου βρέθηκε, στο τέλος της μελέτης, ότι ο αριθμός σπειροχαϊτών, καθώς και κινητών κόκκων, που είναι περιοδοντοπαθογόνα μικρόβια, ήταν στατιστικά σημαντικά μικρότερος στους θυλάκους της ομάδας ελέγχου από ότι στην ομάδα μαρτύρων. Βρέθηκε, λοιπόν, ότι τουλάχιστον για θυλάκους βάθους 4–6 χιλ., ο έλεγχος της υπερουλικής μικροβιακής πλάκας επηρεάζει τη σύνθεση της υποουλικής μικροβιακής χλωρίδας μειώνοντας τον αριθμό των περιοδοντοπαθογόνων μικροβίων και αυξάνοντας τον αριθμό των “ευεργετικών” ειδών που απαντώνται σε άτομα που δεν πάσχουν από περιοδοντίτιδα.

Διάφορα Gram⁺ βακτηρίδια, που συχνά απαντώνται στην υπερουλική μικροβιακή πλάκα, χρησιμεύουν για προσκόλληση των βακτηριδίων (Bacteroides gingivalis) και άλλων Gram⁻ περιοδοντοπαθογόνων βακτηριδίων (Slots & Gibbons, 1978). Επιπρόσθια, διάφορα είδη βακτηριδίων, που απαντώνται στο υπερουλικό μικροβιακό οικοσύστημα, παράγουν

ουσίες που είναι υψίστης σημασίας για την ανάπτυξης βακτηριδίων της υποουλικής μικροβιακής χλωρίδας (Loesche 1968).

Απομάκρυνση, επομένως, της υπερουλικής μικροβιακής πλάκας μπορεί να διαταράσσει την λεπτή ισορροπία της υποουλικής μικροβιακής χλωρίδας, συντελώντας στην τροποποίηση τοπικών οικολογικών παραγόντων· δηλαδή στη μείωση σημείων προσκόλλησης και απαραίτητων "θρεπτικών" ουσιών για τα βακτηρίδια που βρίσκονται υποουλικά.

Στην καθημερινή, βέβαια, κλινική πράξη είναι αδύνατο, για πρακτικούς λόγους, ένας περιοδοντικός ασθενής να επισκέπτεται τον οδοντίατρό του πολλές φορές τη βδομάδα, για μεγάλα χρονικά διαστήματα, έτοι ώστε η απομάκρυνση των υπερουλικών μόνο μικροβιακών εναποθέσεων να αποτελεί μορφή θεραπείας της νόσου.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Είναι σαφές, από όλα τα παραπάνω, ότι ο έλεγχος της υπερουλικής μικροβιακής πλάκας είναι υψίστης σημασίας για την πρόληψη εμφάνισης νόσων του περιοδοντίου και για τη διατήρηση περιοδοντικής υγείας μετά την ενεργό θεραπεία σε περιοδοντικούς ασθενείς. Αποτελεί, έτοι, βασική και πρωταρχική μας υποχρέωση όχι μόνο να θεραπεύουμε, αλλά να ενημερώνουμε και να διδάσκουμε τους ασθενείς μας πώς να ακολουθούν σωστή στοματική υγειεινή. Η κατάλληλη στοματική υγειεινή θα τους προφυλάξει από μελλοντικά σοβαρά περιοδοντικά προβλήματα.

SUMMARY

The Importance of Supragingival Plaque Control.

Thomas Katsanoulas

Odontostomatologic News, Vol. 2, No 4-6.

Numerous experimental and epidemiological studies have indicated that the occurrence of gingival inflammation and the development as well as progression of periodontal disease is associated with the colonization of the dentogingival region by plaque micro-organisms. Based on this knowledge periodontal therapy is directed toward the removal of subgingival bacterial deposits and the control of supragingival plaque. In the present paper the importance of supragingival plaque control is discussed in relationship to either prevention or treatment of existing gingival and periodontal disease. Efficient oral hygiene procedures not only inhibit plaque formation and gingivitis but more importantly prevent loss of periodon-

tal attachment. The patient's standard of oral hygiene has a decisive influence on the long term result of treatment of periodontal disease.

ΕΠΙΛΟΓΗ ΑΠΟ ΤΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- Axelsson, P. & Lindhe, J. (1981): The significance of maintenance care in the treatment of periodontal disease. *Journal of Clinical Periodontology* 8, 281-294.
- Katsanoulas, T., Renee, I. & Attstrom, R. (1992): The effect of supragingival plaque control on the composition of the subgingival flora in periodontal pockets. *Journal of Clinical Periodontology* 19, 760-765.
- Lang, N. P., Cumming, B. R. & Loe, H. (1973): Toothbrush frequency as it is related to plaque development and gingiva health. *Journal of Periodontology* 44, 396-405.
- Lindhe, J., Hamp, S.-E. & Loe, H. (1975): Plaque induced periodontal disease in beagle dogs. A 4-year clinical, roentgenographical and histometrical study. *Journal of Periodontal Research* 10, 243-255.
- Lindhe, J., Westfelt, E., Nyman, S., Saransky, S. S. & Haffajee A. D. (1984): Long term effect of surgical / non-surgical treatment of periodontal disease. *Journal of Clinical Periodontology* 11, 448-458.
- Lindhe, J., & Nyman, S., (1984): Long term maintenance of patients treated for advanced periodontal disease. *Journal of Clinical Periodontology* 11, 504-514.
- Loesche, W. J. (1968): Importance of nutrition in gingival crevice microbial ecology. *Periodontics* 6, 245-249.
- Loe, H., Theilade, E. & Jensen, S. B. (1965): Experimental gingivitis in man. *Journal of Periodontology* 36, 177-187.
- Loe, H., Arenud, A., Boysen, H. & Smith, M. (1978): The natural history of periodontal disease in man. The rate of periodontal destruction before 40 years of age. *Journal of Periodontology* 49, 607-620.
- Morrison, E. C., Lang, N. P., Loe, H & Ramfjord, S. R. (1979): Effects of repeated scaling and root planing and/or controlled oral hygiene on the periodontal attachment level and pocket depth in beagle dogs. I Clinical findings. *Journal of Periodontal Research* 14, 428-437.
- Schei, O., Waerhang, J., Lovdal, A. & Amo, A. (1959): Alveolar bone loss as related to oral hygiene and age. *Journal of Periodontology* 30, 7-16.
- Slots, J. & Gibbons, R. J (1978): Attachment of *Bacteroides melaninogenicus* subs *asaccharolyticus* to oral surfaces and its possible role in colonization of the mouth and of periodontal pockets. *Infection and Immunity* 19, 254-264.
- Waerhaug, J. (1978): Healing of the dento-epithelial junction following subgingival plaque control. I. As observed in human biopsy material. *Journal of Periodontology* 49, 1-8.

Σύνδρομο του κακοποιημένου παιδιού.

Νάσος Νασίκας
Παιδοδοντίατρος M.D.Sc.

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Ανξανόμενα είναι τα περιστατικά κακοποίησης των παιδιών στη σύγχρονη, διαρκώς μεταβαλλόμενη κοινωνία. Πάρα πολλά από τα ενδεικτικά σημάδια της κακοποίησης εντοπίζονται – κτυφά ή φανερά – στη γναθοπροσωπική περιοχή.

Ο οδοντίατρος, λοιπόν, είναι ένας από τους ειδικούς που καλείται σε εγρήγορση και εναισθητοποίηση για την ανίχνευση, εξακρίβωση και διαχείριση τέτοιων περιστατικών.

Τον τελευταίο καιρό υπάρχει μια κατακόρυφη άνοδος των περιστατικών παιδικού τραύματος τόσο στην Ελλάδα όσο και στο εξωτερικό. Το ίδιο χρονικό διάστημα παρατηρείται, ιδιαίτερα στις “αναπτυγμένες” χώρες, έξαρση και των περιστατικών κακοποιημένων ή/και παραμελημένων παιδιών. Υπάρχουν, σίγουρα, περιπτώσεις όπου τα όρια μεταξύ τυχαίου τραύματος και κακοποίησης είναι δυσδιάκριτα. Παρ’ όλα αυτά, υπάρχουν πάρα πολλά σημεία και στοιχεία, τα οποία συνδυαζόμενα, βοηθούν ώστε να διακρίνεται η μία περίπτωση από την άλλη. Ιδιαίτερα, ο οδοντίατρος καλείται να παίξει σημαντικό ρόλο στην ανίχνευση και διαχείριση περιστατικών κακοποιημένου παιδιού.

Κακοποιημένο θεωρείται το παιδί που το μεταχειρίζονται με μη αποδεκτό τρόπο για μία δεδομένη κουλτούρα, σε μία δεδομένη χρονική στιγμή. Ως αποτέλεσμα της μεταχείρισης αυτής έχουμε την εμφάνιση παθολογικών καταστάσεων στο παιδί.

Παραμελημένο θεωρείται το παιδί που, επίσης, εμφανίζει παθολογικά σημεία, όχι γιατί κάποιος δρα επάνω του, αλλά γιατί δεν μεριμνά όπως οφείλει για τη διατήρηση της καλής γενικής κατάστασής του.

Και η κακοποίηση και η παραμέληση του παιδιού μπορεί να είναι εσκεμμένη και μη εσκεμμένη, καθώς και να παρουσιάζονται υπό διάφορες μορφές.

Μορφές κακοποίησης

- φυσική (σωματική).
- συναισθηματική.
- σεξουαλική.

Μορφές παραμέλησης

- συναισθηματική.
- φυσιολογική (διατροφή, ρουχισμός, ιατρική – οδοντιατρική φροντίδα κ.ά.).

Θα εστιάσουμε περισσότερο το ενδιαφέρον μας στο σύνδρομο του σωματικά κακοποιημένου παιδιού.

Συχνότητα

- άγνωστη, ακριβώς, σε παγκόσμιο/εθνικό επίπεδο.
- υπολογίζεται τουλάχιστον 20 φορές παραπάνω από τις ανα-

► **Λέξεις κλειδιά (Key words):**
κακοποιημένο παιδί,
παραμελημένο παιδί,
child abuse, child neglect.

φερθείσες περιπτώσεις.

- έξι φορές αυξήση την τελευταία δεκαετία.
- 35% των περιπτώσεων κακοποιούνται ξανά.
- 4000 παιδιά νεκρά στις Η.Π.Α. κάθε χρόνο.
- το 95% των κρανιογκεφαλικών κακώσεων σε παιδιά < 1 έτους στις Η.Π.Α.
- το 50-65% των κακώσεων εντοπίζεται στο πρόσωπο, γνάθους, στόμα.

Είναι εμφανές ότι ο οδοντίατρος μπορεί να παιξει ένα σημαντικό ρόλο στην ανακάλυψη, διερεύνηση και εξακρίβωση αυτών των περιπτώσεων. Το σύνδρομο είναι πιο πιθανό όταν υπάρχουν μεμονωμένες ή σε συνδυασμό οι παρακάτω περιπτώσεις:

- χαμηλό κοινωνικο-οικονομικό επίπεδο γονέων ή κηδεμόνων.
- πολύ νεαροί γονείς.
- γονείς με χαμηλό I.Q.
- το παιδί είναι μικρότερο των δύο ετών.
- ασταθής γάμος - κακές συζυγικές σχέσεις.
- ιστορικό κακοποιημένων γονέων.
- οι γονείς είναι άτομα με χαμηλή ανεκτικότητα, έλεγχο θυμικού.
- οι γονείς είναι άτομα με διαταραχή της προσωπικότητας, ψυχιατρικοί ασθενείς.

Υποπτά ενδεικτικά σημεία.

- καθυστέρηση στην αναζήτηση ιατρικής βοήθειας.
- ασαφής εξιστόρηση του γεγονότος.
- το παιδί διηγείται διαφορετική ιστορία.
- μη φυσιολογική συμπεριφορά / σχέση παιδιού και γονιού.
- το είδος τού αναφερθέντος ατυχήματος δεν ταιριάζει με τα κλινικά / ακτινογραφικά σημεία.
- ψυχική διάθεση γονιού όχι αληθινή.
- υπεραντίδραση γονιού.

Χαρακτηριστικά κακοποιημένου παιδιού.

- δυσκολία στις σχέσεις του με ενήλικες.
- υπερευασθησία στο κλάμα άλλων παιδιών.
- φόβος να επιστρέψει στο σπίτι.
- παγωμένο βλέμμα (πολύ σημαντικό σημείο).
- χαμηλή αυτοεκτίμηση.
- παθητικότητα, άγχος.
- παλινδρομική συμπεριφορά (ενούρηση, εγκόπριση).

Προκειμένου να γίνει η εξακρίβωση του συνδρόμου, επιβάλλεται να γίνονται τα παρακάτω:

- λήψη ιστορικού της παρούσης κατάστασης.
- λήψη ιατρικού / οδοντιατρικού ιστορικού.
- λήψη οικογενειακού ιστορικού (σχετικό με τα προαναφερθέντα).
- φυσική εξέταση (κεφαλή, λαιμός, υπόλοιπο σώμα στα επιτρεπτά όρια της οδοντιατρικής).
- ακτινογραφίες (ενδοστοματικές, πανοραμικές, κεφαλομετρικές ή άλλες, ανάλογα με το περιστατικό).
- φωτογραφίες (βοηθούν στη καλύτερη μελέτη και στοιχειοθέτηση της περίπτωσης).

Κατά τη φυσική εξέταση, υπάρχουν ορατά σημεία που είναι ενδεικτικά κακοποίησης, όπως μώλωπες, που μοιάζουν με αποτύπωμα χεριού ή εργαλείου, μώλωπες διαφορετικής ηλικίας, εκδορές (ιδιαίτερα στο λαιμό, καρπούς), εκχυμώσεις, δαγκώματα, σημάδια εγκαύματος, οφθαλμικός τραυματισμός, αυτί "κουνουπιδί", τραυματική αλωπεκία. Ιδιαίτερα στο σόμα, μπορεί να εντοπισθούν: α) ρήξη χαλινού, τραύμα χειλούς, γλώσσας, β) σημάδια υπονοούντα τυφλό τραύμα, ιδιαίτερα στην υπερώα, γ) τραυματισμός δοντιών (κυρίως εμβάθυνση και εκφατνίωση), δ) δυσχρωματικά δόντια και ε) σε ακτινολογικό έλεγχο, πολλαπλά, ιαθέντα κατάγματα ριζών. Σε γενικότερο ακτινολογικό έλεγχο σε νήπια και μικρά παιδιά, συνήθως παρουσιάζονται επιμήκη κατάγματα στα οστά, ενώ σε μεγαλύτερα παιδιά, τραύματα στα δάκτυλα και πιο εγκάρσια και πλάγια κατάγματα. Επίσης, μπορεί να φανούν πολλαπλά κατάγματα σε διαφορετικό στάδιο επούλωσης.

Σεξουαλική κακοποίηση

Είναι πολύ δύσκολο, στα πλαίσια του οδοντιατρείου, να γίνει αναγνώριση περίπτωσης σεξουαλικής κακοποίησης. Πέρα από αυτό, θα πρέπει να είναι γνωστό ότι:

- η μέση ηλικία σεξουαλικής κακοποίησης είναι τα 10 με 11 έτη.
- μπορεί να συνυπάρχει με σωματική κακοποίηση.
- το 50% των περιπτώσεων προέρχεται από οικογένειες με ένα γονιό.
- η οικογένεια μπορεί να ανήκει σε οποιοδήποτε κοινωνικο-οικονομικό στρώμα.
- παιδιά, που κακοποιούνται σεξουαλικά, είναι, συχνά, επαναλαμβανόμενα θύματα.

Χαρακτηριστικά της συμπεριφοράς ενός παιδιού, που έχει κακοποιηθεί σεξουαλικά, είναι: άρνηση να κάνει γυμναστική, εξεζητημένη για την ηλικία σεξουαλική συμπεριφορά, καθήλωση σε προηγούμενα στάδια ανάπτυξης, διαταραχές ύπνου, κατάθλιψη, άγχος, επιθετικότητα, απόπειρα αυτοκτονίας, φυγές, παραβατική συμπεριφορά. Κλινικά χαρακτηριστικά σεξουαλικής κακοποίησης περιλαμβάνουν βλάβες από μεταδοτικά αφροδισια νοσήματα.

Η φυσική, συναισθηματική και σεξουαλική κακοποίηση παιδιών είναι φαινόμενα που πιθανότατα θα ενταθούν. Αυτό θα πρέπει να ευαισθητοποιήσει τους οδοντιάτρους ως φορείς παροχής υγείας, αλλά και ολόκληρο το σύστημα υγείας και πρόνοιας. Σίγουρα είναι δύσκολο να στοιχειοθετηθεί μια περίπτωση κακοποιημένου παιδιού και ακόμα πιο δύσκολο να διαχειρισθεί, μια και ούτε σε εθνικό ούτε σε τοπικό επίπεδο έχουν μελετηθεί και θεσπισθεί πρωτόκολλα και διαδικασίες αντιμετώπισης που αφορούν τη συνεργασία και δράση των πολλών διαφορετικών εμπλεκομένων φορέων. Το σίγουρο, όμως, είναι ότι το χειρότερο πράγμα που μπορεί να κάνει κανείς, σε μια περίπτωση κακοποιημένου παιδιού, είναι να μην κάνει τίποτα.

SUMMARY

Child abuse syndrome.

Nasos Nasikas

Odontostomatologic News, Vol. 2, No 4-6.

A continual increase in child abuse cases exists in today's society . Most of the diagnostic signs of child's abuse are localized in the maxillofacial region. For this reason the dentist is one of the medical specialists that must be constantly alert for diagnosis, history and management of such cases.

ΕΠΙΛΟΓΗ ΑΠΟ ΤΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Sanger, R.G., Bross, D.C.: Clinical management of child abuse and neglect.Chicago Quintessence Publ. Co. 1984.
2. Τσανίδης, Β.: Η συμβολή του παιδοδοντιάτρου στην πρόληψη του κοινωνικού φαινομένου της κακοποίησης του παιδιού. Παιδοδοντία 1996, 10 (4),149-159.
3. Χαμπάζ Μ., Κεράνη Μ., Συκαράς Σ.: Μελέτη της ενημερότητας και δυνατότητα διάγνωσης του συνδρόμου του κακοποιημένου παιδιού από τον Έλληνα Οδοντίατρο. Παιδοδοντία 1990, 4 (1), 32-38.

Πρόσθιος και οπίσθιος οδηγός – Συνοπτική Θεώρηση

Αχιλλέας Κατσούπας
Οδοντίατρος

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Η σημασία των πρόσθιων οδηγού της σύγκλεισης είναι καθοριστική διότι ελέγχει την αισθητική και την λειτουργικότητα των πρόσθιων δοντιών, εξασκεί δε και προστατευτικό ρόλο στα πίσω δόντια. Το σημαντικότερο έργο, που επιτελεί ο οπίσθιος οδηγός, είναι η στήριξη και η διατήρηση της κάθετης διάστασης.

Το βασικότερο σημείο στην λειτουργική διαγνωστική ανάλυση είναι ο έλεγχος της λειτουργίας του πρόσθιου και οπίσθιου οδηγού.

Ο πρόσθιος οδηγός αποτελεί το δεύτερο, μετά την κεντρική σχέση, προσδιοριστικό στοιχείο της σύγκλεισης. Με τον όρο πρόσθιος οδηγός εννοούμε τις συγκλεισιακές – λειτουργικές σχέσεις των πρόσθιων δοντιών σ' όλο το περίγραμμα της λειτουργίας των. Παλαιότερα διαχωριζόταν σε τομικό και κυνοδοντικό και αφορούσε ξεχωριστά την προολίσθηση και πλαγιολίσθηση αντίστοιχα, αλλά αυτό δεν ισχύει σήμερα, καθότι θεωρείται ως μία ενιαία λειτουργική μονάδα του στοματογναθικού συστήματος.

Η σημασία του είναι καθοριστική διότι ελέγχει την αισθητική και την λειτουργικότητα, εξασκεί δε και προστατευτικό ρόλο στα πίσω δόντια.

Δύο είναι τα χαρακτηριστικά ενός καλού πρόσθιου οδηγού. Για να τα κατανοήσουμε θα πρέπει να προσομοιάσουμε την γνάθο με ανεστραμμένο τρίποδα, χωρίς την παρουσία και παρεμβολή των πίσω δοντιών.

Το πρώτο χαρακτηριστικό είναι η σταθερή θέση της γνάθου κατά την κατάποση, η οποία θέση ελέγχεται πίσω από το φρενάρισμα του έσω πόλου του κονδύλου στο γληνοειδές βιθρίο του κροταφικού, αμφοτερόπλευρα και μπροστά από τις επαφές των έξι μπροστινών τής κάτω με τις υπερώιες επιφάνειες των έξι άνω στην σωστή κατακόρυφη διάσταση.

Το δεύτερο χαρακτηριστικό είναι η ανεμπόδιστη κίνηση, το ανεμπόδιστο γλιστρήμα των κάτω στις υπερώιες επιφάνειες των άνω κατά την προολίσθηση και πλαγιολίσθηση. Η κίνηση αυτή, που ορίζει την πρόσθια τροχιά κίνησης της γνάθου, δεν αντιγράφει και δεν επιβάλλεται στην τροχιά του κονδύλου επί τού επικλινούς επιπέδου του αρθρικού φύματος.

Η κονδυλική τροχιά αφορά το περίγραμμα κίνησης του συμπλέγματος κονδύλου-δίσκου και καθορίζεται από την ανατομία της περιοχής, η δε πρόσθια τροχιά ελέγχεται από το μήκος, το σχήμα, την κλίση των προσθίων δοντιών άνω και κάτω. Το μόνο κοινό σημείο που έχουν οι δύο τροχιές είναι το αρχικό σημείο εκκίνησης που είναι η κεντρική σχέση.

Με τα λίγα αυτά ίσως καταδείχθηκε η σημασία του πρόσθιου

- **Λέξεις κλειδιά (Key words):**
σύγκλειση, πρόσθιος οδηγός,
οπίσθιος οδηγός,
occlusion, anterior guidance,
posterior guidance.

οδηγού και έτοι, όταν αυτός λειτουργεί σωστά, θα πρέπει να διαφυλάττεται και να αντιγράφεται, άλλως θα πρέπει να τροποποιείται ή να δημιουργείται με το διαγνωστικό κέρωμα.

Τώρα, εάν φανταστούμε ότι στον ανεστραμμένο τρίποδα, που προσαναφέραμε, υπάρχουν πίσω δόντια, τότε προκύπτει και ένα τρίτο χαρακτηριστικό της σωστής πρόσθιας καθοδήγησης. Είναι η αποσύγκλειση των πίσω δοντιών κατά την προολισθηση και η αποσύγκλειση των δοντιών της μη εργαζόμενης πλευράς.

Για να συμβούν όμως αυτά τα τελευταία, εκτός από τον πρόσθιο οδηγό, λόγο έχουν και άλλοι τρεις παράγοντες. Αυτοί είναι:

Η κλίση της κονδυλικής τροχιάς, που, στην περίπτωση μικρής πρόσθιας κλίσης ή αποσύγκλεισης στην μη εργαζόμενη, πραγματοποιείται από το κατέβασμα του μη εργαζόμενου κονδύλου.

Η κλίση των φυμάτων των οπισθίων, που δεν θα πρέπει σε καμία περίπτωση να είναι μεγαλύτερη από την κλίση της υπερώιας επιφάνειας του κυνόδοντα και, τέλος, ο **προσανατολισμός του μασητικού επιπέδου με τις καμπύλες του Spee και Wilson** και έτοι μπαίνουμε στην ανάλυση της οπισθιας καθοδήγησης.

Το πρώτο στοιχείο που ελέγχουμε είναι οι επαφές των πίσω δοντιών στην κεντρική και στις λειτουργικές διαδρομές της γνάθου και εάν αυτές οι συγκλειστικές σχέσεις βρίσκονται σε αρμονία με τη λειτουργία του πρόσθιου οδηγού.

Όταν η λειτουργία του πρόσθιου οδηγού είναι αδύνατη (2η τάξη με μεγάλη οριζόντια πρόταξη, 3η τάξη, περιπτώσεις κοπτική με κοπτική, πρόσθια χασμοδοντία), τότε ελέγχουμε τη σωστή κατανομή (μηχανικά – ανατομικά) των επαφών στα πίσω, στις λειτουργικές διαδρομές και σε αρμονία με την κονδυλική τροχιά της οποίας την κλίση θα πρέπει να καταγράψουμε.

Άλλο στοιχείο, που ελέγχουμε, είναι οι καμπύλες του Spee και Wilson, που αφορούν τον προσανατολισμό του μασητικού επιπέδου. Οι καμπύλες αυτές, σύμφωνα με τη σφαιρική θεωρία του Monson, ανήκουν σε σφαιρά ακτίνας 10,4 εκ. και κέντρο το μεσόφρυνο σημείο. Πρακτικά, στην κλινική πράξη, πρέπει να γνωρίζουμε ότι η καμπύλη του Spee προσανατολίζει το μασητική επίπεδο προσθιο-οπισθια. Υψηλή καμπύλη δημιουργεί παρεμβολές των οπισθιών δοντιών στην προολισθηση, χαμηλή καμπύλη δημιουργεί αισθητικά προβλήματα.

Η καμπύλη του Wilson είναι αποτέλεσμα της γλωσσικής κλίσης των κάτω δοντιών και της παρεια-

κής των άνω. Η κλίση αυτή, κλινικά, επιβάλλει τα γλωσσικά φύματα των κάτω να είναι χαμηλότερα των παρειακών. Αυτό κατευθύνει την πλαγιολισθηση στην εργαζόμενη πλευρά χωρίς παρεμβολές των γλωσσικών φυμάτων της κάτω.

Κλείνοντας αυτή την μικρή αναφορά, θα ήθελα να τονίσω ότι η λειτουργική ανάλυση της πρόσθιας και οπισθιας καθοδήγησης, αλλά και γενικώς της σύγκλεισης, δεν είναι εργασία ρουτίνας. Θα πραγματοποιηθεί όταν υπάρχει αποδιοργάνωση του στοματογναθικού συστήματος, με απώλεια βασικών στοιχείων της σύγκλεισης (κάθετη διάσταση, μασητικό επίπεδο, ασυμμετρία κεντρικής σχέσης, μέγιστη συναρμογή), εγκαταστημένη δυσλειτουργία, περιοδοντική νόσο ή όταν υπάρχει ανάγκη αλλαγής του συγκλεισιακού σχήματος.

Τότε, απαιτούνται δύο εκμαγεία της αρχικής κατάστασης, καταγραφή της κεντρικής σχέσης στη σωστή κάθετη διάσταση, καταγραφή του οριζόντιου άξονα περιστροφής της γνάθου και χρήση ενός ημιπροσαρμοζόμενου αρθρωτήρα, πάνω στον οποίο θα γίνουν η λειτουργική διαγνωστική ανάλυση και κατόπιν το διαγνωστικό κέρωμα.

SUMMARY

Anterior and posterior guidance in occlusion.

A summary discussion.

Achilleas Katsoupas

Odontostomatologic News, Vol. 2, No 4-6.

Anterior guidance in occlusion is necessary because it controls the aesthetics and function of the anterior teeth and serves to protect the posterior teeth. The posterior guidance of occlusion is essential for maintaining the vertical dimension of the face.

ΕΠΙΛΟΓΗ ΑΠΟ ΤΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Π. Γαρέφης «Ακίνητη Προσθετική», Θεσσαλονίκη 1986.
2. Τ. Θεοδώρου «Οι οδοντικές επαφές σε σχέση με τη σύγκλειση», Θεσσαλονίκη 1977.
3. Γ. Π. Λομβαρδάς Σύγκλειση και Ορθοδοντική, Αθήνα 1995.

Ο «Οδοντιάτρος» της οδού Αθηνάς.

Μπαρμπή Βοζαλή
Συνταξιούχου Οδοντιάτρου

Όταν σπούδαζα την οδοντιατρική επιστήμη “εν τω Αθήνησι Εθνικώ και Καποδιστριακώ Πανεπιστημίῳ”, οι οδοντίατροι σπάνιζαν. Μη κοιτάτε που σήμερα τα πράγματα άλλαξαν ριζικά και σε κάθε πολυκατοϊκία υπάρχουν τουλάχιστον δύο οδοντίατροι. Στη δεκαετία του '40 και του '50, για να επισκεφθείς επιστήμονα οδοντίατρο και μάλιστα πανεπι-

στηματικό, πέρα από τα πολλά χρήματα που έπρεπε να διαθέτεις, θα έπρεπε να έχεις και γερό μέσον για να κλείσεις σύντομα ραντεβού. Ο πολύς κόσμος ή, με άλλα λόγια, η φτωχολογιά μας δεν επισκεπτόταν οδοντίατρο.

Κάτω απ’ αυτές τις συνθήκες οδοντιατρικής φροντίδας του πληθυσμού σπούδαζα στο Οδοντιατρικό Σχολείο και έπρεπε να εξασφαλίσω έναν ορισμένο αριθμό οδόντων προς εξαγωγή, για την πρακτική μου άσκηση στο εργαστήριο της Εξακτικής. Σκέφτηκα πως αν πήγαινα στην οδό Αθηνάς, όπου κάθε πρωί μαζευόταν αρκετός κόσμος και όπου κάθε πρωί λειτουργούσε ένα ιδιότυπο είδος παζαριού, θα μπορούσα να εξασφαλίσω



Πλανόδια οδοντιατρική,
17ος αιώνας.

αρκετή πελατεία. Έτσι κι έκανα. Άρχισα να πιάνω κουβέντα με διάφορους κυρίους, συνήθως εργάτες και μεροκαματιάρηδες, που είχαν ανάγκη εξαγωγών και οδοντιατρικής φροντίδας. Κατ’ αυτό τον τρόπο εξασφάλιζα το ανθρώπινο δυναμικό για τη πρακτική μου άσκηση. Βοηθούσε ιδιαίτερα το γεγονός ότι η οδός Χαλκοκονδύλη, όπου βρισκόταν το Οδοντιατρικό Σχολείο, ήταν πολύ κοντά στην οδό Αθηνάς.

Κάποια μέρα, εκεί, στην οδό Αθηνάς, γνώρισα και τον πλανόδιο “οδοντίατρο” της ιστορίας μας, που ερχόταν τακτικά για να εξασφαλίσει το μεροκάματό του. Όταν το ανέφερα στο καθηγητή μου Παπαντωνίου, εκείνος μού συνέστησε να πάρω μαζί μου και το βοηθό του Μήτρο Σπυρόπουλο και, αφού καταγράψουμε την συμπεριφορά του πλανόδιου “συνάδελφου”, να τού αναφέρουμε κάθε του ενέργεια με λεπτομέρεια.

Έτσι κι έγινε. Κάποια μέρα, μαζί με τον Μήτρο Σπυρόπουλο, πήγαμε, πρωί-πρωί, στην οδό Αθηνάς και στηθήκαμε στη διασταύρωση Αθηνάς και Σοφοκλέους, περιμένοντας τον πλανόδιο “συνάδελφό” μας. Δεν άργησε να έρθει. Μού χαμογέλασε με εμπιστοσύνη γιατί γνωρί-

ζόμασταν πια. "Κάτοε", λέω τού Μήτρου, "μη μιλάς καθόλου και σε περάσει για χωροφύλακα και σηκωθεί και φύγει.". Τσιμουδιά ο Σπυρόπουλος. Ο πλανόδιος "συνάδελφος" δανείστηκε, όπως συνήθιζε, από το γνωστό του γωνιακό καφενείο μια καρέκλα κι ένα τραπέζι και έβγαλε από τη τοάντα του τα σύνεργα. Μια μικρή τανάλια σε μέγεθος όσο η χούφτα του, ένα πακέτο βαμβάκι και μερικά φακελάκια από τη θαυματουργό σκόνη, εγκεκριμένη, όπως μάς έλεγε, από το Ανώτατο Υγειονομικό Συμβούλιο του κράτους. Τα αράδιασε όλα πάνω στο τραπέζι. Διέθετε ακόμη και ένα ποτήρι νερό, που τού έφερε πρόθυμα το γκαρσόνι και ο "οδοντίατρος" υποσχέθηκε πως θα παραγγείλει αργότερα τον καφέ. Τώρα αρχίζει τη δουλειά. Μιλάει μ' εκπληκτική ευφράδεια και με μια παράξενη επιβολή.

Να, πώς τον περιγράψαμε, μετά, εγώ και ο Μήτρος στον κ. Καθηγητή: Άνθρωπος απροσδιόριστης ηλικίας. Ντύσιμο και ύφος αξιοπρεπές. Καθαρό άσπρο πουκάμισο, αλλά με μανταρισμένο το γιακά, ένα παμπάλαιο παπιγιόν κάπως μετέωρο, παλτό καφετί "ψαροκόκαλο", αρκετά μακρύ, σχεδόν μέχρι τον αστράγαλο και περασμένης μόδας. Φορούσε και μια ξεθωριασμένη ρεπούμπλικα.

Σιγά-σιγά, άρχισε να πληθαίνει γύρω του το ακροατήριο απ' τους περαστικούς περιέργους. Στην αρχή οι πρώτοι ήρθαν χασκογελώντας, περισσότερο για να σπάσουν πλάκα. Γρήγορα όμως σοβαρεύονται και καθηλώνονται. Κι εκείνος όλο ρητορεύει και χειρονομεί μ' έξαρση. Στέκεται πάνω στο πεζοδρόμιο κι εμείς κάτω στο δρόμο, για να μάς βλέπει όλους στα μάτια, μα και για νά 'χει το νου του μπας και ξεφυτρώσει κανένας μπάτσος.

Λέει... "Κώστας Χρονόπουλος. Έχω γυρίσει όλη την Ελλάδα. Ακόμη και στο παζάρι του φίλου μου, τού Λαρισαίου παραβρέθηκα και έδειξε εμένα. Ρωτήστε παντού όπου πήγα, στη Θεσσαλία, στη Μακεδονία, στην Κρήτη, να σάς πουν τί θαύματα έχω κάνει εγώ, ο Κώστας Χρονόπουλος... Δεν είμαι απατεών, κύριοι... Δεν παίρνω λεφτά... Δε θέλω να αποκτήσω περιουσία από την επιστήμη. Είμαι ο Κώστας Χρονόπουλος. Με βλέπετε. Ξέρω τον πόνο σας. Ξέρω τη φτωχεία σας. Ξέρω πως είσαστε άνεργοι. Κι όταν δουλεύουμε, κύριοι, σκοτωνόμαστε από το πρωί ως το βράδυ και δεν έχουμε στον ήλιο μοίρα. Τί να ζητήσω από σάς, μα κι εσείς τί να ζητήσετε από μένα. Είμαι ο Κώστας Χρονόπουλος. Κι ένα μπορώ να σάς προσφέρω, την υγεία σας... Μάλιστα... Πρέπει νά 'μαστε γεροί, πάνω απ' όλα, για να τα βγάλουμε πέρα, ότι και να γίνει... Και το πρώτο που έχουμε να κάνουμε και

να φροντίσουμε δεν είναι η καρδιά, δεν είναι τα νεύρα, δεν είναι οι πνεύμονες, δεν είναι τα μάτια, το συκώτι, τα νεφρά... είναι τα δόντια μας. Ναι, κύριοι, τα δόντια... Εγώ σάς το λέω, ο Κώστας Χρονόπουλος. Έχω τρία διπλώματα. Πασίγνωστος σ' όλη την Αθήνα, την Θεσσαλία, την Μακεδονία, σ' όλους τους μεγάλους δρόμους. Ρωτήστε και θα σάς πουν τί θαύματα έχω κάνει. Ποτέ δεν φιλοδόξησα ν' ανοίξω οδοντιατρείο, γιατί, αν άνοιγα, θα είχα πολλά έξοδα... Νοικία, νοσοκόμα, διαφήμιση, φόρους. Κι όταν υπάρχουν τόσα έξοδα, είμαι υποχρεωμένος να παίρνω χρήματα από την πελατεία μου. Ένα δικό σας μεροκάματο για να σάς βγάλω ένα δόντι. Ποιος από εσάς τού περισσεύει να δώσει ένα μεροκάματό του για ένα σάπιο δόντι; Κανείς... Και όμως, έχετε σάπια δόντια! Δεν έχετε; Έχετε. Είναι γεμάτο το στόμα σας με σάπια δόντια. Και δεν τα βγάζετε γιατί δεν μπορείτε να πληρώσετε. Δεν σάς περισσεύει ούτε μια δραχμή για τα δόντια σας. Το βλέπω, πεινάτε... Και το ένα σάπιο δόντι σαπίζει και το διπλανό, το γερό... κι έτοι σαπίζουν όλα τα δόντια. Πώς, λοιπόν, κύριοι ν' ανοίξω οδοντιατρείο; Και για ποιους; Για όσους τα έχουν και τους περισσεύουν; Κι εγώ είμαι επιστήμων, σπουδασα. Δεν μπορώ ν' αφήσω τόσους και τόσους σαν και σας, με σάπια δόντια. ΟΧΙ. Χίλιες φορές πλανόδιος οδοντογιατρός... Κι έχω στην Ελλάδα την μεγαλύτερη πελατεία. Αμέτρητους αγρότες. Αμέτρητους εργάτες... Και γυρολόγους... Και φουκαράδες... Όλο τον φτωχόκοσμο. Εγώ. Ο Κώστας Χρονόπουλος! Ακούστε με, κύριοι. Τα δόντια είναι το παν. Τα δόντια είναι η μηχανή του ανθρώπου... Κινούν την ψυχή! Και το γέλιο! Και τη ζωή! Κι όμως, αυτά τα δόντια, όταν σαπίσουν, γίνονται φωλιές με δισεκατομμύρια μικρόβια... Ζυμώνουν με φαρμάκι το ψωμί μας... Καταστρέφουν το στομάχι, μολύνουν το αίμα, σπάνε τα νεύρα, κομματιάζουν τα σωθικά μας, εξοντώνουν τον οργανισμό, μάς τρελαίνουν. Ούτε να σκεφτούμε μπορούμε, ούτε να δουλέψουμε, ούτε να χαρούμε. Μάς κόβουν κάθε καλή διάθεση. Και το χειρότερο, μάς γερνάνε, μάς μαραίνουν τα νιάτα, την ομορφιά. Κοιταχτείτε! Κοιταχτείτε στα μάτια τού αντικρινού σας. Έχετε χρόνια μπροστά σας. Πολλοί από σάς είσαστε ακόμα παλικάρια. Και φαίνεστε σαν γέροι. Μαραθήκατε. Το στόμα σας τσάκισε σαν λουλούδι που το έκαψε η χειμωνιά, που το ποδοπάτησαν στη λάσπη... Θέλετε να μιλήσετε και τα λόγια βγαίνουν κούφια, όπως τα κούφια δόντια... Θέλετε να αγκαλιάσετε την γυναίκα που αγαπάτε, να φιλήσετε τη μάνα σας, τα παιδιά σας, την γυναίκα σας και τρέμετε μην σάς απωθήσουν και στρέψουν αλλού το πρόσωπό τους. Όλη σας

την αγάπη την πνίγει μια μπόχα. Καμιά χαρά, καμιά ομορφιά δεν σάς άφησαν τα σάπια δόντια... Εγώ σάς το λέω, ο Κώστας Χρονόπουλος...

Έχω κάνει θαύματα σ' όλη την Αθήνα, την Θεσσαλία, την Μακεδονία. Ρωτήστε και θα σάς το πουν. Δεν λέω παραμύθια. Θα το δείτε και σεις τώρα. Έλα εδώ, άνθρωπε μου... Ναι, εσύ (και δείχνει ένα γεροντάκο που στεκόταν και χάζευε δίπλα από εμάς)... Πόσα χαλασμένα δόντια έχεις; Ένα... καλά, κάτσε στην καρέκλα! Μη φοβάσαι. Άνοιξε το στόμα σου... Λοιπόν, έχεις τρία σάπια δόντια... Δεν είναι δυνατόν να θεραπευτούν... Πρέπει να βγουν γιατί θα χαλάσουν και τα άλλα. Τα βλέπετε και εσείς κύριοι (κι έδειξε εμένα και τον Σπυρόπουλο). Θέλουν πέταμα το γρηγορότερο... Κάτσε, φίλε μου. Δεν θα πονέσεις, δεν θα πληρώσεις. Έχω εδώ, μια θαυματουργή σκόνη... Εγώ την έφτιαξα, ο Κώστας Χρονόπουλος. Είναι δική μου εφεύρεση, εγκεκριμένη από το Ανώτατο Υγειονομικό Συμβούλιο του κράτους, χωρίς να βάλω μέσον, χωρίς να λαδώσω κανέναν... Εγκρίθηκε με την αξία της. Προσέχετε, τώρα, κύριοι. Παιρνω λίγο βαμβάκι, το ακουμπάω μόλις στη θαυματουργή μου σκόνη και



τρίβω τα ούλα του κυρίου... Έτσι... Δεν χρειάζεται περισσότερο. Τώρα θα βγουν αμέσως και τα τρία δόντια με το χέρι μου (στο μεταξύ είχε χουφτώσει την μικρή του οδοντάγρα), χωρίς να το καταλάβει ο φίλος μας, χωρίς να στάξει ούτε σταγόνα αίμα! Μην κουνιέσαι. Ωραία... Στάσου λίγο ακόμα... Τελειώνουμε... Τελειώσαμε. Αυτό ήταν. Φτύσε τώρα. Πόνεσες καθόλου; Μα δεν στο είπα!! Και προσέχτε. Ούτε σταγόνα αίμα. Ορίστε τα τρία σάπια δόντια.. Τρεις φωλιές με δηλητήριο. Γεμάτες πύον οι ρίζες. Ήταν ο χαμός σου και γλίτωσες. Σε γλίτωσε η θαυματουργή μου σκόνη. Σήκω. Ευχαριστώ. Δεν θέλω χρήματα. Δύο δραχμές μόνο, για τη θαυματουργή μου σκόνη, όσο κοστίζει ο καφές... Θα βάζεις λίγη σκόνη κάθε πρωί σ' ένα βαμβάκι και θα τρίβεις τα ούλα σου. Ύστερα, θα ζεπλένεις το στόμα σου με νερό (πήραμε κι εμείς με το Σπυρόπουλο από ένα φακελάκι, να το δείξουμε στον Παπαντωνίου, τον καθηγητή μας). Δεν θα σου πονέσει ποτέ κανένα δόντι φίλε μου. Ευχαριστώ... Ούτε βιορτσάκια, κύριοι, ούτε οδοντόκρεμες. Όλα αυτά είναι εφεύρεση του μεγάλου εμπορίου της Κολυνός και του μεγιστάνα Λαμπρόπουλου... Η δική μου θαυματουργή σκόνη έχει μόνο δύο δραχμούλες, ίσα-ίσα για να ζω και να μπορώ να βγάζω όλα τα σάπια δόντια της φτωχολογιάς. Είμαι ο Κώστας Χρονόπουλος. Πασίγνωστος σ' όλους τους μεγάλους δρόμους. Ορίστε και ο κύριος από εδώ, είναι φοιτητής της οδοντιατρικής και ήρθε να με ακούσει. Γιατί δεν έχω οδοντιατρείο, σάς το εξήγγησα. Το ότι δεν έχω ταμπέλα, τηλέφωνα, κάρτες, τίτλους δόκτορος και τίτλους ακαδημαϊκούς δε μοιάζει. Έχω την μεγαλύτερη και την καλύτερη πελατεία στην Ελλάδα. Κι αυτό μού φτάνει.

Ποιος άλλος κύριοι έχει σάπια δόντια για βγάλσιμο; Ανοίχτε το στόμα σας να δω. Εσύ! Εσύ! Και συ, γέρο. Κι εσύ, λεβεντόπαιδο... Κι εσύ, κυρία μου... Άλλοιμονο, έχετε όλοι σάπια δόντια. Κι όχι ένα και δυο. Μην σπρώχνεστε. Πάρτε σειρά να προφτάσουμε. Κάτσε εσύ, άνθρωπε μου. Εσένα είναι σάπια τα περισσότερα δόντια σου. Θα έχεις υποφέρει πολύ στη ζωή σου. Όλοι θα έχετε υποφέρει. Ποιος σάς μάρανε έτσι το στόμα; Ποιος άφησε τα δόντια σας να χαλάσουν και τα ούλα σας να πληγιάσουν και να αιμοραγούν; Ποτέ δεν σας μίλησαν πως το στόμα είναι η ζωή; Μ' αυτό ανασάίνουμε, μ' αυτό τραγουδάμε... Ποτέ δεν σας είπαν πως τα δόντια σαπίζουν απ' τη φτώχια, την

Εξαγωγή από πλανόδιο οδοντιατρο. Maggiotto, 18ος αιώνας.

πείνα, την ανάγκη, το φόβο, την αμορφωσιά. Μέσα στα χαμόσπιτα σαπίζουν τα δόντια... Μέσα στα κουρέλια που φοράτε. Μέσα στα γιαπιά που δουλεύετε για ένα ξεροκόμματο. Μέσα στην αδικία. Είναι και τα βάσανα, οι αγωνίες που τα σαπίζουν. Είναι και το μίσος, η απελπισία, οι εξευτελισμοί, τα πεθαμένα όνειρα. Με σάπια δόντια χάθηκε ο πατέρας σας και ο πατέρας τού πατέρα σας, όλοι οι πρόγονοι σας, αιώνες τώρα. Δεν γελάτε πια... Δεν φωνάζετε... Σιχαίνεστε ως και τα χνώτα σας... Όχι αδέρφια μου. Πρέπει να βγάλετε τα σάπια δόντια. Και να μάθετε στα παιδιά σας να κρατήσουν γερά τα δόντια τους ως το τέλος. Να χαμογελούν τα παιδιά κι όλα τα αστέρια του ουρανού να φέγγουν μέσα στο στόμα τους.

Εδώ, όμως, ο πλανόδιος “συνάδελφος” σταματάει απότομα. Το μάτι του κατέγραψε έναν αστυνομικό με στολή να πλησιάζει με γρήγορο βήμα. Αρπάζει, λοιπόν, ο “οδοντίατρος” την τσάντα του και ρίχνει γρήγορα μέσα τα θαυματουργά φακελάκια κι όλα του τα σύνεργα. Όλοι μας, όμως, κυκλώσαμε τον πλανόδιο “θεραπευτή” και εκείνος βρήκε την ευκαιρία να ξεγλιστρήσει ανάμεσα στο πλήθος του κόσμου τής οδού Αθηνάς.

Ο χωροφύλακας, πλησιάζοντάς με, ρώτησε εάν έπαιζαν τον “παπά”. Τού απάντησα πως είχαμε μια σύντομη “επιστημονική” συνεδρία και τού έδειξα την φοιτητική μου ταυτότητα. Ο χωροφύλακας κατάλαβε πως επρόκειτο για τον πλανόδιο “οδοντίατρο” και, απευθυνόμενος με σοβαρό ύφος, με ρώτησε εάν ήξερα πως ο “συνάδελφός” μου ήταν παράνομος. Τού απάντησα πως μπορεί ο πλανόδιος “οδοντίατρος” να είναι τσαρλατάνος και η σκόνη του να μην έχει επιστημονική αξία, αλλά πως είναι απόλαυση να τον παρακολουθεί κανείς. Τότε συμφώνησε μαζί μου και ο θεματοφύλακας του νόμου και μού υποσχέθηκε πως, με την πρώτη ευκαιρία, όταν δεν θα είχε υπηρεσία, θα ερχόταν να τον παρακολουθήσει και εκείνος.

Γυρίζοντας στο Πανεπιστήμιο, διηγηθήκαμε στο Καθηγητή Παπαντωνίου όλη την ιστορία και εκείνος με προέτρεψε, τότε, να καταγράψω, με κάθε λεπτομέρεια, όλο το περιστατικό και να τού παραδώσω όντας αντίγραφο. Μάταια, όμως, περίμενε ο αείμνηστος και καλός μου καθηγητής. Οι διάφορες άλλες υποχρεώσεις της ζωής δεν μού το επέτρεψαν τότε. Ξεφυλλίζοντας, όμως, τις παλιές μου σημειώσεις, θυμήθηκα τον πλανόδιο “συνάδελφο” και σκέφτηκα, έστω και αργά, να μεταφέρω την ιστορία στους νεότερους οδοντογιατρούς για να γνωρίσουν και μια άλλη πλευρά άσκησης της οδοντιατρικής που συναντούσε κανείς στην Ελλάδα, πενήντα και εξήντα χρόνια πριν.

SUMMARY

The “Dentist” of Athinas Street.

Barmpis Vozalis

Odontostomatologic News, Vol. 2, No 4-6.

This is a narrative of an actual situation experienced by the writer, Dr Barmpis Vozalis, during the early fifties in Athens, Greece. The author describes how people's market dentistry was practiced illegally and thankfully rarely, during the fifth decade of the 20th century in Greece.