

נאום הנשיא: כישרון או מקצוע? //

ד"ר ברנרד דהן

כלל שני: תנועתיות.

אחת הטעויות הנפוצות של נואמים טריים, היא עודף תנועתיות, שעלול לגרום לאובדן הקשר והקשב. הדבר מבטא חוסר ביטחון. יש לזכור כי התנועה היא שפה, ותנועות מיותרות עלולות לשבש את ריכוז הקהל ומתפרשות כחוסר שליטה. על כן, יש להפחית את התנועות למינימום, ולהעדיף תנועות ראש וחופש מתמיד אחרי מבט אחד הצופים תוך כדי הליכה אל הקהל.

כלל שלישי: דינמיות הנאום הינה הכרחית ותלויה במספר אלמנטים:

- צליל הקול, הינו נתון גנטי מולד שלא ניתן לשנותו ובעל משמעות רבה ב"אנגריה" ובתחושה שהוא מקרין אל המאזין (לא פעם שומעים את ההערה: "יש לו קול מעצבן או לחילופין, איזה קול נעים!").
- טון הדיבור, כמו במוזיקה, ניתן לשינויים והדגשות הנעשות על פי חשיבות התוכן. בזכות גמישות הקול ויכולת שינוי הטונים, הופכים נאום מונוטוני, משעמם, ונטול רגשות לנאום סוער ורגיש. טונים נמוכים הינם דרמטיים יותר ובעלי משקל כמו במוזיקה, לעומת טונים גבוהים, צעקניים שבדרך כלל מתקבלים כבעלי ערך נמוך יותר.

- קצב הדיבור, הטעות הנפוצה היא לנסות להגביר את הקצב כדי להספיק, כמו מרצה שלא עומד בלוח הזמנים ואינו מצליח להראות את כל השקופיות, מאחר לקראת הסוף, מדבר מהר ולרוב מאבד את ריכוז הצופים ומפספס את המטרה.
- קצב איטי יעביר מסר של שליטה וביטחון מאשר קצב דיבור מהיר. אין להסס ליזום הפסקות, ברצף הדיבור, הן מאפשרות זמן לחשיבה. השקט היזום הינו מכריע, מעלה את המתח ומגביר את העניין בקהל.

- יש לשנות את עוצמת הקול עם דגש על מילים בעלות משמעות וחזרה בהמשך לרגיעה ואינטימיות.
- דינמיות בנאום תתאפשר על ידי שינויים המתרחשים בטון הדיבור, בקצב, בעוצמה ובמנגינה, דבר שישמור על ערנות הקהל ויהפוך את הנאום למרתק.

הופעתם של המתמודדים לנשיאות ארצות הברית על הבמות השונות ותהליך הבחירות שבפתח בישראל, מזכירים לי שוב את חשיבותו והשפעתו של כושר הדיבור ויכולתה של שפת הגוף בבחירת מנהיג.

השאלה שתמיד עולה, היא: "האם מדובר בכישרון המבוסס על מבנה אישיות מולד, או בתהליך למידה נרכש? אבל לפני שנתמקד בשאלה, נעבור מעט על האיפיונים המכריעים הופעה ציבורית מוצלחת.

עמוד השדרה להצלחת נאום הינו יכולת הנאום לשמור על ערנות הקהל שבפניו הוא מופיע.

אחד המכשולים הבולטים הינו אובדן הקשר עם הקהל כתוצאה משעמם. הפרזנטורים המוצלחים יכבדו מספר כללים:

כלל ראשון: יצירת קשר עם הקהל שניתן להשיגו ע"י **קשר עין**, כלומר, הנאום יחפש תמיד בקהל זוג עיניים שאליו הוא מכוון את דבריו, ומידי פעם ידאג להעביר את מבטו לצופה אחר, כך שבאותו הרגע, תחושת הצופה תהיה דומה לשיחה אישית בינו לבין המרצה. (אין גרוע יותר מנאום הקורא את דבריו מתוך דף ללא התייחסות לקהל שאליו הוא מדבר וכאשר מבטו הולך לאיבוד). יש לזכור כי הקהל מורכב ממספר אנשים בודדים כאשר כול אחד מהם חייב להרגיש כי מדברים אליו ביחידות.

דבר נוסף חשוב ביצירת קשר, הוא יכולת המרצה לבצע **שבירת מחיצות**. כלומר, מידי פעם הנאום ידאג "לרדת מהבמה", לעזוב את התפקיד והמיקום שבהם הוא נמצא, להתקרב לקהל על ידי סיפור שאינו בהכרח קשור לנושא ההרצאה וזאת במטרה "לשבור את הקרח" בינו לבין הקהל.

הדבר יכול להעשות על ידי סיפור אישי רגשי או הומור (לפעמים בדיחה קצרה יכולה להשיג את המטרה).

חברת דנטל דפו-וול משרתת את קהל רופאי השיניים בכל אזורי הארץ ומספקת את צרכי העבודה בהתאם לצרכי השוק המשתנים.

לצפייה ולרכישת המוצרים באתר הכנסו:

www.wohl.co.il

דנטל דפו וול בע"מ
דרך השלום 9 נשר טל. 04-8205000

בצורה ברורה חדה, ללא היסוס, תוך כדי הפסקת תנועתיות מוחלטת, שמירה על קשר עין עם הקהל, ומבט מצד לצד כדי להגיע לכל אחד. סיכום הניאום לא פחות חשוב, וכמו קינוח, הוא הטעם הטוב שנשאר בזיכרון הצופים. יש להדגיש שוב את הסיכום על ידי פנייה אל כל הצופים תוך כדי חיפוש אחר כל אחד ואחד. דבריי הסיים יהיו עוצמתיים ויסכמו את המסר שאמור לעבור תוך צפייה לעתיד, והסתכלות רחבת אופקים.

השאלה הנשאלת: האם נאום צעיר יוכל לשנות התנהגויות, ללמוד וליישם את העקרונות שהוצגו? דעתי היא שכן, אבל, ברי המזל ובעלי כישרון מולד לנאום, עם כושר דיבור טבעי וכריזמה, מוציאים את עצמם יום אחד, מנהיגים (בתחומים שונים, כלכלה עסקים, פוליטיקה, אקדמיה...). האחרים יצטרכו לעבוד קשה, לעבוד על עצמם, לתרגל, להתאמן, לעטוף את עצמם ביועצים מומחים לתקשורת, אך הדבר אפשרי.

שינוי תדמית יכול להתרחש, אבל, מהפך קיצוני, תמיד בסופו של דבר, מתגלה כחסר אוטנטיות ומזויף. לכן אימון, שיפור ושינוי כן אך מהפך לא תמיד. אחד החברים שלי תמיד אוהב להזכיר כי "לא ניתן להפוך עגל לאריה". אבל מי אמר שהחיים צודקים?

כלל רביעי: התוכן, כלומר, המסר אמור להיות העיקר, אך לא תמיד נשמע כך, בגלל הזנחה בכללים הקודמים. לעיתים, אנו פוגשים מרצים מעולים וכריזמטיים המגישים חומר דל תוכן אבל מצליחים לרתק את הקהל, לעומת פרזנטורים אחרים עם נושא מרתק "על הנייר" אך מוגש בצורה משעממת המקשה על שמירת ערנות ועניין.

כמו בהרצאה, בכתיבת מאמר, וגם בגאוס, מספר חוקים: חשיבות הפתיח. הוא מתריע ומידע מה צפוי להיות בדקות הקרובות (מעניין או משעמם), דבר המזכיר את "שישים השניות הראשונות" במפגש בין שני אנשים.

התוכן עצמו יודגש בכמה משפטים

Zimmer Regenerative Products

ZIMMER

ד"ר ברנרד דהן | רפואת חניכיים והשתלות | By Dr. Bernard Dahan

ד"ר ברנרד דהן, ד"ר בנימין רצקין - מומחים למחלות חניכיים | ד"ר אן סופי אטל - מחלות חניכיים
ד"ר רפי רומנו - מומחה ליישור שיניים למבוגרים | ד"ר מארי כהן - יישור שיניים

טל' 04-8343333/2, 04-8348107, 04-8244991 פקס' 04-8244991 | e-mail: mpc@m-m-m.co.il | www.m-m-m.co.il

ד"ר ברנרד דהן | ד"ר בנימין רצקין | ד"ר רפי רומנו | ד"ר מארי כהן | ד"ר אן סופי אטל

This is
Our
Passion

MPC NEWS

גיליון מס' 24 | דצמבר 2012
MORIA PERIODONTAL CENTER

מקרה החודש

רכס מנדיבולארי אטרופי: פתרון שיקומי המשלב GBR וניווט בזמן אמת

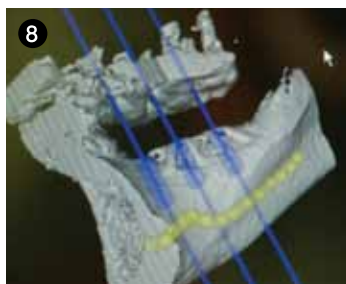
צוות המומחים במרפאה

מראש, תוך כדי התייחסות לאלמנטים האנטומיים החיוניים. (12,13,14,15) הניווט נעשה בעזרת "סד כירורגי וירטואלי" על ידי צפייה במסך המחשב ובזכות תקשורת משולשת בזמן אמת, בין המחשב, המטופל וידיו של הרופא. (16) כך מתאפשרת התקנת שתלים בצורה בטוחה למטופל, בטיחותית לרופא ולמקסם את פוטנציאל העצם.

סיכום

שילוב של טכניקות כירורגיות עדינות ומתקדמות יחד עם טכנולוגיה "עלית", עשוי להוות פתרון במקרים מורכבים.

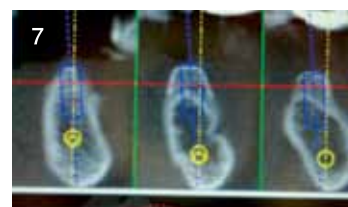
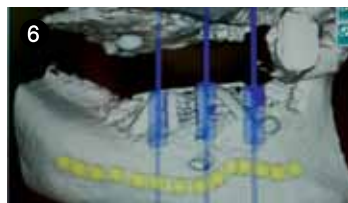
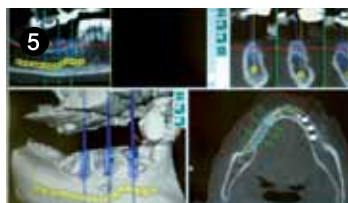
הוצאת הממברנה מוכיחה כי נבנתה רקמת עצם לכל דבר, אם כי עדיין לא הושלמו שלבי ההסתיידות. (9,10,11) בעזרת מכשיר הרובודנט ניווט בזמן אמת, מותקנים השתלים על פי התכנון שהוכן



מטופלת בשנות השבעים לחייה, מעוניינת בשיקום קבוע בלסת התחתונה, אך מביקורים קודמים אצל עמיתים, היא כבר מודעת למכשולים העומדים לפניה, בשל לסת תחתונה אטרופית (לפי צילומי ה-CT, ניתן להתרשם בצד הימני, בנפח עצם מופחת במימד האנכי). (1,2)

הועלו חלופות שונות לשיקום הרכס המנדיבולארי (השתלת עצם על ידי שימוש בבלוק עצם הלוגני/עצמי או טרנספוזיצית העצב המנדיבולארי), אך בחרנו בשיטת רגנרציה עצם מודרכת במימד הוורטיקלי, בעזרת ממברנה קשיחה, לא נספגת ומחוזקת טיטאניום.

יש להתייחס לנקודות הרגישות הידועות ב-GBR, אשר הינן שמירת נפח לבניית העצם, אי תזוזת הממברנה במהלך הריפוי, ושחרור הרקמות לצורך כיסוי מלא של הממברנה. לאחר ארבעה חודשים ללא סיבוכים, (3) מבוצעים צילומי CT חדשים לפני תכנון הניווט. התמונות מציגות בניית עצם, דבר שניתן היה לאשר במהלך התקנת השתלים (4). הדמיה תלת מימדית מראה כי התקנת שתלים באורך כ-10-13 מ"מ, הינה אפשרית. (5,6,7,8)

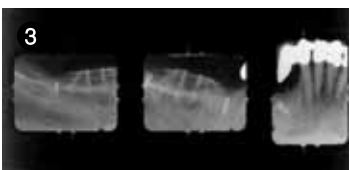
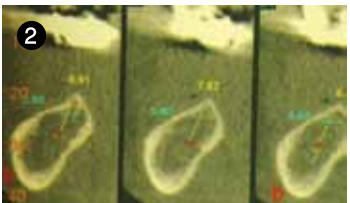
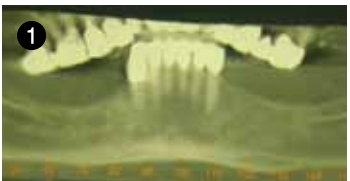


דבר העורך //

ד"ר בני רצקין

עונת בין החגים, שותפים ותיקים למקצוע טוענים כי התקופה שבין סוכות לפסח (אחרי החגים) היא עונת רפואת השיניים. בגיליון הפעם מומחש במקרה הקליני חוסר עצם ורטיקלי המוצא פתרון באמצעות GBR והתקנת שתלים מודרכת. שילוב המביא לתוצאות מוצלחות. ד"ר אן סופי אטל מעדכנת במספר מאמרים חשובים. ד"ר נלי שטיינבוך סוקרת את נושא ספיגת השורשים. ולסיום ד"ר דהן מציג פרק בנושא ניהול, נאום המלך או הנשיא - טכניקה והמלצה.

שתיה לכולנו תקופה פורייה. קריאה נעימה. לתגובות mpcc@m-m-m.co.il



קלסיפיקציה של שתלים צרים //

ד"ר בני רצקין

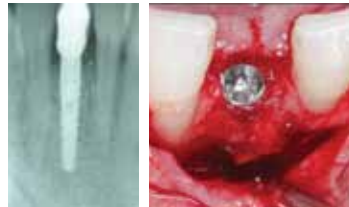
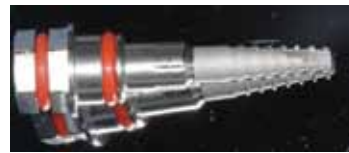
עם עליית השימוש בשתלים דנטליים, נוספו מצבים בהם אנו רוצים להתקין שתלים בתנאים ייחודיים, לדוגמה בהם רוחב הלסת הבוקו-לינגואלי או מזיו-דיסטלי אינם מאפשרים התקנת שתלים בעלי קוטר סטנדרטי, במצב זה מתבקש התקנת שתלים צרים יותר (עם/בלי תוספת השתלת עצם). בנוסף, שתלים צרים משמשים לעיגון בלוק עצם או לתמיכת הממברנות כמו גם לשימוש אורתודונטי. קלסיפיקציה המבחינה בסוגים שונים של שתלים צרים מוצעת כאן ומבוססת על מספר מאפיינים:

- מבנה השתל: אחד או 2 חלקים.
- שימוש:
- ברגי קיבוע/תמיכה לממברנות.
- שתלים אורתודונטיים.
- שתלים זמניים לעיגון תח"ל/תח"ק/ת"ש.
- שתלים קבועים לעיגון תח"ל/תח"ק/ת"ש.

• קוטר השתל: קטנים מ 3.2 מ"מ, קוטר המשושה הפנימי אינו סטנדרטי (2.5 מ"מ).
לסיכום: שימוש בשתלים צרים הינו הפתרון במקרים מורכבים שבהם שתלים סטנדרטיים אינם נותנים מענה.



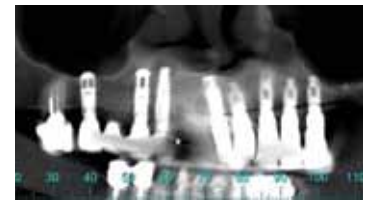
מרחק מזיו דיסטל מוגבל



מקרה חותכת תחתונה קידמית



שתלים צרים זמניים



מאמרים עדכניים מתחום הפריודונטיה //

ד"ר אן סופי אטל

Surgical microscope may enhance root coverage with subepithelial connective tissue graft: a randomized-controlled clinical trial

לצורך מחקר זה נבחרו 24 פציינטים עם bilateral miller's class I or II רצסיות החניכיים נבחרו באופן אקראי לקבלת טיפול ב-SCTG עם או בלי שימוש במיקרוסקופ (טכניקת מיקרוכירורגיה פריודונטלית שהוצגה ע"י Tibbetts and Shanellec). הפרמטרים הקליניים שהוערכו: העומק והרוחב של הרצסיה, הרוחב והעובי של keratinized tissue וכן CAL. החוקרים השתמשו ב-wilcoxon test כדי לזהות הבדלים בין שתי הקבוצות, וב-friedman test כדי לזהות הבדלים בתוך הקבוצות עצמן.

תוצאות: לאחר 12 חודשים ממוצע האחוזים של כיסוי השורש היה 98% בקבוצה שטופלה במיקרוכירורגיה ו-88.3% בקבוצה השנייה. כיסוי מלא של הנסיגה הושג ב-87.5% ו-58.3% מהשיניים שטופלו בהתאמה. **מסקנה:** שתי הגישות שהשושו במחקר מאפשרות השגת כיסוי השורש, אולם השימוש במיקרוכירורגיה מאפשר תוצאות קליניות טובות יותר בטיפול ברצסיות.

Maxillary anterior papilla display during smiling: a clinical study of the interdental smile line

רופא השיניים המטפל נבחן לרוב על פי השגת התוצאות האסתטיות בקווי החיך. אבחנה מדויקת חשובה לבניית תכנית טיפול והצלחתו.

מחקר זה מראה כי בקבוצה של 420 פציינטים הנוכחות הוויזואלית של הפפילה האינטרדנטלית בזמן חיך היא ב-91% מהזמן. אבחנה זו משמעותית ויש להתייחס אליה בחיפוש אחר תוצאות מירביות.

חוקרים הגדירו סדד הנקרא ISL: interdental smile line. למסד זה שני ערכים: HISL (נוכחות של חלק כלשהו של הפפילה האינטרדנטלית בין החותכות העליונות הקדמיות בזמן חיך), LISL (ללא נוכחות כזו).

מתברר כי ה-ISL הינו פרמטר אסתטי חשוב והופך לחלק בלתי נפרד בהערכה של קו החיך של המטופל.

עולם הפריודונטיה מתפתח. עלינו להשתמש בכל הטכניקות העומדות לרשותנו כדי לבנות תכנית טיפול מתאימה וכדי להגיע לאיזון העדין בין היכולות הרפואיות לבין ציפיות המטופלים.

תחום הפריודונטיה מתקדם במהרה ובמקביל התרחב מגוון הטכניקות המיוחדות. העקרונות הבסיסיים אינם משתנים ועדיין רלוונטיים: שליטה בדלקת, התחשבות בקרישת הדם ובמפל ריפוי הפצעים וחשיבות התחזוקה הפריודונטלית. אולם, מול הדרישה לאסתטיקה, גוברים האתגרים העומדים בפני הקלינאים.

שלושה מאמרים בספרות המקצועית, האירו את תשומת ליב:

חשיבות הממברנה ב-socket site preservation יחד עם Bovine Bone Mineral : הערכה היסטומורפומטרית. Perelman-karmon & coll. Int J Periodontics Restorative Dent 2012; 32: 459-465. השימוש במיקרוסקופ כחלק ממגוון של הטכניקות הקיימות ויתרון השימוש במיקרוכירורגיה להשגת יתרונות קליניים בטיפול ברצסיות: מחקר קליני אקראי. Bittencourt & coll. J Periodontol 2012; 83: 721-730. לסיום התייחסות לאנליזה של קו החיך: מחקר שנעשה ע"י Tarnow & coll. Int J Periodontics Restorative Dent 2012; 32: 375-383.

Socket site preservation using - 1 bovine bone mineral with and without a bioresorbable collagen membrane

מטרת מחקר זה היא להשוות את כמות ה-BAF (Bone Area Fraction) במכתשית אחרי עקירה תוך שימוש ב-BBM, עם או בלי כיסוי ע"י ממברנת קולגן נספגת ועם/אשרונית coronally advanced flap כדי להשיג סגירה ראשונית.

ה-BBM הושתלו במכתשית אחרי עקירה אצל 23 פציינטים. ב-12 פציינטים בלבד נעשה בנוסף שימוש בממברנה (GTR). הערכה היסטומורפומטרית: לאחר 9 חודשים, בזמן התקנת השתל, נלקחו חלקי רקמת עצם בצורת גליל. דגימות אלה נחתכו לשישה חלקים מן האזור האפיקלי ועד לאזור הקורונלי לצורך אנליזה מורפומטרית. חושובו אחוזים של BAF מכל דגימה. לצורך חישוב זה נעשה שימוש ב- point counting technique.

תוצאות: ממוצע ה-BAF מתחיל ב-22.8% קורונלי, 29.9% אמצעי ומגיע ל-36.3% אפיקלי לדגימות מאזורים שלא כוסו בממברנות. התוצאות לדגימות מאזורים שכוסו בממברנות הן 35.2%, 40.2%, 47% בהתאמה.

מסקנה: שימוש ב-BBM במכתשית אחרי עקירה שומר על נפח ומאפשר בנייה של רקמת עצם חדשה לקראת התקנת השתל. שימוש בממברנת קולגן מגדיל את כמות העצם.

ספיגת שורשים היא תופעה מרתקת בעולם רפואת השיניים. סיבותיה מגוונות וכך גם אופן הביטוי הקליני שלה. החלוקה המקובלת היא לספיגה חיצונית ולספיגה פנימית.

ספיגה פנימית

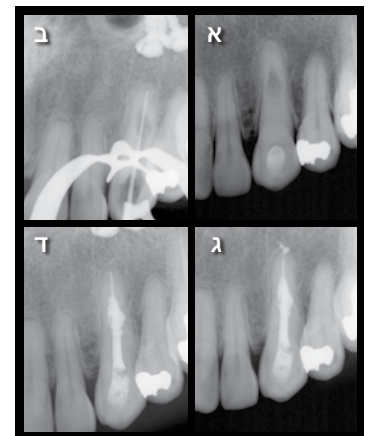
(Internal root resorption)
היא תהליך פתולוגי הרסני המתחיל באיזור המפגש מוך-דנטין ומתפשט החוצה לכיוון הליגמנט הפריודונטלי. האבחנה נעשית בדרך כלל, על פי צילום הרנטגן, תהליך הספיגה נראה רדיולוצנטי עגול או סגלגל, בכותרת או בשורש והוא נראה המשכי עם תעלת השורש (1).



במקרים שהמוך חי, התהליך אינו מלווה בסימנים קליניים ועל פי רוב מתגלה באקראי, במהלך ביצוע צילום סטטוס. בשלבים הראשונים, התגובה לבדיקת חיות של המוך תהיה בתחום הנורמה. קליניקה תופיע רק כאשר תהליך הספיגה יתפשט ויביא לניקוב בכותרת או בשורש וליצירת מורסה (אנדודונטיה ישומית, קאופמן, 1988).

טיפול בספיגה פנימית.

יש לבצע באופן מיידי טיפול שבמהלכו יעקר מוך השן, כדי לעצור את המשך התפתחות תהליך הספיגה ובהמשך לבצע טיפול שורש. יש להקפיד על שטיפות מרובות עם נתרן-תת-כלורי (Na (OCI)₂ וביצוע חבישה תוך תעלתית עם מימת-הסידן (calcium hydroxide). כיון שעקב אופי הספיגה, לא ניתן להגיע עם פוצרים לכל איזורי הספיגה ולסלק בצורה מכאנית את הרקמה הנמקית. סתימת השורש המועדפת במקרים אלו היא גוטא-פרקה בשיטת דחיסה חמה, סתימת שורש עם MTA (אם יש חשד לניקוב הדופן) או שילוב של שניהם (2).



2. טיפול בספיגה פנימית

- חבישת מימת הסידן.
- קביעת אורך עבודה.
- סתימת שורת בדיחיסה חמה.
- מעקב 24 חודשים - אין התקדמות של הספיגה, רקמות תומכות ואיזור סב החוד בהופעה רנטגנית תקינה. (נראית העלמות עופדיה Sealer - מעבר לסב החוד)

ספיגה חיצונית

(External root resorption)

היא תהליך המתחיל ברקמת הפריודונטיום ומביא לספיגת רקמת הצמנט והדנטין.

בספיגה החיצונית האיזור הרדיולוצנטי נראה מושלך על תעלת השורש, ובצילום מזווית שונות נראה "תזווה" של הספיגה, לעומת התעלה.

האטיולוגיה לא ידועה אבל מס' גורמים מקדימים תורמים זהו: טיפול אורתודונטי. (Heithersay 1999) הלבנה תוך כותרתית (Heithersay 1994), טראומה (Cvek 1981), כירורגיה דנטואלוארית וטיפול פריודונטלי (Tronstad 1988, Trope 1990 POP6).

ניתן לסווג את הספיגות על פי אתילוגיה או על פי הופעה קלינית.

ע"פ Heithersay 1999 - דרגת הספיגה הצוארית מתחלקת ל-4 קטגוריות, בהתאם לגודל תהליך הספיגה:

- Class 1 = אזור ספיגה קטן בקרבת האזור הצוארי עם חדירה שטחית לדנטין.
- Class 2 = נגע ספיגה פולשני מוגדר היטב שחודר עד לקרבת חלל המוך אבל מראה מעט אם בכלל התפשטות לדנטין הרדיקולרי.
- Class 3 = ספיגה עמוקה יותר של דנטין ע"י הרקמה הסופגת שמערב את הדנטין הכותרתי ומתפשט לפחות ל 1/3 הכותרתי של השורש.
- Class 4 = תהליך ספיגה פולשני גדול שהתפשט מעבר ל-1/3 הכותרתי של השורש (3).

Invasive cervical resorption: an analysis of potential predisposing factors, (Heithersay; Quintessence Int. 1999)



3. ספיגה חיצונית סוג VI על פי היסרטי, בשן 35
א. הספיגה בשנת 2006 (ממצא אקראי).
ב. אותו מטופל בשנת 2012 - השן נשברה מעצמה עם התקדמות הספיגה.

מטרת הטיפול הינה להסיר את כל הרקמה הסופגת מהשן ולאפשר שחזור של הפגם בשן. במקרים שההרס רב מידי, צריך לותר על השן ולתת למתראפא פתרון שיקומי מלאכותי לאיזור.

יש שחושבים שמקור הרקמה הסופגת במקרים אלו מה-PDL בדומה לספיגה צווארית ויש שחושבים שהמקורה ממטפליזיה של תאי מוך. האבחנה

המבדלת מתבצעת בעזרת העובדה שבספיגה צווארית יש קו רדיואופקי (שלא קיים בספיגה שחלופית פנימית) המבדיל את תעלת השורש מהתמונה של ספיגה בדנטין (4).



4. ספיגה חיצונית בשן 41 ולידה ספיגה פנימית בשן 42. ניתן לראות את ההבדל בצורת הופעת תעלת השורש בשתי השיניים.

טיפול בספיגה צווארית פולשנית

טיפול בספיגה צווארית פולשנית מבוצע ע"י הרמת פלאפ ואחריה קיורטאז' של הנגע ושחזור עם קומפוזיט (Goodman 1980, Cvek 1994) או (GI Heithersay 1985, Cvek 1994). במידת הצורך נעזרים ב-GTR (guided tissue regeneration) ע"י ממברנה פריודונטלי מ-Gor-Tex שתונה, לאחר שבוצעה הרמת פלאפ וקיורטאז' של האזור הסופג (Rankow 1996).

Heithersay 1977) מטפל בספיגות צוואריות בעזרת אפליקציה של TCA-trichloroacetic acid באזור הספוג ללא הרמת פלאפ (יתרון) ואחריה מבצע קיורטז' לרקמה הסופגת, ט"ש לא כירורגי ושחזור עם GI. הטיפול מבוצע חיצונית, פנימית או בקומבינציה (Heithersay 1985, 1944) ולעיתים (בחלק מהמקרים החמורים) בוצעה משיכה אורתודונטית כטיפול משלים שמטרתו להביא את האזור הספוג מעל לחניכיים.

TCA-trichloroacetic acid הינו חומר מימיקלי שיוצר אזור נמק קרישתי TCA

(coagulation necrosis) שתוך מס' ימים מובדל מהרקמה הסמוכה. ממחקרים ניתן להסיק ש-trichloroacetic acid משמידה באופן אפקטיבי את הרקמה הסופגת ע"י נמק קרישתי (coagulation necrosis) ומצד שני לא מפריע לפוטנציאל הריפוי של רקמות סמוכות.

GI הוכח מחקרית כמתאים לתיקון אזורי ספיגה וכן הוכיחו שהוא מספק חיזוק למבנה השן המחולש.

הטיפול האנדודונטי כלל טיפול מתוך תעלת השורש של ט"ש עם גוטא-פרקה ושימוש ב-MTA לסגירת איזור הספיגה וקבלת אפשרות של צמיחה מחודשת של צמנטובלסטים.

במהלך הטיפול הפריודונטלי יבוצע טיפול ברקמת השן עם TCA כדי לסלק את גורמי הספיגה ולאפשר לתהליך הרגרטיבי להתרחש. הטיפול הפריודונטלי, מחייב במקרה זה גישה רגנרטיבית, על ידי שימוש בחלבוני גדילה (אמדוג'ין), תחלפי עצם מסוג ALLOGRAFT, תוך כדי שימוש ב-GTR (הנחת ממברנה קולגן נספגת). מטרת הטיפול הינה ריפוי הנגע הפריודונטלי הנלווה, סגירת הכיס הקיים (במידה יש) ושמירה על הרמטיות הפריודונטיות.

ליסיום

פעמים רבות אין סימנים חיצוניים והספיגה מתגלה ע"י בדיקה רדיוגרפית שגריתית. כאשר ניתן לראות קלינית את הנגע המאפיינים הקליניים נעים בין פגם קטן בשולי החניכיים ועד שינוי צבע כותרתי לורוד שבסופו תהיה קביטציה של האמייל המכסה.

לרוב התופעה לא כואבת (אלה אם יש זיהום של המוך או זיהום פריודונטלי). רנטגנית הנגעים יכולים להיות מוגדרים מאוד או עם שוליים אירגורליים וניתן להתבלבל ולחשוש בעששת.

ניתן לשמר את השיניים באמצעות טיפול פרו-אנדו משולב.

Arestin®

לשמירה על שיניים ושתלים

<p>פריודונטיטיס דימום, PD 7mm השתל יציב</p>	<p>פריודונטיטיס דימום, PD 6mm השיניים יציבות</p>
<p>שתל שבוצע לפני 10 שנים</p>	<p>חולה סיסטמית שאינה מתאימה לטיפול כירורגי</p>

מקרים באיכות רד זהה מאלו מומחית במיודונטיה. היא

למידע נוסף ולהזמנות: 03-6138777
www.hasystems.co.il