

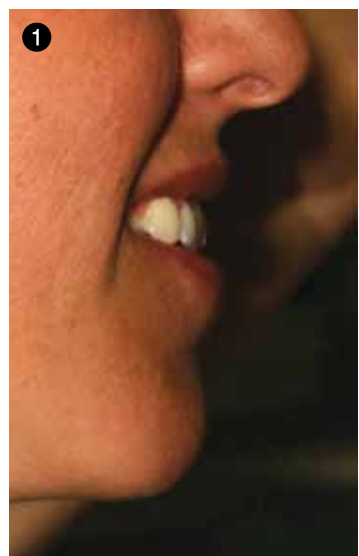
לסיכום: הבחירה של הרופא בטכניקת טיפול מסוימת ובמכשור מסוים מושפעת לא רק מרצון המטופל אלא מכלל הגורמים המצויינים לעיל:

- א. עלות מול תועלת
- ב. יציבות הטיפול המוצע
- ג. הקושי בהשגת המטרה והיכולת המעשית של הרופא והמטופל לשמור עליה לאורך שנים
- ד. אלמנטים פסיכולוגיים המשפיעים על המטופל ועשויים להקשות או להקל בטיפול שייבחר.
- ה. שקלול מכלול הקריטריונים המרכיבים את האסתטיקה של החיוך- מבנה הפנים והרקמות הרכות, תנוחת הרקמות הרכות, הרגלים, בריאות החניכיים, צורת השיניים ועוד.



מקרה ב' - מדגים מקרה בו המטופלת קיבלה המלצה חד משמעית לעקור 4 שיניים עקב צפיפות חמורה בלסת העליונה והתחתונה. מבט מקרוב על פרופיל המטופלת מראה לסת תחתונה מעט בולטת עם סנטר מודגש, לסת עליונה קטנה עם שקיעה באזור הלחיים והטיה פנימה של חותכות תחתונות. עקירת שיניים במצב זה עלולה היתה לגרום להחמרת המראה האסתטי כיוון שאיננו מטפלים בבעיה המרכזית והיא עמדת הלסתות (המטופלת סירבה בכל תוקף לבצע ניתוח לשינוי עמדה זו). חישוב זהיר וקפדני של המקום הדרוש לפיזור הצפיפות ושימוש באמצעים של טכנולוגיות ממוחשבות מתקדמות CAD-CAM, הביא להחלטה לטפל ללא עקירות, החלטה

1. מבט על פרופיל המטופלת לפני תחילת הטיפול. ניתן לראות את הסנטר המודגש, החסר המקסילרי והעמדה האחורית של השפה העליונה ביחס לתחתונה.
2. מבט קדמי על הסגר לפני תחילת הטיפול. ניתן לראות את הצפיפות הרבה ואת הליקוי האסתטי שנוצר עקב כך בחיך.
3. מבט על הלסת העליונה לפני תחילת הטיפול.
4. מבט על הלסת התחתונה לפני תחילת הטיפול.
- 5-6. מבט אוקולוזלי על קשתות השיניים בסיום הטיפול.
7. מבט קדמי על חיך המטופלת בסיום הטיפול. למרות שלא טיפלנו בליקוי הסקלטלי ממנו היא סובלת, התוצאה בהחלט משביעת רצון ועונה על ציפיותיה של המטופלת.



ד"ר אמיר הורוביץ).
4. מבט אוקולוזלי בסיום הטיפול ולאחר ביצוע קיבוע למניעת תזוזה עתידית של השיניים.



פעמים רבות אנחנו נתקלים במטופלים הבאים להתייעצות לאחר שעברו כבר מספר התייעצויות וקיבלו חוות דעת שונות ומנוגדות.

לעיתים המטופל מתלבט בין המלצות לעקור שיניים כדי לפזר צפיפות לבין שיוף מינמאלי של השיניים, לעיתים ההתלבטות היא האם בכלל יש לבצע טיפול. במקרים כאלו אין החלטה נכונה והחלטה שגויה. יש לקחת בחשבון שכל החלטה על טיפול או לעיתים על חוסר טיפול היא תוצאה של פשרה. לכל החלטה ישנן השלכות רבות אותן יש לקחת בחשבון ובסופו של דבר לקבל את ההחלטה המושכלת ביותר למטופל הספציפי שבא אלינו ליעוץ.

מקרה א' - מדגים מקרה של מרווחים קלים בלסת העליונה והתחתונה עקב גודל שיניים קטן והרגל דחיפת לשון. טיפול אורתודונטי במקרה כזה היה מביא את השיניים לעמדה אחורית יותר, מגביר את לחץ הלשון עליהם ומאלץ את המטופל להרכיב אמצעי שימור לכל חייו (קיבוע ופלטת לילה) על מנת למנוע פתיחה מחודשת של המרווחים. השלמת השיניים באמצעות חומרים מרוכבים הביאה לתוצאה אסתטית, מהירה, זולה ונכונה יותר עבור המטופל.

1. מבט קדמי על החיך לפני טיפול. ניתן לראות את המרווחים הלא אסתטיים בחלק הקדמי של השיניים בלסת העליונה.
2. מבט על הלסת העליונה - ישנם מרווחים קטנים בין כל החותכות העליונות ובנוסף מעט רוטציות ושחיקה קצוות אינסיזליים.
3. מבט קדמי על החיך לאחר השלמות באמצעות חומרים מרוכבים (בוצע על ידי

Arestin®

לשמירה על שיניים ושתלים

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

מקרים באדיבות ד"ר חיה מאיר, מומחית בפריודונטיה, ת"א

Health and Aesthetics Systems

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

minocycline HCl 1mg
MICROSPHERES



מרפאת מומחים מוריה | 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

שד מוריה 78, חיפה 34613. טל' 04-8343333/2, 04-8348107, פקס' 04-8244991 | e-mail: mpc@m-m-m.co.il | www.m-m-m.co.il

This is
Our
Passion

MPC NEWS

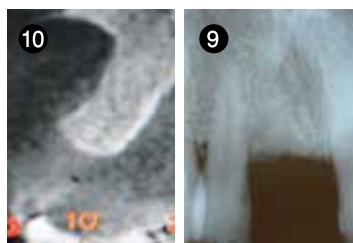
גיליון מס' 26 | נובמבר 2013
MORIA PERIODONTAL CENTER

מקרה החודש

השגת תנאים חיוביים להתקנת שתל באיזור אסתטי

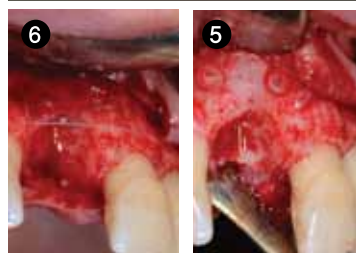
צוות המומחים במרפאה

בניית עצם מבוקרת בעזרת ממברנה קשיחה ונספגת (Sonic Weld)

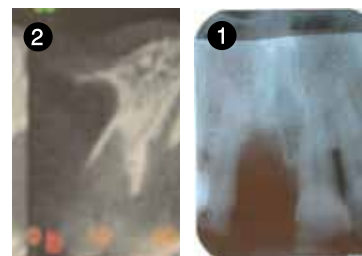


לאחר שישה חודשים, ניתן להתרשם בצילומי ה-CT [10], בהשגת נפח עצם אלואולארית מאוד חיובי הן במימד האופקי והן במימד האנכי [11], דבר שיקל על התקנת השתל. [12,13] קלינית, קיימת רקמה קשה שכבר נבנתה והממברנה עדיין לא נספגה לחלוטין. כך, שהתקנת השתל מתבצעת בתנאים חיוביים.

לסיכום, השימוש בממברנה קשיחה ונספגת הינו בהחלט צעד קדימה בהשגת בניית עצם מבוקרת לפני התקנת שתלים.



מקרה יפה לא בהכרח חייב להיות מורכב. אנו מציגים כאן, התערבות קלה בסגמנט הקדמי שמטרתה, לשפר את התנאים להתקנת שתל דנטלי. מטופל כבן חמישים עבר טיפול פריודונטלי מקיף שבמהלכו נעקרה שן 11. [1] הוחלט על שיקום על גבי שתל דנטלי אך הדבר חייב אותנו להכשיר את הרכס לקראת התקנת השתל ולבצע פעולה מקדימה.



בשלב ראשון, בוצעה אוגמנטצית עצם לשחזור הרכס האלואולארי (קיר בוקאלי נספג כמעט מיידית) [2,3] במטרה לקבל נפח עצם מתאים לפני התקנת שתל. כיום ידוע כי, מעטפת עצם של 2 מ"מ סביב השתל במימד האופקי, הינה המינימום לשמירת תוצאות אסתטיות לטווח הארוך, כלומר, מתבקש עובי רכס של 7-8 מ"מ.

בחרנו כאן בבניית עצם מודרכת ומבוקרת ע"י שימוש בממברנה קשיחה, סינטטית אך נספגת, עשויה מחומצה פולי לאקטית (Poly lactic acid). [4,5,6,7]

קשיחות הממברנה מאפשרת הכנת תבנית יציבה שאותה ממלאים בעצם מבנק העצם. [8,9]

דבר העורך //

ד"ר בני רצקין

סתיו, כבר אחרי החגים והחורף בפתח. התכנסות והסתכלות פנימה. בפעילות המקצועית, המרפאה נמצאת בתקופת העשייה שכן החגים מאחורינו ועד הבאים זה זמן עבודה. בפתח מקרה קליני המדגיש את חשיבות מעטפת העצם סביב השתלים לצורך קבלת מתאר תקין ושמירת חיי השתלים לאורך זמן. באיזור האסתטי הדבר חיוני במיוחד עקב דרישות גדלות של המטופלים ושלנו מעצמנו.

ד"ר חיה מאיר פריודונטי רבת זכויות מסכמת את אופן הטיפול בשתלים הסובלים מפרימוקוזיטיס ופריאימפלנטיטיס כפי שמופיע מהאיגוד האמריקאי לפריודונטיה. מאחר ומרבית השתלים סובלים מדלקת ברקמה הרכה סביבם, וחלקם אף מאבדים רקמה גרמית, יש לסיכום חשיבות ישומית.

ד"ר אן סופי אטל סוקרת מאמרים חשובים בספרות העדכנית, והתוצאות הקליניות ישומיות ביותר. **ד"ר רפי רומנו** מאפשר לנו הצצה לחלון האורטודונטיה ומגדיל ומעשיר את עולמנו המקצועי.

ד"ר יובל יונד מסכם עבורנו את החומרים המשמשים ליצירת שיחזורי חרסינה באופן בהיר ומעניין.

ולסיכום הכתבה החשובה של **ד"ר ברנרד דהן** על החיוך. החיוך מתחיל מהמקום העמוק ביותר בנו, חלק זה לעיתים פחות שמח, אבל נזכור שמחשבה בוראת מציאות. נשתדל לשמור על מחשבה מחויכת.

קריאה מהנה

לתגובות mpc@m-m-m.co.il

פריאמפלנטיטיס: עדכונים והמלצות //

ד"ר חיה מאיר - מומחית למחלות חניכיים, תל-אביב

להישאר ברקמה הרכה ועל גבי פני שטח השתל ולגרום לזיהום, בנוסף, עלולה להיווצר אמפיזמה. את פני שטח השתל ניתן לחטא באמצעות מי חמצן, חומצה ציטרית, טטרציקלין, CHX. כל אלה עלולים להפריע לתאים בסביבת ולעכב ריפוי החומר היחיד שאינו מפריע לריפוי

מכנים וכימים. קיימת אפשרות לבצע אימפלנטופלסטיקה אך יש חשש שחלקיקי מתכת ישארו ברקמה הרכה והתוצאה הצפויה היא נסיגת חניכיים משמעותית כך שטכניקה זו לא רצויה באיזורים האסתטיים. ניתן לסלק את הרובד באמצעות AIR ABRASIVE אך נמצא שחלקיקים עלולים

במניעה וטיפול בשלבים הראשונים המוגדרים כמוקוזיטיס.

non surgical therapy - מתאים לטיפול במוקוזיטיס ובפריאמפלנטיטיס התחלתי (INSPIENT PERIIMPLANTITIS). כאמור, יש לסלק את הרובד הדנטלי, להדריך להגינה אורלית נכונה, ולבצע טיפול פריודונטלי בשיניים הפגועות במידת הצורך. להתאים שיחזורים, לסלק עודפי צמנט ולאזן את הסגר. קיים קושי באינסטרומנטציה של פני שטח השתל ולכן, מחקרים מראים שחובה לשלב סילוק מכני של הרובד (קירטות מפלסטיק או טיטניום, פרופיג'ט) עם סילוק כימי של הרובד באמצעות שטיפות אינטרהסולקולריות (כלורהקסידין ו/או מי חמצן ו/או EDTA).

ניתן ואף רצוי לעשות שימוש ב- LOCAL DELIVERY DRUGS על מנת לשלוט בדלקת לאורך זמן בין טיפולי התחזוקה. ניתן להשתמש בפריוצ'יפ בעילות (CHX). לאחרונה משוק ארסטין-אנטיביוטיקה ממשפחת הטטרציקלין, ארוזה במיקרוקפסולות המשחררות למשך שלושה שבועות ריכוז אפקטיבי של מינוציקלין. (אנטיביוטיקה ספציפית לפריופתוגנים). נמצא שצמצום עומק הכיס נשאר יציב לאורך 12 חודשים, לעיתים יש צורך לחזור על החדרת הארסטין במהלך טיפולי התחזוקה.

מוצג מקרה [1] של שתל עם פרובינג של 10 מ"מ, טיפול בארסטין, תוצאה כעבור שבועיים - צמצום עומק הכיס.

מוצג מקרה [2] שלבי הטיפול משמאל לימין:

אובדן תמיכה גרמית אופקי 2 מ"מ, כאב, הפרשה מוגלתית, PD = 4 מ"מ, סילוק הביופילם באמצעות שטיפה אינטרהסולקולרית של EDTA, החדרת ארסטין מייד בסיום סילוק הרובד, הריפוי כעבור שבוע. המתרפא דיווח על הקלה ככאב כבר לאחר יומה.

פריאמפלנטיטיס מתקדמת מחייבת טיפול כירורגי - SURGICAL THERAPY מטרת הטיפול לצמצם את עומק הכיסים ולנסות לקבל מילוי גרמי (RE-OSSEOINTEGRATION). מידת ההצלחה תלויה בעיקר בטיב חיטוי פני שטח השתל.

לצורך כך, יש להרים FULL THICKNESS FLAP, לסלק את הרקמה הגרנולומטוטית ולטפל בפני שטח השתל באמצעים

באפריל 2013 פרסם ה-AAP סיכום של הידע וההמלצות לטיפול בפריאמפלנטיטיס: Peri-Implant Mucositis and Peri-Implantitis: A Current Understanding of Their Diagnoses and Clinical Implications* April 2013, Vol. 84, No. 4, Pages 436-443

התופעה נחלקת ל- periimplant-mucositis ול- PERIIMPLANTITIS. מוקוזיטיס מערבת את הרקמה הרכה הסובבת את השתל והיא בעיקרון הפיכה. הסימנים המעידים על periimplant mucositis הם אודם בשולי החניכיים, נפיחות, PD ≤ 4 מ"מ, דימום ולעיתים גם הפרשה מוגלתית. בפריאמפלנטיטיס נצפים אותם סימפטומים ובנוסף, נפגעת העצם התומכת בשתל בקצב התקדמות מהיר והרטיני עם נגעים עמוקים ונרחבים סביב השתל.

נפיצות המחלה גבוהה מאד אך קיימת שונות בדיווחים בספרות משום שנכון להיום אין קלסיפיקציה מדויקת למחלות אלה. בממוצע periimplant mucositis ב- 80% מהמקרים, פריאמפלנטיטיס קיימת בכ- 20% מהמקרים.

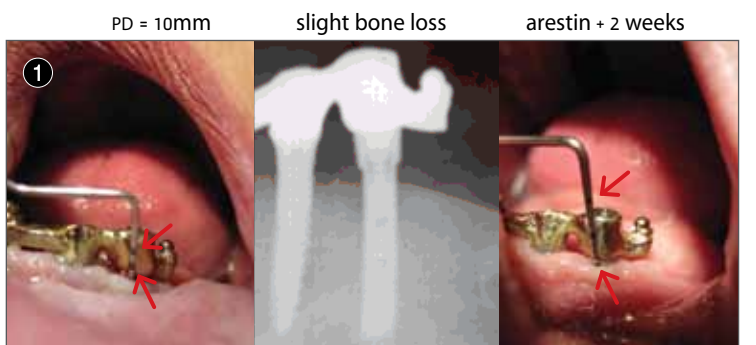
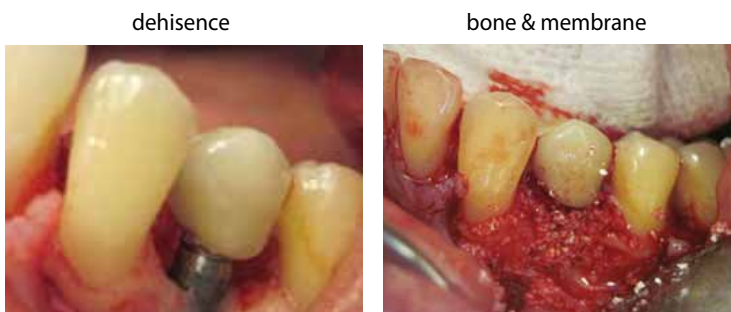
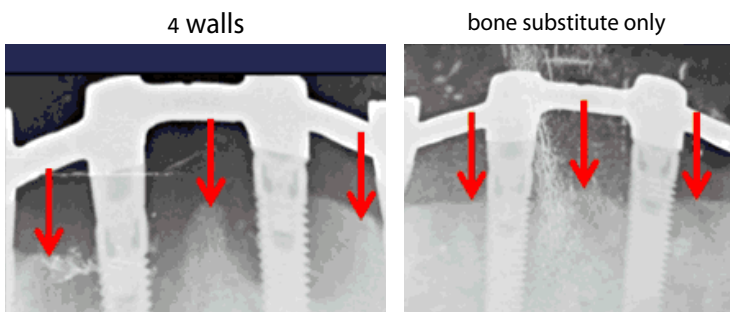
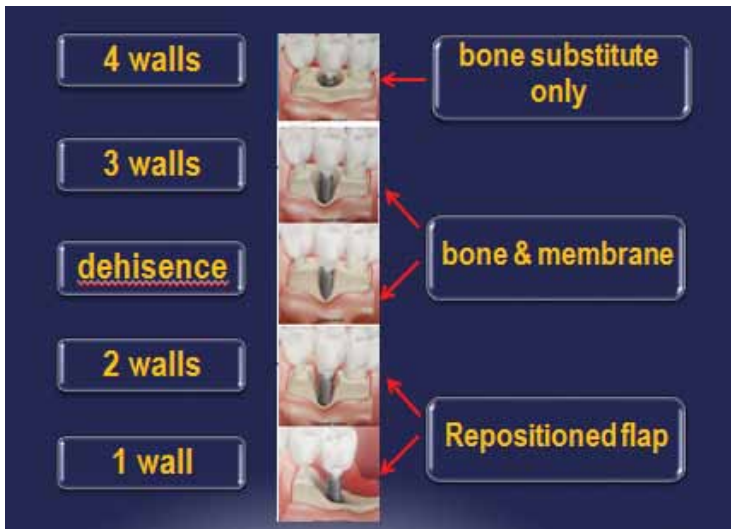
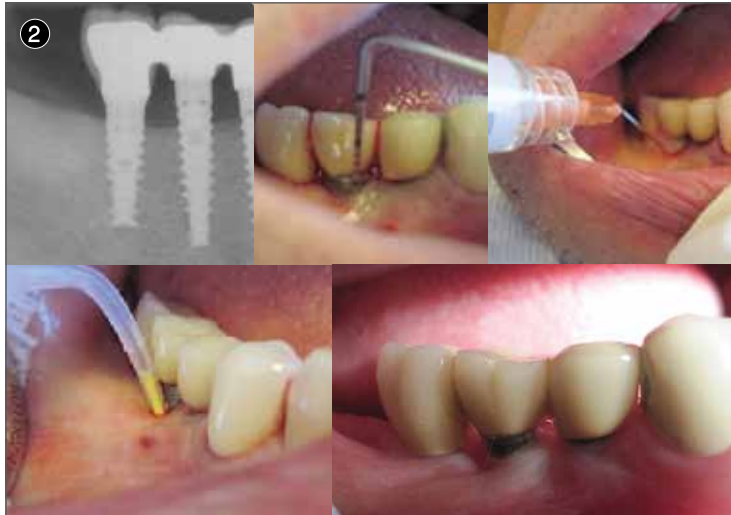
מחוללי המחלה הם בראש ובראשונה אותם חיידקים פריופתוגנים המוכרים לנו כגורמים למחלות חניכיים, בנוסף, קיימים גורמים משניים המקשים על בקרת הרובד כגון חוסר התאמת שולי השיחזורים על גבי השתלים, אמברזורות סגורות, שאריות צמנט, היעדר רצועת חניכיים מקורנת, פרה-פונקציה וחבלה סגרית.

גורמי הסיכון לפריאמפלנטיטיס הם אותם גורמי סיכון המחמירים מחלות חניכיים - דהיינו הגיינה אורלית לקויה, עישון, מחלות סיסטמיות כמו סכרת וכמובן מחלת חניכיים לא מטופלת. שיניים עם מעורבות פריודונטלית מהוות מאגר בלתי נדלה של חיידקים פריופתוגנים המסכנים את קליטת ושרידות השתלים.

הגישה הטיפולית בפריאמפלנטיטיס מחייבת הבנה של הגורמים האתילוגיים וסילוקם.

אסטרטגיית הטיפול בפריאמפלנטיטיס דומה בעיקרון לאסטרטגיית הטיפול הידועה בפריודונטיטיס והיא בעיקרה ANTI-INFECTIVE THERAPY.

מחקרים מראים שטיפול בפריאמפלנטיטיס מחייב התערבות כירורגית ולכן קיימת חשיבות עצומה



סקירת מאמרים עדכניים

מתחום הפריודונטיה // ד"ר אן סופי אטל

2 Long-term effect on tooth vitality of regenerative therapy in deep periodontal bony defects: a retrospective study

De Sanctis & coll. Int J Periodontics Restorative Dent 2013;33:151-157

מחקר זה בודק אם פריודונטיטיס אגרסיבית מקומית גרמית מטופלת על ידי טיפול כירורגי, משפיע על ויטליות השן לטווח ארוך.

נבדקו 137 מטופלים, אשר עברו ניתוח חניכיים רגנרטיבי (GTR או EMD או Xenograft+EMD) לנגע עצם יחיד. הכולל את השליש האפיקלי של השן. ביקורת נעשו עד 18 שנים אחרי הניתוח. בנוסף לתוצאות מדהימות לגבי PPD, CAL, Recession, בין שלושת סוגי הניתוחים, נמצאו 5 שיניים לא ויטליות בלי קשר סטטיסטי מובהק לסוג הטכניקה הכירורגית המשמשת.

ליסיכום, הנתונים שנאספו אינם תומכים בצורך בטיפול שורש מונע בשיניים עם נגע עצם גרמי שמועמדות לעבור ניתוח חניכיים רגנרטיבי.

3 A histomorphometric comparison of Bio-oss alone versus Bio-oss and platelet-derived growth factor (PDGF) for sinus augmentation: a postsurgical assessment

Froum & coll. Int J Periodontics Restorative Dent 2013;33:269-279

מדובר במחקר randomized, blinded and controlled שמטרתו להעריך את יעילות ABBM (anorganic bovine bone matrix) עם או בלי PDGF לבניית עצם ויטלית אחרי פרוצדורה של הרמת סינוס, אחרי 4-5 חודשים ו 7-9 חודשים.

הפרוטוקול דומה למאמר הראשון ונבדקו ב- 24 מטופלים. נעשה שימוש ב- Bio-oss של 50% גרגרים קטנים ו-50% גרגרים גדולים, עם או בלי PDGF. היווצרות עצם ויטלית הייתה גדולה ביותר עם PDGF בבדיקות שנעשו לאחר 4-5 חודשים. אבל הבדל זה נעלם בבדיקות שנעשו 7-9 חודשים אחרי הניתוח. ולכן השימוש ב- ABBM עם PDGF יכול לאפשר התקנת שתלים מוקדמת.

1 השימוש בתחליפי עצם מתפתח היום במקביל להתרחבות השוק העולמי של החברות שמייצרות חומרים בתחום הכירורגיה של הפה והלסתות.

גם הספרות בנושא זה רחבה מאוד לכן כדי לעשות סדר, בחרתי בשני מאמרים עדכניים בפריודונטיה הדנים בנושא זה, ואחד על יחסי גומלין אנדו-פריז:

- האם גודל הגרגרים של תחליפי העצם שבהם אנו משתמשים בהרמת רצפת הסינוס משפיע על בניית עצם ויטלית?
- מה מצב ה-Pulpal tissues אחרי ניתוח חניכיים רגנרטיבי? האם יש צורך בטיפול שורש מונע בשן עם נגע עצם וורטיקלי גרמי?
- מה חדש לגבי Growth Factors ?

1 Effect of Xenograft particle size on vital bone formation following maxillary sinus augmentation A multicenter randomized controlled clinical histomorphometric trial

Testori & coll. Int J Periodontics Restorative Dent 2013;33:467-475

מטרת מאמר זה היא להשוות מבחינה היסטולוגית והיסטומורפומטרית, את בניית העצם הויטלית אחרי הרמת רצפת הסינוס המקסילרי תוך שימוש ב-Xenograft, עם גרגרים של 1.0 עד 2.0 מ"מ או גרגרים של 0.25 עד 1.0 מ"מ. 11 מטופלים עברו הרמת סינוס פתוחה דו-צדדית, ע"י 3 מומחים במרפאות שונות. על אותו מטופל, השתמשו בצד אחד ב-Bio-oss עם גרגרים קטנים ובצד השני ב-Bio-oss עם גרגרים גדולים. אחרי 24 עד 32 שבועות התבצעה התקנת השתלים. בשלב זה נלקחו חלקיקי עצם בגודל 10x3 מ"מ מאזור הרמת הסינוס. הם עברו בדיקות היסטולוגיות והיסטומורפומטריק עיוור וניתוח סטטיסטי.

תוצאות המאמר מאשרות את Osteoconductivity של ה-Xenograft עם נתונים היסטולוגיים מדויקים מאוד מעניינים. יחד עם זאת הם קיבלו היווצרות עצם ויטלית 26.77% ו-18.77% לגרגרים הגדולים והקטנים בהתאמה.

ליסיכום, לפי מאמר זה, לאחר 6 עד 8 חודשים קיימת בניית עצם ויטלית יותר גבוהה כשנעשה שימוש בגרגרים יותר גדולים של Xenograft.

כמובן שבמקרה קיצוני בו השתל נייד יש להוציאו מייד. כל עוד השתל יציב ניתן לבצע את הטוב ביותר בנסיבות הקיימות ובגישה שמרנית לנסות להצילו. נדרש עדיין מחקר רב על מנת לברר עד כמה השיטות הנ"ל יעילות לאורך זמן. עד אז, יש להתרכז במעקב קליני ורגנטי מיום החדרת השתל על מנת למנוע הידרדרות למצבים קשים ומאתגרים אלה.

*נמצא שביואוס עדיף על עצם אוטוגנית.

הוא EDTA - בעל Ph ניטרלי, מסלק את שכבת המרח באמצעות כילציה, מסייע בשליטה בדימום ומעכב התרבות חיידקים פריופתוגנים. אופי הנגע הגרמי קובע את המשך הטיפול. בנגע היקפי (4 קירות) יש למלא את הנגע בתחליף עצם*, אין חובה לכסות בממברנה. בנגע 3 קירות או דיסנס - משלבים טילוי עצם וממברנה, בנגע של קיר אחד או שני קירות יש לבצע open flap debridement.

2 wall defect



חיטוי עם edta



ריפוי - שבוע



פנוסנטור

מכון רנטגן ו- C.T. לצילומי שיניים ולסתות

הכי ותיק בכרמל

פנורמי דיגיטלי

חדש! C.T. I-CAT הדגם המתקדם בעולם

ביצוע ע"י טכנאים מדופלמים בעלי ניסיון רב. כל הצילומים ניתנים להעברה ל- e-mail, אתר אינטרנט, Denpax או cd. יש אפשרות העתקה לכל סוגי הצילומים.

חיפה שד' מוריה 77 (פינת זרובבל 25)
 טל' 04-8247263, פקס 04-8343528 | andy@012.net.il

שחזורי כל חרסינה - סטטוס 2013 // חלק ב': עקרונות הדבקת השחזורים

ד"ר יובל וינד - מנהל התוכנית לרפואת שיניים אסתטית, האוניברסיטה העברית והדסה. מרפאה פרטית, הרצליה

עקרונות הדבקה

הדבקה אדהזיבית - השחזור קשור לחומר השן בקשר מכני-כימי יציב לאחר הכנה מקדימה של השן והשחזור הדבקים הם דבקים רזינים (דבקים קומפוזיטים). פלימור הרזין מבוצע על ידי אור (Light Cure Resin Cement) או במנגנון הקשייה כפול - עצמי ועל ידי אור (Dual Cure Resin Cement)

הדבקה קונבנציונלית - השחזור אינו מחובר כימית לחומר השן, אחיזה מכנית שאינה מחייבת הכנה מקדימה של השן והשחזור.

הדבקה אדהזיבית

ישנם 2 מסלולים בהן ניתן להדביק את השחזור בהדבקה אדהזיבית לשן:
 א. הדבקה אדהזיבית מלאה (הדבקה אדהזיבית קלאסית) - בשיטה זו יש לצרוב את חומר השן ולמרוח על השן חומר קישור לפני הנחת הדבק.
 ב. הדבקה אדהזיבית בדבק בעל יכולת אדהזיבית עצמית (Self Adhesive resin Cement) הדבק בעל יכולת צריבה וקישור עצמאים ולא נדרשת הכנה מקדימה של השן לפני הנחת הדבק.

הכנת השן להדבקה אדהזיבית מלאה:

אפשרות מס' 1: חומר קישור מדור 4 או 5 (Etch & Rinse System): צריבת אמיל בחומצה חזקה, חומצה פוספורית בריכוז 37% כ-30 שניות וצריבת הדנטין כ-15 שניות, שטיפה ויבוש חלקי, מריחת CHX בריכוז 2% לאחר מכן הנחת הפריימר וחומר הקישור (דור 4) או פריימר וחומר קישור בבקבוק אחד (דור 5).
אפשרות מס' 2: חומר קישור מדור 6 או 7 (Self Etching System) על פי הנחיות היצרן אין צורך בצריבה מוקדמת להנחת חומר הקישור, החומר מכיל חומצה חלשה הצורבת את הדנטין והאמייל. כאשר השחזור יודבק לאמייל אנו כן ממליצים לצרוב את האמייל באופן סלקטיבי על ידי חומצה פוספורית כדי לשפר את הכנת האמייל.

הכנת החרסינה להדבקה אדהזיבית:

חרסינה פלדספדית: התזת אלומיניום אוקסיד, צריבה בחומצה הידרופלואורית בריכוז 8-10% למשך 2 דקות, שטיפה ויבוש. אפלקציית סלין, חומר קישור ודבק רזיני (איור 1).

שחזורי כל חרסינה - תכונות

זירקוניום אוקסיד	אלומיניום אוקסיד	חרסינה זכוכיתית מחוזקת - ליטיום דיסלקט	חרסינה פלדספדית	שימושים
כתרים וגשרים קדמיים ואחוריים, מבלים לשתלים	כתרים בודדים	ציפויי חרסינה INLAYS, ONLAYS כתרים בודדים קדמיים ואחוריים. גשר קדמי - 3 יחידות	ציפויי חרסינה חרסינת ציפוי בשחזורי PFM או שחזורי כל חרסינה	
CAD/CAM	CAD/CAM	דחיסה או CAD/CAM	טכניקה ידנית	טכניקת יצור
900-1200 MPa	550-600 MPa	350-400 MPa	80-120 MPa	Flexural strength
נמוכה	בינונית	גבוהה-בינונית-נמוכה ניתן לבחור דרגות שונות	גבוהה	טרנסלוסנטיות
אדהזיבית או קונבנציונלית	אדהזיבית או קונבנציונלית	אדהזיבית או קונבנציונלית	אדהזיבית	טכניקת הדבקה
-	-	+	+	חרסינה ניתנת לצריבה

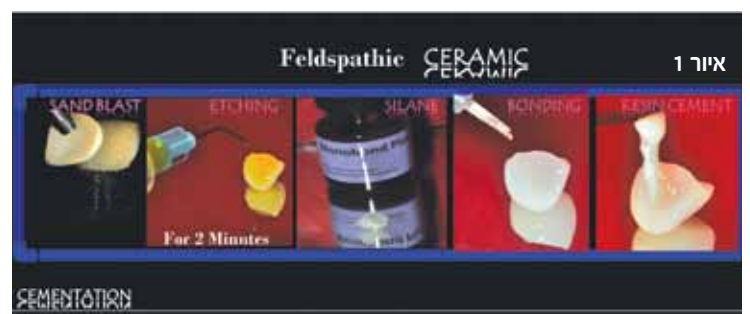
שחזורי כל חרסינה - טכניקות הדבקה

גשרים	כתרים בודדים	INLAYS, ONLAYS	ציפוי חרסינה	חרסינה פלדספדית
-	-	הדבקה אדהזיבית מלאה	הדבקה אדהזיבית מלאה	חרסינה פלדספדית
גשר קדמי עד 3 יחידות - הדבקה אדהזיבית מלאה Self Adhesive Cement הדבקה קונבנציונלית	הדבקה אדהזיבית מלאה Self Adhesive Cement הדבקה קונבנציונלית	הדבקה אדהזיבית מלאה	הדבקה אדהזיבית מלאה	חרסינה זכוכיתית מחוזקת
-	הדבקה אדהזיבית מלאה Self Adhesive Cement הדבקה קונבנציונלית	-	-	אלומיניום אוקסיד
הדבקה אדהזיבית מלאה Self Adhesive Cement הדבקה קונבנציונלית	הדבקה אדהזיבית מלאה Self Adhesive Cement הדבקה קונבנציונלית	-	-	זירקוניום אוקסיד

חרסינה זכוכיתית מחוזקת: צריבה בחומצה הידרופלואורית בריכוז 5%-30 שניות, שטיפה ויבוש, אפלקציית סלין, חומר קישור ודבק רזיני (איור 2).

אלומיניום זירקוניום - החרסינות אינן ניתנות לצריבה ולכן דורשות טיפול שונה.

הטיפול הנדרש - התזה עדינה באלומיניום אוקסיד, אפלקציית Metal Primer, חומר קישור ודבק רזיני (איור 3).



החיך שבעיניים

שרירי הפנים מעורבים. אותם המנותחים הקוריאנים יוכלו אכן לחיך חיך דנטאלי מלא, אך שרירים אחרים עלולים להישאר "פאסיביים" ואדישים, דבר שיתפרש בחוסר טבעיות וכמזוייף. כולנו זוכרים את החיך "הפן אמריקן" האופייני לדיילות, שנהגו לחיך באופן מאולץ בקבלת פניהם של הנוסעים בכניסה למטוס, מתוך כוונה מסחרית, חיך של השפתיים בלבד, כאשר שאר תווי הפנים היה נשאר רפוי ומלאכותי.

שנים רבות של עבודה עם ציבור והכרות עם פנים חדשות מידי יום, מוכיחים שוב כי הבעת פנים נעימות וחייכניות, משפרת משמעותית את הקשר הבין אישי. תקשורת חיובית מסוגלת להביא לפתרון של משברים ולהפחית מתחים.

אהובה עלי השוואת החיך "לתדר רדיו" של "החיים הטובים", שאליו אנו מזמינים את הצד השני, בו ניתן יהיה להאזין ולתקשר במסרים חיוביים בלבד. אך משתתפים נוספים אשר ירצו להצטרף לערוץ "נועם" זה, יעשו זאת כאשר הדו שיח והמענה יהיו בשפה דומה ונעימה.

יש חשיבות רבה בבחירת תדר זה כפתיח בבוקר. תדר זה יכתוב את סוג התקשורת בהמשך, "חיך יזמין חיך" ודו שיח נעים. לעומת זאת, פתיח או מסר שלילי ראשוני, כמו למשל "ראית איך הוא דיבר אליך" או "הבעת פנים כועסת", לרוב, יגרום לתגובה דומה מהצד השני.

מעניין ונותר לא ברור, מהו המניע לתהליך המוביל להופעת החיך?

האם מדובר בהבעת פנים בלבד של שרירי הפנים, מן אקט אנטומו-קינזיולוגי בלבד (שעליו מבוסס הניתוח הפלסטי הקוריאני)? או, מדובר במימיקה הקשורה ומבטאת מצב רוח מסויים, מן ראי של הנפש המלווה באלמנטים רגשיים כמו אושר, מתח, עצב, אופטימיות, שמחה, כאב...?

או לחילופין, תופעה פיזיולוגית אנדוקרינולוגית נטו שבה רמה מסוימת של הורמונים כמו סרוטונין, אנדורפינים ואחרים, מפעילה שרשרת של פעולות אנטומיות בשרירי הפנים ומביאה להבעת החיך?

השאלות המרכזיות והמרתקות נשארות פתוחות:

א - האם ניתן על ידי אימון (כמו בסדנאות צחוק) לשפר את תיפקודם של שרירי הפנים ולהקל על הופעת הבעת החיך, כמו באימון ספורטיבי?

ב - האם החיך הנלמד יהיה מסוגל להוביל את כל המסרים שיש בחיך טבעי ואם ביכולתו ובכוחו של חיך החדש, להשפיע בחזרה על אישיותו של האדם?

לסיכום, יותר שאלות מאשר תשובות. יתכן והחיך האמיתי מקורו בעיניים שאינן משקרות, כלומר, אולי הדרך הקלה והטבעית תהיה למלא את הנפש במסרים אופטימיים ובחיוביות, אשר ידעו להפעיל אוטומטית את דינמיקת החיך?

העובדה העיקרית היא שחיך בהחלט תורם וסולל דרך נעימה להידברות והוא מאז ומתמיד אחד מעמודי התקשורת.

מה לא אמרו על החיך וחשיבותו בחיים, אמירות כמו:

"החיך הוא כרטיס הביקור שלנו"

"החיך הוא המפתח להצלחה בחיים"

"חיך פותח דלתות"

הסינים מוסיפים, כי "אם בבוקר השמש זורחת, ללא חיך על פניך, מוטב שסתגור את החנות " ועוד..

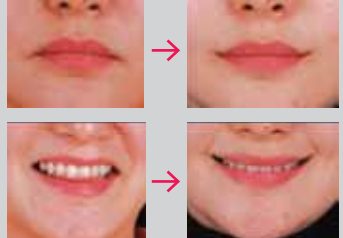
מרבית נכונות עד כדי כך שלאחרונה, הומצאה דרך חדשה להגיע ל"חיך קבוע" וזאת בזכות ניתוח פלסטי הנקרא:

"Smile Lift", ומתבצע בדרום קוריאה

(כתבה מעיתון HuffPost).

מנתח פלסטי דרום קוראני,

Dr. Kwon Tack Kein, הציג טכניקה כיורוגית חדשה בה נעשים חתכים חוזרים בזווית הפה, המובילים להבעת מימיקה המזכירה את חיך ה-"Smily".



החיך מופיע מיידית ונשאר קבוע לאחר הניתוח והוא מתעצם בחיך מלא. אך הדברים לא פשוטים, כי ידוע שהחיך מבטא רגש, מצב רוח, סיטואציה כל



13.1.14
SAVE THE DATE

במפגש הקרוב של מועדון לימודי מוריה, נארח הפעם **ד"ר אוהד שרון** - מומחה לשיקום הפה, מתמחה בשיקום פנים ולסתות. בעל מרפאה פרטית בחיפה. ד"ר שרון סיים את לימודי רפואת שיניים בשנת 2001. שימש חבר המחלקה לשיקום הפה ומדריך סטודנטים בבית הספר לרפואת שיניים של האוניברסיטה העברית והדסה ירושלים. בוגר תכנית ההתמחות לשיקום הפה במוסד זה. חבר המחלקה לשיקום פנים ולסתות בבית הספר להתמחויות ברפואת שיניים הקרייה הרפואית רמב"ם, חיפה. מתמחה בשיקום פנים ולסתות במוסד זה.

פעילותו הקלינית מתמקדת בשיקום פה מורכב, שיקום על גבי שתלים, שיקום פנים ולסתות וטיפול שיניים למטרות אסתטיות.

ד"ר שרון יעביר את הרצאתו בנושא **"שיקולים אסתטיים ובחירת החומר המתאים"**.

המפגש יערך ביום ב' 13.1.2014 בשעה 19:30 במרפאתנו "על קפה ועוגה".

מספר המשתתפים למפגש מועדון לימודי הינו מצומצם (עד כ- 20 רופאים).

אנו מעמידים לרשות מפגש זה את חדר הישיבות של המרפאה. למעוניינים להשתתף, ניתן לפנות למרפאה.

דנה קליינמן, מנהלת אדמיניסטרטיבית

הרצאות, כנסים ואירועים

15.5.14

DU Implantologie DE L'universite D'evry Paris-FRANCE
ד"ר אן סופי אטל תעביר הרצאה בנושא:
Aménagements Tissulaires Peri-Implantaires

13.06.14

במסגרת הסתדרות לרפואת השיניים בחיפה
ד"ר בני רצקין יעביר הרצאה בנושא:
טיפול ברקמה רכה לפני שיקום.

11-13.10.2013

SEPEs (Sociedad Espanola- de Protesis Estomatologia) Spain, Oviedo

איגוד הספרדי לשיקום הפה
ד"ר ברנרד דהן תעביר הרצאה בנושא:
The Esthetic Zone: an Area in Motion Evolution, Challenges and New Horizons

24-25.10.13

הכנס הבין לאומי הראשון ברפואת השיניים בבלרוס, מינסק.
ד"ר ברנרד דהן תעביר הרצאה בנושא:
הרמת סינוס. גישה מודרנית ושיטות מתקדמות

27.10.13-03.11.13

AB Dental annual international convention. Florida
ד"ר בני רצקין תעביר הרצאה בנושא:
Intraoral Welding in Implant Prosthetic Dentistry

31.10.13-01.11.13

הכנס המדעי לאומי של הר"ש
ד"ר ברנרד דהן תעביר הרצאה בנושא:
Microsurgery and Gingival Recessions: A New Step to do it better

20.12.13

במסגרת הסתדרות לרפואת שיניים בחיפה
ד"ר אן סופי אטל תעביר הרצאה בנושא:
רקמות רכות סביב שתלים. עקרונות וחידושים.

14.03.14

במסגרת הסתדרות לרפואת השיניים בחיפה
ד"ר ברנרד דהן יעביר הרצאה בנושא:
האזור האסתטי:
האתגר באימפלנטולוגיה.

דנטל דפו וול בע"מ
החיך לא יורז מהפנים...

www.wohl.co.il

דרך השלום 9, ת.ד. 376, נשר 36602, טל': 04-8205010, פקס: 04-8205000
דוא"ר: dental_1@wohl.co.il