

דבר העורך

קוראים יקרים, אחד המורים שלי לתותבות נשלפות בבית הספר לרפואת שיניים, לימד אותי פעם שאמנם הטיפול הוא חשוב מאד, אולם האבחנה הנכונה חשובה יותר. לדאבוני, אינני זוכר הרבה מעיקרי הקורס לתותבות, אולם המשפט הזה מלווה אותי עד היום.

כשאנו מקבלים מטופל לבדיקה ראשונית בעקבות בעיה שמפרעה לו, יש חשיבות עליונה להיות צמוד לתהליך המסודר של איסוף הנתונים, סיכום הממצאים, ולבסוף - האבחנה. תכנית הטיפול כמובן מתייחסת בראש ובראשונה לאבחנה המדויקת, ולגורמים האטיולוגיים שלה. מעבר לפן הבריאותי-מקצועי, הקשבה לתלונות המטופל תוך איסוף נתונים מסודר ושיטתי, מציג אותנו ברושם ראשוני טוב יותר, מה שיוביל לאמון רב יותר מצד המטופל והענות גבוהה יותר לטיפול.

ד"ר דהן כותב על הבדיקה הראשונית ועל הנטייה הקיימת היום להימנע מלגבות תשלום עליה - תופעה שמשטע הדברים מובילה לקצור משמעותי בזמן הבדיקה, התעלמות מנתונים חשובים, והגעה לאבחנה מטוענת. גורל הפלטה הבוקאלית בעקבות עקירת שיניים הוא נושא בעל חשיבות עליונה במיוחד לקראת התקנת שתלים באזור האסתטי. ד"ר דהן מציין בכתבה אחרת את חשיבות הנחת הממברנה בשמירתה של הפלטה הבוקאלית.

עוד בגיליון - ד"ר רצקין כותב על המימד הרביעי בהתקנת שתלים, ד"ר גוד סבא מסביר את תאוריית השער בהרדמה המקומית, יפית הסייעת מפרטת קצת על ארגונומיה וד"ר רומנו כותב על פתרון פשוט לחוסר סדירות בשיניים באזורים הקדמיים.

כמו כן, בגיליון זה תוכלו לקרוא גם על אכילה, פעילות גופנית והשמנה שכתבה על ידי ניר שאול, וכמובן - מקרה החודש. קריאה נעימה.

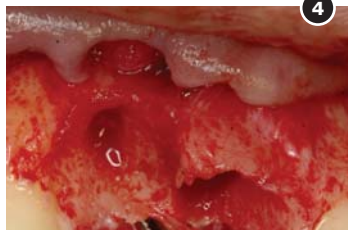
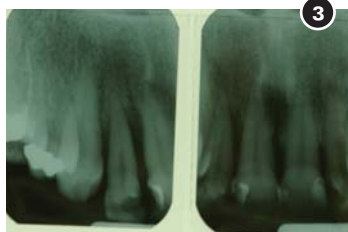
ד"ר אוריאל אטל

לתגובות: mpc@m-m-m.co.il

מקרה החודש

פיתרון לכיסוי הרמטי באוגמנטציה עצם סביב שתלים באזור אסתטי

צוות המומחים במרפאה



מטופלת הסובלת ממחלה פריודונטלית מתקדמת, מעוניינת בפיתרון אסתטי בשיניים הקדמיות. בהמשך לטיפול פריודונטלי מקיף, נראה כי הפרוגנוזה של שיניים 11, 12 אינה טובה. הוסבר למטופלת כי קיימת חלופה של יישור השיניים 11, 12 משולב עם טיפול רגנרטיבי, אולם המתרפאה העדיפה חלופה של התקנת שתלים עם בית עצם.

בגלל האזור האסתטי, העדפנו לוותר על מתיחת מטלית לכיוון כותרתי לכיסוי הנגע האנכי, (טכניקה לא אסתטית שמקטינה את עומק הוסיביולום), ובחרנו **בשתל חניכיים עצמי, הנלקח מעובי הצינוריות הבוקאליות, ומחובר אליו באזור הצווארי** (לצורך אספקת דם).

שתל חניכיים מסוג זה, אומנם גריש לביצוע, אך מביא יתרונות משמעותיים: אסתטיקה טובה בגלל העדרות המתח על המטלית הבוקאלית ופרדיקטביליות גבוהה בשל אספקת הדם. תמונות 1-2-3 ממחישות את התקדמות המחלה באזור הקדמי.

לאחר עקירת השיניים (4), השתלים מותקנים מיידית במקום הרצוי לשיחזורים העתידיים (5) בצורה אוגמנטציה עצם (6) והנחת ממברנת קולגן (7). שתל חניכיים עצמי הופרד מעובי המטלית הבוקאלית ושאר מחובר באזור הצווארי (8) הנחתו ותפירתו ללא מתח של שתל החניכיים מעל הנגע בעזרת מיקרוסקופ, מאפשר כיסוי מלא של העצם והממברנה. לאחר שישה חודשים, ניתן להתרשם משמירת המימד האנכי של הרכס הקדמי, ולאחר חשיפה, השתלים נראים מכוסים ע"י עצם חדשה, תוך כדי שמירת המימד הוורטיקלי (10).

תמונות 11-12 מראות בניית עצם אנכית אשר מסוגלת לתת מענה לרופא המשקם בהשגת בודדה פרוטטית אסתטית.

New bone that lasts

Geistlich Biomaterials leading regeneration

Bio-Oss®
Volume maintenance
High re liability
High success rate

לקבלת מידע נוסף: 09-7626333
www.bio-oss.co.il

"מחקר נפגש עם קליניקה" גורלה של הפלטה הבוקאלית לאחר עקירה

ד"ר בונרד דהן

השאלה, "האם הכל כתוב מראש? או האם בידינו אפשרות להשפיע או לשנות את ריפוי המכתשת לאחר עקירה?"

בגיליון מס 8, ד"ר אטל, הציג את מאמרו של M. Nevins (2006) אשר מדגיש את תרומתה של אוגמנטציה העצם (במקרה זה נעשה שימוש ב-Xenograft), מיידית לאחר עקירה, וזאת כדי לשמור על נפח הרכס כל זמן שהפלטה הבוקאלית עדיין קיימת. התוצאות הרנטגניות מבטאות כי הרכס נשמר כמעט בשלמותו וכי הפלטה הבוקאלית ניצלה בזכות הוספת העצם המינראלית, אולם, חסרים לנו חתכים היסטולוגיים המוכיחים את בניית העצם "נטו" ולא ברור מדוע לא השתמשו במברנות? בהנחה כי ה-B.B. נספגת לאחר 2-3 שבועות, ואינה יכולה לתרום לאספקת הדם לתחליפי עצם, אין כבר מניעה מחידרת הרקמות הרכות, כלומר, חובה הנחת ממברנה.

מסקנותינו הקליניות הן:

- חובה התייחסות מיוחדת לתהליך ריפוי לאחר עקירה באזור אסתטי.
- אין להסתמך על הריפוי הטבעי בשיניים הקדמיות בלבד, אפילו אם ארבעה קירות עצם נראים תקינים ביום העקירה.
- חובה אוגמנטציה עצם מיידית, ע"י שימוש בתחליפי עצם מינראלים ובעיקר הנחת ממברנה, אשר תשמור על שתל עצם לאחר ספיגת הפלטה הבוקאלית, תמנע חדירת הרקמות הרכות ותאפשר בניית עצם איכותית.
- ליסיום:
- שמירה על כללים אלה, מבטיחים את מיטב התוצאות בהתקנת שתלים באזור אסתטי.

Int J Clin Periodontics. 2005 Jun; 32(6):645-52.
Int J Clin Periodontics. 2005 May; 32(5):435-40.
Int J Clin Oral Implants Res. 2006 Dec; 17(6):606-14.

עמידות והתנהגותו של קיר העצם הבוקאלי לאחר עקירת שן, הינו נושא אשר מעסיק לאחרונה את הפריודונטים. אחד מגדולי הפריודונטים של המאה ה-21 (אם לא הגדול ביותר) Jan Lindhe, ממקד את מחקריו על המתרחש לאחר עקירת שן, מבחינה היסטולוגית.

על פניו, נראה כי היסטולוגיה ובייחוד חתכים לאחר עקירת שן הוא נושא יבש וחסר עניין וכי הכל כבר נחקר ונכתב אולם, לא כך הדבר.

J. Lindhe & M.G Araujo & J.L Wennstrom מוכיחים במאמרים, פרסומים וכנסים שונים כי:

- קיימים שינויים מורפולוגיים במבנה מכתשית העצם לאחר עקירה, בעיקר במהלך השנה ראשונה.
- קיר העצם הבוקאלי נוטה להיפסק יותר לעומת הקיר הלינגואלי או הפלאינגואלי.
- התקנת שתל דנטלי, אינה מונעת, ספיגה זו, ותהליך הספיגה נמשך ללא הפרעה (בניגוד לחשיבה הקיימת בשנים האחרונות).

היה מקובל להאמין כי ארבעת קירות עצם הנותרים, לאחר עקירה, אמורים לאפשר אספקת דם לריפוי מלא של המכתשית ולא היה הכרחי לבצע אוגמנטציה עצם עם/בלי שימוש בממברנה.

אמירה זאת נראית כבר לא נכונה כי מעולם לא נותרים ארבעה קירות שלמים (במקרה הטוב, שלושה וחצי), לאחר ספיגת חלקית של הקיר הבוקאלי.

J.Lindhe מצייין כי פיסגת העצם האלוואולארית "Bundle Bone" (B.B) היא עצם דקה, ורואה את הסיבה לקיומה בזכות סיבי הליגמנט (PDL) הנקשרים אליה. עצם זו תיעלם מן הרגע שהשן תעקר יחד עם סיבי ה-PDL, (ספיגה תוך 2 עד 3 שבועות). להיעדרות ה-Bundle Bone, יש משמעות רבה בשיניים הקדמיות ובאזור אסתטי. נשאלת



מוצרים חדשים



Puros® Allografts

Puros Allografts. Working together with nature.



zimmer | dental
Confidence in your hands™
www.zimmerdental.co.il
טל: 03-6124242

- Puros®Cancellous Particles
- Puros®Corticocancellous Block
- Puros®Cortical Particles
- Pericardium Membrane

פינת הסייעות

"מתשע עד שלוש" - מעט על ארגונומיה

יפית הרוש – סייעת

ארגונומיה (הפרוש מיוונית "ארגו" – עבודה, נמוס-חוק) או הנדסת אנוש, הוא מדע העוסק בארגון הרציונאלי של העבודה תוך כדי שמירת יחסי גומלין שבין בני האדם ולסביבתם.

ניתן להבין מכך כי עקרונות הארגונומיה ידאגו לשיפור או ליעול בהשיגי המערכת יחד עם התחשבות באלמנט האנושי. בתחומינו, התייעלות מתבטאת ע"י הפחתה במאמץ הרופא בעבודתו ובעזרה יעילה של הצוות, פרוש הדבר: ניצול טוב יותר של "זמן כסא", הפחתה בעייפות וצמצום השחיקה בעבודה, כלומר "פחות מאמצים ויותר תפוקה".

השינוי השלישי והבולט, מחייב נוכחות של סייעת נוספת מלונג אשר יושבת סמוך למגש העבודה שעבר לעמדה "שעה 9". תפקידה יהיה, להעביר את המכשור לרופא מבלי שיוצטרך לעזוב את שדה העבודה או להרים את ראשו בחיפוש



לאחר השתלמות בחברת "בוצר" (בתל אביב), לאחרונה, החלטנו במרפאתינו לשפר מספר שיטות עבודה וליישם הרגלים חדשים.

• השינוי הראשון הינו מצד הרופא אשר עובד, במרבית המקרים בעמדת "שעה 12".

המטופל שוכב והרופא יושב מאחוריו, גב זקוף. מגש העבודה שעמד בעבר מאחורי ראשו של המטופל, עובר עכשיו לעמדה "שעה 9".

• השינוי השני נעשה ע"י הסייעת העובדת לצידו של הרופא ונשארת

מועדון לחיים

דנה קליינמן – מנהלת אדמיניסטרטיבית

מרתקת. בהמשך נשלב מופע מוסיקלי שינצל את החלל והאקוסטיקה הנפלאה במוזיאון. הארוע יסתיים בארוחת ערב במסעדת "דוניה רוסה" שבכפר. מספר המקומות מוגבל ולכן כדאי להזדרז ולהרשם. לפרטים נוספים ולמעוניינים להצטרף למועדון, הינכם מוזמנים לפנות לדנה 04-8343333 שלווחה 7.

לאחר פעילות המועדון למען תושבי הצפון לאחר המלחמה, החלטנו שהגיע הזמן לחדש את הקשר ולשוב ולהיפגש. בחרנו הפעם להיפגש בעין הוד ביום חמישי ה-20.12.07 בשעה 19:00.

המפגש ייכלל ביקור במוזיאון ינקו דאדא המציג ארבע תערוכות שונות. ההדרכה במוזיאון תחשוף בפנינו את סיפור התערוכות בדרך



שנה טובה
ואוהבים אהבה

הצוות הרפואי והאחיות

אכילה, פעילות גופנית ובעיות השמנה

נר שאול, M.A. מאמן בניה גופנית

מ לא מכיר את התחושה המתסכלת של הליכה מאומצת של שעה, ריצה או כל פעילות גופנית אחרת שמניבה הפסד קלורי של 300 קלוריות בלבד בעוד ששלוש עוגיות שאכלנו בהיסח הדעת שוות ערך לאותה פעילות גופנית, שלא נדבר על ארוחה מלאה או חטיפים באיכות ירודה... מחקרים אחרונים שנערכו בארה"ב מלמדים כי בעיית השמנה היא "המחלה" הגובה את מספר הקורבנות הרב ביותר מכל המחלות המוכרות. בעיית ההשמנה אינה תופעה שהיא נחלתם הבלעדית של המבוגרים, כ-15% מהילדים עד גיל 10 בארה"ב סובלים מהשמנת יתר, וכ 25% מבני נוער מתבגרים, נתון שנמצא במגמת עליה בשנים האחרונות.

מאידך אין שום הוכחה לכך שמידת הפעילות הגופנית ירדה בשנים האחרונות, מכאן שהעליה במשקל קשורה בשני מרכיבים תזונתיים: כמות האכילה ואיכות המזון. פעילות גופנית בלבד לא מורידה במשקל, אלא אם זו מלווה באכילה והרגלי תזונה בריאים!!!

מתאמנים רבים מגיעים אליי עם רצון עז לרדת במשקל ולהיות בכושר גופני טוב יותר, הם מוכנים להשקיע הרבה מאוד בצד הפיזי, אבל כשמיגיע רגע האמת, הם לא מצליחים לוותר על הקרואסון, על מסעדה טובה, או המנה הנוספת בארוחה. חשוב להדגיש שלפעילות גופנית יש יתרונות בולטים בכל הקשור להרזיה. הבררת פעילות מעלה את מסת השרירים ועמן את הדרשה האנרגטית הבסיסית הכוללת של הגוף, במידה ואין אנו מעלים את כמות האוכל שאנו צורכים הרי שהגוף יציל את המאגרים (שומן) כדי לספק דרישה זו.

נקודה נוספת אותה יש לקחת בחשבון היא שהפעילות המטבולית (basic metabolic rate) של הגוף יורדת עם איבוד

משקל, ופעילות איירובית קבועה שומרת ואף מעלה את הפעילות המטבולית. הרכב המזון ואיכותו חשוב לא פחות: ראשית, יש להפחית את כמות השומנים ל-25% מסך הקלוריות היומיות. הסיבה נעוצה בעובדה שריכוז האנרגיה בשמן הוא גבוה: כל גרם שומן מכיל 9 קלוריות לעומת גרם פחמימה או חלבון המכילים 4 קלוריות בלבד. כמו כן, יש להקפיד שמתוך 25% הקלוריות השומניות שאנו צורכים שני שליש יהיו שומנים בלתי רוויים (שומן החשב בריא: שמן זית, קנולה, דגני ים, אגוזים, טחינה ואבוקדו), ולא יותר משליש שומנים רוויים (שומנים מהחי, הנחשבים לא בריאים: בשר שמן, קקאו, מוצרי חלב שומנים ומרגרינה).

בזמן פעילות מסוגלים שרירינו להשתמש בפחמימות, שומנים, וחלבונים לצורך הפקת אנרגיה. בעת פעילות גופנית מאומצת אנו מאבדים ממסת השריר שמורכבת ברובה מחלבון, ולכן חשוב להקפיד על אכילת חלבון רזה שנספג במהרה מיד אחרי האימון: עוף, גבינות רזות, דגים וביצים. שתיית מים היא חלק בלתי נפרד מהתפריט של אדם פעיל, ובמיוחד אדם פעיל הסובל מעודף משקל. ובמיוחד שמתן תחושת המלאות הבטן.

לסיכום,

קל מאוד לשכנע את אותם מתאמנים כי הפעילות הגופנית היא הכרחית לאיכות חיים טובה יותר, אך מאוד קשה לשכנע ולהוביל אותם למסקנה כי אנו אוכלים כדי לחיות ולא חיים כדי לאכול. הבעיה מחריפה כאשר מתאמנים "מרשים" לעצמם לחרוג מכמות האוכל המספקת באמתלא כ"אני מתאמן אז אני יכול להרשות לעצמי....." הדרך לבריאות גופנית ולמשקל נכון מחייבת הן פעילות גופנית מחד והן שמירה על תזונה נכונה מאידך.

חניכיים צמודות ושיקום

ד"ר אלון סבאון, מומחה לפריוודונטיה, תל אביב

הערה: בגיליון מס' 10 נפלה טעות בכתיבתו של ד"ר סבאון. התמונות שהוצגו במקרה הראשון לא תאמו להצגת המקרה שתואר בכתבה. מערכת העיתון מתנצלת על כך בפני ד"ר סבאון וקוראי העיתון. לפיכך, אנו מפרסמים שנית את המקרה עם התמונות המתאימות.



1. מטופל עומד לקבל שיקום טוטאלי 26-16. ניתן לראות חוסר בחניכיים צמודות ומתח שמופעל ע"י הפרנסום.
2. בוצעה השתלת חניכיים Free gingival graft.
3. ניתן לראות את החניכיים עם השיקום הקבוע 3 שנים אחרי.

הכל בידינו!

הבדיקה הדנטלית, כבודה במקומה מונח!

ד"ר ברנד דהן

בדיקת אבחנה קצרה אצל אונקולוג או אנדוקרינולוג אינו "מרים גבה" על עלות הבדיקה.

אם כך, מדוע מקצוענו והאיבר בו אנו מטפלים, הפה, סובל מדימוי כה נמוך? **כיצד ניתן לצפות שהציבור יכבד את מקצוענו אם אנו, בעצמנו, לא מעריכים את עבודתנו ותפקידנו.**

תחרות היא חיובית ובריא, אולם, אין היא מחייבת אותנו ליצור זילות במקצוענו. כאשר מתרפא פונה למרפאה על מנת לקבוע תור לבדיקה, יש לעדכן כי **הבדיקה בתשלום זמניה עלולה, הקדמה** זו תמנע אי הבנות בזמן התשלום ותרחיק את הגעתם של לקוחות אשר מחפשים "מציאות".

רופא היא חייבת אותנו ליצור זילות ללא עלות (בדיקה וצילומים חינם, שיננית חינם), אינו יכול לבצע את מלאכתו הכלה וזכרת את העץ עליו הוא יושב. עלינו לזכור כי אנו לא עוסקים במסחר אלא ברפואה ויש להקרין זאת למטופלים. **אנו אחראים לתדמיתנו וחובתנו ליישר קו, לחזק ולהעצים את מקצוע רפואת השיניים.**

וחשוב לזכור כי הכל בידנו!

במרפאתנו, אנו נפגשים לעיתים עם מטופלים אשר משמיעים באוזנו טענות שונות על עלות הבדיקה. האם קרה לכם פעם שעמעתם את אחד מהמשפטים הבאים?

"כל כך הרבה כסף עבור בדיקה בלבד?"
או, "בסך הכל רציתי לקבל הצעת מחיר" או, הגרוע מכל "אצל רופאים אחרים לא גבו ממני כסף על הבדיקה".

במהלך הבדיקה הדנטלית, הרופא משתמש בכל הידע הרב שבצר, ובמהלך 30 דקות לפחות, הוא אוסף מידע על האנמנה הרפואית והדנטלית, מתעד את פרטי תלונות המטופל, מעיין בצילומים, בודק בקפדנות את פיו של המטופל ובסוף מגיע לעיקר האבחנה, אשר קובעת את תוכנית הטיפול... שלא נדבר על ההסברים שיקבל המטופל לפני עזיבתו.

עלות הבדיקה נקבעת ביחס ישר ליכולתו המקצועית של הרופא לבצע אבחנה מדויקת והיא אינה פונקציה של זמן הבדיקה, שכן, שנות לימודיו, השתלמויותיו הרבות וניסיונו העשיר של הרופא הם הגורם ליכולת אבחון מדויק ומתן פתרונות בזמן מצומצם.

מטופל המחויב בתשלום גבוה עבור

שער להרדמה ללא כאב

ד"ר גד סבא, חיפה

שאחראים על שינוי בריכוז ובזיכרון; ג) תגובות מוטוריות, עליית לחץ-דם ועליה בקצב הלב.

גירוי הכאב נעשה על-ידי שני סוגים של סימום עצבי: א) סיבי Aδ (עובי 2-5 μm בעלי מעטפת דקה של מיאלין ובעלי מהירות העברת גירוי בין 4-40ms; ב) סיבי C (עובי 0.3-3 μm) ללא מיאלין ובעלי מהירות העברת גירוי איטית של כ-0.2ms. ישנם גם סיבים של מעבירים כאב. אלו הם סיבי Aβ עטופים במיאלין בעלי קוטר גדול יותר, אשר מעבירים גירוי מגע (פרופרוספטטיביים) במהירות גבוהה.

כאב הדקירה מועבר על-ידי סיבי Aδ, זהו כאב מהיר בעל סופוגרפיה מדויקת, כאשר סיבי C מעבירים לאחר מכן כאב אזורי מתפשט. הפעלת סיבי Aβ מחלישה את גירוי הכאב.

חשוב להזכיר שמבחינה עצבית, אזור הפנים, והפה במיוחד, מאד עשיר בעצבים וקולטנים. הקומפלקס הנוירוני מספר V אחראי לאזור המצומצם הנ"ל, כאשר באזור התלמאמוס (Thalamus) והקורטיקל הוא מקבל את הייצוג הרחב ביותר בגוף.

הגישה הטיפולית המקובלת כיום מונחת על-ידי התפיסה שהמטופל לא אמור לסבול מכאב. יש להיעזר בדרכים רבות בכדי לפרק את החבילה הטרואומטית שנקראת טיפול שנינים בצורה שתאפשר פיוס בין המקצוע לאוכלוסיה. במאמר זה אציג דרך להפחתת הכאב הכרוך בהרדמה.

פעולת ההרדמה היא אקט יומיומי המלווה אותנו כמעט בכל הפרוצדורות ברפואת שיניים. לפני שנים, נחשפתי במסגרת שעורי הפיסיולוגיה לתיאורית ה"גייט-קונטרול" (Gate Control Theory of Pain) שהומצאה ב-1965 על-ידי פטריק וול ורונאלד מלזק (Patrick Wall & Ronald Melzack). התיאוריה שימשה בסיס לתרפיה בעזרת נירוסטימולציה (בשימוש בפסיכיאטריה), להלן עיקריה.

רקע: כאב הוא נורת אזהרה לגירוי נוסטיפטיבי, בתגובה לאיום כלשהו. הגירוי הנוטיפטיבי נובע משילוב של מספר גורמים האחראיים על מניזם הגנה: א) מיקום ומדידה של עוצמת הגירוי; ב) אלמנטים אפקטיביים או הכרתיים

העולם הדנטלי במלואו



www.wohl.co.il

OSADA חנה

- * היחידה שעושה את ההבדל
- * מעתה ניתן לרכוש אצלנו
- * תצוגה מרהיבה במשרדנו
- * מצפים לראותכם

9 Hashalom Rd., Neshet 36602, ת.ד. 376, נשר 04-8205000
דור הלום 9, כביש בר-הודיה, ת.ד. 376, נשר 36602, 04-8205000
דוא"ר: dental_1@wohl.co.il, www.wohl.co.il



התקנת שתלים באיזור אסטטי, המימד הרביעי

Funato et al IJPRD 2007 על פי המאמר של * על בני רצקין

דר' בני רצקין

הדבר יאפשר אסטטיקה טובה למוסך השתל, וכן פלטה בוקלית עבה יותר. ראש השתל ימוקם אפיקלית 2-4 מ"מ מתחת לגבול החניכיים. המיקום הבוקו-לינגואלי והמזאיו-דיסטלי לפי Tamow -1 מחייבים עצם בוקלית של יותר מ-2 מ"מ, מרחק בין שתלים של יותר מ-3 מ"מ, מרחק בין שתל לשל של יותר מ-2 מ"מ. במקרה של עקירה ושתל מיידית יש צורך במיקום השתל במחנה לינגואלי במכתשית. במידה והמרווח בין ראש השתל והמכתשית יעלה על 2 מ"מ יש צורך בהשתלת עצם. כאשר עובי העצם הבוקלית קטן מ-2 מ"מ, יש לשקול הגדלת המרווח ע"י מיקום לינגואלי יותר, או הקטנת קוטר השתל וזאת על מנת שתישאר עצם בוקלית של 1.5 מ"מ שתוכל לתמוך ברקמה הרכה כדי להימנע מנסיגת חניכיים. אמצעי נוסף למניעת נסיגת עצם היא שינוי בלטרופומת המבנה הפרוטטי והקטנתו לעומת קוטר השתל (Platform switching).

המימד הרביעי במקרים מורכבים

כאשר מדובר במקרים עם מספר שתלים ונגעים בעצם, ונותרות שיניים הניתנות לשימור, ולו זמנית, מומלץ לשקול עקירות ולהותיר שיניים אסטטיות כדי לתמוך בשחזור זמני קבוע. ניתן יהיה לשמר את העצם הבניית ואת אתר השתלים העתידי בלי לחץ של תותבת נשלפת עליו. בחרים בשיניים אסטטיות בונים גשר זמני קבוע כשמתחתי אתר העקירות ובניית העצם והרקמה הרכה. בהמשך מותקנים השתלים, אשר נקלטים אף הם מתחת לגשר הזמני ואשר הם בתורם הופכים לעמודים העיקריים לתמיכה ומאפשרים עקרת השיניים ששימשו לתמיכה הזמנית עד כה. ההחלטה צריכה להתבצע פרטנית.

מסקנות

הבנת הקלסיפיקציה וההתוויות להשתלה מיידית או מאוחרת, יתרמו לקביעת תוכנית טיפול מתאימה, ולהערכת זמן נכונה. הטיפול התלת מימדי מקבל מימד נוסף- התזמון או מסגרת הזמן המשתנה ממקרה למקרה. לקריאה נוספת ניתן לעיין ב-

*Int J Periodontics Restorative Dent. 2007 Aug;27(4):313-23.

התזמון - קביעת לוח זמנים לפעולות הבאות:

1. עקירה.
2. שימור או תוספת של רקמה רכה וקשה.
3. התקנת השתל.
4. התקנת המבנה.
5. עיצוב הרקמות הרכות בעזרת מבנים וכתרים זמניים לקבלת פפילה בין שינית.
6. שיקום סופי.

למועד העקירה, התקנת השתל וחיבור המבנה יש השפעה חשובה על התוצאה הסופית, קיימות גישות המצדדות בעקירה והשתלה מיידית, לעומתן אחרות המעדיפות גישה רב שלבית.

התזמון של העקירות והתקנת השתלים קובלה את הקלסיפיקציה הבאה:

- **Class 1** עקירה והשתלה מיידית - Implant Placement Immediate, (בלי/עם הרמת מתלה), עם אוגמנטציה/GBR/שתל רקמת חיבור.
- **Class 2** התקנת שתל מוקדמת - Early Implant Placement לאחר 6-8 שבועות. אוגמנטציה של עצם מתבצעת בשלב העקירה או בשלב ההשתלה.
- **Class 3** התקנת שתל מאוחרת - Delayed Implant Placement לאחר 4-6 חודשים.

אוגמנטציה של המכתשית במועד העקירה או התקנת השתל, או שניהם. סביר להניח צורך בכירורגיה של רקמה רכה.

האינדיקציה ל- Class 1 (עקירה והשתלה מיידית) - שן עם בעיות אנדוונטליות ללא אובדן העצם המכתשית. העצם בשן הסמוכה תיבוק ותוערך שכן ה- Interproximal height of bone (IHB) בשן הסמוכה קובע נוכחות או חוסר פפילה. יש צורך במרחק עד 4.5 מ"מ מנקודת המגע בין שיניים עד לעצם על מנת שהפפילה תיווצר.

במידה וה- IHB מעל 4.5 מ"מ, האינדיקציה היא Class 3 - Delayed implant placement עם טיפול אורתודונטי מקדים כהבקעה מואצת, המאפשר תוצאה אסטטית טובה. מומלץ להבקיע את השן ב"עודף" חניכיים של 2 מ"מ לפחות, ולהמתין 3 חודשים עם קיבוע, לייצוב.

מיקום השתל:

ציר האורך ומיקום יציאתו ימוקמו לינגואלית לקו האינסוזילי של החותכות הסמוכות.

(3D) המשיג פונקציה ואסטטיקה כאחד. התכנון הראשוני מתחשב בשן העומדת להיעקר, במצב העצם השארית, וביצוע רגנרציה ואוגמנטציה של רקמות רכות וקשות. גורם מכריע נוסף, החייב להיכנס לתוכנית הטיפול הוא התזמון או המימד הרביעי, המאפשר תכנון של מימד הזמן בביצוע הפעולות הקשורות בשיקום נתמך שתלים.

פתרון פשוט לחוסר סדירות בשיניים באזורים הקדמיים

דר' רפי רומנו מומחה ליישור שיניים ולסתות

המרחק הסביר בין אדם לאדם בשעת שיחה (5). ניתן לחזור על התהליך מספר פעמים כאשר בכל פעם ניתן לשנות את נקודות הליחץ לפי התקדמות השן. יש לשים לב לבצע איזון סגרי בכל פגישה על מנת למנוע הפרעה בסגר עקב שינוי מיקומה של השן וכן לבדוק אם אין צורך בביצוע הורדה מינימלית של חומר שן באזורים האינטרפרוקסימליים על מנת לאפשר את תזוזת השן. לאחר מספר קשתיות ניתן כבר לראות שינוי משמעותי (6). עלות הטיפול הן לרופא והן למתפרא נמוכה משמעותית יחסית לכל שיטה אחרת וכן נדרש זמן כסא קצר ביותר.

עמים רבות אנו נתקלים בצורך לבצע תנועות שיניים קטנות כגון רוסציה, TIPPING אינטרוזיה או אקסטרזיה. תנועות אלו מצריכות לרוב הרכבת מכשור אורתודונטי קבוע על גבי מספר שיניים רב ולמשך זמן ממושך. לעיתים, ניתן למצוא פתרון חליפי נוח ופשוט הן לרופא והן למתפרא. בגיליון הנוכחי נתאר שיטה אחת לפתרון זה.



קשתיות שקופות:

בשיטה המתארת להלן ניתן להזיז שן בודדת או מספר שיניים בעזרת מספר קשתיות שקופות אותן מרכיבה/המתפרא/ה במשך כ-22 שעות ביממה (פרט לאוכל ולצחצוח). במקרה המתואר להלן (1) ניתן לראות בליטה של שתי החותכות הצדדיות בוקלית. לאחר לקיחת מידה ויציקתה בגבס, מכינים באמצעות פרייזר, "תעלה" בצורת אליפסה בצד של השן עליו אנו מעוניינים להפעיל לחץ (2), בעוד שבמשטח הנגדי מוסיפים שעווה או חומר מרוכב על מנת לאפשר תנועה של השן לכיוון הרצוי (3). באמצעות מכשיר להכנת קשתיות (המשמש גם להכנת קשתיות להלבנה) (4), מכינים קשתית מסוג ESSIV בעובי 1 מ"מ מחומר קשיח. הקשתית הינה שקופה ואינה נראית ממרחק של 50 ס"מ ומעלה שהוא

פנוסנטר

מכון רנטגן ו- C.T. לצילומי שיניים ולסתות

הכי ותיק בכרמל

חדש!

C.T. I-CAT הדגם המתקדם בעולם

ביצוע ע"י טכנאים מדופלמים בעלי נסיון רב. כל הצילומים ניתנים להעברה ל- e-mail, אתר אינטרנט 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

