



MPC NEWS

MORIA
PERIODONTAL
CENTER

EXCELLENCE FOR HEALTH, AESTHETICS & QUALITY OF LIFE

מקרה החודש

שתל דנטלי באזור אסתטי: "הפרוטוקול הסביבתי" // צוות המומחים במרפאה

זמני אשר הודבק מיידית (8). לאחר מספר חודשים, מבוצעת חשיפה מינורית (9) המאפשרת את השלמת הכתר על ידי רופא השיניים המשקם (10). לסיכום: דרישה לקבלת תוצאות אסתטיות מספקות באזור קדמי, מחייבת התייחסות כוללת וסביבתית לנגעים הגרמיים ואל הרקמה הרכה, ולכן כאשר מטפלים באזורים אלו יש להיצמד ל"פרוטוקול סביבתי" קבוע.

(המאופיינים על ידי תהליך ספיגה איטית) בחלל העקירה במטרה לשמור על נפח הרכס ולמתן את התמוטטות הקיר הבוקאלי (J. Lindhe). (4,5) ספיגה זו בדרך כלל, אחראית לפגם האסתטי המתבטא על ידי הצללה. הושם דגש על עיבו הרקמה הרכה בעיקר בצד הבוקאלי, יחד עם הכיסוי האוקולוזלי: (שתל) החניכיים עשוי מרקמת חיבור, CTG (6). התפרים הפאסיבים (M.Suzuki, D. Shanelec) נתפרו באמצעות המיקרוסקופ (7) ושיחזור

מיכל, בת כ-45, בעלת מודעות גבוהה לנושא בריאות הפה, מתלוננת על אי נוחות מתמדת באזור שן 21, בעיקר במהלך לעיסה (1). לאחר התייעצות עם אנדודונט וכאשר שלא נתגלתה בעיה פריודונטלית המסבירה את התופעה, הצענו למטופלת לבצע חשיפה כירורגית אבחנתית. בעזרת המיקרוסקופ, התגלה סדק אנכי באספקט המזיאלי של שן 21 (2) ובתאום עם הרופא המשקם, הוצגו לפני המתרפאה, חלופות טיפוליות שונות.

בהתחשב בתמונה הקלינית הכללית (מטופלת צעירה יחסית, קו חיוך גבוה ודרישה לאסתטיקה), בחרנו בטיפול "המשודרג" המתחייב באזור אסתטי, כלומר, **התקנת שתל בסביבה גרמית ורקמתית מתאימה**, הן מבחינה ביומכאנית והן מבחינה אסתטית.

השן נעקרה בצורה אטראומטית (ללא הרמת מטלית) והותקן מיידית שתל דנטלי עם הכוונה תלת ממדית (3) (U.Grunder). נגע גרמי מתון שהופיע באזור מזו-בוקאלי, חייב להניח ממברנה נספגת מסוג קולגן: (Biomend Extend). בצורת (D.Tarnow) Ice Cream Cone. במקביל הוחדרו תחליפי עצם מסוג: Xenograft,

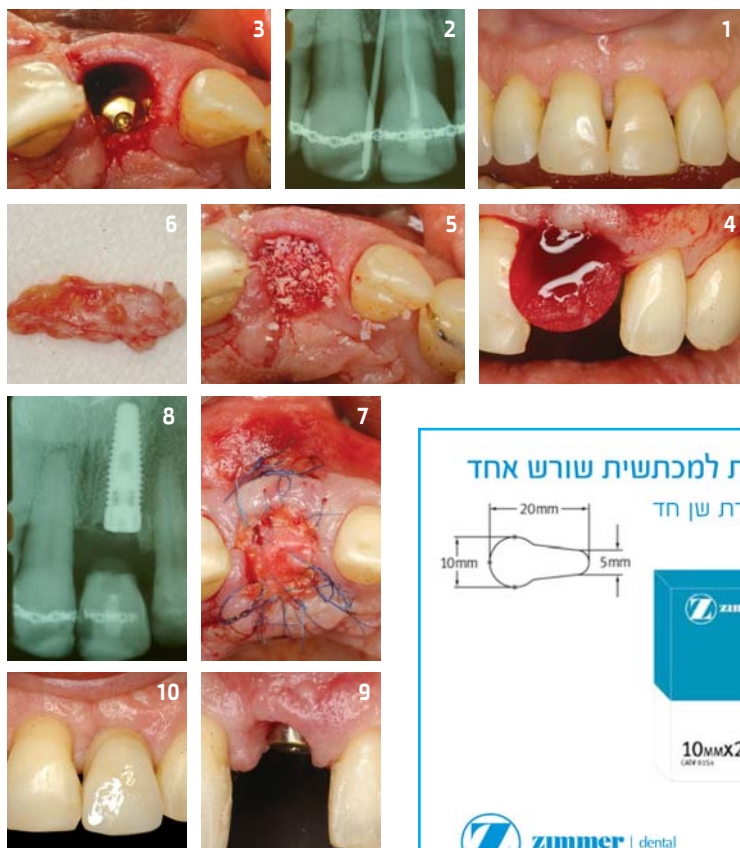
דבר העורך / ד"ר בני רצקין

הטיפול המוצלח במחלת חניכיים לאורך זמן, דורש לעיתים התייחסות נוספת, מעבר לטיפול הפריודונטלי בלבד. ד"ר דהן חושף בפנינו את השקפתו בנושא. השאלה שאנו שואלים את עצמנו מידי יום, האם נכון לעקור או לא לעקור שיניים לקראת התקנת שתלים, תענה בחלקה על ידי ד"ר מאיר המביא תמצית מאמר בעניין.

בפרסום ברפואת שיניים כבר דנו בעבר, המאמצים שהושקעו לשנות את התקנות ששירתו בעיקר את התאגידים הגדולים וחלק מיזערי מרופאי השיניים הפרטיים, נשאו פרי, התקנות שנו על ידי המחוקק. נותר רק לראות כיצד הגוף שתפקידו לפקח ולאכוף, יעשה מלאכתו. התקנת שתל באזור הקדמי דורשת תשומת לב, את הפרוטוקול הסביבתי המתאים תמצאו במקרה הקליני.

הקץ שהגיע, מביא חדשות למרפאתנו, כפי שכותבת המנהלנית דנה קליינמן, מצטרפים אלינו ד"ר ארנון הכותבת על הסבתות שנעלמו בעזרת הבוטוקס ואמצעים נוספים, וד"ר דורצ'ין הסוקר את השימוש בסמכים אורתודונטיים. בנרץ אותם בברוכים הבאים ובהצלחה. לסיום מציע ניר שאל להיפרד מהעייפות בעזרת פעילות גופנית ועל פניו נראה שהציבור הישראלי מקבל את עצתו, שכן רואים יותר אנשים ההולכים ברגל, רוכבים על אופניים או עוסקים בפעילות גופנית אחרת. קריאה מהנה וקץ קריר.

לתגובות: mpc@m-m-m.co.il



Zimmer Socket Repair Membrane ממברנה המיועדת למכתשית שורש אחד

הממברנה מיועדת לסייע בריפוי המכתשית ולשימור שאריות הרכס, לאחר עקירת שן חד שורשית ללא מתלה.



- Absorbable Membrane made of Type I Collagen (Bovine)
- Pre-cut to fit single-root sockets, saving the clinician time
- Flapless technique maximizes long term esthetics

* Developed in conjunction with Dr. Dennis Tarnow NYU



www.zimmerdental.co.il

זימר דנטל - רח' ביאליק 143 רמת גן 52523
טל': 03-6124242, פקס: 03-6124243

המחלה הפריודונטלית: מבט מזווית אחרת

ד"ר בורנד דהן

עשרות שנים, הפריודונטולוגים עוסקים בחיפוש עיקש אחרי הגורמים הייחודיים להתפתחות מחלת החניכיים והדרכים לטפל בה. הטיפולים המקומיים (שמרניים או כירורגים) שהוצעו, אכן הוכיחו את עצמם, אך כמי שמתמודד שנים רבות עם מטופלים הסובלים ממחלה זו, נראה כי מחלת החניכיים אינה נקודתית ומעורבים בה גורמים רבים נלווים המשפיעים על הריפוי ושמירת התוצאות לטווח ארוך.

התסמונת הפריודונטלית מחייבת התייחסות רחבת אופקים והתמקדות במספר היבטים: **1. שינוי בהרגלי היגיינה ותחזוקת הפה**, דבר שהמטופלים מיישמים מיידית, אך עם הזמן והפחתת הסימפטומים, קיימת ירידה במוטיבציה ובהתמדה בהוראת ההיגיינה. על המרפאה לפתח מנגנון אשר יבטיח עירנות ושמירה על רמת המוטיבציה לטווח הארוך. לשינוי, יש תפקיד בכיר בשמירה זו ועליה להפגין במהלך המעקב יחסי אמון, קרבה ורגישות תוך כדי נחישות.

2. עישון כבד הינו מכשול עיקרי אצל מטופלים רבים. הפחתה או הפסקה בעישון הופכים להיות אחד התנאים להצלחת הטיפול. אין מקום לגישה שלילית או ביקורתית, אלא, יש להעדיף שיכנוע מתון והדרגתי, מבוסס על הסברים, הזדהות, אמפטיה, עידוד ותמיכה (1). **3. "דחק", סטרס או מתח נפשי**, יכולים להתגלות כגורמים מזרזים ובעלי משמעות בהתמוטטות וקריסת הרקמות התומכות השן בלסת. **פעילות גופנית** מבוקרת יכולה להיות מענה מתאים ומשתלבת עם הפסקת העישון, כאשר שני ההתהליכים פועלים בסינרגיה (2,3). **4. מחקרים רבים מוכיחים כי, תזונה לא נכונה ועודף משקל**, משתתפים בהתפתחותה של המחלה הפריודונטלית. אין להסס ולהתייעץ עם אנשי מקצוע המתמחים בתחום אשר ישולבו לטיפול הפריודונטלי (4,5).

האפקט הפסיכולוגי החיובי, הנובע מלקיחת הבריאות בידי של המטופל, הינו גורם דומיננטי בפני עצמו. האווירה החיובית הניצחונית (Positive Mental Attitude) המלווה את הטיפול הפריודונטלי תומכת, מחזקת ומעודדת את המטופל בשינויים המתחוללים.

5. המחלות הסיסטמיות המעורבות והמלוות את המחלה הפריודונטלית (סכרת, מחלות קרדי ווסקולאריות, נשימתיות...) **והקשר עם הריני, לידות מוקדמות ולידות במשקל נמוך**, מחייבות את הפריודונט להיות ערני ולהתנהג כמנצח בתזמורת, המסוגל להפעיל את כל הנגנים (6).

על הפריודונט המודרני לאתר את כל הגורמים הישירים והבלתי ישירים הקשורים להתפתחות מחלת החניכיים.

הפריודונט לא יסתפק באקט כירורגי מקומי, אלא, יחפש את שבירת המעגל בו נמצא המטופל. יש לראות בפריודונט "מאמן", עם "אצבע על הדופק" המניע תהליך חיובי ומוביל שינוי משמעותי באורך החיים של המטופל ובבריאותו (7,8).

הפריודונט ומרפאתו נדרשים להתאים עצמם לשינויים החלים בחברתנו ולשתף בטיפולי צוות יועצים אשר יעבדו כאחד, במקביל לטיפולים הפריודונטליים הקונבנציונאליים.

הפריודונט הופך למין "מדריך לאיכות חיים". בדרך זו המטופל עובר את הטפול הפריודונטלי כחוויה המובילה לשיפור משמעותי בבריאותו ובחיי.

ביבליוגרפיה:

5. Association between body weight and periodontal infection. Ylostalo P, Suominen-Taipale L, Reunanen A, Knuuttila M. Institute of Dentistry, University of Oulu, Oulu, Finland.

6. Diabetes Mellitus and periodontal diseases. Mealey BL, Oates TW; American Academy of Periodontology. Department of periodontics, University of Texas Health Science Center at San Antonio, San Antonio, TX78229, USA.

7. The potential impact of periodontal disease on general health: a consensus view. Williams RC, Barnett AH, Claffey N, Davis M, Gadsby R, Kellett M, Lip GY, Thackray S. University of North Carolina, School of Dentistry, Chapel Hill, NC 27599, USA. Ray_williams@dentistry.unc.edu

8. Oral health-related quality of life and periodontal status. Ng SK, Leung WK. Faculty of Dentistry, The University of Hong Kong, and Department of Psychiatry, Tuen Mun Hospital, Hong Kong SAR, China.

1. The effect of quitting smoking on chronic periodontitis. Preshaw PM, Heasman L, Stacey F, Steen N, McCracken GI, Heasman PA. School of Dental Sciences, University of Newcastle upon Tyne, Newcastle upon Tyne, UK.

2. The relationship of stress and anxiety with chronic periodontitis. Vettore MV, Leao AT, Monteiro Da Silva AM, Quintanilha RS, Lamarca GA. Department of periodontology, Federal University of Rio de Janeiro, Brazil. maga@compuland.com.br

3. Increased Physical activity reduces prevalence of periodontitis. Al-Zahrani MS, Borawski EA, Bissada NF. Division of periodontics, Faculty of Dentistry, King Abdulaziz University, P.O.BOX 100434, Jeddah 21311, Saudi Arabia.

4. Overweight and obesity as risk indicators for periodontitis in adults. Dalla Vecchia CF, Susin C, Rosing CK, Oppermann RV, Albandar JM. Department of periodontology, Lutheran University of Brazil, Canoas, Brazil.

חדש במרפאה //

דנה קליימן, מנהלת אדמיניסטרטיבית

מרפאת מומחים מוריה מברכת על הצטרפותם לשורותיה את **ד"ר חזי דורצין - מומחה ליישור שיניים ולסתות** ואת **ד"ר מימי ארנרין - מומחת לכירורגיה כללית**.

מרפאתנו מציעה למטופליה מגוון טיפולים משלימים לטיפול הפריודונטלי. יישור שיניים הינו טיפול נדרש לעיתים קרובות לאחר ניתוחי חניכיים. מזה מספר שנים, בסיועו של ד"ר רפי רומנו, אנו מציעים טיפולים אורתודונטים במרפאה וכיום אנו מצריכים אורתודונט מומחה נוסף - **ד"ר חזי דורצין** אשר סיים את לימודי רפואת השיניים באוניברסיטה העברית, הדסה ירושלים בשנת 1983. בשנת 1996, ד"ר דורצין סיים את לימודי ההתמחות באורתודונטיה עם תואר מסטר במדעי רפואת השיניים באוניברסיטת סידי, אוסטרליה, והוסמך בארץ כמומחה ליישור שיניים ולסתות.

במרפאתנו, ד"ר דורצין יטפל במבוגרים בלבד ויציע את מגוון הטיפולים הקיימים למבוגרים. ד"ר דורצין ימשיך במקביל את פעילותו במרפאתו הפרטית בחיפה ובמרפאות אחרות.

בנוסף, בשל הדרישה הגוברת לאסתטיקה, ובמיוחד לאחר סיום הטיפול הפריודונטלי, אנו מציעים למתורפאים מגוון טיפולים אסתטיים באזור הפה והפנים, ללא התערבות כירורגית ובשימוש בחומרי הזרק שונים.

הטיפולים מבוצעים על ידי **ד"ר מימי ארנרין**, בוגרת בית הספר לרפואה (MD) של הטכניון משנת 1993. מומחת לכירורגיה כללית מענת 2002, שימשה כירורגית בכירה במחלקה כירורגית ב' ומרפאת מומחים לכירורגיה של השד בבית חולים רמב"ם.

עברה השתלמויות מקצועיות בתחום האסתטיקה במרכזי הוראה מובילים באר"ב ובאיטליה. חברה בהסתדרות הרפואת הישראלית (הר"י), באיגוד הכירורגים בישראל ובאיגוד הרפואה האסתטית האמריקאית (AMET).



פנוסנטור

מכון רנטגן ו- C.T. לצילומי שיניים ולסתות

הכי ותיק בכרמל



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

Geistlich
Bio-Gide®

Geistlich
Bio-Oss®

The Master's Choice

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

כאס

LEADING REGENERATION

הינך עייף? ... יש לנו פתרון //

יש לנפץ את אחד המיתוסים הנפוצים בתחום הפעילות הגופנית ולהציג את העובדות המדעיות הקשורות בהם: "פעילות גופנית גורמת לעייפות", נהפוך הוא - ככל שאנו מעלים את רמת הכושר הגופני, כך הפעילות הגופנית מעניקה לנו תחושה אנרגטית גבוהה יותר. פעילות גופנית קבועה ומתונה עוזרת בהפגת עייפות ובהפחתת מתח.

אכן, מומלץ להימנע מפעילות גופנית עצימה סמוך לשינה, משום שהדבר עלול לגרום לקשיי הידרמות. יש לתאם את מועד הפעילות הגופנית לסדר היום ולאפיין הביולוגי ("טיפוס לילה").

יתרה מזו, מתברר שבהעדר כל סיבה גופנית או אורגנית לביצוע פעילות גופנית אירובית (הליכה, שחיה) הדרך הטובה ביותר לחזור במהירות לרמות אנרגיה גבוהות ולמצב בו מרגישים רעניים היא אימונים קבועים בעומס תת מיירבי. זאת משתי סיבות: האחת במצבי תשישות אנשים נמנעים מביצוע מאמץ דבר שמחמיר את חולשת הגוף, והשניה הינה שאימון גופני משפר את התפקוד האובייקטיבי של הגוף, נכון שקימת עדיין מגבלה לביצוע המאמץ אבל אימון גופני במסגרת המגבלות עשויה לשפר את היכולת לבצע מאמץ ובטח את התחושות וההרגשה.

לסיכום,

מאוד קל, נעים ונח לשקוע בשגרת החיים ולמצוא תירוצים למה לא לעשות פעילות גופנית. בדרך כלל חוסר הפעילות מלווה בשרירים רפויים, ביציבה לא נכונה בעודף משקל ובתחושות והרגשות שליליות.

כל אחד ואחת בכל גיל יכול ומסוגל לעשות פעילות בהתאם למצבו, מעבר לשיפור הגופני סביר להניח שפעילות גופנית קבועה תוריד את רמת העייפות, תעלה את רמת האנרגיה ותגרום לי להרגיש כמנצח!

שוב שרויים מול הטלוויזיה, בקושי מצליחים להתכופף קדימה כדי להגיע לשלט, ולא מצליחים להשאיר את העיניים פקוחות, אז למי יש בכלל כוח לצאת החוצה לסיבוב הליכה.

עייפות ופעילות גופנית

מי מאיתנו לא מסיים את יום עבודתו עייף ותשוש, ומבלי להיכנס לעומקה של הגדרת המונח ניתן להבחין בעייפות הנגרמת לאחר פעילות גופנית ומתבטאת בכאבי שרירים ומלווה לעיתים בתשישות נעימה, לעומתה יש עייפות כרונית המלווה אותנו לכל אורך היום ומתבטאת בחוסר חשק וכח לעשיית דברים, ברמת אנרגיה נמוכה ובתשישות כללית. עייפות שכזו יכולה להוות תסמין למגוון רחב של מחלות כמו מחלות זיהומיות, דלקתיות, היחלשות המערכת החיסונית או למצב של דיכאון או חרדה, תזונה לקויה, או ללא כל סיבה.

הטיפול הטוב ביותר בתסמונת העייפות הינו ביצוע פעילות גופנית מודרכת ומבוקרת. ממחקרים שנערכו באוכלוסיות בגרות נמצא כי פעילות גופנית בעצימות נמוכה, עשויה להקל מתחושת העייפות הנלווית. החוקרים המפרסמים את המאמר, הגיעו למסקנתם בהתבססם על דיווחים רבים מ-1700 מטופלים שהשתתפו בניסוי וניסו להילחם בעייפות. על פי הממצאים מהמחקר מסתבר, ש-30-60 דקות של פעילות אירובית, שלוש פעמים בשבוע משך 12 שבועות, הביאה לירידה משמעותית בעייפות של המשתתפים שפעלו כך, בהשוואה לאילו שלא היו בפעילות אירובית.

הפעילות הגופנית יכולה להיעשות בצורת שונות, אם בבית, הליכה, רכיבה על אופנים, שחיה וכיו"ב.

לאן נעלמו הסבתות? // ד"ר מימי ארנרייך, מומחית לכירורגיה כללית. רפואה אסתטית

של הניירורנסמיטר אלא עיכובו בלבד, אין חשש לשיתוק האזור המוזרק. השפעתו של הבוטוקס מתחילה 2-5 ימים ונמשכת 3-6 חודשים.

הבוטולינים טוקסינים נמצאים כיום בשימוש רפואי לטיפול במגוון רחב של הפרעות בכללן פזילה, התכווצויות חצי הפנים, דיסטוניות פוקאליות (טורטיקוליס, בלפרוספאזם, דיסטוניה של זרועות), ספאסטיות, טרמור, טיקים, אי תפקוד ספינקטרים ואכאלזיה. במסגרת טיפול אסתטי לקמטי הפנים, הבוטוקס מותווה לקמטי הבעה (כמו קמטי "חשיבה" רוחביים במצח, קמטי "זעם" אורכיים בין העיניים, קמטים בזווית העיניים, משיכת זוויות הפה מטה) מאחר ואינו יעיל בהזרקה לקמטים סטאטיים (כמו הנזולביאליים).

הבוטוקס אסור לשימוש אצל נשים הרות או המתכננות הריון בחצי שנה הקרובה, לנשים מינקות, חולים במחלות שרירים, רקמת חיבור ואוטואימוניות. הבוטוקס מאושר על ידי ה-FDA ומשרד הבריאות הישראלי.

העור מגן על גופינו ומהווה את הביטוי החיצוני שלנו ומכאן החשיבות הגדולה לשמירה על מראה עור בריא ורענן. במהלך השנים העור מתבגר ומאבד את גמישותו, ייצור והתחדשות תאי העור מואטים וקווי המתאר בפנים מתקשים להילחם בפגעי הזמן, החשיפה לשמש, מזג האוויר, הגנטיקה והעישון.

השימוש בחומרי הזרקה שונים למטרת מגוון רחב של טיפולים אסתטיים תופס תאוצה בשנים האחרונות ומספר המטופלים הולך ועולה בהתמדה.

קבוצת החומרים המוזרקים כוללת חומרים מרפי שריר (בוטוקס ודיספורט) וחומרי מילוי מסוגים שונים. השימוש בחומרים אלו מהווה גשר יעיל למטופלים צעירים שמבקשים לדחות ניתוחים פלאסטיים לגיל מבוגר יותר, הם עשויים להתאים למטופלים בכל גיל שיהנו מתוספת נפח לפנייהם (לחיים, שפתיים, אסימטריות) או מטופלים שעוברים פרוצדורות אסתטיות ונהנים משיפורים ושימור התוצאות לאורך זמן באמצעות הזרקות תקופתיות. על אף תפוצתם הרבה של חומרי ההזרקה השונים קיימת אי בהירות רבה בנוגע לסוגים השונים של חומרים ולתוצאה הצפויה המתקבלת מכל חומר. פרק זה יוקדש לסקירה על הבוטוקס.

הבוטוקס - (Botulinum Toxin Type A) הוא נזיר טוקסין, אחד משמונה סרטיפים A-G, המיוצר על ידי Clostridium Botulinum, חיידק אנאירובי גרם חיובי. נוסה לראשונה על בני אדם בשנת 1978 כטיפול לפזילה ונמצא מאז בשימוש קליני. מחקר נרחב על השפעותיו הדרמטולוגיות התפתח משנת 1987 על ידי זוג הרופאים קרוטרס שחברו לד"ר אלן סקוט.

הבוטוקס פועל באמצעות קישור בלתי הפיך לקצה הפרה-סינפטי של הלוחית המוטורית, חדירה לאקסון באמצעות אנדוציטוזיס ועיכוב שחרור אצטילכולין. מאחר ולא מתרחש הרס



טיפול בקמטי זוויות העיניים



טיפול בקמטי "חשיבה"

EXCELLENCE
FOR HEALTH
&
AESTHETICS &
QUALITY OF LIFE

לעקור או לא לעקור

ד"ר יניב מאיר

שיקום על גבי שתלים הפך במרוצת השנים ל- gold standard עבור מתרפאים מחוסרי שיניים. קרוב ל-50 שנות פיתוח חומרים דנטלים והבנת הביולוגיה של התחום סללה את הדרך להצלחה חסרת תקדים בתחום השתלים. כיום, הספרות מדווחת על הצלחה ארוכת טווח בשיעור של 97-99% של שיקום ע"ג שתלים בקרב מטופלים הנמצאים בתחזוקה פריודונטית. אולם, בהתבסס על הנתונים המרשימים של השתלים, קיימת סברה שגויה בקרב קלינאים ומטופלים רבים ששתלים טובים כמו ואף עדיפים על שיניים טבעיות. הדבר מציב לא אחת דילמה קלינית מורכבת האם לשמור שיניים ו"להילחם" עליהם או להעדיף את עקירתם והשתלת שתלים במקומם.

קלינאים באוניברסיטת מישיגן, ארה"ב וגרנדה בספרד חיברו סכמה המקלה על הקלינאי בקבלת ההחלטה האם לעקור או להשאיר את השן כחלק מהמשנן. קצרה היריעה מלפרט את כל השיקולים על כן אציג בקצרה את הנקודות החשובות שיש לקחת בחשבון בכל החלטה שכזו. החוקרים חילקו את הסכמה ל-6 רמות המקיפות את מרבית הנקודות החשובות.

רמה 1 - הערכה ראשונית: ציפיות המטופל (מעוניין לעקור או שלא), אסתטיקה (מעורבת או לא), מצב כלכלי (סביר / מוגבל) והיענות המטופל (משביעת רצון או שלא).

רמה 2 - חומרת המחלה הפריודונטית: עומק גיסים, ניידות, אבצסים חוזרים, אובדן עצם, מורפולוגיה הפגם הפריודונטי.

רמה 3 - מעורבות פורקציה: עומק הפורקציה, גובה העצם בפתח הפורקציה, אנומליות של השורשים.

רמה 4 - גורמים אתילוגים: נוכחות אבנית, כירורגיה עלולה להרע את התמיכה הגרמית, קרבת שורשים, איכות טיפולי השורש.

רמה 5 - גורמים שיקומיים: שחזור לקיים או שברים, עששת, יחס כותרת - שורש, צורך במבנה וכו'.

רמה 6 - גורמים נוספים: עישון, מצב סיסטמי, שימוש בביספוספונטים (I.V./Oral), מיומנות הרופא.

השאר שן בעייתית מבחינה שיקומית או פריודונטית או עקירתה הינה אחת ההחלטות הקשות ביותר בהסתמך על הגורמים הרבים שמעורבים בהחלטה. חובה על הקלינאי לכלול את כל הגורמים ולתת משקל בהתאם לכל אחד מהם על פי הבנתו וניסיונו בקבלת החלטות מסוג זה. חשוב לזכור שלמרות שאחוזי הצלחת השתלים הם גבוהים עדיין חסרים לנו מחקרים ארוכי טווח ומבוקרים הבודקים האם שתלים הם פיתרון יציב לעשרים ואף שלושים שנים.

Avila G, Galindo Moreno P, Soehren S, Misch C, Morelli T, Wang HL. A Novel Decision Making Process for Tooth Retention or Extraction. J Periodontol 2009; 3: 476-491

שינוי תקנות הפרסום ברפואת שיניים // ד"ר בני רצקין

התקנות הן כמו פנדולה של שעון, הנעה מצד ההיתרים לצד האיסורים ולהיפך. **עיקר השינויים שהותקנו: הגבלת גודל השילוט. גודל מודעות הפרסום בעיתונים הוגבל. שימוש בתארים או שמות תואר זרים נאסר. הזמן להחלת התקנות הוא 3 חודשים. לעניות דעתי, תקנות אלו ישיבו מעט מכבודו היחודי של המקצוע לעוסקים בו, ויעלה מעט את קרנו בעיני המטופלים הרואים את הפירסומות שלנו, ובהתאם לכך מעריכים אותנו.**

נתקלים בשפע העצום של פירסומות והצעות העולות מרופאי שיניים פרטיים, חברות קטנות ותאגיד ענק כמו קופות חולים ואף בתי חולים, שימוש בתארים וכינויים נעשה עם ביקורת ואכיפה מועטים בלבד מצד הרשויות, עקב השינויים בתקנות. בפברואר 2009 דנה ועדת חוק ומשפט בשינוי התקנות כשבצד המבקשים את שינוי התקנות עומדים ההסתדרות לרפואת שיניים ומשרד הבריאות ומצד המתנגדים התאגידים הגדולים. כפי שהגדיר זאת פרופ' בן ששון יו"ר הוועדה,

עד שנת 1995 על בעלי מקצועות חופשיים כרופאי שיניים, רופאים כלליים, עורכי דין, רואי חשבון, הוטלו מגבלות פרסום שנגעו לגודל השילוט, הגדרת התפקיד, שימוש בתואר האקדמי וכו'. העוברים על התקנות הועמדו לדין, והייתה הרתעה מסוימת. מאז 1995 התיר בג"צ פרסום במקצועות חופשיים בנימוק של תחרות חופשית, זכות הציבור לדעת וחופש העיסוק והמוסרות הותרו. כאשר פותחים עיתון מקומי או ארצי, מביטים על שילוט רחוב, מאזינים ורואים באמצעי תקשורת המוניים,

סמכים אורתודונטיים בנעילה עצמית // ד"ר חזי דורצ'ין, מומחה ליישור שיניים ולסתות

בסמכים האורתודונטיים בנעילה עצמית פאסיבית החיכוך מופחת אף פחות והכוחות המופעלים על השיניים קלים יותר ולכן מתקבלות תוצאות טיפול אורתודונטי טובות יותר מהתוצאות שהיתקבלו בעבר. החיכוך רחב ואסתטי יותר (תמונות 1-4) ובמבוגרים תמיכת השפתיים שמתקבלת נותנת מראה צעיר יותר (תמונות 5-8). הטיפול בסמכים בנעילה פאסיבית פחות פולשני ומאפשר שימוש מופחת ברסן, בעקירות שיניים לריווח צפיפות ובמכשירים להרחבת לסת עליונה.

השימוש בסמכים בנעילה עצמית מאפשר קיצור משך הטיפול האורתודונטי בהשוואה לסמכים הרגילים והפחתת מספר הביקורים במרפאה. זאת בגלל שיפור ביעילות החלקת הסמכים על גבי החוט האורתודונטי עקב הפחתת הכיפופים והחיכוך בין הסמכים לחוט האורתודונטי, ולכן יש שימוש בכוחות קלים יותר ותנועת השיניים מהירה יותר. קשירת החוט האורתודונטי בסמכים בנעילה עצמית בטוחה יותר ויש בה שליטה טובה יותר במקום השיניים. בנוסף לכך, הסמכים נוחים יותר למטופלים וקל להם יותר לשמור על הגיינה אורלית טובה יותר.

שלושה כיוונים עיקריים מעסיקים לאחרונה את האורתודונטיה המודרנית והם: * איבחון תלת מימדי ותוכנית טיפול (cone-beam volumetric tomography). * שימוש בברגי עיגון (mini-implants) לעיגון אורתודונטי. * שימוש בסמכים עם נעילה עצמית (self-ligating brackets). שתי הקבוצות העיקריות של סמכים בנעילה עצמית כוללות סמכים בנעילה אקטיבית וסמכים בנעילה פאסיבית וההבדל ביניהן מתיחס לעוצמת הכוחות והחיכוך המופעלים בין הסמכים המודבקים על השיניים והחוט האורתודונטי המקשר בין הסמכים.





מזמינה אותך להיכנס אל העולם הדנטלי שלך...

www.wohl.co.il



