

MPC NEWS



This is
Our
Passion

אוגמנטציה וורטיקלית
פתרון פרדיקטבילי לקראת החדרת
שתלים דנטלים

לייזר - מדוע כן?

למינייט - ציפוי חרסינה בחזית
רפואת השיניים

נפלאות ה- cad cam

15 שנים למגזין
גליון מיוחד

דבר העורך



ד"ר בני רצקין
מרפאת מומחים מוריה

קוראות וקוראים יקרות ויקרים

חמש עשרה שנים, גיליון שלוששים ושלושה. ראוי לציון עם גיליון מורחב וחגיגי, כתבות קבועות ואורחים מכובדים הגודשים את עמודי הגיליון ומציגים בצד כתבות מקצועיות, חוויות אישיות, זוויות התבוננות, המשתפות אותנו בהיסטוריה דנטלית ואישית המשתרעת על פני למעלה מ-50 שנה.

מחשבות על הבחירה של ד"ר דהן פותחות את העיתון והמחשבות מלוות באופטימיות, דבר המסביר את האנרגיות החיוביות המלוות את העשייה במרפאה. חלק מהכותבים נמצאים בשיא הקריירה המקצועית ואולי אם נמדוד במונחי זמן, אף מעבר לחציון ועם זאת עוסקים במלאכה בתשוקה וברצון להמשיך ולהתקדם. והתשוקה הזו היא שמניעה קדימה את כל מי שתרם לכתיבה המקצועית והנוגעת כמו רפי ודובי ואוראל ואן סופי ועודד ורולי ורינה ומירלה וניר ואהרון ואלון.

לצוות משפחת ממם המסור, למעצבת הכישרונית נטע, לספקים שתומכים ולכל המעורבים העומדים מאחורי העשייה הרבה הזאת... וברנרד, שלו מגיע "הכובע" על הזאת הרכבת הגדולה והיפה הזו.

אביב מלבב ושמח.

לתגובות mpc@m-m-m.co.il



05

דברי פתיחה
מה שלא היה כתוב בספרים...
התוודעות אישית
ד"ר ברנרד דהן

06

שיקום חוסר שן בודדת באזור
הקדמי של הלסת העליונה
באמצעות שתל
ד"ר עודד גלפן

07

התשווקה למקצוע רפואת
השיניים
ד"ר רפי רומנו

08

מקרה החודש
שיחזור הרכס האלוואולרי על ידי
אוגמנטציה וורטיקלית
פתרון פרדיקטבילי לקראת
החדרת שתלים דנטלים
צוות המרפאה

11

מרפאת שיניים: הכל תקשורת

11

סקירת מאמרים עדכניים מתחום
הפריודונטיה
ד"ר אן סופי אטל

13

שיטה חדשנית לכיסוי רצסיה:
The Pinhole Surgical
Technique (PST)
ד"ר רינה אלימלך

14

שילוב טכניקות כירורגיות לשחזור
לסת עליונה מחוסרת שיניים
אטרופית
ד"ר דובי שוורץ-ארד

15

INVISALIGN הפתרון
האולטימטיבי...
ד"ר מארי כהן

16

חוגגים 15 שנה למגזין

18

A modern approach for
treating peri-implantitis
with Er: YAG Lase
Prof. Roly Kornblit

19

Treatment of advanced
Peri-implantitis by Laser
assisted GBR procedure
Dr. Bernard Dahan DCD

20

Treatment of mild Peri-
implantitis by Laser
assisted Regenerative
procedure
Dr. Bernard Dahan DCD

21

Upper arch rehabilitation
creating balance and
harmony between
restored teeth and the
supporting tissues
Mirela Feraru D.M.D.

23

תיאום ציפויות
מטופל, מטפל ומה שביניהם...
ד"ר בני רצקין

23

השינויות: המגדלור של מרפאת
השיניים
ד"ר אן סופי אטל

24

אופטימיות... לא רק מצב רוח
אלא גם בריאות!
ד"ר ברנרד דהן

25

ציפויי חרסינה -
החזית באסתטיקה הדנטלית
ד"ר ניר יקירה

26

טכניקת Bone Splitting
על קצה המזלג
ד"ר אוריאל אטל

27

האורתודונטיה בשירות הרופא
המשקם
ד"ר אלון זיידמן

29

נפלאות ה- cad cam
אהרון צ'רסייד

30

ד"ר מירלה פרוו התארכה
במרפאתנו 28.11.2016

31

זמן אפריקה
ד"ר רינה אלימלך

31

ביקור משלחת רופאים מטיוואן

בשבילכם, עד חצי המלכות

דנטל דפן וול

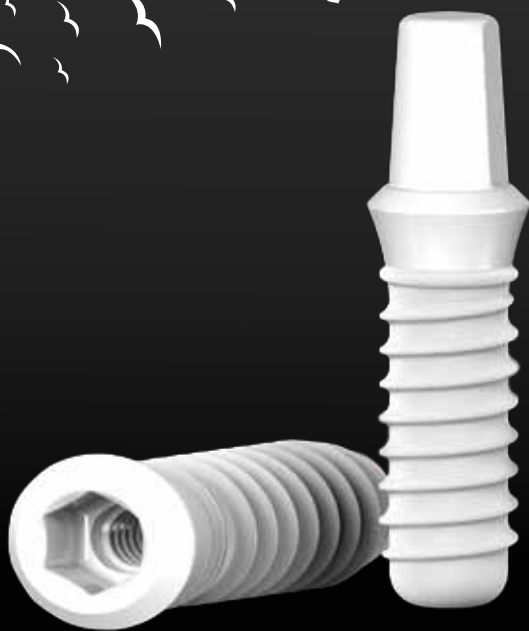
חומרים וציוד דנטלי

www.wohl.co.il

דרך השלום 9, כביש בר-יהודה, ת.ד. 376, נשר 36602, טל. 04-8205000, פקס. 04-2050100



Be Different
Think Zirconia



העתיד מעולם לא היה בהיר יותר, עידן חדש של **בריאות** ואסתטיקה בתחום ההשתלות הדנטליות עם שתלי זירקוניה

למה זירקוניה?

כאשר רופאים מתלבטים באיזה שתל לבחור, הבחירה הינה לרוב בשתל טיטניום מאחת חברות השתלים הרבות הקיימות בשוק. יחד עם זאת, ההתקדמות הטכנולוגית והיצאה לשוק של שתלים חדשניים מזירקוניה בהחלט מבשרת על עידן חדש בהשתלות הדנטליות. מספר תכונות הופכות את שתלי הזירקוניה לבחירה הטבעית של יותר ויותר רופאי שיניים בעולם. היות הזירקוניה חומר גלם "נטול מתכות" ("Metal Free") יחד עם יתרונות נוספים כגון חוזק מכאני, אוסיאואינטגרציה וזה לזו של שתלי הטיטניום ואסתטיקה גבוהה הודות לצבעו הקרמי הלבן המדמה באופן מוחלט את גוון השן הטבעית, ממצבים את שתלי הזירקוניה כאלטרנטיבה לשתלי הטיטניום המסורתיים. שתלי הזירקוניה מתאימים למגוון רחב של מקרים ופציינטים וקיימים בבלטפורמת one piece, two-piece.

מלבד היתרונות הבולטים, מאפשר שתל הזירקוניה אימוץ כדאי לדעת, שתלי זירקוניה מיוצרים ע"י חברות בודדות בכל העולם, כאשר אף בודדות מתוכן מיצרות בטכנולוגיה המדויקת והמתקדמת של הזרקה, בניגוד לשיטות המסורתיות של עיבוד שבבי. עובדה זו אינה מפתיעה היות ועל מנת להיות חברה מובילה בשוק הזירקוניה, הדורש דיוק מירבי כל-כך, על החברה להחזיק בטכנולוגיה מתקדמת וחדשנית, בעלת נסיון רב שנים בתחום.

כאשר רופאים מתלבטים באיזה שתל לבחור, הבחירה הינה לרוב בשתל טיטניום מאחת חברות השתלים הרבות הקיימות בשוק. יחד עם זאת, ההתקדמות הטכנולוגית והיצאה לשוק של שתלים חדשניים מזירקוניה בהחלט מבשרת על עידן חדש בהשתלות הדנטליות. מספר תכונות הופכות את שתלי הזירקוניה לבחירה הטבעית של יותר ויותר רופאי שיניים בעולם. היות הזירקוניה חומר גלם "נטול מתכות" ("Metal Free") יחד עם יתרונות נוספים כגון חוזק מכאני, אוסיאואינטגרציה וזה לזו של שתלי הטיטניום ואסתטיקה גבוהה הודות לצבעו הקרמי הלבן המדמה באופן מוחלט את גוון השן הטבעית, ממצבים את שתלי הזירקוניה כאלטרנטיבה לשתלי הטיטניום המסורתיים. שתלי הזירקוניה מתאימים למגוון רחב של מקרים ופציינטים וקיימים בבלטפורמת one piece, two-piece.



ד"ר מייקל לייסנטר, גרמניה.
שתלי זירקוניה של TAV Dental הישראלית.

מה שלא היה כתוב בספרים...

התוודעות אישית



ד"ר ברנד דהן

מייסד מרפאת מומחים מוריה

כאשר מתקבלת החלטה על בחירת מקצוע, היא נעשית לרוב בגיל צעיר, ולא תמיד בידינו הנתונים על מנת לבחון אם העיסוק העתידי שבחרנו, יתאים ויענה על הציפיות.

עבורי, בחירת המקצוע "רופא שיניים", לא נבעה מחלום ילדות שהתגשם על פי תזמון כלשהו בחיים, אלא משיקולים שכלתניים, בשילוב גורמים כמו ההבנה שניחנתי במיומנות ידנית, ובנוסף ברצון להבדיל את עצמי מאחי הגדול, שכבר היה מצטיין בעולם הרפואה הקרדיולוגית. בהסתכלות לאחור, אני שואל את עצמי מה נותר מאותו רעיון, להיות רופא שיניים שכונתי ומשפחתי, כפי ששיעירתי ודמיינתי לעצמי דאז את המקצוע שבחרתי.

אך עם חלוף השנים, בא התיאבון, בייחוד לאחר ההכרה שעולם רפואת השיניים עלול להתמקד בעשרה סנטימטרים רבועים.

מעט ראייה אופטימית וגישה חיובית אפשרו לי להתאים את המקצוע לאישיות שלי. באותן השנים, הפריודונטיה הייתה תחום חדש יחסית, ונחשבה ל"הילום שבכתר"...

החלטתי לקפוץ למים, ואם כבר לקפוץ, אז לשחות כמו שצריך... יש כאלה הקוראים לזה "רדיפה אחר מצינות".

כלומר לעשות את הטוב ביותר שאתה יכול, דבר שלעצמו מצוין עבור המטופלים, אך פחות למי שנגוע בתופעה. ללא ספק תכונה זו דורשת הקרבות רבות, עם זאת אני מאלה שמאמינים כי אנו בוחרים את גורלנו ושדברים לא קורים במקרה. אני מניח כי זכיתי בירושה משפחתית, בדמות שני גנים עליהם אני אסיר תודה. האחד מאמא שהייתה מורה: היכולת לתת, לחנך, לשתף, להעביר ידע לאחרים, ולא תהיה זו חוצפה אם לומר "ללמד" אחרים שלא במסגרת בית ספר.

הגן השני שכנראה ירשתי מאבי, הינו אהבת האדם באשר הוא אדם: מטופלים, בעלי מקצוע, ספקים, אנשי צוות או עמיתים למקצוע...

הייתי קורא לזה יחסי אנוש, עם הסתכלות על החיים במבט אופטימי וראייה חיובית. מהר מאוד, ראיתי את עצמי עטוף באנשים נחמדים וחיוביים, שמרביתם עד היום מלווים אותי. יחד, בנינו בית בו תמיד דאגנו ש"המוצר והמוכר" יהיו טובים באותה המידה. הבנו ששגשוג המרפאה יחייב מהלך מקביל, מקצועי ותדמיתי.

לנו, כצוות, היה מה לומר ולשתף עם עמיתינו, וכך בצורה צנועה, בחרנו להוציא לאור את ה-MPC News, עלון המפרסם

כתבות שברובן קליניות, בנושאים מגוונים הנוגעים לעיתים בתחומי התקשורת ובתחומים הקרובים למקצוע ולעיסוקנו. במשך 15 השנים האחרונות אנו מקפידים לעמוד במשימה בהתמדה ובהצלחה רבה. הדבר הוביל לקשר חם ולחיוזוק היחסים עם עמיתנו, ולהיוולדו של ה"מועדון הלימודי מוריה: Moria Study Club"

מועדון זה מפגיש יותר מ-30 רופאים, פעמיים בשנה, להרצאות מגוונות באווירה ידידותית ולא פורמאלית.

עבור הרופאים שהיו מעוניינים לקבל הכשרה קלינית ומעשית, הקמנו בין כתלינו, מרכז להכשרת רופאים בו מתקיימים קורסים עיוניים ומעשיים, מספר פעמים בשנה: The Private Academy.

מטופלינו לא נשארו מאחור, ואנו דאגנו ליידע גם אותם בחידושים הבולטים בתחומינו ע"י שליחת גיליון אלקטרוני מדי שנה: המגזין - The MPC Magazine.

בעולם בו המידע הכתוב מפנה את מקומו למידע הוויזואלי המהיר, החלטנו לשגר את המיזם האחרון שלנו לדרך ולייסד את: The Blog - Moria Digital club. פלטפורמה אינטרנטית במסגרת האתר החדש, אשר תחשוף טיפולים, מקרים מיוחדים וניתוחים שתועדו במרפאה.

ניתן יהיה לנהל שיח עם הרופאים כולל חשיפת מקרים של עמיתינו.

מה שלא נאמר על ספסלי הלימודים, הוא שהאוויר במקצוע כנראה טמון ביכולת גיוון ורענון הפרקטיקה, בסקרנות מתמדת ובחיפוש חידושים.

מה שלא מצאתי באף מאמר, זאת התייחסות למזל שבו אנו זוכים מידי יום בפגישותינו עם מטופלים רבים, והיכולת לעזור להם ולזכור כי "כל אחד הוא עולם ומלואו".

כמו כן לא היה כתוב באף ספר ובאף תכנית לימוד, כמה אנרגיה חיובית ואהבה, רופא צעיר צריך לצבור כדי להשלים קריירה וליהנות במהלכה. סיבות אלה גורמות לי להרגיש "בר מזל".

בברכה וחג שמח,
ברנד דהן

שיקום חוסר שן בודדת באזור הקדמי של הלסת העליונה באמצעות שתל



ד"ר עודד גלפן
מומחה בשיקום הפה

שיקום חוסר שן בודדת באזור האסתטי מהווה טיפול מאתגר ויכלול התמודדות בכל הרמות.

ברמת המטופל

נדרשת אבחנה הכוללת את מוכנותו של המטופל למהלכו של הטיפול, אחוזי ההצלחה, והבנתו להתנהלות הצפויה בתקופות הריפוי המתלוות לפעולות הכירורגיות. מהלך הטיפול עשוי לכלול משוכות ומכשלות ותיאום ציפיותיו של המטופל חייב להיות מוגדר ככל שניתן ויכלול הצגה בפניו של מכלול גורמי הסיכון: גהות פה לקויה, מחלת חניכיים, עישון, סכרת וסימנים להרגלים פאראפונקציונליים הכוללים הידוק, חריקת שיניים או הרגל של נשיכה



בעפרונות וכד', אלה עלולים ליצור עומס מוקדם או/ו מוגזם על רכיבי השיקום והשתל. משכו של הטיפול תלוי בזמן הנדרש לריפוי והבשלת הרקמות, בדרך לקבלת תוצאה אסתטית רצויה ועשוי להתארך מעבר למצופה ומעבר למקובל בסגמנטים האחוריים של הלסתות.

נדרש אבחון אסתטי המשתף את המטופל באמצעות תיעוד פוטוגרפי ווידאו בפרטים הכלליים, שעשויים להשפיע על תוצאות הטיפול: רמת החשיפה של השיניים והחניכיים הנקבעת על ידי קו החיוך, הסימטריה והתמיכה לרקמות הפרי-אוראליות (שפתיים). קו חיוך גבוהה יעלה את רף הדרישה להתאמה ולהתמזגות השיקום עם השיניים השכנות והרקמות ההיקפיות.

ברמה הכירורגית

האזור הפרה-מקסילרי כולל אתגרים פיזיים של זמינות נפח גרמי להתקנת שתל בודד הן בעמדה והן בזווית. אלה מקבלים משנה משקל בשל השפעתם על המראה באזור אסתטי. עקירת שן באזור זה עשויה ליצור מבנה רכס בעל פלטה גרמית בוקלית דקה מאד או אפילו חסרה ולעיתים מיקום אופטימלי מבחינה כירורגית, יצור מכשלה חדשה בהיבט האסתטי. טכניקות ואמצעים חדשים לבנייתו של האתר הכירורגי מוצגות בשנים האחרונות וניכר כי האזור הקדמי מקסילרי, שאינו משאיר מקום לפשרות מושך מאמצים רבים של קלינאים וחברות שתלים ליצירת מתכון אופטימלי לבניית הרכס הגרמי באזור הפרה-מקסילה.

ברמת החניכיים

• מחלת רקע או תרופות ניטלות הכוללות ביטוי בחניכיים, סוג ובריאות

החניכיים משחקים תפקיד מכריע בהשגת תוצאות אסתטיות רצויות: חניכיים דקים עשויים לשקף את הגוון האפור של השתל ואת רכיבי השיקום שמצויים אפיקלית למתאר החניכיים או שיקיים תמונה סבירה אך לא יציבה לאורך זמן.

- מתאר החניכיים - יש לבחון את המתאר ואת רמת הרציה הנדרשת לשינוי: תיקון גדול, כולל מורכבות גדולה יותר ופעולות כירורגיות מורכבות יותר.
- מיקום המתאר הגרמי ביחס לנקודת המגע בין השיניים מאפשר לצפות באם ניתן יהיה לבנות פפילה אינטרדנטלית.

ברמה הבינקשתית

זמינות המרווח בינלסתי בממדים האופקי והאנכי להתקנת תח"ק ע"ג השתל לעיתים מופחתת. ברמת הסגר יש לבחון את הכוחות הצפויים לפעול על המכלול השיקומי מכיוון הכותרת ואת קיומו של קלירנס מינימלי, הנדרש להתקנת שחזור זמני בין אם מדובר בהעמסה מיידית עם כתר משוחרר ממגעים סגרים או בשן שרף שתודבק לשיניים הסמוכות. במקרה ששימוש בשחזור מעבר מסוג זה לא ניתן ליישום, ברירת המחדל תהיה תותבת שרף נשלפת (פליפר). שימוש בתח"ל מסוג זה מייצר עומס על הרקמות הרכות ועלול לפגוע בהצלחת הטיפול המעצב של החניכיים.

ברמת הקשת

יש לבחון את תקינות וצבע השיניים הסמוכות כמו גם עמדת השן הרצויה. בהיעדר מרווח בינשיני (מזיו-דיסטלי) מספק יש לשקול מעורבות של טיפול אורתודנטי מסייע או שתסוכם עם המטופל, לאחר ביצוע הדמיה, תוצאת פשרה בעמדה חורגת או מסובבת של כותרת השן ביחס לקשת השיניים. ההכנות הפרה-פרוטטיות בדרך להשגת תוצאה אסתטית אופטימלית: תכנון מוקדם באמצעות הדמיה, גילוף אבחנתי ובנייה של סד נחייה ממוחשב עשויים לשפר את הדיוק ועמו את תוצאות הטיפול ובפרט במקרים, שניתן למזער את ממדי הכירורגיה.

שחזור המעבר

שחזור המעבר נושא תפקיד קריטי בבנייתה של התמונה האסתטית הסופית. תפקידו מתחיל מיד עם עקירת השן במתן מענה אסתטי זמני



התשוקה למקצוע רפואת השיניים

חווייה אישית של סגירת מעגל



ד"ר רפי רומנו
מומחה ביישור שיניים ולסתות

ההצעה שלו היא בשבילי סגירת מעגל והכרת תודה לאבי על שהקנה לי את אהבת המקצוע וחיבר אותי עם אנשים שבאים כל יום מחדש לעבודה עם חיוך על פניהם. במהלך השנים, חלו שינויים במרפאת המומחים, אבל התשוקה לא כבתה... לעיתים נדמה שהגיעה לשיאה ואז שוב היא פורצת ועולה לגבהים חדשים וסוחפת אחריה דורות חדשים של רופאים שלומדים מהי אהבת המקצוע! זכיתי להיות חלק מהצוות שמוקף לא רק ברופאים יוצאי דופן אלא בסייעות, שינניות וצוות אדמיניסטרטיבי שיחד מהווים דוגמה ומופת ומודל לחיקוי, ואם גיאוגרפית אני צופה ממרחק, בליבי עדיין נשארה פינה חמה לחיפה.

ירושלים, בגיל 18, היה תמיד- אהוב את המקצוע! התייחס אליו ביראה ובצניעות ובעיקר תאהב את המטופלים שלך ותהיה גאה תמיד בעבודתך. אבי, במהלך שנות עבודתו, סיפר על רופא שיניים צעיר שהכיר, מומחה לחניכיים שעלה מצרפת ופתח מרפאה באחזה. התפעלתי מהרצינות, מקצועיות ובעיקר מהדמיון הרב שהיה בינו לבין אותו רופא צעיר, ד"ר ברנרד דהן. אהבת המקצוע והשאיפה למצוינות תוך כדי שמירה על צניעות, הלהיבו אותי והם החלו לעבוד יחד ולהפנות מטופלים זה לזה בשיתוף פעולה. לימים, ביקש ממני ברנרד, להצטרף לצוות המומחים במרפאתו. התביישתי לומר לו שלמרות הניסיון המקצועי הרב שרכשתי והשם הבינלאומי לו זכיתי,

אבי, ד"ר אלברט רומנו היה רופא שיניים מוביל ואישיות ידועה בחיפה, הוא נפטר בשיבה טובה לפני כשנתיים בגיל 92. את לימודי רפואת השיניים החל אבי בבולגריה, מיד אחרי מלחמת העולם השנייה. בולגריה, אמנם הגנה על היהודים במלחמה, אך עדיין היתה מדינה קומוניסטית וסגורה בפני העולם המערבי. רמת לימודי רפואת השיניים היתה נמוכה ושררה אווירה של עוני ודיכאון.

בדרכים יצירתיות, לאחר שהשלים שנה ראשונה של רפואת שיניים, בימים בהם היה קשה מאד להשיג ויזה, ברח אבי לספרד ומשם הגיע לצרפת ללא פרוטה בכיסו. לשמחתו, בזכות שליטתו בשפה הצרפתית, מצא עבודה בקייטנות של סטודנטים יהודים בחופשת הקיץ. הוא עבר ממחזור למחזור וסיים את הקיץ כאחראי על המדריכים בקייטנה. מנהל הקייטנות הצרפתי, הזמין את אבי כאורח לערב הסיום שבו הוא- המנהל, היה אמור לקבל מגן הוקרה מטעם התאחדות הסטודנטים על פועלו.

ברגע השיא, קם המנהל ואמר ליו"ר התאחדות הסטודנטים - "אני מוותר על הפרס לטובת הבחור הצעיר שבא איתי, יהודי מבולגריה שחלמו הוא להיות רופא שיניים אבל אין לו איך לממן את לימודיו". הנוכחים התרגשו ומיד הבטיחו לסדר לו מלגת לימודים. כך, לאחר ארבע שנות לימוד נוספות וקבלת התואר ברפואת שיניים הוא עלה לארץ, שוב חסר כל, אבל עם חלום ציוני ותשוקה עזה למקצוע. לאחר שירות של כמה שנים בחיל הים, הפך לאחד מרופאי השיניים המובילים בחיפה, פעיל בהסתדרות לרפואת שיניים וחלוץ כמעט בכל הטכנולוגיות החדשות שהופיעו חדשות לבקרים.

המסר שלו אלי, הנער הצעיר, שלימים החל את לימודיו ברפואת שיניים בהדסה

ובאמצעות תמיכה והדרכה של הרקמה הרכה מסייע בבניית מתאר החניכיים הרצוי. עיצובו בתצורה המנחה את הרקמה הרכה מאפשר השגת מתאר ופרופיל בקיעה רצויים. שחזור המעבר מספק כלי לאבחון תוצאות הטיפול והפעולות שתידרשנה בהמשך. מומלץ להשתמש בשחזור המעבר די זמן עד להבשלת הרקמות הרכות, על מנת לקבל תמונה פרדיקטיבית ככל שניתן.

העמסה מידית

מקרים בהם ניתן לבצע העמסה מידית, מותווים לש מבנים זמניים עשויים מפלסטיק (Peek) או מטיטניום.

יתרונותיהם של המבנים מפלסטיק כוללים: צבעו של מבנה הפלסטיק מהווה יתרון אסתטי, השחזתו בחלל הפה אינה מייצרת חום, שעלול לעבור אל השתל ושחרור יונים של סגסוגת מתכתית אל הרקמות. שימוש במבני פלסטיק לא חף מחסרונות וכולל רטנציה מופחתת בממדים מוקטנים ונחותה מזו שמבנה טיטניום יספק, ההכנה השולית של מבנה פלסטיק פחות מדויקת וחסרון זה עלול להוות מכשלה בתהליך העיצוב של החניכיים בהיקפו.

השיקום הסופי

שיקום אזור פרה מקסילרי מייצר מצב טכני המתווה ברוב המקרים שחזור באמצעות מבנה להדבקה, זאת בשל מנח השתל ביחס לכותרת, שלרוב מוביל את פתח ההברגה לאספקט הבוקלי. במקרים בהם ניתן לבצע שחזור מוברג, ניתן גם לבחור בגישה של 'מוברג מודבק'. גישה זו תאפשר הכנה מדויקת של המבנה בנפרד מהכתר וסילוק יעיל של עודפי הדבק. הכתר כולל חלל גישה פלטינלי וההדבקה אל המבנה מתבצעת מחוץ לפה. לאחר סילוק עודפי חומר ההדבקה מוברג המכלול אל השתל. סוגי מבנים סופיים: באזור האסתטי בהחלט יועדף השימוש במבנה זירקוניה שיקטין את הסיכון להשתקפות אפורה המאפיינת מבנה טיטניום. מבנה הזירקוניה עשוי להיות בחירה פחות רצויה כאשר ממדיו מוקטנים או בזוויות חדות, בהם הוא מציג סיכון ניכר לשבר.



HA

straumann

Your dental implant
world champion.
Straumann

מופץ עולמי *
עולמי לטובה
מאמץ

להזמנות ופרטים נוספים:
03-6138777 שלוחה 1

www.hasystems.co.il

שיחזור הרכס האלוואולרי על ידי אוגמנטציה וורטיקלית

פתרון פרדיקטבילי לקראת החדרת שתלים דנטלים

צוות מרפאת מומחים מוריה

מטופלת המעוניינת בפתרון שיקומי קבוע בלסת התחתונה, נמצאה לא מתאימה להחדרת שתלים בגלל חוסר גובה ברכס. (1,2) לאחר שפורטו החלופות השונות וקבלת הסכמתה, בוצעה אוגמנטציה וורטיקלית. בעזרת ממברנה לא נספגת, מחוזקת טיטאניום ומקובעת לרכס. (4,5) נעשה בנוסף שימוש בתחליפי עצם מסוג: (6) ALLOGRAFT שמירה קפדנית על הפרוטוקול ועל עקרונות (2006 Wang PASS), מבטיחה פרוגנוזה טובה והצלחת הטיפול.

א. Passivity & Primary Closure סגירה הרמטית ופאסיבית (3,7)

ב. Angiogenesis הפקת דם (4)

ג. Space שמירת מרחב תלת מימד (5,6)

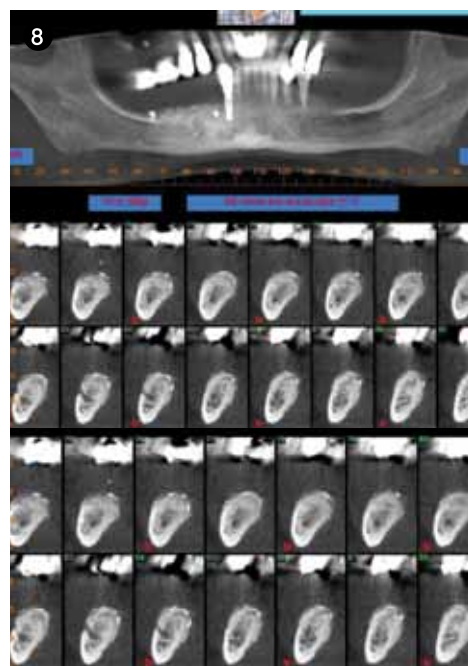
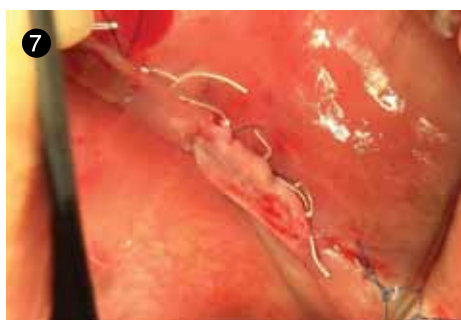
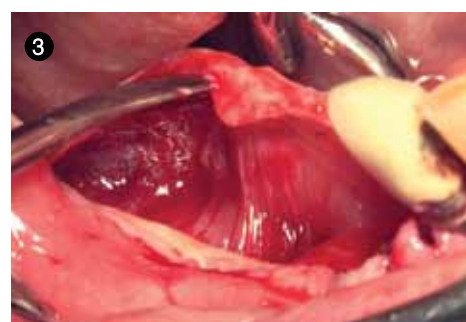
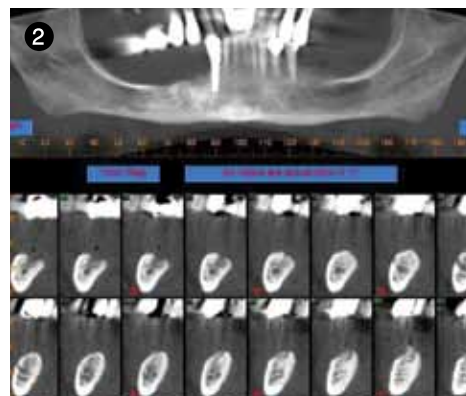
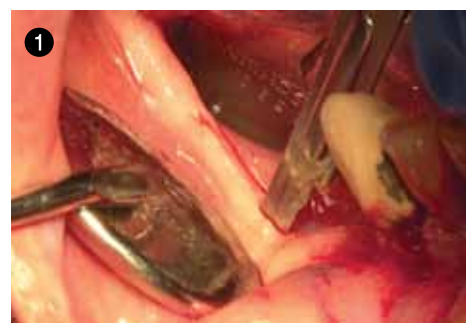
ד. Stability Of The Graft יציבות שתל העצם (6)

לאחר שישה חודשים ללא סיבוך, מבוצעת הסרת הממברנה וניתן להתרשם בקבלת מראה קליני של "עצם לכל דבר" בריאה ומדממת. (8,9)

בעת החדרת השתלים, מופיע דימום בקידוח, דבר המוכיח את קליטת העצם עם אספקת דם תקינה ברכס המשוחזר. (10,11)

לסת תחתונה אטרופית מהווה אתגר לאימפלנטולוג ולרופא המשקם. בשל נוכחות התעלה המנדיבולרית, החדרת שתלים לא תמיד אפשרית. מספר חלופות טיפוליות עומדות לרשותנו כגון: החדרת שתלים קצרים או טרנספוזיציה של העצם המנדיבולרי אך התוצאות לא תמיד עונות על הציפיות, או שהפרוצדורה מורכבת מדי.

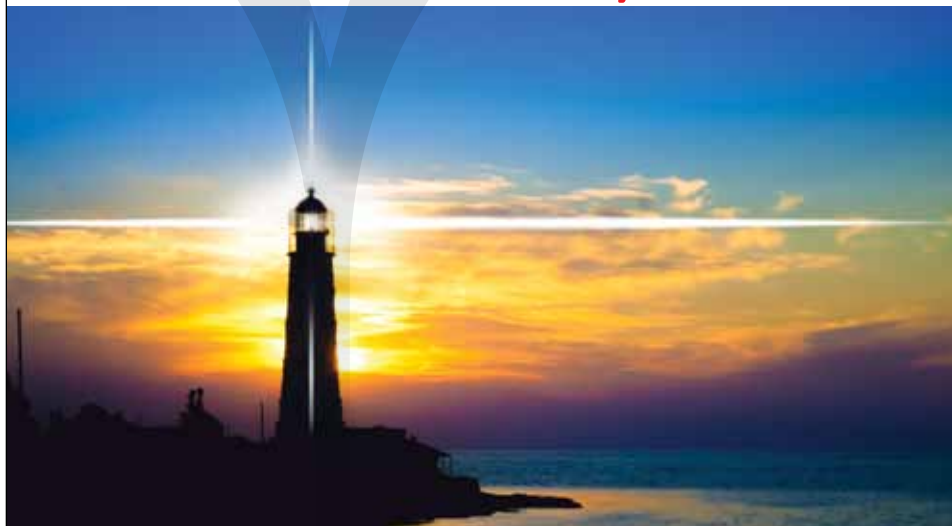
האוגמנטציה הוורטיקלית של הרכס האלוואולרי הינה פתרון מוכר שנים רבות אך היא מוזכרת בספרות וידועה, באופן כללי כבעלת פרדיקטביליות לא גבוהה. אנו מציגים כאן מקרה של אטרופיה של הסגמנט האחורי של המנדיבולה, אשר טופל, בשלב ראשון, על ידי אוגמנטציה וורטיקלית ובשלב שני החדרת השתלים.





The Private Academy
Training with a Personal Touch
By Dr. Bernard Dahon

יום עיון לשינניות 8.6.17 / יום ה'



Colgate בחסות חברת

השינניות: המגדלור של מרפאת השיניים

כל האמת על אוגמנטציה והשתלות עצם

ד"ר ברנרד דהן | ד"ר אן סופי אטל | ד"ר רינה אלימלך | מיטל אקרמן | מיכל ליינר

13:30-14:45
ניתוח השתלת עצם מודרכת

14:45-15:00
דברי סיכום

11:00-11:45
הרמת הסינוס
ד"ר רינה אלימלך

11:45-12:00
תחזוקה לאחר השתלת עצם
מיטל אקרמן - שיננית מוסמכת
(RDH)

12:00-12:30
אמצעים לשמירה על בריאות הפה
והשיניים
גב' מיכל ליינר M.B.A., M.Sc

12:30-13:30
הפסקת צהריים

13:30-14:45
ניתוח השתלת עצם מודרכת

14:45-15:00
דברי סיכום

08:30-09:00
התכנסות/קפה

09:00-09:20
מדוע השתלות עצם?
ד"ר ברנרד דהן

09:20-10:30
שימור הרכס והשתלת עצם מודרכת
(Guided Bone Regeneration)
ד"ר אן סופי אטל

10:30-11:00
הפסקת קפה

מפגש 3

סדרת ימי עיון לשינניות בחסות ובשיתוף פעולה של חברת COLGATE

לפרטים והרשמה: 04-8343333 שלוחה 5 | mpc@m-m-m.co.il

לסיכום

אם אוגמנטציית ורטיקלית נשארת פרוצדורה רגישה ומורכבת, הקפדה על עקרונות הרגנרציה, המודרכת של העצם (GBR), היא המפתח להצלחה ותהפוך את הטכניקה לחלק בלתי נפרד מהארמנטרום של האימפלנטולוג.



אופק-פריידס משווקת כק מוצרים מעולים



RAPTOS

עצם הומיני, תערובת של עצם קנצלוטית וקורטיאלית ב-5 נפחים

remaix



ממברנת קולגן נספגת, חוזק מכאני שטרם הכרת לצד נוחות עבודה



 Ti-OSS

עצם בקר קנצלוטית פורוטית במיוחד

medipac
medical supplies

מגוון רחב של חוטי תפירה



חוטי תפירה איכותיים העונים לצרכים היום יומיים שלך, מגוון רחב של סוגי חוטים ומחטים.

- נפספ (PGLA)
- נפספ מהיר (PGLA RAPID)
- ניילון
- PTFE
- ועוד



יותר מ-40 רופאים ואנשי צוות נענו להזמנת מרפאת מומחים מוריה ליום שלם שכולו "תקשורת".
ד"ר ברנרד דהן ניצל את הבמה למשך כשמונה שעות, בהן הוא שיתף את הרופאים על חשיבות "התקשורת בין אישית בהצלחתה והתקדמותה של מרפאת שיניים".



בין היתר, חשף הרופא, את 50 החוקים המנחים את התקשורת באופן כללי ובפרט במרפאות שיניים.
ההרצאה הועברה במיומנות של "ONE MAN SHOW" עם אינטראקציה מדהימה לקהל ובשילוב דוגמאות רבות של התנהגויות שונות במרפאה.
תגובות הרופאים היו מאוד נלהבות ומעודדות ונראה כי חזרו הביתה עם טיפים רבים אחרי חוויה מיוחדת במינה.

סקירת מאמרים עדכניים מתחום הפריודונטיה



ד"ר אן סופי אטל
מרפאת מומחים מוריה

שטופלו בטיפול עם רגנרציה (ממברנה). לסיכום, מדובר במחקר חשוב שמראה שרגנרציה מאפשרת יתרונות טובים יותר לטווח הארוך.

3 - Thirty-year Stability after Regeneration of a Deep intrabony Defect: a Case Report
Pini Prato & Coll.
J Clin Periodontol 2016; 43: 857-862

במאמר מתואר מקרה של בחור בן 18 שהגיע לטיפול בינואר 1985. בשן 11 נמצא נגע עצם תת-גרמי מתקדם. בדקו כיס בעומק 14 מ"מ עם דימום בפרובינג. הייתה נסיגת חניכיים של 6 מ"מ ובצילום פריאפיקלי בדקו אובדן עצם וורטיקלי עמוק בצד הדיסטלי של השן.

בוצע ניתוח חניכיים רגנרטיבי עם שימוש בממברנה לא נספגת ו-fibrin fibronectin glue. לאחר שלושה חודשים הממברנה, ולאחר שלושה חודשים נוספים בוצע ניתוח השתלת חניכיים Free Gingival Graft. המטופל הגיע לתחזוקה כל 6 חדשים במשך 30 שנה.

תוצאות:

אחרי 30 שנה בשן 11: נמצא כי עומק הכיס היה 2 מ"מ עם נסיגת חניכיים מינימלית. CAL Gain היה 12 מ"מ. בגיל 48 המטופל מדגים תוצאה אסתטית, פונקציונלית ובריאותית טובה. המקרה מדגים כי ניתן לטפל בנגע תוך גרמי מתקדם באמצעות רגנרציה וכירורגיה מוקו-גנגיבלי, ולשמור על התוצאות לאורך 30 שנה.

של חיידקים פרו-פתוגניים בהשוואה למטופלים שסובלים ממחלת חניכיים כרונית, אולם אינם סובלים השמנת יתר. כמו כן אותם הבדלים בין שתי הקבוצות נמצאו גם באתרים בריאים.

תוצאות אלו עשויות להצביע על כך שהשמנת יתר אכן משפיעה על הרכב הרובד התת-חניכי. נדרשים מחקרים נוספים שיבדקו השערה זו.

2 - Periodontal Regeneration Compared with Access Flap Surgery in Human Intra-Bony Defects 20-year Follow-up of a Randomized clinical trial: Tooth Retention, Periodontitis Recurrence and Costs
Cortellini & Coll.
J Clin Periodontol 2017; 44: 58-66

מטרת מחקר זה הייתה להשוות את התוצאות הקליניות ואת העלויות לטווח ארוך בין שלושה טיפולים כירורגיים שונים לנגעים תוך גרמיים.

45 נגעים תוך גרמיים אצל 45 מטופלים טופלו באמצעות ניתוחי חניכיים: שליש בניתוח צמצום כיסים Access Flap, שליש ב- Access Flap וממברנה לא נספגת, ושליש ב- MPPT וממברנה לא נספגת.

MPPT היא טכניקה יותר מתקדמת ברגנרציה פרוי עם חתכים ותפרים מיוחדים. כל המטופלים קיבלו תחזוקה פריודונטלית קפדנית במשך 20 שנה.

תוצאות:

המטופלים שטופלו בניתוח בלי ממברנה הראו יותר אובדן תאחיזה, איבדו יותר שיניים, והזדקקו ליותר טיפולים חוזרים במהלך התחזוקה וביותר הוצאות כספיות לאחר 20 שנה בהשוואה למטופלים

כיום ידוע כי קיים קשר אדוק בין מחלות חניכיים להשמנת יתר. מחקר שפורסם לפני חודשיים בדק את היחס בין שתי המחלות. בימים 1-2 בפברואר השנה נערך בתל אביב כנס הפריודונטיה השנתי, ובו השתתפו מרצים בינלאומיים, ביניהם ד"ר קורטליני וד"ר טונטי מאיטליה שדיברו על עדכונים ברגנרציה פריודונטלית. נסקור שני מאמרים שפורסמו בשלושת החודשים האחרונים.

1- Does Obesity Influence the Subgingival Microbiota Composition in Periodontal Health and Disease?
Maciel & Coll.
J Clin Periodontol 2016; 43: 1001012

האם השמנת יתר משפיעה על הרכב רובד החיידקים התת-חניכי?

במחקר זה נבדקו 166 מטופלים. הם חולקו לארבע קבוצות לפי מדדים פריודונטליים ומדדים של השמנת יתר:

- מטופלים במשקל תקין (normal weight) ומחלת חניכיים כרונית
- מטופלים במשקל תקין וחניכיים בריאות
- מטופלים בעלי השמנת יתר ומחלת חניכיים כרונית
- מטופלים בעלי השמנת יתר וחניכיים בריאות

מכל מטופל נלקחו 6 דגימות של רובד חיידקים תת-חניכי. הדגימות נבדקו על ידי טסט DNA-DNA לחיפוש 40 זנים שונים של חיידקים.

התוצאות:

מטופלים הסובלים מהשמנת יתר ומפריודונטיטיס כרוני הציגו רמות גבוהות יותר ו/או פרופורציות גבוהות

דיבידנט מציגה: שילוב טכנולוגיות מנצח בבית אחד

CEREC MC-XL



CEREC AC



amir-singer.com

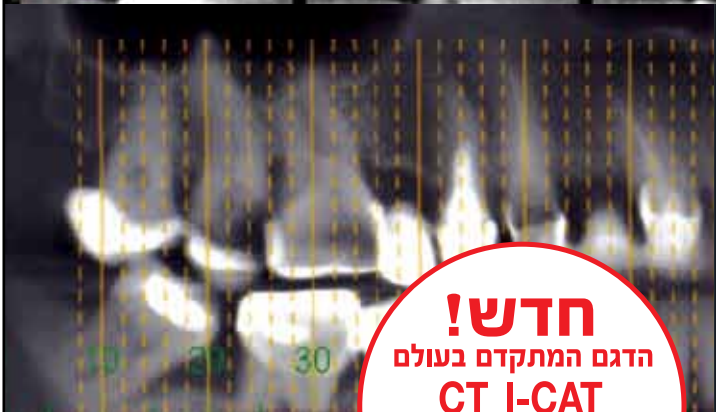
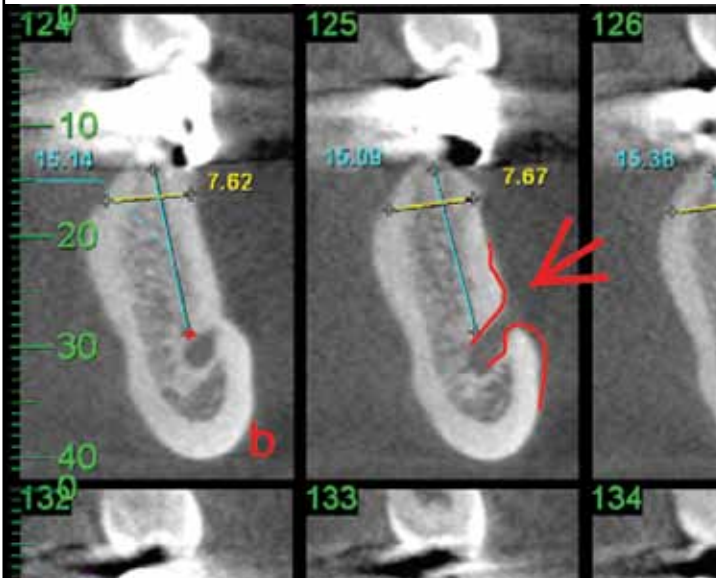


mis | TITANIUM
BASE

פנוסנטר

מכון רנטגן ו-CT. לצילומי שיניים ולסתות

הכי ותיק בחיפה



חדש!
הדגם המתקדם בעולם
CT I-CAT

מכשירים נוספים
CT, פנורמי וסטטוס
דיגיטלי

ביצוע ע"י טכנאים מדופלמים בעלי נסיון 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

שיטה חדשנית לכיסוי רצסיה:

The Pinhole Surgical Technique (PST)



ד"ר רינה אלימלך
מרפאת מומחים מוריה

ה-PST מתאימה לכיסוי רצסיות מרובות (אין הגבלה לאזור המנותח) בעקבות אי שימוש ברקמה רכה אוטוגנית. בנוסף השיטה דורשת פחות זמן כיסא וגורמת לפחות כאבים.

במאמר של Chao 2012, מפורט כי ב-85 מקרים של רצסיות מסוג Miller Class I+II קיבלו 94% כיסוי לאחר 18 חודשים. לסיכום, ה-PST הינה שיטה זהיר פולשנית, מהירה, חסכונית ונוחה למטופלים. במקרים מתאימים, ה-PST יכולה להוות פתרון חילופי לשיטות קונבנציונליות אך עדיין דרושים מחקרים נוספים בכדי להוכיח את יעילות הטכניקה לתווך הארוך.

1. Buti, Jacopo, et al. "Bayesian network meta-analysis of root coverage procedures: ranking efficacy and identification of best treatment." Journal of clinical periodontology 40.4 (2013): 372-386.
2. Chao J. A novel approach to root coverage: the pinhole surgical technique. Int J Periodontics Restorative Dent. 2012;32(5):521-531.

הטכניקה המקובלת היום לכיסוי רצסיה הינה ה-coronally advanced flap - connective tissue graft. זו קיימות מספר מגבלות הכוללות מיומנות טכנית גבוהה ונדרשים שני אתרי ניתוח עם תחלואה גדולה יותר מטכניקות אחרות. The Pinhole Surgical Technique (PST) הינה שיטה עם גישה זהיר פולשנית, ללא תפרים וללא חתכים שפותחה על ידי John Chao.

אופן הניתוח מורכב מיצירת חריץ קטן (pinhole) על ידי "פירסינג" ברירת אפיקלית ל- mucogingival junction. לאחר יצירת החריץ מוחדרים דרכו מכשירים זעירים בכדי להרים "מתלה" בעובי מלא בכיוון אפיקו-קורונלי. כתוצאה משחרור הפריוסט מהעצם, ניתן למשוך את הרקמה קורונלית על מנת לכסות את הרצסיה. יציבות הרקמה מתקבלת על ידי שימוש ברצועות דקות של קולוגן (ממברנה נספגת) המוכנסות דרך החריץ לתוך האזורים האינטרפרוקסימליים והבוקלים. בדומה לשאר השיטות לכיסוי רצסיה, ה-PST מוצלחת יותר ברצסיות מסוג Miller Class I or II, דורשת בריאות פרודונטלית, בקרת רובד טובה והימנעות ממחצוח אגרסיבי.



Before



on the day of surgery



Before



After

תמונות של ד"ר צ'או

שילוב טכניקות כירורגיות לשחזור לסת עליונה מחוסרת שיניים אטרופית



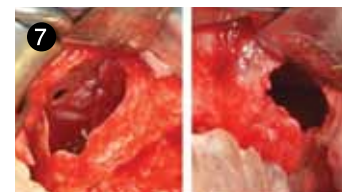
ד"ר דובי שור-ארד
מרכז כירורגי שור-ארד, רמת השרון

ה"אני מאמין" שלי בטיפולים מורכבים בכלל, ובלסת עליונה אטרופית בפרט, נגזר ישירות מהמטרה לה אני שואפת: השגת פיתרון טיפולי פונקציונלי ואסתטי לטווח ארוך. טיפולים אלו משפיעים על האסתטיקה של הפנים, דבר המוסיף ממד נוסף למורכבותו של הטיפול. השימוש בחומרים ביולוגיים (מוצרי דם מסוג Platelets Rich Plasma (PRP) או Bone Marrow Aspirate Concentrate (BMAC) בשילוב עם

משתית מתאימה (תחליפי עצם עם ספיגה איטית) ופלזמה ענייה בטסיות המשמשת כממברנה ביולוגית (PPP) בשילוב עם טכניקה כירורגית מתואמת, עבודת צוות ותכנון מדויק, הנם קריטיים בהצלחת הטיפול המוצע.

שלבי הטיפול שלב א':

1. שימוש בחללים קיימים (חללי רצפת הסינוס ורצפת האף) לצורך אוגמנטציה ורטיקלית.
2. אוגמנטציה הוריונטלית על ידי שימוש בעצם ממקור עצמי הנקצרת מאתר סמוך (בד"כ המנדיבולה).



3. קיצור תהליכים על ידי ביצוע סימולטני של השתלים יחד עם תהליך האוגמנטציה.

שלב ב':

בעת החשיפה, התאמת מבנים סופיים (Multi-Unit abatements), התאמת שחזור מעבר מוברג וכן ביצוע השתלת חניכיים מהחך (Connective Tissue Graft).

שלב ג':

4. מבוצע שיקום סופי או שלב נוסף כירורגי לתיקון Angle Class III באמצעות ניתוח LeFort I.

איור 1:

מטופלת בת 47 הופנתה אלי לטיפול לצורך הכנה לשיקום קבוע נתמך שתלים בלסת עליונה עם אטרופיה חמורה. הטיפול המשולב במטופלת זו מדגים את עקרונות הטיפול שתוארו.

תמונות 1-3:

תמונת פנים, צילום פנורמי ותמונת חלל הפה עם תותבת שלמה.

תמונות 4-5:

מדגימות יחסי Angle Class III.

תמונות 6-8:

בתהליך הטיפול הכירורגי נעשה שימוש במספר טכניקות כירורגיות על מנת לשחזר את הלסת העליונה.



תמונה 9

צילום פנורמי לקראת חשיפת השתלים 9 חודשים לאחר הניתוח.

תמונות 10-11

מדגימות את שלב ג': השחזור הסופי ותמונת פנים עם השחזור הסופי המדגימה את התיקון המרשים של פרופיל הפנים.

שלב א':

אוגמנטציה ורטיקלית באמצעות הרמת רצפת האף (6) ורצפת הסינוסים המקסילרים (7) עם תחליפי עצם (Bio-Oss) מושקעים בתאי אב ממקור מח עצם שהופק מהאגן (BMAC) ואוגמנטציה הוריונטלית באזור קדמי, באמצעות תוספת של בלוקים ממקור עצם אוטולוגי (שנקצרו מהרמוס והסימפזיס) (8). האזור שעבר אוגמנטציה כוסה על ידי פלזמה ענייה בטסיות דם (PPP).

שתלים בוצעו סימולטנית (8) עם האוגמנטציה בעזרת סד כירורגי, השתלים הושארו קבורים. בנוסף, בוצע Buccal fat pad pedicle flap לתוספת וסקולריזציה ונפח.

התותבת הנשלפת הוסרה למשך 3 שבועות, והותאמה למצב החדש על ידי ריפוד רך.

המתנה של 9 חודשים עד לחשיפה. צילום פנורמי המדגים את השתלים לקראת חשיפה (תמונה 9).

שלב ב':

בעת החשיפה בוצעה התאמה של שחזור מעבר מוברג אל מבנים מסוג מלטי-יוניט עד להכנת השחזור הסופי והושתלה רקמת חיבור מהחך.

שלב ג':

לאחר תקופת החלמה, בוצע השחזור השיקומי הסופי על ידי ד"ר גיל רפלוביץ' (10). השחזור השיקומי תוכנן לצורך אופטימיזציה של המראה האסתטי: על ידי שחזור חניכיים חסרות, והפפילות על ידי חרסינה ורודה. ניתן לראות את

INVISALIGN

הפתרון האולטימטיבי...



ד"ר מארי כהן
מרפאת מומחים מוריה

הקשתיות מיוצרות רק לאחר אישור תוכנית הטיפול. המטופל מקבל את הקשתיות והוראות השימוש בהם וחשוב להדגיש כי המטופל נדרש להרכיב את הקשתיות כ-22 שעות ביממה. חייבים להסיר אותן בזמן הארוחות ולצורך צחצוח השיניים. מומלץ להימנע משתיית משקאות חמים - למשל קפה תה... או המכילות צבעי מאכל בזמן שהקשתיות מורכבות. קצב החלפת הקשתיות נע בין אחת לשבוע או לשבועיים וחשוב לשמור את כל הקשתיות במידה ויהיה צורך בחזרה לקשתיות קודמות אם אין התאמה בין ה-CLINCHECK והמצב הקליני או במידה והקשתית לא מתאימה. במידה ולא הושגו תוצאות המרצות את הרופא ו/או את המטופל ניתן לתכנן שיפורים נוספים (REFINEMENTS). לצורך כך, יש לעדכן במערכת את המצב הקיים באמצעות תמונות פנים ושיניים ומידות מעודכנות. תוכנית טיפול חדשה תישלח בהתאם לשיפורים המתבקשים עד להשגת התוצאות המספקות את המטופל ואת הרופא. לסיכום INVISALIGN הינו פתרון אלגנטי ויעיל ונותן מענה ייחודי לקהל רחב של מטופלים המעוניינים בפתרון אסתטי אבל נרתעים מטיפול אורתודנטי סטנדרטי.

אז למי ניתן להציע טיפול באמצעות INVISALIGN? האם קיימים מקרים שלא מתאימים לטיפול בעזרת INVISALIGN? כמובן! יישור שיניים בשיטה זו יכול להתאים לקהל רחב מאוד של מטופלים במידה ומדובר במטופלים עם מבנה פנים תקין ויחסים בין לסתיים תקינים ולכן כמובן ישנם מגבלות התלויות בחומרת הליקוי סגר הקיים - לדוגמה מטופלים הזקוקים לטיפול משולב אורתו-כירורגי אינם מתאימים. נדגיש בהזדמנות זו את חשיבות האבחנה הנכונה וקביעת הטיפול הנכון והמתאים ו/או הפשרות הנכונות על מנת לקבל תוצאות אסתטיות, יציבות, וסגר נוח ויציב. לסיכום יישור שיניים בשיטת INVISALIGN מתאים לכלל המטופלים המעוניינים בשיטת טיפול בלתי נראית כאשר המאפיינים הקרניופציאלים תקינים כמו כן ניתן להציע את האופציה הזו לקהל המטופלים אשר סובלים ממלפוזיציות משניות למחלות חניכיים במצבים בהם קיים חשש להפעלת כוחות שעוללות לגרום לאובדן תמיכה גרמית כמובן שהטיפול חייב להתבצע עם חשיבות למצב הפריודונטאלי הקיים ומעקב צמוד של הפריודנט המטפל. בנוסף ניתן להשתמש בשיטה זו על מנת לתכנן שיקום פרוטטי במידה ומתבקשים שינויים בעמדות השיניים לאפשר שיקום ותוצאות איכותיות

אין מתנהל טיפול בשיטת INVISALIGN? הרופא המטפל קובע את התוכנית טיפול דרך התוכנה המיועדת לכך. ימים ספורים לאחר שליחת מידות מדויקות והזנת הנתונים במערכת מתקבלת אופציה טיפולית והדמייה של תזוזות השיניים המתוכננות. כמו כן נקבע מספר הקשתיות המתבקש ומשך הטיפול הצפוי.

יישור שיניים בשיטת INVISALIGN זוכה להתעניינות רבה בקרב המטופלים הבוגרים המעוניינים בשיפור אסתטי של החיוך. מדובר בשיטת טיפול שפותחה בארצות הברית בסוף שנות התשעים - 1997 על ידי חברת ALIGNTECH והמאפשרת יישור שיניים בלתי נראה בעזרת קשתיות (ALIGNERS) המפעילות לחץ על השיניים בנקודות מסוימות (ATTACHEMENTS) והזזת השיניים באופן הדרגתי עד ליישור מוחלט של קשתות השיניים וקבלת סגר יציב.



הטיפול מתוכנן בעזרת תוכנה שפותחה לצורך כך (CLINCHECK) ומאפשרת הדמייה תלת מימדית של תזוזות השיניים עד להשגת התוצאות הרצויות. משך הטיפול הצפוי ומספר הקשתיות המתבקש נקבע כמובן לפי תכנון הטיפול ותלוי בחומרת המלפוזיציות הקיימות. היתרון העיקרי של הטיפול באמצעות INVISALIGN הינו האפשרות לבצע יישור שיניים ללא הפרעה אסתטית מאחר והקשתיות שקופות וניתנות להסרה. כמובן שישנם יתרונות נוספות בכך שמדובר בשיטת טיפול יעילה ונוחה ומותאמת אישית.

השיפור הניכר בפרופיל המטופלת (11). זו העת שבה ניתן לבצע LeFort I לצורך תיקון יחסי Angle Class III ושיפור תמיכה של השפה העליונה, אך המטופלת הסתפקה באסתטיקה הקיימת.

לסיכום טיפול בלסת עליונה אטרופית לצורך שחזור קבוע נתמך שתלים:

במקרים של אטרופיה קיצונית בלסת עליונה מחוסרת שיניים יש לפעול במספר מישורים כדי להבטיח את הצלחת הטיפול לטווח הארוך: תכנון מדוקדק ולעיתים ממוחשב ועבודת צוות: כירורג, משקם, טכנאי/איש תכנה.

מאמץ מרבי להקטנת מספר השלבים הטיפוליים וריכוז הניתוחים למינימום הכרחי.

שילוב טכניקות כירורגיות שונות, יחד עם חומרים ביולוגיים, לטובת שיפור תהליך ההחלמה והקטנת הזיהומים.

עבודה לפי תסריטים מוכנים מראש: הצ'ק ליסט הינו נר לרגלי ולרגליי כול המעורבים בטיפול.

עבודה בסביבה סטרילית.

אלו עיקרי העבודה שבאמצעותם אני שואפת להגיע לפתרונות טיפוליים אופטימליים בסביבת עבודה מורכבת.

קריאה מומלצת:

Schwartz-Arad D, Ofec R, Eliyahu G, Ruban A, Sterer N. Long Term Follow-Up of Dental Implants Placed in Autologous Onlay Bone Graft. Clin Implant Dent. Relat Res. 2016;18:449-61

Schwartz-Arad D, Ofec R, Eliyahu G, Sterer N. Ruban A. Onlay Bone Graft Augmentation for the treatment of Maxillary Atrophy. Long term (up to 131 months) follow-Up on 272 implants. Journal of Cosmetic Dentistry. 2015;31:77-93

חוגגים 15 שנים למגזין



המרכז להכשרת רופאים,
בהדרכה אישית.



מרפאת מומחים
מוריה



המועדון הלימודי מוריה
המרפאה מארחת רופאים
לערב מקצועי

Science
and
Beauty

פרופ' ביצ'צ'ו וד"ר דהן
במוזיאון הכט חיפה
5.4.2013

קורס למיקרוכרורגיה
ד"ר סוזוקי (יפן)
מבקר בארץ
20-22.5.2012

MPC NEWS

עיתון מטעם רופאי
המרפאה המציג כתבות
דנטליות מגוונות



לחיים
מועדון לעומת רפואת השיניים

מועדון לחיים
המפגש החברתי החגיגי
של כל עמיתי המרפאה



A modern approach for treating peri-implantitis with Er: YAG Laser



Prof. Roly Kornblit

Scientific Director of European Master Degree in Oral Laser Application, Sapienza University of Rome, Italy

Introduction

The number of dental implants is growing each year and proportionally, the number of biological complications is increasing. Among them, peri-implant disease is the most common cause of implant loss after loss of osseointegration. Microorganisms residing on the surfaces of implants and their prosthetic components are the primary etiologic factor for peri-implantitis.

Thus, nowadays the efforts to treat peri-implantitis by achieving a complete implant surface disinfection has become the periodontists main challenge.

Laser Treatment

Although the etiologies of Peri-Implantitis are varied and often combined, the primary treatment should include removal of deposits, calculus and granulation tissue, but most important is to eradicate the microorganisms that contaminates the implant surface and the surrounding tissue.

The current different treatment modalities manage to remove the granulation tissue and other infected deposits but do not fully manage to decontaminate the treated area and implants, especially without harming the implant surface.

Recently, the dental laser Er:YAG

technology emerged as an alternative therapy against different oral pathogens causing peri-implantitis, offering good options for successful Peri-Implantitis treatment:

- Ablation of the granulation tissue, also in areas difficult to reach by conventional tools and it can be performed without causing any damage to the implant surface and the adjacent tissues.
- The Implant surface decontamination can be performed without causing any thermal side-effects to the tissue and the surrounding bone.
- Bone surgery, when needed, can be performed with the laser in a very minimally invasive mode, precise and selective, while maintaining tissue integrity and vascularization.
- The Er:YAG laser can perform osseous contouring accompanied by a cooling water spray that can be switched off for soft tissue surgery.
- Dental lasers' increases tissue regeneration success rate, due to the lasers bio-stimulation effect.

Er: YAG LASER

The Er:YAG Laser therapy, is the alternative promising approach with a growing number of well documented clinical evidence. The Er:YAG laser is based on the laser



LITETOUCH™
טכנולוגיית לייזר בלעדית
מבית לייט-אינסטרומנטס בע"מ

אזרחי טכנולוגיית לייזר מוצלחת במכשיר קטן וקומפקטי
מאשר על ידי משרד הבריאות הישראלי ומיועד לטיפולים בקומות קשות ורכות בחלל הפה

מבצע טרייד-אין
הטבה מיוחדת למשתמשי לייזר לרקמות קשות בישראל:
שדרג את מרפאתך לדגם חדש של LiteTouch™
וקבל זיכוי משמעותי עבור המכשיר שלך.

פרטי התקשרות: 058-6555042
<http://he.light-inst.com>

light unique properties: emitted photons with the same wavelength (monochromaticism), that oscillate in the same phase (coherence), and ray lights that are all parallel and aligned towards the same direction.

The laser apparatus consists of: a lasing medium, a pumping system and a laser resonator. The laser medium is the material that emits the photons and for Er:YAG Laser is an erbium medium doped yttrium, aluminium garnet crystal that emits energy at a wavelength of 2940nm.

This wavelength has an affinity for water. Since soft and hard oral tissues contain water, the laser is suitable for both hard and soft tissue surgery: ablation, cutting and for decontamination with excellent efficiency. The "Laser-in-Handpiece™" in which the technology houses the entire laser mechanism within a small sized

chamber and so does not require a delivery mechanism, permitting direct energy delivery to the soft tissue and bone.

Conclusions

The Er:YAG Laser technology is very well documented and evidence based for its benefits, efficiency and safety, making it now, the treatment of choice also for peri-implantitis.

(Case report of Dr Dahan)

Treatment of advanced Peri-implantitis by Laser assisted GBR procedure



Dr. Bernard Dahan DCD
Moria Periodontal Center

A 45-year-old patient presented with Perimplantitis on the tooth # 46, (ten years after the implant had been placed).

The clinical symptoms were a slight sensitivity on brushing and discomfort.

The probing of the area revealed an 8-mm pocket circumferentially around the implant (Picture 1).

The X Rays showed bone loss of the cervical third of the bone support (Picture 2).

Owing to the good hygiene, the motivation of the patient "to save his implant", and the relatively good prognosis, we decided to proceed to a Guided Bone Regeneration surgery assisted by Er Yag Laser Therapy (Light Instruments).

After vertical and intrasulcular incisions (200mj Energy/20hz Frequency, 20Hz) (Pictures 3-4), the debridement of the defect was achieved showing a crater as a circumferential lesion. (Pictures 5-6)

A complete decontamination was achieved by the Er Yag beam Laser :1300 microns Tip, 100mj Energy, 20hz Frequency (Picture 7).

The defect was filled with Bone Allograft and Growth Factor (Emdogain) and protected by a resorbable Collagen Membrane (Pictures 8-9-10-11).

After nine month, the patient presented with better clinical situation (less probing depth and improved bone topography) - (Picture 12)

In conclusion, the GTR procedure associated with the Er Yag Laser approach could help in the treatment of the Perimplantitis.



Treatment of mild Peri-implantitis by Laser assisted Regenerative procedure



Dr. Bernard Dahan DCD
Moria Periodontal Center

A 37-year-old woman complained of bleeding and sensitivity in the anterior teeth around an implant which was placed 13 years ago.

After examination, periodontal pockets (6-7mm) were found on the Bucco- distal aspect of the #11 implant without any XRays modifications (Pictures 1,2). No other areas were involved in this Localised Mild Peri-implantitis.

Taking esthetics into consideration, we decided to treat this area with a conservative and a regenerative approach.

After debridement and exposure of the defect, decontamination of the exposed implant was performed by a combination of mechanical and Er YAG Laser therapy (50mj Energy/20Hz Frequency/Tip 1300 microns) (Pictures 3,4).

Bone Substitute (Xenograft),

Growth factors (Emdogain) and a Collagen Membrane was used to repair the defect. (Pictures 5,6,7,8) Several months later, the patient was asymptomatic and the clinical aspect was acceptable (No bleeding/No pocket) (Pictures 9,10). Because of the easy access for hygiene, the prognosis of this treatment of mild Peri-implantitis in the smile area can be fair.



Upper arch rehabilitation creating balance and harmony between restored teeth and the supporting tissues



Mirela Feraru D.M.D.
Bichacho Clinic, Tel Aviv

The goals for esthetically oriented treatments in the smile zone are to achieve harmony of well proportioned teeth, maintain functional and physiologic occlusion and to provide solution for the individual patient's dental and oral wellbeing needs.

A 50 years old patient presented to the office with a major complain of her unpleasant appearance during smile (fig1). As a rule, each restorative treatment in the smile zone should get as a starting point a functional and esthetic wax-up based on esthetic criteria analyzed with the help of intra-oral and full-face photography. Following a thorough analysis, a treatment plan was elaborated.

Several aspects of the treatment were raised already from the beginning:

- Length of the central incisors – giving that the Incisal edge position was correct from the esthetic and functional criterias, crown lengthening procedure was considered in order to obtain better proportions and harmony between the anterior upper teeth. The patient declined and asked for no surgical interventions, just an improvement of the smile, as is, having in mind the same scheme and distribution of the crowns and bridges as in her pre-operative situation.
- Implant supported restorations in the missing areas: teeth #15, #24 and #26. The decision was taken together with the patient to restore the two quadrants with Zirconia based fixed partial dentures restoration.
- Minimal preparation for veneers for teeth #13, #12 and #22 in order to improve and harmonize the overall smile, a proposal that was accepted by the patient.

Treatment phases:

- Removal of the old defective crown and bridge restorations at the posterior areas and the two central incisors and re-preparation for zirconia based restorations (Fig.2, fig.3) to be permanently cemented with glass ionomer cement -Fuji 1 GC
- Minimal preparation for monolithic lithium disilicate (e.max-Ivoclar) veneers - painted externally -for teeth #13, #12 and #23.
- Adhesive bonding procedure of the anterior ceramic restorations (*) under rubber dam isolation following a total etch approach (preparation only in enamel), adhesive universal and Variolink esthetic luting cement (Ivoclar) (fig.4). Conditioning of the veneers were performed according with the manufacturer instructions: cleaning after try-in with Ivoclean, etching with HF 5% for 20 seconds, rinsing and cleaning afterwards the intaglio surface with H3PO4, followed by the application of the Monobond Plus for 1 minute. (fig.5)

One month following the final restorations delivery, a good integration of the ceramic restorations with the surrounding soft tissues is evident, with an improved harmony of the smile and a balance between esthetics, function and biology that was predictably achieved. (fig.6)

* Ceramic creations by Dr. Vincenzo Musella, DDS, CDT-Modena, Italy

Legend to pictures:

Fig.1 - preoperative view of the patients smile and clinical situation with the lips retracted. The esthetic concerns are evident: recessions around the anterior and posterior restored teeth and the poor esthetics of the old restorations.

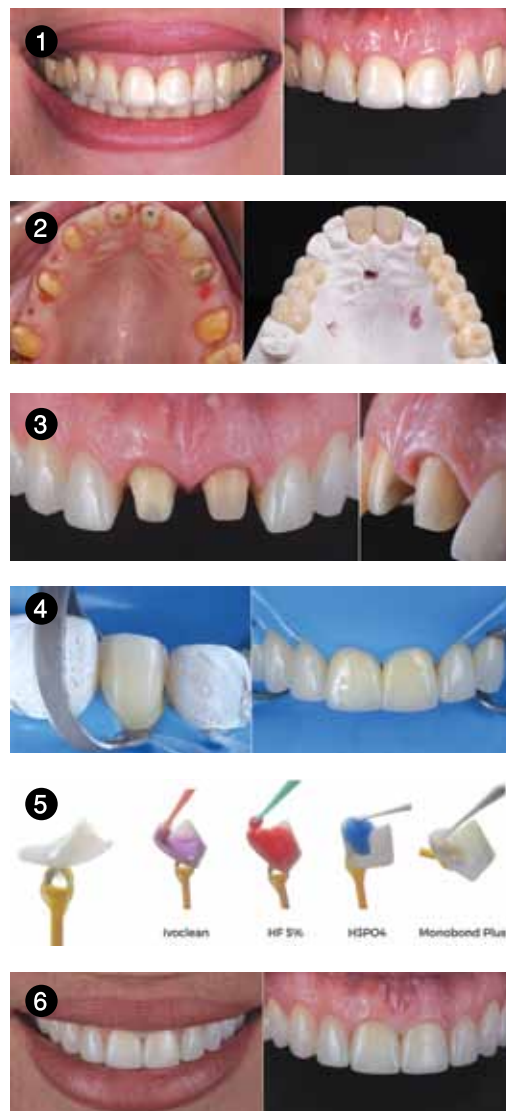
Fig.2 – view of the upper arch prepared teeth for the crowns and bridges only (mirror image), together with a view of the definitive zirconia based restorations on the model(*).

Fig.3 – view of the preparations of the 2 central incisors at the try-in of the adjacent veneers. A close-up of the marginal soft tissues in correct relationship with the prepared teeth.

Fig.4 – intra-oral image, at the time of isolation, and preparation for adhesive bonding procedure, of the anterior ceramic restorations.

Fig.5 – steps of the chairside conditioning of the e.max lithium disilicate restorations before intra-oral bonding.

Fig.6 – final result of the new smile with a retracted view. The integration of the anterior restored teeth with the surrounding soft tissues creates a pleasant harmony.



קורס עיוני ומעשי 9-10.11.2017

עיבוי הרכס האלוואולארי ואוגמנטציה לטראלית באימפלנטולוגיה - עדכונים חדשים
מרפאת מומחים מוריה, חיפה



יום ה' | 9.11.2017

12:30-14:00
הפסקת צהריים

14:00-16:00
עבודה מעשית על ראשי חיות/מודלים
אוגמנטציה לטראלית GBR:
הטיפול ברקמה הרכה, הנחה, קיבוע הממברנה
ותפירה.

16:00-17:00
פורום חברות דנטליות

17:00-18:00
מפגש חברתי על כוס בירה/יין

יום ו' | 10.11.2017

08:30-09:00
התכנסות/קפה

09:00-12:00
שידור חי של שני ניתוחים מחדר הניתוח:
• שימור הרכס האלוואולארי בשיטה זעיר פולשני
• אוגמנטציה לטראלית GBR

12:00-12:30
שאלות, דיון וסיכום

לפרטים והרשמה: דקלה
04-8343333 שלוחה 5
mpc@m-m-m.co.il

מטרת הקורס: השגת ידע ומיומנות בהכנת הרכס האלוואולארי לקראת התקנת שתלים

נוכחות השן בעצם הלסת מבטיחה את יציבות נפח הרכס האלוואולארי. אולם, לאחר היעדרות השן, הרכס עובר תהליך של ספיגה מיידית, הנמשכת במהלך כל החיים. יתרה מכך, ידוע כיום כי, התקנת שתל דנטאלי אינה עוצרת את תהליך הספיגה. מכאן קיימת חשיבות עליונה לעובי הרכס האלוואולארי בתהליך התקנת שתל דנטאלי. עובי מתאים עשוי למנוע תופעות של נסיגות חניכיים בלתי רצויות סביב צוואר השתל, יפחית התפתחות פריאימפלנטטיס ויבטיח פרוגנוזה טובה יותר לשתלים. במהלך הקורס יועלו מגוון רב של טכניקות לעיבוי הרכס תוך כדי שימת דגש על יתרונותיהן והתוויותיהן של כל אחת ואחת. הרופאים יקבלו הכשרה אישית בזכות עבודה מעשית ותתקיים צפייה ישירה בניתוחים, בשידור חי מחדר הניתוח.

08:30-09:00
התכנסות/קפה

09:00-09:45
שימור הרכס האלוואולארי ביום העקירה - הטיפול המונע

- מטרה, עקרון, חומרים ופרוטוקול
- זעיר פולשני - הצגת מקרים
- שלב אחד או שני שלבים? מתי ומדוע?

09:45-10:30
עיבוי הרכס האלוואולארי ואוגמנטציה לטראלית כהכנה להתקנת שתלים.

- עקרון, לוגיטיקה, פרוטוקול ומכשולים
- התקנת שתל בו זמנית?
- אם כן, מדוע ומתי?
- הצגת השיטות השונות

10:30-11:00
הפסקת קפה

11:00-11:45

- השתלת עצם תת פריוסטאלית Periosteal Pocket Bone Graft, PPBG
- רגנרציה גרמית מודרכת: GBR ממברנות ותחליפי עצם
- עקרון, פרוטוקול וחומרים
- רגנרציה גרמית מודרכת: בשיטה ה-Sonic Weld וממברנה סינטטית

11:45-12:30

- פיצול הרכס Bone Splitting אינדיקציות ופרוטוקול
- גושי העצם-הבלוקים: בלוק עצם עצמית בלוק עצם אלוגני
- הצמנטים כתחליפי עצם Bond Apatite

החידוש, העקרון והצגת מקרים

תיאום ציפיות

מטופל, מטפל ומה שביניהם..



ד"ר בני רצקין
מרפאת מומחים מוריה

השינניות: המגדלור של מרפאת השיניים

סיכום יום עיון לשינניות שנערך ב- 6.12.16



האירוע נערך בכותלי ובמסגרת "המרכז להכשרת רופאים (Private Academy)". סדרת ההרצאות, לשינניות בלבד, נכנסת לפרויקט שהמרפאה יזמה בחסות חברת "קולגייט".

האירוע עמד בסימן "השינניות: המגדלור של מרפאת שיניים". כל השינניות (וגם שינן) אשר הנן בעלות ניסיון, לא הססו להגיע כדי לרכוש ידע נוסף עם כמיהה רבה ללמידה.

צוות המרצים היה מטעם המרפאה והצליח לרתק את קהל השינניות.

במסגרת האירוע, צפו השינניות בניתוח של השתלת חניכיים, אשר הועבר בשידור חי.

השינניות קיבלו כלים אמיתיים לאבחון בנושא "נסיגות החניכיים" וכבר ממתינות למפגש הבא.

הסיבוכים האפשריים - נושא שחייב לעבור באופן ברור, עם דגש כי סיבוכים מתרחשים לעיתים רחוקות וכי לא ניתן להבטיח הצלחה בטיפול, הסבר סטטיסטי לגבי הצלחת הפעולה שתבוצע והאחריות למקרה כישלון. הסבר על הנושא הכלכלי יובהר ויקבע מראש בהתאם להיקף התוכנית ומורכבותה. יתכן שיהיה צורך לחזור על ההסבר מספר פעמים ובפרט לקראת כל התערבות כירורגית. מודגש כי הבנתו של המתרפא חייבת לעמוד במבחן, עם שאלות ברורות של הצוות המטפל והסכמתו מדעת לגבי ההליך והחתימתו מראש.

הכתוב מעלה, הוא משאלת לב של רובנו, במציאות של קוצר זמן, תחרות ופרסומות מפתות אנו נתקלים בפער בין שנאמר והוסבר על ידי המטפלים ומה שהובן ומצופה על ידי המטופלים. מכאן הדרך למשבר אמון והשלכות נוספות קצרה מאד...



תאום ציפיות. מטופל, מטפל ומה שביניהם..

בטיפולים כירורגיים זה קורה מידי יום. השילוש המורכב ממטופל, מטפל והחייב שביניהם. החיבור הוא המרווח, הוא מה שנאמר, הוסבר והובטח על ידי הצוות הרפואי ובין מה שנשמע, נקלט והובן על ידי המטופל.

הפער הזה מורכב ממצאות סובייקטיבית ותלוי בדיוק ההסבר לפני הטיפול, שזור בעניין רגשי, פסיכולוגי וכלכלי.

שביל זהב שעובר בין אמת מוחלטת, שיכולה לעיתים לרפות ידיים ולמנוע מהמתרפא הפוטנציאלי להענות לתוכנית הטיפול, ובין יצירת מצג שווה המפשט את מורכבות ההליך הטיפולי ו/או מבטיח 'הרים וגבהות'. מנגד עומדת הבנתו ופרשנותו של המתרפא לנאמר על ידי הצוות המטפל.

נדבך נוסף במרווח הנ"ל היא המציאות האובייקטיבית. פאזל של כל הגורמים הישירים והעקיפים המשפיעים על הצלחת הטיפול, סוג הטיפול המתוכנן, מורכבותו, מצבו/ה הסיסטמי והמקומי של המטופל/ת, כגון עישון, רמת העצם הראשונית, עובי החניכיים, יכולת הריפוי שהיא אינדיבידואלית ובעיקר מיומנותו וניסיונו של המטפל.

נקודת המוצא ממנה יש לצאת היא האחריות הכוללת של הצוות המטפל לכל התהליך, כולל בחירת המתרפא, האם המטופל מתאים? האם ישתף פעולה? בשילוב עם יצירת מחויבות אצל המטופל לקיום הוראות והנחיות הניתנות מראש והמשפיעות על אופי הטיפול ושרידותו לאורך שנים.

הסבר הכולל תכנית טיפול מוסדרת, תיאור מהלך הטיפול, מספר המפגשים הכירורגיים הצפויים, מה יעשה בכל מפגש ברמת הביצוע, תופעות לוואי צפויות, השלכות על תפקודו של המתרפא ביום הביצוע ובימים הבאים (ריתוק לבית, הפסד עבודה), משך הטיפול הצפוי בחודשים או שנים, דרישות התחזוקה והשמירה לאורך זמן.

אופטימיות... לא רק מצב רוח אלא גם בריאות! (פרק 1)



ד"ר ברנרד דהן
מרפאת מומחים מוריה

התוצאות הראו כי יותר מ-76% מקבוצת האופטימיים קיבלו ציון אידיאלי על בריאותם הפיזי.

השערות

יתכן ואופטימיות עוזרת לאנשים להתמודד עם מחלות ומאפשרת להילחם לאחר טיפולים רפואיים קשים וניתוחים. היא כנראה, מעניקה כוחות לחיזוק מערכת החיסונית.

מאמינים כי גם הסטרס ושחרור מתמיד של אדרנלין אצל הפסימיים, משפיעים לרעה ובאופן מצטבר על המערכות הקרדיו-וסקולאריות כולל השפעה על יתר לחץ הדם.

אצל הפסימיים נמצא כי רמת ההורמונים Serotonin, Dopamine, Endorphin, Oxytocin הינה ירודה, דבר שיכול להסביר את ההשלכות על בריאותם הפיזי.

מסקנות

יש לנסות לשמור על אופטימיות וכמו בשיר של אדית פיאף: "Vivre La Vie En Rose" כלומר לראות את ה"חיים בורוד" ולא לעשות לעצמנו "Mauvais Sang" - "דם רע"!!

המחקרים מראים כי שווה לשמור על אופטימיות ושמחת חיים למען בריאותם הכללית.

השאלה, איך לשפר ולעודד את תחושת ה"אופטימיות והאושר הפנימי"?

בפרק 2 נציע בין היתר מענה ע"י The Parma Model, תאוריה מדעית על האושר.

האנשים המסתכלים על "חצי הכוס המלאה" אמורים להיות פי שניים יותר בריאים מאשר אלה המסתכלים על "חצי הריק". על פי מאמר שפורסם ב-JOURNAL HEALTH BEHAVIOR AND POLICY REVIEW עם רמות אופטימיות גבוהות, בעלי סיכוי להיות במצב בריאותי לבבי אידאלי, לעומת אנשים פסימיים. כך מצייתת Pr. Of Social Work University Of Illinois, Rosalba Hernauderg

המחקר בוצע על יותר מ-5000 מבוגרים בגילאי 52-84 וחקר את הקשר בין אופטימיות ובריאות קרדיו-וסקולארית. נבדקו גורמים כמו פעילות פיזית, כולסטרול, רמת סוכר בדם, תזונה, לחץ דם, עישון ו-BMI (Body Mass Index).

הנבדקים קיבלו ציון מ-0 (ירוד), 1 (בינוני), 2 (אידיאלי). ככל שהציון היה גבוה, כך היה טוב יותר מצב בריאותם. במקביל אותם הנבדקים עברו בדיקת היבטים נפשיים, הכוללת אפיון התכונות "אופטימיות" ו"פסימיות".



Bond Apatite®

3 steps ahead

The fastest, easiest and most efficient bone graft that the market has ever seen.

From now on, graft placement and stabilization will take less than 1 minute! Just...

Place
Press
Close

Contact us today: 972(0)77-5591945
www.augmabio.com

Facial Aesthetics

14-15.6.2017

2 Day Course in Tel-Aviv

Growth Factors and Stem Cells (i-PRF™ and A-PRF™)

Lecture by
Cleopatra Nacopoulos
BSc, DDs, MSc, PhD

The use of i-PRF™ and Liquid A-PRF™ is an innovative method for skin rejuvenation that can be used in every-day practice, with a maximum cost/benefit ratio for both the physician and the patient.

Healthcare professionals have successfully incorporated growth factors in their practices, often in conjunction with other modalities such as hyaluronic acid, botox injections, PDO threads and laser treatments.

for more information 09-7743615 // info@israimplant.com

ציפויי חרסינה - החזית באסתטיקה הדנטלית



ד"ר ניר יקירה
רופא שיניים כללי, חיפה

אסתטיקה דנטלית מתקדמת במהירות מעבר לתחום של ידוענים, יותר ויותר מטופלים מבקשים לחקות ולהחשיב את מראה השיניים והחיך כמרכיב חברתי וכהצלחה מקצועית בחייהם.

במשך השנים האחרונות ישנם חידושים עצומים ושיפורים בנושא ציפויי החרסינה: מכשירים, כלים וחומרים, הן לרופא והן לסכנאי השיניים.

במקרה המוצג שתי החותכות המרכזיות העליונות עם שינוי צבע משמעותי בגוון ורצון המטופל לשיפור קו החיך. (1)

המפגש הראשון:

צולמו צילומי הפנים והשיניים, נלקחו מידות למודל הלימוד ולמודל הגילוף האבחנתי (2) (Wax-Up).

המפגש השני:

שלב ה-Mock-Up:

העתקת השחזורים מהגילוף האבחנתי שבוצע בעזרת אינדקס סיליקוני וחומר שחזור אקרילי לפה המטופל, שלב מכריע בהערכה אסתטית מראש כמו גם בעזרה להכנת השן לציפויי החרסינה. שלב זה, כמו בכל מקרה שיקומי, חשוב לתקשורת בין המטופל לרופא כמו התקשורת בין הרופא לסכנאי, ותשומת לב לפרטים כגון: צורה, צבע, גוון והרמוניה עם השיניים הסמוכות והנגדיות.

לאחר השלמת בניית הציפויים הזמניים, יש צורך לבחון כמובן גם את הפרוטרוזיה, התנועות הלטרליות ואורך הציפויים.

75% מכשלונות ציפויי החרסינה קשורים להפרעות סגר ואיזון המנשך.

שלב הכנת השן:

אחד הכללים המכריעים הוא שמירה על מקסימום האמייל הקיים בשן, ועוד לפני השחזות השן יש לבחון את כמות האמייל שתיוותר ואת עובי הציפוי העתידי. (3,4)

את קו הסיום יש לבצע בעזרת הגדלה משמעותית, אני לצורך כך משתמש במיקרוסקופ והכנה מסוג (5) Modified Chamfer

המפגש השלישי:

ציפויי החרסינה הוכנו מחרסינה פלדספטיט (6,7) השיניים בודדו בעזרת חבקים מתאימים וסכר גומי. (8) ציפויי החרסינה הודבקו בעזרת Variolink

להצלחת השיקום חשובה לא רק ההתייחסות האומנותית והשיקול האסתטי מצד הרופא המטפל, אלא גם ידע בתהליך המקצועי, שליטה באמצעים, בכלים השונים, לרבות טכנאי השיניים וסוגי השחזורים הבלתי ישירים, שביחד תורמים להצלחת הטיפול.



טכניקת Bone Splitting

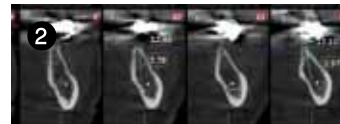
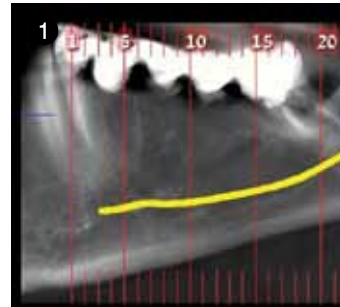
על קצה המזלג



ד"ר אוריאל אטל
מומחה לרפואת חניכיים, כפר נטר

עקירת שן, "אטראומתית" כלל שתהיה, כרוכה באבדן עצם הן אופקי והן אנכי^{2,3}. (אגב, גם אם אנחנו משתמשים בטכניקת שמירת הרכס במהלך העקירה, או אפילו רגנרציה מודרכת).

ההמלצות הן שהרכס יהיה במינימום ברוחב 5-6 מ"מ לפני החדרת השתלים



או לפחות 1-1.5 מ"מ עצם בוקלית ולינגואלית לשתלים. לעיתים רוחב העצם הזמין להשתלה הוא לא מספק. כדי לקבל מימדי עצם כאלו, קיימות מספר טכניקות לאוגמנטציה: **GBR, Bone Block, Distraction Ridge Expansion** ו**osteogenesis** ו**Osteotomy** וכן **Bone splitting**. לכל פרוצדורה יש את היתרונות והחסרונות שלה.

לאיזור המנדיבולרי האחורי יש מספר גורמים שהופכים את ההשתלה שם למורכבת יותר. נוכחות העצב המנדיבולרי, ה-**mental foramen**, ה-**lingual undercut** של הרכס ה-**mylohyoid**, ופלטת קורטיקלית עבה ופחות נפח של עצם טרובקולרית בהשוואה לזה שבמקסילה.

בדרך כלל רכסים שאריים ספוגיים עוברים טיפול ב-**bone block**, זאת פרוצדורה מורכבת עם סיכוי מסויים לתחלואה באיזור התורם, ולכן פותחו טכניקות אחרות.

הטכניקה של **Bone splitting** פורסמה לראשונה ב-1992 על ידי **Massimo Simion** וחבריו¹.

ומאז היא עברה מספר שינויים. המטרה הראשונית של הפרוצדורה היתה ליצור פגם גרמי שתחום כולו, ויכיל טוב יותר את הגרפט. הפרוצדורה בעצם הופכת פגם גרמי שתחום על ידי קיר אחד לפגם גרמי שתחום על ידי 4 קירות, וכל פריודונט יודע שיש יחס ישר בין מספר הקירות התומכים לפגם לבין שעור מילוי העצם.

מבצעים חתך מידקרטלי וחתכי שחרור במזיאל של השן המזיאלית ובדיסטל של השן הדיסטלית. אני נוהג לעשות שמוש במכשיר ה-**Piezoelectric** לביצוע השבר המבוקר של הפלטת הבוקלית. אני מתחיל את החתך במרכז הרכס עד למרחק של 1 מ"מ מכל שן סמוכה. למכשיר יש יכולת דיוק בחיתוך ושולים בטוחים כשמקטרים לשיניים סמוכות. אחר כך מעמיקים את החתך עד לעומק של 10 מ"מ. בדרך כלל הרכס הולך ומתעבה אפיקלית כך שאין צורך בדרך כלל להעמיק יותר מ-10 מ"מ. בקצוות של החיתוך האופקי מבצעים חתכים אנכיים עד לעומק של החתך האופקי. החתך האנכי מבצעים בעומק כך שמגיעים מעבר לפלטת הקורטיקלית, או עד לעומק כזה של מחצית הרוחב של הרכס. לבסוף, אפשר לעשות חתך בציר אופקי שמחבר בין החתכים האנכיים וזה כדי שתהיה שליטה יותר טובה על השבר ושתהיה הרחבה משמעותית יותר לטרלית של הפלטת השבורה. החתך האופקי האפיקלי לא חייב להיות טרנסקורטיקלי כדי שהוא לא יתנתק מהפלטת אלא ישמש כמו ציר. לאחר

השלמת החיתוכים של הרכס אפשר לעשות שמוש בצ'יזל להרחבת הרכסים מ-3 ל-5 מ"מ בתלות במימדי הרכס ההתחלתיים.

לאחר שמזיזים את הפלטת לכיוון לטרלי, אם הדבר מתאפשר, מחדירים את השתלים. לאחר מכן, משתמשים בשתלי עצם חלקיקית שמוחדרים בתוך המרווח המפריד בין הפלטת הבוקלית לפלטת הלינגואלית. אני גם שם את השתלי העצם בוקלית לחתכים האנכיים, ומעל לחתך הציר האפיקלי. את הכל מכסים עם ממברנת קולגן, בעדיפות ממברנה בספיגה איטית, כך שתכסה את כל האיזור ומעבר לחתכים שבוצעו עם ה-**piezo**. חשוב מאד לקבלת סגירה פאסיבית של רקמה רכה, לקבלת ריפוי **per primam**, ללא חשיפת הממברנה.

בעזרת הפרוצדורה הזאת אפשר להשיג עד לתוספת של 5 מ"מ ברוחב בלסת עליונה שהיא כידוע אלסטית יותר. במנדיבולה זה טיפה יותר קשה ויש צורך לעיתים להחדיר את השתלים רק בשלב שני-3-4 חודשים אחרי השתלת העצם. אני מצאתי את הטכניקה נהדרת, עם מהלך פוסטאופרטיבי סביר מאד, וטכניקה שמאפשרת שיעורי קליטת השתלים דומה מאד להחדרתם באופן קונבנציונאלי⁴.

תמונה 1 ו-2. על פי הסיטי המימד הרוחבי של הרכס צר ולא מאפשר החדרת שתלים במצב הקיים.

תמונה 3. מראה קליני של הרכס. בוצע חתך שחרור דיסטלי בלבד מתוך כוונה להרחיב יותר את האיזור הדיסטלי.

תמונה 4. חיתוך מבוקר של הרכס, בשלוב איריגציות תוך הגנה על הרקמה הרכה מסביב.

תמונה 5. החדרת השתלים לכשעצמם תורמת להמשך הרחבת הרכס מעבר להרחבה עם מכשור ידני.

תמונה 6. הנחת ממברנה בספיגה איטית מעל לשתל עצם שהונח מעל ובתוך הרכס.

תמונה 7. סגירה ראשונית פאסיבית של האתר הכירורגי

תמונה 8. לאחר 6 חודשי ריפוי, חשיפת השתלים מראה תמיכה גרמית בוקלית ולינגואלית תקינה המאפשרת התקדמות בתכנית הטפול הפרוטיתית.

1. Simion M, et al . Int J Periodontics Restorative Dent 1992

2. Barone A et al Clin Oral Implants Res 2012

3. Horváth A et al Clin Oral Investig 2012

4. Danza M, et al . J Oral Maxillofac Surg 2009

האורתודונטיה בשירות הרופא המשקם



ד"ר אלון זיידמן
D.M.D MSc יישור שיניים

תיאור מקרה ב

טיפול במחוסרת שיניים 12, 22, מקומם מחדש של הניבים בעמדה קדמית וסגירת המרווח בצורה מוחלטת ע"י "החלקת" השיניים האחוריות קדימה בעזרת עיגון פלטינאלי ע"י MINI-IMPLANT



סיכום

חדירתו של השתל הזמני לטיפול האורתודונטי מאפשרת שליטה מלאה בתנועת שיניים, רופאים העוסקים בשיקום יכולים למקם מחדש שיניים בעמדה נוחה יותר ובעלת פרוגנוזה טובה יותר לצורך ביצוע השיקום. דוגמאות נוספות הינן - הזזת שן בריאה לאזור שהיה בעל נגע גרמי ובכך לצור אתר חדש בעל עצם באיכות טובה יותר, במצבים בהם מעוניינים להתרחק משיקום של אזור סינוס נמוך ועוד. יתרונותיו של השתל הזמני ושילובו בתכנון הטיפול השיקומי יאפשר, ללא ספק, מגוון רחב יותר של פתרונות שיקום.

בכל החלופות תבוצעו החדרה זמנית של שתלי MINI-IMPLANTS באזור החך הפלטינלי, שתלים אלו יחוברו לשיניים הקדמיות למניעת תזוזתן הלא רצויה. בשיחה משותפת עם המטופל והוריו הוחלט על חלופה 3 ושיקום עתידי ע"י חזיתיות חרסינה.

- A צילום אבחנה חוסר חותכת צידית סטיית קו אמצע.
- B אילוסטרציה למקום השתלים
- C מיקומה מחדש של הניב ופתיחת מקום אפשרי למיקום שתל באזור לטראלי
- D סגירה מוחלטת של המרווחים

יתרונות גישה טיפולית זאת תאפשר:

- אתר השתלה בעל עצם רחבה ואיכותית, שיקום אחורי עם השפעה אסתטית מופחתת, קו חניכיים בעל גל אחיד וסימטרי, יציב לאורך שנים.
- הזזת השיניים בדרך כלל יצרה תופעת לוואי של תנועה לא רצויה של שיניים סמוכות, אובדן קו אמצע והקטנת המרחק העובר האופקי (OVER JET). פתרון לכך ניתן בעזרת השתל הזמני או בשמו השני - השתל האורתודונטי (MINI IMPLANT).
- חיבורו הזמני של השתל לעצם באזור הפלטינאלי לדוגמה, יוצר נקודת עיגון אליה מחוברות השיניים שאיננו רוצים בתזוזתן. בנוסף ניתן לחבר את השיניים שאותן נרצה להזיז לעיגון השתל ובכך נקבל 100% תנועה ללא תופעות לוואי של השיניים הסמוכות.

תיאור מקרה א

מטופל בן 15 מחוסר שן 12 (מולד) ושן 22 בצורת פג, סטיית קו, אמצע ומרווחים. תוכנית הטיפול כללה מספר חלופות:

1. פתיחת מקום לשתל עתידי שן 12 בנוסף יהיה צורך בסיום הטיפול בשמירת האתר המיועד להשתלה בעזרת פליפר זמני עד לגיל מתאים לשיקום 19-20.
2. הזזת הניב למקומה של שן 12 בעקבות שן זאת הזזת - מלתעה למקום הניב ויצירת אתר השתלה חדש באזור אחורי - בפעולה אורתודונטית זאת יבוצע בנוסף הטיית שורש הניב פלטינאלי, וזאת כדי להפחית את ה-CANINE PROMINENCE, הבקעת השן לצורך מראה קו חניכיים אחיד, השחזת הניב למתן צורה חדשה תואמת שן לטראלית.
3. חלופה 3 תואמת את חלופה 2 אולם בנוסף תבוצע הזזת הסגמנט האחורי לסגירה מלאה של המרווח שנותר.

תופעת חוסר מולד של חותכות צידיות בלסת העליונה, שכיחה בקרב 5-6% מהאוכלוסייה ובקרב נשים יותר מאשר גברים. רופאים העוסקים בשיקום, נדרשים לא פעם לטפל בתופעה זאת ע"י שיקום ע"ג שתלים.

מנקודת מבט ארוכת טווח ניתן לראות בשיקום זה כבעייתיות וזאת בשל האתגרים הבאים:

- רכס אלבאולרי צר ואלכסוני.
- פלטה בוקלית ורקמה צמודה בעלי עובי דקים, עובדה המשפיעה על צבעם של החניכיים לאחר השיקום, ייתכנו ספיגת עצם, יצירת חלון וסכנה בהשתקפות השתל. (תמונה E)



- בקיעת שיניים ביולוגית דינאמית של שיניים סמוכות (הטבעיות) אל מול שתל יציב שאינו משנה את מיקומו יכולה לפגוע במתאר הגלי של קו החניכיים וליצור חוסר סימטריה בין הצד המשוקם לצד הטבעי.
- צורך בטכנאי בעל מיומנות גבוהה להשגת צבע וגוון תואם לשיניים הסמוכות.

על הקלינאי לזכור כי 6 השיניים העליונות הקדמיות הינן "כרטיס הביקור" של המטופל ולאור האתגרים הרשומים מעלה יכולים להשפיע לרעה הן בטווח הקצר והן הארוך.

פתרון הולם לבעיה אסתטית זאת יכול להתקבל ע"י החלפת אתר ההשתלה באתר אחר כלומר בעזרת הזזת שיניים ניתן להעביר את אזור ההשתלה לאזור אחורי יותר ובמקרים מסוימים לסוגר לגמרי.

נעת כל מעבדת שיניים יכולה להיות דיגיטלית

הסורקים המעבדתיים החדשים מסדרת E של 3shape

הגיעו ובמחיר מפתיע!



חדש

E1

Essential scanning to digitize your lab

- 2 x 5 MP cameras, Blue LED Multiline
- Accuracy (ISO 12836 / implant): 10µm / 12 µm
- Scan speed (arch): 40 sec
- Scan speed (die): 25 sec
- Scan speed (full arch impression): 130 sec
- Texture: n/a



חדש

E2

Increased productivity and texture scanning

- 2 x 5 MP cameras, Blue LED Multiline
- Accuracy (ISO 12836 / implant): 10µm / 12 µm
- Scan speed (arch): 30 sec
- Scan speed (die): 20 sec
- Scan speed (full arch impression): 90 sec
- Texture: B&W



חדש

E3

High performance and implant bar accuracy

- 2 x 5 MP cameras, Blue LED Multiline
- Accuracy (ISO 12836 / implant): 7 µm / 10 µm
- Scan speed (arch): 24 sec
- Scan speed (die): 18 sec
- Scan speed (full arch impression): 80 sec
- Texture: Color

5 סיבות טובות מדוע לרכוש סורק מסדרת E-scanner:



יחס עלות
תועלת גבוה



סריקה מהירה



טכנולוגיה מתקדמת



סריקת מטבעים
אמינה ומדויקת



מודול Auto-start
ייחודי לתפוקה
מקסימלית

לפרטים נוספים ולהדגמת המערכת התקשרו:

054-8838303 | 054-6060800

נפלאות ה-cad cam



ד"ר ארנון אהרון
רופא שיניים, חיפה

לפני יותר מעשרים שנה באודיטוריום מלא משתתפים: רופאי שיניים, טכנאים, אנשי עסקים ואחרים ניתנה הרצאה ע"י Francois Duret בנושא עתיד רפואת השיניים.

האולם היה מלא התרגשות סביב הנושא רפואת שיניים דיגיטלית - "מדע בדיוני" קראו לזה, אבל Duret הציג את נפלאות ה-cad-cam לרפואת שיניים משקמת. יותר מעשרים שנה עברו שהגל הזה הציף את התודעה בקרב רופאי השיניים. המהפיכה הדיגיטלית זחלה למרפאות השיניים דרך הנהלת החשבונות, ניהול תיקי מתרפא ולבסוף הצילום הדיגיטלי שחדר למחשבים הגדולים והישנים. במקביל באותה תקופה האנליזה הממוחשבת של הצילום הצפולומטרי בא לעולם והאורטודנטים קיבלו את שלל הנתונים ממנה ללא צורך להעתיק את הצפולומטרי על גבי נייר צלופן ולחשב את הנתונים הדרושים לטיפול.

מכאן הדרך לשיחזורים ישירים במרפאה בעזרת cad-cam נעשתה קצרה. כל שצריך הוא סורק אינטרא אוראלי, כרסומת קטנה ומהפכה גדולה בעניין החומרים המתאימים הן לחריטה והן להדבקה, הפכו את הפרוצדורה לנגישה מאוד.

ההגדרה chairside באה לעולם, מהירות דיוק ותוצאות ללא פשרות הניעו רופאי שיניים לחדור לעניין הדיגיטלי.

בכל הנוגע לשיחזורים בלתי ישירים התפקיד הראשוני של הרופא הוא להעביר נתונים למעבדה, יחד עם טכנאי השיניים ליצור העתק מדויק של מצב הנתונים הפונקציונאליים אסתטיים פונטיים כמו שהטבע הגדיר אותם על מנת להעביר

נתונים אלה לתוך פיתרון שיקומי קבוע. התהליך המייגע של העברת נתונים למעבדה בעזרת תמונות, מידות סיליקון, מדידות כרכובים, העמדות שיניים ליצירת

שיקום זמני דרך וקסאפ לקבלת הדמייה נכונה של השיקום העתידי לא פשוטים ומצריכים ידע ומיומנות רבה.

מכאן נוצר הצורך להגדיר מחדש את "מרחב המעבדה" בעידן הדיגיטלי.

האם המעבדה היא באחריות הטכנאות ולא נמצאת כלל במרפאת השיניים או כמו שהאינטרנט השתנה בעשרים השנים האחרונות וניתן להשתמש בידע הזמין ובזיכרון הבלתי מוגבל, האפשרות של רופאי השיניים להיות אחראי על עיצוב ויצירת השיקום לטובת המטופל שהוא מכיר טוב יותר מהטכנאי יאפשרו טיפול אישי טוב יותר?

היום יש באפשרות המדיה הדיגיטלית לבצע צילום סיטי במקביל לסריקת פנים תלת מימדית ובהכפפה לסריקה האינטראוראלית לקבל את כל הנתונים בארטיקולטור דיגיטלי ומכאן להתחיל בתהליך האבחנתי והטיפול הנדרשים בהמשך.

החוייה במדידת העבודה והדיוק המשתקף בצילומי הרנטגן מתווספים לקבלת השיקולים הברורה והמובנת בימים אלו להכניס את הטכנולוגיה הדיגיטלית למרפאת השיניים.

עוד נקודה למחשבה, הרי לא ניתן לסכם את הנושא הדיגיטלי בכל כך מעט שורות, על מנת לקבל תוצאה איכותית וברמה גבוהה העבודה מול המדיה הדיגיטלית מצריכה סבלנות רבה (לאחר עקומת הלמידה הנדרשת) זמן הטיפול אינו מתקצר. הצורך בהכנות שיניים מדויקות גדל, האפשרות לתקן את שניתן לתקן לאחר קבלת התוצאות הנראות במידיות לאחר הסריקה ולחזור על הסריקה על מנת לקבל סריקה טובה יותר מצריכים זמן יקר.

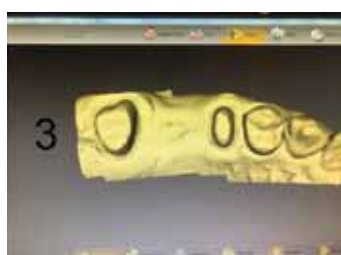
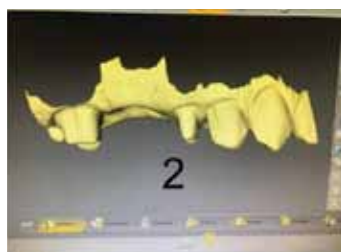
גם הפעולות לאחר הסריקה כמו: העיצוב של היצירה, זמן החריטה, הטיפול בחומר גלם לאחר החריטה, זמן ניהול המכשירים והטיפול בהם, הצביעה, זמן

תנור וגם זמן להדבקה, כל אלה מייחדים את אופי העבודה במרפאות chairside. והרי הנקודה למחשבה: התחרות מול התאגיד הדנטלי: האם במסגרת התאגיד ימצאו זמן להתמודד עם עבודה המצריכה דיוק רב, פרטים רבים הן באבחנה והן בשלבי הטיפול.

זה המקום למרפאות הפרטיות להכנס לתחום זה על מנת להשיב לעצמן את יתרון הפרטיות שהן איבדו מזמן.

מכל מקום רפואת שיניים בעשור הבא תהיה דיגיטלית, ובכל מקום שהטכנולוגיה תחדור היא גם לא תעזוב.

העיסוק בה יוצר אתגר גדול ובחישוב נכון גם הכנסות מרשימות. אז כל שנשאר כמו שד"ר ברנרד אומר זה רק להנות בדרך והסיפוק עצום.



ד"ר מירלה פררו התארח במרפאתנו 28.11.2016



המועדון "הלימודי מוריה MSC", אירח הפעם את ד"ר מירלה פררו, הממקדת את פעילותה ברפואת השיניים האסתטית.

יותר מ-40 רופאים נפגשו במלון "קראון פלאזה", בחיפה כאשר ד"ר פררו הציגה את ה"אני מאמין" שלה בנושא "טיפול שיניים אסתטי בקו החיוך ובגישה רב תחומית". המסר שהועבר הינו כי על רופא שיניים הכללי, להיות מעודכן ובקיא בהיבטים שונים של רפואת שיניים לרבות כירורגיה פלסטית, שיקום אסתטי וגישה זעיר פולשנית, כדי לתת מענה מקצועי למטופליו.

רופאי המועדון זכו להרצאה מרתקת אשר הוגשה בצורה המקצועית, ובאווירה נינוחה וידידותית. יש להודות לחברת "בוטיס ישראל" אשר נתנה חסותה לערב זה.

SAVE THE DATE

ד"ר ניר יקירה
מתארח במרפאתנו

יום שני | 12.6.2017
19:30 במרפאה



"חזיתיות חרסינה בקו החיוך, כחלק מהארמנטריום של רופא השיניים"

ד"ר ניר יקירה יחשף בפנינו את דרכו המאתגרת, בה ניתן להשיג אסתטיקה מרבית לטיפול בפגמים (צבע, צורה ומיקום השיניים). בעזרת גישה זעיר פולשנית, השימוש במיקרסקופ הינו חלק משמעותי בפרוטוקול להשגת רמת דיוק משודרגת.

ד"ר יקירה יציג מספר מקרים קליניים ובסיום יעלה דיון: "מתי יש להעדיף ציפוי חרסינה על פני כתר מלא".



דנטל דפו וול איתך בכל מקום

↓

Add to cart

www.wohl.co.il

• צפייה, בלישה וקנייה מאובטחת בכל מוצרי האתר

• מנכשין ניתן לרכוש דרך הסמארטפון והטאבלט

Wohl

דנטל דפו וול בעמ' 376, נשר 3665112, טל' 04-8205000, סקס: 04-8205010

דרך השלום 9, ת.ד. 376, נשר 3665112, טל' 04-8205000, סקס: 04-8205010



המכון ללימודי המשך ברפואת שיניים

יפעיל 4 מרפאות שיניים ניידות ברחבי הארץ לטיפול חירום בניצולי שואה מוגבלים!

להזמנת המרפאה הניידת 04-8525266

ביקור משלחת רופאים מטיוואן



מרפאתנו פתחה את דלתותיה לרופאים שיניים מטיוואן אשר הגיעו להשתלמות בישראל בתחום הלייזר.

ביוזמת חברת לייט אינסטרומנטס, נחתה במרפאתנו משלחת של 12 רופאים, אשר זכו לצפות בניתוח בשידור חי, שבוצע על ידי ד"ר ברנרד דהן, ובו נעשתה לראשונה, הרמת רצפת הסינוס והחדרת שתלים, בעזרת ה- Er Yag Laser.

בהמשך, האורחים השתתפו בדיון בו הוצגו מקרים נוספים שנעשו בשנה האחרונה במרפאה, בעזרת מכשיר לייזר.

לפרטים מלאים: Light-inst.com
מפגש מעניין היה עם משלחת הרופאים "מאסיה הרחוקה".



מעבר לנוף המלהיב והבתים המפוארים, העיר נייזנה (KNYSNA) מציעה מגוון רב של אטרקציות: מרכיבה על פילים לטיולים ביער בפארק הלאומי ציציקאמה. הפארק נפרש לאורך כשישים קילומטר והוא כולל גם שטחי ים, סלעים ויער עם עצי ענק לאומיים של דרום אפריקה. לחובבי אדרנלין ישנה קפיצת הבנג'י הגבוהה ביותר בעולם, 216 מטר, מגשר בנוי אשר נמצא מעל נהר Bloukrans. ממזרח לנייזנה, שוכן מפרץ פלטנברג, עיר נופש תיירותית עם חופי זהב מרהיבים. ממשיכים קצת צפונה לאזור ה"קארו הקטן" (LITTLE KAROO) שבין ההרים המרהיבים. כאן מאות ואלפי יענים יקבלו את פניכם בחוות גדולות. האקלים המאפיין את האזור כולו דמוי מדבר צובע את ההרים באדום, צהוב וכתום ונותן נוף מרשים לכל אורך הדרך. נתיב הגנים מציעה נופש עם טופוגרפיה, צמחיה, חיות בר ומסלולי טבע ייחודיים עם מזג אוויר נעים כל השנה. הטמפרטורות אינן יורדות מתחת ל-16° אפילו בחודשי החורף (מאי עד אוקטובר).



ד"ר רינה אלימלך
מרפאת מומחים מוריה

קו החוף של דרום אפריקה מציעה את אחד מטיולי הטבע המרהיבים בעולם. ה- GARDEN ROUTE (נתיב הגנים) הינו נתיב המשתרע על פני 200 קילומטרים של כביש מתפתל בין הרים, חופים לבנים ועיירות ציוריות. מדובר ברצועת החוף שבין היידלברג (HEIDELBERG) במערב לבין הפארק הלאומי הציציקמה (TSITSIKAMA) במערב.

בלב המסלול שוכנת העיר KNYNSNA אשר ייחודיותה בלגונה עם שני סלעי ענק ("הראשים" THE HEADS) העומדים בפתח הים. הראשים נותנים נקודת תצפית מצינית לעבר הלגונה, העיר והאוקיינוס ההודי. אפשר לשוט אל הראשים וליהנות מטיול רגלי.



By Dr. Bernard Daham
רפואת חניכיים והשתלות
מרפאת מומחים מוריה

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

ד"ר ברנרד דהן, ד"ר בנימין רצקין, ד"ר רינה אלימלך - מומחים
למחלות חניכיים

ד"ר אן סופי אטל - מחלות חניכיים

ד"ר רפי רומנו - מומחה ליישור שיניים למבוגרים

ד"ר מארי כהן - יישור שיניים

בקרוב יעלה אתר חדש למרפאה

אתם מוזמנים לעקוב

סרטונים
מקרים קליניים
בלוג מקצועי



www.m-m-m.co.il

MPC NEWS



אוגמנטציה וורטיקלית

פתרון פרדיקטבילי לקראת החדרת שתלים דנטלים

לייזר - מדוע כן?

למינייט - ציפוי חרסינה בחזית

רפואת השיניים

נפלאות ה- cad cam

15 שנים למגזין
גיליון מיוחד

MPC NEWS



This is
Our
Passion

אוגמנטציה וורטיקלית
פתרון פרדיקטבילי לקראת החדרת
שתלים דנטלים

לייזר - מדוע כן?

למינייט - ציפוי חרסינה בחזית
רפואת השיניים

נפלאות ה- cad cam

15
שנים למגזין
גיליון מיוחד