



MPC NEWS

MORIA PERIODONTAL CENTER

גיליון מס' 17 | אפריל 2010

EXCELLENCE FOR HEALTH, AESTHETICS & QUALITY OF LIFE

מקרה החודש

נסיגת חניכיים וחשיפת שורשים // צוות המומחים במרפאה מתן פתרון על ידי השתלת רקמה עצמית ושימוש במיקרוסקופ

Derivative, מונחים על הפצע כדי לזרז ולעודד את תהליך ההחלמה. שישים יום לאחר הטיפול, ניתן להתרשם מריפוי תקין וסביבה בריאה (10). כעת, קיימת רצועת חניכיים צמודה מספקת וכיסוי הנסיגות משביע רצון.

ליסיום:

שילוב הרמוני בין שיטה כירורגית פחות פולשנית (Minimal Invasive Surgery), יחד עם גישה מיקרוכירורגית השמה דגש על שמירת אספקת הדם, מהווה פתרון לנסיגות חניכיים קיצוניות.

(Envelope Technique) עם יכולת מוביליזציה של המטלית לכיוון הצרוויקאלי (4). נוכחות פאפילות רחבות, מאפשרת שימוש ב-Tunnel Technique (שבה הפאפילה אינה משוחררת בחתך הראשוני). שיטה זו יוצרת מנהרה, שבזכותה ניתן לשמור על אספקת דם מירבית עבור שתל החניכיים העתידי (5). רקמת חיבור נלקחת מהחך הקשה ומושחלת בתוך המנהרה, כאשר שתל החניכיים מכסה את הנסיגות (6,7). הזזת המטלית לכיוון הצרוויקאלי תאפשר כיסוי חלקי של שתל החניכיים, אשר יקבל אספקת דם דו כיוונית.

מבוצעת תפירה כפולה, האחת עם תפרי ניילון 6/0, הקושרת ומקבעת את שתל החניכיים אל דופן השורש, השניה עם תפרי ניילון 5/0 ומצמידה את המטלית מעל שתל החניכיים (8,9). חלבוני גדילה, מסוג: Enamel Matrix

מטופלת צעירה, בת 28, בריאה ואינה מעשנת, מעוניינת במציאת פתרון לבעיית חשיפת השורשים ורגישויות שונות מהן היא סובלת בפיה. לאחר בדיקה קלינית, מתגלות נסיגות חניכיים דרמטיות רבות בעיקר באזור המלתעות העליונות. סדר עדיפות ראשון מבחינת המטופלת הינו טיפול בחשיפות המשמעותיות, בשיניים 14,15,16. הרקע לנסיגות אלה הינו תוצאה מטרומה בשילוב מבנה חניכיים עדין ודק (Thin Periodontium). ניתן להתרשם, (1,2) בהעדרות חניכיים צמודות, מלות בחשיפות שורשים כ-4 עד 5 מ"מ. החלטת לבצע טיפול כירורגי פריודונטלי פלסטי, אשר מטרתו הינו לעבות ולעצב את הרקמה מסביב לנסיגות. הוספת רקמת חיבור עצמית, הינה הטיפול המועדף לכיסוי הנסיגות. בעזרת מיקרוסקופ, מבוצע חתך אינטרסולקולארי ראשוני מעבר ל-Muco-Gingival Line, וללא חתכים וורטיקלים נוספים (3). פעולה זו מובילה ליצירת כיס/מעטפת

דבר העורך // ד"ר בני רצקין

אלוהים נמצא בפרטים הקטנים, אמרו זאת לפנינו. הגיליון הנוכחי עוסק במרכיבים הקטנים אשר בונים את התמונה בשלמותה. ניתן לדייק יותר, כאשר נעזרים במיקרוסקופ להתקנת שתל חניכיים, או לניתוח אחר. המקרה הקליני המוצג לפניכם בוצע בחלקו בעזרת מיקרוסקופ טיפולי. ואת החוויה מתאר ד"ר דהן בטורו "העולם הגדול רוצה לראות בקטן". ד"ר נלי שטיינבוך מבדילה עבורנו בין ציסטה לגרנולומה וד"ר חזי דורצ'ין מתקין מכשור לינגואלי והטיפול האורטודונטי אינו נראה.

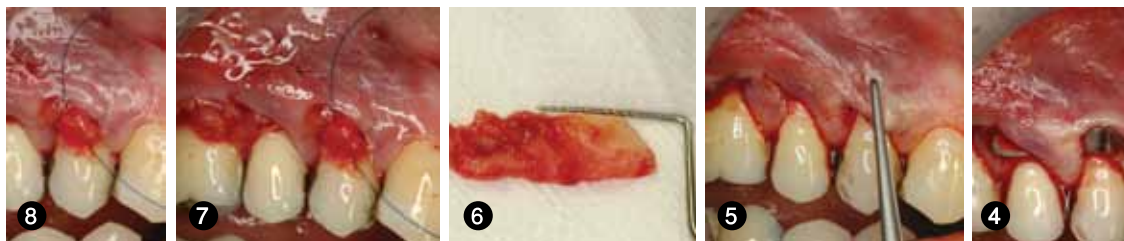
המועדון הלימודי הקרוב (21.06.2010) יארח את ד"ר עדי רחמיאל המתמחה בתחום Distraction osteogenesis והינו מהחלוצים בתחום, מומלץ לשמור את המקום קרוב למרצה.

כשלוש שתלים גורם לעוגמת נפש למטפל ולמטופל, מוקדשת מעט מחשבה חופשית מהם הגורמים והתופעות המתלוות לחוסר ההצלחה.

לד"ר מאיר מגיע ברכת מזל טוב לקבלת התואר הפורמלי של מומחה לחניכיים. וכאן מופיע הטור הראשון שלו כמומחה על שימור רכסים לאחר עקירה.

קריאה נעימה ופוריה.

mpc@m-m-m.co.il



Puros® Demineralized Bone Matrix Putty

- Pre-mixed for ready-to-use convenience
- Delivered in open-bore dispenser for easy extrusion
- Stable in fluid environment to resist graft migration
- Off the shelf – Stored at room temperature
Expiration dating : 12 month
- Malleable for easy packing and molding various shapes and sizes



zimmer | dental

זימר דנטל - רח' ביאליק 143 רמת גן 52523

טל: 03-6124242, פקס: 03-6124243

www.zimmerdental.co.il

האם הגודל קובע? אבחנה בין ציסטה לגרנולומה //

ד"ר נלי שטיינבוך, מומחית לטיפול שורש, חיפה

shoot של 25 שניות.
אבחנה - מוך - נמקי. סב חוד - ציסטה סב שורשית/ דלקת סב שורשית כרונית.
אבחנה מבדלת:
Giant Cell Granuloma, Ameloblastic Fibroma.
מהלך הטיפול - השן נפתחה ללא אלחוש תחת סכר גומי ולאחר הכנה ביומכאנית בוצעה חבישה עם קלציום - הידרוקסיד. בפגישה השנייה בוצעה סתימת שורש בדחיסה לטראלית עם AH26 +Gutta-Percha. בוצעו מעקבים כל שנה ולאחר 4 שנים נראה ריפוי מלא של איזור סב-החוד (4).

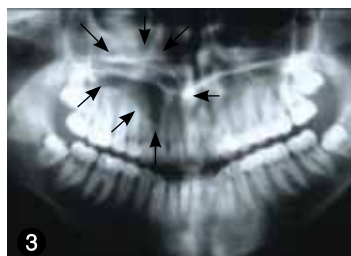
זהו מקרה המדגים אובדן חיות השן עקב אנטומיה חריגה, שאפשרה כניסת חיידקים מחלל הפה, דרך השן, לרקמה הסב-חודית והתפתחות גרנולומה באיזור. בתחילה, המקרה לא אובחן נכון ולכן טופל כירורגית ללא הצלחה ובהמשך, לאחר אבחון נכון וביצוע טיפול שורש, איזור סב החוד עבר ריפוי מוחלט. חשוב לזכור שלפני קביעת אבחנה ותכנון טיפול, יש מקום לבצע בדיקת חיות גם בשיניים שהוכתרת נראית שלמה לכאורה.



קליני אבחנתי (בתום ישיבה ראשונה)



פריאפיקלים אבחנתיים



החיצים מראים את גבולות הנגע



ריפוי אחרי 4 שנים

בכתבה זו נתייחס להבדל בין Periapical Granuloma לבין Cyst, וכדי שלא תהיו במתח אפתח ואומר, שכל שעסקין בנגעים סב חודיים - הגודל לא קובע. העבודות המוכיחות זאת בצורה טובה ביותר הן של Nair (1984), Natkine (1999) ו-Bashkar (1966) שמראות שאין קשר בין הגודל הרנטגני של הנגע הסב חודי לבין האבחנה ההיסטולוגית. הגדרת הציסטה לעומת הגרנולומה ע"פ Glossary of Endodontic Terms של AAE (2003) דורשת שלציסטה יהיה חלל סגור מצופה בתאי אפיתל. בהיקף הגרנולומה יכולים להיות תאים אפיתליאליים ללא רצף או ללא תאי אפיתל כלל. האבחנה היא היסטולוגית ולא רנטגנית. המשמעות הקלינית היא, ששיניים עם גרנולומה יכולות לעבור ריפוי מלא לאחר ביצוע טיפול אנדודונטי ואילו במקרים של True cyst נזדקק בהמשך להתערבות כירורגית פריאפיקאלית כדי לקבל ריפוי מלא של איזור הרקמה הסב חודית.

הצגת מקרה:

מדובר בנערה בת 16 שהגיע לטיפול עם חשש לממאירות. לדברי האם בגיל 12 נותחה בגרמניה בהצלחה לאינוקליזציה של ציסטה באיזור בין שן 12 - לשן 13 ועכשיו הנגע חזר ביתר שאת.
בבדיקה הקלינית - בחיך התרוממות בקוטר 1.5 ס"מ (1). שן 22 כותרת שלמה. ברנטגן -בכותרת Dens in Dente.
בסב החוד - איזור רדיולוצנטי הכולל שיניים (2) 12,13,14. ע"פ צילום פנורמי - נגע רדיולוצנטי בגודל 24x36 מ"מ, דוחק שיניים וסינוס (3). בבדיקות חיות: שן 12 לא מגיבה לבדיקת קור. שיניים 11,14,21 - תגובה תקינה לבדיקת קור (DDM). שן 13 - over

העולם הגדול רוצה לראות בקטן

ד"ר ברנרד דהן

המוטורית תלויה במידע המתקבל מהעיניים. * **"חוסר כדאיות כלכלית"** אין זה ראוי לחייב את המטופל על תוספת השימוש במיקרוסקופ, אך ניתן יהיה לתרגם את הרווחיות ע"י העלאת תדמית המרפאה בזכות השימוש במיקרוסקופ.



חשיבות השימוש במיקרוסקופ מתחילה לעורר עניין ובכנס האחרון של האיגוד הישראלי לפריודונטיה, בתל אביב, ד"ר דניס שנלק היה אורח כבוד. רופאי השיניים המשתמשים במיקרוסקופ בארץ, הינם, בעיקר אנדודונטים ומעט פריודונטים וכירורגים. ברצוני לגבש קבוצה של רופאים אשר חולקים עימי את אמונה כי **"לראות, זה לחיות!"**

● בימים אלה, מרפאתנו בתיאום עם מר מארק בוצר, מגבשת קבוצה של עמיתים ישראלים המעוניינים להקים מועדון של רופאים המשתמשים במיקרוסקופ. לפני כשנה, הוקם האיגוד האירופאי לרפואת שיניים מיקרוסקופית (ESMD) והכנס יערך השנה ביולנה, ליטה ב-09/2010. המלצתי היא להשתתף במפגש השנתי של AMED, אשר יתקיים השנה, בסנטה ברברה, ב-4-6/11/2010.
אני מאמין שלא ניתן לעצור את הרכבת כאשר היא נוסעת ומי שמעוניין "להנות מהנוף" מתבקש לעלות במהרה על הקרון... כי מה שראים מכאן לא רואים משם!

● **פילדלפיה 2001**, הכנס השנתי של האיגוד האמריקאי לפריודונטיה (AAP). על הבמה, ד"ר דניס שנלק, אבי המיקרוכירורגיה הפריודונטלית, מעוניין להציג את המיקרוכירורגיה הפריודונטלית, כאשר לפניו, מרצה בכיר, בעל שם עולמי, אשר הציג את יכולותיו "במאקרוכירורגיה". ככל שהמצגת של ד"ר שנלק, מוקנת על המסך, ההתרגשות באולם גוברת: "כירורגיה סוראליסטית" (ריפוי מהיר, ברמת דיוק שאינה מוכרת אפילו למנתחים המנוסים).



ביום זה, כמו באהבה במבט ראשון, אני מבין שהמשך חיי המקצועיים הולכים להשתנות. ● השנים חולפות ותמונות המיקרוכירורגיה עדיין חרות בזכרוננו ואין מניחות לי. מתחיל מרוץ של מנת לרכוש ידע בתחום: **סנטה ברברה 2003** קורס אצל ד"ר שנלק, בהמשך כנסים של AMED (Academy of Microscope Enhanced Dentistry). סוף המיקרוסקופ מוצא את מקומו במרפאתנו. **טוסון 2004**, הכרות בעלת משמעות עם צוות רופאים יפאנים (כרגע הם הרוב העוסק בתחום) והעומד בראשם, ד"ר מאסנה סוזוקי, תלמיד לשעבר של ד"ר שנלק. הדרך **לטוקיו 2006** היתה קצרה, ושם אני נחשף לעולם של פרפקציוניזם וחופש אחרי שלמות ומצוינות. מעט הכרות עם התרבות היפאנית, מסבירה בקלות את יכולתו של עם זה, לשלוט וליישם שיטות מדויקות הדורשות משמעת ושמירה בלתי מתפשרת על הפרוטוקולים.

ידידות נפלאה נרקמת ביני לבין עמיתי היפאנים ואני מוצא את עצמי חוזר **"לארץ השמש העולה"** ב-2009, בכנס בינלאומי במיקרוכירורגיה ובו אני מציג את צעדי הראשוניים בתחום. ● קשה לי להבין, מדוע תחומים אחרים ברפואה ובכירורגיה, כמו כירורגית עיניים, אף אזור גורן, ניורולוגיה וכירורגיה ואסקולארית משתמשים במיקרוסקופ באופן שגרתי? ומדוע התחום הדנטלי נשאר בפגור? יתכן שהסיבות הן דעות קדומות - והינה הפרכתן:

* **עלות הציוד?** כעלות יוניט דנטלי רגיל או מכשיר פנורמי.
* **קושי בשימוש?** דורש הכשרה מינימאלית וניסיון של מספר חודשים, מצריך התמדה.
* **הפסד של זמן?** משך הפרוצדורות מתקצר ככל שהניסיון גדל.
* **"אין הבדל בתוצאות?"** המיקרוכירורגיה מאפשרת כירורגיה שאינה פולשנית וטראומטית והינה מינימאליסטית, ומאפשרת ריפוי מהיר יותר.
* **"דורש כישרון מוטורי מיוחד?"** לא, הידיים מבצעות את מה שהעניים רואות והיכולת



המקרה המוצג בתמונות הוא של מטופלת בת 25 שנים עם סגר לקוי מסוג Class II/1 על רקע לסת תחתונה בעמדה אחורית. בתמונות מספר 1-4 המראה שלה לפני הטיפול מציג פרופיל פנים קמור, צפיפות שיניים וקשתות שיניים צרות. בתמונות מספר 5-6 המיכשור הלינגואלי מסוג אינקוגניטו הורכב והסמכים אינם נראים במבט חיצוני על השיניים. תמונות מספר 7-10 מציגות את מצב המתרפאה לאחר הטיפול המשולב אורתודונטי כירורגי. בניתוח האורתודונטי הלסת הוזזה קדימה ופרופיל הפנים נראה ישר.

לינגואליות אחרות. בנוסף לכך ניצפו פחות כשלונות הדבקה משום שהסמכים מכסים את מלאו פני השטח הלינגואליים. יחד עם זאת הטיפול הלינגואלי דורש יותר מאמץ מהמטופל ומהאורתודונט בהשוואה לטיפול הקונונציונלי. עלות הטיפול באורתודונטיה לינגואלית אינקוגניטו יקרה יותר בגלל הצאות עבודת המעבדה הארופאית ומשום ששיבת טיפול במרפאה ארוכה יותר ומורכבת יותר. מאידך, הגישה הלינגואלית מאפשרת טיפול אורתודונטי במקרים קלים ומורכבים, שאחרת לא היו מבוצעים משיקולי אסתטיקה של המתרפאים.

ישנם מבוגרים רבים הרוצים ליישר את שיניהם אך מבלי שיראו את הסמכים המודבקים על פני המשטחים החיצוניים של השיניים אפילו יהיו אלה שקופים, עשויי חרסינה. אליהם מצטרפים רבים מבני הנוער הבוגר הרוצים להראות ללא סמכים, אך בו בזמן לקבל טיפול אורתודונטי. למבוגרים וגם לצעירים נותנת האורתודונטיה הלינגואלית פתרון אסתטי.

האורתודונטיה הלינגואלית, שבה סמכים הודבקים על משטחי השיניים הלינגואליים, מדויקת כמו ואולי אף יותר מהאורתודונטיה הקונונציונלית, שבה הסמכים הודבקים על המשטחים הבוקליים. הטכניקה הלינגואלית מאפשרת טיפול גם במקרים מורכבים יותר כמו הזזת שיניים כלואות או טיפול משולב בניתוח אורתודונטי להזזת לסתות. בנוסף לכך, הסיכון לנגעים לבנים ואף לעששת סביב הסמכים מופחת בסמכים לינגואליים ואינו נראה.

שיטת אינקוגניטו (Incognito) באורתודונטיה הלינגואלית מדויקת במיוחד וכוללת סמכים עשויי סגסוגת זהב המותאמים אינדיבידואלית לשיני כל מתרפא בעזרת טכנולוגית מחשב CAD\CAM. החוטים האורתודונטיים המקשרים בין הסמכים מכופפים בהתאמה לכל מתרפא בעזרת רובוט כשמטרת הטיפול נקבעת מראש בתבניות גבס ששיניהן לאחר חיתוך מוקמו מחדש (set up). התבניות עם הדמיית תוצאת הטיפול עוברות סריקה תלת מימדית למחשב והסמכים הוירטואליים מותאמים לכל שן טרם יצורם. תוצאת הטיפול הסופית דומה להדמיית תבניות הטיפול. סמכי אינקוגניטו קטנים במיוחד והסתגלות המתרפאים אליהם מהירה יותר בדיבור, באכילה ובניקיון הפה בהשוואה לשיטות



בשבילכם, עד חצי המלכות

דנטל דפו וול

חומרים וציוד דנטלי

העולם הדנטלי בקליק עד אליך

www.wohl.co.il

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



מועדון לימודי מוריה MORIA STUDY CLUB

מפגש המועדון הלימודי אשר התקיים ב- 25/1/10 אירח במרפאה כ- 30 רופאים ונחל הצלחה גדולה.

במפגש התארח ד"ר רונן רוזנוסר, מומחה לשיקום הפה, אשר העביר את הרצאתו "LAMINATE VENEERS" בדרך מעניינת עם מגוון רחב של מקרים ותמונות.

ההרצאה היתה מקצועית, מרתקת ויצרה דו שיח עם המשתתפים, באווירה נעימה ובלתי מחייבת.



במפגש הקרוב, נארח את ד"ר עדי רחמיאל - מומחה לכירורגיה פה ולסת, וסגן מנהל המחלקה לכירורגית פה ולסתות ברמב"ם, אשר יעביר את הרצאתו בנושא "הגבהת הרכס האולולרי - בשיטת Distraction Osteogenesis: מיתוס או מציאות".

המפגש יערך ביום ב' 21/6/10 בשעה 19:30 במרפאתנו "על קפה ועוגה", כאשר מספר המשתתפים למפגש מועדון לימודי הנו מצומצם.

אנו מעמידים לרשות מפגש זה את חדר השיבות של המרפאה. לאלו המעוניינים להשתתף, ניתן לפנות למרפאה.

בהזדמנות זו אנו רוצים להודות שוב לד"ר רוזנוסר ולעמיתנו אשר השתתפו במפגש.

דנה קליינמן, מנהלת אדמיניסטרטיבית

כשלון שתלים, אחריות או יתמות? //

חלק א' ד"ר בני רצקין

ההתייחסות היא לשלב הכירורגי.

כשלון שתל מעיר אצלי בליל רגשות, לאחר ההפתעה הלא משמחת, כמו ג'ק הקופץ מהקופסא, מתחיל לפעפע צער על המתפא ששילם באמון שהופר לכאורה, שתל שהבטחתי לא צלח, המשך במחיר הזמן החולף לקליטתו, חוסר הנוחות או אם נהיה יותר מדויקים, הסבל המתלווה לתהליך התקנת השתל וכמובן העניין הכלכלי המרחף באוויר בלי מילים. אני מחפש את מספר הסגריות שהמטופל מעשן, את הרגלי החריקה... משהו להיתלות בו, להגנה עצמית, לסילוק של רגש אשם קליל שעלול לסדוק את הבטחון המקצועי למשך דקות ארוכות.

כל ההליך עורך שניות או דקות לכל היותר, בהן אני מבצע הערכה מקצועית ומנסה לאתר את המקור לרעה האם המכה מיד אדם? או משמים? הכה בשתל הברק? האם התכנון המקדים שלי הוא שהכזיב, או שהסיבה תשאר עלומה עבורי. הזמן הקצר מרגע זיהוי הפגע הרע ועד ליצירת דו"ח נפגעים מסודר למתפא, נמשך לעיתים כנצח, ולמרות שאומר נחמן מברסלב שאין שתי מחשבות דרות בכפיפה אחת, אני מצליח לעשות מעשה נשים ולבצע שתי פעולות בזמנית, גם לחשוב בקדחתנות על מה שהיה, הווה ויהיה וגם לשוות מקצועיות לקולי ולפניי ונותן הסבר מדעי מקצועי מבוסס, כמו "אני לא יודע למה השתל נכשל".

הנושא של כשלון מחולק בעיני לשני חלקים, הראשון שייסקר כאן יקרא כוח עליון או סיבות שאינן תלויות בנו, אך למעשה גם הוא תלוי בנו

במישרין או עקיפין, ובסקירה השניה שתעשה בגליון הבא (או בזה שלאחריו, תלוי בעורך) נעלה מחשבות על תכנון מוקדם ומה נכנס למילים אלו.

במסגרת כוח עליון אנחנו נתקלים בדרך כלל בכשלון סדרות של שתלים, היכול להיות עקב הליך ייצור או פיקוח לקוי בבית החרושת, כשלון הפוגע במטופל, אך במיוחד במוניטין של המטפל, העומד מגרד בפדחתו ומחפש היכן מתחילות רגלי הכשלון ואין מושיע. דוגמא אותה חוויתי על בשרי לצערי ממפעל ייצור שתלים צפוני גדול, בתחילת דרכי המקצועית. דוגמא נוספת לכוח עליון הוא ציפוי שתלים בעבר בהדרוקסיאפטיט, שתלים אלו לאחר שנים החלו להפרד מציפויים ללא דמעות, אך עם זיהומים/פריאימפלנטטיים.

בעבר הקרוב או היותר רחוק תופעות כמו שברים בצוואר השתל או במשושה היו רווחות יותר, שתלים צרים מחברה ידועה ומפורסמת נהגו להשבר במהלך התקנת השתל, דבר שתוקן עם הוצאת פרוטוקולים מסודרים.

נראה שהמחיר של מירוץ הקיים בתעשייה, משולם ברצון על ידינו, שכן אנחנו מאמצים בחום חידושים, חדשות לבקרים, בלי מחקר ונסיון. התופעה של חידושים והמצאות גרפה את כל התעשייה, חברות רציניות ומבוססות אף הן בתמונה.

בפרק הבא נדון בתכנון המוקדם.

שימור רכס לאחר עקירה

אל תסתכל בקנקן אלא במה שיש בתוכו! // ד"ר יניב מאיר

1. האם הטכניקות אכן מצמצמות את השינויים במימדי הרכס?
2. מה טיב הרקמה שנוצרת בתוך המכתשית? שכן במרבית המקרים שימור הרכס הינו שלב מקדים להחזרת שתלים באיזור.

התשובה לשאלה הראשונה נסמכת על מחקרים רבים שמציגים שאכן טכניקות השימור השונות מצליחות לצמצם (אומנם לא באופן מלא) את השינויים הטופוגרפיים של הרכס. Hurzeler ו-Fickel מגרמניה הדגימו ע"י סריקה חיצונית של הלסתות בסדרת מאמרים על כלבים ובני אדם ששימוש בחומר מילוי יחד עם שתל רקמה רכה מצליח לצמצם את השינוי הטופוגרפי. אולם, הם לא התייחסו להרכב הרקמה שנוצרת בתוך המכתשית.

התשובה לשאלה השנייה מורכבת יותר היות ואין תמימות דעים בספרות המקצועית אך למרות זאת קיימת נטיה לאמץ את ממצאיו של Araujo שהדגים ששימוש בחומר מילוי דווקא מעכב את ריפוי המכתשית כך שלמעשה מקבלים פחות עצם חדשה יותר רקמת חיבור ושאריות תחליף העצם על חשבון עצם חדשה. חשוב לציין כי לממצאים אלו אכן קיים עיכוב בריפוי והרקמה הגרמית הנוצרת שונה מעצם טבעית, אך זהו התהליך המאפשר לנו שחזור מעטפת העצם הן לצורך אסתטי והן כמובן לצורך התקנת שתל בעתיד.

לסיכום, טכניקות שימור הרכס הינן חלק מארסנל הטיפולים העומד לרשותנו. יתרונותיהן הן הפשטות היחסית לביצוע והתוצאה הקלינית הטובה שמתקבלת. אולם, יש לקחת בחשבון שהחזרת תחליפי עצם כאלו ואחרים עלולה לפגוע בתהליכי הריפוי הטבעי המתרחשים במכתשית ועקב כך כמות ואיכות העצם במכתשית נפגעות. ישכיל הרופא לעשות אם יתכן מראש את העקירה ויראה בה כפרוצדורה בעלת השלכות מרחיקות לכת על תוכנית הטיפול.

עקירת שן מסיבות שונות הינה התחלה של שרשרת אירועים המתרחשים במכתשית ובסביבתה ומשפיעים לבסוף על טופוגרפית הרכס מחוסר השן. אתאר בקצרה את התהליך הביולוגי המתרחש בעקבות העקירה. תחילה, מתמלאת מכתשית העקירה בדם מכלי הדם הסמוכים כך שתוך כ-24 שעות ראשונות אנו מוצאים קריש דם יציב בתוכה, הנוצר מרשת של פיברין וטסיות דם. הקריש מהווה מקור משיכה לתאים מזכנימילים וגורמי גדילה שונים במקביל לנדידת תאי דלקת לצורך חיטוי האיזור הן מתאים מתים והן מחיידקים. קריש הדם מתפרק כעבור מספר ימים ומוחלף ע"י רקמת גרעין וכעבור מס' שבועות אנו עדים להיווצרותה של עצם צעירה (woven bone) שמוחלפת בהמשך לעצם בוגרת ומאורגנת (lamellar bone). אולם, חשוב לזכור שמידוי הרכס לאחר העקירה לא יגיעו לעולם למימדיו המקוריים. תהליך הריפוי מלווה באובדן משולב הן של המימד האנכי והן של האופקי. Irinakis ועמיתיו הדגימו שלאחר עקירה קרוב ל-50% מהאובדן הגרמי מתרחש כבר בשנה הראשונה כשהאובדן במימד האופקי מגיע לכ-4-5 מ"מ ובמימד האנכי עלול להסתכם בכ-2 מ"מ. אובדן כמות נכבדה של חומר גרמי בשילוב עם שינוי בטופוגרפיה מהווים אתגר משמעותי בביצוע שתלים דנטלים בעיקר באיזורים בעלי חשיבות אסתטית.

טכניקות שונות המשלבות חומרי מילוי כאלו ואחרים פותחו במהלך השנים וזאת על מנת לצמצם כמה שאפשר את השינויים הטופוגרפיים המתרחשים. מרבית הטכניקות כוללות מילוי של המכתשית עם חומר מילוי (מקור אדם/חיה/סינטטי) וחלקן משלבות כיסוי עם ממברנה עם או בלי שתל חניכיים. טכניקת שימור הרכס מעלה מס' שאלות אך אנו נעלה רק שתיים מהן.

מרפאת מומחים מוריה מברכת את ד"ר מאיר על סיום וקבלת תואר מומחה למחלות חניכיים. ד"ר מאיר הצטרף לצוות רופאי המרפאה לפני כשנתיים. ד"ר מאיר, בוגר הפקולטה לרפואת שיניים של האוניברסיטה העברית והדסה בירושלים, במסגרת העתודה האקדמית, בהצטיינות. זכה במס' פרסי הצטיינות במהלך לימודיו. התמחה במחלות חניכיים במחלקה לפרודונטיה במרכז הרפואי רמב"ם בחיפה שם עובד כיום כרופא בכיר. בוגר בחינות ההסמכה האמריקאיות ברפואת שיניים וחבר באיגוד הישראלי והפדרציה האירופית לפרודונטיה. ד"ר מאיר עוסק במחקר קליני ופרסם מאמרים מקצועיים

חדש במרפאה //

דנה קליינמן



שהתפרסמו בספרות המקצועית, הוצגו בכנסים בינלאומיים וזכו לפרסים. ד"ר מאיר מנהל פורום באינטרנט העוסק ברפואת חניכיים ושתלים ואחרות על פינה מקצועית העוסקת בפרודונטיה בעיתון הישראלי דנטל. מרבה להשתתף ולהתעדכן באופן שוטף בכל החידושים בתחום הטיפולים הרב תחומיים. ד"ר מאיר נשוי לאלירה, מתמחה ברפואת עור במרכז הרפואי רמב"ם ואב לשקד בן שנתיים וחצי. בהצלחה!

פנוסנטור

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

