

מקרה החדש

צוות המומחים במרפאה

מעקב של מספר שנים אחר GBR



כסו עם חלקיקי עצם (xenograft) והונחה ממברנה לא נספגת, מוחזקת טיטניום שקובעה בעזרת בירגונים (4-5). האתר נתפר בעזרת תפרים לא נספגים. הריפוי היה ללא הפרעה בשבועות הראשונים. לאחר כ-3 שבועות הממברנה החלה להחשף, וטופלה למניעת הופעת זיהום. לאחר 6 שבועות, הממברנה הוצאה ונעשה שתל חניכיים חופשי חלקי (CTG) לצורך עיבוי והרחבת הרקמה המקורית (6).

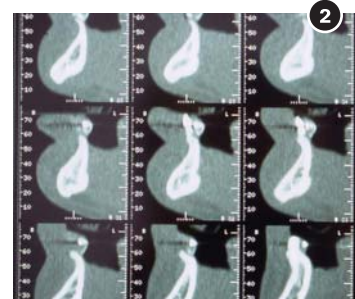
לאחר 9 חודשים התבצעה חשיפה (7). בוצע שיקום קבוע על ידי הרופא המשקם (ד"ר ר. ויינברגר). במקרים אלו מומלצת תחזוקה כל 3 חודשים. מבוצעים צילומי מעקב רנטגניים.

לסיכום: מקרה של אנדונטיה מולדת חלקית מלווה בחוסר עצם משמעותי, טופל בטכניקת GBR ללא עצם עצמית, מעקב של 5 שנים מראה על תוצאות יציבות (8).



ש.א. נער בן 18 הגיע למרפאה עם תלונה על חוסר שיניים חלקי. בבדיקה נמצא חוסר חותכות תחתונות מרכזיות ולטרליות וחוטכות לטרליות בלסת עליונה. הנער עבר טיפול אורטודונטי ואת השיניים החסרות מחליף שומר מקום עליון ותחתון (1).

בבדיקה קלינית נמצא רכס צר ביותר במימד סגילי, תופעה שכיחה במצב של חוסר שיניים מולד (3). בדיקת צילום ה-CT מעידה על עובי הרכס של כ-1-2 מ"מ המורכב



בתקופה של חוסר ודאות כלכלית, יש נטיה להתמצצם, להתכווץ ולהתמרז. נטיה זו, עם יתרונות שיטה המציגה לכאורה פשטות, חסכון יחסי, ופתרון מהיר, קוסמת לרבים, והופכת לבחירה טיפולית, לעיתים, ללא אבחנה רפואית נכונה. המייחד אותה הוא העמסה של תותבת קבועה מיידיית על 4 שתלים, כששני הקצונים בהטיה או בשיפוע (Tilted Implant) ד"ר עוזי ברגר מציג את מאמרו על הצד המימני ואת השפעת הכוחות הפועלים על גבי השתלים. מדור "הכל בדינו" של ד"ר דהן מעלה את השאלה שמעסיקה אותנו הן כצרכנים והן כנותני שירותים, הקשר בין איכות ומחיר וההיפך. ד"ר ויסמן מציג את ההדפיבריתור במרפאה. ד"ר מאיר חושף את רשמיו כמשתתף מכנס האיגוד האירופאי לאוסטואינטגרציה, ה- EAO שנערך בוורשה. איך לא ליפול במלכודת בהתקנת שתלים באיזור האסתטי? על שאלה זו יענה ויציע ד"ר דהן, את "הפרוטוקול הסביבתי". הקשר בין תזונה ומחלות דלקתיות ביניהן מחלות החניכיים מקבל דגש בכתבתה של תמר גורן התזונאית. המקרה הקליני שאנו מציגים מראה מעקב של מספר שנים אחר אוגמנטציה והתקנת שתלים אצל נער בן 18 עם חוסר שיניים מולד חלקי.

ברצוננו לאחל לכולנו עבודה מהנה ופורייה עם כל המתרחש סביבנו בקרוב והרחוק. קריאה מהנה!

לתגובות: mpc@m-m-m.co.il

הרצאות

הרצאות שיועברו על ידי רופאי מרפאת מומחים מוריה

מטעם הסתדרות רופאי השיניים, במלון מרידיאן חיפה:

20.2.09 בשעה 10:30
ד"ר רפי רומנו - מומחה ליישור שיניים ולסתות.

נושא: "שתלים אורטודונטיים: היכן, מתי ולמה?"

20.3.09 בשעה 09:30
ד"ר ברנד דהן - מומחה למחלות חניכיים. נושא: "תקשורת - השותפה הבכירה"

12.6.09 בשעה 11:30
ד"ר בני רצקין - מומחה למחלות חניכיים. נושא: "חסימי פרו-אנג"

כנס בינלאומי, מטעם איגוד AMED (Academy of Micro Dentistry), טוקיו, יפן:

1.11.09 מרצה: ד"ר ברנד דהן
נושא: "Microsurgery: Yes, We Can Do It!"

בעיקר מעצם קורטיקלית (2). נשקלו צורות בניית העצם האפשריות, נפסלה האפשרות לפיצול וביצוע דיסטרקציה. נשקלו האפשרויות לבלוק עצם עצמי, ול-GBR עם חלקיקי עצם (xenograft). הוחלט לבצע את השתלת העצם בטכניקת GBR ממספר סיבות: אין אתרים תורמים, כמות העצם העצמית שנדרשה היתה גדולה יחסית, ניתן לבצע את השתלים בו זמנית, ולחסוך התערבות כירורגית נפרדת וזמן.

במהלך פעולת הכירורגיה, הותקנו השתלים שהיו רובם מחוץ למעטפת העצם. השתלים

For treatment of periodontitis

PerioChip®
(chlorhexidine gluconate) 2.5mg



... because every tooth matters

www.periochip.com

דקסל פארמה

להזמנות: 1-800-316-616

ALL ON FOUR... FOR HOW LONG ?

כוחות ועומסים סטטיים

כוחות ועומסים סטטיים	שתלים מקבילים	שתלים אלכסוניים
מומנט	120 kg.cm	66 kg.cm
עומס	270 kg	412 kg (375+10%)

כוחות ועומסים דינמיים

כוחות ועומסים דינמיים +30%	שתלים מקבילים	שתלים אלכסוניים
מומנט	156 kg.cm	86 kg.cm
עומס	351 kg	536 kg

ניתן להתרשם מהעובדה שהמומנט **במקרה ב'** קטן בהרבה מהמומנט **במקרה א'** אך לעומת זאת גדול משמעותית (מעל 50%) העומס הראקטיבי המופעל על שתל המותקן בזווית אלכסונית.

את בעיית עליית ערך המומנט במקרה א' (לעומת מקרה ב') ניתן לפתור בקלות יחסית. באופן מכני או מטלורגי. כלומר: תוספת מתכת לחיזוק מכני של הגשר או הקורה יפתור את הבעיה.

לעומת זאת, **לא** ניתן לבטל ואפילו לא באופן חלקי את העומס המופעל על השתל המותקן בזווית חדה (העומס המופעל על גוף השתל בתוך העצם).

חישוב נוסף שלא בוצע, הוא חישוב מערכת מומנטים נלוות עקב הימצאות השתל בזווית. עקב חוסר הידיעה באיזו רמה רתום השתל לעצם, במילים אחרות, בכמה שטח מפני השתל קיימת אוסיאוינטגרציה לעצם שהרי ככל שמגע השתל לעצם קטן יותר, הכוחות הנוספים המופעלים יהיו אגרסיביים והרסניים יותר.

הכוחות יהיו הרסניים יותר ככל שאיכות העצם נחותה ושטח המגע בין העצם לשתל יקטן. בשתל המותקן באופן אנכי (כבמקרה א') התופעה כמעט אינה קיימת, משום שהעומס שווה כמעט לכל אורכו. לעומת זאת, בשתל המותקן אלכסוני כל שהזווית קיצונית יותר העומס גדל יותר, ובאופן לא ליניארי.

בחישוב גס ניתן לאמר שאם מופעל כח בודד על קצה הגשר שהשתל התומך בו מושתל בזווית חדה (מקרה ב') המומנט יגדל בכ-50% נוספים לעומת שתל במקרה א'. ואולם אם יופעל כח רציף המומנט עלול לגדול פי 2.

לסיכום ניתן לומר: שמערכת שתלים בשיטת All On Four עלולה להיות נתונה לעומסים כבדים ומסוכנים הרבה יותר לעומת מערכת שתלים המותקנת בשיטה הסטנדרטית.

נכון להיום אין אף מחקר ארוך טווח המראה האם שיטת All On Four טובה יותר או לפחות זהה בתוצאותיה לשיטה המקובלת והסטנדרטית.

אין לדעת האם המרוץ אחר שיטת ה-All On Four הינו התבשמות רגעית מ-"פשטות" קלות והמירות התקנת המערכת תוך כדי חשיבה שמציאת פתרון קל ומיידי לפתרון של רכס מחוסר שנינים הינה כה זמינה, או התעלמות עיוורת מעקרונות פיזיקאליים והנדסיים בסיסיים.

ולכל הזעקים ברמה ובמודעות העיתונים ש"אנחנו משתלים שתלים בזוויות קיצוניות במיוחד ואצלנו זה תמיד עובד ומצליח" – על כך רק ניתן לומר ש"אדם באמנותו יחיה..."

במקרה א' ו-0.6 ס"מ **במקרה ב'** A) (בציר).
4. הכוחות הינם כוחות בודדים בני 100 ק"ג/ס"מ והעומס המופעל הינו עומס סטטי (P2, P1).

העומס בדרך כלל גדול בהרבה מ-100 ק"ג/ס"מ, הוא רציף ואינו סטטי, אלא דינמי (נתייחס לכך בהמשך).

5. **במקרה ב'** בו השתלים הדיסטליים מוטלים ב-30° (בציר α), מרכז השתל זז דיסטלי לעבר קצה הקורה בכחצי המרחק, דהיינו, 0.6 ס"מ.

נדגים ונחשב את מערך הכוחות והמומנטים הפועלים על הגשר והשתלים האוחזים בו. בין יתר הכוחות הקיימים, שני הכוחות העיקריים בהם דון, הינם **מומנט הכפיפה (M)** המופעל בקצה הגשר או הקורה (קצה ה-cantilever) **ועומס המופעל על השתל** המחזיק קצה זה (R).

דין במקרה א'

נתייחס לכוחות המופעלים על קצה הגשר או הקורה כאל קורה רתומה לקיר (P1). הכוח המופעל על שני שתלים ישרים מקבילים הינו (P2).

המומנט של כוח בודד על הקונסולה הינו: $M = P1 \times A$
כאן במקרה א' הוא יהיה:
 $M = 100 \times 1.2 = 120 \text{ kg.cm}$
במקביל, נוצר עומס - R, הפועל על השתל הקיצוני (הדיסטלי ביותר).
 $R = P1 + P2/2 + M/L = 100 + 100/2 + 120/1.0 = 270 \text{ kg.cm}$

לסיכום מקרה א' (שתלים מקבילים): המומנט המופעל על קצה הגשר או הקורה הינו 120Kg.cm.
העומס המופעל על השתל הקיצוני התומך ישירות בני"ל הינו 270Kg.

דין במקרה ב' All On Four

שני השתלים המרכזיים מושתלים בזוויות רגילות, כאשר השתלים הדיסטליים התומכים ב-cantilever מושתלים בזווית של 30° (α).

כאן המומנט, יהיה:
 $M = P \times A = 100 \times 0.6 = 60 \text{ kg.cm}$
לעומת זאת העומס על השתל האלכסוני הינו:

$$R = \frac{P1 + P2/2 + M/L1}{\sin(\alpha)} = \frac{100 + 100/2 + 60/1.6}{\sin(30)} = \frac{187.5}{0.5} = 375 \text{ kg}$$

(דוגמא בלבד)

לסיכום מקרה ב':

המומנט בקצה ה-cantilever במקרה של שתלים אלכסוניים הינו 60Kg.cm.
העומס על השתל המוטה הינו 375Kg.

שתי הערות:

1. יש להתייחס לעובדה שהשתל המוטה מואחר בזווית כך שראשו של השתל מצוי בזווית ביחס לרכס העצם. דבר זה מחייב התייחסות נוספת.

וכך, באופן כללי, (עפ"י הספרות המקצועית) ניתן לומר שהמומנט והעומס הנוספים יגדילו בכ-10% (עפ"י המופיע בספרות). דהיינו מ-60Kg.cm ל-66Kg.cm ומ-412Kg.cm ל-375Kg.

תופעה זו **לא** קיימת בשתלים המושתלים במקרה א'.

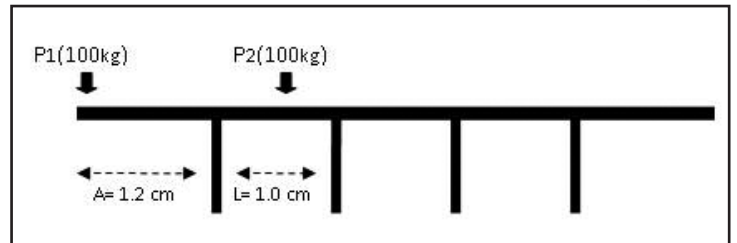
2. התייחסנו עד כה לכוחות הסטטיים, אך בפה הכוחות הפועלים הינם דינמיים - ניתן לומר באופן כללי (בחישוב גס) שהם גדולים בכ-30% מהכוחות הסטטיים. כלומר: יש לכפול את כל התוצאות הנ"ל בפקטור של 1.3.

לכל אורך הדין, יצינו 2 מקרים שונים: במקרה א' השיטה הקלאסית, בה מושתלים ארבעה שתלים בזוויות מקובלות, כאשר ציר האורך של השתל מקביל לציר האורך של השן, אשר היתה קיימת. **במקרה ב'** נדגים את השיטה של All On Four בה שני השתלים הקיצוניים מתוך הארבעה (השתלים הדיסטליים) מותקנים בזוויות חדות.

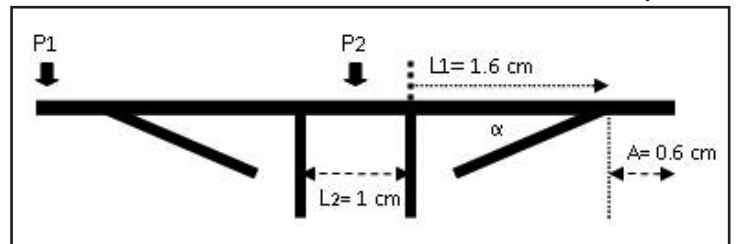
לשם כך עלינו להניח כמה הנחות יסוד:

- השתלים מושתלים בקו ישר (כמו סרגל), ולא בצורתם הטבעית כפרסה תלת מימדית כמו שקיים בפה באופן טבעי הדורש חישוב תלת מימד מסובך יותר ומקצין את התוצאות.
- המרחקים בין מרכז שתל אחד למשנהו הינם 1.0 ס"מ (L בציר), במקרה א, ושונה במקרה ב: 1.0 ס"מ בין השתלים המרכזיים ו-1.6 ס"מ בין המרכזיים לקיצוניים.
- המרחק בין מרכז השתל הקיצוני לסוף הקורה או הגשר הינו 1.2 ס"מ בכל צד

ציור במקרה א'



ציור במקרה ב'



קורס השתלות עיוני ומעשי ישראל שוויץ 2009

מועדי הקורס: ישראל (עיוני) 23 אפריל - 15 מאי
שוויץ (מעשי) 17-20 מאי



לפרטים נוספים 03-6124242 שולחן 109 אביבה קריינר
זימר דנטל - רח' ביאליק 143 רמת גן 52523
www.zimmerdental.co.il

תזונה, דלקתיות ומחלות חניכיים

הבריאות של המטופל שלנו. התזונה האנטי-דלקתית, הכוללת שפע של ירקות ופירות, ויטמינים, אנטיאוקסידנטים⁶, דגנים מלאים, זרעים ואגוזים (לא קליניים)⁷ הינה מפתח בסיסי להורדת רמות ה-CRP בדם והפחתת הדלקת⁸. כך נוכל להקל על התאוששותו של המטופל מהליך ניתוחי, להפחית את מצב הדלקתיות בגופו, לעזור במניעת הישנות המחלה ולתחזק את בריאותו הכללית של המטופל. מאותו שילוב בלתי-נפרד - טיפול במחלת החניכיים וטיפול תזונתי, המותאם למצב המטופל - ניתן יהיה ליצור שיפור באיכות חיי, לטווח הקצר והארוך, לתחזק בטיפול המונע והמשקם, ובכך לבקש יצירת שינוי ממשי.

לקבלת בבליוגרפיה, נא לפנות לתמר במייל: Shalem.clinic@gmail.com

שהגיע אלינו למרפאה לטיפול במחלת חניכיים כרונית, סובל, בשל מצב הדלקתיות שבגופו, מכמה פתולוגיות במקביל - שמחלת החניכיים היא רק אחת מהן. כך נוצר המצב הבא: גם אם נטפל במחלת-החניכיים בצורה הטובה ביותר, עלול המטופל לפתח מחלה עוקבת זהה בעתיד, וייתכן גם מחלה כרונית אחרת³. ואכן מחקרים רבים מאששים נקודה זאת. הם מראים את הקשר שבין מחלות החניכיים לבין המחלות שאותן כבר ציינו. הם מזהים את פעולת ההשפעה של מחלה כרונית אחת על אחרת⁴. והם מקשרים באופן ישיר בין מצב דלקתי בגוף לבין טיפול בו באמצעות תזונה תואמת⁵. כך נוכל לנתב את תכנון הטיפול באדם המגיע למרפאה גם במישור זה.

ליסיום

קיימים כלים רבים ומגוונים במדע התזונה עצמו אשר יכולים לשפר את מצבו

את המזון הקרוב ביותר לטבע, אשר אינו מעובד ואינו "מועשר" בתוספות מן התעשייה. כך ניתן להבטיח מזון עשיר ברכיבי תזונה עיקריים כגון: ויטמינים, מינרלים, וגדי-חימצון (אנטיאוקסידנטים) ואנזימים, כולם הכרחיים לבריאותנו המיטבית.

תזונה ומחלות חניכיים

החברה המודרנית הינה חברה שבה תחלואים רבים לעומת תוחלת חיים ארוכה. חלק מן הפתולוגיות הנקשרות בהרגלי אכילה קלוקלים הם: מחלות לב וכלי-דם, יתר לחץ-דם, סכרת ולהפתעתנו גם מחלות חניכיים. מסתמן ממחקרים עדכניים כי התזונה הלקויה, בנוסף לקשרה הידוע לעששת, עלולה לגרום, בין-היתר, למצב דלקתי מינורי¹. מצב זה מכונה: "דלקת תת-כרונית", והוא עשוי לעורר התפרצות של מחלות חניכיים בדרגות שונות, ומחלות אחרות². הדבר יוצר תמונה חמורה. יתכן והמטופל

תזונה ואורח-חיים בריא

תזונה. מילה כה שגורה עד שכמעט אין מה להוסיף. ובכל זאת, מה מתוך כל המידע שזורם אלינו מעולם הפרסומות והשינוק וממדפי הסופרמרקט הנוצצים, הוא באמת טוב לנו, מזין אותנו ומרפא אותנו? על-מנת לענות על שאלה זו, יש צורך לפשפש במקורות הראשוניים, ולראות כיצד, מאז ועד היום, מחבר חוט-השני בינינו לביניהם. "היה פרי למאכל, ועלה לתרופה" (יחזקאל, י"ז), נכתב במקורותינו. בדומה לכתבי התרבות הסינית, ההודית, היוונית וכן בכתביו של תרבות אחרות, הידע היה קיים כבר אז. המזון מן הטבע, אם-כן, נועד להזין אותנו אך לשמש גם ככלי ריפוי בפני עצמו. מסתבר כי גם אם אדם יצרוך את כל אבות המזון, עדיין אינו מבטיח בריאות שלמה. יש לברור בקפידה ולדקדק גם באיכות המזון.

קשה לתת עצות שלפיה מן המותן על התורה כולה, אבל הנה אחת: רצוי לאכול

חדש במרפאה

מנהל יחידת הרדמה אמבולטורית ושירות לטפול בכאב החריף
בב"ח רמבם חיפה

מכשיר דפיברילטור



בישראל מתים כ-8000 איש בשנה מדום לב! רוב האירועים הללו מתרחשים מחוץ לבית חולים. דום לב פתאומי נגרם בשל פעילות חשמלית בלתי סדירה באזור הלב ויכול להיות מטופל באמצעות שוק חשמלי במכשיר הנקרא "דפיברילטור". דפיברילטורים ניידים אוטומטיים (מכשירים הגורמים לשוק חשמלי ללב) יכולים באופן מיידי לאבחן קצב לב בלתי סדיר, ולטפל על ידי מתן שוק חשמלי במידת הצורך. במחקר גדול שנערך ב-11 ערים ברחבי ארה"ב התברר שאזרחים עוברי אורח הצליחו להכפיל את סיכויי ההישרדות של אנשים שלקו בדום לב בגלל הפרעת קצב בלב. אנשים שביצעו גם החיאה וגם נתנו שוק חשמלי בעזרת המכשיר האוטומטי

שילשו את הסיכוי להישרד. אם ניתן שוק חשמלי ממש בזמן האירוע של עצירת הדופק בלב יש סיכוי של מעל 90% להצילו. בכל דקה שחולפת הסיכוי להצלה קטן ב-15%-10%, תוך 10 דקות ללא טיפול הסיכוי להצלה הוא 0%.

המכשיר הינו ידידותי ביותר ותומך בכל שלבי החיאה,

- הוא נותן מענה לכל דום לב
- יחידת מדבקות אחת הכוללת סימון למטפל של מקום העיסוי
- אורך חיי הסוללות 5 שנים 300 שוקים
- המכשיר נותן הוראות קוליות בעברית (ניתן לעדכן שפות אחרות)
- מספק משוב על איכות העיסויים בזמן אמת

במדינות מערביות בעולם קיים מכשיר זה בכל ריכוז אזרחי גדול על פי חוק, וכבר הספיק להציל חיים רבים.

גם במדינתנו החל מ-29 ביולי 2008 מליאת הכנסת אישרה בקריאה שנייה ושלישית הצעת חוק שמחייבת הצבת מכשירי החיאה במקומות ציבוריים. על-פי הצעת החוק, מקומות ציבוריים יחשבו: קניונים, שדות תעופה ונמלים, תחנות מרכזיות, בתי אבות, בתי סוהר ובתי מאסר, מקומות רחצה מוכרזים, בריכות שחיה, וכן המקומות הבאים, במידה ומגיעים אליהם למעלה מ-500 איש: משרדי ממשלה ורשויות מקומיות, תחנות רכבת, מקומות עבודה, איצטדיוני ספורט, מכוני כושר, מוסדות להשכלה גבוהה ואולמות שמחה.

ביצוע פעולות אלה הוא פשוט יחסית וניתן ללמודו בתוך זמן קצר גם על ידי אזרחים שאינם עובדים בתחום הרפואה.

מבזק קליני

ד"ר ברנד דהן

השתלה באזור אסטתי: המלכודת והפרוטוקול הסביבתי

מזה כעשרים שנה, השתלים הדנטאליים הפכו לחלק בלתי נפרד מהארסנל הטיפולי העומד לרשותנו בתוכנית הטיפול השיקומי.

לאחר גל התלהבות, מהר מאוד, נראה כי שתל דנטאלי אינו "מתנהג" כמו שן טבעית, הן מבחינה ביולוגית והן מכאנית.

טיפול מסוג זה הפך למבוקש באיזור השיניים הקדמיות העליונות. (בגלל דרישה אסתטית גוברת מצד המטופלים ובזכות גישה טיפולית נוחה להופאים). ובהיעדר הקפדה ושמירה על עקרונות ברורים, התקנת שתל באזור קדמי יכולה להפוך למלכודת לכישלון.

רשימה ארוכה של גורמים בעלי משמעות, חייבת להילקח בחשבון לפני הטיפול: גובה קו החיך, קיום בעיה פריודונטלית ונגעים גרמיים, סוג הרקמה הרכה (כמות ואיכות) ובמהלך הטיפול: מיקום וכיוון נכון של השתל תוך כדי הכוונה תלת ממדית.

מחקרים רבים (Araujo, Lindhe) מוכיחים בשנים האחרונות, כי תהליך ספיגת העצם נמשך זמן רב לאחר עקירה והינו בלתי נמנע. הוא אחראי לשקע הבוקאלי הלא אסתטי, המתרחש לאחר מספר שבועות ואמפוין על ידי הצללה. הפאפילות מתכווצות, דבר המהווה פגם אסתטי נוסף.

D. Tarnow, H&M. Salama, U. Grunder כתבו רבות בנושא וקיימות מוסכמות אשר אותן יש לכבד.

ללא זהירות, מתרחשים עיוותים אסתטיים הבולטים בעיני המטופל. מציאת פיתרון לתיקון גפם אסתטי מסוג זה ידרוש משאבים רבים, אשר אינם תמיד מתבטאים בצורה פרדיקטבילית.

האם "חכם ידע לצאת מצרות שפיקח אינו נכנס אליהן"?

השיניים הקדמיות הינן כרטיס הביקור של המטופל, ואין מקום לטעות. שנים רבות של ניסיון וערנות על הנכתב בנושא, הובילו אותנו להציע למטופלנו את "הפרוטוקול סביבתי", המיועד לתת מענה ולצמצם, ככל האפשר, עיוותים לא רצויים. ידע לנו כי, לאחר עקירה, מתרחשת ספיגת עצם תוך כדי הקטנת נפח הרכס האלוואולארי (גם בהעדרות בעיה פריודונטלית), ויש לתכנן מראש באופן שיגירתי אוגמנטציה עצם (השתלת עצם) לשימור הרכס הן ביום עקירת השן, הן ביום התקנת השתל.

3 מ"מ של עצם שנותנה נראים סבירים כעובי מינימאלי לקיר הבוקאלי שמעל השתל (למרות הטכנולוגיות החדשות: Platform Switching או הקטנת החלק הצרוויקאלי של השתל של Nobel Active).

במקביל, הרקמות הרכות הנתמכות על ידי העצם, עוברות תהליך התכווצות דומה. מתבקשת הערכות ומציאת פתרון למחסור ברקמה על ידי שדרוג פלסטי של הרקמות הרכות. עיבוי ותוספת של רקמת חיבור יכולים להיעשות יחד עם העקירה והשתלת העצם. תוך כדי התקנת השתל או מאוחר יותר במהלך החשיפה.

אין מקום לאלתור, והתקנת שתל ללא התייחסות לרקמות הקשות ורכות, אינה מתקבלת על הדעת באזור אסתטי. הגשת תוכנית מקיפה הכוללת טיפול ברקמות קשות ורכות, מהווה תנאי להתקנת שתל דנטלי קדמי.

אנו מציעים פרוטוקול סביבתי שבו השתל יותקן בסביבתו הטבעית, עצם וחניכיים משוחזרים, כמכלול.

ליסיום, המטופל המעוניין בפתרון רפואי, מכאני ואסתטי, אינו "יודע מה טוב לו", אך ישפוט אותנו על פי התוצאות. תפקידנו יהיה להסביר, למסור את המידע ולהציע את הטוב ביותר.

רשמים מכינוס ה- EAO

וורשה 2008

ד"ר יניב מאיר

קיימת סטייה של 1.5-1 מ"מ בין התכנון למיקום השתל בפועל.

4. **שיקום** – סקירת ספרות נרחבת מראה שתותבת על שתלים בלסת התחתונה והעליונה אולי עדיפה על פעולות רבות ומורכבות. ועל כן שיקום שכזה הופך ל- First Choice מבחינת רבות כגון לעיסה, דיבור, פונקציה, צמצום פעולות כירורגיות ועלות.

לסיכום, עולם השתלים צועד אל אופקים חדשים הן מבחינת קפיצת דרך בתכנון הממוחשב והן מבחינת הפיכת הפרוצדורות הכירורגיות לפשוטות יותר וגישות לרופאים שעד כה נמנעו מלהכנס לתחום. אך עם זאת קיימת חשיבות עליונה בהכרת האנטומיה, הבנת הביולוגיה והפיזיולוגיה של התהליכים המתרחשים ברקמות הרכות והקשות וביצוע של Case Selection נכון.

כמידי שנה נערך הכינוס הגדול של האיגוד האירופאי לאוסאואינטגרציה (EAO) באחת מהערים הגדולות באירופה. השנה התקיים הכינוס בוורשה, בירת פולין. וורשה היא עיר



מדהימה, המצליחה לשלב בין היסטוריה עשירה ואווירה יוצאת דופן לקצב חיים תוסס ועדכני, מסורות של מזרח ומערב מתמזגות כאן בהרמוניה מושלמת, עם ארמונות פאר, כנסיות עתיקות, פארקים מטופחים וכמובן שרידים אפלים מההיסטוריה היהודית שנגדעה לפני מעל לחצי מאה. מזג האוויר שקידם את פינו היה אופייני לסתיו אירופאי, גשמים קלים לסירוגין.

ובחזרה לכנס, הכינוס התקיים במרכז כנסים גדול ומפואר במרכז העיר. השתתפו בו נציגים מכל קצוות תבל. המרצים שהעשירו את דעתנו בהרצאות איכותיות ועשירות בהדמויות ובאנימציה תלת מימדית היו מן השורה הראשונה של החוקרים והקלינאים בעולם. השנה התמקד הכינוס במספר נושאים מרתקים המעסיקים אותנו הקלינאים בפרקטיקה היומית: טיפול במתרחפים הנוטלים בספוספונטים, שימור רכס לאחר עקירה, השתלות מידיות לעומת מאוחרות וכמובן היבטים שונים של שיקום מורכב מההיבטים שונים עם דגש על תכנון ממוחשב. ניתן למצאת את עקרי הדברים במספר קורות:

1. **שימור רכס** – לאחר עקירת שן מתחוללים תהליכים רבים במכתשית העקירה. התהליך הדרמטי מכל הינו שינוי מימדי הרכס במימד האנכי והאופקי. על מנת לצמצם את מימדי התופעה קיימת חשיבות רבה בביצוע כירורגיה אטרומטית ככל שניתן קרי אי הרמת מתלים, שימוש בתחליפי עצם, שימוש בשתל רקמת חיבור, חוסר בחתכים ורטיקלים באיזור האסטטי ומניעת מתיחת המתלית.

2. **התנתק שתלים באיזור האסטטי** – כפועל יוצא מהשינויים המתרחשים ברכס האלבאולרי, ההמצלה היא על ביצוע השתלה בשילוב עם אוגמנטציה של רקמה קשה ורכה תוך שמירה על כללי הכירורגיה האסתטית (ללא שימוש בחתכים משחררים באיזור הקדמי, אי מתיחת המתלה וכו'). ככול שהמקרה מורכב מומלץ להעדיף שני שלבים.

3. **תכנון ממוחשב** – קיימות תוכנות רבות בשוק הדנטלי המאפשרות תכנון התהליך הכירורגי והשיקומי, התוכנות ידידותיות למשתמש, חוסכות בזמן כסא ומאפשרות השתלה ושיקום מיד. אולם יש לזכור שעדיין

Geistlich
Bio-Gide®

Geistlich
Bio-Oss®

The Master's Choice

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



LEADING REGENERATION

הכל בידינו

"הטוב, הוא יקר!"... אבל, האם "היקר, הוא טוב?" משוואה דו-כיוונית?

ד"ר ברנרד דהן

רמת מחירים זו תאפשר לרופא:

- להקדיש יותר זמן לביצוע של האקט הטיפולי.
- חופש פעולה גדול יותר בבחירת החומרים ובטכניקות האיכותיים ביותר.
- לצרף בעלי מקצוע ואנשי צוות מקצועיים ומתוגמלים היטב.
- להקדיש יותר זמן בהשתלמויות והעלאת הרמה המקצועית.
- לנהל יומן רגוע יותר, המאפשר לעבוד ולנוע באווירה נינוחה ושלווה ההכרחית למתן טיפולים מקצועיים ואיכותיים.
- במידה ואותו הרופא יבחר ברמת מחירים עממית יותר, יצטרך, כדי "לשרוד", להפחית ולרדת ברמה בכל הדרישות שהעלינו קודם (זמן עבודה, סוג החומרים, צוות, טכנאי...).
- קרוב לוודאי כי שני בעלי המקצוע השונים יגיעו בסוף השנה להכנסות דומות, כאשר הראשון עשוי להראות נינוח, רגוע ועדיין מגלה עניין במקצועו והשני עלול להיות עייף, שחוק ואדיש. אין בכתבה זו, מטרה לדגול ברפואה יקרה בהכרח, אלא, לטעון כי עלינו "לכבד את עצמנו ומקצוענו".
- התחרות הקשה, המתישה והמבלבלת, משפיעה לרעה על שיקול דעתם של הרופאים.
- הורדת המחיר, "ללא גבולות", אינה פותרת בעיה, כי המטופל תמיד ימצא "זול יותר", אם זו היא מטרתו.

לסיכום

רמת מחירים סבירה והוגנת מאפשרת מתן רמת שירותים מתאימה ומקצועית. ואם דיברנו על התחרות, תחרות בריאה תהיה חיונית אם היא תהיה בנויה על "איכות".
ויותר מתמיד עלינו לזכור כי הכל בידינו!..

האמירה הזו נשמעת רבות בפיו של הצרכן, "כהגדרה מובנת מאליה", האם עלינו לקבל אותה כ"אקסיומה" והאם היא תמיד נכונה? בואו ננסה לעשות קצת סדר במשוואה זו, הנראית פשוטה.

יש להניח כי מוצר או שירות איכותי המוגדר "כטוב", ידרוש ויאופיין עפ"י קריטריונים מסוימים בתהליך יצורו. הוא יחייב שימוש בחומרים איכותיים, שיתופם של אנשי צוות מקצועיים, הכשרתם והשתלמותם. נתונים אלה יתורגמו ע"י הוצאות גבוהות יותר ממוצר שלא משקיע אותם המשאבים. נראה כי במרבית המקרים "הטוב, בהחלט יקר יותר" (ואם ניקח דוגמה הקרובה לתחומינו, רופא אשר דואג להשתלם רבות, ומשתמש בחומרים יקרים, ציוד חדש ועובד עם אנשי צוות וטכנאים מקצועיים, קרוב לוודאי, יצטרך לגבות מחירים גבוהים יותר).

מה מסתתר מאחורי הטענה ההפוכה?

"אם הוא יקר, אז הוא טוב!"

בעל מקצוע אשר יגבה מחירים גבוהים ו"לא יספק את הסחורה", כלומר לא ייתן תמורה למחיר שהוא נוקט, (הן בין באיכות המוצר והן בשירות), לא ישרוד זמן רב. הלקוח אינו תמים ולטווח בינוני או ארוך יתגלו התקלות.

אם נמייין וננטרל את האחוה המועט של בעלי מקצוע מסוג זה, הדברים נראים פשוטים יותר.

בהזרה לאחור בשרשרת ובכיוון ההפוך, האם, "המחיר מחייב איכות"? שוב דוגמה הנוגעת לליבנו, כאשר רופא בתחילת דרכו מחליט לעבוד עפ"י סטנדרטים גבוהים, יצטרך לקבוע רמת מחירים מספיק גבוהה ומתאימה לציפיותיו המקצועיות.

מזמינה אותך להיכנס אל העולם הדנטלי שלך...

www.wohl.co.il

ד"ר ברנרד דהן, ד"ר בנימין רצקין - מומחים למחלות חניכיים והשתלות
ד"ר יניב מאיר - רופא שיניים
ד"ר רפי רומנו - מומחה ליישור שיניים ולסתות
שד' מוריה 78, חיפה 34613, טל' 04-8343333/2, פקס' 04-8244991
e-mail: mpc@m-m-m.co.il | **www.m-m-m.co.il**

מרפאת מומחים מוריה
מחלות חניכיים, רגנרציית עצם והשתלות

