

MPC NEWS

This is
Our
Passion

דבר העורך



ד"ר בני רצקין
מרפאת מומחים מוריה

קוראות וקוראים יקרות ויקרים

סוף הקיץ ותחילת שנה והתחדשות במרפאת מומחים מוריה וב-PERIOTEAM78. הצטרפו לצוות הרופאים: ד"ר חן סגל, מומחה לטיפול שורש, ד"ר מחמוד יונס מומחה ברפואת חניכיים. מעט לפנייהם הצטרפו ד"ר מירה רוזן, רופאה כללית המתמקדת באסתטיקת הפנים וד"ר רמי בלבנובסקי מומחה לשיקום הפה. גליון החג מלא וגדוש בשפע כתבות מעניינות מהצוות ומאורח מוכר וידוע ד"ר יובל וינד. בנימה אישית, ימים מורכבים... קורונה, כלכלה, תעסוקה, בטחון לאומי, בטחון אישי, מוסר מוסתר, קלקלה ופוליטיקה. הכללי משפיע על האישי. לכל אחת ואחד מאתנו ישנה הדרך להתרומם ולהתעודד, והיא שונה מאחד לשני. ביקור בבלפור או בכיכר ועל הגשר, מעודד אותי וטוען בחוויה אחרת, של חיבור לכלל, זה לא ימין או שמאל, זה עקום או ישר, שלושת הכפים הם לא העיקר ויש תקווה שימים טובים יותר בוא יבואו.

שנה טובה

ד"ר בני רצקין

לתגובות mpc@m-m-m.co.il

03

מקרה החודש
**שתל זירקוניה (שני חלקים)
כפתרון לשיקום באזורים עם
איכות עצם פחותה**

ד"ר ברנרד דהן
ד"ר רמי בלבנובסקי

05

פינת התקשורת
מתי נחזור ללחיצת יד?
ד"ר ברנרד דהן

06

כתבת אורח
**שחזור שיניים אחוריות עם
חוסר חומר שן נרחב בדרך זעיר
פולשנית**
ד"ר יובל וינד

08

**בניית EMERGENCE PROFILE
כשלב הכנה לשיקום פרוטתי
על גבי שתלים**
ד"ר רמי בלבנובסקי

10

**טיפול שיניים
אסתטי באזור החיוך
הצגת מקרה**
ד"ר ניר יקירה

כיסוי רצסיה

Connective tissue graft (CTG)
with a coronally advanced flap
CAF

ד"ר רינה אלימלך

11

**בחזרה לשורשים:
טיפול חניכיים בדף אחד**
ד"ר בני רצקין

12

**הכירו את הרופאים החדשים
במרפאה**

**טיפים לביצוע טיפולי שורש
מוצלחים, פרדיקטביליים ורווחים**
ד"ר חן סגל

13

**שיניים יפות היא אוהבת,
אבל בשילוב הזרקות... היא כבר
מאוהבת!**
ד"ר מירה רוזן

14

**טיפול זעיר פולשני רגאנרטיבי -
סינרגיה של לייזר וחלבוני גדילה
(אמדוגן)**
ד"ר מחמוד יונס

16

**הצגת מקרה: טיפול אורתו-
כירורגי**
ד"ר מארי כהן

17

**מאמרים עדכניים בתחום
הפריודונטיה והשתלים**

ד"ר אן סופי אטל

18

**הלבנת שיניים: טיפול אפקטיבי
נשמר**
ד"ר קרוליין בלסיאנו

אך, לאחר בדיקה מקיפה, נמצא נגע פריודונטלי תת גרמי באספקט המזיאלי של השן הסמוכה (2,3). הוחלט לטפל בנגע הפריודונטלי יחד עם החדרת השתל. נבחר שתל זירקוניה TAV Dental עשוי משני חלקים ושאינו דורש העמסה מיידית (4,5,6).

השתלים הקרמיים או שתלי זירקוניה הופיעו בספרות למעלה משלושים שנה והוצעו כפתרון להחלפת שורשים באזורים מחוסרי שיניים. מחקרים רבים הראו תוצאות חיוביות בהשוואת לשתלי טיטאניום.

בשנים האחרונות הופיעו שתלי זירקוניה הופיעו בספרות למעלה משלושים שנה והוצעו כפתרון להחלפת שורשים באזורים מחוסרי שיניים. מחקרים רבים הראו תוצאות חיוביות בהשוואת לשתלי טיטאניום.

בעשור האחרון, השתלים הקרמיים הופכים לחלק בלתי נפרד מהארמנטריום באימפלנטולוגיה. מעבר להיבט האסתטי הברור, היתרון המשמעותי של שתלי הזירקוניה, הינו ההתנהגות הידידותית של החומר מול הרקמות הרכות. הזירקוניה נראה שמתקבל ביולוגית טוב יותר ע"י הגוף, ללא תופעה של קורוזיה, דבר שיכול לתרום בהפחתת הופעת פריאימפלנטיטיס. מחקרים נוספים נדרשים כדי לחזק את הנתון הזה. במטרה להימנע ממכשולים מכאניים, הדור הראשון של שתלי הזירקוניה היה בנוי מגוף אחד: שתל ומבנה מחברים One Piece Implant. אך תצורה זאת, המחייבת העמסה מיידית, לא תמיד התאימה למקרים בהם העצם באיכות פחותה, או לקראת החדרת שתל מיידית לאחר עקירה, או במצבים של חוסר נפח עצם.

בשנים האחרונות הופיעו שתלי זירקוניה חדשים עשויים משני חלקים נפרדים: שתל ומבנה הם מאפשרים להתמודד במצבים של איכות עצם פחותה ובכך להקל על קליטת השתל ללא העמסה עליו (Two pieces Implant).

כאן מוצג מקרה קליני של מטופלת המעוניינת בקבלת שתל ללא מתכת באזור האחורי מחוסר בשן טוחנת (1).



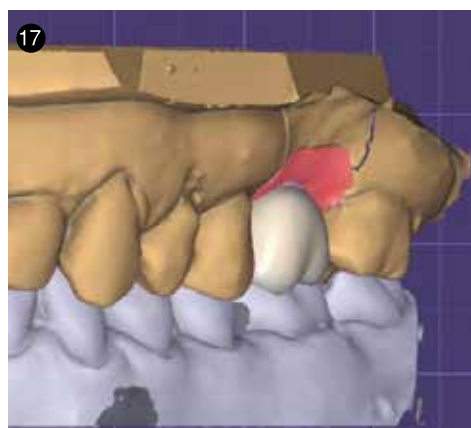
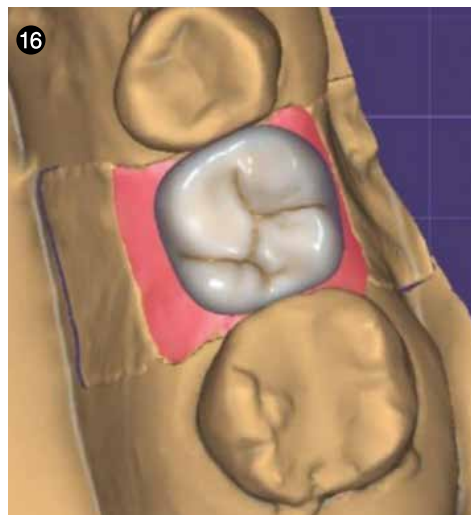
שתל זירקוניה (שני חלקים) כפתרון לשיקום באזורים עם איכות עצם פחותה



ד"ר ברנרד דהן
מומחה ברפואת חניכיים



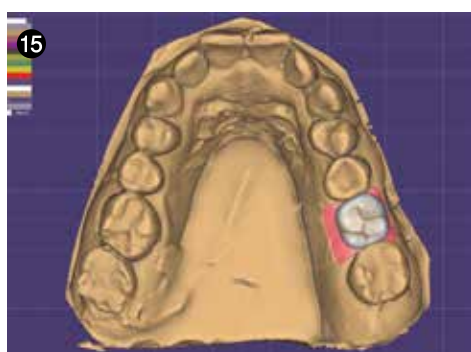
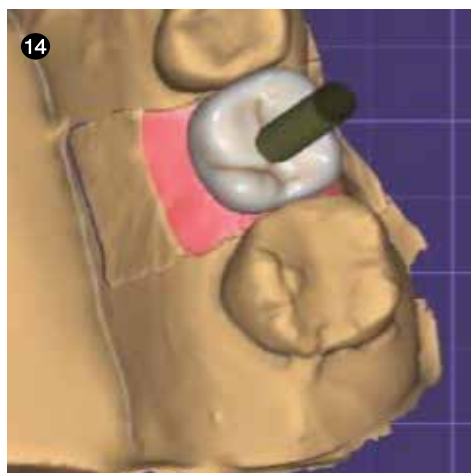
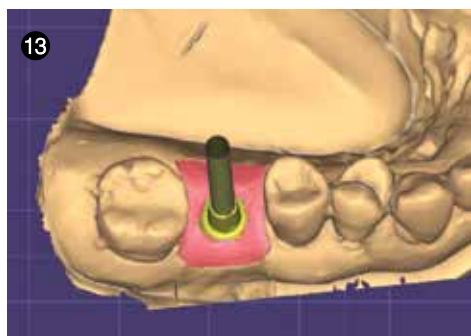
ד"ר רמי בלבנובסקי
מומחה בשיקום הפה



לצפיית החדרת שתל
הזירקוניה

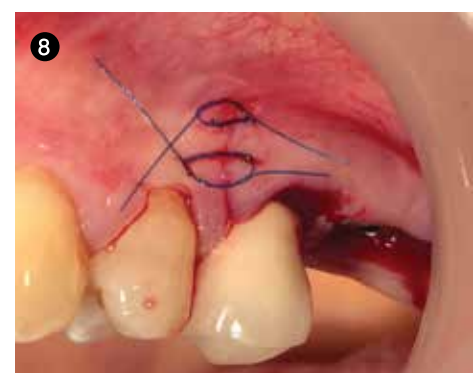
נלקחה מטבע כף פתוחה בעזרת חומר הידרופילי טקסטורופי "אימפרגום" סופט ודואוסופט. נעשה רישום הסגר ומטבע אנטגוניסטי (12,13). לאחר גילוף הבחנתי דיגיטלי, נקבע כי ציר האורך של השתל יוצא באיזור Central fossa של המשטח האוקולוזלי (14,15,16). הוחלט לבצע כתר מוברג על בסיס זירקוניה מונוליטי על T base בתנועות הלטרליות נבחרה הדרכה ניבית (18).

לסיכום, לא מדובר במקרה שיגרתי ודורש רכישת ניסיון נוסף ומעקב אך אין ספק שהוא צד משמעותי Metal Free לקראת רפואת שיניים.



בעשור האחרון, השתלים הקרמיים הופכים לחלק בלתי נפרד מהארמנטריום באימפלנטולוגיה. מעבר להיבט האסתטי הברור, היתרון המשמעותי של שתלי הזירקוניה, הינו ההתנהגות הידידותית של החומר מול הרקמות הרכות. אך, לאחר בדיקה מקיפה, נמצא נגע פריודונטלי תת גרמי באספקט המזיאלי של השן הסמוכה (2,3). הוחלט לטפל בנגע הפריודונטלי יחד עם החדרת השתל. נבחר שתל זירקוניה TAV Dental עשוי משני חלקים ושאינו דורש ההעמסה מיידית (4,5,6). טיפול פריודונטלי בוצע ע"י ניקוי יסודי של הנגע, שימוש בתחליפי עצם Allograft וחלבני גדיל Emdogain (7).

שתל זירקוניה, באורך 12 מ"מ וקוטר 4.1 מ"מ, הוחדר עד לגובה החניכיים Tissue Level דבר המרחיק את החיבור למבנה לחוץ הרקמות. השתל נשאר חשוף (8,9) ושישה חודשים ולאחר קליטתו, ניתן להתחיל את ההליך השיקומי (10,11).



מתי נחזור ל"לחיצת יד"?



ד"ר רונן דהן
מומחה ברפואת חניכיים



זה מה שמבטיח לנו העתיד הקרוב, תקשורת כן, תקשורת מסוג אחר אך נטולת רגש. השאלה הפילוסופית המרכזית היא: "האם תקשורת מחייבת בהכרח רגש?"

ולסיכום:

- יש להשלים אם כך העולם משתנה (מה שהיה אתמול לא בטוח שיהיה מחר)
- יש לקבל זאת בפילוסופיה כחלק מאבולוציית האנושות
- עלינו להתאים עצמינו לעולם החדש
- עולם שונה, עולם בריא והיגייני יותר** אך פחות אנושי

ואם אינך יכול לשנות את המצב, אז שנה את גישתך למצב החדש ותתאים את עצמך

לכן, יש להניח כי ההרגלים החדשים שאנו רכשנו לאחרונה, ילוו אותנו זמן רב, אלא אם פיתוח חיסון בקרוב יטרף את הקלפים ויחזיר עטרה ליושנה? בשלב זה, עלינו ללמוד מחדש תקשורת מסוג אחר עם האנשים.

- **המפגש בזום** הינו אחת התשובות אך מי שהתנסה איתו יודע את המגבלות שבו, עייפות מול המסך ואי יכולת לראות את שפת הגוף
- **האם התקשורת הכתובה** תחזור לשיאה, תקשורת וורבאלית אך ללא קול ע"י הודעות כתובות, מסרונים, מיילים, מכתבים...
- אך הדבר מנטרל כל רגש ולא כולם ידעו "לקרוא בין השורות"...
- **תקשורת/ שירותים דרך גורם שלישי דיגיטלי**, ללא מעורבות אנושית = (חיסכון בכוח אדם ובזמן) המאוד אופיינית ברכישות שנעשות דרך אינטרנט.

במפגשים אמיתיים, נצטרך להפעיל חושים בדרכי אחרת, חושים שאינם דורשים **קרבה של ממש** ללמוד לקרוא את "שפת הגוף", לזהות אדם דרך העיניים למרות המסכה, לגלות חיך או הבעת פנים דרך המבט ללא מעורבות השפתיים או מימיקת הפנים...

- קרבה מתבקשת כדי לקלוט בעיניים את עומק המבט, ניואנסים בתנועת שרירי הפנים...
- המגע דורש גם קרבה - לחיצת היד הינה אומנם מגע נקודתי אך מסוגלת להקנות מידע רב על אישיות והתנהגות של האדם.
- החושים האחרים כמו ריח, טעם ושמיעה משתתפים באותה המידה בתהליך האבחון שאנו מפעילים בהתקרבות עם אדם ובסביבתנו.

אגב החושים פועלים בסנכרון ולא נדיר לראות ששיתוק אחד החושים, משפיע על השני (דוגמת המטופל שמסיר את משקפיים וטוען שלא שומע טוב בלי המשקפיים...)

הפנדמיה הנוכחית והשלכותיה מחייבים אותנו לשמור על המרחב חברתי בטיחותי לבריאותנו.

שמירת מרחק זה מחייבת שינויים בהתנהגותנו ולא ברור מתי נחזור "ללחץ ידיים" ללא היסוס, להתחבק בצורה ספונטנית ואיך נוכל לבטא חום, שמחה ואושר במפגש אחד עם השני? (יחד עם זאת, קראו לנו דברים טובים, כמו ריענון הרגלי היגיינה בסיסיים).

מספר היבטים לא פשוטים עם המרחק חברתי:

- **החשדנות**, חשדנות כלפי הסביבה עד לאגרסיביות וכמעט עוינות (כולם נזהרים מכולם).
- **דה-הומניזציה**, המסכות אינן מאפשרות זיהוי האדם ומסתירות את הבעת הפנים.
- **היעדרות האלמנט הרגשי** שבמפגש עם השני, מן רובוטיזציה של החיים נטולת ספונטניות.
- יתכן ומה שהיה כבר לא מה שיהיה ועלינו להסתגל ולהתאים את עצמינו.

הדבר מזכיר לי שבהופעת מחלת ה-AIDS בשנות השמונים, כאשר השימוש בכפפות הפך להכרחי בכדי להתגונן ממגע דם ורוק. אך רבים האמינו כי מדובר בתופעה חולפת... תופעה שעד היום לא חלפה ושהיא חלק בלתי נפרד מחיינו המקצועיים.

העולם משתנה מול עינינו... כולנו זוכרים את השיר של הזמר הצרפתי גיאק דוטרון בשנות ה-70, שיר אותו הייתי מנגן בגיטרה בילדותי, "700 מיליון סינים, ואני ואני ואני..." 700 מיליון ושלושה מיליארד בני אדם היו אז על כדור הארץ. 40 שנה חלפו, אני עדיין כאן עם הגיטרה אך כבר מיליארד וחצי סינים מצטופפים באסיה, יחד עם מיליארד הודים... ומסכן כדור הארץ כרגע נושא על כתפיו כמעט 8 מיליארד איש !!!!

אז מה השתנה? לא הרבה מלבד "צפיפות"...

מי שהכיר את ברצלונה של שנות ה-70-80, בה ניתן היה לטייל בנחת על שדרה המרכזית "הרמבלה" אך כיום, בשל הצפיפות, זאת משימה כמעט בלתי אפשרית.

מעבר לגידול אקספוננציאלי (מילה אופנתית כדי להצביע על גדילה מטורפת) של האוכלוסין, יש להוסיף את "יכולת התנועה" של המטיילים. העולם נהיה "קטן יותר" עם מרחקים שנבלעים בקלות יתרה. כולנו זוכרים סיפורי סבא וסבתא שמעולם לא יצאו מרדיוס האזור בו הם גרו וגדלו...

שינויים אחרים התרחשו, כמו **שינוי האקלים, ניסויים ביולוגיים המזעזעים את האיזון האקולוגי** ויתכן והם הקטליזטור להתפתחות וירוסים חדשים או בוורסיות שונות.

העובדה היא שאחד המאפיינים הבולטים בתחושת "**הפאר**" (המחקרים מוכחים זאת), הוא **המרחב אישי**... ברור שהאנשים המעדיפים סוויטות נרחבות על פני חדרים צפופים בחדרי המלון, או ישמחו על שדרוג למחלקת עסקים במקום מחלקת תיירות צפופה.

אך מצד שני, תקשורת נעימה וראויה בין בני האדם, בנויה על **קרבה** ומערכת את השימוש בכל החושים העומדים לרשותנו. חושים אלה מאפשרים לבחון, לגשש, להעריך ולהביע דעה אחד על השני.

שחזור שיניים אחוריות עם חוסר חומר שן נרחב בדרך זעיר פולשנית

לצפייה בסרטונים יש לסרוק את הברקודים



ד"ר יובל יונת
רפואת שיניים אסתטית

הכנת השן להדבקה כוללת שני תהליכים

התהליך הראשון נקרא SELECTIVE ENAMEL ETCHING האמיל בלבד ייצרב בחומצה פוספורית 37% לשלושים שניות - צריבת האמיל הכרחית להכנתו להדבקה אדהזיבית



סרט - צריבת האמיל

בשלב השני יבוצע תהליך קישור לאמיל ולדנטין על ידי הנחת שכבת חומר קישור מסוג self etch- יש להקפיד על פעולה אקטיבית של עיסוי המשטח המיועד להדבקה על ידי מיקורברש ל-30 שניות, פעולה זו הכרחית ליצירת השכבה ההיברידית וליצירת הקישור הכימי-מכני בין חומר השן לחומר הקישור.



סרט - הנחת חומר הקישור

לאחר מכן נידוף הממס ודיקוק שכבת חומר הקישור לעובי מינימלי על ידי שימוש בזרם אויר למשך 30 שניות לפחות, חשיבות רבה ליצירת שכבה דקה ככל הניתן ולמנוע השארת עודפי ממס (אתנול אצטון)



סרט - דיקוק שכבת חומר הקישור

השלב האחרון בהכנת שכבת חומר הקישור - פילמור חומר הקישור באור הנראה ל-30 שניות. לפילמור ממושך חשיבות עצומה בחומרי קישור מדור 6-8 כדי לאפשר הפיכת הפריימר החומצי (PH3) לניטרלי (PH7) שיאפשר קישור לדבק הרזיני.

לאחר לקיחת המידות יותקן שחזור מעבר מחומר יעודי שאינו מכיל רזין מסוג BIS GMA כדי למנוע קישור שחזור המעבר לחומר הקישור איתו בוצע ה-IDS. חומר שחזור המעבר צריך להיות אלסטי שתהיה אפשרות להסרתו ללא שימוש במכשור רוטטורי.

במידה והמידות נלקחו בשיטה האנלוגית במעבדת השיניים יצקו מודלי גבס ויסרקו אותם כדי להפוך את המידע האנלוגי לקובץ דיגיטלי בעזרתו יתוכנן ויווצר השחזור הקבוע.

במידה והמידה נלקחה בעזרת סורק אינטרה אורלי (IOS) המידע הדיגיטלי מהסורק ישמש את תוכנות העיצוב בשלב CAD (COMPUTER AIDED DESIGN) ובשלב הבא CAM (COMPUTER AIDED MANUFACTURE) השחזור יחרט כשחזור מונוליטי.



סרט עיצוב



סרט סריקה

החומר הנפוץ ביותר כחומר שחזור הינו ליטיום דה-סיליקה (S2L), חרסינה השייכת לקבוצת החרסיות הצריבות (ETCHABLE CERAMIC) חרסינה אשר טיפול מקדים מאפשר לקשרה לחומר השן.

הכנת השן לשחזור זעיר פולשני מסוג INLAY, ONLAY הינה הכנה לארטנטיבית, הכנה המחייבת שימוש בטכניקת ההדבקה האדהזיבית, טכניקה בה השן והשחזור עוברים תהליך מקדים המאפשר קישור בין חומר השן לשחזור באמצעות חומרי קישור ודבק רזיני.

המפגש השני מוקדש להדבקת השחזור, לאחר הסרת שחזור המעבר יש לאפשר חיבור השחזור לשכבת ה-IDS שבוצעה במפגש הקודם. הקישור לשכבה יתאפשר לאחר שימוש במכשיר SANDBLASTER, מכשיר המבצע התזה עדינה של חלקיקי אלומיניום אוקסיד בגודל 50 מיקרון, התזה זו יוצרת מיקרו הכנות בתוך שכבת ה-IDS שיאפשרו חדירת שכבת חומר קישור חדשה במעמד התקנת השחזור.

בשלב הראשון השחזור ייבדק קלינית ורנטגנית לוודא התאמתו המלאה להכנה.

הכנת השן צריכה להיות דיורגנטית (מתבדרת למשטח הסיגרי) כדי לאפשר שביל הכנסה לשחזור מהמשטח הסיגרי. קו הסיום המומלץ הוא מסוג SHOULDER, כל המעברים הפנימיים צריכים להיות מעוגלים, רוחב בוקליגואלי המינימלי של השחזור 1.5 מ"מ והעומק האוקלזוג'נג'בלי המינימלי המומלץ 1.5 מ"מ.

בשחזור מסוג INLAY- הקיר הבוקלי והפלטלי שלמים, ב-ONLAY - קיים חוסר חלקי או מלא של הקיר הבוקלי או הפלטלי וב-OVERLAY השחזור מכסה באופן חלקי את הקיר הבוקלי והפלטלי. כאשר הרוחב הבוקלי-פלטלי של התלולית העובדת (התלולית הפונקציונלית) הנוטר לאחר הכנת השן לשחזור בלתי ישיר קטן מ-1 מ"מ, יש לכסות את התלולית ב-2 מ"מ של חומר שחזור.

וכאשר יש להגן על התלולית המדריכה (תלולית לא פונקציונלית) יש לגרוע 1.5 מ"מ במידה הלהבי - חניכי ולכסות את התלולית באזור זה בחומר שחזור (איור מס' 1).

לצורך הכנה קפדנית של השיניים לשחזורים מסוג זה פותחה ערכת מקדחים ייעודית (צילום מס' 2). בסיום ההכנה, לפני לקיחת המידות יש לבצע איטום טובליי הדנטין IMMEDIATE DENTIN SEALING (IDS) - התהליך יבוצע עם חומר קישור מסוג self etch, תהליך האיטום הטובולרי מפחית את הרגישות הפוסט אופרטיבית, מקטין חדירת חיידקים לשן ממועד ההכנה עד התקנת השחזור ומשפר בצורה משמעותית את עוצמת הקישור בין השן לחומר השחזור גם כאשר התקנת השחזור תבוצע מספר שבועות לאחר הכנת השן (עוצמת קישור גדולה פי 4).

הכנת השן צריכה לאפשר שכבה אחידה של צמנט במעמד התקנת השחזור, אזורים בשן עם אי אחידות בעומק הרצפה, אזורים של שיפולים לא יוסרו בהכנה אלא יאורגנו מחדש לפני לקיחת המידות עם חומר מרוכב לאחר שלב ה-IDS DENTIN SEALING (IDS) כדי להימנע מהסרה עודפת של חומר שן (צילום מס' 3).



סרט סיום הכנה

שחזור שיניים אחוריות בשחזורים ישירים בצבע השן הינו טיפול יומי במרפאת השיניים.

שחזור קומפוזיט ישיר הינו טיפול זעיר פולשני עם שרידות ארוכת שנים מוכחת כאשר כמות חומר השן החסרה הינה קטנה או בינונית.

במצבים של חוסר ניכר בחומר שן בשיניים ויטליות, מצבים של חוסר חלקי או מלא של תלוליות השן, שחזורים נרחבים עם שבר השחזור וקירות השן, מיקום תת חניכי של שולי השחזור הישן או נגע עששת עמוק נרחב ותת חניכי, כך גם בשיניים אחוריות לאחר טיפול אנדודונטלי. במקרים אילו שחזורים ישירים אינם פתרון הבחירה.

פעמים רבות, במידה והשיניים הן ויטליות, מבוצע טיפול אנדודונטלי אלקטיבי, מותקן מבנה והשן עוברת הכנה לכתר, הכנה שמחייבת הסרה של 60-70% מחומר השן המקורי.

הליך המחייב מספר רב יחסית של מפגשים עם עלות טיפולית גבוהה. מיקום שולי ההכנה באזור התת חניכי מביאה בחלק ניכר מהמקרים לגירוי של הרקמות הרכות ולרצסיה של הרקמה הרכה.

קושי בתחזוקת הכתר עקב ההכנה ההקפית והתת חניכית עלולה להוביל לעששת משנית, הספרות מדווחת על כשלון של הטיפול האנדודונטלי, ניתוק המבנה מהשן והמצב החמור ביותר של סדק ורטיקלי של שורש השן (VRF) ביותר מ-40% מהשיניים שעברו טיפול שורש, מבנה וכתר בטווח של 5-7 שנים מיום התקנת הכתר.

רפואת השיניים האדהזיבית מאפשרת לצמצם בעשרות אחוזים את כמות חומר השן שיש להסיר לשחזור כל חרסינה בלתי ישיר, השחזורים נקראים OVERLAYS AND ENDOCROWNS ONLAYS, INLAYS, על פי כמות הסרת חומר השן הנדרשת.

כמות חומר השן שיש להסיר להכנת השחזורים הללו היא כ-30-45% מחומר משן, כמחצית מכמות חומר השן בהכנת השן לכתר כל חרסינה.



איור מס' 1 - רוחב מינימלי של תלוליות שאינן דורשות כיסוי על ידי חומר השחזור.



רט - פילמור הרזין



צילום מס' 2 - קיט המקדחים להכנה ולעיבוד שחזורים מסוג INLAY & ONLAY



צילום מס' 3 - הכנה לשחזור מסוג ONLAY



צילום מס' 4-5 - הכנות ושחזורים מסוג ENDOCROWNS

הכנת החרסינה - הטיפול בחרסינה מבוצע לחלק הפנימי של השחזור, החלק שבו מתבצעת ההדבקה לחומר השן.

שלב 1: צריבה של 30 שניות עם חומצה הידרופלואורית בריכוז 5%, שטיפה ויבוש.

שלב 2: אפליקציה של SILANE COUPLING AGENT - מולקולה דו קוטבית הנקשרת לחרסינה האנאורגנית בזרוע אחת ובזרוע השנייה מאפשרת קישור למולקולה האורגנית של הדבק הרזיני.

מנגנון ההקשיה של הדבק הרזיני יבחר על פי עובי השחזור - שחזור שעוביו כ-2 מ"מ מומלץ להשתמש בדבק בעל מנגנון התקשות LIGHT CURE - המאפשר זמן עבודה בלתי מוגבל ויציבות צבע הדבק לאורך שינים בחלל הפה, כאשר עובי השחזור גדול מ-2 מ"מ יש צורך בדבק רזיני בעל מנגנון התקשות מסוג DUAL CURE - מנגנון כימי בשילוב עם מנגנון התקשות באור הנראה, מנגנון המקצר את זמן העבודה עקב התהליך הכימי של התקשות הדבק.

בשלב הראשון מבוצע פילמור קצר של הדבק ל-2-3 שניות בלבד - SHORT POLYMERIZATION.

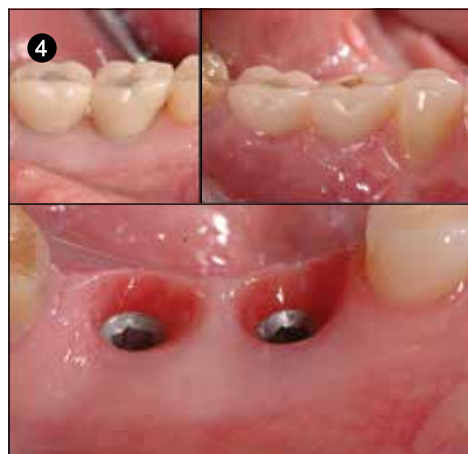
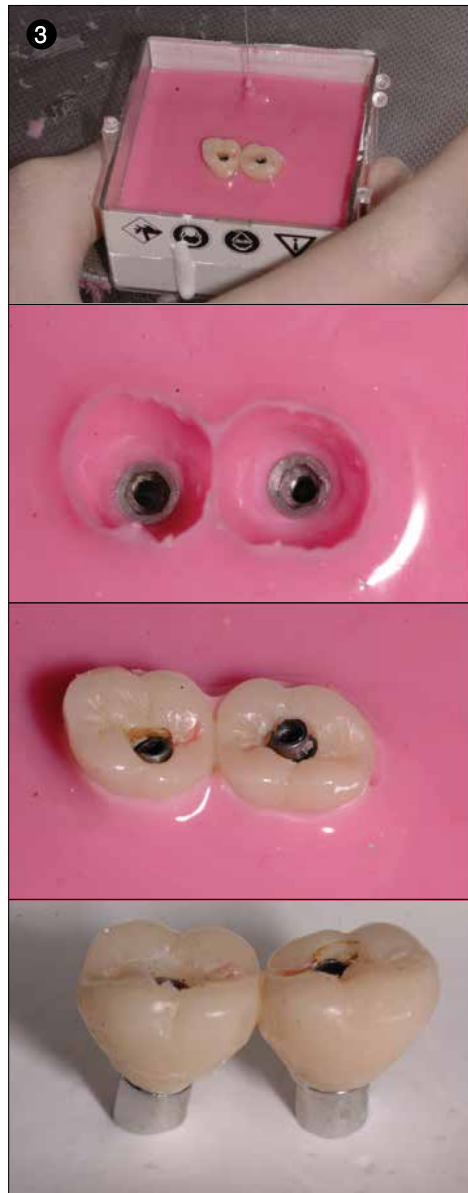
הקשיה קצרה של הדבק מאפשרת הסרת עודפים קלה באזורים הפרוקסימליים עם חוט דנטלי, ועם סקלפל במשטח הבוקלי והפלטלי, לאחר סילוק העודפים יבוצע פילמור מלא של הדבק הרזיני ופילמור נוסף לאחר אפליקציה גליצרין על מפגש השן-שחזור, הגליצרין חוסם את הגעת החמצן מהאוויר לאזור הקשיית הרזין ומונע את תהליך ה-OXYGEN INHIBITION LAYER כך מושג פילמור יעיל של הדבק הרזיני.

בגמר תהליך ההקשיה מבצעים איזון סגרי עם מקדחי יהלום מיוחדים וגומיות הנמצאים בקיט היעודי. מומלץ להשתמש גם במשחה לליטוש חרסינה.

בשלב האחרון, לפני שחרורו של המטופל, יש לבצע צילום נשך לשלילת המצאות עודפי דבק באזורים הבין שיניים.

קו הסיום של ה-ABUTMENTS האסתטיים על בסיס זירקוניה בוצע (7,8,9) SUPRA GINGIVALI. כתוצאה מכך, קיבלנו תוצאה אסתטית ופונקציונלית טובה מאד (10).

ניתן להסיק מכך כי אופן בחירת שיטת העבודה היא חשובה מאד, ולכל שיטה ישנה האינדקציה שלה.



❶ בשיקום פרוטטי ע"ג שתלים ישנן שתי שיטות לבצע את התהליך - על ידי עבודות מוברגות או על ידי עבודות מודבקות.

לכל שיטה יש את היתרונות והחסרונות שלה, ובכך אנו יודעים כיצד לבצע את האינדקציה הראויה לה.

עקב כך שקוטר השתל צר יותר מה-PROFILE של הכותרת (1), עלינו לבנות את ה-EMERGENCE PROFILE על מנת להגיע לתוצאה האסתטית המקסימלית באזור החניכיים (6).

אחד מהחסרונות של עבודות מודבקות זה שאריות הדבק שנשארות מתחת לחניכיים. דבר זה עלול לגרום PERI-IMPLANTITIS.

בכדי שנזק לא ייגרם, אנו מוכרחים לבנות קו סיום של ABUTMENT אסתטי מעל החניכיים (SUPRA GINGIVALI 7).

למטופלת הנ"ל בוצע שיקום מודבק ע"ג שתלים באזור 46,47 (מטופלת סירבה לעקור שן 48).

בוצעו שתלים בקוטר 5 מ"מ, מרחק מזיאו-דיסטאלי באזור 46,47 - 24 מ"מ (1).

בשלב הראשוני, ביצענו לה כתרים זמניים מוברגים, ועל פי פרוטוקול הרחבת ה-PROFILE - בוצעה הרחבה בשלבים בהפרשים שווים על מנת לסייע חניכיים להגיע למצב אידיאלי (3,2).

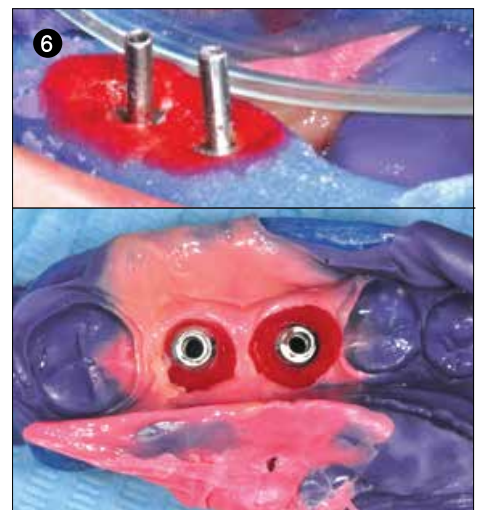
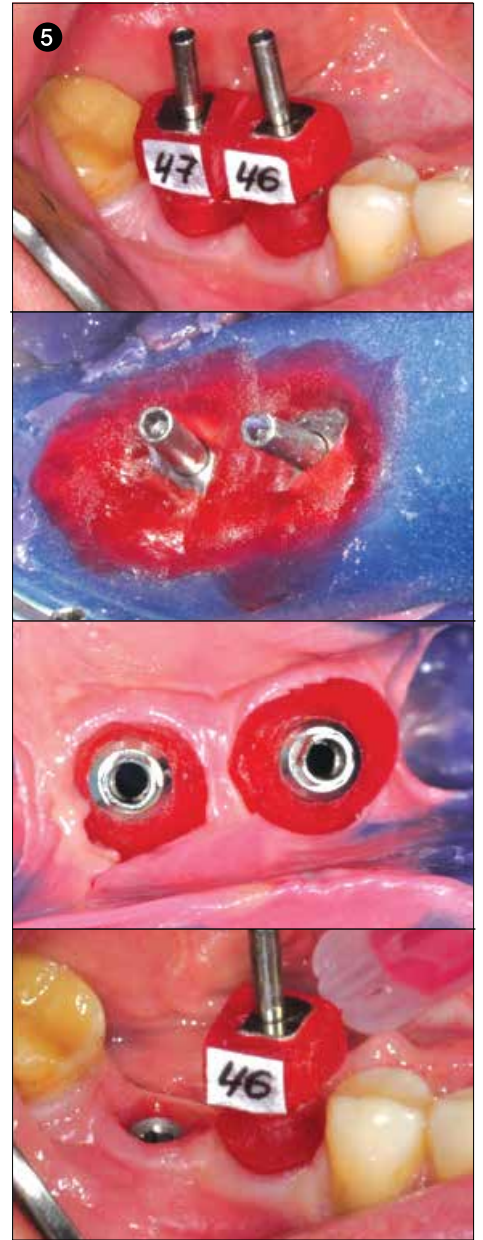
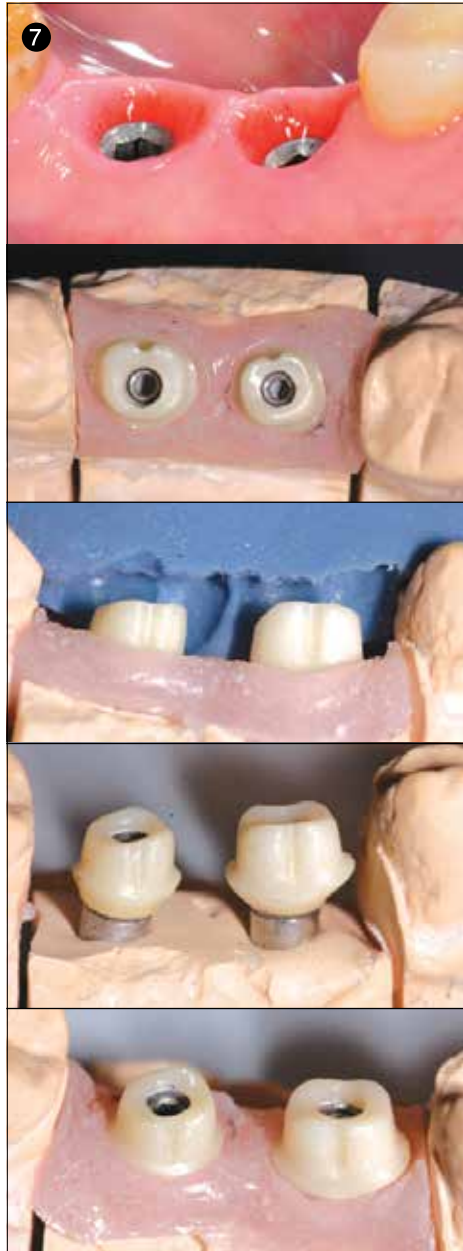
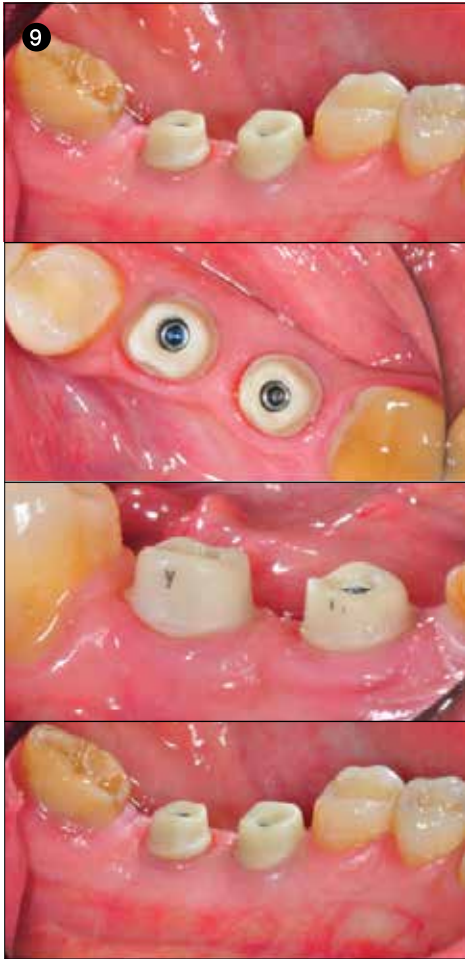
בהמשך, ביצענו לה טרנספרים אינדיבידואליים עם טרנספר צ'קים שהיו בנויים על פי ה-PROFILE של הכתרים הזמניים (4,5).



בניית EMERGENCE PROFILE כשלב הכנה לשיקום פרוטטי על גבי שתלים



ד"ר רמי בלבנובסקי
מומחה בשיקום הפה



כיסוי רצסיה

Connective tissue graft (CTG) with a
coronally advanced flap (CAF)



ד"ר רינה אלימלך
מומחית ברפואת חניכיים

טיפול שיניים

אסתטי באזור החיוך

הצגת מקרה



ד"ר ניר יקירה
רפואת שיניים אסתטיות



רקע

מטופל בן 29 התלונן על רגישות ואי נוחות בחניכיים, באזור הקדמי התחתון וזאת החל מסיום הטיפול האורתודונטי. המטופל מפגין בקרת רובד טובה ובאזור שיניים 32-42 קיים רצסיות של 2-3 מ"מ עם חניכיים דקות (thin biotype) (תמונה 1).

אופן הטיפול

כיסוי רצסיות על ידי CTG+CAF. השלב הראשון - אלחוש מקומי ולאחריו בוצעו מספר חתכים אלכסוניים בהתאם לשיטה של Zuchelli 1999 (תמונה 2). לאחר הרמת מתלה ניתן להתרשם מ-dehiscence משמעותי בשיניים 32-42 (תמונה 3).

השלב השני - קצירה של רקמת חיבור (CTG) מאזור החיך ובסמוך לשיניים 23-26. קיבוע רצועת רקמת החיבור לאזור 32-42 על ידי תפרים נספגים 5-0 (תמונה 4). משיכה קורולנית של המתלה (coronally advanced flap) עד להגעת כיסוי מלא של שתל החניכיים ותפירת המתלה על ידי תפרי ניילון 5-0 (תמונה 5).

ההליך ריפוי לאחר שבועיים בהוצאת תפרים (תמונה 6) ויציבות התוצאה לאחר כשנה (תמונה 7).

לסיכום

שימוש השיטה של CTG+CAF משיגה תוצאות שביעות רצון הן מהיבט האפשרות של כיסוי הרצסיה והן מהיבט עיבוי החניכיים לתווך ארוך.

המטופל לא מעוניין בטיפול אורתודונטי, לכן הוצע למטופל שיקום מזערי לא פולשני.

הוחלט על כיסוי החותכות הצדדיות בציפוי חרסינה והקטנת היחס של השיניים החותכות המרכזיות, יחס אורך/רוחב של השן, על מנת להשיג הרמוניה באזור החיוך.

הכנת השיניים לקראת שיקום התמקדה ביצירת מקום להכנסת ציפוי חרסינה ולכן בוצעה הסרת חומר שן מאזורים פרוקסימלים של השיניים הסמוכות, לדוגמה בצד ימין עליון, הדופן הדיסטלית של שן 11 והדופן המזיאלית של שן 13 הוקטנו כך שהגדלנו את יחס השן מס' 12, המשולשים הצרוויקלים באזור צומצמו מעט והושגה התאמה מדויקת באזור הצווארי.

לסיכום, היתרון הגדול במקרה הזה שהשיניים 12 ו-22 היו בעמדה פלטינלית וכך לא היה צורך בהסרת שכבת אמאיל כלל על מנת להשיג הדבקה חזקה בין השן לציפוי חרסינה.

הושגה תוצאה אסתטית יפה, בהכנה מזערית, לשביעות רצון המטופל.

העבודה בוצעה בשיתוף פעולה עם מעבדת שיניים "הוד", הטכנאי פנחס דדיאשולי.

מטופל בן 69, שיניים ויטליות באזור החיוך, נסיגת חניכיים, אין ניידות של השיניים.

התלונה העיקרית של המטופל - איזור חיוך לא אסתטי, שיניים חותכות צדדיות עליונות, שיניים 12 ו-22 בעמדה פלטינלית, שיניים חותכות מרכזיות עליונות.

שיניים 11 ו-21 בולטות וגדולות מאוד ביחס לחותכות צדדיות.



לפני



אחרי

בחזרה לשורשים: טיפול חניכיים בדף אחד



ד"ר בני רצקין
מומחה ברפואת חניכיים

- ניתוח לצמצום כיסים לעומת OFD. יתרון לרסקטיבי לעומת OFD עד שנה, לאחר 3 שנים אין הבדל.
- טיפול בפורקציות רזקטיבי לעומת OFD ולעומת SRP. סיכוי טוב יותר ל-2F מאשר ל-3F.
- לאורך שנים לא נמצא הבדל באורך החיים של שיניים שטופלו ב-OFD לעומת רזקטיבי או SRP.
- השוואה בין כירורגיה רגנרטיבית ל-OFD.
- בנגעים תת גרמיים < 3 מ"מ יתרון ל-CALgain.
- לאמדוגן GTR יש יתרון על OFD גם בפורקציות.
- שימוש בתחליפי עצם הנספגים לאט עם אמדוגן לתת לעצם לספוח / GTR טכניקות של שימור פפילה: MIST / (m-MIST) p. Cortellini 2007

שימוש בתכשירים סיסטמיים
אנטימיקרוביאליים בפריודונטיטיס:

- יתרון לטווח קצר ב-CAL, BOP, PDR, gain.
- השילוב של מוקסיפן ופלג'יל הוא היעיל. אח"כ פלג'יל ואזיטרומיצין.
- יש תופעות לוואי.

שימוש ב-SRD (תכשירים לשחרור מושהה):

- יתרון ל-PDR ולא ל-CALgain.

תחזוקה
להיות או לא להיות, משמעות התחזוקה במטופלים עם מחלת חניכיים אגרסיבית. למטופלים ללא תחזוקה ההתדרדרות גבוהה פי כמה, ממטופלים מתוחזקים כראוי.

מסקנות
שימור שיניים יכול וצריך להעשות בעדיפות ראשונה עם מחשבה על עתיד המתרפא...
אבחון וטיפול במחלת חניכיים בזמנה, הוא חובה אתית ומקצועית.
קיימת קבוצת סיכון של 10-4% של צעירים שיש לתת להם תשומת לב. ההתפתחות של המקצוע מבטיחים פריצות דרך, יש לקחת זאת בחשבון.

◀ בנובמבר 2019... תאריך שנשמע לפני המבול, אכן כך היה לפני הקורונה, התכנסה ועידה מקצועית של האיגוד לפריודונטיה האירופאי (EFP) לסייעור מוחות, כשהכותרת היא:
טיפול חניכיים - מבוסס הוכחות ומדע (באנגלית זה נשמע יותר טוב).
המסקנות שעלו היו בניחוח איטלקי, קצר וחזק (ראש הועדה והקלינאי הראשיים - איטלקים)

המלצה חמה לבצע טיפול רגנרטיבי (כירורגיה רגנרטיבית) ב:
נגעים תוך גרמיים (Intrabony Defect) של 3 מ"מ ויותר. בכיסים בהם PD 5 מ"מ ויותר.
בפורקציות דרגה 2 בוקליות ולינגואליות בטוחות תחתונות ובוקליות בטוחות עליונות.

הצעה לטיפול רגנרטיבי ב:
פורקציה מזיאלית ודיסטלית דרגה 2 בטוחות עליונות.
ב-2020 הגדיר ה-EFP את המטרה של טיפול חניכיים:
1. כיסים פריודונטליים שווים או קטנים מ-4 מ"מ
2. ללא דימום בשווה או פחות מ-30% מהאתרים
3. יציבות לאורך זמן.
מה הדרך להשגת המטרה... אבחנה ותוכנית טיפול מתאימה.

הטיפולים המבוצעים:
הכנה ראשונית / הקצעות (SRP). מה נקבל?
• ירידה של 1.7 מ"מ בממוצע בעומק כיסים לאחר 6-8 חודשים.
• ב-74% מהכיסים יש שיפור לאחר הקצעות ואין צורך בטיפול פעיל נוסף.
• אין הבדל בין הכנה ראשונית ברבעים לעומת הכנה בו זמנית.

כירורגיה פריודונטלית לסוגיה:
• ניתוח לצורך גישה (OFD) לעומת הקצעות (SRP).
יתרון לניתוח לעומת SRP בכיסים עמוקים. יתרון זמני בכיסים בינוניים.

שתל זירקוניה

כשבריאות ויופי נפגשים



 צבע לבן כצבע השן הטבעית

 ביוקומפטיביליות גבוהה

 100% נטול מתכת

 **TAVDental**
PRECISION. PASSION. PARTNERSHIP

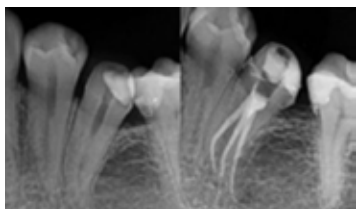
www.tavdental.com 
info@tavdental.com 
04-9808615 

טיפים לביצוע טיפולי שורש מוצלחים, פרדיקטביליים ורווחיים

שיתוף המטופל על מה שאתם מנסים להשיג ישר את הסבלנות שלו לקבלת הטיפול.

טיפ מס' 2

כדי להבטיח דיוק ואבחנה נכונה, אל תהססו לקחת צילום פריאפיקאלי משתי זוויות ובמקרים מסוימים אף לשלוח לצילום CBCT. האבחנה נחשבת כחלק הקשה ביותר בטיפול האנדודונטי. על מנת להפוך את השגרה לפחות לחוצה, עליכם



להרגיש בנוח עם שיטת האבחון הצפויה מראש. צילום פריאפיקאלי משתי זוויות שונות של השן החשודה לאחר השיחה הראשונית עם המטופל. צילום בזווית יראה לרוב אנטומיה חריגה שלעיתים עלולה להתפספס בצילום אורטורדיאלי. חשוב לזכור לחפש ולעקוב אחרי ה-PDL לאורך השורש בצילום פריאפיקאלי. ע"י מעקב אחרי ה-PDL לאורך השורש ניתן לזהות אם קיימים שורשים נוספים, שורשים עם מספר כיפופים, שורשים עם ביפורקציות או עם אנטומיה חריגה.

טיפ מס' 3

הבדיקה הקלינית הראשונה שמומלץ לבצע היא בדיקת ניקוש ומישוש. מומלץ להתחיל בבדיקה על שן סמוכה. התחילו תמיד בהקשה קלה, שתוכלו להגביר לפי הצורך. הקישו על השן החשודה בעזרת ידית המראה ובנוסף הקישו על שיניים סמוכות, מה שמבטיח בדיקה מעמיקה. שן רגישה לניקוש מעידה על דלקת סביב סב השורש שנגרמת כתוצאה של חיידקים ותוצרי הלואי שלהם.

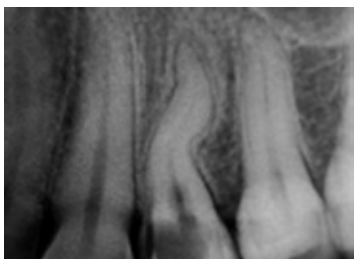


ד"ר חן סגל
מומחה בטיפול שורש

מרבית רופאי השיניים חוו, בשלב זה או אחר במהלך הקריירה שלהם, אי-יציבות בביצוע טיפול שורש. אי-יציבות בביצוע טיפול שורש מתרחשת כאשר פרוצדורה עם פוטנציאל רווחי מתדרדר לכשלון. קיימים מקרים בהם בעזרת כמה מהלכים פשוטים רופא השיניים הפך טיפול שורש שהיה קרוב לכשלון, לתהליך צפוי, פחות מלחיץ, רווחי - מנצח. אחת המטרות של כל רופא המבצע טיפול שורש היא להגיע ליכולת בה ניתן לבצע טיפול אנדודונטי בצורה פרדיקטבילית, ללא סטריס וכמובן בצורה רווחית. כאשר טיפול שורש מתחיל להידרדר, הפוטנציאל לכשלון ממשי מעבר לפינה. יחד עם זאת, ישנן כמה דרכים לצמצם מקרים אלו ולהמנע מטעויות נפוצות המובילות לכך ביניהן - בחירת מקרה נכון, אבחנה מדויקת, הרדמה עמוקה, גישה בקו ישר והימנעות מאירועים אטרופניים.

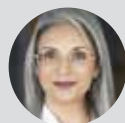
טיפ מס' 1

דבר הראשון הוא בחירת המקרה. עליכם להיות כנים עם עצמכם ולהחליט האם תוכלו לטפל במקרה בצורה הטובה ביותר. רפואת שיניים חכמה היא לדעת



מתי מדובר במקרה שהוא מעבר ליכולת ולנסיון שלכם כרופאים ואז להפנות את המטופל למומחה. לא מדובר רק באנטומיה מורכבת של השן אלא גם למשל בניהול המטופל. אם המטופל חרדתי, וודאו שאתם מסבירים את הדברים במלואם לפני תחילת הטיפול.

הכירו את הרופאים החדשים במרפאה



ד"ר מירה רוזן
רפואה כללית, אסתטיקת הפנים

בטיפולים אנדודונטיים (טיפול שורש) תוך שמוש במיקרוסקופ דנטלי. ד"ר סגל גם עוסק בהדרכת סטודנטים במסגרת המחלקת לטיפול שורש (אנדודנטיה) בבית"ס לרפואת שיניים באוניברסיטת תל אביב ומרצה בתחום האנדודונטי בכנסים מקצועיים.

עוסק ברפואת שיניים משנת 1999, בשנת 2011 סיים את תוכנית ההתמחות לטיפול שורש באוניברסיטת תל אביב.

ד"ר חן סגל נשוי ואב לשלושה, מחלק את זמנו בין שלושת אהבותיו: המשפחה, המרפאה והים. חובב כלבי בולמסטיף, גלישת גלים וחתיכה על גלשם סאפ וטיולי ג'יפים.



ד"ר יונס מחמוד
מומחה לפריודונטיה

ד"ר יונס מומחה לפריודונטיה מאז שנת 2006, בוגר תוכנית ההתמחות בפריודונטיה ב"רמב"ם", חיפה. בעל תואר M.Sc. בלייזר ברפואת שיניים (RWTH AACHEN UNIVERSITY, Germany).

מנהל מרפאה פרטית המתמחה בטיפול חניכיים ושתלים דנטליים. חבר באיגודים מקצועיים: הסתדרות רפואת השיניים בארץ, איגוד הישראלי לפריודונטיה ואוסאואינטגרציה, European Federation of Periodontology, American Academy of Periodontology.

תחום מחקר עיקרי: שילוב לייזר בטיפול חניכיים שמרניים וכירורגיים. האני מאמין שלי: בריאות השיניים והחניכיים היא חלק בלתי נפרד מבריאות כללית ואיכות חיים. יש לנסות לשמר שיניים טבעיות ככל שניתן.

ד"ר מירה רוזן, ילידת חיפה, סיימה את לימודי הרפואה בהצטיינות, בפקולטה לרפואה בטכניון.

בנוסף, סיימה לימודי תואר שני, במנהל מערכות בריאות, באוניברסיטת תל אביב.

עוסקת ברפואה אסתטית שנים רבות ונחשבת כאוטוריטה בתחום ההזרקות.

ד"ר רוזן עברה השתלמויות מקצועיות במרכזי הוראה בארץ ובחו"ל, נמצאת בקשר מתמיד עם קולגות מישראל ומאירופה ודואגת להתעדכן באופן שוטף בחידושי הרפואה בכלל והרפואה האסתטית בפרט.

ד"ר מירה רוזן מצטרפת לצוות PERIOTEAM78 על מנת לתת מענה מלא והוליסטי למטופלינו הנאמנים, בתחום האסתטי, ותטפל בכל תחום ההזרקות לפני והעצרת המראה.

"החשוב מכל, אני מתייחסת למטופליי כפי שהייתי רוצה שיתייחסו אליי, בהגינות, בחום וביושרה.

ובשעות הפנאי? אני מאוד אוהבת מוזיקה! שרה ורוקדת בכל הזדמנות."



ד"ר חן סגל
מומחה לטיפול שורש

ד"ר חן סגל דור שני לרופא שיניים, מומחה לטיפול שורש וכירורגיה אפיקלית מטעם אוניברסיטת תל אביב, המועצה המדעית ומשרד הבריאות. לד"ר סגל ניסיון רב באלפי מטופלים

שיניים יפות היא אוהבת, אבל בשילוב הזרקות... היא כבר מאוהבת!

טיפ מס' 4

לאחר שקבעתם ששן מסוימת אכן רגישה לניקוש, ניתן להתקדם לשלב הבא במהלכו יש לקבוע האם השן וויטאלית או נמקית. השיטה הנפוצה ביותר היא בדיקה תרמית ובמיוחד בדיקת הקור אותה ניתן לבצע באמצעות מקלות קרח ועד CO2 Endo Ice™. אם אין תגובה מבדיקת הקור, עליכם להניח כי השן היא נמקית (לא וויטאלית). יחד עם זאת חייבים לבדוק לצורך השוואה שיניים סמוכות כדי לקבל



ד"ר מירה רוזין

רפואה כללית, אסתטיקת הפנים

אז הגיע הזמן לנפץ כמה מיתוסים, על הזרקות בוטוקס וחומרי מילוי לפנים, כדי שבפעם הבאה שהמטופלת תבקש המלצתך, כבר יהיה ברור מה התוספת הקטנה שתביא למראה מושלם...



תחושה כללית של תגובת המטופל לקור. אם השיניים אחרות מגיבות לקור, אך השן הספציפית לא, יש להניח שהשן נמקית. אם המטופל אכן מגיב לבדיקת הקור, עליכם לכמת את התגובה. המפתח להערכה זו הוא זמן. כמה זמן השן ממשיכה לכאוב אחרי בדיקת הקור? האם זה פועם? לכן גילה ידרשו מספר שניות עד שהקור יעלם, אך שן מודלקת, עם דלקת אקוטית ובלתי הפיכה, Irreversible Pulpitis תגיב באי נוחות שיכולה להימשך. בדרך כלל אצל מטופל עם דלקת בלתי הפיכה (Symptomatic Irreversible Pulpitis) נראה סימן בהבעת הפנים, הם יעצמו את העיניים ויתחילו לגלגל את לשונם. הלשון חמה והחום יכול להרגיע מעט את הכאב. בדיקות חום בדרך כלל אינן נחוצות. עם זאת, אם בחרתם לבצע אחת כזו, הדרך הטובה ביותר היא לבודד את השן בסכר גומי ומהדק (ללא הרדמה), ולהציף את השן בנוזל חם. וודאו שיש לכם שקטן בהישג יד לפינוי הנוזל כאשר השן תתחיל להגיב. אפשרות פחות טובה היא הנחת פין גוטה פרקה חמה על השן. פין גוטה פרקה מחוממת יכולה להיות קשה להסרה מהשן, וכתוצאה מכך ייסורים ממושכים אצל המטופל.

טיפ מס' 5

בדיקת EPT Electronic Pulp Tester - הינו ככל הנראה מכשיר פחות מדויק. ניתן להשתמש בכלי זה כתוספת במהלך האבחנה, אך היקפו מוגבל. יש יותר מדי קריאות שווא הקשורות ל-EPT.

ישנם טיפים אלה יסייעו לכם לבצע אבחנה נכונה ויהיו את המצע הנכון לביצוע טיפול שורש עם סיכויי הצלחה ידועים מראש ורווחי ולא פחות חשוב, ירחיקו אתכם מתלונות של מטופלים כגון: 'דוקטור, אני חושב שטיפלת בשן הלא נכונה!' אם מדברים על אסון, זה אחד הרגועים! זכרו 'אין קיצורי דרך למקומות שאליהם שווה להגיע'.

(כשזווית הפה נטות כלפי מטה) וכן למילוי נפח - עיצוב עצמות לחיים, עיצוב ומילוי שפתיים. מדובר בחומצה טבעית שנמצאת בגוף ומהווה חלק מהרקמות שלנו ועל כן נחשבת לחומר ידידותי שהגוף יודע לזהות וגם לפרק.

2. אסתטיקה של חלק תחתון של הפנים, מושגת באמצעות שילוב רפואת שיניים, בריאות החניכיים והזרקות: נכון!

מראהו של השליש התחתון של הפנים, מושפע מאוד ממצב החניכיים והשיניים. החניכיים מהוות חלק מן הרקמות התומכות בעור באזור, וכמו העצם, עוברות תהליך של ספיגה ונסיגה עם ההתבגרות, דבר המשפיע לא רק על השיניים אלא גם על מראה העור, הקמטים והצניחה הנראית לעין באזור זה. מקרים נוספים בהם שילוב בין רפואת שיניים אסתטית להזרקות של חומרי מילוי ו/או בוטוקס, מהווה פתרון אולטימטיבי - חיך חושף חניכיים (Gummy Smile), מיקרוגנטיה, הזרקת בוטוקס לשריר המאסטר לטיפול בברוקסיזם ועוד.

3. חומצה היאלורונית מסייעת למצב העור בכלל: נכון!

חומצה היאלורונית מצויה בגופנו ונעלמת ככל שאננו מתבגרים. כיוון שהיא אחראית על גמישות העור ומרקמו, החסר שלה גורם לעור להיראות מקומט. מחקרים מהשנים האחרונות מראים כי בהזרקת חומצה היאלורונית יוצאים נשכרים גם אזורים אחרים בפנים וששימוש חוזר החומר המוזרק מעודד את הגוף לשוב ולייצר קולגן - מה שתורם למראה בריא ורענן.

4. ככל שנזרק בוטוקס, התוצאה תהיה פחות אפקטיבית: לא בהכרח!

יש מקרים, בהם ההיפך הוא הנכון - ככל



שנזרק, מרווח הטיפולים יגדל כי השריר יהיה יותר רפוי והתוצאה תחזיק לאורך זמן רב יותר, ויש מקרים, בהם מתפתחים נוגדנים לחלבון המצוי בבוטוקס ובכך יורדת התגובה להזרקת...

5. שילוב טכניקות מביא לתוצאה טובה יותר: נכון!

שימוש בבוטוקס, חומרי מילוי מבוססי חומצה היאלורונית, חומרים המבוססים

על סידן, טכנולוגיות אור למיניהן - לייזר, IPL וכדומה, גלי רדיו וגלי קול - מביא לתוצאה טובה ונכונה יותר, עוזר לטיפול במרקם העור, בצניחה במילוי קמטים לצד שיפור מראה העור. בעזרת שילובים מתקבל מראה טבעי צעיר ורענן.

6. המטופלת מחליטה איך רוצה להראות: נכון! אבל חלקית...

לכל אחת חלומות לגבי המראה המושלם שלה, אולם חשוב שהרופא הוא שיקבע מה תהיה כמות החומר שתוזרק כדי לא ליצור מראה מתוח מדי או פנים שייראו כמו מסכה... נכון לקבל החלטה משותפת מה כדאי להזריק ובאילו אזורים, כדי שהתוצאה תהיה משביעת רצון הן מבחינה רפואית והן מבחינת הגשמת החלום.

גם מעט מדי אינו מומלץ - נשים מבקשות לפעמים "מזרק לארבעה קמטים, כי ככה עשו לחברה שלי" - דבר העלול לגרום אכזבה מהמראה הסופי. המינון מותאם באופן אישי לכל מטופלת.

7. גם גברים יכולים: נכון!

גם גברים נהנים מהזרקות ומילוי הקמטים. כיוון ששרירי הפנים של גברים עבים וחזקים יותר מאשר אצל נשים, והעור עבה יותר, נהוג להשתמש בחומרי מילוי סמיכים יותר.

כתב אריסטו: "היפוי הוא מכתב ההמלצה הטוב ביותר..."

זכרו! יש ביכולתנו לעזור למטופלים שלנו, לנסח את מכתב ההמלצה הטוב ביותר עבורם...





- Wash all the debris with sterile saline, and then dry.
- Apply Straumann® PrefGel® (EDTA) for 2 minutes inside the pocket.
- Rinse thoroughly with sterile saline. Avoid contamination of the treated area with saliva or blood after the final rinse
- Dry the root surface as much as possible (paper points)
- Immediately apply Emdogain® into the cleaned pocket, starting at the most apical part of the periodontal defect. Apply Emdogain® to fully cover the root surface until an overflow of material from the pocket occurs. It is important that the root surface is blood free and dry when Emdogain® is applied onto it.
- Gently compress the gingival margin using sterile gauzes until pocket marginal closure is attained.

Postoperative Instructions: The patients was advised to rinse daily with an antiseptic mouth rinse (0.12 % chlorhexidine solution) until 1 – 2 weeks after the treatment. Antibiotics was prescribed (AUGMENTIN TABS, 875 mg twice a day for one week). The patient was instructed not to brush the treated area for 2 weeks following the treatment. Then only gentle brushing on buccal and lingual surfaces using extra-soft tooth brush was recommended. No sulcular or interproximal tooth cleaning must be performed until 4 weeks following the treatment.

Periodontal probing and intra-sulcular debridement was not performed until six months postoperative.

In a periapical radiograph at six months, and evident radiographic bone fill was noted.

Conclusions: with appropriated laser settings, and scientific rationale for periodontal treatment, minimally invasive regenerative procedure is introduced, with promising results.



before treatment



13 mm deep periodontal pockets



outer de-epithelization



sulcular debridement



sulcular debridement



OPG before treatment



before treatment



6 months post-op

R. Saini, P. P. Marawar, S. Shete, and S. Saini, "Periodontitis, A True Infection," J Glob Infect Dis, vol. 1, no. 2, pp. 149–150, 2009

C. M. Cobb, "Clinical significance of non-surgical periodontal therapy: an evidence-based perspective of scaling and root planing," J. Clin. Periodontol., vol. 29 Suppl 2, pp. 6–16, May 2002

D. E. Deas, A. J. Moritz, R. S. Sagun, S. F. Gruwell, and C. A. Powell, "Scaling and root planing vs. conservative surgery in the treatment of chronic periodontitis," Periodontol. 2000, vol. 71, no. 1, pp. 128–139, Jun. 2016

K. Jepsen and S. Jepsen, "Antibiotics/ antimicrobials: systemic and local administration in the therapy of mild to moderately advanced periodontitis," Periodontol. 2000, vol. 71, no. 1, pp. 82–112, Jun. 2016

R. V. Stambaugh, M. Dragoo, D. M. Smith, and L. Carasali, "The limits of subgingival scaling," Int J Periodontics Restorative Dent, vol. 1, no. 5, pp. 30–41, 1981

N. Gutknecht, C. Van Betteray, S. Ozturan, L. Vanweersch, and R. Franzen, "Laser supported reduction of specific microorganisms in the periodontal pocket with the aid of an Er,Cr:YSGG laser: a pilot study," ScientificWorldJournal, vol. 2015 C.-C. Ting, M. Fukuda, T. Watanabe, T. Aoki, A. Sanaoka, and T. Noguchi, "Effects of Er,Cr:YSGG laser irradiation on the root surface: morphologic analysis and efficiency of calculus removal," J. Periodontol., vol. 78, no. 11, pp. 2156–2164, Nov. 2007

S. S. Hakki et al., "Comparison of Er,Cr:YSGG laser and hand instrumentation on the attachment of periodontal ligament fibroblasts to periodontally diseased root surfaces: an in vitro study," J. Periodontol., vol. 81, no. 8, pp. 1216–1225, Aug. 2010

A. H. Melcher, "On the repair potential of periodontal tissues," J. Periodontol., vol. 47, no. 5, pp. 256–260, May 1976

J. L. Wennström and J. Lindhe, "Some effects of enamel matrix proteins on wound healing in the dento-gingival region," J. Clin. Periodontol., vol. 29, no. 1, pp. 9–14, Jan. 2002

S. D. Aspriello et al., "Effects of enamel matrix derivative on vascular endothelial growth factor expression and microvessel density in gingival tissues of periodontal pocket: a comparative study," J. Periodontol., vol. 82, no. 4, pp. 606–612, Apr. 2011

A. Aoki, K. M. Sasaki, H. Watanabe, and I. Ishikawa, "Lasers in nonsurgical periodontal therapy," Periodontol. 2000, vol. 36, pp. 59–97, 2004

S. Kelbauskienė, N. Baseviciene, K. Goharkhay, A. Moritz, and V. Machiulskienė, "One-year clinical results of Er,Cr:YSGG laser application in addition to scaling and root planing in patients with early to moderate periodontitis," Lasers Med Sci, vol. 26, no. 4, pp. 445–452, Jul. 2011

V. R. Magaz, A. S. Alemany, F. H. Alfaro, and J. N. Molina, "Efficacy of Adjunctive Er, Cr:YSGG Laser Application Following Scaling and Root Planing in Periodontally Diseased Patients," Int J Periodontics Restorative Dent, vol. 36, no. 5, pp. 715–721, Oct. 2016

Aimetti M, Ferrarotti F, Mariani GM, Romano F. A novel flapless approach versus minimally invasive surgery in periodontal regeneration with enamel matrix derivative proteins: a 24-month randomized controlled clinical trial. Clin Oral Investig. 2017 Jan;21(1):327-337

Clem D, Heard R, McGuire M, Scheyer E.T, Richardson Ch, Toback G, Gwaltney Ch, Gunsolley J. Comparison of Er,Cr:YSGG laser to minimally invasive surgical technique in the treatment of intrabony defect: Six-month result of a multicenter, randomized, controlled study. J Periodontol, 2020



ד"ר חַיִּים יוֹנְסוֹן
מומחה לפריודונטיה

Minimally invasive regenerative periodontal therapy. A new concept and a case report

טיפול זעיר פולשני
רגאנרטיבי - סינרגיה
של לייזר וחלבוני גדילה
(אמדוגן)

Periodontal disease is one of the two most common diseases of the human oral cavity, and dental plaque microorganisms are its initiating factor. Nonsurgical periodontal treatment in the form of scaling and root planing (SRP) is regarded as the gold standard for chronic periodontitis.

This treatment aims to remove bacterial biofilm and reduce inflammation, thereby establishing favorable environment for attachment. To date, nonsurgical periodontal treatment has focused on the chemical and mechanical removals of bacterial biofilm. Based on this concept, several agents including antibiotics and antiseptics have been used as adjuncts to SRP to control microbial-associated inflammation, thereby preventing the resultant bone resorption. Mechanical periodontal treatment alone has some limitations for completely eradicating pathogenic bacteria and toxins within deep periodontal pockets and in complex root morphologies that are inaccessible by periodontal instruments. Furthermore, mechanical instrumentations have been shown to produce a smear layer that contains microbiota and its products that may affect the periodontal healing and can lead to residual periodontal pocketing and bacterial recolonization.

To overcome these limitations and improve the effectiveness of the treatment, new technical modalities, such as laser systems, have also been used as a complementary or alternative therapy to mechanical periodontal treatment. Several studies have shown that Er,Cr:YSGG laser promotes calculus removal without thermal damages and may effectively remove smear layer and have strong bactericidal effects to reduce the amount of the bacterial population in the periodontal pocket. Laser has been proposed to use in nonsurgical therapy due to its favorable hemostatic, bactericidal, sulcular debridement, scaling the root surfaces, and biostimulation effect.

In clinical trials, Er,Cr:YSGG laser has been shown to provide either equivalent or superior results when compared to mechanical scaling and root planing.

In a recent study (2020) designed by The McGuire Institute™, that compared minimally invasive Waterlase REPAIR™

protocol to open flap debridement, showed that REPAIR™ protocol achieve **superior patient reported outcomes** (less swelling, bruising, and bleeding) and faster procedure times — with **equivalent clinical results** (in terms of PPD reduction and CAL gain) to the open flap techniques.

Periodontal regeneration comprises de novo formation of cementum with insertion of connective tissue fibers (new attachment) and alveolar bone. All of the current regenerative protocols aimed at restoring lost periodontal tissues involve the use of surgical procedures. This treatment is based on the understanding that exposure of the underlying bone and periodontal tissues is necessary to allow progenitor cells to repopulate wound sites.

Enamel matrix derivatives (EMD) are one of the most extensively evaluated agents that have proven effective in periodontal regenerative surgery.[7] Used as an adjunct to nonsurgical periodontal treatment, EMD enhances early wound healing of soft tissues. EMD has also been shown to improve angiogenesis in human gingival tissues 48 hours after being applied to instrumented periodontal pockets. In this case report, we describe a new treatment protocol for treating periodontal disease.

A 20 years old patient was referred because of mobility on lower incisor. The patient was healthy, and non-smoker.

At clinical examination, deep periodontal pockets > 12 mm, and severe bone loss was noted on the radiographs, at lower central incisors, and at lateral lower right incisor. Treatment protocol.

The patient underwent scaling and root planing in addition to oral hygiene instructions

A month later, the patient underwent a minimal regenerative treatment with adjunctive laser therapy in the following sequence:

1. After applying local anesthesia, the periodontal pockets were decontaminated with diode laser (Epic 10, Biolase, USA), with a 300µm uninitiated tip, at 1.5
 2. Waterlase REPAIR™ protocol (Biolase, USA):
- **OUTER POCKET DE-EPITHELIALIZATION** Outer pocket gingival epithelium is removed from the free gingival margin down to a

width at least equal to the pocket depth



- **GINGIVECTOMY (AS NEEDED)** A gingivectomy should only be performed if pseudo-pocketing is present



DE-EPITHELIALIZATION AND RETRACTION The pocket epithelium should be removed and should be completed apically, down to bone. The gingival margin can be retracted as a mini flap for access.



- **SCALING AND ROOT PLANING** Conventional treatment with ultrasonics and hand instruments to remove root surface accretions and/or calculus and to smooth cementum.



- **SULCULAR DEBRIDEMENT / DEGRANULATION** Remove smear layer created by scaling, along with any residual calculus, and prepare the root surface for reattachment. Remove pocket lining and degranulate to expose bone surface

הצגת מקרה: טיפול אורתו-כירורגי בליקוי סגר מסוג III CLASS



ד"ר מארי כהן
ייעוץ שיניים למבוגרים



האנליזה הצפולומטרית העידה על עמדה אחורית של הלסת העליונה -פרוגנטיזם מנדיבולרי - כיוון גדילה וורטיקאלי-וקומפנסציה של המבנה הסקלטאלי עם חותכות עליונות בפרוקלינציה ותחתונות ברטרוקלינציה (TABLE1).

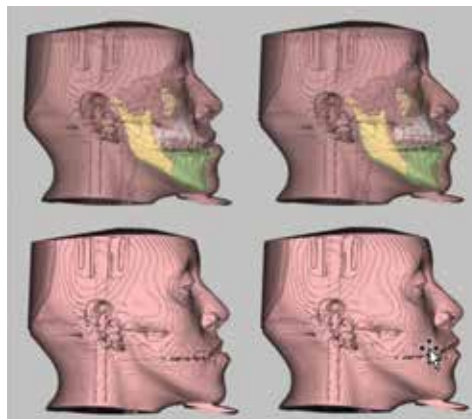


SNA	76
SNB	83
ANB	-8
AoBo	-6mm
FMA	34
I /SN	109
I/Fr	122
I/NA	33
I/GoGn	80
I/NB	22
I/I	125



SNA	84
SNB	82
ANB	2
AoBo	2
FMA	28
I /SN	109
I/NA	24
I/GoGn	90
I/NB	25
I/I	122

הכנה האורתודונטית (FIG2) כללה הדבקת סמכים לצורך דקומפנסציה של עמדות השיניים והשגת OJ שלילי. לאחר בדיקת המוכנות לניתוח ע"י מידות הופנתה לתכנון ניתוח אורתוגנטי בי-מקסילרי לקידום הלסת העליונה, ע"י SET BACK + LEFORTI, מנדיבולרי ע"י BSSO. התכנון בוצע בעזרת הדמייה תלת מימדית (FIG3).



לסיכום

הטיפול בליקוי סגר מסוג III הינו מאתגר ודורש אבחנה מדויקת. אבחנה לא נכונה של מקור הליקוי עלולה להביא לטיפול שגוי שיוביל לטיפול בליקוי הסגר ללא התייחסות לבעיה הסקלטלית. לרוב, במטופלים בוגרים משלבים טיפול אורתודונטי מכין עם ניתוח אורתוגנטי.

ד"ר דקל שילה - רופא בכיר פה ולסת
ד"ר טל קפוש - מתמחה פה ולסת
פרופסור עדי רחמיאל - מנהל מחלקה פה ולסת



לאחר ההחלמה ניתן להתרשם מהשיפור במבנה הסקלטאלי לפי הערכים הצפולומטרים (TABLE2), מהשגת יחסי סגר תקינים ומשיפור אסטתי של הרקמות הרכות (FIG4)

האטיולוגיה להתפתחות ליקוי סגר מסוג III הינה מולטיפקטוריאלי וכוללת גורמים גנטיים ואפיגנטיים. ניתן לסווגם לליקוי סגר ממקור דנטאלי וליקוי ממקור סקלטאלי.

אם בקטגוריה הראשונה המאפיינים הם בעיקר יחסי הסגר החורגים מהנורמה עם נתונים סקלאטאליים תקינים (PEUDO CLASSIII), בקטגוריה השנייה הערכים הצפולומטרים המעידים על עמדות הלסתות והיחסים ביניהם יחרגו מהנורמה ויתבטאו במבנה פנים אופייני. פרופיל קעור-שקיעה של שליש פנים אמצעי- פרוגנטיזם מנדיבולרי עם או ללא מעורבות וורטיקאלי אשר תמיד מלווים ביחסי סגר III. ישנה חשיבות עליונה לאבחנה נכונה למקור הליקוי הקיים.

במידה ומדובר ב-CLASSIII ממקור דנטאלי אז תוכנית הטיפול תהיה שמרנית וסיכויי הצלחה טובים. לעומת זאת כאשר המקור הוא סקלטאלי וככל שהחריגה היא חמורה יותר הטיפול מחייב ניתוח אורתוגנטי.

הצגת מקרה א.ב

א.ב בת 18 הגיעה לייעוץ למרפאת פה ולסת ברמב"ם והתלוננה בעיקר על הסנטר הבולט. בבדיקתה אובחנו פנים סימטריות - פרופיל ישר - שקיעה של שליש פנים אמצעי -זווית NLA פתוחה - זווית גוניהלית פתוחה מאוד - פנים מאוד מוארכות. בבדיקה אינטרא-אוראלית הגיינה טובה - חניכיים בריאות - יחסי סגר CLASSIII ע"פ טוחנות וניבים - מנשך הפוך קידמי - סטייה קלה של קו אמצע תחתון לצד שמאל (כ-10ממ) - מנשך פתוח קידמי - מלפוזיציות קלות בשתי הקשתות.



מאמרים עדכניים בתחום הפריודונטיה והשתלים



ד"ר אן סופי אטל
רפואת חניכיים

OSSIX® PLUS

המברנה היחידה שהופכת לעצם!

ממברנת קולגן דו צדדית נספגת,
לשימוש בתהליכי GBR ו-GTR.
הממברנה בעלת טכנולוגיית
הצילוב הייחודית המעניקה חסימה
פונקציונלית ל 4-6 חודשים! פרק זמן
המאפשר התחדשות עצם בצורה
אופטימלית.



HA
Professionals
for Professionals

להזמנות התקשרו: 03-6138777 | www.hasystems.co.il



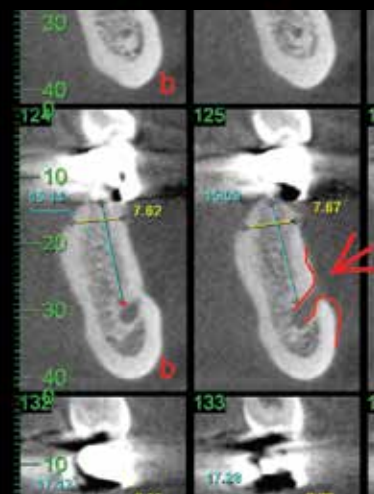
פנוסנטר

מכון רנטגן ו-CT. לצילומי שיניים ולסתות

הכי ותיק בחיפה

חדש!
מכשירים נוספים
CT, פנורמי
וסטטוס
דיגיטלי

CT I-CAT
חדש!
הדגם המתקדם
בעולם



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

נבדקו פרמטרים קליניים ואסתטיים
(modified Pink Esthetic Score-PES)
שתי הקבוצות הראו יציבות דומה במעקב
של 12 חודשים. אולם, השתלת החניכיים
מאזור הטוברוזיטי הראתה תוצאות
טובות יותר באשר ליציבות של הרקמה
המקורנת (Keratinized Tissue).

3- Periodontology

Association between Sleep and
Severe Periodontitis in a nationally
representative adult US population
Alqaderi & Coll. J Perio 2020;91(6):
767-774

מחקר זה נועד להעריך את הקשר בין
משך שינה לבין מחלות חניכיים.
ידוע כי יש קשר הדוק בין הפרעות שינה
לבין סוכרת, מחלות קרדיווסקולריות
וחלק ממחלות הסרטן.

להלן המסקנה המסקרנת שעלתה מן
המחקר-
אנשים שישנים מעל ל-7 שעות שינה
וללא הפרעות שינה הם בעלי סיכוי נמוך
ב- 40% לסבול ממחלת חניכיים חמורה.
בנוסף, היחס בין שינה טובה לבין סיכוי
נמוך לסבול ממחלות חניכיים הוא אף
חזק יותר אצל אנשים חולי סוכרת,
בהשוואה אנשים שאינם חולי סוכרת.

4- Coronavirus Disease 2019 (COVID-19): Emerging and Future Challenges for Dental and Oral Medicine

Meng & Coll. Journal of Dental
Research 2020

מסמך זה הוא חוות דעת מומחה
אשר מדווח על הצעדים הארגוניים
והבריאותיים שנקטו בפקולטה לרפואת
שיניים בעיר ווהאן (עיר פרוץ המגיפה)
במהלך המגיפה בסין. בנוסף לכך,
הוא מפרט את האתגרים הספציפיים
שמציבה COVID-19 בעבודתנו היום-
יומית.

זהו הפרסום הבינלאומי הראשון
שהתעניין בבעייתיות הנגרמת על
ידי COVID-19 ברפואת הפה, מומלץ
לקריאה!

1- Implant Therapy

Meta-analysis of randomized clinical
trials comparing clinical and patient-
reported outcomes between extra-
short (≤ 6 mm) and longer (≥ 10 mm)
implants

Ravida & Coll. J Clin Periodontol.
2019;46(1):118-142

השימוש בשתלים קצרים הינו טיפול
מועדף במקרים של אובדן עצם ורטיקלי
משמעותי, במטרה להימנע מהשתלות
עצם מורכבות.

מטרת המטא-אנליזה היא השוואה בין
אורך החיים של שתלים קצרים לבין אלו
של שתלים ארוכים (10 מ"מ ומעלה),
במעקב של 1, 3, 5- שנים.

לצורך ההשוואה, נמצאו 18 מחקרים
מתאימים, המייצגים 1612 שתלים.
הקריטריונים שנבדקו הם:

אחוז הישרדות השתלים, אובדן עצם
מרגינלית, סיבוכים ביולוגיים ושיקומיים,
זמן ועלות הטיפול.

להלן תוצאות המחקר:

- במעקב שארך 3 שנים, שתלים קצרים
הראו אחוז הישרדות דומה לשתלים
ארוכים יותר, אולם פחות אובדן עצם
מרגינלית, ירידה בסיבוכים ביולוגיים,
וירידה בזמן ובעלות הטיפול.

- במעקב שארך 5 שנים התוצאות היו
הפוכות ונראה יתרון עבור שתלים ארוכים
יותר. חשוב לציין כי התוצאות עבור מעקב
זה מבוססות על 3 מחקרים בלבד.
לסיכום, לאור המטא-אנליזה, השימוש
בשתלים קצרים יכול להוות חלופה
טיפולית אפשרית במקרים של אטרופיה
של הלסתות.

2- Implant Therapy

Soft Tissue Stability around Dental
Implants after Soft Tissue Grafting
from The Lateral Palate or the
Tuberosity Area- A Randomized
Controlled Clinical Study

Rojo & Coll. J Clin Periodontol.
2020;47(7):892-899

מטרת המחקר הינה השוואה בין יציבות
הרקמות הרכות סביב שתלים בודדים
שהותקנו יחד עם השתלת חניכיים
(SCTG) מאזור הטוברוזיטי לבין השתלת
חניכיים מאזור החך.

הלבנת שיניים: טיפול אפקטיבי נשמר לאורך זמן



ד"ר קרולין בליסאנו
רפואת שיניים משמרת

איזה טיפול הכי טוב? הלבנת שיניים בבית או במרפאה?

שניהם יעילים במידה שווה. תלוי מה הכי מתאים למטופל באופן אישי. לדוגמה, למטופלים עם צוואר שיניים באזור בוקאלי, מומלץ לבצע את הלבנה במרפאה, זה מאפשר להוסיף מגן באזורים צווארי וגם בחניכיים. מצד שני, למטופלים שלא ממהרים, משתפים פעולה או שקיימת רגישות רבה בשיניים, מומלץ לעשות את הטיפול הביתי שהריכוז החומר המלבין נמוך יותר. **הטכניקה:** כדי לדעת כיצד פועלת הלבנת שיניים, יש להבין שמדובר בתגובה כימית: גל ההלבנה, המבוסס על (hydrogen peroxide or carbamide peroxide), חודר לשכבת הדנטין עם יכולת לנטרל את מולקולות הפיגמנט של הדנטין. ההבדל בין הטיפול הביתי למרפאה הוא ריכוז החומר המלבין של הג'ל להלבנה. * חשוב לדעת: שהחומר הפעיל שגורם להלבנת שיניים לא משפיע על הצבע של סתימות וכתרים ושיחזור שיניים עם קומפוזיט מומלץ רק אחרי שבועיים של סוף הטיפול.

כתוצאה מגורמים שונים כמו גיל, עישון, היבטים גנטיים, טראומות ומזון, השן עשויה להפוך לצהובה או לכהה. לכן יתכנו מצבים של אי נוחות אסתטית לאנשים רבים. פיגמנטים אשר חודרים לאמייל ומגיעים לדנטין ושם הם נשארים ויוצרים את הצבע הצהוב שאנו רואים.

עם הופעתה של רפואה משמרת והקונספט של שמירה על השיניים במצב הקרוב ביותר למצבם הטבעי, הלבנת שיניים הפכה לאופציה טובה מאוד שמשנה את הצבע של השיניים ומשיגה את המצב המיטבי לשביעות רצון המטופלים. על מנת לבצע הלבנת שיניים בצורה מוצלחת יש להתייחס למספר נושאים:

מקרה קליני

מטופלת, בת 40, הגיעה אליי אחרי ניתוח חניכיים והתלוננה לגבי צבע השיניים שלה.

בוצעה בדיקה מקיפה בשיניים (נוכחות עששות, סתימות, כתרים וצוואר בוקליט) ובדיקת בריאות החניכיים. (חשוב לזכור כי לפני שמתחילים הלבנת שיניים, החניכיים חייבות להיות בריאות וללא נוכחות של עששת).



המטופלת אובחנה עם צוואר בשיניים עליונות קדמיות, כתרים בשיניים אחוריות אבל חניכיים בריאות. במקרה זה היה מומלץ לבצע הלבנת שיניים במרפאה ולקחת את האופציה שתהיה רגישות קלה בשיניים למען התוצאה הטובה ביותר.

לפני שמניחים את הג'ל על השיניים, חשוב לעשות ניקוי עם פומס ולייבש את אזורים המיועדים לעבור הלבנה. הלבנה בוצעה באמצעות Hydrogen Peroxide 38%.

מריחת שכבת ג'ל על השן במשך 45 דקות (החלפת הג'ל כל 15 דקות) עם מגן על החניכיים ובצוואר השיניים.

אחרי שלושה מפגשים, קיבלנו תוצאה מצוינת כאשר המטופלת מרוצה מאוד. אחרי שבועיים נעשה כיסוי עם סתימה לבנה באזור של השורשים.

הלבנת שיניים במרפאה

Carbamide peroxide (30%-37%) או Hydrogen Peroxide (20-38%) ריכוז החומר המלבין גבוה יותר ולכן נדרש בידוד מוקפד של אזור החניכיים על מנת להגן עליו. תהליך זה נמשך בין 45 דקות לשעה ויש צורך לחזור עליו במרווח של 7 עד 10 ימים, סך הכל 3 מפגשים.

הלבנת שיניים בבית

Carbamide Peroxide (20-22%) 3 עד 4 שעות / שימוש לילה
Hydrogen Peroxide (10%) - 30 עד 50 דקות / שימוש בוקר
ריכוז החומר המלבין נמוך יותר ומבוצע בעזרת סדרך שקוף לשימוש אישי. טיפול זה אמור להימשך שבועיים עד ארבע שבועות עם ביקורות שבועיות.



הלבנת שיניים ביתית

במקרה של רגישות. מה לעשות?

- מומלץ להשתמש במשכך כאבים נגד רגישות, שבועיים לפני ובמהלך הטיפול 0,25% KNO3 + 3% פלואוריד.

- מרווחים ארוכים בין מריחת ג'ל לטיפול ביתי או טיפול גם במרפאה.

הלבנת שיניים אינה מותרת מתחת לגיל 17, לנשים בהריון ומניקות, כאשר ישנה רגישות גבוהה בשיניים, שיניים אפורות ולמעשים.

דנטל דפו וול
איתך בכל מקום
Add to cart
www.wohl.co.il
צמייה, גלישה וקנייה מאובטחת בכל מוצרי האתר
מנכשין ניתן לרכוש דרך הסמארטפון והטאבלט

דנטל דפו וול בעמ
דרך השלום 9, ת.ד. 376, נשר 3665112, טל: 04-8205000, פקס: 04-8205010



Bee Careful



שנה טובה

PERIOTEAM 78
by Dr. Bernard Dahan

MSCY
Moria Study Club

מועדון לימודי מוריה
מזמין אתכם

יום שני
30.11.2020

19:00 במלון קראון פלאזה חיפה



ד"ר קובי לנדסברג

מומחה ברפואת חניכיים, מתארח במועדונינו

ESTHETICS & PERIODONTICS

"Esthetic Plastic Procedures in Periodontics
and Implantology: Updated Screening"



mis | DENT בחסות חברת

* האירוע מותנה בהתחייט משרד הבריאות

« נוחות השימוש היא המטרה Primescan-1 הוא התשובה שלי »

UX מעצב, Florian Sobirey



Primescan

תוכנן עבור ביצועים מעולים

חדשנות דורשת מחויבות למצויינות. ה-PRIMESCAN מגדיר סטנדרטים חדשים בטכנולוגיית דפואה השיניים, מה שהופך את הסריקה למדויקת יותר, מהירה וקלה יותר מאי פעם. תוכנן על מנת לבצע סריקה עבור כל סוגי הטיפולים. משך אחת עד קשת מלאה, שדה ראייה רחב וטכנולוגיית סריקה עומק דינמית מבטיחים צפיפות נתונים גבוהה מן הסריקה הראשונה. התוצאות המצויינות מוצגות מיד על מסך המגע הרחב עם ה-PRIMESCAN הסריקה האינטואיטיבית קלה בפי שלא הייתה מעולם.

Enjoy The Scan

למידע נוסף: dentsplysirona.com/primescan

לפרטים נוספים צור קשר עם סוכן המכירות שלך
או ב-1800-244-666 בדוא"ל: implants@divident.co.il