

MPC NEWS

MORIA PERIODONTAL CENTER

גיליון מס' 18 | אוגוסט 2010

EXCELLENCE FOR HEALTH, AESTHETICS & QUALITY OF LIFE

מקרה החודש

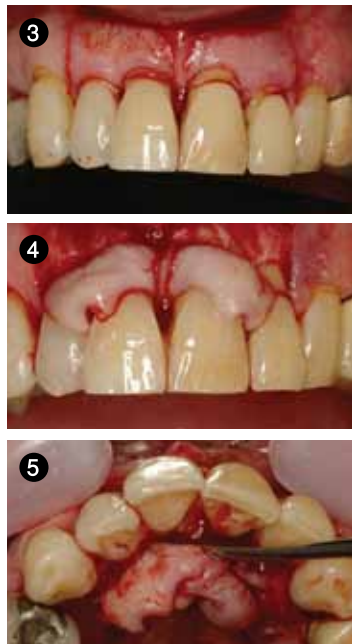
גישה כירורגית חדשנית בטיפול פריודונטלי רגנרטיבי באזור אסתטי // צוות המומחים במרפאה

לאחרונה, S.Parma Benfenati & C. Tinti הציעו פרוטוקול: ICF The Interproximally Connected Flap לטיפול בנגעים תת גרמיים קדמיים. פרוטוקול זה, דורש קיום מרווח אינטרפרוקסימלי של 3 מ"מ ויותר באזור הנגע, ונכחות רקמה אינטרפרוקסימאלית איכותית.

המקרה: אנדרי, בן 58, בריא ואינו מעשן, הגיע לבדיקה עם נגע פריודונטלי ממוקם בין השיניים הקדמיות העליונות (כיס של 8 מ"מ), כאשר האזורים האחרים במצב סביר (1-2). בגלל מיקומו של הנגע באזור האסתטי וקו חיך גבוה, הוחלט ליישם במקרה זה, את פרוטוקול ICF. ראשית כל, מבוצע חתך אינטראסולקולארי (בוקאלי ופלטנאלי), תוך כדי שמירה על חיבור הפאפילה בין 11-21. שני חתכים אנכיים נוספים, עולים לכיוון הרירית האלוואולארית הבוקאלית ועוברים את ה-MucoGingival Line (3). חתך נוסף אופקי בתוך הרירית יחבר את שני החתכים האנכיים. מכאן מורמת מטלית מלאה,

במהלך השנים, הוצעו גישות כירורגיות רבות כדי לצמצם את הסיבוכים ולאפשר סגירה הרמטית של הפצע, Papilla Preservation Technique (Takei) ובהמשך, מודיפיקציה של S.Cortellini אשר צימצמה משמעותית סיבוכים אלו.

טיפול פריודונטלי בשיניים הקדמיות העליונות מהווה אתגר למנתח כאשר הדילמה הינה, הטיפול היסודי המתבקש, מול תופעות הלוואי של ריפוי הפצע. קיימים מספר סיבוכים שכיחים כמו, חוסר סגירת הרקמות, חשיפת החומרים הרגנרטיביים (תחליפי עצם, ממברנה...), חדירה מיקרוביולוגית לפצע יחד עם התכווצות הרקמות ואובדן הפאפילה. לכל התופעות האלה, קיימות השלכות אסתטיות ופונטיות משמעותיות.



דבר העורך // ד"ר בני רצקין

הגליון הנוכחי מגיע לידכם בשלהי הקיץ שהיה מבין הלהיטים שעברנו ועדיין עוברים, ובפתחה של שנה חדשה מוצגת הגישה הכירורגית לקבלת תוצאות אסתטיות במקרים מתאימים.

ד"ר דהן מביא את רשמיו מבוסטון בכלל ומנסיון מעניין למנוע ספיגה של הקיר הבוקלי באזורים אסתטיים בפרט. ד"ר מאייר מעלה שאלות הנוגעות להשתלה מיידית.

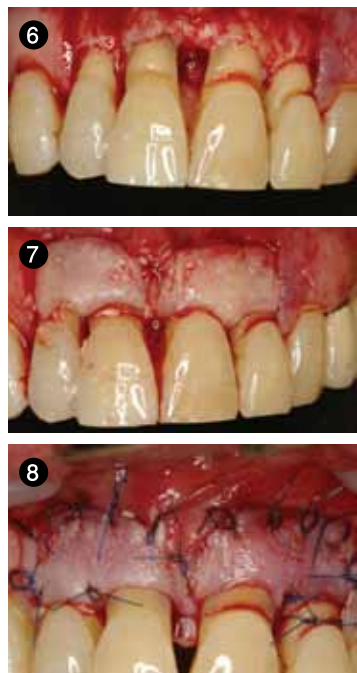
ד"ר ואדים פייבשבסקי מרחיב את ידיעותנו על סוגי הניקובים והסיכוי להצלת שיניים שסובלות מתופעה זו.

טיול אופניים לארמניה היא חוויה שעברתי הקיץ. בצד ההנאה הגדולה נותרה תחושת הבושה שמדינת ישראל מטעמים פוליטיים לא מכירה בשואה הארמנית שהתרחשה לפני קרוב למאה שנים.

ולסיום זוהי זכות גדולה לברך את כולנו בשנה טובה, בבריאות והנאה ממשלח ידנו לנו ולכל הסובבים אותנו.

קריאה נעימה ופוריה.

mpc@m-m-m.co.il



HemCon® Dental Dressing

טכנולוגיית שדה הקרב לטיפול בפציעות בפה.

HemCon - תחבושת דנטלית - הינה מוצר מהפכני להצלת חיים הנמצאת בשימוש שוטף של הצבא האמריקאי בעירק ובאפגניסטן ופותח ע"י HemCon Medical Technologies, Inc. התחבושת HemCon אומצה גם ע"י חיל הרפואה של צה"ל ואנשי מקצוע בתחומי רפואה במגזר האזרחי כרחכי העולם ומהווה צעד משמעותי קדימה בטיפול בעקירות ובפציעות בפה.

יתרונות קליניים של התחבושת הדנטלית HemCon

- התחבושת נספגת תוך 48 שעות ואינה מותירה שאריות של חומר זר. ובכך מאפשרת ריפוי טבעי של הפצע.
- נצמדת מצמצמה. אין צורך בסגירה ראשונית/תפרים.
- מייצבת את קריש הדם על ידי ספיחת תאי דם אדומים אינה סופגת דם.

זימר דנטל - רח' ביאליק 143 רמת נן 52523
 טל': 03-6124242, פקס: 03-6124243 www.zimmerdental.co.il

ניקובים בשורש הגדרה, פרוגנוזה וטיפול //

ד"ר ודים פייביבסקי, מומחה לטיפול שורש, קרית מוצקין

חיצונית (כירורגית) ומשולבת. הגישה הפנימית היא שמרנית יותר, אך הגישה לאזור הניקוב ושליטה בחומר בו מתבצע תיקון לעתים מוגבלת. השיטה הכירורגית מאפשרת גישה נוחה יותר לאזור הפרפורציה, אך לאחר הטיפול כירורגי בפרפורציות קרסטליות קיים סיכוי גבוה להתפתחות כיס חניכי עקב חוסר היצמדות של *junctional epithelium* של לחומר בו תוקן הניקוב. הטיפול בגישה המשולבת נבחר במקרים מורכבים יותר כאשר גישה חיצונית או פנימית לחוד לא מאפשרת התמודדות הולמת עם הבעיה. אמצעי הגדלה ותאורה כגון מיקרוסקופ טיפולי חיוניים ביותר לטיפול ניקובים בכל אחת משלוש הגישות. וכמובן, מניעת הניקובים היאטורוגניים היא הדרך הטובה ביותר להבטיח את שמירת השן בקשת.



ניקוב (Perforation) בשן מוגדר כחיבור לא טבעי בין מערכת תעלות השורש ובין הרקמות התומכות סביב השן. הניקובים מתחלקים לפתולוגיים, הנוצרים על-ידי עששת או ספיגה, ויאטורוגניים. ניקובים יאטורוגניים הם אחד הסיבוכים החמורים ביותר הנגרמים במהלך הכנת תעלות השורש למטרות אנדודנטיות או שיקומיות. חיידקים ממקור פריוודנטלי או מתעלת השורש מעכבים ריפוי וגורמים לדלקת ברקמות סב-השורש באזור הניקוב. הניקובים מחולקים לפי שלושה משתנים: זמן שהניקוב קיים ולא מטופל, גודל הניקוב, ומיקום הניקוב ביחס לעצם הקרסטלית. מיקום הניקוב נחשב למאפיין החשוב ביותר המשפיע על פרוגנוזה השן. לשיניים עם ניקובים קורונליים ואפיקליים ישנם סיכויי ריפוי גבוהים יותר בהשוואה לאלה עם ניקובים קרסטליים: בעקבות הניקוב שנגרם באזור העצם הקרסטלית ייתכנו חדירת הזיהום *gingival sulcus* וצמיחה אפיקלית של *sulcular epithelium* עם היווצרות מחלה פריוודנטלית. מחלת החניכיים שנוצרת על רקע הניקוב משתייכת לקטגוריה "Periodontitis due to acquired deformities and condition" לפי קלסיפיקציה של המחלות החניכיים המקובלת היום. גודל הניקוב מהווה גורם חשוב נוסף בקביעת הפרוגנוזה של השן ותיכונן הטיפול. ככל שהניקוב גדול יותר, כך הפרוגנוזה של השן גרועה יותר. הדלקת בסב-השורש מתפשטת לשטח גדול יותר, סכנת החיבור עם *gingival sulcus* עולה וקושי טכני בתיקון הניקוב מתגבר. משך הזמן שעבר מאז בוצע הניקוב הוא הגורם השלישי שקובע את הפרוגנוזה. ככל שהניקוב קיים תקופה ממושכת יותר, כך גובר הסיכוי לזיהום האזור ולנזק לפריוודנטים בסמוך לניקוב. המטרה העיקרית של הטיפול בניקוב היא מניעה או ריפוי של המחלה הפריוודנטלית באזור הפרפורציה. קיימות 3 גישות טיפוליות: פנימית (דרך מערכת תעלות השורש),

התפירה מבוצעות בעזרת מיקרוסקופ ונעשה שימוש בתפרים מונופילמנטים, ללא מתח ועל פי עקרונות המיקרוכירורגיה (8). ניתן להתרשם, חודשיים לאחר הניתוח, בריפוי תקין של אזור הנגע, ללא שינוי אסתטי או התכווצות משמעותית באזור הפאפילה (9).



לסיכום:

לשיטה קיימים מספר יתרונות, בעיקר שולי המתלה סגורים במהלך הריפוי. שמירה על אספקת הדם בפאפילה אינטרפרוקסימאלית מונע חשיפה של החומרים הרגנרטיבים ומקטין התכווצות לא רצויה של החניכיים. שיטה זו יכולה להביא להצלחה רבה בטיפול רגנרטיבי באזור קדמי, תוך כדי השגת תוצאות אסתטיות מירביות. יחד עם זאת, יש לציין כי השיטה הינה רגישה מבחינה טכנית ויש ליישמה על פי אינדיקציה ברורה.

תוך כדי שמירת הפאפילה בשלמותה (4). המטלית נדחפת לכיוון הפאלטינאלי (5). הנגע הגרמי הפריודנטלי נחשף ועובר טיפול רגנרטיבי קונבציונאלי (שילוב של תחליפי עצם וחלבוני גדילה) (6). בסיום, המטלית מוחזרת לכיוון הבוקאלי לצורך תפירה (7). במידה שלא קיימת התאמה (בגלל תוספת החומרים הרגנרטיבים), ניתן לשחרר מעט את הרירית האלוואולארית האפיקאלית על מנת לאפשר סגירה פאסיבית של הרקמות.

זה קורה בבוסטון //

ד"ר ברנד דהן

כאשר השן נעקרת, נעלמת עימה הרקמה הפריודנטלית ומתחיל תהליך בלתי נמנע של ספיגת עצם. הוכח, כי החדרת שתל

אחת לשלוש שנים מתקיים בבוסטון הסימפוזיום הבינלאומי בפריוודנטיה וברפואת שיניים משקמת.



דנטלי בחלל עקירה אינה מונעת את תהליך ספיגת העצם. יתרה מכך, אוגמנטציה עצם לא מונעת את הספיגה ובמקרה הטוב, היא מפצה בלבד על הספיגה וכך שומרת בצורה מלאכותית על נפח הרכס.

בוסטון אשר מסמלת את הרוח האינטלקטואלית של ארה"ב ובייחוד בחוף המזרחי, מקבלת את פניהם של אלפי רופאים אשר מעוניינים ללמוד, להתחדש ולהשתלם.

תופעה זו אחראית למראה לא אסתטי, המתבטא ע"י שקע בוקאלי והצללה באזור הרכס. טכניקות כירורגיות רבות מסוגלות לתקן ולצמצם תופעות אלה, אך מדובר במורכבות נוספת לטיפול. ד"ר הורצלר, בהצגה דרמטית המאפיינת אותו, מציע פרוטוקול מעניין הנקרא **Socket Shield Surgery**, בו ממליץ להתקין את השתל מבלי לעקור את השן הפלטינאלי, בתוך הדנטין ולכל אורכו של השורש (כך שהשתל הדנטלי יכוסה בצד הבוקאלי ע"י שכבת קליפת שן דקה אשר אמורה לשמור על קיומה של *Bundle Bone* ובכך גם לשמור על נפח הרכס). לאחר כמה חודשים, התוצאות ההסטולוגיות הראשונות מראות, העדר תהליך דלקתי בין קליפת השורש לבין השתל, אלא תהליך בניית צמנטום חדש מהשורש אל השתל!

בטעם עימם נעשה בזכות העיתון הקליני העשיר והצבעוני, היוצא לאור מיד' חודשיים, מטעם אותם מארגנים (IJPRD). המרצים משקיעים מאמצים רבים בהכנת מצגות ומנצלים את הבמה היוקרתית הזו כדי לבשר את מיטב חידושיהם. אלו העוקבים בקפדנות אחר כנסים אלו, יזכרו, כי רוב ההתפתחויות בתחום הפריוודנטיה ואימפלנטולוגיה, הובאו לראשונה בכנסים אלה.

לסיכום: כמובן נדרש המשך מחקר לפני הסקת מסקנות: האם השארת דופן שורש בוקאלי במהלך התקנת שתל מיידי, יכולה למנוע שינוי בנפח הרכס האלוואולארי במהלך השנים (וללא סיבוכים עתידיים). ימים נידו, האם מדובר בנימיק תקשורת או בפריצת דרך ממית.

השנה, זה קרה שוב, ד"ר הורצלר, פריוודנט ידוע ממינכן (גרמניה), אשר, הציג תפיסה חדשה של **SOCKET SHIELD SURGERY**. במהלך השנים קיומה של העצם האלוואולארית הבוקאלית מובטחת בזכות נוכחות השן הטבעית. לאורך השורש קיימת רקמה פריוודנטלית עשירה, המכילה סיבים, צמנטום, כלי דם ועצם אלוואולארית, שכשבת תאים עדינה ודקה: (**The Bundle Bone**). הקיר הבוקאלי של העצם האלוואולארית שמעל השורש, קיים כל עוד השן קיימת ללא פתולוגיה. נוכחות הקיר הזה, מבטיחה שמירה על נפח הרכס.



העולם הדנטלי בקליק עד אליך..

חברת דנטל דפו-וול משרתת את קהל רופאי השיניים בכל אזורי הארץ ומספקת את צרכי העבודה בהתאם לצרכי השוק המשתנים.

לצפייה ולרכישת המוצרים באתר הכנסו:

www.wohl.co.il

דנטל דפו וול בע"מ
דרך השלום 9 נשר טל. 04-8205000



שופות גורל: מצבה המנציחה בצד שמאל את השואה של העם היהודי (כיתוב עברי) ובצד ימין את השואה של העם הארמני.

שבוע ועוד יום בארמניה המופלאה, ארץ בלי ים אבל עם אגם גדול ורחב כמו הלב של אנשיה.

הכנסת אורחים לה זכינו בכפרים שבהם חלפנו, לא הכרנו בעבר. לעם הארמני הסטוריה של 2000 שנה. שעבר תחת האימפריה העות'מנית רצח עם. בשנים 1915-1918 הובלו להשמדה בדרכים שונות כמיליון ארמנים, לבושתנו, ממשלות ישראל לדורותיהן עדיין לא הכירו הכרה רשמית בעובדה ההיסטורית הזו. ככה זה כשהפוליטיקה מנצחת.

ההיסטוריה הקשה הזאת לא הכתה את לבבם להיפך, בכל מפגש עם העם הארמני יהיה זה בכפרים ובהרים, על גדות הנהר, בבית אבן או באוהל בד התקבלנו תמיד בשמחה אמיתית, בפליאה ובסקרנות. מיד עם הפגישה, הזרעות נפרשו לחיבוק רחב, תמיד כובדנו בחיוך באוכל ובמשקה (בדרך כלל וודקה קטלנית). הלבבות ניקשרו בחיבור מהיר, וזה הוביל לשירה ולריקודים - שהיו ביטוי של שימחה פשוטה שבאה ישירות מהלב. בטיול ברחבי ארמניה נתקלנו גם בחתונה ארמנית, מיד הזמנו להישתתף בשימחה, בריקודים ובשתיה ואנחנו תרמנו את שירת וריקוד "הבה נגילה".

חייית המפגש עם העם הארמני התעצמה לא פחות על רקע הטבע הבראשיתי של ארמניה הקסומה. טבע שלעיתים הוא קווקז פראי, תלול וחד ולעיתים בנוי חמוקיים רכים של גבעות עגלגלות. הצבעים מתחלפים בארמניה מירוק עד לחום על גווינו ופסגות מושלגות לבן. ועל הכל מנצח הר אררט האגדי, זה מסיפור תיבת נוח שמדי פעם מגיח מבין העננים וצובע את התפאורה בצבעי הוד והדר עתיקים. כך מימשנו את הסיסמה: "שתספיק ליהנות בגלגול הזה". אנחנו בהחלט הספקנו.

השתתפו בכתיבה: יוקי, שאולי, דוגה, רוני, ערן, איציק, תמי, ירדנה, אריה, ורד, ליליאן, מירן, דני, ארטן.

הכל החל בשיחה אקראית שלי עם ליליאן, מטופלת בת בלי גיל (62) שחולקת עימי חוויות רכיבת אופניים.

"מה דעתך על טיול אופניים לארמניה?" שאלה טיול לארמניה - נשמע מעניין, חודשים ספורים אחר כך מצאתי עצמי עומד בתור האינסופי, מוקף חבורה של אנשים וקרטונים ענקיים, באולם היוצאים שבבן גוריון.

טיסה בת שעתיים וחצי הביאה אותנו לטביליסי בגאורגיה (גרוזיה) בשעות הבוקר



המוקדמות. בשעות בהן אפילו חתולי הרחוב עדיין ישנים, אספנו את ארגזי הקרטון ואת התיקים הענקיים שלנו ויצאנו כולנו להרוות את סקרנותנו במה שהוא עלום עד לרגע הזה. נסענו בשיירה בת שלושה קרונות: מיניבוס שהכיל את כולנו, משאית שהכילה את ארגזי הקרטון שלנו וגיפ מלווה.

נסיעה בת שעתיים לגבול ארמניה גרוזיה ואנחנו פוגשים לראשונה את טעמי המזון המקומיים: עגבניות עסיסיות, נקניק נוטף שומן, לחם חם ומים - הרבה מים קרים ובטעם של פעם.

מתארגנים פותחים את ארגזי הענק ומרכיבים את האופניים - מפתיע איך כל חלקים מתחברים יפה לשלם אחד, ואיך שהגלגלים מצליחים להסתובב לא רע לאחר הפירוק.

מעבר גבול כמו של פעם, ללא מיזוג, ומפגש ראשון עם נהירה המדריכה המקומית שלנו. יין טוב, אוכל טוב, נופים נהדרים, רועי צאן מאושרים, מוזיקה מעולה, שמש ושל חלופות, ערפל ואוויר צלול, לחם שזה עתה יצא מהתנור, פרחים בשלל צבעי הקשת, כלבים ידידותיים, ילדים חייכניים, היסטוריה עשירה, כנסיות עתיקות, נהרות שופפים, הרים נישאים, חתונות שמחות, וודקה ביתית, פירות עסיסיים, פרות בריאות בשר, זיעה בעליות, כיף בירידות.



מועדון לימודי מוריה MORIA STUDY CLUB

ביצועו של המונדיאל, ביצענו הפוגה קלה מהצפייה במשחקים ונפגשנו במועדון הלימודי מוריה.



לישראל אין ייצוג במשחקי המונדיאל, אולם, בתחום שיטת ה"דיסטרקשין", ד"ר רחמיאל מעניק כבוד גדול למדינת ישראל, כאחד מהחלוצים והמנוסים בעולם ביישום שיטה זו.

ההרצאה עוררה עניין רב, הוצגו מגוון רחב של מקרים ותמונות, מקצועית, מרתקת ויצרה דו שיח עם המשתתפים, באווירה נעימה.

בתאריך 20/12/10 יום ב' בשעה 19:30 יתקיים המפגש הבא, שיארח את ד"ר עדי לוריאן - מומחה לכירורגיה פה ולסת וד"ר אנדי הוד, אשר יעבירו את הרצאתם בנושא: העמסה מיידית - חלום או מציאות.

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

המפגש התקיים ב- 21/6/10 ומרצה האורח היה ד"ר עדי רחמיאל - מומחה לכירורגיה פה ולסת, וסגן מנהל המחלקה לכירורגיה פה ולסתות ברמב"ם, אשר העביר את ההרצאה בנושא "הגבתה הרכס האלולארי - בשיטת Distraction Osteogenesis".

דנה קליימן, מנהלת אדמיניסטרטיבית

שלמרות חילוקי הדעות העדיפות מאשרות השתלה מיידית לתוך מכתשיות מזוהמות אך יש צורך בביצוע של דברידמנט ומתן קורס אנטיביוטי.

לדעתנו מהסקירה הנוכחית לא ניתן להגיע להמלצות כלשהן. אנו עדים בשנים האחרונות ליותר ויותר ניסיונות לעגל את הפינות. ההשתלות המיידיות אומנם קוסמות במקרים רבים (חיסכון בזמן ובפעולה כירורגית נוספת) אך הן לא עוקפות את הביולוגיה המוכרת לנו קרי לא שומרות באופן טוב יותר על מימדי הרכס (היות והעצם מסוג bundle bone נעלמת עם עקירת השן), יש אובדן מסויים של רקמה מקורנת (עקב ניסיונות סגירת המתלים), במקרים מסוימים יש למלא את המרווח בין השתל לקירות המכתשית בתחליף עצם (שעתידו לוט בערפל). מהסיבות שהשתלה היא מעין "חתונה קתולית" עם המטופל, היא כרוכה בעבודה פרונטית של רופא נוסף שלא יחפוץ להחליף את עבודתו כי אנחנו בצענו הימור, והקושי הרב בטיפול בפריאימפלנטיס, הייתי ממליץ לכולנו להתאזר בסבלנות ולגשת להשתלה בתנאים נוחים יותר.

האנגלית. החיפוש שהניב 417 מאמרים, התמקד בסופו של דבר ב-12 פרסומים שענו על הקריטריונים הנ"ל. מרבית המחקרים דיווחו על זיהומים בעלי אופי כרוני בחוד השורש, אולם לא ניתן היה לקטלג את הזיהומים לקבוצות מסוימות היות והדיווחים לא היו מלאים. מחקרים בחיות הציגו שיעורי הצלחת שתלים גבוהים אולם קיימת פגיעה באחוז המגע עצם-שתל (BIC:Bone-to-Implant Contact). מחקרים בבני אדם אף הם הציגו שיעור שרידות שתלים גבוה באתרים שהכילו זיהום אולם מס' המחקרים היה מצומצם וכן גם מס' הנבדקים.

לא נמצאה אחידות בפרוטוקול החיטוי ונראה שבמרבית המחקרים סולקה הרקמה המזוהמת וניתן קורס אנטיביוטי לאחר מכן.

מסקנות: קיימים בספרות מעט מחקרים שבדקו שיעור הצלחת שתלים שהושתלו מיידית לאחר עקירת שן עם פתולוגיה זיהומית בחוד השורש. שימוש בקבוצות נבדקים קטנות, תקופות מעקב קצרות יחסית וחוסר אחידות בפרוטוקול הטיפול לא מאפשרים להגיע למסקנה חד משמעית בנושא. המחקרים מסכמים את מאמרים בך

של השתלה המיידית הינם קיצור אורך זמן הטיפול, חיסכון בפעולה כירורגית נוספת והתקנה של השתלים בציר אורך השן המקורית. קיימים מצבים לא מעטים שאנו נאלצים לעקור שיניים עם תהליכים זיהומיים בחוד השורש. Becker וחוקרים נוספים סוברים שהתקנה של שתל לתוך אתר עקירה שהכיל פתולוגיה זיהומית הינו קונטראינדיקציה להשתלה. Quirynen אף הציג פגיעה בתהליך האוסואינטגרציה, החיוני להצלחת ההשתלה. Alsaadi הדגים בסדרה גדולה של מקרים שקיימת עליה בשיעור כישלונות השתלים, אולם, מחקרים בשנים האחרונות של Naves ו-Del Fabbro הדגימו דווקא שיעור הצלחה גבוה לשתלים שהותקנו באתרים שהיו עם פתולוגיה בחוד השורש. כדי לנסות ולבחון את הסוגיה הנ"ל בקונטקסט הרחב שלה ובכדי לגבש המלצות טיפוליות, בצעו חוקרים מגרמניה סקירת ספרות רחבה שמטרתה הייתה לענות על 2 שאלות עיקריות:

1. האם נוכחות של זיהום עלולה לפגוע בשיעור האוסואינטגרציה או הצלחת ההשתלה?

2. באיזה פרוטוקול חיטוי השתמשו לפני התקנת השתל?

החיפוש בספרות המקצועית כלל מחקרים בבני אדם וחיות. לא נכללו מחקרים עם תקופת מעקב קצרה משנה אחת. סקירות ספרות או כאלה שלא נכתבו בשפה

הקדמה: האימפלנטולוגיה עברה כברת דרך בשני העשורים האחרונים. התקנת השתלים הפכה לפרוצדורה שכיחה ונפוצה כמעט בכל מרפאת שיניים. בתחום האימפלנטולוגיה עוסקים זה לצד זה רופאי שיניים כללים, מומחים לשיקום, פריודונטים ומומחי פה ולסת. חברות השתלים הרבות שקיימות כיום משווקות בהצלחה רבה שתלים חדשים שלחלקם הרב לא קיים מחקר ומעקב ארוך טווח. הפרוטוקול הכירורגי שהיה מוכר בתקופתו של ברנמרק שונה עד בלי היכר וכיום אנו משתילים שתלים בתנאים פחות אספטיים מבעבר ועדיין מקבלים תוצאות מסוינות. אולם, קיים החשש שהריצה אחרי קיצור משך זמן הפרוצדורות תוך כדי כיפוף חוקי הביולוגיה יהיה בעוכרנו בעתיד. בחרתי בסקירת הספרות הזו שמהווה סגנון ראשונה של evidence base medicine לנושא שלא הנחנו מספיק את הדעת לגביו.

התקנה מיידית של שתלים לתוך אתרים מזוהמים: סקירת ספרות

Immediate Placement of Implants into Infected Sites: A Systematic Review of the Literature. Waasdrop JA, Evian CI, Mandracchia M. Journal of Periodontology, June 2010

התקנת שתלים לתוך מכתשיות עקירה טריות הינה פרוצדורה מהימנה ובעלת שיעור הצלחה גבוה כל עוד נשמר הפרוטוקול הכירורגי. היתרונות העיקריים

מי מפחד מרופא שיניים? //

סיון מרץ R.D.H, סטודנטית למדעי החברה ופסיכולוגיה

אחרות, לדוגמא: ילדים מושפעים לעיתים קרובות מפחדיהם וגישתם של הוריהם לטיפולים דנטלים כמו כן ניתן לייחס דנטופוביה גם לשלל הסרטים והסדרות הטלוויזיוניות שמתארות את רופא השיניים כאדם רע ומפחיד. הפוביה עשויה לכלול פחד מהרופא, מהטיפול, פחד ספציפי ממחטים, פחד מהמקדחה ועוד. יש לציין שאפילו חשיבה על הליכה לרופא השיניים תגרום לאדם מצוקה פסיכולוגית ברורה. הטיפול הטוב ביותר בפוביה ספציפית הוא תרפיה התנהגותית בה חושפים את המטופל באופן הדרגתי למצב מעורר הפחד. כמו כן תרופות נוגדות חרדה עשויות לספק שליטה קצרת טווח על פוביה מסוימת. גם אנחנו במרפאת השיניים יכולים לעזור:

- תקשורת היא המפתח: קשר עין, יצירת אמון, שיחה ושיתוף המטופל בתהליך.
- שימוש בדמיון מודרך (מקום מרגיע, טיול, חוף הים).
- שימוש בגז צחוק, מפחית חרדה.
- יצירת אווירה רגועה במרפאה ע"י עיצוב המרפאה, מוסיקת רקע נעימה.
- שיתוף פרלקסולוג במהלך טיפול דנטלי, מאפשר מיקוד תשומת הלב של המטופל באיזורים אחרים מחלל הפה.
- שימוש בתרופות הרגעה ואף הרדמה חלקית על ידי מתן תרופות בסיוע מרדים.

דנטופוביה (הידועה גם כאודונטופוביה, חרדה דנטלית), הינה פחד קיצוני ומתמשך הגורם לאדם להימנע מביקור אצל רופא השיניים בכל מחיר, יוצא מן הכלל מצב בו הבעיה הפיזית הפוכת לבלתי נסבלת, לדוגמא: מטופל אשר סובל מכאב שיניים חזק מאוד ועוצמת הכאב עולה על עוצמת הפחד, המטופל יגיע למרפאה, כי פשוט אין לו ברירה אחרת.

לפי ה-DSM-IV (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) דנטופוביה היא אחת מהפוביות הספציפיות, הקריטריון הדיאגנוסטי של פוביה ספציפית כולל:

פחד מובחן ומתמשך מאובייקט או סיטואציה ספציפית, שהוא מוגזם ולא הגיוני. תגובת חרדה מיידית בעת חשיפה לגירוי המפחיד, העלולה להתבטא כהתקף פאניקה. הכרה בכך שהפחד הוא מוגזם או לא הגיוני. המנועות מהמצב הגורם לחרדה. הפוביה גורמת לפגיעה בתפקוד היומיומי או גורמת למצוקה רבה. פוביות ספציפיות הן הנפוצות ביותר מבין הפרעות החרדה. ישנן פוביות ספציפיות אשר מתחילות בגיל צעיר ונעלמות בהתבגרות לדוגמא פחד מהחשכה, פחד מבעלי חיים גדולים, פחד מזרים. דנטופוביה נגרמת ברוב המקרים עקב חוויה דנטלית טראומתית, אך עשויות להיות סיבות



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 ניסיון 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

