

دندانپزشکی

مجله

ISSN:2383-1731

آموزشی، پژوهشی تحلیلی و اطلاع رسانی در زمینه دندانپزشکی / سال دوم / شماره ۶ / آبان و آذر ۹۳ / قیمت ۵۰۰۰ تومان

سینا
نهارا
انتشارات
ناشر کتب پزشکی و طبابت
۰۲۱-۶۶۹۲۸۰۲۶ و ۶۶۹۲۸۱۰۲

برندهای برتر دندانپزشکی



neoniti

تک فایل چرخشی نیکل
تیتانیومی فراگیر و یونیورسال
برای درمان کانال ریشه

ایمن، ساده و کارآمد

یادسا



ADA
Ava Darman Arya
آوا درمان آریا

+9821 66420274 , 66427066

NEOLIX



Made in France

۱۴ آنتی بیوتیک و مسکن
پرفروش ترین داروها
در سال ۹۲

۴۳ ۲۰ تخته درباره استفاده از
فایل های نیکل تیتانیوم
روتاری

۵۸ تردید درباره سودمندی درمان ارتودنسی و
حرفه دندان پزشکی

به خاطر يك فرآیند تولید منحصر به فرد

این فرآیند ساخت نوآورانه EDM باعث تولید فایل نیکل تیتانیومی جدیدی با رفتار برتر و منحصر به فرد شده است. به طور کلی فایل انعطاف پذیری بسیار بالا دارد در حالیکه سطوح آن سخت بوده و به طور طبیعی زیر و خشن هستند. ترکیب این خصوصیات با سطح مقطع مستطیل شکل، لبه های برنده فایل NEONITI، سطوح ساییده و انعطاف پذیری عالی^(۱) باعث ایجاد خصوصیات بی همتایی از جمله بازدهی برشی بالا و مقاومت عالی در برابر خستگی فلز شده است.

(۱) از نظر دکتر John McSpadden

مزایا:

- ✓ امکان استفاده به صورت تک فایل برای آماده سازی کامل کانال ریشه
- ✓ مقاومت بالا در برابر شکستن
- ✓ کارایی و بازدهی برشی بالا
- ✓ مؤثر در برداشت دبری عاجی از داخل کانال
- ✓ دارای اثر ضد پیچ شدن در داخل کانال (Anti-screwing effect)
- ✓ مناسب برای کانال های ریشه آسان تا پیچیده (انحدار، باریک، کلسیفیه)
- ✓ مناسب برای درمان های اولیه و هم چنین درمان های مجدد ریشه
- ✓ حفظ شکل اولیه کانال با کمترین میزان جابجایی
- ✓ آماده سازی و کورتاژ کامل کانال تا ناحیه انتهای کانال ریشه
- ✓ قابلیت انحنا دادن به فایل در نواحی که دسترسی به کانال محدود است مانند دندان های مولر دوم با دسترسی از دیستان

به عنوان يك نتیجه، فایل NEONITI ایمن، ساده و کارآمد است

و راه حل نهایی را به دندان پزشک ارائه می دهد.

روش پیشنهادی استفاده

- با حرکت چرخشی کامل
- حرکت آپیکالی به صورت pecking حرکت
- سرعت چرخش ۳۰۰-۵۰۰ دور در دقیقه
- گشتاور چرخشی ۱/۵ نیوتن سانتی متر
- شستشوی مداوم کانال

ریشه تمیز نمودن مکرر فایل در حین

روش پر کردن کانال

باتمامی روش ها و تکنیک های پرکردن کانال قابل انجام میباشد.

برای کسب اطلاعات بیشتر

لطفا به کتابچه راهنمای دستور العمل مراجعه نمایید.

فرآیند ساخت بی همتا در جهان بر اساس تراش با تخلیه الکتریکی (EDM)



انعطاف پذیری بسیار بالا
تیغه های برنده سخت و تیز
سطح ساییده

یک تکنیک جدید ماشینکاری (تراش) توسط سیم فلزی و تخلیه الکتریکی (wirecut electric discharge machining) این فایل ها را تولید می نماید. این فرآیند تولید مستلزم ذوب، تبخیر و تخلیه مواد در یک میدان دی الکتریک می باشد. انرژی مورد نیاز برای ماشینکاری توسط فرآیند EDM شامل جرقه هایی است که توسط تخلیه الکتریسیته با انرژی و فرکانس بالا بین قطعه کار فلزی (برای مثال فایل NEO-NITI) در یک طرف و یک الکترود (سیم برش دهنده) در طرف دیگر ایجاد میشود.

اطلاعات محصول:

- neoniti C1، برای گشادسازی و مسقیم نمودن ناحیه کروئال کانال، سایز ۲۵، تقارب ۱۲٪ و طول ۱۵ میلی متر
- neoniti A1، برای آماده سازی کانال ریشه به طول کامل تا ناحیه آپیکال کانال سایز ۲۵، تقارب ۸٪ و طول ۲۵ میلی متر

روش کار ساده و آسان



۳



۲



۱

- از فایل A1 برای پاکسازی و شکل دهی نواحی یک سوم وسطی و آپیکال کانال استفاده نمایند.
- با استفاده از فایل با حرکت brushing با تکیه بر دیواره های ناحیه ایمن و خلاف دیواره فورکایک سوم وسطی کانال را شکل دهی کنید.
- بعد از ۳ تا ۴ حرکت brushing مسیر کانال را با K فایل سایز ۱۵ باز نموده و کانال را شستشو دهید.
- با رادیوگرافی و استفاده از آپکس لوکیتور طول کارکرد دقیق را اندازه بگیرید.
- با حرکت pecking (نوک زدن) با فایل A1 تا طول کارکرد را شکل دهی کنید.

- با استفاده از فایل C1 ناحیه دهانه کانال را گشاد نموده و موانع عاجی کروئالی را حذف کنید.
- حرکت فایل به صورت brushing باشد.
- بر روی تمامی سطوح دیواره های کانال و خلاف ناحیه فورکایک کار شود.
- فقط در ناحیه کروئال استفاده گردد.

- حفره دسترسی را تهیه نمایند.
- بعد از تعیین طول اولیه، طول کارکرد را با K فایل های سایز ۱۰ و ۱۵ باز کنید.



مناسب برای استفاده در کانال های مختلف



کانال L شکل

بلوکهای شفاف آکریلیک



کانال S شکل



بار دوم

به خاطر رفتار خاص فایل NEONITI، ممکن است برخی پزشکان را متعجب نماید، البته تنها در بار اول استفاده و فقط برای یک دوره کوتاه



بار اول



فرآیند جدید تولید برای نسل جدید فایل های نیکل تیتانیوم چرخشی

همانطور که به تازگی توسط Pérard و همکاران شرح داده شده، از مزایای اصلی این فرآیند (EDM) نسبت به فرایند تراشیدن معمولی برای ساخت فایل های روتاری، دقت بالای تراش در حد میکرون است. پارامترهای ماشینکاری پایدار با توجه به تنظیم مستمر و اتوماتیک ابزار برش باعث می شود تا استرس فقط محدود به سطح قطعه فلز باشد. هم چنین با توجه به عدم وجود محدودیت های ابزارهای تراش معمول، طیف گسترده ای از طرح های بالقوه هندسی را به صورت سه بعدی و آزادانه می توان تولید نمود. فرایند تولید بدون استفاده از روغن و کاملا تمیز می باشد.

علاوه بر این، EDM به طور طبیعی یک سطح خشن روی قطعه کار تولید میکند که باعث ایجاد خاصیت سایندگی و تا حد زیادی افزایش سرعت برش این فایل های چرخشی نیکل تیتانیومی خواهد شد. تمام این مزایا، همراه با انجام عملیات حرارتی مناسب انعطاف پذیری بسیار بالا همراه با خاصیت shape memory را به فایل های Neoniti هدیه نموده است. EDM از عصری نو در تولید صنعتی فایل های نیکل تیتانیومی حکایت می کند که پیشرفت و نوآوری را در علم اندودانتیکس به ارمغان می آورد.

مجموعه ای از آزمایش ها بر روی دندان های طبیعی کشیده شده (۲۰ دندان مولر فک بالا) با استفاده از موتور اندودانتیک Nouvag با سرعت چرخش مداوم 400rpm انجام شده است. پس از ایجاد مسیر اولیه در کانال با استفاده از K فایل های #10 کانال به طور مداوم با محلول هیپوکلریت سدیم 2.5% شستشو داده شدند.

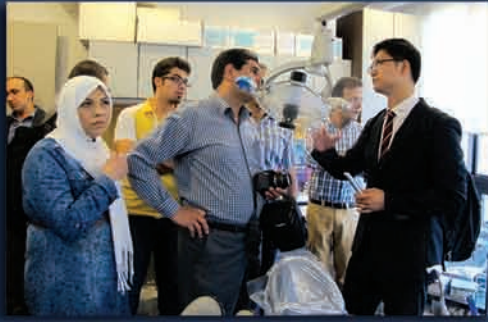
نتایج مطالعه نشان داد که فایل C1 Neoniti دارای راندمان بالای برشی، حداقل اثر پیچش به داخل کانال (screwing in effect)، و انعطاف پذیری خوب و حتی در قسمت shaft می باشد که اجازه می دهد تا دندانپزشک ادراک لمسی خوبی در عمل ابزار زنی محیطی (circumferential brushing actions) در کانال ریشه داشته باشد. با توجه به اندازه نوک فایل و میزان تقارب، تغییر محل مدخل کانال به سمت دیواره ایمن می تواند به راحتی و به سرعت به دست آید.

فایل A1 Neoniti بدون اثر پیچش به داخل کانال (no screwing in effect)، می تواند دسترسی آسان و ایمن به آپکس را حتی در مورد کانال های منحنی فراهم آورد. این فایل دارای نوک گرد غیر برنده است که دستیابی به یک شکل رضایت بخش در فورامن آپیکال را برای پر کردن موفق کانال ریشه فراهم می کند. با توجه به نتایج اولیه، به نظر می رسد که فایل A1 Neoniti را می توان برای روش های آماده سازی کانال با فقط یک فایل روتاری با چرخش مداوم به کار برد (one file endodontics). همچنین پس از باز کردن دهانه کانال با فایل C1 از این فایل استفاده می شود. تعدادی از درمان های انجام گرفته توسط این سیستم را در زیر ملاحظه می نمائید.

مقطع مربع و مستطیل شکل غیر یکسان در امتداد تیغه ها، فایل را قادر می سازد تا انعطاف پذیری مناسبی را در تمامی طول خود داشته باشد که باعث آماده سازی بهتر کانال های منحنی با حفظ آناتومی اولیه می گردد.

سرعت چرخش میبایستی بین ۳۰۰ تا ۵۰۰ دور در دقیقه و میزان گشتاور چرخشی به میزان 1.5 Ncm تنظیم گردد.





APA Co.

آبتین پزشک ابزار



اولین سمپوزیوم آبتین پزشک ابزار یکی از پیشگامان حوزه ایمپلنت در تاریخ ۶ و ۷ آذرماه ۱۳۹۳ در سالن همایش های باشگاه انقلاب تهران برگزار گردید.

در این سمینار که با حضور جمعی از اساتید و دانشجویان دندانپزشکی و ایمپلنتولوژی برگزار شد، سخنرانان برجسته ای نظیر دکتر میگوئل استنلی (Miguel Stanley) و پروفیسور مارکو اسپوزیتو (Marco Esposito) و همچنین اساتید و نوابغ برتر داخلی نظیر دکتر بیژن اخوان آذر، دکتر ابوالحسن مسگر زاده، دکتر حسین بهنیا، دکتر حمید مقدس، دکتر امید مقدس، دکتر مسعود اجالی، دکتر مازیار شهزاد دولتشاهی، دکتر کامیار عبدالعالی، دکتر محمد کتابی، دکتر محمود عاقل، دکتر رضاپورعباس و دکتر آرش زاهدی نیز حضور داشتند.



اولین سمپوزیوم بین المللی مکانیزم در ایران
1ST MEGAGEN
International Symposium
in IRAN

آبتین پزشک ابزار

New Insights in Implant Dentistry


Dr. Marco Esposito


Dr. Miguel Stanley

با حضور اساتید برجسته داخلی

دکتر مازیار شهزاد دولتشاهی	دکتر بیژن اخوان آذری
دکتر کامیار عبدالعالی	دکتر ابوالحسن مسگرزاده
دکتر ابراهیم امین صالحی	دکتر حسین بهنیا
دکتر جعفر داجمش	دکتر حمید مقدس
دکتر حمید سعید هاشمی	دکتر امید مقدس
دکتر آرش زاهدی	دکتر مسعود اجالی

ترجمه همزمان
امتیاز + Certificate
به همراه پذیرایی و نهار

۶ و ۷ آذر - سالن همایش باشگاه انقلاب
۸۸۸۸۲۹۰۴ - ۸۸۸۸۳۶۰۶





آبتین پزشکی ابزار

آبتین پزشکی ابزار، به شماره ثبت ۳۴۳۲۹۵ شرکتی است آموزش محور که با برگزاری کارگاه ها و کلاس های آموزشی کارآمد و با کیفیت توسط اساتید برجسته، نام خود را به عنوان تنها دارنده گواهینامه رسمی از گروه آموزشی بین المللی MINEC در ایران به ثبت رسانیده و همچنین با ارائه کاملترین سایت آموزشی دنیا در زمینه دندانپزشکی - Dentalxp.com - خدمات خود را گسترش داده است. از دیگر فعالیت های اصلی این شرکت، ارائه تجهیزات تخصصی ایمپلنت های دندان با بهترین کیفیت به دندانپزشکان می باشد.



جهت دستیابی به اهداف فوق ، نظام مدیریت کیفیت شرکت مبنی بر نیازمندی های ISO 9001: 2008 و اخذ این گواهینامه پایه ریزی شده است. به علاوه از اصولی ترین تعهدات ما، خدمات قبل، حین و پس از فروش جهت افزایش هر چه بیشتر رضایت مندی مشتریان می باشد.

کلاسهای آموزشی دنتال xp

این کلاس های آموزشی در تمام زمینه های دندانپزشکی به صورت کلاس ها و دوره های یک روزه و کارگاه های آموزشی و همچنین آموزش از طریق سایت دنتال ایکس پی در ایران برگزار می گردد. تنها کارشناسان دنتال ایکس پی در ایران دکتر امید مقدس و دکتر مازیار دولت شاهی می باشند.

محصولات

APA Co نمایندگی سایت آموزشی Dentalxp با برگزاری کارگاه ها و کلاس های آموزشی کارآمد و با کیفیت توسط اساتید برجسته ، نام خود را به عنوان تنها دارنده گواهینامه رسمی از گروه آموزشی MINEC در ایران به ثبت رسانید. از دیگر مزایای این شرکت کیفیت بالا و تنوع محصولات و قیمت مناسب آن می باشد. همچنین می توانید از سیستم مشاوره و پاسخگویی جهت راهنمایی در مورد محصولات و خدمات این شرکت بهره مند شوید. این شرکت با برگزاری کلاس های آموزشی متنوع با موضوعات جدید مشاوره کیس، آموزش سینوس لیفت، آموزش سیستم و ... در دانشگاه ها، مراکز درمانی و جهاد دانشگاهی به صورت Hands on، موفق به دریافت گواهینامه ایزو مدیریت کیفیت AENOR از کشور اسپانیا شده است. از دیگر خدمات APA Co، برگزاری کارگاه های آموزشی Dentalxp برای اعضای باشد که به صورت نمایش ویدئو های آموزشی و توضیح هم زمان متخصص بر روی کیس مورد نظر است. کمپانی Devemed GmbH مستقیماً در Tuttlingen-Neuhausen ob Eck مرکز جهانی فن آوری پزشکی قرار دارد. این کمپانی در سال ۲۰۰۶ تاسیس شد و متخصص در تولید ابزار دندانپزشکی با کیفیت بالایی می باشد و پیرو اصول دو شرکت Karl Reichle & Co. and DEVE Dental-Vertrieb GmbH می باشد. هر دو این شرکت ها چندین دهه تجربه در زمینه دندانپزشکی دارند. در حال حاضر ما هنوز هم عضو کارمندان این شرکت هستیم ، که بیش از ۳۰ سال در این بخش تجربه داریم.

محصولات: شما بوسیله کیفیت چه چیزی را درک می کنید؟ ما به وسیله Devemed منافع مشتریانمان را درک می کنیم. نیازها، مشکلات و سئوالهای مشتریان از چالش ها و اصول بنیادی ما است.

کمپانی: در کشور ما، نگرانی برای کیفیت به طور قابل توجهی افزایش یافته است. برای تضمین این کیفیت، نیاز ما به کارکنان واجد شرایط به بالاترین استانداردهای موجود رسیده است. از کارکنان انتظار می رود که از طریق آموزش شدید و داشتن دانش تخصصی لازم محصولات را بهتر بشناسند. شرکت ما دارای تکنسین های شایسته و با تجربه و مدیران عملیاتی است. در حال حاضر برنامه تولید محصول خلاقانه و به ثبت رسیده در دسترس برای شما داریم. با توجه به دانش تخصصی کارکنان ما، ما به شما تضمین می دهیم ارائه بالاترین کیفیت خدمات را. ما به طور مداوم در حال توسعه ظرفیت ذخائر و انبارمان هستیم و ما سعی می کنیم به شما اطمینان بدهیم تحویل در زمان مناسب صورت می گیرد. ما را به چالش بکشید!



آدرس: تهران، میدان توانیر، پلاک ۳، مجتمع طلا، طبقه ۵، واحد ۳۹
 تلفن های تماس: ۰۸۸۸۳۶۶۷ و ۰۸۸۸۳۶۰۶ - ۰۲۱ - ۰۸۸۸۳۶۰۶
 صدای مشتری: ۰۸۸۸۳۶۰۶ - ۰۲۱ - فکس: ۰۸۸۸۲۹۰۴ - ۰۲۱



مشخصات فنی:

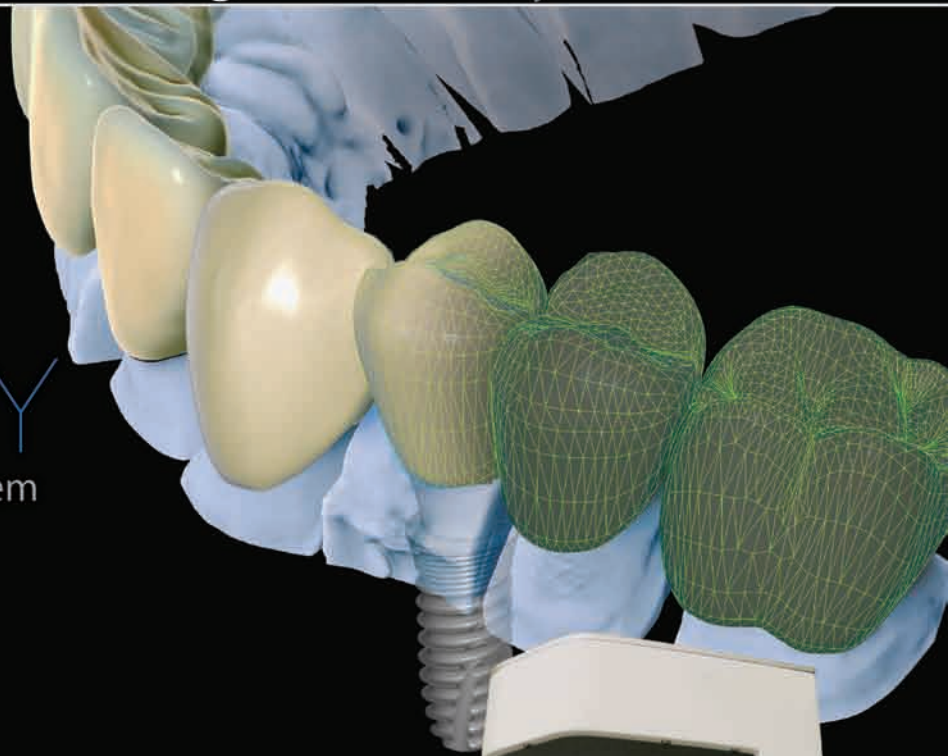
نوع ماده	زیرکونیا، رزین، موم
محور حرکت	۵ محور همزمان
زمان تراش	۱۲ دقیقه
قدرت	۶۰/۰۰۰ دور در دقیقه، ۲۵۰ وات
نیروی محرکه	موتورهای servo
جایگاه ابزار	۷ جایگاه (تعویض اتومات)
نوع تراش	تراش خشک
ابعاد	۷۱ x ۸۱ x ۸۴ سانتی متر
ولتاژ تغذیه	۲۳۰ ولت، ۶۰-۵۰ هرتز
وزن	۱۳۰ کیلوگرم
آپشن ها	میز طراحی - سیستم ساکشن مرکزی
ضمانت	۱ سال

Dentium Digital Dentistry
rainbow™ Mill

- سیستم تراش ۵ محور همزمان
- سیستم تشخیص دریل شکسته
- نمایش زمان کار دستگاه
- کنترل آسان دستگاه از طریق صفحه نمایش (LCD لمسی ده اینچی)
- قابلیت دریافت و خواندن فایل اسکنرهای دیگر (Open system)

A New Era in Digital Dentistry

DIGITAL DENTISTRY
Dentium Digital Dentistry System



مشخصات فنی:

نوع اسکن	تکنولوژی نور آبی (دو دوربین)
ابعاد ناحیه اسکن	۸۰ x ۶۰ x ۶۰ میلی متر
دقت	۰/۰۶۵ میلی متر
وضوح تصویر	۱/۳ مگا پیکسل
ابعاد کل دستگاه	۲۹۰ x ۲۹۰ x ۳۴۰ میلی متر
ولتاژ تغذیه	۱۰۰-۲۴۰ ولت AC
منبع نور	نور LED (۳۰۰ در مقیاس لومنس)
درگاه اتصال	USB2 (سرعت بالا)
وزن	۱۶ کیلوگرم

Blue Light
Scanner

- تکنولوژی اسکن با نور آبی
- سرعت بالا و دقت فوق العاده مراحل اسکن
- ذخیره سازی اطلاعات اسکن بصورت open با فرمت STL



Dental Lab Products



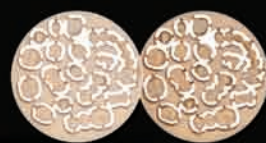
rainbow™ CAD/CAM Block

- فیتینگ مارژینال عالی به سبب انقباض یکنواخت
- ویژگی ترنسلسونسی طبیعی
- استحکام خمشی بالا
- Toughness عالی
- قطر ۹۸ میلی متر با ضخامت‌های ۱۰، ۱۲، ۱۴، ۱۶، ۱۸، ۲۰ و ۲۲ میلی متر



rainbow™ Shade Block

- عدم نیاز به فرایند dipping
- حفظ رنگ یکنواخت بعد از تطابق اکلوزالی
- بدست آمدن تمام رنگ بندی‌های سایه (shade) گروه A
- انقباض یکنواخت



rainbow™ Translucent Block

- ویژگی ترنسلسونسی بالا؛ جلوه سایه ای بالا حتی با کمترین پرسن گذاری
- انقباض یکنواخت (محورهای ۰،۲۰X، Z)؛ فیت خط مارژینال بهینه
- امکان زینترینگ در ۱۵۵°؛ حفظ ویژگی ترنسلسونسی بالا در دمای ۱۵۵°
- لب پریدگی کمتر پرسن و Toughness عالی؛ ماندگاری افزایش یافته
- قیمت مناسب در مقایسه با تاج‌های طلا و بلوک‌های ترانسلسونت دیگر



rainbow™ Brushing Liquid

- استفاده از روش brushing به جای غوطه ورسازی
- شامل ۶ رنگ قهوه ای، نارنجی، سفید، طوسی، صورتی و بنفش برای حصول زیبایی بهتر رستوریشن ها ورقیق کننده برای تنظیم غلظت رنگ
- حاوی نمونه‌های رنگ غذایی
- قابل دسترسی به صورت قطره‌چکان به منظور کنترل آسان مقدار مصرف مایع



rainbow™ Porcelain

- مناسب برای ساخت بر روی فریم های زیر کونیومی
- بدون امکان ترک خوردن (crack-free)؛ به علت هماهنگی بین ضریب انبساط گرمایی فریم زیر کونیومی
- رنگ و نمای زنده و زیبا؛ ناشی از خواص فلوروسنت و اپالوسنت کاملاً طبیعی
- ساخت آسان؛ راحتی و سادگی در ساخت به دلیل استفاده از مواد خاص در این نوع از پودر پرسن



درسان طب پارس، به عنوان یکی از شرکت‌های پیشرو در عرصه‌ی علم و صنعت دندانپزشکی در کشور خود را متعهد می‌داند تا علاوه بر فعالیت‌های بازرگانی، در زمینه‌ی انتقال علم و تجربه‌ی نیز، خود را به عنوان شرکت پیشگام و پیشرو معرفی نماید. در این راستا یکی از فعالیت‌های جنبی شرکت، علاوه بر برگزاری دوره‌های آموزشی مبتدی تا پیشرفته، برگزار نمودن سمپوزیوم‌های علمی شرکت دنتیوم در ایران می‌باشد. تاکنون سه دوره‌ی این سمپوزیوم‌های علمی توسط شرکت درسان طب پارس در ایران برگزار گردیده است. دوره‌ی اول، در سال ۱۳۸۸ با محوریت Technical Problem Solving، و با شعار Immediate Implantation with Excellent Bone Response در تهران برگزار شد که با استقبال شما همراهان گرامی و همیشگی درسان طب رو به رو گردید.

لذا شرکت درسان طب بر آن شد تا دومین سمپوزیوم دنتیوم در ایران را با توجه بیشتر بر درخواست‌های مشتریان برگزار نماید. در سال ۱۳۹۲ و در هتل المپیک تهران، دومین سمپوزیوم دنتیوم در ایران با محوریت Advanced Implant & Esthetic Dental Treatment و شعار Simple & Easy Implant Treatment with Dentium System برگزار گردید که با استقبال بی‌سابقه‌ای همراه بود. حضور ۷۰۰ نفری عزیزان دندانپزشکی کشور در این سمپوزیوم، شرکت درسان طب پارس را بر آن داشت تا سومین سمپوزیوم خود را در خارج از تهران برگزار نماید.

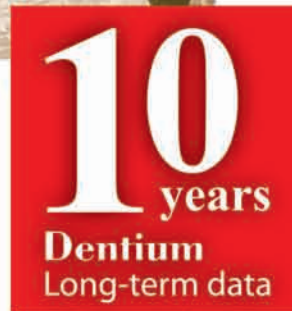
سومین سمپوزیوم دنتیوم در شهریور ۱۳۹۳ در شهر زیبا و تاریخی تبریز با شعار Key to Success in Implant Dentistry و با محوریت Digital Dentistry برگزار گردید.

در این سمپوزیوم با تجلیل از پیشکسوتان عرصه‌ی دندانپزشکی آذربایجان، شرکت درسان طب پارس ارادت و توجه خود را به مسائلی فراتر از تجارت نشان داد. مجموعه سمپوزیوم‌های دنتیوم در ایران با هدف و رویکرد انتقال دانش روز دندانپزشکی دنیا، در کنار ارزش نهادن به تجربیات بزرگان این عرصه برگزار می‌گردد.

درسان طب پارس مفتخر است اعلام نماید، این شرکت در سال ۱۳۹۴ میزبان برگزاری چهارمین سمپوزیوم دنتیوم در تهران می‌باشد. امید است همچون سال‌های گذشته با برگزاری چهارمین سمپوزیوم دنتیوم در ایران بتوانیم قدمی در راه پیشرفت علم دندانپزشکی در ایران برداریم.

درسان طب پارس

نماینده‌ی انحصاری محصولات دنتیوم در ایران



حضور درسان طب پارس در کنگره و همایش‌ها

شرکت درسان طب پارس علاوه بر برگزاری سمپوزیوم‌های دنتیوم در ایران، خود چه به عنوان شرکت کننده و چه اسپانسر در کنگره‌ها، همایش‌ها و سمپوزیوم‌های علمی شرکت نموده و با مشارکت فعال در زمینه‌ی برگزاری دوره‌ها و کارگاه‌های آموزشی سعی بر گسترش علم دندانپزشکی روز در جامعه‌ی دندانپزشکان کشور دارد.

این شرکت در سال ۱۳۹۳ در بیش از ۲۳ کنگره، همایش و سمپوزیوم شرکت نمود و همچنین در سال ۱۳۹۳ تا پایان آذرماه در ۱۵ کنگره حضوری فعال داشته است. حضور شرکت درسان طب پارس در این کنگره‌ها اگر با حمایت دندانپزشکان و یاران همیشگی این شرکت همراه نبود بی‌معنی و کم‌رنگ جلوه می‌نمود، حال اینکه همراهی این یاران همیشگی بر حضور قدرتمند این شرکت در این عرصه بسیار کمک نموده است.

امید است تا در نهمین کنگره‌ی انجمن دندانپزشکان عمومی ایران که در تاریخ ۲۳ الی ۲۶ دی ماه در سالن اجلاس سران برگزار می‌گردد، بتوانیم همچون سال‌های گذشته پذیرای شما همراهان گرامی در غرفه‌ی درسان طب پارس باشیم.

مرکز آموزش درسان طب پارس

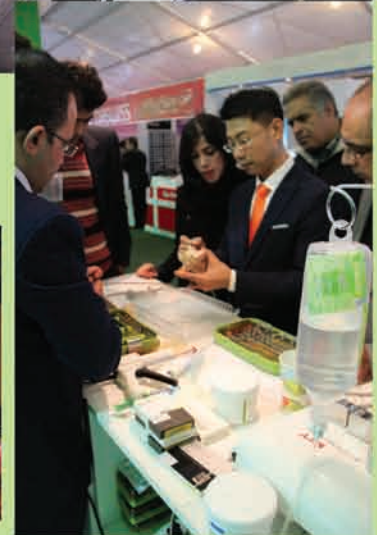
آموزش تخصصی جامعه‌ی دندانپزشکی کشور از همان ابتدای فعالیت، از جمله‌ی مهم‌ترین اهداف شرکت درسان طب پارس بوده و همواره در سرلوحه‌ی فعالیت‌های این شرکت قرار داشته و از آن جایی که بحث آموزش دندانپزشکان از اهمیت بسیار خاصی نیز برخوردار است، سرمایه‌گذاری بسیار قابل توجهی برای توسعه‌ی آموزش‌های تخصصی مورد نیاز دندان‌پزشکان توسط شرکت درسان طب پارس انجام گردیده است.

عملکرد آموزشی گذشته و حال حاضر :

شرکت درسان طب پارس با همراهی گروه علمی و آموزشی خود که از اساتید به نام و مجرب کشور شکل گرفته است ، تاکنون برای بیش از ۵۰۰۰ دندانپزشک دوره‌های آموزشی متنوعی را به شرح ذیل برگزار نموده است.

- برگزاری ۵۷ دوره‌ی Basic با حضور بیش از ۱۴۵۶ دندانپزشک
- برگزاری ۴۵ دوره‌ی آموزشی جهاد دانشگاهی با حضور بیش از ۱۲۰۰ دندانپزشک
- برگزاری دوره‌های مختلف تخصصی در انجمن‌های تخصصی دندانپزشکی با حضور بیش از ۵۰۰ دندانپزشک
- آموزش عملی ۳۰۰ تکنسین و کارشناس پروتزیس دندانپزشکی طی ۱۲ دوره‌ی Laboratory
- آموزش تخصصی ۷۵ دندانپزشک طی ۳ دوره‌ی Advanced
- برگزاری دوره‌های تخصصی دو روزه با حضور بیش از ۵۰۰ دندانپزشک
- برگزاری دوره‌های آموزشی خارج از کشور با حضور بیش از ۷۰۰ دندانپزشک
- برگزاری سمپوزیوم‌های اول، دوم و سوم دنتیوم در تهران و تبریز با حضور بیش از ۱۶۰۰ دندانپزشک
- برگزاری کارگاه‌های علمی و عملی در کنگره‌های مختلف دندانپزشکی با حضور بیش از ۳۰۰۰ دندانپزشک
- برگزاری بیش از ۴۰ دوره‌ی آموزشی در ۳۰ مرکز استان کشور

مرکز آموزش درسان طب پارس با فراهم آوردن مکانی مجهز و بهره‌گیری از کادری مجرب و با تجربه در راستای آموزش تخصصی دندانپزشکان و تکنسین‌های دندانپزشکی طی یک دهه فعالیت همواره سعی داشته است با دعوت از اساتید مجرب داخلی امکان تبادل اطلاعات را فراهم آورد. اساتید مجرب و متعهد ، پس از گذراندن این دوره‌ها سایر همکاران خود را حمایت خواهند نمود. دندانپزشکان عزیز که در دوره‌های آموزشی شرکت درسان طب پارس شرکت نموده‌اند می‌توانند در کیس‌های Advanced و پیچیده، با اساتید متخصص و با تجربه‌ی مرکز بطور رایگان مشاوره نمایند.





الماس دندان ایرانیان

MOZOGRAU®

IMPLANTES DENTALES

Feel The Future

۲۰ سال سابقه ی جهانی

جهت کسب اطلاع از
جزئیات سفرهای علمی
تفریحی، کلاس های
آموزشی و یا افذ
نماینده گی در شهرستان
های کشور؛ با این
شرکت تماس حاصل
فرمایید.



تور علمی تفریحی اسپانیا
۲روز در پاریس + ۲ روز مادرید + ۲ روز
دوره ی آموزشی در دانشگاه والادولید
۳۰ عدد فیکسچر + ست جراحی
مبلغ : ۱۲۶،۰۰۰،۰۰۰ + ۲۰۰۰ یورو

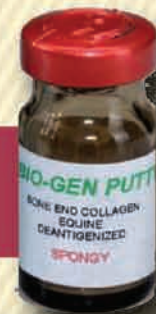
Made In Spain



MARIOTTI

Made In Italy

B OTECK



Made In Finland

LM

feel the
fference



دفتر و نمایشگاه دائمی : تهران، خیابان کارگر شمالی، خیابان

چهارم، پلاک ۳۸، واحد ۳

تلفکس : ۸۸۳۵۴۱۸۲ - ۸۸۳۵۳۱۳۵

www.almasdandan.com

info2@almasdandan.com



دندانپزشک

آموزشی، پژوهشی، تحلیلی و اطلاع رسانی در زمینه دندانپزشکی

سال دوم ■ شماره ۶ ■ آبان و آذر ماه ۱۳۹۳

فهرست مطالب

- ۱۲..... سرمقاله
- ۱۳..... گزارش (گزارش عملکرد...)
- ۱۴..... گزارش (آنتی بیوتیک و مسکن...)
- ۱۶..... خبر
- ۲۴... مقاله (بررسی اثر درجه تقارب...)
- ۲۹..... مقاله (پروتز ترکیبی...)
- ۳۳..... مقاله (مقایسه اثر مقادیر بالای...)
- ۳۹..... مقاله (ارزیابی دیدگاه...)
- ۴۳.. مقاله (نکته درباره استفاده از...)
- ۴۶..... گفتگو (محمد ابراهیم ذاکر...)
- ۵۰.. مقاله (تومیه های کلینیکی برای...)
- ۵۲.. مقاله (خواهش پریمیوم...)
- ۵۶... نکته (شیوه برخورد با شکایات...)
- ۵۸..... خواندنی (سراب ارتودنسی)
- ۶۲.. خواندنی (آسیب شناسی آتروفی...)
- ۶۴..... برندهای برتر دندانپزشکی
- ۶۵..... محصولات برتر دندانپزشکی
- ۶۶..... شعر طنز / فرم اشتراک

■ صاحب امتیاز و سردبیر: دکتر شعبانعلی کوهستانی

■ مدیر مسئول: دکتر فاطمه درویش

■ هیئت تحریریه و مشاوران علمی: دکتر محمدرضا کریمی، دکتر غلامرضا اصفهانی زاده، دکتر احسان زاهدی، دکتر امید مقدس

■ طراحی و صفحه آرایی: مونا قهاری

■ تایپ و حروفچینی: لیلیا پور حسین

■ لیتوگرافی: طرح و رنگ

■ چاپ: آریا (خیابان ظهیرالاسلام، ترسیده به سقاخانه، پلاک ۱۴۶ -
تلفن: ۳۳۹۳۲۳۹۶)

■ آدرس: تهران - خیابان کارگر شمالی - خیابان نصرت، ترسیده به دکتر قریب -
پلاک ۱۴۰ - واحد ۱۹ - صندوق پستی: ۴۴۳-۱۴۱۹۵
■ تلفن: ۰۲۱-۷۷۵۱۳۳۲۳ ■ تلفکس: ۰۲۱-۶۶۹۴۹۱۵۲

■ دندانپزشک نشریه ای مستقل است و به هیچ حزب و گروهی وابسته نیست.

■ چاپ مقالات در نشریه به معنای تأیید از طرف نشریه نبوده و مسئولیت و صحت و
سقم آن بر عهده نگارنده می باشد.

■ مطالب و نوشته های خود را جهت چاپ در نشریه به آدرس دفتر نشریه
ارسال نمایید.

اگر متخصص باشد؛ دندان‌پزشکان عمومی حق ارتودنسی ندارند!



بیان شده است:

«هزینه ارتودنسی به همکاران دندانپزشک عمومی فقط در شهرستان‌هایی که متخصص ارتودنسی نیست پرداخت می‌گردد.»

این گونه نگارش آیین نامه اجرایی نشان دهنده یک تصور نادرست، در درک توانایی علم و دانش می‌باشد. عده‌ای برای داشتن مطب پررونق و درآمدهای کلان، درگاه علم و دانش را تخطئه کرده، تا به مقاصد مالی با حذف مکانیکی دندانپزشکان عمومی دست یابند. ملاک توانایی علمی و حقوقی که در تمام دنیا دندانپزشکان عمومی دارند متأسفانه در کشور ما برای حفظ منافع عده‌ای، بر آن خط بطلان کشیده شده است.

دندانپزشک عمومی می‌تواند ارتودنسی انجام دهد و در قبال درمان خود پاسخگو باشد. اگر اینچنین رویه‌ای در کشور در خصوص تعرفه درمان ارتودنسی اعمال شود هیچ چاره‌ای نیست جزء بر ملا کردن عواملی که صرفاً با مقاصد مالی چنین تصمیمی گرفته اند و در آن، آنچه مطرح نیست مبانی علمی است که عموماً به طور کاذب به آن متوسل می‌شوند. ما مدت‌ها بود در مورد «ارتودنسی» سکوت کردیم ولی امروز اعتراضات خود را تا حصول به نتیجه‌ای عدالت محور با ارسال طومار و آغاز اقدامات اعتراضی ادامه خواهیم داد.

باید دید چه کسانی از کدام مرجع و نهاد این توافق نامه بیمه‌ای را امضا کردند، نام دندانپزشکانی که این توافق نامه را امضا کرده‌اند و انجمنی که به آن وابسته‌اند بزودی اعلام خواهیم کرد. اعتراض به بی‌عدالتی حق ماست. ما برای خدمت به مردم آموخته‌ایم. دندانپزشکان عمومی از هر طریق می‌توانند دانش خود را ارتقا دهند. ما برای احقاق حق خود ایستاده‌ایم.

دکتر مهتاب نوری رئیس انجمن ارتودنسیست‌های ایران در حاشیه برگزاری دوازدهمین کنگره بین المللی انجمن ارتودنسیست‌های ایران که در هتل المپیک تهران برگزار شد، بیان داشت: باید پرسنلی برای آموزش و پیشگیری در نظام سلامت در نظر گرفته شود تا در قالب شبکه‌های بهداشتی به عنوان نیروی حد وسط برای ارتقا سلامت افراد مشغول به کار شوند.

در حالی که مدیران اجرایی این کنگره تلاش دارند با جلب نظر دندان‌پزشکان عمومی جهت شرکت در این کنگره بر شکوه کنگره «تخصصی» خود بیافزایند، رسانه‌ای شدن تعرفه خدمات ارتودنسی بیمه‌های تکمیلی در سال ۹۳، بار دیگر از اختلاف دیرینه دندان‌پزشکان عمومی و متخصص بر سر درمان‌های ارتودنسی پرده برداشت.

بر اساس آیین‌نامه مربوطه دندان‌پزشکان عمومی تنها در شهرهای فاقد متخصص ارتودنسی، حق انجام درمان‌های ارتودنسی را دارند.

در پی اعتراض انجمن دندانپزشکان عمومی ایران به تصویب غیر اصولی و خلاف مصالح حرفه‌ای، صنفی و حقوق مسلم اعطاء حق بیمه تکمیلی ایمپلنت به دندانپزشکان عمومی، شاهد بوده‌ایم که همزمان با این اقدام در بخش ارتودنسی نیز همین اجحاف تأسف بار به دندانپزشکان عمومی وارد گردیده است.

در بخش ارتودنسی، دندانپزشک عمومی از درمان ارتودنسی حذف شده و با این اقدام حقوق علمی و حرفه‌ای وی مخدوش گردیده است و در واقع به خوابی که مدت‌ها برای حذف دندانپزشک عمومی از درمان ارتودنسی دیده شده بود، اقدام شده است. در تعرفه ارتودنسی بیمه‌های تکمیلی شرایط پرداخت هزینه به بیمار اینطور



گزارش عملکرد یک ساله دانشکده دندان پزشکی تهران

دکتر بیات در ادامه گفت: جلسه تودیع و معارفه مدیران گروه‌ها در مرداد ۹۳ و همچنین کمیته جذب تشکیل و جلسات ارتقاء به صورت منظم در حوزه فرهنگی برگزار شد.

وی در ادامه به پذیرش ۹ دستیار پس از شرکت در سی‌امین آزمون دانشنامه تخصصی در دانشکده دندان پزشکی

دانشگاه علوم پزشکی تهران و ۸ دستیار پذیرفته شده در سایر دانشکده‌ها اشاره کرد.

وی با بیان اینکه آموزشکده پروتزه‌های دندانی در حال حاضر ۱۱۰ دانشجوی دوره کارشناسی پیوسته و ناپیوسته دوره رشته پروتز و حدود ۲۰ تا ۲۴ دانشجوی مقطع دکتری عمومی همچنین ۲ دانشجوی مقطع PhD را دارد گفت: آموزشکده محل برگزاری آزمون‌های که دانشکده دندان پزشکی مجری برگزاری آنهاست و مسئله اصلی در کمبود نیروی هیات علمی است. رئیس دانشکده دندان پزشکی گفت: سی‌امین آزمون دانشنامه تخصصی دندان پزشکی در شهریور ۹۳ در دانشکده دندان پزشکی برگزار شد و به لحاظ کیفیت برگزاری آزمون و سلامت آزمون نسبت به سال‌های گذشته بهتر بود و همچنین امسال برای اولین بار تعداد پذیرفته شدگان در ۸ رشته تخصصی به طور کل ۱۷ نفر بوده است.

دکتر بیات در ادامه به راه‌اندازی بخش جراحی فک و صورت و امکانات و تجهیزات در بیمارستان سینا، مرکز طبی کودکان، بیمارستان شریعتی و انسیتوکانس اشاره کرد.

در حوزه پژوهش نیز به علم سنجی، بررسی مقالات، بهینه سازی فضای کتابخانه، راه‌اندازی قرائتخانه پردیس شماره یک، همکاری و حل مشکلات

رئیس دانشکده دندان پزشکی تهران، در نشست مشترک هیات‌رئیس دانشگاه علوم پزشکی تهران و مدیران این دانشکده، گزارش عملکرد یک ساله این دانشکده را ارائه کرد.

دکتر محمد بیات در این جلسه که در روز ۲۷ مهرماه ۹۳ برگزار شد، اظهار امیدواری کرد تا چند سال آینده اولین ایمپلنت ایرانی با آرم دانشگاه علوم پزشکی تهران تولید و عرضه شود.

در این جلسه که حدود سه ساعته و نیم در اتاق شورای دانشکده دندان پزشکی برگزار شد دکتر محمد بیات رئیس دانشکده گزارشی از عملکرد توسعه دوره ۱۰ ماه دانشکده را بیان کرد.

وی در حوزه آموزش به برنامه‌ریزی‌های نظام ارزشیابی در ۳ گروه، نوع و نحوه ارزشیابی، آموزش از راه دور، دوره‌های دانشجویان تحصیلات تکمیلی، دوره‌های PhD و فلوشیپ و مسترشپ اشاره کرد.

دکتر بیات افزود: دانشکده از سال گذشته کوریکولوم جدید آموزشی و کارگاه‌های مربوطه، همچنین کلاس‌ها و دوره‌های آموزش مجازی و معرفی نمایندگان گروه‌های آموزشی را آغاز کرد.

دکتر بیات تأسیس کلاس‌های درسی، حضور و غیاب الکترونیک، تجهیز ۶ کلاس به کمک دکتر خردمند برای دانشجویان بین‌الملل و همچنین تکمیل اتاق اساتید و سیستم سمعی بصری مناسب در دانشکده پردیس یک را بیان کرد.

آنتی‌بیوتیک و مسکن پرفروش‌ترین داروها در سال ۹۲

در تمامی کشورهای پیشرفته دنیا، تهیه اطلاعات دارویی فقط برای نمایش آن‌ها نیست، بلکه هشداری جدی به مسئولان درمانی از طرف داروسازان و تیم‌های دارویی است که چه اتفاقی در فضای درمانی مردم آن کشور در حال وقوع است.

زهرا رحیمی

دکتر شهید زمانی، عضو هیات مدیره انجمن داروسازان تهران در با اشاره به اینکه سال‌ها قبل در جلسه‌ای با حضور مدیران یک شرکت خارجی تولیدکننده انسولین که بازار دارویی ایران را رصد کرده بودند، سونامی دیابت در سال‌های ۹۲ به بعد را پیش‌بینی کردند؛ اظهار داشت: «مصرف بالای داروهای متفورمین و گلی بن کلامید در آمارنامه دارویی سال ۱۳۹۲، هشداری جدی به مسئولان بهداشتی کشور است و این سوال را مطرح می‌کند که برنامه عملی مسئولان امر چه خواهد بود.»

وی افزود: «همین آمارنامه سال ۹۲ نشان می‌دهد که نداشتن برنامه عملی برای تغییر شیوه زندگی مردم ایران، به‌خصوص در جوامع شهری باعث شده که سومین دارو از لحاظ فروش عددی آنتروستاتین باشد که برای کاهش کلسترول و پیشگیری از بیماری‌های قلبی-عروقی تجویز می‌شود.»

هجوم به داروهای ضدچاقی

وی با بیان اینکه در حال حاضر در یک مطالعه بالینی نشان داده شده که بیش از ۶۰ درصد افراد بالای ۲۰ سال شهر تهران دچار چاقی یا اضافه وزن هستند، ادامه داد: «یعنی از هر ۳ نفر، ۲ نفر به چاقی مبتلا هستند و این همان نگرانی از شروع طوفان وار دیابت، به‌خصوص دیابت نوع دوم است و شاید رو آوردن مردم به داروهای کاهنده وزن، خود نشان‌دهنده این است که افراد مبتلا به چاقی و عوارض این بیماری با مصرف داروی زینکال به‌دنبال لاغری و به ظاهر درمان بیماری خود

پژوهشکده، مرکز رشد همچنین به طرح سلامت محور در ۴ گروه سنی و طرح محصول محور برای تولید داخلی ایمپلنت به لحاظ مطالعات علمی و تحقیقاتی اشاره کرد.

وی افزود: پیش‌بینی می‌شود تا چند سال آینده اولین ایمپلنت ایرانی با آرم دانشگاه علوم پزشکی تهران تولید و عرضه گردد.

دکتر بیات در حوزه درمان به توافق‌نامه صورت گرفته برای یک بیمارستان دندانپزشکی و کسب موافقت اصولی آن و اینکه این طرح نیز با تاسیس درمانگاهی در منطقه ۶ تهران و همچنین مشکلات مربوط به عدم فضای فیزیکی ساختمان درمانی و مشکلات حاصل از آن برای اساتید، دانشجویان و بیماران اشاره کرد.

در حوزه بین‌الملل برگزاری کلاس‌های زبان برای کارکنان و اساتید و همچنین طراحی وبسایت انگلیسی دانشکده، و بازدیدهای دانشگاه‌های خارج از کشور از دانشکده دندانپزشکی اشاره کرد.

در حوزه دانشجویی به اردوها، کلاس‌ها، کارگاه‌ها برگزار می‌شود و مسابقات علمی، جلسات تفسیر قرآن، کانون مهریار و سایر مسائل اشاره کرد. در حوزه پشتیبانی به تدوین استانداردهای فیزیکی، انعقاد قرارداد خرید نرم افزار سیستم جامع مدیریت اطلاعات دندانپزشکی، سازماندهی انبار دانشکده با استفاده از نرم افزار نجات ۲ اشاره کرد.

در پایان نیز به محاسبه بهای تمام شده هر دانشجو از زمان ورود تا پایان دوره تحصیلی، تشکیل کمیته خرید تجهیزات، نظام مند نمودن و اصلاح فرآیند خرید کالا و خدمات مطابق با استانداردها، روابط عمومی برتر در تابستان ۹۳ و همچنین چالش‌های پیش رو دانشکده دندانپزشکی اشاره کرد.

هستند. این وضعیت هشدار برای متولیان بخش بهداشت و درمان ماست و اقدام فوری را می‌طلبد.»

معاون بازرگانی شرکت پخش فردوس در ادامه با بیان اینکه کلوییدوگرل در رده هفتم است، تصریح کرد: «این مسئله نشان‌دهنده آن است که تصور ما درباره شیوه نادرست زندگی و رژیم غلط تغذیه‌ای؛ بی‌حرکی و سونامی دیابت، چاقی و در نهایت بیماری‌های قلبی-عروقی درست بوده و همان‌طور که همکاران متخصص قلب و عروق در مورد سن سکتته قلبی مرز ۳۰ سالگی را هشدار داده‌اند، آمارنامه دارویی هم به‌طور شاخص این نگرانی را تأیید می‌کند.»

هشدار در مورد عفونت‌های مقاوم

وی با تأکید بر اینکه آمار نامه یک نکته نگران‌کننده در مورد آنتی‌بیوتیک‌ها دارد، گفت: «مصرف این دسته داروها در ایران بالاست اما آمارنامه سال ۱۳۹۲ نگرانی جدیدی ایجاد کرده که اگر آنتی‌بیوتیکی مانند آموکسی سیلین و کوآموکسی کلاو یا حتی سفالسپورین نسل سومی مثل سفیکسیم در ایران پرمصرف است، نه‌تنها خطری برای سلامت مردم ایران به‌عنوان مقاومت دارویی مطرح است، بلکه امکان گسترش باکتری‌های مقاوم به سایر مناطق دنیا را نیز در پی دارد. خطر جدید دیگر، مصرف بالای آنتی‌بیوتیکی مانند آزیترومایسین است که می‌تواند سوش‌های مقاوم در میان استرپتوکوک و کلامیدیا ایجاد کند که چنین وضعیتی مشکل حادی در حوزه سلامت خواهد بود.»

وی خاطرنشان کرد: «به‌طور حتم حوزه خبری باید برنامه‌های مسئولان بهداشت و درمان کشور را در این زمینه بدانند تا علاوه بر هشدار به پزشکان و داروسازان، سطح آگاهی عمومی جامعه در مورد این مسئله، که تهدید مهمی برای سلامت ملی است را افزایش دهد.»

به گفته این دکترای داروسازی، نگرانی این است که اگر عفونت‌های مقاوم به درمان در جامعه شیوع پیدا کنند از چه آنتی‌بیوتیکی باید استفاده کرد که اگر همچنین آنتی‌بیوتیکی در دسترس باشد، بی‌شک گران قیمت و پرعارضه خواهد بود.

دکتر زمانی با اشاره به اینکه نکته هشداردهنده در آمارنامه، بالا بودن میزان مصرف ویال آنتی‌بیوتیک ایمی‌پنم-سیلاستاتین است، اذعان داشت:

«برخلاف آنتی‌بیوتیک‌های خوراکی که داروسازان را به‌عنوان فروشندگان بدون نسخه این داروها، بدون هیچ دلیل و آماری در جایگاه متهمان قرار می‌دهد، این داروی تزریقی صرفاً در بیمارستان نسخه می‌شود و بی‌شک مصرف بالای آن دلایل دیگری دارد.»

عضو هیات مدیره انجمن داروسازان تهران، اعلام کرد: «باید بدانیم که وضعیت بهداشتی در بیمارستان‌ها، شیوع عفونت‌های بیمارستانی و عوارض بعد از جراحی چه تغییری داشته که این آنتی‌بیوتیک رده آخر به‌عنوان اولین دارو انتخاب می‌شود و جایگزین بسیاری از آنتی‌بیوتیک‌های متداول شده است. این آمار هشدار برای همه مسئولان است، زیرا مقاومت میکروبی به این دارو خطری فراتر از موارد قبلی است و بی‌شک سوش‌های مقاوم به این آنتی‌بیوتیک‌ها، بیماران بستری در بیمارستان‌ها را که دچار ضعف سیستم ایمنی و عوارض آن هستند، ناتوان و بدون دفاع راهی گورستان خواهند کرد.» وی تهیه آمارنامه دارویی را یکی از اقدامات مهم و ارزشمند وزارت بهداشت و درمان دانست و پیشنهاد کرد: «به نظر می‌رسد که می‌توان از آن در برنامه ریزی‌های راهبردی سلامت در جامعه بیشتر استفاده کرد.»

بالا رفتن سرانه مصرف داروها

در ادامه دکتر اکبر منصوری، مدیرعامل شرکت داروسازی ابوریحان با بیان اینکه وقتی صحبت از میزان مصرف بالای سرانه دارو در کشور است، منظور داروهای تخصصی نیست، گفت: «نه بیمار و نه پزشک بدون در نظر گرفتن دستورالعمل‌های معتبر و به‌طور خودسرانه اقدام به مصرف و تجویز داروهای تخصصی نمی‌کند.»

وی با اشاره به اینکه آنچه مدنظر بوده و تحت‌عنوان پرفروش‌ترین‌ها در بازار دارویی مطرح می‌شود داروهای «عام» است، افزود: «یک تعداد داروهای غیرنسخه‌ای (OTC) در این گروه دارویی قرار می‌گیرند که مصرف آن‌ها در جامعه ایران متداول بوده که از آن جمله می‌توان به انواع آنتی‌بیوتیک‌ها اشاره کرد.»

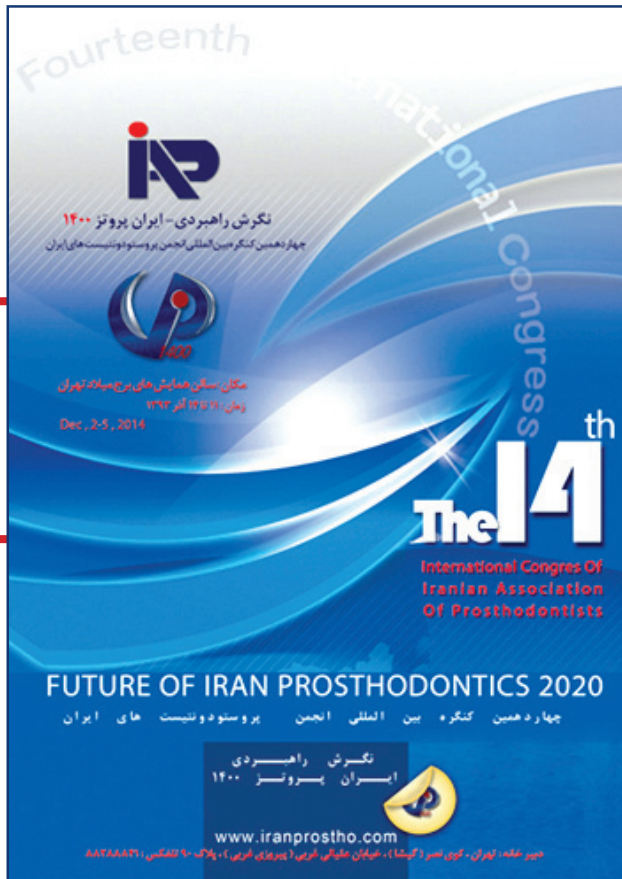
وی آموکسی سیلین، مسکن‌ها و آنتی‌هیستامین را به ترتیب پرفروش‌ترین و محبوب‌ترین داروهای غیرنسخه‌ای ایران عنوان کرد و گفت: «مصرف خود سرانه این داروها باید بیشتر مورد توجه مسئولان قرار گیرد؛ زیرا در اغلب موارد نه‌تنها استفاده از آن‌ها ضرورتی برای افراد ندارد، بلکه ممکن است یک چرخه درمانی ناقص را در بیمار ایجاد کند.»

دکتر منصوری با تأکید بر اینکه برخی از داروهای غیرنسخه‌ای نباید به راحتی در اختیار افراد قرار گیرند، بیان داشت: «اغلب افراد مصرف‌کننده برای کاهش هزینه‌های درمانی اقدام به مصرف خودسرانه این نوع داروها می‌کنند و اگر داروسازان مقاومتی در خصوص عدم ارائه این گونه داروها نشان دهند با این پاسخ مواجه می‌شوند که در صورت مراجعه به پزشک نیز همین دارو برایمان تجویز می‌شد.»

وی افزود: «باید سیاست‌هایی اتخاذ شود تا آنتی‌بیوتیک‌هایی مثل آموکسی سیلین که مصرف‌کننده بالایی دارد با کنترل بیشتر و قیمتی متفاوت در اختیار متقاضیان قرار داده شود.»

به گفته این دکترای داروسازی، باید برای داروهای عام که به صورت غیرنسخه‌ای در اختیار افراد قرار داده می‌شود قیمت بیشتری در نظر گرفته شود تا سهولت تهیه و دردسترس قرار گرفتن آن حذف شود.





چهاردهمین کنگره انجمن پروستودنتیست‌های ایران (آذر ۹۳)

- محور: نگرش راهبردی - ایران ۱۴۰۰
- زمان: ۱۴-۱۱ آذر ۹۳
- مکان: مرکز همایش‌های برج میلاد تهران
- رییس کنگره: دکتر فرامرز علایی
- سایت کنگره: www.iranprostho.com

شرکت الماس رویان پارس همزمان با چهاردهمین کنگره علمی انجمن پروستودنتیست‌های ایران، دومین سمپوزیوم ایران-آمریکا را برگزار می‌کند.

پیام رییس کنگره:

با درود و سلام به کلیه همکاران عزیز، اینجانب دکتر فرامرز علایی به عنوان رئیس چهاردهمین کنگره علمی انجمن تخصصی پروستودنتیست‌های ایران، امیدوارم با استعانت از ذات مقدس آفریدگار، همت و کوشش بی‌دریغ شورای محترم برگزاری و کمک یکایک همکاران متخصص و دندانپزشک گرامی کنگره‌ای در خور جامعه دندانپزشکی کشور برگزار نمایم. تلاش گردیده است تا کمیته برگزاری کنگره چهاردهم را کسانی تشکیل دهند که در جهت اعتلای حرفه دندانپزشکی بویژه رشته پروتزهای دندانی چه در زمینه امور درمانی و چه در عرصه آموزش و پژوهش برای میهن و مردم شریفمان خدمات ارزنده‌ای را تاکنون انجام داده‌اند.

اکنون که مفتخرم سرپرستی یکی از بزرگ‌ترین گردهمایی‌های علمی کشور را بر عهده دارم، بر خود واجب می‌دانم که قدمی در حد بضاعت خود و گروه برگزار کننده در راستای تعالی هر چه بیشتر این حرفه گرانقدر بردارم. جهت پیشبرد این وظیفه بر آن شدیم که چشم انداز سده آینده علم پروتزهای دندانی را در کشور مورد تحقیق و کاوش قرار دهیم. از همین رو عنوان اصلی کنگره «پروتز ایران ۱۴۰۰» انتخاب گردید.

در این کنگره بر آنیم که در کنار بحث و بررسی تازه‌های علم پروتزهای دندانی و کاربردهای کلینیکی دانش و تکنولوژی‌های نوین، آینده این علم را در کشورمان مورد ارزیابی قرار دهیم. بلکه بتوان به ترسیم دورنمای پروتزهای دندانی در مملکت دست یافت. به این ترتیب تلاش خواهیم کرد تا همگام با رشد غیرقابل انکار علم در جهان، سهمی سزاوار جامعه

دندانپزشکی کشور در عرصه علم و دانش کسب نماییم. در راستای هر چه پربارتر برگزاری این کنگره از همه اساتید داخل کشور و همچنین از چندین دانشمند خارجی دعوت بعمل می‌آوریم. امید است که با کمک همه شما عزیزان بتوانیم در انجام این مسئولیت سنگین موفق عمل نمایم.

با آرزوی سربلندی روزافزون میهنمان ایران
دکتر فرامرز علایی
رئیس چهاردهمین کنگره انجمن علمی پروستودنتیست‌های ایران

پیام دبیر اجرایی کنگره:

با یاد هستی آفرین کنگره چهاردهم انجمن تخصصی پروستودنتیست‌های ایران در راه است. بسیار مایه افتخار است که در به ثمر رساندن این رویداد مهم در خدمت جامعه دندانپزشکی ایران هستیم. بر همه عزیزان عیان است که تدارک و فراهم کردن بستر اجرایی یک کنگره علمی مستلزم تلاش بی‌وقفه و



برنامه ریزی دقیق و منسجم می‌باشد. از آنجا که کنگره‌های سالیانه انجمن تخصصی پروستودونتیستهای ایران همواره از استقبال گرم و پرشور همکاران دندانپزشک برخوردار بوده است، انجام این وظیفه خطیر عزم جدی و همت عالی طلب می‌کند. من و گروه اجرایی کنگره چهارم هم برآنیم که با یاری پروردگار و پشتیبانی مثال زدنی شما همکاران محترم، کنگره‌ای در خور نام بلند مرتبه کشور عزیزمان ایران و همینطورشان والای جامعه دندانپزشکی کشور برگزار کنیم. در این راه دست یاری به سوی همه شما عزیزان پیش آورده و منتظر رهنمودهای سازنده همه اساتید و همکاران هستیم. نظر به اینکه با توجه به استقبال شایان تقدیر دندانپزشکان از کنگره‌های قبلی انجمن پروتز همواره کمبود فضای مناسب جهت برگزاری کنگره‌های قبلی مورد انتقاد قرار می‌گرفته است. به همین لحاظ کنگره چهارم هم آذر ماه امسال در محل همایش‌های بین‌المللی برج میلاد برگزار می‌شود که این امر برای اولین بار برای یک کنگره تخصصی در کشور اتفاق می‌افتد. امکانات سمعی بصری پیشرفته و فضاهای مطلوب‌تر برگزاری سمینارها از یک طرف و از طرف دیگر امکان برپایی هر چه بهتر نمایشگاه تجهیزات و مواد دندانپزشکی در این انتخاب مؤثر واقع شدند.

هدف ما برگزاری هر چه پر بارتر این کنگره می‌باشد و امیدواریم در این امر خطیر سرفراز باشیم.

به امید دیدار شما در کنگره چهاردهم

دکتر سینا نواب

دبیر اجرایی چهاردهمین کنگره انجمن علمی پروستودونتیستهای ایران

پنجاه و پنجمین کنگره انجمن دندان پزشکی ایران (اردیبهشت ۹۴)

- محور کنگره: مدیریت درمان (حفاظت بیمار و دندان‌پزشک)
- زمان کنگره: ۲۵-۲۲ اردیبهشت ۹۴
- مکان کنگره: مرکز همایش‌های برج میلاد تهران
- رییس کنگره: دکتر محمود عاقل
- سایت کنگره: www.ida-dent.com

پیام رییس کنگره ۵۵:

«در جهان یک فضیلت وجود دارد آن آگاهی است و تنها یک گناه آنهم جهل است»

با سلام و عرض ادب و تشکر از اساتید بزرگوار، پیشکسوتان و همکاران عزیز.

اولین کنگره جامعه دندان پزشکی ایران در تابستان ۱۳۴۲ در دانشگاه تهران با ریاست استاد بزرگوار زنده یاد جناب آقای دکتر فریدون فرزین برگزار شد.

بیست و پنجمین کنگره (ربع قرن) جامعه دندان پزشکی ایران در تابستان ۱۳۶۶ در تهران هتل هما با ریاست استاد بزرگوار جناب آقای دکتر رسید رسول رسولی برگزار شد.

پنجاهمین کنگره (نیم قرن) انجمن دندان پزشکی ایران در بهار سال ۱۳۹۰ در برج میلاد به ریاست استاد بزرگوار جناب آقای دکتر جعفر دامنش برگزار شد.

و امروز شاهد پنجاه و پنجمین کنگره بین‌المللی سالانه انجمن دندان پزشکی ایران همراه با سمپوزیوم شاخه آسیا - اقیانوسیه فدراسیون جهانی لیزر در دندان پزشکی همزمان با نمایشگاه مواد و تجهیزات با شرکت کمپانی‌های تولید کننده داخلی و خارجی در فضائی مناسب هستیم.

کنگره‌های علمی فضائی است برای تقابل آراء، افکار و نظرات همکاران که خود باعث رشد و اعتلای دانش علمی پژوهشی دندان پزشکی شده، که نتیجه آن در سلامت و بهداشت جامعه اثر گذار خواهد بود.

برای رسیدن به این مطلوب، حضور شما همکاران عزیز را طلب می‌کند، بیاینیم با شرکت در این گردهمایی بزرگ علمی سهم خود را در رشد و بالندگی علمی، حرفه‌ای به نمایش بگذاریم.

افتخاریست برای ما که با همراهی و همفکری هیات‌مدیره محترم، همکاران در شورای سیاستگذاری و شورای برگزاری در تاریخ بیست و دوم تا بیست و پنجم اردیبهشت ۱۳۹۴ در مرکز همایش‌های برج میلاد میزبان شما باشیم.



www.ida-dent.ir

پنجاه و پنجمین کنگره بین‌المللی

سالانه انجمن دندان پزشکی ایران

55th Annual International Congress of Iranian Dental Association

مدیریت درمان

(حفاظت بیمار و دندانپزشک)

Treatment Management (Protection for patient & Dentist)

WFLD

انجمن علمی پروستودونتیستهای ایران

اردیبهشت ۱۳۹۴

۲۵-۲۲

Milad Tower Convention Center

12-15 May 2015

Tehran - Iran

هفتمین کنگره انجمن رادیولوژی دهان فک و صورت ایران (بهمن ۹۳)

- زمان: ۱۷-۱۵ بهمن ۹۳
- مکان: هتل المپیک تهران
- رییس کنگره: دکتر مهرداد پنج نوش
- سایت کنگره: www.iaomfr.com
- آدرس دبیر خانه: گیشا (کوی نصر)، پیروزی غربی، پلاک ۹۰، طبقه همکف- کد پستی ۱۴۴۷۷- تلفکس: ۸۲۴۷۸۶۹

پیام رییس کنگره:

با استعانت از خداوند منان هفتمین کنگره رادیولوژی دهان، فک و صورت با همت و تلاش همکاران گرامی این رشته در بهمن ماه سال ۱۳۹۳ در روزهای پانزدهم تا هفدهم در هتل المپیک تهران برگزار خواهد شد. این کنگره با تم رادیولوژی دهان، فک و صورت راهی از تاریکی به روشنایی برای تشخیص بهتر و با هدف ارائه جدیدترین دست آوردهای علوم تصویربرداری در حیطه دهان، فک و صورت و تبادل اطلاعات و تجربیات بین متخصصین این رشته و رشته‌های مرتبط راهی را از تاریکی به روشنایی تشخیص خواهد پیمود. از نکات قابل توجه این کنگره دعوت از اساتید بنام داخلی و خارجی برای ارائه سخنرانی و برگزاری کلاس‌های اختصاصی آموزشی و همچنین برگزاری نمایشگاه جدیدترین تجهیزات علوم تصویربرداری و دندانپزشکی خواهد بود که امید است با حضور گرم و پر شور همکاران دندانپزشک، متخصصین در گروه‌های تخصصی مرتبط و دانشجویان و دستیاران، قدمی هرچند کوچک در جهت اهداف عالی این رشته و افزودن به غنای علمی همکاران برداشته شود. لذا اینجانب به نمایندگی از همکاران عزیز در کمیته‌های علمی و اجرایی، از تمامی اساتید، دندانپزشکان، همکاران و دانشجویان گرامی جهت حضور و فعالیت در این کنگره دعوت بعمل می‌آورم. حضور شما عزیزان سبب افزودن به غنای علمی و روح همکاری و تشریک مساعی هر چه بیشتر

باشد که بتوانیم کنگره‌ای در شان شما همکاران، در جامعه دندان پزشکی کشور عزیزمان ایران برگزار کنیم.

دکتر محمود عاقل
رئیس کنگره ۵۵
پیام دبیر علمی کنگره ۵۵

پیام دبیر اجرایی کنگره:

سرعت رشد روز افزون علم، از جمله علم دندان پزشکی بحدی است که عقب ماندن از آن و نرسیدن به آن برای دندان پزشکی امروزی توجیهی ندارد، شاید بهترین راه برای بروز شدن دانش ما دندان پزشکان شرکت در چنین کنگره‌های علمی است.

برای من افتخاری بزرگ و مسئولیتی سنگین است که بعنوان دبیر علمی پنجاه و پنجمین کنگره بین المللی انجمن دندان پزشکی ایران که بزرگ‌ترین همایش دندان پزشکی و از بزرگ‌ترین اتفاقات سالانه علمی کشور است بتوانم به نحو مناسب فضای دندان پزشکی کشورمان را با آخرین تحولات روز جهان آشنا کنم.

بدین منظور با برنامه ریزی دقیق سعی در استفاده از دانش و تجربیات اساتید و محققین بنام برای انجام این گردهمایی بزرگ علمی خواهیم کرد. در این راستا با کلیه دانشکده‌های دندان پزشکی و آکادمی‌های علمی تماس‌های لازم گرفته شده و منتظر همکاری‌های بیشتر هستیم.

دکتر مهیار شهبازی مقدم
دبیر علمی کنگره ۵۵

شورای سیاستگذاری کنگره ۵۵:

- دکتر بیژن اخوان آذری رئیس هیئت مدیره انجمن دندان پزشکی ایران
- دکتر غلامرضا غرنوی نایب رئیس هیئت مدیره انجمن دندان پزشکی ایران
- دکتر بهزاد فرخ زاد دبیر اجرایی کنگره ۵۵
- دکتر محمود میران مدیر نمایشگاه کنگره ۵۵
- دکتر مهیار شهبازی مقدم دبیر علمی کنگره ۵۵
- دکتر عباس دلورانی امور مالی انجمن
- دکتر علی تاجرنیا قائم مقام کنگره ۵۵
- دکتر محمود عاقل رئیس کنگره ۵۵



سومین سمپوزیوم انجمن علمی پریودنتولوژی ایران (آذر ۹۳)

- محور همایش: ممبران‌ها، مواد پیوند استخوان و بازسازی انساج پریودنتال
- زمان: ۶-۷ آذر ۹۳
- مکان: همدان
- سایت همایش: www.perio.umsha.ac.ir



طبق روال چند سال اخیر انجمن پریودنتولوژی ایران کنگره‌های علمی این انجمن به صورت دوسالانه برگزار می‌شوند و در سال‌های میانی یک همایش علمی در قالب سمپوزیوم به میزبانی دانشکده دندان پزشکی یکی از شهرهای کشور برگزار می‌شود. سومین سمپوزیوم انجمن علمی پریودنتولوژی ایران در تاریخ ۶-۷ آذر ماه ۱۳۹۳ در همدان برگزار می‌شود. برای این برنامه علمی ۵ / ۹ امتیاز بازآموزی اختصاص یافته است.

سخنرانان همایش (به ترتیب برنامه سخنرانی):

دکتر علی اکبر خشخونژاد، دکتر احمد حائریان، دکتر رضا بیرنگ، دکتر محمد شاه‌ابویی، دکتر غلام‌علی غلامی، دکتر اردشیر لفظی، دکتر محمدرضا طالبی اردکانی، دکتر رضا عمید، دکتر حسن سمیاری، دکتر رضا عباس‌پور، دکتر مرتضی عشاق، دکتر مهدی کدخدازاده.

- تلفن تماس: ۰۸۱-۳۲۵۱۶۶۳۱

این کنگره و تداوم مسیر اعتلای دانش دندانپزشکی و رادیولوژی فک و صورت خواهد بود.

دکتر مهرداد پنج‌نوش

رییس هفتمین کنگره رادیولوژی دهان، فک و صورت

اطلاعات ثبت‌نام:

همکاران محترم از دو طریق زیر می‌توانند جهت ثبت نام در کنگره و بازآموزی، اقدام نمایند:

۱- پرداخت هزینه ثبت نام به حساب جاری شماره ۸۰۵-۲۰-۱۵۶۵۸۶-۱ بانک سامان شعبه پاسداران به نام دکتر شهریار شهاب و دکتر احمدرضا طلایی‌پور (انجمن رادیولوژی دهان، فک و صورت ایران) و ارسال فیش بانکی به دبیرخانه کنگره به نشانی: گیشا(کوی نصر) خیابان پیروزی غربی پلاک ۹۰ کد پستی ۱۴۴۷۷ و یا شماره فکس ۸۸۲۶۴۱۲۷

۲- ثبت نام در محل دبیرخانه کنگره به نشانی: گیشا(کوی نصر) خیابان پیروزی غربی(علیالی) پلاک ۹۰ طبقه همکف

هیات اجرایی کنگره هفتم:

رییس کنگره: دکتر مهرداد پنج‌نوش
دبیر اجرایی: دکتر احمد رضا طلایی‌پور
قائم مقام دبیر اجرایی: دکتر علی کاووسی
دبیر علمی: دکتر محمد امین توکلی
قائم مقام دبیر علمی: دکتر حوریه باشی زاده فخار
کمیته روابط بین الملل: دکتر شهریار شهاب، دکتر پگاه برونوش

کمیته انتشارات: دکتر یاسمن مهم کار خیر اندیش، دکتر فرزانه مساوات
کمیته سایت: دکتر مهدی نیکنامی، دکتر علی رضاردوخانی
کمیته نمایشگاه: دکتر علی کاووسی
کمیته ثبت نام: دکتر سیمین نیک‌نشان، دکتر الهیار نژادی
کمیته بازآموزی: دکتر مریم حافظی
کمیته سمعی بصری و IT: دکتر علیرضا اردوخانی، دکتر حسین مسافری

کمیته تشریفات: دکتر ساندرامهر علیزاده، دکتر مهکامه مشفق

کمیته پوستر: دکتر شیرین سخدری، دکتر هانیه نظری نیا

کمیته دانشجویی: دکتر ساناز شریفی
کمیته مالی: دکتر احمدرضا طلایی‌پور، دکتر شهریار شهاب، دکتر مهرداد پنج‌نوش

نظارت و پیگیری: دکتر ساناز شریفی

چهاردهمین کنگره پروتودنتیست های ایران

Fernando Rojas Vizcaya, DDS, MS, Prosthodontist
University of North Carolina, Chapel Hill, USA



۱۲-۱۱ آذر ۱۳۹۳ برج میلاد، سالن اصلی همایش
Dec.2-3.2014 - Milad Tower

تلفن ثبت نام

۰۲۱-۸۸۸۵۰۳۰۹ ۰۲۱-۸۸۸۵۰۳۵۶
۰۲۱-۸۸۸۵۰۳۵۲ ۰۲۱-۸۸۸۵۰۳۱۴



نهمین کنگره سالیانه انجمن دندان پزشکان عمومی ایران (IGDA)



- مکان کنگره: ۲۶-۲۳ دی ماه ۹۳
- زمان کنگره: مرکز همایش های برج میلاد تهران
- رییس کنگره: دکتر سیدکاظم نبوی نژاد
- محور اصلی کنگره: تکنیک برتر برای دندانپزشک، درمان بهتر برای بیمار

دومین سمپوزیوم زیبایی ایران امریکا (آذر ۹۳)

- همزمان با چهاردهمین کنگره انجمن پروتودنتیست های ایران
- زمان: ۱۲-۱۱ آذر ۹۳
- مکان: مرکز همایش های برج میلاد تهران
- برگزار کننده: شرکت الماس رویان

شرکت الماس رویان پارس همزمان با چهاردهمین کنگره علمی انجمن پروتودنتیست های ایران، دومین سمپوزیوم ایران-آمریکا را برگزار می کند.

مدرسین این دوره:

Dr. Aldo Leopardi, Colorado State University, USD.

Dr. Fernando Rojas, North Carolina University, USA.

برنامه این دوره به این نحو برگزار می شود:

روز اول: از ساعت ۹ الی ۱۷ در تاریخ ۱۱ آذر واقع در سالن اصلی همایش های برج میلاد

روز دوم: از ساعت ۱۵ الی ۲۰ در تاریخ ۱۲ آذر واقع در سالن اصلی همایش های برج میلاد

شایان ذکر است در صورت حضور در این دوره ۲۵ امتیاز بازآموزی به همراه Certificate از انجمن پروتز به شرکت کنندگان تعلق خواهد گرفت.



تحلیل وزیر بهداشت از مشکل بیمه‌ها برای پوشش خدمات دندان پزشکی



وزیر بهداشت گفت: در یکسال آینده شاهد اتفاقات خوبی در حوزه نیروی انسانی و مسائل رفاهی کارکنان خواهیم بود. به گزارش خبرگزاری مهر، دکتر سید حسن هاشمی در حاشیه

مراسم تکریم و معارفه معاون توسعه، مدیریت و منابع و در جمع خبرنگاران از اجرایی شدن بسته بهداشت و درمان دهان و دندان از سال آینده خبر داد و گفت: در صورت عدم توجه به بهداشت و درمان دهان و دندان، طرح تحول نظام سلامت ناقص خواهد ماند. وی افزود: در جلسات متعدد شورای سلامت دهان و دندان، تصمیمات خوبی به منظور ارائه و اجرای بسته بهداشت و درمان دهان و دندان گرفته شده است و امید است کمک‌ها و اعتباراتی از سوی مجلس و دولت برای اجرایی شدن این بسته از سال آینده داده شود. وی همچنین نبود اعتبارات و منابع برای بیمه‌ها را از عوامل عدم پوشش بیمه‌ای برای بیمارهای دهان و دندان بیان کرد و گفت: به منظور پوشش بیمه‌ای بیمارهای دهان و دندان، لازم است از سوی مجلس و دولت حمایت‌ها و اعتباراتی برای بهداشت و درمان دهان و دندان اختصاص یابد. به گفته هاشمی، در آینده نه چندان دور بهداشت و درمان دهان و دندان یکی از حلقه‌های زنجیره طرح تحول نظام سلامت خواهد شد.

نهمین کنگره سالیانه انجمن دندان پزشکان عمومی ایران از روز چهارشنبه ۲۴ دی‌ماه ۹۳ در مرکز همایش‌های برج میلاد تهران برگزار خواهد شد. برنامه پیش‌کنگه این همایش نیز روز ۲۳ دی‌ماه در همین مکان بر پا می‌شود. امسال اولین سالی است که کنگره این انجمن در مرکز همایش‌های برج میلاد برگزار می‌شود. پیش از این هتل المپیک تهران میزبان کنگره‌های سالیانه این انجمن بود. دلیل این جابجایی استقبال بیش از حد جامعه دندان پزشکی از این همایش سالیانه و محدودیت فضای اجرایی و نمایشگاهی هتل المپیک است. مدیران نهمین کنگره انجمن دندان پزشکان عمومی ایران برنامه‌های متعدد و البته متفاوتی را برای پیش‌کنگه امسال تدارک دیده‌اند که این برنامه را از روال معمول که شامل برنامه‌های بازآموزی است خارج می‌کند: یکی از برنامه‌های پیش‌کنگه امسال «هم‌اندیشی پیشگیری و بهداشت در دندان پزشکی» است که روز سه‌شنبه ۲۳ دی‌ماه در سالن اصلی مرکز همایش‌های برج میلاد برگزار می‌شود. فراخوان برگزاری این مراسم را می‌توانید در انتهای همین صفحه مطالعه کنید. برنامه «آموزش کنترل عفونت ویژه دستیاران دندان پزشکی» و «آموزش منشی‌گری مطب دندان پزشکی» از برنامه‌های کنگره نهم است. دندان پزشکان می‌توانند برای روزآمد کردن دانسته‌های دستیاران خود در زمینه کنترل عفونت و منشی‌گری، آنها را در این برنامه ثبت‌نام کنند.

جامعه پزشکی موقتا از ماده ۱۶۹ قانون مالیاتی معاف شد

سازمان نظام پزشکی کشور: پیرو اعتراض برخی از اعضای جامعه پزشکی نسبت به مصوبه سازمان امور مالیاتی کشور در رابطه به ملزم نمودن اعضای سازمان به ثبت فهرست معاملات فصلی (ماده ۱۶۹ مکرر) همانند سایر مشاغل و اعتراض سازمان نظام پزشکی جمهوری اسلامی ایران نسبت به این مصوبه به دلیل در نظر نگرفتن شأن و جایگاه جامعه خدمت پزشکی و عدم تطبیق خدمات پزشکی با معاملات سایر مشاغل ذکر شده در این قانون، دستور موقت مبنی بر توقف عملیات اجرایی تا تعیین تکلیف قطعی از طرف دیوان عدالت اداری صادر گردید. از کلیه همکاران در سراسر کشور انتظار می‌رود با در نظر گرفتن شئون و جایگاه رفیع جامعه پزشکی نسبت به ارائه اظهارنامه مالیاتی خود بر اساس صداقت و صحت طبق روال سال‌های قبل به صورت سالیانه اقدام بفرمایند.

شماره دادنامه: ۹۳-۹۹۸-۹۱۰-۳۰
شماره پرونده: ۹۳-۹۹۸-۹۱۰-۳۹۵۶
شماره یاگانی شعبه: ۹۳-۸۲۵
تاریخ تنظیم: ۱۳۹۳/۰۵/۲۸
پوست:



دیوان عدالت اداری
نوبه قضاییه
دادنامه

تاریخ رسیدگی: ۹۳/۵/۱۸ کلاس پرونده: ۸۲۵/۹۳/۱۴ شماره دادنامه: ۸۳۰
مرجع رسیدگی: شعبه ۱۴ دیوان عدالت اداری به تصدی رابین مرادی رئیس شعبه
شاهی: حجت‌الله عقیقی
طرف شکایت: سازمان امور مالیاتی کشور - اداره کل امور مالیاتی استان تهران
موضوع شکایت و خواسته: تقاضای صدور دستور موقت مبنی بر جلوگیری بند ۱-۵ دستورالعمل شماره ۱۳۹۳/۲۰/۱۳۷/۱۱۱۰ و بخشنامه‌های شماره ۱۳۵۹/۱۴۶/ش/۱۳۹۳ و ۹۳/۲/۱۴۰-۶/۲۳۴/۹۰۸۴ به اجرای تصمیم مذکور از ناحیه طرف مشتکی
گردشکار: شاهی با تقدیم دادخواستی به خواسته دستور موقت اظهار داشته که اجرای تصمیم مذکور از ناحیه طرف مشتکی عثت موجب ورود خسارت حیوان ناپذیر به نامبرده می‌گردد. لذا تقاضای صدور دستور موقت مبنی بر جلوگیری از اجرای آن را نموده است که دادخواست پس از ثبت به شماره ۳۹۵۶-۹۳/۵/۱۲ به این شعبه ارجاع گردیده. اینک شعبه در وقت فوق العاده با بررسی دلائل و مدارک شاهی به شرح آتی نسبت به تقاضای دستور موقت اتخاذ تصمیم می‌نماید.

قرارد قبول دستور موقت

با بررسی مفاد دادخواست شاهی و مفاد آن نظر به اینکه دستور العمل و بخشنامه‌های مذکور، شعر بر ارائه فهرست و صورت معاملات فصلی برای پزشکان میباشد که در صورت اجرای مفاد آن موجب ورود خسارت فراخیم می‌گردد لذا احراز فوریت و ضرورت امر مستندا به مواد ۳۴ و ۳۵ قانون تشکیلات آیین دادرسی دیوان عدالت اداری بموجب ۱۳۹۳ دستور موقت مبنی بر توقف عملیات اجرایی تا تعیین تکلیف قطعی شکایت صادر و اعلام میگردد. قرار صادره قطعی میباشد. ۱۶۱

رئیس شعبه ۱۴ دیوان عدالت اداری
رابین مرادی

شاهی: تهران - ضلع جنوبی پارک شهر - خیابان بهشت - دیوان عدالت اداری

تاریخ تنظیم: ۱۳۹۳/۰۵/۲۸
تاریخ ثبت: ۱۳۹۳/۰۵/۲۸
شماره ثبت: ۳۲۶۰

پیشنهاد وزیر بهداشت برای ایجاد سازمان مدیریت سلامت دهان و دندان



وزیر بهداشت گفت: باید به فکر فراهم کردن زیرساخت‌ها برای ایجاد یک سازمان مستقل مدیریت سلامت دهان و دندان باشیم.

دکتر سید حسن هاشمی در سومین جلسه شورای سلامت دهان و دندان که روز سوم آبان ۹۳ در ستاد مرکزی وزارت بهداشت برگزار شد، اعلام کرد: با توجه به اهمیت بهداشت دهان و دندان، باید به سمتی برویم که در حوزه آموزش، پژوهش، درمان و پیشگیری، سازمان مستقلی برای بیماریهای دهان و دندان ایجاد کنیم.

وی تاکید کرد: در حوزه اعتبارات سلامت دهان و دندان اگر بخواهیم حمایت دولت و مجلس را داشته باشیم، باید این حوزه را در قالب یک طرح جامع و در راستای طرح تحول سلامت تقویت کنیم.

وزیر بهداشت با اشاره به اینکه سلامت دهان و دندان می‌تواند یکی از حلقه‌های طرح تحول سلامت باشد، خاطرنشان کرد: ضروری است سال آینده بخش عمده تمرکز بر روی بخش سلامت دهان و دندان باشد و اعتبارات بیشتری را در این حوزه جذب کنیم تا بتوانیم اکثر خدمات حوزه بیماریهای دهان و دندان را تحت پوشش بیمه ببریم.

هاشمی همچنین تاکید کرد: از همین الان باید به فکر فراهم کردن زیرساخت‌ها برای ایجاد یک سازمان مستقل مدیریت سلامت دهان و دندان باشیم.

وزیر بهداشت با بیان اینکه سال آینده بسته بهداشت دهان و دندان برای آحاد مردم جامعه، در قالب طرح تحول سلامت، آماده اجرا خواهد بود، خاطرنشان کرد: فرصت ما برای تقویت این حوزه کم است و ساختار قبلی وزارت بهداشت که شامل دبیرخانه سلامت دهان و دندان بود، نمی‌تواند انتظارات ما را در حوزه سلامت دهان و دندان به طور کامل برآورده کند.

وی تاکید کرد: از این رو نگاه شورای سلامت دهان و دندان باید به گونه‌ای باشد که از دل آن یک سازمان مستقل مدیریت سلامت دهان

بررسی آزمون ملی دانش آموختگان دندان پزشکی خارج کشور در کمیسیون بهداشت مجلس



برگزاری آزمون علوم پایه پزشکی و مشکل دانشجویان دندانپزشکی روز ۲۷ مهرماه ۹۳، با حضور معاون آموزشی وزیر بهداشت، درمان و آموزش پزشکی در کمیسیون بهداشت مجلس بررسی شد.

محمدحسین قربانی سخنگوی این کمیسیون درباره جزئیات این جلسه به خبرنگار ایرنا گفت: وزارت علوم به تازگی سیاستی را برای برگزاری آزمون علوم پایه در نظر گرفته که مشکلات و نگرانی‌هایی را برای دانشجویان به وجود آورده است. وی با اشاره به حضور امیرحسین ضیایی معاون آموزشی این وزارتخانه در جلسه امروز کمیسیون بهداشت و درمان مجلس گفت: وزارت بهداشت این سیاست را مثبت و اقدامی در جهت ارتقای سطح علمی کشور می‌داند.

قربانی خاطر نشان کرد که برخی از اعضای این کمیسیون خواهان برگزاری آزمون جامع علوم پایه پزشکی به شیوه گذشته‌اند و برخی نیز بر این باورند که برگزاری این آزمون به صورت منطقه‌ای ممکن است در نتایج این آزمون‌ها اثرگذار باشد.

نماینده مردم آستانه اشرفیه در مجلس با یادآوری اینکه مسایل مرتبط با حوزه آموزش دانشگاه‌ها در کمیسیون آموزش و تحقیقات مجلس بررسی می‌شود، گفت: در این جلسه مقرر شد با کسب نظر این کمیسیون، برای رفع مشکلات دانشجویان پزشکی اقدام شود. سخنگوی کمیسیون بهداشت و درمان مجلس خاطر نشان کرد: با توجه به نظرات متعدد و متنوع مطرح شده در این کمیسیون درباره آزمون جامع علوم پایه مقرر شد در جلسه دیگری موضوع بار دیگر بررسی و نمرات تمامی دانشگاه‌ها برای بررسی سطح دانشجویان به کمیسیون ارایه شود.

قربانی همچنین به مشکل جابجایی دانشجویان رشته دندان پزشکی نیز اشاره کرد و افزود: این گروه از دانشجویان شامل کسانی هستند که در خارج از کشور تحصیل کرده و به کشور بازگشته‌اند اما به دلیل نبود اطلاع رسانی دقیق وزارت بهداشت، مشکلاتی در زمینه محدودیت جذب آنان در دانشگاه‌ها به وجود آمده که قابل رفع است.



جمع منتخبی از متخصصین رشته‌های دندانپزشکی کشور که به‌عنوان سردبیر، داور یا نویسنده با مجلات بین‌المللی همکاری دارند در کارگاهی یک‌روزه با موضوع نقد و بررسی ژورنال‌ها و مقالات با حضور Prof. Dummer و Dr. Suzan Dummer شرکت کردند.

جلسه آموزش و نقد و بررسی و اصول مقاله‌نویسی و نقد مقالات روز دوشنبه ۲۰ مرداد ۹۳ با حضور جمع منتخبی از اعضای هیات علمی دانشکده‌های دندانپزشکی دانشگاه‌های علوم پزشکی تهران، شهید بهشتی، ساری و دانشگاه آزاد در سالن شورای دانشکده برگزار شد.

در این کارگاه Prof. Dummer اصول کلی مقاله‌نویسی و معیارهای نقد مقالات در مجلات معتبر بین‌المللی را بیان کرد و تجارب خود را به‌عنوان سردبیر ده‌ساله یک مجله معتبر بین‌المللی در رشته دندانپزشکی با حاضرین به اشتراک گذاشت.

در ادامه حاضرین به‌صورت عملی و کار گروهی و پرسش و پاسخ به‌نقد مقالات منتخب پرداختند. در انتها حاضرین فرمهای ارزیابی برنامه را تکمیل کردند و گواهی شرکت در دوره به حاضرین اعطا شد.

پروفسور دامر ضمن ابراز خرسندی از برگزاری این کارگاه از تمایل خود برای ادامه یافتن این کارگاه آموزشی در ایران خبر داد.

• خبر: فاطمه زمانی

• عکس: سید حمید میرعباسی

و دندان همراه با سیاست‌گذاری‌ها و نظارت‌های مستمر ایجاد شود. دکتر هاشمی با اشاره به اینکه در این راستا می‌توان از کشورهای موفق الگوبرداری کرد، توضیح داد: کشورهایی مثل ترکیه و فنلاند در زمینه تقویت حوزه سلامت دهان و دندان بسیار موفق بوده‌اند.

وزیر بهداشت همچنین گفت: علاوه بر اینکه تلاشمان باید به سمت تقویت حوزه پیشگیری بیماریهای دهان و دندان باشد، در حوزه درمان نیز باید تمام خدمات را برای سنین زیر ۱۸ سال رایگان کنیم و این کار نیاز به همراهی بیمه‌ها دارد.

وی با بیان اینکه این اقدام خودمقدمه‌ای برای پیشگیری از بیماریهای دهان و دندان است، افزود: متأسفانه فرهنگ مردم کشور ما بخصوص در روستاها و حاشیه شهرها به گونه‌ای است که کمتر بهداشت عمومی دهان و دندان را رعایت می‌کنند از این رو برنامه‌های درمان نیز باید از سنین اولیه شروع شود تا از نظر اقتصادی به این حوزه کمتر آسیب برسد.

هاشمی با تأکید بر ضرورت افزایش بهره‌وری بخش دندان پزشکی مراکز بهداشتی کشور، اذعان کرد: برای این بخش باید اعتباراتی در قالب شبکه پیش‌بینی شود. ضمن اینکه برنامه‌های فلوراید تراپی، توزیع فیشر سیلنت، مسواک و خمیردندان باید به صورت پایلوت در هر استانی اجرا و بعد کشوری شود.

وزیر بهداشت با تأکید بر اینکه خدماتمان در حوزه پیشگیری باید استمرار داشته باشد، ادامه داد: این بخش سخت‌ترین کار ما است و نیاز به فرهنگ‌سازی و ایجاد جریان دارد و باید به گونه‌ای عمل کنیم که منابع هدر نرود.

استادان دانشگاه کاردیف انگلیسی در کارگاه مقاله‌نویسی دانشکده دندانپزشکی تهران



بررسی اثر درجه تقارب تراش دندان و ضخامت کوپینگ بر مقاومت به شکست روکش‌های تمام سرامیک

• بیژن حیدری (استادیار گروه پروتزیهای دندانی، دانشکده دندانپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی همدان)
• زهرا هاشمی اردکانی (استادیار گروه پروتزیهای دندانی، دانشکده دندانپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی شیراز)

رستوریشن‌های هم‌رنگ دندان به دلیل زیبایی از دیرباز مورد توجه بسیار بوده‌اند. از مهمترین مزایای سرامیک‌ها، زیبایی فوق‌العاده آنها و قابلیت بازسازی رنگ، بافت و ترانسلسنسی دندان است؛ با این وجود ضعف ذاتی این مواد در برابر نیروهای کششی و برشی همچنان از مهمترین معایب این رستوریشن‌ها و عامل محدودکننده در کاربرد آنهاست. (۱) اولین رستوریشن‌های تمام سرامیک Porcelain Jacket Crownها بودند که به علت استحکام پایین تنها در تک‌کرون‌ها کاربرد داشتند. (۲) در مسیر پیشرفت سرامیک‌ها تلاش بر افزایش استحکام پرسنل بوده است. کاربرد زیرساخت فلزی یکی از راه‌هایی است که جهت افزایش استحکام آنها به کار رفته است. فریم فلزی با اکسیدهای باندشونده با پرسنل منجر به افزایش قابل توجه استحکام رستوریشن‌های متال سرامیک شده و در ۴۰ سال اخیر به عنوان استاندارد طلایی جهت درمان پروتزیهای پارسیل ثابت محسوب شده است (۳ و ۴) با این حال به علت ممانعت از عبور نور، از زیبایی آنها کاسته شده است و تطابق رنگ آنها با دندان‌های طبیعی مشکل گردیده است و به همین دلیل دوباره تمایل به جایگزینی رستوریشن‌های متال سرامیک با تمام سرامیک به وجود آمده و تلاش شده است تا عوامل موثر بر شکست آنها شناخته شده و برطرف گردد. (۴) فاکتورهای مختلفی بر استحکام نهایی رستوریشن تمام سرامیکی اثر دارد از جمله: استحکام ذاتی ماده، سایز و نحوه توزیع ترک‌های سطحی، استرس باقیمانده در سرامیک ناشی از مراحل تهیه، نیروهای وارده بر رستوریشن و طرح تراش. (۵ و ۶)

بعضی از عوامل از جمله استحکام ذاتی ماده در اختیار عمل‌کننده نیست ولی عواملی چون طرح تراش (میزان تیپر دیواره آگزیا، میزان تراش دیواره آگزیا و اکلوزال و طرح تراش مارجین) و نیز طرح کوپینگ (ضخامت اکلوزال، ضخامت آگزیا، دربرگیری یا عدم پوشش مارجین، ضخامت مارجین) تحت کنترل دندانپزشک است. اگرچه دو فاکتور طرح تراش و طرح کوپینگ در اختیار دندانپزشک است اما در شرایط کلینیکی کنترل دقیق شرایط تراش مشکل بوده و تیپ‌های مختلفی از تراش دندان‌ها توسط افراد مختلف به دست می‌آید. (۷ و ۸)

تیپر دیواره آگزیا اثر مستقیم روی طرح کوپینگ دارد. تغییر درجه تیپر یا با افزایش ضخامت کور یا با افزایش ضخامت ونیر قابل جبران است. در سرامیک‌های با اپسپتته بالا، افزایش ضخامت کور می‌تواند منجر به

استحکام شکست پایین سرامیک‌ها از مهمترین معایب رستوریشن‌های تمام سرامیک است. هدف از مطالعه حاضر ارزیابی اثر دو فاکتور درجه تقارب و تغییر ضخامت کوپینگ ناشی از آن بر استحکام شکست روکش‌های تمام سرامیک بود.

در این مطالعه آزمایشگاهی، ۳۰ کور برنجی به شکل کرون‌هایی به ارتفاع 5.5 mm و عرض قاعده 6.4mm و ضخامت مارجین 1.2mm در دو گروه، ۱۰ کور با شولدر ۹۰ درجه و تقارب ۶ درجه و ۲۰ کور با شولدر ۹۰ درجه و تقارب ۱۲ درجه تهیه شد. با کمک ایندکس‌های مخصوص، ۲۰ کور آکرلی 0.6mm بر روی دای‌ها به شرح زیر ساخته شد، ۱۰ کور به ضخامت 0.6mm با تیپر^۰ ۱۰۶ کور به ضخامت 0.6mm با تیپر^۰ ۱۲، با استفاده از ایندکس با تیپر^۰ ۶ و دای‌های باقیمانده با تیپر^۰ ۱۰، ۱۲ کور آکرلی به ضخامت معادل 0.6 mm به علاوه ضخامت ناشی از تفاوت زاویه تراش از ۶ درجه به ۱۲ درجه ساخته شد. کورها با پرسنل کور IPS e.max ریخته شدند و با استفاده از ایندکس دیگری به شکل سیلندرهایی با دیواره موازی ونیر شدند. کرون‌ها با سمان رزینی دوگانه سخت شونده Panavia F2 روی دای‌های برنجی سمان شدند. نمونه‌ها قبل از بارگذاری به مدت ۲۴ ساعت در آب ۳۷ درجه قرار گرفته و سپس در Universal Testing Machine با گوی به قطر 4mm ابتدا تحت نیروی اولیه 20N و سپس نیروی فشاری تا حد شکست قرار گرفتند. میزان نیرو در زمان شکست بر حسب نیوتن ثبت شد. داده‌ها با استفاده از آنالیز واریانس یک طرفه بررسی گردید.

میانگین نیروی شکست در تقارب ۶ درجه با ضخامت 0.6mm، 1951.40 نیوتن و در تقارب ۱۲ درجه با ضخامت 0.6mm، 2798.46 نیوتن بود. از طرفی میانگین نیروی شکست در ضخامت کوپینگ 0.6mm، به علاوه ضخامت ناشی از تفاوت زاویه تراش از ۶ درجه به ۱۲ درجه با تقارب ۱۲ درجه، 3151.05 نیوتن بود. نتایج نشان داد که تفاوت آماری بین استحکام شکست در دو ضخامت کوپینگ وجود ندارد ولی بین دو درجه تقارب تفاوت قابل توجهی وجود داشت و استحکام در تقارب ۱۲ درجه به طور قابل توجه بیشتر از ۶ درجه بود ($P > 0.05$).

ضخامت کوپینگ بر روی استحکام شکست کرون تمام سرامیک تأثیری نداشت اما با افزایش درجه تقارب استحکام شکست به طور قابل توجهی افزایش یافت.

کرون‌هایی به ارتفاع 5/5 mm و عرض قاعده 6/4 mm و ضخامت مارجین 1/2 mm، توسط دستگاه تراش بر روی استوانه‌های برنجی در دو طرح زیر تهیه شد:

- ۱۰ کور با مارجین شولدر ۹۰ درجه و تقارب ۶ درجه
 - ۲۰ کور با مارجین شولدر ۹۰ درجه و تقارب ۱۲ درجه
- دای‌ها در مقطع افقی، گرد بوده و سطح اکلوژال برای ساده‌تر شدن مراحل کار مسطح تراشیده شد. سعی بر این بود که دای‌ها به فرم و سایز یک پره مولر ماگزایلا به دست آید.

توسط دستگاه تراش، دو ایندکس دو تکه منطبق بر دای‌های مورد نظر جهت ساخت کوپینگ‌هایی با ضخامت یکسان ساخته شد؛ به گونه‌ای که بین دای ۶° و ۱۲° و ایندکس‌های مربوطه فضایی 0/6 mm ایجاد شود. (تصویر ۱ و ۲)

بر روی دای‌ها و سطح داخلی ایندکس‌ها لوبریکانت زده شد (Dentaurum, Inspringen, Germany). با استفاده از ایندکس ۶° بر روی ۱۰ دای ۶° و ایندکس ۱۲° بر روی ۱۰ دای ۱۲°، کوره‌هایی از جنس آکریل (U.S.A. 60803, GC AMERICA INC Alsip, IL) به ضخامت 0/6 mm ساخته شد. کورها از روی دای برداشته شد و از جهت وجود حباب و نقایص بررسی شد. حباب و نقایص موجود با اضافه کردن موم اینلی (American Dent-All, inc. Sanfernano) تصحیح شد. ضخامت کورها در ۴ نقطه مجزای اکلوژال اندازه‌گیری شد. ضخامت کورها 0/6±0/03 mm بود.

در مرحله بعد بر روی ۱۰ دای باقیمانده با تیپر ۱۲° و ایندکس با تیپر ۶° کوره‌هایی آکریلی با ضخامت بیشتر ساخته شد. ضخامت این کورها معادل 0/6 mm به علاوه ضخامت ناشی از تفاوت زاویه تراش از ۶ درجه به ۱۲ درجه بود. ضخامت کورها در ۴ نقطه مجزای اکلوژال اندازه‌گیری شد. ضخامت کورها 1/4±0/04 mm بود.

کوره‌های حاصل بر طبق دستورالعمل کارخانه سازنده سرامیک IPS e.max Ivoclar Vivadent AG, Liechtenstein, Germany اسپروگذاری و Ivoclar Vivadent AG, Schaan, Liechtenstein اینوست و در کوره حذف شد و با Ingot‌های سرامیکی MO یا Medium Opacity که جهت دندان‌های تغییر رنگ یافته می‌باشد و نیاز به ونیر دارد، ریخته شدند.

کوره‌های سرامیکی حاصل با اسید مخصوص به مدت ۱۰ دقیقه اسیدشویی شدند تا اضافات Investment حذف شود.

توسط پرسنل ونیر مخصوص e.max که از جنس فلوراپاتیت است و با کمک ایندکس سومی که توسط دستگاه تراش ساخته شده بود، کرون‌های نهایی به فرم استوانه‌ای به قطر 6/4 mm و ارتفاع 7 mm فرم داده شد (تصویر ۳ و ۴).

افزایش اپسیته رستوریشن شود (۲) از طرفی این سوال وجود دارد که تغییر در ضخامت کور یا ونیر بر روی استحکام مجموعه اثر مثبت دارد یا خیر. مطالعات متعددی اثر طرح تراش و ضخامت‌های مختلف کوپینگ و ونیر و نیز اثر درجه تقارب را بر استحکام شکست روکش‌های تمام سرامیک بررسی کرده‌اند.

Sobrinho و همکارش، اثر تغییر در درجه تقارب تراش و نوع سمان را بر روی استحکام شکست کرون‌های تمام سرامیک Inceram با دو درجه تقارب ۸° و ۱۶° بر روی دای‌های برنجی ارزیابی کردند. در این مطالعه ضخامت کور با توجه به تغییر درجه تیپر تراش تغییر نکرد و با توجه به ثابت بودن ابعاد نهایی کرون تغییر درجه تیپر تماماً با افزایش ضخامت ونیر جبران شد. اگرچه استحکام شکست در تقارب ۱۸ درجه بیشتر از ۸ درجه بود ولی این تفاوت از نظر آماری قابل توجه نبود. (۷) در مطالعه دیگری اثر تغییر درجه تقارب و تغییر ضخامت ونیر بر استحکام شکست سرامیک Procera بی‌تأثیر دانسته شد. (۸)

Rafferty و همکارانش، در یک مطالعه بر روی کرون‌های تمام سرامیکی از جنس آلومینا و زیرکونیا اثر دو ضخامت مختلف کور 0/5 mm و 1 mm را بر روی Principle stress Maximum ایجاد شده بررسی کردند. در این مطالعه تغییر ضخامت کور بی‌تأثیر شناخته شد. (۹)

Wakabayashi و همکارش مقاومت به شکست را در دیسک‌های از جنس کور آلومینا و ونیر پرسنل با ضخامت‌های مختلف کور و ونیر ارزیابی کردند. ایشان به این نتیجه رسیدند که نسبت ضخامت کور به ضخامت ونیر (tc/tv) و مدولوس الاستیسیته ماده ساپورت‌کننده پرسنل عامل مؤثر در مقاومت شکست سرامیک Procera است. با افزایش نسبت ضخامت کور به ضخامت ونیر از ۰/۵ به ۱ تا ۱/۳ و ۲ و افزایش مدولوس الاستیسیته ماده ساپورت‌کننده از ۵/۱ تا 266 Gpa مقاومت به شکست بیشتر و محل شروع ترک به سمت کور تغییر می‌یابد. (۶)

تغییر در ساختار سرامیک‌ها بسیار سریع و به روز اتفاق می‌افتد و تمام تلاش‌ها در جهت افزایش استحکام سرامیک و در عین حال حفظ زیبایی آن است. در کل سرامیکی که از تمامی جهات چه استحکام و چه زیبایی و چه از لحاظ مسائل و مشکلات تکنیکی و ساخت مورد قبول باشد یا طرح تراشی که مورد توافق همگانی برای همه انواع سرامیک‌ها باشد وجود ندارد. لذا تحقیقات در مورد استحکام و زیبایی و طرح‌های تراش مناسب سرامیک‌ها همچنان ادامه دارد. یکی از سرامیک‌هایی که در سال‌های اخیر وارد بازار شده e.max press است که با وجود کاربرد فراوان تحقیقات چندانی درباره استحکام و خواص آن صورت نگرفته است. (۱۰ و ۱۱) این مطالعه اثر طرح تراش از جمله تغییر درجه تقارب و طرح کوپینگ از جمله ضخامت کوپینگ بر استحکام شکست این پرسنل را مورد بررسی قرار داد.

مواد و روش‌ها

این مطالعه به صورت آزمایشگاهی انجام گرفت. ۳۰ کور برنجی به شکل



تصویر ۱: دای‌های برنجی

بحث

در این مطالعه اثر دو فاکتور متغیر درجه تقارب و تغییر ضخامت کور و ونیر ناشی از تغییر درجه تقارب، بر روی استحکام شکست کرون‌های تمام سرامیک ساخته شده از سرامیک e.max بررسی شد؛ که مثل IPS II قابل کاربرد در کرون قدامی و خلفی و بریج سه واحدی قدامی و سه واحدی خلفی تا دندان پره مولر دوم است. (۱۲)

نتایج نشان داد که از بین دو فاکتور مذکور تنها تغییر درجه تقارب منجر به افزایش استحکام می‌شود.

در مقایسه این تحقیق با سایر پژوهش‌ها به لحاظ شکل و جنس دای، درجه تقارب، نوع سرامیک، ضخامت کوپینگ و نیز نیروهای وارده نکات زیر قابل بررسی است. جنس و طرح کلی دای‌ها در این مطالعه مشابه با مطالعات قبلی بود. سطح مقطع گرد و سطح اکلوژال مسطح به منظور تسهیل ساخت نمونه و اعمال نیرو به آنها در نظر گرفته شد. بازسازی شکل اکلوژال به شکل واقعی مراحل کار و به ویژه اعمال نیرو را بسیار مشکل می‌کند. مطالعات مشابه نیز برای تسهیل کار از سطح مقطع گرد استفاده کرده‌اند. (۷-۹)

جنس دای‌ها از برنج بود، اگرچه مدولوس الاستیسیتهی برنج مشابه دندان نیست ولی ساختار هموژن آن ساپورت مناسبی جهت سرامیک است. احتمالاً اگر کرون‌ها بر روی دای‌هایی با مدولوس الاستیسیتهی کمتر قرار بگیرند استحکام شکست آنها کمتر خواهد بود، ولی چون شرایط برای تمام نمونه‌ها یکسان بود جنس دای به عنوان یک عامل مداخله گر در نظر گرفته نمی‌شود. (۱۰، ۱۳)

نیروی به کار رفته در این مطالعه مانند بعضی مطالعات مشابه (۷-۹) از نوع نیروی فشاری استاتیکی بود اما از آنجایی که خستگی ایجاد نمی‌کند و بهتر است مطالعات مشابه تحت اعمال نیروی سیکلیک انجام شود.

در مطالعه حاضر مشابه سایر مطالعات (۷، ۸) نمونه‌ها با سمان رزینی روی دای‌ها سمان شدند ولی اینکه باند چقدر می‌تواند روی استحکام شکست



تصویر ۲: ایندکس‌های کنترل ضخامت ونیر

- ۱) درجه تقارب ۶ و ضخامت کور ۰/۶ mm
- ۲) درجه تقارب ۱۲ و ضخامت کور ۰/۶ mm
- ۳) درجه تقارب ۱۲ و ضخامت کور ۱/۴ mm

بعد از تکمیل کرون‌ها، سطح داخلی آنها توسط اسید ۴٪ HF به مدت ۳۰ ثانیه اچ (BISCO, INC, Shaumberg, IL, USA) شده و سایلن (KERR Corporation, USA) زده شد. سطح دای‌ها بعد از تمیز شدن پرایمر (Kuraray Co Ltd Dosseldorf, Germany) زده شد و بعد از ۲۰ ثانیه با هوا خشک شد. کرون‌ها با سمان Panavia (Co Ltd Kuraray) دوگانه سخت‌شونده سمان شده با فشار انگشت نگه داشته شد تا اضافات سمان حذف گردد بر روی مارچین (Co Ltd Kuraray Oxyguard) زده شد. سپس از ۴ جهت هر کدام به مدت ۶۰ ثانیه نور داده شد.

نمونه‌ها قبل از بارگذاری به مدت ۲۴ ساعت در آب ۳۷ درجه قرار گرفتند و سپس در Universal Testing Machine (Instron, high Wycombe, UK) تحت نیروی فشاری قرار گرفتند. دستگاه شامل یک گوی استیل به قطر 4 mm بود که نیرو را به صورت آگزیالی بر مرکز سطح اکلوژال اعمال می‌کرد. ابتدا یک نیروی اولیه ۲۰ نیوتنی به صورت آگزیالی وارد شد و به دنبال آن نیروی فشاری تا زمان شکست نمونه اعمال شد. میزان نیرو در زمان شکست هر یک از نمونه‌ها بر حسب نیوتن ثبت شد.

داده‌ها وارد نرم‌افزار Excel شده و با استفاده از نرم‌افزار آماری SPSS و برایش ۱۳ از طریق آنالیز واریانس یک طرفه (ANOVA) بررسی شد. سطح معنی‌داری آزمون‌ها برابر $P = 0/05$ در نظر گرفته شد.

یافته‌ها

میانگین نیروی شکست در گروه‌های مختلف در جداول ۱ آورده شده است. آنالیز واریانس یک طرفه تفاوت معنی‌داری بین گروه‌ها نشان داد ($P < 0/001$). با استفاده از آزمون مقایسه چندگانه Tukey گروه‌ها مقایسه شدند (جدول ۲). میانگین نیروی شکست در ضخامت کوپینگ ۰/۶ به علاوه ضخامت ناشی از تفاوت زاویه تراش از ۶ درجه به ۱۲ درجه بیشتر از 0/6 mm بود ولی تفاوت آماری قابل توجهی بین این دو ضخامت وجود نداشت ($P > 0/05$). ولی استحکام شکست در دو درجه تقارب تفاوت قابل توجهی داشت و میانگین نیروی شکست در تقارب ۱۲ درجه به طور قابل توجه بیشتر از ۶ درجه بود ($P < 0/05$).

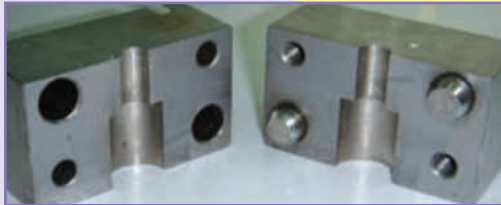
گروه	تعداد	میانگین	انحراف معیار
۱	۱۰	۱۹۵۱/۴۰۶۰	۵۶۵/۵۴۴۹۷
۲	۱۰	۲۷۹۸/۴۵۹۰	۵۲۹/۷۳۳۱۳
۳	۱۰	۳۱۵۱/۰۵۷۰	۶۳۴/۹۹۰۸۱

جدول ۱: میانگین نیروی شکست در سه گروه تحت مطالعه

گروه	میانگین اختلاف	خطای استاندارد	P-value
۱ و ۲	۸۴۷/۰۵۳۰۰	۲۵۸/۶۷۲۴۶	۰/۰۰۸
۱ و ۳	۱۱۹۹/۶۵۱۰۰	۲۵۸/۶۷۲۴۶	۰/۰۰۰
۲ و ۳	۳۵۲/۵۹۸۰۰	۲۵۸/۶۷۲۴۶	۰/۳۷۴

جدول ۲: آزمون مقایسه چندگانه Tukey

- (۱) درجه تقارب ۶ و ضخامت کور ۰/۶ mm
 (۲) درجه تقارب ۱۲ و ضخامت کور ۰/۶ mm
 (۳) درجه تقارب ۱۲ و ضخامت کور ۱/۴ mm



تصویر ۳: ایندکس تعیین کننده ضخامت ونیر

در این دو محدوده بر روی استحکام شکست اثری ندارد که شاید علت آن استحکام بالای سرامیک Inceram در مقایسه با e.max باشد که این تفاوت اندک در ضخامت کوپینگ بر روی استحکام آن اثر قابل توجهی نداشت. (۱۷ و ۷)

در مطالعه حاضر اثر دو ضخامت متفاوت کوپینگ و دو ضخامت ونیر ناشی از تغییر درجه تقارب تراش بر روی استحکام شکست کرون e.max ارزیابی شد.

نتایج نشان داد که افزایش ضخامت کوپینگ و به تبع آن کاهش ضخامت ونیر و برعکس، بر روی استحکام شکست بی تأثیر است. می توان توصیه کرد در صورتی که ضخامت بیشتر کوپینگ منجر به کاهش ترانسولوسنی کرون شود از ضخامت کمتر کوپینگ با استحکام یکسان استفاده کرد. در مطالعات مختلف اثر ضخامت های کوپینگ و ونیر بر روی استحکام رستوریشن های تمام سرامیکی بررسی شده است.

Shirakura و همکارش اثر دو ضخامت مختلف ونیر و کور را بر استحکام رستوریشن های Procera بررسی کردند. یکی از گروه ها شامل ضخامت اکلوژال کور ۲/۵ mm و ونیر اکلوژال ۲ mm و گروه دیگر شامل ضخامت اکلوژال کور ۰/۵ mm و ونیر ۴ mm بود. این دو گروه از لحاظ استحکام تفاوت قابل توجهی نداشتند. (۱۸) در مطالعه حاضر نیز نتیجه مشابهی به دست آمد که شاید علت آن استحکام بالای این سرامیک ها و عدم تأثیرپذیری از تغییر اندک در ضخامت باشد. (۱۹)

Webber نیز در مطالعه ای بر روی روکش های Procera با ضخامت ثابت کور ۰/۶ mm و دو ضخامت ونیر ۰/۴ و ۰/۹ mm و روکش های Inceram (گروه شاهد) با ضخامت کور ۰/۶ mm و با ضخامت ونیر



تصویر ۴: کرون نهایی

اثرگذار باشد، در این مطالعه قابل بررسی نبود. درمان های سطحی در تمام نمونه ها یکسان و شامل اسیداج با HF به علاوه کاربرد سایلین بر روی کرون های سرامیکی بر طبق دستور کارخانه سازنده انجام شد.

در مطالعه حاضر اثر دو درجه تقارب ۶ و ۱۲ درجه، را بر روی استحکام شکست کرون های تمام سرامیک بررسی شد. تفاوت این دو گروه از لحاظ آماری قابل توجه بود و گروه با تقارب ۱۲ درجه استحکام بیشتری را نشان داد. شاید علت این پدیده تغییر نوع نیروهای وارد بر سرامیک باشد. ممکن است با افزایش درجه تقارب نیروی وارده به نیروی فشاری نزدیک تر شود و از آنجا که استحکام سرامیک در برابر نیروی فشاری بیشتر است میزان استحکام شکست با افزایش درجه تقارب افزایش یابد.

مطالعات متعددی اثر درجه تقارب را بر روی استحکام شکست بریج های تمام سرامیک ارزیابی کرده اند.

گرامی پناه و همکاران اثر دو درجه تقارب ۱۲ و ۲۲ درجه را بر روی استحکام شکست بریج های سه واحدی تمام سرامیک IPS2 ارزیابی کردند. ایشان مشاهده کردند که استحکام شکست با افزایش زاویه تقارب افزایش می یابد که دلیل آن را افزایش ضخامت کور ناشی از افزایش درجه تقارب در ناحیه Connector عنوان کردند. (۱۴) ولی در مطالعه حاضر افزایش ضخامت کور ناشی از افزایش تقارب علت افزایش استحکام نبود و استحکام شکست در دو ضخامت کوپینگ ۰/۶ mm و ۰/۶ mm به علاوه ضخامت ناشی از تفاوت زاویه تراش از ۶ درجه به ۱۲ درجه از لحاظ آماری تفاوتی نداشت. اگرچه این امکان وجود دارد که ضخامت بیشتر ونیر در گروه با ضخامت کوپینگ کمتر (۰/۶ mm) عامل افزایش استحکام تا حد ضخامت کوپینگ بیشتر بوده باشد ولی تفاوتی بین دو گروه با تقارب ۱۲ درجه و ضخامت های مختلف کور و ونیر دیده نشد.

Friedlander نیز رستوریشن های Dicor ساخته شده بر روی تراش های با تقارب ۲۰° را قوی تر از ۱۰° دانسته است. (۱۵)

Doyle نیز مشاهده کرد که رستوریشن های تمام سرامیک ساخته شده از گلاس سرامیک Dicor با زاویه تقارب ۱۵° مستحکم تر از ۵° است. وی علت این استحکام بیشتر را افزایش ضخامت سرامیک ناشی از افزایش درجه تیپر عنوان کرده است. (۱۶)

ولی Sobrinho و همکارانش اثر دو درجه تقارب ۸ و ۱۶ درجه را بر روی استحکام شکست روکش های تمام سرامیک Inceram ارزیابی کردند. برخلاف نتیجه مطالعه حاضر ایشان مشاهده کردند که تغییر درجه تقارب

کم یکی از خطاهای رایج است که منجر به کاهش گیر و مقاومت تراش می‌شود ولی از آنجا که خلف دهان محل اعمال نیروهای سنگین اکلوزالی است، به نظر می‌رسد این افزایش تیپر از جهت افزایش استحکام به نفع رستوریشن تمام سرامیک باشد.

نتیجه گیری

نتایج این مطالعه نشان داد که در رستوریشن‌های تمام سرامیک ساخته شده از IPS e.max:

- تفاوتی در استحکام شکست بین دو ضخامت مختلف کوپینگ وجود نداشت.
- درجه تقارب بر روی استحکام اثر قابل توجهی داشت و با افزایش درجه تقارب از ۶ به ۱۲ درجه استحکام به طور قابل توجهی افزایش یافت.

mm ۰/۹، به نتایج مشابهی دست یافت که تفاوت در ضخامت ونیر آگزیال بر روی استحکام شکست کرون‌های Procera بی‌تأثیر است. (۸) در مطالعه حاضر از بین دو متغیر درجه تقارب و ضخامت کوپینگ تنها درجه تقارب بر روی استحکام شکست اثرگذار بود. علت این پدیده با تغییر ضخامت کور یا ونیر توجیه‌پذیر نیست چون نتایج آماری نشان داد که ضخامت این دو بی‌تأثیر است و شاید علت آن همانطور که قبلاً ذکر شد تغییر نحوه اعمال نیروها بر روی سرامیک ناشی از تغییر درجه تقارب باشد. سرامیک e.max در قیاس با سرامیک‌های با استحکام بالا مثل Procera و Inceram به طور قابل توجهی استحکام کمتری دارد و شاید به همین دلیل برخلاف مطالعات قبلی تغییر اندک در درجه تقارب اثر قابل توجهی بر استحکام آن گذاشته باشد. (۷و۸) تیپر شدن بیش از حد تراش در دندان‌های خلفی به علت دید و دسترسی

مراجع

1. Anusavice J. Science of Dental Material. 11th ed. St Louis: Mosby Co; 2003. P. 721-655.
2. Mcclean W. The Science and Art of Dental Ceramics. St Louis: Mosby Co; 1980. P. 9-88.
3. Tan K, Lang NP, Pjetursson BE, Chan ES. A systematic review of the survival & complication rates of fixed partial denture after an observation period of at least 5 years. Clin Oral Implants Res 66-654 : (6)15 ;2004.
4. Rosensteil LF. Contemporary Fixed Prosthodontics. 3rd ed. St. Louis: Mosby Co; 2006. P. 71-643.
5. Kelly JR, Tesk JA, Sorensen JA. Failure of all-ceramic fixed partial dentures in vitro and in vivo: Analysis and modeling. J Dent Res ;1995 8-1253 : (6)74.
6. Wakabayashi N, Anusavice KJ. Crack initiation mode in bilayered alumina porcelain disk as a function of core veneer thickness ratio and supporting substrate stiffness. J Dent Res 1404-1398 : (6)79 ;2000.
7. Sobrinho CL, Consani S, Knowles JC. Effect of convergence angle and luting agent on the fracture strength of In Ceram crowns. J Mater Sci ;1999 6-493 : (8)10.
8. Webber B, McDonald A, Knowles J. An in vitro study of the compressive load at fracture of Procera AllCeram crowns with varying thickness of veneer porcelain. J Prosthet Dent 60-154 : (2)89 ;2003.
9. Janal R, Zavanelli R. Design features of a three-dimensional molar crown and related maximum principal stress. A finite element model study. Dent Mater 63-156 : (2)26 ;2010.
10. Stappert CF, Att W, Gerds T, Strub JR. Fracture resistance of different partial coverage ceramic molar restoration: An in vitro investigation. J Am Dent Assoc 22-514 : (4)137 ;2006.
11. Heintze SD, Cavalleri A, Zellweger G. Fracture frequency of all ceramic crowns during dynamic loading in a chewing simulator using different loading and luting protocols. Dent Mater 61-1352 : (10)24 ;2008.
12. Wolfart S, Eschbach S, Scherrer S, Kern M. Clinical outcome of three unit Lithia disilicate glass ceramic FPD (up to 8 years results). Dent Mater 71-63 : (9)25 ;2009.
13. Scherrer SS, De Rijk WG. The fracture resistance of all-ceramic crowns on supporting structures with different elastic moduli. Int J Prosthodont 462 : (5)6 ;1993.
14. Gerami-Panah, Jalali, Sedighpour. Effect of abutment taper on the fracture resistance of all-ceramic three-unit bridges. Shiraz University of Medical Sciences Journal of Dentistry 67-159 : (4)2 ;2005. (Persian)
15. Friedlander LD, Munoz CA, Goodacre CJ, Doyle MG, Moore BK. The effect of tooth preparation design on the breaking strength of Dicor crowns: Part 1. Int J Prosthodont 8-341 : (3)3 ;1990.
16. Doyle MG, Goodacre CJ, Munoz CA, Andres CJ. The effect of tooth preparation design on the breaking strength of Dicor crowns, Part 3. Int J Prosthodont 40-327 : (4)3 ;1990.
17. Wagner WC, Chu TM. Biaxial flexural strength and indentation fracture three new dental core ceramics. J Prosthet Dent 4-140 : (2)76 ;1996.
18. Shirakura A, Lee H, Geminiani A. The influence of veneering porcelain thickness of all-ceramic and metal ceramic crowns on failure resistance after cyclic loading. J Prosthet Dent 27-119 : (2)101 ;2009.
19. Chen YM, Smales RJ, Yip KH, Sung WJ. Translucency and biaxial flexural strength of four ceramic core materials. Dental Mater : (11)24 ;2008 11-1506.

پروتز ترکیبی مسدودکننده - چشم با استفاده از مگنت : یک گزارش بالینی

• جعفر قره چاهی (استاد گروه پروتزهای دندانی، دانشکده دندانپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد)
• امیر طاهر میرمیتضوی (دستیار تخصصی گروه پروتزهای دندانی، دانشکده دندانپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد)

بازسازی ضایعه صورت همراه با بازشدگی به داخل دهان برای متخصص پروتزهای فک و صورت کار دشواری است. استفاده از مگنت موثرترین روش برای ساخت پروتزهای ترکیبی با گیر و ثبات خوب می باشد. هدف از این گزارش، توصیف یک روش ساده جهت ساخت یک پروتز ترکیبی مسدودکننده - چشم به کمک مگنت است.

بیمار خانمی ۵۴ ساله و بی دندان با سابقه بیماری دیابت ملیتوس، فشار خون و جراحی قلب باز بود که ۸ ماه پس از انجام جراحی حذفی با یک ضایعه ترکیبی داخل دهانی - صورتی ناشی از عفونت قارچی موکورمایکوزیس، جهت بازسازی پروتزی مراجعه نمود. بیمار تحت جراحی ماگزایکتومی پارسیل سمت چپ و تخلیه کامل چشم چپ همراه با همه بافت های مجاور آن قرار گرفته بود. پس از جراحی، مشکلات بلع و جویدن وجود داشت و بیمار نسبت به وضعیت ظاهری خود شکایت داشت. طرح درمان پیشنهادی شامل ساخت یک پروتز کامل فک بالا همراه با مسدودکننده کامی و یک پروتز کامل فک پایین بود. از مگنت جهت اتصال پروتز چشم به مسدودکننده فک بالا استفاده شد. استفاده از مگنت ها گیر پروتز کامل را تامین کرده، آن را ثابت می کند و از طرفی بیمار راحت تر خواهد بود. این طرح درمان فانکشن دهانی و زیبایی را بهبود می بخشد.

اساسی است که علت آن اندازه و وزن پروتز می باشد. (۴) مگنت کارآمدترین وسیله برای ساخت پروتزهای ترکیبی دارای گیر و ثبات در بیماران با دفورمیتی های نیازمند بازسازی پیچیده می باشد. (عوضی ۵) اکثر پروتزهای دارای مگنت به صورت دو قسمتی هستند که در هر قسمت یک مگنت دارند. وقتی دو قطعه بصورت مناسبی در کنار یکدیگر قرار گیرند، مگنت ها به طرف همدیگر جذب شده و قطعات را در کنار هم نگه می دارند. (۷)

زایگومایکوز (موکورمایکوز) یک عفونت قارچی فرصت طلب و اغلب برق آسا می باشد که توسط ارگانسیم های گروه زایگومیسیت ها که به طور نرمال ساپروفیت هستند، ایجاد می شود. این ارگانسیم ها در حالت طبیعی بر روی مواد ارگانیک در حال فساد رشد می یابند. اسپورهای فراوان که در هوا آزاد می شوند، ممکن است توسط انسان میزبان تنفس شوند. در سر و گردن، اکثر ضایعات در حفره بینی، سینوس های پارانازال و احتمالاً اوروفارنکس ایجاد می شوند. درد، تورم، سپس زخمی شدن و نکروز بافتی ایجاد می شود و ممکن است منجر به پرفوراسیون کام شود. گسترش به اربیت و مغز نیز عارضه شایعی است. تخریب وسیع بافتی و نکروز همراه با آن، در ارتباط با تهاجم قارچ به عروق خونی کوچک است که منجر به مختل شدن جریان خون طبیعی، ترومبوز و انفارکتوس می شود. این عفونت خصوصاً در بیماران با اختلال در وضعیت سلامتی عمومی مانند دیابت کنترل نشده، تالاسمی و نقص ایمنی دیده می شود و به ندرت در افراد سالم مشاهده گردیده است. پیش آگهی بیماری معمولاً ضعیف است. در صورتی که بیمار زنده بماند، تخریب وسیع بافتی هم از نظر عملکرد و هم از نظر زیبایی مشکلاتی در پی خواهد داشت. (۸ و ۹)

گزارش مورد

بیمار خانمی ۵۴ ساله بود که با سابقه بیماری دیابت ملیتوس، فشار خون بالا و جراحی قلب باز مراجعه کرده بود. طی ۸ ماه گذشته، به دلیل درگیری ناحیه کام و آلوئول در سمت چپ، با تشخیص عفونت قارچی موکورمایکوز، تحت عمل جراحی دبریدمان وسیع نواحی کامی و سینوس ماگزایلاری و تخلیه کامل چشم همان سمت قرار گرفته بود. همچنین، دو ماه پس از

واژه ماگزایکتومی به حذف قسمتی از فک بالا یا کل فک بالا در بیماران مبتلا به نئوپلاسم های خوش خیم یا بدخیم اطلاق می گردد. نواقص ناشی از ماگزایکتومی را می توان تحت عناوین ضایعات محدود، پارسیل، کامل، رادیکال و یا گسترده طبقه بندی کرد. (۱)

ماگزایکتومی رادیکال غالباً با نقص های وسیع در انساج سخت و نرم همراه است که موجب اتصال حفرات دهان و بینی می گردد. در صورتی که نقص با جراحی قابل بازسازی نباشد، ساخت یک پروتز مسدودکننده ضروری است تا اختلال عملکرد در جویدن، بلع و تکلم مرتفع گردد. اگر نقص کوچک باشد، عموماً گسترش بیس پروتز کافی خواهد بود. ضایعاتی که بیش از یک سوم فک بالا را درگیر کرده باشند، معمولاً نیازمند گسترش کافی به داخل نقص هستند چرا که در اثر از دست رفتن زائده آلوئول، ثبات و ساپورت کاهش می یابد. (۲ و ۳) بازسازی عملکرد و زیبایی در ضایعات وسیع توسط پروتز فاسیال انجام می شود. به علاوه، اغلب یک پروتز مسدودکننده جهت بازسازی تکلم و بلع باید ساخته شود. تأمین گیر پروتز فاسیال یک معضل

“
 به طور کلی ساخت پروتزهای صورت دارای
 چهار مرحله می‌باشند که شامل قالب‌گیری و ساخت
 کست کار (Working cast)، شکل دادن الگوی
 مومی، تهیه مولد و پخت پروتز، همراه با رنگ‌آمیزی
 داخلی و خارجی است. ساخت یک پروتز چشمی
 احتمالاً دشوارترین خواهد بود و پروتز گوش و بینی در
 رتبه‌های بعدی قرار دارند.

جراحی فوق، به دلیل سکتة مغزی نیمه راست بدن وی فلج شده بود و قادر
 به تکلم نیز نبود. قسمت‌های حذف شده شامل استخوان‌های ناحیه کام،
 کونکاهای تحتانی، میانی و فوقانی بینی، دیواره میانی سینوس ماگزیلاری،
 کف اربیت و کل اربیت در سمت چپ بود. به دلیل سرعت پیشرفت بالای
 ضایعه قارچی مذکور، قسمت اعظم کام سخت و ناحیه پرماگزیلا در طی
 جراحی برداشته شده بود ولی کام نرم دست نخورده باقیمانده بود. بیمار
 کاملاً بی دندان بود و در زمان مراجعه به بخش تخصصی پروتزهای دندانی
 دانشکده دندانپزشکی مشهد، ترمیم بافت‌های اطراف و لبه‌های جراحی
 کامل شده بود و هیچ گونه التهاب یا زخمی مشاهده نمی‌شد (تصویر ۱).
 بیمار با وجود عدم توانایی در تکلم و برقراری ارتباط و ناتوانی حرکتی،
 نسبت به وضعیت ظاهری و عملکرد جویدن خود شکایت داشت.

درمان

مرحله اول درمان: ساخت پروتز داخل دهانی

در ابتدا یک پروتز کامل فک پایین در مقابل پروتز مسدودکننده فک بالا
 برای بیمار ساخته شد. پس از قالب‌گیری اولیه توسط آلزینات و ساخت تری
 اختصاصی، قالب‌گیری نهایی به کمک ZOE برای نواحی سالم و موم
 قالب‌گیری برای ناحیه دیفکت انجام شد. بیس دائم بر روی کست اصلی
 ساخته شد و دندان‌های با فرم اکلوژالی صاف در ارتفاع عمودی مناسب و
 رابطه کراس بایت در سمت دارای دیفکت روی بیس دائم چیده شدند.
 دست‌دندان امتحانی در دهان بیمار آزمایش شد و پس از انجام اصلاحات
 لازم مانند بررسی کانتور کام سخت، پخت نهایی با آکریل گرما سخت
 انجام شد. اکلوژن دست دندان توسط ری مانت لابراتواری تنظیم گردید و
 به بیمار تحویل داده شد. بهبودی در بلع و جویدن رضایت نسبی بیمار را
 در پی داشت، اما همچنان نسبت به وضعیت ظاهری خود شکایت داشت
 (تصویر ۲).

مرحله دوم درمان: ساخت پروتز چشم

به طور کلی ساخت پروتزهای صورت دارای چهار مرحله می‌باشند که شامل
 قالب‌گیری و ساخت کست کار (Working cast)، شکل دادن الگوی
 مومی، تهیه مولد و پخت پروتز، همراه با رنگ‌آمیزی داخلی و خارجی است.
 ساخت یک پروتز چشمی احتمالاً دشوارترین خواهد بود و پروتز گوش و
 بینی در رتبه‌های بعدی قرار دارند.

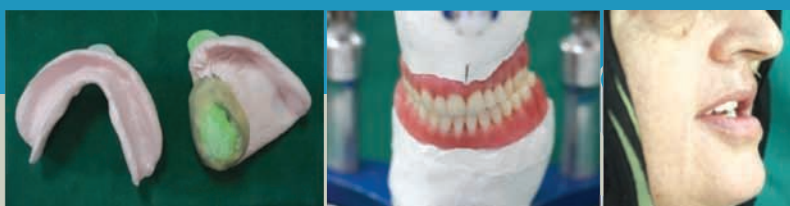
اولین مرحله ساخت پروتز، بدست آوردن یک کست کار است که الگوی
 پروتز روی آن طراحی شده و در نهایت قسمتی از مولد شده که در آن
 ماده پروتزی پلیمریزه می‌شود. کست کار، از قالب گرفته شده از بافت‌های
 نرمال احاطه کننده ضایعه و خود ضایعه تهیه می‌شود. در حالی که دست
 دندان‌های بیمار در وضعیت اکلوژن قرار داشتند، قالب‌گیری از ناحیه دیفکت
 توسط سیلیکون با قوام بالا، به صورت سه قطعه‌ای انجام شد. قالب‌گیری
 سه قطعه‌ای به این دلیل انتخاب شد که داخل ضایعه اندرکات وجود داشت.
 بیمار در وضعیت نشسته قرار گرفت و نواحی لبه دیفکت و اطراف چشم،
 توسط ماده قالب‌گیری سیلیکون با قوام کم ثبت گردید. سپس، روی آن
 ماده قالب‌گیری سیلیکون با قوام متوسط قرار گرفت و نواحی دورتر و چشم
 سمت مقابل ثبت گردید. جهت افزایش ساپورت برای مواد قالب‌گیری، یک
 لایه نازک آکریل اتوپلیمریزه روی آن قرار داده شد. پس از سخت شدن

آکریل مجموعه قالب و قطعات داخل ضایعه خارج شد. کست کار به وسیله
 گچ استون نوع ۳ ریخته شد (تصویر ۳).

قطعه اکولار پروتز چشم با توجه به رنگ و سایز عنبیه چشم سمت مقابل
 آماده شد. پس از ترمیم کردن کست کار، بلاک اوت اندرکات‌های ضایعه
 و زدن یک جداکننده مناسب به ناحیه ضایعه، یک ورق موم بیس پلیت
 صورتی، نرم شده و روی ناحیه دیفکت و اطراف آن منطبق شد. یک پایه
 به شکل کاسه از موم صورتی ساخته شد تا قطعه اکولار روی آن قرار گیرد.
 سپس این مجموعه داخل ضایعه قرار داده شد و موقعیت قطعه اکولار
 براساس چشم طبیعی سمت مقابل تنظیم گردید. بیمار در وضعیت نشسته
 و بدون تکیه‌گاه سر قرار گرفت و در حالی که به یک منبع نوری در
 فاصله ۱۸۰ سانتی‌متری خیره شده بود، مردمک پروتز طوری تنظیم شد که
 انعکاس نور در آن مشابه چشم طبیعی باشد. پس از اینکه پروتز چشم به
 طور صحیح قرار داده شد، شکل پلک و بافت اطراف ضایعه بر روی کست
 کار فرم داده شد. مجدداً الگوی پروتز چشم روی ضایعه امتحان گردید
 و کانتورهای آن اصلاح گشت. در نهایت توسط یک گاز مربعی شکل
 مرطوب، نمای بافتی مشابه پوست ایجاد گردید. یک قطعه موم صورتی به
 سطح بافتی الگو متصل شد و روی سطح فوقانی پالپ مسدودکننده فیت
 شد (تصویر ۴). یک مگنت داخل دهانی (Implantium, intraoral magnet)
 به قطر ۵/۵ میلی‌متر و ارتفاع ۱/۵ میلی‌متر، با زاویه نزدیک
 به قائمه روی سطح فوقانی بالب مسدود کننده، توسط آکریل اتوپلیمریزه
 متصل گشت. به کمک آکریل اتوپلیمریزه، یک قطعه ستاره‌ای شکل فرم
 داده شد و مگنت سمت مقابل درون آن قرار گرفت. این مجموعه روی
 مگنت متصل به پروتز مسدودکننده گذاشته شد و به زانده مومی الگوی
 پروتز چشم متصل شد. بنابراین محل مگنت متصل به پروتز چشم دقیقاً
 براساس مگنت روی سطح فوقانی بالب مسدودکننده تعیین شد (تصویر ۵).
 برای اینکه پس از حذف موم، محل مگنت تغییر نکند، دو قطعه آکریلی
 کوچک به شکل وج به پایه آکریلی متصل شد تا در گچ مدفون گردد.
 قبل از مفل‌گذاری، الگو از نظر فیت، مسیر خیره شدن چشم، شکل پلک
 و سایر جزئیات مجدداً بررسی شد. نهایتاً یک ایندکس به شکل هرم‌های
 افقی و عمودی روی سطح قطعه اکولار چسبانده شد. اثر این ایندکس در
 قسمت فوقانی مفل روی گچ ثبت شد. مفل‌گذاری به روش معمول در سه
 مرحله انجام شد و از فویل به عنوان جداکننده بین لایه‌های گچ استفاده
 شد. قسمت فوقانی مفل با احتیاط از روی قسمت تحتانی برداشته شد تا
 موم ایندکس آسیب نبیند. سپس قطعه اکولار از روی الگوی مومی جدا
 شد و با استفاده از قالب آلزیناتی، یک دوپلیکیت از روی آن تهیه شد. این



تصویر ۱ : ضایعه وسیع در ناحیه چشم سمت چپ و کام سخت



تصویر ۲ : ساخت پروتز داخل دهانی



تصویر ۳ : قالبگیری و ساخت کست کار از ضایعه چشم



تصویر ۴ : شکل دادن الگوی مومی و ساخت پروتز چشم



تصویر ۵ : استفاده از مگنت جهت اتصال مسدودکننده به پروتز چشم



کاربرد ایمپلنت‌ها بهترین و قابل اعتمادترین روش است ولی معایب آن هزینه بالا، جراحی اضافی، استخوان ناکافی و عدم کاربرد در موارد سابقه رادیوتراپی می‌باشد

بیماران غالباً به مشکلات روانی منتج می‌گردند. معمولاً می‌توان به کمک بازسازی پروتزی به نتایج قابل قبولی دست یافت ولی یکی از مهمترین مسائل، گیر پروتز روی صورت است.

روش‌های مختلفی مانند استفاده از عینک، مگنت، ادهزیو، گسترش دینچر به داخل اندرکات‌ها و ایمپلنت به ایجاد گیر در این پروتزها کمک می‌کنند.

کاربرد ایمپلنت‌ها بهترین و قابل اعتمادترین روش است ولی معایب آن هزینه بالا، جراحی اضافی، استخوان ناکافی و عدم کاربرد در موارد سابقه رادیوتراپی می‌باشد. (۴)

استفاده از مگنت برای اتصال مسدودکننده فک بالا به پروتز صورت، یک ایراد اساسی دارد و آن جابجایی پروتز صورت هنگام جویدن یا بلع می‌باشد. بنابراین در این گزارش، مگنت طوری روی بلب مسدودکننده قرار گرفت که به موازات مسیر حرکت پروتز داخل دهانی باشد و باعث جابجایی پروتز چشم نگردد.

مسیر حرکت دینچر را به راحتی می‌توان با مشاهده مستقیم بلب از طریق ضایعه چشم هنگام عمل بلع مشخص کرد و مگنت را با زاویه مناسب روی بلب قرار داد. جهت دستیابی به گیر بیشتر می‌توان از ادهزیو نیز استفاده کرد.

پس از قرار دادن پروتز بر روی صورت بیمار و اتصال آن به پروتز مسدودکننده در فک بالا، بیمار نسبت به بهبود زیبایی و عملکرد آن اظهار رضایت نمود و از نظر سایکولوژیک جهت حضور در جامعه به اعتماد به نفس بیشتری دست یافت. بیمار گزارش نمود که گیر و ثبات پروتز مسدودکننده بهبود یافته است و قادر به بهتر جویدن می‌باشد.

نتیجه گیری

استفاده از مگنت‌ها گیر پروتز کامل را تأمین کرده، آن را ثابت می‌کند و از طرفی بیمار راحت‌تر خواهد بود. این طرح درمان فانکشن دهانی و زیبایی را بهبود می‌بخشد.

بحث

دیفکت‌های بزرگ دهانی صورتی می‌توانند عوارضی همچون ناتوانی در تکلم، بلع و جویدن را به همراه داشته باشند. همچنین ظاهر نازیبایی این

مراجع

1. Ortegon SM, Martin JW, Lewin JS. A hollow delayed surgical obturator for a bilateral subtotal maxillectomy patient: A clinical report. J Prosthet Dent ;2008 8-14 : (1)99.
2. Wieselmann-Penkner K, Arnetz G, Mayer W, Bratschko R. Minimizing movement of an orbital prosthesis retained by an obturator prosthesis. J Prosthet Dent 90-188 : (2)91 ;2004.
3. Okey DJ, Genden E, Buchbinder D, Urken M. Prosthodontic guidelines for surgical reconstruction of the maxilla: A classification system of defects. J Prosthet Dent 63-352 : (4)86 ;2001.
4. Brignoni R, Dominici JT. An intraoral-extraoral combination prosthesis using an intermediate framework and magnets: A clinical report. J Prosthet Dent ;2001 11-7 : (1)85.
5. Parel SM, Branemark PI, Ohmell LO, Svensson B. Remote implant anchorage for the rehabilitation of maxillary defects. J Prosthet Dent 81-377 : (4)86 ;2004.
6. Barron JB, Rubenstein JE, Archibald D, Manor RE. Two-piece orbital prosthesis. J Prosthet Dent 8-386 : (3)49 ;1993.
7. Goiato MC, Fernandes AUR, Santos DMD, Barao VAR. Positioning magnets on a multiple/sectional maxillofacial prosthesis. J Contemp Dent Prac ;2007 5-1 : (7)8.
8. Regezi JA, Sciubba JJ, Jordan RCK. Oral Pathology Clinical Pathologic Correlation. 5th ed. Philadelphia: W.B.Saunders Co; 2008. P. 34.
9. Neville BW, Damm DD, Allen CM, Bouquet JE. Oral and Maxillofacial Pathology. 3rd ed. Philadelphia: W.B. Saunders Co; 2009. P. 3-232.

مقایسه اثر مقادیر بالای آموکسی سیلین خوراکی با پنی سیلین تزریقی در درمان عفونت‌های حاد دندانی

- عباس جوادزاده بلوری (دانشیار گروه بیماری‌های دهان، فک و صورت دانشکده دندانپزشکی و مرکز تحقیقات دندانپزشکی دانشگاه علوم پزشکی مشهد)
- فرامرز بابازاده (مری گروه جراحی دهان، فک و صورت دانشکده دندانپزشکی و مرکز تحقیقات دندانپزشکی دانشگاه علوم پزشکی مشهد)
- مسعود شیعه زاده (دستیار تخصصی گروه پروتزهای دندانی دانشکده دندانپزشکی دانشگاه علوم پزشکی مشهد)
- زهره دلیرتانی (استادیار گروه بیماری‌های دهان، فک و صورت دانشکده دندانپزشکی و مرکز تحقیقات دندانپزشکی دانشگاه علوم پزشکی مشهد)

عفونت‌های دندانی شایع‌ترین علت عفونت‌های سر و گردن می‌باشند. (۱) ریسک وقوع پیامدهای وخیم ناشی از گسترش آبسه‌های دندانی، هنوز هم امروزه شایع است و موجب بستری شدن بیماران بخاطر Sepsis [۱] ناشی از عفونت‌های دهانی می‌گردد. (۲) آبسه‌های دندانی در صورت عدم درمان می‌تواند سبب آبسه مغزی و التهاب نکروزان نیام (Necrotizing fasciitis) شود. (۳و۴)

در اغلب موارد این عفونت‌ها با تشخیص صحیح، حذف عامل ایجادکننده، برش دالرن مخاطی یا پوست جهت تخلیه چرک (Incision & drainage)، آنتی‌بیوتیک درمانی مناسب و درمان‌های حمایتی به راحتی درمان می‌شوند. (۵) عفونت‌های دندانی دلرالی دو منبع پری آپیکال و پریدودنتال هستند. از بین این دو منبع، منبع پری آپیکال در عفونت‌های دندانی شایع‌تر است. (۱و۵)

تقریباً چندین میکروارگانیسم (به طور متوسط پنج تا بیست باکتری هوازی و بی‌هوازی) در بروز عفونت‌های دندانی نقش دارند. (۵) که شامل انواع بی‌هوازی اختیاری مانند استرپتوکوک ویریدانس و آنزینوسوس Anginosus و بی‌هوازی اجباری مانند کوکسی‌ها، پره وتلا، فوزوباکتریوم، تره پونما و میله‌ای (Rod) گرم مثبت و ... می‌باشند. (۶و۷)

از خصوصیات انتخاب آنتی‌بیوتیک مناسب، داشتن طیف اثر محدود به جهت جلوگیری از انواع مقاوم و کاهش بروز عفونت‌های اضافی، دارا بودن سمیت کمتر با حفظ موثر بودن میزان دارو، احتمال کمتر

بروز حساسیت و عوارض جانبی می‌باشد. (۵و۶)

پس از انتخاب آنتی‌بیوتیک مناسب دارو باید به مقدار مناسب، در فواصل زمانی مناسب و شیوه مناسب تجویز گردد. از درمان‌های رایج عفونت حاد و شدید، آنتی‌بیوتیک درمانی تزریقی است.

نظر به مشکلات و عوارض ناشی از تزریق پنی‌سیلین و با توجه به اثرات مثبت تجویز آموکسی سیلین خوراکی با دوز بالا برای بیماران دچار عفونت حاد دندانی که پس از انجام یک مطالعه اولیه (Pilot study) در بیماران حاصل گردید، وظیفه خود دانستیم که طی یک تحقیق راهی علمی و عملی را برای جلوگیری از تزریق پنی‌سیلین بدست آوریم، لذا هدف از انجام این مطالعه مقایسه اثر مقادیر بالای آموکسی سیلین خوراکی با پنی‌سیلین تزریقی در درمان عفونت‌های حاد دندانی بود.

در این مطالعه کارآزمایی بالینی که مسائل اخلاقی آن مورد تایید و تصویب کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی مشهد قرار گرفت، ۵۶ بیمار با تشخیص عفونت حاد دندانی انتخاب و بطور تصادفی به دو گروه تقسیم گردیدند. پس از اخذ رضایت نامه کتبی، بیماران گروه اول (کنترل) با پنی‌سیلین G تزریقی درمان شدند و بیماران گروه دوم (تجربی) با مقادیر بالای آموکسی سیلین خوراکی (۲ گرم ۳ بار در روز) درمان گردیدند. کلیه بیماران به فواصل ۲۴ ساعت و ۴۸ ساعت (یا ۷۲ ساعت) و یک هفته بعد مورد معاینه و ارزیابی قرار می‌گرفتند و در هر جلسه وضعیت تب و دمای بدن، شدت درد، تورم و رنگ پوست آنها ثبت می‌شد. معیار بهبود و پاسخ به درمان عاری بودن از تب، درد و قرمزی و به حداقل رسیدن تورم بوده و در غیر این صورت درمان ناموفق تلقی می‌شد. در توصیف داده‌ها از آمار توصیفی در جداول توزیع فراوانی و در تحلیل داده‌ها از آزمون من ویتنی و دقیق فیشر استفاده گردید. سطح معنی‌دار ۵ درصد در نظر گرفته شد.

یافته‌ها: ۲۵ بیمار در گروه کنترل و ۲۶ بیمار در گروه تجربی بهبود یافتند. طبق نتیجه آزمون من ویتنی و دقیق فیشر اختلاف معنی‌داری بین درمان با پنی‌سیلین تزریقی و مقادیر بالای آموکسی سیلین وجود نداشت. $P=0/0639$ $(X^2=0/0219)$

نتیجه‌گیری: با توجه به تحقیق انجام شده می‌توان گفت آموکسی سیلین خوراکی با مقدار بالا درمان دارویی انتخابی در عفونت‌های حاد دندانی است که ضمن جلوگیری از بروز مشکلات و عوارض ناشی از تزریق پنی‌سیلین همچون درد و ناراحتی و آنافیلاکسی، اثراتی حداقل معادل آن دارد.

(۵ع) آنتی‌بیوتیک‌های بتالاکتام به واسطه خاصیت باکتریوسید بودن، بیشترین آنتی‌بیوتیک مصرفی هستند که به جهت مصرف گسترده و بی‌رویه و نامناسب توسط دندانپزشکان و یا کاربرد بدون نسخه (OTC) Over the contour، بروز مقاومت باکتریایی می‌تواند مساله‌ساز باشد. (۷۸) پنی‌سیلین‌ها یکی از کم‌خطرترین آنتی‌بیوتیک‌ها می‌باشند و بدون شک نسبت به سایر عوامل ضدمیکروبی عوارض کمتری ایجاد می‌کنند. (۷) مهمترین عارضه جانبی پنی‌سیلین G، واکنش ازدیاد حساسیت بخصوص واکنش آنافیلاکسی موضعی/سیستمیک می‌باشد.

هیپرکالمی، هیپرناترمی، آلکالوز و نارسائی احتقانی قلب، درد، التهاب، آسسه، فلیت و ترومبوفلیت محل تزریق، گرانولوسیتوپنی، هیپاتیت (بندرت)، لتارژی، تحریک پذیری عصبی عضلانی، حملات میوکلونوس و اغما، افزایش زمان سیلان و تب دارویی و کاندیدیازیس (در استفاده طولانی مدت با مقادیر بالا) از دیگر عوارض پنی‌سیلین G (تزریقی) می‌باشند. (۹) علیرغم رواج مصرف بی‌رویه نوع تزریقی آنتی‌بیوتیک‌ها به نظر می‌رسد که با توجه به عوارض احتمالی ذکر شده، نوع خوراکی ترجیح دارد و در میان انواع خوراکی، آموکسی سیلین در مقایسه با سایر انواع پنی‌سیلین بصورت خوراکی عارضه‌گوارشی کمتری دارد. (۹)

در مصرف خوراکی، آموکسی سیلین سریعتر و کاملتر از آمپی سیلین جذب می‌گردد. ۱ تا ۲ ساعت بعد از مصرف تک مقدار ۲۵۰ mg آموکسی سیلین حداکثر غلظت پلاسمایی در حدود ۵ μg/ml بدست می‌آید. دو برابر کردن مقدار می‌تواند باعث دو برابر شدن غلظت گردد و حضور غذا در معده باعث کم شدن میزان جذب آن نمی‌گردد. (۹)

اگر چه مقدار معمول مصرف آن در بزرگسالان ۵۰۰-۲۵۰ mg هر ۸ ساعت و در کودکان زیر ۱۰ سال ۲۵۰-۱۲۵ mg هر ۸ ساعت می‌باشد (۹) ولی در پیشگیری از اندوکاردیت باکتریال به صورت ۲ g آموکسی سیلین یک ساعت قبل از عمل تجویز می‌گردد که حتی تا سال ۱۹۹۷ میزان توصیه شده ۳ گرم آموکسی سیلین یک ساعت قبل از معالجات دندانپزشکی بوده است. (۱۰ و ۱۱)

مشاهده عدم موفقیت و یا عوارض درمان عفونت‌های حاد دندانی بوسیله پنی‌سیلین تزریقی همچون خطر شوک آنافیلاکسی، درد و ناراحتی محل تزریق که گاهی نشستن و انجام کارهای روزمره را مختل می‌سازد و مستلزم مراجعه به درمانگاه‌ها جهت تزریق و صرف هزینه‌های اضافی است از یک طرف و از طرف دیگر رها کردن درمان در نیمه راه بواسطه مشکلات فوق‌الذکر ما را به فکر جایگزین کردن پنی‌سیلین تزریقی با آموکسی سیلین خوراکی انداخت تا با تجویز آموکسی سیلین خوراکی به مقدار ۲ گرم هر ۸ ساعت در بالغین اقدام به درمان عفونت‌های حاد دندانی بنمائیم.

بنابراین با توجه به بدون عارضه بودن مصرف مقادیر بالای آموکسی سیلین خوراکی و عوارض و مشکلات پنی‌سیلین تزریقی و انجام مطالعه مقدماتی بر روی ۱۰ بیمار و پاسخ‌دهی آنها ما بر آن شدیم تا اثر مقادیر بالای آموکسی سیلین را در مقایسه با پنی‌سیلین تزریقی در درمان عفونت‌های حاد دندانی بررسی نمائیم که علیرغم اینکه در راستای حل یک مشکل جامعه و پیشگیری از تزریق‌های غیرضروری پنی‌سیلین می‌باشد تاکنون چنین مطالعه‌ای صورت نگرفته است.

مواد و روش‌ها

در این مطالعه کارآزمایی بالینی که مسائل اخلاقی آن مورد تایید و تصویب

کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی مشهد قرار گرفت، ۵۶ بیمار مراجعه کننده به بخش جراحی دانشکده دندانپزشکی مشهد با تشخیص عفونت حاد دندانی وارد این مطالعه کارآزمایی بالینی شدند. علائم و نشانه‌های آسسه حاد دندانی شامل تمامی و یا تعدادی از یافته‌های زیر بود:

- ۱- حضور دندان عامل
 - ۲- بروز تورم دردناک حاد و ناگهانی
 - ۳- تب بالای ۱۰۰ درجه فارنهایت
 - ۴- حساس بودن تورم در لمس
 - ۵- قرمزی و گرمی پوست ناحیه متورم
- که با تکمیل پرسشنامه ای که برای ثبت علائم هنگام مراجعه و پیگیری‌های بعدی آنها تهیه گردیده بدست آمد. البته باید توجه داشت که لزوماً در هر عفونت حاد دندانی تمام علائم فوق وجود ندارد و بیماران می‌توانند بعضی از علائم فوق را نداشته باشند. ولی معیار ورود به طرح حداقل بروز یک تورم ناگهانی حاد و دردناک یا حساس به لمس به همراه حضور یک دندان عامل عفونت بود. (۶) در ضمن تمامی بیماران در صورت نیاز از درمان جراحی و برش مخاط یا پوست جهت تخلیه چرک بهره‌مند گردیدند. معیار خروج شامل:

- ۱- مصرف دارو
- ۲- آلرژی و واکنش ازدیاد حساسیت نسبت به پنی‌سیلین و فرآورده‌های صناعی آن همچون آموکسی سیلین
- ۳- نارسایی کلیوی و بیماری‌های گوارشی
- ۴- حاملگی در خانم‌ها
- ۵- سلولیت بودند.

از بیماران رضایت‌نامه کتبی اخذ گردید و سپس برای بیماران گروه تجربی آموکسی سیلین خوراکی ۲ گرم هر ۸ ساعت تجویز شد و برای بیماران در گروه کنترل هر ۱۲ ساعت پنی‌سیلین پروکائین تزریقی (۸۰۰/۰۰۰) تا برطرف شدن تب و کاهش بارز درد و تورم تجویز گردید.

کلیه بیماران در فواصل ۲۴ ساعت و ۴۸ ساعت (یا ۷۲ ساعت) و یک هفته بعد مورد معاینه و ارزیابی قرار می‌گرفتند و در هر جلسه وضعیت تب و دمای بدن، شدت درد، تورم و رنگ پوست آنها و بروز عوارض جانبی احتمالی ثبت می‌شد.

اندازه تورم از طریق اندازه‌گیری قطر آن توسط کولیس تعیین می‌شد. بعلاوه شدت درد بیماران بر اساس گزارش بیماران و به صورت انتخاب عددی بین ۰ تا ۱۰ در هر بار مراجعه آنان ثبت می‌گردید (VAS) [۲]. معیار بهبود و پاسخ به درمان عاری بودن از تب، کاهش بارز درد و قرمزی و به حداقل رسیدن تورم بوده است. کاهش تورم و درد به هر اندازه ای در ۲۴ ساعت اول درمان، نشانه سیر بهبودی و در غیر این صورت شکست در روش درمان اتخاذ شده تلقی می‌شد و انجام درمان‌های اضافی دیگری همچون تغییر آنتی‌بیوتیک مصرفی به کوآموکسی کلاو، برش مخاط یا پوست و تخلیه عمیق تر چرک، آنتی‌بیوگرام و بستری شدن در بیمارستان برای بیماران پیش‌بینی و برنامه ریزی شده بود.

درمان جراحی و تخلیه برای همه بیمارانی که در طول معاینات دارای یک تورم حاوی چرک که قوام آن در لمس به صورت موج بودند در همان جلسه انجام شد و به این صورت که برش با تیغه بیستوری شماره ۱۱ بداخل حفره آسسه زده می‌شد و پس از کامل شدن برش، یک پنس هموستات از طریق برش وارد حفره آسسه می‌گردید و حفره آسسه در چند جهت مختلف باز می‌شد و ... لاستیکی در محل قرار داده می‌شد و تا چند روزی که

تخلیه چرک از حفره آبسه ادامه داشت، در محل باقی می‌ماند. پس از گردآوری و کد گذاری، همه داده‌ها وارد رایانه گردید و با اطمینان از صحت ورود اطلاعات با استفاده از نرم‌افزار آماری SPSS تجزیه و تحلیل گردیدند. در توصیف داده‌ها از جداول توزیع فراوانی استفاده شد و در تحلیل داده‌ها از آزمون من ویتنی و دقیق فیشر استفاده گردید. سطح معنی‌داری ۵٪ مدنظر بوده است.

یافته‌ها

در این مطالعه ۲۴ ساعت پس از مصرف آنتی‌بیوتیک، درمان ۳ بیمار از ۲۸ بیمار گروه کنترل (تحت درمان با پنی‌سیلین) (۸۹/۳٪ بهبودی) و دو بیمار از ۲۸ بیمار گروه تجربی (تحت درمان با آموکسی سیلین خوراکی) (۹۲/۹٪ بهبودی) به علت باقیماندن درد خودبخود و تورمی با قطر بیش از ۴ cm ناموفق تلقی گردید (جدول ۱). فراوانی بیمارانی مورد مطالعه بر حسب جنس نشان داد که در این مطالعه

۵۳/۶٪ مرد و ۴۶/۴٪ زن بودند و طبق آزمون کای دو بین دو گروه مورد مطالعه (تجربی و کنترل) از نظر جنسیت تفاوت معنی‌داری وجود نداشت. ($P=0/284$ و $X^2=1/148$) در ضمن محدوده سنی بیماران گروه تجربی بین ۱۰-۵۰ سال و گروه کنترل بین ۶۰-۱۰ سال بود. طبق آزمون کای اسکوتر دو گروه مورد مطالعه از نظر سنی با یکدیگر تفاوت معنی‌داری نداشتند. ($P=0/368$ و $X^2=4/289$) در ضمن از جهات دیگر مانند: سابقه قبلی بروز تورم، ناحیه تورم، علائم و نشانه‌ها، شدت درد خودبخود و اندازه تورم قبل از درمان، دو گروه با یکدیگر تفاوت معنی‌داری نداشتند و از این لحاظ همگن بودند.

بر اساس نتایج آزمون من ویتنی و دقیق فیشر علائم و نشانه‌های عفونت، شدت درد خودبخود، اندازه تورم در ۲۴، ۴۸ تا ۷۲ ساعت و ۱ هفته پس از درمان در دو گروه تفاوت معنی‌داری نداشت. عارضه جانبی بجز درد محل تزریق مشاهده نشد (جدول ۲ و ۳). یک هفته پس از درمان تنها شکایت بیماران مشکل در جویدن غذا بود که در هر یک از گروه‌ها در ۲ نفر از بیماران مشاهده شد.

کل	گروه‌ها				علائم و نشانه‌ها (یک هفته بعد از درمان)		
	تعداد	درصد	تجربی			کنترل	
			تعداد	درصد		تعداد	درصد
۹۱/۱	۵۱	۹۲/۹	۲۶	۸۹/۳	۲۵	بهبود	
۸/۹	۵	۷/۱	۲	۱۰/۷	۳	عدم بهبود	
۱۰۰/۰	۵۶	۱۰۰/۰	۲۸	۱۰۰/۰	۲۸	کل	
Fisher's Exact test				P=1			

جدول ۱ : توزیع فراوانی بیماران تحت مطالعه بر حسب پاسخ به درمان به تفکیک گروه

نتیجه آزمون دقیق فیشر	کل	گروه‌ها				علائم و نشانه‌ها (۲۴ ساعت بعد از درمان)		
		تعداد	درصد	تجربی			کنترل	
				تعداد	درصد		تعداد	درصد
P=1	۸/۹	۵	۷/۱	۲	۱۰/۷	۳	تب	
P=0/78	۵۸/۹	۳۳	۶۰/۷	۱۷	۵۷/۱	۱۶	مشکل در جویدن غذا	
P=1	۸/۹	۵	۱۰/۷	۳	۷/۱	۲	عرق کردن	
P=0/31	۱۹/۶	۱۱	۱۴/۳	۴	۲۵/۰	۷	قرمزی پوست ناحیه متورم	
P=1	۱۶/۱	۹	۱۴/۳	۴	۱۷/۹	۵	گرمی پوست ناحیه متورم	
P=1	۸/۹	۵	۱۰/۷	۳	۷/۱	۲	بدون علامت	

جدول ۲ : توزیع فراوانی بیماران مورد مطالعه بر حسب علائم و نشانه‌ها در مرحله ۲۴ ساعت بعد از درمان به تفکیک گروه

کل	گروه‌ها				اندازه تورم (۲۴ ساعت بعد از درمان)
	تجربی		کنترل		
درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد
۷/۱	۴	۷/۱	۲	۷/۱	۲
۶/۹	۳۸	۶۴/۳	۱۸	۷۱/۴	۲۰
۲۵	۱۴	۲۸/۶	۸	۲۱/۴	۶
۱۰۰/۰	۵۶	۱۰۰/۰	۲۸	۱۰۰/۰	۲۸

Mann-Whitney: $Z=۰/۵۲$ $P=۰/۶۰$

جدول ۳: توزیع فراوانی بیماران مورد مطالعه بر حسب اندازه تورم در مرحله ۲۴ ساعت بعد از درمان به تفکیک گروه

کل	گروه‌ها				اندازه تورم (یک هفته بعد از درمان)
	تجربی		کنترل		
درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد
۷۸/۶	۴۴	۸۲/۱	۲۳	۷۵	۲۱
۱۴/۳	۸	۱۴/۳	۴	۱۴/۳	۴
۷/۱	۴	۳/۶	۱	۱۰/۷	۳
۱۰۰/۰	۵۶	۱۰۰/۰	۲۸	۱۰۰/۰	۲۸

Mann-Whitney: $Z=۰/۷۳$ $P=۰/۴۵$

جدول ۴: توزیع فراوانی بیماران مورد مطالعه بر حسب اندازه تورم در مرحله ۱ هفته بعد از درمان به تفکیک گروه

بودند و پنی سیلین داروی انتخابی برای عفونت دندان حاد بود. (۱۲) در همین رابطه در تحقیق دیگری مشخص شد که بهبودی عفونت‌های دندان در درمان با آموکسی سیلین بهتر از درمان با تتراسایکلین است. (۱۳) در مطالعه Lewis و همکاران مطرح شده است که تغییری در سوش میکروبی آبسه‌های دندان رخ داده است و آموکسی سیلین به همراه مترونیدازول احتمالاً اولین انتخاب در صورت عدم بهبودی بالینی می باشد. (۱۴) بر طبق مطالعه Siminoski در سال ۱۹۹۳، Sepsis و تب ناشی از عفونت دندان می تواند به درناژ آبسه و کشیدن دندان با یا بدون آنتی‌بیوتیک پاسخ دهد. (۱۵)

هر چند مطالعه بر روی استفاده از آموکسی سیلین با مقادیر بالا بر روی عفونت‌های حاد دندان انجام نشده است اما تحقیقات مختلفی در مورد کاربرد بدون عارضه مقادیر بالای آموکسی سیلین خوراکی در درمان سایر عفونت‌های حاد مانند اوتیت حاد گوش میانی و پنومونی دارند از جمله

بحث

تحقیق ارائه شده مشابهی برای جایگزین کردن پنی‌سیلین تزریقی با آموکسی سیلین خوراکی وجود نداشت از اینرو به نقد گذاشتن معایب و محاسن این مطالعه در قیاس با سایر مطالعات امکان پذیر نمی‌باشد. البته در دیگر مطالعات آموکسی سیلین به عنوان انتخاب مناسب برای درمان عفونت‌های دندان حاد مطرح شده است.

پنی‌سیلین، آموکسی سیلین، کلیندامایسین، اریترومایسین، مترونیدازول و Moxifloxacin از آنتی‌بیوتیک‌های معمول در درمان عفونت‌های دندان ذکر شده‌اند. (۵) در مطالعه ای بر روی ۱۶۶ گونه باکتری بدست آمده از ۵۰ نمونه آبسه‌های با منشا دندان مشخص شد که ۹۶ درصد از گونه‌های باکتری‌های بدست آمده از این آبسه‌ها به یکی از آنتی‌بیوتیک‌های رایج: پنی سیلین، آموکسی سیلین، اریترومایسین، کلیندامایسین، مترونیدازول حساس

معمولاً پاسخ‌دهی به درمان با کاهش اندازه تورم پس از ۴۸ تا ۷۲ ساعت مشخص می‌شود و چنانچه تب و درد حاد بیمار در این مدت از بین نرفته باشد پاسخ‌دهی به درمان زیر سوال قرار می‌گیرد

مشکلات و عوارض ناشی از تزریق پنی سیلین همچون فراهم نبودن امکان تزریق‌های مکرر برای همگان و هزینه‌های اضافی رفت و آمد جهت تزریق، باضافه درد و ناراحتی محل تزریق و احتمال خطیرتر بروز شوک آنافیلاکسی از یک طرف و عارضه کمتر مصرف مقدار بالای آموکسی سیلین خوراکی از طرفی دیگر، می‌توان گفت در عفونت‌های حاد دندانی بهتر است بجای پنی سیلین تزریقی از آموکسی سیلین خوراکی با مقدار بالا استفاده گردد. در این بررسی حتی در مواردی هم که ما نتیجه درمان با پنی سیلین و یا آموکسی سیلین خوراکی را عدم موفقیت گزارش کردیم، تب در تمام این بیماران قطع گردیده بود و علیرغم اینکه در شدت درد خودبخود و اندازه تورم تغییر چشمگیری مشاهده نشده بود اما به هرحال علائم عفونت در این بیماران بیشتر نشده بود و گسترش عفونت و عوارض آن بیماران را تهدید نمی‌کرد. در احساس بهبود بیماران نقش کاهش یا برطرف شدن تب و درد بارزتر بود و اکثر بیماران با برطرف شدن این علائم فعالیت‌های روزمره خود را از سر گرفتند هر چند که تورم هنوز به درجاتی باقی مانده بود. علاوه بر این می‌توان نتیجه گرفت که معمولاً پاسخ‌دهی به درمان با کاهش اندازه تورم پس از ۴۸ تا ۷۲ ساعت مشخص می‌شود و چنانچه تب و درد حاد بیمار در این مدت از بین نرفته باشد پاسخ‌دهی به درمان زیر سوال قرار می‌گیرد.

از ۲۸ بیمار گروه کنترل درمان ۳ نفر و از ۲۸ بیمار گروه تجربی درمان ۲ نفر با عدم موفقیت همراه بود که برای آنها بدون آنکه درناژ مجدد انجام شود کپسول کوآموکسی کلاو ۶۲۵ mg به صورت هر ۸ ساعت ۱ عدد و به مدت ۱ هفته تجویز گردید که نتیجه درمان در هر ۵ نفر با موفقیت همراه بود. بنابراین در موارد عدم موفقیت چه با آموکسی سیلین و چه با پنی سیلین تزریقی می‌توان درمان با کوآموکسی کلاو را جایگزین کرد. البته باید به خاطر داشت که علیرغم موثر بودن کوآموکسی کلاو در عفونت‌های دندانی مقاوم به درمان‌های رایج هیچگاه نایبستی آنرا به عنوان داروی انتخابی اول مورد استفاده قرار داد تا مشکلی همانند مقاومت باسیل توبرکولوز به ریفامپین بواسطه مصرف بی رویه آن در عفونت‌های غیرتوبرکولوزی تکرار نگردد. در این طرح، برش مخاط یا پوست و تخلیه چرک آنچنان که در قسمت روش اجرای طرح توضیح داده شد برای تمام بیماران بطور کامل انجام گردیده است و بیمارانی که به دلایل مختلف برش و تخلیه چرک برایشان انجام نگردید از مطالعه حذف شدند. بنابراین درناژ و تخلیه چرک برای تمام بیماران مورد مطالعه یکسان بوده است و درناژ نمی‌تواند به عنوان یک متغیر محسوب گردد.

استفاده روزانه ۸۰-۹۰ mg/kg آموکسی سیلین خوراکی به مدت پنج روز در درمان پنومونی شدید بچه‌ها در بررسی Hazir و همکاران (۱۶) و استفاده از همین مقدار آموکسی سیلین خوراکی در درمان اوتیت حاد گوش میانی نوزادان و بچه‌ها در مطالعات Santolaya (۱۷) و Arguedas (۱۸).

در مطالعه Garbutt در ایالت میسوری هم استفاده روزانه از mg/kg ۸۰-۹۰ آموکسی سیلین خوراکی در درمان اوتیت حاد گوش میانی ناشی از استرپتوکوکوپنومونی غیرحساس به پنی سیلین (NSSP) و غیرحساس به مقدار استاندارد آموکسی سیلین را ضمن جداسازی استرپتوکوک پنومونی از ناروفارنکس بچه‌ها مورد بررسی قرار دادند و آن را در بچه‌هایی که اخیراً آنتی‌بیوتیک دریافت نموده اند توصیه نمودند. (۱۹) مطالعه‌ای مقایسه‌ای به صورت یک سوکور بین اثر درمان ۱۴ روزه استفاده از Cefditoren pivexil (نسل سوم سفالوسپورین) به مقدار ۸-۱۲ Mg/kg روزانه در ۷۲ بیمار با متوسط سن ۷/۱۵ سال و آموکسی سیلین/کلاوولات (به مقدار روزانه ۸۰-۹۰ Mg/kg در ۷۲ بیمار با متوسط سن ۶/۶ سال) در درمان بیماران ۱ تا ۱۵ ساله باریونوسینوزیت حاد باکتریال در تایلند انجام شد. میزان بهبودی در روز چهاردهم در مصرف‌کنندگان Cefditoren pivoxil و آموکسی سیلین به ترتیب ۷۸/۸٪ و ۸۴/۷٪ بود. هیچ اختلاف معنی‌داری بین تغییرات در علائم در دو گروه وجود نداشت. متوسط زمان بهبودی در هر دو گروه ۳ روز بود. همچنین اختلاف معنی‌داری بین پسریت (Relapse) (۹/۱۶ و ۱۱/۶٪) یا عود (Recurrence) (۳ و ۵/۶٪) نبود. شایعترین عارضه در هر دو گروه اسهال بود که در مصرف‌کنندگان Cefditoren pivoxil ۴/۵٪ و در مصرف‌کنندگان آموکسی سیلین ۱۸/۱٪ بود (P=۰/۰۲).

مطالعه‌ای توسط Christele Gras و همکارانش در مورد اثر آموکسی سیلین خوراکی بر روی ۲۲۲ نوزاد Full term (متوسط وزن موقع تولد ۳۳±۳/۴۲) آلوده به عفونت استرپتوکوک گروه B، انجام شد. البته در طی ۴۸ ساعت اول برای همه آنها آموکسی سیلین تزریقی تجویز شد و پس از بدون علامت شدن روزانه ۲۰۰-۳۰۰ Mg/kg در چهار دوز منقسم داده شد. متوسط غلظت سرمی آموکسی سیلین خوراکی به ترتیب با مقدار مصرفی ۳۰۰ Mg/kg، میلی گرم در لیتر ۳۱/۱۵ mg/l و با مقدار مصرفی ۲۰۰ Mg/kg، میلی گرم در لیتر ۲۵/۸ mg/l بود. (۲۱)

تحمل گوارشی عالی بود ۲۱۶ بیمار در روز پنجم تولد مرخص شدند و در طی سه ماه پیگیری مراجعه نداشتند. هر چند کاربرد مقادیر بالا احتمال توکسیسیته را مطرح می‌سازد اما در این مطالعه توکسیسیته بالینی دیده نشد و البته مطالعات کمی در مورد توکسیسیته آموکسی سیلین نوزادان وجود دارد. (۲۱)

در ضمن از مزایای کاربرد مقادیر بالای خوراکی: تسریع ترخیص از بیمارستان، تماس سریع تر با بیمار، هزینه کمتر درمان و مصرف دوره کوتاه‌تر نوع تزریقی (که درمانی تهاجمی است) می‌باشد که می‌تواند احتمالاً موجب کاهش ریسک عفونت‌های بیمارستانی شوند. (۲۱)

با توجه به آمار و نتایج بدست آمده از این تحقیق مشخص شد که در عفونت‌های حاد دندانی هنگامی که از آموکسی سیلین خوراکی با دوز بالا استفاده می‌گردد، در ۹۲/۹ درصد بهبودی دیده می‌شود و در هنگامی که از پنی سیلین تزریقی استفاده می‌شود در ۸۹/۳ درصد بهبودی مشاهده می‌گردد. اگر چه این اختلاف از نظر آماری معنی‌دار نیست ولی با توجه به



با توجه به عدم مشاهده هیچگونه عوارضی بدنبال مصرف خوراکی مقادیر بالای آموکسی سیلین و با توجه به شناخت فارماکولوژی این دارو که محدودیتی برای چنین درمانی ایجاد نمی کند، بایستی آن را به عنوان درمان دارویی انتخابی برای عفونت‌های حاد دندانی مدنظر قرار داد

پاسخ‌دهی عفونت‌های حاد دندانی نسبت به آموکسی‌سیلین با مقدار بالا حتی در مواردی هم که عفونت به پوست صورت و یا کف دهان گسترش یافته بود نیز در مطالعه مقدماتی (Pilot study) مجربان طرح بخوبی مشاهده شده بود و مساله بررسی تاثیر آموکسی‌سیلین خوراکی با مقدار بالا در درمان این عفونت‌ها به این چندین تجربه انجام شده در این مطالعه محدود نمی‌گردد.

بنابراین با توجه به عدم مشاهده هیچگونه عوارضی بدنبال مصرف خوراکی مقادیر بالای آموکسی سیلین و با توجه به شناخت فارماکولوژی این دارو که محدودیتی برای چنین درمانی ایجاد نمی کند، بایستی آن را به عنوان درمان دارویی انتخابی برای عفونت‌های حاد دندانی مدنظر قرار داد.

اگر چه منابعی در صورت وجود دو یا بیش از دو تا از معیارهای زیر: درجه حرارت بالای ۳۸ درجه سانتیگراد یا کمتر از ۳۶ درجه سانتیگراد، ضربان قلب بیش از ۹۰ در دقیقه، تعداد تنفس بیش از ۲۰ در دقیقه و لکوسیتوز بالای ۱۲۰۰۰ در میلی‌متر مکعب یا کمتر از ۴۰۰۰ یا بیش از ۱۰٪ اشکال نابالغ (سلول‌های باند) در پاسخ به عفونت را ضمن مطرح کردن سندرم پاسخ التهابی سیستمیک Systemic inflammatory syndrome (SIRS) نوع آنتی‌بیوتیک تجویز شده را تزریقی توصیه می‌کنند (۲۲) ولی بر اساس این مطالعه نیاز به انجام CBC و روش تزریقی در بیماران دچار عفونت حاد دندانی وجود ندارد چرا که بر اساس این مطالعه تب بیماران با مصرف این رژیم خوراکی قطع شده بود.

نتیجه گیری

با توجه به تحقیق انجام شده و علیرغم مشابهت پاسخ به درمان عفونت حاد دندانی نسبت به «پنی سیلین تزریقی» و «آموکسی سیلین خوراکی» به مقدار بالا، نظر به نبود عوارضی همچون درد محل تزریق و کاهش کارآمدی بیمار و صرف هزینه‌های اضافی همچون هزینه رفت و آمد و تزریق و مهمتر از همه شوک آنافیلاکسی می توان گفت آموکسی سیلین خوراکی با مقدار بالا درمان دارویی انتخابی در عفونت‌های حاد دندانی است که ضمن جلوگیری از بروز مشکلات و عوارض ناشی از تزریق پنی‌سیلین دارای اثرات درمانی حداقل معادل آن است. از طرفی با توجه به اینکه داروی انتخابی در موارد عدم موفقیت، آموکسی کلاو بود که پاسخ دهی مناسبی را به همراه داشت، می توان اظهار نظر نمود که در انتخاب آنتی‌بیوتیک برای درمان عفونت‌های حاد دندانی پنی‌سیلین تزریقی جایی ندارد مگر در بیمارانی که آموکسی سیلین خوراکی را نمی‌توانند تحمل کنند که این عدم تحمل با علائمی مانند اسهال، تهوع، استفراغ و دل درد همراه است.

[۱]. اگر پاسخ سیستمیک به عفونت با عفونت مشکوک بالینی یا ثابت شده همراه باشد Sepsis نامیده می شود.
[۲]. Visual analogue scale

مراجع

- Fonseca RJ. Oral and Maxillofacial Surgery. 1st ed. Philadelphia: W.B. Saunders Co; 2000. P. 8-77.
- Robertson D, Simth AJ. The microbiology of the acute dental abscess. J Med Microbiol 62-155 :(2)58 ;2009.
- Gómez J, García-Vázquez E, Martínez Pérez M, Martínez Lage J, González Tortosa J, Pérez Espejo MA, et al. Brain abscess. The experience of 30 years. Med Clin (Barc) 9-736 :(19)130 ;2008. (Spanish)
- Farrier JN, Kittur MA, Sugar AW. Necrotising fasciitis of the submandibular region: A complication of odontogenic origin. Br Dent J 9-607 :(10)202 ;2007.
- Jan Hupp JR, Ellis E III, Tucker MR. Contemporary Oral and Maxillofacial Surgery. 5th ed. St. Louis: Mosby Co; 2008. P. 317 ,304 ,292 ,291.
- Topazian RG, Goldberg MH, Hupp JR. Oral and Maxillofacial Infections. 4th ed. Philadelphia: W.B. Saunders Co; 2002. P. 111-99.
- Hardman JG, Limbird LE. Goodman and Gilman's the Pharmacological Basis of Therapeutics. 10th ed. New York: Mcgraw-Hill; 2001. P. 206-1189.
- Munson PL, Mueller RA, Breese GR. Principles of Pharmacology: Basic Concepts and Clinical Applications. 1st ed. New York: A Hodder Arnold Publication; 1996. P. 66-1351.
- Sweetman SC. Martindale's Complete Drug Reference. 3rd ed. London: Pharmaceutical Press; 2002. P. 40-239 ,9-157 ,50-149.
- Little JW, Falace D, Miller C, Rhodus NL. Dental Management of the Medically Compromised Patient. 5th ed. Missouri: Mosby Co; 1997. P. 122.
- Little JW, Falace D, Miller C, Rhodus NL. Dental Management of the Medically Compromised Patient. 7th ed. Missouri: Mosby Co; 2008. P. 29.
- Lewis MA, MacFarlane TW, McGowan DA. Antibiotic susceptibilities of bacteria isolated from acute dentoalveolar abscesses. J Antimicrob Chemother 77-69 :(1)23 ;1989.
- Cruciani A. Clinical trial of an amoxicillin and a tetracycline in dental infections. Minerva Stomatol 94-185 :(3)27 ;1978. (Italian)
- Lewis MA, MacFarlane TW, McGowan DA. A microbiological and clinical review of the acute dentoalveolar abscess. Br J Oral Maxillofac Surg 66-359 :(6)28 ;1990.
- Siminoski K. Persistent fever due to occult dental infection: Case report and review. Clin Infect Dis 4-550 :(4)16 ;1993.
- Hazir T, Fox LM, Nisar YB, Fox MP, Ashraf YP, Macleod WB, et al. Ambulatory short-course high-dose oral amoxicillin for treatment of severe pneumonia in children: A randomised equivalency trial. Lancet ;2008 56-49 :(9606)321.
- Santolaya de P ME. Acute otitis Media: Diagnosis and treatment. Rev chilena Infectol 300-297 :(4)24 ;2007.
- Arguedas A, Emparanza P, Schwartz RH, Soley C, Guevara S, de Caprariis PJ, et al. A randomized, multicenter, double blind, double dummy trial of single dose azithromycin versus high dose amoxicillin for treatment of uncomplicated acute otitis media. Pediatr Infect Dis J 61-153 :(2)24 ;2005.
- Garbutt J, St Geme JW, May A, Storch GA, Shackelford PG. Developing community-specific recommendations for first-line treatment of acute otitis media: Is high-dose amoxicillin necessary. Pediatrics 7-342 :(2)114 ;2004.
- Poachanukoon O, Kitcharoensakkul M. Efficacy of cefditoren pivoxil and amoxicillin/clavulanate in the treatment of pediatric patients with acute bacterial rhinosinusitis in Thailand: A randomized, investigator blinded, controlled trial. Clin Ther 9-1870 :(10)30 ;2008.
- Gras-Le Guen C, Boscher C, Godon N, Caillon J, Denis C, Nguyen JM, et al. Therapeutic amoxicillin levels achieved with oral administration in term neonates. Eur J Clin Pharmacol 62-657 :(7)63 ;2007.
- Mandel GL, Bennett J, Dolin R. Principles and Practice of Infectious Diseases. 6th ed. Churchill Livingstone: Elsevier; 2004. P. 966.

ارزیابی دیدگاه دانشجویان سال آخر دندانپزشکی در زمینه آموزش دانش ایمپلنت‌های دندانی

- مجیدرضا مختاری (استادیار پیروانتیکس، مرکز تحقیقات دندانپزشکی، دانشکده دندانپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد)
- علی فروزانفر (استادیار پیروانتیکس، مرکز تحقیقات دندانپزشکی، دانشکده دندانپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد)
- فاطمه فرازی (استادیار گروه بیماری‌های دهان، فک و صورت، دانشگاه علوم پزشکی بجنورد)

هدف از این مطالعه، سنجش دیدگاه دانشجویان سال آخر دندانپزشکی در زمینه نیاز به آموزش دانش ایمپلنت‌های دندانی بود تا نتایج آن بتواند برای اساتید رشته‌های پیرونتولوژی، پروتز و جراحی فک و صورت و برنامه ریزی‌های آموزشی در جهت ارتقای آموزش کمک کننده باشد. این پژوهش از نوع طرح‌های پژوهش در آموزش بود که در دانشکده دندانپزشکی مشهد به اجرا درآمد. در سال تحصیلی ۹۰-۱۳۸۹ از دانشجویان سال آخر دانشکده دندانپزشکی مشهد خواسته شد در صورت تمایل پرسشنامه‌ای در مورد دیدگاه آنها در زمینه چگونگی آموزش دانش ایمپلنت‌های دندانی را تکمیل کنند. ۵۸ دانشجو سال آخر در بررسی شرکت کردند. دیدگاه این دانشجویان در مورد جنبه‌های مختلف تئوری و عملی ایمپلنت‌های دندانی ارزیابی شد و اطلاعات توسط جداول آماری متناسب توصیف شد.

۹۸٫۲۷٪ دانشجویان سال آخر دندانپزشکی در مورد آموزش تئوری و عملی ایمپلنت‌های دندانی، به طوری که هر دانشجو بتواند یک ایمپلنت ساده را بکارد، کاملاً موافق بودند. درخصوص آموزش دانش ایمپلنت‌های دندانی به صورت یک واحد درسی مستقل که از ادغام مباحث پروتز، جراحی و پروتز حاصل شود نیز ۸۷٫۹۴٪ دانشجویان کاملاً موافق بودند. همچنین درباره تاسیس یک گروه مستقل ایمپلنت‌های دندانی که امر آموزش متمرکز مباحث تئوری و عملی ایمپلنت‌های دندانی را به عهده گیرد نیز، ۹۶٫۵۶٪ دانشجویان کاملاً موافق بودند. در مورد سرفصل‌های درسی ایمپلنت، بیشترین نیاز آموزشی برای تدریس در دوره دندانپزشکی عمومی مربوط به آموزش تئوری و عملی اصول جراحی ایمپلنت و سپس آموزش کاشت یک ایمپلنت ساده قدامی بود و کمترین اهمیت مربوط به آموزش مقدمه و تاریخچه ایمپلنت‌های دندانی بود.

با توجه به ضرورت توسعه علوم فناوریانه در جهت ارتقا سلامت جامعه و خدمات رسانی مطلوب دندانپزشکان، ارتقا آموزش دانش ایمپلنت‌های دندانی برای دانشجویان دوره دندانپزشکی عمومی به صورت نظام مند و مستقل و بازنگری کوریکولوم دندانپزشکی عمومی در این زمینه الزامی است.

مقدمه

تربیت نیروی انسانی در بخش دندانپزشکی باید به هدف تامین حفظ و ارتقای سلامت دهان و دندان افراد جامعه منجر شود.

توسعه فن‌آوری‌های جدید و پیشرفت علم در طی سال‌ها منجر به ابداع روش‌های درمانی خاصی تحت عنوان ایمپلنت‌های دندانی گشته است. ایمپلنت علاوه بر جایگزینی ساختار از دست رفته باعث حفظ و نگهداری نسج نرم و سخت موجود می‌شود. دندانپزشکان عمومی به عنوان گروهی که بیشترین ارتباط را با بیماران دارند باید از دانش لازم در این زمینه برخوردار باشند تا بتوانند در راستای ارتقای سلامت جامعه خدمات دندانپزشکی پیشرفته را ارائه دهند. آموزش دانش ایمپلنت باعث افزایش مهارت‌های تئوری و عملی دندانپزشکان در راستای ارائه خدمات تخصصی و پیشرفته و در نتیجه ارتقای سلامت جامعه می‌شود. رشته دندانپزشکی توأم با مهارت فراوان عملی است. کسب این مهارت‌ها تشخیص و انجام اعمال درمانی را توسط دندانپزشک میسر می‌سازد. همزمان با پیشرفت سایر علوم، تکنیک‌ها و مهارت‌های بالینی جدیدی به دانشجویان و فراگیران این رشته عرضه می‌شود. بدیهی است ارتقا کیفیت آموزش بالینی این رشته در پیشرفت وضعیت سلامت دهان و دندان جامعه

اثر مستقیم خواهد داشت. تعیین نیازهای آموزشی اولین گام در طراحی و بازنگری هر برنامه آموزشی است. شناسایی نیازهای آموزشی امکان استفاده بهینه از منابع محدود و در دسترس را فراهم می‌کند. (۱)

نیازسنجی و اولویت‌بندی نیازهای فراگیران تأثیر مثبتی بر برنامه‌های آموزش بالینی دارد. تعیین نیازهای آموزشی فراگیران در هر برنامه آموزشی برای رسیدن به اهداف و اولویت‌های آموزشی ضروری و سودمند است. (۲)

عقبی و احادیان به نیازهای آموزشی فارغ‌التحصیلان دانشکده دندانپزشکی یزد پرداختند و به این نتیجه رسیدند که فارغ‌التحصیلان در مورد بسیاری از عناوین آموزشی نیازهای نسبتاً شدیدی احساس می‌کردند. این امر به ویژه در مورد عناوین نوین مثل ایمپلنت و دستگاه روتاری مصداق دارد که نشان‌دهنده عدم تطابق محتوای آموزشی دندانپزشکی عمومی با پیشرفت نوین و نیازهای جامعه دندانپزشکی می‌باشد و این امر لزوم تجدید نظر در محتوای آموزش دندانپزشکی را می‌رساند. (۳)

اکبری در سال ۸۸-۸۷ نیازهای آموزشی دانشجویان دانشکده دندانپزشکی مشهد را در درس درمان جامع مورد ارزیابی قرار داد. وی با جمع آوری اطلاعات از اساتید و دانشجویان از طریق پرسشنامه‌ای که با توجه به بندهای کوریکولوم مصوب طراحی شده بود و روایی و پایایی آن تأیید شده بود به نتایج زیر دست یافت. اهداف پیش‌بینی شده در مورد این واحد متعالی می‌باشد ولی شیوه اجرای آن در حال حاضر با این اهداف فاصله زیادی دارد. به صورتی که اساتید و دانشجویان این روش اجرا را نامطلوب دانسته و خواستار اصلاحات در شیوه اجرا می‌باشند. (۴)

در سال ۲۰۰۵ تحقیقی در رابطه با نیاز تعدادی از دندانپزشکان ناحیه Meerseaside در انگلستان انجام شد که در آن ۸۷ دندانپزشک عمومی به صورت تصادفی انتخاب شده بودند و از آنها خواسته شده بود تا نیازهای آموزشی خود را مورد ارزیابی قرار دهند. اکثر این افراد در مورد رادیولوژی احساس نیاز نمی‌کردند اما تعدادی در مورد موضوعات بیهوشی و ایمپلنت احساس نیاز می‌کردند. ۷۰٪ این دندانپزشکان در برگزاری دوره‌های مکمل احساس نیاز می‌کردند. ۵۰٪ نسبت به برگزاری دوره‌های ایمپلنت و ۹۸٪ علاقه‌مند به ادامه آموزش‌های مورد نیازشان بودند. (۵)

با عنایت به اینکه کوریکولوم دندانپزشکی عمومی کشور در حال بازنگری است و با توجه به اینکه یکی از مراحل مهم برنامه‌ریزی آموزش نیازسنجی گروه هدف در مورد علوم و فناوری‌های جدید و بررسی نظر افراد دخیل در حیطه دندانپزشکی است، نظرسنجی از دانشجویان سال آخر می‌تواند در برنامه‌ریزی‌ها، راهنما و موثر باشد. هدف از انجام این تحقیق بررسی دیدگاه دانشجویان سال آخر دندانپزشکی در مورد نیاز به آموزش دانش ایمپلنت به دانشجویان بود.

مواد و روش‌ها

در این مطالعه توصیفی-مقطعی، جامعه آماری شامل دانشجویان سال ششم (روردی ۱۳۸۴) در سال تحصیلی ۹۰-۱۳۸۹ دانشکده دندانپزشکی مشهد بودند. ابزار گردآوری اطلاعات، پرسشنامه و شیوه گردآوری اطلاعات به صورت میدانی بود. پرسشنامه‌ها دارای دو بخش بود، بخش اول به منظور ارزشیابی واحدی تحت عنوان ایمپلنت تهیه شد که شامل سه سؤال بود.

- تأسیس یک گروه مستقل ایمپلنت‌های دندان، جهت آموزش جراحی و پروتز ایمپلنت
- آموزش ایمپلنت‌های دندان به صورت یک واحد درسی مستقل که از ادغام مباحث پریو-جراحی و پروتز حاصل شود
- آموزش عملی ایمپلنت‌های دندان که هر دانشجو حداقل بتواند یک ایمپلنت ساده را جراحی نموده و کارهای قالبگیری و پروتزی اش را انجام دهد. پاسخ دانشجویان به این ۳ سؤال به صورت کیفی (کاملاً موافقم، نظری ندارم، مخالفم) علامت‌گذاری می‌شد. در بخش دوم سرفصل‌های درسی ایمپلنت شامل (مقدمه و تاریخچه ایمپلنت-آناتومی فکین-مواد و ماتریال ایمپلنت‌های دندان-اصول حفظ ساکت‌های دندان-ماکرو دیزاین و میکرو دیزاین ایمپلنت‌ها (طراحی ایمپلنت‌ها)-اصول جراحی ایمپلنت-طرح درمان- ایمپلنت‌های یک‌مرحله‌ای و دو مرحله‌ای- اباتمنت‌های پروتزی-

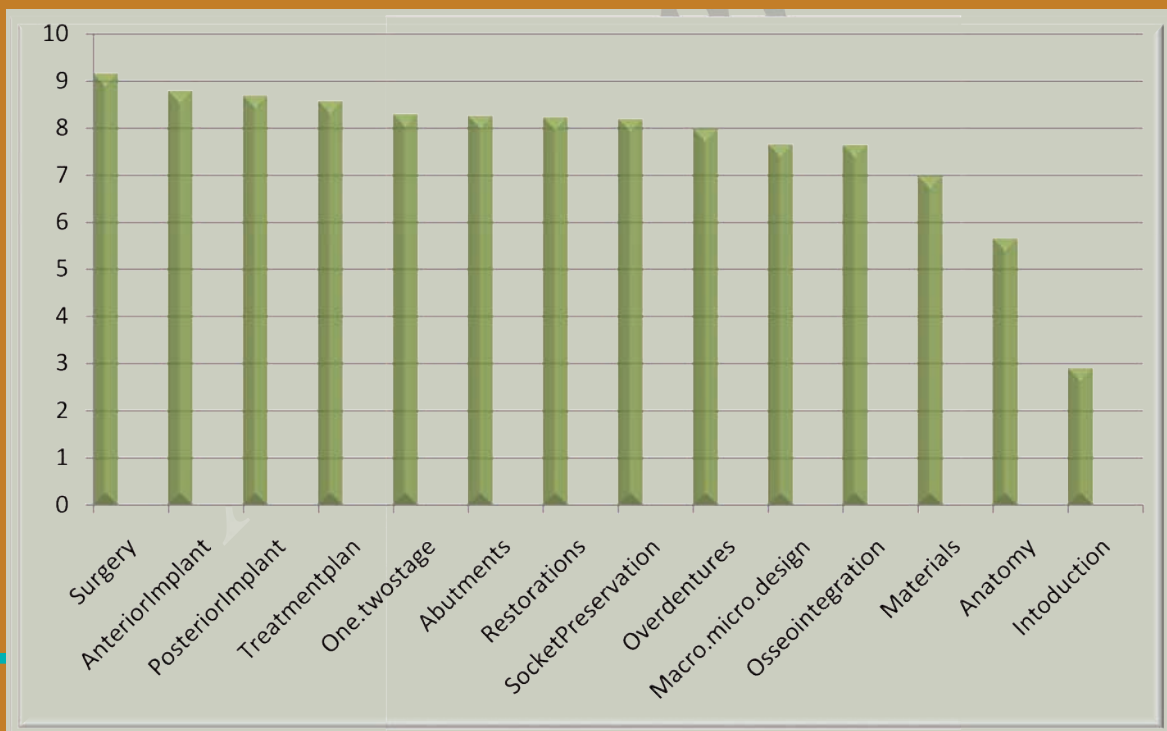
رستوریشن‌های متکی بر ایمپلنت-اور دنچرها-ایمپلنت در نواحی قدامی و ایمپلنت در نواحی خلفی) بود که پاسخ دانشجویان در مورد اهمیت و لزوم این عناوین درسی با عدد ۱ تا ۱۰ در مقابل آن درج شد. به طوری که عدد ۱ نشانگر کمترین اهمیت برای تدریس و عدد ۱۰ بیانگر بیشترین اهمیت و لزوم برای تدریس بیشتر در دروس دندانپزشکی عمومی بود. پس از تأیید روایی و پایایی، پرسشنامه‌ها بین دانشجویان توزیع شدند. پس از جمع‌آوری پرسشنامه‌ها، نتایج در قالب آمار توصیفی، جمع بندی شده و در قالب جداولی ارائه شد.

یافته‌ها

تعداد ۵۸ دانشجوی سال ششم دندانپزشکی، در این مطالعه شرکت کردند و پرسشنامه‌ها را کامل نمودند. ۹۸/۲۷٪ این دانشجویان در مورد آموزش تئوری و عملی ایمپلنت‌های دندان به طوری که هر دانشجو بتواند یک ایمپلنت ساده را بکاربرد کاملاً موافق بودند. و فقط ۱/۷۳٪ نظری نداشتند. در خصوص آموزش دانش ایمپلنت‌های دندان به صورت یک واحد درسی مستقل که از ادغام مباحث پریو، جراحی و پروتز حاصل شود نیز ۸۷/۹۴٪ دانشجویان کاملاً موافق بودند و فقط ۳/۴۴٪ مخالف و ۸/۶۲٪ نظری نداشتند. همچنین درباره تأسیس یک گروه مستقل ایمپلنت‌های دندان که امر آموزش متمرکز مباحث تئوری و عملی ایمپلنت‌های دندان را به عهده گیرد نیز ۹۶/۵۶٪ دانشجویان کاملاً موافق بودند و ۱/۷۲٪ مخالف و ۱/۷۲٪ هم نظری نداشتند.

در مورد سرفصل‌های درسی ایمپلنت، نمودار و جدول ۱ عناوین درسی ایمپلنت و میانگین پاسخ دانشجویان در مورد نیاز به آموزش این سرفصل‌های درسی به صورت یک عدد بین ۱ و ۱۰ را نشان می‌دهد. به طوری که عدد ۱ نشانگر کمترین اهمیت برای تدریس و عدد ۱۰ بیانگر بیشترین اهمیت و لزوم آموزش بیشتر در دوره دندانپزشکی عمومی می‌باشد را نشان می‌دهد. همانطور که در نمودار و جدول مشاهده می‌شود طبق دیدگاه دانشجویان، بالاترین نمره در خصوص اهمیت تدریس و بیشترین نیاز آموزشی برای تدریس در دوره دندانپزشکی عمومی مربوط به آموزش تئوری و عملی اصول جراحی ایمپلنت و سپس آموزش کاشت یک ایمپلنت ساده قدامی و سپس به ترتیب آموزش کاشت ایمپلنت‌های خلفی، طرح درمان، ایمپلنت‌های یک و دو مرحله‌ای، اباتمنت‌های پروتزی، اصول حفظ ساکت دندان کشیده شده، اوردنچرها، طراحی ایمپلنت‌ها، اصول اوسئواینترگریشن، ماتریال ایمپلنت‌های دندان و آناتومی فکین بود و کمترین اهمیت مربوط به آموزش مقدمه و تاریخچه ایمپلنت‌های دندان بود.

همچنین در خصوص تعمیم و توصیف نتایج، آنالیز فریدمن انجام شد و میانگین پاسخ دانشجویان در مورد سرفصل‌های درسی ایمپلنت، با همدیگر معنی‌دار شدند ($P = 0/00$) و در مقایسه دو به دو گروه‌ها مشخص شد که آموزش اصول جراحی با مقدمه و تاریخچه، ماتریال ایمپلنت‌های دندان و اصول اوسئواینترگریشن، معنی‌دار شد ($P = 0/00$). همچنین آموزش کاشت ایمپلنت قدامی با مقدمه و تاریخچه، آناتومی و ماتریال ایمپلنت‌های دندان و نیز طرح درمان با مقدمه و تاریخچه و آناتومی معنی‌دار شدند ($P = 0/00$) اما در بقیه موارد بین دو به دو گروه‌ها تفاوت معنی‌داری نبود ($P = 0/05$).



نمودار ۱ : میانگین نیاز آموزشی دانشجویان سال آخر دندانپزشکی در مورد سرفصل‌های درسی ایمپلنت (هر چه میانگین به عدد ۱۰ نزدیک تر باشد نیاز به آموزش بیشتر می‌باشد).

انحراف معیار	میانگین پاسخ دانشجویان	Maximum	Minimum	تعداد	سرفصل‌های درسی ایمپلنت
۱/۷۰	۹/۱۵	۱۰	۴	۵۸	Surgery
۱/۸۸	۸/۷۹	۱۰	۳	۵۸	Anterior Implant
۲/۰۳	۸/۶۸	۱۰	۲	۵۸	Posterior Implant
۱/۷۳	۸/۵۶	۱۰	۴	۵۸	Treatment plan
۲/۳۰	۸/۲۹	۱۰	۱	۵۸	One.twostage
۲/۰۸	۸/۲۵	۱۰	۱	۵۸	Abutments
۲/۰۹	۸/۲۲	۱۰	۳	۵۸	Restorations
۲/۰۲	۸/۱۸	۱۰	۳	۵۸	Socket Preservation
۲/۱۱	۷/۹۸	۱۰	۳	۵۸	Overdentures
۲/۳۵	۷/۶۵	۱۰	۱	۵۸	Macro.micro.design
۲/۵۳	۷/۶۳	۱۰	۱	۵۸	Osseointegration
۲/۳۴	۶/۹۸	۱۰	۲	۵۸	Materials
۲/۸۵	۵/۶۵	۱۰	۱	۵۸	Anatomy
۲/۵۵	۲/۸۹	۱۰	۱	۵۸	Introduction

جدول ۱ : میانگین نیاز آموزشی دانشجویان سال آخر دندانپزشکی در مورد سرفصل‌های درسی ایمپلنت (هر چه میانگین به عدد ۱۰ نزدیکتر باشد نیاز به آموزش بیشتر می‌باشد).

کار کلینیکی آینده خود یک ایمپلنت ساده را برای بیماران خود کار بگذارند. همچنین در مورد سرفصل‌های درسی ایمپلنت، تاکید زیادی بر روی آموزش موارد کاربردی و عملی نظیر اصول جراحی ایمپلنت، کاشت ایمپلنت‌های قدامی و خلفی و طرح درمان بیمار ایمپلنتی داشتند تا این سرفصل‌ها به صورت هماهنگ و منسجم و جدی‌تر آموزش داده شود. با توجه به نتایج مطالعه حاضر و با عنایت به لزوم توسعه علوم فناوریانه و لزوم آموزش علم روز، در مجموع به نظر می‌رسد برنامه‌ریزی مجدد و همه جانبه‌نگر کوریکولوم دوره دندانپزشکی عمومی می‌تواند همراه با توسعه علم جدید ایمپلنت‌های دندان، بر کیفیت فارغ‌التحصیلان در ارائه خدمات بیفزاید. توجه به دروس ادغام یافته بالینی و پرهیز از تاکید بر علوم پایه غیر ادغام یافته لازم است. همچنین با توجه به تاکید بر نیاز به آموزش روش‌های نوین درمانی و با توجه به اینکه در سال‌های پس از فارغ‌التحصیلی روش‌های نوین دیگری به علم معرفی می‌گردد؛ تاکید بر تغییر شیوه نگرش به آموزش و همانند دیگر نقاط جهان، تاکید بر آموزش یادگیری مادام‌العمر و خود محور ضروری به نظر می‌رسد. در پایان توجه به مرحله اساسی بازخورد در چرخه برنامه‌ریزی درسی و علاوه بر آن بررسی چگونگی عملیاتی شدن تصمیم‌های نیک آموزشی، کاری مهم خواهد بود و مطالعات مشابه با حجم وسیع‌تر و نیز ارزیابی دیدگاه فارغ‌التحصیلان دندانپزشکی در مورد آموزش علوم جدید، توصیه می‌شود.

نتیجه‌گیری

با توجه به ضرورت توسعه علوم فناوریانه در جهت ارتقا سلامت جامعه و خدمات رسانی مطلوب دندانپزشکان، ارتقا آموزش دانش ایمپلنت‌های دندان برای دانشجویان دوره دندانپزشکی عمومی به صورت نظام مند و مستقل و بازنگری کوریکولوم دندانپزشکی عمومی در این زمینه الزامی است.

مطالعه ما اولین مطالعه در سطح دانشکده دندانپزشکی مشهد بود و با توجه به اطلاعات ما اولین مطالعه در سطح دانشکده‌های دندانپزشکی کشور می‌باشد که در مورد نیازسنجی آموزش ایمپلنت‌های دندان از دانشجویانی که در حال فارغ‌التحصیل شدن هستند و عملاً تمام واحدهای تئوری و عملی دوره دندانپزشکی عمومی را به پایان رسانده‌اند انجام شده است، تا بازخورد آن در برنامه‌ریزی‌های آتی برای دانشجویان دندانپزشکی مورد استفاده قرار بگیرد.

در سال ۲۰۰۴ یک بررسی در دانشکده دندانپزشکی کانادا و آمریکا برای مشخص کردن ساختار کوریکولوم آموزشی دندانپزشکی ایمپلنت و تأثیر برنامه‌های آموزشی بر درمان کلینیکی انجام شد. این بررسی شامل یک پرسشنامه به ۵۶ سؤال بود که ۳۹ نفر به آن پاسخ دادند. این بررسی جنبه‌های مختلف آموزش ایمپلنت در سطح پرپودنتولوژی جراحی و پروتز از دندانپزشکان سؤال شد. در انتها مشخص شد که آموزش کافی برای ایمپلنت در دانشکده‌ها به دانشجویان ارائه نمی‌شود. (۶)

در ژوئن ۲۰۰۸ یک بررسی از فارغ‌التحصیلان دانشگاه King Abdolaziz برای بررسی برخورد آنان و دانش آنان از اصول اولیه ایمپلنت انجام شد. این بررسی به صورت یک پرسشنامه در اختیار ۸۶ نفر قرار گرفت که ۶۶ نفر به آن پاسخ دادند. در این بررسی نیز مشخص شد که دانشجویان به ارائه آموزش‌های بیشتری در رابطه با ایمپلنت و جنبه‌های مختلف آن (جراحی و پروتز) نیاز دارند. (۷)

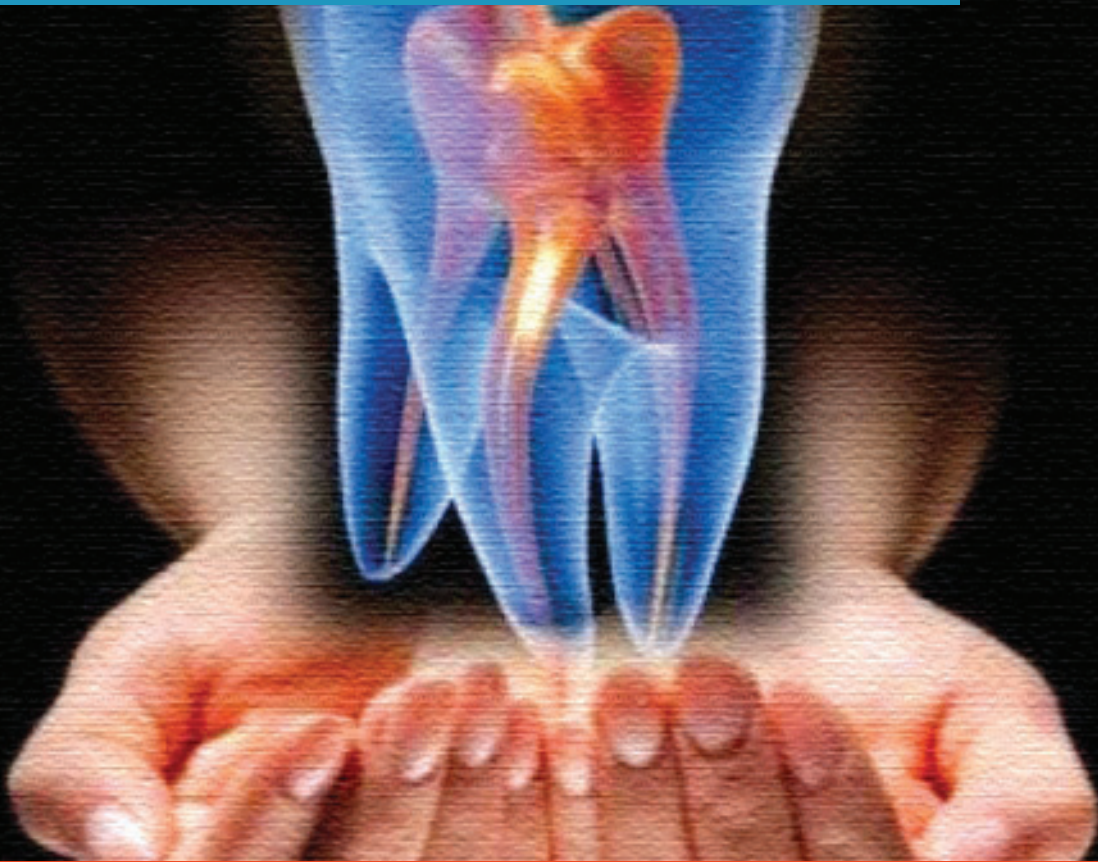
با توجه به نتایج مطالعه ما اکثر قریب به اتفاق دانشجویان سال آخر دندانپزشکی کاملاً موافق آموزش تئوری و عملی ایمپلنت‌های دندان به صورت یک واحد متمرکز و منسجم و بروز شده بودند تا بتوانند در

مراجع

1. Mottalebnejad M, Madani Z, Ahmadi A, Hosseini SR. Comments of Babol dental school graduates of their professional capabilities. Iranian Journal of Medical Education 145 : (2)5 ;2005.
2. Pasha Z. Comments of participants in the CEM in Babol University of Medical Sciences. Journal of teb va tazkyeh 23-18 :11 ,2002. (Persian)
3. Aghili H, Ahadian H. Training needs of graduates of the School of Dentistry, Yazd University of Medical Sciences. Journal of Medical Sciences and Health Services Research, University of Yazd 7-206 : (5)15 ,2006. (Persian)
4. Akbari M, Moeintaghavi A, Jafarri NA. Perspectives of teachers and students in the comprehensive treatment of Mashhad Dental School in 2009-2008, Eleventh National Congress of Medical Education. 10 to 12 May 2010. Iran University of Medical Sciences. Publications of the Ministry of Health and Medical Education 2010, Page 49. Read phonetically Dictionary Listen Read phonetically Dictionary
1. Finaly S, Zvi E, Rachel S. A survey of perceived educational needs of general practitioners in the Merseyside region. Primary dental cares Journal of the faculty of General Dental Practitioners (UK). 82-78 : (3)12 ;2005.
2. Petropoulos VC, Arbree NS, Tarnow D, Rethman M, Malmquist J, Valachovic R, et al. Teaching implant Dentistry in the prodontal curriculum: A Report from the ADEA implant Workshop's Surgery of Deans. Journal of Dental Education 4)70 2004): P. 8-580.
3. Aljohani HA, Alghamdi AST. Predoctoral dental implant education at king abdolaziz unicersity. The Saudi Dental Journal 8-135 :21 ;2009.

نکته درباره استفاده از فایل‌های نیکل تیتانیوم روتاری

• دکتر علی مرسلی (متخصص درمان ریشه)



فایل‌های چرخشی (روتاری) NiTi از سال ۱۹۶۰ به دندان‌پزشکی اندودونتیکیس معرفی شده‌اند و دارای مزایای فوق‌العاده‌ای هستند. ویژگی سوپراالاستیک این فایل‌ها آن‌ها را به ابزارهایی موثر در انواع آناتومی‌های کانالی تبدیل کرده است. در این مطلب نکاتی کاربردی در مورد استفاده از روتاری‌های NiTi با چرخش کامل مطرح می‌شود هرچند که برخی نکات آن می‌تواند برای سیستم‌های Reciprocating و انواعی مثل ژیروماتیک هم قابل تعمیم باشد.

۱. فایل‌های چرخشی تائیری بر موفقیت یا شکست درمان شما ندارند. در درمان کانال ریشه (اندو) در صورتی که اصول درمان را رعایت نکنید هیچ وسیله‌ای منجر به موفقیت نمی‌شود. به بیان ساده فایل روتاری برای شما اندو نمی‌کند و کماکان رعایت اصول درمان، دانش و مهارت شماست که فاکتور موفقیت درمان شماست.

۲. قدم اول در شروع استفاده از فایل‌های روتاری این است که از کاربرد فایل‌های روتاری نترسید! مطمئن باشید که این وسایل سرعت و کیفیت درمان «اصولی و صحیح» شما را افزایش می‌دهند و موجب کاهش خطاهای حین کار می‌شوند. بنابراین کاربرد آن‌ها در دندان‌پزشکی معاصر توصیه می‌شود.

“
 در درمان کانال
 ریشه (اندو) در صورتی
 که اصول درمان را رعایت
 نکنید هیچ وسیله‌ای منجر
 به موفقیت نمی‌شود. به
 بیان ساده فایل روتاری
 برای شما اندو نمی‌کند
 و کماکان رعایت اصول
 درمان، دانش و مهارت
 شماست که فاکتور موفقیت
 درمان شماست



بنابراین از تجربه و دانش همکارانی که از سیستم مورد نظر شما استفاده می‌کنند بهره بگیرید.

۷. اکثریت فایل‌های روتاری به روش کراون‌داون استفاده می‌شوند. آنهایی هم که به روش‌های دیگر مثل استپ‌بک استفاده می‌شوند در صورتی که آماده‌سازی کرونالی، قبل از کاربرد روتاری صورت گیرد عمر بیشتری می‌کنند و خطاهای کمتری ممکن است پیش بیاید.

۸. تقریباً همه فایل‌های روتاری را باید در کانال‌های با مسیر باز وارد کرد. بنابراین اگر نتوانید مثلاً یک فایل شماره ده یا پانزده را به طول کارکرد برسانید نمی‌توانید از فایل چرخشی در آن طول استفاده کنید.

۹. از لوبریکانت‌ها استفاده کنید. درمورد نوع لوبریکانت مورد استفاده با فایل‌های روتاری و تاثیر آن بر تورک وسیله نظریات متناقضی وجود دارد ولی در کل شکی وجود ندارد که هنگام کاربرد روتاری کانال هرگز نباید خشک باشد.

۱۰. حساب تعداد دفعات استفاده از فایل‌های روتاری را داشته باشید تا در دفعات توصیه شده از این فایل‌ها استفاده کنید. ضمناً به خاطر داشته

۳. برای شروع استفاده از یک سیستم روتاری، ابتدا بر روی دندان کشیده شده تمرین کنید.

۴. انتخاب سیستم روتاری سلیقه‌ای و شخصی است. مسائل اقتصادی هم عامل تعیین کننده‌ای است. اما برای شروع استفاده از روتاری‌ها، نظر شخصی نگارنده این است که از سیستم‌های با تعداد فایل کمتر و کاربرد ساده‌تر (مثل RevoS یا ProTaper، BioRace) استفاده کنید. بعد از اینکه بیشتر بر رابطه سرعت، تیپر و تورک مسلط شدید می‌توانید از سیستم‌های با تعداد فایل بیشتر به راحتی استفاده کنید.

۵. موتورهایی که کنترل تورک و قابلیت چرخش معکوس خودکار دارند، کار شما را راحت می‌کنند. صدای کمی دارند و بیماران را کمتر مضطرب می‌کنند. ولی تجربه و مهارت شما می‌تواند در ایرموتور معمولی هم همین مزایا را ایجاد کند.

۶. با مشخصات هر سیستم روتاری آشنا شوید و طبق دستورالعمل ارائه شده به وسیله کارخانه وسیله را استفاده کنید ولی در نظر داشته باشید الزاماً تمام دستورالعمل‌های کارخانه براساس مطالعات مبتنی برشواهد نیست؛

باشید در کانال‌های کرودار و باریک عمر وسایل روتاری کمتر است.

۱۱. پیش از استفاده از هر فایل وضعیت آن را بازبینی کنید. می‌توانید این کار را بر عهده دستیاران بگذارید تا بعد از هر بار استفاده از فایل‌های روتاری آن‌ها را از نظر تغییر شکل، باز شدن پیچ‌ها و کوتاه‌تر شدن نوک فایل بررسی کند و در صورت لزوم از چرخه استفاده خارج نماید. دستیاران را برای بی‌دقتی یا صرفه جویی بی‌موردش در این مورد مواخذه کنید! توجه داشته باشید حساسیت در این مورد برایتان گران تمام می‌شود!

۱۲. فایل‌های روتاری حتی وقتی نو باشند ممکن است به دلایل مختلف در کانال جدا شوند (به جای اصطلاح شکستن فایل از اصطلاح جدا شدن استفاده می‌شود که بار دراماتیک کمتری برای دندان‌پزشک و بیمار دارد!)

۱۳. تقریباً در اکثر فایل‌های روتاری فشار وارد در جهت آپیکالی باید کم باشد (مثلاً به اندازه نگه داشتن نوک یک مداد تیز روی کاغذ). در بعضی سیستم‌ها مانند Race نیروی بیشتری هم قابل اعمال است. به طور کلی نیروی آپیکالی موجب شکستن وسیله می‌شود.

۱۴. برای شروع یک درمان اندو همیشه به گرافی اولیه نیاز داریم ولی در کاربرد روتاری‌ها تفسیر گرافی باید دقیق‌تر باشد. به گروه‌های یک سوم آپیکال و رابطه کانال‌ها با هم توجه ویژه داشته باشید.

۱۵. در برخی کشورها مثل انگلیس روتاری‌ها بیشتر یکبارمصرف استفاده می‌شوند. بالطبع در کشور ما این امر صرفه اقتصادی ندارد. ولی با کاربرد ترکیبی ابزارهای چرخشی دیگر مثل گیتس، فایل‌های دستی هدستروم و آماده سازی اولیه کانال با ابزارهای دستی می‌توانید عمر فایل‌هایتان را چندین برابر کنید و استفاده از آن‌ها را از نظر اقتصادی مقرون به صرفه کنید.

۱۶. بعد از خارج کردن فایل از داخل کانال و قبل از کاربرد مجدد به الگوی تجمع دبری‌ها توجه کنید. در فایل‌های با تیپر یکنواخت (اکثریت سیستم‌ها غیر از چند مورد مثل ProTaper، BioRace که تیپر متفاوت در طول فایل دارند) دبری‌ها باید در آپیکال و کروئال باشند. اگر دبری‌ها در ناحیه میانی فایل باشند فایل با تیپر نادرست انتخاب کرده‌اید.

۱۷. بعد از هربار خاج کردن فایل از داخل کانال دبری‌ها را با گاز مرطوب تمیز کنید. این کار قدرت برداشت دبری را بیشتر و احتمال جدا شدن وسیله داخل کانال را کمتر می‌کند.

۱۸. فایل‌ها را بعد از هر نوبت استفاده حتما استریل کنید. اتوکلاو و چرخه‌های فور در این مقیاس ضرری برای فایل‌های شما ندارد ولی از نگهداری طولانی مدت فایل‌هایتان درون هیپوکلریت سدیم و محلول‌های ضدعفونی کننده خودداری کنید.

۱۹. در صورتی که فایلی در کانال شکست، بر خودتان مسلط باشید! قبل از دست زدن به هرکاری یک گرافی تهیه کنید. محل جدا شدن فایل هر قدر کروئالتر باشد، مشکلات شما کمتر است. در صورتی که بتوانید با یک فایل کوچک از کنار وسیله جدا شده عبور کنید و مسیر کانال دوباره باز شود، کمترین احتمال شکست درمان وجود دارد.

۲۰. تلاش برای عبور از کنار وسیله شکسته می‌تواند به خطاهای بزرگ‌تر مثل لچ و پرفوراسیون بیانجامد. بنابراین قبل از اینکه مشکلات را بیشتر کنید بیمار را به اندودونتیست که اختصاصاً برای این امور آموزش دیده است ارجاع دهید. حتماً نامه ارجاع و گرافی را هم بفرستید. به بیمار توضیحات ضمنی بدهید اما توضیح دقیق در مورد پروگنوز و اثر حادثه بر درمان را به اندودونتیست واگذار کنید و به همکار خود در دفاع از درمان اصولی و اعتبار کاری خودتان اعتماد کنید.



• برای دریافت توضیحات دیگر می‌توانید به مطلب زیر در سایت انجمن اندودونتیست‌های امریکا مراجعه کنید:

• http://www.aae.org/uploadedfiles/publications_and_research/endodontics_colleagues_for_excellence_newsletter/winter.Aecfe.pdf

رعنا محمدی



گفتگو با دکتر محمد ابراهیم ذاکر به مناسبت انتشار کتاب عیون الأنباء...

دکتر "محمد ابراهیم ذاکر"، ۱۵ آذر ۱۳۳۵ در نجف متولد شد. وی تحصیلات خود را تا مقطع دیپلم در شهر نجف و بغداد گذرانده و پس از آن به تهران آمد و در دانشکده دندان پزشکی دانشگاه تهران مشغول به تحصیل شد.

دکتر ذاکر یکی از فعالترین پژوهشگران تاریخ پزشکی کشور است و تا امروز پانزده کتاب در این حوزه تالیف و تصحیح کرده است که از میان آنها می‌توان به کتاب‌های سیری بر سه قرن تاریخ دندان پزشکی ایران، مرشد او الفصول و منصور فی الطب رازی، کتاب حفظ البدن امام فخر رازی، مجموعه حاوی فی الطب از جمله آنهاست.

به بهانه انتشار و برگزاری مراسم رونمایی کتاب جدید ایشان (عیون الأنباء فی طبقات الاطباء) گفتگویی با وی داشتیم که در ادامه می‌خوانید:

بودند. بخش هفتم پزشکان عرب و ناعربی که در دوره‌های آغازین اسلام آمدند. بخش هشتم پزشکان سریانی زبان هستند که عموماً فارغ‌التحصیل جندی‌شاپور هستند.

جلد دوم کتاب: بخش نهم در مورد پزشکان مترجم کتاب‌ها از زبان یونانی به زبان عربی یا از زبان یونانی به زبان سریانی و یا از زبان سریانی به عربی یا پهلوی به عربی هستند.

بخش دهم در مورد پزشکان سرزمین عراق و جزیره که بیشتر ایشان ایرانی و ایرانی‌تبارند. بخش یازدهم پزشکان سرزمین ایران‌اند. بخش دوازدهم در مورد پزشکان هند باستان تا دوره نویسنده. بخش سیزدهم پزشکان سرزمین مغرب و شمال آفریقا می‌باشند.

و در نهایت جلد سوم کتاب: در مورد پزشکان سرزمین شام که در میان آن‌ها نیز ایرانی‌هایی همانند فارابی و سهروردی و شمس‌الدین خوبی و رفیع‌الدین گیلی و چند ایرانی دیگر است.

نویسنده بیشتر از چهارصد و هفتاد پزشک از یونان و عراق و ایران هند و مغرب و شام و دیاربکر و مصر نام می‌برد. این کتاب به خواست و تشویق امین‌الدوله فرزند غزال وزیر ملک صالح فرزند ملک عادل ایوبی فراهم آورده می‌شود و در سال ۶۴۰ ق / ۱۲۴۲ به پایان می‌رسد. او آن را پیشکش وزیر عزالدین بوحسن فرزند غزال سامری می‌کند. نویسنده تا زمان مرگش به ویرایش و گسترش این کتاب ادامه داده است.

• لطفا کمی درباره کتاب جدیدتان «عیون الأنباء فی طبقات الاطباء» توضیح بفرمایید.

•• عنوان کامل کتاب عیون الأنباء فی طبقات الاطباء است. نویسنده کتاب ابن‌ابی‌اصیبه موفق‌الدین، با کنیه بوعباس احمد فرزند قاسم فرزند خلیفه فرزند سعدی خزرچی (۵۹۵ - ۶۶۸ ق / ۱۱۹۹ - ۱۲۷۰ م) است، وی هفتصد و چهل و چهار سال پیش زندگی می‌کرد. ابن‌ابی‌اصیبه در خانواده‌ای زاده شد که تا سه نسل پیش از او پزشک بودند و او نیز یک پزشک بود و دلبستگی بسیار به دانش و هنر پزشکی و تاریخ آن داشت. یکی از دست‌آوردهای این کتاب نام بردن از کتاب‌هایی است که در حال حاضر، به دلایلی از جمله گم‌شدن یا نابود شدن، در دسترس نیستند. این کتاب منبع تاریخی، پژوهشی بسیار ارزشمندی است که تا کنون کامل به فارسی ترجمه نشده بود. برگردان کتاب در سه جلد با بخش‌بندی‌هایی که خود نویسنده انجام داده، بدین گونه است:

کتاب یکم: بخش نخست کتاب در مورد چگونگی پیدایش دانش و هنر پزشکی است. بخش دوم پزشکان آغازگر و پایه گذار دانش و هنر پزشکی‌اند. بخش سوم، گروهی از پزشکانی از تبار اسکلیپوس‌اند که پنج نفر را هم نام می‌برد. بخش چهارم گروهی از پزشکان‌اند که بقراط دانش پزشکی را در میان آن‌ها گستراند. بخش پنجم پزشکان دوران جالینوس است. بخش ششم پزشکان گروه اسکندرانی‌اند که در شهر بندری اسکندریه در مصر

• آقای دکتر چرا به ترجمه و پژوهش این کتاب دست زدید؟

•• من علاقه‌ای به ترجمه کتاب‌هایی از نویسندگان غیر ایرانی در زمینه تاریخ پزشکی ندارم، ولی این کتابی بسیار ارزشمند در تاریخ پزشکی بود که در برگزیده تاریخ علم و کتاب‌شناسی و شناساندن گروهی از دانشمندی که افزون بر پزشک بودن در دانش‌هایی مانند هیات و نجوم، ریاضیات، فلسفه، منطق و الاهیات؛ فرزانه و یگانه بودند و هرچه بگویم در این کتاب نهفته است و از سویی ناخواسته ترجمه عیون الأنباء را شروع کردم. این کار از کتاب قولنج رازی و رساله قولنج ابن سینا آغاز شد که برای مقدمه این کتاب زندگی‌نامه رازی و ابن سینا را ترجمه کرده در مقدمه گذاشتم و پس از آن زندگی‌نامه فخر رازی برای چاپ کتاب خطی حفظ البدن او را ترجمه کردم. هنگامی که بیش از چهل درصد کتاب را بدین گونه ترجمه کردم، از سال ۱۳۸۶ با اینکه نویسنده ی این کتاب ایرانی نبود تصمیم به ترجمه مابقی کتاب کردم. از ترجمه این کتاب بسیار خوشحالم چون هم در تاریخ پزشکی کتابی دارم که می‌توان گفت تاریخ پزشکی است و هم در دندان‌پزشکی تاریخی به نام «سیری در سه قرن دانش دندان‌پزشکی» دارم و جزء افتخارات خودم می‌دانم که توانستم در هر دو زمینه کتاب‌هایی را پیشکش پزشکان و دندان‌پزشکان کنم.

• کار پژوهش و ترجمه این کتاب چقدر زمان برد؟

•• ترجمه به صورت پراکنده از سال ۸۴ انجام شد تا آنجا که در یکی از سفرهایم به کوالالمپور که همسرم در آن جا درس می‌خواند، فکر کردم بهتر است در زمان‌های بیکاری در فرودگاه که حدوداً سه ساعتی بود و هشت ساعت در هواپیما، عیون الأنباء را کپی بگیرم و روی آن کار کنم. تقریباً می‌توان گفت بین سال‌های ۸۴ تا ۸۷ بصورت پراکنده روی کتاب کار کردم و از سال ۸۷ به صورت جدی‌تر کار را به عنوان ترجمه دنبال کردم که

در این میان فهمیدم شادروان جعفر غضبان قبلا دست به چنین کاری زده بود و بعدها از آن نیز استفاده کردم هر چند تا مدت‌ها دقیق نمی‌دانستم تا کجا کار کرده و فکر می‌کردم او تنها بخش‌های یونان و تا انتهای جالینوس را ترجمه کرده است. به هر رو، من کار را از سال ۸۷ به صورت جدی دنبال کردم تا در سال ۸۹ با چند تن از دوستانم که روی تاریخ پزشکی کار می‌کردند آشنا شدم؛ آقای دکتر رضا عرب بافرانی دانشجوی دکتری تاریخ از مشهد و آقای دکتر رضا دادگر دانشجوی معارف از قم. این دو تن به من در گفتار پانزدهم از ترجمه این کتاب کمک کردند.

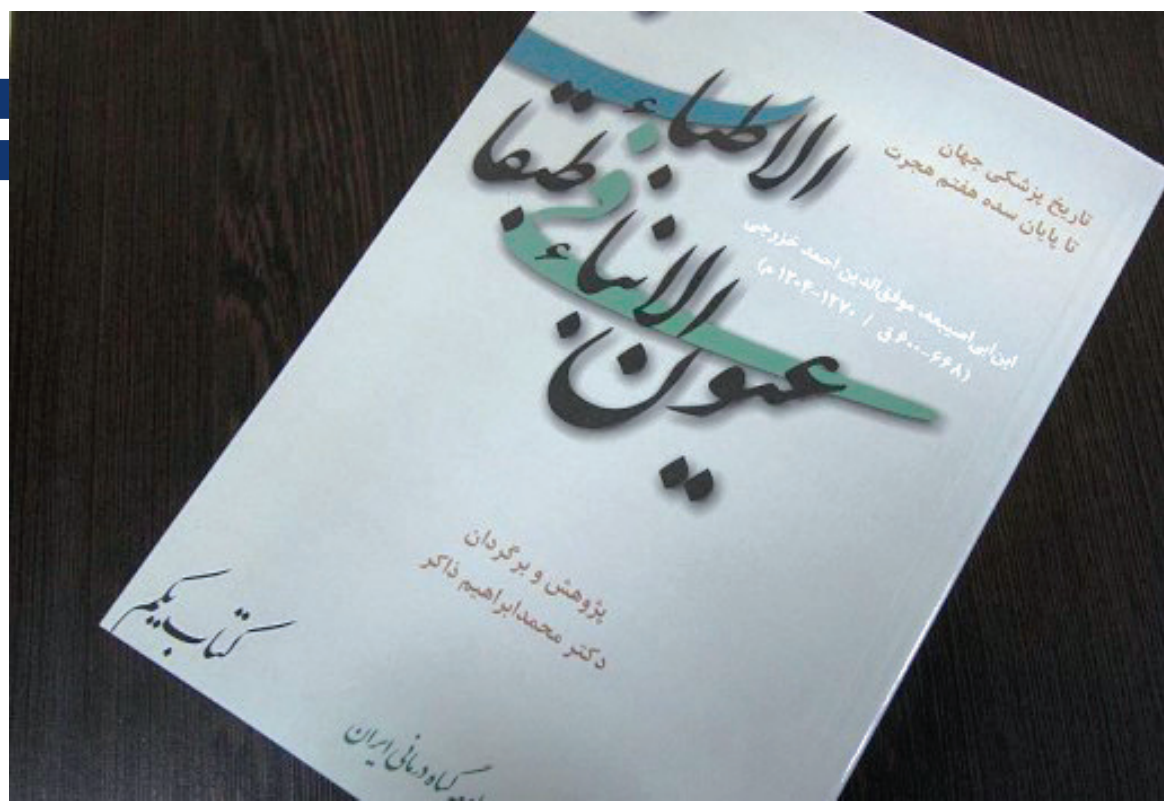
• این کتاب تا چند جلد گردآمده؟ آیا جلد‌های دیگر آن هم آماده چاپ است؟

•• این کتاب هزار و ششصد صفحه است. متن اصلی کتاب در حدود هزار و دویست صفحه و در پایان کتاب دو پیوست دربرگیرنده خاندان‌های حکمران در سرزمین‌هایی نامشان در پانزده گفتار آمده به همراه نام امیران و شاهان حکمران این خاندان‌ها همراه سال فرمانروایی ایشان و پیوست دوم نقشه‌های این سرزمین‌ها و نمایه‌های گوناگون آمده است که در سه جلد قطع وزیری شکل گرفته است.

کتاب عیون الانباء با بودجه جامعه گیاه درمانی ایران به چاپ رسید. تلاش‌های خانم دکتر زهرا حیدری ریاست این جامعه و همکاران ایشان در چاپ این کتاب، تشکر می‌کنم و از آقای دکتر کافیه برای ویرایش کتاب سپاسگزارم.

جلد اول آن اردیبهشت ماه چاپ شد و جلد دوم و سوم تا پایان مرداد یا نیمه‌های شهریور به چاپ خواهد رسید.

• علاقه شما به فعالیت پژوهشی در حوزه تاریخ پزشکی از کجا و چگونه شکل گرفت؟



•• چون من در یک خانواده فرهنگی و دانش‌پرور زاده شدم. پدر بزرگم شادروان حاج شیخ آقابزرگ تهرانی با آوازه صاحب الذریعه و دایه‌هایم شادروان دکتر علینقی منزوی و استاد احمد منزوی در زمینه کتاب‌شناسی و نسخه‌شناسی از فهرست‌نگاران پیشگام در ایران بوده و کتاب‌هایی بسیار در این زمینه و نیز در دیگر زمینه‌ها نگاشته بودند، تأثیری مستقیم بر جهت‌گیری‌های آینده‌ام داشتند، به ویژه هنگامی که به تهران آمدم پنج، شش ماهی را در خانه دایه‌ام زندگی کردم و چون با زبان عربی آشنا بودم از من خواست تا در کارهای خودش و پدر بزرگم، او را کمک کنم.

من نزدیک به یازده سال بر بخش‌هایی از دو مجموعه ذریعه الی تصانیف الشیعه، کتاب‌های نویسندگان شیعه از آغاز تا سده چهاردهم هجری که بیش از ۹۰ درصد ایشان ایرانی‌اند و طبقات اعلام الشیعه دانشمندان شیعه آیین از سده چهارم تا چهاردهم کار کردم تا دوباره در مهر ۱۳۶۶ به دانشگاه بازگشتم و تا سال ۷۸ هرگونه کار تالیفی را کنار گذاشتم. آن دو سال را برای درس تا ۶۸ و ده سال بعد را تنها به کار شبانه روزی دندان‌پزشکی پرداختم.

بعد از ده سال کار و فعالیت‌های دندان‌پزشکی احساس تهی بودن پیدا کردم، چون خود را دور از فعالیت‌های فرهنگی می‌دیدم؛ بنابراین، تصمیم گرفتم، این بار مطالعات خود را در زمینه تاریخ پزشکی دنبال کنم.

• شما به عنوان یک دندان‌پزشک که طبیعتاً فرد پر مشغله‌اید، چگونه می‌توانید به فعالیت‌های پژوهشی و ترجمه کتاب‌های تاریخ پزشکی بپردازید؟ چند ساعت از روز را صرف فعالیت‌های پژوهشی می‌کنید؟

•• همواره و هرگاه که می‌خواستم کاری را آغاز کنم که دلخواهم نبود، چه به خواست ناگزیرانه خودم و یا به جهت رودروایی با عزیزانم، برای این که بتوانم، کار برایم ادامه‌دار باشد، خودم را مجبور می‌کردم که به آن عشق بورزم تا آن که جزوی از فکر و جان و روانم می‌شد و دیگر بخشی ناگسستگی از برنامه‌های روزمراه می‌گشت. من به تدریج کار دندان‌پزشکی را کم کردم و جایگزین آن، عشق و دلدادگی تازه‌ام را که تاریخ پزشکی است، جایگزین کردم. هم اکنون در شرایطی قرار گرفته‌ام که هر دو را با زمانی برابر انجام می‌دهم و می‌توانم گفت! کفه تاریخ پزشکی سنگین‌تر شده است. به جز یک روز در هفته که در جنوب شهر برای بیماران ایدزی کار می‌کنم، تقریباً پیش از ظهرها و شب‌ها را برای تاریخ پزشکی گذاشته‌ام. همچنین زمان‌هایی را که بیماری ندارم روی ترجمه کتاب کار می‌کنم.

• تا امروز چند کتاب در حوزه تاریخ پزشکی از شما منتشر شده است؟ چه کتاب‌های دیگری در دست تدوین یا انتشار دارید؟

•• تا همین حالا پانزده جلد کتاب از من چاپ شده است، بخش عمده آن متون پزشکی رازی است که پژوهش و ترجمه آن‌ها را به عهده داشته‌ام. دو کتاب مرشد او الفصول و منصور فی الطب رازی را در سال ۸۴ و

۸۷ موزه تاریخ علوم پزشکی وابسته به دانشگاه علوم پزشکی و خدمات درمانی تهران زیر نظر استاد شادروان آقای دکتر شریعت تربقان و آقای دکتر پارساپور چاپ شد. کتاب حفظ البدن امام فخر رازی را مرکز پژوهشی میراث مکتوب وابسته به وزارت ارشاد چاپ کرد که برنده جایزه کتاب شایسته تقدیر شد.

خیلی خوشحالم که در تاریخ دندان‌پزشکی، کتاب سیری در سه قرن دانش دندان‌پزشکی ایران را دارم. این کتاب در اردیبهشت سال ۸۹ توسط انجمن دندان‌پزشکی ایران و مرکز تحقیقات اخلاق و حقوق پزشکی دانشگاه شهید بهشتی به مناسبت پنجاهمین کنگره سالیانه انجمن به چاپ رسید.

رازی مجموعه‌ای به نام حاوی فی الطب دارد، این کتاب تقریباً بیست و چهار جلد است و من کتاب سوم را که در مورد دانش دندان‌پزشکی و بیماری‌های گوش و حلق و بینی و دهان و دندان و کتاب چهارم بیماری‌های شش و کتاب پنجم در بیماری‌های مری و معده و کتاب ششم چگونگی تهی سازی تن از فزونی‌ها و درباره لاغری و چاقی و کتاب هفتم درباره بیماری‌های پستان و دل و جگر و سپرز و کتاب هشتم بیماری‌های روده‌ای است که با همبازی مرکز تحقیقات طب سنتی و مفردات پزشکی و دانشکده طب سنتی وابسته به دانشگاه شهید بهشتی به چاپ رسید. کتاب نهم آن بیماری‌های سیستم پیشانی زیر چاپ است. هم‌چنین تا جلد چهاردهم و نیز نوزدهم این مجموعه را ترجمه کرده‌ام در حال تایپ شدن است که پس از بازبینی و ویرایش نهایی و گردآوری ده گونه نمایه برای هر کدام به زودی به چاپخانه برده خواهند شد و هم اکنون در حال ترجمه کتاب پانزدهم آن هستیم.

کار دیگر من ترجمه و تصحیح کتاب مجمع النفایس و حجله العرایس سالک‌الدین محمد حموی است. این کتاب دارای دو بخش است که قرار است کتابخانه مجلس شورا اصل کتاب را به صورت چاپ عکس برگردان به همراه مقدمه همراه با نمایه‌ها را که حدود چهارصد صفحه است، در سه جلد به چاپ برساند.

• برای انتشار کتاب‌های پژوهشی و تاریخی از این دست چه سازمان‌ها و نهادهایی به عنوان حامی با شما همکاری داشته‌اند؟

•• بیشتر کتاب‌هایم را دانشکده طب سنتی دانشگاه شهید بهشتی و مرکز تحقیقات طب سنتی و مفردات پزشکی دانشگاه شهید بهشتی زیر نظر دکتر محمود مصدق چاپ شده است.

کتاب عیون الأنبیاء را انجمن گیاه درمانی ایران به مدیریت خانم دکتر زهرا حیدری، زحمت چاپ و شرایط پخش آن را به عهده گرفته‌اند.

• آیا برنامه‌ای برای معرفی و رونمایی از این کتاب برگزار شده است؟

•• برنامه‌ای توسط تعاونی انجمن دندان‌پزشکان برگزار شد و دو نفر از آموزگارانم استاد عبدالله انوار اندیشمند کتاب‌شناس و نسخه‌شناس و دکتر جمشید نژاد اول ادیب فرزانه و خانم دکتر زهرا حیدری سخنرانی کردند.

- Simple GBR
- Narrow but Strong
- Hybrid Zone for Bone & Soft Tissue

Next Level Implant Proficiency

- مناسب جهت جایگزینی دندان های لترال ماگزینا، سانترال و لترال مندیبل
- مناسب جهت استفاده در محدودیت های مزودیستالی به دلیل مجاورت ریشه دندان های کناری
- مناسب جهت استفاده در مجاورت تفرهای استخوانی دارای سطح S.L.A



NR Line

- One Piece Immediate Loading
- One Stage Implant

Choose Your Own Prosthetic Material

- دارای قطر های ۲.۳، ۲.۸، ۳.۳ و ۳.۸ میلی متر
- گستره طول های ۶ تا ۱۴ میلی متر
- دارای سطوح SLA و Machined Surface Without SLA
- در دو نوع Ball Type و Fix Type
- دارای اباتمنت زاویه دار



Slim Line

A New Choice for Professionals

- Micro Threaded
- Simple Implantation Procedure

Diamond of Implants

- دارای سطح SLA
- مراحل جراحی بسیار راحت و User Friendly
- قیمت مناسب و به صرفه
- تنوع بسیار بالای اباتمنتی
- دارای کیت جراحی مشترک با فیکسچر Super Line



IMPLANTUM

Immediate Implantation with Excellent Bone Response

- Tapered Design
- Double Threaded

- دارای سطح SLA
- مراحل جراحی بسیار راحت و User Friendly
- قیمت مناسب و به صرفه
- تنوع بسیار بالای اباتمنتی
- دارای کیت جراحی مشترک با فیکسچر ایمپلنتیوم



Super Line

Early Loading

- SCA Abutment
- One Stage Implant
- Immediate Restration

- دارای اتصال داخلی از نوع تیپر ۸ درجه و اکتانگون
- کاربرد وسیع در ناحیه خلف دهان با مزیت High Polish Collar
- جای گذاری سریع و آسان
- قابلیت انتخاب دو سایز ارتفاع لثه در ناحیه
- بافت نرم (۱/۶ G/H) و ۲/۲ میلی متر
- دارای سطح S.L.A



Simple Line II

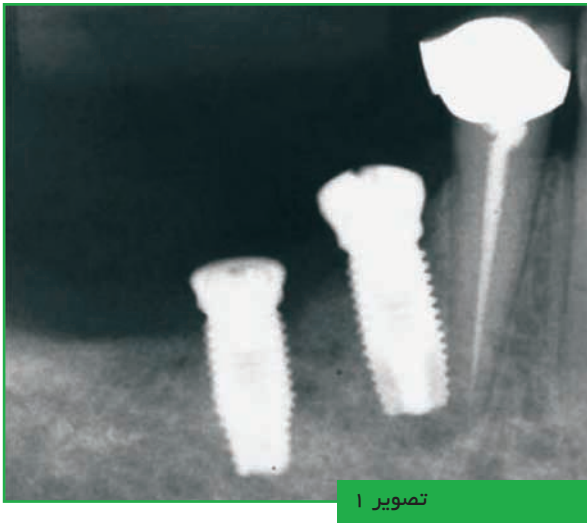
over
10 years
of Long
term
data

توصیه های کلینیکی برای پیشگیری و درمان مشکلات جراحی ایمپلنت های دندان



(بخش دوم)

دکتر احسان زاهدی (پرودنتیست)



تصویر ۱



تصویر ۲

● احتمال بروز مشکلات پیش بینی نشده در حین جراحی ایمپلنت وجود دارد که توانایی تشخیص و درمان آنها برای جراح ضروریست. این مشکلات به دو گروه مرتبط با بافت نرم و بافت سخت تقسیم می شوند. در ادامه مهمترین مشکلات مرتبط با بافت سخت مورد بررسی قرار می گیرد.

بروز ضایعه در ناحیه پری اپیکال ایمپلنت و ملاحظات اندودنتیک

جایگذاری نادرست ایمپلنت که به خون رسانی دندانهای مجاور آسیب وارد کند یا گرم شدن بیش از حد استخوان در طی استئوتومی منجر به نکرور دندانهای مجاور ایمپلنت می شود (تصاویر ۱ و ۲). در این حالت دندان آسیب دیده نیازمند درمان ریشه، اپیکواکتومی یا حتی خارج کردن است. علاوه بر این، ضایعه پری اپیکال که در نتیجه نکرور دندان بوجود آمده اگر به سطح ایمپلنت هم رسیده باشد باعث آلودگی سطح آن می شود که در اینصورت ایمپلنت هم باید خارج گردد.

دیگر دلایل بروز ضایعه پری اپیکال در اطراف ایمپلنت، آلودگی میکروبی در هنگام جایگذاری، نکرور استخوان بعلت گرم شدن بیش از حد آن در طی استئوتومی و وجود اجسام خارجی باقیمانده در استخوان است.

روشهای پیشگیری از ایجاد ضایعه پری اپیکال

توجه به انحراف ریشه دندانهای مجاور، رعایت حداقل فاصله ۱/۵ تا ۲ میلیمتر بین ایمپلنت و دندانهای مجاور، عدم جایگذاری فوری ایمپلنت در نواحی عفونی، باز کردن بسته حاوی ایمپلنت بلافاصله قبل از جایگذاری برای پیشگیری از آلوده شدن آن و انجام درمان ریشه دندانهای مجاور ناحیه جراحی (در صورت نیاز) قبل از جایگذاری ایمپلنت احتمال بروز ضایعه پری اپیکال در اطراف ایمپلنت را به حداقل می رساند.

شکستگی استخوان فک پایین

احتمال بروز شکستگی مندیبل اتروفیک به فاصله کوتاهی پس از جایگذاری ایمپلنت بعلت تجمع استرس در نواحی ضعیف استخوان وجود دارد (تصویر ۳). همچنین پس از جابجایی عصب آلتولار تحتانی همراه با جایگذاری ایمپلنت نیز شکستگی مندیبل گزارش شده است زیرا برداشت مقداری از استخوان باکال برای نمایان کردن عصب میتواند منجر به تضعیف آن شود. برای پیشگیری از چنین عارضه ای در فک های پایین اتروفیک پیشنهاد می شود که انتهای ایمپلنت در مرز تحتانی مندیبل قرار گیرد تا ثبات آن حفظ شود. جایگذاری ایمپلنت های عریض در مندیبل اتروفیک احتمال شکستگی استخوان را افزایش

می دهد. احتمال شکستگی، هنگامیکه ارتفاع آن 7 mm < و عرض آن 6 mm < است بسیار افزایش می یابد. در صورت بروز شکستگی، شدت آن تعیین کننده نوع درمان است. اگر میزان تحرک قطعات حداقل باشد می توان ایمپلنت را حفظ کرد ولی اگر زیاد باشد جراح باید برای تعیین نوع درمان شکستگی (closed or open reduction) با یا بدون حفظ ایمپلنت ها تصمیم گیری کند.

فقدان ثبات اولیه (Lack of primary stability)

در صورت فقدان ثبات اولیه ایمپلنت در هنگام جراحی، می توان از ایمپلنت طولیل تر یا عریض تر استفاده کرد. همچنین می توان مقداری پودر استخوانی به حفره استئوتومی اضافه کرد و سپس ایمپلنت را جایگذاری کرد. ولی اگر همچنان ایمپلنت لق باشد باید پس از خارج کردن آن، ناحیه را اگمنت نموده و جراحی مجدد به فاصله چند ماه بعد انجام شود.

روی ناحیه خونریزی دهنده و اعمال فشار متوقف کرد. روش دیگر برای متوقف کردن خونریزی استخوانی، جایجا کردن غشاء و کلمپ کردن استخوان با هموستات ماسکیتو می باشد تا استخوان فشرده شده و شریان خونریزی دهنده بسته شود (تصویر ۶).

وجود سپتا در سینوس ماگزایلا روند جراحی را اندکی پیچیده می کند. حدود ۳۱ درصد بیماران دارای سپتا در سینوس ماگزایلا در ناحیه بین پرمولر دوم و مولر اول هستند. اگر سپتا بر روی کف سینوس ماگزایلا باشد پیشنهاد می شود که با چیزل باریک بریده شده و با هموستات خارج شود و سپس پیوند استخوان جایگذاری شود. در صورتیکه امتداد سپتا مدیولترالی باشد می توان دو پنجره مجزا در قدام و خلف آن ایجاد کرد و سپس اقدام به قراردعی پیوند استخوانی کرد. اگر در طی قراردعی ایمپلنت، بصورت ناخواسته کاملا وارد سینوس ماگزایلا شد با ایجاد پنجره جانبی، ایمپلنت باید خارج شود. پس از بالا بردن کف سینوس اگر عفونتی بوجود آمد (درد، قرمزی و حساسیت به لمس) که فاقد تموج بود، تجویز آنتی بیوتیک کافیست ولی اگر دارای تموج بود، اینسیژن و درناژ و تجویز آنتی بیوتیک ضروریست.

در صورت بروز عفونت مقاوم به درمان، پیوند استخوان باید کاملا خارج شده و سینوس دبریدمان شود. علائم سینوزیت شامل تب، درد صورت (که با خم شدن به جلو افزایش می یابد)، خروج ترشحات زرد مایل به سبز از بینی که ممکن است از ناحیه خلفی هم خارج شده و منجر به سرفه و بیحالی شود. دیگر علائم شامل ضعف شنوایی، تورم نواحی اطراف چشم و درد ارجاعی به دندانهای فک بالا می باشد.

یکی دیگر از اشتباهات رایج در جراحی بالا بردن کف سینوس ماگزایلا، پر کردن بیش از حد حفره با پیوند استخوان می باشد. استیوم در بخش فوقانی دیواره مدیال سینوس ماگزایلا و بالای مولر اول است و فاصله بین تحتانی ترین نقطه در کف سینوس تا آن 20 mm (متوسط $28/5 \text{ mm}$) است. با توجه به موقعیت استیوم می توان از پر کردن بیش از حد حفره که منجر به علائم سینوزیت می شود اجتناب کرد.



تصویر ۳



تصویر ۴

ورود ناخواسته به سینوس ماگزایلا یا حفره بینی

ورود ناخواسته twist drill به سینوس ماگزایلا یا حفره بینی در صورتیکه ارتفاع کافی از استخوان برای کسب ثبات اولیه ایمپلنت فراهم باشد، مشکلی ایجاد نمی کند. معمولا ورود چند میلیمتری ایمپلنت هم به درون سینوس ماگزایلا یا حفره بینی بخوبی تحمل می شود ولی در چنین مواقعی بهتر است که آنتی بیوتیک و داروهای ضد احتقان هم تجویز شود.

عوارض همراه با بالا بردن کف سینوس ماگزایلا

شایعترین مشکل همراه با بالا بردن کف سینوس ماگزایلا، سوراخ شدن غشاء شناییدرین می باشد که احتمال بروز آن ۲۵-۴۰ درصد است. قبل از قراردعی پیوند استخوان سوراخ شدگی را باید با غشاء قابل جذب پوشاند. اگر سوراخ شدگی در ناحیه محیطی استئوتومی بوده و بستن آن با غشاء امکانپذیر نباشد می توان با تغییر مکان استئوتومی و دستیابی به نواحی سالم غشاء شناییدرین غشاء قابل جذب را قرار داد (تصاویر ۴ و ۵). احتمال بروز خونریزی فراوان در طی استئوتومی وجود دارد که ناشی از پاره شدن رگ خونی در غشاء یا شریان داخل استخوان در دیواره طرفی سینوس است. خونریزی غشاء را می توان با قرار دادن گاز آغشته به ماده بی حسی (حاوی اپی نفرین 0.000 1/5) بر روی آن کنترل کرد. خونریزی استخوانی را می توان با قرار دادن مستقیم هموستات بر



تصویر ۵



تصویر ۶

خواهش پرئودنتیست ها از همکارانشان

مروری بر اشتباه‌های رایج در ارجاع بیماران پرئودنتال

دکتر یلدا صادقی

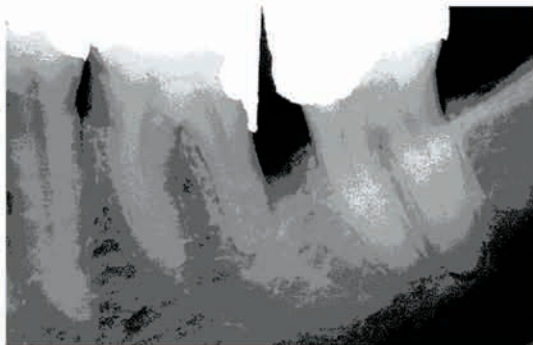
۱- راجع به نتیجه جراحی، صرفاً از روی رادیو گرافی قضاوت نکنید. خود را به جای بیماری بگذارید که با تشخیص بیماری پرئودونتال متحمل هزینه‌های مالی -روانی برای انجام حداقل چهار جلسه جراحی شده و پس از آن با رادیوگرافی جدیدی، برای پر کردن دندان به شما مراجعه می‌کند. چه احساسی به شما دست می‌دهد اگر دندان پزشکتان رادیو گرافی را مقابل نور بگیرد سری تکان دهد و پس از آن به شما بگوید: «دندان های شما هنوز تحلیل استخوان دارند. مثل اینکه جراحی شما موفقیت آمیز نبوده». اگر می‌خواهید درجات بیشتری از درماندگی را تجربه کنید خود را به جای شخص دیگری بگذارید: پرئودونتستی که بیماری سرخورده و عصبی را در مقابل خود می‌بیند که از بی‌نتیجه بودن جراحی خود شاک‌یست. افزایش سطح استخوان اطراف دندان‌ها به نحوی که در رادیوگرافی قابل مشاهده باشد در بسیاری از بیماران از ابتدا جزء اهداف اصلی درمان جراحی نبوده است. در بیمارانی که کاندیدای مناسبی برای GTR نیستند، به طور مثال بیمارانی که تحلیل استخوان افقی (بدون دیواره) و پاکت‌های عمیق دارند، جراحی‌های فلپ به منظور کاهش عمق پاکت - و نه بازسازی استخوان - انجام می‌شوند و هدف رسیدن به یک Reduced but healthy periodontium می‌باشد. قضاوت راجع به موفقیت جراحی در این بیماران تنها پس از سپری شدن زمان لازم و آنهم از طریق مجموعه‌ای از معاینات دقیق و وقت‌گیر بالینی، نظیر اندازه‌گیری عمق پاکت، خونریزی هنگام پروب کردن، سطح چسبندگی پرئودونتال ... ممکن است.

نقل است که برنارد شاو پس از آنکه برای معالجه به چندین پزشک مختلف ارجاع داده شد، با شوخ طبعی گفت: «پزشکی آنقدر شاخه شاخه شده که احساس می‌کنم اعضای بدنم هم در فکر مستقل شدن از هم هستند.»

با ظهور دستاوردهای روزافزون علمی، دندان پزشکی نیز تبدیل به حیطه‌ای مملو از تعامل بین گروه‌های مختلف درمانگران شده است. «ارجاع تخصصی» زمانی سودمند است که درمانگران، اعم از دندان پزشکان عمومی یا متخصصان سایر رشته‌های دندان پزشکی، علاوه بر توانایی‌های مربوط به رشته خود، از مهارت ایجاد یک ارتباط صحیح حرفه‌ای با همکار بعدی برخوردار باشند. در غیر این صورت تفاوت زوایای دید ممکن است منجر به برداشت‌های اشتباه یا درمان‌های ناصحیحی گردد که در نهایت به جای برخوردار کردن بیمار از مزایای یک درمان پیشرفته وضعیت او را پیچیده‌تر نیز کند.

دسته‌بندی و بحث راجع به موارد شایع و تکرار شونده‌ای که درمانگران هر رشته با آن مواجه هستند، مسلماً راه مفیدتری از نجوهای گلابیه‌آمیز هم‌رشته‌ها در مهمانی‌ها یا شبکه‌های مجازی می‌باشد.

پنج خواهش ما پرئودونتیسیت‌ها را بخوانید. منتظر شنیدن اشتباه‌های رایج ما از دیدگاه سایرین نیز هستیم.



تصویر شماره ۱



تصویر شماره ۲

تاریخ: ۱۳۹۳/۲/۱۷
ش.ب: ۵۲

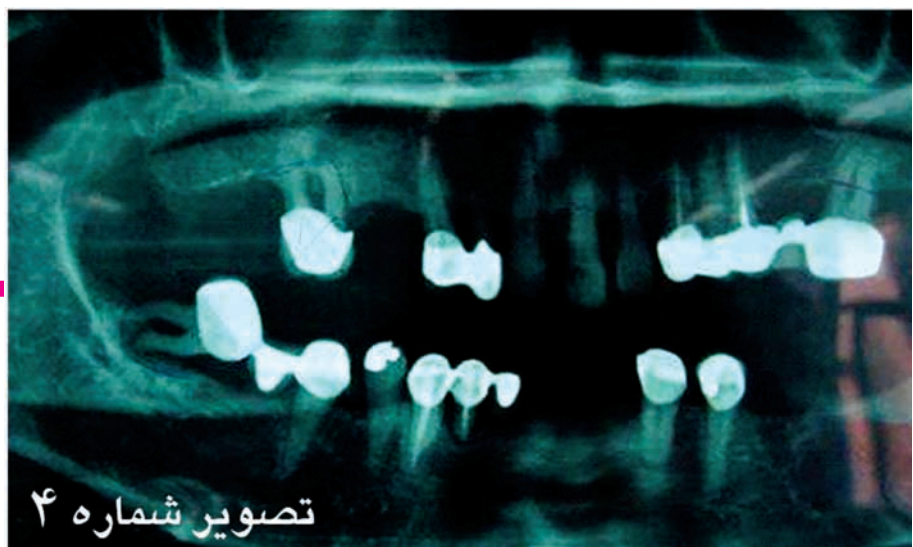


تصویر شماره ۳

به طور مثال تا یک ماه پس از جراحی، خونریزی و لقی ممکن است بیشتر از زمان قبل از جراحی هم باشد. حتی در مواردی که به خاطر توپوگرافی مناسب ضایعات استخوانی (ضایعات دو یا سه دیواره) بازسازی استخوانی نیز جز اهداف جراحی هست تغییرات مثبت رادیوگرافی حداقل تا چند هفته قابل مشاهده نیست. در این زمان نیز تنها با بررسی دقیق و مقایسه با رادیوگرافی‌های قبل از عمل می‌توان تاثیر جراحی را ارزیابی نمود. یکسان بودن شرایط رادیوگرافی‌های قبل و بعد از عمل (کنتراست، زاویه پرتودهی و...) را نیز نباید از خاطر برد. قبل از گفتن جمله نابودگر شماره یک بهتر است رادیوگرافی‌ها را کنار گذاشته و پروب‌ها را بردارید.

می‌تواند یک راه حل موقتی برای نجات از یک بیمار شاکی باشد. شکی نیست که بسیاری از ضایعات اندو-پریو ماهیت پیچیده‌ای دارند و برای تشخیص نیاز به مشاوره پریودنتال هم وجود دارد؛ اما حجم بسیاری از بیماران ارجاع داده شده به مطب پریودنتیست بیمارانی هستند که منشا یا تروژنیک برای درد یا آبسه آنها کاملاً مشخص می‌باشد. ترمیمی که اورهنگ مشخص، تماس نامناسب با دندان مجاور یا تجاوز به فضای بیولوژیک دارد و کانال ریشه‌ای که پس از گذاشتن پست به دو نیم شده است علامت خود را در لثه بیمار نشان می‌دهند: تورم لثه. اما مسلماً حتی برای خود بیمار هم قابل قبول نیست که به صورت اتفاقی درست پس از ترمیم دندان به ناراحتی لثه مبتلا شده است. هم دندان‌پزشک و هم پریودنتیست می‌دانند که گام نخست در مورد اول، اصلاح مارژین و چاره کار در مورد دوم، کشیدن دندان است. (تصویر شماره یک و دو)

۲- روایت رایجی می‌گوید که همکاران پزشک هرگاه در تشخیص بیماری سر در گم می‌شوند، یا به هر دلیلی نمی‌خواهند تشخیص خود را برای بیمار فاش کنند، آن را به اعصاب نسبت داده و خودشان را خلاص می‌کنند. در حیطه دندان‌پزشکی هم «لثه‌ها» به جای اعصاب این بار را به دوش می‌کشند. دندان‌هایی که بلافاصله پس از چسباندن روکش‌های متعدد و اسپلینت شده دچار تورم لثه شده‌اند، آبسه‌ای که بلافاصله پس از یک اندوی ناموفق به وجود آمده و... همه اینها برای یک دندان‌پزشک کلافه‌کننده است و جمله «شاید مشکل از لثه شما باشد»



تصویر شماره ۴



گذاشتن ایمپلنت قبل از درمان بیماری پریودونتال و پایش حداقل یک ماهه، احتمال بروز پری ایمپلنتیت را به شدت افزایش می‌دهد. رعایت کردن ترتیب فازهای درمانی اصل مهمی است و ایجاب می‌کند بیماری پریودونتال قبل از هر کار پروتزی یا کاشت ایمپلنت مورد درمان قرار بگیرد

۳- بهترین درمان‌ها اگر در ترتیب زمانی مناسب انجام نشوند محکوم به شکست هستند. روکشی که قبل از جراحی لثه بر روی دندان مبتلا به پاکت گذاشته شود پس از جراحی نمایی با لبه نازیبای فلزی خواهد داشت و دندانی که قبل از تعیین پروگنوز توسط پریودونتیست پایه بریج قرار داده شود در صورت hopeless بودن بریج را به فنا خواهد برد. (تصویر شماره چهار)

در تصویر شماره چهار روکش‌ها و بریج‌ها قبل از درمان پریودونتال و یا حتی تعیین پروگنوز پایه‌ها ساخته شده و پس از آن بیمار برای جراحی پریودونتال، و بنا به توصیه همکار ارجاع دهنده، بازسازی استخوان اطراف دندان هفت پایین سمت راست ارجاع داده شده است. بدیهی است که این دندان به هیچ وجه کاندیدای مناسبی برای GTR نبوده و به این ترتیب با کشیده شدن پایه خلفی، بریج ساخته شده تنها یک هفته مهمان دهان بیمار بوده است. در بیمار مبتلا به پریودونتیت، تعیین پروگنوز پریودونتال و کشیدن دندان‌های hopeless می‌بایست حتی قبل از شروع فاز یک، یعنی در (preliminary phase) انجام گیرد. ساختن بریج و روکش‌ها تنها در فاز پروتز (سومین فاز) و پس از اتمام کلیه درمان‌های جراحی بیمار (دومین فاز) مجاز خواهد بود.

همچنین گذاشتن ایمپلنت قبل از درمان بیماری پریودونتال و پایش حداقل یک ماهه، احتمال بروز پری ایمپلنتیت را به شدت افزایش می‌دهد. رعایت کردن ترتیب فازهای درمانی اصل مهمی است و ایجاب می‌کند بیماری پریودونتال قبل از هر کار پروتزی یا کاشت ایمپلنت مورد درمان قرار بگیرد. بنابراین جمله «**من فعلا روکش‌های شما را می‌سازم- ایمپلنت‌های شما را می‌گذارم - و بعدا سر فرصت شما را برای درمان لثه‌هایتان ارجاع خواهم داد**» جمله نابودگر سوم خواهد بود.

رعایت نکردن ترتیب فازهای درمانی حتی در مورد جراحی‌ها ظاهراً ساده‌ای مانند افزایش طول تاج (cl) نیز ممکن است درد سر ساز شود. دندانی که نیاز به cl دارد اما ایمپلنت ناحیه بی دندان مجاور آن قبل از انجام

در مورد تصویر رادیو گرافیک شماره سه هیچ شکی وجود ندارد که تحلیل استخوانی اطراف اینسیزورها به علت overload ناشی از طرح غلط پروتز، و نه بیماری لثه به وجود آمده و ماهیتا هیچ درمان پریودونتالی قادر به بازسازی استخوان اطراف دندان‌های باقیمانده نخواهد بود. در این صورت آیا تشریح دلایل واقعی و سعی در جبران پیامدهای درمان اشتباه بهتر از ارجاع بی‌بیمار به پریودونتیست و اتلاف وقت بیمار نخواهد بود؟

انتظار اینکه درمانگری در طول عمر حرفه‌ای خود، هیچ موردی از ایجاد مشکلات یاتروژنیک و یا حوادث حین کار را نداشته باشد غیر منطقی است، اما تنها یک درمانگر ماهر و حرفه‌ای است که مشکل ایجاد شده را می‌پذیرد و اطمینان بیمار به خود را صد چندان می‌کند.

گذاشته شده است در رابطه با میزان استئوتومی به معنای واقعی کلمه دست پریودونتیست را خواهد بست. (تصویر شماره ۵)

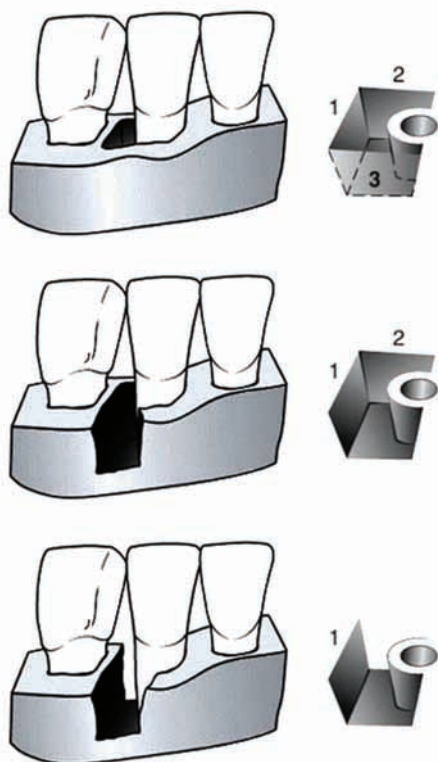
دندان شماره ۵ سمت چپ بالا جهت جراحی افزایش طول تاج ارجاع داده شده است؛ اما هر گونه استئوتومی در ناحیه دیستال این دندان منجر به از دست رفتن بیشتر استئواینترگریشن در اطراف ایمپلنت مولر اول - که قبل از ارجاع جهت cl کاشته شده است - خواهد شد.

همچنین باید در نظر داشت که دندان های کاندیدای cl معمولا دندان های به شدت آسیب دیده ای هستند که به ترتیب نیازمند درمان های متعدد شامل: اندو یا ری-اندو، جراحی افزایش طول تاج و پس از آن ترمیم از طریق پست و کور و روکش هستند. قبل از وارد کردن بیمار به این پروسه طولانی و هزینه بر، لازم است معاینه توسط تمام تیم درمانگر انجام شده و قابل نگهداری بودن دندان تایید گردد. بسیار پیش می آید، خصوصا در مورد مولرها، که دندانی در فاز اندو یعنی قدم اول به راحتی قابل نگهداری تشخیص داده شده و پس از انجام یک درمان ریشه بدون نقص برای جراحی افزایش طول تاج به پریودونتیست ارجاع داده می شود؛ اما وجود چالش هایی نظیر کمبود لته چسبنده، امکان ایجاد درگیری فورکا حین استئوتومی، احتمال کاسته شدن از سایپورت استخوانی دندان مجاور و... باعث می شود پریودونتیست دندان را برای جراحی افزایش طول تاج مناسب ندانسته و تشخیص hopless بودن دندان را بدهد. در این صورت درمان ریشه برای بیمار تنها اتلاف هزینه و زمان بوده است.

ع - «من شما را به خاطر تحلیل لته های تان به جراح لته ارجاع می دهم. از جراح لته بخواهید برای شما از پودرهای جدیدی که بازسازی کننده استخوان هستند استفاده کند تا لته شما بالا کشیده شود...»

شکی نیست که این جملات برای کاستن از نگرانی بیمار و آشنا کردن او با امکانات درمانی پیشرفته تر بیان شده است. از طرفی دادن چنین اطلاعاتی راجع به مواد بازسازی کننده استخوان ممکن است توقعات ذهنی نامعقولی برای بیمار به وجود آورد که توسط پریودونتیست قابل بر آورده کردن نیست. تکنیک های GTR (بازسازی هدایت شده نسجی) تنها در صورت وجود چندین پیش شرط من جمله بهداشت عالی بیمار، وجود لته چسبنده به میزان کافی، عدم وجود درگیری شدید فورکا و... و از همه مهم تر توپوگرافی مناسب ضایعه استخوانی، موفقیت آمیز خواهند بود.

در تصویر شماره ۶ هر چه تعداد دیواره های استخوانی ضایعه بیشتر باشد احتمال خونرسانی به مواد پیوندی و موفقیت رژنراسیون بالاتر می رود. در مورد ضایعه استخوانی تک دیواره امکان بازسازی نسجی از هر سه حالت کمتر می باشد. در مواردی که همین تک دیواره نیز تحلیل رفته و ضایعه تبدیل به یک ضایعه افقی شده است امکان بازسازی نسجی تقریبا وجود ندارد و هدف جراحی بیشتر از بازسازی نسج سخت، حذف پاکت بافت نرم می باشد. ظهور پودرها و ممبران ها در حیطه جراحی پریودنتال امکانات درمانی چشمگیری را فراهم آورده است؛ اما در صورت نبود شرایط مناسب هیچ خاصیت معجزه گری را نمی توان از آنها انتظار داشت و هنوز هم بسیاری از بیماران پس از جراحی لته اندکی تغییر نامطلوب در حد لته را، چه به سبب حذف حین جراحی و چه به سبب کاهش تورم پس از بهبود، تجربه خواهند کرد.



تصویر شماره ۶

شیوه برخورد با شکایات دندان پزشکی

دکتر حمیدرضا دانش‌پرور (متخصص پزشکی قانونی و کارشناس)

دندانپزشک از لحاظ قانونی مسؤل خطاها و قصور حرفه‌ای خود است و در صورتی که دچار یک یا چند نوع قصور دندانپزشکی شامل بی‌مبالاتی، بی‌احتیاطی، عدم مهارت و عدم رعایت نظامات دولتی شود، باید به جبران آن بپردازد. البته دندانپزشک باید از همان اولین روزهای طبابت خود به این نکته توجه کند که شاید روزی تحت پیگرد قانونی قرار گیرد. به رغم این احتمال، اگر دندانپزشک درمان‌ها یا اعمال جراحی را مطابق نظام‌های دولتی و موازین دندانپزشکی انجام دهد و با احساس مسؤلیت، حسن نیت داشته و با رعایت حال اقتصادی بیمار عمل کند، اصولاً از طرف بیمار جایی برای شکایت باقی نمی‌ماند و به فرض طرح شکایت هم، شاکی راه به جایی نخواهد برد.

واقعیت آن است که دندانپزشک هیچ‌گاه در موارد مطرح شده قصور در محاکم قضایی برنده نمی‌شود. حتی اگر رای دادگاه به نفع دندانپزشک باشد، او برنده دادگاه نیست. چه کسی می‌تواند وقت و انرژی صرف شده برای بررسی قصور دندانپزشکی احتمالی را به او بازگرداند. هیچ شرکت بیمه‌ای درباره خلاء درآمد او در طی مراحل رسیدگی به پرونده قصور، مسؤلیتی را نمی‌پذیرد. مسلماً دندانپزشک نمی‌تواند برآورد کند که چند بیمار قبلی خود را از دست داده و چند بیمار جدید به او مراجعه نکرده‌اند و در صورتی که رای دادگاه به نفع شاکی صادر شود، تمامی ضررهای ذکر شده مضاعف خواهد شد. به علاوه پرونده قصور دندانپزشکی باعث رنجش روحی دندانپزشک و خانواده او می‌شود و حتی اعتماد به نفس دندانپزشک را در پذیرش بعضی از بیماران به شدت کاهش می‌دهد.

علل شکایت از دندانپزشک به سه دسته تقسیم می‌شود:

- ۱- عدم تفهیم (lack of understanding)
- ۲- پاسخ هیجانی به نتیجه درمانی نامطلوب یا غیرمنتظره (emotional response)
- ۳- قصور دندانپزشکی (dental malpractice)

عدم تفهیم

اگر بیمار به آنچه که بر او می‌گذرد، خطرهای درمان، راه‌های درمانی و خطرهای درمان نشدن آشنا شود، کمتر به سوی مراجع قضایی کشیده می‌شود.

واکنش هیجانی

بیمارانی که عصبانی هستند و شخصیتی عصبی و ناراضی دارند بیشتر دست به شکایت می‌زنند. هرگونه واقعیت باید متناسب با روحیه فرد برای وی بازگو شود. هیچ‌کس از صحبت یا آرام کردن یک بیمار عصبانی لذت نمی‌برد به ویژه اگر این عصبانیت به دندانپزشک معطوف شود یا برای آن دلیل موجه وجود داشته باشد. دندانپزشک باید بداند که هر بیمار عصبانی اگر به خوبی

دست به قلم شوید و مورد ارجاع را دقیقاً مکتوب کنید

۵- آخرین و نه کم اهمیت‌ترین خواهش: دست به قلم شوید و مورد ارجاع را دقیقاً مکتوب کنید. شماره دندان مورد نظر، درمان‌هایی که تا بحال انجام شده است، حوادثی که احتمالاً حین درمان اتفاق افتاده است، طرح پروتزی که در نظر گرفته اید و... همه و همه اطلاعاتی هستند که در ارائه یک طرح درمان پرودونتانال سرنوشت ساز و تعیین‌کننده می‌باشند. بیمار مربوط به تصویر شماره هفت تنها با یک نقل قول شفاهی ارجاع داده شده است: «دکترم کار تراش دندان‌هایم را متوقف کرد و از شما خواست قبل از ادامه کار نظر بدهید که لته‌هایم تحمل روکش را دارند یا نه». معاینه کامل بالینی و رادیوگرافیکی تمام دندان‌ها توسط پرودونتیست انجام شده و هیچ معنی از لحاظ وجود پاکت، کمبود لته چسبنده، نسبت تاج به ریشه و... وجود نداشته است. در سایر نواحی دهان نیز نیاز به درمان پرودونتانال قبل از ورود به فاز پروتز مشاهده نشده و بنابراین با تاکید بر بهبود شاخص‌های بهداشتی و در خواست پرهیز از اسپلینت کردن، عدم وجود منع پرودونتانالی برای فاز پروتز به صورت مکتوب به همکار دندانپزشک اعلام گردیده است. تنها بعد از بروز آسسه منجر به تحلیل استخوان در ناحیه فورکا بوده است که مشخص گردید منظور از ارجاع صرفاً بررسی دندان مولر پایین سمت راست بوده است. در حین ترمیم این دندان پرفوراسیونی در کف پالپچمبر روی داده بوده که مانند بسیاری از پرفوراسیون‌های دیگر از لحاظ رادیوگرافیک به هیچ وجه قابل تشخیص نبوده و بنابراین تنها راه آگاهی از آن، دادن اطلاعات توسط همکار قبلی بوده است. (تصویر شماره هفت)

سلام شما روشنایی چشم و دل ماست اما فرستادن سلام به جای نامه مکتوب می‌تواند جمله نابودگر پنجم باشد: «سلام مرا به دکتر فلانی برسانید و بگویید به لته‌هایتان یک نگاهی بیندازد.»



تصویر شماره ۷



توجیه نشود می‌تواند بعدها به شاکی او تبدیل شود.

قصور دندانپزشکی

عبارت است از کوتاهی در استاندارد مراقبت‌های دندانپزشکی که باید به عمل آید (به عبارتی این مراقبت‌ها یا کافی نبوده یا نامطلوب بوده است).

همه بیماران حق دارند از دندانپزشک خود انتظار یک درمان استاندارد داشته باشند. این به این معنی نیست که دندانپزشکان باید برای بیماران نتیجه درمانی رضایت‌بخش را تضمین کنند زیرا دخالت عوامل بیولوژیکی می‌تواند در نتیجه نهایی قابل پیش‌بینی درمانی اختلال ایجاد کند. بنابراین نتیجه‌گیری نامطلوب در درمان یک بیمار ضرورتاً به معنی قصور دندانپزشک نیست. تشخیص ندادن یک بیماری به دنبال شرح حال مناسب، معاینه بالینی کامل و آزمایشات پاراکلینیکی لازم قصور محسوب نمی‌شود، عوارض جانبی درمان، تنها هنگامی قصور به حساب می‌آید که قابل پیش‌بینی باشد و درباره آن از بیمار رضایت آگاهانه اخذ نشود.

طبق قانون برای اعمال لفظ قصور دندانپزشکی باید شرایط ذیل فراهم باشد:

۱- دندانپزشک وظیفه مراقبت و درمان بیمار را به عهده گرفته باشد.
۲- دندانپزشک در انجام این وظیفه تخطی کرده باشد. (ترک فعل لازم یا انجام فعل ممنوعه)

۳- تخطی از وظیفه سبب آسیب روانی یا جسمی به بیمار شود.

اکثر دندانپزشکان متأسفانه در برخورد با بیمارانشان به طور مبهم و غیرواضحی صحبت می‌کنند و شاید این کار را دلیل بر سواد بیشتر خود می‌دانند یا اینکه صحبت آن‌ها توسط بیمار به اشتباه فهمیده می‌شود. اشکال در ایجاد ارتباط با بیمار یکی از علل مهم شکایت از دندانپزشک در پرونده‌های قصور دندانپزشکی است. همان‌گونه که قبلاً ذکر شد، سه علت اصلی شکایت از دندانپزشکان سوء تفاهم، پاسخ هیجانی و قصور دندانپزشکی است. برقراری ارتباط مطلوب می‌تواند بر دو عامل اول قطعاً تاثیر داشته باشد و حتی در صورت وجود عامل سوم زمینه‌های شکایت از دندانپزشک را برطرف کند. بیماری که بداند راه‌های مختلف درمانی عوارض خاص خود را دارند، عواقب احتمالی آن‌ها را آسان‌تر قبول می‌کند ولی بیماری که پس از بروز عوارض از آن‌ها اطلاع پیدا می‌کند، به دندانپزشک خود مظنون می‌شود. اگر اشتباهات احتمالی نیز به خوبی توضیح داده شوند، بیمار آن‌ها را می‌پذیرد. اولین و مهم‌ترین هدف یک دندانپزشک پیشگیری از ایجاد دردسر برای خود نیست بلکه سلامتی بیمارانش خواهد بود در این صورت او با بیمارانش اشتراک هدف دارد و با هم آسان‌تر همکاری خواهند کرد. با توجه به اینکه ارتباط مناسب دندانپزشک و بیمار و رابطه دوستانه بین این دو مستلزم رعایت حال بیمار از طرف دندانپزشک است لذا باید از ایجاد هزینه‌های غیرلازم اجتناب کرد. در برقراری رابطه دوستانه دندانپزشک و بیمار، دندانپزشک باید بیمار را در فهم و انتخاب ارزش‌های سلامتی و سیر درمانی پیشنهاد شده، کمک کند. او نه تنها اطلاعات مربوط به سلامتی بیمار بلکه ارزش راه‌های مختلف درمانی

را به بیمار توضیح و پرسش‌های او را پاسخ می‌دهد. در اینجا نقش دندانپزشک به صورت یک دوست یا همکار بیمار در درمان بیماری اوست. در این صورت دندانپزشک با بیمار رابطه برقرار کرده و پس از کسب آگاهی‌ها از او با وی به عنوان یک تیم با هدف مشترک همکاری می‌شود، لذا در این مورد نقش بیمار، همکار دندانپزشک است نه بیمار او. بنابراین اگر نتیجه وخیمی رخ دهد، او به جای طرح شکایت برای جبران صدمه‌ها به همکاری با دندانپزشک می‌پردازد. استاندارد مراقبت صحیح برای یک دندانپزشک عبارت است از:

- شرح حال خوب
- معاینه بالینی مناسب
- اقدام‌های تشخیصی پاراکلینیکی
- پرهیز از اقدامات غیرلازم
- برنامه‌ریزی مناسب برای طرح درمان و پیگیری

موارد تخطی از وظیفه

- ۱- رعایت نکردن اقدامات استاندارد دندانپزشکی مانند خودداری از درخواست آزمایشات لازم در یک فرد مشکوک به هموفیلی قبل از عمل جراحی
- ۲- عدم تشخیص صحیح به دلیل معاینه نکردن دهان در بیمار با علائم عفونت حاد ناشی از آسبه دندانی
- ۳- خطرهای درمان مانند شکستن سرسوزن موقع تزریق (غیرقابل انتظار)
- ۴- ارتباط برقرار نکردن با سایر دندانپزشکان مانند ارجاع ندادن بیمار به دندانپزشک دیگر در صورت نیاز
- ۵- بازگو نکردن حقایق به بیمار
- ۶- ننوشتن گزارش دندانپزشکی مانند ننوشتن گزارش کامل از وضعیت بیمار
- ۷- Criminal negligence مانند آنکه به علت بی‌احتیاطی واضح دندانپزشک، بیمار دچار نقص عضوی شود. مانند جراحی فک و دهان در حالت مستی و ایجاد آسیب ناشی از قطع عصب عواملی که به کاهش طرح شکایت از دندانپزشکان کمک می‌کنند
- ۱- آگاهی دندانپزشک از قوانین پزشکی حاکم بر حرفه خود
- ۲- احترام به شأن و شخصیت بیمار
- ۳- آگاه کردن بیمار و اطرافیان او از عوارض احتمالی و حتی غیرقابل پیش‌بینی قبل از هرگونه اقدام درمانی
- ۴- در نظر گرفتن وضعیت اقتصادی بیمار قبل از هرگونه اقدام درمانی
- ۵- برخورد مناسب و شایسته در مواقع بحران روحی بیمار و اطرافیان او به خصوص وقتی که نتیجه مطلوب حاصل نشده باشد.
- ۶- دخالت نکردن در سایر رشته‌های غیرمرتبط با تخصص و مشاوره‌ها و مراقبت‌های لازم دندانپزشکی
- ۷- حفظ شأن و احترام سایر همکاران در نزد بیمار و اطرافیان وی
- ۸- انتخاب صحیح بیمار و تکمیل پرونده بالینی و شرح عمل و معاینه کامل و گرفتن شرح حال کامل
- ۹- مطالعه مستمر و داشتن آگاهی‌های نوین دندانپزشکی و به روز



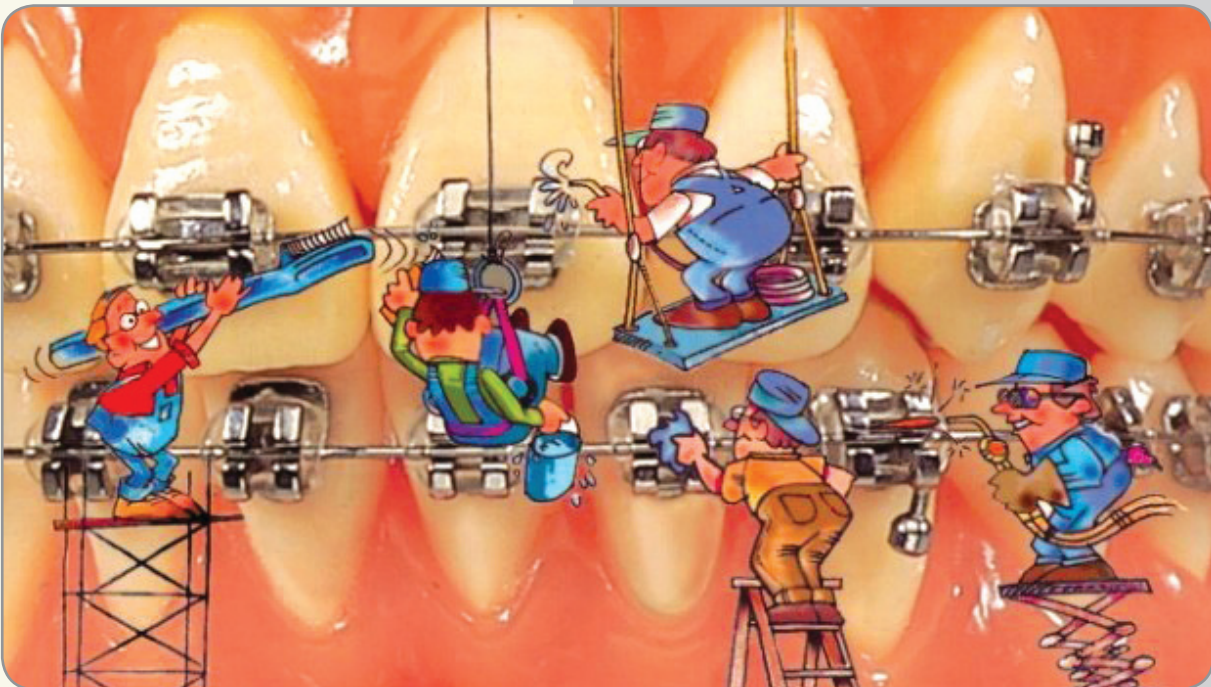
در این نوشتار قصد دارم به تشویق فراگیر و همگانی درمان‌های ارتودنسی، با توجه به یافته‌های جدید محققان نگاهی انتقادی داشته باشم. این نوشتار در چهارچوب مقاله‌نویسی برای مجلات علمی نگاشته نشده ولی تلاش کرده‌ام تا جایی که خواندن این نوشتار برای خوانندگان غیر متخصص دشوار نشود، به مقالات و مستندات علمی استناد کنم. در حالی که بیماری‌های دهان و دندان نظیر پوسیدگی و به دنبال آن از دست دادن دندان در ایران هم چون بسیاری از کشورهای در حال توسعه شیوع فراوانی دارد، آنچه این روزها در تبلیغات مطب‌ها و کلینک‌های دندان‌پزشکی خودنمایی می‌کند وعده داشتن دهانی سالم نیست. شما در مطب‌های دندان‌پزشکی با تصویر خنده زیبای یک جوان عموماً بلوند اروپایی مواجه می‌شوید که دندانهای سفیدش همچون دانه‌های مروارید صیقل شده به گونه‌ای تصنعی در کنار هم نشسته‌اند. چنین آگهی‌های امروزه بر کاغذها و دیوار آویزهای گران قیمت در بیشتر مطب‌های دندان‌پزشکی یا در روزنامه‌ها و وبسایت‌های اینترنتی دیده می‌شوند. این تبلیغات ذهن مخاطب را زیرکانه نشانه رفته و به زبان طعنه به او می‌گویند: ببین و باور کن که می‌شود چنین دهان و دندان زیبایی داشت. آن‌ها به شما نوید می‌دهند که اگر دست قضا و قدر شما را از داشتن چنین خنده زیبایی محروم کرده دنیا به آخر نرسیده است. شما نیز می‌توانید با صرف وقت و هزینه گزاف چنین لبخند زیبایی داشته باشید. این تبلیغات به مخاطبان اما نمی‌گویند که از هزاران و بلکه ده‌ها هزاران نفر شاید و تنها شاید یکی از آن‌ها بدون تمسک به سیم و چسب و رنگ و لعاب صاحب چنین دهان و دندان «ایده آل» باشد. این «ایده آل» های شکل

سراب ارتودنسی:

تردید درباره سودمندی درمان ارتودنسی و حرفه دندان‌پزشکی

دکتر وحید روفقی

(استاد سلامت جامعه دانشکده دندانپزشکی دانشگاه بیرمنگام انگلستان)



ظاهری دهان و دندان از کجا آمده؟ چه کسانی مبنای این تعریف «ایده آل» قرار گرفته‌اند؟ پاسخ به این سوالات خود بحث مفصل دیگری است که هدف این نوشتار نیست. مخاطب چنین تصویری هنگامی که آن خنده «ایده آل» را در کنار تصویر دندان پزشکی خوش سیما و کلمات انگلیسی می‌بیند دیگر شهامت آن را نمی‌یابد از خود بپرسد آیا دلیلی دارد که دهان و دندان همه فرزندان آدم را خط کش و نقاله بگذاریم و به سیم و چسب آویزیم و امیدوار باشیم که شاید اندکی شبیه آن خانم و آقای «ایده آل» در تصویر شود؟ آیا منطقی است که روزی برای گوش و چشم و دست و پا نیز «ایده آل» ساخته و پرداخته شود و از فردای آن صاحبان حرفه پزشکی دست به کار شوند تا همه گوش و چشم و دست و پاهای عالم را به یک شکل و اندازه در آورند؟

افزون به درمان ارتودنسی اگرچه ممکن است از نگاه اقتصادی و بازاریابی یک الگوی موفق اقتصادی باشد اما لزوماً با اهداف جامعه پزشکی سازگار نیست. از این رو، برخی صاحب نظران برجسته اقتصاد سلامت نظیر پروفیسور استفان برج، استاد دانشگاه مک مس‌تر کانادا، حرفه دندان پزشکی را صراحتاً مورد نقد قرار داده و اعلام می‌کند که «درمان ارتودنسی در واقع خلق و تولید یک نیاز کاذب از سوی حرفه دندان پزشکی برای جلوگیری از کاهش درآمد صاحبان این حرفه است». شگفت آور نیست اگر بگوییم به دلیل تسلط نهادهای صنفی ثروتمند دندان پزشکیان در کشورهای غربی، این انتقادات صریح غالباً در حد بحث‌های دانشگاهی محدود می‌ماند. دندان پزشکیان برای متقاعد کردن بیماران خود دلایل متعددی برای ضرورت درمان ارتودنسی ارائه می‌کنند، برخی از این دلایل بدین شرح است: اصلاح تنفس، بهبود سلامت کلی دهان و کاهش دردها و برطرف شدن صدای کلیک مفصل فک و گیجگاه. ادعاهایی نظیر بهبود وضعیت سلامت دهان بعد از درمان ارتودنسی با توجه به عوارض جانبی این درمان نظیر افزایش پوسیدگی‌های دندانی و تحلیل ریشه دندان‌ها البته قابل تردید است. همچنین مطالعه مروری انجام شده توسط موسسه کوکرن که (مهم‌ترین موسسه بررسی و جمع آوری اسناد و مدارک پزشکی) نتوانست دلایل کافی در اثبات بهبود بیماری‌های مرتبط با مفصل فک و گیجگاه بعد از درمان ارتودنسی بدست آورد.

شاید برای آیندگان باور این قضیه دشوار باشد، اما سالهای متمادی است که حرفه دندان پزشکی با ابزار قدرتمند چنین تبلیغاتی تلاش می‌کند همگان را به این باور برساند که شما برای رسیدن به آن ظاهر «ایده آل» راهی جز تمسک به درمان ارتودنسی ندارید. از دیدگاه بازاریابی باید به طراحان این گونه تبلیغات صد آفرین گفت. چرا که مشاهدات دندان پزشکیان و البته مطالعه محققان نشان می‌دهد، داشتن دندان زیبا و صاف برای عده قابل توجهی از افراد جامعه از داشتن دندانهای سالم مهم‌تر است. شاید از همین روست که متقاضیان درمان ارتودنسی با وجود آگاهی نسبت به عوارض جانبی درمان ارتودنسی نظیر کشیدن چند دندان سالم در آغاز درمان و احتمال تحلیل ریشه دندان‌ها و بیماری بافت لثه پس از پایان درمان به این درمان رضایت داده و هزینه‌های سنگین مالی آن را با رضا و رغبت می‌پذیرند. طی چند دهه گذشته درمانهای ارتودنسی به شدت پرتعداد بوده‌اند و روند افزایش درخواست برای درمان ارتودنسی هم چنان ادامه دارد. برای مثال آخرین سرشماری ملی سلامت در کانادا به ما نشان می‌دهد که بیست درصد کانادایی‌ها تا کنون تحت درمان ارتودنسی قرار گرفته‌اند یا در حال گذراندن درمان ارتودنسی هستند. این رقم در میان نوجوانان البته به سی و پنج درصد می‌رسد. به عبارتی دیگر، بیش از یک سوم نوجوانان کانادایی از لحاظ دندان پزشکیان ظاهری چندین دور از «ایده آل» داشته‌اند که والدین را بر آن داشته تا هزینه‌های سرسام آور چنین درمانی را بپردازند. با توجه به اینکه هزینه‌های دندان پزشکی در کانادا از سوی دولت پرداخت نمی‌شود این میزان اقبال به درمانهای ارتودنسی نشان دهنده موفقیت بازاریابی صاحبان حرفه دندان پزشکی برای پدید آوردن احساس نیاز به درمان ارتودنسی است. این درخواست روزافزون به ارتودنسی در دیگر کشورهای توسعه یافته و در حال توسعه نیز گزارش شده است. درخواست روز

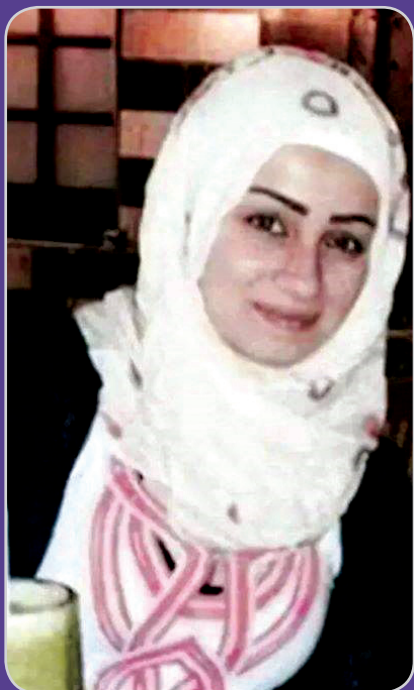




در تحقیقات دندان‌پزشکی به دلایل متعدد که امکان توصیف آن در این نوشتار مقدور نیست امکان ارزیابی تاثیر درمان در دراز مدت بسیار دشوار است. از اینرو تحقیقاتی که بتوانند بیماران را سال‌ها بعد از درمان مورد ارزیابی قرار دهند اندک است. با وجود این دشواری‌ها باعث خوشحالی است که دو گروه تحقیقاتی در استرالیا و بریتانیا در سالهای اخیر همت گماشتند تا با بررسی و پیگیری دو گروه از کودکان و نوجوانانی که در دهه هشتاد میلادی تحت درمان‌های مختلف ارتودنسی نظیر درمان‌های ارتودنسی ثابت قرار گرفته‌اند به این سوالات اساسی پاسخ دهند: آیا درمان ارتودنسی کیفیت زندگی، رضایت از زندگی و اعتماد به نفس را افزایش می‌دهد؟ برخلاف تصور عمومی و البته تبلیغات حرفه دندان‌پزشکی، پاسخ این دو گروه تحقیقاتی به این سوالات کاملاً منفی است. این مطالعات که از لحاظ روش تحقیق در نوع خود در دنیای دندان‌پزشکی نادر هستند به سرعت مورد توجه رسانه‌های بین‌المللی قرار گرفت. نتایج این دو مطالعه وسیع توسط برجسته‌ترین محققان ارتودنسی به صورت چند مقاله سریالی در مجلات علمی منتشر شد (برای مثال: اینجا، اینجا، اینجا). محققان در این مقالات به صراحت اعلام کردند که درمان‌های مختلف ارتودنسی در دراز مدت تاثیر مثبتی بر اعتماد به نفس، رضایت از زندگی و کیفیت زندگی نداشته‌اند. دلایل اینکه چرا برخلاف تصور عمومی درمان ارتودنسی و اصلاح لبخند و ردیف کردن دندان‌ها نمی‌تواند اعتماد به نفس و رضایت از زندگی را افزایش دهد در این مقالات به تفصیل مورد بررسی قرار گرفته است. بدنبال انتشار یافته‌های جدید در مورد سودمند نبودن درمان‌های ارتودنسی سوالات اساسی

واقعیت آن است که متقاضیان درمان ارتودنسی غالباً برای ارتقای سلامت دهان یا برای اصلاح تنفس و مشکلات دیگر پزشکی به دندان‌پزشک مراجعه نمی‌کنند. بلکه به گواهی تحقیقات و البته مشاهدات عمومی، مهم‌ترین دلایل مراجعه برای درمان ارتودنسی بهبود ظاهر دندان و دهان برای بالابردن اعتماد به نفس و بهبود سلامت روانی و روابط اجتماعی است. از اینرو، درمانگران برای ترغیب متقاضیان احتمالی درمان ارتودنسی، بر اثرات چشمگیر و دراز مدت روانی و اجتماعی درمان ارتودنسی تاکید می‌کنند. اکنون سوال اساسی این است که آیا درمان ارتودنسی واقعا می‌تواند به این وعده عمل کند؟ پاسخ بسیاری از درمانگران و صاحبان حرفه دندان‌پزشکی به این سوال احتمالاً مثبت خواهد بود، اما آیا تحقیقات علمی نیز نظر مبلغان و مشوقان درمان ارتودنسی را تایید می‌کنند؟ در دهه‌های گذشته که درمان‌های ارتودنسی بیش از پیش متداول شده‌اند، محققان همواره در تکاپو بوده‌اند تا تاثیرات درمان‌های ارتودنسی بر بهبود وضعیت روحی و اجتماعی بیماران را نشان دهند. این تحقیقات غالباً بیماران را مدت کوتاهی بعد از درمان مورد بررسی مجدد قرار داده و غالباً نیز بر تاثیرات مثبت درمان ارتودنسی، اندک مدتی بعد از درمان، صحنه گذاشته‌اند. اما آیا درمان ارتودنسی می‌تواند آنگونه که بسیاری از درمانگران ادعا می‌کنند در دراز مدت نیز تاثیر مثبت بر شاخص‌های سلامت روحی نظیر اعتماد به نفس و زندگی اجتماعی داشته باشد. تردیدها درباره تاثیر درمان ارتودنسی بر ارتقای وضعیت روحی از همان آغاز همه گیر شدن درمان‌های ارتودنسی در پایان دهه هفتاد میلادی با انتشار مقاله‌ای آغاز شد.

اعدام زن دندان‌پزشک به جرم ویزیت مردان!



گروه تروریستی داعش یک دندان‌پزشک زن را در شهر میدین سوریه به جرم همکاری با نظام سوریه و درمان بیماران مرد اعدام کرده است. منابع خبری از شهر دیرالزور گزارش داده‌اند که گروه تروریستی دولت اسلامی عراق و شام، صبح امروز اقدام به اعدام میدانی یک بانوی دندان‌پزشک سوری به اتهام تشکیل گروه جاسوسی! و همکاری با ارتش سوریه کردند. به گزارش مرکز حقوق بشر سوریه (وابسته به معارضان دولت، مستقر در لندن)، دکتر «روی دیاب» که در شهر المیادین (استان دیرالزور) مطب دندان‌پزشکی داشت ده روز پیش به همراه چهار نفر از همکارانش توسط عناصر این گروه تروریستی به جرم «همکاری با ارتش سوریه و درمان بیماران مرد در مطب دندان‌پزشکی» تحویل دادگاه به اصطلاح شرعی گروه تروریستی داعش شد و به اتهام ارتداد و محاربه با اسلام و پیامبر اسلام به اعدام محکوم و تیرباران شد.

در مورد اخلاقی بودن تشویق بیماران به درمان ارتودنسی مطرح شد. در یکی از صریح‌ترین این اظهار نظرها، پرفسور بیل شاو از سرشناسترین محققان ارتودنسی و از مشاوران سازمان بهداشت جهانی در مقاله‌ای با عنوان «تردید در مورد سودمندی درمان‌های ارتودنسی و چالش اخلاقی تشویق به آن»، تبلیغ و تشویق بی‌محابا و همگانی ارتودنسی از سوی نهادهای صنفی دندان‌پزشکی در بریتانیا را زیر سوال برد و خواستار توقف آن شد. «جامعه پزشکی زده» اصطلاحی است که توسط جامعه‌شناسان در دهه هفتاد میلادی برای اشاره به اثرات منفی تسلط تصمیم‌گیری‌های نگاه درمان محور حرفه پزشکی بر جنبه‌های مختلف زندگی بشری ارائه شد. از جلوه‌های این تسلط پزشکان بر زندگی ما می‌توان به مصرف فله‌ای و بی‌حساب و کتاب ویتامین‌ها و تقویت‌کننده‌ها که سود آن تنها به جیب شرکت‌های بزرگ دارویی می‌رود دانست. از نمونه‌های ایرانی و بومی «جامعه پزشکی زده» که در آن پزشکان بدون توجه به ضرورت و تبعات درمان و صرفاً به خاطر پاسخگویی به نیاز عمومی اقدام به تشویق همگانی نموده‌اند جراحی بینی را می‌توان مثال زد. ترغیب به درمان فراگیر و لجام گسیخته جراحی بینی در ایران بارها در رسانه‌های ملی و بین‌المللی خبرساز شده تا جایی که اخیراً یکی از رسانه‌های معتبر بین‌المللی از حرفه جراحی پلاستیک در ایران با صفتی نظیر «حریص» یاد می‌کند. مارک آکرم، یکی از استادان دانشکده پزشکی دانشگاه هاروارد در مقاله‌ای انتقادی نسبت به حرفه دندان‌پزشکی، تشویق همگانی درمان‌های ارتودنسی را نمونه‌ای از پدیده «جامعه پزشکی زده» می‌داند. وی القا حس بیماری در افرادی که شکل دهان و دندان‌شان با الگوهای ایده آل ساخته و پرداخته دندان‌پزشکان تفاوت دارد را از نگاه اخلاقی مورد سرزنش قرار می‌دهد. اخلاقی بودن ترویج همگانی درمان ارتودنسی را از زوایای دیگری نیز می‌توان بررسی کرد. برای مثال، القای حس غیر «ایده آل» بودن در میان نوجوانان که به اقتضای سن خود همواره در رقابت با همسن و سال‌ها و هم‌کلاسی‌هایشان هستند منجر به ایجاد ناآرامی روانی در این گروه و و خانواده‌هایشان می‌شود، بویژه که در غیاب بیمه‌های درمانی، این درمان‌های گران‌قیمت برای بسیاری از خانواده‌ها مقدور نیست. تردید در مورد سودمندی ارتودنسی در ارتقای اعتماد به نفس و کیفیت زندگی و هم‌چنین سوالاتی که در مورد اخلاقی بودن تشویق همگانی به آن مطرح شده باید از سوی درمانگران و هم‌چنین نهادهای آموزشی دندان‌پزشکی مورد توجه قرار گیرد. روزگاری که دندان‌پزشکان با خط کش و نقاله و چندعکس و تصویر رادیوگرافی در مورد موفقیت یا شکست درمان ارتودنسی سخن می‌گفتند رو به پایان است. در این راستا تحقیقات مدرن دندان‌پزشکی علاوه بر پرسیدن نظر دندان‌پزشک، اینک رضایت بیماران و تاثیر دراز مدت درمان در کیفیت زندگی‌شان را به عنوان شاخص‌های اساسی موفقیت درمان استفاده می‌کنند. بنابراین شایسته است در آموزش دندان‌پزشکی علاوه بر شاخص‌های کلینیکی مورد قبول دندان‌پزشکان، شاخص‌های بیمار محور نیز برای تصمیم‌گیری در ارائه درمان مدنظر قرار گیرد. به دلایل گوناگون مانند رقابت برای بهبود شکل ظاهری، قدمت باورهای پیشین و هم‌چنین منافع کلان اقتصادی بعید است در آینده نزدیک تغییری در روند رو به افزایش متقاضیان درمان‌های ارتودنسی ایجاد شود. اما سخن آخر، در این نوشتار سعی شده است دیدگاه نوینی که در تحقیقات دندان‌پزشکی در زمینه تاثیر دراز مدت ارتودنسی در حال شکل‌گیری است به خواننده فارسی زبان معرفی شود. نویسنده آگاه است که این نوشتار با آموزش‌ها و تبلیغات پرهیاهوی حرفه دندان‌پزشکی هم خوانی ندارد. این نوشتار نه می‌تواند نه قصد دارد حکم بر بطلان دانش گسترده ارتودنسی بدهد. چرا که به گواهی همین تحقیقات نوینی که در این نوشتار به آن‌ها اشاره شد، درمان ارتودنسی در مواردی که شکل و ظاهر دهان و دندان به شدت نامناسب بوده، می‌تواند به بهبود کیفیت زندگی و افزایش اعتماد به نفس تا حدی کمک کند. اما هویداست که اکنون تردیدهای جدی در باورهایی ایجاد شده که پیش از این از سوی صاحبان حرفه دندان‌پزشکی به صورت حقیقت غیرقابل تردید به متقاضیان درمان‌های ارتودنسی ارائه می‌شد. *عنوان این نوشتار از کتابی با عنوان «سراب سلامت» اقتباس شده است که در آن نویسنده (رنه دوپو، دانشمند سرشناس آمریکایی - فرانسوی دهه شصت میلادی) دیدگاه‌های متفاوتی با باورهای روز در مورد سلامت و بهداشت ارائه کرد.

از خاطرات یک دندان پزشک واقعی

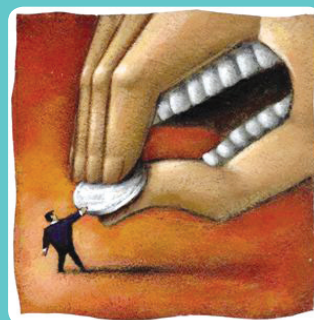
پارانه‌های ما و پارانه‌های آقای لکسوس!

دکتر علی مرسلی

امروز اس‌ام‌اسی (همان پیامک سابق!) دریافت کردم مبنی بر اینکه بنده جز مرفهین جامعه بوده و با این حساب مشمول طرح هدفمندی یارانه‌ها شده و از هدف خارج می‌شوم! بنابراین دیگر یارانه‌ای دریافت نخواهم کرد! بسیار غمگین شدم. سریع دست به کار شدم تا از طریق سایت رفاهی مراتب اعتراضم را به این ستم کاری به مراتب بالا برسانم.

متأسفانه سایت رفاهی درهای رحمتش را به سوی ما مرفهین بی‌درد بسته بود و موفق به اعتراض نشدم. از قضای اتفاق همان روز یکی از بیمارانم که صاحب نمایندگی لکسوس بود برای چسباندن روکشش مراجعه کرده بود که پیشنهاد خرید قسطی یک اتومبیل مدل بالا را مطرح کرد.

اوضاع نابسامان کار و کاسبی را با او در میان گذاشتم و به قطع یارانه‌هایم هم اشاره کردم! نیشش تا بناگوش باز شد که دکترها که نباید یارانه بگیرند! ما چون دیپلممان ردی است مشمول این گونه طرح‌ها می‌شویم! از آن روز هر موقع چشمم که به مدرک فارغ التحصیلی‌ام روی دیوار می‌افتد عقم می‌گیرد.



آسیب‌شناسی آنزوفی شدن کنگره‌های دندان پزشکی

دکتر افشین قناد



پرواضح است که آسیب‌شناسی از اهم شاخه‌های علم طب است و کسی نیز تا کنون ادعا نکرده که نمی‌توان در علوم دیگر از آن استفاده نمود. از قضا امروز بهره‌گیری از این شاخه مهم در سایر علوم بطور روزافزون افزایش یافته و شما می‌توانید در برخی نشریات شاهد انواع آسیب شناسیهای دوران پست مدرنیسم باشید از جمله: آسیب‌شناسی عدم حضور دندان‌پزشکان در فعالیت‌های صنفی-حرفه‌ای، آسیب‌شناسی عدم مشارکت همکاران در صحنه‌های اجتماعی و آسیب‌شناسی سایر «عدم»ها به هکذا.

ضایعه مزمن به نام «سمیناریت آتروفیک» است. ضایعه فوق همانطور که از نام آن بر می‌آید یک نوع التهاب سمیناری است که به کوچک شدن حجم آن می‌انجامد.

و اما غرض از این مقدمه چینی این بود که اذهان شما مخاطبین محترم را آماده کنیم برای بحثی پیرامون آخرین قسم آسیب‌شناسی که درباره یک



اجرای بسته بهداشت دهان و دندان از سال ۹۴



دکتر سید حسن قاضی‌زاده هاشمی از اجرای بسته بهداشت دهان و دندان با کمک بیمه‌ها از سال آینده در کشور خبر داد و گفت: «یکی از حلقه‌هایی که در آینده بخشی از زنجیره طرح تحول خواهد بود حوزه دندان پزشکی است.»

دکتر سید حسن قاضی‌زاده هاشمی وزیر بهداشت در حاشیه مراسم تکریم و معارفه معاون توسعه و منابع نیروی انسانی وزارت بهداشت که صبح امروز برگزار شد در خصوص بیمه دندان پزشکی گفت: «طرح تحول سلامت بدون توجه به بحث بهداشت دهان و دندان ناقص خواهد بود به همین دلیل سومین جلسه شورای عالی سیاستگذاری دهان و دندان برگزار شد که تصمیمات خوبی در حال انجام است.» وی با بیان اینکه از ۱۵ آبان قدم مهمی در اجرای طرح تحول سلامت خواهیم برداشت افزود: «سال آینده بسته بهداشت دهان و دندان را با کمک بیمه‌ها آغاز خواهیم کرد. امیدواریم مجلس و دولت در زمینه تأمین اعتبارات همکاری لازم را با ما داشته باشند چرا که مردم در این حوزه با مشکلات بسیاری مواجه هستند که بیمه‌ها به دلیل نبود اعتبار حمایت‌های لازم را انجام نمی‌دهند.»

وزیر بهداشت تأکید کرد: «یکی از حلقه‌هایی که در آینده بخشی از زنجیره طرح تحول است حوزه دندان پزشکی خواهد بود.»

دکتر هاشمی در خصوص اینکه آیا موضوع بورسیه‌های وزارت علوم در وزارت بهداشت هم مطرح است، گفت: «ما در حوزه پزشکی نیز بورسیه داریم ولی تعداد آن قابل توجه نیستند. آن چیزی را که بر اساس قانون بوده انجام داده‌ایم البته تعدادی از افراد بورسیه هم بوده‌اند که در کنار آن کارمند هم بودند؛ که به آن‌ها اعلام کرده‌ایم که باید یکی را انتخاب کنند.»

وزیر بهداشت همچنین در خصوص حاشیه‌های وزارت بهداشت گفت: «فرهنگ خاصی در کشور داریم زمانی که از چیزی تعریف می‌کنم بیشتر می‌ترسم چرا که می‌بینم که چه اتفاقاتی می‌افتد در آینده نقدها و اتهامات بی‌اساسی به وزارت بهداشت زده خواهد شد که باید از همین حالا آمادگی

این ضایعه اساسا «جزو ضایعات خوش خیم محسوب می‌شود ولی با توجه به فراهم بودن عوامل زمینه‌ای بیم آن می‌رود تا در آینده‌ای نزدیک به سمت بدخیمی میل کند که در این صورت احتمال متاستاز آن به سایر سمینارها در سایر بلاد هم وجود خواهد داشت.»

در مورد اتیولوژی این ضایعه، محققین نظرات بسیار متفاوتی دارند که در اینجا تنها به ذکر سه تئوری مهم اکتفا می‌کنیم:

۱- تئوری اول، آتروفی سمینارها را ناشی از هایپرپلازی بدخیم آن‌ها می‌داند. با این توضیح که با زیاد شدن تعداد سمینارهای علمی و توزیع نسبی شرکت کنندگان محترم در آن‌ها، طبیعی است که حجم هر سمینار کاهش یابد و خود را به شکل آتروفی پیشرونده نشان دهد. شایان ذکر است که طرفداران این تئوری، انتساب خود را به گروه‌های مخالف جامعه چند صدایی به شدت تکذیب کرده‌اند.

۲- مدعیان تئوری دوم، آتروفی شدن سمینارها را مستقیماً به موضوع آن‌ها مرتبط می‌دانند و در پاسخ به گروه اول با توپ پر می‌گویند «او هوک... پس چطور در سمینارهای زیبایی اینهمه آدم شرکت می‌کند؟» این گروه که هر روز بر تعداد آن‌ها افزوده می‌شود قویاً «معتقدند که اگر سمینار دارای موضوعاتی باشد که به درد دنیا و کمی هم آخرت بخورد، مانند سمینارهای زیبایی و پروتز، بیشترین استقبال را در پی خواهد داشت. بر عکس سمینارهایی که شرکت در آن‌ها صرفاً اجر اخروی دارد، مانند پاتولوژی و بیماریهای دهان، و یا حداقل اجر مادی و معنوی آن یر به یر است، مانند اندو و اطفال، با اقبال چندانی مواجه نخواهد بود. مروجین این تئوری در طرح درمان خود برای ریشه‌کنی این ضایعه پیشنهاد می‌کنند ثبت نام در سمینارها با تاسی به سنت حسنه میادین تره بار بصورت «درهم» باشد. این گروه که شرکت در همایش‌ها بصورت «برچین» شده را اقدامی در جهت سمینار زدایی ارزیابی می‌کنند معتقدند که باید قانونی مصوب شود تا افراد در برابر هر دو سمینار زیبایی موظف به شرکت در یک سمینار اندو و در برابر هر سه سمینار پروتز ملزم به حضور در یک سمینار پاتولوژی باشند.

۳- و اما تئوری سوم نگاهی جامعه نگر و ریشه‌ای به این ضایعه دارد و آن را ناشی از عارضه سمینار زدگی مزن می‌داند.

پیروان این تئوری پیش بینی می‌کنند که در آینده‌ای نزدیک افسردگی حاصل از کثرت سمینارها به وحدت حرفه‌ای لطمه جدی وارد کند.

سر آخر نیز عده قلیلی این ضایعه را به یک حالت روحی بسیار خطرناک به نام «سمینار و فوبیا» نسبت می‌دهند و معتقدند روز به روز بر تعداد افرادی که از زمان فارغ التحصیلی در هیچ سمیناری شرکت نکرده‌اند افزوده می‌شود. این عده می‌گویند برخی افراد دچار آنچنان سمینارگریزی حادی هستند که حتی جاذبه‌های تجارتي و سیاحتی نیز نمی‌تواند آن‌ها را به شرکت در همایش‌ها ترغیب کند.

به هر حال هرچند هنوز هیچکدام از تئوریهای فوق به اثبات نرسیده‌اند اما امید می‌رود در آینده نزدیک و با همت تمام متخصصین آسیب‌شناسی در حوزه روابط اجتماعی درمان قاطعی برای آن پیدا شود و از این پس غیر از سال آخر مهلت تمدید پروانه در مواقع دیگر هم شاهد حضور نهادهینه شده همکاران در کلیه سمینارها باشیم.

Dentium
For Dentists By Dentists



درمان طب پارس

Yazdi
DENTAL LABS
offering you cutting edge technology

لابراتوار پروتزهای دندان یزدی
کارشناس پروتز دندان
با مجوز وزارت بهداشت

برندهای برتر دندانپزشکی

DENTAL

TOP

BRANDS



آرین
درمان پژوه



APOZA

دندان آپریش
نماینده انحصاری در ایران

REZARAD CO.
IRANIAN HEALTHCARE COMPANY

Esfahan Farazmehr



fuchs



شرکت تهران اتکال
TEHRAN ETEKAL CO.

ADA
Ava Darman Arya
آوا درمان آریا

Rayan Teb
رایان طب

مرکز تخصصی طراحی و تولید نرم افزارهای پزشکی

Dr. Ihde Dental

شرکت دوستکام
سهامی خاص

Nobel Biocare
branemark
هنگام دندان

تجهیزات دندانپزشکی یزدیان



APADANATAK
DENSPLY
IMPLANTS
XIVE

Parto Tasvir Darman
پرتو تصویر درمان
Equipe & Technology

AXON
dielectric
Hi - Tech Solutions



HOODIAN Group
Medical and Dental Equipment & Engineering



لابراتوار تخصصی پروتزهای دندان پارسه

DENTUS
Dental & Medical Equipment

Afrand Atlas Co.
شرکت افراند اطلس (پارسه)

biodenta®
we're all about teeth

کین تیب اتلس
Kian Teb Atlas Co.

COWELL
IMPLANT

Parseh Etekal
پارسه اتکال

وارد کننده مواد و تجهیزات دندانپزشکی

شرکت تولیدی بازرگانی ملورین

شرکت کاموس آریا
KAMOUS ARIYA (P) LTD

کاوش مگا
کاوش دیان آزما

طب و تصویر پاریان
شرکت مهندسی پزشکی

DT
شرکت دیار تجهیز
DIAR TAJHIZ Co. Ltd.

Neo Biotech
شرکت نئو بیوتک ایران

تجهیزات دندانپزشکی اشکان
ashkan

AZAD MED
آزاد تجارت پارس (آزاد مد)

MEHR ARABON
شرکت مهر آرابون

MOZOGRAU
DENTAL IMPLANTS
الماس دندان ایرانیان

BDI
بنیان دندان ایرانیان

Dr. AM Algam
The Best for The Best

گروه آریان دندان طب (تجهیزات دندانپزشکی ایران)
نماینده انحصاری فروش محصولات شد عبوس کننده Zhermack نیلورا در ایران

Pouyan Teb Noor

APA CO
آبتین پزشکی ابزار
تولیدی انحصاری ایستگاه های دندان
MEGA GEN

DENTAL
محصولات
جدید
DENTAL
PRODUCTS

صحت

Signal

Parjak

Dazegan
داروگر

AQUAFRESH
FLUORIDE TOOTHPASTE
TRIPLE PROTECTION

Oral-B

Jordan*

Crest

نخ دندان

ارکید

گلریز

خمیر دندان

یون

رایتل
RightTel

هلا اول

ایرانسل
MTN

PAKSHOO
Industrial Group
گروه صنعتی پاکشو

خمیر دندان کامل

بسی

Golriz
FEEL SOFTNESS & DIFFERENCE

SENSODYNE®
REPAIR
& PROTECT

ناز

فیروز

یاددندان

گلدنت



سینا
نواورا
انتشارات

ناشر کتب پزشکی
ودندانپزشکی

۰۲۱-۶۶۹۲۸۰۲۶ و ۰۹۳۰-۵۸۰۲۳۴۲

WWW.NOAVARANSINA.IR

طمع دندان

قصیده‌ای از ملک الشعراء بهار

دندان طمع کن که شود درد تو درمان
بس درد که درمان شود از کندن دندان
دندان چو بفرساید و کاهد ز بنش گوشت
ریم آرد و زان زاید جرثومه فراوان
جرثومه گه‌خایش، در لقمه درآید
واندر عمل هضم، پدید آرد نقصان
وانگاه جهد در دوران دم و گردد
بس درد در اندام پدید از اثر آن
درد سر و درد شکم و درد مفاصل
درد عصب و سستی ماهیچه و استخوان
هرشب تبی آید چوتب ربعا وتب غب
در تابه درافتد تن و در تاب شود جان
هر لحظه رود دردی و بازآید دردی
زین کار پزشکان همه سرگشته و حیران

دانای بزرگ آنکه گوید که مر این را
چاره نبود هرگز، جز کندن دندان
اندر دهن نفس، بسی دندان داریم
تا لقمه افکار بخاییم بدیشان
ناگاه فتن کرم طمع در دهن نفس
واندر بن دندانسی، جا گیرد آسان
آنجای کند شخم و نهد تخم و بزایند
کرمان طمع، بیشتر از ریگ بیابان
چون لقمه پندار بخاییم، از آن زهر
در لقمه فرو ریزد از پایه اسنان
در معده روح افتد با لقمه پندار
و آنجای کند مفسده چون موش در اثبان
وانگه جهد اندر دوران دم دانش
هر چیز بیویارد چون گرسنه ثعبان
بیماری نفس آرد و ناراحتی روح
درد سر عقل آرد و درد دل ایمان
چون نفس شود خسته و جان گردد بیمار
افرشته او سوی پزشک آید گریان
گوید که حکیم با وثاق اندر دارم
بیماری افسرده و پژمرده و نالان
چشمانش ناپینا گشته است و نبیند
جز منفعت شخصی و جز کیسه و جز خوان

از تاب و توان رفته چون مستسبح شیدا
وز خواب و خورش مانده چومستسقی عطشان
یکباره رها کرده طریقی خرد و عقل
بالمه نظر بسته ز عز و شرف و شان
دانا به ملک گو: بیمار تو را سخت
درد طمع و حرص گرفته است گریبان
اندر دهن نفسش، دندان خرد است
ابلیس مر آن را زده هر روز به سوهان
بیخ و بن آن دندان پوسیده و زار است
علت همه زانست و علاجش بود آسان
دندان طمع خوانند آن را و ببايست
برکندن آن از ته دل وز بن دندان
دندان خرد را چو خورد کرم طمع، نیست
دندان خرد، آن را دندان طمع خوان
چون آرزو طمع گردد با جان تو مقرون
پیوسته خجل گردی اندر بر اقران
هر درد که داری تو ز آرزو طمع توست
دندان طمع کن که شود درد تو درمان

منبع:

ganjoor.net/bahar/ghasidebk/sh195

با تشکر از دکتر محمد باقری

فرم اشتراک مجله دندانپزشک

نام و نام خانوادگی:

تاریخ شروع اشتراک:

دندانپزشک عمومی:

آدرس دقیق پستی:

تلفن ثابت:

تلفن همراه:

کد ده رقمی پستی:

توضیح ۱: مبلغ ۷۰۰۰۰۰ ریال بابت اشتراک یک ساله مجله دندانپزشک

توضیح ۲: واریز نقدی به حساب ۴۷۳۴۶۴۰۰۰ مهرگستر بانک کشاورزی به نام دکتر شعبانعلی کوهستانی

توضیح ۳: اعلام فیش بانکی از طریق تلفن به بخش مشترکین (۶۶۹۲۸۰۲۶ - ۶۶۹۲۸۱۰۲) و یا ارسال به آدرس پستی تهران،

خیابان جمالزاده شمالی، خیابان نصرت، پلاک ۱۴، واحد ۱۹ تلفن تماس: ۶۶۵۹۱۷۵۳ نمابر: ۶۶۹۴۹۱۵۲

دندانپزشک

آموزشی، پژوهشی، تحلیلی و اطلاع رسانی در زمینه دندانپزشکی



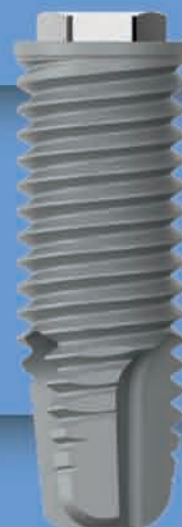


بنیان دندان ایرانیان



THE DREAM OF IMPLANT

Luna



THE ORIGIN OF IMPLANT

Sola



THE STAR OF IMPLANT

Stella



آدرس دفتر مرکزی: تهران، خیابان کارگر شمالی (امیرآباد)،
خیابان هفتم، پلاک ۷، طبقه ۳
تلفن: ۸۸۰۱۵۴۳۱ - ۸۸۳۵۲۴۵۵
۸۸۳۵۲۶۵۰ - ۸۸۳۵۰۶۰۳
فکس: ۸۸۰۲۱۴۳۸
www.bonyandandan.com

Maxillofacial Implant

A Short Implant for Different Use



Body $\text{Ø}3.4$, $\text{Ø}3.0$, $\text{Ø}4.3$, $\text{Ø}4.0$

- طول کوتاه فیکسچرها (۴ و ۶ میلی متر) مناسب برای کاربرد در ناحیه فک و صورت
- دارای سطح S.L.A
- نصب و برداشت آسان توسط کیت سیستم اوردنچر دنتیوم
- قابلیت الحاق Stopper به کیت جراحی برای افزایش دقت و آسانی کار با دریل ها
- سازگار با اباتمنت های سیستم Simple Line II
- ایمپلنت ترمیمی فک و صورت: پروتزهای چشم، گوش، بینی و...

