

جان نباشد خبر در آزمون
بر که را افزون خبر جانش فزون
اقتضای جان چو ایدل آگهی است
بر که که تر بود جانش قوی است

مولانا



خبرنامه
انجمن دندانپزشکان عمومی ایران

خبرنامه انجمن دندانپزشکان عمومی ایران سال چهارم، شماره سی و ششم، شهریور ۱۳۸۴

Khabar Nameh, Iranian General Dentist Association Vol 4 No36 Sep 2005

حرف اول؛ مشارکت و همبستگی

● باید دندانپزشکان را مخاطب قرار داد، هر چند سخت ترین کار آماده سازی و اعاده وحدت و همبستگی از پایین به بالا کاری بس دشوارتر و طولانی تر خواهد بود.
● آناتکه وحدت و همدلی را تحمل نکرده اند و نمی کنند و متأسفانه دم از مردم سالاری و دموکراسی هم می زنند باید بپذیرند قدرت و مسئولیت را داوطلبانه دست بدست کنند.

● ما در حوزه ای قرار داریم که مشکلات آن را می شناسیم و جالب است که در ارائه راه حل های آن حرف برای گفتن داریم ولی این کافی نیست.
● کدام حرفه را می توانید بیابید که مردم به سازمان صنفی آنها شکایت کنند و رسیدگی را هم با قاطعیت و جدیت و برای احقاق حق شاکی انجام دهند؟ کدام صنف به شکایت مراجعان خود با این قدرت و صلابت رسیدگی می کند؟

پنجمین کنگره علمی انجمن دندانپزشکی ترمیمی ایران
۱۸-۲۱ آبان ماه ۸۴
تهران - دانشگاه شهید بهشتی
صفحه ۴

کمیته علمی انجمن دندانپزشکان عمومی ایران برگزار می کند:
برنامه های علمی آموزش مدون در سال ۱۳۸۴
صفحه ۵

نامه سرگشاده دکتر بهروز برومند خطاب به سازمان نظام پزشکی
صفحه ۳

پنجمین همایش سالیانه انجمن علمی پرئودنتولوژی ایران
با رویکرد پیشگیری و بازسازی بافت های از دست رفته اطراف دندان و ایمپلنت
تهران ۷ و ۸ مهرماه ۱۳۸۴ - تالار امام علی (ع) دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی
صفحه ۲

سندروم سوزش دهان راهنمایی جهت دندانپزشکان عمومی
صفحه ۶

فراخوان مقاله چهاردهمین کنگره علمی سالانه پروتز دندان جامعه دندانسازان ایران تهران ۱۹ الی آذرماه ۱۳۸۴
صفحه ۲

انتشار دو کتاب کنترل عفونت در دندانپزشکی اصول کاربردی در درمان ریشه توسط همکار دندانپزشک
صفحه ۷

شرکت دوستکام (تمایز شده انحصاری محصولات NSK در ایران)

تمایزگاه دائمی شرکت دوستکام در dental Center افتتاح گردید
تلفن تمایزگاه: ۰۲۶۲۰۳۶۳۵-۶۶۳۵۰۳۶۲

دفتر مرکزی: تهران - خیابان بهار جنوبی - خیابان شهید حمید صدیق - شماره ۷۵ طبقه دوم کد پستی: ۱۵۶۱۸
تلفن: ۰۲۶۲۰۳۶۳۵ - ۷۷۵۲۷۱۴۰ - فکس: ۷۷۵۳۰۳۶۲
WWW.Doustkam.com E-Mail: Info@Doustkam.com

توربین اپتیک (سلول شیشه ای) سرامیکی

MLXT-MU
● Miniature Head
● Max speed 430,000rpm(min⁻¹)

MLXT-SU
● Standard Head
● Max speed 430,000rpm(min⁻¹)

MLXT-TU
● Torque Head
● Max speed 350,000rpm(min⁻¹)

PTL-CL-4HV
● Lux Coupling
● Light bulb included in coupling

Features
Cellular Glass Optics . Ceramic Ball Bearings . Stainless Steel Body
Clean Head System . Ultra Push Chuck . Triple Spray
In-Surgery replacement turbine cartridge

ایر موتور با قابلیت نصب ۶ هد مختلف

VM-PTL
● For endodontic hand files

TE-PTL
● For endodontic engine files(ø2.35)

NM-PTL
● Minuator head
● For CA burs(ø2.35)

NPB-PTL
● For CA burs(ø2.35)

NFB-PTL
● For FG burs

NRS-PTL
● 10:1 Reduction
● For FG burs(ø2.35)

PTL-CR
● 4:1 Reduction
● 6'500 rpm(min⁻¹)
● Quick coupling for heads

۱۲ ماه گارانتی

محصولات NSK را فقط با ضمانتنامه مهور به مهر شرکت دوستکام تهیه فرمائید



دکتر باقر شهینی زاده

حرف اول؛ مشارکت و همبستگی

انجمن دندانپزشکان عمومی ایران طی چندین سرفه مقاله و با یک برنامه ریزی مدون، بر اساس حضور داوطلبانه و با حقوق مساوی سعی کرد که همگام با مدیران انجمن‌ها قدمهای جدی را برای وحدت دندانپزشکان بردارد. این دعوت با طرح اجرایی «شورای مشورتی علمی» انجمن‌های دندانپزشکی شروع شد. تا به مجمع انجمن‌های دندانپزشکی و نهایتاً به فدراسیون دندانپزشکی که در سال ۱۳۸۱ مطرح شده بود، راه یابد. ولی به این نتیجه رسیدیم که باید دندانپزشکان را مخاطب قرار داد، هر چند سخت‌ترین کار آماده سازی و اعاده وحدت و همبستگی از پایین به بالا کاری بس دشوارتر و طولانی‌تر خواهد بود. آناتکه وحدت و همدلی را تحمل نکرده‌اند و نمی‌کنند و متأسفانه دم از مردم سالاری و دموکراسی هم می‌زنند باید بپذیرند قدرت و مسئولیت را داوطلبانه دست بدست کنند. امکان ندارد که حضور دندانپزشکان در انجمن‌ها وسیع، گسترده و سازمان یافته گردد، مگر اینکه در مدنیت و انتقال قدرت از پایین به بالا و بالا به پایین تحولی ساختاری ایجاد شود. زایش و رویش نهادهای مدنی (انجمن‌ها) با نو شدن دیروز در کالبد امروز، در فردای ساخته امکان دارد. این بحث با گرایش کاربردی با طرح جزئیات و تجزیه و تحلیل واقعیات موجود در یک پروژه جدی پیگیری خواهد شد.

و فقط تماشا می‌کنیم. همکاران محترم، ما در حوزه‌ای قرار داریم که مشکلات آن را می‌شناسیم و جالب است که در ارائه راه‌حل‌های آن حرف برای گفتن داریم ولی این کافی نیست. به هر حال باز هم می‌گوئیم در اولین گام دندانپزشکان باید انجمن‌ها را بعنوان مرکز تجمع سازمان یافته همه دندانپزشکان با سوابق و علائق مختلف و وابستگی‌ها یا عدم وابستگی‌ها به بخش خصوصی و دولتی و با هر توان و نیرو با استقلال و حق رأی برابر و بدون حق قیومیت، مادر و پدر بودن قبول کنند، برای مسائل مشترکشان کنار هم قرار گیرند. در دهه‌های گذشته اینطور نشد و دخالت‌های کسانی که همیشه همه چیز را برای خود می‌خواهند تا همه امور را در دست خود داشته باشند، نگذاشتند و نمی‌گذارند این راه مسیر طبیعی خود را طی کند ولی تا اجماع نکنیم و قانون را ملاک همکاری مشترک قرار ندهیم و تا وقتی که سعی نکنیم که ببندیم چگونه رأی دهیم و به چه کسی رأی دهیم و تا وقتی که خود را آماده نکنیم و در صحنه نمایشیم که در جای مدیران انجمن‌ها باشیم و تا وقتی قدرت پرسش کردن از مدیران انجمن‌ها را نداشته باشیم و طرف مقابل را وادار به پاسخگویی نکنیم باز این سئوالات خواهد بود.

دوران طولانی طرح در شهرهای محروم، باید گفت در واقع ما خودمان نان را در می‌آوریم ولی مثل کارمند دولت تحت نظارت هستیم. کدام حرفه اینقدر نظارت دارد؟ نسبت به مشاغل سخت کدام کار ما ساده است که شغل ما جزء مشاغل سخت نیست؟ ختم کلام، چرا انجمن‌ها حق ما را نمی‌گیرند. کدام حرفه را می‌توانید بیابید که مردم به سازمان صنفی آنها شکایت کنند و رسیدگی را هم با قاطعیت و جدیت و برای احقاق حق شکایتی انجام دهند؟ کدام صنف به شکایت مراجعان خود با این قدرت و صلاحیت رسیدگی می‌کند؟ خوب این یک سئو قضیه است که به ما می‌گویند چرا کاری نمی‌کنید؟ ولی نگاه دوستان به اعضا هیأت مدیره را ببینید چگونه است؟ دوستی می‌گفت شما که هم از مطب‌ها در می‌آوردید و هم از انجمن حقوق می‌گیرید پس کاری بکنید! جا خوردم و خیلی تعجب کردم. پرسیدم واقعاً شما فکر می‌کنید این طوری است که در انجمن هیأت مدیره حقوق می‌گیرید؟ آیا می‌دانید چه تعداد از همکاران شما هستند که زندگی‌شان از نظر مادی و معنوی به خاطر همین انجمن‌ها از دست دادند؟ می‌دانید که روز و شب چند ماه جان می‌کنند تا یک کنگره یا سمینار یا کارگاه آموزشی برگزار کنند و این کار نه تنها درآمدی برای آنها ندارد بلکه بعضاً از جیبشان هم می‌برند؟ مطب و کارشان را ترک می‌کنند و بدون اینکه خیلی‌ها بدانند کانون زندگی شخصی‌شان را دستخوش تلاطم می‌کنند تا یک کار حرفه‌ای و صنفی را انجام بدهند؟ علیرغم این مصائب و آن دید ناعادلانه، ما توانایی و قدرت انجام بسیاری کارها را داریم ولی مگر اراده و یا خواست ماست که بتوانیم نقش خود را در حل موضوعات و مشکلات حرفه‌ای و صنفی دخالت دهیم.

خیلی مواقع با همکاری مواجه می‌شویم که سیل سئوالات و درخواست‌هایی را مطرح می‌کنند که انتظار دارند تعداد محدودی از همکاران دندانپزشک ایشان که در انجمن‌ها قبول مسئولیت کرده‌اند این مشکلات را حل کنند. در سطح عمومی جامعه هزاران مشکل لاینحل مثل تورم، بیکاری، مسکن، تأمین امکانات مادی و معیشتی وجود دارد که به دندانپزشکان هم تسری پیدا می‌کند. دندانپزشکان جوان بیشتر این معضلات حرفه‌ای را دارند به خصوص مشکل اشتغال. موضوع تعرفه دندانپزشکی هم (که بین سازمان نظام پزشکی و برخی وزارتخانه‌ها در حال جان کندن است) و هنوز ضمانت اجرایی پیدا نکرده است. مراکز دولتی و خصوصی براحتی با پرداخت دستمزدهای نازل، دسترنج دندانپزشکان را به باد می‌دهند. شرکت‌هایی به به عنوان تعاونی درمانی دندانپزشکان را واقعاً استثمار می‌کرده‌اند. اینها باعث می‌شود که از ما بپرسند شما در انجمن چه می‌کنید؟ مگر وظیفه شما فقط برگزاری چند سمینار علمی است؟ درست است که برنامه‌های علمی خیلی مهم هستند ولی حالا که قیمت کالاهای دندانپزشکی سر ایستادن ندارد و تعداد دندانپزشکان زیاد است و کارکم، چه چاره‌ای می‌اندیشید؟ ما در مطب‌ها مثل سایر مشاغل آزاد (بخش خصوصی) نیستیم. با وجود نظارت دقیق، بررسی شکایات و قیمت‌ها، بازرسی‌های عیدیه، آئین نامه‌های عریض و طویل، صدور پروانه مطب و تمدید آن و امتیاز مداری، گذراندن

پنجمین کنگره انجمن پرودنتولوژی ایران

تهران ۷-۸ مهرماه ۱۳۸۴ تالار امام علی (ع) دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی

The 5th Annual Congress of Iranian Academy of Periodontology

September 29-30, 2005. Shahid Beheshti University of Medical Sciences Tehran-Iran

میهمان به شرح ذیل ارائه خواهند داد .

۱. آقای دکتر علی بزدانی
۲. آقای دکتر مسعود اجلائی
۳. آقای دکتر کاوه سیدان
۴. خانم دکتر مینو مهشید
۵. آقای دکتر شهرام امتیاز (از آمریکا)
۶. آقای دکتر افتخار آشتیانی
۷. آقای دکتر محمد ثانی (از آمریکا)

که در کنار کنگره میزگردی بصورت طرح درمان و حل مشکلات کلینیکی در درمانهای ایمپلنت و پروبو با شرکت اساتید داخلی و خارجی برگزار می‌گردد. ضمناً بهداشتکاران محترم بصورت مستقل طی دو روز سخنرانیهایی تخصصی مربوط به مراقبتهای دندان و کنترل عفونت خواهند داشت که شرکت بهداشتکاران با کمال افتخار بصورت رایگان می‌باشد و می‌توانند برای ثبت نام به انجمن بهداشتکاران دهان و دندان مراجعه نمایند.

کنگره پروبو با رویکرد پیشگیری و بازسازی بافت های از دست رفته اطراف دندان و ایمپلنت

بدین وسیله به اطلاع همکاران محترم پرودنتیست و دندانپزشکان سراسر کشور می‌رساند که پنجمین کنگره علمی پرودنتولوژی ایران با رویکرد پیشگیری و بازسازی بافتهای از دست رفته اطراف دندان و ایمپلنت در تاریخهای ۸ و ۷ مهرماه ۱۳۸۴ در محل تالار امام علی (ع) دانشگاه شهید بهشتی برگزار می‌گردد از جمله برنامه‌های علمی مفید ارتباط مستقیم بصورت تلکفرانس با دانشگاه USC آمریکا و استفاده از سخنرانی و بحث آزاد بزرگان رشته پروبو و ایمپلنت نظیر پرفسور اسلاسن (Slots) و پرفسور نودری، پرفسور جرج جبران استاد سابق دانشگاه آمریکایی بیروت، پرفسور HUGO DE BRUYN رئیس بخش پروبو دانشگاه دولتی بلژیک و علاوه بر سخنرانیهایی انتخاب شده جدیدترین مطالب مربوط به زیبایی و ایمپلنت را سخنرانان

فراخوان مقاله

چهاردهمین کنگره علمی سالانه پروتز دندان جامعه دندانسازان ایران

تهران ۱۹ آذرماه ۱۳۸۴

در عصر رشد ارتباطات، سرعت پیشرفت دانش و تکنولوژی به بیشترین حد خود رسیده است. بطوریکه در هر لحظه چندین صفحه به حجم علوم بشری افزوده می‌شود.

جامع بشری نیز ناچار از همراهی و همکاری با این آهنگ سریع رشد علوم و فنون هستند. ما هم در روند پرشتاب توسعه، خود را بیش از پیش موظف و ناگزیر از برگزاری همایش‌های علمی- پژوهشی می‌دانیم.

جامعه دندانسازان ایران، بعنوان اولین برگزار کننده کنگره‌های علمی- تخصصی پروتزهای دندانی، به رسم مبارک دیرین، افتخار برگزاری چهاردهمین کنگره سالانه پروتز دندان ایران را دارد و این مهم بی‌همراهی و همفکری اساتید فرهیخته این رشته انجام پذیر نیست.

در تاریخ ۱۹ الی ۱۱ آذرماه در برگزار می‌گردد، تشریف فرما شوند.

دبیر چهاردهمین کنگره علمی سالانه پروتز دندان

جامعه دندانسازان ایران- فریبا خیاطی

آدرس: تهران، میدان انقلاب، ابتدای خیابان آزادی، نشانی جمالزاده شمالی، مجتمع آداری تجاری تفرشی، طبقه ۵، واحد ۴، کد پستی: ۱۴۱۸۹، تلفن و دورنگار: ۶۶۴۳۵۲۸

NO! ERGONOM X ECO30 SELF-DEVELOPING X-RAY DENTAL FILMS

1. ACTIVATE THE MONOBATH DEVICE

2. DEVELOPING AND FIXING (30 secs. total)

3. RINSE AND DRY THE READY X-RAY FILM

QUICK DEVELOPMENT HIGH DEFINITION

ظهور آسان فقط در 50 ثانیه (بدون نیاز به اتاق تاریک و دستگاه ظهور و...)

DIRA TAJHIZ CO. LTD.

Email: info@diartajhizco.com
P.O.Box: 14155-3376 Tehran
Tel: 66484770 Fax: 66406775
Mobile: 0932 904 8153

TANDEX

www.tandex.dk

شرکت دیارتجهیز
نمایندگی انحصاری محصولات
DENTALFILM FROİKA TANDEX

در هیچ کجای دنیا مردم مخارج درمان را از جیب خود نمی‌پردازند و این بیمه‌ها هستند که باید ۹۰ درصد هزینه درمان را بپردازند

طی نامه ای از سوی دکتر بهروز برومند در خصوص مشکلات بیمه مردم و تعرفه های درمانی رهنمودهایی مطرح گردید به جهت اهمیت موضوع به اطلاع کلیه همکاران رسیده می‌شود:

- شامل کارگران، کارمندان، کارمندان بخش خصوصی، بانکها و همه سازمانهای دولتی.
- حق سرانه درمان با رقم ۹٪ از حقوق و مزایای افراد نظیر تأمین اجتماعی که با ازدیاد حقوق و مزایای افراد همه ساله ترمیم خواهد شد.
- قطع کلیه بودجه‌هایی که جهت درمان به هر صورت خرج می‌شود حتی از بودجه‌های مجرمانه و اضافه کار ویژه کارمندان و سازمانهایی که بیش از ۲۰ درصد از درآمد خود را از دولت دریافت می‌نمایند و ریختن آنها به صندوق خدمات درمانی.
- تعطیلی کلیه واحدهای بیمه‌گری و رفاهی در کلیه سازمانهای دولتی و وابسته به دولت و آنهائی که بیش از ۲۰٪ از بودجه خود را از دولت می‌گیرند.
- محاسبه دقیق تخت روز بیمارستان خصوصی و برنامه‌ریزی صحیح بیمارستانهای دولتی که با این تخت روز کار نمایند و خودکفا شوند.
- تهیه تعرفه‌های واقعی که با مقایسه با کشورهای همجوار و مشابه درآمد ملی ما هستند و پرداخت آن توسط سازمان خدمات درمانی کشورهای مشابه ما که ویزیت متخصصین بین ۱۰۰۰/۰۰۰ ریالی الی ۳۰۰۰/۰۰۰ ریال می‌باشد.
- سازمان تأمین خدمات درمانی قادر خواهد بود تعرفه‌های واقعی را که تعیین می‌شود پرداخت نموده و احتیاج به بودجه اضافی نداشته باشد.
- پرداخت ۹۰٪ مخارج درمانی بیماران در بیمارستانهای خصوصی یا دولتی.
- گسترش بیمه‌ها به همه اقشار جمعیت شهری.
- درمان بیمه‌های روستائی از طریق شبکه‌های بهداشتی درمانی و ارجاع مستقیم انجام خواهد شد.
- در صورت عدم توانائی بیمه دولتی در اجرای این سیستم بیمه‌های خصوصی آمادگی دارند با تعهد کامل این امر را عهده دار شوند.
- با این ترتیب یکی از مشکلات حقوق‌بگیران که در حقیقت افشار آسیب‌پذیر جامعه است حل خواهد شد.

با آرزوی تندرستی برای همه مردم ایران زمین
دکتر بهروز برومند
نظام پزشکی ۱۳۹۳۱
۱۸ مرداد ماه سال ۱۳۸۴

به سرانه درمان تمام توجه‌ها متوجه تعرفه‌ها شد و با این ترتیب خواستند کم بودن بودجه را جبران نمایند از سوی دیگر به علت عدم رشد مزایای حقوق بگیران به میزان تورم کشوری این گروه به فشرهای آسیب‌پذیر تبدیل شدند، یکی از مشکلات این گروه عدم توانائی آنها در پرداخت مخارج درمان بود و به خاطر غیر منطقی بودن سرانه درمان بیمارستان‌های دولتی همه ورشکست و هر کدام چندین میلیارد تومان بدهی دارند بیمارستانهای خصوصی هم با دریافت ۳۰٪ از درآمد پزشکان می‌توانند خود را به خودکفائی برسانند ولی متأسفانه نمی‌توانند وسایل مدرن امروزه را که همه را باید با ارز آزاد خریداری تهیه نمایند.

در این میان تعرفه‌های پزشکی به ویژه دستمزد پزشکان به صورت مسئله روز درآمده است در حالیکه همه واحدهای غیر دولتی مانند مهندسیین و دیگر گروه‌های آزاد مانند تاکسی ران‌ها خود را با تورم هم‌آهنگ کردند و برای نمونه دستمزد ۳۰۰۰ ریال سال ۱۳۴۹ که در آن زمان تاکسی ۱۰ ریال و سکه طلا ۹۰۰ ریال بود امروز تاکسی هزار تومان سکه طلا ۹۰۰۰۰۰ ریال می‌باشد که می‌باید دستمزد پزشکان هم ۳۰۰۰۰۰ ریال می‌گردد. پزشک خانواده با دستمزد سوال شود احتمالاً اشتباه است، ریال حتی با پذیرش ۲۰ بیمار در روز که به علت زیادی شمار پزشکان تقریباً غیر ممکن است حتی اجاره مطب و دیگر هزینه‌های مطب را نمی‌تواند به دست آورد. با در نظر گرفتن این آمار دستمزدهائی که نظام پزشکی تعیین نموده با اینکه کاملاً غیر عادلانه می‌باشد باز مورد اعتراض گروهی از کار بدستان است؟

از سوی دیگر مردم هزینه گزاف درمان را نمی‌توانند پرداخت نمایند و بیمه‌های ما هم همگی ورشکسته و توان پرداخت کمترین‌ها را هم ندارند. چاره چیست؟

در هیچ کجای دنیا مردم مخارج درمان را از جیب خود نمی‌پردازند و این بیمه‌ها هستند که باید ۹۰ درصد هزینه درمان را بپردازند.

من با توجه به ۴۰ سال کار پزشکی و مدیریت، پیشنهادهای زیر را مطرح می‌نمایم.

- جدا نمودن آموزش پزشکی از وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی.
- پس از جدائی آموزش پزشکی ادغام وزارت رفاه تأمین اجتماعی و بهداری تحت نام وزارت بهداری و بهزیستی.
- عدم تمرکز وزارت بهداری و ایجاد سازمان‌های بهداری تحت نام بهداری و بهزیستی استانها.
- تشکیل سازمان واحد بیمه خدمات پزشکی

به نام خداوند جان و خرد
همکار گرامی جناب آقای دکتر شهاب‌الدین صدر ریاست محترم سازمان مرکزی نظام پزشکی جمهوری اسلامی ایران

با درود
روز دوشنبه ۱۷ مرداد ماه در روزنامه شرق بیان نمودید که تعیین تعرفه بخش خصوصی قانونی بوده است در هفته گذشته نیز در چند روزنامه دیگر سخنان داهیانه همکار گرامی آقای «دکتر علی نوبخت حقیقی» پیرامون تعرفه و کارشناسی‌هایی برای سامان یافتن میزان و روند پرداخت هزینه‌های کارهای پزشکی چاپ شده بود. من به عنوان پزشکی که به خاطر گذشت زمان در مورد راه‌هایی که باز یافت تندرستی هم میهنان دردمند را نابسامان نموده رهنمودهایی دارم بر آن شدم که با شما در این رهگذر سخن بگویم.

در آغاز سخن باید روشن بنمایم که مردم ایران هزینه سنگین درمان و دارو را نمی‌توانند پرداخت نمایند و بیمه‌های ما هم همگی ورشکسته و از عهده پرداخت حتی کمترین‌ها هم بر نمی‌آیند. باید چاره کار را بیابیم.

داستان تعرفه‌های پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی مشکلی است که همگان باید برای یافتن راه‌حل‌های درست علمی و عملی برای آن بر پایه پژوهشی درست رایزنی نمایند. در این رهگذر پوشش‌های رسانه‌ها و صدا و سیما از راه نظر خواهی از کار بدستان و کارشناسان و مردم عادی می‌تواند بسی کارساز باشد.

نخست از زبان شاعر گرانمایه با شما بر این اساس همراه شوم:

... طیبیان فصیحیم که شاگرد مسیحیم
بسی مرده گرفتیم درو روح دمیدیم
بپرسید از آنها که دیدند نشانها
که تا شکر بگویند که ما از چه رسیدیم
سر غصه بگویم غم از خانه بروییم
همه شاهد و خویشیم همه چون مه عیدیم
طیبیان الهیم ز کس مزد نخواهیم
که ما پاک روانیم نه طماع و پلیدیم

بر اساس این واقعیت من بر این باور هستم که درباره دستمزد پزشک نیازی به دستور ویژه از سوی هیچ سازمان دولتی یا دیگر سازمان‌ها نمی‌باشد و بیمار و پزشک بسته به مورد خود به بهترین راه کار خواهند رسید و نیازی به اراده و دستور شخص یا سازمان دیگری ندارند. باید بدانیم که در بسیاری از کشورها مانند هندوستان در اینمورد دستور خاصی در کار نمی‌باشد.

اگر دستمزد پزشکی خارج از حد باشد کسی که باید پرداخت نماید نزد او نخواهد رفت. راه حل این مهم داستان عرضه و تقاضا است و هیچ دخالتی سودمند نیست. با پذیرش آنچه گفته شد باید برای بیمارهای بیمه شده فکری بکنیم و راه درستی برای سازمان‌های پرداخت کننده پیدا کنیم.

نخست بایسته است تاریخچه تعرفه‌های پزشکی را بررسی کنیم، در سال ۱۳۴۹ برای نخستین بار بیمه کارمندان دولت تصویب و در سال ۱۳۵۳ با تشکیل وزارت رفاه اجتماعی از ادغام بیمه‌های اجتماعی و بیمه کارمندان دولت، سازمان بیمه خدمات درمانی واحد تشکیل شد که مسئول درمان کارگران و کارمندان بخش خصوصی شد. در آن زمان ویزیت پزشک متخصص برای بیمار بیمه شده ۳۰۰ ریال و پزشک خانواده ۱۵۰ ریال تعیین شد و این در حالی بود که ارزش سکه طلا ۹۰۰ ریال و پول تاکسی ۱۰ ریال بود. در سال ۱۳۸۴ بهای اتومبیل پیکان ۱۵۰ برابر و بهای برنج ۱۸۵ برابر و گوشت ۳۶۹ برابر بیش از سال ۱۳۵۶ می‌باشد.

پس از بررسی قیمت‌های تمام شده تخت روز بیمارستانهای بخش دولتی و بخش خصوصی روشن شد که بخش دولتی بین ۵ تا ۴۰ برابر بخش خصوصی برای بیمار هزینه می‌کند دستور داده شد که بخش خصوصی را حسابرسی و قیمت تخت روز بیمارستان خصوصی تعیین و بخش دولتی مجبور شود که با نرخ تخت روز بخش خصوصی خود را خودکفا نماید.

تمام بیمارهای بیمه شده از جمله کارگران آزاد بودند که پزشک و بیمارستان خود را انتخاب نمایند و بیمه کارمندان دولت تا ۹۰ درصد مخارج بیمارستان خصوصی و دولتی را که یکسان بودند پرداخت می‌نمود و پزشکان نیز در حدود ۹۵ درصد از مخارج تعیین شده را پذیرا بودند و سازمان خدمات درمانی نیز با آن حق سرانه که تعیین شده بود خود کفا بودند و حتی پول اضافی داشتند که خرج نماید. از سال ۱۳۷۵ به علت تغییرات در وزارت بهداری و بعد از جنگ تحمیلی و عدم توجه

اطلاعیه

انجمن دندانپزشکان عمومی ایران جهت اعضاء انجمن

بدینوسیله به اطلاع می‌رساند بر اساس اعلام رسمی دبیرخانه کمیسیون انجمن‌های علمی گروه پزشکی، اساسنامه انجمن علمی با تغییرات جدید، جهت کلیه انجمن‌های علمی ابلاغ گردیده است. در ماده ۹ تبصره ۲ این اساسنامه آمده است:

ملک تعداد اعضای پیوسته هر انجمن تعداد ثبت نام شدگان همان سال خواهد بود و لذا افرادی مجاز به شرکت در انتخابات هیأت مدیره هستند که حق عضویت مصوب همان سال را پرداخت نموده و برگ شرکت در جلسه مجمع عمومی و انتخابات را دریافت کرده باشند.

لذا به کلیه اعضاء انجمن دندانپزشکان عمومی ایران و کسانیکه مایل به شرکت در مجمع عمومی انجمن هستند، می‌رساند بر اساس مفاد مذکور در اساسنامه علمی قبل از مجمع عمومی اعضاء یا داوطلبین عضویت ملزم به پرداخت حق عضویت بوده و انجمن برگ شرکت در مجمع را به اعضای خواهد داد که شرایط مذکور را دارا باشند.

جمعیت توسعه علمی ایران تشکیل شد

جمعیت توسعه علمی ایران به همت تنی چند از استادان و پژوهشگران به ثبت رسیده و فعالیت خود را آغاز نموده است.

هدف این جمعیت توسعه و ارتقای علمی کشور و توسعه کیفی نیروهای تخصصی و بهبود کشیدن به امور آموزشی و پژوهشی در زمینه‌های مربوط است.

در این جهت مطالعه و نقد شاخص‌های آموزشی، پژوهشی و فناوری کشور، همکاری در سیاستگذاری‌ها و برنامه‌ریزی‌های کلان توسعه کمی و کیفی علوم و فناوری، بررسی و کمک به اصلاح ساختار علوم و فناوری ایران از جمله وظایف جمعیت است.

این جمعیت آمادگی خود را برای همکاری و انجام کارهای مشترک در زمینه‌های مرتبط با موضوع فعالیت جمعیت اعلام می‌دارد.

جهت اطلاع از اساسنامه، خبرنامه جمعیت و فرم عضویت به سایت جمعیت به نشانی <http://asdi.iroost.org> مراجعه کنید که آماده خدمت رسانی است.

مجلسنامه انجمن دندانپزشکان عمومی ایران

پيام انجمن

I.G.D.A

انجمن دندانپزشکان عمومی ایران

IRANIAN GENERAL DENTISTS ASSOCIATION

صاحب‌الرأی: انجمن دندانپزشکان عمومی ایران
دبیر مسیول و سرپرست: دکتر باقر شهینی زاده
مسئول اجرایی: دکتر ندا علم‌محمدی
دکتر بیتا کریمی، دکتر افشین قناد
(رئیس هیئت مدیره)

دکتر ناصر آخوندان، دکتر محمد حسین ارگانی
دکتر فریا احمدیه، دکتر لیلا اسماعیلی
دکتر فاطمه دفتران، دکتر مجید رستگار
دکتر محمد رشاد، دکتر آرش زاهدی
دکتر شکوفه شیراندشت، دکتر شروین صلاصالی
دکتر اسماعیل ضابطی، دکتر حسین طاهری‌زاده
دکتر آرزو عالی، دکتر ندا علی‌محمدی
دکتر همایون فراس، دکتر بهزاد فرخ‌زاد
دکتر فرشاد فریدونی، دکتر افشین قناد
دکتر اعظم قاسمی، دکتر بیتا کریمی
دکتر پیمان کشاورز، دکتر فریا موسایی، دکتر منصور میر پنج
دکتر ناز یلانجاری، دکتر مولود نیکومش، دکتر مهناز همتی
مشاوران تخصصی:

دکتر سیده بانوا، دکتر عباس دلورانی
دکتر غلامحسین رضائی، دکتر مه‌تاز شیرخوانی
دکتر ناهید عسگری زاده، دکتر محمدرضا کریمی
دکتر محمودرضا مدرس زاده

امروزه هیئت‌رأی: آزاده بی‌پروا، سحر صحت
امروزه هیئت‌رأی: دبیرخانه انجمن
طرح، چاپ و انتشار: صفر پور ۰۹۱۳۵۸۱۳۴
همکاران: ۱۰۰۰ نسخه

نشانی: کوی نصر، خیابان نوزدهم، پلاک ۳۰
تلفن: ۰۲۶۴۲۹۷۷ - ۰۲۶۴۲۹۷۷
صفحه وب: تهران ۱۳۴ / ۱۳۴۹۵
www.IRANGDA.org
پست الکترونیک: info@IRANGDA.org

فیروزان

کلینی پور
ما ادعا می‌کنیم دومین هستیم
اولین را شما بد ما معرفی کنید

مرکز خدمات و بورس انگل
توربین و ایرموتور

Firoozan

۶ الی ۱۲
ماه
گارانتی واقعی

کادر متخصص و قطعات اصلی
تعمیر در حضور شما با نرخ تعاونی
عرضه انواع انگل، توربین و ایرموتور
با هر نوع بودجه همراه با گارانتی
گارانتی ۳ ساله ویژه دانشجویان
تشخیص رایگان
بلبرینگهای آمریکایی، آلمانی و سرامیکی
بهینه سازی و قابل اتوکلاو نمودن توربین های معمولی
اعزام تکنسین جهت تعمیر و تنظیم یونیت، رادیوگرافی
، کمپرسور و غیره
مشاوره رایگان جهت انتخاب و نگهداری توربین ها
سرویس به شهرستانها با صیت بیمه شده و
در تهران توسط پیک موتور سوار

تهران - خ آزادی - روبروی دانشکده دامپزشکی - خ زارع
پلاک ۶۸ - طبقه سوم - واحد ۱۱
تلفن: ۰۶۶۴۳۲۵۵۴ - ۰۶۶۴۳۲۶۰۱ - فاکس: ۰۶۶۴۳۲۶۰۱

فروش فروسشی

با سابقه ده ساله

بر خیابان دماوند

عصرها ۷۷۴۲۵۱۴۳

۰۹۱۳۱۰۲۶۴۷۹



تابلوهای پزشکی در ایران

دکتر امیرفرشید علانی

زیر نام پزشک در تابلو نوشته می‌شود، به منزله تخصص آن دکتر به حساب می‌آید، چه آن پزشک متخصص باشد یا عمومی! چه اشکالی دارد که تابلوی پزشکان خارج را لگو قرار دهیم؟! البته مردم دنیا می‌دانند که ما از نظر پزشکی مشهور بوده و هستیم؛ پزشکانی بزرگ و دانشمند داشتیم که کشفیات مهمی در علوم پزشکی به جهانیان ارائه داده‌اند. در این جا به چند نمونه از تابلوهای پزشکی کشورمان اشاره می‌کنم:

بعضی از بیمارستانها این طوری تابلو می‌زنند: بیمارستان و زایشگاه و اورژانس و ...! که فقط باید بنویسید «بیمارستان...» که این خود شامل همه چیز می‌شود. متخصصین کودکان چرا در تابلوهای خود اضافه می‌کنند: نوزادان!

متخصصین پوست چرا اضافه می‌کنند: مو، زیبایی، آمیزش! متخصصین جراحی عمومی چرا اضافه می‌کنند: قلب و عروق! متخصصین مغز و اعصاب چرا اضافه می‌کنند: روانپزشکی! پزشکان عمومی بهتر نیست که در تابلو فقط بنویسند «پزشک عمومی»؟ دیگر عناوین مانند داخلی، کودکان، زنان، پوست، مسو، زیبایی، اعصاب، ارتودنسی، لثه و ... زایدند. باز یادآور می‌شوم که هر آنچه یک پزشک زیر نامش در تابلو بنویسد، در دید مردم به منزله تخصص و ویژگی او به حساب می‌آید. شاید پزشکان محترم بگویند که چون مردم در رشته‌های پزشکی آگاهی زیادی ندارند، تابلوها را این طور می‌نویسیم تا مردم را راهنمایی کنیم که برای مداوا به کی و کجا مراجعه کنند! یاد مثال معروف ماهی و ماهی گیر می‌افتم. بهتر نیست به جای این که به مردم روزی یک ماهی بدهید، ماهی گیری را یادشان بدهید تا خودشان ماهی بگیرند و سیر شوند؟ چرا باید به جای آگاهی دادن به مردم، آنان را به بیراهه بکشانیم؟! آیا این مغایر سوگند نامه پزشکی و آن لباس سپیدی که به تن می‌کنیم، نیست؟! چه خوست اگر بیماری ناشیانه به مطب ما آمد و دیدیم که راه را عوضی آمده، او را به سر منزل اصلی هدایت کنیم و از مقداری مال دنیا گذشت نماییم ...

هر وقت سخن از تابلوی پزشکان به میان می‌آید، پزشکان محترم را به فکر تعداد و اندازه تابلوی مطبشان می‌اندازد! ظاهراً وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی هم آنچه در حال حاضر مدنظر دارد، اندازه تابلوی پزشکان می‌باشد و شهرداری محلها هم مواظب هستند که تابلوها در جای مناسبی نصب شوند. اما آنچه که مهم‌تر از این هاست، متن و نوشته روی تابلوها است. البته زمانی وزارتخانه مذکور تأکید کرده بود که تنها دو عنوان روی تابلو نوشته شود که به مرور زمان این دستور فراموش شد و حالا پزشکان هر چه بخواهند روی تابلوی مطبشان می‌نویسند که البته این وضعیت هماهنگی و همخوانی با هیچ کشوری ندارد! در این جا بهتر است ابتدا به نام «وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی» بپردازیم. بهتر نیست که نام این وزارتخانه محترم به «وزارت بهداشت» یا «وزارت بهداری» تغییر یابد؟

این نام‌ها هم بهداشت و هم درمان و هم آموزش پزشکی و خلاصه همه چیز را در بردارند. نام‌های زیبایی هم هستند. خلاصه بودن و زیبا بودن متن یک تابلو خیلی مهم است. در جایی دیگر نگاه کنید که آیای «مجمع قضایی» زیباتر است یا «دادسرا» یا «دادگستری»؟

زمانی که وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی اعلام کرده بود که پزشکان عمومی می‌توانند فقط دو عنوان در تابلوی مطبشان بنویسند، پزشک متخصص در کشور کم داشتیم و پزشکان عمومی می‌توانستند در دو رشته که تبحر داشتند و زیاد کار کرده بودند، بیمار قبول کنند. اما حالا که در رشته‌های مختلف پزشکی متخصصین زیادی تربیت شده‌اند، آیا باز متن تابلوها باید مانند گذشته باشد؟! با تحقیقی که انجام داده‌ام، پی برده‌ام که بسیاری از هموطنان، هنوز رشته‌های پزشکی را خوب نمی‌شناسند. نمی‌دانند که تخصص چیست و متخصص کیست! فرق میان پزشک عمومی و متخصص را نمی‌دانند! نمی‌دانند که کارشناس مامائی لیسانسه است و دکتر نیست! البته عده‌ای این تفاوت‌ها را می‌دانند و می‌پندارند که مهم نیست! اما این وظیفه کی و کدام سازمان است که به مردم در امور پزشکی آگاهی بدهد؟ اگر می‌توانستم وارد مجلس دوره هفتم بشوم شاید توان آنرا می‌داشتم که کارهای زیادی برای بالا بردن سطح آگاهی و فرهنگ مردم انجام دهم. امیدوارم همکاری که به مجلس راه یافتند، این کار را بکنند. به نظر من سازمان نظام پزشکی ایران و وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی می‌توانند در روزنامه‌ها و مجله‌های کشور مطالبی بنویسند و رادیو و تلویزیون نیز برنامه‌هایی تهیه کنند و مسایل پزشکی را با مردم به طور شفاف و صادقانه در میان بگذارند. من به کشورهای جهان سوم زیادی سفر کرده‌ام. متأسفانه باید بگویم تنها ایرانی‌ها هستند که کمترین ارزش را برای جان و سلامتی خودشان قائلند، به استراحت و تفریح و شادمانی فکر نمی‌کنند و به وقت بیماری نمی‌دانند که درمان دردشان را از کی بگیرند! من فکر می‌کنم که این وظیفه وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی است که به مردم راه و چاه را نشان دهد. کمک کند تا آنان هر چه بیشتر به ارزش جان و سلامتی‌شان پی ببرند و هم اینکه یاد بدهد که وقتی بیمار شدند نزد که بروند. حالا که این کارها را نمی‌کنند، دستکم با اصلاح متن تابلوهای پزشکی نگذارند که مردم به بیراهه کشیده شوند، که مجبور شوند از این دکتر به آن دکتر مراجعه کنند و هزینه اضافه متحمل شوند، بیمارشان هم مرم و طولانی شود! باید در نظر داشته باشیم که در نگاه مردم هر نوشته‌ای که

وبا

می‌شود. در موارد شدید درمان نشده (Cholera gravis) مرگ معمولی در عرض چند ساعت دیده می‌شود و میزان مرگ و میر آن (Case fatality rate) به بیش از ۵۰٪ موارد می‌رسد در حالی که با درمان به موقع و مناسب این میزان به کمتر از ۱٪ خواهد رسید. در افراد مسن ممکن است قطع ناگهانی اسهال به دلیل انسداد روده دیده شود. Cholera (sicca).

تشخیص: بر اساس جدا کردن سرو گروپ O1 یا O1۳۹ از Vibrio Caolera در مدفوع است. اگر امکانات سریع در دسترس نباشد از محیط انتقال Cary Blair برای انتقال یا نگهداری نمونه مدفوع یا نمونه سوآب استفاده می‌شود. برای مقاصد بالینی و تشخیص سریع می‌توان از مشاهده میکروسکوپ dark field استفاده کرد و برای مقاصد اپیدمیولوژی، تشخیص قطعی بر اساس افزایش تیتراژ آنتی‌بادی صورت می‌گیرد.

تعریف اپیدمیولوژیکی
وبای مظنون: در منطقه‌ای که وبا بومی نیست، بیمار ۵ ساله یا بالای ۵ سال سن که دچار کم‌آبی شدید شده و یا به علت اسهال آبکی می‌میرد و یا در منطقه‌ای که وبا به صورت همه‌گیری است یا در جایی که وبا آندمیک است یک بیمار بالای ۲ سال دچار اسهال حاد آبکی شود.
وبای قطعی: مورد وبا وقتی قطعی است که Vibrio O1 یا Cholera یا O1۳۹ از نمونه مدفوع بیمار مبتلا به اسهال جدا شود.
پروتکل کشوری برخورد با بیماری:

۱. اقدامات توصیه شده در اولین برخورد با بیمار:
 - ۱-۱ درمان ویژه:
 - ارزیابی بیمار از نظر تعیین درجه کم‌آبی
 - هیدراتاسیون و جبران کم‌آبی بیمار
 - تجویز آنتی بیوتیک خوراکی
 - داکسی سایکلین (۳۰۰ میلی گرم به صورت دز منفرد)
 - تتراسایکلین (۵۰۰ میلی گرم، ۴ بار در روز، به مدت ۳ روز متوالی)
 - کوتریموکسازول (در بالغین ۲ قرص، ۲ بار در روز، برای ۳ روز)
 - فوزازولیدون (۱۰۰۰ میلی گرم، ۴ بار در روز، برای ۳ روز)

در سال ۱۳۷۶ تعداد موارد وبای گزارش شده در کشور، ۱۳۴۳ مورد از ۱۱ استان با ۱۷ مورد مرگ، در سال ۱۳۷۹، ۳۴۵ مورد با ۳ مورد مرگ از ۱۵ استان، سال ۸۰، ۱۰۵ مورد از ۱۲ استان و سال ۸۱ بالغ بر ۱۱۸ مورد بوده است که بیشترین موارد اکثرآ از سیستان و بلوچستان و خوزستان بوده و در سایر استان‌ها و بر حسب دانشگاه، تعداد موارد متفاوت است.

در سال ۸۲، از مجموع موارد ناگ و التور ۴۶۶ مورد بیمار از ۱۱ استان با اولویت‌های خوزستان، سیستان و بلوچستان، قم و کاشان گزارش شده است. از ابتدای سال ۸۴ تا پایان اردیبهشت‌ماه موارد قطعی از استانهای خوزستان، سیستان و بلوچستان و قم و در ماه‌های اخیر مواردی از استانهای قم، گلستان، همدان و تهران گزارش شده است و پیش‌بینی می‌شود موارد بروز در این استان‌ها افزایش یابد و گسترش موارد بیماری در سایر استان‌ها نیز ادامه پیدا کند.

علائم و تشخیص:
علائم: از ویژگی‌های این بیماری شروع ناگهانی اسهال آبکی شدید بدون درد همراه با تهوع و استفراغ در مراحل اولیه بیماری است. در بیماران درمان نشده، دهیدراتاسیون سریع، اسیدوز، کولایس عروقی، هیپوکلسمی در بچه‌ها و نارسای کلیه شایع است. در سوبه‌های بیوتایپ التور به خصوص موارد اینبا (موارد گزارش شده سال ۸۴) موارد بدون علامت بیماری از اشکال بالینی آن شایع‌تر هستند و موارد خفیف با اسهال معمولی به ویژه در بچه‌ها دیده

اگر شما در بخش خصوصی فعالیت می‌کنید:
۱. با معرفی بیماران مبتلا به بیماری اسهالی شدید به مراکز بهداشت، می‌توانید از امکانات انجام آزمایش رایگان برای آن‌ها استفاده کنید.
۲. اگر بیمار شما تمایلی برای مراجعه به مرکز بهداشت نداشته باشد، می‌توانید محیط نمونه آزمایش را از مرکز بهداشت دریافت کنید و پس از نمونه‌گیری برای انجام آزمایش با مرکز بهداشت تماس بگیرید. کارشناسان بهداشتی با مراجعه به مطب شما نمونه‌ها را جمع‌آوری خواهند کرد و در صورت مثبت بودن پاسخ آزمایش در اولین فرصت به شما اطلاع خواهند داد.
۳. با گزارش موارد مظنون بیماری، می‌توانید داروی مورد نیاز برای درمان بیمار یا پروفیلاکسی اطرافیان را از مرکز بهداشت شهرستان به طور رایگان دریافت کنید.
۴. با معرفی موارد مظنون بیماری به مرکز بهداشت، می‌توانید از بررسی اطرافیان و موارد ثانویه بیماری اطمینان حاصل کنید. شما با تماس مجدد می‌توانید اطلاعات مربوط به پیگیری بیمار خود را در فرصت کوتاهی دریافت کنید.
۵. در صورت تمایل می‌توانید آخرین اطلاعات مربوط به بیماری در منطقه محل سکونت یا طبابت خود را از طریق تماس با مرکز بهداشت شهرستان دریافت کنید.

پنجمین کنگره علمی انجمن

دندانپزشکی ترمیمی ایران

۱۸-۲۱ آبان ماه ۸۴

تهران - دانشگاه شهید بهشتی

پنجمین کنگره علمی دندانپزشکی ترمیمی ایران با زمینه برنامه شالوده‌های بایولوژیک و نگرش‌های اندودنتیکس و پرپودنتیکس به رستوریتی و همراه با سخنرانیها، پرسش و پاسخ، کارگاههای آموزشی، آموزش دور میز Hand's on course، نمایش، پوسنتر، فیلم، میزگرد آموزشی، ویدئو و کنفرانس برگزار می‌گردد.

نشانی پستی: دفتر انجمن دندانپزشکی ترمیمی ایران، ساختمان شماره دو سازمان نظام پزشکی: خ طالقانی، خ سرپرست شمالی، خ تریز، تهران ۰۱۳-۸۸۷۲۰۱۳-۸۸۹۱۵۳۴۴
فکس: ۸۸۷۲۱۶۰۹

Website: www.irancrd.com

Email: thcongress@irancrd.com

Electrosurgery Unit



CE 0044

FDA

- Working Frequency: 1.5-1.7Mhz±5%
- Output Power: 38Watts±5%

شرکت گسترده فردا طب

نماینده انحصاری کمپانی Bonart در ایران

دفتر مرکزی: تهران، خیابان وصال شیرازی، ساختمان ۵۴

طبقه سوم، واحد ۷ تلفن: ۶۶۶۶۰۸۸۸ فکس: ۶۶۶۹۵۴۰۸



نمایندگی انحصاری کمپانی‌های:

- LIARRE (ایتالیا)
- owandy (فرانسه)
- LACTONA (هلند)
- AMERICAN DENTAL TECHNOLOGIES (آمریکا)

انواع دستگاه‌های الکتروانداز پزشکی، لوزر امونیک لیزرهای تخصصی CDR، جرم‌گیری دندان و سایر قلمه‌های آن، الکترو سرجری، White Flow، ویکر مومرهای اس و کور اتور و ...
انواع دستگاه‌های رادیوگرافی دندان، OPG، پنواریت، سلفونر و رادیوگرافی دیجیتال اندازه RVG و دیویدرنگر، انواع دستگاه‌های رستور دینتال دندان (انواع سوراخ و محصولات بهداشتی دندان و دندان)

ارزتان شرکت ایران سپتا به جامع‌ترین دندانپزشکی مرکزی جنوب تهران با شرایط فروش استثنایی

تهران، خیابان جمهوری، این چهارراه اهورگان و قسطنطنیه، ساختمان ۱۰۷ طبقه چهارم غربی، شماره ۴۶، کمپانی، ۱۳۵۹، صندوق پستی، ۱۳۶۵ - ۱۳۶۵
تلفن: ۶۶۲۹۹۲۲۲ - ۶۶۲۸۲۷۲۶ فکس: ۶۶۲۰۶۷۷۵
Email: info@iranseptaco.com Web site: http://www.iranseptaco.com

کمیته علمی انجمن دندانپزشکان عمومی ایران برگزار می‌کند:

برنامه های علمی آموزش مدون در سال ۱۳۸۴

مدون پروتزیهای دندان (۱) و (۲) تاریخ: ۸۴/۷/۱۴ مکان: انجمن دندانپزشکان عمومی ایران		
ساعت	موضوع سخنرانی	سخنران
۸/۳۰-۹	طرح درمان و آماده‌سازی دهان، قالب‌گیری اولیه و اصلی	دکتر مجید ناصر خاکی
۹-۱۰	ثبت روابط فکین و انتخاب چیدن دندانها	دکتر مسعود اجلائی
۱۰-۱۰/۴۵	اکلوژن در پروتز کامل	دکتر پارسا آتش رزم
۱۰/۴۵-۱۱/۱۵	استراحت - پذیرایی	
۱۱/۱۵-۱۱/۴۵	تحویل پروتز به بیمار و بازخوانی بیمار	دکتر پارسا آتش رزم
۱۱/۴۵-۱۲/۱۵	کنترل عفونت در پروتز کامل	دکتر مریم بیدگلی
۱۲/۱۵-۱۳	Casepresentation	دکتر مسعود اجلائی
۱۳/۱۵-۱۳/۳۰	پرسش و پاسخ	

دبیر برنامه: دکتر پارسا آتش رزم

مدون پروتز (۳) تاریخ: ۸۴/۷/۱۵ مکان: انجمن دندانپزشکان عمومی ایران		
ساعت	موضوع سخنرانی	سخنران
۸/۳۰-۱۰	اکلوژن و مشکلات مفصل گیجگاهی فکی	دکتر مجید نوحی
۱۰-۱۰/۳۰	پذیرایی - استراحت	
۱۰/۳۰-۱۲	عدم موفقیت در پروتزیهای دندان	دکتر محمدحسن دشتی
۱۲-۱۳/۳۰	پروتزیهای ایمپلنت	دکتر شهباز ناصر مستوفی
	پرسش و پاسخ	

دبیر برنامه: مجید نوحی

مدون پروتز (۴) تاریخ: ۸۴/۷/۲۱ مکان: انجمن دندانپزشکان عمومی ایران		
ساعت	موضوع سخنرانی	سخنران
۸/۳۰-۹/۱۵	تشخیص و طرح درمان دندانهای با پوسیدگی وسیع و روت کانال شده	دکتر سعید نوکار
۹/۱۵-۱۰	اصول و قوانین تراش	دکتر رامین آغنده
۱۰-۱۰/۳۰	پذیرایی - استراحت	
۱۰/۳۰-۱۱/۳۰	مراحل آماده سازی یک بریج در پروتز ثابت	دکتر حمید جلالی
۱۱/۳۰-۱۲/۳۰	پروتز استتیک	دکتر نیره رشیدان
۱۲/۳۰-۱۳/۳۰	اصول و مبانی زیبایی در پروتز ثابت	دکتر عزت‌الله جلالیان

دبیر برنامه: دکتر رامین آغنده

مدون پروتز (۵) تاریخ: ۸۴/۷/۲۲ مکان: انجمن دندانپزشکان عمومی ایران		
ساعت	موضوع سخنرانی	سخنران
۸/۳۰-۹/۱۵	کاربرد مواد مستعد کننده و لایه‌های نرم در پروتز کامل	دکتر قهرمانی
۹/۱۵-۱۰	انواع Singledenture	دکتر یگانه معماری
۱۰-۱۰/۳۰	Rebase, Repiar, Reline	دکتر غلامرضا غزنوی
۱۰/۳۰-۱۱	پذیرایی - استراحت	
۱۱-۱۱/۳۰	Over denture	دکتر پاتنه آ زادپرور
۱۱/۳۰-۱۲	پروتز فوری Immediate denture	
۱۲-۱۲/۳۰	کنترل عفونت در پروتزیهای متحرک	دکتر مریم بیدگلی
۱۲-۱۳	پروتزیهای فک و صورت	دکتر سوسن میرمحمدرضایی
	پرسش و پاسخ	

دبیر برنامه: دکتر شهباز ناصر مستوفی

مدون پروتز (۶) تاریخ: ۸۴/۷/۲۸ مکان: انجمن دندانپزشکان عمومی ایران		
ساعت	موضوع سخنرانی	سخنران
۸/۳۰-۹/۱۵	تشخیص و طرح درمان و آماده سازی دهان در پروتز پارسیل	دکتر ابوالحسن ابوالحسنی
۹/۱۵-۹/۴۵	نقش سرویور در پروتز پارسیل	دکتر قاسم امتی شیبستری
۹/۴۵-۱۰/۴۵	طراحی در پروتز پارسیل	دکتر قاسم امتی شیبستری
۱۰/۴۵-۱۱/۱۵	پذیرایی - استراحت	
۱۱/۱۵-۱۲	قالب گیری و مراحل کلینیکی پروتز پارسیل	دکتر لیلا صدیق پور
۱۲-۱۲/۳۰	تحویل پروتز پارسیل به بیمار و بازخوانی بیمار	دکتر علی میرفضائیان
۱۲/۳۰-۱۳	پروتزیهای پارسیل موقت و ترانزیشنال	دکتر ابوالحسن ابوالحسنی
۱۳-۱۳/۳۰	کنترل عفونت در پروتز پارسیل	دکتر مریم بیدگلی
	پرسش و پاسخ	

دبیر برنامه: دکتر غلامرضا غزنوی

کمیته علمی انجمن دندانپزشکان عمومی ایران در سال ۸۴ برنامه های مدون ترمیمی، جراحی و پاتولوژی را در اردیبهشت و خرداد برگزار نموده است. در این راستا و در ادامه برنامه های مدون کودکان و پروتز را برنامه ریزی و به شرح ذیل اجرا خواهد کرد. لازم به ذکر است به دلیل تکمیل ظرفیت این برنامه ها، درج جداول مذکور فقط به منظور اطلاع رسانی ثبت نام کنندگان در این برنامه ها می باشد.

برنامه های ارتودنسی (۱) و (۲) نیز متعاقبا اعلام خواهد شد.

مدون دندانپزشکی کودکان (۱) تاریخ: ۸۴/۷/۷ مکان: انجمن دندانپزشکان عمومی ایران		
ساعت	موضوع سخنرانی	سخنران
۸/۳۰-۹	کنترل رفتاری در کودکان در کلینیک دندانپزشکی	دکتر کنایون اصفهانی زاده
۹-۹/۴۵	ترمیم تاج دندانهای شیری	دکتر عاطفه پاکدل
۹/۴۵-۱۰/۳۰	درمان پالپ دندانهای شیری	دکتر بهشته ملک افضلی
۱۰/۳۰-۱۱	پذیرایی - استراحت	
۱۱-۱۱/۴۵	درمان پالپ دندانهای دائمی جوان	دکتر رویا خوش‌سر
۱۱/۴۵-۱۲/۳۰	کنترل فضا و اکلوژن در کودکان و نوجوانان	دکتر پیوند معینی
۱۲/۳۰-۱۳	مشکلات مولر اول دائمی، با پیش‌آگهی ضعیف	دکتر ژینوس حیدری
	پرسش و پاسخ	

دبیر برنامه: دکتر عاطفه پاکدل

مدون دندانپزشکی کودکان (۲) تاریخ: ۸۴/۷/۸ مکان: انجمن دندانپزشکان عمومی ایران		
ساعت	موضوع سخنرانی	سخنران
۸/۳۰-۱۰	درمان صدمات ناشی از ضربه به دندانهای شیری و دائمی کودکان	دکتر نیره امینی
۱۰-۱۰/۳۰	نقش تغذیه و رژیم غذایی در حفظ سلامت دندانهای کودک	دکتر آریتا زره‌گر
۱۰/۳۰-۱۱	پذیرایی - استراحت	
۱۱-۱۱/۳۰	ملاحظات دندانپزشکی کودکان کم‌توان و ناتوان	دکتر لادن منصوری
۱۱/۳۰-۱۲	روشهای آموزش بهداشت دهان و دندان	خانم شبیریان
۱۲-۱۲/۳۰	فلوراید و فلورایدتراپی جهت پیشگیری از پوسیدگی دندان	دکتر علی رشیدیان
۱۲/۳۰-۱۳/۱۵	فیشرسیلانت و درمان (PRR)	دکتر نیره امینی
۱۳/۱۵-۱۴	پرسش و پاسخ	

دبیر برنامه: دکتر نیره امینی

همایش پنجم دندانپزشکی ترمیمی همایشی دگرگون

« کار استاد نمایش حقیقت نیست، کار او یاری برای واکاوی و دست یابی به حقیقت است »

■ در همایش ها، نبود هم کنش میانی سخنران و مدیر پانل دشواری هایی را پدید می آورد. در این زمینه چه می کنید؟

□ در همایش ها مدیران پانل در هنگام گشایش پانل با سخنران و سخنرانی آشنا می شوند و پیش آگهی در این زمینه ندارند. در این برنامه از زمان گزینش سخنرانی، میان سخنران، گروه گزینش و مدیران پانل هم کنشی هست.

■ گفتگو در "گروه های کوچک" چگونه است؟

□ برای افزایش هم کنشی میان سخنران و شنوندگان یک برنامه در گروه های کوچک، با بهره مندی بیشتر از برخورد ایده ها، شنوندگان را در دریافت بهتر یاری کرده و در این میان پدیداری بارش اندیشه این برنامه را از سخنرانی کارتر می سازد و دید شنوندگان را گسترش می دهد. ذهن برای پذیرش یا رد هر دیدگاه آماده تر می گردد و از سویی دیگر سبب افزایش علاقه و جرات شنوندگان برای پرسش بیشتر می شود.

■ زمان نام نویسی همایش رو به پایان است در این زمینه چه می کنید؟

□ زمان نام نویسی تا تاریخ بیستم مهر ماه تمدید می شود گفتگو در زمینه همایش ادامه خواهد داشت.

پرسشگر: سید علی رجایی
(دانشجوی دندانپزشکی دانشگاه آزاد)

پنجمین همایش دندان پزشکی ترمیمی ایران از هجده تا بیست و یکم آبان ماه هشتاد و چهار در تهران، دانشگاه شهید بهشتی برگزار می شود. برای آگاهی بیشتر همکاران باریخی از برگزار کنندگان همایش (دکتر خسرو گلشن و دکتر سپیده بانوا) گفتگویی داشتیم که در زیر می آید:

■ در بیشتر همایش ها، سخنرانی یک سو به است. پرسش و پاسخ کمتر انجام می شود، یا نارسا است. چه دیدگاهی در این زمینه دارید؟

□ کمبود زمان برای سخنران و نبود فراغ نقد و بررسی برای شنونده این برنامه ها را نارسا می سازد و بدین گونه سخنرانی تنها یک اطلاع رسانی است.

■ برای آنکه شنوندگان دریافت بیشتری از سخنرانی داشته باشند چه برنامه ای دارید؟

□ افزایش هم کنشی و فراق پرسش و پاسخ میان گروه پانل، سخنران و شنوندگان.
○ دقت در گزینش سخنرانی.
○ گفتگو و مشاوره با سخنران برای بهبود برنامه.

○ گزینش سوژه های کاربردی و پرنیاز.

■ گزینش سخنرانان، چه ویژگی دارد؟

□ تلاش می کنیم که در همایش ما، سخنرانان، آ مادگی بیشتری برای هم کنشی با شنونده داشته باشند، به خواسته شنوندگان اهمیت دهند و در زمان مناسب و کافی به پرسش و پاسخ بپردازند. سخنرانان یک سو به برای برنامه ما مناسب نیستند.

سندرم سوزش دهان

راهنمایی جهت دندانپزشکان عمومی

ترجمه : دکتر آرتیمیس آریا – ویرایش: دکتر نازیلا نجاری

دهانی مرتبط دانسته شده است و ۱۰ تا ۲۰ درصد از بیمارانی که در مراکز درمانی بدنبال درمان منوپوز هستند از سوزش دهانی شکایت دارند. گفته شده است که علت هورمونی سندرم سوزش دهان نازک شدن مخاط در شروع منوپوز (قطع قاعدگی) می‌باشد. این نازک شدگی مخاط می‌تواند منجر به بروز علائم خشکی ناحیه زینتال، اغلب در دوره قبل از منوپوز شود.

خشکی مخاط دهانی می‌تواند باعث احساس سوزش دهان شود. تغییرات مخاطی در دوره منوپوز با افزایش تعداد گیرنده‌های استروژنی در این دوره مرتبط دانسته شده است که همین امر منجر به ایجاد عوارضی در این دوره می‌گردد.

البته شواهدی که نقش تغییرات هورمونی در ایجاد سندرم سوزش دهان را حمایت می‌کنند گاهی دارای ابهاماتی نیز هستند چرا که در مواردی هم که جانشینی هورمون انجام شده است باز هم یا افزایش یا کاهش علائم دیده شده است. این نتیجه مشخص نمود که دندانپزشک باید تاریخچه کاملی از بیمار بگیرد و امکان عدم تعادل هورمونی را برای بیمار زمانی که از سوزش دهان شکایت دارد، در نظر گیرد. زمانی که دندانپزشک بدنبال علت درد بزایی (glossodynia) می‌گردد، باید احتمال عدم تعادل هورمونی را مخصوصاً زمانی که سندرم سوزش دهان همراه با علائم سیستمیک باشد و ممکن است به بررسی بیشتر نیاز باشد، را در نظر گیرد.

با این حال هیچ گونه ارتباط واقعی میان سندرم دهان و تغییرات هورمونی دوره منوپوز ثابت نشده است. عدم کارکرد صحیح غدد بزاقی حتی اگر نقش هم در سندرم سوزش دهان داشته باشد، خیلی کم می‌باشد. تنها گزارشاتی که در مورد ناهنجاریهای غدد بزاقی به چاپ رسیده است مربوط به غدد بزاقی فرعی می‌باشد. بیمارانی که از سندرم سوزش دهان رنج می‌برند، کارکرد ناصحیح غدد بزاقی را نشان نداده‌اند که در این موارد احتمال رشد قارچی در نظر گرفته شده است. همچنین می‌توان جهت اثبات کم کاری غدد بزاقی که می‌تواند منجر به سوزش دهان شود از تست جمع‌آوری بزاق کمک گرفت. از آنجا که تقریباً ۶۶٪ از بیماران دارای سندرم سوزش دهان از خشکی دهان شکایت دارند، تصور می‌شود که ترکیب تغییر یافته بزاق می‌تواند در این سندرم نقش بازی کند. اگر چه تحقیقات اخیر هیچ‌گونه ناهنجاری را در خواص بیوشیمیایی بزاقی بیماران دارای سندرم سوزش دهان نشان نداده است. خشکی دهان، اختلال در حس چشایی نیز می‌تواند با سندرم سوزش دهان در ارتباط باشد. با اینکه اکثریت بیماران تغییری را در درک مزه احساس می‌کنند، اما مطالعات چنین نشان داده‌اند که بیماران دارای سندرم سوزش دهان تغییرات اندکی در قدرت درک مزه کلور سدسیم و سوکروز دارند. در عده‌ای از بیماران، کاهش آستانه تحریک نسبت به گرما نوک زبان را درگیر می‌کند که نشان می‌دهد که ناهنجاری‌های عصبی مرکزی در سندرم سوزش دهان نقش دارد. تئوری نوروپاتیک بر اساس این حقیقت بنا شده است که همپوشانی اعصاب کرانیال V و VII در قسمت قدامی زبان باعث بروز شدیدتر پاسخهای عصبی می‌شود که خود منجر به بروز علائم فوق می‌گردد.

کنترل بیماری (Management)

انواع درمان درد دهانی (با سندرم سوزش دهانی واقعی) بر روی برطرف کردن عوامل موضعی که می‌توانند منجر به بروز علائم شوند متمرکز می‌شود. زمانی که کاندیدیزیس به عنوان علت احتمالی در نظر گرفته می‌شود، درمان ضدقارچی توصیه می‌شود. وسایل از بین برنده

سندرم سوزش دهان حالتی است که عموماً اشتباه تشخیص داده می‌شود. این سندرم به احساس سوزش حفره دهان در نبود هر گونه ناهنجاری فیزیکی مخاط دهان اطلاق می‌گردد. بطور غالب زنان سنین متوسط را درگیر می‌کند. سندرم سوزش دهان دارای عوامل اتیولوژیک مولتی فاکتوریال (چندعاملی) است. عواملی مرتبط با این سندرم شناخته شده‌اند نظیر افسردگی و اضطراب، کمبودهای خونی (مثل کمبود ویتامین B کمپلکس، آهن، فولات)، عادات دهانی نظیر دندان قروچه (بروکسیزم) بلع زبانی و سندرم سوزش دهان ایدیوپاتییک (بدون علت). در مقالات راههای درمانی مختلف شرح داده شده است اگر چه آزمایشات کلینیکی (بالینی) کنترل شده محدودی برای بررسی کارآئی آنها طراحی شده است. در این مقاله، سندرم سوزش دهان، عوامل مرتبط با آن و درمانهای در دسترس برای دندانپزشکان عمومی بررسی می‌شود.

سندرم سوزش دهان اختلالی است که بوسیله سوزش حفره دهان زمانی که ناهنجاری‌های عمومی (سیستمیک) یا موضعی وجود ندارد، مشخص می‌شود، که گاه این احساس سوزش همراه با اختلال در حس چشایی یا عدم وجود حس چشایی است. اصطلاحات دیگری که برای این سندرم بکار برده می‌شود شامل: سندرم سوزش لب، سندرم دهان پوسته پوسته شده (scalded mouth Syndrome) درد دهانی (Stomatodyna)، درد زبانی و زبان چرکی (Glossopynosis) می‌باشد.

سندرم سوزش دهان بطور غالب افراد سنین ۴۰ تا ۵۰ سال را مبتلا می‌کند و نسبت ابتلا زنان به مردان ۷ به ۱ می‌باشد گر چه برخی مطالعات نسبت ابتلا زنان به مردان را ۱۲ به ۱ نشان داده است.

در سندرم سوزش دهان معمولاً ۲/۳ قدامی زبان، کام سخت، لب‌ها و با گسترش کمتری بافت لثه‌ای درگیر می‌شوند، گاهی نیز کف دهان یا کام نرم درگیر می‌شوند. دندانپزشک خانوادگی ممکن است اولین فرد از تیم پزشکی باشد که شخص مبتلا به سندرم سوزش دهان را معاینه می‌کند.

شرایط مرتبط با این سندرم

(Associated Condition):

عوامل گزارش شده‌ای که با سندرم سوزش دهان مرتبط هستند شامل آنمی مزمن، دیابت‌ها و عادات دهانی نظیر Tongue Thrusting و دندان قروچه (بروکسیزم) می‌باشند.

بیماران دارای سندرم سوزش دهان ممکن است دارای آنمی پنهان و سطوح پایین‌ای از ویتامین‌ها B۱۲ و B۱۳، آهن و فولات} باشند که تعدادی از نویسندگان اهمیت این یافته‌ها را تأیید نموده‌اند. سندرم سوزش دهان ایدیوپاتییک (بدون علت) اشاره به احساس سوزش در حفره دهانی بدون وجود علت مشخص (برای مثال همتائیک) و هیچ گونه تغییرات در مخاط دهانی دارد.

علت‌هایی که ممکن است مرتبط با سندرم سوزش دهانی باشد در جدول ۲ ذکر شده‌اند.

عادات دهانی مثل بلع زبانی و دندان قروچه بعنوان عواملی که در ۷۰٪ - ۷۲٪ از بیماران دارای این سندرم مشاهده می‌شود، گزارش شده‌اند.

علاوه بر این تعدادی از مطالعات، اشتباهاتی را که در طراحی پروتز مثل کمبود فضای زبانی اتفاق می‌افتد را با سوزش دهان مرتبط می‌دانند.

اضطراب و افسردگی بعنوان علت‌های مهم سندرم سوزش دهان شناخته شده‌اند. تعدادی از مطالعات ارتباط موقتی را میان وقوع حوادث غیرمترقبه زندگی و شروع علائم سوزش دهان نشان داده‌اند. شدت چنین حوادثی، ارتباط قوی و محکمی با شروع و نوع سندرم سوزش دهان دارد.

Alexithymia نیز نوعی تظاهر جسمی از پدیده‌ای روحی روانی است که طی حوادث ناگوار زندگی مثل مرگ یک عزیز یا

بحران مالی و یا بیماری‌های طولانی مدت همراه سندرم سوزش دهان مشاهده شده است.
تعدادی از مطالعات روانپزشکی نیز بیماران دارای سندرم سوزش دهان را مورد مطالعه قرار داده‌اند و در آنها کیفیت علائم بیماری با سطوح افسردگی و اضطراب مورد مقایسه قرار گرفته است که در افرادی با سابقه تشخیص بیماری‌های روحی روانی، علائم شدت و تنوع بیشتری داشته‌اند.

اینطور بنظر می‌رسد که سندرم سوزش دهان ارتباط نزدیک‌تری با اضطراب داشته باشد تا با افسردگی و اغلب به همراه عادات دهانی ثانویه به اضطراب مثل دندان قروچه و بلع زبانی توضیح داده می‌شود.
به علاوه در مطالعات مربوط به زمینه‌های رفتاری افراد مبتلا به سندرم دهان حاد یا مزمن، موارد بیشتری از Cancerophobia (ترس از سرطان) (۲۰٪ بیشتر) گزارش شده است.
بطور کلی پنجاه درصد بیماران دارای سندرم سوزش دهان اختلالات روانی را نشان می‌دهند.

سوزش دهانی که تحت عنوان درد دهانی (Stomatodynia) نیز شناخته شده است متفاوت از سندرم سوزش دهان بدون علت (BMS) می‌باشد.

سوزش دهانی زمان رخ می‌دهد که به دلایل پاتولوژیک، بطور موضعی اختلالی در هموستاز دهانی رخ دهد.

عوامل موضعی ایجاد کننده سوزش دهان می‌توانند شامل عفونت‌های مخاطی قارچی، ترومای موضعی و بیماریهای مخاطی دهان نظیر لیکن پلان یا پمفیگوتید غشاء مخاطی باشند.
در سالهای اخیر افزایش حساسیت به مواد سازنده دنجر بعنوان عاملی جهت ایجاد سوزش دهان گزارش شده است. گزارش‌های موردی (Isolated) نیز امکان افزایش حساسیت تماسی را بعنوان یک عامل ایجادیی مطرح کرده‌اند.

البته مواردی که تخریب مخاطی شدیدی را نشان داده‌اند بعنوان سندرم سوزش دهانی واقعی در نظر گرفته نشده‌اند.
مثیل متا کریلات، طلا، کادمیوم یا منایی سولفیت سدیم نیز بعنوان عوامل آغاز کننده علائم سوزش دهانی در میان بیماران با پروتز جدید گزارش شده‌اند. التهاب دهانی آلرژیک تماسی شایع نیست ولی زمانی که به وجود چنین التهابی مشکوکی بیمار باید جهت انجام patch-Test به یک متخصص ارجاع شود.

کاندیدیازیس دهانی می‌تواند بصورت احساس سوزش و Stinging تظاهر نماید.

دیابت کنترل نشده و بیماری رفלקس گاستروازوفاگ با سوزش در نواحی دهانی حلقی و قاعده زبان مرتبط دانسته شده‌اند و مطالعه‌ای که اخیراً انجام گرفته است افزایش وقوع سندرم سوزش دهان را با التهاب زبانی در مواردی که زبان با هیلکو باکتریپلوری کلونیزه شده است، نشان داده است. ناهنجاریهای تغذیه‌ای مانند آنمی پرنیسیوز ، آنمی فقر آهن، کمبود کمپلکس‌های ویتامین B، فولات و ویتامین C عوامل مهمی بحساب می‌آیند که باید بوسیله مشخص نمودن سطح سرمی این ویتامین‌ها کمبود آنها تعیین شود.
بیمارانی که چندین مشکل سیستمیک دارند و تاریخچه‌ای از رادایسیون یا شیمی درمانی و یا استفاده از داروهای ایجاد کننده خشکی دهان دارند، می‌توانند احساس سوزش شبیه به سندرم سوزش دهان داشته باشند. تغییرات هورمونی نیز با احساس سوزش هم در ناحیه و اژینتال و هم در مخاط

سال چهارم، شماره سی‌وششم، شهریور ۱۳۸۴

حساسیت (Desensitizing appliances) در محدود کردن تحریک بافتی ناشی از پارافانکشن مفید است. زمانی که حساسیت نسبت به ماده خاصی تشخیص داده شد برای مثال زمانی که در ارینمای موضعی در اثر رستوریشن‌های موقی آکریلی یا مواد دنجر رخ می‌دهد، برداشتن و خارج کردن پروتز می‌تواند علائم را برطرف سازد. و در این موارد درمانهای سیستمیک منجر به برطرف شدن علائم نمی‌شود. زمانی که نقش عوامل اتیولوژیک نامبرده شد بیمار تحت انواع دارو درمانی و رفتار درمانی قرار می‌گیرد. استفاده از محلولهای بی‌حس کننده موضعی موقتیت‌های مختلفی را ایجاد کرده است. اطلاعات موجود بر اساس استفاده از عوامل بی‌حس کننده در درمان سندرم سوزش دهان اغلب تجربی بوده و تنها تعداد کمی مبتنی بر آزمایشات بوده و برطرف شدگی ملایمی از علائم را نشان داده‌اند. کنترل موقتیت آمیز سندرم سوزش دهان وابسته به همکاری میان بیمار و کادر درمانی است. اگر هیچ گونه ناهنجاری بالینی و تغییرات مخاطی دیده نشود می‌توان درمانهای سیستمیک را تجویز نمود اگر چه پروتکل‌های درمانی متفاوتی در این زمینه موجود است. پروتکل Lamey برای درمان سندرم سوزش دهان شامل درمان تجربی کمپلکس ویتامین B برای بیمار قبل از دریافت نتایج سرولوژیک می‌باشد.

زمانی که وقوع سندرم سوزش دهان بدلیل آنمی نباشد و حتی بعد از تصحیح کمبود ویتامین C خونی این سندرم همچنان باقی مانده باشد، برای این منظور باید کمبود ویتامین C بصورت Perspective بررسی شود. زمانی که کمبود هماتولوژیک، عوامل موضعی و درگیری‌های سیستمیک و پارافانکشن جزو علل ایجاد کننده سندرم سوزش دهان نباشند، اغلب محققان پیشنهاد می‌کنند که توجه زیادی به شکایات بیمار نشود تا اعتماد بیمار را بدست آورند و سطح اضطراب بیمار را مشخص نمایند. جهت مشخص نمودن سطح اضطراب بیمار پرسشنامه‌ای طراحی شده است که به دندانپزشک کمک می‌کند، موارد نگرانی بیمار را کشف کند، برای بیمارانی که نگرانی آنها این است که یک روند بدخیم مستول بیماری آنها می‌باشند، مطمئن ساختن آنها اقدامی الزامی است. یک راهنما یا توضیح نوشته شده درمورد آنکه به چه چیزی سندرم خشکی دهان اطلاق می‌گردد مفید واقع شده است.

این راه بررسی ممکن است زمانی مفید واقع شود که عادات مشخص علت اصلی سوزش دهان تشخیص داده شود. راه فارماکولوژیک (دارویی) کنترل علائم این سندرم شامل استفاده از آرام بخش‌ها، ضداضطراب‌ها، ضد افسردگی‌ها، محلولهای بی‌حسی موضعی و دیگر مواد سایکواکتیو است. موقتیت‌هایی در زمینه کنترل علائم این سندرم با استفاده از ضدافسردگی‌ها و مهارکننده های جذب دوباره انتخابی سروتونین در دوزهای ۱۰-۸ بار کمتر از دوز موثر ضدافسردگی‌ها بدست آمده است. بنزودپازپین‌ها برای درمان سندرم سوزش دهان مورد استفاده قرار می‌گیرند.

زمانی که درگیری شدید روانی شخص مشخص شود و یا نیاز

باشد که برای رفی بیماری دز دارویی مرتباً افزایش یابد، بیمار باید

به یک متخصص روانپزشک ارجاع داده شود. (mental health professional)

درمان رفتاری برای تعداد محدودی از بیماران موثر بوده است. محلولهای موضعی بی‌حسی برای حذف یا کاهش احساس سوزش دهان استفاده شده‌اند، اگر چه شدت سوزش در اغلب موارد تغییر نکرده است، محلولهایی که در سالهای اخیر مورد مطالعه قرار گرفته‌اند شامل:

لیدوکائین ویسکوز، بنزو کائین موضعی و هیدرو کلراید بنزآمین می‌باشند. عوامل موضعی دیگر مانند Capsaicin بعنوان راه‌های درمانی فرعی گزارش شده‌اند، اگر چه شدت سوزش در اغلب موارد زمینه انجام نشده است.

انتشارات شایان نمودار

فقط دندانپزشکی

تازه های کتاب :

درمانهای پرپودنتال، پروتز در موارد پیشرفته(اطلس)

دندانپزشکی کودکان و نوجوانان- مک دونالد۲۰۰۴- ترجمه دکتر میقانی
درمان پروتزی بیماران بی دندان بوجر۲۰۰۴(ژارپ)

بی حسی موضعی مالامد ۲۰۰۴

پاتولوژی دهان، فک و صورت(نویل)۲۰۰۲

بیماری های دهان ودندان(پرکت)۲۰۰۲

ایمپلنت دندانن میش همراه با CD آموزش

ثبات و علل برگشت نتایج درمانهای ارتودنسی

زیباسازی دندانها - دکتر عاقل

مواد دندانن گریک

تدابیر دندان پزشکی در مبتلایان به بیماری های سیستمیک(فالاس)

تشخیص بیماریهای دهان دکتر صهبا

اطلس اصول پری کلینیک و کلینیک در دندانپزشکی ترمیمی

دانستنهای ضروری در کاربرد بالینی. ۱۷۰ داترو برای ۳۷۰ مشکل در دندانپزشکی داروهای ژنریک

رادپوگرافی پانورامیک دندانن دکتر محمد امین توکلی

اصول دندانپزشکی ترمیمی شوارتز ۲۰۰۱

پریو دونتولوژی بالینی (کارانزا)دوره۳جلدی ۲۰۰۲

پریو دونتولوژی بالینی (کارانزا) (افست)۲۰۰۲

اصول ودرمانهای اندودونتیکس (ترابی نژاد)

ارتودنسی پیشارا دوره دوجلدی ۲۰۰۱

دستگاههای ارتودنسی متحرک

سری DDQ ها،مجموعه سوالات تفکیکی دندانپزشکی

سری CDR ها چکیده مراجع دندانپزشکی

سری طرح درمان ها در دندانپزشکی پروتز وجراحی ارتودنسی وانودونتیکس و پریو

مجموع سوالات آزمون ورودی تخصصی دندانپزشکی(دوره۱۶ اسفند ۸۰،دوره۱۷ اسفند ۸۱،دوره۱۸ اسفند ۸۲،دوره۱۹ اسفند۸۳)

خارج نمودن دندان های روئیده و نهفته

درد دهانی- صورتی دکتر رضائی نژاد

بیولوژی دهان دکتر شوکت بخش

انواع CD های دندانپزشکی

وکلیه کتب دندانپزشکی

اگر تا کنون شماره عضویت خود را دریافت نکرده اید

بادفترانتشارات تماس بگیرید تا از مزایای عضویت در انتشارات شایان نمودار بهره مند شوید

آدرس: میدان فاطمی، خیابان چهلستون، خیابان یکم، شماره ۳۵، بلوک B، طبقه همکف ۸۸۹۵۱۴۶۲ چهار خط

تهران - خیابان وسال شمرانی ، ساختمان ۵۲ ، طبقه سوم ، واحد ۷
تلفن : ۰۲۸-۴۴۴۰۰۰
فکس : ۰۸-۴۴۴۹۵۲۰

«شیوع تب خطرناک جراحی پلاستیک در کشور» ایران در صدر میزان درخواست جراحی زیبایی در دنیا

پدیری، اختلالات عصبی و روحی ناشی از وقفه در اکسیژن رسانی مناسب به مغز و در نهایت احتمال بروز بیماری قلبی-ریوی در انتظار بیماران است. دکتر محمدرضا سرگلزایی روانپزشک نیز در مورد تمایل مردم به اعمال زیبایی گفت: عاملی که سبب می‌شود فرد به سمت جراحی‌های زیبایی کشیده شود، میزان تأثیر «تصویر تن» در اعتماد به نفس شخص است. تصویر تن به برآورد شخص از فیزیک بدنش اطلاق می‌شود. همه کسانی که احساس عدم رضایت از تصویر خود دارند به سمت جراحی‌های زیبایی کشیده نمی‌شوند و اعتماد به نفس فرد و روشهای دفاعی نقش مهمی در این امر دارد. بر اساس این تحقیقات انجام شده، فیزیک بدن از لحاظ ساختمان و عملکرد جزو اساسی اعتماد به نفس محسوب می‌شود و اگر نقش این جزء بالا باشد فرد وابسته به ظاهر می‌شود و در این افراد اگر احساس نارضایتی از تصویر تن وجود داشته باشد حتماً به جراح زیبایی مراجعه می‌کنند و حتی در صورت رضایت از وضعیت ظاهری خود ممکن است برای ارتقای ظاهر خود مراجعه کنند. وی تأکید کرد: در سالهای اخیر موارد جراحی‌های زیبایی در کشور رو به فزونی بوده و این در حالی است که یکی از شایع‌ترین جراحی‌های زیبایی در کشور ما رینوپلاستی یا ترمیم بینی است و بر اساس تحقیقات انجام شده مجرایان و افرادی از طبقه اجتماعی خاص عمده ترین متقاضیان جراحی بینی هستند.

دکتر «کلاتر هرمزی»، دبیر انجمن جراحان پلاستیک ایران با بیان این مطلب گفت: «ایران از لحاظ میزان درخواست جراحی زیبایی در رده نخست دنیاست و پس از ایران، آمریکا به لحاظ استقبال از جراحی‌های زیبایی، بیشترین درخواست را دارد.» وی افزود: بیشترین درخواستهای جراحی زیبایی از سوی زنان ۱۷ تا ۳۶ سال و از قشرهای متوسط تازه به دوران رسیده، متجدد و ثروتمند است. اگر چه در بخش درمان تعرفه‌گذاری برای تمامی خدمات وجود دارد و تعرفه‌های کشور ما چند ده برابر کمتر از کشورهای اروپایی است، اما درباره جراحی زیبایی اساساً تعرفه جایی ندارد و نرخ بر مبنای اقتصاد بازار تعیین می‌شود. دکتر «محمد زمانی» فوق تخصص جراحی پلاستیک نیز در مورد جراحی‌های زیبایی گفت: «جراحی پلاستیک از رشته‌های پزشکی است که هدف آن ترمیم هر گونه نواقص و ناهنجاریهای مادرزادی اعضا بوده و استفاده از این جراحی هم به منظور اصلاح عملکرد عضو و هم به قصد اصلاح شکل ظاهری و زیبایی اعضا انجام می‌گیرد.» در کشور ما حدود دو سوم از متقاضیان جراحی بینی را زنان و یک سوم بقیه را مردان تشکیل می‌دهند که بیشتر در سن ۱۷ تا ۳۰ سال هستند و این در حالی است که هر چند عمل جراحی موفق می‌تواند سبب افزایش زیبایی و اعتماد به نفس متقاضیان جراحی بینی شود، اما در صورت عدم موفقیت آمیز بودن عوارضی چون خشکی دهان و گلو، اختلالات بویایی، خستگی، تحریک

عضو کمیسیون بهداشت و درمان مجلس: فارغ‌التحصیلان پزشکی باید بتوانند قبل از گذراندن طرح، در آزمون دستیاری شرکت کنند

خبرگزاری دانشجویان ایران - تهران
سرویس: مجلس

نماینده مردم ارومیه در خانه ملت، گفت: فارغ‌التحصیلان پزشکی باید بتوانند بدون گذراندن طرح در آزمون‌های دلخواه خود شرکت کنند. دکتر عابد فتاحی در گفت‌وگو با خبرنگار پارلمانی ایسنا، با اعلام موافقت با این مساله که فارغ‌التحصیلان دانشجویان پزشکی قبل از گذراندن طرح خود در آزمون دستیاری شرکت کنند، گفت: این مساله حق طبیعی دانشجویان پزشکی است. این دانشجویان هم وقتی فارغ‌التحصیل می‌شوند مثل تمام رشته‌های دیگر باید بتوانند بدون گذراندن طرح و کارهای جانبی امتحان بدهند و اگر قبول شدند یا نشدند، شروع به گذراندن طرح خود کنند. عضو کمیسیون بهداشت و درمان با بیان این که این حق کثی مسلم در مورد دانشجویان پزشکی صورت گرفته، افزود: تمام فارغ‌التحصیلان دیگر رشته‌ها، بدون کمترین مشکلی می‌توانند مستقیماً در مقاطع بالاتر شرکت کنند، ولی در مورد دانشجویان فارغ‌التحصیل پزشکی این گونه نیست. نماینده مردم ارومیه معتقد است: نباید این حق را از این قشر بگیریم، لذا از ابتدا با این مساله که دانشجویان پزشکی حتماً باید ابتدا طرح خود را

بگذرانند بعد در آزمون دستیاری شرکت کنند، مخالف بودم. البته در سال‌های گذشته پزشکی رشته لوکس و پردرآمدی بوده و از شان و شئون اجتماعی بالایی برخوردار بود ولی اکنون این گونه نیست. بنابراین لازم است از حق آنها دفاع کنیم. با توجه به آن که دانشجویان پزشکی نامهای تحت این عنوان که قبل از گذراندن طرح در آزمون دستیاری شرکت کنند به کمیسیون آموزش و تحقیقات فرستاده‌اند، بنده از آنها پشتیبانی خواهم کرد. به اعتقاد وی، دانشجویان فارغ‌التحصیل پزشکی با گرفتاری‌ها و مشکلات زیادی بعد از فارغ‌التحصیل شدن مواجه‌اند. در حالی که به طور مثال یک فارغ‌التحصیل حقوق بعد از پایان تحصیل در بهترین نقطه و آب و هوا برای خود دفتری می‌زند و مشغول به کار می‌شود، ولی دانشجویان پزشکی با کمترین امکانات و کمترین حقوق و مزایا به محروم‌ترین نقاط کشور فرستاده می‌شوند. فتاحی با بیان این که پزشکان فارغ‌التحصیل حاضر هستند در مناطق محروم خدمت کنند، ولی باید از نظر معنوی و مالی به آنها کمک شوند، گفت: پیشنهاد دانشجویان پزشکی برای شرکت در آزمون دستیاری قبل از گذراندن طرح خود، پیشنهاد بسیار خوبی است و بنده موافق این مساله هستم و این موضوع قابل بررسی خواهد بود.

رییس چهارمین کنگره بین‌المللی مراقبت‌های ویژه پزشکی هشدار داد:

کمبود پزشکان متخصص در اورژانس‌ها فرصت‌های طلایی بازگشت به زندگی را به مرگ تبدیل کرده است

وی گفت: در موارد بسیاری مشاهده می‌شود که نحوه انتقال بیمار و درمان انجام شده برای وی در بیمارستان‌ها نه تنها عارضه را درمان نکرده، بلکه آن را نیز تشدید کرده است. رییس چهارمین کنگره بین‌المللی مراقبت‌های ویژه پزشکی مهمترین دلیل این معضل را ضعف آموزش کاربردی در اورژانس برشمرد.

وی با تأکید بر نبود مدیریت منسجم در آموزش و خدمات رسانی به بیماران در اورژانس‌های کشور تصریح کرد: مراقبت از بیمار در اورژانس‌ها در حال حاضر توسط پزشکان عمومی اورژانس انجام می‌شود، این در حالی است که پزشکان متخصص می‌بایست، در اورژانس حضور داشته باشند تا سرویس‌های درمانی دچار نقص نشود.

این فوق تخصص بیهوشی و مراقبت‌های ویژه پزشکی گفت: مسائلی فوق در «چهارمین کنگره بین‌المللی مراقبت‌های ویژه پزشکی» مورد بحث و هم‌اندیشی متخصصان قرار خواهد گرفت. گفتنی است: چهارمین کنگره بین‌المللی مراقبت‌های ویژه پزشکی با حضور بیش از ۳۰۰۰ پزشک متخصص در روزهای ۶ تا ۸ مهر ماه امسال در مرکز همایش‌های رازی تهران برگزار می‌شود. علاقه‌مندان به کسب اطلاعات بیشتر می‌توانند، به پایگاه اینترنتی انجمن آنستزیولوژی و مراقبت‌های ویژه ایران به نشانی WWW.iranesthesia.org مراجعه کنند.

خبرگزاری دانشجویان ایران - تهران
سرویس: بهداشت و درمان - عمومی

رییس «چهارمین کنگره بین‌المللی مراقبت‌های ویژه پزشکی در آستانه برپایی این کنگره که ۶ تا ۸ مهر ماه در تهران بر پا می‌شود، نسبت به کمبود پزشکان متخصص در اورژانس‌ها هشدار داد و گفت: این نقیصه سبب شده تا فرصت‌های طلایی بیماران برای بازگشت به زندگی به مرگ تبدیل شود.

به گزارش سرویس «بهداشت و درمان» خبرگزاری دانشجویان ایران، دکتر محمد مهدی قیامت با اعلام این خبر افزود: یکی از علل مهم مرگ و میر در کشور ما در کنار بیماری‌های قلبی - عروقی و سرطان‌ها، تروماها (صدمات)، حوادث مترقیه و غیر مترقیه است که در چنین مواقعی نقش اورژانس‌ها بیش از پیش اهمیت می‌یابد. وی افزود: در مواقعی مانند زلزله، مناسفانه شاهدیم که سرویس‌های درمانی کشورهای خارجی زودتر از گروه‌های داخلی برای امداد رسانی اقدام می‌کنند که نقص نظام اورژانس در این چنین مواقعی به روشنی آشکار می‌شود.

دکتر قیامت با ابراز نگرانی از این که مهلت مراقبت پس از بروز حادثه تا زمان امداد رسانی اورژانس در کشور ما بسیار بیش از استانداردهای جهانی است، یادآور شد: متأسفانه سرویس‌های ارائه شده هم در این زمینه استاندارد نیستند.

انتشار دو کتاب

دکتر هادی اسدیان

کنترل عفونت در دندانپزشکی

درمانهای دندانپزشکی به دلیل ساختار ویژه خود و نیز وسایل مورد استفاده در آنها به عنوان بخش مهمی از راه‌های انتقال آلودگیهای تقاطعی محسوب می‌شوند. با افزایش شیوع بیماریهای تهدید کننده حیات همچون هیپاتیت، سندرم نقص ایمنی اکتسابی (ایدز) و همچنین سل مقاوم به درمان، لزوم توجه روز افزون متخصصین و درمانگران شاغل در این حرفه محسوس تر از قبل می‌باشد. اگر چه آمارهای موجود، انتقال این بیماریها را از طریق انجام درمانهای دندانپزشکی خیلی بالا نمی‌دانند، پیشگیری از چنین وقایع دردناکی که می‌تواند به یکی از سه شکل انتقال از بیمار به پرسنل درمانی، انتقال از بیمار به بیمار و یا حتی انتقال از پرسنل درمانی به بیمار بروز نماید امری بسیار منطقی و ضروری است. از آنجا که دندانپزشکی، یکی از شاخه‌های پویا و دائماً در حال تغییر علم پزشکی محسوب می‌شود و لزوم هماهنگ سازی فرایندهای کنترل عفونت و پیشگیری از آلودگیهای تقاطعی با فن آوری مورد استفاده در آن بیش از پیش احساس می‌شود، برآن شدیم تا با استفاده از منابع موجود علمی در دسترس و با توجه به چهارچوب تعیین شده توسط وزارت بهداشت و آموزش پزشکی در مورد عناوین آموزشی ضروری برای دندانپزشکان در این زمینه کتاب کنترل عفونت در دندانپزشکی را ترجمه و گرد آوری نماییم.

اصول کاربردی در درمان ریشه

دانش اندودانتیکس از جمله شاخه‌های تخصصی دندانپزشکی محسوب می‌شود که شاید پیشرفت روز افزون فن آوری را در آن بتوان محسوس تر تلقی کرد. همین امر سبب می‌شود که دندانپزشکان عمومی که عمده ترین حجم درمانهای دندانپزشکی را در همه جوامع بر عهده دارند بیش از گذشته نسبت به انجام درمانهای پیچیده تر اندودانتیک مبادرت ورزند. طبیعتاً استفاده از هر فن آوری جدید به ویژه در امر درمان نیازمند دانش وسیع تئوری در کنار تجربه عملی است که بتوان به واسطه این دو عامل مهم، خطاهای ناشی از درمان را به حداقل میزان ممکن رساند. به عبارتی دیگر در صورت عدم اطلاع کافی از نظر علمی در مورد نقاط ضعف و قوت هر فن آوری جدید انتخاب وسیله مورد نظر چه بسا بجای توجه به منابع علمی مستدل تحت تأثیر مطالعات تبلیغی که توسط سازندگان وسایل مختلف به میزان خیلی زیاد در دسترس دندانپزشکان قرار می‌گیرد صورت می‌پذیرد. در کتاب «اصول کاربردی در درمان ریشه» که توسط یکی از معتبرترین ناشران پزشکی دنیا (Quintessence International) منتشر گردیده، علاوه بر رویکردی عملی بر مطالب بنیادین اندودانتیکس، با هر یک از تکنیکهای جدید پاکسازی، شکل دهی و پر کردن کانال ریشه بشكل مرحله به مرحله آشنا می‌شویم.



VECTOR THE PRECISION METHOD

VECTOR برای جرمگیری و درمانهای پیشرفته پریو

VECTOR بر اساس تفکرات و تئوری‌های جدید پریو طراحی شده است

حرکات VECTOR به موازات ریشه می‌باشد

تحقیقات نشان داده است که:

در درمان با VECTOR مقدار attachment بدست آمده بیش از درمان به روشهای معمول می‌باشد

درمان با VECTOR درد بسیار کمتری نسبت به درمانهای معمول دارد

در درمان با VECTOR سطح ریشه تمیز و صاف می‌شود و تعداد باکتری بشدت کاهش می‌یابد

قابل استفاده در periimplantitis با Tip های مخصوص

قابل استفاده در درمانهای ترمیمی و تراش حفرات microinvasive

تهران اتکال، خیابان مطهری، میرعماد، کوچه ۱۲، پلاک ۱۲

تلفن: ۰۲۱-۸۸۷۳۸۵۶۵



قبل از تراش برای هر بریج یا ساخت هر پروتز متحرک به **TIOLOX** بیاندیشید.

پس از دو دهه حضور موفقیت آمیز در بسیاری از کشورهای جهان شامل آلمان، انگلیس، سوئد، سوئیس و ... اکنون در ایران عرضه می شود.

علل مهم شکست ایمپلنت

نکروز استخوان در اثر افزایش حرارت



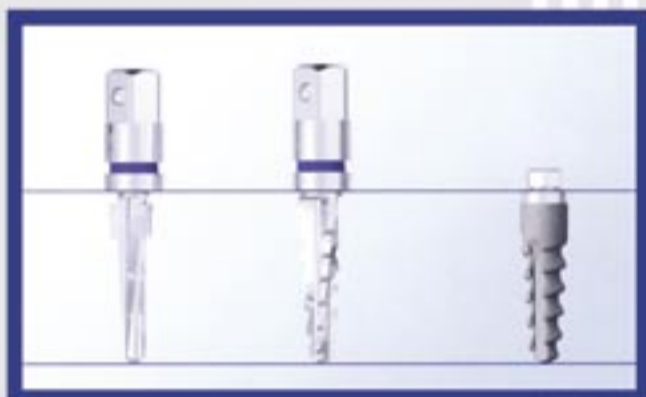
در سیستم TIOLOX حفره قرارگیری ایمپلنت در استخوان، بدون میکروموتور جراحی و با وسایل دستی آماده می گردد، در نتیجه از افزایش حرارت استخوان در آن ناحیه و نکروز جلوگیری می شود.

اشتباهات تکنیکی در اثر پیچیدگی سیستم



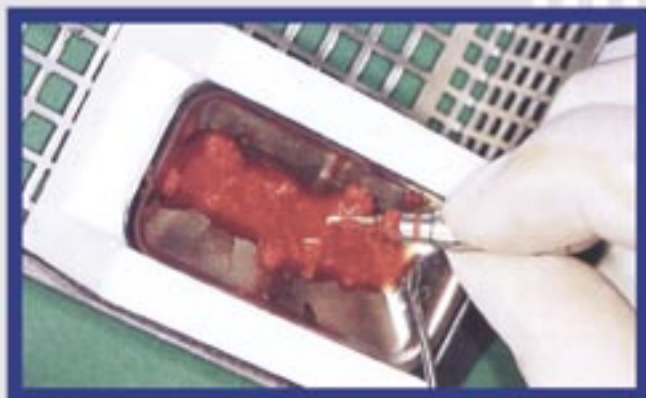
در سیستم TIOLOX به علت طراحی منطقی و ابتکار، تعداد وسایل بسیار کمتر از سایر سیستم هاست و تمامی ابزارها Color-Coded می باشند.

ورود ایمپلنت به حفره سینوس و کانال عصب مند یبولر



در سیستم TIOLOX تمامی وسایل stop سر خود دارند، در نتیجه نگرانی شما از ورود به سینوس و کانال عصب کاهش می یابد.

تحمیل هزینه های زیاد به دندانپزشک و بیمار



در سیستم TIOLOX عدم نیاز به میکروموتور جراحی و جمع آوری استخوان های تراشیده شده روی فرزهای دستی (به جای استفاده از مواد Bone Graft) هزینه ها را به شدت کاهش می دهد.

Support علمی و تکنیکی کمپانی سازنده

با وجود مقالات معتبر و پیشرو بودن کمپانی DENTAURUM در تکنولوژی تیتانیوم، سیستم TIOLOX موفقیت شما را تضمین می کند.

T_I
TIOLOX IMPLANTE
DENTAURUM