



دکتر بناقر شهینی زاده

ایمپلنت در آینده

به قدری سرعت تغییرات کیفی مواد و تکنیک‌های درمان‌های دندانپزشکی شدت گرفته که به هیچ وجه با حاکمیت برخی مواد از دهه چهل و پنجاه به بعد قابل مقایسه نیست. در این که آمالگام امروز به جهت کارایی، راحتی کار کردن و اعتماد حرمت خود را دارد به آن بختی نیست، همه قبول دارند اما از زمان آمالگام تا آمدن سلیکات به عنوان ماده‌ترمیمی هم‌رنگ دندان زمان زیادی سپری شد. پس از آن کامپوزیت سلف کیور وارد کارزار شد و مدت‌های مدیدی پیش از دو تا سه دهه (حدود ۳۰ سال) تنها ماده هم‌رنگ پر کردن دندان‌های قدیمی می‌شد. با وجود عوارض بسیار پذیرش کامپوزیت‌های لایت کیور با مقاومتی بسیار روپرو خیل از جوانها نمی‌دانند و بعضی هم فراموش کردند که مدت‌ها دستگاه‌های لایت کیور و کامپوزیت لایت کیور در فروشگاه‌ها خاک خورد تا به تدریج کارایی آن و کاربرد آن جای خود را باز کرد و امروز دندانپزشکی زیبایی چه دبدبه و کیکبه‌ای پیدا کرده که از آن طرف دنیا می‌آیند که چه معجزاتی می‌توان با کامپوزیت لایت کرد و چه زیبایی شگرفی که تبلیغ نمی‌شود!

یادمان نرفته انکار دبروز بود که روت کانال تریای به N2 ختم می‌شد که با پالپ چمبر را پر کرده یا در کانال دندان با لنتولویا بویات آن را وارد کانال می‌کردیم و چقدر هم ژست علمی داشت. یک ماده نکروزان در کانال دندان! با بازار آمدن گوناپرکا هم مدت‌ها بعد از مصرف کن‌های نقره‌ای بود که هنوز در دهان بعضی از بیماران دیده می‌شود. یعنی هنوز آن دندان‌ها با آن درمان وجود دارد و موفق! اما عصر گوتای Master Cone هم به سرعت سپری شد و ورتیکال و لترال condensation سرعت فضا را گرفت و بعداً K فایله‌ها، فلکسی و فایله‌های نیکل تیتانیوم با سرعت فضا را در نوردید ورت کانال به عنوان درمان جدی قابل اعتماد جای خود را گرفت. هنوز این تکنیک‌ها نفس نکشیده بود که دستگاه‌های Rotary وارد عرصه درمان شد که با آن سرعت اولیه به نظر می‌رسید دهها سال طول می‌کشد تا جا بیافتد. ولی خیلی سریع توانست با روش‌های دستی فایلینگ رقابت کرده و کلاس‌های آموزشی، سیمینارها و کنگره‌ها را در سیطره خود گرفته و حالا هم که RVG یک پدیده‌های جدید شده است. که با این جمله که چقدر نسبت به رادیوگرافی کیفیت کار و سهولت را بیشتر می‌کند جا باز کرده و این رقده ادامه دارد ...

یادمان نرفته که تا دبروز هر دندان که دارای ضایعه P.A بود خارج می‌شد و جای آن را بریز می‌گرفت و وقتی رزکسیون آپیکال در عرصه درمان وارد شد چه دندان‌هایی که نجات نیافتند. موقعی هم که بعد از رزکسیون، تروگراد آمالگام مطرح شد چه ضریب اطمینان مادام‌العمر برای روش درمان فکر شد. جراح هم خودش روت کانال می‌کرد و برزی رزکسیون و تروگراد (Retrograde) این درمان در مقابل روت کانال‌های نا موفق و تأثیر نکروز کامپوزیت سلف کیور یک راه نجات بزرگی بود و خیلی‌ها را نجات داد. زمانی که درمان اندو مجدد در مقابل رزکسیون قد علم کرد، خود یک شگفتی و پدیده بود. یعنی وسیله جدید و دستگاه جدید نبود بلکه توانایی بشر در استفاده بهتر از وسایل بود. اگر اندو یک دندان ضایعه دار روت کانال شده تکرار می‌شد نجاتی جراحی نبود. چقدر جراح‌ها در مقابل اندوندنیست‌ها مقاومت می‌کردند! سخنرانی‌ها جولانگاه دفاع از این تئوری و آن عمل شد. اندوندنیست خودشان مدت‌ها بود دست به تیغ شده بودند و رزکسیون می‌کردند. امروز مقاومتی در مقابله Re Endo نیست و الا که ما این خاطرات را که تا دبروز مطرح بود و در کنگره‌های همین چند سال پیش به شدت روی تئوری‌ها یا فشاری می‌شد که هر دندانی را رزکسیون نکنیم مرور می‌کنیم انکار صد سال گذشته است.

روش‌های جراحی پرو هم که خود دنبایی دارد و یک روز هر دندانپزشکی با یک تیغ بیستوری و قلم کوتاژ شد جراح لته سرعت تغییرات و پیشرفت آن قدر کار را تخصصی و پیچیده کرد که راه‌های نجات دندان‌های با مشکل پرو و پیوند استخوان و گرفت به یک درمان مثل جرم‌گیری ساده تبدیل شد دندانپزشکی زیبایی تحولی در درمان‌های پرو بوجود آورده و هنوز Crown Lengthening همچنان جای خود را باز می‌کند تا برخی درمان‌های اندو در تاج دندان در جا نزنند به سرعت سیل درمان پوسیدگی زبر لته و عمیق با افزایش طول تاج خیلی از کشیدن‌ها را حذف کرده است. یادش بخیر دستگاه جرم‌گیری اولتراسونیک وقتی وارد شد همه با ناباوری در مقابل قلم‌های دستی به آن نگاه می‌کردند در " به دندان بیشتر می‌شد اعتماد کرد ورد زبان خیلی‌ها بود. اما امروز جوان‌ها نمی‌دانند که برای جرم‌گیری با قلم‌های دستی چه جانی کنده می‌شود و حالا شاید قلم‌های دستی شده یک بخش کار تخصصی!

به قدری این بحث و تحولات آن گسترده شده است که مجال در این چند جمله نخواهد بود و شاید بهتر است که برای حفظ در حافظه

تاریخ! به صورت خاطرات دندانپزشکی درباره آن نوشت. پروتزه چه ثابت، چه پارسیل و چه کامل اصلاً با آنچه در دهه پنجاه و شصت انجام می‌شد قابل مقایسه نیست چه آن قسمت که به نام درک عمیق تر انسان در علوم بود مثل اکلوژن در پروتز که خود یک موضوع مهمی است. از این بابت که فقط وسیله نیست که حرف می‌زند بلکه پیشرفت توان درک و عقل انسانی حاکم بلازمانع است. تحولات این چنینی در پروتز ثابت، پارسیل‌ها و سکاها، بحث Soft Liner و مابقی.

اما روزی که اولین بار بحث ایمپلنت در گرفت شاید همزمان با کامپوزیت‌های سلف کیور در دهه چهل شمسی شاید هم زودتر بود! ایمپلنت خیلی طول کشید تا اولاً درمان‌های آن موفق شود ثانیاً مقاومت‌ها در مقابل آن نسبت به بقیه وسایل و روش‌های درمان خیلی بیشتر بود. علت آن شاید یکی در این باشد که عمل‌کننده (دندانپزشک متخصص و عمومی) با توجه به کارایی وسایل محدودیت داشت و از حوزه توانایی یک یا چند نفر، سال‌ها بیرون نیامد. سخنرانی جدی افرادی که امروز متولی و مدعی ایمپلنت هستند در آغاز دهه ۷۰ شمسی را خیلی‌ها به یاد دارند. وقتی حدود سه چهار ساعت در یک کنگره یک نفر با سرسختی از ایمپلنت دفاع کرد و حرفش را گوش نمی‌کردند انکار همین دبروز بود. به هر حال کمپانی‌هایی که بیش از چهل سال در کار ایمپلنت فعال بودند در ده سال اخیر در آنها انقلاب شد و به قدری در شکل و اندازه، مواد و ماتریال ایمپلنت تغییرات سریع ایجاد شد که به همان نسبت در درمان موثر قرار گرفت وقتی دست توانای جراحان و پروستودنتیست‌ها در بکارگیری ایمپلنت به چرخش درآمد، سیل مقالات و سخنرانی‌ها و در مورد ایمپلنت در داخل کشورمان هم سرازیر شد، یادمان باشد یکی از اولین کتاب‌های جامع و کامل را در مورد ایمپلنت دندانپزشکان عمومی نوشته‌اند که موجود است.

امسا واقعاً ضرورت حفظ دندان سالم و ضرورت حضور ایمپلنت در درمان یک مسئله‌ای نبود که بنسود جلوی آن را گرفت، پلاک‌های ارتوپدی در دست و پا صورت، در درمان‌های استخوان شکسته سال‌های طولانی درس خود را پس داده بود طبیعی بود در محیط دهان هم بکارگیری ایمپلنت هم به طور جدی دنبال شود. هر چند که محیط دهان با ارتباط جدی با محیط خارج و فلور میکروبی خود مبحث دیگری داشته و دارد.

امروز شما در مقابل بیماران که می‌خواهید یک دندان سانتال یا پرمولر و مولر را با بریج سه واحدی درمان کنید آیا همان طور صحبت می‌کنید که سال ۱۳۷۰ صحبت می‌کردید؟ دیگر نمی‌توانید به بیمار بگویید ایمپلنت نیست؟ چرا چون خودش از شما سؤال می‌کند؟ خانم دکتر یا آقای دکتر! شما ایمپلنت می‌گذارید. فراگیری علم کار خودش را انجام داده است.

درمان ایمپلنت در بین مردم این طور جا باز کرده است. آن طرف وقتی در بسیاری از بیماران که تعداد آنها اکثریت است تمام شرایط یک ایمپلنت موفق از نظر بیماری‌های سیستمیک و بافت نرم و سخت هست خوب هر کس وسوسه می‌شود که خودش کار کند. این طور بود که سیل کلاس‌های آموزش شرکنی تمام مقاومت‌ها را شکست و تجارت بریق علم را بدست گرفت! بنده اعتقاد دارم اگر دانشگاه به موقع نتواند روش درمان یا تکنیکی را به سیستم آموزش خود وارد کند مسلم بدانید دنیای علم راجع خودش را از جای دیگر پیدا خواهد کرد.

حالا بویید مقایسه کنید برنامه‌های کنگره‌های علمی دهه ۶۰ را با دهه ۷۰ و سپس دهه ۸۰ همین کنگره‌های سال ۱۳۸۵ حتی کنگره ارتودنتیست‌ها بحث مفصلی در Anchorage از ایمپلنت را مطرح کرد. دیگر در مقابل ایمپلنت با افزایش موفقیت درمان و حل جدی بسیاری از مشکلات بافت نرم و سخت نمی‌توان مقاومت کرد و شاید هم بحث ما بیهوده است و عده‌ای بگویند منظور شما چیست؟ مگر کسی مقاومت می‌کند!

شاید ما هنوز در فضای گذشته نفس می‌کشیم و دیگر بحث ایمپلنت به عنوان درمان قطعی حل شده باشد. درست است، حل شده است. چگونه می‌شود یک بیمار وقتی به راحتی می‌تواند یک ایمپلنت

بگذارد حاضر شود دو دندان خود را تراش دهد که بریج بگذارد. درست است می‌گذارند من بریج می‌گذارم شما هم می‌گذارید ولی آنهایی که ایمپلنت می‌گذارند چه بیمار چه دندانپزشک چه کسانی هستند؟ همین مراجعه کنندگان به مطب‌ها و همکاران خودمان هستند و تعداد آنها به سرعت رو به افزایش است.

مردم برای رینو پلاستی (جراحی بینی) چه موجهی را راه انداختند حالا که آقایان هم به سرعت به این جمعیت اضافه شدند. طبعاً ایمپلنت که در برخی موارد اصلاً به زیبایی ربطی ندارد تأمین هزینه آن برای مردم در اولویت بیشتر است.

یک بحث خیلی مهم را انجام دهیم. جراحی‌های بینی درصد بسیار بالایی فقط کار زیبایی است ولی ایمپلنت یعنی یک راه بهتر صحبت کردن، سلامتی بافت سخت و نرم! زیبایی بهتر و نجات دندان‌ها از اثر درمان‌های ناخواسته، ایمپلنت در بی‌دندانی‌ها که می‌رود به درمان راحت‌تر و ارزان‌تری تبدیل شود، یقین خیلی بیشتر از پلاستیک بینی جا باز می‌کند. چون نتیجه آن برای بیمار با زیبایی صرف قابل مقایسه نیست. سرعت حضور دندانپزشکان در کلاس‌های آموزشی نشانگر این است که ایمپلنت را دندانپزشک می‌خواهد بیاموزد.

انجمن دندانپزشکان عمومی ایران از سال ۱۳۸۱ سعی کرد که با همکاری سایر همکاران متخصص در مورد ایمپلنت برنامه‌های جامع را اجرا کند خیلی مقاومت شد ولی ما حوصله کردیم که کارمان دسته جمعی باشد هنوز هم مقاومت وجود دارد. اما چرا دیگران خود تاکنون همایش جامع ایمپلنت برگزار نکردند. ما با نام همه دندانپزشکی این سکه را ضرب می‌کنیم و افتخار آن متعلق به همه است. اولاً این شروع یادگیری ایمپلنت و کار کردن نمی‌گوییم زمان زیادی لازم دارد ولی به طور جدی عرض می‌کنم اطلاعات مهمی لازم است ما در این همایش‌های

اردیبهشت و تیرماه ۱۳۸۶ سعی کردیم کلیات جامعی که پنجاه‌ها رو به فضای جدید درمان ایمپلنت هست باز کنیم و بعد دوره‌های چند ماهه و کلاس‌های آموزشی عملی زنده در تعداد محدود داریم تا افراد با درمان ایمپلنت خوب آشنا شوند می‌خواهیم دیگران هم پیشقدم شوند.

برخی نگران هستند که دندانپزشک عمومی با درمان ایمپلنت دندان فلان و بهمان می‌کند سؤال ساده چند درصد بیماران همکاران متخصص در رشته‌های ارتودنسی، پرو، اندو، جراحی و ... معرفت همکاران دندانپزشک عمومی است. خوب ساده است همین بر خورد اصولی را دندانپزشک عمومی با ایمپلنت هم خواهد کرد علاوه بر آن مگر Failure در سایر رشته‌ها قطعاً به دندانپزشک عمومی مربوط می‌شود.

یقین Case‌هایی که لازم می‌داند Refer می‌کند اینقدر آسمان ریسمان کردن ندارد. دندانپزشک عمومی خیلی خوب حوزه کار خودشان را می‌دانند و قبل از اینکه به فکر این باشند که هر طریق کاری برای مرضی انجام داده باشند به فکر درمان موفق برای بیمارشان هستند فراموش می‌شود که درمان موفق هر بیمار یعنی بهترین کار برای تبلیغ هر دندانپزشک، تازه سلامتی بیمار خیلی مهم‌تر از بقیه صحبت‌هاست مثل همه درمان‌های دیگر هم این بحث و جدال‌ها حل خواهد شد روزی که لامینیت را در سال ۱۳۸۲ به عنوان یک سمینار انجمن دندانپزشکان عمومی ایران برگزار کردم رفتند و زارتخانه گفتند که دندانپزشک عمومی نباید لامینیت کار کند! این بحث اینقدر بی‌رنگ شد که خود مدعیان هم حاضر نیستند صحبت آن را بکنند. حالا عده‌ای در مورد ایمپلنت همین را می‌گویند.

بریج خوب برای بیمار به مراتب بیشتر عمر می‌کند و به نفع دندانپزشک است تا یک ایمپلنت بدا! لذا اگر می‌توانیم پروتز خوب کار کنیم بهتر است همان را انجام دهیم و اگر لازم می‌دانیم بیماران ایمپلنت بگذارند او را به کسی که می‌تواند معرفی می‌کنیم و اگر هم فکر می‌کنیم باید ایمپلنت را یاد بگیریم ما با شما هستیم. با در نظر گرفتن یک نکته مهم وظیفه ما درمان بیماران با بهترین روش و تکنیک‌هاست، همکاری دندانپزشک عمومی و متخصص از ضرورت‌های مهم حفظ سلامت بیماران است این را همه می‌دانیم و به آن احترام می‌گذاریم. در همایش ایمپلنت اردیبهشت‌ماه ۲۸-۲۶ در هتل المپیک هم‌دیگر را می‌بینیم.

دکتر بیژن اخوان آذری: متخصصین ما از تمام روش های جدیدی که در درمان با ایمپلنت وجود دارد و نکات تخصصی مربوط به آن به طور کامل اطلاع دارند و به روز هستند

بوده و انجمن مخصوصاً خواسته است که از تخصص های مختلف استفاده کند و جلسات متعددی گذاشته و از سخنرانان متعدد با تخصص های مختلف استفاده نموده است که در این مورد واقعاً انجمن موفق بوده است.

پرسش: چنانچه جنابعالی به تنهایی متولی آموزش ایمپلنت در ایران بودید، برنامه دیگری به جز برنامه ارائه شده توسط انجمن دندانپزشکان عمومی ایران، ارائه می دادید؟!

دکتر بیژن اخوان آذری: اولاً فکر نمی کنم که من به عنوان متولی آموزش ایمپلنت در مملکت باشم به هر دلیلی. اما فرضاً اگر من در آن موقعیت بودم آموزش ایمپلنت که شامل دو قسمت است، یکی آموزش های کوتاه مدت و دیگر آموزش های بلندمدتی که افراد در آن وضعیت واقعاً می خواهند ایمپلنتولوژیست شوند. من به آموزش طولانی مدت می پردازم و بر مسایل Basic علمی بسیار تکیه می کردم مثل هیستولوژی، پاتولوژی، آناتومی، فیزیولوژی، ژنتیک و حتی انداکرینولوژی و فارماکولوژی و بعد می پرداختم که Case selection و Treatment planning انجام شود و یا چگونه بیمار را برای جراحی ایمپلنت آماده کنیم و در نهایت به چگونگی روش های جراحی در فک بالا و پایین بپردازیم. البته این چنین آموزش هایی که در ذهن من هست در ایران انجام نشده و در خارج از کشور چون اغلب توسط شرکتها انجام می شود و می خواهند در طی زمان کم آموزش دهند پس آموزش بلندمدت در کورس های خارجی هم نیست، مگر دانشگاه هایی که آموزش های آکادمیک را انجام می دهند و طی سالیان ایمپلنتولوژیست تربیت می کنند.

دکتر سید مسعود احمدی ابهری: آقای دکتر از اینکه در این مصاحبه شرکت کردید و در همایش ایمپلنت انجمن دندانپزشکان عمومی ایران سخنرانی می فرمایید، از شما سپاسگزارم.

ایمپلنتولوژی نوین جای خودش را یافته است، ولی از آن به بعد چون درصد موفقیت زیاد بوده سرعت جا افتادن ایمپلنت هم در مقایسه با درمان های سنتی و Conventional زیاد بوده است.

قبلاً روش های Conventional، مثلاً در جراحی، Bone Graft یا Bone substitute یا Augmentation انجام می شد تا یک بیمار بتواند از یک Denture نسبتاً راحتی استفاده نماید ولی امروزه این روش ها منسوخ شده اند، همان طور که بعضی از همکاران دیگر که قبلاً Bridge می ساختند، الان کمتر این کار را می کنند. پس نیایستی فکر کنیم که با روش نوین بیگار می شویم و در کارمان کسادی ایجاد می شود بلکه روش های نو که منطقی تر و سریعتر هستند را بپذیریم.

پرسش: به نظر جنابعالی روش های درمانی با استفاده از ایمپلنت که در ایران در حال انجام است با استانداردهای جهانی همسو و منطقی می باشد؟

دکتر بیژن اخوان آذری: من فکر می کنم که متخصصین ما از تمام روش های جدیدی که در درمان با ایمپلنت وجود دارد و نکات تخصصی مربوط به آن به طور کامل اطلاع دارند و به روز هستند و از این نظر خوشحالم که در مقایسه با Lecture های اساتید خارج از کشور و اساتید داخل کشور تفاوتی وجود ندارد.

پرسش: آیا میزان آموزش های آکادمیک برای ایمپلنت در ایران کافی است و یا ضروری است که این آموزش ها با آموزش های تکمیلی برای دندانپزشکان همراه باشد؟

دکتر بیژن اخوان آذری: تلاش و یا آموزش در هیچ زمانی کافی نیست و از دیدگاه مورد نظر شما هم آموزش آکادمیک کافی نبوده ولی بالنسبه بد هم نبوده، به خصوص در سالهای اخیر، ولی تا بحال آموزش آکادمیک بلندمدت منظم و منسجمی هم در ایران انجام نشده است.

پرسش: آموزش های شرکتی را می پسندید؟

دکتر بیژن اخوان آذری: به نظر من آموزش توسط هر کسی که شرایط آن را داشته باشد که خوب آموزش دهد، اشکالی ندارد. اگر مثلاً استاد دانشگاهی در مطب خودش و بر مبنای اصول کافی و کامل، به دانشجویان خود آموزش دهد کسی اعتراضی ندارد که چرا به همکاران آموزش می دهد. پس آموزش توسط هر کسی باشد هیچ اشکالی ندارد ولی به شرطی که آموزش درست باشد. بر شرکتها هم این اعتراض وجود ندارد ولی به شرطی که در کنار معرفی کالای خودشان به مسایل علمی Basic به طور دقیق و کامل بپردازند و در کنار آن آموزش های علمی، کالای خود را معرفی نمایند، به شکلی که اگر کسی کالایی را هم قصد ندارد بخرود ولی از آموزش های علمی آن بهره مند شود. در عین حال منافعتشان هم نوش جانشان!

پرسش: انجمن دندانپزشکان عمومی ایران برای برگزاری همایش جامع ایمپلنت تلاش ویژه ای را به کار بسته است تا با بهره گیری از دانش متخصصین پروتز، پروپ، جراحی و رادیولوژی در این همایش آموزش کاملی را برای دندانپزشکان عمومی کشور ارائه دهد، این تلاش را چگونه می بینید؟

دکتر بیژن اخوان آذری: من فکر می کنم خیلی خوب



دکتر بیژن اخوان آذری جراح دهان، فک و صورت در مصاحبه ای پیرامون جایگاه درمانی ایمپلنت، مراکز آموزشی ایمپلنت و راه های دستیابی به آموزش سازنده و آکادمیک ایمپلنت دیدگاه های خود را اعلام کرده اند. دکتر اخوان آذری از سخنرانان همایش جامع ایمپلنت (۱) انجمن دندانپزشکان عمومی ایران هستند که در تاریخ ۲۸-۲۶ اردیبهشت ماه ۱۳۸۶ در هتل المپیک برگزار می شود. این مصاحبه توسط دکتر سید مسعود احمدی ابهری انجام شده است.

دکتر سید مسعود احمدی ابهری: آقای دکتر سلام، خوشوقتم که با جنابعالی مصاحبه ای در خصوص همایش جامع ایمپلنت دارم. پیشاپیش از اینکه در مصاحبه شرکت می فرمایید، سپاسگزارم. با توجه به اینکه زمان برگزاری اولین همایش جامع ایمپلنت نزدیکتر می شویم، نظراتان را به طور کلی در مورد این همایش اعلام فرمایید.

دکتر بیژن اخوان آذری: به تمام گردانندگان همایش ایمپلنت که توسط انجمن دندانپزشکان عمومی ایران انجام می پذیرد خسته نباشید می گویم. این در نوع خود اولین بار است که همایش ایمپلنت توسط انجمن ها برگزار می شود. برنامه های کوتاه مدتی قبلاً برگزار شده است ولی از این که انجمن دندانپزشکان عمومی ایران توانسته است از همکارانم در این همایش بیشتر بهره گیرد خوشحالم و به برگزار کنندگان این همایش تبریک می گویم.

پرسش: لطفاً درمان های ایمپلنت که درمانی نوین برای جایگزینی دندان های از دست رفته به شمار می آید را با درمان های Conventional مقایسه فرمایید.

دکتر بیژن اخوان آذری: ایمپلنت از دیدگاهی جای خودش را در درمان ها سریع باز نموده است و از دیدگاه دیگر چون درمان با استفاده از ایمپلنت دهه های زیادی است که شروع شده، Failure های متعددی هم داشته در حقیقت قبل از دهه ۵۰

هیئت تحریریه:

دکتر ناصر آخوندان، دکتر آرمیس آریا، دکتر علیرضا ایریسم چیان، دکتر مهرداد ابوالقاسمی، دکتر احمد رضا احسانی، دکتر جمیله اجفری، دکتر مسعود احمدی ابهری، دکتر محمد حسین ارگانی، دکتر هادی اسدیان، دکتر لیلی اسماعیلی، دکتر ناهید ایرانی، دکتر فاطمه بسیج، دکتر حامد پدram، دکتر مریم حقیقی فرد، دکتر مریم خان محمدی، دکتر فاطمه دفتران، دکتر مجید رستگار، دکتر محمد رشاد، دکتر آرش زاهدی، دکتر آسیه شریعی، دکتر شکوفه شیراندشت، دکتر شروین صلصالی، دکتر اسماعیل ضابطی، دکتر حسین طاهری زاده، دکتر آرزو علایی، دکتر شهریانو فدایی، دکتر همایون فراست، دکتر بهزاد فرخزاد، دکتر فرشاد فریدیونی، دکتر اعظم قاسمی، دکتر افشین قناد، دکتر فریمان کشاورز، دکتر آبرج کی پور، دکتر مهشید گرابلی، دکتر فریا موسایی، دکتر منصور میرپنج، دکتر نازیلا نجاری، دکتر سروش نوچیان، دکتر مولود نیکومنش، دکتر مهناز همتی، دکتر جعفر هنرمند

مادهنامه (خبرنامه انجمن دندانپزشکان عمومی ایران)

پیام انجمن



انجمن دندانپزشکان عمومی ایران
IRANIAN GENERAL DENTISTS ASSOCIATION

مسئول اجرایی شماره ۴۷: دکتر مولود نیکومنش
صاحب امتیاز: انجمن دندانپزشکان عمومی ایران
مدیر مسئول و سردبیر: دکتر باقر شهنی زاده

امور دبیرخانه: سحر صحت، آزاده بی پروا، سمانه مجاوران
امور بخش: دبیرخانه انجمن
شمارگان: ۱۰۰۰۰ نسخه
نشانی: کوی نصر، خیابان نودم، پلاک ۳۰، طبقه دوم
تلفن: ۸۸۲۷۹۵۲۶ - ۸۸۲۷۹۷۷
نمابر: ۸۲۶۳۰۳۷
صندوق پستی: تهران ۸۳۴ / ۱۴۳۹۵
وب سایت: www.IRANGDA.org
پست الکترونیک: info@IRANGDA.org

دکتر غلامرضا غزنوی: خوشبختانه با توجه به بالا رفتن دانش عمومی مردم و بیماران از طریق رسانه‌های عمومی دیدگاه‌های بیماران نیازمند به درمان ایمپلنت تغییر کرده و دیدگاه جدیدی حاکم شده است.

یک اصل پذیرفته شده علمی است استفاده می‌کنند و طبعاً تعداد بیمار تحت درمان ایمپلنت از سال‌های گذشته بیشتر شده است. ایمپلنتولوژی یک کار تیمی است متشکل از جراح و پروتودنتیست می‌باشد و نیاز به طرح درمان درست و علمی دارد. انتخاب بیمار باید به طور صحیح انجام شود. صرف نظر از این، ایمپلنت مزایای خاص خود را دارد و به طول درمان بیشتر و هزینه بیشتر نیاز دارد در حقیقت سیستم‌های ایمپلنت که اکثراً از خارج وارد می‌شود هزینه‌بر است چون ایمپلنت سیستم پیشرفته و مدرن است هزینه خاص خود را دارد و خوب طبیعی است خیلی از آحاد مردم نتوانند از این سیستم استفاده کنند.

پرسش: به نظر شما برای اینکه ایمپلنت و آموزش آن اصولی و آکادمیک گردد باید چه اقداماتی انجام گیرد و هم‌کنون چه معضلاتی در این مورد وجود دارد؟

دکتر غلامرضا غزنوی: دندانپزشکان باید از آموزش مدون بهره گیرند که این آگاه شدن با تدابیر، روش‌ها و سیستم‌های جدید ایمپلنت و کاربری آنها باعث می‌شود تا حدی مشکلات بعدی کم شود. یکسری مسائل از قبیل آلرژی و استخوان در برگیرنده را در نظر بگیریم چه بسا درمان با شکست مواجهه می‌شود. همین باعث می‌شود که درمان‌های انجام شده توسط تعداد معدودی از افراد که مسائل علمی در نظر گرفته نشده را رعایت نمی‌کنند سبب نارضایتی بیماران می‌شود.

پرسش: به نظر شما دندانپزشکان عمومی در حوزه ایمپلنت چگونه باید وارد شوند و ارتباط آنها با متخصصان چگونه باید باشد؟

دکتر غلامرضا غزنوی: در هیچ جای دنیا این طور نیست که ایمپلنت مختص تیم خاصی باشد البته دوره‌های ایمپلنتولوژی شخص را قادر می‌کند توانمندی‌های بیشتری را در سرویس دهی و ارائه خدمات بهتر به بیماران بدست بیاورد. ولی واقعیت این است که هر حال در طول زمان تجربیات دندانپزشکان از درمان‌هایی که انجام می‌دهد بیشتر می‌شود و به اصول کار و موفقیت علمی وی کمک می‌کند ولی این دیدگاه که هر شخص بتواند هر Case را درمان کند شاید زیاد درست نباشد زیرا این نیاز به دوره‌های پیشرفته و عمل کرد تجارب بیشتر و Up date بودن دندانپزشک و آشنایی با اطلاعات روز دارد.

زیرا ما شاهدیم در طی ۱۵ سال گذشته طرح‌هایی از سوی بعضی شرکت‌های سازنده سیستم ایمپلنت ارائه شده که با پیشرفت علم تغییر می‌کند پس مسئولیت به عهده دندانپزشک است و او باید اطلاعات جدید را مدام کسب کند.

پرسش: آینده ایمپلنت را به عنوان درمان دندانپزشکی، چگونه پیش‌بینی می‌کنید؟

دکتر غلامرضا غزنوی: در تمام دنیا ایمپلنت به عنوان دوره‌های علمی شناخته شده است. در صورتی که با درایت و رعایت تمام اصول ایمپلنتولوژی و آگاهی لازم و باز هم تأکید می‌کنم انتخاب صحیح بیمار و با مشورت یک تیم کارآمد تصمیم‌گیری کنیم آینده در دست ماست. در غیر این صورت شاهد مشکلات فراوانی در جامعه خواهیم بود و در واقع بیمارانی که از ایمپلنت استفاده می‌کنند که آمار موفقیت درمان را نشان می‌دهد این طور که شرکت سازنده می‌گویند ۹۷٪ موفقیت در ایمپلنت وجود دارد، این طور نیست ایمپلنت شکست هم دارد و مسئولیت آن به عهده تیمی است که این کار را انجام می‌دهند می‌گردد به دوش دندانپزشکی.

پرسش: سخنرانی شما در همایش ایمپلنت چه موضوعی می‌باشد و جایگاه موضوع مورد بحث و نیاز دندانپزشکان را به آن چگونه می‌بینید؟

دکتر غلامرضا غزنوی: سخنرانی من طبق نظر شورای برگزاری همایش در مورد ایمپلنت‌های فک پایین و ناحیه خلفی است که من دوست دارم. در ارتباط با موقعیت و شکست در انتخاب Case صحبت می‌کنم و بحثی داریم با همکاران دندانپزشک و انتخاب بیمار یک بحث بسیار عمده است که باید روی آن تأکید شود و در تمام مراحل درمان ما روی آن تأکید می‌کنیم.

دکتر شکوفه شیراندشت: آقای دکتر غزنوی از اینکه در همایش ایمپلنت انجمن دندانپزشکان عمومی ایران سخنرانی می‌کنید و در این مصاحبه شرکت داشته‌اید از سوی انجمن دندانپزشکان عمومی ایران از شما سپاسگزارم.

دکتر غلامرضا غزنوی: من هم برای شما و همکاران آرزوی توفیق می‌کنم.

از حضور جنابعالی در همایش ایمپلنت و این مصاحبه‌ای که با انجمن دندانپزشکان عمومی ایران می‌کنید، سپاسگزارم.

دکتر شکوفه شیراندشت: آقای دکتر مقایسه جایگاه ایمپلنت در ایران و در سایر کشورهای جهان از نظر کاربرد توسط متخصصین و استقبال بیماران را چگونه می‌بینید؟

دکتر غلامرضا غزنوی: ضمن عرض سلام از انجام مصاحبه خیلی ممنون هستم خوشبختانه در ایران جایگاه ایمپلنت قدمت دیرینه دارد و اولین ایمپلنت در ایران در سال ۱۳۴۱ توسط دکتر باکی هاشمی گذاشته شد که او یک Staple در ۲ فک کار گذاشت که سالها بیمارانش از آن استفاده می‌کرد. در حقیقت ظهور ایمپلنتولوژی مدرن از سال ۱۳۶۵ به این طرف توسط بعضی همکاران متخصص شروع گردید. چه از نظر جراحی Super structure و چه از نظر پروتز در مطب خودشان به کار مشغول شدند ولی ایمپلنتولوژی با تدبیر ویژه و با پروتکل علمی از ۱۳۷۱ اولین بار از دانشگاه تهران شروع شد و این دانشکده اولین مرکز ایمپلنتولوژی را در یک بخش خاصی شروع کرد و به پذیرش و درمان بیماران پرداخت. متعاقب توسط در سایر دانشکده‌ها و پس از سایر همکاران عمومی و متخصص به درمان ایمپلنت پرداختند. خوشبختانه با توجه به بالا رفتن دانش عمومی مردم و بیماران از طریق رسانه‌های عمومی دیدگاه‌های بیماران نیازمند به درمان ایمپلنت تغییر کرده و دیدگاه جدیدی حاکم شده است. بیماران از این درمان‌های پیشرفته که



دکتر غلامرضا غزنوی پروتودنتیست در همایش ایمپلنت انجمن دندانپزشکان عمومی ایران که در تاریخ ۲۸-۲۶ اردیبهشت‌ماه ۱۳۸۶ در هتل المپیک برگزار می‌شود سخنرانی می‌کنند. ایشان در مصاحبه‌ای در مورد نقش مهم پروتز در پایه‌ریزی برای درمان موفقیت‌آمیز نظرات خود را اعلام کردند. این مصاحبه توسط دکتر شکوفه شیراندشت انجام شده است.

دکتر شهریار شهاب: در حال حاضر وجود Cone Beam CT انتخاب اول ما برای انتخاب درمان Implant است که یک نوع خاصی از CT Scan است.

ساخته شده که تقریباً از اواخر سال ۲۰۰۰ وارد بازار شده به نام Cone Beam CT. پیشرفت خوبی هم داشته است و در حال حاضر وجود Cone Beam CT انتخاب اول ما برای انتخاب درمان Implant است که یک نوع خاصی از CT Scan است.

پرسش: در جراحی Single Implant توصیه می‌شود که حتماً رادیوگرافی O.P.G. و پری آپیکال تهیه شود. از نظر میزان اندازه‌گیری بین واقعیت و رادیوگرافی آیا این رادیوگرافی‌ها قابل اعتماد هستند؟

دکتر شهریار شهاب: بله شاید خیلی نتوانیم روی اندازه‌گیری رادیوگرافی پانورامیک حساب کنیم ولی P.A. به خاطر موازی بودن ارتقاع با دقت بالا به ما می‌دهد و حتی در پانورامیک ما با وارد کردن بزرگمایی دستگاه می‌توانیم ارتقاع تقریبی را بگیریم. در پانورامیک ما همیشه به دنبال ارتقاع نیستیم بلکه دنبال ارتقاع مفید هستیم ولی در یک ریج با ارتقاع مناسب ممکن است به خاطر عدم ضخامت، خوب نتوانیم ایمپلنت مناسب استفاده کنیم و با مشکل مواجه شویم.

پرسش: در همایش ایمپلنت انجمن دندانپزشکان عمومی ایران، در پانل رادیوگرافی شما در چه مباحثی صحبت می‌فرمایید؟

دکتر شهریار شهاب: در این قسمت بحثی که مربوط به من است در رابطه با مسأله توموگرافی است. توموگرافی درمان انتخابی ما در ایران بوده و شاید به خاطر آن من این بحث را انتخاب کرده‌ام و شاید در چند ماه دیگر ما امکانات Cone Beam CT را در کشور داشته باشیم. البته تا الان سیستم ما در ایمپلنت توموگرافی بوده و بحث من شروع برای Cross sectional imaging و توجهی به سیستم توموگرافی و دستور عکس در ایمپلنت است که دندانپزشک چطور بتواند برای بیمار دستور رادیوگرافی بدهد تا رادیولوژیست اطلاعات بیشتری بتواند در اختیارش بگذارد.

دکتر شکوفه شیراندشت: آقای دکتر از اینکه در این مصاحبه شرکت کرده‌اید و در همایش ایمپلنت سخنرانی می‌کنید از سوی انجمن دندانپزشکان عمومی ایران از شما سپاسگزار می‌کنم.

در پانل رادیولوژی همایش ایمپلنت انجمن دندانپزشکان عمومی ایران دکتر شهریار شهاب سخنرانی می‌کنند. این همایش ۲۸-۲۶ اردیبهشت‌ماه ۱۳۸۶ در هتل المپیک برگزار می‌گردد. این مصاحبه توسط دکتر شکوفه شیراندشت انجام شده است.



دکتر شکوفه شیراندشت: برای انجام یک جراحی خوب و قراردادن جایگاه مناسب ایمپلنت، نقش رادیوگرافی چیست؟

دکتر شهریار شهاب: رادیوگرافی تعیین کننده طول و ضخامت و جهت ایمپلنت است و با این کار شما محل ساختمان‌های حیاتی را می‌توانید پیدا کنید مثل مندیبولار کانال و سینوس و این کمک می‌کند به اینکه شما در زمان درمان بیماران دچار مشکل نشوید و اگر مشکل خاصی در این وجود دارد از قبل پیش‌بینی کنید.

پرسش: CT Scan به عنوان یک ضرورت در درمان ایمپلنت چه جایگاهی پیدا کرده است؟

دکتر شهریار شهاب: CT Scan تقریباً تا چند سال پیش (حدود ۳ الی ۴ سال پیش) در تمام دنیا جایگاه‌اش فقط مربوط به زمانی بود که ما مشکل قرار دادن ایمپلنت‌های متعدد را داشتیم. یعنی اگر می‌خواستیم چند تا ایمپلنت داشته باشیم از CT Scan استفاده می‌کردیم زیرا استفاده از روش‌های دیگر مثل توموگرافی برای بیماری که کاندید دریافت چند ایمپلنت است از نظر وقت و میزان اشعه کار عاقلانه‌ای نبود الان هم از توموگرافی استفاده می‌شود. هنوز هم در Text ها توموگرافی انتخاب اول است و ما اگر برای ۱ تا ۳ ایمپلنت از توموگرافی به عنوان روش تشخیصی برای موضع ایمپلنت استفاده کنیم به خاطر دوز کم‌اش از دسترس بودنش استفاده می‌شود ولی CT Scan را شما فرمودید الان داستان دارد عوض می‌شود زیرا دستگاه‌های جدیدی

دکتر محمد حسین پدram: دندانپزشکان عمومی نقش عظیمی در ارتقاء سطح سلامت عمومی جامعه دارند و ایمپلنت هم یکی از طرح درمانهاست. باید با ایمپلنت آشنا شوند و این تکنیک را یاد بگیرند و اگر نتوانستند، بیمار را به یک دندانپزشک متخصص ارجاع دهد.

می کردند. امروزه با گذشت ۴۰-۳۵ سال از ابداع این تکنیک و با پیشرفتهایی که در صنعت ساخت انواع ایمپلنت ها و مهندسی بافت نرم ایجاد شده و همینطور با توجه به اقبال عمومی مردم نسبت به زیبایی در ساخت پروتزهای متکی بر ایمپلنت علاوه بر فانکشن و تکلم باید به مسئله زیبایی بهای کافی داده شود. در این سخنرانی موضوع زیبایی از دید پروتز در esthetic zone از مرحله شروع طرح درمان تا اتمام کار با نمایش اسلایدهای متنوع بررسی و نمونه های مختلف نشان داده خواهد شد.

پرسش: در خاتمه اگر صحبت خاصی در رابطه با همایش ایمپلنت که در پیش داریم، دارید بفرمایید.

دکتر محمد حسین پدram: اینجانب از همان روزهای اول در جریان برنامه ریزی مربوط به این همایش بوده ام. اولاً انتخاب جناب آقای دکتر اجلائی بعنوان دبیر این همایش را بسیار مناسب و سنجیده می دانم. در این همایش چون از نظر علمی مطالب بسیار متنوعی مطرح می شود، بخاطر مفید بودن برای دندانپزشکان عمومی موضوعات به دو قسمت ایمپلنت (۱) و (۲) تقسیم شد که در مرحله اول موضوعات مربوط به جایگذاری ایمپلنت های تک دندانی و دو دندانی در قسمت های قدامی و خلفی بحث می شود و در مرحله دوم مسایل پیشرفته تر بررسی خواهد شد. با توجه به اینکه سخنرانان ایمپلنت (۱) از افراد با تجربه و صاحب نظر مراکز آموزشی کشور انتخاب شده اند و در تمامی پانل ها هم پروتودنتیست و هم جراح و رادیولوژیست حضور خواهد داشت، برای دندانپزشکان عمومی مجال مناسبی خواهد بود تا از مرحله طرح درمان، جراحی و ساخت پروتز را در هر پانل بصورت مستقل پیگیری نموده و پاسخ سئوالات خود را دریافت نمایند. در خاتمه به مسئولین برگزار کننده همایش ایمپلنت و تمامی اعضای دندانپزشکی عمومی ایران خسته نباشید می گویم.

دکتر فریبا سید ابوالحسنی: من نیز از شرکت شما در این مصاحبه و همایش آتی و سایر برنامه های انجمن تشکر می کند و امیدوارم همه همکاران بتوانند از سخنرانی بسیار مفید شما استفاده کنند.

دکتر مسعود ورشوساز: رادیوگرافی صدور ولی برای دندانپزشکان عمومی،



در مصاحبه ای با دکتر مسعود ورشوساز رادیولوژیست در مورد نقش رادیولوژی در درمان ایمپلنت نظرات تخصصی خود را اعلام کردند. وی از سخنرانان همایش ایمپلنت انجمن دندانپزشکان عمومی ایران که در ۲۸-۲۶ اردیبهشت ماه ۱۳۸۶ در هتل المپیک می باشد. این مصاحبه توسط دکتر شیلان عزیزری انجام شده است.

دکتر شیلان عزیزری: نظر شما در مورد جایگاه رادیولوژی در دندانپزشکی چیست؟ به نظر شما آیا کارهای بیشتری باید صورت گیرد؟

دکتر مسعود ورشوساز: همان طور که می دانید رادیولوژی در واقع Base علوم دیگر دندانپزشکی است چون تشخیص بین همه علوم دندانپزشکی هست. بنابراین توجه بیشتر به تشخیص و رادیولوژی باعث می شود درمان های دندانپزشکی با دقت بیشتر و نتیجه بهتر انجام شود.

پرسش: امروزه درمان ایمپلنت در دنیای جدید جایگاه خود را یافته است به نظر شما دندانپزشک چگونه باید از درخواست رادیوگرافی در ایمپلنت استفاده نکند؟

دکتر مسعود ورشوساز: در مورد imaging در ایمپلنت

آشنا می گردند و خود دندانپزشکان عمومی نیز با توجه به اطلاعات، علاقه و تواناییهای خود یا در امر درمان ایمپلنت شرکت نموده و یا بیماران نیازمند را به متخصصین یا مراکز که تجربیات کافی دارند معرفی می نمایند.

پرسش: هم اکنون شرکتی وجود دارند که بطور مستقیم در آموزش ایمپلنت از ابتدایی تا پیشرفته فعالیت می کنند. نظر شما در این رابطه چیست؟

دکتر محمد حسین پدram: پیش از اینکه دانشگاه های کشور و همینطور انجمن های تخصصی مبادرت به آموزش ایمپلنت نمایند انصافاً این شرکت های وارد کننده سیستم های ایمپلنت و نمایندگان آنها بودند که معرفی و آموزش تکنیک های اولیه ایمپلنت ها را انجام داده و وظیفه اعزام دندانپزشکان علاقه مند را به خارج از کشور جهت یادگیری ایمپلنت بعهده داشتند. اما امروزه از آنجایی که دانشگاه ها متولی امر آموزش و انجمن های تخصصی متولی برگزاری کنگره ها و سمینارهای کوتاه مدت در تمام زمینه ها و جمله ایمپلنت می باشند و با توجه به تحقیقات وسیعی که در تمام زمینه های جراحی و پروتز ایمپلنت انجام گرفته و مزایا و معایب اکثر سیستم های ایمپلنت مشخص شده است و هیچ شرکت یا سیستمی ایمپلنت بخصوصی هیچوقت معایب مربوط به سیستم خود را در کنگره هایی که خود برگزار می کنند، بیان نمی کنند انصاف این است که برگزاری کنگره های علمی مربوط به ایمپلنت نیز به عهده دانشگاه ها و انجمن ها باشد تا بر اساس نکات قوت و ضعف هر یک از سیستم ها بدون تعصب، مورد ارزیابی قرار گیرد و شرکت های وارد کننده انواع ایمپلنت ها اسپانسر این همایشها گردند، علاوه بر این کماکان شرکت های وارد کننده به معرفی اجزای سیستم و آموزش تکنیک های مربوطه ادامه دهند.

پرسش: نظر شما در رابطه با همکاری انجمن پروتودنتیستها با انجمن دندانپزشکان عمومی چیست؟

دکتر محمد حسین پدram: اینجانب بعنوان یک عضو کوچک انجمن پروتودنتیستها با افتخار اعلام می کنم که این انجمن یکی از ارکان اساسی علمی دندانپزشکی کشور می باشد و حضور این انجمن در هر سمینار یا کنگره موجب ارتقای علمی و آموزشی و اقبال شرکت کنندگان می شود. از آنجایی که انجمن دندانپزشکان عمومی نیز بر اعتبار علمی دندانپزشکی کشور نقش بسزایی داشته است، طبیعتاً همکاری این دو انجمن معتبر و البته انجمن های تخصصی معتبر دیگر برنامه های مختلف موجب افزایش کیفی خواهد شد.

پرسش: نظر شما در رابطه با کاربرد ایمپلنت های دندانی بصورت عام و ایمپلنت های فوری بصورت خاص چیست؟

دکتر محمد حسین پدram: پیش از اینکه ایمپلنت های دندانی توسط پروفیسور برانمارک بدنبال دندانپزشکی معرفی شود، افرادی که کلیه دندانهای خود را و یا دندانهای انتهایی فکین خود را (free end) را از دست داده بودند، محکوم به استفاده از پروتزهای متحرک دندانی بودند که معایب این نوع پروتزها از نظر فانکشن و مسائل روحی و عوارض بعدی در دندانهای باقی مانده بر همگان معلوم می باشد. اما امروزه با استفاده از ایمپلنت های دندانی، اینگونه بیماران از امتیازات پروتزهای ثابت برخوردار می باشند. اما در مورد قسمت دوم سوال این اصطلاح به سه صورت immediate function، immediate placement و immediate loading با شرایطی از قبیل عدم وجود عفونت و بزرگ بودن قطر فیکسچر از قطر محل ریشه کشیده شده بشرطی که در اطراف فیکسچر حداقل یک میلیمتر استخوان باقی مانده باشد بطوریکه بتوان primary stability لازم را بدست آورد قابل انجام می باشد. Immediate loading برای نخستین بار توسط گروه برانمارک تنها برای فک پایین و در بین دو فورامن منال توصیه شد. اما امروزه با پیشرفت تکنولوژی مربوط به شکل ظاهری سطح فیکسچر در مناطق وسیعی از دهان قابل اجرا می باشد.

پرسش: لطفاً بطور مختصر موضوع سخنرانی خود را در سمینار ایمپلنت بیان نمائید.

دکتر محمد حسین پدram: در همایش ایمپلنت اینجانب در پانل استتیک، زیبایی از دید پروتودنتیست را بررسی خواهم کرد. بطوریکه می دانید موضوع استتیک در هر کنگره ای و در کلینیک های خصوصی طرفداران زیادی دارد مردم نیز نسبت به مسئله زیبایی گرایش بیشتری از خود نشان می دهند. در اوایل ابداع تکنیک ایمپلنت تنها به مسئله استواییتنگریش اهمیت داده می شد و پروتزهای ساپورت شونده توسط ایمپلنت در ابتدا فاقد زیبایی بوده و فانکشن را تأمین



مصاحبه با آقای دکتر محمد حسین پدram متخصص پروتزهای دندانی، عضو هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی تهران که در همایش ایمپلنت (۱) انجمن دندانپزشکان عمومی ایران در پانل زیبایی ایمپلنت (esthetic) سخنرانی می کنند. این همایش در تاریخ ۲۸-۲۶ اردیبهشت ماه ۱۳۸۶ در هتل المپیک برگزار می شود. این مصاحبه توسط دکتر فریبا سید ابوالحسنی انجام شده است.

دکتر فریبا ابوالحسنی: به نظر شما دندانپزشکان عمومی تا چه حدی می توانند در حوزه ایمپلنت وارد شوند؟

دکتر محمد حسین پدram: لازم به توضیح است که درمان ایمپلنت مانند سایر تکنیکهای دندانپزشکی یکی از انواع طرح درمانها می باشد که اگر از این طرح درمان (ایمپلنت) بدرستی استفاده شود برای بیمار مفید واقع می شود. با توجه به مطلب فوق، دندانپزشکان عمومی اگر اطلاعات پایه مربوط به این رشته را چه در دانشگاه ها و چه در کنگره ها و سمینارها و یا مراکز خصوصی بصورت صحیح فرا گرفته باشند و با توجه به توانایی های فردی و انتخاب بیمار مناسب و محل درمان از کیس های ساده به سمت پیشرفته بتدریج می توانند از مزایای این طرح درمان استفاده نمایند. همانگونه که در سایر طرح درمانها از قبیل معالجه ریشه، کشیدن دندانهای عقل یا ارتودنسی و پروتز دندانپزشکی مسئول طرح درمان می باشد و در صورت عدم موفقیت باید پاسخگو باشد، در درمان ایمپلنت نیز باید دندانپزشک عمومی متناسب با توانایی و دانش علمی خود به نحوی عمل نماید که در عین مفید بودن درمان، از مشکلات قانونی در امان باشد و در صورتی که درمان ایمپلنت خارج از توان علمی و عملی وی باشد، باید بیمار را به مراکز تخصصی معرفی نماید. یکی دیگر از امتیازات یادگیری ایمپلنت توسط دندانپزشکان عمومی، ارتقای سطح دانش عمومی افراد جامعه نسبت به ایمپلنت و بهره برداری بخش عظیمی از افراد جامعه از این طرح درمان می باشد.

پرسش: انجمن دندانپزشکان عمومی تلاش می کند زمینه آموزش علمی و عملی را برای دندانپزشکان عمومی فراهم کند. نظر شما در این رابطه چیست؟

دکتر محمد حسین پدram: مدت مدیدی است با فعالیتهای این انجمن از قبیل برگزاری برنامه های مدون که بعنوان سخنران شرکت داشته ام و همینطور از طریق انتشار نشریات که مقالات علمی معتبری را به چاپ می رساند آشنا می دارم، شاهد فعالیتهای این انجمن در ارتقای سطح علمی دندانپزشکان عمومی کشور می باشم. بطوریکه در برخی موارد در یک روز ۲۷ برنامه مدون برگزار شده است. مدیریت انجمن و افرادی که در انجمن فعالیت می کنند، گروهی صمیمی و یکدل می باشند که علاوه بر فعالیت های ذکر شده، برگزاری کنگره ها و سمینارها و همین همایش ایمپلنت نیز از نتایج این صمیمیت می باشد.

پرسش: بنظر شما برگزاری همایشها، دوره های کوتاه مدت آموزش ایمپلنت تا چه حد می تواند در آگاهی دندانپزشکان عمومی و آینده درمان ایمپلنت تأثیر داشته باشد؟

دکتر محمد حسین پدram: بطوریکه در پاسخ سوال اول عرض کردم از آنجایی که دندانپزشکان عمومی هر روزه با قشر وسیعی از بیماران در سراسر کشور در تماس می باشند، اگر با برگزاری این دوره های کوتاه مدت چه بصورت مدون و چه بصورت سمینار و کنگره، آگاهی های لازم و اطلاعات علمی ضروری در مورد ایمپلنت به دندانپزشکان عمومی داده شود، در اندک مدتی تمامی افراد نیازمند به درمان دندانپزشکی در سراسر کشور با این طرح درمان پیشرفته

دکتر امین یمنی: جراح و پروتودنتیست هنگام مقایسه سیستم‌های ایمپلنت بر حسب نیازشان سیستم را انتخاب می‌کنند و شاید جایی مجبور باشند سیستم‌ها را عوض کنند. می‌دانیم بعضی فیکسچرها، یک مرحله‌ای هستند و برخی دو مرحله‌ای در جاهایی که دو مرحله جراحی داریم، به نظر من فیکسچرهای یک مرحله‌ای نقص دارند، در واقع سیستم نیست که پلان جراحی را مشخص می‌کند. استخوان بیمار، جراح و پروتودنتیست هستند که تصمیم می‌گیرند، چه سیستمی انتخاب کنند.

تمایلی به ایمپلنت نشان نمی‌دهند و یا کنتراندیکاسیون در نظر می‌گیرند. ولی تمام بیماری‌های سیستمیک که کنترل شده هستند فقط با یکسری شرایط می‌توان برایشان ایمپلنت انجام داد.

پرسش: سؤال بعدی در مورد بیماری‌هاست که مشکل استخوانی دارند مثلاً دندان‌هایشان را مدت زیادی است کشیده‌اند یا از دست داده‌اند، چه کار می‌توان برایشان کرد؟

دکتر امین یمنی: می‌دانیم وقتی دندان کشیده می‌شود تمام نیروهای فشاری و کششی از روی آن حذف می‌شود در نتیجه تراپیکول استخوان شروع به از بین رفتن می‌کند و دانسیته خود را از دست می‌دهد که البته در فک بالا و پایین فرق می‌کند. ولی همه تمایل دارند به سمت داخل بیایند، یعنی در فک بالا تحلیل به سمت پالاتال و در فک پایین به سمت لینتگوال است. حتی زیر بریج‌ها تحلیل استخوان دارند و چون نشست‌گاه اصلی ایمپلنت استخوان است باید استخوان شرایط مناسبی داشته باشد. قبلاً می‌گفتند هر جا استخوان داریم ایمپلنت بگذاریم ولی امروزه می‌گویند ایمپلنت را جایی بگذاریم که باید بگذاریم و بر مبنای محل ایمپلنت استخوان را ارزیابی کنیم. اگر در جایی دندان کشیده شده و تحلیل دارد باید استخوان به یک بستر مناسب تبدیل شود. پس نیاز به پیوندهای استخوانی دارد. درمان‌های جدید مثل اکسپنشن استخوان یا استئودیسترکتورهایی که جدید است کمک می‌کند که نقص کمی و کیفی استخوان را حل کنیم.

پرسش: حالا اگر ما این کار را کردیم و یک استخوان مناسب در آن ناحیه به وجود آمد، پروتوز آن همان حالت را دارد؟

دکتر امین یمنی: بله، وقتی استخوان بعد از پیوند، mature می‌شود دیگر ما با یک استخوان پیوندی سروکار نداریم و با یک استخوان کامل سروکار داریم که می‌توانیم رویش کار کنیم. **پرسش:** در کشورهایی دیگر مثل فرانسه می‌گویند یکسری

کارگاه‌های عملی روی مدل‌های انسانی دارند و غیر از آن روی مدل مکمل کار می‌کنند. در حال حاضر در ایران می‌توان اجراء کرد؟

دکتر امین یمنی: ما در حال برگزار هستیم. ما یک مرکز آموزشی و مجیز و بسیار بزرگ داریم آماده می‌کنیم که تمام قسمت‌های لابراتوار، پروتز، جراحی حتی توموگرافی‌های رادیولوژی و غیر رادیولوژی را در آن آماده می‌کنیم که دندانپزشکان بتوانند آنجا به همه چیز مستقیماً سروکار داشته باشند، روی فک‌هایی که از قبل آماده است کار شود و تهیه حفره‌ها را انجام می‌دهیم که دندانپزشکان آن را در محیط بیرون و غیر از اسلاید لمس کنند.

پرسش: در بین سیستم‌های ایمپلنت کدام موفق‌تر و کارایی آن بهتر است؟

دکتر امین یمنی: من خودم در مجموع با ۸-۷ سیستم کار می‌کنم. هر سیستمی روی چیزهایی کار کرده است. مثلاً روی surface یا Design کار کرده‌اند مجموع بعضی روی SLA اکتیوها کار کرده‌اند که خود آن دنیا است که تغییراتی روی surface است. جراح و پروتودنتیست هنگام مقایسه سیستم‌های ایمپلنت بر حسب نیازشان سیستم را انتخاب می‌کنند و شاید جایی مجبور باشند سیستم‌ها را عوض کنند. می‌دانیم بعضی فیکسچرها، یک مرحله‌ای هستند و برخی دو مرحله‌ای در جاهایی که دو مرحله جراحی داریم، به نظر من فیکسچرهای یک مرحله‌ای نقص دارند، در واقع سیستم نیست که پلان جراحی را مشخص می‌کند. استخوان بیمار، جراح و پروتودنتیست هستند که تصمیم می‌گیرند. چه سیستمی انتخاب کنند. البته چون سیستم‌ها گران هستند همه توانایی خرید و نگهداری مثلاً پنج سیستم را ندارند در نتیجه روی یک سیستم فوکوس می‌کنند. محدودیت اقتصادی هم دندانپزشکان و هم بیماران در بعضی موارد کار با همه سیستم‌ها را کمی محدود می‌کند. قیمت فیکسچر با امانت از ۱۲۰-۱۰۰ هزار تومان تا ۳۵۰ هزار تومان هست. یکسری کامپوننت‌های اضافی هم وجود دارد مثل آنالوگ و ترانسفر کوپینگ، جنجیوال فورمر و کارواسکرو ... که باعث می‌شود در شروع کار یک ایمپلنت ۵۵۰ هزار تومان هزینه دربر داشته باشد و هزینه‌های دیگر مثل لابراتوار، پروتز و هزینه جراحی برای بیمار هست و گاهی مجبور به استفاده از ایمپلنت ارزان‌تر می‌شویم.

دکتر مریم خان محمدی: آقای دکتر از اینکه در این مصاحبه شرکت کردید و در همایش ایمپلنت سخنرانی می‌فرمایید از سوی انجمن دندانپزشکان عمومی ایران از جنابعالی تشکر می‌کنیم.

فعالیت پیدا کند مجبور شدند یکسری امکانات آموزشی بگذارند که خیلی از همکاران که کارهای وسیع هم انجام می‌دهند شروع‌شان از همین شرکت‌ها بوده است. این که این کار مفید باشد یا نباشد به توانایی افراد و شرکت‌ها و ارائه خدمات آموزشی برمی‌گردد.

پرسش: انجمن دندانپزشکان عمومی ایران تلاش می‌کند، با هماهنگی همکاران متخصص و سایر انجمن‌های علمی تخصصی در مورد ایمپلنت همایش برگزار کند. میزان موفقیت این برنامه‌ها را چگونه می‌بینید؟

دکتر امین یمنی: می‌دانید که بیشترین استفاده کننده از ایمپلنت‌ها، در جایی مثل آمریکا، دندانپزشکان عمومی هستند و از آنجایی که دانشگاه‌های ما در حال حاضر در این مسأله هیچ آموزش مدونی ندارند و دندانپزشک عمومی هم باید در مورد ایمپلنت اطلاعاتی داشته باشد، پس باید از کلاس‌های آموزش مدون و این گونه همایش‌ها استفاده کنند یا به شرکت‌هایی مراجعه کند که آموزش می‌دهند و مواد آن را نیز می‌فروشند و ببینند که یک دندانپزشک چقدر می‌تواند از این کلاس‌ها و همایش استفاده کند.

پرسش: عمر دندان ایمپلنت در مقایسه با عمر دندان طبیعی چقدر است چون بیماران نیز این سؤال را می‌پرسند؟

دکتر امین یمنی: در مورد هر درمانی ما یک پیش‌آگهی داریم. پیش‌آگهی در مورد ایمپلنت‌ها بین ۵ تا ۱۰ سال مطرح می‌شود. در حال حاضر پروتوز ۱۰ ساله در نظر می‌گیرند یعنی پروتوز ۱۰ ساله ایمپلنت بین ۹۷ تا ۹۸ درصد است. البته به این معنی نیست که بعد از ۱۰ سال از بین برود و بیفتد بلکه بستگی به مراقبت بیمار، مراجعه به دندانپزشکی و Follow up دقیق درمان‌های ایمپلنت دارد.

پرسش: در کدام بیماران اصلاً ایمپلنت مورد تجویز نمی‌باشد؟

دکتر امین یمنی: بعضی از بیماری‌های سیستمیک کنترل شده هستند. بعضی هم کنترل نشده‌اند. مثلاً اگر دیابت کنترل نشده باشد و قند بیمار بین ۱۵۰ تا ۱۸۰ یا بیشتر باشد خیلی از همکاران

صد در تشخیص موثر است. ممکن است برای همکار متخصص درصد کمتری درصد بیشتر کمک‌کننده است به خصوص تکنیک‌های کراس سکشنال

کلاً چه دندانپزشک عمومی و چه متخصص یک بحثی داریم که انواع تصویربرداری مختلف هم به صورت روتین و هم به صورت اختصاصی انجام شود. هر کدام جایگاهی دارند و هر کدام اندیکاسیون و کنتراندیکاسیون‌هایی دارند که همیشه ما در سخنرانی‌ها عنوان می‌کنیم که دندانپزشک باید بدانند نیازش به کدام رادیوگرافی و کدام imaging هست و بتواند از آن رادیوگرافی مقصود مورد نظرش را بدست بیاورد هر رادیوگرافی یک محاسن و یک معایب دارد بنابراین از همه رادیوگرافی‌ها نمی‌توان استفاده کرد و همچنین تکنیک‌های خیلی پیشرفته که امروزه هستند برای هر Case اندیکاسیون ندارند یعنی برای Case ساده، رادیوگرافی ساده انجام دهند و تکنیک‌های پیشرفته برای Case‌هایی که دو سه تا جایگاه ایمپلنت دارند و حتماً باید از روش Cross-sectional که سه سده بعدی هستند مثل توموگرافی، CT Scan که این روزها جایگاه خوبی باز کرده است استفاده شود ولی در مورد Single implant از بزرگی آپیکال یا پانورامیک استفاده می‌شود به خصوص به شرط این که دندانپزشک بتواند در قسمت‌های Anterior استخوان کافی را لمس کند و ببیند ضمن این که از توموگرافی همیشه در همه موارد استفاده می‌شود

پرسش: رادیوگرافی چقدر می‌تواند در تعیین جایگاه موفق ایمپلنت نقش داشته باشد؟

دکتر مسعود وروشوساز: همان‌طور که در ابتدا اشاره کردم چون تشخیص در پایه و اساس درمان باید تشخیص دقیق و صحیحی داده شود تا ایمپلنت موفق باشد بنابراین می‌توان گفت رادیوگرافی صددرصد در تشخیص موثر است. ممکن است برای افراد Expert (متخصص) این درصد کمتر باشد ولی برای افراد دیگر به خصوص دندانپزشکان عمومی که با دوره‌های ایمپلنت، تازه شروع می‌کنند، درصد بیشتر کمک‌کننده است به خصوص تکنیک‌های کراس سکشنال.

پرسش: نظر شما در مورد محیط دخالت آنالیزهای کامپیوتری در رادیولوژی در رابطه با ایمپلنت چیست؟

دکتر مسعود وروشوساز: مسلماً تکنولوژی برای کمک به



دکتر امین یمنی از همکاران سخنران جراح دهان، فک و صورت می‌باشند که در همایش ایمپلنت (۱) انجمن دندانپزشکان عمومی ایران سخنرانی می‌کنند که در تاریخ ۲۸-۲۶ اردیبهشت‌ماه ۱۳۸۶ در هتل المپیک برگزار می‌شود این مصاحبه توسط دکتر مریم‌خان محمدی انجام شده است.

دکتر مریم خان محمدی: معمولاً مرکزی نسبت به آموزش دوره‌های ایمپلنت اقدام می‌کنند که جزو سیستم آموزشی نیستند یعنی مرکزی که وابسته به دانشگاه‌ها نیستند. این آموزش‌ها چقدر می‌تواند مفید باشد؟ نظراتان را در این مورد بفرمایید؟

دکتر امین یمنی: مشکل عمده ما این است که اکنون در رابطه با آموزش ایمپلنت در بعضی مراکز غیر دانشگاهی و NGO ها موضوع گیری شده است. آموزش ایمپلنت از ابتدا به این شکل بود که چند سال پیش ما در دانشگاه‌ها هیچ آموزش ایمپلنتی نداشتیم. به این خاطر شرکت‌های وارد کننده ایمپلنت، برای این که هم‌جنس‌شان را معرفی کنند و هم اینکه این رشته در ایران بتواند

دکتر شیلان عزیز: آقای دکتر از اینکه در این گفتگو شرکت کردید و در همایش ایمپلنت سخنرانی می‌کنید از سوی انجمن دندانپزشکان عمومی ایران از شما سپاسگزار می‌کنم.

دکتر امین جلال جلالی: مردم را حتی در پایین ترین سطح اقتصادی و اجتماعی آگاه کنیم که این درمان وجود دارد و دندان پزشکان عمومی در اولین رده این اطلاع رسانی قرار دارند.

پرسش: به نظر شما دندانپزشک عمومی چگونه باید در حوزه ایمپلنت وارد شود و ارتباط آنها با همکاران متخصص چگونه می تواند باشد؟

دکتر امین جلال جلالی: الان در تمام دنیا بیشترین کسانی که دارند کار ایمپلنت را انجام می دهند دندانپزشکان عمومی هستند بنابراین خیلی ساده می توانم بگویم که مثل یک دندان پر کردن (یک کار خیلی ساده) درمان ایمپلنت انجام می دهند و در نهایت اینکه اگر کار به مشکلی برخورد و سخت گردید و یا اینکه به complicatin برخورد کردند با متخصصین ارتباط برقرار می کنند.

پرسش: نظراتان در مورد همه گیر شدن درمان ایمپلنت و ایجاد شرایط مناسب برای انجام درمان درست و عملی توسط دندانپزشکان عمومی چیست؟

دکتر امین جلال جلالی: رشته تخصصی من جراحی بیماری های لثه و پرودنتال می باشد. موضوعی که برای رشته خود من پیش آمده این است شاید اگر ۱۵-۱۰ سال پیش از مردم می پرسیدید که قرار است جراحی لثه برای شما انجام شود مردم حتماً با آن غریب بودند ولی حالا به صورت یک درمان روتین درآمده است، چگونه این اتفاق افتاده است. اولاً اطلاع رسانی بیشتر شده چه از طریق همه مدیاهایی که می توانست وجود داشته باشد و همین طور دندانپزشکان خودشان اعتقاد بیشتری به این درمان پیدا کرده اند. همین مسئله در مورد ایمپلنت هم هست ما مجبور شدیم مردم را حتی در پایین ترین سطح اقتصادی و اجتماعی آگاه کنیم که این درمان وجود دارد و دندان پزشکان عمومی در اولین رده این اطلاع رسانی قرار دارند.

پرسش: نظر شما درباره آموزش ایمپلنت توسط شرکت های وارد کننده ایمپلنت چیست؟

دکتر امین جلال جلالی: این یک نقص است متأسفانه دانشگاه ها و اساتید تا ۱۰ سال پیش فکر می کردند ایمپلنت یک چیز عجیب و غریبی است. این باعث شد که این نقص ایجاد شود و اجازه داده شد که شرکت ها آموزش را بدهند و وقتی شرکت ها آموزش را گرفتند یک learning severe ایجاد شد. یک اطلاع رسانی یک مرتبه ای برای توده وسیعی از دندانپزشکان انجام شد که متأسفانه دقیق نبود و بنابراین Failure ها را رفت. مثل همه جای دنیا ولی تنها کمکی که به ما کرد این بود که به سیستم های آموزشی مملکت مان و درمان مان این اجازه را داد که با ایمپلنت آشنا شوند.

پرسش: در رابطه با برنامه های علمی که در مورد ایمپلنت انجام می شود آیا به گونه ای هست که دندانپزشک بتواند بعد از گذراندن این دوره، ایمپلنت بگذارد یا این که این دوره شروعی برای دوره های گسترده آموزش ایمپلنت می باشد؟

دکتر امین جلال جلالی: به نظر من نمی تواند همان طوری که قبلاً عرض کردم این یک شروعی است. طبق تجربیاتی که من دارم آموزشی که یک نفر در یک روز یا دو روز می بیند و خودش روی فانتوم کار نمی کند نمی تواند شروع کننده خوبی باشد. بنده اعتقاد دارم باید در محیط های دانشگاهی و آموزشگاه های تعریف شده و در دوره های درازمدت این آموزش انجام شود تا بتواند نتیجه بخش باشد.

پرسش: در خاتمه مختصری از موضوع سخنرانی تان در این همایش صحبت بفرمایید و چنانچه توصیه ای به شرکت کنندگان دارید لطف بفرمایید.

دکتر امین جلال جلالی: در این همایش موضوع سخنرانی که به من واگذار کرده اند مفهوم زیبایی در ایمپلنت است که قاعدتاً قسمت جراحی آن می باشد نه قسمت پروتز در برنامه های سخنرانی که در این همایش درباره ایمپلنت گنجانده شده است بعد از اینکه ایمپلنت به همه معرفی شد که ایمپلنت چیست و یک سری Case های جایگزینی تک دندان نیز طرح گردید. قاعدتاً بعد از آن ترمینولوژی ایمپلنت باید گفته شود. قبل از سخنرانی من قرار است که سخنرانان محترم قبلی به شرکت کنندگان بگویند که Fixture چیست؟ و انتخاب Case چگونه است؟ بعد از اینکه همه این موارد را دانستیم حالا لازم است بدانیم که چه چیزهایی را قبل از طرح در حین، حین درمان و حین گذاشتن Fixture و در مرحله دوم جراحی باید در نظر بگیریم که دست پروتودنتیست را در انجام کار باز بگذاریم. برای اینکه او بتواند یک کار زیبایی تحویل بیمار بدهد سخنرانی من در این محدوده می باشد. موضوع دیگر اینکه همکاران محترم اگر بخواهند اطلاعاتی را قبل از سخنرانی من داشته باشند می توانند در ارتباط با بافت کراتینیزه و اهمیت آن در ایمپلنت و در ارتباط با Emergency profile مطالعه اولیه داشته باشند که هم من بتوانم و هم آنها بتوانند از موضوع سخنرانی استفاده ببرند.

دکتر فریبا ابوالحسنی: آقای دکتر از اینکه در این همایش به سخنرانی می پردازید و در این مصاحبه شرکت کردید از سوی انجمن دندانپزشکان عمومی ایران از شما سپاسگزارم.

دکتر فریبا ابوالحسنی: آقای دکتر امین جلال جلالی از اینکه در همایش ایمپلنت انجمن دندانپزشکان عمومی ایران قبول زحمت کرده اید و سخنرانی می کنید سپاسگزاریم.

پرسش: تأثیر برگزاری همایش ها و دوره های کوتاه مدت را در آگاهی یافتن دندانپزشکان عمومی چگونه می بینید؟ ارزیابی شما از آینده درمان Implant در کشور چگونه می باشد؟

دکتر امین جلال جلالی: من فکر می کنم این گونه همایش ها فقط می تواند برنامه ای باشد به عنوان یک چراغ راه، که اطلاعاتی به دندانپزشکان بدهد که ایمپلنت با این مشخصات وجود دارد. راه خوب و بد آن را نشان دهد، تا بتوانند بعداً بهتر آموزش ببینند. این آموزش در دوره های دراز مدت امکان دارد.

پرسش: آیا شما توصیه می کنید قبل از شروع به درمان Implant در مرحله جراحی، بیمار توسط پروتودنتیست ویزیت و طرح درمان ارائه شود؟

دکتر امین جلال جلالی: اگر قرار باشد یک دندانپزشک عمومی همه کارهای جراحی و پروتز را خودش انجام دهد، و این می تواند وجود داشته باشد، بنابراین خود دندانپزشک عمومی تعیین کننده تمام موارد است. اما اگر قرار باشد یک Team work کار کند، همان طوری که در تمام Text ها وجود دارد ما یک Primary judgment داریم. یعنی یک پروتودنتیست یا کسی که می خواهد پروتز ایمپلنت را بگذارد او تصمیم می گیرد، که طرح درمان چیست؟ این می تواند توسط دندانپزشک عمومی هم انجام شود. پیشنهاد می شود این گونه باشد.

دکتر نسرين اصفهانی زاده: دندانپزشکی کلاً در حال تغییر است و روز به روز مواد جدید و تکنیک های جدید ارائه می شود و در رابطه با ایمپلنت هم که روز به روز در حال تغییر است عمومی چیست؟

دکتر نسرين اصفهانی زاده: یکی از بهترین عملکردی که انجمن دندانپزشکان عمومی می تواند داشته باشد همکاری با انجمن های تخصصی است. چون عملاً هر رشته ای تخصص خودش را دارد و بیشترین کمک را متخصصین همان رشته می توانند بکنند و انجمن پروتودنتیست ها نیز تشکیلاتی دارند، مجله ای دارند و دوره هایی را خودش به صورت آموزشی برگزار می کند و اگر دو انجمن با هم همکاری داشته باشند عالی خواهد بود.

پرسش: آیا شما توصیه می کنید قبل از شروع درمان ایمپلنت مرحله جراحی بیمار توسط پروتودنتیست ویزیت و طرح درمان ارائه شود و کلاً همکاری ۲ گروه چگونه باید باشد؟

دکتر نسرين اصفهانی زاده: بله ایمپلنت یک کار تیمی است که متشکل از جراح و پروتودنتیست است که اینها باید همکاری تنگاتنگ داشته باشند اگر جراح بخواهد ایمپلنت بگذارد قبلاً پروتودنتیست باید بیمار را ویزیت کند و طرح درمان بدهد و پروتودنتیست هم باز اگر بخواهد برای بیمار درمان ایمپلنت ارائه کند باز هم برای نصب پروتز در محل خاص باید با جراح مشاوره داشته باشد و اگر دندانپزشک عمومی Concept هم جراحی و هم پروتز داشته باشد بهتر است.

پرسش: نظر شما در رابطه با آموزش ایمپلنت توسط شرکت های وارد کننده ایمپلنت چیست و در واقع آیا متخصصین حاضر که از سوی شرکت ها به همکاران دندانپزشک آموزش ایمپلنت می دهند به تنهایی برای ادامه کار ایمپلنت کافی است و یا باید سیستم ایمپلنت شرکت را نیز معرفی بکنند؟

دکتر نسرين اصفهانی زاده: خیر اولین هدف نباید تبلیغ سیستمی باشد بهتر است ما اصول اولیه کار داشته باشیم و ضمن آموزش اصول اولیه اگر در یک سیستم خاص شرایط خاصی برای جراحی یا قالب گیری نیاز باشد بهتر است توسط شرکت آموزش داده شود.

پرسش: در رابطه با برنامه عملی آیا به گونه ای است که دندانپزشک بتواند بعد از گذراندن این دوره ایمپلنت به انجام آن بپردازد و یا این دوره شروعی برای فاکتوری در دوره های گسترده آموزش ایمپلنت می باشد؟

دکتر نسرين اصفهانی زاده: من در جریان برنامه هستم. ولی نحوه برگزاری آموزش عملی مهم است. اگر دندانپزشک با این دید بخواهد به دنبال درمان ایمپلنت برود این دوره کافی نیست و این نیاز به دوره های دیگری دارد و با یک دوره سه روزه امکان انجام درمان ایمپلنت نیست.

دکتر شکوفه شیراندشت: ضمن تشکر از حضورتان در این همایش ایمپلنت و برنامه های از سوی انجمن دندانپزشکان عمومی ایران برایتان آرزوی موفقیت می کنم.



مصاحبه با آقای دکتر امین جلال جلالی از همکاران سخنران متخصص پروتز می باشد که در همایش ایمپلنت (۱) انجمن دندانپزشکان عمومی ایران سخنرانی می کنند که در تاریخ ۲۸-۲۶ اردیبهشت ماه ۱۳۸۶ در هتل المپیک برگزار می شود. این مصاحبه پیرامون دیدگاه دکتر جلالی درباره این گونه همایش ها و نقش دانشگاه ها در آموزش ایمپلنت توسط دکتر فریبا ابوالحسنی انجام شده است.

دکتر نسرين اصفهانی زاده: دندانپزشکی کلاً در حال تغییر است و روز به روز مواد جدید و تکنیک های جدید ارائه می شود و در رابطه با ایمپلنت هم که روز به روز در حال تغییر است عمومی چیست؟

دکتر نسرين اصفهانی زاده: یکی از بهترین عملکردی که انجمن دندانپزشکان عمومی می تواند داشته باشد همکاری با انجمن های تخصصی است. چون عملاً هر رشته ای تخصص خودش را دارد و بیشترین کمک را متخصصین همان رشته می توانند بکنند و انجمن پروتودنتیست ها نیز تشکیلاتی دارند، مجله ای دارند و دوره هایی را خودش به صورت آموزشی برگزار می کند و اگر دو انجمن با هم همکاری داشته باشند عالی خواهد بود.

پرسش: آیا شما توصیه می کنید قبل از شروع درمان ایمپلنت مرحله جراحی بیمار توسط پروتودنتیست ویزیت و طرح درمان ارائه شود و کلاً همکاری ۲ گروه چگونه باید باشد؟

دکتر نسرين اصفهانی زاده: بله ایمپلنت یک کار تیمی است که متشکل از جراح و پروتودنتیست است که اینها باید همکاری تنگاتنگ داشته باشند اگر جراح بخواهد ایمپلنت بگذارد قبلاً پروتودنتیست باید بیمار را ویزیت کند و طرح درمان بدهد و پروتودنتیست هم باز اگر بخواهد برای بیمار درمان ایمپلنت ارائه کند باز هم برای نصب پروتز در محل خاص باید با جراح مشاوره داشته باشد و اگر دندانپزشک عمومی Concept هم جراحی و هم پروتز داشته باشد بهتر است.

پرسش: نظر شما در رابطه با آموزش ایمپلنت توسط شرکت های وارد کننده ایمپلنت چیست و در واقع آیا متخصصین حاضر که از سوی شرکت ها به همکاران دندانپزشک آموزش ایمپلنت می دهند به تنهایی برای ادامه کار ایمپلنت کافی است و یا باید سیستم ایمپلنت شرکت را نیز معرفی بکنند؟

دکتر نسرين اصفهانی زاده: خیر اولین هدف نباید تبلیغ سیستمی باشد بهتر است ما اصول اولیه کار داشته باشیم و ضمن آموزش اصول اولیه اگر در یک سیستم خاص شرایط خاصی برای جراحی یا قالب گیری نیاز باشد بهتر است توسط شرکت آموزش داده شود.

پرسش: در رابطه با برنامه عملی آیا به گونه ای است که دندانپزشک بتواند بعد از گذراندن این دوره ایمپلنت به انجام آن بپردازد و یا این دوره شروعی برای فاکتوری در دوره های گسترده آموزش ایمپلنت می باشد؟

دکتر شکوفه شیراندشت: ضمن تشکر از حضورتان در این همایش ایمپلنت و برنامه های از سوی انجمن دندانپزشکان عمومی ایران برایتان آرزوی موفقیت می کنم.



دکتر نسرين اصفهانی زاده: یکی از بهترین عملکردی که انجمن دندانپزشکان عمومی می تواند داشته باشد همکاری با انجمن های تخصصی است. چون عملاً هر رشته ای تخصص خودش را دارد و بیشترین کمک را متخصصین همان رشته می توانند بکنند و انجمن پروتودنتیست ها نیز تشکیلاتی دارند، مجله ای دارند و دوره هایی را خودش به صورت آموزشی برگزار می کند و اگر دو انجمن با هم همکاری داشته باشند عالی خواهد بود.

پرسش: آیا شما توصیه می کنید قبل از شروع درمان ایمپلنت مرحله جراحی بیمار توسط پروتودنتیست ویزیت و طرح درمان ارائه شود و کلاً همکاری ۲ گروه چگونه باید باشد؟

دکتر نسرين اصفهانی زاده: بله ایمپلنت یک کار تیمی است که متشکل از جراح و پروتودنتیست است که اینها باید همکاری تنگاتنگ داشته باشند اگر جراح بخواهد ایمپلنت بگذارد قبلاً پروتودنتیست باید بیمار را ویزیت کند و طرح درمان بدهد و پروتودنتیست هم باز اگر بخواهد برای بیمار درمان ایمپلنت ارائه کند باز هم برای نصب پروتز در محل خاص باید با جراح مشاوره داشته باشد و اگر دندانپزشک عمومی Concept هم جراحی و هم پروتز داشته باشد بهتر است.

پرسش: نظر شما در رابطه با آموزش ایمپلنت توسط شرکت های وارد کننده ایمپلنت چیست و در واقع آیا متخصصین حاضر که از سوی شرکت ها به همکاران دندانپزشک آموزش ایمپلنت می دهند به تنهایی برای ادامه کار ایمپلنت کافی است و یا باید سیستم ایمپلنت شرکت را نیز معرفی بکنند؟

دکتر نسرين اصفهانی زاده: خیر اولین هدف نباید تبلیغ سیستمی باشد بهتر است ما اصول اولیه کار داشته باشیم و ضمن آموزش اصول اولیه اگر در یک سیستم خاص شرایط خاصی برای جراحی یا قالب گیری نیاز باشد بهتر است توسط شرکت آموزش داده شود.

دکتر سید مهدی جعفری: توجه داشته باشید که ایمپلنت در ایران هرگز پا نمی‌گیرد مگر اینکه به دست دندانپزشک عمومی بیافتد تا زمانی که GP به طور فعال وارد درمان‌های ایمپلنت نشود صورت جدی پا نمی‌گیرد

می‌شوند. حالا در این کار یک سری جنبه‌های مثبت و منفی وجود دارد. نمی‌توان از شرکت‌ها انتقاد کرد چون به هر حال واردکننده یک تکنولوژی جدید هستند، ابزار و وسایل و مواد آن را می‌آورند و برای اینکه بتوانند بفروشند و سود آن را ببرند شروع می‌کنند به آموزش دادن گروه هدف شامل پزشکان، دندانپزشکان یا هر قشر دیگری که هم تبلیغ آن می‌شود و هم یک کار آموزشی انجام می‌شود و مدرکی هم ارائه می‌دهند و از همین مسیر خیلی چیزها که در دانشگاه آموزش داده نمی‌شد یا توأم با تنگ نظری و انحصارطلبی آموزش داده می‌شد شرکت‌ها باب آن را بر روی همه دندانپزشکان باز کردند و این اقدام خوبی است. در برخی از دانشگاه‌ها ما ۱۵-۱۰ سال بخش ایمپلنت بود ولی کسی چیزی یاد نمی‌گرفت و عدم محدودی این کار را انجام می‌دادند و بقیه تماشا می‌کردند. ولی شرکت‌ها این دوره‌ها را برگزار کرده و آموزش دادند و دانشگاه‌ها وقتی در مقابل عمل انجام شده قرار گرفتند به فکر عام کردن این آموزش‌ها افتادند و نه فقط ایمپلنت بلکه در کامپوزیت‌های نوری، دندانپزشکی زیبایی و ... این اتفاق افتاد و اگر این اتفاق (آموزش توسط شرکت‌ها) نمی‌افتاد اینجمن‌ها به صورت انحصاری باقی می‌ماند ولی حالا با حضور اینجمن‌های علمی، شرکت‌ها دیگر نباید این کار را انجام دهند و مراکز علمی که خلاقیت آموزشی دارند با استفاده از متخصصین باید آموزش را برعهده بگیرند و حتماً آموزش علمی یک مهارت، بدون در نظر گرفتن برند خاص باید انجام شود.

پرسش: به هر صورت شرکت‌های وارد کننده، وارد می‌کنند و شروع با خودشان است و از طرفی انجمن‌ها و دانشگاه‌ها هم درگیر تکنولوژی وارداتی می‌شوند حالا باید چه کنیم که این مواد یا تکنولوژی وارداتی کیفیت مناسب را داشته باشند؟

دکتر سید مهدی جعفری: الان این اتفاق افتاده یک معاونتی در وزارت بهداشت و درمان هست که در رأس آن یک دندانپزشک است که مأموریتش این است که از دستگاه‌های پیشرفته لیزر گرفته تا انواع ایمپلنت‌ها حتی مواد پرکردگی و قالب گیری حتماً باید در این مرکز مورد مراقبت قرار گیرد یعنی کنترل کیفیت شود و من این را کار خوبی می‌بینم ولی من ترجیح می‌دهم این دفتر به جای وزارتخانه در انجمن‌های علمی باشد یا در دانشگاه‌ها باشد. حالا در کشورهای پیشرفته خود دانشگاه‌ها، نقش‌شان را به انجمن‌های علمی می‌دهند. مثلاً در آمریکا ما ده‌ها دانشگاه نیویورک تهیه می‌کنند و ADA تأیید می‌کند و من ترجیح می‌دهم دانشگاه‌ها را به انجمن‌های علمی واگذار کنند و انجمن‌های علمی این قدر از نظر علمی و امکانات قوی باشند که بتوانند تأیید کننده این مواد و وسایل و لوازم باشند.

پرسش: با توجه به تعداد زیاد ایمپلنتی که شما کار کردید و سابقه شما در درمان‌های ایمپلنت و برخوردی که با بیماران داشتید عکس‌العمل روانی بیماران بعد از عمل چیست؟

دکتر سید مهدی جعفری: اولین ایمپلنت را در سال ۶۶ در مطب دکتر نیلفروشان کار کردم احساس شادی را در بیماران می‌بینم و احساس اینکه اگر زودتر این کار را می‌کردند دندان‌های سالمشان را تراش نمی‌دادند که پایه برای پروتز ثابت شود.

پرسش: با توجه به اینکه بعد از جراحی واکنش‌های متفاوتی از بیماران می‌بینیم، آیا روشی شما از واکنش افراد چگونه است؟

دکتر سید مهدی جعفری: می‌گویند که فکر نمی‌کردیم به این راحتی باشد و همه ما را ترسانده بودند و ابزاس شادی می‌کنند ولی توجه داشته باشید که ایمپلنت در ایران هرگز پا نمی‌گیرد مگر اینکه به دست دندانپزشک عمومی بیافتد تا زمانی که GP به طور فعال وارد درمان‌های ایمپلنت نشود ایمپلنت به صورت جدی پا نمی‌گیرد، چون تا زمانی که مریض ایمپلنت برای دندانپزشک عمومی رفرال (Referral) باشد دندانپزشک عمومی برای از دست ندادن مریض کار بریج یا کارهای دیگر برای جایگزینی انجام می‌دهد. ایمپلنت در حقیقت کار دندانپزشک عمومی است و باید جایگاه خود را نزد دندانپزشک عمومی پیدا کند.

دکتر جعفری معتقدند که ایمپلنت و جایگزینی دندان از دست رفته وظیفه Case است. البته بعضی Case ها مثلاً کسی که سرطان فک داشته و مندیبل را برداشته‌اند و پیوند استخوان انجام داده یا Case های پیشرفته پروتز کار متخصص است. به نظر ایشان قراردادن ایمپلنت از کشیدن دندان ساده‌تر است. نکته دیگر این که کسانی که در دانشگاه‌های مادر و مرکز هستند اغلب خودشان یا شرکای شرکت‌ها هستند یا خودشان شرکت وارد کننده دارند و سعی دارند بسیاری از همکاران مثلاً GP ها را از این درمان منع کنند در عین حال برای تبلیغ کالای خودشان و وسایلی که وارد می‌کنند می‌گویند باید توسط GP انجام شود یعنی معیارهای دوگانه دارند. باید یک سیستم علمی قدرتمند ناظر کیفی باشد و بعد همه به صورت عام در این مسأله شرکت کنند.

دکتر آرش زاهدی: با توجه به این که بسیاری از مراکز غیر دانشگاهی و مراکز که وجهه رسمی آموزشی ندارند، دوره‌های آموزش ایمپلنت برگزار می‌کنند، حال که انجمن دندانپزشکان عمومی ایران با استفاده از اساتید مجرب و برنامه‌های منظم و مدون به طور گسترده کار برگزاری و آموزش دوره ایمپلنت را آغاز کرده ما مایلیم نظرات را راجع به این آموزش‌ها بفرمایید؟

دکتر سید مهدی جعفری: نظر من این است که محل آموزش تخصصی هر مهارت آموزش بالینی دانشگاه است، ولی دانشگاه‌های ما مسیر را گم کرده‌اند، زمانی کشورهای پیشرفته خارجی، فارغ‌التحصیلان ما را می‌بووند علت این بود که ما زمانی در دانشگاه معلم داشتیم و معلمی بهاء داشت. اما حالا بیشتر کسانی که تدریس می‌کنند فقط به خاطر قبول شدن در آزمون تخصصی و فراگرفتن یک تخصص وارد هیات علمی می‌شوند و بجای این که در دانشگاه مهندس خوب، دکتر خوب، دندانپزشک خوب تربیت کنند فقط به فکر ارائه مقالات و ارتقاء هستند. من واقعاً معتقد نیستم در جایی غیر از دانشگاه آموزش داده شود ولی وقتی دانشگاه‌ها ما مسیر خودش را گم کرده است و به جای آموزش خط دیگری را در پیش گرفته و در دانشگاه به جای داشتن معلم خوب پژوهش‌های تکراری انجام می‌شود در نتیجه افراد برای فراگرفتن به فضاهای خارج از دانشگاه هدایت

ایمپلنت‌های دندان، سری سوم دندانهای انسان



دکتر حامد پدram

میکروسکوپیک بر روی مغز استخوان نازک نی خرگوش که پلاتینیوم در آن جایگذاری شده بود و به مفهوم استواینتریشن دست یافت.

استواینتریشن انقلابی را در درمان بیماران بی دندان و نیمه بی دندان بوجود آورده و با گذر زمان نقش آن بیشتر می‌شود. ایمپلنت علاوه بر جایگزینی دندانهای از دست رفته و ارتقای لیختن بیمار، می‌تواند موجب

بهبود تصویر شخصی و کیفیت زندگی و حصول اعتماد به نفس گردد. در دندانپزشکی امروز تراش دادن دندانهای پایه سالم به منظور جایگذاری دندانهای از دست رفته پذیرفتنی نیست. علاوه بر برخی از بیماران به علل گوناگون نمی‌توانند از پروتز کامل معمولی استفاده نمایند. پیشتر به منظور بهبود کیفیت درمانی در این بیماران از روشهای جراحی جهت افزایش سطح اتکای پروتز استفاده می‌شد که با وجود خطرات بروز آسیب و ناراحتی طولانی مدت بیمار، نتایج مثبت درمانی آن قطعی نبود. امروزه با بکارگیری ایمپلنت‌های دندان بنوعی جایگزین دندانهای از دست رفته می‌توان بیماران بی دندان ناسازگار با پروتز کامل را درمان نمود. در بیماران مازگروفلاسیال نیز ایمپلنت‌های دندان می‌تواند گیر و ثابت پروتز را افزایش دهد.

استفاده از ایمپلنت‌های دندان می‌تواند یک درمان انتخابی برای هر بیمار با شرایط مناسب جایگذاری، صرفنظر از سن و جنس وی باشد. ایمپلنت را می‌توان در موارد زیر استفاده نمود: -بیماران بی دندان یا نیمه بی دندان که از بکار بردن پروتز متحرک امتناع می‌کنند.

- بیماران نیازمند پروتزهای ثابت long span
 - وضعیت نامناسب دندانهای پایه برای درمان پروتز ثابت
 - از دست رفتن تک دندان و عدم تمایل به استفاده از پروتز ثابت
 - عدم امکان استفاده از پروتز متحرک به علت تهوع، ناتوانی روانی، تحمل ضعیف مخاط، هماهنگی ضعیف عضلات اطراف دهان، وجود ضایعات مرفولوژیک در سطح اتکای پروتز یا ...
- لذا می‌توان برای جایگزینی یک یا چند دندان و یا کل دندانها از ایمپلنت استفاده نمود.
- تحقیقات بالینی نشان می‌دهد که در صورت انتخاب صحیح بیمار، هماهنگی اکلوژن، بهداشت دهانی، رعایت کلیه نکات علمی و عملی و طرح درمان می‌توان نتایج درازمدت مطلوبی را انتظار داشت.

در پایان باید گفت که با کاربرد ایمپلنت‌های دندان علاوه بر حفظ استخوان آلوئول و بهبود properiception، می‌توان با حفظ یا برقراری مجدد ارتفاع عمودی صورت، زیبایی را به نحو مطلوبی تأمین نمود. علاوه با ایجاد اکلوژن مناسب و کنترل نیروهای اکلوژالی می‌توان کارایی جوییدن بیمار و تکلم او را بهبود بخشید. در واقع پس از دندانهای شیری و دائمی، ایمپلنت تجربه سری سوم دندانها را برای انسانها تأمین می‌کند.



دکتر سید مهدی جعفری از همکاران سخنران جراح دهان، فک و صورت می‌باشند و در همایش ایمپلنت (۱) انجمن دندانپزشکان عمومی ایران سخنرانی می‌کنند که در تاریخ ۲۸-۲۶ اردیبهشت‌ماه ۱۳۸۶ در هتل المپیک برگزار می‌شود. این مصاحبه توسط دکتر آرش زاهدی، دکتر شهربانو فدایی و دکتر سروش نوچیان انجام شده است.



هدف دندانپزشکی نوین، بازسازی کانتور، فانکشن، راحتی، تکلم و سلامت بافت‌های تخریب شده بر اثر افزایش سن، بیماری یا صدمات وارده بر سیستم دهان و دندان می‌باشد. هرچه تعداد دندانهای از دست رفته بیشتر باشد، رسیدن به هدف فوق با درمانهای متداول دشوارتر می‌شود.

از دیدگاه اصطلاح شناسی واژه ایمپلنت از دو جز Im به معنای درون و plantare به معنای کاشتن و کار گذاشتن مشتق شده است. در اصطلاحات عمومی پزشکی از کلمه ایمپلنت به دو منظور استفاده می‌شود:

- جایگزینی ماده اربوآکتیو، Inert بیولوژیک یا زنده در بدن
- پیوند زدن یا جایگزینی عضو یا بافت از دست رفته در بدن.

در حرفه دندانپزشکی ایمپلنت جهت بازسازی نواحی بی دندانگی بکار می‌رود. طبق تعریف، ایمپلنت دندان از اجزای است که از مخاط دهان عبور کرده و بر روی یا درون استخوان مربوطه در حفره دهان قرار می‌گیرد و دارای قابلیت سازگاری بیولوژیک و فانکشن بوده و میتواند جهت حمایت از پروتزهای ثابت و متحرک مورد استفاده قرار گیرد.

بشر از دیر باز سعی در حل مشکل بی‌دندانی نموده است. نخستین مدارک در مورد ایمپلنت گذاری به سال ۶۰۰ میلادی در قبیله Mayan (اقوام سواحل مکزیک) بر می‌گردد. بطوریکه در یک مجسمه مربوط به دوره Precambrian در امریکای مرکزی سه دندان انسیزور پایین از سنگ تراشیده شده و در استخوان مندیبل ایمپلنت شده بود. از قرن ۱۶ تا به حال فلزات مختلفی به منظور کاشت در استخوان مورد استفاده قرار گرفته است.

در سال ۱۵۶۵، نخستین پروتز فردی بود که از یک صفحه طلا برای بستن شکاف کام استفاده نمود. Greenfield در سال ۱۹۱۱ روش ساخت و قرار دادن ایمپلنت استخوانی را بیان نمود. وی محل قرار دادن ایمپلنت را توسط دریل آماده کرده و یک سید کوچک از جنس ایریدیولانتیوم در حفره قرار می‌داد.

در سال ۱۹۲۷ یک جراح امریکایی نخستین ایمپلنت زیرپوستی را در پاریس استفاده نمود. وی فلز را از پلاتین انتخاب کرد که بعداً توسط Dahl در سوئد بطور شایع استفاده شد و James آنرا در مازگیلا با موفقیت استفاده نمود. در سال ۱۹۴۸، Goldberg و Gershkoff ایمپلنت سبب پروتستال را طراحی کردند که فریم آن به ناحیه ریج مایل خارجی گسترش داده شده بود. LEC در نیمه دهه ۱۹۵۰ استفاده از ایمپلنت‌های داخل استخوانی را آغاز نمود. از سال ۱۹۵۲ برانمارک با مطالعات

آیا می دانید...

"دکتر کارل میشل: ۷۸ درصد دندانپزشکان عمومی در آمریکا ایمپلنت انجام می دهند" چرا ما نمی توانیم؟

ایمپلنت، دندانپزشکان عمومی - شهرستانها



دکتر فرشاد فریدیونی

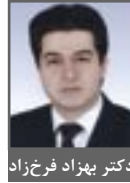
انجمن دندانپزشکان عمومی ایران با هدف توسعه و ترویج درمان های مبتنی بر ایمپلنت، برنامه های متعددی را در این زمینه طراحی نموده است. یک نگاه ساده به گرایش های مردم در امور پزشکی کافی است تا بدانیم آمادگی بسیاری از طرف جامعه برای پذیرش درمان ایمپلنت وجود دارد. درمان هایی مانند جراحی قلب باز در زمانی نه چندان دور (قریب ۲۰ سال پیش) در این مملکت مقدور نبود، پیوند اعضا حتی در تصور هم نمی گنجید در حالی که امروزه در بسیاری از شهرهای ایران، این درمان ها توسط پزشکان انجام می گیرد و مردم از آن بهره مند هستند.

حال لازم است از خودمان به عنوان دندانپزشک بیرسیم چرا باید ایمپلنت را به مردم بشناسانیم؟ طی دهه های اخیر دندانپزشکان با استفاده از پروتز ثابت و متحرک بیماران را درمان نموده اند. اما آیا حاضریم از پروتز متحرک در دهان خودمان استفاده کنیم؟ آیا حاضریم دو دندان سالم در دهانمان پایه پروتز ثابت باشد؟ علت پاسخ منفی ما پتانسیل نه چندان کافی پروتزهای قدیمی در حل مشکلات بیماران است و همه ما دندانپزشکان با این مشکلات واقفیم. ایمپلنت درهای جدیدی را به روی ما گشوده است که در واقع دروازه ورود به دنیای جدید دندانپزشکی است، در دهه پیش رو، اگر اغراق نباشد، ایمپلنت در حکم سواد خواندن و نوشتن خواهد بود. و چنانچه نخواهیم از قافله تمدن امروز دور بمانیم راهی جز کدر از این دروازه نداریم. بسیاری از همکاران در برنامه های آموزش ایمپلنت شرکت می کنند. اما قادر به درمان بیماران خود با ایمپلنت نیستند آیا پرسیده ایم چرا؟ دلیل روشن آن عدم آشنایی با طرح درمان مبتنی بر ایمپلنت است و به یقین حل این معما باز تنها راه چاره نخواهد بود.

به همین دلیل انجمن دندانپزشکان عمومی ایران برنامه های متعددی را طراحی نموده است. همایش ایمپلنت (۱) و (۲) بر مبنای آشنایی با اصول طرح درمان مبتنی بر ایمپلنت در نواحی مختلف دهان طراحی شده است و هر ناحیه دهان به طور مجزا در یک پانل توسط متخصصین پریو، پروتز، رادیولوژی و جراحی دهان، فک و صورت مورد بحث قرار خواهد گرفت. ضمن اینکه برنامه های Hands on training نیز برگزار خواهد شد.

آیا پس از شرکت در این همایش می توان با ایمپلنت کار کرد؟ این سؤال بسیاری از همکارانی است که در این همایش ثبت نام کرده اند. جهت اطلاع کلیه همکاران باید بگوییم آموزش ایمپلنت نیاز به گذراندن دوره های تئوری و عملی و تمرین و تکرار زیر نظر متخصصین مربوطه دارد. که بدین منظور دوره های ویژه ای توسط انجمن طراحی و اجراء شده است که همکاران پس از آشنایی با اصول طرح درمان در این همایش می توانند جهت ثبت نام دوره های ویژه اقدام کنند. این دوره ها به گونه های طراحی شده که امکان آموزش تئوری و عملی ایمپلنت، Hands on training و آشنایی با سیستم های مختلف و مراحل درمان جراحی و پروتز روی بیمار در آن فراهم آمده است. ضمن اینکه همکاران پس از گذراندن این دوره ها می توانند بیماران خود را در مرکز مورد نظر تحت نظر متخصصین و اساتید مربوطه درمان کنند و بدین ترتیب از یک آموزش تئوری و عملی آکادمیک بهره مند گردند و پس از آن به طور مستقل به درمان بپردازند.

بپذیریم که توسعه و گسترش درمان ایمپلنت منفعت همگانی دارد و نیز مانند هر درمان دیگری بیاموزیم که محیط کار عمومی و تخصصی کجاست و به توانایی های خود و همکارانمان احترام بگذاریم. امیدواریم با تلاش جمعی بتوانیم گام مؤثری در آشنایی مردم با ایمپلنت و ترویج فرهنگ درمان های مبتنی بر ایمپلنت، آنجا که لازم است برداریم.



دکتر بهراد فرخ زاد

مستقیماً می روم سر اصل مطلب. چرا در ایران دندانپزشکان عمومی کمتر با اصلاً ایمپلنت انجام نمی دهند؟ به نظر دو دلیل برای آن وجود دارد، دلیل اول که مهم تر است: چون می ترسیم. چرا که آموزش های صحیحی ندیده ایم. چون در تمام دوره های آموزشی آن چنان از Graft، جراحی استخوان و عوارض و مراحل پیچیده درمان صحبت شده است که غولی به نام ایمپلنت را در ذهنمان تداعی کرده اند. خودمان هم که حوصله خواندن و مطالعه و ... را هم نداریم، پس انجام نمی دهیم. دلیل دوم، فکر می کنیم ایمپلنت گران است، بیماران پولش را نمی دهند. مگر اوردنسنی ارزان است که امروزه در دهان تمامی افراد با هر سن و سالی کش های رنگی می بینیم؟ مگر جراحی بینی رایگان است که علیرغم تمام هزینه های بالا و عوارض وسیع که مدام در روزنامه ها می نویسند در دور افتاده ترین شهرستان ها نیز متخصص گوش و حلق و بینی و جراح فک و صورت، بینی عمل می کنند و بیماران تمام زندگی شان را می فروشند تا جیبی بر روی بینی شان قرار گیرد. چرا در مورد ایمپلنت، نه؟

درباره دلیل دوم یعنی گران دانستن ایمپلنت، ایمپلنت که هیچ، کل خدمات دندانپزشکی برای جامعه گران توصیف شده است. انجمن کاری نمی تواند انجام دهد، مگر اینکه همه دندانپزشکان قدر کار خود را بدانیم و به مردم بگوییم که نه تنها خدمات گران نیست، بلکه نسبت به سایر کشورها و حتی سایر خدمات و وسایل مصرفی در ایران بسیار ارزان ارائه می شود. اما درباره ترس از درمان، انجمن عمومی با برنامه ریزی دو همایش ایمپلنت (۱) و (۲) که بر مبنای آموزش گام به گام طراحی شده است، سعی نموده برای شرکت کنندگان زمینه یادگیری صحیح را فراهم نماید. همان گونه که در دانشگاه از یک ترمیم CL I ساده آموزش شروع می شود، سپس به CL II، MOD، درمان ریشه یک کانال نهایتاً به درمان ریشه سه و چهار کانال هدایت می شویم، در همایش ۱ و ۲ نیز این طریق طی شده است. بدین صورت که بیماران نیازمند به درمان پروتز توسط ایمپلنت به دو گروه با دندان و بی دندان تقسیم گردیده اند. در همایش (۱) تمامی انواع جایگزینی دندان های از دست رفته در کسانی که دارای دندان طبیعی هم هستند، بررسی و آموزش داده می شود. برای مثال بیمار تمام دندان هایش را دارد فقط دندان ۶ بالا را ندارد، در پانل Single خلف ماگز بلاز روش درمان بیمار آگاه می شویم سپس به ناحیه قدامی می آییم. بیمار فقط ۱ بالا را ندارد، در درمان ایمپلنت علاوه بر توجه به اکتوزن بیمار زیبایی را نیز باید فراهم نمود. پس سختی درمان افزایش می یابد. در نهایت در جایگزینی ایمپلنت در Function zone (یعنی بیمار در ناحیه قدام دندان دارد و اما در خلف فاقد دندان می باشد) بازسازی اکتوزن نیز علاوه بر سایر موارد درمانی باید مدنظر قرار گیرد. اما در همایش (۲) درمان برای بیماران کاملاً بی دندان آموزش داده می شود. بدین صورت که با Over denture کاملاً متکی بر ایمپلنت که نیاز به جراحی تعداد کمتری فیکسچر دارد آموزش آغاز گردیده، سپس به درمان پروتز ثابت در بیماران کاملاً بی دندان که طبیعتاً قالب گیری و ایجاد اکتوزن نهایی پیچیده تر است ختم خواهد شد. به یاد داشته باشیم همه ما بخش جراحی را گذرانده ایم. از درآوردن یک دندان قدامی ساده تا جراحی عقل نهفته و کاین نهفته را آموزش دیده ایم. ولی مگر همه ما در مطب تمام این جراحی ها را انجام می دهیم؟

گروهی فقط در آوردن، گروهی جراحی های نسج نرم و تعدادی نیز جراحی های سخت تر و پیچیده تر را برای بیماران مان انجام می دهیم. ما نیز تلاش کرده ایم در این همایش های آموزشی برای هر فرد، با هر توان و معلوماتی، زمینه انجام قسمتی از درمان ایمپلنت را فراهم نماییم. اگر نمی توانیم به بیماران بی دندان با ایمپلنت دندان های ثابت اهداء کنیم، باید بتوانیم در یک فرد بیست ساله سالم که فقط دندان ۶ پایین را ندارد، استخوان عالیست مشکل نزدیکی کانال عصب و مشکلاتی دیگر دیده نمی شود، فیکسچر را بگذاریم. حداقل اگر جراحی را نمی توانیم انجام دهیم، روکش یک ایمپلنت خلفی را که می توانیم خودمان بگذاریم پس چرا نمی توانیم؟!



دکتر مهرداد یون فرست

باور اینکه دندانپزشک عمومی توانایی انجام معالجات پیشرفته دندانپزشکی را دارد برای بعضی همکاران دور از ذهن است. اعتقاد انجمن دندانپزشکان عمومی ایران بر این است که همکاران دندانپزشک عمومی، توانایی انجام این معالجات را به شرط فراگیری آموزش های اصولی دارند. در این میسان از موارد خاصی که در توان همکاران دندانپزشک عمومی نیست و نیاز به ارجاع به همکاران متخصص دارد را نباید فراموش کرد.

در این مقوله روی سخن با همکاران شاغل در شهرستانهاست. اینکه درمان های مدرن دندانپزشکی مانند ایمپلنت، فقط مختص مرکز نشینان است، از عدم آگاهی و یادگیری آموزش های لازم، یا عدم اعتماد به نفس و باور خودمان سرچشمه می گیرد. همان طور که افراد ساکن در مرکز یا شهرهای بزرگ حق استفاده از این امکانات را دارند، مردم نقاط دیگر کشورمان نیز محق هستند که از این امکانات بهره مند شوند. این وظیفه ماست که بعنوان دندانپزشک، آگاهی لازم جهت معالجه بهینه بیماران را به شرط فراگیری اصولی و کسب دانش لازم، به مردم هدیه دهیم.

انجمن دندانپزشکان عمومی ایران بر اساس این باور اقدام به برگزاری همایش جامع ۱ و ۲ ایمپلنت برای دندانپزشکان عمومی نموده تا دندانپزشکان عمومی بتوانند با اصول اولیه ایمپلنت آشنا شوند این همایش ها همان طور که برای فراگیری علم ایمپلنت، که به حق دهه آینده دندانپزشکی کشور را متحول خواهد کرد، لازم است ولی کافی نیست. انجمن عمومی برای قدم های بعدی اقدام به برگزاری کلاس هشت روزه ایمپلنت و دوره های تکمیلی نموده تا علاوه بر یادگیری اصولی علم ایمپلنت و نحوه کار عملی و معالجه بیمار، از علل شکست ها مطلع شده و بیماران را براساس توانایی خود انتخاب نمایند. کاملاً روشن است که بیماران با ریسک شکست یا مواردی که در توانایی همکاران عمومی نیست باید به متخصصین مربوط ارجاع شوند. همان طور که گاهای بیماران اندو، پروتز، پریو و ... به متخصصین این رشته ها ارجاع می شوند.

ما از همکاران شاغل در شهرستان ها می خواهیم با فراگیری علوم پیشرفته دندانپزشکی و خودباوری برای ارائه درمان های بهتر به بیماران تلاش کرده و با این کار حق بیماران که بهره بردن از جدیدترین و بهترین درمان هاست را ادا کرده و به حق خود که یادگیری علوم جدید برای درمان بیماران است دست یابند.

همان گونه که در بسیاری از مراکز شهرستان ها در سراسر کشور و برخی دیگر از شهرهای غیر از مرکز همکاران پزشک ما درمان های بزرگی از جمله جراحی قلب باز، پیوند کلیه و عروق، درمان وسیع ارتوپدی، پروتز و پیوندهای اعضا را با موفقیت و افتخار انجام می دهند، ما دندانپزشکان وظیفه داریم هر دانش جدیدی را نیز به طریقی فرا گیریم که درمان موفق آن را تقدیم بیماران در شهرستان ها کنیم. این وظیفه ماست حداقل این توجه، کاهش هزینه های بسیاری از مردم در مراجعه به مراکز استان های بزرگ و پایتخت خواهد بود و در عین حال بستر ساز انجام تعهد درمانی خود به مردم می باشد.

در شهرستان ها یا پایتخت، هر کجا که دندانپزشک اعم از عمومی و متخصص حضور داشته باشد باید برای درمان بیماران دندانپزشکی بهترین ها را فراهم کنند. آنجا که دندانپزشک هست درمان موفق دندانپزشکی هم باید باشد. خودمان را باور کنیم و در راه اعتلای علم دندانپزشکی کشورمان بکوشیم.

کارگاه یکروزه Bleaching Live Presentation

محل برگزاری: دانشکده دندانپزشکی شهید بهشتی

تاریخ برگزاری: ۸۶/۳/۳

هزینه ثبت نام: ۶۰۰/۰۰۰ ریال

نحوه پرداخت: واریز به حساب ۹۹۹۰۱۶۰۳ بانک

رفاه کارگران - شعبه دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، کد ۱۹۶

تلفن: ۲۴۰۳۰۸۰ فاکس: ۲۴۰۳۱۹۴