

نگاهی ژرف به اکلوزن در دندانپزشکی

اکلوزن چیست؟

همایش اکلوزن انجمن دندانپزشکان عمومی ایران بر اساس نیاز مبرم دندانپزشکان عمومی و مبتنی بر مطالعه، بحث و بررسی مبانی تئوری و آکادمیک تدوین و برنامه‌ریزی شده و با حضور اساتید دندانپزشکی برجسته کشور اجراء خواهد شد. ابتدا به این بحث کلیدی بپردازیم. که اکلوزن چیست؟ آیا فقط رابطه دندانها با یکدیگر است؟ چنانچه بدانیم بیماری، دارای اکلوزن CL, I, II, III کفایت؟ آیا تابحال توجه کرده‌ایم روکش‌هایی که از لابراتوار دریافت می‌کنیم چقدر نیاز به تصحیح در دهان بیمار و تراش پرسنل دارد؟ و نهایتاً آیا روشی بدون کاسپ، شیارو ... در دهان بیمار باقی‌گذارده‌ایم؟ و یا آیا پس از تحویل پروتز کامل، بیمار با زخم‌های ژنرالیزه به مطب بازگشته است و همگی به سرعت دست به هندپیس و فرز برده به برداشتن اکریل پرداخته‌ایم که نهایت آن به لق شدن دنجر منجر شده است؟ شاید اگر اصول اکلوزن و مطالب مربوط به TMJ را خوب بشناسیم طراحی پروتز متحرک دقیق‌تر و حل مشکلات بعدی آن ساده‌تر باشد.

اکلوزن، کلید تمامی درمان‌های دندانپزشکی است. در ارتودنسی، در پروتز؛ اعم از ثابت و متحرک، در ایمپلنت و حتی درمان ترمیمی. چرا که ممکن است با ترمیم دندان که یکی از عوامل موثر در اکلوزن است ناخودآگاه باعث تغییر، تخریب و یا تصحیح در اکلوزن و حرکات فکی شویم.

بحث اکلوزن که متأسفانه در دوره‌های دانشگاهی کم‌اهمیت در نظر گرفته می‌شود، در تمامی اعمال حفره دهان اعم از بلع، تنفس، جویدن، صحبت کردن و نیز تمامی درمان‌های دندانپزشکی نقشی غیر قابل انکار دارد. کفایت دقت‌کننده بسیاری از افراد در زمان صحبت کردن در تلفظ حرفی مثل س و ش دچار مشکل هستند که شاید ناشی از ناهنجاری در یکی از عوامل موثر در اکلوزن باشد و با دانستن آن بتوانیم حتی فونتیک بیمار را نیز درمان کنیم.

امروزه که بحث درمان‌های ایمپلنت، زیبایی و طراحی لبخند جای خود را در بسیاری از مطب‌ها به عنوان یکی از ارکان اصلی طبابت باز کرده است، دانستن مبانی اکلوزن جهت رسیدن به نتیجه مطلوب و ثبات دراز مدت در درمان، ضروری و غیر قابل بحث به نظر می‌رسد. در همایش اکلوزن و TMJ تمامی عوامل موثر و شاخص‌های موجود در اکلوزن جهت آموزش کامل همکاران دندانپزشک ارائه می‌گردد و سپس نحوه استفاده از مباحث تئوری در درمان، در پانل‌های کاملاً مشخص در برنامه ارائه خواهد شد.



دکتر بهزاد فرخ زاد
رئیس کمیته علمی انجمن
دندانپزشکان عمومی ایران

از دست بدهد، و یا در ارتودنسی و پرویو نسبت به اکلوزن کم‌توجه باشیم تا دندان‌ها خود راه خود را پیدا کنند، نه علمی است و نه اخلاقی.

یک دندانپزشک عمومی موظف است در پروتکل معاینه و ویزیت بیمار، حتماً سلامت اکلوزن و بخصوص TMJ را دقیقاً بررسی کند و برای شناخت ناهنجاری‌های مفصل گیجگاهی فکی (TMD) مطالعات خود را کامل و آکادمیک نماید.

قرار گرفتن دندان‌ها در سیستم دهان بر اساس تکامل و رویش، از دوران جنینی تا خروج کلیه دندان‌های دائمی از قواعد و قوانینی تبعیت می‌کند که تعریف صحیح اکلوزن را میسر می‌سازد. لذا این تعریف را در کلیه موارد باید در نظر گرفت. یعنی اکلوزن نرمال را در همه موارد باید مدنظر قرارداد و بازسازی کرد. ضمن آنکه سیستم جوته نیز بر اساس ارتباط با بافت عصبی و عضلانی و در تعادل نورو موسکولار فانکشن، اکلوزن نرمال و حرکات طرفی فکی را کنترل می‌نماید.

همایش اکلوزن (۱) و (۲) با این هدف طراحی شده است که دندانپزشک عمومی بتواند یکی از پیچیده‌ترین و حیاتی‌ترین ترم‌های دندانپزشکی را به طور اساسی و در حد تخصصی فراگیرد. بدین طریق دانش دندانپزشکان عمومی در مورد یکی از نیازهای مهم علمی و علمی دندانپزشکی در سطح بالایی قرار گرفته و باعث می‌شود تحولی در درمان‌های دندانپزشکی اتفاق افتد و در نهایت ما در قبال درمان بیمارمان موفق‌تر عمل کنیم. انجمن دندانپزشکان عمومی ایران در راه ایجاد تحول در برنامه‌های علمی و غرور آفرین حرفه‌ای همچنان حرکت خواهد کرد. همایش اکلوزن دستاورد جدید انجمن دندانپزشکان عمومی ایران می‌باشد که تقدیم به همه همکاران دندانپزشک می‌شود.

امروز استفاده از آوردگاه علم و دانش، در کلیه سطوح علمی با برگزاری مدون‌ها، کارگاه‌ها، همایش‌ها، سمینارها، دوره‌های آموزش کوتاه مدت، دراز مدت و کنگره‌ها، حوزه اصلی فعالیت علمی انجمن دندانپزشکان عمومی ایران می‌باشد. ضمن اینکه به زودی پروژه‌های کلان اجتماعی، صنفی و مردمی انجمن دندانپزشکان عمومی ایران نیز اعلام خواهد شد.

دندانپزشکان عمومی به جهت وظیفه‌ای که به لحاظ پیشگیری و درمان در قبال مردم میهن‌مان در سراسر کشور به عهده دارند، باید از آخرین دستاوردهای علمی مطلع بوده و توانایی درمان بیماران را با حداکثر ظرفیت پیدا کنند. بالطبع انجمن دندانپزشکان عمومی ایران، که انجمن فراگیر دندانپزشکان عمومی می‌باشد، در همین راستا رسالت خود را در بازبینی و کالبدشکافی موضوعات علمی، برای رشد جهشی کیفیت درمان‌های دندانپزشکی، با قدرت و به طور پیگیر ادامه می‌دهد.

در درمان‌های دندانپزشکی، «اکلوزن»، شاکله اصلی بحث دندانپزشکی می‌باشد، در ترمیم‌های ساده دندانپزشکی، پروتزهای ثابت و متحرک پارسیل و کامل، پروتزهای ایمپلنت، ارتودنسی، پرویو، اندو، جراحی و ... اکلوزن همیشه یکی از نهایی‌ترین ضروریات درمان می‌باشد.

ممکن است در بازسازی یک دندان در اندو، پرویو یا پروتز در نگاه اول اکلوزن دیده نشود، ولی واقعیت این است که تمام این درمان‌ها به بازگرداندن عملکرد سیستم جوته ختم خواهد شد. لذا اکلوزن و مشکلات TMJ را باید دقیقاً فرا گرفت. اینکه در هر درمان با دستکاری سطح اکلوزال دندان یا پروتز آنقدر باعث تغییر شویم که بیمار گاهی حتی اکلوزن

انجمن دندانپزشکان عمومی ایران، پروژه‌های متعددی را برای بازبینی متون علمی جدید دندانپزشکی در دست مطالعه و بررسی دارد. هدف، راهگشایی و طی طریق در شناخت دقیق و کاربردی علم دندانپزشکی در سطوح مختلف است. مهم‌ترین وظیفه و اساسی‌ترین گروهی که هدف فعالیت و مطالعات ما می‌باشند دندانپزشکان عمومی هستند، و امیدواریم که با کسب بهره کافی علمی از این فعالیت‌های علمی، خدمات بهداشتی و درمانی خود را در اختیار مردم قرار دهند. در عین حال ظرفیت نهفته و استعدادهای شگرف گروه‌های تخصصی در رشته‌های گوناگون نیز بدین طریق به صحنه علم و دانش کشیده و شکوفا خواهد شد. پس از برگزاری موفقیت‌آمیز همایش ایمپلنت (۱) و (۲) در سال ۱۳۸۶، اکنون اکلوزن (۱) و (۲) با مطالعات موشکافانه و برگزاری جلسات متعدد توسط گروه کارشناسان متخصص انجمن عمومی، برای سال ۱۳۸۷ طراحی شده و آماده اجراء می‌باشد.



دکتر بهزاد فرخ زاد

این روند قطعاً در سال‌های آینده ادامه خواهد یافت. انجمن دندانپزشکان عمومی ایران با صلابت و قدرت، ضمن دفاع از منافع حرفه‌ای و صنفی دندانپزشکان، به دور از حاشیه‌پردازی به راه خود ادامه می‌دهیم. ما سرنوشت کلان دندانپزشکی کشور را در مجامع عمومی دندانپزشکی با آراء عمومی تعیین خواهیم کرد و سخن‌مان را با دندانپزشکان مطرح خواهیم کرد. در این راه اگر در انتخاب افراد یا مواضع مرتکب اشتباه شویم یقیناً صادقانه آن را با دندانپزشکان مطرح خواهیم کرد و هزینه آنرا خواهیم پرداخت.



لازم است بدانیم اکلوزن و TMJ کاملاً به هم وابسته و مرتبط هستند. یک درمان صحیح دندانپزشکی باید به حفظ طبیعت سیستم نورو ماسکولار بیمار ختم شود. بنابراین هرگونه تغییر در مفصل گیجگاهی فکی می‌تواند بر روی دندان‌ها و درمان‌های انجام شده تأثیر بگذارد و بالعکس. از طرفی افزایش بیماری‌های مفصل گیجگاهی فکی و وجود استرس در جامعه، لزوم درمان‌های اکلوزن در درمان‌های دندانپزشکی بیمارمان را گوشزد می‌نماید. در این همایش، تشخیص و افتراق دردهای صورتی فکی از دردهای TMD و درمان‌های آن توضیح داده خواهد شد. درمان‌هایی بسیار ساده ولی نیازمند آگاهی مانند Night Guard سخت و نرم، Splint Therapy، فیزیوتراپی و نحوه درخواست دندانپزشک و Follow up بیمار توضیح داده خواهد شد. همچنین وسایل و ابزارهای که نقش مهمی در کمک به دندانپزشک ایفا می‌کنند و برای ایجاد اکلوزنی مناسب در درمان‌های دندانپزشکی ساخته و طراحی شده‌اند و نحوه استفاده از آن در انواع درمان‌ها، به تفصیل مورد بحث و بررسی قرار خواهند گرفت. یقیناً این همایش که برای اولین بار در کشور برگزار می‌گردد به تغییر نگرش ما دندانپزشکان در انواع درمان‌ها و نهایتاً به بالارفتن کیفیت درمان بیمارمان و کاهش شکایات و مراجعات بعدی بیمار برای تصحیح‌های پروتز و ... خواهد انجامید.

پیشنهاد انجمن دندانپزشکان عمومی ایران در خصوص تعدیل مالیات دندانپزشکان

۱۵٪ مالیات سال ۱۳۸۵ به صورت نقد اخذ و پرداخت مالیات تا اصلاحات پیشنهادی و تا پایان شهریورماه ۱۳۸۵ تمدید گردد.

۴ - در مراجعات دندانپزشکان عمومی به ادارات مالیات میزان مالیات سال ۱۳۸۶ آنها بر اساس افزایش ۲۰٪ نسبت به مالیات قطعی سال ۱۳۸۵ محاسبه می شود که گاه این مبلغ کمتر از سقف حداقل ۵/۰۰۰/۰۰۰ ریال تعیین شده جدید برای دندانپزشکان می باشد که در این صورت دندانپزشکان عمومی ملزم به پرداخت ۵/۰۰۰/۰۰۰ ریال حداقل سقف توافقی می باشند. پیشنهاد می شود در این خصوص اقدام عاجل در خصوص حذف سقف حداقل پیشنهادی برای تمامی گروه های پزشکی کشور انجام پذیرد.

۵ - جرائم عدم تسلیم دفاتر مالیاتی به طور کلی حذف گردد و اعلام تعطیلی مطب همکاران به هر دلیل توسط مدارک مستند از سوی کارشناسان دارائی در کاهش مالیات نسبت به توافق انجام شده پذیرفته و لحاظ گردد.

ضمن ابراز سپاس و امتنان از همکاری متقابل امیدواریم سازمان نظام پزشکی به هنگام عقد تفاهم با اداره مالیات نظرات انجمن ها را برای رسیدن به یک وفاق مشترک مورد بحث و بررسی قرار دهد.

با احترام - دکتر باقر شهینی زاده مدیر اجرایی انجمن دندانپزشکان عمومی ایران

شماره: ۸۷/۲۹۲۵/ظ
تاریخ: ۸۷/۴/۳۰

بسمه تعالی
همکار محترم جناب آقای دکتر سیدشهبالدین صدر ریاست محترم سازمان نظام پزشکی کشور

با سلام و احترام، پیرو وصول صورتجلسه تفاهم خوداظهاری سازمان امور مالیاتی کشور و سازمان نظام پزشکی کشور در اجرای ماده ۱۵۸ قانون مالیات های مستقیم برای مالیات عملکرد سال ۱۳۸۶ مراتب ذیل به استحضار رسانده می شود:

۱ - کلیه صاحبان حرف پزشکی از جمله دندانپزشکان قاطعانه نسبت به پرداخت مالیات خود را مکلف و متعهد می دانند و امیدوار هستیم که این امر موجبات افزایش سطح خدمات و تسهیلات اجتماعی برای همه مردم از جمله دندانپزشکان را فراهم نماید.

۲ - پرداخت مالیات بردارند، یقین باید بر اساس میزان درآمد احتمالی و افزایش آن استوار باشد در حالی که نرخ رشد تورم در سال ۱۳۸۶ معادل ۱۹٪ اعلام شده و در زمینه کالاهای دندانپزشکی این نرخ رشد، بیشتر از نرخ تورم بوده است و علاوه بر آن سایر ضروریات و کالاهای ضروری معیشتی مورد نیاز نیز افزایش قیمت داشته اند، پس طبیعتاً افزایش درآمدی برای قشر دندانپزشک نسبت به سال ۱۳۸۵ نبوده است.

۳ - افزایش ۲۰٪ مالیات نسبت به عملکرد سال ۱۳۸۵ برای عملکرد سال ۱۳۸۶ در صورتی مطرح است که درآمد افزایش یافته باشد اکنون درآمد تعداد بسیار زیادی از مطب های دندانپزشکی در کلان شهرها به علت کاهش درآمد مردم و افزایش نرخ تورم روبه نزول داشته و بعضاً منجر به تعطیلی گردیده است.

۴ - سقف مالیات پنج میلیون ریالی برای دندانپزشکان عمومی در سراسر کشور از محاسبه ناعادلانه در امر مالیات استخراج گردیده، ضمن اینکه مقایسه این رشد با مالیات سنوات گذشته از افزایش چندین برابری خبر می دهد و با واقعیت موجود تطابقی ندارد. سایر مؤدیان گروه پزشکی نیز هر کدام به طبع این توافق سقف حداقل مالیات آنها افزایش چشمگیر داشته است.

پیشنهاد می گردد:
۱ - سقف مالیات طبق بند ۳ صورتجلسه تفاهم تا حداقل ۵۰٪ مبلغ اعلام شده یعنی ۲/۵۰۰/۰۰۰ ریال تقلیل یابد.

۲ - با توجه به گرانی و رشد تورم و طبعاً کاهش مراجعات به مطبها و بالا بودن حداقل سقف مالیات (۵۰۰۰/۰۰۰ ریال) باعث گردیده که زمینه فعالیت مراکز خصوصی دندانپزشکی با مشکل روبرو شود. لذا خواهشمند است حداکثر افزایش مالیاتی سال ۱۳۸۶ به همان ۱۵٪ معادل سال ۱۳۸۵ باز گردد.

۳ - با توجه به دیر کرد سازمان نظام پزشکی در توافق مذکور با سازمان امور مالیاتی کشور پرداخت مالیات را تا تعیین تکلیف نهایی بر اساس علی الحساب

سالگرد درگذشت دکتر بهنام برجیان
رزیدنت اندو دانشگاه اصفهان را تسلیت گفته و از خداوند منان برای آموزش روح آن مرحوم مغفرت و برای بازماندگان صبر جلیل مسئلت می نمایم.

دکتر آرمان نصری و دکتر بهرام اسفندیاری

به دنبال ارسال صورتجلسه تفاهم خوداظهاری سازمان امور مالیاتی کشور با سازمان پزشکی کشور در اجرای ماده ۱۵۸ قانون مالیات های مستقیم انجمن دندانپزشکان عمومی ایران جهت اصلاح و تعدیل مالیات تخصیصی گروه پزشکی نامه ای خطاب به ریاست محترم سازمان نظام پزشکی ارسال کرده و متعاقب آن تقاضای پیگیری و اقدام مقتضی از معاونت محترم ریاست جمهوری ارسال شده است. متن مکاتبات جهت اطلاع همکاران به شرح ذیل تقدیم می گردد:

شماره: ۸۷/۲۹۲۶/م
تاریخ: ۸۷/۴/۲۸

بسمه تعالی
برادر محترم جناب آقای دکتر مرتضی تمدن
مقام محترم مشاور ریاست جمهوری

با سلام و احترام، همانگونه که مستحضر می باشید حسب مکاتبات پیوست و بر اساس صورتجلسه تفاهم خود اظهاری سازمان امور مالیاتی کشور، سازمان نظام پزشکی کشور در اجرای ماده ۱۵۸ قانون مالیات های مستقیم برای مالیات عملکرد سال ۱۳۸۶، مالیات مأخوذه سال ۱۳۸۶ را نسبت به سال ۸۵ به میزان ۲۰٪ افزایش توافقی داده است.

لیکن سقف حداقلی برای هر گروه پزشکی در نظر گرفته که باعث گردیده که در اخذ مالیات بعضاً مالیات برخی مؤدیان گروه پزشکی سال ۱۳۸۶ بیش از ۵۰٪ نسبت

شهروند سربراه دکتر مریم اشرفی زاده

درواز صبح در اولین ساعات اداری اولین روز هفته جهت ادای وظیفه شهروندی به دارایی رفتم. از آن جا که ما جماعت پزشکان شهروندان خوبی هستیم و از آن جا که همه ما شهروندان ایرانی با تورم به خوبی آشنا هستیم و از آن جا که نرخ تورم سالانه زیر ۲۰٪ را نیز اصلاً قابل نمی دانیم، لذا انتظار رشد مالیاتی سالانه حداقل ۲۰٪ را طبق سنوات گذشته انتظار داشتیم. با کمال تعجب با افزایش نرخ تورم حدود ۱۰۰٪ در مالیات سال ۸۶ نسبت به سال ۸۵ روبرو شدم. مسلماً قادر نبودم تعجب و اعتراض خود را نسبت به این مسئله پنهان کنم. کارشناس محترم اداره دارایی با لحن حق به جانب فرمودند که «خانم دکتر افزایش مالیات امسال نتیجه توافقی سازمان خودتان (یعنی نظام پزشکی) با اداره دارایی می باشد و متن توافق را به من نشان داد» با مطالعه توافق نامه آه از نهادم برآمد. دیدم مبنای حداقل مالیات سال ۸۵ برای دندانپزشکان عمومی در ۶ کلان شهر تهران، تبریز، مشهد، اصفهان و شیراز و اهواز، ۵۰۰ هزار تومان در نظر گرفته شده و البته با نرخ تورم منطقی! ۲۰٪ حداقل مالیات توافقی ۶۰۰ هزار تومان می باشد. در این جا چند نکته آنقدر برای ناگوار و دردناک بود که نتوانستم حداقل از ابراز درد دلی دوستانه با همکاران خودداری نمایم.

■ نکته اول این که آیا واقعاً افزایش تعرفه های درمانی به موازات تورم امکان پذیر است؟! و به فرض محل اگر ما جماعت دندانپزشک بدون در نظر گرفتن مسائل انسانی و اخلاقی خیلی جدی بسر این افزایش پافشاری کنیم، آیا نتیجه این امر جز ناتوانی بیماران از مراجعه به دندانپزشکی و خارج شدن کامل این هزینه از سبب خانواده ها خواهد بود؟! اینجانب که در مرکز شهر اهواز به کار اشتغال دارم و مشغول ارائه خدمات به بیمارانی اکثراً از طبقه متوسط و نه پایین جامعه هستم، همانند عمده همکاران، گرفتار مشکل پرداخت هزینه های درمان به دلیل ناتوانی خانواده ها می باشم، ضمن این که حتی نرخ های مصوب ابلاغ شده از طرف همکاران معاونت درمان را هم نمی توانیم اجرا کنیم! تا چه رسد به افزایش ۲۰٪ سالانه.

■ ثانیاً: قرار دادن اهواز در کنار ۵ کلان شهر دیگر از افزایش ۲۰٪ مالیات هم دردناک تر بود و حقیقتاً برابرم

جای تعجب دارد. آیا همکاران محترم مسئول در سازمان نظام پزشکی اصلاً سفری به اهواز داشته اند؟! آیا مشکلات زندگی در شهری که نه آب سالم دارد و نه هوای سالم (نه فقط گرما بلکه آلودگی صنعتی و طبیعی بالا) را می دانند؟! آیا هزینه های تحمیلی به پزشک ساکن اهواز مشابه سایر کلان شهرها است؟! به عنوان مثال هزینه چند میلیون تومانی دستگاه های خنک کننده؛ هزینه آب و برق که به دلیل تجاری بودن در تابستانه سراسر آور است، عدم وجود امکانات تفریحی حداقل در تابستان برای خود و فرزندانمان و اجبار به رفتن مسافرت تابستانه با هزینه های کمر شکن، عدم امکانات رفاهی حداقل شهری مثل سایر کلان شهرهای نامبرده.....

در سال گذشته همانطوری که همه همکاران مستحضر هستند، آلودگی وحشتناک و غیر قابل تحمل گرد و خاک نیز هفت سین ما را کامل کرده است. از طرف دیگر ذکر این نکته نیز خالی از فایده نمی باشد که استان خوزستان در مجموع پردرآمدترین استان کشور برای دولت است. صنایع مادر نفت، پتروشیمی، فولاد، نیروگاه های بزرگ تولید برق کشور و ... سومین استان تولید کننده گندم و سایر محصولات کشاورزی، همه و همه این استان را به قطب درآمدزای کشور تبدیل کرده است. سهم مردم استان از این درآمد چقدر است؟! آیا کارشناسان محترم امور اقتصادی و مسئولان محترم که دائماً دم از عدم اتکا به درآمدهای نفتی و افزایش درآمدهای مالیاتی زده و کشورهایی چون سوئد و ... (البته فقط در بعد پرداخت مالیات!) را به رخ ما می کشند، سری به قوانین این کشورها زده اند و آیا می دانند که در مناطق درآمدزا، به مشاغل خدماتی، تخفیف ویژه مالیاتی تعلق می گیرد؟! چرا که بدون آن ها چرخه تولید دچار اختلال می شود. تازه بماند که به مناطق بد آب و هوا هم جهت جذب سرمایه و ... تخفیف مالیاتی تعلق می گیرد که ما بحمداله واجد هر دو ویژگی هستیم!

قصه، ضمن پوزش از اطاله کلام که قطره ای از دریا بود، بنده مالیات تعیین شده را همچون یک شهروند سر به راه پرداخت نمودم به امید آن که با تجدید نظری که در آینده انجام می شود، اضافه پرداختی برای سنوات بعد منظور گردد!!!

امور دبیرخانه: سحر صحت، آزاده بی پروا، سمانه مجاوران، افسانه واعظی
امور پخش: دبیرخانه انجمن
صفحه آرایی و چاپ: مهندس صفرپور
شمارگان: ۱۰۰۰۰ نسخه
نشانی: کوی نصر، خیابان پیروزی شرقی، پلاک ۵، واحد ۵
تلفن: ۵ و ۸۲۲۸۷۹۴ - ۸۲۲۸۹۵۲۶ - ۸۲۲۶۸۵۲۷
نمابر: ۸۲۲۶۳۰۳۷
صندوق پستی: تهران ۸۳۴ / ۱۴۳۹۵
وب سایت: www.IRANGDA.org
پست الکترونیک: info@IRANGDA.org

انجمن دندانپزشکان عمومی ایران
IRANIAN GENERAL DENTISTS ASSOCIATION
صاحب امتیاز: انجمن دندانپزشکان عمومی ایران
مدیر مسئول و سردبیر: دکتر باقر شهینی زاده

هیات تحریریه:
دکتر ناصر آخوندان، دکتر آرتیس آریا، دکتر فریبا ابوالحسنی، دکتر مهرداد ابوالقاسمی، دکتر مسعود احمدی ابهری، دکتر محمد حسین ارگانی، دکتر هادی اسدیان، دکتر غلامرضا امین، دکتر طاهر علی امین پور، دکتر ناهید ایرانی، دکتر فاطمه بسیج، دکتر حامد پدram، دکتر وحید پدram، دکتر حمیدرضا پیروزی، دکتر مریم حافظی بختیاری، دکتر مریم حقیقی فرد، دکتر مریم خان محمدی، دکتر فاطمه دفترا، دکتر مجید رستگار، دکتر محمد رشاد، دکتر حسن رضایی، دکتر نینا رهشناس، دکتر آرش زاهدی، دکتر جمشید زمان، دکتر آسیه شریعتی، دکتر بابک شهینی پور، دکتر شکوفه شیراندشت، دکتر شادنوش صارمی، دکتر لیلادستی، دکتر شروین صلصالی، دکتر اسماعیل ضابطی، دکتر همایون فراسد، دکتر بهزاد فرخزاد، دکتر فرشاد فریدونی، دکتر اعظم قاسمی، دکتر فرهاد قاسمیان، دکتر شیلان عزیزی، دکتر لیلای عطایی، دکتر تارا علیجانی، دکتر اردشیر غلامی، دکتر پیمان کشاورز، دکتر محمدتقی کیانی، دکتر آبرج کی پور، دکتر مهشید گرابلی، دکتر یکتا محبی، دکتر نسرین منوری، دکتر زینب موثق، دکتر فریبا موسایی، دکتر مهران مومنی، دکتر منصور میرنج، دکتر میترا میرمحمدی، دکتر نازیلا نجاری، دکتر مولود نیکومنش، دکتر مهناز همتی، دکتر جعفر هنرمند

دندانپزشکان فقط پزشک دندان نیستند بلکه پزشک سیستم جونده هستند، این سیستم از پیچیده ترین سیستم های بدن است.



در پزشکی برای بیشتر عفونت ها، اگر عامل باکتریایی آن مشخص شود (Cause - effect) با درمان آنتی بیوتیکی معین درمان غالباً قطعی است اما در مورد اختلالات TMD به راحتی نمی توان بین علت- معلول (Cause - effect) رابطه ساده ای پیدا کرد؛ نمی توان یک عامل الکلوزالی را عامل قطعی دانست که با حذف آن تمام اختلالات مرتبط با این سیستم رفع شود.

دکتر پارسا آفتاب رزم دبیر علمی همایش الکلوزن (۱) و (۲) با دید وسیع و درایت کافی همراه با سایر همکاران سخنران و در کنار مدیریت علمی سازنده، کارآمد و خلاق انجمن عمومی دکتر بهزاد فرخزاد، کار تدوین و برنامه ریزی همایش الکلوزن را به سرانجام رساندند. در ذیل متن گفتگویی سرشار از مباحث علمی پیچیده تقدیم می گردد:

خبرنامه: همکار محترم جناب آقای دکتر پارسا آفتاب رزم جناب عالی از ابتدای شکل گیری بحث برگزاری همایش الکلوزن، در انجمن دندانپزشکان عمومی ایران حضور داشته اید و به عنوان دبیر علمی همایش، این مسئولیت حساس را به عهده گرفته اید. نتایجی که از این بحث انتظار دارید، چیست؟

دکتر پارسا آفتاب رزم: با عرض سلام، همانگونه که مستحضر هستید موضوع الکلوزن فصل مشترک غالب رشته های دندانپزشکی بوده، توجه به آن اجتنابناپذیر است. در این همایش دو مرحله ای، در مرحله اول بیشتر به بنیان های سیستم (Masticatory system) یعنی فانکشن طبیعی و غیر طبیعی، عوامل تأثیرگذار در فانکشن و درمان های مورد نظر پرداخته می شود. به عبارتی در همایش الکلوزن (۱) در مورد مباحث بالینی الکلوزن مثلاً الکلوزن در پروتزهای متحرک، ثابت و یا ایمپلنت و ارتودنسی کمتر بحث می شود و بیشتر به مطالعه الکلوزن و رابطه و نقش آن با اختلالات مفصل گیجگاهی فکی (Temporomandibular Disorder TMD) که هم اکنون یک ترم مورد قبول ADA جهانی است پرداخته می شود.

خبرنامه: یکی از موضوعاتی که به طور جدی مطرح است این است که ابتدا باید دانش آکادمیک و تئوریک را در زمینه هر بحث علمی به طور جدی آموخت، سپس به کاربرد عملی آن دست یافت. در این همایش مباحث تئوریک طراحی شده است؟

دکتر پارسا آفتاب رزم: هر چند در متن این سؤال پاسخ هم وجود دارد، اصولاً در تمام زمینه های علمی، دانش آکادمیک و تئوریک مبنای اولیه و شناخت پدیده های علمی است یعنی در علوم پزشکی شناخت زمان از آناتومی و فیزیولوژی شروع، سپس شناخت بیماری (پاتولوژی) و درمان رکن اساسی می شود. بر این اساس نوع نگاه در همایش الکلوزن با کنگره ها تا حدودی متفاوت است. در کنگره سخنرانان و محققین، تجربیات بالینی و تحقیقات خود را ارائه کرده و به بحث می گذارند. حتی در یک پانل در موضوع خاصی نظرات می تواند متفاوت باشد. در این همایش حتی المقدور سعی خواهد شد به جنبه های تئوریک الکلوزن به مفهوم عام و دقیق تر به اختلالات مفصل گیجگاهی فکی یعنی آناتومی فانکشنال، وظایف مهم این سیستم، نقش Dentition در پدیداری وظایفی مانند جویدن و بلع، روابط مرکزی عمودی یعنی پارامتری الکلوزنی، معیارهای الکلوزن مطلوب، اتیولوژی، علائم و نشانه های TMD، تشخیص TMD، درمان اختلالات سیستم ماضغه بر مبنای اصول و تفاهم مشترکی پرداخته شود.

این نکته قابل توجه است که به دلیل نقش احتمالی الکلوزن و تأثیر آن بر فانکشن ها و وظایف سیستم ماضغه، این موضوع بیشتر در دندانپزشکی مورد توجه قرار گرفته است تا رشته های دیگر علوم پزشکی. علاقه و کنجکاوی گسترده در این حوزه و همچنین شناخت ناکافی از این سیستم باعث شده است که در این حوزه سبک (Concept) تئوری و روش های درمانی متفاوت باشد و همین عوامل باعث شده است تا حدودی شاهد سردرگمی در این حوزه باشیم. از جمله باید اینگونه استنباط نشود که رویکردهای درمانی در این حوزه موفق نبوده است، بلکه هدف از تبیین آن این است که متأسفانه هنوز به دلیل پیچیدگی این سیستم و مهم تر، نقش عوامل متعدد در ایجاد اختلالات سیستم ماضغه (چون فقط یک عامل مانند الکلوزن در ایجاد آن نقش ندارد) در این زمینه شاهد رویکردهای متفاوتی هستیم. به همین دلیل کوشش خواهد شد اصول بنیادی تئوریک مرتبط با الکلوزن و فانکشن سیستم ماضغه بیشتر مورد بحث قرار گیرد.

پس می توان گفت طراحی مباحث ایجاد شده در این همایش به دلیل طبیعت موضوع بیشتر جنبه تئوریک داشته و هدف آن است که یک رویکرد منطقی و علمی برای مطالعه الکلوزن و فانکشن سیستم ماضغه پیدا کنیم. همان گونه که در متون مرتبط با این موضوع آمده است، درک روابط الکلوزالی نرمال و فانکشن های متعدد این سیستم پیش نیاز دخالت در اختلالات سیستم جونده است.

خبرنامه: الکلوزن به عنوان یک ترم اختصاصی در دندانپزشکی در چه حوزه هایی دخالت دارد

و شما رویکردتان به الکلوزن در دندانپزشکی در رشته های مختلف چگونه است و نقش آن را در درمان دندانپزشکی چگونه تعریف می کنید؟

دکتر پارسا آفتاب رزم: الکلوزن در غالب حوزه های دندانپزشکی تأثیرگذار است. حتی اگر واژه الکلوزن را با تعریف ساده ای همین تماس سطوح برنده و جونده دندان ها در نظر بگیریم، به هر نحوی این سطوح تحت تأثیر و یا مداخله قرار گیرد (از درمان های ساده و محافظه کارانه مثل یک ترمیم ساده تا درمان های پیچیده مانند بازسازی کامل این سیستم متأثر می شود و نقش آن بر روی اجزای دیگر این سیستم دیده خواهد شد. پس در تمام حوزه ها نقش دارد. البته در اینجا دو نکته را باید از هم تمیز داد یکی نقش احتمالی الکلوزن در ایجاد بیماری های سیستم ماضغه است که نیاز به مطالعات وسیع و گسترده ای در این زمینه هنوز حس می شود. به عبارت دیگر نقش الکلوزن را به صورت یک عامل مکانیکی و تک بعدی در ایجاد اختلالات TMD ندانیم. مثالی ذکر کنم؛ در پزشکی برای بیشتر عفونت ها، اگر عامل باکتریایی آن مشخص شود (Cause - effect) با درمان آنتی بیوتیکی معین درمان غالباً قطعی است اما در مورد اختلالات TMD به راحتی نمی توان بین علت- معلول (Cause - effect) رابطه ساده ای پیدا کرد؛ نمی توان یک عامل الکلوزالی را عامل قطعی دانست که با حذف آن تمام اختلالات مرتبط با این سیستم رفع شود. نکته دوم نقش الکلوزن در درمان های متداول دندانپزشکی، از دندانپزشکی اطفال تا ایمپلنت است که در هر حوزه با رویکرد خاصی در این زمینه فراوان بحث شده است و هر رشته الزامات و روش و تکنیک خاص خودش را بر رسیدن به اهداف معین تعریف کرده است، که به این مباحث بیشتر در الکلوزن (۲) پرداخته خواهد شد.

خبرنامه: انجمن دندانپزشکان عمومی ایران همایش ایمپلنت (۱) و (۲) را در سال ۱۳۸۶ برگزار کرد و اکنون با الکلوزن (۱) و (۲) یکی دیگر از این مباحث را وارد عرصه علمی کرده است، سخنرانی های جناب عالی در چه حوزه هایی است و برای اینکه الکلوزن در کوریکولوم آموزشی قرار گیرد چه توصیه ای دارید؟

دکتر پارسا آفتاب رزم: سخنرانی بنده در همایش ایمپلنت مربوط به «نقش بیومکانیک در موفقیت طولانی مدت ایمپلنت» بود.

در الکلوزن (۱) سخنرانی اینجانب در مورد «آناتومی فانکشنال سیستم جونده» و در الکلوزن (۲) در مورد «معیارهای الکلوزالی در پروتزهای متکی بر ایمپلنت» خواهد بود.

در مورد بخش دوم سؤال که مبحث الکلوزن در کوریکولوم آموزشی قرار گیرد. مستحضر هستید که در مورد الکلوزن با دیدگاه خاص هر رشته به ویژه در پروتزهای دندانپزشکی به شکل گسترده بحث می شود و هر حوزه سعی دارد که با استفاده از روش های جدید و ابداعات، رویکرد موفقتری در درمان بیماران با کمترین ناراحتی و هزینه داشته باشد.

اما اگر منظور آن است که الکلوزن و نقش آن به عبارتی شناخت سیستم جونده (Masticatory system) در کوریکولوم آموزشی گنجانده شود، در این باره می توان برای کوریکولوم آموزشی دندانپزشکی عمومی برنامه حداقلی را ارائه داد و از کوریکولوم آموزشی دانشکده های معتبر بهره برد. امروز در دانشکده های معتبر دندانپزشکی دنیا مراکز نظیر Orofacial pain center و یا division of Masticatory function وجود دارد. ذکر این مطلب خالی از لطف نیست که اصولاً به موضوعاتی نظیر الکلوزن و یا ایمپلنت که متولی آن بخش خاصی نیست و یا اصطلاحاً Multidisciplinry است، در کوریکولوم آموزشی دندانپزشکان عمومی کمتر توجه شده است.

خبرنامه: در الکلوزن دیدگاه های مختلفی در سطوح علمی وجود دارد این اختلاف دیدگاه ها در مورد الکلوزن و تأثیرات آن در TMD و TMD از کجا منشأ می گیرد و همکاران دندانپزشک در این رویکرد چگونه به یک پروتکل درمانی دست می یابند؟

دکتر پارسا آفتاب رزم: وجود دیدگاه های متفاوت در مورد الکلوزن و یا دقیق تر در مورد علت و یا علل اختلالات سیستم جونده به دلیل پیچیدگی این سیستم است. اگر به تاریخچه مرتبط با این موضوع نگاه کنیم و ترمینولوژی های مرتبط با آن را نگاه کوتاهی بیندازیم از زمان ابداع واژه سندرم کاستن (Casten syndrome) تا واژه (Tempromandibular disorder) که در حال حاضر واژه پذیرفته شده است، ۵۰ سال زمان سپری شده است.

همچنین در بررسی ۵۷ مطالعه و تحقیق اپیدمیولوژیک نشان داده شده است که ۳۵ مطالعه عوامل الکلوزالی و یا نقش الکلوزن در ایجاد نشانه ها و علائم TMD را مرتبط می دانند و ۲۲ مطالعه نقشی برای الکلوزن قائل نیستند. نکته جالب تر آن که از ۳۵ تحقیقی که نقش الکلوزن را با TMD مرتبط می دانند، وضعیت های الکلوزال متفاوت و گوناگونی را در یافته ها و نتیجه گیری های خود عنوان کرده اند؛ یعنی فقط «یک عامل الکلوزالی معین» در ایجاد اختلالات TMD نقش ندارد. لذا به دلیل همین پیچیدگی به یقین نمی توان نقش الکلوزن را پذیرفت و یا رد کرد بلکه عوامل، متعدد (Multi factorial) می باشند.

متأسفانه این پدیده گوناگونی نشانه ها و علائم (Sign & symtoms) تشخیص و به تبع آن درمان را پیچیده می کند شاید مثالی تا حدودی این بفرنجی را روشن کند: در مورد ایجاد پوسیدگی، آن را مولتی فاکتوریال می دانند یعنی فقط عامل باکتری استرپتوکوکوس میوتانس (Strep mutans) اشاره نمی کنند بلکه تغذیه، بهداشت دهان، عوامل فرهنگی و محیطی را هم مؤثر می دانند. اما وقتی دندانی پوسیده شد، رویکرد درمانی مشخص و معین و اگر به درستی انجام شود موفق است. متأسفانه در مورد TMD این گونه نیست یعنی پیچیدگی و تعدد عوامل در اینجا بیشتر است و لذا رویکرد درمانی باتوجه به نشانه و علائم آن متنوع می باشد و در مواردی پاسخ به درمان ها پاسخ منفی است. پس باید رویکردهای گوناگونی را در صفحه درمان در نظر داشت و اینجاست که با چالش روبرو می شویم.

خبرنامه: اهمیت همایش الکلوزن (۱) و (۲) را چگونه می بینید و توصیه شما برای حضور در این همایش به همکاران دندانپزشک به عنوان دبیر علمی همایش که زحمات بسیاری را متقبل شده اید، چیست؟

دکتر پارسا آفتاب رزم: از دیدگاه اینجانب اهمیت این همایش در افزایش و ارتقاء دانش تئوریک و آگاهی ما از سیستم جونده خواهد بود. دندانپزشکان فقط پزشک دندان نیستند بلکه پزشک سیستم جونده هستند. این سیستم خوشبختانه و یا متأسفانه یکی از پیچیده ترین سیستم های بدن است، وظایف چندگانه دارد. بیماری های آن متنوع و گوناگون است به دلیل گستردگی و تبعات بیماری های لته و پوسیدگی و درمان های متنوع آن، به خود سیستم به صورت یکپارچه کمتر توجه شده است و بیشتر به این دو بیماری و عوارض آن پرداخته شده است. این سیستم، آناتومی و فیزیولوژی جالب توجه و بفرنجی دارد، با احساس، هیجان و روان هم مرتبط است. امیدوارم حداقل مزیت همایش آن باشد که نگاهی دوباره با زوایای دید دیگر به این سیستم که متولی آن هستیم داشته باشیم و از تجربیات گرانقدر اساتید که در این حوزه به طبابت و پژوهش اشتغال دارند بهره ببریم و شرکت همکاران ارجمند، انتقادات و پیشنهادات سازنده دوستان به ارتقای علم دندانپزشکی در این حوزه کمک شایانی بنماید.





خبرنامه: همکار محترم جناب آقای دکتر مسعود اجلالی پس از اینکه همایش ایمپلنت (۱) و (۲) انجمن دندانپزشکان عمومی ایران که با مدیریت علمی جناب عالی با موفقیت شایسته برگزار شد، اکنون همایش اکلوژن (۱) و (۲) در دست اجرا می باشد، آیا جناب عالی از روند اولیه برنامه ریزی و چگونگی شکل گیری برنامه علمی آن اطلاع دارید که، از چه زمان و چگونه موضوع شروع و به نتیجه رسید؟ جایگاه آموزش علمی این دو همایش را چگونه ارزیابی می کنید؟

دکتر مسعود اجلالی: بسیار خوشحالم که همایش ایمپلنت (۱) و (۲) مورد توجه همکاران گرامی قرار گرفته است. در هنگام اجرای برنامه های مختلف علمی در کنفرانس ها، همایش ها (بخصوص همایش ایمپلنت) بازآموزی ها و سایر مجامع علمی که شرکت داشته ام ضرورت برقراری یک «همایش اکلوژن» توسط همکاران پیشنهاد و توصیه می شد.

وقتی از طرف انجمن دندانپزشکان عمومی ایران پیشنهادی بر این مبنا داده شد، با همراهی و همکاری همکاران صاحب نظر و مسئول آموزش های انجمن، کمیته ای تشکیل گردید. در جلساتی برحسب ضرورت مواردی پیشنهاد شد. پس از جمع آوری پیشنهادات برنامه ای تدوین یافت که مسلماً با تأیید و برحسب نیازهای شورای علمی انجمن عمومی می تواند موارد به اجرا گذاشته شود.

خبرنامه: در خصوص بحث اکلوژن یک واحد اختصاصی و یا درس مشخص در دوران تحصیل دندانپزشک عمومی در دانشکده ها وجود ندارد، اما ضرورت آن توسط انجمن دندانپزشکان عمومی ایران بنا به نیازهای علمی مطرح گردیده، شما اهمیت اکلوژن در رشته های گوناگون دندانپزشکی و به طور کلی اکلوژن و نقش آن در سلامتی دهان و دندان و نگهداری اکلوژن سالم را چگونه ارزیابی می کنید؟

دکتر مسعود اجلالی: در زمانی که هنوز برنامه های دانشکده به صورت واحدی ارائه نمی گردید، به طور مثال در دانشکده دندانپزشکی تهران با نام اکلوژن توسط جناب آقای دکتر شفق آشنا شدم و در دانشکده دندانپزشکی شهید بهشتی درسی به نام اکلوژن با همت مرحوم جناب آقای دکتر علی عالم «صاحب نظر و متخصص در این رشته تدریس می شد» که اینجانب نیز از نزدیک از بحر علم و فن ایشان سود برده و جرقه هایی در فراگیری آن دریافت کرده ام. در مجموعه مصوب شورای عالی انقلاب فرهنگی، واحد مستقل در دوره عمومی منظور نگردیده است و در درون درس های دیگر به تدریس آن پرداخته می شود. در دوره تخصصی رشته پروتزهای دندانپزشکی اکلوژن به صورت واحدهای مستقل عملی و نظری تدریس می شود. در دوره دروس عمومی دستبازی رشته های مختلف واحدی به نام اکلوژن وجود داشت که شاید به علت عدم ضرورت آن برای تمام رشته ها این واحد حذف گردید.

دندانپزشکی بدون اکلوژن مفهومی ندارد. در اکثر رشته های دندانپزشکی «اگر به تمام رشته ها نسبت ندهم» که بنحوی به درمان های کلینیکی بیماران می پردازند، اکلوژن مفهوم و کاربرد خاص خود را دارد. اگر بخواهیم از اکلوژن تعریف جامعی را بر مبنای کتب معتبر در این رشته داشته باشیم و فقط به معنای لغوی آن بپردازیم باید ذکر شود که وقتی اجزاء تشکیل دهنده سیستم یا دستگاه جویدن اعم از عضلات، استخوان ها، لیگامانها، مفاصل، دندان ها و سایر بافت های مربوطه تحت

رهبری سیستم عصبی مرکزی با هم هماهنگی داشته باشند، می توان اکلوژن سالم یا عبارت بهتر «اکلوژن فیزیولوژیک» را تعریف کرد. در غیر این صورت یک اکلوژن پاتولوژیک نیازمند به درمان را بایستی انتظار داشت.

خبرنامه: طبق برنامه ریزی اکلوژن (۱) به متون تئوری خواهد پرداخت، چه دلیلی داشت که بحث تئوری این موضوع اینقدر مهم جلوه داده شود و چه مباحث کلی در اکلوژن (۱) مطرح خواهد شد؟

دکتر مسعود اجلالی: اکلوژن (۱) بر مبنای پدیداری اجزاء دستگاه جویدن و پدیداری فاکتورهای مؤثر در اکلوژن از بدو تولد، بهتر بگویم قبل از تولد تا تکامل رشد دندان ها در دهان و به ثمر رسیدن آنها برای انجام اعمال چهارگانه حیاتی بخصوص بلع، صحبت کردن و جویدن برنامه ریزی شده است.

قبل از اینکه دندان ها در دهان پدیدار شوند و فاکتورهای مؤثر در اکلوژن نظیر CR, VD در منطقه جینی بوجود می آیند که تمام آنها هدایت کننده محل برقراری دندان ها می باشند.

سختی از فاکتورهای مؤثر در اکلوژن که بسیار کاربردی بود و روزمره دانسته و ندانسته از آن در درمان دندانپزشکی استفاده می شود، به میان خواهد آمد. از موارد دیگر، کینز پولوژی (حرکت شناسی فک پایین) مورد توجه قرار خواهد گرفت. در این جا بد نیست از فردی به نام دکتر مهرداد نام ببریم که حضور به صورت مستمع آزاد در کلاس های ایشان مرا بیاد پای کبوتری به روی سطوح دندان ها در نتیجه حرکات قدامی خلفی و طرفی فک پایین می اندازد. هر جا که هستند سلامتی برایشان آرزو دارم.

کینز پولوژی، رکنی از ارکان اکلوژن می باشد که در این راستا سعی خواهد شد با سه کارگیری انیمیشن های خاصی مشکلات یادگیری آن مرتفع گردید

دستگاه جویدن تنها قسمتی از بدن است که با دو مفصل همزمان با هم حرکت می کند. حرکات بایستی طوری صورت گیرند که اجزاء متشکله سنگ و شیشه کنار هم بتوانند در سلامتی بسر برند. مینا چون سنگ، بافت حساس دیگری چون لیگامان های پرودنتال و سایر بافت های حساس مثل شیشه تردو شکننده هستند. حفظ سلامتی این دستگاه منوط به آگاهی از علم حرکات فکی می باشد.

دستاندازی به اکلوژن بدون آگاهی از تئوری های اکلوژن نمی تواند بیماران را به سر منزل درمان هدایت کند.

خوشبختانه این سیستم پویا، آگاه و خود درمان بوده و دستگاه جویدن می تواند خود به خود خطاهای حاصل را از بین ببرد؛ یا بهتر بگویم به طرز عمکرد خود را تغییر دهد که بتواند از خطاهای حاصل فرار نماید. لذا اجزاء را با هم هماهنگ می کند. ایجاد هماهنگی تا وقتی صورت می گیرد که سدهای حمایتی شکسته نشود؛ در صورت شکسته شدن سدهای حمایتی بیماری یا به عبارتی TMD پدید می آید و علائم و نشانه ها زمانی عریان می گردند که برخی اوقات درمان آن بسیار دیر شده است و می بایست علاج واقعه قبلاً صورت گیرد.

خبرنامه: شما به عنوان یک معلم و استاد که سال ها با دانشجویان کار موفق علمی داشته اید برای اکلوژن در پروتز چه ترما و مواردی را در گرایش ثابت، پارسیل متحرک و متحرک کامل در نظر می گیرید و چگونه باید مباحث تئوری و

عملی آن را آموخت و به کار گرفت؟

دکتر مسعود اجلالی: اگر تعریف اکلوژن را بر مبنای تماس های دندانسی تصور کنیم، چندان تعریف جامعی نیست و فقط بخشی از اکلوژن را در بر می گیرد

در درمان های جایگزینی دندان ها که بخشی از اکلوژن به آن معطوف می گردد رعایت اصول اکلوژن در پروتز ثابت (متکی بر دندان های طبیعی) پارسیل (متکی بر بافت و دندان های طبیعی) و پروتز کامل (متکی بر بافت) و در نهایت پروتزهای متکی بر ایمپلنت تدابیر خاصی را طلب می نماید. تفاوت هایی وجود دارد که مسلماً در این همایش در پانل هایی خاص به آنها اشاره خواهد شد. اصول اکلوژن بر مبنای دندان های طبیعی استوار می باشد و آنچه آفرینش برای این دستگاه منظور نموده بایستی بازسازی گردد. لیکن با تغییر در بافت های ساپورت دهنده پروتزها، بایستی تغییراتی در دندان های مصنوعی و طبیعی داده شود تا تحمل نیروها به وسیله بافت ساپورت دهنده مقدور بوده، تخریب آنها تشدید نگردد.

حتی در دندان های طبیعی وقتی بافت ساپورت دهنده آن تغییر می کند، تغییر در Occlusal scheme نیز از ضروریات اکلوژن می باشد.

خبرنامه: در مورد اکلوژن دیدگاه های مختلفی وجود دارد. این دیدگاه ها روی چه مواردی توافق و روی چه عناوینی متفاوت فکر می کنند و به نظر شما شرکت کنندگان چگونه باید به یک نتیجه کاربردی در آشنایی با متدهای مختلف برسند؟

دکتر مسعود اجلالی: در مورد دیدگاه های مختلف در مکاتب مختلف، باید سعی بر این باشد که از دیدگاه های مشترک و تقریباً همه گیر استفاده شود. در این همایش سعی بر آن می باشد تا جایی که مقدور است از تناقض ها پرهیز گردیده و به نکات مشترک روی آورده شود. تناقض ها می توانند عاملی برای طراحی تحقیقاتی گردند که در دانشکده ها صورت می گیرد و از آن برای انجام تحقیق بهره گرفته شود.

همایش اکلوژن (۱) و (۲) انجمن دندانپزشکان عمومی ایران در تاریخ ۱۱ و ۱۲ مهرماه ۱۳۸۷ و ۸۰۷ آزما ۱۳۸۷ در تهران هتل المپیک برگزار می شود. دکتر مسعود اجلالی که دبیر علمی همایش ایمپلنت (۱) و (۲) بوده اند که در طراحی و تدوین برنامه علمی اکلوژن نیز نقش کلیدی داشته اند. در گفتگویی در مورد فرآیند اکلوژن به بحث و تبادل نظر پرداخته ایم:

دکتر مسعود اجلالی:

دستگاه جویدن تنها قسمتی از بدن است که با دو مفصل همزمان با هم حرکت می کند. حرکات بایستی طوری صورت گیرند که اجزاء متشکله سنگ و شیشه کنار هم بتوانند در سلامتی بسر برند.

لیکن در چنین همایش هایی تلاش می شود که از دیدگاه های هماهنگ بهره گرفته شود. تا همکاران بتوانند بهره علمی بیشتری برده و در کارهای درمانی روزانه خود آنها را به کار گیرند. امروزه دیدگاه های مختلف در اکلوژن، خوشبختانه با مطالعه بیشتر و تحقیقات (با مواد و روش های پیشرفته) و واقع نگری، به سمت و سوی یکدیگر در حرکتند. بهرحال تضادهای بهتر است در دوره های تخصصی مورد بررسی قرار گیرند تا در محافل و همایش هایی برای عموم دندانپزشکان.

خبرنامه: شما از چه دیدگاهی به اکلوژن نگاه می کنید و در همایش های (۱) و (۲) روی چه موضوعات کلیدی سخنرانی خواهید خوب استفاده کنید و کدام گروه از دندانپزشک عمومی را تشویق به شرکت در این سمینارها عملی می کنید؟

دکتر مسعود اجلالی: همان طور که گفتم اکثر دیدگاه های اکلوژنی را در حد توان مورد مطالعه قرار داده ام در مقالات مختلف چون موارد تحقیق متنوع است، هماهنگ کردن این موارد (matching) بسیار مشکل می باشد. بدین لحاظ در نتایج حاصله نیز تفاوت هایی وجود دارد که برای همکاران جوان در برخی اوقات مشکلاتی را فراهم می نماید. یا به عبارت ساده تر سردرگمی ایجاد می نماید. لیکن از طرف دانشمندان ذریط خدمات زیادی صورت گرفته است تا بتوانند اکلوژن را با روش ساده تر و کاربردی تر به دانشجویان عرضه نمایند. من با این دیدگاه موضوعات کلیدی اکلوژنی که اکثریت پذیرفته اند را مورد نظر قرار داد سعی در کاربردی کردن آن ها در دانشکده دارم و میزان موفقیت در آن منوط به رأی فراگیران می باشد.

به هر حال همکاران صاحب نظر بایستی چنان عمل نمایند که اکلوژن به عنوان یک پدیده دست نیافتنی مطرح نشود، بلکه راه حل های ساده تری برای فراگیری آن پیشنهاد شود. برنامه های اینجانب در اکلوژن (۱) و (۲) منظور شده است که می توانید به آن برنامه مراجعه فرمایید.





در همایش اکلوزن، دو بخش جداگانه، بخش اول آشنایی آکادمیک با مبانی تئوری که رکن اساسی درک موضوع اکلوزن می باشد و بخش دیگری کاربرد عملی اکلوزن می باشد. دکتر محمد حسین پدram که سالهاست در دندانپزشکی عاشقانه از ظریف ترین و ریز ترین کارها تا سخنرانی در سطح بین المللی فعال بوده اند، همکاری مستقیم و سازنده داشته که با ایشان به گفتگویی کارشناسانه پرداخته ایم:

دکتر محمدحسین پدram:

در هیچ کنگره‌ای با این وسعت به مبنای تئوریک اکلوزن پرداخته نشده است.

خبرنامه: ابتدا لطفاً تعریف و اهمیت اکلوزن را بیان فرمایید؟

دکتر محمدحسین پدram: ساده ترین تعریف اکلوزن عبارتست از تماس دندان‌های بالا و پایین و نحوه حرکت دندان‌ها روی یکدیگر، همین تعریف به ظاهر ساده، سرمنشاء و پایه و اساس مطالعات متفکرین علم آناتومی و بیومکانیک و متخصصین پروتز و ارتودنسی و تقریباً تمامی زیر مجموعه‌های دندانپزشکی گردیده است. که عشق آسان نمود ولی افتاد مشکل‌ها.

این مطالعات باعث پیدایش انواع آرتیکلاتورها و تئوری‌های مختلف اکلوزن و مکتب‌ها و دیدگاه‌های مختلف در این زمینه گردیده است.

برای تماس و حرکت دندان‌ها روی یکدیگر نیاز به مطالعه روی سه قسمت اصلی می باشد.

- ۱ - دندان‌ها و مورفولوژی آنها
- ۲ - بافت نرم و سخت نگهدارنده دندان‌ها
- ۳ - سیستم جوینده (در این سیستم باید TMJ- رابطه عصبی و عضلانی سیستم جوینده و انواع اکلوزن بررسی شود).

به هماهنگی سه مجموعه فوق Stomatognathic system می گویند. اگر هر کدام از اجزای این مجموعه دچار مشکل شود، سیستم فوق دچار یک سیکل معیوب می گردد که پیدا کردن علت علائم و درمان آن به عهده متخصصین اکلوزن می باشد.

با توجه به تعریف فوق اهمیت اکلوزن در تمامی درمان‌های دندانپزشکی مشخص می شود. به عنوان مثال در صورت وجود یک ترمیم ساده آمالگام یا کامپوزیت که مقداری بلندتر از حالت نرمال قرار گرفته باشد، در هنگام تماس دندان‌ها با یکدیگر، روی آن دندان فشار بیش از حد وارد می شود و اعصاب پروپریوسپتو بین لیگامان‌های پرودنتال همان دندان از طریق سیستم عصبی این فشار را به مراکز

فوقانی عصبی اطلاع می دهد و مرکز کنترل عصبی به عضلات جوینده دستور می دهد به نحوی در حالت انقباض قرار گیرند که به آن دندان فشار کمتری وارد شود. با استمرار درد، کندیل هم درون گلوئوئید فوسا نمی تواند در حالت CR طبیعی قرار گیرد و فرد به طور غیرعادی دچار دندان قروچه می شود تا بتواند بلندی آن دندان را با سایش کمتر کند و با گذشت زمان و با سایش غیر طبیعی بعضی از دندان‌ها، فرد یک اکلوزن غیر طبیعی جدید پیدا می کند. پس ملاحظه می کنید یک ترمیم غلط می تواند منجر به پیدایش یک سیکل معیوب در سیستم جوینده گردد، که ایجاد درد و دیس فانکشن عضلانی و اکلوزن غلط و دندان قروچه غیر طبیعی از عوارض آن می باشد. همین سیکل معیوب می تواند با منشأ اولیه کندیل یا عضلات شروع شده و باعث بروز سردردهای مزمن، صدای مفصلی و ... گردد.

خبرنامه: به نظر شما دندانپزشکان عمومی در چه مرحله‌ای از درمان باید به اکلوزن توجه نمایند؟

دکتر محمدحسین پدram: همانگونه که در جواب سؤال اول اشاره کردم در تمامی درمان‌های دندانپزشکی از یک ترمیم ساده تا پیچیده ترین درمان‌های پروتزی و حتی در خارج کردن یک دندان باید به اهمیت اکلوزن توجه شود. به عنوان مثال اگر بعد از خارج کردن یک دندان، اقدام به جایگزین نمودن دندان از دست رفته نشود، دندان فک مقابل و دندان‌های طرفی تمایل پیدا می کند تا به سمت فضای بی‌دندانی حرکت نمایند و در نتیجه این حرکت، در زمان فانکشن، سطوح جوینده هارمونی و یکنواختی خود را از دست می دهند و در نهایت منجر به (Interference)، تداخل و تماس‌های زودرس می گردد که باعث بروز همان مشکلاتی می شود که در بالا به آن اشاره شد. با توجه به اینکه دندانپزشکان عمومی در خط مقدم درمان بیماران دندانی قرار دارند، نقش بسیار

مهمی در پیشگیری از اختلالات احتمالی بعدی و همین طور کشف بیماری‌های مربوط به اکلوزن بر عهده آنان می باشد و باید از مفاهیم پایه‌ای مربوط به اکلوزن آگاه شوند تا هم درمان‌های مربوط به دندانپزشکی را در حوزه مسئولیت خود را به نحوه انجام دهند تا منجر به بیماری‌های مربوط به اکلوزن نشوند، همچنین بتوانند با تشخیص به موقع، بیماران مبتلا به ناهنجاری‌های اکلوزنی را به متخصصین معرفی نمایند.

خبرنامه: در کنگره اخیر ICOI که در ونیز ایتالیا برگزار شد موضوع صحبت شما در رابطه با اکلوزن بود، در مورد زمان و علت انتخاب موضوع بیشتر فرمایید؟

دکتر محمدحسین پدram: موضوع صحبت من اهمیت اکلوزن در انواع پروتزهای متکی بر ایمپلنت بود. چون تعداد سخنرانان از سراسر دنیا زیاد بود زمان سخنرانی اکثر سخنرانان ۱۵ دقیقه بود ولی به خاطر اهمیت موضوع مدت سخنرانی من ۳۰ دقیقه انتخاب شده بود. چون من قبلاً از مدت زمان سخنرانی مطلع بودم مطالب سخنرانی را که برای بازآموزی و کلاس مدون به مدت یک ساعت و نیم تنظیم کرده بودم با خود بردم و با اینکه آن را در حد ۳۰ دقیقه کاهش داده بودم ولی توانستم حق مطلب را در مورد اهمیت اکلوزن در پروتزهای متکی بر ایمپلنت به نحو احسن ادا کنم و بحث خیلی مورد استقبال قرار گرفت.

خبرنامه: آیا به نظر شما سرفصل‌های ارائه شده در اکلوزن (۱) در حدی هست که منجر به تغییرات راهبردی در شیوه درمانی دندانپزشکان عمومی شود؟

دکتر محمدحسین پدram: برنامه‌های ارائه شده در اکلوزن (۱) به صورت تئوریک می باشد و به نحوی انتخاب شده است که قدم به قدم اطلاعات ضروری را به همکاران محترم ارائه کند، تا با شناخت آنها درمان‌های عملی خود را به نحوی ارتقاء دهند که این درمان‌ها منجر به انواع اختلالات اکلوزنی نگردد. در هیچ کنگره‌ای با این وسعت به مبنای تئوریک اکلوزن پرداخته نشده است. با اینکه مبانی علمی اکلوزن سخت و دشوار است ولی با این چیدمان خوب و با اساتید گرانقدری که مطالب را ارائه خواهند داد، من مطمئنم که این کنگره یکی از برابرتین و مفیدترین همایش‌ها برای دندانپزشکان عمومی خواهد شد تا آمادگی پیدا کنند که در همایش اکلوزن (۲) با آگاهی و شادابی بیشتری مطالب علمی اکلوزن را پیگیری نمایند.

خبرنامه: شما در همایش اکلوزن (۲) در مورد اهمیت اکلوزن در انواع پروتزهای متکی بر ایمپلنت سخنرانی دارید لطفاً مختصری در مورد اهمیت این موضوع توضیح دهید.

دکتر محمدحسین پدram: به طوری که همکاران محترم اطلاع دارند دندان‌های طبیعی و پروتزهای متکی بر ایمپلنت تفاوت‌های فراوانی با هم دارند. به طور مثال:

۱ - دندان‌های طبیعی دارای حرکات طرفی و آپیکالی مشخص هستند که در ایمپلنت‌ها این حرکات یا وجود ندارد یا بسیار ناچیز است.

۲ - دندان‌های طبیعی دارای الیاف PDL هستند ولی ایمپلنت‌ها این الیاف را ندارند و مستقیماً

به استخوان به صورت Rigid متصل می باشند. ۳ - در اطراف ریشه دندان‌های طبیعی و در لابه‌لای الیاف PDL اعصاب پروپریوسپتو وجود دارد که فرد را از مقدار فشار وارده آگاه می سازد ولی در ایمپلنت‌ها این گیرنده عصبی وجود ندارد.

۴ - اگر نیروی اکلوزالی بیش از حد و غیرعادی به دندان‌ها وارد شود، علامت ناشی از این فشار اضافه در دندان‌های طبیعی به صورت حساسیت در هنگام فشار - حساسیت به گرما و هیپرمی می باشد.

اما اگر این نیروهای غیر عادی به ایمپلنت وارد شود هیچکدام از علائم فوق در آن مشاهده نمی شود و فقط منجر به تحلیل و از بین رفتن استخوان اطراف ناحیه گردن ایمپلنت می شود. پس به طوری که ملاحظه می فرمایید تفاوت‌های اکلوزن بین دندان‌های طبیعی و پروتزهای متکی بر ایمپلنت بسیار زیاد می باشد. افرادی که در حوزه ایمپلنت فعالیت می کنند باید با انواع تئوری‌های مربوط به اکلوزن آشنایی داشته باشند و برحسب مورد یکی از انواع اکلوزن‌ها را استفاده نمایند. من در سخنرانی خود به تفصیل در مورد این تفاوت‌ها و اکلوزن مورد نیاز انواع پروتزهای متکی بر ایمپلنت؛ از یک ایمپلنت تک‌واحدی تا بریج‌ها و پروتزهای ثابت تمام فک و اوردنچرها و اکلوزن مربوط به اتصال ایمپلنت به دندان طبیعی بحث خواهم کرد.

خبرنامه: توصیه شما به دندانپزشکان عمومی در مورد همایش اکلوزن (۱) و (۲) چیست؟

دکتر محمدحسین پدram: دندانپزشکان ما به قدری علاقمند و باهوش و مشتاق مسائل علمی هستند و به قدری برای ارتقاء کیفی کار کلینیکی خود علاقه نشان می دهند که نیازی به هیچ توصیه‌ای ندارند. همانگونه که قبلاً هم توضیح دادم با توجه به اینکه اکلوزن، کلید موفقیت تمامی درمان‌های دندانپزشکی خصوصاً پروتز می باشد، من ایمان دارم که هر دو همایش با استقبال گرم همکاران مواجه خواهد شد.

خبرنامه: نقش انجمن دندانپزشکان عمومی ایران را در طرح مسائل کلیدی دندانپزشکی چگونه می بینید؟

دکتر محمدحسین پدram: تمامی تشکلهای غیر دولتی با فعالیت‌ها و برنامه‌ریزی‌های خود می توانند بازوی توانمندی برای مراکز تصمیم‌گیری دولتی شده و در هدایت برنامه‌ریزی‌های کلان نقش مهمی داشته باشند. انجمن‌های دندانپزشکی موجود نیز هر کدام تلاش می کنند در جهت ارتقاء کیفی خدمات دندانپزشکی گام‌هایی بردارند. انجمن متخصصین پروتزهای دندانی به عنوان قدیمی ترین انجمن در این زمینه واجد کارنامه قابل قبولی در کنار دیگر انجمن‌ها می باشد ولی انجمن دندانپزشکان عمومی ایران با اینکه هم از نظر سال تأسیس و هم از نظر میانگین سنی اعضا هیئت مدیره و دیگر یاران خود بسیار جوان است، با برگزاری کلاس‌های مدون و انتشار خبرنامه و مجله و برگزاری کنگره‌ها و همچنین با طرح مباحثی مانند همایش زیبایی - همایش ایمپلنت (۱) و (۲) و اکنون نیز با برگزاری همایش اکلوزن (۱) و (۲) بسیار موفق عمل کرده است و هویت و جان تازه‌ای به کالبد مقوله انجمن‌داری دمیده است.



دکتر مجید نوحی ساهاست که در مان بیماری **مفصل گیجگاهی فکی (TMD) فعالیت** مستمر و پیگیر داشته اند. در همایش **اکلوژن (۱) و (۲)** ایشان در مورد دیدگاه‌های خود سخنرانی خواهند کرد. در ذیل گفتگویی توسط دکتر جمشید زمان با دکتر نوحی انجام شده و متن مصاحبه را دکتر آرش زاهدی پیاده کرده‌اند.

خبرنامه: آقای دکتر ابتدا یک موضوع کلی را مورد بحث قرار دهیم که اکلوژن در دندانپزشکی از نظر جنابعالی چیست؟

دکتر مجید نوحی: اکلوژن از واژه اکلود (Occlude) می‌آید و در واقع به نظر من معنی لغوی آن رابطه فک تحتانی و فک فوقانی است. ضمناً یکی از مباحث بسیار بسیار پایه‌ای و مهم دندانپزشکی است که با همه رشته‌های تخصصی دندانپزشکی ارتباط مستقیمی با اکلوژن دارند حتی مبحث ترمیمی که یکی از ساده ترین مباحث دندانپزشکی است.

خبرنامه: رابطه اکلوژن و TMJ یکی از مباحث علمی است. محل تلاقی نظرات همکاران صاحب‌نظر در زمینه اکلوژن و TMJ که حوزه فعالیت شماست، در ارتباط با ناهنجاری‌های اکلوژن چگونه مطرح می‌کنید؟

دکتر مجید نوحی: به نظر من یکی از دلایل TMJ اکلوژن است. سابقاً برای بیماری‌های TMJ علل مختلف را در نظر می‌گرفتند، حتی علل روانی؛ اما برداشت من این است که آن مباحث کم‌رنگ تر و بحث اکلوژن پررنگ تر شده است. ما یک مجموعه‌ای داریم به نام دستگاه جویدن که از سه عنصر تشکیل شده است: ۱- TMJ ۲- اکلوژن ۳- عضلات که از

بین این سه عنصر اکلوژن از همه مهم‌تر است. وقتی دهان را باز می‌کنیم و می‌بینیم یعنی دهان را اکلود می‌کنیم، تبلور این حرکت، باز و بسته شدن دهان است. منشأ حرکت در چانه و دهان و اکلوژن نیست، بلکه منشأ باز کردن و بستن و حرکت‌های طرفی فک تحتانی TMJ می‌باشد. که مثل لوله عمل می‌کند و فرض کنید دهان را باز کردید و می‌خواهید ببینید اگر دندان‌ها دقیقاً مطابق یک قاعده صحیح روی هم جفت نشوند، اثر تخریبی خود را روی فک تحتانی نمی‌گذارد بلکه روی لولا می‌گذارد. درست مثل یک در که وقتی باز می‌شود و بسته می‌شود اگر یک رینگ زیر در بگذاریم و به زور ببندیم، اثر تخریبی روی لولا اعمال می‌شود، در مورد دهان هم همین طور است اگر دهان را ببندیم دندان‌ها با حتی کمترین اختلاف زمانی روی هم بیایند و یک طرف زودتر بسته شود و طرف مقابل دیرتر، اثر تخریبی روی TMJ ایجاد می‌شود و باعث می‌شود که کندیل یک طرف از موقعیت فیزیولوژیک خود خارج شود و این عمل اثر تخریبی خود را روی عضلات می‌گذارد و عضلات طرف مقابل دچار هایپراکتیویته می‌شوند. به همین دلیل است که می‌گوییم دستگاه جویدن ما سه عنصر دارد

یکی TMJ، یکی اکلوژن و یکی هم عضلات و همه این‌ها اثر تخریبی خودشان را روی TMJ می‌گذارند. حالا این مال اکلوژن می‌تواند از این طریق باشد که یک طرف بنا به دلایلی زودتر از طرف مقابل تماس را برقرار کند، اینکه در یک طرف یا در دو طرف مولرها را نداشته باشیم و جویدن با دندان‌های قدیمی انجام شود که در این صورت فشارهای فزاینده و تخریبی روی TMJ وارد می‌شود. البته هر اکلوژن نامناسبی الزاماً باعث تخریب در TMJ نمی‌شود، ولی اگر شدت طبق یک مکانیسم شناخته شده است. می‌بینیم که اکلوژن نامناسب باعث یکسری تغییرات هیستولوژیک در ناحیه TMJ می‌شود و این تغییرات باعث می‌شوند ضخامت لایه‌های نرم از سمت کندیل و از سمت امیننس (eminence) افزایش پیدا کنند و به دیسک فشار وارد کنند و دیسک در مقابل این افزایش فشار به صورت انفعالی و Passive واکنش نشان می‌دهد و نازک می‌شود و در صورت عدم درمان، دیسک پرفوره می‌شود. افزایش ضخامت لایه‌های نرم در اثر افزایش فشارهای بیومکانیکی است که از طریق اکلوژن بر روی TMJ وارد می‌شود و هیچ مکانیسم دیگری ما نمی‌شناسیم.

خبرنامه: یعنی به نظر شما بتدریج و با

پیشرفت علم، مسائل سایکوسوماتیک جایشان را به علل فیزیولوژیک داده‌اند؟

دکتر مجید نوحی: بله، من بر اساس آمار و ۲۲ سال تجربه و استنباط شخصی می‌توانم بگویم، درصد بیماری‌رانی که به خاطر ناراحتی TMJ به ما مراجعه می‌کردند و همزمان ناراحتی روانی هم داشتند بسیار بسیار کم‌تر از کسانی است که انسان‌های بسیار سالمی هستند ولی مشکلات TMJ دارند و این درصدها اصلاً قابل مقایسه نیستند.

خبرنامه: نظرات متفاوت در مورد منشأ مشکلات سردردها از اکلوژن و TMJ وجود دارد نظر شما چیست؟

دکتر مجید نوحی: من در یک کتاب چاپ آمریکا این مطلب را خواندم که ۴۰٪ علت سردردها در آمریکا مربوط به TMJ است. ما می‌دانیم که خیلی وقت‌ها سردردها علت سیستمیک دارند، صرف نظر از این علت‌ها به نظر من چنانچه بیماری به ما مراجعه کرد و از همه جهت سالم بود و بیماری سیستمیکی که باعث سردرد شده باشد نداشت، با اطمینان کامل می‌توانم بگویم که TMJ دخیل است. بیایید ما ناراحتی‌های گردنی و سردرد را با هم مورد بررسی قرار دهیم در بررسی‌ها نشان داده شده که ماتعدادی از عضلات داریم که مشخصاً در ارتباط با حرکات فک تحتانی هستند، برای باز کردن و بستن حرکات طرفی و ... یک سری عضلات هم داریم که باعث حرکات گردنی می‌شوند از جمله عضلاتی که در قدام و خلف و طرفین مهره‌های گردنی داریم. نکته جالب اینکه ثابت شده در تمام حرکات فک پایین، تمام عضلات گردنی که در بالا ذکر شد هم فعال هستند ولی با دامنه و فعالیت کم‌تر. برعکس این قضیه هم صادق است. حالا اگر در حرکات فک پایین به علت یک اشکال در TMJ یکی از عضلاتی که ذکر شد دچار اشکال شوند مثلاً دچار انقباض شدید و مداوم شوند اثرات تخریبی‌شان را روی عضلات گردنی هم می‌گذارد.

وقتی بیمار اظهار می‌دارد من سردردهایم از پشت گردن شروع می‌شود و این به خاطر فشاری است که روی عضله semi spinalis capitis بوجود می‌آید که آن فشار هم روی عضله نروی اسی پیتالیس وارد می‌شود و این باعث سردرد در پشت گردن می‌شود، همین حالت روی پیشانی هم هست. مثلاً انقباضات عضلات فرونتال و فشار روی عصب supra orbitalis. ولی نکته این است که الزاماً دردها محل‌شان نباید روی TMJ باشد

بلکه همه جا می‌تواند ظهور کند. یکی از علل سردردها این است که ما در نسج ترودیسکال و در کپسول مفصلی اعصاب زیادی داریم؛ مثلاً عصب اوریکولوتمپورال. در اختلالاتی که در دستگاه TMJ بوجود می‌آید یا در Anterior disc displacement، دیواره خلفی و دیواره لترالی کپسول مفصلی که حاوی عصب است بین کندیل و امیننس کشیده می‌شود. در حالت عادی

کپسول مفصلی بیرون‌تر از دیسک است و در محدوده حرکت فک پایین

اینها تحت فشار قرار نمی‌گیرند در حالی که در این عارضه این دیواره‌ها در محدوده‌ای قرار می‌گیرند که حرکات مفصلی در آنجا انجام می‌شود و این باعث درد می‌شود.

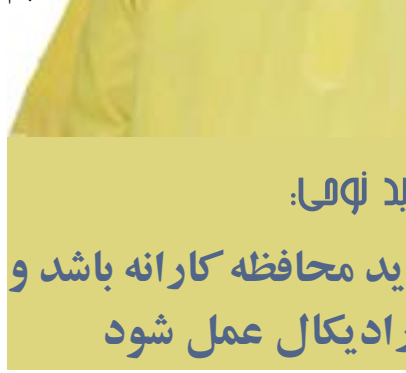
خبرنامه: امروز بحث جراحی در TMJ مورد بازنگری قرار گرفته است، نظر شما در مورد جراحی TMJ چیست؟

دکتر مجید نوحی: اگر بپذیریم که با درمان‌های کانسرواتیو ۹۸٪ از بیماران درمان می‌شوند و نتایج خوبی را می‌دهند، این نتیجه‌ها باید تعریف شوند یعنی یا کاملاً درمان می‌شوند یا بهبود نسبی پیدا می‌کنند؛ یعنی اکثر ناراحتی و سمپتوم‌هایشان درمان می‌شود و فقط برخی از سمپتوم‌هایشان باقی می‌ماند به طوری که بعد از آن مشکلی ندارند و بدون درد هستند. دیگر نیازی به جراحی نیست، بخصوص اگر منشأ بیماری را اکلوژن بدانیم، تصور کنید که با داشتن یک اکلوژن نامناسب مستقیماً اقدام به جراحی کنیم، در این حالت چون علت بیماری را از بین نبرده‌ایم باز هم امکان بازگشت بیماری وجود دارد، در حالی که در درمان‌های کانسرواتیو، هدف ما برطرف کردن علت است ولی در جراحی ما کاری به علت نداریم. در مورد بیماری که Free end هستند اگر جراحی کنیم علت چه می‌شود؟ و چگونه باید درمان شود؟ لذا این بیمار همیشه باید منتظر بازگشت بیماری‌اش باشد. ۲ یا ۳٪ از بیماران هستند که با درمان‌های کانسرواتیو درمان نمی‌شوند، اینها باید آرتروسکوپی و بعد از آن جراحی شوند.

خبرنامه: جنابعالی در مبحث همایش اکلوژن چه مباحثی را مطرح می‌کنید و این بحث را چگونه ارزیابی می‌کنید؟

دکتر مجید نوحی: من امیدوارم به من این اجازه داده شود که بینش خود را به طور کامل برای شرکت کنندگان بیان کنم، در زمینه TMJ بینش‌های متعددی مطرح می‌شود. ما نباید قطعات مختلف از بینش‌های مختلف را کنار هم بگذاریم و نام آن را همایش TMJ بگذاریم. باید ۲ یا ۳ بینش مختلف در ۲ یا ۳ پانل مختلف مطرح شود و شرکت کنندگان بتوانند آن مبحثی را که مناسب‌تر دیدند، انتخاب کرده و عمل کنند و من هم مایلم تعاریف بیماری TMJ، اتیولوژی بیماری TMJ و درمان‌های آن که شامل Splint therapy و انواع Biteguard و Occlusal adjustment و فیزیوتراپی‌ها را مطرح کنم تا با این بینش آشنا شوند. به نظر

من درمان‌های TMJ باید محافظه کارانه باشد و در صورت ضرورت رادیکال عمل شود. گاهی اوقات تصور بر این است که با دادن یک Splint یا Biteguard بیمار درمان شده است، در صورتی که Splint فقط دردها را برطرف می‌کند و بعد باید مراحل بعدی درمان هم ادامه پیدا کند. Occlusal adj به معنای جامع، یعنی این‌که باید کارهای ترمیمی و پریو و اندوی بیمار انجام



دکتر مجید نوحی:

به نظر من درمان TMJ باید محافظه کارانه باشد و در صورت ضرورت رادیکال عمل شود

شود و به خصوص پروتزها و ایمپلنت‌ها باید گذاشته شود و بعد از آن به سراغ نقاط پیش‌رس برویم و بعد از این مرحله حتماً باید فیزیوتراپی انجام شود.

خبرنامه: نقش سیستم نور و ماسکولار در TMJ چیست و این موضوع را چگونه بررسی می‌کنید؟

دکتر مجید نوحی: این بحث اتفاقاً مهم‌ترین بحث است چون ما با یک موجود زنده سروکار داریم که سیستم نوروماسکولر دارد، ما با آرتیکولاتور سروکار نداریم هر کاری که در دهان بیمار انجام می‌دهیم، روی سیستم نوروماسکولر او اثر می‌گذارد. **انسانی که دارای نقاط پیش‌رس است اطلاعات حسی از این دستگاه جوده دریافت می‌شوند و به مراکز مغزی و به خصوص مخچه مخابره می‌شوند و فرمان‌های حرکتی به عضلات صادر می‌شوند** گاهی این فرمان‌های صادر شده باعث می‌شوند عضلات از کنار آن نقاط پیش‌رس ما نور دهند و رد شوند و ما آن را پیدا نکنیم و بر عکس، یعنی وقتی ما آن نقاط پیش‌رس را از بین بردیم اطلاعات حسی از پروپدنتیوم، عضلات، لیگامان‌ها دریافت می‌شوند و به مخچه می‌روند و در مخچه این اطلاعات ارزیابی می‌شوند و فرمان‌های حرکتی هماهنگی بین نیمه چپ و راست صادر می‌شوند تا نیمه چپ و راست به طور هماهنگ و هم ارزش عمل کنند. وقتی می‌خواهیم Occlusal adj انجام دهیم همه کار را مستقیم روی دهان بیمار انجام می‌دهیم، نه روی آرتیکولاتور. اگر ما رکوردگیری دقیقی کرده باشیم، اولین نقطه پیش‌رس در دهان و آرتیکولاتور روی هم منطبق هستند، در حالت ایده‌آل، اگر در آرتیکولاتور و در دهان بیمار این نقطه را حذف کنیم، دیگر نقاط پیش‌رس بعدی با هم منطبق نیستند و شباهتی با هم ندارند چون آرتیکولاتور کاملاً مکانیکی و دهان بیمار، نوروماسکولر است. بحث دیگری هم هست که گاهی درست بعد از تحویل Splint بیمار احساس راحتی می‌کند ولی باز در جلسات بعد احساس درد و ناراحتی می‌کند به دلیل دخالت سیستم نوروماسکولر تمام تنظیماتی که ما در جلسه اول انجام داده‌ایم به هم خورده است و باید مجدداً adjustment انجام شود، تا چند هفته این کار تکرار شود تا ثبات و پایداری به وجود آید. پادمان باشد که در این‌جا ابزارمان هم باید خیلی دقیق باشد. فوبل‌هایی به ضخامت هشت هزارم میلی متر لازم است.

خبرنامه: نقش انجمن دندانپزشکان عمومی ایران در آموزش‌های کلیدی دندانپزشکی و موفقیت همایش اکلوژن را چگونه ارزیابی می‌کنید؟

دکتر مجید نوحی: خیلی زیاد. ما در آموزش‌های دندانپزشکی نقاط قوت و ضعف زیادی داریم. من فکر می‌کنم انجمن‌های صنفی و علمی ما وظیفه‌شان مطرح کردن نقایص است باید و فشار وارد کنند تا اساتید و ادار شوند که این نقایص را برطرف کنند. ما در زمینه اکلوژن و TMJ در آموزش‌هایمان نقص زیادی داریم و برگزاری این سمینار که اولین سمینار TMJ و اکلوژن است و سمینارهای بعدی باعث می‌شود که همکاران و اساتید و صاحبان قدرت در دندانپزشکی بی به اهمیت موضوع ببرند و این نقایص را برطرف کنند.

خبرنامه: لطفاً در پایان سوابق علمی و تحصیلی خودتان را برای ما مطرح کنید؟

دکتر مجید نوحی: من فارغ التحصیل کشور سوئد هستم، در سوئد در دوره عمومی ۳۰۵ ساعت اکلوژن و TMJ تدریس شد؛ هم تئوری و هم عملی. در ترم‌های ۱ و ۲ و ۹.۹. در ترم ۹ ما موظف بودیم که بیمار درمان کنیم لذا از لحاظ حجم ساعات و مباحثی که تدریس شد بسیار جامع و کامل بود.

مثلاً در ترم ۴ چهار جلسه دو ساعته فقط سردردها برای ما تدریس می‌شد. حدود ۱۴ سال هم در دانشگاه آزاد در بخش پروتز ثابت و TMJ را تدریس کرده‌ام، این تدریس‌ها از ۳ ساعت در هر ترم آغاز شد و این کار به ۸ تا ۱۰ ساعت TMJ رسید و با موافقت روسای بخش‌های دانشگاه آزاد ما موفق به گشایش بخش بیماری‌های TMJ شدیم که دانشجویان داوطلبانه در آن حاضر می‌شوند و بیمار می‌دیدند؛ ولی چون اجباری نبود، حضور دانشجویان نامرتب بود. در حال حاضر هم در دانشگاه شهید بهشتی مشغول هستم.

دکتر علیرضا کشاورز یکی از سخنرانان همایش اکلوزن و TMJ (1) و (2) می‌باشد که مدرس اکلوزن هستند و سخنرانی‌های بسیاری در مجامع علمی بین‌المللی در خصوص اکلوزن و TMJ داشته‌اند. پیرامون موضوعات علمی همایش اکلوزن و TMJ و دیدگاه‌های علمی وی به گفتگو پرداخته‌ایم.

خبرنامه: همکار محترم جناب آقای دکتر علیرضا کشاورز در دندانپزشکی و در بسیاری از رشته‌های درمانی بخصوص در پروتز گرایش‌های ثابت، متحرک پارسیل، متحرک کامل، ایمپلنت، ترمیمی، ارتودنسی، اندو و ... نقش اکلوزن یک امر مهم روزمره علمی و دائمی است، چرا به این موضوع علمی به طور ویژه توجه نشده است؟ و شما آیا همایش اکلوزن (1) و (2) انجمن دندانپزشکان عمومی ایران را در این مورد راهگشا می‌دانید؟

دکتر علیرضا کشاورز: همان طور که در سؤال خود ذکر نمودید دانش اکلوزن در کشور بسیار فقیر است اغلب کتب مرجع این رشته در کشور بسیار قدیمی است و در بسیاری از دانشکده‌های کشور کتاب یک دندانپزشک عمومی در دوره‌های تخصصی تدریس می‌شود که از این نظر شورای تخصصی که متولی تدریس رشته‌های تخصصی است باید نگاه جدیدی به رفرانس‌های این رشته داشته باشد. واحدهای اختصاصی اکلوزن در دوره عمومی چندی پیش به علت کمبود یا بهتر بگویم نبود متخصص در رشته اکلوزن حذف شده است. دانشجویان تخصصی پروتز-جراحی و پروتز که نیاز به آموزش اکلوزن دارند توسط متخصصین این سه رشته آموزش اکلوزن را دریافت می‌کنند که به نظر منطقی و علمی نمی‌رسد و فقر آموزش و دانش اکلوزن از دوره عمومی به تخصصی منتقل شده و دندانپزشک متخصص و عمومی در درمان بیماران TMJ و اکلوزن به همان اندازه سردرگم است که بیمار اکلوزنی در پیدا کردن متخصص مربوط به این رشته جهت درمان. رشته اکلوزن یک رشته کاملاً آکادمیک و کلینیکی است که با مطالعه و تجربه کافی باید همراه باشد و امکان انتقال این تجربه و اطلاعات در چهار روز کنگره وجود ندارد. همان طور که استحضار دارید یک دوره شش تا هفت سال به عنوان Curriculum کامل یک دوره تخصصی اکلوزن در اروپا در نظر گرفته می‌شود. با همه این احوال سعی من در این دوره کوتاه که امیدوارم به صورت Biannual در ایران برگزار شود و حتماً از اساتید خارج از کشور دعوت شود این خواهد بود که دندانپزشکان را با یک Package کلینیکی اکلوزن آشنا کنم که در درمان‌های روزمره از آن استفاده کنند در عین حال تأکیدی بر Terminology خواهیم داشت چون از این طریق باید با هم مکاتبه و ارتباط داشته باشیم.

خبرنامه: تئوری‌ها مختلف در مورد اکلوزن و نقاط اشتراک و اختلاف را در چه ریشه‌هایی می‌دانید و به نظر شما این دیدگاه‌های مختلف در درمان مؤثر است و چگونه باید رفتار کرد که نتیجه مطلوب بدست آید؟

دکتر علیرضا کشاورز: در مورد اختلاف نظرها که طبعاً در هر رشته‌ای بین صاحب‌نظرات وجود دارد در خارج از ایران اختلاف به اندازه داخل کشور نیست. در دنیای علوم امروزی از جمله اکلوزن همه چیز مبتنی بر تحقیقات است و نظرات شخصی و سلیقه‌ای پذیرفته نمی‌باشد. این مسئله در اکلوزن که درمان‌های آن پیچیدگی خاصی دارد بسیار نمود پیدا می‌کند تنها افراد انگشت شماری در دنیا هستند که نظر شخصی آنها به عنوان رفرانس تلقی می‌شود و جهت بیان یک مطلب کلیدی نیازی به اثبات آن با تحقیق ندارند به عبارت دیگر در اکلوزن درجه اجتهاد دارند از جمله این افراد پروفیسور ash از امریکا پروفیسور McDevitt از ایرلند شاخص هستند و البته چند

شخصیت دیگر که تعداد آنها از انگلستان دست تجاوز نمی‌کند. ذکر این نکته نیز ضروری است که در تدریس کلاسیک اکلوزن در دنیا اگر چه از کتب مرجع استفاده می‌شود ولی بیشتر مطالب درسی از مقالات استخراج می‌شود برخلاف رشته‌های تخصصی دیگر که پایه و اساس تدریس کتب اصلی مرجع است که در هر کشور سازمان نظام دندانپزشکی (Dental council) متولی مشخص کردن این رفرانس‌ها است در مورد اکلوزن کاملاً متفاوت و تدریس بر اساس مقالات و به صورت Essay writing است. متأسفانه در تدریس این رشته در کشور ما همانند سایر رشته‌های تخصصی از کتب مرجع استفاده می‌شود و تدریس به صورت شناور و به روز شده (Fluctuating update) نمی‌باشد. اکلوزن یک رشته تکمیلی پس از گذراندن یکی از رشته‌های پروتز، پروتز، ارتودنسی و جراحی است و بنابراین کسی که در این سطح مشغول تحصیل است چنانچه فقط از کتب مرجع استفاده کند کاملاً به خطا رفته است. بحث تئوری‌های مختلف هم به همین منوال و توسط Glossary of prosthodontic terms و با همکاری بیست سازمان بین‌المللی هر 6 سال یک بار مشخص شده است چیزی که سه سال پیش در اکلوزن قابل قبول بوده است ممکن است امروز کاملاً مردود باشد حال شما بگویید چگونه یک کتاب مرجع را آن هم در سیستم تدریس fluctuating update می‌توان بیست سال تدریس کرد.

خبرنامه: شما پیرو چگونه تغییر در منشأ مشکلات اکلوزن هستید و بین ناهنجاری‌های TMJ و اکلوزن رابطه را چگونه ارزیابی می‌کنید؟

دکتر علیرضا کشاورز: رابطه بسیار تنگاتنگی بین اکلوزن و TMJ وجود دارد که به تفصیل راجع به آن در کنگره صحبت خواهد شد. این رابطه آن چنان نزدیک است که توصیف یکی بدون در نظر گرفتن اختلالات دیگری غیر ممکن است. از اولین نکاتی که در آموزش هر سیستم دانشگاهی در رشته اکلوزن وجود دارد آناتومی مفصل می‌باشد به طور خلاصه تدریس و تفهیم اختلالات اکلوزالی بدون شناخت مفصل غیر ممکن است. پروفیسور Mc devitt ریاست بخش اکلوزن و پروتز دانشگاه دابلین و یکی از برجسته‌ترین اساتید اروپا در رشته اکلوزن با این که اکلوزنیست شناخته شده است بهترین اثر علمی خود را که یک جلد از آن را به عنوان استاد به بنده هدیه نموده است کتاب «آناتومی مفصل گیجگاهی فکسی از نظر اکلوزن» می‌داند. از این کتاب که شاید بهترین اثر در مورد مفصل باشد در کنگره به اختصار صحبت خواهد شد. شاید مجال کافی در این بحث کوتاه نباشد ولی همین اندازه بگویم اکلوزنیست بدون دانش مفصل در واقع تفاوتی با پروتزیست ندارد. از دروس مهم دیگری که دانشجویان در دوره اکلوزن می‌گذرانند بررسی ججمه و مفصل حیوانات و مقایسه آن با انسان جنین‌شناسی مفصل بررسی تکامل در انسان و حیوانات در اکلوزن و مفصل در طی دوره‌های زمین‌شناسی و نحوه تکامل مفصل در چند صد هزار سال گذشته است حال نمی‌فهمم چگونه می‌توان مفصل را از اکلوزن جدا دانست؟

خبرنامه: امروز دیگر تشخیص مشکلات اکلوزن منحصراً با نگاه بالینی مطرح نیست و در این مورد اسباب و ابزار تشخیص و استفاده آن در درمان اولیه بسیار مطرح است چگونه این وسایل در اکلوزن ترمال و غیر ترمال مؤثر هستند؟

دکتر علیرضا کشاورز: یکی از مباحث بسیار جالب در اکلوزن استفاده از وسایل پیچیده‌ای است که ارزیابی دقیق و تشخیص صحیحی را ممکن می‌سازد. به همین منظور یک سخنرانی کامل را به Instrumentation اختصاص داده‌ایم تا با کلیه ابزار و لوازمی که ما با آنها سر و کار داریم آشنا شویم. برخی در دسترس است و مناسب

استفاده برای همکاران عمومی است و برخی جهت درمان‌های تخصصی استفاده می‌شوند و تعدادی هم جنبه درمانی ندارند و مختص تحقیقات می‌شود می‌باشند و دانشجویان و متخصصین اکلوزن بیشتر با آن سرو کار دارند.

خبرنامه: آیا آزمایشات پاراکلینیکی که با وسایل مختلف با مییلوگرافی و تریسینگ عملیات CO و CR که به مشکلات نوروموسکولر دست می‌یابد، در کشور ما امکان دارد و چه دستگاه‌هایی در این زمینه وجود دارد و آیا کاربرد آن‌ها را توصیه می‌کنید؟

دکتر علیرضا کشاورز: این وسایل که مختصری در سوال قبلی به آن اشاره شد مرور خواهد شد متأسفانه به علت عدم سرمایه‌گذاری در کشور در رشته اکلوزن این وسایل در کشور در دسترس نیست و چون اغلب بسیار گران هستند باید توسط مراکز دانشگاهی خریداری شوند و این امر تا به حال میسر نشده است. امیدوارم سیستم آموزشی ما اولاً در بازگرداندن 4 واحد اکلوزن محض به Curriculum آموزشی اکلوزن در دوره عمومی همت گمارد و متعاقب آن دانشکده‌ها اقدام به خرید این وسایل بکنند. بنده همین جا از همکاری ریاست دانشکده دندانپزشکی شاهد همکاری بسیار خوبی با بنده در جهت تأمین این وسایل داشته‌اند تشکر می‌نمایم و امیدوارم دانشجویان تخصصی پروتز که به زودی در این دانشکده مشغول خواهند شد از مزایای استفاده از این وسایل که به زودی قرار است به دستمان برسد بهره‌مند شوند این دانشکده مبلغ زیادی جهت تأمین لوازم اکلوزالی هزینه کرده است و ما آماده همکاری با سایر دانشکده‌های کشور در جهت تأمین یک Package استاندارد اکلوزالی برای دانشجویان عمومی و تخصصی هستیم. اغلب در دانشکده‌ها دیده می‌شود از وسایل قدیمی که از خط تولید خارج شده‌اند و یا مخلوطی از چند وسیله از سیستم‌های مختلف ساخت کارخانجات مختلف استفاده می‌شود که دقت را به قدری پایین می‌آورد که استفاده از تقریب بهتر به نظر می‌رسد.

خبرنامه: برای دندانپزشکان عمومی شرکت کننده در همایش اکلوزن (1) و (2) توصیه شما از نظر کار کلینیکی، کار لابراتواری، استفاده از رادیوگرافی و CT چگونه است؟ سخنرانی جنابعالی در این دو همایش در چه حوزه‌هایی است؟

دکتر علیرضا کشاورز: همانطور که می‌دانید تز تحقیقاتی PHD بنده در زمینه موقعیت مفصلی یا Condylar position در درمان‌های پروتزی است و مدت 6 سال روی این موضوع در انگلستان کار کردم محصل تعدادی مقاله در یک مجله اکلوزنی بود و خلاصه کار ارتباط رابطه مفصل با پایان درمان پروتز و دقت بیشتر یک روش ثبت موقعیت کندیلی نسبت به سایر روش‌ها است بنا بر این در این مورد کمی صحبت خواهم کرد. کار دیگر من که در دوره آموزش و بعد از آن فعالیت داشته‌ام استفاده تخصصی از ابزارهای تشخیصی و درمانی است که به آن خواهم پرداخت و چنانچه مجال باشد به گوشه‌ای از درمانی‌های غیر جراحی TMD خواهم پرداخت. در نهایت معرفی یک بسته اکلوزالی به عنوان یک سیستم که در مورد آن اخیراً در سوئیس یک سخنرانی داشته‌ام مطرح خواهد شد بخشی از این Package لابراتواری است که امیدوارم دوستان لابراتواری نیز در این کنگره شرکت داشته باشند و به آنها اطلاع‌رسانی کافی شده باشد چون بدون کمک و آگاهی تکنسین‌ها استفاده از این ابزارها کاملاً غیر ممکن است.

در پایان برای همه شما و همه دندانپزشکان عمومی که دندانپزشکی هر کشوری از وجود آنان حیات می‌گیرد آرزوی موفقیت دارم و امیدوارم در برگزاری کنگره‌های آینده موفق باشید.

تدریس و تفهیم اختلالات اکلوزالی بدون شناخت مفصل غیر ممکن است



در مورد اختلاف نظرها که طبعاً در هر رشته‌ای بین صاحب‌نظرات وجود دارد در خارج از ایران اختلاف به اندازه داخل کشور نیست. در دنیای علوم امروزی از جمله اکلوزن همه چیز مبتنی بر تحقیقات است و نظرات شخصی و سلیقه‌ای پذیرفته نمی‌باشد. این مسئله در اکلوزن که درمان‌های آن پیچیدگی خاصی دارد بسیار نمود پیدا می‌کند

رابطه بسیار تنگاتنگی بین اکلوزن و TMJ وجود دارد که به تفصیل راجع به آن در کنگره صحبت خواهد شد. این رابطه آن چنان نزدیک است که توصیف یکی بدون در نظر گرفتن اختلالات دیگری غیر ممکن است. از اولین نکاتی که در آموزش هر سیستم دانشگاهی در رشته اکلوزن وجود دارد آناتومی مفصل می‌باشد

دکتر فریدون جمالی:

ناهنجاری های مفصل گیجگاهی فکی (TMD) شایع ترین علت دردهای غیر دندانی در ناحیه دهانی - صورتی می باشد

می باشد و درصد ابتلای کل جوامع انسانی را بین ۴۰٪ تا ۶۰٪ تخمین زده شده که این دردها می تواند به صورت دردهای منتشر صورت، سردرد، گوش درد و گردن درد تظاهر نماید. لذا تشخیص اختلالات آن با دیگر دردهای دهانی - صورتی از نظر دندان پزشکی بسیار مهم می باشد.

در همایش اکلوزن (۲) که به TMD پرداخته خواهد شد سعی می شود راجع به تشخیص افتراقی دردهای دهانی - صورتی به اجمال بحث شود.

خبرنامه: تغییرات اکلوزن در چه هنگامی باعث تأثیر روی معضل گیجگاهی فکی می شود و بازسازی این دو آیا پس از عارضه های شدید درمانی وجود دارد؟ نقش جراحی در مشکلات TMD چقدر مؤثر می دانید؟

دکتر فریدون جمالی: در صدمات ترماتیک فکین، جراحی های اورتوگناتیک، آرتريت روماتوئید مفصل گیجگاهی فکی، بعد از جراحی های ضایعات پاتولوژیک و اختلالات رشدی و آنکیلوز TMJ تغییرات اکلوزالی از خفیف تا شدید پیش می آید که لزوم بازسازی اکلوزن در این موارد قطعی به نظر می رسد.

در مورد درمان های TMD از درمان های محافظه کارانه شامل دارو درمانی، اسپیلینت تراپی، فیزیوتراپی و غیره می باشد. درمان های تهاجمی شامل آرتروسنتز، آرتروسکوپی و جراحی باز می باشد.

به هر حال درمان های تهاجمی موقعی مورد توجه قرار می گیرد که درمان های محافظه کارانه تماماً با شکست روبرو گردیده و بیمار به درد شدید و یا محدودیت باز کردن دهان دچار باشد.

در همایش (۲) اکلوزن و TMD در مورد اتیولوژی، پاتوفیزیولوژی و تحقیقاتی که در این مورد در کشورهای پیشرفته و در بخش TMD دانشکده دندانپزشکی دانشگاه علوم پزشکی تهران صورت گرفته بحث خواهد گردید. در مورد درمان های محافظه کارانه به تفصیل در این همایش بحث و بررسی خواهد شد لکن درمان های تهاجمی به صورت خلاصه جهت اطلاع همکاران مورد بررسی قرار خواهد گرفت.

می شود. بنابراین اکلوزن در طول حیات یک فرد نمی تواند ثابت بماند و دائماً دچار تغییر می شود لذا عکس العمل طبیعی بدن به آن شامل انطباق کامل و بدون عارضه، ایجاد عارضه و درد و غیره و بالاخره چیزی بین این دو می باشد.

بنابراین جهت بررسی و شناخت این روند و جلوگیری از ایجاد اختلال اکلوزالی یا درمان آن باید دندانپزشک به مباحث تئوری اکلوزن آشنایی داشته باشد که به نظر می رسد در همایش اکلوزن (۱) به اندازه کافی به بحث در مورد آن پرداخته شده است.

خبرنامه: درد و تشخیص افتراقی آن، سردردها، دردهای دهانی و صورتی از مجموعه سخنرانی جناب عالی است، به عنوان یک مورد مشخص در معاینات بالینی و کلینیکی در این مورد آیا دقت می شود و شما چقدر مشکلات TMD را در این گروه دردها مؤثر می دانید و در همایش اکلوزن (۱) و (۲) آیا در این موضوع بحث خواهد شد؟

دکتر فریدون جمالی: TMD شایع ترین علت دردهای غیر دندانی در ناحیه دهانی - صورتی

ناهنجاری های اکلوزنی مانند این بابت یا کراس تایت گردد.

۲- گروه دوم که به نام اختلالات فانکشنال شناخته شده علائمی چون درد، صدا و محدودیت باز شدن دهان و حساسیت عضلات جونده وجود دارد. که در اینجا علت مولتی فاکتوریال می باشد و تحقیقات وسیع در کشورهای پیشرفته در این مورد انجام شده. در مورد اختلالات اکلوزالی که از عوامل مهم و بحث برانگیز در بروز TMD می باشد جهت ابراز عقیده باید از بررسی این تحقیقات با استناد به نتایج آن ها ابراز عقیده نمود.

خبرنامه: ضرورت یادگیری مباحث تئوریک در همایش اکلوزن (۱) در TMJ برای کاربردی کردن و مؤثر نمودن همایش اکلوزن (۲) ضروری اعلام شده، در سخنرانی های جناب عالی چگونه این مباحث برنامه ریزی شده است؟

دکتر فریدون جمالی: اعضای سیستم جونده شامل دندان ها، عضلات جونده و TMJ نیز مانند سایر اعضای بدن دچار بیماری، سالخوردگی، ساییدگی و سوء استفاده



دکتر فریدون جمالی از اولین همکارانی بوده اند که با همگام با سایر اساتید در برنامه ریزی پروژه اکلوزن انجمن عمومی نقش فعال داشته اند و در درمان ناهنجاری های مفصل گیجگاهی فکی سخنرانی های مبسوطی خواهند داشت. در این باب به بحث و تبادل نظر پرداخته ایم:

خبرنامه: همکار محترم جناب آقای دکتر فریدون جمالی در چه حوزه های از اکلوزن، TMJ و یا TMD فعالیت می کنید و این موضوع را آیا در رابطه اکلوزن مؤثر می دانید؟ رابطه این دو مطلب را چگونه ارزیابی کرده اید؟

دکتر فریدون جمالی: اینجانب حدود ۲۵ سال است در حوزه TMD به تحقیق و آموزش و درمان بیماران مشغول می باشم لذا به این منظور در سال ۱۳۷۳ فرصت مطالعاتی خود را در دانشگاه کیوتوی ژاپن که از مراکز معتبر جهانی در تحقیقات TMJ می باشد به مطالعه درمان های نوین TMD منجمه آرتروسکوپی TMJ گذرانده ام و در سال ۱۳۷۴ مبادرت به تأسیس بخش TMD در دانشکده دندانپزشکی دانشگاه علوم پزشکی تهران نمودم.

خبرنامه: یک عده معتقدند مشکلات TMJ باعث ناهنجاری های اکلوزن و یک گروه معتقدند مشکلات اکلوزن باعث عوارض TMD می شود، اولاً آیا این تقدم و تأخر از نظر علمی پذیرفتنی است در ثانی این تأثیرات در تشخیص ما چگونه مؤثر خواهد بود؟

دکتر فریدون جمالی: TMD یک مجموعه ای هتروژن از علائم و نشانه هاست که در دو گروه:

۱- اختلالات اروگانیک مانند عفونت ها، شکستگی های کندیلی، آنکیلوز، نئوپلازی، اختلالات رشدی - تکاملی و آرتريت می باشد که البته در مواردی مانند شکستگی های کندیلی، آرتريت روماتوئید یا اختلالات رشدی مانند هیپوپلازی و هیپرپلازی کندیلی می تواند باعث

«گامی دیگر در جهت افزایش امنیت شغلی»

قرارداد بیمه آسیا و انجمن دندانپزشکان عمومی ایران با تخفیف ویژه

دکتر آرش زاهدی - مسئول خدمات فرهنگی و رفاهی

تجربه، همکاری با این عزیزان را در استفاده از بیمه سفر (خارج از کشور) برای همکاران شرکت کننده در همایش دندانپزشکی زیبایی، در کشور امارات پشت سر گذاشت که تمامی مراحل مربوط به بیمه همکاران در کمترین زمان با حداقل مراجعات و با هزینه بسیار قابل قبولی انجام شد.

انجمن دندانپزشکان عمومی ایران بدینوسیله قدردانی خود را از این عزیزان اعلام می دارد، اطلاعات تکمیلی در محل انجمن یا شعبه بیمه در اختیار همکاران قرار می گیرد.

روز پنجشنبه هر هفته نماینده بیمه آسیا در محل انجمن دندانپزشکان عمومی ایران ضمن پاسخگویی به همکاران محترم، آماده عقد قرارداد در مورد بیمه های مختلف اعلام شده، می باشد.

در این راستا و برای جلوگیری از ایجاد این چنین وضعیت ناخوشایند و کاهش دغدغه همکاران، انجمن دندانپزشکان عمومی ایران با همکاری یکی از نمایندگی های ویژه بیمه آسیا، اقدام به عقد قرارداد جامعی نموده است. طبق این قرارداد کلیه اعضای انجمن نه تنها تحت پوشش بیمه مسئولیت مدنی پزشکان قرار می گیرند بلکه می توانند از خدمات دیگر این سیستم بیمه شامل: بیمه سفر، انواع بیمه شخص ثالث، بدنه اتومبیل، بیمه عمر و بیمه های مربوط به خسارات و ... مطب با تخفیف مناسب استفاده کنند. بدیهی است، مسئولین بیمه تحت قرارداد انجمن که از جمله زنده ترین و مطلع ترین افراد در حرفه خود می باشند، آماده هرگونه مشاوره و راهنمایی در زمینه انواع خدمات بیمه ای برای همکاران می باشند، لازم به ذکر است که انجمن دندانپزشکان عمومی ایران با اولین

دوستان گرامی، همکاران عزیز، همان طور که مستحضر هستید به موازات پیشرفت امکانات و روش های درمانی، ابزار و وسائل جدید و متدها و طرح درمان های نوینی هم در بین همکاران متداول شده است در همین راستا در بسیاری از موارد ریسک های درمانی هم بیشتر شده است، گاهی علیرغم استفاده از امکانات و متدهای مذکور باز هم درمان با شکست مواجه می شود و باعث ایجاد دغدغه ذهنی برای دندانپزشک و بیمار می شود متأسفانه گاهی با پیگیری بیمار و متأسفانه با راهنمایی عده (قلیلی) از همکاران خودمان سرانجام کار به شکایت و سیستم قضایی و گاهی به محکومیت دندانپزشک ختم می شود و در نهایت همکاران مجبور به پرداخت خسارت می شوند.

بیمه آسیا
۵۵۸

موبایل: ۰۲۱-۲۷۵۰۰۰۰۰
خط فکالی میدان بهار شهر
شماره ۰۲۱-۲۷۵۰۰۰۰۰
تلفن: ۰۲۱-۲۷۵۰۰۰۰۰
فکس: ۰۲۱-۲۷۵۰۰۰۰۰