



Joy Of Dentistry

ژوئن ۲۰۲۱ - شماره پنجم
JUNE - 2021 - NO.5



پرونده درمانهای ایمپلنت IMPLANT

با مطالبی از
دکتر فرخ آصف زاده
دکتر رامین ازقندی
دکتر رضا ترمه‌ای
دکتر یلدا صادقی
دکتر امیر حسین مجیدی

خوان آخر

آشنایی با آزمون بورد دندانپزشکی کانادا

بلندگوها

نگاهی به سیستم‌های صوتی‌های -اند

از چرخ پایی

تا کد/کم

گفتگو با دکتر
مرتضی مصفی

روزتان را کش بدهید

چه کنیم تا در طول روز وقت
بیشتری داشته باشیم



**DENTIN FAMILY
DENTISTRY**



DENTIN FAMILY DENTISTRY

We named our clinic after Dentin, to remind us how wonderful human teeth are, and how important is to care about them. We call our clinic family dentistry to remind us our patients are like our family members, and to care about them like family members. We are located at 3300 Steeles Avenue West, Toronto. Close to Hwy 400. There is always plenty of free parking near our clinic.



Call us on
(437)9002200

www.dfdentistry.ca

Contents

JOD | JUNE/2021 | ژوئن ۲۰۲۱

فهرست

مطالب بیشتر در وبسایت ما

www.jodmagazine.com

دوست ندارم یک ماهی
درون آکواریوم باشم
گفتگو با دکتر سیامک شایان

28

انفکاسی از
آشوب دنیای
امروز
معرفی موسیقی بلوز و جاز

40

بلنگوها
نگاهی به سیستمهای صوتی های آید.

46

از چرخ پایبی تا کد/کم
گفتگو با دکتر مرتضی مصفی

24

روزتان را کفش بدهید
با نسیم

44

چطور دندانپزشکی بوم
تو دشمن را ثابت کنید!
چالش دندان پزشکان پیشگام
در ایران قدیم:

38

خوان آخر
آشنایی با آزمون بورد دندانپزشکی
کانادا

32

تشناسنامه:

مشاور سردبیر: دکتر سارا مجلل
گرافیک و صفحه آرایی: علی رستگار
با تشکر از: دکتر علی توکلی، دکتر سعید میرسعیدی، دکتر رضا ترمه‌ای و دکتر سارا مجلل

شورای سیاست‌گذاری: دکتر فرخ آصف زاده، دکتر نهال سناوندی
دکتر رضامس چی، دکتر مهدی ادیب راد و دکتر علیرضا آشوری
سردبیر: دکتر علیرضا آشوری
دبیر بخش علمی: دکتر فرخ آصف زاده
دبیر اجرایی: دکتر رضامس چی



دکتر علی مرسلی
اندودونتیست، روزنامه‌نگار

ثروت بیشتر و دندانپزشکان!

اشاره: دکتر علی مرسلی متخصص اندودونتیست، جدا از فعالیت‌های علمی دندانپزشکی، تمرکز ویژه‌ای بر روی داده‌ها و رفتارهای اجتماعی فرهنگی داشته و دغدغه‌های خویش را در قالب یک پادکست بسیار پرطرفدار به نام آدمیزاد عرضه می‌کند. آدمیزاد در واقع به بررسی بهداشت و سلامت از منظر علوم انسانی می‌پردازد. نوشته‌ای که در زیر می‌خوانید مرتبط با یکی از برنامه‌های همین پادکست است که دکتر مرسلی به طور اختصاصی برای نشر به لذت دندانپزشکی آماده کرده است. دکتر مرسلی کتاب راهنمای رستگاری در جابلقا را نیز در راستای همین دغدغه‌ها تألیف کرده است. در عین حال او سابقه همکاری با نشریات گل آقا، سپید، سلامت، همشهری و مجموعه دندانان را داشته است.

در بسیاری از کشورهای دنیا که نظام‌های درمانی سوسیالیستی دارند (مثل اسکاندیناوی و کانادا) مسیر رشته‌های علوم پزشکی بالکل می‌تواند حتی با آمریکا و کشورهای دیگر متفاوت باشد و حتی آن‌ها محدود کسب ثروت فراتر از نورمال جامعه هم وجود نداشته باشد. این قضیه البته به هیچ وجه بد نیست، چرا که باعث می‌شود که ارائه‌ی سرویس درمان برای کسانی که واقعا از این حرفه لذت می‌برند با حس تعالی و خودشکوفایی بیشتری همراه باشد. وقتی از اول به طور پیش فرض مسیری یک پزشک یا دندانپزشک از مسیر یک توسعه‌دهنده‌ی استارت‌آپ یا کارگزار بورس متفاوت باشد، رضایت شغلی بیشتری خواهد داشت و خود را با مشاغلی که تعریف موفقیت در آن‌ها صرفاً ثروت‌اندوزی است، مقایسه نخواهد کرد. موفقیت شغل یک درمانگر، با میزان ثروت اندوخته شده توسط او رابطه‌ی مستقیمی در هیچ‌کجای دنیا ندارد. موفقیت حرفه‌ای در طبابت چیزی متفاوت‌تر و وراتر از درآمدزایی است و این حقیقت محض است و شعار نیست. در خود شاخه‌های مختلف علوم پزشکی هم این قضیه جاف‌تاده است، مثلاً کسی که جراح زیبایی است، کارش ارزشمندتر از یک انکولوژیست اطفال که جان کودکان سرطانی را نجات می‌دهد یا طول عمر آن‌ها را افزایش می‌دهد نیست. ارزش‌گذاری در علوم پزشکی با مشاغل دیگر متفاوت است.

همکاران جوان‌تر یا کسانی که می‌خواهند این رشته‌ها را انتخاب کنند و پزشک و دندانپزشک و ... بشوند باید توجه کنند که طبابت مسیر نردبانی و استارت‌آپی ندارد! یک دندانپزشک خوب می‌تواند زندگی خوبی از نظر اقتصادی داشته باشد (البته در شرایط فعلی دنیا تضمین شده نیست) ولی الزاماً مسیر حرفه‌ای اش، مسیر رشد اقتصادی افسارگسیخته نیست. البته باید این سوال را از خودمان هم بپرسیم که آیا وقتی نیازهایمان با یک حرفه‌ی قابل تحسین و مفید برطرف می‌شود، چه هدفی در زندگی داریم و داشتن چیزهای بیشتر (اعم از ثروت یا حتی تحصیلات تکمیلی بیشتر) چه قدر ما را خوشحال‌تر و توانمندتر می‌کند و آیا ارزشش را دارد یا نه؟

اگر در جایی هستیم که خوشحالیم، امنیت داریم، دوستان خوب و محیط زندگی سالمی داریم و نیازهایمان هم رفع می‌شود، قرار است چه چیزهای دیگری ما را خوشحال کند و آیا واقعا خوشحال‌مان می‌کند یا خیر؟

دندانپزشکان فقیر نیستند ولی تصور اینکه با کار دندانپزشکی به ثروت‌های هنگفت برسند، تصور خیلی نزدیک به واقعیتی نیست. یک مصاحبه از یک دندانپزشک ایرانی‌الصل پولدار در آمریکا به اسم خانم دکتر پونه رضانی (با پادکست هاوارد فاران) بهانه‌ای شد این مطلب رو در مورد ثروتمند شدن دندانپزشکان بنویسم. اگر لیست ده دندانپزشک ثروتمند آمریکا رو ببینید متوجه می‌شوید، بیشترشان ثروشان را از کار مستقیم دندانپزشکی به دست نیاورده‌اند. مثلاً نفر اول لیست با ۱.۱ میلیارد دلار ثروت دکتر دن فیشر صاحب برند و تولیدات اولترادنت است. دومین نفر در لیست ۲۰۲۰، دکتر ریچارد مالوف است که کلینیک‌های زنجیره‌ای اسمایل در آمریکا را دارد و ثروتش ۱ میلیارد دلار است. نفر سوم دکتر دیوید الامیل، لبنانی‌الصل است که ۹۰۰ میلیون دلار ثروت دارد و کلینیک‌هایش را فروخته و الان سهامدار بورس است. استثنای این لیست دکتر ویلیام دورفمن، دندانپزشک زیبایی ستارگان هالیوود است که البته الان با برنامه تلویزیونی بیشتر از دندانپزشکی پول درمی‌آورد!

همین خانم دکتر پونه رضانی هم ثروت چند میلیون دلاری اش را از شرکت آموزش بیزنس دندانپزشکی به دست آورده تا پرکتیس خودش! (البته همسر ار تودنتیستش را هم نباید نادیده گرفت. این روزها که صحبت پول‌های بادآورده در بورس و بیت‌کوین و دوج‌کوین و ... فراوان است، دانشجویان دندانپزشکی و همکاران جوان‌تر باید در نظر داشته باشند که ثروت هنگفت و سریع‌الوصول، مسیرش احتمالاً طبابت نیست! دنیای رمزارزها، بورس و استارت‌آپ و ... قمارهای ثروت و سقوط توام هستند و با دنیای طبابت و دندانپزشکی فرسنگ‌ها فاصله دارند. شرکت‌های هر می، تبلیغات و رسانه مدام مسیر ثروت را سهل‌الوصول و سریع‌الوصول می‌دهند. رسانه‌ها یا آدم‌هایی مصاحبه می‌کنند که مثلاً بیت‌کوین یا سهام خریده‌اند و یک شبه میلیونر شده‌اند. واقعیت این است که چنین استثناهایی نمی‌توانند الگوی زندگی ما مخصوصاً زندگی حرفه‌ای دندانپزشکی و طبابت باشند. در پس این استثناها هزاران انسان بدشانس، شکست‌خورده و مقادیر زیادی سرمایه‌های بر باد رفته و مسیرهای بیراهه وجود دارد. اغلب ترسیم مسیر موفقیت بعد از حصول آن موفقیت با ساده‌نمایی همراه است.



فرار لبخند از پشت ماسک



تردمیل‌ها خواهیم دوید، در
شهربازی‌ها فریاد شادمانی
خواهیم کشید؛ دوستانم راه،
عزیزانم راه، پدر و مادرم راه،
همه را در آغوش خواهیم
گرفت.

دوباره فضای مدرسه‌ها از
صدای بلندگوها و جیغ و داد
بچه‌ها و زنگ‌ها پر خواهد شد. دوباره
همکلاسی‌ها بالابندی بازی خواهند کرد.
دوباره عروسی‌ها برپا می‌شوند، دوباره تولدها
بی‌دغدغه جشن گرفته می‌شوند و سال پشت
سال می‌آید و ما سخت جانان این دوره سیاه،
از خاطره‌ای دور روایت خواهیم کرد که چگونه
ماندیم تا روایتگر رنج آدمیان باشیم؛ که چگونه
علم پیروزی‌ش بر جهل را جشن گرفت؛ که
وقتی نیویورک امروز جشن گرفت در دل من و
هزاران نفر مثل من جرقه‌های امید به بازگشت
به زندگی‌های روزمره و کسل‌کننده همیشگی
سوسو زدند.

امروز نیویورک جشن پایان
محدودیت‌های کرونایی را
گرفت، فردا میلان و پس
فردا آن سر دنیا، پسین روز
این سوی آب. ماسک‌ها
برداشته خواهند شد؛
کودکان نوپای در کالسکه را
دوباره در فروشگاه‌ها خواهیم دید؛
دوباره به کودک ماشین بغلی خواهیم
خندید؛ دوباره او هم به من لبخند خواهد زد؛
دوباره ماسک را از چهره برخواهم گرفت.
دوباره فروش رژ‌های قرمز و صورتی رونق
خواهند یافت. مجدد به سینما خواهیم رفت؛
دوباره بی‌دل-نگرانی در فضای کتابخانه با
دختر کم ساعت‌ها چرخ خواهیم زد؛ مجدد
بی‌دلهره فرودگاه‌های جهان را فتح خواهیم
کرد، دوباره در فری شاپها نمونه‌های عطر را
در هوا پراکنده خواهیم ساخت و از عطرش
سرمست خواهیم شد. دوباره خوشبو کننده‌ها را
به انتهای ریه‌هایم خواهیم فرستاد. مجدد روی

دکتر سارا مجللی

دندانپزشک
مشاور سردبیر



EMERALD

Wealth Management



Services

- Financial Planning
- Tax and Estate Planning
- Buy / Sell Structuring
- Retirement Planning
- Life Insurance
- Mortgage Insurance
- Disability Insurance
- Critical Illness Insurance
- Long Term Care Insurance
- Travel Insurance
- RRSP and TFSA
- Key Person Insurance
- Business Loan Protection
- Group Employment Benefit
- Overhead Expense Insurance
- Corporate Critical Illness Insurance
- Individual Health and Dental Insurance

Eric Alikhani

Founder and Principal in Charge

“I help people accomplish financial peace”

Top of the Table MDRT | Active member of CALU | ADVOCIS member

 eric@emeraldwealthmanagement.ca

 emeraldwealthmanagement.ca

 416.565.4535  416.849.1342 #644  905.695.0848

 1700 Langstaff Road, Suite 1001, Concord, ON, L4K3S3





- نقش هوش هیجانی
- پنج اشتباه رایج در ابتدای راه جراحی ایمپلنت
- پیشگیری از کامپلیکشن‌های پروتزی در ایمپلنت‌های کوتاه
- All-on-X: مروری بر تاریخچه و چشم‌انداز فعلی
- چطور يك سیستم ایمپلنت مناسب انتخاب کنیم؟
- مدیریت بافت نرم اطراف ایمپلنت

Article



خود را به موقع برانگیزانند و در هر کاری که به آنان واگذار شود، سعی می کنند مولد و موثر باشند. این دسته افراد شور و احساسات خود را صرف اهداف خاص نموده و برای رسیدن به این اهداف انرژی صرف می کنند و در نتیجه به آن می رسند. کار دندانپزشکی مستلزم دقت و ظرافت زیاد است و نداشتن انگیزه کافی کیفیت کار را پایین آورده منجر به ضررهای مالی و حتی اعتباری برای دندانپزشک می شود. داشتن انگیزه می تواند کارایی یک دندانپزشک را به حداکثر برساند.

توانایی دیگری که بر اساس خودآگاهی هیجانی شکل می گیرد، همدلی با دیگران است که نوعی مهارت انسانی

همدلی:

محسوب می شود. افرادی که دارای توانایی همدلی هستند سعی می کنند با درک احساسات دیگران با آنها همراه شوند. این مهارت کلیدی نیز، یکی از رموز موفقیت در زندگی زناشویی، خانوادگی و حرفه ای است. افراد همدل در مواقع تصمیم گیری احساسات همسر، فرزندان و همکاران خود را همراه با سایر عوامل موثر، در نظر می گیرند. دندانپزشکی که از مهارت همدلی برخوردار است می تواند با درک شرایط و احساسات بیماران و تیم همکار و مقتضیات کاری، بالاترین کارایی را از خود نشان دهد. بیماران مراجعه کننده به دندانپزشکی نیاز به محیطی همدلانه و صبورانه دارند تا بتوانند مراحل نه چندان خوشایند کار روی دندانهای خود را با ناراحتی کمتری پشت سر بگذارند. در این میان مهارت همدلی دندانپزشک اسباب آرامش آنها را فراهم می کند. همچنین درک مشکلات تیم همکار باعث ایجاد محیطی دوستانه شده و تعهد و همکاری بیشتری را جلب می کند که در نهایت به نفع دندانپزشک است. در امر مدیریت، امروزه همدلی به عنوان جزئی از فنون بسیار مهم رهبری به شمار می رود. رهبران همدل بیشترین هم حسی را با اطرافیان نشان می دهند. آنها دانش خود را برای پیشرفت سازمان به روشهای ظریف اما با اهمیت استفاده می کنند. همچنین همسران و والدین همدل، توانایی بیشتری در برقراری رابطه دوستانه در خانواده دارند.

احساس خوشبختی و رضایت در دندانپزشکان

نقش هوش هیجانی

بخش دوم



دکتر نسترن ادیب راد

سایکوتراپیست

FamilySchool.ca

Info@familySchool.ca

همانگونه که در بخش نخستین این نوشتار در شماره پیش گفته شد دندانپزشکان اصولاً از نظر هوش شناختی در سطح بالایی قرار دارند با این وجود به نظر نمی رسد همه آنها در تمام زمینه های زندگی خود احساس خوشنودی داشته باشند این قشر توانمند تا رسیدن به رضایت مورد انتظار خود در جنبه های مختلف زندگی راه درازی در پیش دارند. که این راه از مسیر هوش هیجانی عبور می کند در شماره قبل در مورد اولین ویژگی هوش هیجانی یعنی خود آگاهی هیجانی بحث شد. اکنون به ادامه بحث می پردازیم

احساس در ماندگی و یا خشم شود. از دیگر سو رویارویی با بیماران مضطرب و کار سخت و فرساینده دندانپزشکی و انتظارات و اقتضای خانوادگی همگی باعث فشار روانی مضاعف بر دندانپزشک می شود. داشتن مهارت مدیریت هیجانها به دندانپزشکان کمک می کند که به ابزاری مجهز شوند که به طور روزمره بتوانند این فشارها را از سر بگذارند و مانع آسیب رسانی آنها بر جسم، روان محیط کار و خانواده شود.

یعنی هدایت احساسات و هیجانات در جهت هدف خاص. وجود انگیزش برای تمرکز، توجه و احساس رضایت

بسیار مهم است. جهت دهی به احساسات زمینه ساز هر نوع مهارت و موفقیت است. افراد با انگیزه کسانی هستند که قادرند احساسات

کنترل و اداره احساسات مهارتی است که بر پایه خود آگاهی شکل می گیرد. افراد با هوش هیجانی بالا

افرادی هستند که ضمن مهار هیجانهای خود و با اداره کردن آنها، قادرند محیطی سرشار از اعتماد و انصاف خلق کنند. انسانها چه در محیط شغلی و چه در محیط خانوادگی هر لحظه با تغییرات و محرکات بیرونی رو به رو هستند و فقط افرادی که بر هیجانهای مانند خشم، استرس، عصبانیت و... تسلط یافته اند، قادر به انطباق با این تغییرها هستند.

ماهیت حرفه دندانپزشکی کار تیمی است و طبیعت کار تیمی مشارکت افراد متفاوت با روحیه های مختلف است که به کرات ممکن است شرایط کار را از اختیار دندانپزشک خارج کرده و باعث بروز هیجانهای مانند استرس،

مدیریت احساسات و عواطف:

انگیزش:

هنر ارتباط با مردم یا کار گروهی به مقدار زیادی ماحصل مدیریت هیجانات، مهارت همدلی و مهارت کنترل و اداره احساسهای دیگران است. این مهارت نوعی توانایی

مهارت های اجتماعی را با روابط با دیگران:

است که محبوبیت، قوه رهبری و نفوذ شخصی را تقویت می کند. افرادی با سطح بالای هوش هیجانی، اغلب با روحیه هستند. افراد توانمند در برقراری و حفظ روابط اجتماعی قادر هستند که ضمن بهره بردن از منابع بالقوه دوستان و نزدیکان خود، در جهت دستیابی به موفقیت آنها نیز، مفید فایده باشند. دندانپزشک دارای مهارت ارتباطی در مدیریت تیم همکار ماهر است. همچنین مهارت های اجتماعی می تواند به عنوان یکی از کلیدهای مهم موفقیت و رضامندی او در عرصه های مختلف زندگی باشد. دندانپزشکی که از مهارت های ارتباطی خوبی برخوردار است قادر است که با تیم همکار گفتگو و مذاکره کند و در صورت بروز تعارض یا بحران در محیط کار یا خانواده از فرایند حل مسال به جایی بحران فرایبی استفاده کند. در این صورت نیز می تواند نقش موثر و سازنده ای ایفا کند

در نهایت اینکه مهارت های پنج گانه هوش هیجانی رمز موفقیت و شادکامی دندانپزشکان در محیط خانوادگی و حرفه ای به شمار می آیند. نکته قابل ذکر این است که این مهارت ها قابل آموزش و یادگیری بوده و هیچگاه برای کاربرد آنها دیر نیست.

مهارت های پنج گانه هوش هیجانی رمز موفقیت و شادکامی دندانپزشکان در محیط خانوادگی و حرفه ای به شمار می آیند. نکته قابل ذکر این است که این مهارت ها قابل آموزش و یادگیری بوده و هیچگاه برای کاربرد آنها دیر نیست

کردن ایمپلنت چهار بالا هشدار داده می‌شود. همچنین تاکید می‌شود که جهت فرز باید با کاین موازی شود نه با پر مولر دوم و در آخر نیز تصویر شماتیک معروف کتاب میش به نمایش در می‌آید. اما در عمل سه موقعیت خطرناک دیگر نیز وجود دارد:

الف- بر خورد ایمپلنت ناحیه پر مولر به یکی از ریشه های دندان پر مولر مجاوری که دچار چرخش شده باشد:



در رادیوگرافی دو بعدی مانند پانور کس احتمال عدم تشخیص ریشه دوم دندانهای پر مولر وجود دارد. در صورتیکه مدت زیادی از کشیده شدن دندان گذشته باشد، معمولاً دندان پر مولر مجاور دچار چرخش شده و ریشه پالاتال یا باکال به جای خالی دندان مجاور تجاوز کرده و احتمال بر خورد با دندان مجاور بالا خواهد بود.

چرخش دندان مجاور ناحیه بی دندان: زنگ خطر

ب- بر خورد ایمپلنت چهار به دندان کاین در بیماران با بی دندانهای انتهایی:



بطور کلی دندانهای کاین ماندگاری بیشتری داشته و دیرتر از دندانهای خلفی کشیده می‌شوند. بنابراین دیدن دندان کاین بعنوان آخرین دندان باقیمانده در یک بی دندان انتهایی آزاد یافته شایعی است. از طرفی ریشه طویل

Article

پنج اشتباه رایج در ابتدای راه جراحی ایمپلنت



دکتر یلدا صادقی

پریودنتیست، فلوشیپ فوق تخصصی جراحی ایمپلنت

Dryaldasadeghi@gmail.com

اگر شما دندانپزشکی هستید که تازه به وادی جراحی ایمپلنت قدم نهاده، شکی نیست که تا زمانی که تجربه شما بیشتر شود مشکلات و اتفاقات اضطراب آوری را تجربه خواهید کرد. اما بعید است در ابتدای راه اشتباهات عمده‌ای نظیر آسیب به عصب اینفریور آلوپولار یا فرستادن ایمپلنت داخل فضای سینوس را مرتکب شوید. جراحان تازه کار معمولاً کیس‌های خود را با دقت انتخاب می‌کنند و از طرفی نسبت به هشدارهایی که به تازگی در طی دوره آموزش خود راجع به اشتباهات هولناک شنیده‌اند، حساستر هستند. گم شدن در اورست معمولاً برای کوهنوردان مغرور و مجرب روی می‌دهد نه برای کوهنوردان آماتورانی که برای هر قدم خود برنامه ریزی می‌کنند.

کار هستند. اما خبر خوب را تکرار می‌کنیم: اشتباهات ساده راه پیشگیری ساده دارند.

بر خورد فرز به ریشه دندان مجاور

معمولاً در همه دوره‌های آموزشی راجع به احتمال برخورد فرز به ریشه کاین بالا هنگام دریل

جراحان تازه کار معمولاً اشتباهات تکرار شونده، مشخص و ساده‌ای مرتکب می‌شوند. خبر بد اینکه اشتباهات ساده لزوماً عواقب ساده‌ای ندارند و خبر خوب اینکه معمولاً راه پیشگیری ساده‌ای دارند. ایمپلنت چهار در حال بوسه زدن به اپکس کاین، اپکس ایمپلنتی که مثل یک گربه بازیگوش سرش را از محدوده استخوانی باکال بیرون آورده است و مواردی از این دست... همه جزء شناسنامه جراحان تازه

کانین (خصوصاً در مواردی که طولانی بودن زمان بی‌دندانی باعث تغییر جهت مزبالی تاج شده باشد) احتمال برخورد فرزند با اپکس را بالا می‌برد. انحنای انتهایی در ریشه کانین شایع بوده و اگر تشخیص داده نشوند، احتمال برخورد فرزند با ریشه دندان افزایش پیدا می‌کند.

طولانی بودن زمان بی‌دندانی انتهایی: زنگ خطر

ج- برخورد ایمپلنت با دندان مجاور هنگام جایگزین کردن دندان در نواحی میسینگ مادرزادی (موقعیتهای ارتو-ایمپلنت):

در مواردی که ایمپلنت برای جایگزینی دندان با میسینگ مادرزادی به کار می‌رود (اکثراً لترال بالا)، معمولاً فضای مزبودیستال حاصل از درمان ارتودنسی بسیار محدود است. احتمال اینکه فضای به دست آمده در موقعیت لبه استخوان کاملاً کافی اما در اپکس ایمپلنت ناکافی باشد وجود دارد. به عبارتی فضای حاصله از ارتودنسی ممکن است از تیلت مزبالی یا دیستالی دندانهای مجاور حاصل شده باشد و نه حرکت کامل دندان. در نتیجه اکتفا به رادیوگرافی‌های حین درمان ارتودنسی کافی نبوده و حتماً باید وضعیت نهایی دندانهای مجاور جهت اطمینان از صحیح بودن محور طولی آنها با یک رادیوگرافی سه بعدی بررسی شود. در مواردی حتی در فاصله کوتاه بین باز کردن اپلاینس ارتودنسی تا روز جراحی ممکن است تغییر جهت دندان مجاور اتفاق افتاده و اکتفای جراح به رادیوگرافی قبل از این انحراف، سبب برخورد فرزند با اپکس دندان مجاور شده است.

موقعیت ارتو-ایمپلنت: زنگ خطر

د- برخورد ایمپلنت به دندان تراش خورده مجاور



هنگام دریل کردن در مجاورت دندان تراش

خورده نباید از یاد برد که دیواره دندان مجاور از حالت اولیه خارج شده است و تلاش برای موازی کردن فرزند با دیواره تراش خورده ممکن است سبب انحراف از محور طولی واقعی ریشه دندان مجاور و برخورد فرزند با آن شود.

مجاورت با دندان تراش خورده: زنگ خطر

نکته مهم اینکه تقریباً همیشه ایمپلنت به دندان مزبالی برخورد می‌کند. بعنوان مثال ایمپلنت پرمولر دوم به ندرت به ریشه مولر اول، آسیب می‌زند اما آسیب به ریشه پرمولر اول اتفاق شایعی است. دلیل این امر می‌تواند تیلت طبیعی تاج دندانها به سمت مزبال باشد که سبب دور شدن اپکس دندان به سمت دیستال شده و در نتیجه اپکس دندان که در دیستال فضای بی‌دندانی قرار دارد از فرزند در امان است.

یک دلیل دیگر اینکه جراح هنگام دریلینگ ناخواسته انتهای فرزند را به سمت میدلاین بیمار منحرف می‌کند. در نتیجه اگر حواستان نباشد انتهای فرزند را به سمت اپکس دندان که در مزبال ناحیه بی‌دندانی قرار دارد، نشانه می‌گیرید. اصلاح این انحراف ناخواسته جهت ایمپلنت، می‌تواند از بروز این مشکل پیشگیری کند.

نکات کاربردی و ساده برای پیستگیری از برخورد ایمپلنت به دندان مجاور

الف) هرگز موقع دریل کردن زور نزنید. هیچ مقاومتی در برابر دریل شما بی دلیل نیست. هنگام احساس تغییر مقاومت در برابر دریل کار را متوقف کرده و جهت دریل و احتمال برخورد به ساختارهای آناتومیک اطراف را بررسی کنید.

ب) هنگام دریل کردن مکرراً جابجا شوید. فرزند یا پین را در حفره استئوتومی قرار داده و جهت را از روبرو، چپ و راست کنترل کنید. به یاد داشته باشید شما در یک موقعیت سه بعدی دریل می‌کنید و اگر از اول تا آخر جراحی از یک پزیشن جهت دریلینگ را چک کنید احتمال اشتباه بالا می‌رود. چک کردن مکرر جهت شاید ده دقیقه به زمان جراحی شما اضافه کند اما اصلاح برخورد ایمپلنت با دندان مجاور تا چند ماه شما را درگیر خواهد کرد.

ج) در مجاورت پرمولرهای دچار رو تیشن، مراقب ریشه دوم و در بی‌دندانی‌های انتهایی آزاد، مراقب کانین

تیلت شده یا انحنای دار باشید. (د) جهت فرزند خود را با محور طولی دندان مجاور موازی کنید نه دیواره تراش خورده دندان مجاور.

سوراخ کردن تابل باکال یا لینگوال

هنگام جراحی هرگز به ریج ضخیم استخوانی ناحیه کرسنال اعتماد نکنید. ممکن است چند میلیمتر اپیکالی تر، ریج در ناحیه باکال یا لینگوال تقعر فجیعی داشته و عرض ریج را به شدت کاهش دهد. در این صورت شما در پایان دریلینگ، در ناحیه کرسنال مقطع استئوتومی را به صورت دایره‌ای زیبا می‌بینید که به نحو چشم نوازی ضخامت کافی از استخوان را در باکال و لینگوال خود دارد، غافل از اینکه اندکی اپیکالی تر، شما استخوان باکال را با فرزند سوراخ کرده‌اید. در نتیجه قسمتی از ایمپلنت شما لخت و از استخوان بیرون مانده است. در فک بالا این حالت معمولاً در باکال دندانهای قدامی و پرمولر روی می‌دهد.



با زیاد شدن تجربه جراحی، این اتفاق را با آسان شدن ناگهانی نفوذ فرزند خود متوجه خواهید شد. اما تا آن زمان بهتر است فلپ را به منظور ایجاد دید مستقیم کاملاً تا انتهای اپکس ایمپلنت کنار بزنید. رادیوگرافی سه بعدی برای مشاهده تقعرهای احتمالی مفید است، اما در جراحی‌های اول هیچ چیز مانند دید مستقیم به جراح کمک نمی‌کند.

در فک پایین اگر تقعرهای لینگوالی تشخیص داده نشوند، ممکن است موقع دریلینگ تابل لینگوال سوراخ شده و به لندهمارکهای خطرناکی مانند شریان ساب لینگوال (شاخه انتهایی شریان لینگوال) در ناحیه قدام فک پایین یا شریان ساب منتال (شاخه انتهایی شریان فاسیال) در نواحی خلفی تر یعنی مجاور ساب مندیبولار فوسا آسیب بزنید. هر دو این شاخه‌ها حدود دو میلیمتر قطر دارند. پاره شدن یک شریان با

در مسواری که فرزند به جای فرو رفتن در استخوان در جای خود بچرخد، باعث تولتو خوردن Wobbling فرزند و گشاد شدن قسمت بالایی حفره می شود (حفره بشکهای (funnel shape))

درجا چرخیدن فرزند ممکن است به علت تیز نبودن فرزند، ناکافی بودن نیروی دست جراح، ناکافی بودن گشتاور موتور، گیر کردن فرزند به استخوان کورتیکال تابل استخوانی و... باشد. چنانچه لندمار کهای اناتومیکی اجازه بدهند در فرزندهای اول حدود نیم میلیمتر بیش از طول مورد نظر ایمپلنت دریل کنید تا از درجا چرخیدن فرزند در مراحل بعد پیشگیری کنید. حتی در مرحله جایگذاری ایمپلنت نیز ممکن است این پدیده روی دهد. مثال بارز آن در ایمپلنتهای خلف ماگز یلا در شرایط سینوس لیفت بسته (close) است.

چنانچه آماده سازی طولی در کف سینوس به خوبی انجام نشده باشد، (استخوان کف سینوس بیش از حد ضخیم باشد) قسمت اپیکال ایمپلنت به این استخوان گیر کرده و راحتی به عمق لازم فرو نخواهد رفت. تلاش برای پیچ کردن فیکسچر منجر به تولتو خوردن (wobbling) آن می شود. به علت تراکم بسیار پایین استخوان در خلف ماگز یلا، این حرکت اضافی به گشاد شدن حفره ایمپلنت منجر شده و در نتیجه ثبات اولیه از دست خواهد رفت.

نکات کاربردی و ساده برای پیشگیری از کاهش ثبات اولیه:

- خصوصیات ما کر و سکوپ پی و میکروسکوپ فیکسچر سیستم مورد استفاده خود و محدودیتها و مزایای آن را در تراکمهای مختلف استخوانی بشناسید.
- در تراکمهای پایین از قلاویز (bone tap) یا کانترسینگ کردن غیر ضروری حفره ایمپلنت خودداری کنید
- در تراکمهای بالا یا در نواحی دارای تقعر باکال و لینگوال - چنانچه لندمار کهای اناتومیکی اجازه میدهند - در هنگام استفاده از فرزهای اولیه نیم میلیمتر بیشتر از طول ایمپلنت مورد نظر دریل کنید. البته توجه داشته باشید که در برخی سیستمها این نیم میلیمتر اضافه از قبل در طول ایمپلنت لحاظ شده است. به طور مثال وقتی تا علامت ده میلیمتر دریل می کنید در واقع ده و نیم میلیمتر دریل کرده اید)
- فرزهای کند شده را کنار بگذارید
- در نواحی که فرزند در جای خود می چرخد

تصویر شماره نه (خط سبز: عرض باکولینگوال واقعی؛ خط قرمز: تابل کروی که با عرض باکولینگوال اشتباه گرفته می شود).

نکات کاربردی و ساده برای پیشگیری از سوراخ کردن تابل استخوانی باکال یا لینگوال

الف) اگر هنگام دریل کردن با مقاومت ناگهانی در برابر دریل خود مواجه شدید، دست ننگه دارید. شاید شما در حال سوراخ کردن تابل یا کال یا لینگوال هستید. جهت باکو لینگوال فرزند خود را کنترل کنید.

ب) در جراحی های اول خود، فلپ را حتی المقدور به اندازه طول ایمپلنت برگردانید تا دید مستقیم داشته باشید. ج) رادیو گرافی سه بعدی به منظور کشف تقعر و شیبهای احتمالی تهیه کنید.

د) در بیماران اوردنچر فک پایین با تحلیل شدید استخوانی انواع اشکال ریج استخوانی در مقطع ساژیتال را در نظر داشته و جهت دریل خود را با جهت تابل لینگوال واقعی موازی کنید.

گشاد کردن حفره استئوتومی و از دست دادن ثبات اولیه.

دستیابی استواینتریشن بدون موفقیت در ایجاد ثبات اولیه، ممکن نیست. عوامل تعیین کننده میزان ثبات ممکن است به این موارد بستگی داشته باشند: شرایط استخوان (تراکم، کمیت)، ماکرودیزاین فیکسچر (مخروطی یا استوانه ای بودن، فاصله مابین دنده ها، شکل دنده ها) و میکرو دیزاین ایمپلنت (پوشش و خواص سطح فیکسچر).

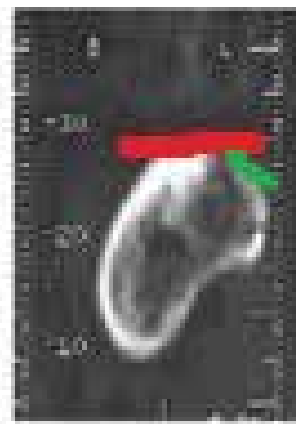
علاوه بر تمام این موارد وقوع اشتباهاتی در تکنیک جراحی ممکن است ثبات اولیه را مختل کنند. مثلاً هنگامی که جهت مز یودیستال یا باکولینگوال اولیه صحیح نباشد جراح ناچار است با دریل های سااید کاتینگ جهت را تصحیح کند. این جهت اصلاح شده به قیمت حذف استخوان بیش از حد و در نتیجه گشاد شدن حفره تمام می شود. هر چه این اشتباه دیرتر (موقع دریل کردن با دریل های قطر بالاتر) کشف شود اصلاح آن موجب هدر رفتن استخوان بیشتری شده و ثبات اولیه کمتر خواهد شد.

اگر جراح تراکم استخوان ناحیه را درست تخمین نزند ممکن است با استفاده غیر ضروری از فرز کانترسینگ یا قلاویز (bone tap) کردن حفره در استخوانهای نرم، ثبات اولیه را مختل کند.

قطر دو میلی متر موجب از دست رفتن تقریباً ۰,۲ میلی لیتر در هر ضربان قلب می شود. در نتیجه در عرض نیم ساعت ممکن است ۴۲۰ میلی لیتر خون وارد فضاها زیر زبانی و تحت فکی شود. این حجم از خون به راحتی می تواند زبان را به بالا و خلف جابجا کرده و در نتیجه یک اورژانس خطرناک تنفسی ایجاد کند. برخلاف خونریزی های داخل استخوانی که به راحتی با قرار دادن فرزند یا پین راهنما قابل کنترل هستند، آسیب به این عروق ممکن است سبب بروز هماتوما در کف دهان شده و فشار ناشی از هماتوم می تواند در عرض چند ساعت پس از جراحی زبان را به سمت بالا و عقب برده و سبب انسداد راههای تنفسی گردد. در چنین شرایطی اینتوبه کردن یا تراکئوستومی اورژانسی جان بیمار را نجات خواهد داد.



در بیماران اوردنچر فک پایین تحلیل شدید استخوانی ممکن است در مقطع ساژیتال اشکال متنوعی به ریج استخوانی بدهد. به عنوان مثال سطح باکال ریج ممکن است در اثر تحلیل کاملاً کروی شده باشد. در این صورت پس از کنار زدن فلپ ضخامت استخوانی خوبی می بینید که ممکن است آن را با عرض باکولینگوال ناحیه کرسیتال اشتباه بگیرید، غافل از اینکه آنچه می بینید در واقع تابل باکال یک ریج تحلیل رفته است. در این صورت با انتخاب جهت باکولینگوالی اشتباه، به راحتی ممکن است تابل لینگوال سوراخ شود.



ابتدا مطمئن شوید مانعی بر سر راه آن وجود ندارد (ریشه دندان مجاور، سقف کانال مندیبولر) سپس در صورت لزوم نیروی دست خود یا گشتاور موتور را افزایش بدهید تا فرز به عمق لازم برسد.

تعداد ناکافی ایمپلنت و عدم توجه به میزان لثه چسبنده در درمان اور دنچر فک پایین

به خاطر داشته باشید اور دنچرها راه حلی اقتصادی برای کاهش مخارج بیمار نیستند بلکه در

۴

درجه اول راه حل‌های درمانی هستند برای حداکثر بازتوانی بیمار در عین حفظ درازمدت کمیت استخوان باقی مانده. اینکه پروتز نهایی بیمار متحرک خواهد بود به این معنا نیست که در همه بیماران و با هر شرایط فکی دو عدد ایمپلنت برای ساخت اور دنچر کافی هستند.

طرح درمان‌های اور دنچر فک پایین متنوع بوده و هر کدام اندیکاسیون خود را دارند. پنج ناحیه احتمالی برای ایمپلنت در ناحیه بین دو منتال فورامن تعیین شده و شش طرح درمان بر حسب تعداد و محل ایمپلنت (دو تا پنج ایمپلنت)، سیستم گیر (بال یا بار)، فاصله بین ایمپلنتها و... طراحی شده است. فلسفه انتخاب هر یک مرتبط با میزان تحلیل ریح خلفی یا قدامی، توان مالی و توجه به وضعیت گیر، ساپورت و ثبات پروتز متغیر بوده و هر طرح درمان میزان متفاوتی از تحلیل ریح خلفی را به بار خواهد آورد. مثلا معروفترین طرح درمان اور دنچر OV1 که شامل دو واحد ایمپلنت و بال اتچمنت است، بیشترین میزان تحلیل ریح خلفی را سبب می‌شود یعنی دو تا پنج برابر حالت عادی. محدودیت دیگر این طرح این است که تنها گیر پروتز را افزایش می‌دهد. در واقع این یک طرح درمان موقتی است تا زمان اضافه کردن ایمپلنت‌های بیشتر. اما به سبب ارزان‌تر بودن تقریبا در تمام موارد به عنوان طرح درمان دائم به هر بیماری که مندیبل تحلیل رفته و دنچر لثه دارد پیشنهاد می‌شود.

در صورتی که دقیقا برعکس، طرح درمان اور دنچر مبتنی بر دو ایمپلنت در مواردی است که ریح خلفی و قدامی میزان ایده‌آل استخوان داشته باشد. در واقع در ریح‌های با تحلیل شدید، دو ایمپلنت برای تبدیل دست دندان معمول به اور دنچر کافی نیست.

حتی در صورت انتخاب این طرح درمان هم فاصله بین دو نباید ایمپلنت بیش از حد باشد. از اشتباهات شایع طرح درمان

اور دنچر با دو ایمپلنت گذاشتن فیکسچرها در موقعیت A&E (با فاصله بیش از حد بین دو ایمپلنت) است که مشکلات بیومکانیکال را بیش از پیش افزایش می‌دهد.



در صورت ناکافی بودن تعداد ایمپلنتها مشکلات بیولوژیک مانند تحلیل استخوان اطراف ایمپلنت و ریح خلفی یا مشکلات پروتزی مثل شکستن پیچها به مرور زمان بروز کرده و رفع آنها به قدری هزینه‌بر است که صرفه جویی اندک ابتدای کار را بی‌معنی می‌کند.

نکته بعدی در طرح درمان اور دنچر برای فک پایین، توجه به میزان کافی لثه چسبیده و عمق وستیبول در اطراف ایمپلنتها است. چنانچه این میزان کافی نباشد اصلاح آن از طریق جراحی قبل، حین یا بعد از کاشت ایمپلنتها ضروری است. گرچه انجام مراقبت‌های بهداشتی اطراف فیکسچرها در طرح درمان اور دنچر ساده‌تر از درمانهای ثابت است، تثبیت پلاک ایندکس هنوز هم نیاز به عرض کافی لثه چسبنده و عمق ایده‌آل وستیبول دارد. در غیر اینصورت ایجاد پری ایمپلنتیت پدیده ناگزیری خواهد بود.

نکات کاربردی و ساده برای پیشگیری از مشکلات بیولوژیک و مکانیکی در طرح درمان‌های اور دنچر فک پایین

- در ریحهای با تحلیل خلفی شدید دو عدد فیکسچر کافی نیست.
- عمق وستیبول و عرض لثه چسبنده در موفقیت اور دنچر نقش حیاتی دارد.
- برای انتخاب طرح درمان مناسب هر بیمار، به ساده‌ترین طرح یعنی OV1 کتفا نکنید بلکه هر شش طرح درمان را بررسی کرده و علاوه بر فاکتور اقتصادی میزان استخوان ریح خلفی و قدامی، شکل قوس فکی، گیر و ثبات مورد نیاز را در نظر بگیرید.
- در صورت انتخاب طرح درمان مبتنی بر دو ایمپلنت، فیکسچرها را بیش از حد دور از هم قرار ندهید.



به خاطر داشته باشید اور دنچرها راه حلی اقتصادی برای کاهش مخارج بیمار نیستند بلکه در درجه اول راه حل‌های درمانی هستند برای حداکثر بازتوانی بیمار در عین حفظ درازمدت کمیت استخوان باقی مانده

Article

پیشگیری از کامپلیکیشن‌های پروتزی در ایمپلنت‌های کوتاه



دکتر امیرحسین مجیدی
پرستودونتیست ایمپلنتولوژیست
majidi1973@gmail.com



— ایمپلنت زیاد می‌شود، بازوی اهرمی بلندی ایجاد شده، نیروهای اهرمی وارد بر ساختارهای پروتزی افزایش یافته و در نتیجه خطر fatigue fracture بیشتر می‌شود. شکستن پیچ یا اباتمنت در این شرایط بسیار محتمل هستند حتی اگر کراون‌ها به هم اسپلینت شده باشند.

شل شدن پیچ

شایعترین مشکل در پروتزیهای متکی بر ایمپلنت شل شدن پیچ است. مطالعات نشان داده است، خطر شل شدن پیچ در ایمپلنت‌های کوتاه بیشتر است.

معمولا وقتی دندانپزشک با یک پیچ شل شده مواجه می‌شود، به سرعت همان پیچ را تحت تورک قرار داده و مجدداً آن را سفت می‌کند بدون اینکه قبل از سفت کردن پیچ، آن را یکبار زیر ذره‌بین مورد بررسی قرار دهد تا از سالم بودن دنده‌های پیچ اطمینان حاصل کند. گرچه باید گفت بهترین و کم‌درسترین راه، تعویض پیچ

ایمپلنت‌های کوتاه (short implants) در دهه اخیر تأثیر مهمی بر طرح درمان‌های متکی بر ایمپلنت داشته و با کمک آنها بازسازی مناطقی از فک که به خاطر تحلیل شدید استخوان امکان قرارگیری یک ایمپلنت با طول استاندارد وجود نداشت امکانپذیر شده است بدون اینکه بیمار متحمل جراحی‌های بازسازی تهاجمی، پرهزینه و طولانی مدت شود. تعریف ایمپلنت‌های کوتاه در دهه گذشته دستخوش تغییر شده است. امروز فیکسچرهایی کوتاهتر از هشت میلی‌متر، ایمپلنت کوتاه محسوب می‌شوند. ایمپلنت‌های خیلی کوتاه (extra short) هم فیکسچرهایی با طول کمتر از ۶ میلی‌متر را شامل می‌شوند. در این نوشتاری مروری خواهیم داشت بر عوارض پروتزی مرتبط با ایمپلنت‌های کوتاه و اینکه چطور وقوع این عوارض را به حداقل برسانیم.

مقالات متعدد به صورت گذشته نگر، آینده نگر، سیستمیک ریویو، کلینیکال تریال و روش‌های دیگر همگی موفقیت این ایمپلنت‌ها را اثبات کرده و حتی در برخی موارد نشان داده شده که میزان تحلیل استخوان مارژینال اطراف ناحیه کروئال ایمپلنت (گردن ایمپلنت) حتی کمتر از ایمپلنت‌های معمولی بوده است. اما یک سوال بسیار مهم اینکه آیا از نقطه نظر پروتزی هم می‌توان به این ایمپلنت‌ها اعتماد کرد یا اینکه بازی با آتش است؟ تحقیقات نشان داده است که کامپلیکیشن‌های مرتبط با پروتزی در ایمپلنت‌های کوتاه می‌تواند به مراتب بیشتر از ایمپلنت‌های کانونشنال باشند. اما علت چیست؟ و با چه رویکردی می‌توان این عوارض را به حداقل رساند. واضح است که عمده این مشکلات منشا بیومکانیکال دارند.

ایمپلنت از عدد ۲ بیشتر باشد درصد مشکلات پروتزی به دوازده درصد می‌رسد در صورتی که اگر این عدد کمتر از دو باشد ریسک بروز کامپلیکیشن حدود شش درصد خواهد بود. کامپلیکیشن‌های پروتزی مرتبط با ایمپلنت طیف وسیعی را شامل می‌شوند ولی بدترین و فاجعه‌بارترین آنها شکستن پیچ و شکستن اباتمنت هستند. وقتی ارتفاع کراون متکی بر ایمپلنت افزایش پیدا کرده و نسبت کراون

افزایش نسبت کراون - ایمپلنت

در ایمپلنت‌های کوتاه، نسبت طول کراون به ایمپلنت به شکل قابل ملاحظه‌ای افزایش می‌یابد. البته باید توجه داشت که به طور کلی نسبت طول کراون به ریشه با طول کراون به ایمپلنت باهم تفاوت داشته و نباید این دو را یکسان در نظر گرفت. آستانه نسبت کراون به ایمپلنت دو به یک است. اگر نسبت کراون -

کم بسیار سخت خواهد بود و گاهی ممکن است به اکسپلنت فیکسچر منتهی شود.

De-cementation

دیسمنتیشن یعنی جدا شدن کراون از روی اباتمنت. یکی از شایعترین علل این مشکل در ایمپلنت‌های کوتاه، کوتاه بودن طول اباتمنت است. بطور کلی اباتمنت‌های پیش ساخته شرکت‌های تولید ایمپلنت معمولاً طول زیادی نداشته و حداکثر حدود ۷ میلی‌متر است که این ارتفاع بخصوص در صورت استفاده از ایمپلنت‌های کوتاه، اصلاً گزینه مناسبی نخواهد بود. بنابراین اگر قرار به استفاده از ایمپلنت‌های کوتاه است، باید حتماً برای رستوریشن از یک اباتمنت اختصاصی با طول بلند استفاده کرد. این اباتمنت اختصاصی می‌تواند یک اباتمنت یو سی ال ای باشد یا اباتمنتی که با کد/کم تراشیده شده است. توجه کنید که اگر کراون دچار دیسمنتیشن شد، نباید آن را با سمان دائم چسباند، چراکه در این صورت دسترسی به پیچ شل شده بسیار دشوار خواهد بود.

شکستگی پرسلن

به طور کلی هر چقدر ساختار پروتزی بزرگتر باشد خطر شکستن پرسلن هم بیشتر خواهد بود. باید به این نکته توجه داشت که اگر طرح درمان ما استفاده از یک کراون متال سرامیک است، باند واقعی پرسلن با فریم فلزی فقط در صورتی ایجاد می‌شود که آلیاژ به کار رفته از رده فلزات نوبل باشد که به غلط به آنها آلیاژهای precious یا آلیاژ طلا گفته می‌شود. در نتیجه در یک رستوریشن متال سرامیک با فریم از جنس بیس متال خطر شکستگی پرسلن افزایش می‌یابد. متأسفانه در تمام دنیا هزینه ساخت رستوریشن‌هایی با آلیاژهای نوبل بسیار بالا بوده و بنابراین دندانپزشکان چندان تمایلی به استفاده از آنها ندارند.

نکته بعدی اینکه در یک رستوریشن متال سرامیک، حجم عمده رستوریشن را فریم و راک فلزی تشکیل داده و پرسلن تنها باید ضخامتی معادل یک و نیم تا دو میلی‌متر داشته باشد. متأسفانه بعضاً این مساله به درستی رعایت نشده و ضخامت پرسلن از این مقدار بیشتر می‌شود. در چنین شرایطی خطر شکستگی پرسلن افزایش می‌یابد. با در نظر گرفتن این مشکلات یک پیشنهاد استفاده از کراون‌های زیرکونیایی است. اما این کراون‌ها هم مشکلات خاص خود را دارند به این صورت که باند واقعی بین پرسلن فلدسپاتیک و بیس

زیرکونیایی وجود ندارد. بنابراین پیشنهاد می‌شود برای ساخت پروتزی ایمپلنت‌های کوتاه از کراون‌های زیرکونیایی مونولیتیک استفاده شود. در این کل ساختار رستوریشن از جنس زیرکونیا خواهد بود. در این حالت مشکل باند پرسلن و خطر شکستگی بسیار کمتر خواهد بود ولی از طرف دیگر، با مشکل رنگ و استتیک روبرو خواهیم شد. این مشکل تا حدودی با تینت‌های رنگی قابل تصحیح است؛ از طرف دیگر معمولاً این رستوریشن‌ها در نواحی خلفی دهان مورد استفاده قرار گرفته و چندان در معرض دید نیستند. در نتیجه بیمار معمولاً با این مشکل استتیک کنار خواهد آمد.

مدیریت گشاورهای نیرو

افزایش بازوی محرک، باعث افزایش گشاورهای نیرو می‌شود. به طور کلی از دید بیومکانیکی، نیروهای فشاری (compressive) نیروهای ایده‌آل و مطلوب ما هستند و برعکس نیروهای برشی (shearing) و کششی (tensile) نیروهای مخرب و تروماتیک محسوب می‌شوند. یکی از راههای کاهش این نیروهای مخرب کم کردن شیب کاسپی است به شکلی که شیب‌های کاسپی با زاویه‌ای حداکثر ده تا پانزده درجه فرم داده شوند. راه دیگر کوچک کردن اکلوزال تبیل به ویژه در بعد باکولینگوالی است.

گاهی موارد فضای اینتر پروگزیمال بین دندان‌های مجاور در حدی است که به ساخت یک کراون با اکلوزال تبیل بسیار بزرگ ختم می‌شود. در این شرایط اگر دندان‌های مجاور ترمیم‌های پروگزیمالی داشته و آندرکانتور باشند، می‌توان با افزودن به کانتور آنها، فضای مزید یستالی را کاهش داده و در نهایت یک رستوریشن با ابعاد کوچکتر به بیمار تحویل داد که در نتیجه نیروهای امرمی به شکل قابل توجهی کاهش خواهند یافت. در عین حال این مساله کمک خواهد کرد تا ایمر جنس پروفایل مطلوب‌تری روی یک ایمپلنت کوتاه ایجاد شود.

ملاحظات جراحی در ایمپلنت‌های کوتاه

یکی از اصلی‌ترین دلایل محبوبیت ایمپلنت‌های کوتاه مرتفع کردن نیاز به انجام جراحی‌های پیچیده است نظیر سینوس لیفت، جابجایی عصب (nerve repositioning) و بازسازی‌های عمودی استخوان. اما در عین حال برخی ملاحظات باید پیش از جراحی ایمپلنت‌های کوتاه مد نظر قرار گیرند:



افزایش نسبت کراون به ایمپلنت باعث بالا رفتن خطر کامپلیکیشن‌های پروتزی خواهد شد

و تورک دادن یک پیچ جدید و سالم است. نکته بعدی اینکه دندانپزشک باید از خود سوال کند که علت شل شدن پیچ چه بوده است تا بتواند مشکل احتمالی را یافته و برطرف کند تا در آینده همین مساله مجدداً باعث شل شدن پیچ نشود.

یکی از بدترین اقداماتی که متأسفانه برخی همکاران انجام می‌دهند، سفت کردن همان پیچ شل شده با نیرویی بیش از نیروی پیشنهادی شرکت سازنده است. انجام این کار باعث می‌شود دفعه بعد، همین پیچ بجای شل شدن دچار شکستگی شده که خارج کردن تکه شکسته کاری به مراتب دشوارتر بوده و حتی در برخی موارد ممکن است امکانپذیر نباشد. توصیه می‌شود هر دو سال یکبار پیچ‌های نگهدارنده رستوریشن‌های متکی بر ایمپلنت‌های کوتاه باز و با پیچ‌های جدید جایگزین شوند. به یاد داشته باشید اگر پیچ در یک ایمپلنت کوتاه دچار شکستگی شود خارج کردن آن اگر نگویم غیرممکن دست

زیاد بودن فضای اینترپروگزیمال. اصلاح کانتور رستوریشن‌های مجاور فضای بی‌دندانی امکان ساخت یک رستوریشن با ابعاد کوچکتر را فراهم می‌کند. بنابراین نیروهای اهرمی به خوبی مدیریت شده و ایمرجنس پروفایل بهتری ایجاد می‌شود



ثابت امکان ساپورت لب بالا وجود نداشته و این بیمار باید حتماً با پروتز متحرک در درمان شود تا فلنچ باکالی پروتز، ساپورت لازم برای لب بالا را تأمین کند.

دو ایمپلنت بجای مولرها

نکته بعدی اینکه پیشنهاد می‌شود در ناحیه مولرها به جای هر دندان مولر دو ایمپلنت جایگذاری شود نه یک ایمپلنت. در نتیجه بجای دو دندان مولر از دست رفته، به بیمار چهار پر مولر می‌دهیم. بازدهی جوییدن بیمار به هیچوجه تغییری نمی‌کند چون ناحیه تماس جوییدن (mastication surface area) و در عین حال طول قوس به طور کامل حفظ خواهد شد. در عین حال اگر بنا بر اسپلینت کردن باشد می‌توان کراون‌ها را به صورت دو به دو به هم اسپلینت کرد.

اسپلینت کنیم یا نه؟

گرچه در حال حاضر جز برخی موارد خاص اجباری به اسپلینت کردن کراون‌های متکی بر ایمپلنت نداریم، در مورد ایمپلنت‌های کوتاه کماکان توصیه می‌شود کراون‌ها به هم اسپلینت شوند.

ایمپلنت‌های کوتاه برویم.

پروتز ثابت یا متحرک؟

یک نکته مهم اینکه قرار نیست تمام بیماران بی‌دندان پروتز ثابت متکی بر ایمپلنت دریافت کنند. گاهی اوقات پروتز ثابت مشکلات بیمار را حتی اضافه خواهد کرد مثلاً در یک بیمار سالمند با ریج بشدت تحلیل رفته که دچار لرزش دست و مشکلات بینایی است چطور انتظار داریم بتواند با سوپر فلاس یا دنتال فلاس بهداشت خود را در یک پروتز حجیم و بزرگ FP-3 آنهم در محلی نزدیک به کف دهان رعایت کند؟

فضای اینترآکلوزال یک عامل بسیار مهم در استفاده از ایمپلنت‌های کوتاه محسوب می‌شود. بهترین راه تهیه کست‌های تشخیصی و مانت آنها روی آرتیکولاتور است. وقتی فضای بین دو فک زیاد است پروتز ثابت قطعا مشکلات بیمار را چند برابر خواهد کرد چراکه نسبت طول کراون به ایمپلنت بشدت افزایش خواهد یافت.

در نهایت توجه به ساپورت لب بالا در موفقیت درمان نقشی حیاتی دارد. اگر بیمار در ناحیه پرمآگزین آتروفی شدیدی داشته باشد، با پروتز

نقش بایت فورس بیمار، وجود یا عدم وجود عادات پارافانکشنال و دینامیک جوییدن: اگر بیمار بایت فورس بالایی داشته باشد یا براکسیسم داشته باشد یا فردی پرخور و عاشق غذاهای سفت مثل استیک و شیشلیک باشد شاید استفاده از ایمپلنت‌های کوتاه کنترل اندیکاسیون داشته باشد. در چنین بیمارانی شاید بهتر باشد جراحی‌های تهاجمی و بازسازی انجام شود ولی در نهایت ایمپلنت‌هایی با طول بلندتر در استخوانی با کیفیت بالاتر قرار داده شوند.

استفاده از سرجیکال گاید برای جراحی ایمپلنت‌های کوتاه اجباری است چراکه اندکی جابجایی در موقعیت قرارگیری ایمپلنت می‌تواند به تغییر مسیر نیروها در آینده و بروز کامپلیکیشن‌های پروتزی منجر شود.

وجود دنجرهای متحرک در فک مقابل یا دندان‌هایی که به لحاظ پروتودنتال ضعیف هستند باعث می‌شود با خیال راحت‌تری به سراغ

قرارگیری دو پر مولر بجای یک مولر از دست رفته



جابجایی در محل قرارگیری ایمپلنت باعث تغییر مسیر نیروها به خارج از محور طولی ایمپلنت می‌شود. در چنین شرایطی خطر مشکلات پروتزی افزایش خواهد یافت

هدف ، زندگی ایده آل شماست.
فرصتها محدودند ، وقت شما محدودتر
تخصص ما یافتن و ارائه فرصتها به شماست

LIFESTYLE DISTRIBUTIONS

If you are willing to make better choices
& take advantage of Real Estate
Commercial/ Residential investment
opportunities in GTA , we are offering
our expertise to assist you.



MARJAN ARAB
Real Estate Sales Representative

T: 416.383.1828

C: 416.399.6080

WWW.MARJANARAB.COM
MARJAN@MARJANARAB.COM



HomeLife/Vision Realty Inc., Brokerage Inc.
INDEPENDENTLY OWNED AND OPERATED



PARISSA YOUSSEFI
Real Estate Sales Representative

T: 416.383.1828

C: 647.808.7197

WWW.PARISSAYOUSSEFI.COM
PARISSA@PARISSAYOUSSEFI.COM

Honesty & Integrity are foundation of our business



All-on-X مروری بر تاریخچه و چشم انداز فعلی



دکتر رامین ازقندی
پریودونتیست - ایمپلنتولوژیست
واشنگتن دی سی
ایالات متحده آمریکا
www.drazghandi.com

آنها باید مهارت بالایی داشته باشد. عامل دیگر، که شاید بیش از همه نادیده گرفته می شود، زمان مورد نیاز برای آماده سازی ناحیه بی دندانی جهت بازسازی و نوتوانی است. بطور متوسط و با استفاده از روشهای رایج، چیزی بین چهار تا هشت ماه زمان برای بازسازی فانکشن و استتیک چنین کیس هایی مورد نیاز است. با در نظر گرفتن زمان مورد نیاز برای دندانپزشک در هر جلسه درمانی در کنار تعداد ویزیت های مورد نیاز برای دستیابی به نتایج مطلوب، ایده درمان در یک روز بیش از پیش مورد توجه قرار می گیرد.

گسترش All On 4

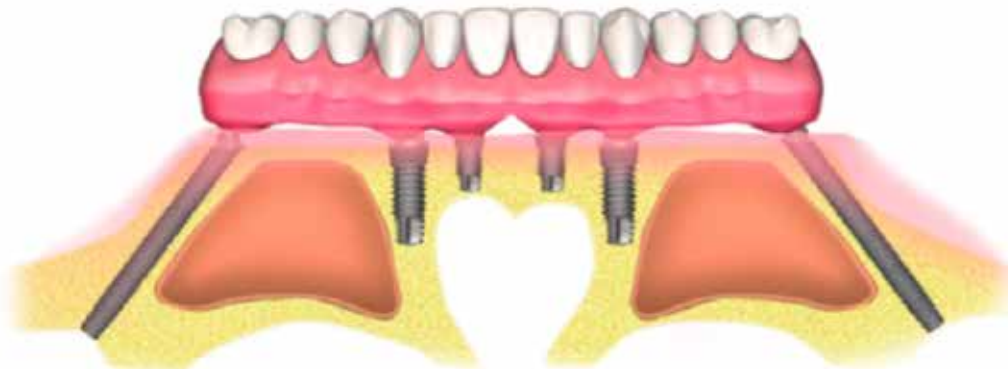
با افزایش تمایل جراحان به سیستم All-On-4، کمپانی های ایمپلنت لوازم اختصاصی خود را برای تسهیل پروسه درمانی معرفی کردند. طبعاً هر کمپانی در صدد بود نام و برند خود را بیش از پیش مطرح کرده و در بازار رو به رشد سهم بیشتری را به خود اختصاص دهد. سیستم های نظیر Teeth in a day، Diem و TeethXpress همگی یک معنی داشتند: از بی دندانی تا پروتز در یک جلسه.

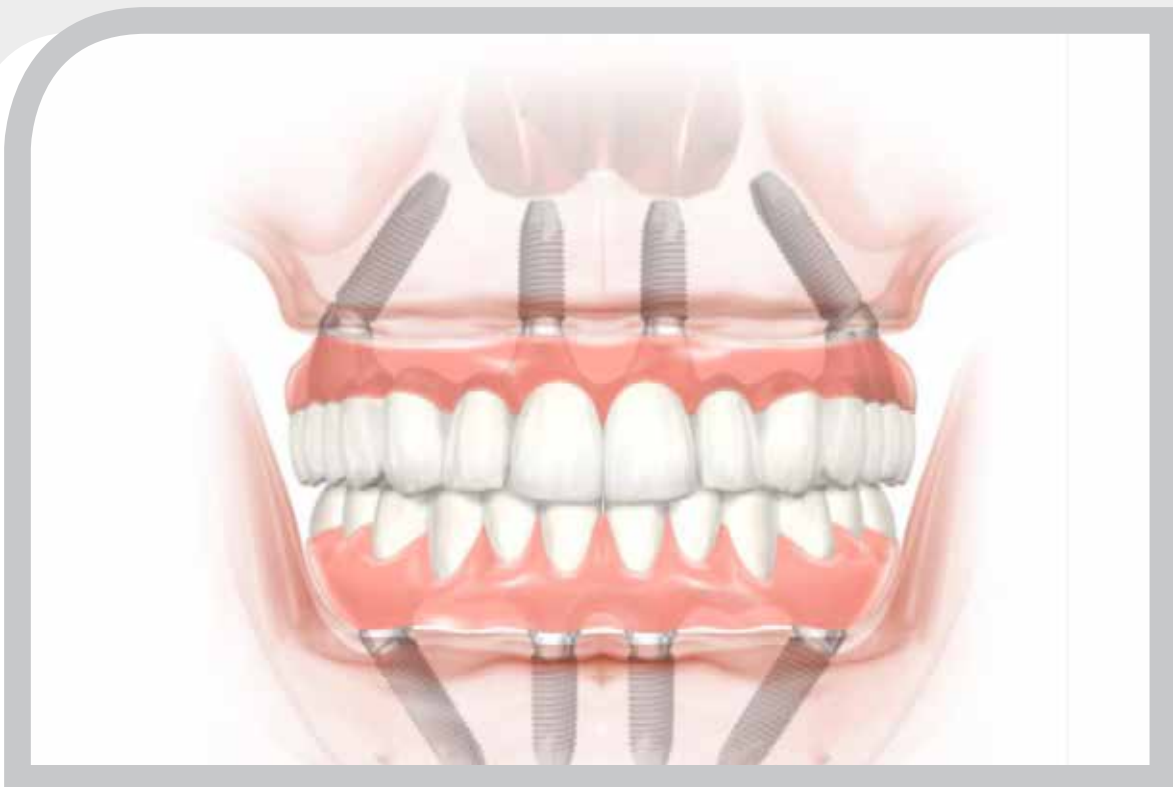
چیزی که در این فاصله تغییر کرد، این حقیقت بود که اغلب دندانپزشکان از جمله نگارنده گاهی بیش از ۴ ایمپلنت را در این بیماران جایگذاری می کردیم. مثلاً در طرح درمان خود من برای بیماران TeethXpress گاهی یک ایمپلنت

چیزی که امروزه درمانی رایج به نظر می رسد، نخستین بار در دهه ۹۰ توسط پائولو مالو، به عنوان گزینه ای قابل توجه به جامعه دندانپزشکی معرفی شد. با توجه به اینکه تکنیک بارگذاری فوری (immediate loading) قبلاً برای ایمپلنت های تک واحدی معرفی شده بود، سیستم All-On-4 عملاً تعمیم یافته همان ایده محسوب می شد. در این تکنیک، دو ایمپلنت قدامی در موقعیت ورتیکالی قرار گرفته و دو ایمپلنت انتهایی بصورت تیلت یافته جایگذاری می شوند. با این کار جراح نه تنها می تواند ایمپلنت های بلندتری جایگذاری کند بلکه قادر خواهد بود فاصله بین ایمپلنت ها را برای دستیابی به یک فاصله قدامی خلفی (A-P Spread) بهتر ارتقا دهد که از لحاظ فیزیکی فواید بسیاری خواهد داشت. ایمپلنت های زاویه دار انتهایی همچنین طول بازوی کنتی لیور را کاهش داده و ساپورت پروتزی برای افزایش سطح جویدن را بهبود می بخشند.

کنند نظیر جایجایی عصب در مندیل های بشدت آتروفیک یا سینوس آگمنتیشن در موارد پنوماتیزاسیون سینوس در ماگزایلا. نیازی به گفتن نیست که این درمان ها با درصد مشخصی از ریسک همراه بوده و دندانپزشک برای انجام

گزینه های بازسازی قوس های بی دندانی همیشه به واسطه میزان استخوان قابل استفاده و موقعیت لندمارک های آناتومیک محدود می شوند. در نتیجه، بسیاری از طرح درماتهای متکی بر ایمپلنت، باید با اقداماتی تهاجمی تغییر





پیشرفت‌های تکنولوژیک

در حال حاضر تعداد کیس‌های درمان شده با سیستم All-On-X با استفاده از پروتکل‌های راهنمای جراحی رو به افزایش است. در کلینیک ما به طور روزمره از داده‌های سی بی سی تی و اسکن داخلی دهانی Trios برای طراحی راهنمای مورد نیاز استفاده می‌شود. تطبیق تکنولوژی‌های جدیدتر میزان دقت و پیش‌بینی‌پذیری این درمان‌های تکنیک سنسیتیو را افزایش داده است. با وارد کردن داده‌ها در نرم افزار مربوط به طراحی راهنما، ما یک کنفرانس مجازی برای مرور کیس و تهیه طرح درمان برگزار می‌کنیم. سپس لابراتوار با استفاده از همین اطلاعات استنت جراحی را می‌سازد که در فاز جراحی برای قراردادن ایمپلنت‌ها در نواحی مطلوب برای درمان All-On-X مورد استفاده قرار خواهد گرفت.

ارتباط دیجیتالی به بخش جدایی‌ناپذیر طراحی درمان چنین کیس‌هایی تبدیل شده و نگارنده بر این اعتقاد است که به استاندارد درمانی جدیدی در آینده تبدیل خواهد شد درست شبیه آنچه سی بی سی تی از ده سال پیش تاکنون از سر گذرانده است.



ایمپلنت‌های زایگوماتیک، امکان بازسازی کیس‌هایی را فراهم می‌کنند که پیش از این با سیستم All-On-X قابل بازسازی نبودند.

Spread) با قرار دادن یک ایمپلنت زاویه‌دار در قدام سینوس امکانپذیر نبود. به عبارت دیگر، در حالی که برخی اباتمنت‌های انتهایی را می‌توان با استفاده از ایمپلنت‌های معمولی و قرار دادن با زاویه دیستالی و بکارگیری اباتمنت‌های مولتی یونیت با زاویه ۱۷-۳۰ درجه طراحی کرد، برخی کیس‌ها صرفاً با ایمپلنت‌هایی با زاویه مزایالی قابل بازسازی هستند که اینترگریشن آنها در استخوان زایگوما اتفاق افتاده باشد.

پنجم در ناحیه میدلاین قرار می‌گرفت تا نیروهای جویدن بهتر توزیع شده و هنگام جویدن غذاهای سفت، پروتز دچار اشکال نشود. در هر بیماری، تورک ۲۵-۴۵ نیوتن بر سانتی‌متر برای انجام بارگذاری فوری مطلوب خواهد بود.

نقش ایمپلنت‌های زایگوماتیک

اکنون ما دسترسی بیشتر و بهتری به ایمپلنت‌های زایگوماتیک شرکت‌های مختلف داریم که به ما امکان می‌دهد All-On-X را برای کیس‌های بی‌دندانی ماگزیلاری اجرا کنیم که در آنها سینوس‌های بشدت پنوماتیزه و به شکلی غیر عادی بزرگ هستند. این ایمپلنت‌های بسیار بلند، معمولاً بلندتر از ۳۰ میلی‌متر و حداکثر ۶۰ میلی‌متر، به ما امکان بازسازی کیس‌هایی را می‌دهند که پیش از این با سیستم All-On-X قابل بازسازی نبودند. این مساله با بای‌پس کردن سطح دیستال سینوس و استفاده از زایگوماتیک پروسس جهت اینترگریشن ایمپلنت و عملکرد آن بعنوان اباتمنت انتهایی برای بارگذاری فوری پروتز میسر خواهد بود. ابداع این نوع ایمپلنت، چالش بزرگی در برخی کیس‌های بی‌دندانی ماگزیلاری را مرتفع کرد که در آنها دستیابی به گسترش قدامی خلفی (A-P)

Article

می شود چرا که بر اساس قوانین مکانیکی امکان حرکات مایکروسکوپی (micro movement) بین دو قطعه فلزی (سطح داخلی کانکشن و سطح خارجی اباتمنت که داخل ایمپلنت فیکس می شود) به حداقل رسیده و در نتیجه درصد بروز عوارض ناشی از این حرکات مثل تجمع پلاک و احتمال آسیب دیدن پیچ و اباتمنت کاهش خواهد یافت. برعکس در سیستم هایی که دیواره های داخلی کانکشن حالت استوانه ای داشته باشند (tube connection) ریسک حرکات مایکروسکوپی و عوارض ناشی از آن افزایش خواهد یافت. یکی از معروفترین سیستم های ایمپلنت که به همین دلیل شکست های متعددی را تجربه کرد، نوبل ریپلیس سلکت (Nobel Replace Select) سیستم نوبل با یوکر بود که با داشتن یک کانکشن سه ضلعی تیوب شکل، ابتدا به گزینهای بسیار محبوب میان دندانپزشکان تبدیل شد ولی مشکلات ناشی از کانکشن استوانه ای باعث شد تا طراحی آن از تیوب، به مخروط تغییر داده شود.

وضعیت سرفیس یا شرایط سطحی ایمپلنت، در خلال چند دهه ای که از ابداع این درمان گذشته، تغییرات شگرفی داشته است. در حال حاضر سیستم های سطحی متعددی با اسامی مختلف در بازار موجود هستند. ولی بطور کلی رایج ترین سیستم های سطحی یا در رده SLA قرار دارند یا RBM که با اسامی مختلفی نامگذاری شده اند. در طول زمان SLA یکی از بهترین و موفق ترین سیستم های سطحی ایمپلنت بوده است. در این سیستم، فیکسچر ابتدا سند بلاست شده (مثلا با کوراندوم یا آلومینا) و سپس در یک یا دو محلول اسیدی شسته می شود که به همین دلیل Sandblasted Large-grit Acid-etched/SLA نامیده می شود. در سیستم RBM، سطح ایمپلنت با موادی که جاذب سلول های استخوانی هستند بلاست می شود. این مواد در صورت قرارگیری روی ایمپلنت مثل یک پوشش (کوآتینگ) عمل کرده و شرایط مطلوبی برای جذب سلول های استخوانی ایجاد می کنند. این سیستم ها نیز بسیار پرطرفدار و موفق بوده اند.

نام دیگری که در بازار ایمپلنت های دندانیه زیاد به گوش می رسد اکتیو یا هیدروفیل بودن سطح ایمپلنت است. باید گفت در حال حاضر تنها سیستم واقعا اکتیو و هیدروفیل در بین ایمپلنت های دندانیه، سیستم SLA active کمپانی استرومن است. توجه به این نکته ضروری است که برخی سیستم های ایمپلنت با تبلیغات سعی دارند سیستم های RBM یا SLA را با عنوان سیستم های اکتیو به فروش برسانند. در این زمینه مطالعه کاتالوگ ایمپلنت بخصوص چند صفحه ابتدایی آن بسیار مفید خواهد بود. البته لازم به ذکر است که اکتیو بودن سطح ایمپلنت تنها سرعت Osseointegration را زیاد می کند و تاثیری بر موفقیت دراز مدت ایمپلنت ندارد.

چطور یک سیستم ایمپلنت مناسب انتخاب کنیم؟

جدا از آموزش و افزایش مهارت های مربوط به درمان ایمپلنت، یکی از مهمترین بخش های مرتبط با این درمان مثل تمام درمان های دیگر دندانپزشکی، در اختیار داشتن ابزار و تجهیزات مناسب و قابل اعتماد است. با توجه به قیمت کمابیش بالای این درمان در قیاس با بسیاری دیگر از درمان های دندانپزشکی و حساسیت بالای این درمان، داشتن لوازم و تجهیزات مطلوب، اهمیتی دو چندان پیدا می کند. فارغ از تکنیک درمان، از منظر تجهیزات مرتبط با درمانهای ایمپلنت نظیر موتور جراحی، قلم های با کیفیت جراحی، مواد قالبگیری و بسیاری موارد دیگر، سیستم ایمپلنت مهمترین رکن و پایه و اساس این درمان محسوب می شود. بنابراین انتخاب یک سیستم مناسب از مهمترین مواردی است که باید مد نظر قرار گیرد. در این نوشتار نگاهی اجمالی خواهیم داشت به مواردی که باید در انتخاب یک سیستم ایمپلنت مطلوب به آنها توجه کرد.

که اباتمنت می تواند روی فیکسچر قرار گیرد. مثلا در یک اتصال شش ضلعی اباتمنت در شش حالت با فواصل ۶۰ درجه از هم جایگذاری شده و در یک کانکشن ۱۰ ضلعی در ۱۰ حالت با فواصل ۳۶ درجه قابلیت تغییر محل دارند. در نتیجه هر چه تعداد این زوایا کمتر باشد، نشان دادن اباتمنت روی فیکسچر ساده تر خواهد بود. اما از سوی دیگر، تعداد کم این اضلاع و فاصله زیاد بین آنها، اصلاحات لابراتواری و پروتزی برای تغییر موقعیت اباتمنت را دشوار تر خواهد کرد. کانکشن های شش ضلعی که در وسط این طیف قرار دارند، محبوبترین گزینه در بین انواع اتصالات هستند.

مساله بعدی در مورد کانکشن به میزان تیپینگ دیواره های داخلی ایمپلنت مربوط می شود. به طور کلی اگر کانکشن به طرف داخل تیپ شده و حالت مخروطی (cone connection) داشته باشد به لحاظ بیومکانیکی گزینه ای مطلوب تر محسوب

۱. میکرودریزاین و ماکرودریزاین

طراحی یک ایمپلنت از جنبه های مختلفی می تواند مورد بررسی قرار گیرد از جمله طراحی فرم فیکسچر، دنده ها و رابطه آنها با هم، کانکشن و میزان زبری سطح ایمپلنت. در این میان آنچه بیش از همه باید مد نظر قرار گیرد، طراحی کانکشن و سطح ایمپلنت است.

در حال حاضر تمام سیستم های ایمپلنت موجود در بازار به صورت اتصال داخلی (اینترنال کانکشن) ساخته می شوند. نکته مهم در مورد این کانکشن های داخلی شکل هندسی و زاویه دیواره ها نسبت به یکدیگر است. کانکشن های داخلی می توانند سه ضلعی، چهار ضلعی، شش، هشت و یا ده ضلعی باشند که شش ضلعی یا هگزی رایج ترین فرم محسوب می شود. از دید کلینیکی، تعداد اضلاع نشان دهنده تعداد جایگشت هایی است



دکتر رضا ترمه ای

متخصص پروتزیستیکس
مدرس دوره های آموزش ایمپلنت
www.gtaperio.com
www.centriceducation.com



دکتر علیرضا آشوری

دندانپزشک - ایمپلنتولوژیست
alireza.ashouri2021@gmail.com



نداشته باشد. در این صورت خریداران قبلی این سیستم دچار یک دردسر جدی برای تهیه قطعات احتمالی خواهند بود.

۴. قطعات اصلی

یک نکته بسیار مهم به استفاده از قطعات اورژینال و اصلی شرکت سازنده باز می‌گردد. متأسفانه برخی از همکاران روی فیکسچرهای بعضاً گرانقیمت، از قطعات غیر اورژینال و ناشناخته استفاده می‌کنند. تحقیقات نشان داده این کار خطر بروز عوارض مکانیکی را افزایش خواهد داد. اکیدا توصیه می‌شود برای هر سیستم ایمپلنت از قطعات اصلی همان سیستم استفاده شود چراکه در صورت بروز مشکل به واسطه استفاده از قطعات غیر اورژینال هزینه و دردسر برطرف کردن آن بسیار بیشتر از مقداری است که ممکن است دندانپزشک هنگام استفاده از قطعات غیر اصلی صرفه جویی کرده باشد.

۵. جمع بندی

برای خرید یک سیستم ایمپلنت به این موارد توجه کنید:

- حتما پیش از خرید یک سیستم ایمپلنت کاتالوگ آن را مطالعه کنید. معمولا در صفحات ابتدایی مشخصات طراحی سیستم بطور دقیق توضیح داده شده است. در این بخش شما می‌توانید متوجه شوید که سیستم سطحی ایمپلنت چیست و چه کانکشنی دارد. در صفحات بعدی می‌توانید به تنوع قطر و طول فیکسچرها، تعداد دریل‌های جراحی و تعداد و تنوع ایاتمنت‌ها توجه کنید.
- بهتر است سیستمی را انتخاب کنید که دیزاین آن به صورت اینترنال کانکشن مخروطی باشد.
- قبل از خرید یک سیستم ایمپلنت به خصوص یک سیستم گرانقیمت به درصد بیماران متقاضی ایمپلنت در مطب خود و مطب‌های اطراف توجه کنید.
- قبل از خرید تعداد زیادی فیکسچر، محاسبه کنید که قیمت تمام شده هر ایمپلنت برای شما و بیمار چقدر خواهد بود و آیا بیماران شما امکان پرداخت این هزینه را دارند یا خیر.
- نظرات و کامنت‌های همکاران و لابراتوارها درباره سیستم‌های مختلف را جویا شوید بخصوص در مورد خدمات بعد از فروش.
- در مورد سیستم‌های ایمپلنتی که اطلاعات کافی درباره آنها ندارید یا سیستم‌هایی که به تازگی وارد بازار شده‌اند، می‌توانید تعداد محدودی فیکسچر در حد ۴ یا ۵ عدد خریداری کرده و با کیت‌های امانتی کار کنید تا ببینید با این سیستم و نحوه تعامل با شرکت سازنده و خدمات آن راحت هستید یا خیر.
- از قطعات اصلی و اورژینال هر سیستم برای همان سیستم ایمپلنت استفاده کنید.

۲. چیدمان و تعداد دریل‌ها

در کیت جراحی برخی سیستم‌های ایمپلنت تعداد قابل توجهی دریل وجود دارد که به خصوص در اوایل کار ممکن است برای برخی همکاران گیج‌کننده باشد. مساله بعدی به توالی دریلینگ باز می‌گردد. دندانپزشک باید هنگام جراحی از دستورالعمل شرکت سازنده پیروی کرده و طبق پروتکل ارائه شده دریل‌ها را به ترتیب مورد استفاده قرار دهد. برخی همکاران که کمی بی‌حوصله هستند گاهی بعضی دریل‌ها را استفاده نمی‌کنند. این کار ممکن است باعث شود تا فیکسچر به درستی داخل حفزه استنوتومی قرار نگرفته یا موقع جایگذاری فشار زیادی به استخوان وارد شود. بنابراین اگر حوصله کار کردن با کیت‌های جراحی با دریل‌های متعدد را ندارید ترجیحا با سیستم‌هایی که تعداد زیادی دریل در کیت جراحی خود دارند کار نکرده و به سراغ سیستم‌هایی بروید که دریل‌های کمتر و کیت جمع و جورتری دارند.

۳. قیمت، ساپورت و خدمات بعد از فروش

قیمت تمام شده سیستم ایمپلنت از جمله مواردی است که از جنبه‌های گوناگون باید مد نظر قرار گیرد. نخست اینکه برخی سیستم‌های ایمپلنت تخفیف‌های خاصی برای فروش دارند که طبق آنها شما با خرید تعداد مشخصی فیکسچر می‌توانید کیت جراحی را بصورت رایگان دریافت کنید. در وهله اول این معامله خوبی به نظر می‌رسد چراکه دندانپزشک علاوه بر خرید تعداد

قابل توجهی ایمپلنت به قیمتی معمولا کمتر از قیمت واحد، یک کیت رایگان نیز دریافت میکنند. اما این همه ماجرا نیست.

مساله این جاست که گاهی تعداد بیمار متقاضی ایمپلنت در مطب یا وضعیت مالی آنها به طور کلی متناسب با این تعداد ایمپلنت خریداری شده نیست و در نهایت به لحاظ مالی به ضرر دندانپزشک تمام می‌شود.

ساپورت و خدمات بعد از فروش مساله‌ای است که هنگام خرید هر وسیله و دستگاهی باید مد نظر قرار گیرد. همانطور که کسی موقع خرید یک خودرو تحقیق می‌کند که خدمات بعد از فروش این ماشین چطور است برای خرید ایمپلنت هم باید به همین شکل عمل شود. ارتباط دندانپزشک با شرکت فروشنده ایمپلنت پس از خرید یک سیستم تمام نمی‌شود بلکه شما به طور مرتب در حال بدست آوردن با آن کمپانی خواهید بود. مواردی پیش خواهد آمد که شما به طور اورژانسی نیازمند وسیله‌ای هستید و اگر شرکت مربوطه خدمات مطلوبی نداشته باشد دچار اشکال خواهید شد.

توجه داشته باشید که وقتی کسی یک سیستم گرانقیمت و اصطلاحا اسم و رسم دار خریداری می‌کند به نوعی می‌تواند از خدمات و ساپورت بعد از فروش مطلوب شرکت هم اطمینان داشته باشد. از سوی دیگر، خرید یک سیستم ایمپلنت ارزان قیمت و ناشناخته ممکن است با دو مشکل همراه باشد. مشکل نخست اینکه احتمال دارد خدمات بعد از فروش شرکت آن طور که باید و شاید مطلوب نباشد. مشکل دوم اینکه ممکن است یک سیستم گمنام ارزان قیمت با ساپورت و خدمات نه چندان قدرتمند بعد از مدتی ناپدید شده و دیگر اصلا شرکتی برای ارائه خدمات به خریداران وجود

Article



↑ استیو تومی ایمپلنت توسط استنت از پیش ساخته مناسب انجام گرفت.



↑ ایمپلنت توسط وسایل روتاری با نیروی تورک ۴۰ نیوتون بر سانتیمتر در محل مناسب خود که با سر جیکال گاید سنجیده می شود، قرار می گیرد.

مدیریت بافت نرم اطراف ایمپلنت



دکتر فرخ اصف زاده
متخصص دندانپزشک
ترمیمی و زیبایی؛ عضو انجمن
دندانپزشکی آمریکا؛ فلوشیپ
لیزر از دانشگاه آخن آلمان
www.labkhandehziba.ir

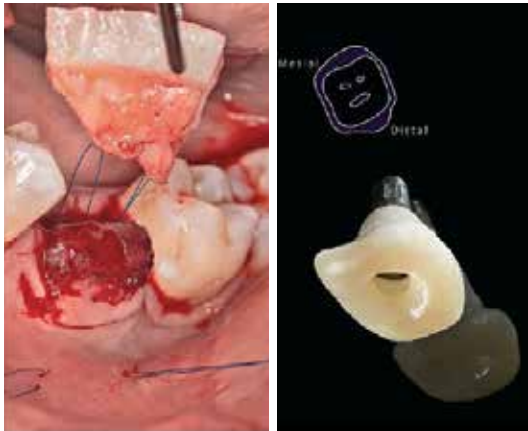
امروزه با توجه به ضریب بالای موفقیت در اسواپنتگریشن، بحث زیبایی در ایمپلنتهای دندانپزشکی از پیش مورد توجه دندانپزشکان قرار گرفته است. در این بین میتوان گفت بیشتر نظرها به بازسازی بافت نرم اطراف ایمپلنت معطوف شده که نکته ای تعیین کننده در دستیابی به کانتور و ایمر جنس پروفایل مطلوب در ترمیم نهایی محسوب می شود. در این نوشتار به روشهایی برای مدیریت و بازسازی بافت نرم اطراف ایمپلنت اشاره خواهیم داشت.

بازسازی و نگهداری کانتور بافت نرم اطراف ایمپلنت

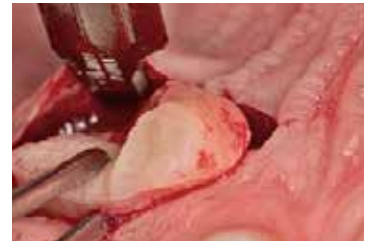
اهمیت و ضرورت ایجاد کانتور مناسب بافت نرم در حین درمان ایمپلنت جهت دستیابی به نتایج مناسب زیبایی در بسیاری از کتب و مقالات رفرنس مورد تاکید قرار گرفته است. نتایج زیبایی ترمیم نهایی وابسته به ایجاد یک تعادل بیولوژیک بین ایمپلنت، ترمیم و بافتهای اطراف ایمپلنت به منظور ایجاد یک ایمر جنس پروفایل طبیعی همانند دندان مجاور است. یک ترمیم موقت مناسب می تواند در فرم دادن و نگهداری بافتهای اطراف ایمپلنت تاثیر به سزایی داشته باشد. همچنین می تواند یک پروتوتایپ یا همانند ساز یا کپی خوبی برای ساخت ترمیم نهایی باشد. برای بازسازی بافت نرم اطراف ترمیمهای ایمپلنت روش های مستقیم و غیر مستقیم فراوانی در کتب و مقالات معرفی شده است. در روش زیر کاربرد کامپوزیت های سیال یا فلویل در بازسازی و انتقال فرم و کانتور دندان به قالب نهایی مورد بحث قرار می گیرد.



↑ بیمار با سابقه درد به هنگام پرکاشن و رادیولوژی اطراف فور کیشین و ریشه دیستال مولر اول سمت چپ مراجعه کرده است. بعلت ترک عمودی ریشه که توسط آندودانتیست تشخیص داده شد، تصمیم گرفته شد تا دندان خارج شده و با ایمپلنت جایگزین شود. پس از خارج کردن ریشه و حفظ ساکت دندان یک پروتز موقت متحرک با پونتیک تخم مرغی (Ovate) ساخته شد که محل ریج فرم صحیح به خود بگیرد.



» یک گرفت ساب اپیتلیال به ضخامت یک و نیم میلیمتر از ناحیه کام بین دندان های پره مولر اول و مولر اول برداشته میشود. هر گونه بافت گرانولر یا چربی حذف شده و گرفت صاف و تریم میشود.



» پیوند بافت همبندی بین پریوست و فلپ با کال قرار داده میشود. یک هیلینگ اباتمنت اختصاصی (customized) بارزین کامپوزیت ساخته شده که شکل و وضعیت ناحیه سرویکال دندان کشیده شده را شبیه سازی کند. این طرح موفولوژیک شکل و کانتور لازم برای ساپورت حجم بیولوژیک بافت های اطراف ایمپلنت را فراهم میکند.

» هیلینگ اباتمنت اختصاصی با دست داخل ایمپلنت پیچ و سفت میشود. پیوند بافت همبندی نیز در موقعیت مطلوب خود با بخیه های صفر-شش پلی پروپیلن تثبیت میشود.

» وضعیت ناحیه ۶ هفته پس از جراحی



» وضعیت ناحیه ۱۰ روز پس از جراحی و قبل از برداشت بخیه

» هیلینگ اباتمنت اختصاصی روی یک آنالوگ پیچ شده و ماده پلی وینیل سایلوکسان اطراف آن تزریق و ست میشود.



« بعد از ست شدن ماده قالبگیری، هیلینگ اباتمنت جدا شده و یک ایمپرن پست داخل آنالوگ پیچ میشود. سپس کامپوزیت فلو در فضای بین ماده قالبگیری و ایمپرن پست تزریق میشود. ماده فلو به مدت ۶۰ ثانیه لایت کیور میشود.

کاربرد لیزرهای دیود در فرم دادن لثه اطراف ایمپلنت

تکنیکی که در ادامه معرفی میشود توسط نویسندگان این مقاله پیشنهاد میشود. این تکنیک بیشتر اطراف اباتمنتهای سالیید در نواحی خلفی و روی ایمپلنتهای تیشو لول اجرا میشود. همانطور که میدانیم، اباتمنتهای سالیید روی فیکسچر بسته شده و قالب مستقیماً از روی آنها گرفته میشود. اگر اباتمنت سالیید نیاز به تراش داشته باشد، مثل یک دندان تراش خورده از روی آن قالبگیری شده و باید مارژین تراش در قالب به وضوح ثبت شود. اگر سالیید اباتمنت تراش نخورده باشد، با یک پلاستیک کپ میتوان از روی آن قالب گرفت.

به طور کلی پیش از قالبگیری برای ساخت یک رستوریشن متکی بر ایمپلنت، نیاز است با یک هیلینگ اباتمنت (جینجیوال فرم) اختصاصی، بافت نرم اطراف ایمپلنت به شکلی مطلوب فرم داده شود. توجه به این نکته ضروری است که هیلینگ اباتمنتهای رایج معمولاً نمیتوانند فرم بافت نرم در مقطع سرویکال دندان از دست رفته را به شکلی مطلوب بازسازی کنند. بنابراین روش ایده آل استفاده از یک هیلینگ اباتمنت اختصاصی برای شکل دادن کانتور و فرم لثه است. اما اگر بنا به هر دلیلی از هیلینگ اباتمنت اختصاصی استفاده نشود، ممکن است لثه کانتور و شکل مطلوبی پیدا نکرده و نیاز به اصلاح داشته باشد. کانتور و شکل نامطلوب لثه در اطراف ایمپلنت ممکن است باعث بروز مشکلات متعددی شود از جمله ایجاد مثلثهای سیاه رنگ بین دندانها، ناهماهنگ بودن شکل و فرم لثه بین ایمپلنت و دندانهای مجاور و گیر غذایی در فضاهای بین دندانی. در مورد اباتمنتهای سالیید مشکل اینجا است که نمیتوان در فواصل بین جلسات درمانی این اباتمنتهار باز کرده و به جای آنها یک هیلینگ اباتمنت پیش ساخته یا اختصاصی قرار داد تا بافت نرم فرم و شکل مطلوب خود را به دست آورد. در نتیجه معمولاً بافت نرم اطراف اباتمنت کلاپس کرده و کانتور و شکل قابل قبولی نخواهد داشت. در این شرایط میتوان با لیزر دیود بافت اضافی را برداشته و فرم مطلوب لثه را ایجاد کرد بدون اینکه آسیبی به ایمپلنت وارد شود.

در این حالت باید از دیود ۹۸۰ نانومتر با توان دو یا سه وات استفاده کرد. بهتر است لیزر بصورت پالس باشد نه بصورت یک جریان مداوم که حرارت ایجاد شده در بافتهای اطراف زیاد نباشد. در این روش خونریزی نخواهیم داشت. سپس بلافاصله میتوان قالبگیری اولیه را انجام داد. پس از قالبگیری دور اباتمنت سالیید کامپوزیت فلو تریق شده و کیور میشود. برای این کار بهتر است از کامپوزیتهایی با فلو بالا استفاده شود تا تمام منافذ اطراف اباتمنت به طور کامل با کامپوزیت پر شوند. لابراتوار از روی این قالب اولیه میتواند یک کراون موقت بسازد. بعد از التیام کامل ناحیه که حدود یک هفته به طول میانجامد، کامپوزیت بریده شده و کراون موقت در محل قرار گیرد تا بافت نرم کانتور و شکل طبیعی مورد نظر را بدست آورد. این کراون موقت را میتوان از روی وکس آپ لابراتواری نیز ساخت. بعد از ساخت کراون موقت میتوان بر حسب نیاز کانتور آن را تغییر داد تا کانتور بافت نرم به خوبی شکل بگیرد. نکته مهم اینکه این کراون باید با حداقل مقدار سمان روی اباتمنت قرار گیرد تا باعث آزدگی لثه نشود. در برخی موارد اگر کراون به دقت ساخته شده باشد حتی بدون سمان هم در جای خود مانده و گیر کافی خواهد داشت. در نهایت بعد از اینکه لثه فرم و کانتور مطلوب خود را پیدا کرد، قالبگیری نهایی انجام میشود. در فواصل بین جلسات نیز همین کراون موقت فرم و کانتور لثه را تا زمان تحویل پروتز حفظ خواهد کرد.



» کل مجموعه از داخل ماده قالبگیری خارج میشود که شکل و کانتور آن دقیقاً مشابه هیلینگ اباتمنت اختصاصی است.



» میرشن کوپینگ روی ایمپلنت بسته شده و فیتنس آن کنترل میشود. سپس یک قالب این تری گرفته میشود.



» روی مسترکست، ابعاد دقیق بافت نرم اطراف ایمپلنت مشخص است. این تکنیک، روشی دقیق برای بازسازی ارتباط بین بافت نرم اطراف ایمپلنت و ایمرجنس پروفایل در لابراتوار است. بر همین اساس یک وکس آپ دقیق روی مسترکست انجام میشود.

From: / Terry, Douglas A; Restoring with flowables; Quintessence Publishing Co, Inc., [2017]

گفتگو Interview

JOD | JUNE/2021 | 23 | ژوئن ۲۰۲۱

مطالب بیشتر در وبسایت ما
www.jodmagazine.com

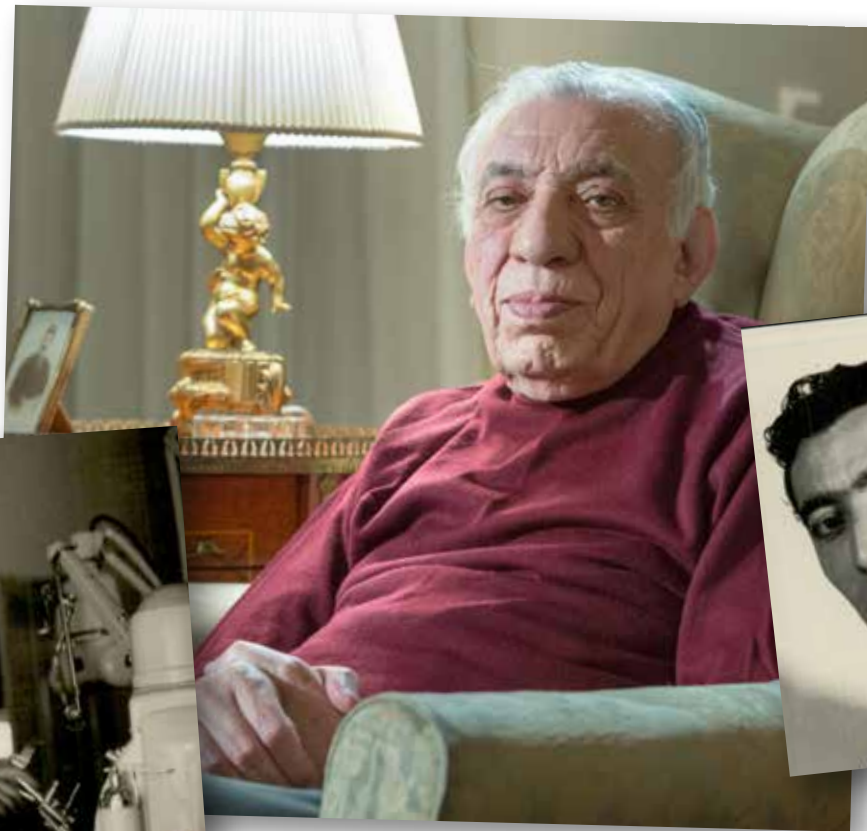


گفتگو با دکتر سیامک ستایان
دوست ندارم يك ماهی
درون آكواریوم باشم



گفتگو با دکتر مرتضی مصطفی
از چرخ پایمی
تا کد/کم





گفتگو با دکتر مرتضی مصطفی

از چرخ پایه تا کد/کم

این مراحل ادامه پیدا کرد تا زمانی که به مقام استادی رسیدیم و در نهایت در سال ۱۳۵۴ بازنشسته شدم.

تاریخ دندانسازی ایران

دوره قاجاریه

اگر بخواهیم درباره تاریخچه پروتز و آموزش پروتز در ایران صحبت کنیم باید مقداری به عقب برویم و تاریخچه دندانسازی ایران را مورد بررسی قرار دهیم چون پروتز در نهایت بخشی از دندانسازی است. تا سال ۱۲۹۰ وضعیت دندانسازی هم مثل پزشکی و داروسازی تحت هیچ ضابطه و قانونی نبود و مدرسه خاصی برای آموزش این رشته‌ها تعریف نشده بود. برای پادشاهان و بزرگان آن زمان کشور دندانساز و پزشک از خارج استخدام شده و به ایران می‌آمدند. پیشگامان دندانسازی ایران ارامنه بودند. همچنین که پیشگامان داروسازی ایران کلیمیان بودند. اولین استخدامی که در

دکتر علیرضا آشوری | هفتم اردیبهشت ۱۴۰۰ یک استاد نام‌آشنا از جمع بزرگان دندانپزشکی ایران چشم از جهان فرو بست. دکتر مرتضی مصطفی به‌هر عقیده و دیدگاهی بدون شک یکی از اسطوره‌های دندانپزشکی ایران محسوب می‌شدند و فقدان او ضربه‌ای تلخ به پیکر دندانپزشکی ایران است. بایبیز سال ۱۳۹۵ افتخار گفتگو با دکتر مصطفی را داشتیم که این گفتگو به همت جناب آقای دکتر کاوه سیدان ریاست وقت انجمن پرستودونتیست‌های ایران، در مجموعه "داستان یک حرفه: تاریخچه رشته پرستودونتیکیس در ایران" در کنگره شانزدهم انجمن پرستودونتیست‌های ایران به چاپ رسید. اینک به یاد استاد دکتر مرتضی مصطفی این گفتگو را در این شماره نشریه درج کردیم. در این گفتگو بیشتر درباره تاریخچه آموزش پروتز در ایران از دکتر مصطفی سوال کردیم و ایشان با حفظه‌ای مثال‌زنی پاسخگوی پرسش‌های ما بودند.

از اخذ دیپلم متوسطه و در سال ۱۳۲۲ وارد دانشکده دندانپزشکی شدم.

در زمان ما دوره دانشکده دندانپزشکی چهار ساله بود که بعداً به دوره‌های ۵ ساله و ۶ ساله تبدیل شد. بنده در سال ۱۳۲۶ فارغ‌التحصیل شدم. یک سال برای خدمت نظام به خرم آباد رفتم و در مردادماه سال ۱۳۲۸ بعنوان آسپستان به عضویت هیات علمی دانشکده دندانپزشکی دانشگاه تهران انتخاب شدم.

متولد اصفهان

در سال ۱۳۰۲ در شهر اصفهان به دنیا آمدم. در مدرسه‌ای به نام علی‌یه درس خواندم که همان مدرسه‌ای بود که پدرم آن را تأسیس کرده بود. آن مدرسه ۹ کلاس بود که ۶ کلاس ابتدایی و ۳ کلاس متوسطه داشت. بنده ۱۴ ساله بودم که پدرم فوت کرد. برای دوره دوم متوسطه به مدرسه سعدی اصفهان رفتم. بعد

این زمینه صورت می‌گیرد برای ناصرالدین شاه است. در سال ۱۲۹۳ قمری برابر با ۱۸۷۲ میلادی آقای هایبنت سوئدی را برای کارهای دندانانی ناصرالدین شاه استخدام می‌کنند. آقای هایبنت به مدت ۳۵ سال در دربار قاجار می‌ماند. دندانساز مخصوص شاه قاجار بوده و مصنع السلطنه لقب می‌گیرد. دومین دندانسازی که به ایران آمد آقای اشتوم بود که اصالت اتریشی داشت ولی تبعه سوئیس بود. موقعی که اتابک و مخیرالسلطنه به آمریکا رفتند، آقای اشتوم شد دندانساز اتابک و وقتی اتابک به ایران بازگشت کارش را بعنوان دندانساز مخصوص اتابک ادامه داد. بعداً مطبسی هم در خیابان فردوسی نزدیک منوچهری دایر کرد که خانه بسیار بزرگی بود و به باغ اشتوم شهرت داشت. سومین دندانسازی که به ایران آمد آقای دکتر استپانیان بود. ایشان در آمریکا تحصیل کرده بودند و در سال ۱۹۰۲ به ایران آمدند. دکتر استپانیان به تبریز رفته و آنجا به طبابت مشغول شدند. ولیعهد آن زمان ایران یعنی محمد علی میرزا که ولیعهد مظفرالدین شاه بود و در تبریز زندگی می‌کرد او را بعنوان دندانساز دندانپزشک مخصوص خود استخدام کرد.

بعد از فوت مظفرالدین شاه، ولیعهد با عنوان محمد علی شاه تاجگذاری کرد و دکتر استپانیان را هم با خودش به تهران آورد. او هم در خیابان چراغ برق مطب خود را باز کرد. کار مهم آقای استپانیان این بود که برای کسانی که علاقه‌مند به یادگیری حرفه دندانسازی بودند کلاس‌های آموزشی دایر کرد. وقتی هم دوره آموزشی آن فرد تمام می‌شد به او یک گواهی می‌داد که این شخص به مدت ۴ سال در مطب من کارآموزی کرده است. طبق گواهی آقای استپانیان دولت به آن فرد اجازه می‌داد به کار دندانسازی بپردازد.

دوران ملیچارسکی

بعد از آقای استپانیان آقای فالک گوش ملیچارسکی به ایران آمد. او لهستانی بود و در آلمان تحصیل کرده بود. آقای ملیچارسکی در رشته پروتز تبحر بسیار زیادی داشت و در خیابان قوام السلطنه (سی تیر) مطب خود را دایر کرد و تمام رجال مملکت به مطب او سرازیر شدند. در ۱۳۰۲ بعد از کابینه مشیرالدوله کنار رفت سردار سپه و وزیر جنگ یعنی رضا خان مامور تاسیس کابینه



کار مهم آقای

استپانیان این بود که برای کسانی که علاقه‌مند به یادگیری حرفه دندانسازی بودند کلاس‌های آموزشی دایر کرد. وقتی هم دوره آموزشی آن فرد تمام می‌شد به او یک گواهی می‌داد که این شخص به مدت ۴ سال در مطب من کارآموزی کرده است

شد. رضا خان دچار مشکل دندانانی می‌شود و رییس دفترش سلیمان بهبودی را بدنبال ملیچارسکی می‌فرستد. در نتیجه از ۱۳۰۲ ملیچارسکی بعنوان دندانساز مخصوص رضا خان مشغول کار می‌شود. در سال ۱۳۰۴ رضا خان بعنوان رضا شاه تاجگذاری می‌کند و آقای ملیچارسکی هم که دست دندان بسیار خوبی برای او ساخته بود بعنوان دندانساز دربار منصوب می‌شود. مدتی بعد ملیچارسکی به رضا شاه پیشنهاد تاسیس یک مدرسه دندانسازی را می‌دهد و رضا شاه هم قبول کرده و به وزیر معارف وقت یعنی یحیی خان قره‌گوزلو دستور تاسیس مدرسه دندانسازی و وابسته به مدرسه طب را می‌دهد. در واقع مدرسه دندانسازی در سال ۱۳۰۷ کار خودش را آغاز می‌کند.

برکناری ملیچارسکی

در مهر ۱۳۰۸ مجلس شورای ملی آن زمان اجازه استخدام آقای ملیچارسکی را برای مدت ۳ سال بعنوان معلم و مدیر فنی مدرسه دندانسازی صادر می‌کند. حقوق او هم در سال اول ۳ هزار تومان، سال دوم ۳۶۰۰ تومان و سال سوم ۴۲۰۰ تومان بود. این سه سال تا سه سال دیگر هم قابل تمدید بود. از همینجا متأسفانه رابطه جای ضابطه را می‌گیرد. ملیچارسکی در سال ۱۳۱۳ یعنی یک سال قبل از اتمام دوره ۶ ساله‌اش کنار گذاشته شده و دکتر محسن سیاح به جای او منصوب می‌شود. برادر دکتر سیاح سفیر ایران در مسکو بود و خود او از فرانسه فارغ‌التحصیل شده و به ایران برگشته بود. دکتر سیاح اول به مدت ۳ سال بعنوان معاون ملیچارسکی منصوب می‌شود ولی در نهایت ملیچارسکی برکنار شده و خود دکتر سیاح به مقام ریاست می‌رسد. آقای آشوت هاراطونیان و آقای شه‌ریار سلامت بعنوان اعضای هیات علمی مدرسه دندانسازی انتخاب می‌شوند که هر دو در مطب ملیچارسکی مشغول کار هستند.

دو پروتزیست پیشگام

بنیانگذاری دو دانشکده دندانسازی / دندانپزشکی به عهده پروتزیست‌ها بوده است که مزیت رشته پروتز به حساب می‌آید. اولین مدرسه دندانسازی در ۱۳۰۷ به وسیله آقای ملیچارسکی تاسیس شد. دومین بنیانگذار یک مدرسه دندانسازی هم دکتر حسین نواب بوده است که خودش دانشجوی دانشکده دندانپزشکی دانشگاه تهران و بعداً استاد پروتز همین دانشکده بوده است. دکتر نواب مؤسس دانشکده دندانپزشکی دانشگاه شهید بهشتی در سال ۱۳۴۴ بوده است.

نقش موثر دکتر هاراطونیان



دکتر آشوت هاراطونیان در سال ۱۲۸۴ در تهران متولد شد و تحصیلات ابتدایی و متوسطه را در مدرسه ارامنه خواند

گایک هاراطونیان، آقای دکتر هوسپیان، آقای دکتر عارفیان و دکتر شه‌ریار سلامت که این آخری تنها غیرارمنی بخش پروتز آن زمان بودند.

آقای هاراطونیان که بعداً نقش مهمی در آموزش پروتز بر عهده می‌گیرد در سال ۱۳۰۲ در کلاسهای آموزش دندانسازی ملیچارسکی شرکت می‌کند. او ۴ سال پیش ملیچارسکی کارآموزی کرده و از او گواهینامه می‌گیرد و بعداً هم بعنوان معلم در مدرسه دندانسازی استخدام می‌شود. بعدتر آقای هاراطونیان به فرانسه می‌رود. او در ۱۳۱۸ به ایران برگشته و به دانشکده دندانسازی رفته و بعد از نوشتن پایان نامه حالا بعنوان دکتر هاراطونیان مشغول کار می‌شود. این مساله را پروفیسور او برلن در سال ۱۳۱۸ در ایران پایه ریزی کرده بود که اگر کسی پایان نامه نوشته باشد نمی‌تواند از لقب دکتر برای خودش استفاده کند.

دکتر هاراطونیان بعنوان کارمند فنی در دانشکده مشغول کار می‌شود. در حکم دکتر هاراطونیان نوشته که شما بعنوان ریاست آزمایشگاه پروتز دانتیر دندانسازی منصوب می‌شوید تا زیر نظر استناد بیماری‌های دهان (دکتر سیاح) به انجام وظیفه بپردازید. این مساله در زمستان سال ۱۳۲۱ اتفاق می‌افتد. در ۱۳۲۸ دکتر هاراطونیان استاد منحصر بفرد رشته پروتز هستند یعنی زمانی که بنده بعنوان دانشجو مشغول تحصیل هستم. بنا بر این دکتر هاراطونیان تنها استاد رشته پروتز ما بودند و بقیه همکاران ایشان هیچکدام کرسی استادی نداشتند. غیر از دکتر هاراطونیان، بقیه استادان ما عبارت‌اند بود از برادر ایشان دکتر

دکتر حسین نواب



دکتر نواب وقتی به ایران برمی‌گردد دانشیار آقای دکتر هاراطونیان است. وقتی دکتر هاراطونیان متوجه دانش و مدارج علمی دکتر نواب می‌شود، تدریس مباحثی را که خودش تدریس می‌کرد به دکتر نواب سپرده و جالب اینکه خودش سر کلاس‌های دکتر نواب کنار دانشجویان می‌نشیند. دقیقاً همین کاری که دکتر نواب در مورد دکتر دامنش تکرار کرد و رفت و سر کلاس‌های دکتر دامنش نشست.

بزودی دکتر هاراطونیان بازنشسته شده و جای ایشان خالی شده است. چه کسی بیشترین صلاحیت را برای جانشینی ایشان دارد؟ بدون شک دکتر نواب. اما اتفاق دیگری رخ می‌دهد. روابط بر ضوابط غلبه کرده و دستگاه وقت بشدت با جانشینی دکتر نواب مخالفت می‌کند. کار بالا گرفته و به اعتصاب دانشجویان و تعطیلی دانشکده ختم می‌شود. در این شرایط دکتر نواب استعفا می‌دهد. اما در نهایت بخاطر فشار دانشجویان دکتر نواب به سر کار خود برمی‌گردد.

یکی از شخصیت‌هایی که نقش بزرگی در پروتز کشور برعهده داشتند و یک سال بالاتر از من بودند، آقای دکتر حسین نواب بودند. ایشان شاگرد اول دانشکده دندانپزشکی دانشگاه تهران بوده و مدال درجه یک دریافت کرده بودند. معمولاً دولت شاگرد اول‌ها را به هزینه خودش برای تحصیل به خارج از کشور اعزام می‌کرد ولی در آن سال چون جنگ دوم جهانی تازه تمام شده بود و گرفتاری‌های زیادی در مملکت وجود داشت، کسی به خارج اعزام نشد. دکتر نواب که خیلی به تحصیل علاقه داشت بعد از ۵ سال استخدام در دانشکده برای ادامه تحصیل به خارج از کشور رفت. دکتر نواب با دیدن روش‌های آموزش پروتز در خارج از ایران متوجه کمبودها و مشکلات شدند. حالا دکتر نواب به ایران برگشته و سعی دارد برنامه‌های آموزشی خود را پیاده کند ولی دستگاه اجازه نمی‌دهد. بجای اینکه از دکتر نواب استقبال کنند مانع کار او می‌شوند و کار به جاهای خیلی بدی می‌گردد.

سرنوشت تلخ یک از همکاران

از میان اعضای هیات علمی بخش پروتز آن زمان تنها بنده در قید حیات هستیم. البته خانم دکتر سارا مقصودی که همسر مرحوم دکتر نواب بودند هم در آمریکا در قید حیات هستند ولی بخاطر آرایمر پیشرفته اساساً کسی را نمی‌شناسند. در کنگره ۱۵ انجمن پروتز که ریاست آن با دکتر منزوی بود، خیلی تلاش شد تا دکتر مقصودی حتی پیام کوتاهی برای کنگره بفرستند ولی دختر ایشان گفتند که این مساله عملی نیست چون خانم دکتر حتی ما را هم نمی‌شناسند.

ثبت همه چیز در يك قالب

در زمان ما برای قالبگیری از استنس و گچ استفاده می‌شد. ولی قبل از ما آقای به نام افتخار شاهرودی یک تکه موم زنبور عسل را نرم کرده و داخل دهان بیماران قرار می‌داد و وقتی بیمار دهانش را می‌بست این موم قالب فک بالا و پایین و اکلوژن را همزمان ثبت می‌کرد. بعد به مریض می‌گفت پس فردا بیا دندان‌ت را تحویل بگیر!! کاری که امروز اقلاده جلسه زمان می‌برد. حالا شما ببینید چقدر تغییرات در این فاصله صورت گرفته است.

پروتر نوین ایران مرهون دکتر دامنش

دکتر دامنش که یکی از موثرترین چهره‌های پروتز این کشور هستند که در سال ۱۳۳۰ وارد دانشکده شده و در سال ۱۳۳۵ فارغ التحصیل می‌شوند. در اینجا باز روابط بر ضوابط غلبه کرده و برای اینکه دکتر دامنش شاگرد اول نشود نمره آخرین درس او را اینقدر کم دادند تا کس دیگری شاگرد اول شده و از بورس دانشکده استفاده کند. با این حال دکتر دامنش خودش برای ادامه تحصیل در رشته پروتز به آمریکا رفت. روزی که دکتر دامنش برگشت رفت در اتاق رییس دانشکده. رییس دانشکده حاضر نشد سرش را بالا بیاورد و ببیند چه کسی جلوی ایستاده. بالاخره دکتر سیاح سرش را بلند کرد. بعد هم به دکتر دامنش گفت جانداریم برو به سلامت. دکتر نواب که فهمید گفت اشکالی ندارد. صبح‌ها بیا اینجا بدون حقوق و عصرها بیا مطب خودم.

دکتر دامنش برای اولین بار تدریس با اسلاید و پرسش و پاسخ (که امروزه در کنگره‌ها می‌بینیم) را وارد آموزش دندانپزشکی کشور کردند.

بالاخره بعد از دو سال دکتر نواب به رییس دانشکده نامه زد که دکتر دامنش تا کی باید اینجا رایگان کار کند؟ بخاطر پیگیری

هم داشتیم ولی از بین آنها فقط دکتر دامنش در ایران هستند. آقای دکتر علوی که مرحوم شدند، دکتر نظام بهشتی، دکتر خاک نگار مقدم، خانم دکتر وفا، آقای دکتر جاوید، دکتر گلستانه، دکتر جمشیدی و... هیچکدام در ایران نیستند. دکتر دامنش هنوز هم که هنوز است در تمام سمینارها و کنگره‌ها و مجلات بصورت فعال حضور دارد.

کارآموزی شبانه روزی

در زمان دانشجویی، من شبها به مطب دکتر گایک هاراطونیان می‌رفتم و در لابراتوار ایشان زیر دست تکنیسین دکتر که او هم ارمنی بود کار می‌کردم. ولی بعدظهرها به

دکتر نواب بالاخره دکتر دامنش را استخدام کردند.

آن زمان انتشارات دانشگاه کتاب‌های کسانی را چاپ می‌کرد که استاد یا دانشیار باشند. دکتر دامنش نه دانشیار بودند نه استاد. ولی کتابی نوشته بودند که قصد چاپ آن را داشتند. دکتر نواب نامه‌ای به انتشارات دانشگاه می‌نویسد که این کتاب تماماً حاصل زحمات دکتر دامنش است و باید به نام ایشان چاپ بشود. بالاخره انتشارات دانشگاه کتاب اصول مقدماتی پروتز را به نام دکتر دامنش و دکتر نواب چاپ می‌کند. این موارد تأثیرات بسیار زیادی در آموزش پروتز کشور داشت.

غیر از دکتر دامنش هم افراد شاخص دیگری



تخصیص بودجه کافی



متاسفانه الان شاهدیم که اخلاق پزشکی بسیار کم‌رنگ شده است. نباید وضعیت به گونه‌ای باشد که پول حرف اول را بزند

رشته پروتز در سال‌های اخیر با توجه به نوآوری‌ها و تکنولوژی‌های جدید دچار تحولات فراوانی شده و این تحولات پروتز را به جایگاهی فراتر از آنچه بوده رسانده است. برای اینکه ما بتوانیم همگام با این تحولات حرکت کنیم باید بپذیریم که تنها انگشتان و فکر ما کار پروتز را انجام نمی‌دهد بلکه نیازمند لوازم مناسب است.

الان ما در ایران تحریم هستیم و با کمبود لوازم روبرو شده‌ایم. ولی حتی اگر مشکل تحریم‌ها هم حل بشود، بودجه دانشکده برای تامین تجهیزات و مواد مناسب کافی نیست. الان یک بخش مهمی از دندانپزشکی روز دنیا به بحث کد/کم و دندانپزشکی دیجیتال مربوط می‌شود. ما کارمان را با چرخ پای شروع کردیم و الان شاهد تحولات ناشی از بحث کد/کم هستیم. حالا اگر قرار باشد آموزش کار با کد/کم در دانشکده‌های ما صورت گیرد نیازمند بازنگری در بودجه دانشکده‌ها هستیم. اگر می‌خواهیم با علم و تکنولوژی روز حرکت کنیم باید بودجه کافی برای این کار اختصاص دهیم.

آموزشی شد. از آن طرف به علت اینکه دو سال دانشکده تعطیل شده بود بعد از بازگشایی دانشگاه‌ها شاهد سیل دانشجویان مشتاق تحصیل بودیم. بعضاً تا ۲۰۰ نفر هم وارد دانشگاه شده بودند و در نتیجه دانشکده‌ها بصورت دو شیفت کار می‌کردند. اساساً این تعداد زیاد دانشجو مساله بفرنجی برای نظام آموزش عالی کشور درست کرد. در نتیجه در بخش پروتزهای دندان، تصمیم بر این شد که بخشی از کارها توسط دانشجویان و بخشی توسط تکنیسین‌ها انجام شود. این تصمیم در واقع مسکنی برای کنترل وضعیت خاص آن زمان بود. ولی متاسفانه خیلی زود به قانون تبدیل شد و از آن به بعد تقریباً تمام کارهای لابراتواری پروتزهای دندان توسط لابراتوار انجام گرفت. این شد که دانشجویان عملاً اطلاع خاصی از کارهای لابراتواری ندارند. همین مساله منشا مشکلات زیادی در آموزش و درمان‌های پروتز است. بنابراین یکی از پیشنهادات من این است که این رویه اصلاح شده و به روال سابق برگردد.

حرف آخر

در زمینه طبابت و مطب‌داری باید اخلاق پزشکی رعایت شود. متاسفانه الان شاهدیم که اخلاق پزشکی بسیار کم‌رنگ شده است. نباید وضعیت به گونه‌ای باشد که پول حرف اول را بزند. پول نباید حاکم باشد. ما نباید کاری را به بیمار تحمیل کنیم برای اینکه بتوانیم پول زیادتری بگیریم. این خلاف اخلاق پزشکی است.

زندگی باید از راه مشروع تامین شود. اینکه از راه کلاهبرداری تامین شود و از این راه من زندگی خوبی داشته باشم این زندگی هیچ ارزشی ندارد.

در مانگه شهرداری در باغ فردوس می‌رفتیم تا دندان کشیدن را یاد بگیریم. آن موقع برق نبود، آب لوله کشی هم نبود. ما با چراغ نفتی یا با پریموس نور هنگام کار را تامین می‌کردیم. از ساعت ۲ تا ۶ بعدظهر بدون بیحسی دندان می‌کشیدیم. زیر کرسوار یونیت یک سطل بود و وقتی بیمار دهانش را با پرمنگنات شستشو می‌داد داخل آن تف می‌کرد و دندان‌های کشیده شده را هم معمولاً همانجا می‌انداختیم. البته ما فقط سه ماهه تابستان که دانشکده تعطیل بود به آنجا می‌رفتیم.

لابراتوار در مطب

پروتزیست‌ها در مطب‌های خودشان لابراتوار داشتند. آقای دکتر نواب هم اول دروازه دولت مطب داشت. همان موقع دکتر نواب و خانم دکتر مقصودی با هم ازدواج کردند. وقتی آنها ازدواج کردند ناچار شدند لابراتوار مطب را تعطیل کنند تا امکان کار دکتر مقصودی فراهم شود. در نتیجه دکتر نواب کارهای لابراتواری خود را به مطب من می‌آوردند در چهار راه کالج.

ضعف آموزش‌های لابراتواری

زمانی که ما دانشجو بودیم و حتی قبل از آن، یا آن زمانی که دکتر دادمنش دانشجو بودند و حتی تا قبل از انقلاب، تمام کارهای پروتز از زمانی که مریض روی صندلی می‌نشست تا خود دانشجو انجام می‌شد، توسط و قالبگیری تا تمام کارهای لابراتواری همه برعهده دانشجو بود.

بعد از انقلاب و انقلاب فرهنگی تعدادی از افرادی که به خارج رفته بودند به ایران برنگشتند. بالتبع دانشگاه دچار کمبود کادر



دکتر محسن سیاح و پروفیسور دان لاین از آمریکا



گفتگو با دکتر سیامک تشیان

دوست ندارم یک ماهی درون آکواریوم باشم

دکتر علیرضا آشوری | دکتر سیامک شایان دوست عزیز بنده بدون شک مهمترین چهره مطبوعاتی در میان دندان پزشکان ایرانی محسوب می شود. او مدیر مسئول و سردبیر پایگاه خبری دندان است که فراگیرترین رسانه دندان پزشکی ایران به حساب می آید. جالب اینکه این نخستین مصاحبه او با یک رسانه دیگر بعد از بیش از پانزده سال فعالیت رسانه‌ای و گفتگو با بیش از نوبست چهره دندان پزشکی ست.

وقتی پیشنهاد گفتگو با سیامک را مطرح کردم ابتدا رد کرد و وقتی سماجت بنده را دید به عناوین مختلف سعی کرد از زیر بار آن شانه خالی کند ولی در نهایت به اذعان خودش در برابر پیگیری و سماجت من تسلیم شد!

او در باره چرایی و انگیزه انجام انبوهی از فعالیت‌های فرهنگی و رسانه‌ای که در کنار حرفه دندان پزشکی انجام می دهد می گوید: «همیشه دغدغه‌ام این بود که ما اگر دندان پزشک نباشیم و دندان پزشکی نکنیم چه هویت دیگری برای ما باقی می ماند. متأسفانه دنیای بسیاری از ما دندان پزشکان کوچک و محدود و بسته است و تنها خلاصه می شود به یک مطب و گاه هیچ ارتباط و تعاملی با همکاران دیگر و فضای دندان پزشکی (و حتی فضای اجتماع) ندارد؛ مثل یک شاه‌ماهی درون یک آکواریوم کوچک. اما من به هیچ وجه نمی خواستم تنها مشخصه‌ام دندان پزشک بودنم باشد؛ دوست داشتم در حد خودم، بودنم و نبودنم علاوه بر افراد خانواده، برای دیگران نیز تفاوتی ایجاد کند.»

با بیوگرافی شروع کنیم. چه زمانی وارد دانشگاه شدی؟ کی فارغ التحصیل شدی و از این طور چیزها!

من ورودی سال ۷۸ دانشکده دندان پزشکی گیلان بودم اما پس از یک سال، به اصرار خانواده، انتقالی گرفتم و به مشهد آمدم. در طول دوره تحصیل یک دانشجوی متوسط بودم که بیشتر حواسش به بیرون از فضای دانشگاه و کتاب و روزنامه‌نگاری و فعالیت‌های جمعی و اجتماعی پرت بود. سال ۹۵ برای گذران دوره سربازی راهی شهر تهران شدم و همان جا ماندم و به کار درمانی و رسانه‌ای پرداختم. از دواج کردم و عملاً یک تهرانی شدم!

علاقه به نوشتن و مطبوعات از کجا آمد و چطور با گرفت؟

علاقه به کتاب در خانواده ما موروثی است و پدرم در این زمینه الگوی ما بود. به پشتوانه همین مطالعات توانستم آرام آرام قلم به دست بگیرم و بنویسم. جذب ادبیات داستانی شدم و در فضای ادبیات مشهد پا گذاشتم. رونق وبلاگ‌نویسی در دهه هفتاد و هشتاد، امکان عرضه نوشته‌ها و افکارم به مخاطب را فراهم کرد و آرام آرام راهم به مطبوعات محلی خراسان باز شد.

چطور جذب فعالیت حرفه‌ای مطبوعاتی شدی؟

با ورود به دانشگاه، کم‌کم از فضای ادبیات داستانی فاصله گرفتم و بیشتر به نوشتن یادداشت و نقد و گزارش اجتماعی و فرهنگی و البته کار اجرایی روزنامه‌نگاری علاقه‌مند شدم و موفقیت‌هایم در جشنواره‌های دانشجویی و البته حضور در فضای حرفه‌ای روزنامه‌نگاری خراسان انگیزه‌ام را برای فعالیت بیشتر در این مسیر پررنگ‌تر کرد. پس از پایان تحصیل، با هدف حضور حرفه‌ای‌تر و پررنگ‌تر در مطبوعات تلاش کردم تا به هر ترتیب ممکن دوره سربازی‌ام را در شهر تهران یا نزدیک تهران بگذرانم و به تهران آمدم.

چیزی که خوب خاطر من هست تو همیشه به مباحث صنفی علاقه داشتی، دقیقاً برعکس من که به مباحث علمی و لایف استایل علاقه‌مند بودم. هنوز هم گاهی به من غرولند می کنی که چرا بیشتر به مسائل صنفی ورود نمی کنی! این علاقه به مباحث صنفی علت خاصی داشت؟

ببین از همان دوره تحصیل برای من جنبه عملی و حواشی رشته دندان پزشکی بسیار جذاب‌تر از جنبه علمی آن بود. به همین دلیل بیشتر به سمت فعالیت‌های اجتماعی و روابط انسانی و اخلاقی دندان پزشکی جذب شدم تا مباحث علمی. ضمن اینکه توانایی‌های من

بیشتر به کار فعالیت‌های صنفی می‌خورد! شرایط حرفه ما، دندان‌پزشکان را در یک محیط بسته و محدود به نام مطب قرار می‌دهد و فرصت مناسبات و تعاملات اجتماعی و حرفه‌ای را از آنها می‌گیرد. خیلی از همکاران در مطب شخصی، در مرکز می‌ایستند و پرسنل مطب در پیرامون، و گاهی هیچ ارتباط و تعاملی با همکاران دیگر و فضای دندان‌پزشکی (و حتی فضای اجتماع) وجود ندارد جز حضور بسته و گریخته در کنگره‌ها. دنیای بسیاری از دندان‌پزشکان ما به همین اندازه کوچک و محدود و بسته است؛ مثل یک شاه‌ماهی درون یک آکواریوم کوچک.

پس احتمالاً این دغدغه که اگر دندان‌پزشکی نباشد ما چه هستیم برات بسیار مهم است؟

صد درصد. اتفاقاً نظینه اجباری ناشی از کرونا و تعطیل خود خواسته یا ناخواسته مطب‌های دندان‌پزشکی شاید بسیاری از ما را به همین سوال رساند که ما اگر دندان‌پزشک نباشیم و دندان‌پزشکی نکنیم چه هستیم و چه هویت دیگری برای ما باقی می‌ماند. این دقیقاً همان دغدغه‌ای بود که از سال‌های دانشجویی من را به سمت فعالیت‌های دیگر غیر از دندان‌پزشکی کشاند. به هیچ وجه نمی‌خواستم تنها مشخصه من دندان‌پزشک بودنم باشد؛ طوری که اگر حرفه‌ام را از من بگیرند هویت دیگری نداشته باشم. یکی از مهم‌ترین انگیزه‌های من از فعالیت‌های رسانه‌ای و فرهنگی و اجتماعی همین بوده است. شانس بزرگی که آورده‌ام آن است که توانستم دغدغه‌های فرهنگی و فوق برنامه‌ام را بر حرفه شغلی‌ام منطبق کنم؛ طوری که هر دو در یک مسیر و یک راستا قرار گرفته‌اند. یعنی در حالی که کل زندگی من را دندان‌پزشکی پر کرده است می‌توانم ادعا کنم که یک دندان‌پزشک صرف نیستم و حرفه‌های دیگری نیز دارم و به مشغله‌ها و فراغت‌های دیگر نیز می‌رسم.

کمی درباره فعالیت‌های رسانه‌ای در ابتدای حضور در تهران بگو تا برسیم به دندان‌ها...

فعالیت رسانه‌ای‌ام را در تهران با هفته‌نامه سپید شروع کردم. هم‌زمان با چند روزنامه و هفته‌نامه نیز همکاری داشتم و برای آنها مطالب می‌نوشتم. همین زمان با سایت ایردن آشنا شدم. مدیر این سایت، دکتر علی شکفته راد، دندان‌پزشکی بود از جنس خودم که هر چند به کانادا مهاجرت کرده بود اما رخدادهای صنفی دندان‌پزشکی ایران را دورادور دنبال می‌کرد. همکاری با این مجموعه باعث شد توجه من بیش از پیش به حوزه دندان‌پزشکی و فعالیت‌های صنفی رسانه‌ای در این رشته جلب شود. بعد از مدتی از این مجموعه جدا

شدم و پس از همکاری پراکنده با چند سایت و رسانه خبری دیگر، در نهایت، در سال ۹۲، به فکر تاسیس یک مجموعه مستقل رسانه‌ای دندان‌پزشکی افتادم...

... که در نهایت ختم شد به وبسایت دندان‌ها و توانست به یک جریان رسانه‌ای بسیار موثر تبدیل شود. قالب فعالیت دندان‌ها را چطور انتخاب کردی؟

اول اینکه برای انتخاب نام رسانه به دنبال یک نام خاص، ساده اما مرتبط با دندان‌پزشکی بودم و در نهایت به نام دندان‌ها رسیدم. در سال ۹۵ موفق به اخذ مجوز از وزارت ارشاد شدم و به این ترتیب فعالیت سایت دندان‌ها در قالب پایگاه خبری شکل رسمی تری به خود گرفت. روش فعالیت ما در دندان‌ها امتداد و نسخه تکامل یافته ایده‌ای بود که در همکاری با دکتر شکفته راد و سایت ایردن آموختم. یکی از جذابیت‌های ایردن تلاش برای آرشیو کردن اطلاعات دندان‌پزشکی و جمع‌آوری و گردآوری رخدادهای تاریخی و گذشته دندان‌پزشکی بود؛ موضوعی که متأسفانه در ایران به آن توجه چندانی نمی‌شود، یعنی حتی خود انجمن‌ها به زحمت آرشیو فعالیت‌های خود را از جمله مطالب مرتبط با کنگره‌ها و هیات‌مدیره‌شان را جمع‌آوری و نگهداری می‌کنند. نکته ویژه دیگر تمرکز و پیگیری رخدادهای دندان‌پزشکی از میان خبرهای معمول رسانه‌ها بود. به این بود که میان هر خبر و مطلبی آنچه مرتبط به دندان‌پزشکی است جدا می‌شود و یک خبر و مطلب تازه مهم برای دندان‌پزشکی بیرون می‌آید. به عبارتی دندان‌ها شامل مطالبی در حوزه خبر، آموزش، ادبیات، فرهنگ، هنر و اجتماعی است که همه در یک نکته مشترک هستند و آن ارتباطشان با دندان و دندان‌پزشکی است.

بعد هم که نوبت به نگین رسید. من فکر میکنم انتشار نگین ریسک بزرگی بود و خاطر هست وقتی با من تماس گرفتی و ایده‌ها را گفتی خیلی موافق نبودم و همان موقع هم این مساله را مطرح کردم که ممکن است با شکست روبرو شود. جالب اینکه سالها بعد خودم در کانادا نشریه‌ای مشابه را سردبیری میکنم!

ایده من در آن زمان این بود که با وجود گسترش نفوذ اینترنت، همچنان نشریات کاغذی و چاپی قدرت اصلی رسانه‌های ایران بودند. بنابراین در قدم بعدی و برای جدی تر شدن فعالیتیم به سمت یک نشریه کاغذی رفتم و در زمستان ۹۴ اولین شماره نگین دندان‌پزشکی منتشر شد. در تاریخ دندان‌پزشکی ایران چهره‌ای دارم به نام دکتر محمود عنایت، یک دندان‌پزشک علاقه‌مند به فرهنگ و سیاست و فعالیت‌های

اجتماعی که پس از اخذ مدرک دندان‌پزشکی به سمت فعالیت‌های سیاسی اجتماعی رفت و در دهه پنجاه هفته‌نامه موفق و پر مخاطبی به نام نگین را منتشر می‌کرد. برای انتخاب نام نشریه، برای پاسداشت و ادای دین به این چهره نام‌آور نام نگین را انتخاب کردم و نشریه نگین دندان‌پزشکی نام گرفت.

نگین در میان خیل نشریات بیهدف و پادروهای آن موقع دندان‌پزشکی ایران اتفاق بسیار مهمی بود.

دقیقاً. بیشتر نشریات دندان‌پزشکی پیش از این تنها شامل مجموعه‌ای از مطالب آرشیوی یا انباشته از صفحات آگهی بودند و عملاً هیچ مطلب جذاب و خواندنی در میان صفحاتشان یافت نمی‌شد. ما در هر شماره خود جدا از مهم‌ترین رویدادهای صنفی و علمی دندان‌پزشکی ایران و جهان، در صفحات فرهنگی و هنری هم مجموعه‌ای از مطالب خواندنی و جذاب مرتبط با دندان‌پزشکی را عرضه می‌کردیم.



نمی‌خواستم تنها مشخصه من دندان‌پزشک بودنم باشد؛ طوری که اگر حرفه‌ام را از من بگیرند هویت دیگری نداشته باشم. یکی از مهم‌ترین انگیزه‌های من از فعالیت‌های رسانه‌ای و فرهنگی و اجتماعی همین بوده است

چرا انتشار نگین بعد از سی شماره متوقف شد؟

گرانی بی‌سابقه دلار و به تبع آن کاغذ و هزینه‌های چاپ از یک طرف و عدم امکان تامین هزینه‌ها از سوی دیگر ادامه کار را از ما گرفت. یک دلیل دیگر سخت شدن روند کار اجرایی نشریه بود. هر چه جلوتر می‌رفتیم انتظار مخاطبان را از خودمان بالاتر حس می‌کردم. احساس می‌کردم لازم است تلاش بیشتری برای پوشش کامل تر اخبار و تحلیل رویدادها و انتشار پرونده‌های موضوعی صرف کنیم. از آن طرف دایره افرادی که حاضر به همکاری با ما بودند یا حداقل جلوی پای ما سنگ نمی‌انداختند کوچکتر می‌شد؛ مدیران وزارت بهداشت و برخی دانشگاه‌ها ما را تحریم کرده بودند و برخی اعضای هیات‌علمی به دلیل موضع‌گیری‌های نشریه علیه مدیران دانشگاه و وزارتخانه از همکاری و انجام مصاحبه خودداری میکردند. از آن طرف جلوی توزیع نشریه در برخی دانشگاه‌ها گرفته شد و ما عملاً هم منابع محتوایی مان را از دست دادیم، هم منابع مالی مان را، هم دسترسی مان به مخاطبانمان سخت‌تر شد و هم هزینه‌ها سر به فلک گذاشت.

در کنار نگین و دندان‌ها فعالیت‌های جانبی دیگری هم انجام شده و می‌شوند.

رویکرد نگین دندان‌پزشکی انتشار محتوا برای دندان‌پزشکان بود اما این مسئولیت اجتماعی را احساس می‌کردیم که باید در رابطه با مردم نیز قدمی برداریم و برای مخاطب عام نیز محتوایی ساده اما صحیح در حوزه دندان‌پزشکی تولید کنیم. مجوز ماهنامه طرح لبخند با این احساس

مطالب را منطقی تر و دست به عصا تر با رعایت جوانب حقوقی و وجود مدارک و مستندات مطرح کنم. از آن طرف پوستم هم کلفت تر شده و چون به مصادیق جرم‌های رسانه‌ای و اینترنتی آگاه شده‌ام، دیگر بابت تهدید و شاخ و شانه کشیدن آدم‌ها نمی‌ترسم و جا خالی نمی‌کنم.

خود تو منتقد روراست و بدون تعارفی هستی. می‌خواهم ببینم عملکرد رسانه‌های دندان‌ها را چطور نقد می‌کنی؟

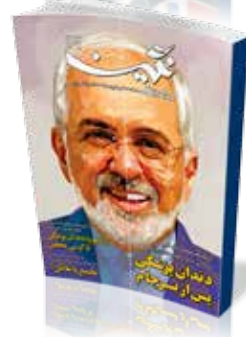
رویگرد ما در تمام این سال‌ها انتقادی بوده و در این زمینه سعی کردیم در مرزبندی خاصی قرار نگیریم و خیلی معتقد به دوست و دشمن نباشیم و هر جا چالش یا حاشیه‌ای بوده به آن ورود کرده‌ایم. تلاش کرده‌ایم نقدها مان دلسوزانه و بر مبنای مصالح کل جامعه دندان پزشکی باشد نه تسویه حساب شخصی. اما باید اعتراف کنم در این مسیر اشتباهاتی هم داشته‌ایم؛ بارها وارد حاشیه‌هایی بی‌دلیل و مسیرهای نادرست شده‌ایم و شاید حتی انتقادهای اشتباه و بی‌جایی هم طرح کرده‌ایم. خیلی مواقع اساتید و پیشکسوتان ناپختگی و جوانی ما را تحمل کرده‌اند و با اغماض از آن گذشته‌اند. اما هر چه به سن و سال خود من و البته رسانه‌ام اضافه می‌شود سعی کرده‌ام پخته‌تر عمل کنم و از آن تندی و تیزی سال‌های پیشین فاصله بگیرم و کمتر به اخبار سطحی و حاشیه‌های بی‌اهمیت بپردازم. تلاشم این است که اگر انتقادی مطرح می‌کنم، مقدم بیشتر سازنده باشد تا گزنده و البته ملاحظاتی حقوقی و اخلاقی را نیز در طرح آنها در نظر بگیرم.



رویگرد ما در تمام این سال‌ها انتقادی بوده و در این زمینه سعی کردیم در مرزبندی خاصی قرار نگیریم و خیلی معتقد به دوست و دشمن نباشیم و هر جا چالش یا حاشیه‌ای بوده به آن ورود کرده‌ایم.

این روزها چه می‌کنی؟ نگاهت به زندگی طی این سالها چقدر عوض شده؟

طی سال‌های اخیر و با گذشتن به دوره میان‌سال، به تدریج از شور و هیجانم برای فعالیت‌های صنفی و رسانه‌ای کاسته شده است. حالا بیشتر دوست دارم آرام‌تر حرکت کنم و در عوض هیاهو و نقد دیگران، به کارهای پایه‌ای و ماندگارتر بپردازم. اولویت اول این روزهایم کتاب است، هم خواندن و هم نشر آن. پرداختن به حوزه اخلاق دندان پزشکی و مدیریت مطب را ترجیح می‌دهم، دوست دارم خلأهایی را پر کنم که علی‌رغم اهمیت‌شان خیلی مورد توجه دیگران نیستند و چون در آنها جریان مالی و امتیاز خاصی وجود ندارد، مدعی زیادی هم ندارند. از آن طرف دریافت‌ها از کنش‌های هیجانی و مطالب انتقادی تند و تیز و راه‌انداختن کمپین و جمع‌آوری امضا و سر و صدا به نتیجه دلخواه نمی‌رسیم. این هیاهوها بیشتر برای شوآف و جلب توجه است یا تخلیه روانی و مصرف داخلی و انتخاباتی دارد اما قطعاً کارکردی برای منافع جمعی صنف ما ندارد.



نیاز اخذ و اولین شماره آن نیز در سال ۹۷ منتشر شد. اما جهش قیمت‌ها طرح لبخند را به همان سر نوشت نگین دندان پزشکی دچار کرد و ما تنها موفق به انتشار یک شماره از این نشریه شدیم.

انتشار کتاب هم حرکت عالی دیگری بود. فعالیت نشر دندان‌ها چطور شروع شد؟

یکی از آرزوهای دیرین من به عنوان یک کتاب‌خوان و کسی که زندگی‌اش با کتاب گره خورده، این بود که روزی بتوانم در هیات یک ناشر فعالیت کنم. خوشبختانه در سال ۹۵ موفق به اخذ پروانه نشر شدم. مجوز را هم به نام دندان گرفتم چون برای بسیاری از مخاطبان ما نامی آشنا بود. اما برنامه‌ها این نبود که مانند ناشران دیگر فعال در حوزه دندان پزشکی به چاپ کتاب‌های علمی و آمادگی رزیدنتی بپردازم بلکه هدفم پر کردن خلأهای موجود میان فضای دندان پزشکی و حوزه فرهنگ، هنر، علوم انسانی و اجتماعی بود. انتشار کتاب‌هایی که در دستور کار ناشرین دندان پزشکی دیگر نبود. مجموعه‌ای از کتاب‌های «خواندنی مرتبط با دندان پزشکی» در حوزه تاریخ شفاهی، خاطرات، ادبیات داستانی، شعر، اخلاق و که با توسط یک دندان‌پزشک تالیف و ترجمه شده باشند یا درباره دندان پزشکی باشند. تا امروز بیشتر از ۳۵ عنوان کتاب توسط نشر دندان منتشر شده. از سال ۹۸ که انتشار ماهنامه نگین دندان پزشکی متوقف شد وقت و تمرکز بیشتری روی انتشار کتاب گذاشتم و البته حس بسیار خوبی از این تغییر مسیر و اولویت‌ها دارم. انتشار کتاب اگر چه به اندازه یک نشریه پر زحمت و هزینه‌است اما مهم‌ترین ویژگی آن این است که کتاب‌ها برخلاف نشریات تاریخ مصرف ندارد و کار ماندگار و جدی‌تری محسوب می‌شود.

در این سالها بارها و بارها مورد شمانت قرار گرفتی و حتی بابت به دادگاه باز شد. پافشاری و شاید بهتر است بگویم کله شقی تو در برخورد با آنچه درست نمی‌بینی و ویژگی مهم و قابل تحسینی است. برایت این دردسرها چطور می‌گذرد؟

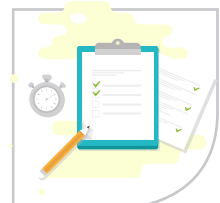
من نمی‌توانم و نتوانسته‌ام نسبت به رخدادهای پیرامون خودم و حوزه کاری‌ام که از قضا خیلی دوستش دارم و برایم مهم است، بی‌تفاوت بمانم. در انتقاد هم تعارف با کسی نداریم و سعی می‌کنیم مشمول مصلحت و منفعت نشویم؛ چون اولویت همه ما حفظ شأن و آبروی دندان پزشکی و منافع اکثریت دندان‌پزشکان است. در نتیجه بارها و بارها با عکس‌العمل‌های شدید و تندی مواجه شده‌ام و حتی کار به تهدید و شکایت و فشارهای غیر مستقیم از طریق

مجاری دیگر (!) کشیده است. تا امروز چهار بار بابت مطالب منتشر شده در دندان‌ها از من به عنوان مدیرمسئول به دادگاه شکایت کرده‌اند و هر کدام از پرونده‌ها تا مرحله‌ای از دادرسی و دادگاه پیش رفته است. با اینکه حضور در مراجع قانونی و قضایی اصلاً اتفاق خوشایندی نیست، اما تجربه‌های گران‌بهایی برای من داشته است. خلاصه اینکه در سه مورد از این تجربه‌ها با شاک می‌باشم. به مصلحت رسیده‌ام، چون عملکرد ما و اوضاع بار حقوقی داشت و از روی بی‌تجربگی مطالبی منتشر کرده بودیم که مصداق عملکرد مجرمانه محسوب می‌شد اما پرونده چهارم و آخر مربوط به شکایت دانشگاه علوم پزشکی تهران از ما به دلیل انتقاد از عملکرد ریاست دانشکده دندان پزشکی تهران و دبیر وقت شورای آموزش دندان پزشکی و تخصصی وزارت بهداشت بود که خوشبختانه (و با افتخار) تبرئه شدیم. تجربه شکایت‌های حقوقی از دندان‌ها این بوده که ساکت شوم یا محافظه‌کار؛ این بوده که



آشنایی با آزمون بورد دندانپزشکی کانادا

خوان آخر





دکتر مهدی ادیب راد
 پرودونتیسیت-اینستراکتور ارشد
 گروه آموزشی کانفیدنتیسیت
 confidentist.ca

خوان آخر

آشنایی با آزمون بورد دندانپزشکی کانادا

امتحان بورد آزمونی است که هم فارغ التحصیلان دانشکده‌های دندانپزشکی کانادا، دندانپزشکان فارغ التحصیل دانشگاه‌هایی که مدرک آنها مورد تایید کانادا است مثل آمریکا و دندانپزشکان اینترنشنال که پروسه دایرکت لایسنسینگ را با موفقیت پشت سر گذاشته‌اند، در آن شرکت می‌کنند. در واقع این امتحان خوان آخر آزمون‌های دریافت لایسنس دندانپزشکی کانادا محسوب می‌شود که برخلاف انتظار، نه تنها امتحان دشواری نیست بلکه ساده‌ترین امتحان در میان کل آزمون‌های دایرکت لایسنسینگ محسوب می‌شود. در این نوشتار مروری خواهیم داشت بر ویژگی‌های امتحان بورد.

پیش‌نیاز امتحان بورد

برای شرکت در امتحان بورد نیازی به داشتن اقامت دائم یا شهروندی کانادا نیست و شما می‌توانید با داشتن ویزای توریستی در این امتحان شرکت کنید ولی به صرف داشتن بورد شما نمی‌توانید در کانادا به عنوان دندانپزشک مشغول به کار شوید و به پیش نیازهای دیگری هم احتیاج خواهید داشت که استان به استان متفاوت خواهد بود. در عین حال برای امتحان بورد به نمره زبان هم نیازی نیست.

ساختار امتحان بورد

امتحان بورد از دو آزمون تشکیل شده است: روز نخست امتحان کتبی (written) و روز دوم امتحان آسکی (OSCE) که در دو روز متوالی برگزار می‌شود. امتحان کتبی چه به لحاظ ساختار و چه به لحاظ محتوا بسیار به امتحان AFK شباهت دارد. در نتیجه برای موفقیت در این امتحان باید روی همان مباحثی تمرکز داشت که قبلاً برای امتحان AFK مطالعه شده‌اند مثل فارماکولوژی، پریو، جراحی، پاتولوژی و... مشابه امتحان AFK و جاجمت، نمره داوطلبان این امتحان هم بر اساس عملکرد کلی شرکت کنندگان، روی نمودار رفته و دستخوش تغییر می‌شود. برخلاف امتحان AFK، در اینجا نمره‌ای به شما اعلام نشده و فقط اعلام می‌شود که شما امتحان را پاس کرده یا مردود شده‌اید گرچه حداقل نمره قبولی ۷۵ است. حداکثر دفعات شرکت در این امتحان نیز سه بار است. اگر کسی سه بار در این امتحان مردود شود دیگر نمی‌تواند در کانادا بعنوان دندانپزشک مشغول به کار شود.

امتحان آسکی (Objective Structured Clinical Examination/ OSCE) تشابه زیادی با امتحان جاجمت دارد با این تفاوت که محتوای آن گسترده‌تر از امتحان جاجمت است. این امتحان در دو نوبت صبح و بعدظهر برگزار شده و مانند امتحان جاجمت امکان انتخاب یک یا چند گزینه برای آن وجود دارد. در هر جلسه یک سوال تشریحی هم وجود دارد که معمولاً مربوط به نسخه نویسی است. نسخه نویسی مهم‌ترین سوال امتحان آسکی است و معمولاً یک نسخه آنتی بیوتیک و یک نسخه آنالژزیک مطرح می‌شود. هر سوال نسخه نویسی ۴ نمره دارد و تمام شرکت کنندگان لازم است نحوه صحیح نسخه نویسی یا فرمت مورد قبول کانادا را آموزش دیده باشند.

مانند امتحان جاجمت، تمام کیس‌های مطرح شده یک هیستوری، چارت پرودونتال و معمولاً چند فوتو گرافی و/یا رادیوگرافی دارند. برای هر کیس یک یا چند سوال طرح می‌شود. مانند امتحان جاجمت اگر بین گزینه‌ها، حتی یک گزینه اشتباه انتخاب شود، کل نمره آن سوال صفر خواهد شد. همانند امتحان جاجمت تعدادی هم سوال رادیوگرافیک طرح می‌شوند.



تفاوت مهم آسکی و جاجمنت

نکته مهم اینکه گرچه امتحان آسکی شباهت زیادی به امتحان جاجمنت دارد، اما مباحث بیشتری در این امتحان مورد سوال واقع خواهند شد. بطور مثال در امتحان جاجمنت از مبحث پروستودونتیکس سوالی طرح نمی شود ولی در امتحان آسکی پروتز چه ثابت، چه متحرک بخش مهمی از پرسش ها را تشکیل می دهند. این مساله در مورد دندانپزشکی ترمیمی و اطفال هم مصداق دارد. شیوه طرح سوالات هم در برخی مباحث متفاوت است، مثلا در مورد بیحسی، وقتی در مورد تکنیک صحیح بیحسی سوال می شود، بجای اینکه نام تکنیک مستقیمادر گزینه ها ذکر شود، تصویر یک جمجمه و سرنگ و مسیرهای مختلف ورود سرنگ در نواحی مختلف دهان ارائه می شود. در مورد اورژانس های پزشکی در مطب هم مثلا بجای ذکر نام دارو، تصویر دارو گذاشته می شود یا در مورد سی پی آر، تصاویر انجام مراحل مختلف آن در گزینه ها ارائه می شود. یا مثلا تصویری از یک کست نمایش داده شده و سوال از شما می خواهد محل رست پروتز پارسیل را مشخص کنید یا تصویر یک تراش حفره آمالگام گذاشته شده و درباره ایرادات احتمالی این تراش سوال مطرح شده است. نمره قبولی امتحان آسکی مثل امتحان کتبی ۷۵ و دفعات شرکت در امتحان هم سه بار است.

لزوم شرکت در کلاسهای آمادگی

برای شرکت در امتحان بورد، اگر کسی خودش بتواند مباحث را جمع بندی کند شاید لزوما به حضور در یک کورس جامع نیازی نباشد ولی پیشنهاد می کنم حتی اگر کسی خودش برای امتحان بورد مطالعه کرده حتما در یک ماک آگزم به خصوص ماک آگزم امتحان آسکی شرکت کند چراکه امتحان آسکی با امتحان جاجمنت به لحاظ اجرا متفاوت بوده و ریزه کاری هایی دارد که باید حتما مد نظر قرار گیرند. اگر کسی در ماک آگزم شرکت نکند ممکن است سر جلسه امتحان دچار سردرگمی شود. یکی از مواردی که در وبسایت به آن اشاره نشده، ایستگاهی بودن امتحان آسکی است به این معنی که هر یک یا دو سوال آسکی در یک ایستگاه قرار دارد و شما برای پاسخگویی زمان محدودی در اختیار دارید (سه یا چهار دقیقه). وقتی زمان به اتمام رسید شما باید به ایستگاه بعدی بروید و اگر در مدت زمان در نظر گرفته شده نتوانید به طور کامل به سوال پاسخ دهید دیگر امکان برگشتن به آن سوال را نخواهید داشت. بنابراین باز هم تاکید می کنم حضور در امتحانات آزمایشی می تواند در این موارد مفید باشد.

آمار قبولی

در میان این دو امتحان، بر حسب آمار خود NDEB، امتحان کتبی آمار قبولی کمتر و امتحان آسکی آمار قبولی بالاتری دارد ولی نظر شخصی بنده این است که برای کسی که مراحل دایرکت لایسنسینگ را گذرانده باشد آسکی امتحان مشکل تری است چراکه امتحان کتبی تقریبا عینا مشابه امتحان AFK است و این داوطلبان معمولا تسلط خوبی روی سوالات ریلیز شده دارند. برعکس امتحان آسکی برای فارغ التحصیلان دانشگاهی ساده تر است چون این سبک سوالات بصورت ایستگاهی در امتحانات دانشگاهی استفاده می شود.

یک توصیه

به همکارانی که امکان شرکت در کلاسهای آماده سازی را ندارند توصیه می کنم حتما سوالات ریلیز را به دقت مطالعه کنند و از مطالعه سوالات سال های قبل هم غافل نشوند. در عین حال گایدلاین هایی هستند که باید برای این امتحان مطالعه شوند و معمولا سوالات زیادی هم از آنها طرح می شود مثل گایدلاین کنترل عفونت یا تجویز داروهای مختلف، یا فلوراید تراپی. عنوان این گایدلاین ها در وبسایت ndeb وجود داشته و به صورت آنلاین و رایگان در دسترس هستند.

بعد از قبولی

بعد از قبولی در امتحان بورد، شما مهمترین مدرک برای فعالیت دندانپزشکی در خاک کانادا را دریافت می کنید. البته برای دریافت اجازه طبابت به مدارک دیگری هم نیاز هست. این مدارک بعضا بر حسب استانی که بخواهید در آن فعالیت کنید ممکن است متفاوت باشند. مدارکی نظیر ریز نمرات، نمره زبان، عدم سوء پیشینه و نتیجه امتحان اخلاق پزشکی که برای اطلاع دقیق از ریز آنها می توانید به وبسایت کالج دندانپزشکان هر استان مراجعه کنید.

ACS

Assessment of clinical skills

Acs course registration is now open

- All dental unit work station
- Step by step booklets
- 2 mock exams
- 12 quizzes
- One on one work checks with highly qualified instructors



WWW.CONFIDENTIST.CA



www.facebook.com/confidentist

خارج از مطب Out Of Office

JOD | JUNE/2021 | 35 | ژوئن ۲۰۲۱

مطالب بیشتر در وبسایت ما
www.jodmagazine.com



معرفی موسیقی بلوز و جز
انعکاسی از آشوب دنیای
امروز



دانشجوی دندانپزشکی - نقاش
دکتر ساینه بهکار



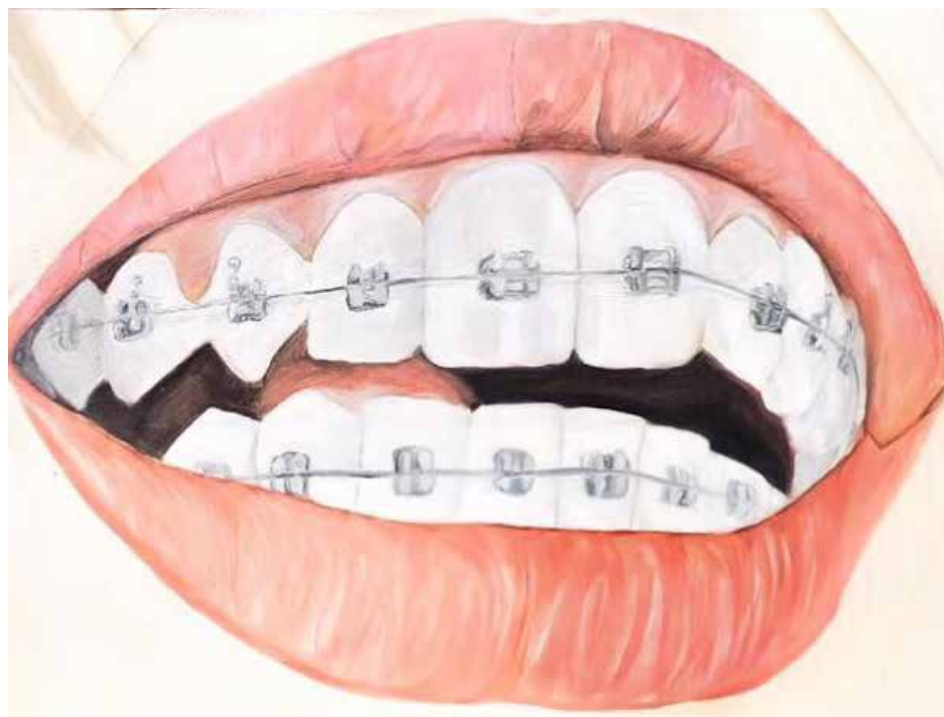


دکتر سائنا بهکار

دانشجوی دندانپزشکی - نقاش

سائنا بهکار، دانشجوی دندانپزشکی دانشگاه آنکارا ترکیه، یک نقاش جوان حرفه‌ای، زبر دست و خلاق است. تلفیق مضامین مرتبط با علوم پزشکی و دندانپزشکی در آثار این نقاش/دندانپزشک نمود واضحی داشته و به خلق آثاری چشمگیر منتهی شده است.

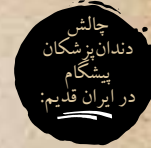
سائنا در خانواده‌ای دندانپزشک بزرگ شده و پدر و خواهر او نیز دندانپزشک هستند. به جز دندانپزشکی اما، او از کودکی با موسیقی و نقاشی آشنا بوده و نخستین استادش مادرش خانم پروانه آرامون بوده است. او ابتدا با الهام از سبک کوبیسم نقاشی را آغاز کرده و به تدریج سبک خاصی را با تلفیق عناصری از طبیعت و بدن انسان و علوم پزشکی در آثارش پیگیری کرد. سبک خاص نقاشی‌های او در ایران و کشورهای مختلف مورد توجه قرار گرفته و بخشی از فعالیت حرفه‌ای او به عنوان نقاش را تشکیل داده است.







دکتر سعید میرسعیدی
دندانپزشک- پژوهشگر تاریخ دندانپزشکی



چطور دندانپزشک بودن خودشان را ثابت کنند!



استفاده می‌شد. دانشکده طبی دندانسازی، اونیورسیتیه دندانسازی و مدرسه دندانسازی نمونه‌ای از آن بود.

بعد از تأسیس دانشگاه تهران از سال ۱۳۱۳ به بعد هم ابتدا عنوان «دانشکده طب، دواسازی و دندانسازی» مصطلح بود و کمی بعد به «دانشکده پزشکی، داروسازی و دندانسازی» تغییر کرد و بجای مدرسه دندانسازی هم از عبارت دانشکده دندانسازی استفاده می‌شد. برای اسم و عنوان مطب‌های دندانپزشکی نیز گرفتاری‌های مشابه وجود داشته است و عبارات و اسامی عجیب و غریبی چون محکمه دندانسازی، شعبه دندانسازی، کارخانه دندانسازی، مطب دندانسازی، کارخانه معالجه امراض دندان، محکمه جراحی دندانسازی، مطب امراض دهان و دندان و... بکار می‌رفته است.

اما همه این مصائب سرانجام با ابداع واژه دندانپزشک و دندانپزشکی به پایان رسید. این نام که در روز ۲۶ بهمن ۱۳۲۲ به تصویب رسید بسیار سریع مصطلح و معمول شد و در لغت و بدون توضیح، باعث تمایز گروه تحصیلکرده و دانشگاه رفته و دکتری گرفته فعال در مقوله سلامت و بهداشت دهان با انبوه دندانسازان و لابراتواریست‌ها و مهمتر از آن مداخله‌گران تجربی غیرمجاز گردید.

تصویب این نام خوش‌ترکیب و خوش‌آهنگ، چه حاصل سلیقه اعضای شورای دانشگاه بوده باشد و چه محصول نظر اساتید دانشمند فرهنگستان زبان، یکی از اتفاقات مهم و موثر در تاریخ دندانپزشکی ایران است که تاریخ آن می‌توانست گزینده‌ای مناسب برای انتخاب به عنوان «روز دندانپزشکی» باشد.

«دکتر هیبنت» در اواسط دوره قاجار، برای معرفی او عنوان «طبيب دندانساز» به کار رفته است یا «دکتر استپانیان» در اواخر قرن پیش از عبارت «حکیم دندانساز» استفاده می‌کرد که بعدها عنوان «طبيب در امراض دهان و دندانساز» در سرنسخه او دیده شده است. همچنین «دکتر ملچار سکی» در دوره رضاشاه، خود را «طبيب و جراح دندانساز» معرفی می‌کرد. نمونه‌های بسیار زیادی مشابه این موارد دیده شده است.

برخی دندانپزشکان نیز برای تمایز و تاکید بر دانشگاهی بودن خود از عباراتی چون دیپلمه دندانسازی، دکتری از دانشکده طبی دندانسازی، صاحب تصدیقنامه و... استفاده می‌کردند.

همچنین برای نام بردن از دانشکده‌های دندانپزشکی از اسامی و عناوین مختلف

کار دندانپزشکی در قدیم و پیش از بروز شکل نوین و علمی آن و قبل از ظهور درس خوانده‌های دانشگاه رفته این رشته، منحصر بود به کشیدن دندان که توسط سلمانی‌ها و دلاک‌های گرمابه‌های عمومی و بعضی افراد مجرب همه‌کاره انجام می‌شد و یک سری اقدامات طبی مثل زالو انداختن برای رفع تورم لثه و آبسه‌ها و تجویز داروهای گیاهی برای حفظ سلامت و بهداشت دهان و دندان و لثه که بر اساس طب سنتی، طبیبان قدیم و گاه اطبای خانگی و خودخوانده دست به انجام آن می‌زدند.

وقتی علم دندانپزشکی به میان آمد و دندانپزشکی نوین معمول شد، همان اندک دندانپزشکان دانشگاه رفته در ایران و چه فرنگ، برای تمایز خود از این افراد به مشکل فراوان برخوردند. اولین نام مناسب که معمول شد «دندانساز» بود. چرا که ساخت دندان مصنوعی بدیع‌ترین و مهم‌ترین مشخصه دندانپزشکان جدید بود. اما کم‌کم که این کار برای غیر دانشگاه رفته‌ها هم ممکن شد، دیگر این نام هم کفایت نمی‌کرد. این بود که دست به ابداع و اختراع انواع عبارات و اسامی زدند.

طبيب و جراح دندانساز، طبيب دندان، دکتر دندانساز، پزشک دندان، دکتر در امراض دهان، طبيب معالج دندان، طبيب دندانساز، جراح دهان و پزشک دهان و دندان، دندانساز دیپلمه، پزشک معالج امراض دهان، دکتر دندانسازی، جراح دندانساز، متخصص در امراض دهان و دندان و... همه طی سالهای ۱۲۸۰ تا ۱۳۲۲ مکرر در آگهی‌های روزنامه‌ای، اعلانات تبلیغی و سرنسخه‌ها به کار می‌رفتند اما هیچکدام از اینها معمول و مصطلح نشدند. مثلاً در اولین اعلان



شبکه ارتباطی دندانپزشکان
ایرانی - کانادایی

تلفن تماس : +1 647-517-1372
mail@jodmagazine.com

انعکاسی از آشوب دنیای امروز

معرفی موسیقی بلوز و جز



دکتر سام دقتری

آهنگساز، نوازنده و تنظیم
کننده موسیقی

در ادامه‌ی معرفی سبک‌های موسیقی که باید گوش‌های ما را نوازش دهد و روح خسته از کارهای روزمره و پر استرس را قدری آرام کند، به موسیقی بلوز و جز (Blues & Jazz) می‌رسیم. یکی از سبک‌های پر طرفدار که ریشه‌ی بسیاری از دیگر ژانرهای موسیقی امروزی به شمار می‌روند و به علت ویژگی خاصی که دارند ارتباط بیشتری با شنونده برقرار می‌کنند. این موسیقی تاریخچه‌ی بسیار جالبی دارد و همچنین قدمتی بیش از یک قرن که هنوز هم اصالت خود را حفظ کرده است. برقراری ارتباط با این موسیقی به آرامش روحی و سرزندگی روزانه کمک قابل توجهی می‌کند.

موسیقی بلوز

بلوز گونه‌ای موسیقی سازی و آوازی است که ریشه در آوازهای هنگام کار و فریادها و همخوانی‌های سیاهان آمریکا دارد و اصل آن به فرهنگ و موسیقی غرب آفریقا می‌رسد. علت اینکه این سبک به بلوز معروف شد این بود که پیشگامان این سبک، موسیقی را غمگین و شکوه‌آمیز اجرا می‌کردند و Blue در زبان انگلیسی به معنای غم نیز می‌باشد.

تاریخچه موسیقی بلوز

این سبک هنری، ریشه در سختی‌ها و مشکلات سیاهان آمریکا دارد. بین سالهای ۱۶۱۹ و ۱۸۰۸ هزاران نفر از مردم غرب آفریقا به زور اسلحه دستگیر و با بی‌رحمی تمام به عنوان برده به آمریکا آورده شده و در شرایطی غیرانسانی به کار طاقت فرسا وادار شدند. این کارگران هنگام کار، ناراحتی‌های خود را با سردادن ملودیهای قدیمی موطن خود ابراز می‌کردند. سنت آن‌ها آوازخوانی گروهی بود و بسیاری از این سرودها از یک الگوی پرسش و پاسخ پیروی می‌کرد که در آن رهبر گروه چیزی را می‌خواند و سپس بقیه با تکرار یا پاسخ به او همراهی‌اش می‌کردند. این نوع آوازها، فریادهای سر مزرعه نامیده می‌شدند. پس از انتشار منشور آزادی در سال ۱۸۶۳ و رهایی بردگان و طی دهه‌های

بعد، سیاهپوستان جنوب، سنت آوازخوانی خود را ادامه دادند در حالیکه به‌عنوان رعیت همچنان با حقوق ناچیز کار می‌کردند. آنها در مراسم کلیسا و در سفرهایی که گروه‌های رقص و آواز اروپائی در آنجا حضور داشتند، کم کم با موسیقی اروپا آشنا شدند. رفته رفته این سیاهان در برنامه‌های نمایش با رقص یا اجرای موسیقی و برنامه‌های کم‌دی شرکت داده شدند. تنوع ملودی‌های قدیمی آفریقایی و ترکیب آن با سبک‌های مختلف موسیقی اروپائی، سبک جدیدی را بوجود آورد که ما امروزه آنرا به نام بلوز می‌شناسیم. طی دهه‌ی نخست قرن بیستم، گیتار به‌عنوان ساز اصلی جانشین بانجو شد که ریشه در آفریقا داشت و الگوی پرسش و پاسخ ترانه خوانی در مزارع آن زمان، به پرسش از سوی خواننده و پاسخ توسط گیتاریست تبدیل شد.

تولد بلوز



ویلیام کریستوفر هندی (W.C Handy) یک رهبر ارکستر جاز بود که شبی از شب‌ها در سال ۱۹۰۳، در ایستگاه قطاری نزدیک می‌سی‌سی‌پی نشسته بود. هندی به‌علت تاخیر قطار به خواب رفته بود که ناگهان با صدایی از خواب بیدار شد و خود را یک‌باره روی سیاه‌پوست قوی‌هیکی دید که در کنار او نشسته و ترانه‌ی بداهه‌ای در باره رفتن به جنوب را می‌خواند. مرد، لبه‌ی چاقو را روی سیم‌های گیتارش می‌لغزاند و آن را می‌نواخت. او یک خط از شعرش را سه مرتبه و با آکوردهای مختلف می‌خواند و با گیتار به آن جواب می‌داد. هندی بعدها گفت که این عجیب‌ترین و مرموزترین چیزی که تا به حال شنیده بوده چیزی جز موسیقی بلوز نبود. پس از این اتفاق او شیفته‌ی موسیقی بلوز شد و شروع به جمع‌آوری و انتشار نت‌های بلوز کرد. این اتفاق در واقع تولد موسیقی بلوز بود. در واقع این هندی بود که این نوع موسیقی را که سنتی شفاهی بود مکتوب کرد و آن را در دسترس

نسل‌های بعد قرار داد. به همین دلیل او را پدر موسیقی بلوز می‌دانند. علاوه بر این، هندی از این طریق باعث آشنایی موزیسین‌های جاز با موسیقی بلوز شد.

ریتم در موسیقی بلوز

در ابتدا، چیزی که سیاه‌پوستان در ابتدا می‌خواندند، ماهیتی مبتنی بر ریتم نداشت. آن‌ها بر اساس احساسات خود می‌خواندند و از هیچ گونه سازی هم استفاده نمی‌کردند. البته در بعضی موارد نیز سازهای کوبه‌ای در اختیار داشتند که صدای دستان خود را با آن هماهنگ پیش می‌بردند. از آن زمان تا کنون،



به بیانی ساده‌تر، ریتم در موسیقی بلوز به صورت کشاکش دائمی یک ملودی دیده می‌شود. آغاز این ملودی با موضوع سوال و بحث درباره‌ی تنش پدیدار می‌شود. اساتید بزرگ موسیقی بلوز برای این باورند که هر قدر موضوع ایجاد تنش پررنگ‌تر باشد، اصالت بلوز در ذهن شنونده واضح‌تر خواهد بود. موسیقی بلوز با همان پاسخ به تنش ادامه پیدا می‌کند. نت‌های بلو که در آغاز و ادامه و حتی پایان می‌شنوید، جزو آکورد به شمار نمی‌آیند. همچنین، این نت‌ها ارتباط هماهنگی با هم ندارند. لذا، زمانی که شما موسیقی بلوز را می‌شنوید، همان حالت تنش را احساس می‌کنید. ناهماهنگی بین نت‌های بلوز زمانی برطرف می‌شود که خواننده به نت‌های قبلی بازگردد. در غیر اینصورت، این تشنج همچنان ادامه‌دار خواهد بود. تکرار در موسیقی بلوز امروزه هم حتی در ملودیک‌های کوچک به وفور دیده می‌شود. به تکرار در ملودی‌های کوچک موسیقی بلوز، هوک پاریف می‌گویند.

انواع سبک موسیقی بلوز

دلتا بلوز

به سبک قدیمی بلوز گفته می‌شود که در دلتای رود می‌سی‌سی‌پی در آمریکا رواج داشت. در این دوره یعنی قبل از جنگ جهانی دوم، بلوز مختص سیاهان بود و معمولاً در روستاها یا شهرهای کوچک و در گروه‌های کوچک سه یا چهار نفره اجرا می‌شد. این سبک موسیقی ماهیتی آوازی داشت و به همین دلیل گاهی خواننده به‌تنهایی آواز می‌خواند و گاهی در کنار آواز خود سازی مثل گیتار یا بانجو هم می‌نواخت. این ویژگی هم بر آوازی بودن سبک بلوز تأکید می‌کرد و هم امکان شناخت بهتر تکنیک نوازندگی آن‌ها را فراهم می‌کرد. این نحوه‌ی اجرا، یک بیان شخصی بود که تأثیر زیادی بر شنوندگان و مخاطبان این موسیقی داشت.

شیکاگو بلوز (بلوز مدرن)

پس از جنگ جهانی دوم و با مهاجرت سیاه‌پوستان به ایالت‌های دیگر آمریکا که مهم‌ترین آن‌ها

شیکاگو بود، بلوز از جمع‌های کوچک و شهرهای کم‌جمعیت بیرون آمد و در شهرهای دیگر گسترش یافت. در این دوره موسیقی الکترونیک روی کار آمد و استفاده از آمپلی‌فایرها رایج شد. موزیسین‌های بلوز نیز به گیتار الکترونیک روی آوردند و حتی برای استفاده از سازدهنی آمپلی‌فایر به کار بردند. نوازندگان بلوز به خوبی توانستند موسیقی سنتی خود را با موسیقی الکترونیک شهری وفق دهند و این امر باعث نجات موسیقی بلوز شد. در این دوره، موزیسین‌ها در بلوز به اجرای گروهی روی آوردند و از سازهایی مثل درامز، گیتار بیس و پیانو نیز استفاده کردند. حتی به واسطه‌ی آشنایی بیشتر با موسیقی جاز، سازهای بادی خصوصاً ساکسوفون هم روی کار آمد.

بلوز راک Blues Rock

در این سبک، موسیقی راک با بداهه‌نوازی‌های بلوز در آمیخته می‌شود، سازهایی که برای اجرای این سبک استفاده می‌شود عبارت‌اند از گیتار الکترونیک، گیتار بیس، پیانو و درام کیت. قابل ذکر است گیتار در این سبک، اوردرایو یا دیستورشن می‌شود. رولینگ استونز از مشهورترین گروه‌هایی است که به اجرای این سبک می‌پردازد. دیگر سبک‌های مشتق شده از سبک بلوز کلاسیک عبارت‌اند از:

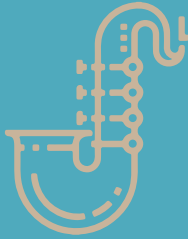
Canadian blues, Detroit blues, Hill country blues, Kansas City blues, Louisiana blues, New Orleans blues, Memphis blues, Piedmont blues, St. Louis blues, Swamp blues, Texas blues, West Coast blues

آهنگ crazy blues

در سال ۱۹۰۲ یک آهنگ بلوز به نام crazy blues منتشر شد و به فروش میلیونی رسید. این موفقیت جا پای هنرمندان سیاه را در استودیوهای ضبط موسیقی محکم کرد و مدیران شرکت‌های ضبط و پخش موسیقی را به فکر دعوت از خواننده‌ها و نوازنده‌های گمنام سیاه‌پوست انداخت. البته آهنگ crazy blues را دقیقاً نمی‌توان یک آهنگ بلوز دانست. در واقع چنین آهنگ‌هایی آمیزه‌ای از موسیقی جاز و بلوز آن دوره است. در حقیقت قطعه‌ی Papa's Lawdy Lawdy Blues را می‌توان اولین آهنگ بلوز دانست.

از بزرگان موسیقی بلوز می‌توان به این نام‌ها اشاره کرد: بسی اسمیت، اسکپ جیمز، ری چارلز، اریک کلپتن، بی.بی. کینگ، گری مور، سم مایرز، مادی واترز، جان لی هوکر و ...

هر ترانه در سبک بلوز دارای سه خط بود. خط اول و دوم حالت تکرار داشتند. زمانی که خط سوم شنیده می‌شد، تمامی شنوندگان این احساس را داشتند که خط سوم دارای حالتی متفاوت است. دلیل متفاوت بودن خط سوم، تفاوت در ریتم ملودی آن بود. این در حالی است که ژانر موسیقی بلوز هم‌اکنون هم به همین شکل است.



انواع سبک
موسیقی جاز

در دهه ۱۹۳۰ موسیقی های Swing big band تنظیم شده برای رقص، Kansas city jazz و Gypsy jazz همگی از سبک های برجسته آن زمان بودند.

سبک bebop

سبک Bebop در دهه ۴۰ ظهور یافت و موسیقی Jazz را بیشتر از حالت قابل رقص بودن به چالشی برای اجرا (موسیقی برای موزیسینها) تبدیل کرد که با ضرب آهنگی سر بخت نواخته می شد و بیشتر بداهه نوازی های آکورد محور را دارا است. سبک cool jazz نیز در اواخر دهه ۴۰ بوجود آمد، که دارای اصواتی آرامتر، نرمتر و خطوط ملودیک خطی و طولانی است.

سبک Free Jazz

دهه ۱۹۵۰ زمان ظهور سبک Free Jazz بود که نواختن بدون ضرب آهنگ منظم و ساختار قرار دادی و مشخص ویژگی آن بود.

سبک Hard bop

همچنین در دهه ۵۰، سبک Hard bop ظهور کرد که تاثیر پذیری خود را از سبک R&B، Gospel و موسیقی بلوز مخصوصا در نوازندگی ساکسیفون و پیانو نمایش داد.

سبک modal Jazz

موسیقی modal Jazz نیز در اواخر دهه ۵۰ با استفاده از مدهای کلیسایی و گام های موسیقایی به عنوان پایه ای برای ساختار موسیقایی و بداهه نوازی بوجود آمد.

سبک Jazz-Rock fusion

موسیقی Jazz-Rock fusion که در اواخر دهه ۶۰ و اوایل دهه ۷۰ میلادی بوجود آمد، بداهه نوازی jazz را با ریتم های موسیقی Rock، سازهای الکترونیک و صداهای بلند موسیقی Rock ترکیب کرد.

سبک Smooth jazz

در اوایل دهه ۸۰، یک فرم تجاری و مردم پسند برای سبک jazz fusion، به وجود آمد که Smooth jazz نام گرفت و به موفقیت رسید و بخش رادیویی قابل توجهی بدست آورد.

دیگر شیوه و سبکها در دهه ۲۰۰۰ فراوانند از جمله Latin jazz و Afro-cuban jazz. و ...

این توانایی را دارد تا یک ملودی یا ترانه ای آشنا را به یک تجربه ای جدید تبدیل کند. سبک جاز می تواند چیزی را که همه می دانند و عمومیت دارد به چیزی شخصی و منحصر به فرد بدل کند. به این دلیل است که جاز را یک فرم هنری عالی می دانند و مردم آن را به عنوان «موسیقی کلاسیک آمریکا» در نظر می گیرند.

رشد و گسترش جاز

تاریخچه موسیقی جاز در ایالات متحده به سال های اول قرن بیستم می رسد. شهر نیواورلئان واقع در دهانه ای رود می سی سی پی، نقش کلیدی در گسترش این سبک موسیقی ایفا کرد. جمعیت این شهر بیشتر از هر جای دیگری در جنوب، متنوع بود و مردم آفریقایی، فرانسوی، کارائیبی، ایتالیایی، آلمانی، مکزیک و بومیان آمریکا و همچنین انگلیسی ها، به صورت تبارهای مختلف با یکدیگر در تعامل بودند. سنت های موسیقی سنتی آفریقایی-آمریکایی با دیگران مخلوط شدند و به تدریج جاز از ترکیب رگ تایم، موسیقی نظامی، بلوز و انواع دیگر موسیقی پدیدار شد. در ابتدا جاز بیشتر برای رقص بود (در سال های بعد مردم عادت کردند که بنشینند و به آن گوش دهند).

پس از اولین ضبط های جاز در سال ۱۹۱۷، این سبک موسیقی به شکل گسترده، میان مردم پخش شد و به سرعت در حال گسترش بود. سیر تحول موسیقی جاز توسط یک سری از نوازندگان درخشان مانند لویی آرمسترانگ، دوک الینگتون، چارلی پارکر و مایلز دیویس رهبری شد. جاز به صورت مجموعه ای از سبک های مختلف از جمله جاز سنتی، سوئینگ، بی بپ، کول جاز، راک جاز و ... گسترش یافت. در همان زمان، جاز از ایالات متحده به بسیاری از نقاط جهان نفوذ کرد و امروز مراکز موسیقی جاز، نوازندگان جاز و جشنواره های جاز در بسیاری از کشورها وجود دارند.

هنرمندان مشهور بین المللی در موسیقی جاز

صدای انسان می تواند ابزاری قدرتمند باشد، همانطور که خوانندگان مشهور جاز گواه آن هستند. جالب است بدانید که از اوایل روزهای پیدایش جاز، آواز خوانندگان و سازندگان موسیقی این سبک، بر آهنگ ها و مفاهیم ملودیک تاثیر عمیقی گذاشته اند. از مطرح ترین هنرمندان این سبک می توان به لویی آرمسترانگ، فرانک سیناترا، نات کینگ کول و الافیتز جرال اشاره کرد.

موسیقی جاز Jazz

موسیقی جاز در اواخر قرن نوزدهم و اوایل قرن بیستم در میان آمریکاییان آفریقایی تبار در نیواورلئان در آمریکا شکل گرفت.

جز نوعی از موسیقی است که بداهه پردازی بخش مهم آن را تشکیل می دهد. در بیشتر اجراهای جاز، نوازندگان در لحظه و آنی، قطعاتی را می سازند و به صورت تکنوازی اجرا می کنند که نیاز به مهارت قابل توجهی دارد.

در اغلب موارد موسیقی جاز بسیار ریتمیک است، از سوئینگ (Swing)، ضرب ها و فاصله های کوتاه و خرامان، استفاده می کند و استفاده از بلونت یا بنت نت (bent/blue note) در آن رایج است. بلونت، نتی است که متفاوت با زبربومی استاندارد، اجرا می شود. فاصله این نت چیزی بین ربع پرده و نیم پرده است و در سبک های مختلف متفاوت است. به همین دلیل موسیقی در این سبک حالت ریتمیک خاصی دارد. الگوی رایج در این سبک موسیقی، الگوی «فراخوان و پاسخ» است که در آن یک ساز یا صدا یا بخشی از گروه به صدای ساز دیگر یا بخش دیگر گروه پاسخ می دهد که یکی از شباهت های اساسی با موسیقی بلوز در این ویژگی است.

جاز می تواند، احساسات زیادی از غم عمیق تا شادی عظیم را بازگو کند. در موسیقی جاز می شود نوای آزادی خواهی را شنید، نوایی که روایت گر اعتراض افرادی است که به خاطر رنگین پوست بودن مورد رفتاری ناعادلانه قرار می گرفتند. همچنین صدای مبارزه فردی است که در کشور های تحت سیطره ای دیکتاتوری زندگی می کنند.

ریشه یابی واژه «جاز» را باید در فرهنگ غرب جستجو کنیم. کلمه لاتین Jasm به معنای روحیه و انرژی است. استفاده از این واژه در دهه ۱۸۶۰، رایج و متداول بود. پیشینه ای مربوط به نگارش این کلمه به سال ۱۹۱۲ باز می گردد.

طبیعت سبک موسیقی جاز

موزیسین های سبک جاز، اهمیت و ارزش بسیار زیادی برای حفظ فردیت خود قائل هستند. به همین دلیل شما وقتی ترومپت نوازی مایلز دیویس را می شنوید، با صدایی متفاوت از ترومپت نوازی لویی آرمسترانگ مواجه می شوید.

به همین دلیل شما یک دوجین اجرای متفاوت از یک ترانه و آهنگ واحد از موزیسین های مختلف جاز، می شنوید چرا که هر خواننده یا نوازنده جاز اصرار دارد سبک شخصی خودش را داشته باشد. این چنین است که موسیقی جاز



نگاهی به سیستمهای
صوتی های-اند:
بلندگوها



چه کنیم تا در طول روز وقت
بیشتری داشته باشیم
روزتان را کش بدهید





چه کنیم تا در طول روز وقت بیشتری داشته باشیم

روزتان را کش بدهید

وقتی سرتان شلوغ است و نمیتوانید کارها را سر وقت انجام دهید باید هر چه میتوانید زمان ذخیره کنید تا به کارهایی که دوست دارید برسید

این یک جمله جهانی است: «کاش وقت بیشتری داشتم!» داستان این است که می‌توانید وقت بیشتری داشته باشید. راه‌هایی واضح و جالب وجود دارند که با کمک آنها می‌توانید روزی یک ساعت وقت اضافه داشته باشید: صبح زودتر بلند شوید، کمتر تلویزیون ببینید، بی‌خود در اینترنت و اینستاگرام چرخ نزنید. مشکل اینجا است که کم کردن از زمان کارهایی که شما از انجام آنها لذت می‌برید مثل غذا خوردن به قصد لاغری است. البته این کار نتیجه دارد ولی خوب دشواری‌های خاص خود را هم دارد. تحقیقات نشان داده محرومیت باعث می‌شود شما بدعق و بداخلاق باشید. چه کسی دوست دارد بیشتر ساعات روز بداخلاق و بدعق باشد؟ بنابراین بجای اینکه از کارهای لذت‌بخش خود کم کنید می‌توانید با انجام کارهایی که در این مقاله معرفی شده در هر ساعت ۱۵ تا ۳۰ دقیقه وقت ذخیره کنید تا برای انجام کارهایی که دوست دارید وقت کافی داشته باشید.

سرکار

۳۰+ دقیقه

مراقب مسیج بازی باشید

این یک مشکل عمومی است که هر لحظه می‌تواند وقت شما را تلف کند ولی بیشترین آسیب را زمانی وارد می‌کند که شما مشغول انجام یک وظیفه شغلی یا درسی هستید. علت این است که برای انجام کارهای خود ناچارید دوباره فکرتان را جمع کرده و تمرکز کنید. اگر منتظر مسیج خاصی نیستید یا سرتان خیلی شلوغ است و بشدت گرفتار هستید واقعا نباید تمام مسیج‌ها و استوری‌ها را بخوانید. برای اینکار ابتدا نوتیفیکیشن را خاموش کرده و بعد به خودتان قول بدهید هر دو ساعت یکبار مسیج‌های اینستاگرام و تلگرام و واتس‌آپ را بررسی کنید نه هر ده دقیقه یکبار.

۲۰ دقیقه

بعد دو توجه کنید

اگر کسی سرکار به شما زنگ زده یا جلوی شما سبز شده و بعد از گذشت دو دقیقه شما هنوز نمی‌دانید با شما چه کار دارد از او بپرسید! هر وقت کسی بدون دلیل خاصی مزاحم شما شد و به حرفتان گرفت خیلی ساده از او بپرسید: خوب من چه کاری می‌توانم برای شما انجام دهم؟ با پرسیدن همین جمله ساده و جملاتی مشابه شما وقت بسیار زیادی ذخیره خواهید کرد. با این کار مکالمه مستقیم به مسیر اصلی‌اش هدایت می‌شود بخصوص اگر طرف شما کسی است که می‌داند فقط برای وقت گذراندن دارد با شما حرف می‌زند.

۲۰+ دقیقه

کمتر معاشرت کنید

اگر روی میزتان شیرینی و شکلات و خوردنی‌های خوشمزه دیگر دارید و در ضمن کنار میزتان هم یک صندلی خالی وجود دارد غیر از ارباب رجوع افراد دیگر هم تمایل دارند روی آن صندلی بنشینند، خوراکی بخورند و کمی وقت بگذرانند و طبعاً وقت و تمرکز شما را هم بگیرند. بنابراین یا صندلی را از آنجا بردارید یا قید تنقلات را بزنید. یک راه زیرکانه دیگر هم وجود دارد. اگر ارباب رجوع ندارید و کارتان هم زیاد است روی صندلی کذایی پرونده و پوشه بگذارید تا کسی هوس نشستن روی آن را نکند. وقتی که زمان بیشتری داشتید و کارتان کمتر شد آنوقت روی صندلی را خالی کنید.

مواقع دیگر

۱۵+ دقیقه دقیق‌تر نگاه کنید

اگر می‌خواهید پای تلویزیون بنشینید و برنامه محبوب خود را تماشا کنید یکی از مشکلات همیشگی آگهی‌های تبلیغاتی ابتدا و وسط برنامه‌ها است که معمولاً وقت زیادی را از شما می‌گیرد. البته دیدن برخی برنامه‌ها بصورت زنده لذت دیگری دارد اما اگر می‌توانید دیدن برنامه را چند ساعتی به تأخیر بیندازید می‌توانید آن را ضبط کرده و بعد آن را تماشا کنید. بدین ترتیب می‌توانید تبلیغات را رد کرده و بروید سر اصل برنامه.

۲۰+ دقیقه خود را بترسانید

همه ما در میان دوست و آشنا و فامیل و همسایه افرادی را می‌شناسیم که متخصص وقت تلف کردن هستند. اگر حتی یک دقیقه به آنها فرصت بدهیم یکساعت بی‌وقفه حرف می‌زنند. اگر واقعا برای وقتتان ارزش قائل هستید باید این جرات را به خودتان بدهید که تا حد امکان به او تلفن نکنید، ایمیل نزنید، با او قرار نگذارید و خلاصه‌تر تباط خود را با او کم یا قطع کنید. خوشبختانه با متاسفانه این آدم هر وقت که بخواهید همانجای قبلی است و دوباره حاضر است با کمال میل وقت شما را بگیرد.

۳۰+ دقیقه موقع حرف زدن راه بروید

استفاده از هدست در خانه یا محل کار راه مناسبی برای صرفه‌جویی در وقت است. تلفن می‌تواند در تلف کردن وقت شما وسیله‌ای بی‌نهایت شیطانی باشد یا وسیله‌ای خوب برای تفریح شما. اگر شما یک هدست یا تلفن بی‌سیم داشته باشید می‌توانید در حال حرف زدن به برخی کارهای تان هم برسید و بدین ترتیب زمان بیشتری را در اختیار خواهید داشت. کارهایی مثل پر کردن ماشین لباسشویی، تمیز کردن کاسه روشویی و مرتب کردن اتاق.

باشگاه

۲۰+ کمتر وقت بگذار بیشتر نتیجه بگیر

اگر قرار است ورزش شما بطور معمول مثلاً ۴۰ دقیقه طول بکشد نیمه اول تمرین خود را شدیدتر و سریع‌تر انجام دهید. واقعیت این است که همه فکر می‌کنند بیشتر بهتر است اما اینطور نیست. ورزش‌های کوتاه با شدت زیاد به هر شکل موثرتر هستند. بدین ترتیب سطح متابولیسم شما بالاتر رفته و توانایی شما در تمرینات آبی افزایش می‌یابد. از طرف دیگر وقت شما در باشگاه کمتر گرفته می‌شود. یک بازی سه سر برد!

۳۰+ دقیقه جنگجوی آخر هفته

بجای اینکه داخل باشگاه لباس کلی وقت تلف کنید می‌توانید از قبل از ورود به باشگاه تمرین خود را شروع کنید. شما برای گرم کردن به دست کم ۵ دقیقه زمان نیاز دارید تا اصطلاحاً عرق تان در بیاید. اگر از قبل لباس ورزشی پوشیده باشید می‌توانید خود را دور تر پارک کرده و تا باشگاه بدوید و بجای استفاده از آسانسور از پله‌ها استفاده کنید. بدین ترتیب وقتی به باشگاه برسید کمابیش گرم شده‌اید و خیلی سریع‌تر از حالت عادی می‌توانید تمرین را شروع کنید. همین کار ساده باعث صرفه‌جویی عمده‌ای در وقت شما می‌شود.

۶۰+ دقیقه استراحت کنید

برخی از افراد تصور می‌کنند اگر هر روز ورزش کنند تناسب اندام بهتری خواهند داشت ولی این تصور صحیح نیست. ورزشکاران حرفه‌ای هم جز در موارد مسابقه هر روز ورزش نمی‌کنند. در واقع ورزش بیش از حد می‌تواند حتی نتیجه تمرینات معمول شما را کاهش دهد. بنابراین اگر در هفته ۵ تا ۷ بار ورزش می‌کنید باید تعداد دفعات تمرینی خود را کاهش دهید چون زمانی که بدن شما از ورزش نتیجه می‌گیرد زمانی است که در حالت ریکاوری قرار بگیرد. ورزش هر روزه امکان ریکاوری را از شما می‌گیرد و باعث تحلیل عضلات و فرسودگی آنها می‌شود. بنابراین یک برنامه سه تا چهار جلسه‌ای تمرین در هفته برای شما مناسب خواهد بود.



نگاهی به سیستمهای صوتی های-اند:

بلندگوها

سیستمهای صوتی های-اند نمادی از اشتیاق هستند؛ اشتیاق برای موسیقی و اینکه کیفیت شنیدن و پخش آن چقدر میتواند خوب و کامل باشد. سیستمهای صوتی های-اند جستجویی است برای یافتن راهی تا بتوان در خانه شنونده موسیقی را طوری بازسازی کرد تا پیام موسیقایی آهنگساز یا نوازنده با حداکثر رئالیسم، احساس و شدت بازسازی و شنیده شود. بخاطر اهمیت موسیقی، باز تولید آن با بالاترین میزان وفاداری به اصل موسیقی نیز بسیار مهم است. بذر سیستم های صوتی های-اند (high-end) و تولید تخصصی آنها در انتهای جنگ دوم جهانی کاشته و این سیستمها در پایان جنگ کره پا به عرصه وجود گذاشتند. بسیاری از کهنه سربازان جنگ از برنامههای آموزشی در طی دوره خدمت نظامی و پس از آن از سیستم حمایت از کهنه سربازان استفاده کرده و الکترونیک را فراگرفتند.

اجزای سیستمهای های-اند

در سیستمهای صوتی های-اند بخش های مختلفی در کنار هم قرار میگیرند تا در نهایت صدای مطلوب برای شنونده باز تولید شود. نخستین بخش یک پخش کننده است که می-تواند کاست، صفحه یا سی دی را پخش (play) کند. بعد از آن یک پره امپلی فایر (Pre-Amplifier) قرار دارد که وظیفه اش تقویت جریان ضعیف الکتریکی خارج شده از پخش کننده است. این تقویت اما به اندازه قدرت امپلی فایر اصلی (پاور امپلی فایر) نیست. در عین حال خروجی تمام سیستمهای پخش مثل سی دی پلیر، کاست پلیر یا حتی مدیا پلیر به پره امپلی فایر وارد شده و شما میتوانید انتخاب کنید که به کدام پخش کننده گوش کنید. سپس صدایی که کمی تقویت شده وارد امپلی فایر اصلی میشود. وظیفه پاور امپلی فایر فقط بالا بردن انرژی جریان الکتریکی است و صرفا یک دکمه خاموش و روشن روی آن وجود دارد. در نهایت پاور امپلی فایر، جریان الکتریکی تقویت شده را به بلندگوها منتقل میکند.

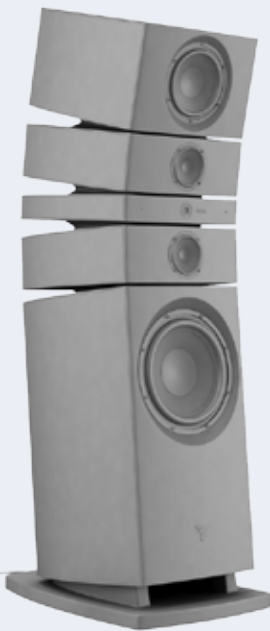
بلندگوها شامل مید رینج (mid-range)، توپیتور و ووفر هستند و میتوانند کونیکال یا الکتروستاتیک باشند. بلندگوها میتوانند بدون سیم یا سیمدار باشند. تا چندی پیش بلندگوهای بدون سیم در سیستمهای های-اند و حرفهای جایگاهی نداشتند ولی کم کم تمایل





قیمت بالا، قیمت پایین

ذکر این نکته ضروری است که واژه های-اند به عملکرد محصولات اشاره دارد نه قیمت آنها. بسیاری از سیستمهای های-اند واقعی قیمتی تقریباً هم اندازه یا حتی کمتر از سیستمهای یکپارچههای دارند که در فروشگاههای لوازم خانگی فروخته میشوند. نمونههای متعددی از سیستمهای های-اند وجود دارند که از لحاظ قیمت در رده بودجه عموم مردم قرار می-گیرند. اگر چه بسیاری از محصولات های-اند، گرانبه هستند، به این معنی نیست که شما ناچار باشید برای داشتن یک سیستم صوتی های-اند در منزل از بانک وام بگیرید! در واقع یک سیستم صوتی با کیفیت ممکن است از آنچه شما فکر میکنید به مراتب ارزان قیمت تر باشد.



هستند. از جمله کمپانیهای مطرح در این زمینه میتوان به ویلسون (Wilson audio) و مکینتاش (McIntosh audio) اشاره کرد.



به غیر از آمریکا، کشور دیگری که در زمینه ساخت محصولات صوتی های-اند شهرت فراوانی دارد، انگلستان است. کمپانی کواد (Quad) یکی از مطرحترین سازندگان محصولات صوتی های-اند در سراسر دنیا محسوب می شود. این کمپانی نخستین بار بلندگوهای الکتروستاتیک را به بازار عرضه

بازار، کمپانیهای سازنده را به سمت ساخت بلندگوهای بلوتوث سوق داد.

ارتباط عمیق با موسیقی

سیستمهای صوتی های-اند شامل بخش های منحصر به فردی برای بازتولید و پخش موسیقی هستند که تشابه اندکی با سیستم های استریو معمول دارند که در فروشگاههای لوازم خانگی فروخته میشوند. باید توجه داشت که یک سیستم صوتی های-اند یک وسیله خانگی مثل لباسشویی یا توستر نیست بلکه محصولی است برای ارائه احساس و تفکر موسیقی که از روی سی دی یا صفحه به نوعی رمزگشایی و پخش میشود. هر چه کیفیت این بازتولید بالاتر باشد، ارتباط ما با موسیقی عمیق تر خواهد بود.

این محصولات توسط افرادی طراحی و ساخته می شوند که مهارت فنی و حساسیت و علاقه به موسیقی را باهم ترکیب کرده و در قالب ساخته های خود ارائه میکنند؛ این کار باعث میشود ما یک گام به اصل موسیقی نزدیکتر شویم. محصولات های-اند با گوش طراحی میشوند، با دست ساخته میشوند و به یک دلیل پا به عرصه وجود میگذارند: برای ارتقا تجربه ما در شنیدن موسیقی.

نامرئی کردن تجهیزات

در نهایت اینکه هدف یک سیستم صوتی های-اند این است که "تجهیزات" را نامرئی کنند؛ وقتی این اتفاق رخ دهد، آنوقت بالاترین درجه ارتباط میان شنونده و موسیقی برقرار خواهد شد. در واقع سیستمهای صوتی های-اند در باره موسیقی هستند نه تجهیزات.

کمپانی های سازنده

شاید دانستن این نکته جالب باشد که طراحی و ساخت بسیاری از محصولات های-اند در آمریکا و توسط کمپانیهای آمریکایی انجام می شود. در واقع، محصولات صوتی ساخت آمریکا در سراسر دنیا بسیار پرفرمدار هستند. بیش از ۹۰ درصد تمام محصولات صوتی های-اند آمریکایی به کشورهای خارجی صادر میشوند به ویژه خاور دور. اگر چه محصولات مذکور به واسطه حمل و نقل، هزینه های گمرکی و مالیات تقریباً قیمتی دوبرابر پیدا می کنند ولی کمکان بسیار پرفرمدار و محبوب هستند. اشتیاق برای خرید محصولات های-اند آمریکایی زمانی بیش از پیش جلب توجه میکند که در تناقض کامل با ایده های قرار میگیرد که عموم مردم آمریکا به آن اعتقاد دارند؛ اینکه بهترین محصولات صوتی ساخت کشور ژاپن





نشانه عشق و تعهد

از دید طراح یک سیستم صوتی های-اند، طراحی الکترونیک یا مکانیکی به ندرت وجه تکنیکی دارد بلکه نشانه‌های از عشق و تعهد است.

هر وجه طراحی یک محصول، تکنیکی و موسیقایی، طوری آزمایش و بررسی میشود که باعث تعجب افرادی میشود که با این فرآیند و میزان تعهد مرتبط با آن آشنایی ندارند. ویژگی‌های باز تولید موسیقی در عمق وجود یک طراح سیستم‌های های-اند رسوخ کرده‌اند؛ در واقع این شغلی معمولی نیست که طراح هر روز بر سر آن حاضر شود. نتیجه آن، درگیری قدرتمندتر و نزدیکتر شنونده و موسیقی است نسبت به آنچه امکان دارد با محصولی بدون این حجم از تعهد و عشق ساخته شده باشد.

سیستم صوتی های-اند چیست؟ صدای های-اند چیست؟ چیزی است که در آن گویی سیستم پخش با نوازندگان در اتاق جایگزین میشود. زمانی است که احساس میکنید آهنگساز یا نوازنده از ورای زمان و مکان با شما صحبت میکنند. احساسی فیزیکی در اوج لذت بردن از موسیقی است. انگار سوار بر رولر کوستری از احساس هستیم که آهنگساز طراحی کرده تاد در ترکیب اصوات به حرکت درآید. زمانی است که ذنای مادی ناپدید شده و فقط هوشیاری و موسیقی را برای شما باقی گذاشته است. این یک سیستم صوتی های-اند است.

جلو نشسته باشد و ساز بزند، صدای ساز از پشت سر بیننده به گوش نخواهد رسید! کشور دانمارک هم از جمله سازندگان مطرح سیستم‌های صوتی های-اند است که تولیدات دو کمپانی صاحبنام گاموت (Gamut) و بنگ و اولافسن (Bang & Olufsen) طرفداران فراوانی در سراسر دنیا دارد. در مرسدس بنزهای فول آپشن گر انقیمت، یکی از آپشنها، استفاده از بلندگوهای شرکت بنگ و اولافسن است.



کرد. این بلندگوها صدای بسیار بازی داشته و برای پخش موسیقیهای اکوستیک گزینه بسیار مطلوبی محسوب میشوند. ولی از طرف دیگر، این نوع بلندگوها برای موسیقیهای شلوغ و پر تنش مثل راک یا هوی متال چندان انتخاب مناسبی نیستند چرا که وقتی انرژی جریان الکتریکی از حدی بالاتر برود، دستگاه به طور خودکار برای جلوگیری از پاره شدن آن پرده نازک، موسیقی را قطع میکند!

کف (Kef) دیگر کمپانی مطرح بریتانیایی است که در زمینه ساخت بلندگو فعالیت دارد. یکی از محصولات این شرکت به نام MUON از یک قطعه آلومینیوم تراش خورده با ارتفاع یک متر و نود سانتیمتر ساخته شده و بیشتر به یک اثر هنری پست مدرن شباهت دارد! قیمت این بلندگو بیش از سیصد هزار دلار است.

یک نکته بسیار مهم اینکه بطور کلی سیستم‌های حرفه‌ای صوتی و تصویری سیم دارند. در مورد سیستم‌های صوتی علت این است که برای راهاندازی یک بلندگوی قدرتمند به یک آمپی فایر قدرتمند نیاز داریم و این آمپلی فایر بدون یک سیم با کیفیت اصلاً نمیتواند توان لازم برای عملکرد یک بلندگو را تامین کند.

نکته دیگر اینکه وقتی به صورت حرفه‌ای به موسیقی گوش میکنیم، گاهی متوجه میشویم که هر بلندگویی برای پخش تمام انواع موسیقی مناسب نیستند.

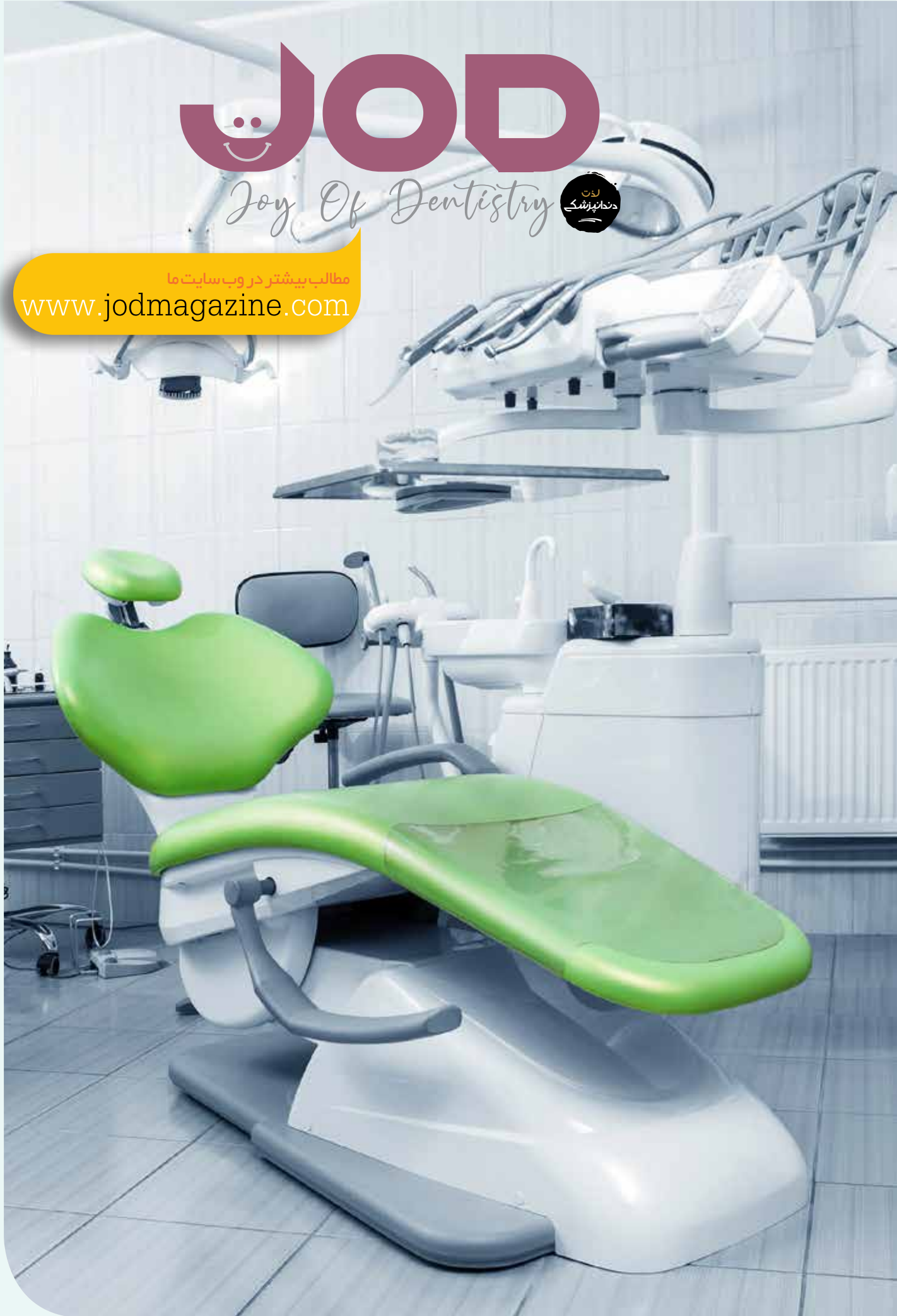
سیستم‌های صوتی های-اند همگی استریو هستند و سیستم‌هایی شبیه سینمای خانگی و صدای فراگیر (surround) در آنها بکار نمیروند. استدلال هم البته این است که اگر یک نوازنده

JOD

Joy Of Dentistry



مطالب بیشتر در وبسایت ما
www.jodmagazine.com



JOD
Joy Of Dentistry



jodmagazine.com

سایت نشریه

لذت دندانپزشکی

A brief introduction of High-End Audio

Engr. Farzad Pouyandeh

The seeds of specialty and high-end audio began at the end of World War Two and gained momentum with the end of the Korean War. Many veterans took advantage of training programs during their time in the service and subsequently through the GI Bill, to learn electronics. High-end audio is about passion—passion for music, and for how well it is reproduced. High-end audio is the quest to re-create in the listener’s home the musical message of the composer or performer with the maximum realism, emotion, and intensity. Because music is important, re-creating it with the highest possible fidelity is important.

High-end audio products constitute a unique subset of music-reproduction components that bear little similarity to the “stereo systems” sold in department stores. A music reproduction system isn’t a home appliance like a washing machine or toaster; it is a vehicle for expressing the vast emotional and intellectual potential of the music encoded on our records and CDs. The higher the quality of reproduction, the deeper our connection with the music. The high-end ethos—that music and the quality of its reproduction matter deeply is manifested in high-end audio products. They are designed by dedicated enthusiasts who combine technical skill and musical sensitivity in their crafting of components that take us one step closer to the original musical event. High-end products are designed by ear, built by hand, and exist for one reason: to enhance the experience of music listening. The term “high-end” refers to the products’ performance, not their price. Many true high-end systems cost no more—and often less—than the all-in-one rack systems sold in department stores. I’ve heard many inexpensive systems that capture the essence of what high-quality music reproduction is all about—systems easily within the budgets of average consumers. Although many high-end components are high-priced, this doesn’t mean that you have to take out a second mortgage to have high-quality music reproduction in your home. A great-sounding system can be less expensive than you might think.

Finally, the goal of high-end audio is to make the equipment “disappear”; when that happens, we know

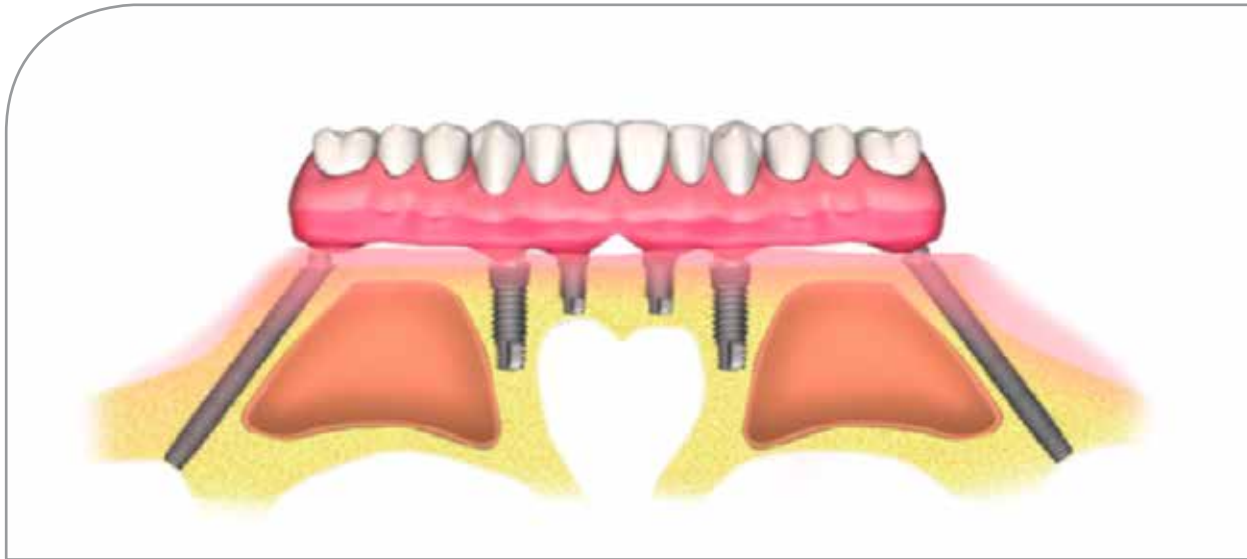


that we have reached the highest state of communication between musician and listener. High-end audio isn’t about equipment; it’s about music.

Finally, most high-end products are designed and built in America by American companies. In fact, American-made audio components are highly regarded throughout the world. More than 40% of all American high-end audio production is exported to foreign countries, particularly the Far East. This is true even though high-end products cost about twice as much abroad as they do in the U.S., owing to shipping, import duties, and importer profit. The enthusiasm for American high-end products abroad is even more remarkable when one remembers the popular American misperception that the best audio equipment is made in Japan.

To the high-end designer, electronic or mechanical design isn’t merely a technical undertaking—it’s an act of love and devotion. Each aspect of a product’s design, technical as well as musical, is examined in a way that would surprise those unaccustomed to such commitment. The ethos of music reproduction goes to the very core of the high-end designer’s being; it’s not a job he merely shows up for every day. The result is a much more powerful and intimate involvement in the music for the listener than is possible with products designed without this dedication. What is high-end audio? What is high-end sound? It is when the playback system is forgotten, seemingly replaced by the performers in your listening room. It is when you feel the composer or performer speaking across time and space to you. It is feeling a physical rush during a musical climax. It is the ineffable roller-coaster ride of emotion the composer somehow managed to encode in a combination of sounds. It is when the physical world disappears, leaving only your consciousness and the music.

That is high-end audio.



On average, and using conventional methods, somewhere around 4-8 months was needed to restore function and esthetics to such cases. Taking into account the chair time by the practitioner as well as the number of visits needed by the patient to achieve their desired results, the idea of treatment in one day could not be more appealing.

As All-On-4 gained traction among the surgical practitioners, more implant companies got on board and introduced their specifically designed armamentarium to facilitate such procedures. And of course they came up with their own brand names and marketing schemes to capitalize on the growing interest in the concept. From Teeth-in-a-Day, Diem, and TeethXpress, to other varieties they all meant the same thing: from edentulous to prosthesis in one visit. What also changed in the interim was the fact that the most practitioners including this author often use more than four implants for such cases. For instance in my treatment planning for TeethXpress cases usually a fifth implant is included in or near the midline to dissipate the masticatory forces and protect the prosthesis while biting into harder food items. In any case a minimum of 35-40 NCM insertion torque is desirable to allow for a predictable immediate load.

We also now have easier access to zygomatic implants from a number of implant companies to allow All-on-X for the maxillary cases which exhibit severely pneumatized or over-sized sinuses. These super long implants, generally longer than 30 mm and up to 60 mm in length, allow us to restore previously nonrestorable cases as an All-on-X. This is done through bypassing the distal aspect of the sinus and utilizing the zygomatic process for osseo-

integration and acting as terminal load bearing abutment for immediate load prosthesis. The advent of this type of implant has resolved a main challenge in some maxillary cases where the AP Spread could not be achieved using distally angulated implants placed in the area anterior to the sinus. In other words whereas some terminal abutments can be placed using regular implants by angulating them distally and using angle correcting Multi Unit Abutments of 17 or 30 degrees, some other cases could only be treated using mesially angulated implants which have to be integrated into zygomatic bone.

Increasingly All-on-X cases are performed using guided protocols. In our clinic we routinely use CBCT as well as Trios intra-oral scan data to plan fully guided cases. Adopting the newer technology has elevated the level of accuracy and predictability of these technique-sensitive procedures. Once the data has been merged using the planning software we usually set up a web conference to review the case and plan it accordingly. The lab then using the same data would fabricate the surgical stent (or stents in case of stackable ones) which then is used during the surgical phase to place the desired number of implants in the most advantageous sites for an All-on-X treatment.

The digital workflow has also become an integral part of planning such cases and in this author's opinion will be the new standard of care in the future much like CBCT has taken that journey in the past 10 years. I hope this concise summary of the history and current status of All-on-X cases would trigger more interest in the subject matter so we can get into more details in the future discussions of the subject.

All-on-X: A summary of historical & current perspectives



By: Ramin Azghandi, DDS, PA

Periodontics & Implants

What seems today as a routine procedure, was first introduced as a viable option to the dental community by Paolo Malo in the 90's. The technique of the immediate load however was previously utilized for single unit implants so All-On-4 was merely a new expanded application of such concept. In this technique two anterior implants are placed in vertical positions and the ones in the terminal ends are tilted. This would enable us to not only utilize longer implants but would improve the inert-implant distance for better Anterior-Posterior Spread (A-P Spread) which is physically advantageous. The distally angulated terminal implants would also shorten the cantilever arm and improve the prosthetic support for more chewing surfaces.

The options to restore edentulous arches have always been limited by the availability of bone and position of the anatomical landmarks. As a result, many implant-based treatment plans had to be modified by more invasive measures such as nerve transposition in severely atrophic mandibles or sinus augmentation in case of pneumatized sinuses in the maxillae. Needless to say, these procedures involved certain level of inherent risk associated with them and required highly skilled practitioners to perform them.

Another factor, and perhaps the most under-estimated one, is the time needed for developing the sites needed to perform such full rehabilitations of the edentulous arches.





PREVENTION OF PROSTHETIC COMPLICATIONS IN SHORT DENTAL IMPLANTS

Dr. Amir Hossein Majidi

Prosthodontist – Implantologist

In recent decay, short implants have remarkable impact on dental implant treatments and by using them, without requiring of long-term aggressive and expensive surgical interventions, restoring regions of jaws are now possible in which previously was unrestorable with standard length implants due to severe bone atrophy. In the last ten years, the definition of short implant has been changed. Today, fixtures shorter than eight millimetres are considered as short implants. In addition, extra short implants are fixtures with less than 6 mm length. In this article, short implant related complications will be addressed and how to reduce the risk of that complications are going to be discussed.

Several articles including retrospective, prospective, systemic review and clinical trials, not only has proven the success of short implants, but also documented that marginal bone loss around the coronal part of the short implant was less than that of standard-length implants. A very important question, however, still needs to be answered: in regards of prosthodontics, are short implants reliable or we are about to play with fire?

Studies have shown that prosthetic-related complications in short implants might be higher than that of conventional implants. But what is the reason and by which approach the risk of these complications can be reduced? Although, it is unequivocal that most of these issues are biomechanical, surgical considerations should not be overlooked.

The most frequent complication that are addressed in this article are:

- Crown – implant ratio related complications
- Screw loosening and screw fracture
- Porcelain fracture
- Load management



How to select an appropriate implant system



Reza Termei DDS MSc FRCD(C) Dip ABP
Periodontist and Implant Surgeon



Dr. Alireza Ashouri
Dentist- implantologist

Besides good surgical and restorative skills, having appropriate and reliable armamentarium is one of the most important requirements for a successful dental implant treatment. Especially when the overall cost of implant therapy is evidently higher compared to many other dental treatments. Among the required armamentarium for implant therapy such as surgical motors, handpieces, high quality surgical instruments, and etc, implant system could be named the foundation of this structure.

Therefore, selecting a good dental implant system becomes of utmost importance. To summarize, in choosing an implant system it is strongly recommended to take the following into consideration:

- Carefully study the company's brochure to learn about the system both from the surgical and prosthetic points of view.
- In terms of abutment to implant connection, Morse tapered and conical connection are the preferred choices over other systems.
- Before investing into buying an implant system which could be expensive, do your homework and have an estimate of percentage of patients with implant needs in your practice and in your area.
- Consult other colleagues and lab technicians to ensure that a specific implant company has a good customer support.
- Use original implant parts instead of third-party knock off components.



Contents

JOD | JUNE - 2021 | 56 | ژوئن ۲۰۲۱ |



How to select an appropriate implant system

Reza Termei DDS MSc FRCD(C) Dip ABP
Periodontist and Implant Surgeon

Dr. Alireza Ashouri
Dentist- implantologist



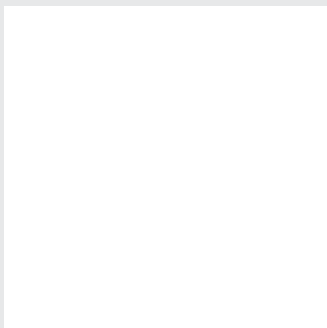
Prevention of prosthetic complications in short dental implants

Dr. Amir Hossein Majidi
Prosthodontist – Implantologist



All-on-X: A summary of historical & current perspectives

Ramin Azghandi, DDS, PA
Periodontics & Implants



A brief introduction of High-End Audio

Engr. Farzad Pouyandeh

Policy Council: Dr. Farrokh Asefzadeh – Dr. Nahal Sanavandi
– Dr. Reza Meschi – Dr. Mehdi Adibraad – Dr. Alireza Ashouri

Chief Editor: Dr. Alireza Ashouri

Scientific Editor: Dr. Farrokh Asefzadeh

Executive Editor: Dr. Reza Meschi

Chief Editor Advisor: Dr. Sara Mojallal

Graphic Designer: Ali Rastegar

Sincere Thanks to: Dr. Ali Tavakoli - Dr. Saeed Mirsaedi -
Dr. Reza Termei and Dr. Sara Mojallal

JOD
Joy Of Dentistry



jod.magazine
در اینستاگرام همراه ما باشید

JOD

Joy Of Dentistry



JUNE - 2021

**Prevention of
prosthetic
complications in
short dental
implants**

**All-on -X:
A summary
of historical
& current
perspectives**

A brief
introduction
of High- End
Audio



**How to select an
appropriate implant
system**