

پروتز ایمپلنت

یک استراتژی مبتنی بر بیمار

طراحی، روش های درمان، طول عمر، زیبایی، عملکرد، تکنولوژی دندانی

مترجم:

دکتر حامد آتش پنجه

عضو آکادمی ایمپلنتولوژی AAID آمریکا

سرشناسه	: وولفارت، اشتفان Wolfart, Stefan
عنوان و نام پدیدآور	: پروتز ایمپلنت یک استراتژی مبتنی بر بیمار: طراحی، روش‌های درمان، طول عمر، زیبایی، عملکرد، تکنولوژی دندان / [اشتفان وولفارت، با همکاری زونکه هارد]: مترجم حامد آتش‌پنجه.
مشخصات نشر	: تهران: شایان‌نمودار، ۱۳۹۹.
مشخصات ظاهری	: ۷۰۹ ص: ۲۲ × ۹۲ س.م.
شابک	: ۹۷۸-۹۶۴-۲۳۷-۵۶۹-۱
وضعیت فهرست نویسی	: فیپا
یادداشت	: عنوان اصلی: Implantatprothetik.
یادداشت	: کتاب حاضر از متن انگلیسی با عنوان "Implant prosthodontics : a patient-oriented concept : planning, treatment procedures, longevity, esthetics, function, dental technology, 2016" به فارسی برگردان شده است.
موضوع	: دندانسازی
موضوع	: Prosthodontics
موضوع	: کاشت دندان
موضوع	: Dental implants
موضوع	: دست‌دندان یا امکانات کاشت
موضوع	: Implant-supported dentures
شناسه افزوده	: هارد، زونکه
شناسه افزوده	: Harder, Sönke
شناسه افزوده	: آتش‌پنجه، حامد، ۵۶۳۱ - مترجم
رده بندی کنگره	: RK۶۶۷
رده بندی دیویی	: ۳۹۶/۷۱۶
شماره کتابشناسی ملی	: ۷۴۳۱۸۴۱

نام کتاب: پروتز ایمپلنت یک استراتژی مبتنی بر بیمار: طراحی، روش‌های درمان، طول عمر، زیبایی، عملکرد، تکنولوژی زیبایی

مترجم: دکتر حامد آتش‌پنجه

ناشر: انتشارات شایان نمودار

شمارگان: ۵۰۰ جلد

مدیر تولید: مهندس علی خزعلی

حروفچینی و صفحه آرایی: انتشارات شایان نمودار

طرح جلد: آتلیه طراحی شایان نمودار

نوبت چاپ: اول

تاریخ چاپ: بهار ۱۴۰۰

شابک : ۹۷۸-۹۶۴-۲۳۷-۵۶۹-۱

قیمت: ۷۰۰، ۰۰۰، ۶ ریال



شایان نمودار

دفتر مرکزی: تهران/ میدان فاطمی/ خیابان چهلستون/ خیابان دوم/ پلاک ۵۰/ بلوک B/ طبقه همکف/ تلفن: ۸۸۹۸۸۸۶۸



وب سایت: shayannemoodar.com



اینستاگرام: Shayannemoodar

(تمام حقوق برای ناشر محفوظ است. هیچ بخشی از این کتاب، بدون اجازه مکتوب ناشر، قابل تکثیر یا تولید مجدد به هیچ شکلی، از جمله چاپ، فتوکپی، انتشار الکترونیکی، فیلم و صدا نیست.

این اثر تحت پوشش قانون حمایت از مولفان و مصنفان ایران قرار دارد.)

مقدمه

با سپاس از خدای منان که این منت را بر من ارزان فرمود تا این اثر به فرجام برسد پس از جراحی ایمپلنت و فارغ شدن از کاشت صحیح و کم خطای ایمپلنت ، استقرار پروتز روی آن دغدغه ی اصلی دندانپزشک خواهد بود. این کتاب که یکی از اصلی ترین منابع پروستتیک در ایمپلنت به شمار می رود و در راستای تقویت هر چه تمام تر تبیین اصول پروستتیک تالیف و تدوین شده است یکی از محسنات این کتاب تصاویر بسیار کامل و چارتهای علمی و مرحله ای آن است که کار را برای مطالعه در مدت زمان کوتاه برای همکاران میسر خواهد کرد.

دکتر حامد آتش پنجه

فهرست مطالب

بخش A: اصول پایه

فصل اول: مقدمه	۸
فصل دوم: پروفایل بیمار	۱۳
فصل سوم: پروفایل (مشخصات) زیبایی	۲۴
فصل چهارم: پروفایل پروتزهای دندانی	۴۶
فصل پنجم: پروفایل ایمپلنت اباتمنت	۶۲
فصل ششم: زمان‌بندی کاشت ایمپلنت و بارگذاری پروتکل‌ها در ایمپلنتولوژی	۷۴
فصل هفتم: پروفایل ایمرجنس	۹۳

بخش B: مفهوم درمان و برنامه‌ریزی درمان

فصل هشتم: مفهوم درمان	۱۰۰
فصل نهم: استفاده از درخت تصمیم‌گیری برای انتخاب بهترین درمان فردی	۱۲۲

بخش C: روش بالینی

فصل دهم: آنالیز رادیوگرافی و راهنمای جراحی	۱۳۳
فصل یازدهم: روش‌های جراحی	۱۷۹
فصل دوازدهم: رستوریشن‌های موقت	۱۹۸
فصل سیزدهم: تکنیک ایمپرشن تیکنگ	۲۲۲
فصل چهاردهم: ثبت رابطه بین فک بالا و فک پایین	۲۳۴
فصل پانزدهم: تاج‌ها و پروتزهای دندانی ثابت	۲۵۲
فصل شانزدهم: رستوریشن‌های متحرک	۳۲۰
فصل هفدهم: مفاهیم اکلوزن	۳۵۴
فصل هجدهم: اهمیت ایمپرشن‌های نوری داخل دهانی در پروتزهای ایمپلنت	۳۶۶
فصل نوزدهم: فصل نوزدهم ریکال و مراقبت‌های بعدی	۳۹۷
فصل بیستم: عوارض پروتز	۴۱۵

بخش D: مفاهیم رستوریشن

فصل بیست و یکم: فاصله دندان منفرد با فاصله زیبایی شناسی	۴۴۶
فصل بیست و دوم: فاصله چند دندان یا موقعیت انتهای آزاد	۴۵۸
فصل بیست و سوم: دنتیشن به شدت کاهش یافته	۴۷۰
فصل بیست و چهارم: قوس (آرک) بدون دندان	۵۰۳

بخش E: روش‌های آزمایشگاهی

فصل بیست و پنجم: رستوریشن ثابت روی ایمپلنت‌ها	۵۶۷
فصل بیست و ششم: رستوریشن‌های ثابت روی ایمپلنت‌ها در قوس (کمان) فک بدون دندان	۶۰۷
فصل بیست و هفتم: پروتزهای قابل برداشت بر روی ایمپلنت‌ها	۶۴۱
منابع	۶۸۸
واژه‌یاب	۶۹۸

است لازم باشد، خود عمل جراحی ایمپلنت و روش برداشتن سرپوش ایمپلنت آغاز می شود. برای اطمینان از همکاری موثر با متخصص، آن ممکن است برای دندانپزشکی که بعداً ترمیم پروتز را در طی هر عمل جراحی انجام می دهد، مفید باشد. این امر می تواند از ایجاد ارتباط نادرست بین متخصص پروتز و جراح جلوگیری کند و باعث شود بیمار احساس امنیت خاصی کند. پس از اتمام رستوریشن پروتز، ترتیب دادن یک جلسه نهایی بین دندانپزشک، جراح و تکنسین دندانپزشکی یک ایده خوب است. این فرصتی برای همه اعضای تیم فراهم می کند تا در مورد نتیجه درمان بحث کنند و برای هر مشکلی که ممکن است بوجود بیاید راه حل هایی پیدا کنند. در نتیجه، کل پروژه درمانی ایمپلنت شامل یک تنظیم دقیق مداوم در تیم می شود. سرانجام، بیمار در یک برنامه مراقبت بعد از جراحی شرکت می کند. بسته به پروفایل ریسک بیمار، قرار ملاقات های بعدی (بعد از درمان) در فواصل ۳ تا ۱۲ ماه انجام می شود. شکل ۱-۱ روند کامل این پروسه را نشان می دهد.

۲.۱ ساختار این کتاب

برای انجام عدالت در قبال مسئولیت ها و وظایفی که یک برنامه ریز و هماهنگ کننده پروژه ایمپلنت انجام می دهد، لزوماً لازم نیست دندانپزشک در همه زمینه های مربوط به یک اندازه صلاحیت داشته باشد بلکه باید بتواند درک گسترده و اساسی از کاشت و پروتز ایمپلنت برای تهیه یک تحلیل هدفمند از اوضاع نشان دهد. این کتاب "پروفایل های" مختلفی را برای این منظور معرفی می کند، که در آن کلیه فاکتورهای مربوط به یک موضوع خاص گرد هم می آیند، و مورد تحلیل علمی قرار می گیرند و با استفاده از یک طرح مسئله محور ایجاد می شوند. این پروفایل ها شامل:

- پروفایل بیمار
- پروفایل زیبایی شناسی
- پروفایل پروتز دندان
- پروفایل اباتمنت-ایمپلنت
- پروفایل مربوط به جراحی کاشت و زمان بارگذاری ایمپلنت
- مشخصات ظاهری

در قسمت B این کتاب، این شش پروفایل در نمودارهای بیمار محور در هم تنیده شده اند، و منجر به توسعه تصمیم گیری می شوند که به دندانپزشک اجازه می دهند بهترین درمان ممکن را برای هر بیمار خاص پیدا کند.

۱.۱ متخصص ایمپلنت به عنوان معمار

کار دندانپزشکان مشغول به کار پروتز ایمپلنت و کار معماران هر دو جنبه مهم مشترکی دارند یعنی: نیاز به طراحی و برنامه ریزی و هماهنگی.

بگذارید نگاهی دقیق تر به این ویژگی بیندازیم. مشتریان با ایده های خاصی در مورد خانه جدید خود به یک معمار مراجعه می کنند. معمار در مورد نیازها و خواسته هایشان با آنها بحث می کند و نکات کلیدی مانند اندازه زمین مورد نیاز، الزامات ساخت و ساز و ملاحظات مالی را تهیه می کند. معمار سپس ساختمان را طراحی کرده و طرح ها را اصلاح می کند تا اینکه بهترین توافق ممکن بین خواسته مشتری و شرایط و محدودیت های اساسی حاصل شود. پس از آن، اجرای طرح ها با متخصصان و کارگران مختلف ساخت و ساز به منظور تحقق ساخت و ساز ساختمان بحث شده است. نقشه های تهیه شده توسط معمار، پایه و اساس برقراری ارتباط بین اعضای مختلف تیم ساخت و ساز را تشکیل می دهد.

اگر این قیاس را در کارهای متناسب کردن پروتزهای دندانی ایمپلنت با بیماران اعمال کنیم، دندانپزشک با تجزیه و تحلیل نیازهای بیمار و با در نظر گرفتن وضعیت دندانپزشکی، پرپودنتال و عملکردی در ابتدای امر، نقش برنامه ریزی و طراحی سازه و هماهنگی را به عهده می گیرد. دندانپزشک همچنین به نیازها و خواسته های عملکردی و زیبایی شناختی بیمار می پردازد و هرگونه فاکتور ریسکی که ممکن است به کار ورود را در نظر می گیرد. منابع مالی بیمار نیز مورد توجه قرار خواهد گرفت. با انجام همه این موارد و با توجه به آخرین شواهد علمی موجود، دندانپزشک بهترین پروتز دندانی را برای سازگار بودن با بیمار طراحی می کند.

این خدمات خلاقانه و طرح های ساختاری، با هماهنگی درمان، با کمک "طرح های معماری" که دندانپزشک ترسیم کرده است، دنبال می شوند: یعنی وکس آپ Wax up / ست آپ ها Set Up، رستوریشن موقت، الگوی تقویتی و راهنمای جراحی. با هر متخصص دندانپزشکی که ممکن است مورد نیاز باشد - متخصص پرپودنتیست، اندودنتیست و جراح - در صورت لزوم مشورت می شود.

سپس بیمار تحت آزمایش های محافظه کارانه و پرپودنتال توسط دندانپزشک و / یا متخصص قرار می گیرد. فقط در این صورت است که کار، به شکل هرگونه اقدامات تقویتی که ممکن

که دندانپزشکان یک مفهوم درمان امتحان شده ی مداوم را برای پروتزهای ایمپلنت می خواهند که از نظر علمی اثبات شده و بصورت متوالی قابل اجرا باشد. این پزشکان بارها و بارها سؤالات مربوطه را می پرسند، پاسخ به اینها هنوز در یک مفهوم درمانی منسجم درج نشده است. نمونه هایی از این سؤالات عبارتند از: آیا ترمیم ها باید بصورت پیچی یا سیمانی نگه داشته شوند؟ بیمار به چه تعداد ایمپلنت نیاز دارد؟ تعویض پلت فرم چقدر مهم است؟

پاسخ ۲: درست است که تاج، پروتزهای دندانی ثابت (FDP) و پروتزهای دندانی متحرک (RDPS) نیز در ایمپلنتولوژی استفاده می شود. با این حال، درمان با ایمپلنت بسیار پیچیده تر از درمان با پروتزهای معمولی دندانی است. «برنامه ریزی برای ترمیم های گسترده پروتز متکی بر ایمپلنت، به ویژه، خواسته های حرفه ای و همچنین سازمانی به مراتب بیشتری را به دندانپزشک ارائه می دهد».

قسمت C یک برنامه جامع از تمام مراحل درمانی لازم را فراهم می آورد و گزینه های گوناگون را سبک سنگین می کند. نتیجه گیری برای هر فصل شامل خلاصه ای از اقداماتی است که نوید به دست آوردن بهترین نتایج در موقعیت های مختلف را می دهد. از این نظر، کتاب ادعای کامل بودن را مطرح نمی کند بلکه هدف آن ارائه مفهوم منطقی و نمونه ای مبتنی بر اقدامات درمانی مورد حمایت علمی است.

در قسمت D، از نمودارهای ارزیابی برای نشان دادن هر یک از روش های بالقوه درمان بصورت گام به گام، از ابتدا تا مراقبت های بعدی با استفاده از یک بیمار واقعی به عنوان نمونه، استفاده می شود. این به خوانندگان این امکان را می دهد تا درک روشنی از روش های صحیح درمان داشته باشند و با خیال راحت از آنها برای بیماران خود استفاده کنند.

در قسمت E، بازسازی های پروتزنتیک مبتنی بر ایمپلنت بطور خاص با توجه به چالش های فناوری دندانپزشکی مورد بررسی قرار می گیرد. بار دیگر، یک روش مرحله به مرحله برای دریافت این که چگونه بازسازی ها از لحاظ فنی قابل تشخیص است، مورد استفاده قرار می گیرد. بسیاری از پروتزهایی که به عنوان نمونه به کار رفته اند در فصل های بعد از دیدگاه دندانپزشک مورد بحث قرار می گیرند.

۳,۱ پروتز ایمپلنت – چالش ها و درگیری ها

کتابی در مورد پروتزهای ایمپلنت در مورد ادعاهای فوق در معرض پنج انتقاد قرار خواهد گرفت که نیاز به بحث دارد:

- ۱. دندانپزشکان از قبل می دانند که پروتزنتیک ایمپلنت چگونه کار می کند.

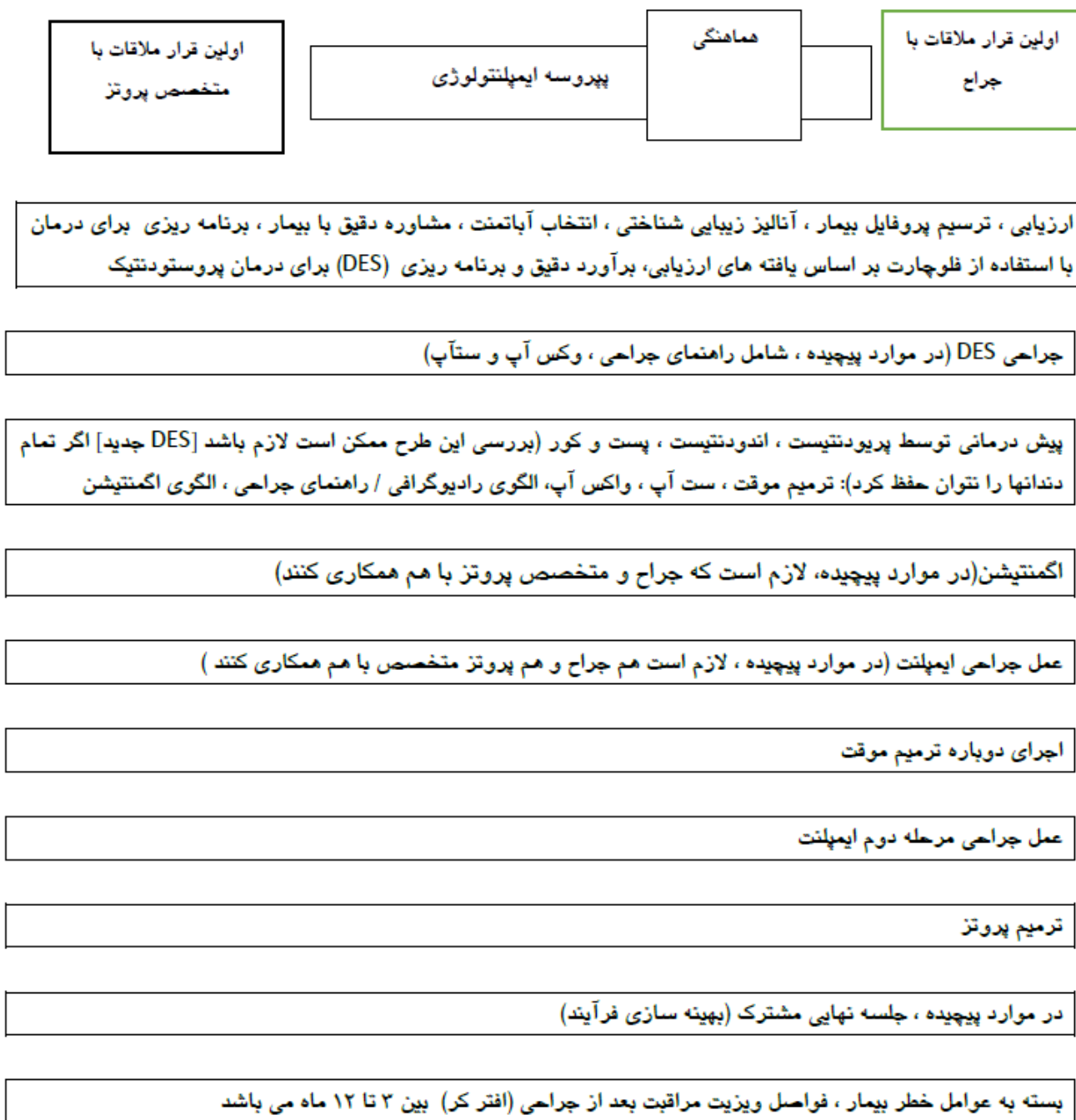
- ۲- پروتزهای متکی به ایمپلنت دقیقاً مشابه پروتزهای معمولی و متکی به دندان هستند. بنابراین، آنها نیازی به کتاب درسی اختصاصی ندارند.

- ۳. مطالعات تحقیقاتی کافی برای بحث علمی سطح بالا در مورد این موضوع وجود ندارد.

- ۴- استراتژی های درمانی آنقدر سریع تغییر می کنند که نوشتن کتابی که به روز باشد امکان پذیر نیست.

- ۵- هر سیستم ایمپلنت متفاوت عمل می کند که تنها نوشتن کتابی مخصوص سیستم و در نتیجه صنعت محور امکان پذیر است.

پاسخ ۱: یک موضوع که مکرر در کنفرانس ها و برنامه های آموزشی مربوط به پروتزهای ایمپلنت اتفاق می افتد این است



شکل ۱.۱. فرآیند ایمپلنتولوژی

قرار گیرد تا بتوان به توانبخشی زیبایی و عملکردی مطلوب دست یافت. چنین پیچیدگی به طور قابل توجهی مسئولیت دندانپزشک را افزایش می دهد. این امر به هماهنگی استاندارد بین مراحل مختلف درمانی بین تمام افراد درگیر نیاز دارد. پاسخ ۳: در حال حاضر، داده های مطالعه برای ایمپلنتولوژی ممکن است برای ارائه شواهد علمی کافی برای مفاهیم درمانی مناسب خوب و کافی باشد. با این حال، توصیه روش هایی با

در پروتزهای دندان‌های معمولی، درمان در درجه اول با شرایط حاکم انجام می شود که پزشک مسئول آن نیست، از قبیل تعداد و محل دندان های اباتمنت و منطقه پشتیبانی از پروتز (دندان مصنوعی). هنگامی که یک دندانپزشک رستوریشن های متکی بر ایمپلنت را انجام می دهد، پروتزهای بعدی و محل قرار گیری سه بعدی ایمپلنت ها باید از قبل با دقت بسیار زیادی برنامه ریزی شود. هر روش اگمنتیشن جراحی باید مورد استفاده

می کند، که نیاز به نگاه دقیق تر به شخصیت های مختلف بیماران دارد. در این زمینه، ویپرمن در مقاله خود در سال ۲۰۱۰ با عنوان "مردم از سیستم مراقبت های بهداشتی چه انتظاری دارند؟"، نشان داد که گروه های انفرادی، حتی کل جمعیت، از درک بسیار متفاوتی درباره سلامتی برخوردار هستند، آنها مطابق با الگوهای رفتاری مرتبط با سلامتی شان متفاوت هستند (Wippermann, p. 95-107).

وی گفت: "تنوع از نظر سلامت شخصی یا ذهنی درک شده توسط فرد بیشتر می شود: این تنوع سبک زندگی ما را به این نتیجه می رساند که اراده برای انجام کاری برای سلامتی خود یا ریسک کردن به خاطر سلامتی، بین افراد متفاوت است. [...] نه تنها ویژگی های وضعیت اجتماعی (جنسیت، درآمد، تحصیلات، شغل، محل کار، محل سکونت و غیره) بلکه ارزش ها (ترجیحات، علاقه ها، نگرش ها) و سبک زندگی (کارهای روزمره، روابط اجتماعی)" از این نظر نقش مهمی ایفا می کنند. "انسانها در 'سبک های زندگی' مختلف خود (محیط های زندگی تجربه شده یا محیط اطراف) دارای یک سرمایه بسیار متفاوت از نظر مادی، اجتماعی و فرهنگی هستند که به خودی خود بر درک آنها از سلامتی تأثیر می گذارد. [...] مباحث زیر بر سه "سبک زندگی" متمرکز شده است! [...] افراد محافظه کار و سنتی، یک جهت گیری اساسی مشابه در زندگی دارند (همان محور ارزشی)، اما وضعیت اجتماعی متفاوتی دارند. مادیگرهای مصرف گرا و افراد سنتی از وضعیت اجتماعی مشابهی برخوردار هستند (اقتدار بالا و میانه)، اما یک جهت گیری اساسی متفاوت دارند (سنتی در مقابل مدرن) [...]

"محافظه کاران یک مفهوم جامع، انسان دوستانه از سلامتی دارند - و همچنان به طور فعال کار می کنند تا آن مفهوم را کامل و چند بعدی نگه دارند. محافظه کاران مراقب نشاط معنوی، جسمی و اجتماعی، در مورد خودمختاری در زندگی خود (همچنین در پیری) می باشند. فلسفه زندگی و سلامتی آنها اعتدال در همه چیز است. لذت و سلامتی کاملاً با یکدیگر در ارتباط هستند و باید با یکدیگر تعادل داشته باشند: "من یک سبک خاصی از زندگی را دنبال میکنم که من را از لحاظ ذهنی و بدنی سالم نگه می دارد." [...]

وی گفت: «در مقایسه با محافظه کاران، یک موضوع استاندارد برای افراد سنتی تفصیل روزانه، طولانی و مفصل در مورد شکایات مختلف، درد و رنج، مراجعه اخیر یا بعدی به پزشک (شامل خود، اعضای خانواده و همسایگان) است. اغلب آنها

داده های اثبات شده از مطالعات بالینی در حال حاضر در مورد اثربخشی اکثر روش های درمانی ایمپلنت در دسترس هستند. این یافته ها به پزشکان این امکان را می دهد تا بهترین روش ممکن را برای بیماران خود پیدا کنند. روش های درمانی موجود به بالاترین استاندارد رسیده و منجر به تسکین درد و ترمیم عملکرد و زیبایی شناسی می شود.

پروتز ایمپلنت مخصوصاً در مورد زیبایی شناسی کاربرد دارد، زیرا با استفاده از این روش ترمیم ایده آل از دیدگاه بیمار می تواند حاصل شود، به خصوص هنگامی که از پروتزهای ثابت استفاده می شود. بیماران بخصوص از این پیشرفت خوشحال هستند زیرا کیفیت بهداشت دهان و دندان شان غالباً به دلیل ایجاد فاصله در دندانهایشان بسیار آسیب دیده است.

با این حال، پروتزهای متحرک متکی بر ایمپلنت، تصویر متفاوتی ارائه می دهند: اینها نمی توانند وضعیت اصلی را به همان اندازه بازایی کنند، بنابراین بیمار نیاز به تحمل محدودیت های خاصی دارد. اگرچه چنین محدودیت هایی را می توان با تعداد ایمپلنت ها و نوع سوپر استراکچر بکار رفته کاهش داد، اما هرگز از این موارد به طور کامل نمی توان جلوگیری کرد.

علاوه بر این، روشی که با استفاده از ترمیم پروتز متحرک انجام می شود، غالباً از فقدان داده های مبتنی بر شواهد که به پزشک اجازه می دهد بهترین گزینه درمانی را در نظر بگیرد، ضرر می بیند. به عنوان مثال، هیچ مطالعه علمی با کیفیت بالا برای آزمایش مفاهیم ترمیم تاج های تلسکوپی با پشتیبانی ایمپلنت یا سیستم های اتصال توپی مدرن وجود ندارد. در این زمینه، فقط داده های مربوط به اوردنچرهای بار در دسترس است. علاوه بر این، خیلی کم در یک مطالعه تصادفی انجام شده در طی یک دوره طولانی، دو نوع درمان به طور سیستماتیک با هم مقایسه شده است. این شکاف شواهد "تراپی کوریدور" گسترده ای را ایجاد می کند که در طی آن باید درمان صحیح متناسب با بیمار انتخاب شود. هر یک از این اشکال مختلف درمانی، مزایا و معایب خاصی را به همراه دارد که باید با وضعیت پایه فردی (به عنوان مثال، جذب استخوان)، عوامل خطری که برای هر بیمار اعمال می شود، ترجیحات شخصی، اضطراب بیمار و تاب آوری، و زمانی که بیمار قادر است صرف کند تا به دندانپزشک مراجعه کند سازگار شود.

۱,۲ شخصیت های بیمار

وضعیت ذکر شده در بالا اهمیت بیمار به عنوان یک فرد با توجه به بهترین تصمیم درمانی در هر مورد خاص را برجسته

با روش های جراحی، دوره های درمانی پیچیده، دوره طولانی مدت درمان و هزینه های اضافی همراه است. با این وجود، آنچه می توان به دست آورد بهبود عملکرد جویدن، به همراه مزیت بالقوه عدم استفاده از پروتزهای متحرک و همچنین بهبود زیبایی دهان و دندان است.

برای یافتن راهکار درمانی مناسب همراه بیمار، دندانپزشک برای تجزیه و تحلیل عوامل مختلف فردی مرتبط با بیمار باید از مشاوره استفاده کند. اینها اطلاعات ارزشمندی را در مورد فرآیند تصمیم گیری های بعدی حاصل می کنند. این عوامل عبارتند از:

- ۱- منابع مالی بیمار.
 - ۲- نیازهای عملکردی پروتزهای دندانی.
 ۳. تمایل به انجام اقدامات تهاجمی.
 - ۴- خواستار زیبایی بودن
 - ۵- خطرات از بین رفتن ایمپلنت منفرد:
- الف). عوامل خطر شخصی که می توانند بر عملکرد طولانی مدت ایمپلنت ها تأثیر بگذارند.
- ب). تمایل بیمار به همکاری (بهداشت دهان و دندان)

نمای کلی از این فاکتورهای بیمار، پروفایل بیمار را فراهم می کند، که به موجب آن هر عامل به تنهایی می تواند معیار ممانعت از درمان کاشت ایمپلنت باشد، فارغ از اینکه چگونه سایر فاکتورها ارزیابی شده اند.

Edentulous area= ناحیه بدون دندان

Design= طرح

Planning variant ۳=۳ برنامه ریزی (طراحی) نوع

Planning variant ۲=۲ برنامه ریزی (طراحی) نوع

Planning variant ۱=۱ برنامه ریزی (طراحی) نوع

Number of implants= تعداد ایمپلنت ها

Dental prosthesis profile= پروفایل پروتز دندانی

Technical details= جزئیات فنی

Simple/medium/complex= ساده / متوسط / پیچیده

Degree of difficulty= درجه سختی

Unknown/good/very good= ناشناخته / خوب / خیلی خوب

Long-term performance= عملکرد بلند مدت

Patient profile ۲=۲ مشخصات بیمار

Patient profile ۳=۳ مشخصات بیمار

Patient profile ۱=۱ مشخصات بیمار

بازنشستگی هستند که بعد از یک دوره کار طولانی بازنشست شده اند، و بسیاری از آنها کسانی هستند که زودتر خود را بازنشست کرده اند. مشاغل آنها نیازمند قوای فیزیکی و جسمی بوده است، مانند صنعتگران و کارگران ماهر و غیر ماهر. مشخصه آنها داشتن قوای جسمی برای انجام کار است و ویژگی غالب آن ها عملکرد فیزیکیشان است. بر خلاف محافظه کاران، سلامتی بر روی بدن متمرکز است، در این زمینه، طبیعی است که «پارگی و جراحی» وجود داشته باشد.

[...]

«افرادی که محیط زندگی آنها در حاشیه های جامعه قرار دارد، ارزش زیادی برای سلامتی نمی گذارند. آنها بیش از اندازه نگران نحوه مدیریت زندگی روزمره خود هستند: نگرانی از پول، نگرانی در مورد گذراندن زندگی، طرد نشدن توسط دیگران و، مدام مجبور بودن برای برقراری ارتباط با افرادی که از جایگاه بهتری برخوردار هستند (در مدرسه، شرکت، بانک، مطب پزشک) با این دانش که آنها کم و بیش مورد بی اعتنائی قرار خواهند گرفت یا با رفتار توهین آمیز افراد مواجه می شوند. [...] جهان بینی عادی و پیش فرض است. که هر فرد از سطح اولیه بهداشتی برخوردار است که برای مدت معینی در طول عمر خود ادامه خواهد داد.»

این سه توصیف از محیط توسط وایپرمن به ما این بینش را می دهد که چگونه باید یک فرد به طور متفاوتی به بیماران نزدیک شود و وبا آنها مشورت کند. دندانپزشکان تنها در صورتی که با بیماران به زبان خودشان صحبت کنند با بیماران ارتباط برقرار می کنند و آنچه که آنها می گویند برای بیماران قابل قبول خواهد بود. علاوه بر این، دندانپزشکان باید بدانند که بیماران هر آنچه را که به دنیای خود نسبت می دهند (خانواده و دوستان) درک می کنند، جایی که استدلال های آنها نیز لازم است درک شود. به طور واضح، این ممکن است به صورت زیر تعبیر شود: تنها اگر خانم بتواند نیاز به درمان برنامه ریزی شده را برای شوهرش توضیح دهد، و بتواند استدلال هایی را که توسط دندانپزشک به وی ابلاغ شده است، توضیح دهد، آیا وی موفق به پرداخت هزینه های اضافی که باید برآورده شود، می شود و غیره.

۲,۲ توسعه پروفایل بیمار

از آنجا که درمان کاشت ایمپلنت از ویژگی های خاصی برخوردار است، دندانپزشک باید تلاش کند تا تصویری شفاف از بیمار به دست آورد. ایمپلنت درمانی کاملاً انتخابی است و همیشه

Risk=خطر

Patient profile = مشخصات بیمار

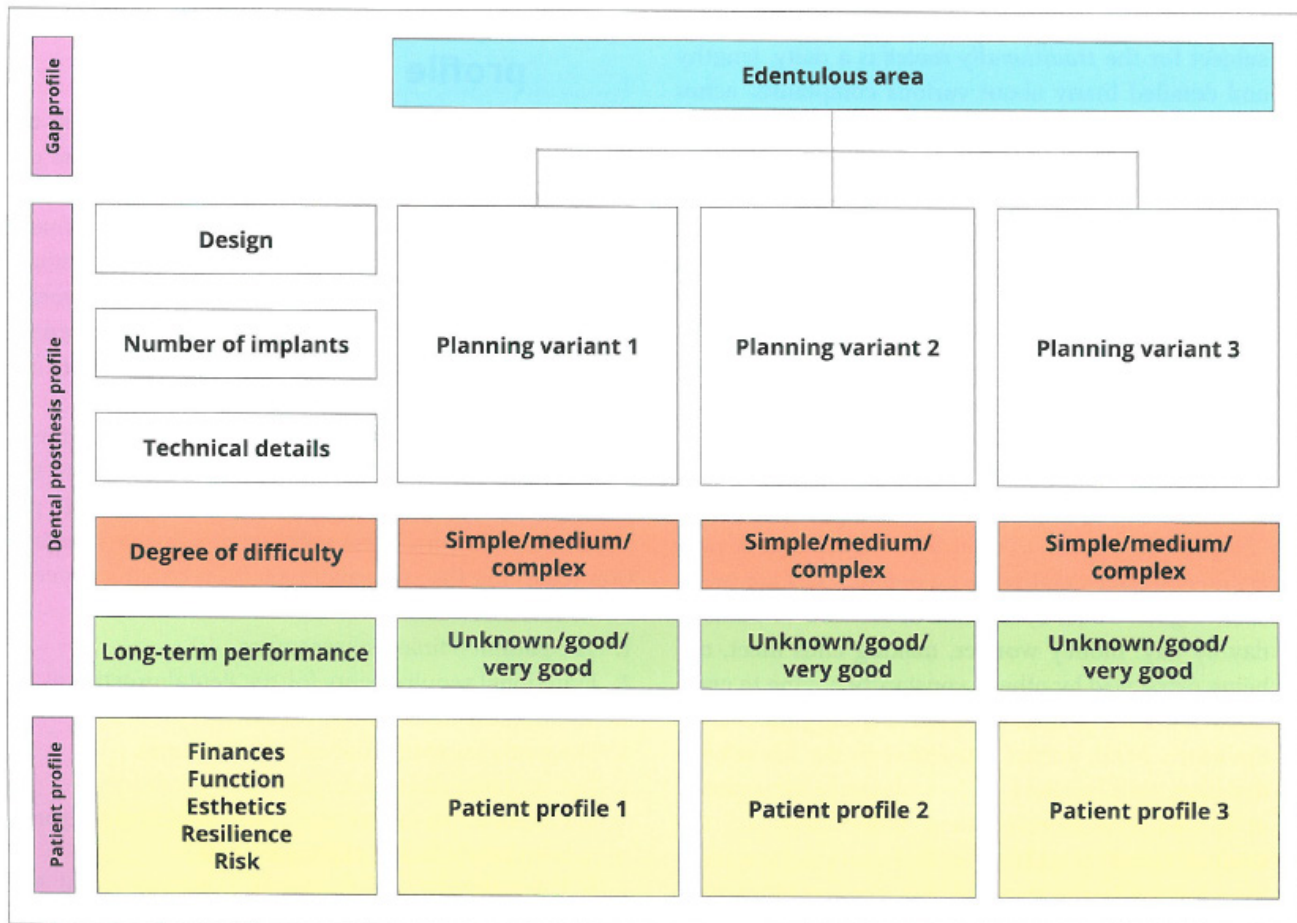
gap profile = (مشخصات گپ، فاصله)

Finances = امور مالی

Function = عملکرد

Esthetics = زیبایی

Resilience=انعطاف پذیری



شکل ۲،۱ درخت تصمیم گیری: از مشخصات شکاف خاص، انواع مختلف برنامه ریزی برای پروتز دندان (مثال ۱ تا ۳) با توجه به فناوری طراحی دندانپزشکی، تعداد ایمپلنت های مورد نیاز، جزئیات فنی خاص، میزان دشواری برای پزشک بالینی، و عملکرد طولانی مدت تأیید شده از لحاظ علمی شروع می شود. هر گزینه برنامه ریزی، به نوبه خود، با مشخصات بیمار خاص مشخص می شود.

طراحی فنی، تعداد ایمپلنت های مورد نیاز، جزئیات فنی خاص، میزان دشواری برای پزشک و نتایج طولانی مدت تایید شده از نظر علمی تأیید، متفاوت است. هر گزینه طراحی، به نوبه خود، با مشخصات بیمار خاص مشخص می شود. بنابراین وقتی یک نمایه خاص برای شکاف داده می شود، درخت تصمیم گیری حاصل از آن به دندانپزشک کمک می کند تا تصمیم کاشت ایمپلنتولوژیکی / دندانپزشکی / فنی را به کار بگیرد که به بهترین وجه برای بیمار مناسب است. این درخت تصمیم گیری در فصل ۹ ارائه شده است. پروفایل های مختلف شکاف افراد در بخش های ۲۱ تا ۲۴ ارائه شده است.

۳،۲ درخت تصمیم گیری

جدا از مشخصات بیمار، دو پروفایل مهم دیگر نقش مهمی در برنامه ریزی درمانی دارند

(۱) پروفایل شکاف (فاصله)، که اندازه بخش های بدون دندان قوس دندانی را توصیف می کند و هر گونه عیب و نقص بافت نرم و سخت موجود را در نظر می گیرد.

(۲) مشخصات پروتز، که مشخصات گزینه های مختلف جایگزین دندان را مشخص می کند (شکل ۲-۱).

مشخصات شکاف خاص منجر به برنامه ریزی و طراحی های مختلف برای پروفایل پروتز می شود. این تنوع ها با توجه به

۲.۴.۲ فاکتورهای اصلی مشخصات (پروفایل) بیمار

۲.۴.۱ امکانات مالی

این نکته باید براساس وضعیت اجتماعی بیمار، پوشش بیمه و اظهارات واقعی تعیین شود. پس از برآورد اولیه هزینه های درمان، ارزیابی اولیه همیشه می تواند با استفاده از یک برآورد دقیق و برنامه ریزی برای درمان تنظیم شود. در این زمینه، دندانپزشک باید به خاطر داشته باشد که گفتن حرف هایی توقع بیمار را بالا میبرد، باعث از بین رفتن اعتماد به نفس پزشک می شود و ممکن است منجر به تغییر دندانپزشک توسط بیمار شود.

۲.۴.۲ عملکرد

جنبه های عملکردی از طریق سؤالات هدفمند توسط دندانپزشک ارزیابی می شود، از جمله: آیا شما در حال حاضر قوس دندانی کوتاه شده موجود را مدیریت می کنید؟ آیا می توانید در حال حاضر همه چیز را با دندان خود بخورید؟ خواسته های شما از دندانپزشکان در مورد جوییدن بهتر چیست؟ این فاکتور براساس پاسخ های بیمار به صورت ذهنی ارزیابی می شود.

۲.۴.۳ زیبایی شناسی

ایده های بیمار در مورد زیبایی از طریق سؤال هدفمند توسط دندانپزشک نیز قابل ارزیابی است. این شامل پرداختن به عیب های زیبایی که در حال حاضر وجود دارد می باشد، از جمله: آیا شما از حاشیه های تاج در معرض دید / دندان های با رنگ متفاوت یا تیره / خط ناموزون لبه های برنده دندان / نسبت نامتعادل دندانپشتان ناراحت هستید؟ این فاکتور نیز براساس پاسخ های بیمار به صورت ذهنی ارزیابی می شود.

۲.۴.۴ انعطاف پذیری

این به توانایی بیمار در کنار آمدن با درمان اشاره دارد. از آنجایی که بیشتر بیماران اطلاعات زیادی در مورد روش های جراحی انجام شده در ایمپلنتولوژی دندانی ندارند، این نکته را می توان با توصیف کلی مدت زمان و تهاجمی بودن روش و با توضیح ماهیت و مدت احتمالی علائم و ناراحتی های بعد از عمل توضیح داد. ارزیابی ذهنی این عامل همچنین باید شامل سن و ناراحتی (بیماری) بیمار، و همچنین هرگونه اقدامات اضافی که ممکن است روی این روش تأثیر بگذارد (مانند داروی ضد انعقاد خون) باشد.

۲.۴.۵ ریسک فردی برای عدم موفقیت (شکست) ایمپلنت

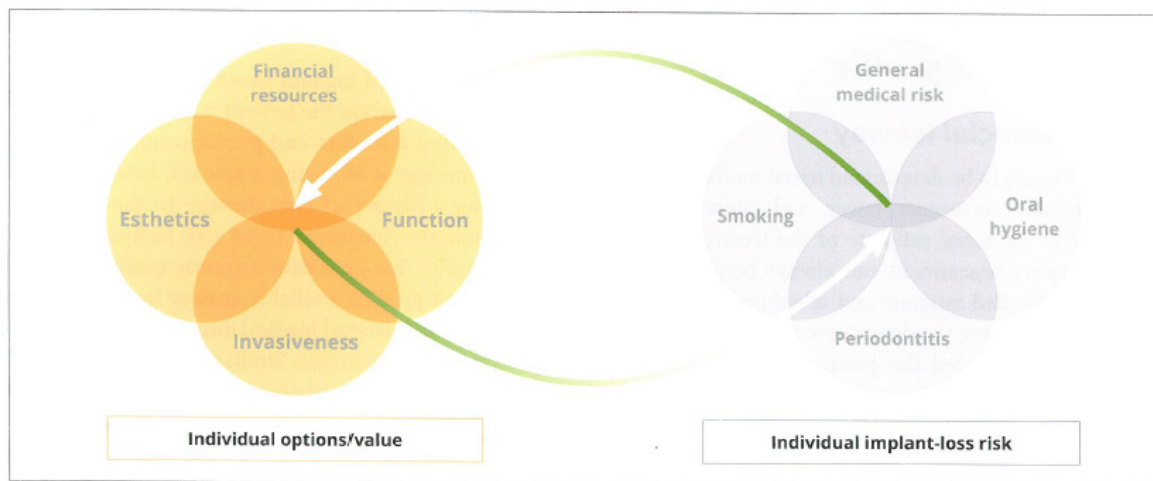
برای ارزیابی خطر از دست دادن ایمپلنت برای هر فرد، لازم است تا تاریخچه پزشکی بیمار در مورد برخی از اختلالات عمومی و عوامل پیش بینی کننده تجزیه و تحلیل شود. داشتن بالای ۶۰ سال، سیگاری بودن، دیابتی بودن و سابقه رادیوتراپی در ناحیه سر و گردن از عوامل ریسک برای از بین رفتن زودرس ایمپلنت محسوب می شود. به دلیل داده های کمی در حال حاضر در این رابطه، پاسخ مطمئنی برای این سوال که آیا سایر اختلالات عمومی پزشکی منجر به افزایش خطر ریزش ایمپلنت می شوند یا نه، داده نمی شود. به طور مشابه، هیچ گونه اطلاعات قطعی در مورد پوکی استخوان موجود در دسترس نیست. باید توجه ویژه ای به هرگونه درمان قبلی و یا برنامه ریزی شده با بیس فسفونات بشود (به بخش ۸.۲ مراجعه کنید).

علاوه بر از بین رفتن ایمپلنت، پری ایمپلنت یک عارضه مهم زیست شناختی است که در این زمینه باید مورد توجه قرار گیرد. شیوع پری ایمپلنتیت در ۱۰٪ از ایمپلنت ها و ۲٪ از بیماران در طی مدت ۵ تا ۱۰ سال پس از قرار دادن ایمپلنت ذکر شده است. استعمال دخانیات، بهداشت دهان و دندان و وجود پریدونتیت از قبل منجر به شیوع بیشتر آن می شود. با توجه به افزایش خطر پری ایمپلنتیت در بیماران با بهداشت دهان و دندان ضعیف، باید این مورد را به عنوان منع استفاده از ایمپلنت در هنگام کاشت ایمپلنت در نظر بگیرید. همچنین یک برنامه مراقبت بعد از عمل تنظیم شده خوب برای کاهش میزان شکست های بیولوژیکی و تکنولوژیکی ترمیم های ثابت ایمپلنت توصیه می شود. بنابراین باید تلاش شود تا قبل از شروع درمان، همکاری بیمار را ارزیابی کنیم. این شامل ارزیابی وضعیت فعلی بهداشت دندان ها، مشارکت بیمار در برنامه های مراقبت های بعد از عمل قبلی که قبلاً ارائه شده بود، و استفاده احتمالی از وسایل بهداشتی تکمیلی مانند نخ دندان و برس های بین دندانی است. اگر نتیجه اولیه رضایت بخش نباشد، لازم است که تمام تلاش خود را برای دستیابی به پیشرفت در مرحله پیش از درمان انجام دهید.

می توان نتیجه گرفت که عامل خطر فردی شکست ایمپلنت از تعدادی زیر فاکتور تشکیل شده است و بخشی از پروفایل بیمار را تشکیل می دهد. شکل ۲-۲ نمای کلی از دو مجموعه که پروفایل بیمار را تشکیل می دهند ارائه می دهد.

۲,۴,۶ نشان دادن پروفایل (مشخصات) بیمار

هر یک از پنج عامل از مشخصات بیمار که در بالا مورد بحث قرار گرفته است در شکل ۲-۳ نشان داده شده است. هر عامل دارای یک مقیاس رتبه بندی است که به چهار سطح تقسیم



شکل ۲-۳ مشخصات بیمار. عوامل فوق پروفایل بیمار را پیکربندی می کند: منابع مالی، نیازهای زیبایی، نیازهای عملکردی و تمایل به انجام اقدامات تهاجمی. این چهار عامل با پنج آمین فاکتور، ریسک از دست دادن کاشت ایمپلنت، که تعدادی از عوامل فرعی را شامل می شود، تعامل دارند.

را بکشم و مجموعه جدید خوبی برایم بسازید. اما مردم سال هاست که من را چنین می شناسند. من دندان های دیگری نمی خواهم. آیا هیچ گزینه دیگری وجود ندارد؟» سپس تاریخچه پزشکی عمومی و دندانپزشکی بیمار مورد بحث قرار گرفت. او هیچ مدرکی در مورد عوامل خطر که ممکن است بر درمان ایمپلنت تأثیر منفی بگذارد، نشان نداد. پس از تجزیه و تحلیل لبخند و عملکرد جوندگی وی، تأیید شد که وی دوست دارد ظاهر فعلی دندان های خود را حفظ کند. او همچنین عملکرد جوندگی قوس دندانی کوتاه شده از دو طرف را به خوبی مدیریت می کرد. با این حال، پروتز موقت فک پایین که قبلاً ۲ سال از آن استفاده کرده بود، توسط او مشکل ساز تلقی شد. وی در پاسخ به این سؤال که چرا در طی ۲ سال گذشته ترمیم بیشتری انجام داده است، اظهار داشت که وی حفاظت از دندان های خود را از هر چیز دیگری مهم تر می داند و دندانپزشک وی هیچ پیشنهادی رضایت بخش درباره چگونگی حل این مسئله ارائه نداده است. در همین زمینه، وی همچنین اظهار داشت که اگر متقاعد شود که جایگزین بهتری وجود ندارد، مایل به انجام جراحی های جزئی خواهد بود. علاوه بر این، او به مراتب از پروتز متحرک اجتناب می کند زیرا در کلاس های تاریخ هنری خود، که اکنون ترم چهارم خود را



شکل ۲,۳. پنج فاکتور مشخصات بیمار، هر کدام دارای مقیاس رتبه بندی از کم تا زیاد (نوارهای رنگی) هستند.

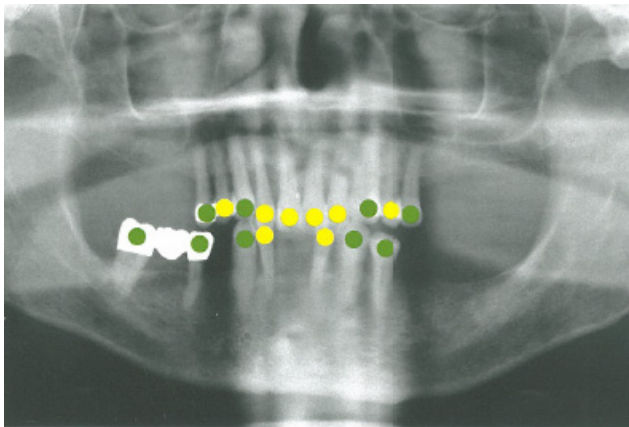
۵,۲ اهمیت عملی مشخصات (پروفایل) بیمار با استفاده از یک مثال بیمار موردی

۲,۵,۱ ساخت پروفایل بیمار

یک قاضی بازنشسته - نشان دهنده یک جهت گیری محافظه کارانه طبق Wippermann - در سن ۷۰ سالگی با وضعیت پایه نشان داده شده در شکل های ۲-۴ تا ۲-۷ مراجعه کرد. وی در پاسخ به این سؤال که چه چیزی او را به کلینیک آورده است، پاسخ داد: «دندانپزشک من می خواهم تمام دندانهایم

گرفتن مشخصات بیمار، همراه بیمار یک مفهوم درمانی ایجاد شد و پس از آن، بیمار استدلال‌هایی را برای پیشنهاد درمان همسرش، که خودش یک پزشک است، مطرح کرد.

این بحث باعث بهتر شدن تصمیم بیمار شد و باعث ایجاد سؤالاتی در مورد بررسی درمان برنامه ریزی شده، گردید. هنگامی که این سؤالات در یک جلسه مشاوره دوم برطرف شد، بیمار موافقت خود را برای اجرای برنامه درمانی زیر عنوان کرد: ۱. درمان پرپودنتال با هدف حفظ تمام دندان‌های موجود در فک بالا و فک پایین انجام خواهد شد. این مورد بعد از اسپلینت چسبیده دندانها با مش فایبرگلاس (Ribbond) برای تثبیت بیشتر دندان‌های فک بالا (شکل ۲-۱۰ و ۲-۱۱) است.



شکل ۲-۹ رادیوگرافی پانوراما که نشان دهنده پرپودنتیت گسترده است. دندان‌ها به دسته‌های پیش‌بینی کننده بیماری «قابل اعتماد» (سبز)، «مشکوک» (زرد) و «هرچند در اینجا قابل استفاده نیست - نداشتن ارزش حفظ کردن آن» (قرمز) طبقه بندی شده اند.

عملکرد: از آنجا که بیمار "دو قوس دندانی کوتاه شده" از دو طرف را "به خوبی مدیریت می کند"، و به نظر می رسد که دردسر چندانی در رابطه با آن نداشته باشد، او به عنوان نسبتاً نامشخص رتبه بندی شد. این همچنین با این واقعیت ارتباط دارد که، در حالی که او پروتز موقت فعلی خود را "مشکل ساز" توصیف می کند، با این وجود سالهاست که از آن استفاده می کند و به خوبی آن را مدیریت می کند. این منجر به درجه پایین (سطح ۱) شد.

زیبایی: از نظر دندانپزشک، بیمار خواسته های بزرگی را در این مورد نگفته است. با این وجود وی موضع گیری کاملاً فردی را تعریف می کند، که یک دندانپزشک باید تا حد امکان از نظر پزشکی به آن احترام گذاشته و از آن پیروی کند. هر دو جنبه مورد ارزیابی قرار گرفتند، که منجر به رتبه بندی متوسط (سطح ۲) شد.

انعطاف پذیری: با توجه به آنچه بیمار درباره تمایل خود به انجام اقدامات جراحی گفته است، میزان تاب آوری وی در حد متوسط ارزیابی شد (سطح ۲).

خطر شکست ایمپلنت: جدا از پرپودنتیت گسترده موجود، هیچ عامل خطر دیگری در تاریخ پزشکی و دندانپزشکی وی وجود ندارد. همکاری بیمار نیز ممکن است خوب ارزیابی شود، زیرا وی با دندان‌هایی که به خوبی از آنها مراقبت می کند، پیش پزشک رفت و گفت که وی برای معاینه های ۶ ماهه مراقبت های پیشگیری برنامه ریزی شده ی خود به دندانپزشک قبلی خود مراجعه میکرد. بنابراین به این عامل نیز درجه پایین (سطح ۱) داده شد.

این ملاحظات پروفایل بیمار را نشان می دهد که در شکل ۲-۸ نشان داده شده است.

۲.۵.۲ برنامه ریزی و درمان مبتنی بر مشخصات (پروفایل) بیمار

ارزیابی کامل تشخیص پرپودنتیت وسیع تعمیم یافته را تأیید کرده است (شکل ۲-۹). از لحاظ پروگنوستیک، دندان‌های ۱۵، ۱۳، ۲۳، ۲۵، ۳۴، ۳۳، ۴۳، ۴۵ و ۴۷ به عنوان "قابل اعتماد" (سبز) طبقه بندی شدند و دندان‌های ۱۴، ۱۲ تا ۲۲، ۲۴، ۳۲، ۴۲ و "مشکوک" (زرد)؛ اما، هیچ یک از دندان‌ها به عنوان "نداشتن ارزش نگهداشتن" طبقه بندی نشده اند (قرمز) (به فصل ۸.۴ نگاه کنید). قوس های دندانی در ربع های اول، دوم و سوم کوتاه شده اند. دندان ۳۱ و ۴۱ از دست رفته اند. با در نظر



شکل های ۲،۱۰ و ۲،۱۱. فک بالا بعد از درمان پریودنتال و اسپلینت Ribbond.

با این اقدامات درمانی می توان از پروتز متحرک استفاده نکرد. تمام دندان های فک پایین قابل حفظ کردن هستند، هیچکدام از دندانها دیگر لازم نیست آماده شوند، و تعداد ایمپلنت و آگمنتاسیون های مورد نیاز می تواند کاهش یافته و به حداقل برسد. بنابراین، درمان با درخواست بیمار برای انجام روش تهاجمی حداقل مطابقت خواهد داشت. با توجه به طبقه بندی محیط پیرامون، به بیمار می توان اطلاعات متفاوتی در مورد پیش بینی درباره توانبخشی کلی ارائه داد که ارزیابی آن به دلیل وجود دندان های مشکوک زیاد، دشوار است.

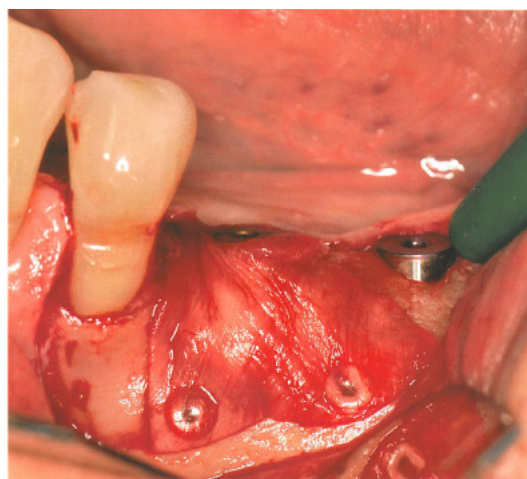
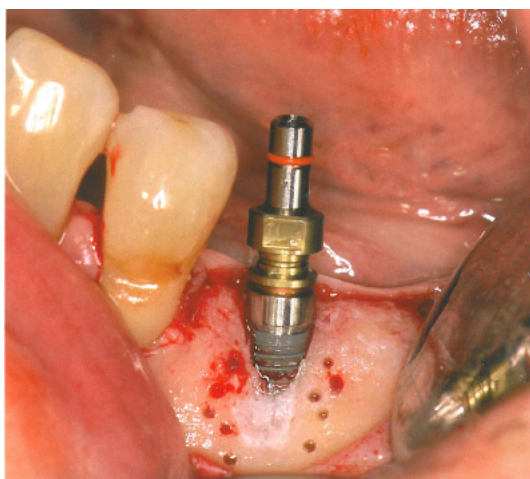
شکل ۲،۱۷ رستوریشن پروتز را مستقیماً پس از اینترشن نشان می دهد. سپس بیمار ۳ ماه در برنامه مراقبت های بعد از درمان شرکت کرد. وضعیت بیمار بعد از ۵ سال را می توان در شکل ۲-۱۸ تا ۲-۲۰ مشاهده کرد. اکنون رستوریشن بیش از ۱۰ در محل بدون تغییر است و بیمار در این مدت از آن بسیار راضی بوده است.

این روش درمانی حفاظت از دندان بنابر درخواست بیمار مبنی بر عدم تغییر در زیبایی ظاهری وی، در حالی که دندان های وی به طور دائمی تثبیت می شود، امکان پذیر است. به نظر نمی رسد که جایگزین کردن مولرها ضروری باشد، زیرا بیمار عملکرد جویدن خود را با وجود کوتاه شدن قوس دندانی مناسب می داند.

۲. دو ایمپلنت در ربع سوم با آگمنتاسیون استخوان محدود و مشخص شده (شکل ۲-۱۲) و ایمپلنت های بارگذاری شده با تاج های منفرد کاشت می شوند.

۳- دندان های قدامی از بین رفته با دو پروتز دندانی ثابت رزین باند تمام سرامیکی (FDPs) کانتی لور های (Cantilever) قدامی (شکل ۲-۱۵ و ۲-۱۶) ترمیم خواهند شد.

۴- فضای موجود در منطقه ۴۴ با پایه FDP از دندان ۴۷ تا ۴۴ ترمیم می شود.



شکل های ۲،۱۲ و ۲،۱۳. در ربع سوم، ایمپلنت ها در مناطق ۳۵ و ۳۶ وارد می شوند. آگمنتاسیون استخوان مشخص شده با ترکیب ۱-۱ استخوان اتولوگ و بیو اوس انجام شد. این آگمنتاسیون با یک غشای Bio-Gide ثابت شده در محل با پین های قابل جذب پوشانده شد.

در این پروفایل، یک گزینه درمانی ممکن کشیدن دندان های مشکوک ۱۲ تا ۲۲، و همچنین دندان های ۳۲ و ۴۲ خواهد بود. سپس فک بالا می تواند توسط RDP نگهدارنده تاج دویل که روی دندانی ماگزیلاری باقیمانده کاشت شده، ترمیم شوند، در حالیکه دندان های از دست رفته ۳۱ و ۴۱ و همچنین قسمت خالی در ربع سوم، هر دو با دو ایمپلنت و FDPS قابل درمان بودند.

۶,۲ خلاصه فصل

در بسیاری از زمینه های ایمپلنتولوژی، شواهد موجود کوریدور درمانی وسیعی را برای دندانپزشکان باز می کند. تعیین بهترین گزینه درمانی در این کوریدور برای هر بیمار خاص نه تنها نیاز به ارزیابی و تشخیص مناسب دارد بلکه نیازمند مشاوره برای افزایش اعتماد به نفس با بیمار است. اینها باید این واقعیت را در نظر بگیرند که بیماران شخصیت های متفاوتی دارند، متعلق به مناطق مختلف اجتماعی هستند (به افشار متفاوتی تعلق دارند) و مفهوم سلامت را متفاوت می فهمند. بنابراین، بیماران درباره سلامتی خود یکنواخت رفتار نمی کنند.

این مشاوره ها باید به عنوان فرصتی برای تجزیه و تحلیل برخی از فاکتورهای بیمار خاص و تجزیه و تحلیل عوامل خطر برای شخصی بیمار مورد استفاده قرار گیرد تا اطلاعات مهمی برای فرایند تصمیم گیری به دندانپزشک ارائه دهد. بنابراین باید عوامل زیر مورد توجه قرار گیرد: (۱) منابع مالی بیمار. (۲) آرزوهای بیمار برای جنبه های عملکردی پروتز دندان. (۳) نیازهای بیمار با توجه به زیبایی دندان حاصله (۴) تمایل بیمار برای انجام اقدامات تهاجمی. (۵) تجزیه و تحلیل عوامل خطر شخصی. نمای کلی از این فاکتورهای بیمار ارزیابی شده پروفایل بیمار را ایجاد می کنند. پروفایل های مختلف می توانند به مفاهیم مختلف درمان کاشت ایمپلنت منجر شوند.



شکل ۲,۲۰ رادیوگرافی فالوآپ از ایمپلنت پس از ۵ سال، همچنین با وضعیت استخوان پایدار



شکل ۲,۲۱ پروفایل بیمار جایگزین، ساختگی. این مشخصات به طور اتوماتیک می تواند به یک مفهوم درمانی متفاوت منجر شود.

۲,۵,۳ مشخصات بیمار جایگزین

برای تأکید بر اینکه دخالت بیمار در فرایند تصمیم گیری درباره درمان چقدر مهم است و اینکه مشخصات بیمار در هنگام انجام این کار چقدر می تواند مفید باشد، مشخصات جدید ساختگی ایجاد شده است (شکل ۲,۲۱). اگر کسی فرض کند که بیمار از نظر عملکردی از قوس کوتاه شده دندان بسیار ناراضی بود، اصرار بر بهبود چشمگیر در زیبایی داشت و یک ترمیم علمی اثبات شده برای ۱۰ سال آینده می خواست، کوریدور درمانی موجود بسیار متفاوت به نظر می رسید.

است. به طور خاص، آنها شامل موارد زیر است: وضعیت لثه، فضای بین دندانی، محور دندان، خط لثه متعادل، ارتفاع نقطه تماسی بین دندانی، نسبت‌های دندانی، شکل دندان، ساختار سطح و رنگ هستند. برعکس چک لیست، Aoshi- و Chiche ma شامل اهداف زیبایی بیماران، یک انتخاب کاملاً دقیق از رنگ‌ها، و آنچه که آنها از آن به عنوان "طراحی لبخند" یاد می‌کنند، می‌باشد. بسته به نتیجه مطلوب ترمیم‌های طراحی شده، این طراحی لبخند از دسته‌های زیر تشکیل شده است: تراز، درخشندگی، شخصیت و اثر اینسیزال. این طبقه بندی‌ها نقاط کانونی جدیدی را برای آنالیز زیبایی شناسی تعیین می‌کنند، در حالی که پیچیدگی ترمیم دندان‌های قدامی را از لحاظ زیبایی نیز روشن می‌کند. هر دو سیستم به راحتی در نوع خود قابل استفاده هستند و کمک مهمی برای توانبخشی زیبایی انجام می‌دهند.

با وجود این، هنوز هم این سوال عملی وجود دارد که چگونه می‌توان از شناسایی مشکلات زیبایی خاص به یک برنامه جامع درمانی سینوپتیک رسید. یعنی مشکلات پیچیده زیبایی به ندرت به تنهایی با اقدامات ترمیمی قابل رفع است. در عوض، آنها نیاز به ترکیبی از مداخلات ارتودنسی، جراحی قبل از درمان، تصحیح رنگ و اقدامات محافظه کارانه و پروتز دارند. چک لیست به ما امکان می‌دهد تا از طریق سؤالات مربوطه بطور سیستماتیک کار کنیم تا به اقدامات درمانی خاصی برسیم. نقایص زیبایی مشخص شده یک لبخند به طور مستقیم این اقدامات درمانی را تعیین می‌کند. حصول اطمینان از زمانبندی صحیح مورد دوم، برای یک دوره درمانی بی نقص ضروری است. به عنوان مثال، هر روش اصلاح بافت نرم باید از قبل به طور مناسب برنامه ریزی شود تا زمان کافی برای بهبودی بافت فراهم شود، در نتیجه از فرورفتگی احتمالی لثه اطراف ترمیم جلوگیری می‌شود. ملاحظات مشابهی در مورد سفید کردن دندانها یا دندان‌های همسایه اعمال می‌شود: باید دوره‌های کافی برنامه ریزی شود تا رنگ نهایی دندان قبل از انجام هرگونه ترمیم تثبیت شود.

غالباً این اقدامات و دوره‌های بهبودی با عمل جراحی لازم برای ایمپلنت هماهنگ می‌شوند: (۱) می‌توان روش‌های خاصی را با هم ترکیب کرد، بنابراین تعداد کل روش‌ها برای بیمار کاهش می‌یابد. به عنوان مثال، روش کاشت مجدد فلپ به صورت آپیکال (ARF) مورد نیاز برای دندان مجاور می‌تواند به طور مستقیم با جراحی ایمپلنت ترکیب شود: به همین ترتیب، عمل جراحی

۱,۳ تجزیه و تحلیل لبخند به عنوان بخشی از طراحی ایمپلنت

جذابیت صورت به طور چشمگیری در رشد تصویر شخصی، مقبولیت اجتماعی، خودآگاهی و اعتماد به نفس افراد تأثیر می‌گذارد. افرادی که از ظاهر خود راضی نیستند، نارضایتی از ظاهر دندان‌های خود را بیشتر از سایر ویژگی‌های آن ذکر می‌کنند. تأثیر روانی لبخند جذاب و تأثیر سودمند آن بر ارزش شخص در بسیاری از مطالعات مورد تأکید قرار گرفته است، یک لبخند جذاب با دندان‌های زیبا تأثیر مثبتی در ظاهر شخصی دارد. بنابراین، روکش‌هایی با زیبایی بهینه می‌توانند بهبود قاطعی در کیفیت زندگی بیماران ایجاد کرده و عزت نفس آنها را ارتقا بخشند. به دلیل اهمیت لبخند ظریف و هارمونیک و تأثیر آن بر کیفیت زندگی، سالهای اخیر شاهد تلاش‌های رو به رشد دندانپزشکان برای ترمیم دندان‌های بیماران خود از نظر زیبایی هستند که تا جایی که امکان دارد طبیعی به نظر برسند.

برای بیماری که زیبایی دندان برای آنها مهم است، نکته اصلی این است که آیا ظاهر کلی لبخند به طور مداوم خوشایند است یا نه. به عبارت دیگر، طراحی ایمپلنت دندان قدامی در حالی که قادر به تغییر دندان‌های مجاور با رنگ‌های نامطلوب، نسبت نامتعادل، حاشیه تاج قابل رویت و / یا پونتیک‌های نامطلوب مهم نیست. این بدان معنی است که بیمار یک راه حل کاربردی را دریافت می‌کند اما از ظاهر لبخند نارضی است. در نتیجه، این فصل به تجزیه و تحلیل زیبایی لبخند می‌پردازد، که می‌تواند به عنوان پایه‌ای برای ایجاد یک مفهوم کلی درمانی برای بیمار استفاده شود. برای این منظور، فصل به دو بخش تقسیم می‌شود. بخش اول کاوش کلی درباره زیبایی دندان، لبخند بیمار و هر دندانی که ممکن است نیاز به بازسازی داشته باشد، می‌باشد. بخش دوم به جنبه‌های زیبایی دندان که با پروتزهای ایمپلنت مرتبط است می‌پردازد. نقاط پوشش داده شده سپس در یک چک لیست زیبایی شناسی خلاصه می‌شوند. البته، کمکهای برنامه ریزی مشابه در ادبیات مربوط به دندانپزشکی زیبایی در حال حاضر موجود است. دو مورد که قابل ذکر است دوازده نکته مرتبط خلاصه شده توسط Belser، و راهنمای ارزیابی زیبایی از وضعیت بیمار که توسط Chiche و Aoshima ساخته شده است، می‌باشند. تفاوت این دو روش در این واقعیت نهفته است که بلزر نکات بسیار مشخصی را بررسی کرده و راهنمایی‌های روشن و واضحی را برای آنها کرده

چک لیست زیبایی با این سؤال آغاز می شود که چگونه بیمار در حال حاضر لبخند خود را ارزیابی می کند. این ارزیابی ذهنی از محدوده "کاملاً ناراضی" تا "بسیار راضی" طبقه بندی می شود. فاکتورهای مسئله ذهنی ذکر شده است تا بتوان آنها را در هر دو ترمیم موقت و قطعی مورد توجه قرار داد. این با سؤالی در مورد عکسهای قبلی صورت بیمار همراه است. در صورت وجود چنین عکس هایی، برای تعیین سطح رضایت یا عدم رضایت وی از دندان اصلی و لبخند زدن در زمان گرفتن عکس، باید با بیمار گفتگو شود. این اطلاعات ضبط شده و به طور مستقیم به فرایند برنامه ریزی برای ترمیم های آینده کمک می کند.

در مرحله بعدی، از بیمار در مورد رضایت خود از ترمیم موقت یکپارچه با استفاده از همان چک لیست سوال می شود. مرحله نهایی پروتز تا زمانی که بیمار از نظر عملکردی و همچنین از نظر زیبایی از شرایط موقت رضایت داشته باشد شروع شود. از این گذشته، اگر رضایت بیمار حاصل نشده باشد، هم دندانپزشک و هم تکنسین دندانپزشکی هنگام طراحی ترمیمی هدف مشخصی در ذهن نخواهند داشت و نتیجه مطلوبی را نمی توان پیش بینی کرد. در چنین شرایطی روش توصیه شده ادامه اصلاح موقت است تا زمانی که بیمار راضی شود و تیم دندانپزشکی برای ترمیم بعدی ویژگی های مشخصی داشته باشد.

۳،۲،۲ طبقه چهارم: ویژگی های لبخند

تحلیل وضعیت فعلی و قبلی با سؤالی درباره ویژگی مورد نظر درباره لبخند در آینده (بعد از عمل زیبایی) دنبال می شود. بیمار باید از دسته های "سر زنده"، "محتاط" "مخلوط" و "عالی" با بصیرت یک انتخاب انجام دهد. این طبقه بندی از Chiche و Aoshima گرفته شده است "قصد آن این است که به دندانپزشکان و تکنسین دندانپزشکی احساس عمیق تری از ایده ها و خواسته های بیمار بدهد.

۳،۲،۳ طبقه پنجم: تجزیه و تحلیل لبخند

این دسته به نکات زیر تقسیم می شود: غالب بودن (تسلط) و نسبت ها، نسبت دندان به دندان، طول دندان و دید دندان ها. از آنجایی که اینسیزورهای مرکزی فک بالا بیش از هر دندان دیگر روی لبخند تأثیر می گذارند، تحلیل زیبایی باید همیشه از آنها شروع شود. شکل ۳،۲ جنبه های لبخند را که باید در این دسته ارزیابی شود خلاصه می کند.

نفوذ دندان های اینسیزور فک بالا و نسبت آنها

مرحله دوم که یک روش صرفاً مخاطی است، می تواند با ضخیم کردن ناحیه پونتیک همراه با گرافت بافت پیوندی که از کام برداشته می شود ترکیب شود. (۲) روش هایی که به دوره بهبودی بسیار طولانی نیاز دارند (به عنوان مثال، پوشیده شدن فرو رفتگی لثه) باید برنامه ریزی شود تا دوره بهبودی در مدت زمان اینترگشن ایمپلنت باشد. همین امر در مورد اقدامات ارتودنسی، که باید با هماهنگی انجام شود تا مراحل بهبودی ایمپلنت یا مراحل آگمنتاسیون فاز دوگانه (مانند بالا بردن سینوسی و عمل جراحی ایمپلنت در دو جلسه) را دربرگیرد (شامل شود) تا مدت زمان کلی درمان محدود شود، اعمال می شود.

۳،۲ چک لیست زیبایی

چک لیست زیبایی (شکل ۳،۱) به سه قسمت متفاوت تقسیم می شود و نشان دهنده توسعه تجزیه و تحلیل زیبایی کوتاه است که "در Strub et al360 (صفحات ۳۹۳-۳۹۸) قابل دسترسی می باشد. این قسمت ها به ۱۲ دسته بیشتر تقسیم می شوند. هر دسته بندی حداکثر به چهار اختصاص داده شده است که نیاز دارند به طور صحیح مورد تأیید قرار گیرند. در صورتی که یکی از زمینه ها نشانه ای از مشکلی را که نیاز به درمان دارد نشان می دهد، لازم است این نکته در برنامه درمانی ذکر شده و مورد توجه قرار گیرد.

بخش اول (خاکستری روشن) شامل چهار دسته است و به همراه بیمار تکمیل می شود تا ارزیابی از ادراک ذهنی او از زیبایی ارائه دهد. بخش دوم (خاکستری متوسط) شامل پنج دسته است که توسط دندانپزشک تکمیل می شود تا تمام جنبه های زیبایی موردی را که باید در برنامه درمانی بعدی مورد بررسی قرار گیرد، ثبت کند. بخش سوم (خاکستری تیره) شامل سه دسته است که با جنبه های مهمی که در طراحی پروتز پشتیبانی شده توسط ایمپلنت وجود دارد، سروکار دارد. این موارد از اهمیت ویژه ای در هنگام قرار دادن ایمپلنت در دهان برخوردار هستند و به ویژه در ارزیابی پیچیدگی موردی و برای برنامه ریزی موارد بالینی بسیار مفید هستند. قسمت های اول و دوم توسط Wol-fart409 در سال ۲۰۱۱ منتشر شد و مبنای قسمت سوم را تشکیل می دهد که بعداً تهیه شد.

چک لیست یک دید کلی از دسته های فردی را فراهم می کند. بخش ۳،۲،۱ تا ۳،۲،۷ به دقت از مقاله استناد شده توسط Wol-fart 409 پیروی می کند.

۳،۲،۱ دسته بندی ها یک تا سه: ادراک ذهنی بیمار

رضایت از لبخند (امروز)	کاملاً ناراضی ----- خیلی راضی	چه چیزی شما را آزار می دهد	۱		
رضایت از لبخند (عکس قبلی)	کاملاً ناراضی ----- خیلی راضی	چه چیزی شما را آزار می دهد	۲		
رضایت از رستوریشن موقت	کاملاً ناراضی ----- خیلی راضی	چه چیزی شما را آزار می دهد	۳		
ویژگی مورد نظر لبخند	سر زنده	محتاط	ترکیبی	عالی	۴
تجزیه و تحلیل لبخند	تسلط (غالب بودن) اینسیزورهای سنترال ماگزیلاری/نسبت ها	نسبت دندان به دندان	طول دندان خوشایند	میزان دید دندانها	۵
سطح دندان های ماگزیلاری	عمودی (ارتفاع بایت)	افقی (لبه های اینسیزال)	فضای منفی	سازیتال	۶
دندان های اباتمنت	رنگ	اکستروژن	تغییر وضعیت فلپ به اصلاح بافت نرم	طور آپیکال (ARF)	۷
پونتیک	شکل دهی بستر پونتیک	اصلاح با عمل جراحی (عمودی)	اصلاح با عمل جراحی (افقی)		۸
دندان های مجاور	رنگ	شکل	موقعیت	اصلاح بافت نرم	۹
پروتزهای ساپورت شده با ایمپلنت					
خط لبخند	اثر جینیوال	اثر سرویکال	اثر اینسیزال		۱۰
	موارد زیر مهم است: (۱). محل دقیق ایمپلنت (۲). بهینه سازی بافت نرم و بازسازی استخوان (۳). نبود هیچ گونه اتصال قابل دید بین آکرلیک صورتی/سرامیک و لثه	موارد زیر مهم است: (۱). محل دقیق ایمپلنت (۲). بهینه سازی بافت نرم و بازسازی استخوان (۳). نبود هیچگونه اتصال قابل دید بین آکرلیک صورتی/سرامیک و لثه	توافق های احتمالی: (۱) موقعیت ایمپلنت (۲). بازسازی بافت نرم و استخوان (توافق شده با بیمار)		
تحلیل بافت عمودی	زیاد	کم	هیچ کدام		۱۱
	بریج کردن نقص از طریق جراحی به طور پروستتیک (جانهشتی) ثابت (سرامیک صورتی، از لحاظ تکنیکی توصیه می شود) متحرک (آکرلیک صورتی، امکان توافق درباره محل ایمپلنت وجود دارد)	بریج کردن نقص از طریق جراحی به طور پروستتیک (جانهشتی) ثابت (سرامیک صورتی) ثابت (گردنه دندانی دراز) متحرک (آکرلیک صورتی)	موقعیت دقیق سه بعدی ایمپلنت بسیار مهم است		
نوع رستوریشن موقت مورد نیاز	موقت اولی ثابت دندان رزین-باند FDP کانتی لور رزین باند FDP	موقت اولی متحرک اسپلینت پروتز اینتریم	موقت دومی ساخته شده در آزمایشگاه برنامه ریزی برای در طول جراحی	موقت دومی کنار صندلی دندانپزشکی در مطب • نمونه ساخته شده با وکیوم • در نظر گرفتن اباتمنت موقت	۱۲

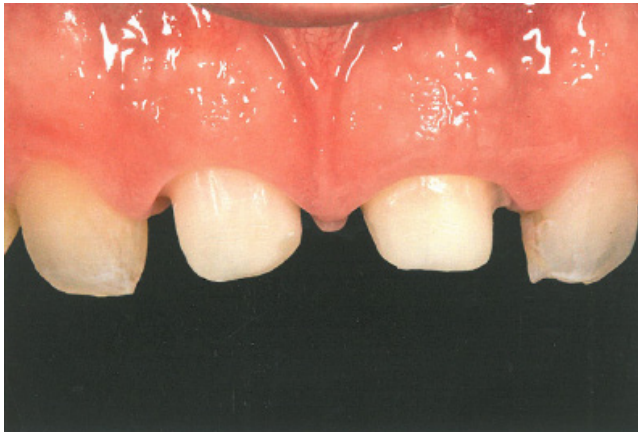
شکل ۳، ۱. چک لیست به ۱۲ دسته تقسیم شده است، که نشان دهنده اهمیت ویژگی های زیبایی، پروستتیک، و ایمپلنتولوژی است. ۴ دسته بندی در بخش اول (خاکستری روشن) به همراه بیمار تکمیل می شود و ارزیابی از مفهوم زیبایی مورد نظر بیمار به نام تجربیات و انتظارات او، را فراهم می کند. بخش دو (خاکستری متوسط) با دندانپزشک تکمیل می شود. تمام ویژگی های مخصوص موردی برای ۵ زبانه بندی ثبت می شود و بعداً در برنامه ریزی درمان مورد استفاده قرار می گیرد. ۳ طبقه بندی نشان داده شده در بخش ۳ (خاکستری پر رنگ) شاخص های مهمی را برای طراحی پروتزهای پشتیبانی شده با ایمپلنت فراهم می کند. مهمتر از همه، آنها برای ارزیابی پیچیدگی موردی و طراحی کلینیکی مفید هستند.

۱	رضایت از لبخند(امروز)	کاملاً ناراضی	بسیار راضی	چه چیزی شما را آزار می دهد؟ -قابلیت دید -شکل دندان، رنگ
۲	رضایت از لبخند(عکس قبلی)	کاملاً ناراضی	بسیار راضی	چه چیزی شما را آزار می دهد؟ -دندان های کج
۳	رضایت از رستوریشن موقت	کاملاً ناراضی	بسیار راضی	چه چیزی شما را آزار می دهد؟ -هیچی
۴	ویژگی مورد نظر لبخند	سرزنده	محتاط	ترکیبی عالی
۵	تجزیه و تحلیل لبخند	غالب بودن اینسیزورهای سانترال ماگزیلاری/ نسبت ها	نیبت دندان به دندان	طول مطلوب دندان
۶	سطح دندان های ماگزیلاری	عمودی(ارتفاع بایت)	افقی(لبه های اینسیزال)	فاصله های منفی
۷	دندان های اباتمنت	رنگ	اکستروژن	تغییر محل فلپ به طور آپیکال (ARF)
۸	پونتیک	شکل دهی بستر پونتیک	اصلاح با جراحی (عمودی)	اصلاح با جراحی (افقی)
۹	دندان های مجاور	رنگ	شکل	موقعیت

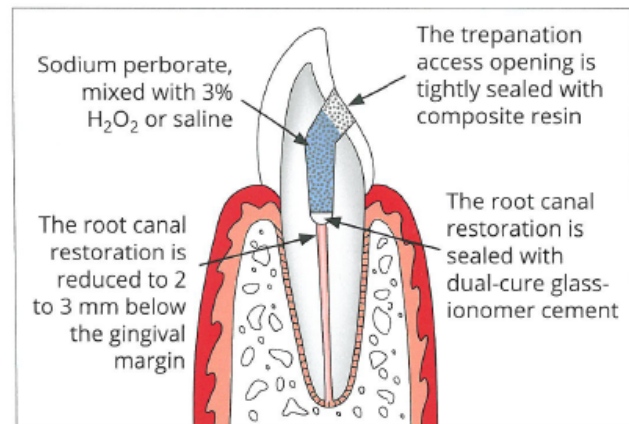
شکل ۳،۲۱. فهرست چک لیست کامل شده زیبایی شناسی مربوط به مثال موردی بالینی. تمام نکات در طبقه بندی های جداگانه که در آن اختلافات زیبایی شناسایی شده بودند، مشخص شدند و در برنامه درمان قرار گرفتند. این با توجه به تمایل عمومی بیمار برای لبخند مورد نظر با ویژگی ترکیبی مورد توجه قرار گرفت.



شکل ۳،۲۲. ترمیم قطعی با تاجهای تمام سرامیکی (Empress II) روی بایت تنظیم شده و آزمایش شده.



شکل ۳،۲۶ سفید کردن داخلی با پوربورات سدیم با استفاده از روش واکینگ بلیچ پس از دو تغییر در ترمیم انجام شده



شکل ۳،۲۳ سفید کردن داخلی با پوربورات سدیم با استفاده از روش واکینگ بلیچ.

با استفاده از این تکنیک، ترمیم مناسب کانال ریشه به ۳ میلی متر پایین تر از سطح حاشیه لثه کاهش می یابد، در حالی که دنتیت تغییر رنگ یافته و سایر بقایای پالپ با دقت از بین می روند. رستوریشن کانال ریشه باقیمانده کاملاً سفت شده است (به عنوان مثال، با سیمان گلاس آینومر دوال کیور) و حفره باقی مانده با پوربورات سدیم (مخلوط شده با ۳٪ H₂O₂ یا O₂ یا سالین) پر شدند. حفره موجود با چسب بسته شده و یا ترمیم می شود. ترمیم دارویی به صورت هفتگی تغییر می یابد تا زمانی که بلیچینگ (سفیدی) کافی حاصل شود (شکل ۳،۲۳ به ۳،۲۶). سرانجام، دندانها با تاجهای تمام سرامیکی (چارچوب اکسید آلومینیوم) که با چسب محکم می شوند، ترمیم می شوند (شکل ۳،۲۷).

اکستروژن / تغییر مکان آپیکالی فلپ (ARE)

عرض بیولوژیک مناسب فرض می شود اگر حدود ۵/۰ میلی متر سالکوس، ۱ میلی متر اتصال اپیتلیال و ۱ میلی متر از پیوند بافت همبند وجود داشته باشد، فاصله از حاشیه آماده سازی در نظر گرفته می شود. اگر فاصله بین حاشیه آماده سازی و سطح استخوان زیر ۲،۵ میلی متر باشد، که تخطی از عرض بیولوژیکی گفته می شود و ممکن است منجر به التهاب مداوم و از بین رفتن اتصال در این مناطق شود (شکل ۳،۲۸). تخطی از عرض بیولوژیکی هنگامی رخ می دهد که حاشیه آماده سازی خیلی کم باشد. حالت دوم ممکن است به خودی خود در اثر شکستگی دندان، پوسیدگی، پریپرشن قبلی که خیلی عمیق انجام شده یا تأثیر نامناسب فرول در ابتدا در ترمیمهای هسته و کور، ایجاد شود.



شکل ۳،۲۴ دو دندان اینسیزور سانترال ماگزیلاری که بعد از تروما و درمان کانال ریشه به شدت تغییر رنگ داده اند.



شکل ۳،۲۵ اینسیزورها بعد از آماده سازی

۱. اثر اینسیزال: اینسیزال سوم تا نصف اینسیزال دندان های فک بالا قابل مشاهده است.

۲. اثر سرویکال: قوس دندان تا نوک پایلا قابل مشاهده است.

۳. اثر لثه ای: بخش های بزرگتر از لثه های فک بالا به همراه دندانها قابل رویت است (لبخند لثه ای).

در صورت وجود هرگونه نقص در ترمیم ها و بافت نرم محاور، یک اثر سرویکال بسیار مشهود و اثر لثه می تواند روی زیبایی لبخند تأثیر منفی بگذارد. در ایمپلنتولوژی، این عیوب شامل ایمپلنت های اکسپوزد، اجزای اباتمنت و اتصالات قابل مشاهده بین آکرلیک یا سرامیک صورتی پروتزها و موکوزای دهان است. در پروتزهای کلاسیک، آنها حاشیه های تاج قابل دید و پونتیک های پروتزهای جزئی را شامل می شوند که نتیجه زیبایی را مختل می کند. این مشکلات به محض بروز هرگونه نقص و عیب گسترده (زیاد) در بافت نرم عمودی و یا افقی بیشتر می شوند. کاشت دندان قدامی که بسیار گسترده است و بیش از حد عمیق کاشت شده است، که شانه آن قابل رویت است، نمونه ای از وضعیتی است در آن تصمیمات خط لبخند، موفقیت یا عدم موفقیت در زیبایی را تعیین می کند (شکل ۳،۳۵). از آنجایی که پوشش ناقص بافت معیوب، شانس موفقیت کمی دارد، گزینه جایگزین تجدید برون کاشتی، بارگذاری سازگار بر روی کاشت است. در این مورد که در اینجا نشان داده شده است، این کار با ساییدن ایمپلنت و اباتمنت برای رسیدن به شکل مورد نیاز (شکل ۳-۳۶) و سپس بارگذاری آنها با تاج فلزی - سرامیکی انجام می شود (شکل ۳،۳۷). هنگامی که رستوریشن بهم پیوسته (یکپارچه) بود، محل اتصال بین سرامیک صورتی و لثه طبیعی به چشم می آید.



شکل ۳،۳۱ نمونه ای از عدم وجود بافت نرم افقی کافی در ناحیه پونتیک و عدم وجود شکل بیضوی.



شکل ۳،۳۰. ظاهر دندانها بعد از فلپ پیشرفته کروئال و گرافت بافت پیوندی اطراف دندان های ۲۲ و ۲۳، بلیچینگ تمام دندانها در مطب و ثابت کردن ترمیمهای تمام سرامیکی دندان های ۱۱، ۲۱ و ۲۲ با چسب.

نمونه موردی، گسترش افقی بستر پونتیک با پیوند بافت همبند را نشان می دهد (شکل ۳،۳۱ تا ۳،۳۴). پس از یک دوره بهبودی گرفت ۳ ماهه، شکل مقعر بستر پنتیک با یک الماس درشت گرد دوباره مدلسازی شد (شکل ۳،۳۲) و سپس با رستوریشن موقت شکل داده شد (شکل ۳،۳۳). آزمایش Fit Checker در مورد ترمیم نشان می دهد که پونتیک بیضی شکل دقیقاً با این فرم قالب ریزی شده متناسب است (شکل ۳،۳۴).

۳،۲،۷ دسته نهم: دندان های مجاور

در کل برای دستیابی به ظاهری زیبا به طور موفقیت آمیز، ناگفته نماند که برنامه باید نه تنها دندان های دارای عیب برای ترمیم شامل شود بلکه باید دندان های مجاور آنها را نیز دربر بگیرد. برای دستیابی به نتیجه کلی هماهنگ، اغلب لازم است تغییراتی در رنگ، اندازه، شکل یا موقعیت دندان های مجاور ایجاد شود. این که آیا این تغییرات با روش های بلیچینگ انجام می شود یا نه، لازم است اقدامات ترمیمی یا کمک های ارتودنسی به صورت موردی تصمیم گیری شود (به شکل ۳،۲۴ در مقابل شکل ۳،۲۷ نگاه کنید).

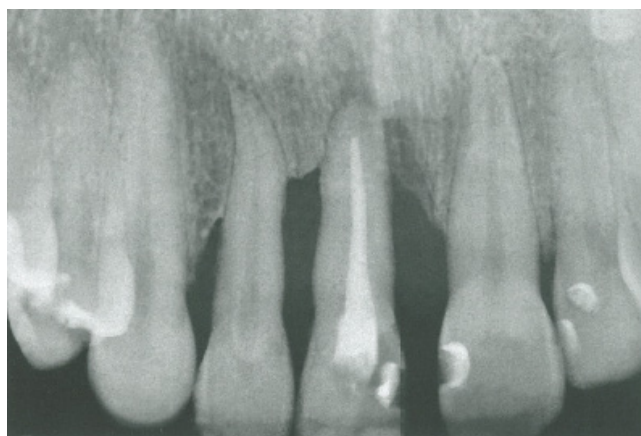
۳،۲،۸ دسته ده: خط لبخند

خط حاشیه پایین لب فوقانی به عنوان راهنمایی برای قابلیت دید دندان عمل می کند. تا چه میزان حاشیه پایینی لب بالا در هنگام صحبت و لبخند زدن افزایش می یابد، و تا چه میزان این باعث می شود دندان های قدامی و لثه ماگزینا در معرض دید قرار بگیرد، برای طبقه بندی خط لبخند به سه دسته اثر دید، استفاده می شود.

ریزی نشده کمک می کند و تضمین می کند که جلسات درمانی لازم برای انجام مراحل برنامه ریزی شده مناسب به خوبی زمان بندی شود.



شکل ۳،۴۲. موقعیت بیس لاین (پایه): این بیمار مونث از دندان های شل ماگزیلاری خود، دیاستما (فاصله بین دندانها) و در کل زیبایی لبخند خود ناراضی است.



شکل ۳،۴۳. دندان های ۱۲ و ۱۱ با آسیب شدید پریودنتال، دندان ۱۲ تحرک درجه ۲ و دندان ۱۱ تحرک درجه ۳ را نشان می دهند. دندان ۱۱ (که ارزش حفظ کردن نداشت) و دندان ۱۲ (که مشکوک بود) کشیده شدند.

۳،۳ استفاده از لیست چک در مثال بالینی

هنگام استفاده از چک لیست زیبایی شناسی، هدف این است که بخش های هیالات شده با رنگ خاکستری روشن به طور مشترک با بیمار تکمیل شوند. دندانپزشک در هشت گروه باقیمانده به سؤالات پاسخ می دهد. هنگام گذر از دسته های جداگانه، نکاتی که برای ادامه دوره درمان مهم به نظر می رسند مشخص شده و سپس در برنامه درمانی که ترسیم شده است، در نظر گرفته می شود.



شکل ۳،۴۱. هنگام استفاده از راهنماهای جراحی شفاف و واضح برای دندان و ریشه های حاوی سولفات باریم، طول ریشه به نشان دادن مقدار از دست رفته استخوان و بافت نرم در یک نگاه کمک می کند.

۳،۲،۱۰ طبقه دوازدهم:

ترمیم موقت

به طور خاص در بخش زیبایی شناسی، استفاده از ترمیم موقت هم برای آزمایش عملکرد و هم اثر زیبایی پروتز قطعی مهم است. علاوه بر این. بافت نرم بین شانه کاشت و تاج دندان آینده نیز باید با کمک ترمیم های موقت شکل بگیرد. از این ناحیه به عنوان پروفایل ایمرجنس یاد می شود (به فصل ۷ مراجعه کنید).

روش معمول در ایمپلنتولوژی، فراهم کردن ترمیم های موقت برای سه مرحله مختلف است: سوکت اکسترکشن هیلینگ، ایمپلنت هیلینگ، و ایمپلنت ایکپوزد. به همین دلیل، غالباً یک ترمیم موقت تنها کافی نیست و حداقل به یک مورد دیگر نیاز است. اولین رستوریشن موقت ارائه ممکن است به گونه ای طراحی شود که متحرک باشد (اسپلینت، پروتز موقت) یا ثابت باشد (دندان نگه داشته شده با سیمان، پروتز ثابت شده با رزین). رستوریشن موقت دوم یا مستقیماً روی ایمپلنت پیچ می شود و یا توسط یک اباتمنت محکم می شود و باعث می شود تا پروفایل ایمرجنس شکل بگیرد. این ترمیم موقت ممکن است در آزمایشگاه یا مطب با استفاده از یک الگوی وکیووم ساخته شود (به فصل ۱۲،۳ مراجعه کنید).

هدف از این رده بندی، ایجاد ایده ای دقیق در مورد این روش ها در مرحله برنامه ریزی است تا اطمینان حاصل شود که بیمار می تواند در زمان مناسب از آنها و هزینه های ترمیم های موقت اضافی ساخته شده در آزمایشگاه مطلع شود که قبلاً در برآورد هزینه گنجانده شده بود. این به جلوگیری از هزینه های برنامه

در وکیوم را استفاده کرد، زیرا این آن براحتی برای تغییرات عمودی روزانه بافت سخت و نرم عمودی تنظیم میشد. (شکل ۳،۴۸). این با عمل جراحی ایمپلنت با آگمنتاسیون همزمان استخوان با استفاده از ماده اتولوگ از زاویه فک انجام شد. رشد اضافی استخوان در جهت عمودی نوعی دیسترکشن است. با این حال، از آنجا که پایه بخش استخوان دیسترکت معمولاً باریک است، تولید استخوان پهن با این روش امکان پذیر نیست، غالباً نیاز به آگمنتاسیون افقی اضافی دارد (شکل ۳،۴۹ و ۳،۵۰). پس از عمل جراحی مرحله دوم، یک ترمیم موقت طولانی مدت در آزمایشگاه ساخته شد تا پروفایل ایمرجنس را شکل دهد و هدف نهایی زیبایی را آزمایش کند.

یک زن ۵۱ ساله با سابقه پزشکی عادی با وضعیت پایه نشان داده شده در شکل ۳،۴۲ و ۳،۴۳. ب دندانپزشک مراجعه کرد. دندان های وی عاری از ضایعات پوسیدگی بود و از نظر عملکرد طبیعی بود. ارزیابی پرئودنتال، پرئودنتیت موضعی را در ماگزیلازی قدامی، اطراف دندان های ۱۲ و ۱۱ نشان داد. دندان ۱۲ تحرک درجه II را نشان داد، در حالی که دندان ۱۱ تحرک درجه III را نشان می داد. بهداشت دهان و دندان او به بهبود نیاز داشت. بیمار خود را معرفی کرد و گفت: "یک عکس لازم نیست! من با دندانم خیلی زشت می شوم. از آنجا که این فاصله بین دندانهایم قرار دارد، قیافه ام بسیار بدتر شده است." وقتی درباره ویژگی آینده لبخندش از او سؤال شد، پاسخ داد: "سرزنده". تجزیه و تحلیل لبخند با استفاده از چک لیست زیبایی شناسی، نیاز به درمان با توجه به تسلط و طول اینسیزورهای فک بالا و خط لبه های اینسیزال را مشخص کرد (شکل ۳،۴۴). ارزیابی قابلیت دید لثه یک "اثر لثه ای" (لبخند لثه) را مشخص کرد. از بین رفتن بافت عمودی زیاد پس از کشیدن دندان های ۱۲ و ۱۱ پیش بینی شد و ترمیم با دو حالت پیش بینی شده طراحی شد. اولین مورد متحرک و دومی ثابت بود.

هنگام تهیه مفهوم درمان، این تصمیم گرفته شد که دندان ۱۱ (که ارزش حفظ کردن نداشت) و دندان ۱۲ (که مشکوک بود) کشیده شوند. شکاف قدامی حاصل با ایمپلنت ها بازسازی شد. با این حال، فرض بر این بود که عدم وجود پشتیبانی از استخوان بعد از کشیدن دو دندان منجر به نقص شدید بافت نرم خواهد شد. تجزیه و تحلیل زیبایی شناسی متعاقب آن نشان داد که این منطقه به دلیل خط لبخند بالای بیمار، همیشه قابل مشاهده خواهد بود، بنابراین باید برای ترمیم بافت نرم احتیاط زیادی انجام شود. پوشش پروستاتیک نقص با سرامیک صورتی به هر حال رضایت بخش نخواهد بود، زیرا اتصالات بین سرامیک صورتی و لثه طبیعی قابل مشاهده خواهد بود. بهداشت ترمیم ها نیز به شدت به خطر می افتد. با توجه به این ملاحظات، هنگامی که محل دندان های کشیده شد بهبود یافت، دیسترکشن استئوژنز (شکل ۳،۴۵) برای اصلاح بافت نرم عمودی و عیب استخوان انجام شد (شکل ۳،۴۶). فعال سازی روزانه دیستراکتور، عیب عمودی را به طور کامل اصلاح کرد (شکل ۳-۴۷).

در هر صورت، چندین رستوریشن موقت برای این مفهوم درمانی مورد نیاز است. در طول دیسترکشن، بیمار الگوی ساخته شده

۵.۳. خلاصه فصل

هدف از تجزیه و تحلیل لبخند بیمار این است که اطلاعاتی که به طور سیستماتیک از این تجزیه و تحلیل بدست می آیند، به صورت ساختاری با مفهوم کلی درمان ترکیب شود. برای این منظور یک چک لیست زیبایی شناسی که بیانگر نیازهای پروتزهای ایمپلنت است، تهیه شده است.

این چک لیست به دندانپزشک اجازه می دهد تا از طریق سؤالات مربوطه (که به نوبه خود منجر به اقدامات درمانی خاص) می شود، به صورت نقطه به نقطه کار کند. عیب مشخص شده لبخند مستقیماً در مراحل درمانی مد نظر قرار می گیرد. برای اطمینان از یک دوره درمانی صحیح، زمان بندی صحیح این موارد ضروری است. چک لیست به سه بخش تقسیم می شود که هر رنگ درجه متفاوتی از خاکستری را نشان می دهد. چهار دسته در قسمت اول (خاکستری روشن) به همراه بیمار تکمیل می شوند تا ارزیابی از ادراک زیبایی شناختی بیمار

ارائه دهند. بخش دوم (خاکستری متوسط) توسط دندانپزشک تکمیل می شود و کلیه جنبه های زیبایی شناختی موردی را که باید در برنامه درمانی بعدی مورد توجه قرار گیرد، ثبت می کند. قسمت سوم (خاکستری تیره) به جنبه های مهمی در برنامه ریزی پروتزهای پشتیبانی شده با ایمپلنت می پردازد، که هنگام قرار دادن ایمپلنت در ناحیه زیبایی دهان از اهمیت ویژه ای برخوردار است. مهمتر از همه، آنها در ارزیابی پیچیدگی موارد و برای برنامه ریزی موارد بالینی مفید هستند. این سه بخش از لیست چک ها به نوبه خود به ۱۲ دسته تقسیم می شوند. به هر دسته حداکثر چهار قسمت اختصاص داده می شود که باید به درستی بررسی شوند. اگر یکی از زمینه ها نشانه ای از مشکلی را که باید درمان شود نشان می دهد، این نکته باید ذکر شود و سپس در برنامه درمانی مورد توجه قرار گیرد.