

مبانی دندانپزشکی ایمپلنت زیبایی

تألیف:

دکتر مجید بنیادی منش

سرشناسه	: بنیادی منش، مجید، ۱۳۶۵-
عنوان و نام پدیدآور	: مبانی دندانپزشکی ایمپلنت زیبایی / تالیف مجید بنیادی منش.
مشخصات نشر	: تهران : شایان نمودار ، ۱۴۰۲.
مشخصات ظاهری	: ۱۳۲ ص: مصور (رنگی).
شابک	: ۹۷۸-۹۶۴-۲۳۷-۷۲۴-۴
وضعیت فهرست نویسی	: فیبا
یادداشت	: کتابنامه.
موضوع	: کاشت دندان، Dental implants، دندانپزشکی زیبایی، Dentistry -- Aesthetic aspects
رده بندی کنگره	: RK۶۶۷
رده بندی دیویی	: ۶۹۳/۶۱۷
شماره کتابشناسی ملی	: ۹۵۱۹۵۰۰

نام کتاب : مبانی دندانپزشکی ایمپلنت زیبایی

تألیف : دکتر مجید بنیادی منش

ناشر : انتشارات شایان نمودار

مدیر تولید : مهندس علی خزعلی

صفحه آرایی : انتشارات شایان نمودار

طرح جلد : آتلیه طراحی شایان

شمارگان : ۵۰۰ جلد

نوبت چاپ : اول

تاریخ چاپ : بهار ۱۴۰۳

شابک : ۹۷۸-۹۶۴-۲۳۷-۷۲۴-۴

قیمت : ۳،۶۰۰،۰۰۰ ریال



شایان نمودار

دفتر مرکزی: تهران / میدان فاطمی / خیابان چهلستون / خیابان دوم / پلاک ۵۰ / بلوک B / طبقه همکف / تلفن: ۸۸۹۵۱۴۶۲

وبسایت: www.shayannemoodar.com

اینستاگرام: [Shayan.nemoodar](https://www.instagram.com/Shayan.nemoodar)

(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

امروزه ایمپلنت های دندانی بیش از هر زمان دیگری بروی زیبایی و استتیک بیمار تمرکز دارد و نه تنها باعث بهبود تعاملات اجتماعی میشود بلکه به عزت نفس و اعتماد به نفس بیمار نیز کمک میکند. در نتیجه انتظار میرود که درمان های زیبایی ایمپلنتولوژی به بخش جدایی ناپذیر دندانپزشکی مدرن تبدیل شوند و به بهبود کیفیت زندگی کمک کنند.

ایمپلنتولوژی فرصتی منحصر به فرد برای همکاری و تعامل بین پزشکان ایجاد کرده است و این امر توسط گروه های تحقیقاتی مختلف و کنفرانس و سمینارهای تخصصی که تقریباً بصورت هفتگی در سراسر جهان برگزار میشود، اثبات میشود. رشد درمان های ایمپلنت تقریباً بر تمام جنبه های دندانپزشکی تاثیر گذاشته است، از ساخت و تولید اجزاء و قطعات ایمپلنت تا استراتژی های بازاریابی و تامین مالی و فروش.

این موارد به نوبه خود به مفاهیم بارگزاری فوری ایمپلنت، طرح درمان های چالش برانگیز ایمپلنت، رویکردهای جراحی کم تهاجمی و درمان های زیبایی جدید منجر میشوند. در نتیجه اکنون میتوانیم از ایمپلنت های دندانی تحت پروتکل های جراحی و بیومکانیک دقیق تری استفاده کنیم و به این ترتیب به موفقیت های بالاتری در درمان دست یابیم.

به کارگیری روش های بالینی جراحی پلاستیک پرئودنتال در دندانپزشکی مدرن ایمپلنت باعث میشود تا بتوانیم بافت نرم و سخت طبیعی سالم اطراف ایمپلنت بدست آوریم و انرا حفظ و نگهداری کنیم ، بنابراین باید از پیشگامان جراحی پلاستیک پرئودنتال و قهرمانان ایمپلنتولوژی مدرن که با زحمات و فعالیت های خود الهام بخش ما شدند، قدردانی کنیم.

فهرست مطالب

فصل اول: مقدمه

۶	زینت و زیباسازی.....
۷	لوازم آرایشی و زیبایی.....
۱۰	هارمونی و زیبایی شناسی.....
۱۱	ایمپلنت درمانی زیبایی.....
۱۳	رابطه پزشک و بیمار.....
۱۷	منابع.....

فصل دوم: ملاحظات تشخیصی برای ایمپلنت درمانی زیبایی

۲۳	ارزیابی پزشکی.....
۲۸	قالب مطالعه.....
۳۶	رادیوگرافی تشخیصی.....
۴۲	مدیریت سایت استخوانی.....
۵۸	ملاحظات آناتومیک.....
۶۲	بهینه سازی بافت نرم اطراف ایمپلنت.....
۶۵	خصوصیات زیستی بافت نرم و تأثیر آن.....
۶۹	ساخت راهنماهای جراحی بهینه.....
۷۶	تدارکات مدرن در ایمپلنتولوژی زیبایی.....
۷۷	عوامل ارتودنسی، پرئودنتیک و ریشه دندان.....
۷۷	تصمیم گیری در موارد ایمپلنتولوژی زیبایی.....
۹۵	چک لیست تشخیصی.....
۹۸	منابع.....

فصل سوم: ملاحظات زیبایی

۱۰۸	اصول کلی
۱۰۸	بیماران بی‌دندان کامل
۱۱۰	بیماران نیمه بی‌دندان
۱۱۱	دسته‌بندی زیبایی برای قدام ماگزیلا
۱۱۵	گزینه‌های درمانی براساس طبقه‌های متفاوت
۱۱۵	طبقه IVD
۱۱۵	بیماران با بی‌دندانی کامل
۱۱۷	بیماران نیمه بی‌دندان
۱۱۹	نوع IIC
۱۱۹	نوع IIB و نوع IA
۱۱۹	ارائه‌ی مورد
۱۱۹	مورد ۱: دقت نوبل‌گاید در برخی شرایط خاص
۱۲۳	مورد ۲: ترکیبی از کشیدن دندان‌ها و قراردعی ایمپلنت با استفاده از نوبل‌گاید
۱۳۲	منابع

فصل اول: مقدمه

زینت و زیباسازی

زیباسازی و آراستن اصطلاحات متقابلی هستند که شامل لوازم آرایشی، لباس، جواهرات، سوراخ کردن بدن، خالکوبی و غیره می شود. آنها با انگیزه ناخودآگاه ما برای جذاب به نظر رسیدن ابراز می شوند تا احساس خوبی نسبت به خود داشته باشیم. ما همچنین از توجهی که از سوی دیگران دریافت می کنیم، زمانی که آنها متوجه جذابیت ما می شوند، لذت می بریم (بوچر ۱۹۶۵)، که توضیح دهنده تقاضای بالای معاصر برای لوازم آرایشی توسط همه طبقات جامعه است.

شیوه های آرایشی باستانی به ارث رسیده به ما الهام دهنده و کمک کننده شیوه های آرایشی فعلی است. شواهد به استفاده از لوازم آرایشی مربوط به ۵۰۰۰ تا ۶۰۰۰ سال قبل اشاره دارد. اگرچه نام نفرتیتی به معنای "زیبایی آمده است" است، حتی او تنها به ظاهر طبیعی خود متکی نبود (Kunzig 1999). ابروهای تیره و چشمان برجسته او امروزه به همان اندازه که در زمان فراغنه بود محبوب هستند. خالکوبی کل بدن با رنگدانه های آبی یک عمل رایج در اواخر قرن سیزدهم بود. مدل موی برجسته ستاره مشهور راک بیلی آیدل را می توان به پایان عصر آهن (۱۰۰۰ قبل از میلاد تا ۵۰ قبل از میلاد) ردیابی کرد، زمانی که سلت ها و گول ها موهای خود را با آب آهک - یک ماده سفید و گچی - می شستند تا خوشه های سفید چشمگیر ایجاد کنند. بیگودی های مو که امروزه توسط زنان استفاده می شود در واقع یک آیین زیبایی باستانی است که توسط مردان و زنان به طور یکسان انجام می شود. یکی از اولین نمونه های فر

کردن مو در ونوس ویلندورف، مومیایی از عصر پارینه سنگی (فور ۱۹۲۳) دیده می شود.

شواهد باستان شناسی نشان می دهد که افراد ماقبل تاریخ تکنیک های مختص به خود را برای تهیه رنگدانه های آرایشی ابداع کردند. گزارش شده است که ۱۷ رنگ مختلف از چند منبع اولیه ایجاد شده است: سرب، گچ، یا گچی (برای سفید). زغال چوب (برای سیاه و سفید)؛ و سنگ معدن منگنز (برای سایه های قرمز، نارنجی و زرد). این رنگدانه ها با مواد چرب ترکیب شدند تا قوام مناسبی برای نقاشی روی بدن به آن ها بدهد.

برای مصریان باستان، زندگی به اندازه زندگی پس از مرگ مهم نبود و میل آنها برای جذاب به نظر رسیدن فراتر از قبر بود. مقادیر زیادی عطر و لوازم آرایشی که در کنار مرده ها دفن شده اند، ثابت می کنند که اینها هدایای تدفین ضروری هستند (Kunzig 1999).

تاکنون هیچ کس نمونه ای از رژ لب مصر باستان پیدا نکرده است. با این حال، موزه لوور در پاریس نشان داد که نفرتیتی احتمالاً سعی کرده لب هایش را نقاشی کند. با کمال تعجب، هم مردان و هم زنان طبقات بالا از تخم مورچه های آسیاب شده برای رنگ کردن پلک های خود استفاده می کردند. از رنگ گیاه حنا برای رنگ کردن مو و ناخن و زینت دادن کف دست و کف پا استفاده می شد. مصریان باستان برای تازه کردن نفس خود ناترون را که یک کربنات سدیم طبیعی است می جویدند (Cosmetice 2000). شیمیدانان باستان آرایش سیاه یا خاکستری را که مصریان باستان از آن به عنوان mesdemet

لذت بخش به یک محرک بصری" توصیف می شود، کلمه هنر از کلمه لاتین ars به معنای "مهارت" مشتق شده است (دایره المعارف Word Art 1959). برای اینکه اثر هنری به عنوان خوب ارزش گذاری شود، باید برای حواس رضایت بخش باشد، و در هنرهای تجسمی به عنوان «روابط میان رنگ ها، خطوط و توده ها در فضا» (Gombrich 1978) یاد می شود. دندانپزشکی زیبایی توسط فیلیپس (۱۹۹۶) به عنوان یک روش انتخابی با هدف تغییر پرپودنتیوم طبیعی یا غیرطبیعی موجود به پیکربندی درک شده توسط بیمار برای بهبود ظاهر تعریف شد، در حالی که دندانپزشکی زیبایی یک روش توانبخشی است که یک مشکل عملکردی را با استفاده از تکنیک‌هایی که در پرپودنتیوم طبیعی باقی مانده و/یا بافت‌های مرتبط کمتر آشکار می‌شوند، اصلاح می‌کند.

مردم معمولاً زیبایی را متفاوت تفسیر می‌کنند. هر فردی آن را بر اساس مفهوم خود تعریف می‌کند. خلیل جبران در رؤیای خود از پیامبر، قطعات با شکوهی از شعر و نثر را خلق کرد تا دیدگاه خود را نسبت به زیبایی طبیعی بیان کند: «زیبایی آن چیزی است که روح شما را جذب می‌کند، و آن چیزی است که عاشق دادن است و نه گرفتن» (جبران ۱۹۸۰).

دانته همچنین هنر را یک تقلید طبیعی می‌دانست: «هنر تا جایی که می‌تواند از طبیعت پیروی می‌کند، همانطور که یک شاگرد از استاد خود تقلید می‌کند». مونالیزای معروف لئوناردو داوینچی، زن معمایی که هویت او تا به امروز یک راز باقی مانده است، دیدگاه خود را در مورد زیبایی آشکار می‌کند (کورسون ۱۹۷۲). داوینچی در مونالیزا نشان می‌دهد که راز زیبایی طبیعی و همیشگی این زن به سادگی لبخند مرموز روی صورت اوست که می‌توان آن را مانند فرشته‌ای یا کاملاً شیطانی تعبیر کرد (Gunn 1973). بیشتر هنرمندان یک چیز مشترک دارند: آنها از استعداد خود برای تقلید از زیبایی واقعی که در یک چیز خاص مانند طبیعت یا زیبایی چهره یا روح می‌یابند استفاده می‌کنند. به این ترتیب، پیترو پل روبنس احساسات واقعی خود را نسبت به معشوقش، سوزانا فورمنت، با تقلید از زیبایی او در «پرتره ای از عشق من» بیان کرد (گان ۱۹۷۳).

یاد می‌کردند، سنتز کردند که بعداً نام سرمه را از اعراب گرفت (برویر ۱۹۶۵).

عطرها درصد زیادی از صادرات مصر را در یک زمان تشکیل می‌دادند. عرقیات خام از کشورهای همسایه مدیترانه خریداری می‌شد و برای تهیه عطر، کرم و لوسیون استفاده می‌شد که بعداً صادر شدند. اختراعات زیبایی فراغنه آنقدر گسترش یافت که زنان امپراتوری روم شروع به تکیه بر لوازم آرایشی کردند که از مصر و سایر نقاط منطقه آورده می‌شد.

سوابق نشان می‌دهد که سومری ها، بابلی ها و عبرانیان از این ترکیبات به همان اندازه که مصریان برای اهداف تشریفاتی، دارویی و زینتی استفاده می‌کردند، استفاده می‌کردند. با این حال، به صورت محلی، استفاده از آنها اغلب به مراسم مومیایی کردن محدود می‌شد. به گفته محققان، زیبایی ظاهری زنان سلطنتی در دوران باستان اساساً در توانایی آنها در استفاده از منابع طبیعی برای بهبود ظاهرشان بود (برویر ۱۹۶۵). آنها معتقد بودند که آرایش تنها کمکی به زیبایی طبیعی خود فرد است.

لوازم آرایشی و زیبایی

اصطلاح آرایش به مواد و روش‌هایی اطلاق می‌شود که برای بهبود ویژگی‌ها یا اصلاح عیوب ظاهری استفاده می‌شود. لوازم آرایشی موادی هستند که برای تغییر ظاهر یا زیبایی صورت، پوست یا مو استفاده می‌شوند. روش‌های جراحی زیبایی داخل دهانی با حداقل برش‌های تهاجمی از جراحی‌های زیبایی صورت الهام گرفته شده است. آنها با توجه به عواملی مانند شکنندگی بافت‌های دهان و حرکات عضلانی عضلات صورت مرتبط هستند. به شکل‌های 1-1 (الف-ه) و ۲-۱ (الف-و) (و) مراجعه کنید.

اصطلاح زیبایی با آرایش متفاوت است زیرا به معنای "زیبایی طبیعی" کیفیتی است که از درون می‌آید. می‌توان آن را علم زیبایی تعریف کرد که در طبیعت و هنر کاربرد دارد. در حالی که زیبایی به طور کلی به عنوان "یک واکنش روانشناختی



شکل ۱-۱(الف). بافت زخم صورت.



شکل ۱-۱(ب). برداشتن بافت زخم.



شکل ۱-۱(ج). بستن اولیه زخم.

هنر همیشه در تقلید از زیبایی یا طبیعت مؤثر بوده است. وقتی از آنوره دو بالزاک پرسیدند هنر چیست، پاسخ او این بود: «طبیعت متمرکز شده است». بنابراین، هنرمندان از طبیعت و از ما الهام می‌گیرند. تمام تلاش‌های هنری با طبیعت به عنوان معیار برتری مقایسه می‌شود. به همین ترتیب، هنرمندان و به همین صورت، پزشکان، باید تلاش کنند تا تعادلی از نسبت‌ها را در کار خود حفظ کنند. کمال نمی‌تواند به تنهایی وجود داشته باشد. هر عنصر زیبایی باید با همه عناصر مرتبط دیگر هماهنگ شود تا کل را ایجاد کند. به عنوان مثال نمی‌توان یک چهره را زیبا نامید مگر اینکه تمام ویژگی‌های صورت با هم هماهنگ باشند.

کورمن و نوو (۱۹۸۱) اظهار داشتند: فرم‌های صورت انعکاسی از نیروهای حیاتی هستند که در درون هر فرد عمل می‌کنند. در طول قرن‌ها، تلاش‌های متعددی برای مرتبط ساختن ویژگی‌های چهره با ویژگی‌های اخلاقی صورت گرفته است (Eco U. 1993) و این مفهوم که ممکن است بتوان ماهیت یک انسان را بر اساس ساختار بدنش قضاوت کرد در نوشته‌های ارسطو، سیسرو، کوئینتیلیان، سنکا، گالانو، کامپانلا، داروین و لومبروزو یافت می‌شود و در علم قیافه‌شناسی به آن اشاره شده است. از قدیمی‌ترین قیافه‌شناسی، به فیزیوگنومی علمی می‌رویم که در آن تحلیل بر اساس تداعی‌های آسان (زیبایی، خوبی، شرارت، زشتی) نیست، بلکه بر اساس نشانگرهای ظریف‌تر توسعه می‌یابد. روفناخت (۱۹۹۲) به وفور با "مورفوسیکولوژی"، یعنی مطالعه همبستگی‌های بین ریخت‌شناسی و ویژگی‌های روان‌شناختی معمولی سروکار داشت و عوامل پویا و تکاملی را که آنها را تعیین می‌کنند (محیط، روان) ارزیابی کرد.



شکل ۱-۵). یک ماه پس از درمان.



شکل ۱-۴). بستن نهایی زخم.



شکل ۲-۱ (ج). فلپ لغزشی جانبی در ترکیب با تغییر موقعیت تاجی کل فلپ.



شکل ۲-۱ (الف). بافت زخم داخل دهانی و تحلیل لثه پرمولر اول که نیاز به اصلاح دارد.



شکل ۲-۱ (د). بهبودی یک هفته بعد از عمل



شکل ۲-۱ (ب). بازتاب فلپ موکوپریوستتال و تثبیت پیوند بافت همبند.



شکل ۱-۲ (و). شش ماه پس از ترمیم، نشان دهنده بهبود و بلوغ کامل بافت نرم است.



شکل ۱-۲ (ه). نتیجه دو ماه بعد از عمل که حاکی از حذف کامل بافت اسکار و بهبود تحلیل لثه است.

جزئیات برای شبیه‌سازی ظاهر دندان‌های طبیعی و دستیابی به زیبایی کلی مطلوب است که نگرانی اصلی بسیاری از بیماران است که به دنبال درمان توانبخشی زیبایی هستند. به عبارت دیگر زیبایی در دندانپزشکی امروزی تفاوت زیادی با مفاهیم هنر عمومی ندارد. تجربه نشان داده است که اکثر بیماران نه تنها از پیشرفت‌های عملکردی ارائه شده توسط توانبخشی پروتز قدردانی می‌کنند، بلکه به بهبودهای قابل توجهی در رفاه اجتماعی و معنوی خود در نتیجه تغییرات ظاهری خود توجه می‌کنند.

فلسفه زیبایی و زیباسازی به قدری گسترده است که افراد مختلف را به خود جذب کرده است: هنرمندان، موسیقیدانان، پزشکان و حتی افراد عادی. مانند یک نوازنده که عناصر مختلفی را می‌سازد که موسیقی او را هماهنگ می‌کند، یک پزشک موفق قبل از اجرای طرح درمانی، عناصر درمانی را برای یک بیمار خاص یکپارچه می‌کند. موفقیت یک روش زیبایی را تنها زمانی می‌توان تعیین کرد که چشم در امتداد جسم مورد اصلاح حرکت کند و انسجام و هماهنگی آن را با سایر عناصر زیبایی شناختی مرتبط درک کند (Copper 1980).

هر ترمیم زیبایی نیاز به مهارت‌های تخیلی، استعدادهای بالینی برتر و درک همه روابط صورت دارد که باعث موفقیت درمان می‌شود. در حالی که منطق برای تنظیم یک برنامه

هارمونی و زیبایی شناسی

هر بار که به جزئیات چهره بیمارانم در حالی که لبخند می‌زنند نگاه می‌کنم، از کمال آن شگفت زده می‌شوم. آنها با دقت و کمال بالا ساخته می‌شوند. هماهنگی بین ساختارهای صورت که ما اکثر اوقات از آن غافل می‌شویم ارزش تماشا کردن را دارد. وقتی عمیق‌تر به چهره انسان نگاه می‌کنید، توجه کنید که لب‌ها مانند پرده‌ای عمل می‌کنند که در هنگام بروز واکنش احساسی، دندان‌های زیر را نشان می‌دهد. هنگام جویدن به فعالیت عضلانی دهان توجه کنید. مدیریت بولوس غذا در داخل دهان، همراه با بزاق که به عنوان روان کننده عمل می‌کند، سال‌ها و سال‌ها بدون هیچ مشکل فنی کار می‌کند. به تأثیر ساختار بسیار کوچکی به نام پاپیلای بین پروگزیمال توجه کنید که شکل کلی دندان را تکمیل می‌کند. این مشاهدات الهام بخش بسیاری از دانشمندان شد تا یافته‌های خود را در مورد هماهنگی خلقت انسان ثبت کنند.

من بسیاری از کارهایم را به حوزه بازسازی پاپیلای بین ایمپلنت اختصاص دادم و از چندین تکنیک برای رسیدن به این هدف استفاده کردم. همانطور که در مورد هارمونی صورت وجود دارد، هارمونی زیبایی داخل دهانی را می‌توان با توجه به جزئیات ظریف دندان‌های طبیعی به دست آورد. بنابراین، اصطلاح ایمپلنتولوژی زیبایی به دنبال هماهنگی در تمام

یکی از سخت ترین و چالش برانگیزترین ترمیم های ایمپلنت است.

تلاش پزشکان برای بهبود بعد زیبایی ایمپلنت های دندان و دستیابی به ترمیم هایی که ظاهر دندان های طبیعی را تقلید می کنند، نقش مهمی در افزایش آگاهی و محبوبیت ایمپلنت های دندان ایفا کرده است. دستیابی موفقیت آمیز به ترمیم زیبایی با پشتیبانی از ایمپلنت که از ظاهر طبیعی دندان تقلید می کند، نیازمند روش های درمانی بسیار دقیق است. این فرآیند شامل برنامه ریزی دقیق قبل از جراحی، قرار دادن ایمپلنت سه بعدی بهینه، مدیریت دقیق بافت نرم، استفاده از تکنیک های قابل پیش بینی پیوند استخوان در صورت نیاز، و استفاده ماهرانه از اجزای مختلف پروتز است. بسیاری از محققان تلاش خود را صرف بهبود و توسعه تکنیک هایی کرده اند که به دستیابی به نتایج قابل پیش بینی و زیبایی با ایمپلنت های دندان کمک می کند. برخی اصول اولیه برنامه ریزی قبل از جراحی را بیان کرده اند (یانسن و ویزگلد ۱۹۹۵)، و برخی دیگر (اسپیلمن ۱۹۹۶، پارل و سالیوان ۱۹۸۹) دستورالعمل هایی را برای دستیابی به ترمیم نهایی طبیعی با موقعیت ایمپلنت زیبایی تعیین کرده اند.

مجسمه سازی بافت نرم (بیچاچو و لندسبرگ ۱۹۹۴)، استفاده از پیوندهای بافت همبند (خوری و هاپه ۲۰۰۰) و پیوندهای لته آزاد (میلر ۱۹۸۲)، بهبود خطوط بافت نرم (لازارا ۱۹۹۳)، استفاده از طرح های موکوپریوس محافظه کارانه جدید تقویت شده (نمکوفسکی و همکاران ۲۰۰۰)، و روش هایی برای بهبود توپوگرافی بافت نرم در زمان جراحی مرحله دوم (شرف و تارنو، ۱۹۹۲) همگی برای سود بردن از نتایج زیبایی ابداع شدند. تکنیک های زیادی برای دستیابی به ارتفاع و عرض کافی از استخوان آلوئول برای به دست آوردن نمایه ظهور طبیعی بهینه معرفی شده اند (Pikos 2000, Simion et al. 1994). Jovanovic (۲۰۰۰) اصطلاح پیوند استخوان زیبایی را به عنوان بازسازی ساختار استخوانی از دست رفته به ابعاد بیولوژیکی اولیه آن، نه تنها برای عملکرد عملکردی، بلکه از نظر زیبایی تعریف کرد.

لته، نقص های مخاط لته، و خطوط لته نامتعادل استفاده می شوند.

در حالی که این تکنیک های سنتی جراحی پلاستیک پرئودنتال برای دندان های طبیعی مفید بوده اند، اما سودمندی آنها برای ایمپلنت های دندان از نظر زمان بندی و قابلیت پیش بینی محدود است. در نتیجه این سازگاری های مداوم، طبقه بندی های جدیدی از نقایص بافت سخت و نرم برای توصیف وضعیت بالینی هر بیمار و بهبود ارتباط بین تیم دندانپزشکی ایجاد شده است.

"درمان ایمپلنت زیبایی ترمیمی" به عنوان اصطلاحی برای توصیف روش های مختلف داخل دهانی و پیامدهای بالینی آنها پیشنهاد شده است. این طبقه بندی باید به طور مداوم با تنظیم یک پروتکل استاندارد برای جزئیات رویه های خاص، تعریف اصطلاحات جدید و تأیید شواهد پشت مفاهیم بالینی به روز شود. این به نوبه خود به ظهور ایمپلنتولوژی زیبایی به عنوان یک تخصص متمایز از ایمپلنتولوژی کمک می کند که به توسعه و گسترش آن، همراه با ایمپلنتولوژی عملکردی ادامه خواهد داد (Kazor et al. 2004).

در طول ۳۵ سال گذشته ایمپلنتولوژی دندان یک روش قابل پیش بینی برای بازگرداندن عملکرد در حفره دهان ثابت شده است (Adell et al. 1981, Engquist et al. 1988, Schnitman et al. 1988). اواخر دهه ۱۹۸۰ و اوایل دهه ۱۹۹۰ شاهد گسترش ایمپلنت های دندان برای درمان بیماران نیمه بی دندان با ترمیم های ثابت و با پشتیبانی از ایمپلنت بود. این کاربردهای بالینی جدید شامل درمان تک دندانی از دست رفته قدامی است که دارای میزان موفقیت مستند بیش از ۹۰ درصد است (اشمیت و زرب ۱۹۹۳، انگکوئیست و همکاران ۱۹۹۵، اندرسون و همکاران ۱۹۹۵، اکفلد و همکاران، ۱۹۹۴). با افزایش آگاهی نسبت به این درمان، ترمیم دندان های تکی قدامی فک بالا با ترمیم های ایمپلنت به سرعت تبدیل به روش درمانی ترجیحی می شود، علیرغم این واقعیت که از نظر زیبایی



شکل ۳-۱(الف). از دست دادن دندان های قدامی در اثر تصادف.



شکل ۳-۱(ب). وضعیت دهان پس از ایمپلنت درمانی.

بسیاری از اصول ساده طراحی پروتز که به طور معمول برای چندین دهه مورد استفاده قرار گرفته اند، می توانند در زیبایی قدامی دندان برای ایجاد هماهنگی در عین حفظ زیبایی طبیعی اعمال شوند و می توانند یک کیس متوسط را به یک مورد ایده آل تبدیل کنند (Golub-Evans 1994). هدف درمان ایمپلنت زیبایی تکمیل هر طرح درمانی معین است، زیرا برنامه ریزی درمانی برای یک مورد زیبایی اندکی با یک مورد عملکردی متفاوت است.

ارائه یک پروتز پیشرفته با پشتیبانی از ایمپلنت، عمل ایمپلنتولوژی را غنی می کند، نه برعکس، و مسائل بالینی و معماهایی مانند پاپیلای بین ایمپلنت را حل می کند. این مطمئناً تأثیر زیادی بر ایمپلنت درمانی مدرن خواهد گذاشت.

ترمیم یک دندان از دست رفته با یک پروتز با ایمپلنت می تواند کار دشواری باشد، اما نه به اندازه زیبایی چندین دندان از دست رفته مجاور در ناحیه زیبایی (El Askary 2000). زمانی که قرار است تنها یک دندان ترمیم شود، استقرار پاپیلاهای اطراف ایمپلنت و بافت های اطراف آن بسیار قابل پیش بینی است (Petrunaro et al. 1999). با این حال، در مورد قرار دادن ایمپلنت های متعدد، پاپیلای بین ایمپلنت غیرقابل پیش بینی است. برخی از نویسندگان (بیگل ۱۹۹۲، شاپیرو ۱۹۸۵، جمت ۱۹۹۷، هورزلی و دیتمار ۱۹۹۶) مداخلات جراحی بافت نرم را به عنوان راه حلی برای این مشکل پیشنهاد کرده اند، در حالی که برخی دیگر از روش های بازسازی بافت سخت استفاده کرده اند. Tarnow و دیگران (۱۹۹۲) و Salama و دیگران (۱۹۹۸) ابزارهای مفیدی را برای پیش بینی پاپیلای بین و اطراف ایمپلنت با طبقه بندی هایی پیشنهاد کرده اند که در ارزیابی شرایط پاپیلاری بالینی مختلف کمک کرده اند.

از پزشکان خواسته می شود که معماری بافت نرم اطراف ایمپلنت را در طول هر گونه عمل جراحی پلاستیک که سعی در بازسازی پاپیلای بین ایمپلنتی دارد، حفظ کنند. میش (۱۹۹۷) اظهار داشت که تکنیک های تقویت زیبایی اغلب با هزینه سلامت ماهیچه ای انجام می شوند، زیرا برخی از روش های بالینی می توانند به بافت های اطراف ایمپلنت تهاجمی باشند. بنابراین، روش های جراحی زیبایی باید بر حفظ بافت های اطراف و ماهیت کمتر تهاجمی تمرکز کنند.

پیش بینی پذیری ایمپلنت درمانی زیبایی

درمان ایمپلنت زیبایی نباید یک رشته درمانی جداگانه باشد، بلکه باید بخشی جدایی ناپذیر از سایر روش های درمانی باشد (سورنسن ۱۹۹۷). عملکرد باید مکمل زیبایی باشد و بالعکس، زیرا هدف نهایی دندانپزشکی ایمپلنت زیبایی یک نتیجه پروتزی کامل است که ظاهر طبیعی دندان را شبیه سازی می کند. شکل ۳-۱ را ببینید.

قدامی فک بالا. ارزیابی به این نتیجه رسید که اکثر این مطالعات شامل پارامترهای زیبایی شناختی به خوبی تعریف شده نیستند. میزان موفقیت ایمپلنت های دندان که در ناحیه زیبایی قرار داده شده و ترمیم می شوند، دارای میزان موفقیت مشابهی است که برای سایر بخش های فک گزارش شده است. درمان جایگزینی تک دندان قدامی نشان داد که نتایج درمانی قابل پیش بینی، از جمله زیبایی، می تواند به طور معمول به دست آید. این تحقیق بیان کرد که درمان ایمپلنت در قدامی فک بالا یک روش پیشرفته یا پیچیده در نظر گرفته می شود و نیاز به برنامه ریزی جامع قبل از عمل و اجرای دقیق جراحی بر اساس رویکرد ترمیم محور دارد. هنگام درمان ایمپلنت زیبایی باید با احتیاط به انتخاب بیمار توجه شود، زیرا نتایج زیبایی در افراد سیگاری و بیماران درگیر سیستمیک کمتر سازگار است.

این مطالعه اندازه و مورفولوژی بهینه ایمپلنت را برای سلامت و یکپارچگی بافت نرم توصیه کرد و اشاره کرد که قرارگیری ایمپلنت سه بعدی (3D) بهینه برای هر نتیجه درمان زیبایی در یک شانه ایمپلنت در موقعیت ایده آلی ضروری است و امکان ترمیم ایمپلنت زیبایی را با پشتیبانی طولانی مدت بافت اطراف ایمپلنت فراهم می کند. در نهایت، این مطالعه به طور عینی ناحیه زیبایی را به عنوان هر بخش دندان آلوئولی که با لبخند کامل قابل مشاهده است تعریف کرد. از نظر ذهنی، ناحیه زیبایی را می توان به عنوان هر ناحیه دندان-آلوئولی با اهمیت زیبایی برای بیمار تعریف کرد.

رابطه پزشک و بیمار

رضایت بیمار از نتیجه زیبایی درمان ایمپلنت سنگ بنای درمان ایمپلنت محسوب می شود. بنابراین، برنامه های درمانی باید بر رضایت بیماران متمرکز باشد. یکی از معیارهای اصلی ارزیابی سطح انتظارات بیمار است. بیمارانی که انتظارات واقع بینانه دارند، راحت تر از بیمارانی که انتظارات غیر واقعی دارند، ارضا می شوند. ریتسما و دیگران (۱۹۸۰) گزارش کردند که ۲۰ تا ۴۰ درصد از بیمارانی که تحت عمل جراحی ارتوگناتیک قرار گرفته بودند، به اندازه کافی در مورد خطرات روانی

اخیراً یک مطالعه جالب توسط بلسر و دیگران (۲۰۰۴) ادبیات درمان زیبایی ایمپلنت را از سال ۱۹۹۷ تا ۲۰۰۳ در مورد نتایج ترمیم ایمپلنت در قدامی فک بالا ارزیابی کرد تا اظهارات توافقی در مورد زیبایی در دندانپزشکی ایمپلنت ایجاد کند. مقالات بدون مبنای علمی اثبات شده حذف شدند. نتیجه درمان ایمپلنت درمانی برای جایگزینی تک دندان قدامی فک بالا به صورت آینده نگر ارزیابی شد. این مطالعه گزارش داد که نتایج طولانی مدت پایدار (هم زیبایی و هم بالینی) را می توان با روش های تک ایمپلنت قدامی به دست آورد، علیرغم اینکه پارامترهای بالینی برای اندازه گیری در بسیاری از مقالات وجود نداشت. میزان موفقیت در قدامی فک بالا یا ناحیه زیبایی تقریباً مشابه سایر نقاط حفره دهان بود. در مورد جایگزینی تک دندان قدامی در محل هایی که کمبود بافتی ندارند، نتایج درمانی قابل پیش بینی، از جمله زیبایی، به دلیل حمایت بافتی که توسط دندان های مجاور به صورت بین پروگزیمال ارائه می شود، قابل دستیابی است. جایگزینی چندین دندان از دست رفته مجاور در قدامی فک بالا با ترمیم های ایمپلنت ثابت به خوبی مستند نشده است. بنابراین، بازبانی زیبایی از دست رفته، به ویژه در مورد پاپیلای بین ایمپلنت غیرقابل پیش بینی است.

این مطالعه همچنین بیان کرد که ادبیات در مورد اجرای معمول بسیاری از روش های زیبایی مانند جراحی بدون فلپ و کاشت ایمپلنت فوری با یا بدون بارگذاری/ترمیم فوری در فک بالا بی نتیجه است. با این حال، اکثر این مطالعات پارامترهای زیبایی شناختی به خوبی تعریف شده را شامل نمی شوند. نیاز به یک شاخص جهانی یا سیستم امتیازدهی جهانی برای ارزیابی های آینده ضروری است و متعاقباً به استانداردسازی ارزیابی ها و یافته های بالینی کمک می کند.

مطالعه دیگری توسط بلسر و دیگران (۲۰۰۴) رویه های بالینی را در مورد زیبایی در دندانپزشکی ایمپلنت ارزیابی کرد. این سه جنبه را مورد بحث قرار داد: (۱) تجزیه و تحلیل نتیجه ترمیم های ایمپلنت واقع در قدامی فک بالا، (۲) ملاحظات آناتومیک و جراحی درمان ایمپلنت در قدامی فک بالا، و (۳) روش های عملی پروتزه های مربوط به ترمیم های ایمپلنت ثابت

موقعیت ایمپلنت، شکل ترمیم، ظاهر کلی، تأثیر بر گفتار و ظرفیت جویدن ارزیابی کرد. این عوامل به عنوان متغیرهای درمانی در نظر گرفته شدند. این نتایج همچنین نشان دهنده اهمیت رضایت کلی از پذیرش بیمار از روش درمان ایمپلنت دندان است.

ماهیت رابطه پزشک و بیمار تا حدودی حیاتی است و نیاز به تأکید ویژه در آغاز درمان دارد. رابطه با بیماری که به دنبال کار زیبایی توانبخشی است، اغلب با توصیه یک بیمار یا همکار سابق شروع می شود. بیماران معمولاً در مورد جراحی های ترمیمی دهان، پیش فرض روشی ندارند. یک مسئول پذیرش مطب آموزش دیده می تواند خواسته ها، اهداف و انتظارات بیمار را تشخیص دهد.

انتظارات بیمار اولین اطلاعات ارزشمندی است که قبل از معاینه بالینی جمع آوری می شود. بسیاری از بیماران از پزشکان خود ناامید شدند، زیرا در نهایت احساس کردند که انتظارات آنها، اگرچه غیر واقعی بود، برآورده نشد. مسائل مالی یکی دیگر از مسائل مهم است. پزشکان باید به طور کامل احتمالات بیش از هزینه های اعلام شده را توضیح دهند. برخی از موارد اصلی ترمیمی نیاز به جراحی های اصلاحی اضافی دارند. تمام خطرات احتمالی و عوارض درمان باید قبل از درمان مورد توجه قرار گیرد و توضیح داده شود، نه تنها به دلایل مالی، بلکه همچنین بیماران بدانند که از نظر ناراحتی چه انتظاری دارند. مطالعات نشان می دهد که بیماران در صورت اطلاع قبلی، بهتر می پذیرند هر گونه عارضه بعد از عمل مانند تورم، کبودی و غیره را بپذیرند.

تعیین عادات دهانی بیماران قبل از شروع درمان مهم است. سیگار کشیدن و پارافانکشن می تواند بر موفقیت درمان ایمپلنت تأثیر بگذارد. مراقبت های ویژه باید به بیماران نگران و مضطرب داده شود. به طور کلی، نگرانی از قبل از درمان نتیجه اطلاعات ناقصی است که بیماران از منابع دیگر جمع آوری کرده اند. نگرش پرسنل دندانپزشکی نسبت به بیمار نیز یک نگرانی طبیعی است - پرسنل باید با لحن آرام و آرامش بخش با بیمار

(افسردگی) و پیامدهای فیزیکی (درد، دیسستزی) که پس از جراحی ایجاد می شود، آگاه نبودند. از سوی دیگر، بیمارانی که به درستی مطلع و آگاه بودند که بلافاصله پس از عمل ممکن است برای مدت کوتاهی دچار ناراحتی شخصی شوند، به راحتی بر این عوارض غلبه کردند. زنان درجه بالاتری از روان رنجوری و درک کمتری از تصویر بدن خود نشان دادند (کیاک و همکاران ۱۹۸۱) و همچنین مشاهده شد که بیماران مجرد فعالیت های اجتماعی و تفریحی خود را با دوستان جنس مخالف خود پس از اصلاح جراحی ناهنجاری های صورت خود افزایش ندادند (لام و همکاران ۱۹۸۳).

به طور کلی، اگر بیمار احساس کند که بهبود زیبایی به دست آمده کمتر از انتظارات او است، رضایت کاهش می یابد. بنابراین، ارزیابی دقیق مشخصات روانشناختی بیمار در زمان برنامه ریزی درمان الزامی است. بین درک خود بیمار از تصویر بدنش و ارزیابی زیبایی پزشک نباید اختلافی وجود داشته باشد. ارتباط مستحکم بین بیمار و پزشک مطمئناً اساسی است. این به بیمار اجازه می دهد تا اطلاعات کاملی در مورد رابطه بین هزینه درمان، فواید و خطرات آن به دست آورد. ارتباط خوب همچنین به پزشک این امکان را می دهد که هرگونه اختلال روانی از قبل موجود و همچنین واقعی بودن انگیزه های بیمار برای انجام عمل جراحی و اینکه آیا انتظارات بیمار واقع بینانه یا غیر واقعی هستند را شناسایی کند.

رضایت بیمار از انواع مختلف پروتزهای تحت حمایت ایمپلنت ارزیابی شده است. دی بروین و همکاران (۱۹۹۷) اهمیت رضایت بیمار را در مطالعه ای متشکل از ۶۱ بیمار ایمپلنتی که تحت درمان ایمپلنت قرار گرفته بودند، ارزیابی کردند. این مطالعه بر زیبایی شناسی، آوایی، راحتی با غذا خوردن و رضایت کلی از درمان تأکید کرد. اکثر بیماران ترمیم ایمپلنت خود را به عنوان دندان های "طبیعی" تجربه کردند و اظهار داشتند که دوباره تحت درمان قرار می گیرند یا آن را به دیگران توصیه می کنند. مطالعه دیگری (Levi et al. 2003) ۷۸ بیمار را با استفاده از یک نظرسنجی رضایت خود گزارش شده در مورد درمان های ایمپلنت دندان قدامی فک بالا از نظر

ارتباط برقرار کنند و بیمار را با نام خطاب کنند و از اصطلاحات شخصی نامناسب اجتناب کنند.

در شروع درمان هرگز نباید عجله کرد. شتاب، پذیرش بیمار را بهبود نمی بخشد. برعکس، گاهی اوقات باعث عصبانیت، تردید و ناامیدی می شود.

اتاق های عمل به طور بدنام (و به اشتباه) سرد هستند. در عوض، دمایی که باعث راحتی باشد باید حفظ شود، با فضایی آرام که نمایش وسایل پزشکی یا ابزار جراحی را تا حد امکان به حداقل برساند. بیماران پیچیده نسبت به سایر بیماران به اطمینان بیشتری بعد از عمل نیاز دارند. آنها می خواهند بتوانند در هر زمان با پزشک و هر یک از کارکنان تماس بگیرند تا به سوالات یا شکایات آنها پاسخ داده شود. در بیشتر موارد، آنها می خواهند اطمینان حاصل کنند که در حال بهبود هستند و در مسیر درست درمان قرار دارند.

عوامل زیادی می توانند بر رضایت بیمار از ایمپلنت های دندان تأثیر بگذارند، از جمله سن، جنسیت، وضعیت شغلی و طبقه اجتماعی-اقتصادی. با این حال، ادبیات فاقد مطالعات معتبر در مورد رابطه بین رضایت و پروفایل های شخصیتی است. به طور کلی، پروتزه های ثابت و پروتزه های متحرک که توسط ایمپلنت دندان باقی می ماند، رضایت بیمار را افزایش می دهند. با این حال، تعیین اینکه کدام پروتکل دندان تأثیر بهتری بر کیفیت زندگی و رضایت کلی دارد هنوز به عنوان یک موضوع بحث برانگیز در نظر گرفته می شود. ارزیابی رضایت و کیفیت زندگی از مهم ترین عواملی است که بر چنین موفقیتی

حاکم است. همانطور که اکثر مطالعات مرتبط نشان دادند، ایمپلنت های دندان نتایج امیدوارکننده و قابل پیش بینی را در رابطه با رضایت بیمار و جنبه های مختلف ارزیابی زندگی ارائه کردند.

هر گونه عارضه درمانی، اعم از پیش بینی شده یا پیش بینی نشده، باید همراه با برنامه ای برای رفع آن به بیمار اطلاع داده شود. ثابت شده است که اکثریت قریب به اتفاق بیماران از صداقت و اظهارات صریح استقبال و تحسین می کنند. تکرار پاسخ ها و اطمینان خاطر کمک های روانشناختی ارزشمندی برای بیماران است.

در مورد عوارض درمان کنترل نشده، مشاوره با پزشک دیگر می تواند ابزار ارزشمندی باشد، زیرا معمولاً به بیمار اطمینان داده می شود که تمام تلاش ممکن برای حل مشکل در حال انجام است. تقریباً همیشه بیمار با بازبایی اعتماد به نفس به پزشک اصلی خود باز می گردد. اگر درخواست مشاوره از جانب بیمار باشد، باید از آن به عنوان راهی برای دریافت کمک مورد نیاز و ابراز نگرانی صادقانه برای رفاه بیمار استقبال کرد.

هنگامی که بیمار جدیدی که مطب اصلی خود را ترک کرده است به دنبال کمک شما می رود، تماس با پزشک اصلی بیمار در حضور بیمار (با اجازه بیمار) می تواند به او کمک کند تا احساس کند تمام تلاش ها در حال انجام است. این رویکرد کارآمدتر از پنهان کردن کلمات و فلسفی گفتن است. توجه داشته باشید که در صورت موافقت همه طرفین، پذیرش این بیمار بر عهده پزشک است.

- Corman, K., and M. Nouveau. 1981. *Detnorpho-pscologie* Paris: Stock Plus.
- Corson, R. 1972. *Fashions in Makeup*. London: Peter Owen.
- Cosmetice. 2000. Microsoft® Encarta® Online Encyclopedia.
- De Bruyn, H., B. Collaert, U. Linden, et al. 1997. Patient's opinion and treatment outcome of fixed rehabilitation on Branemark implants. A 3-year follow-up study in private dental practices. *Clin Oral Implants Res.*, 8(4), pp. 265–271.
- Eco, U. 1993. II linguaggio del volto. In: Lavater, J.C. *Della fisiognomica*. Milano: Ed Associati.
- EKFeldt, A., G. Carlsson, and G. Borgesson. 1994. Clinical evaluation of single tooth restorations supported by osseointegrated Implants. A retrospective study. *Int J Oral Maxillofac Implants* (9), pp. 179–183.
- El Askary, A.S. 2000. Interimplant papilla reconstruction by means of a titanium guide. *Implant Dent* (9), pp. 85–89.
- Encyclopedia of Word Art*. 1959. Vol. 15 McGraw-Hill, p. 68.
- Engquist, B., T. Bergendal, T. Kallus, et al. 1988. A retrospective multi-center evaluation of osseointegrated implants supporting over dentures. *Int J Oral Maxillofac Implants* (3), pp. 129–134.
- Engquist, B., H. Nilson, and P. Astrand 1995. Single tooth replacement by osseointegrated Branemark implants: A retrospective study of 82 implants. *Clin Oral Implant Res* (6), pp. 238–245.
- Faure, E. 1923. *History of Art*. Vol. 3, Renaissance Art. New York: History and Brothers Publishers.
- Gibran, K., 1980. *Visions of the Prophet*.
- Golub-Evans, J. 1994. Unity and variety; essential ingredients of a smile design. *Curr Opin Cosmet Dent*, pp. 1–5.
- Gombrich, E. 1978. *The Story of Art*, 13th ed. London: Phaidon Press.
- Adell, R., U. Lekholm, and B. Røcker. 1981. A 15-year study of osseointegrated implants in the treatment of the edentulous jaw. *Int J Oral Surg* (10), pp. 387–416.
- Anderson, B., P. Odman, A.M. Lidvall, et al. 1995. Single tooth restoration supported by osseointegrated implants: Results and experience from a prospective study after 2 to 3 years. *Int J Oral Maxillofac Implants* (10), pp. 702–711.
- Beagle, J.R. 1992. Surgical reconstruction of the interdental papilla: Case report. *Int J Periodontics Restorative Dent* (12), pp. 145–151.
- Belser, U., D. Buser, and F. Higginbottom. 2004. Consensus Statements and Recommended Clinical Procedures Regarding Esthetics in Implant Dentistry. *Int J Oral Maxillofac Implants*, 19, pp. 873–874.
- Belser, U., B. Schmid, F. Higginbottom, et al. 2004. Outcome Analysis of Implant Restorations Located in the Anterior Maxilla: A Review of the Recent Literature. *Int J Oral Maxillofac Implants*, 19, pp. 30–42.
- Bichacho, N., and C.J. Landsberg. 1994. A modified surgical prosthetic approach for an optimal single implant-supported crown, part I: The cervical contouring concept. *Pract Periodont Aesthet Dent* (6), pp. 35–41.
- Boucher, F. 1965. *20,000 Years of Fashion: The History of Costume and Personal Adornment*. New York: Harry N. Abrams, Inc., Publishers; Contini, Mila.
- Breuer, M. 1965. *Cosmetic Science. 2 vols. 1978–1980. Fashions from Ancient Egypt to the Present Day*. London.
- Brewer, A. 1970. Selection of denture teeth for esthetics and function. *J Prosthet Dent*; 23, pp. 368–373.
- Carlsson, G.E., A. Otterland, A. Wennstrom, et al. 1967. Patient factors in appreciation of complete dentures. *J Prosthet Dent*; 17, pp. 322–328.
- Copper, D.F. 1980. Interrelationships between the visual art, science and technology. *Leonardo*, (13), pp. 29–33.

- maxillary anterior dental implant treatment. *Int J Oral Maxillofac Implants*, 18, pp. 113–120.
- Miller, P.D. 1982. Root coverage using a free soft tissue autograft following citric acid application. Part I: Technique. *Int J Periodont Rest Dent* (2), pp. 65–70.
- Misch, E.C. 1999. Single tooth implant. In: Misch, C.E., ed. *Contemporary Implant Dentistry*. St. Louis: Mosby, pp. 397–428.
- Nemcovsky, C.E., O. Moses, and Z. Artzi. 2000. Rotated palatal flap in immediate implant procedures. *Clin Oral Implant Res* (11), pp. 83–90.
- Parel, S.M., and D.Y. Sullivan. 1989. *Aesthetics and Osseointegration*. Dallas, TX: Taylor Publishing Co., 11.
- Petrungaro, P.S., M.D. Smilanich, and N.W. Windmiller. 1999. The formation of proper interdental architecture for single tooth implants. *Contemp Esthet Rest*, (3), pp. 14–22.
- Philips, E.D. 1996. The anatomy of a smile. *Oral Health* (86), pp. 7–9, 11–3.
- Pikos, M.A. 2000. Block autografts for localized ridge augmentation: Part II. The posterior mandible. *Implant Dent* (9), pp. 67–75.
- Rittersma, J., A.F. Casparie, and E. Reerink. 1980. Patient information and patient preparation in orthognathic surgery: a medical audit study. *J Oral Maxillofac Surg*, 8, pp. 206–209.
- Rufenacht, C.R. 1992. *Principi di estetica*. Milano: Scienza e Tecnica Dentistica Edizioni Internazionali.
- Salama, H., M.A. Salama, D. Garber, and P. Adar. 1995. Developing optimal peri-implant papilla within the esthetic zone: Guided soft tissue augmentation, *J Esthet Dent* (7), pp. 125–129.
- Salama, H., M. Salama, D. Garber, and P. Adar. 1998. The interproximal height of bone. A guidepost to predictable esthetic strategies and soft tissue contours in anterior tooth replacement. *Pract Periodont Aesthet Dent* (10), pp. 1131–1141.
- Schmitt, A., and G.A. Zarb. 1993. The longitudinal clinical effectiveness of osseointegrated dental implants for single tooth replacement, *Int J Prosthodont* (6), pp. 187–202.
- Gunn, F. 1973. *The Artificial Face: A History of Cosmetics*. London: Trinity Press.
- Hirsch, B., B. Levin, and N. Tiber. 1972. Effects of patient involvement and esthetic preference on denture acceptance. *J Prosthet Dent*, 28, pp. 127–32.
- Hurzeler, M.B., and W. Dietmar. 1996. Peri-implant tissue management: Optimal timing for an aesthetic result. *Pract Periodont Aesthet Dent* (8), pp. 857–869.
- Jansen, C., and A. Weisgold. 1995. Presurgical treatment planning for the anterior single tooth implant restoration. *Compendium* (16), pp. 746–762.
- Jemt, T. 1997. Regeneration of gingival papillae after single implant treatment, *Int J Periodontics Restorative Dent* 17, pp. 327–333.
- Jovanovic, S.A. 1997. Bone rehabilitation to achieve optimal aesthetics. *Pract Periodont Aesthet Dent*, (9), pp. 41–52.
- Kazor, C.E., K. Al-Shammari, D.P. Sarment, et al. 2004. Implant plastic surgery: a review and rationale. *J Oral Implantol*. 30(4), pp. 240–254.
- Khoury, F., and A. Happe. 2000. The palatal subepithelial connective tissue flap method for soft tissue management to cover maxillary defects: A clinical report. *Int J Oral Maxillofac Implants* (15), pp. 415–418.
- Kiyak, H.A., T. Hohl, P. Sherrick, R.A. West, R.W. McNeill, and F. Bucher. 1981. Sex differences in motives for and outcomes of orthognathic surgery. *J Oral Surg*, 39, pp. 757–764.
- Kunzig, R. 1999. *Style of the Nile*. September.
- Lam, T., H.A. Kiyak, T. Hohl, R.A. West, and R.W. McNeill. 1983. Recreational and social activities of orthognathic surgery patients. *Am J Orthod*, 83, pp. 143–152.
- Lazara, R.J. 1993. Managing the soft tissue margin: The key to implant aesthetics. *Pract Periodont Aesthet Dent* (5), pp. 81–87.
- Lefer, L., M.A. Pleasure, and L. Rosenthal. 1962. A psychiatric approach to the denture patient. *J Psychosom Res*; 6, pp. 199–207.
- Levi, A., W.J. Psoter, J.R. Agar, S.T. Reisine, and T.D. Taylor. 2003. Patient self-reported satisfaction with

فصل دوم: ملاحظات تشخیصی برای

ایمپلنت درمانی زیبایی

ساله آنها بین ۳۰ تا ۵۰ درصد است، گزینه های جذاب تری نسبت به ایمپلنت های دندانی هستند که میزان موفقیت بهتری دارند و ریسک کمتری دارند (لانگر و همکاران، ۱۹۸۱، بولر ۱۹۸۸، گرین ۱۹۸۶).

درمانی که شامل پروتزهای جزئی ثابت با دهانه طولانی و چندین دندان آتل شده است باید به دقت با جایگزین ایمپلنت مقایسه شود. علاوه بر این، روش های اندودنتیک مانند اپیکوتومی یا رتروفیل ها باید به دقت مورد توجه قرار گیرند، نه تنها به دلیل سود محدود و میزان موفقیت کمتر، بلکه به دلیل احتمال به خطر افتادن یک محل بالقوه ایمپلنت از نظر عفونت و از دست دادن بافت نرم و سخت. همچنین، روش های پرپودنتال مانند افزایش طول تاج دندان باید در نظر گرفته شود، زیرا ممکن است حجم استخوان کاهش یابد، که ممکن است هم بافت سخت و هم بافت نرم را برای محل ایمپلنت آینده به خطر بیندازد (Curtis et al. 2002).

برنامه ریزی موفقیت آمیز درمان ایمپلنت، زمان درمان را کوتاه می کند، نتایج قابل پیش بینی را تضمین می کند و امکان استفاده آسان تر از پروتکل درمان از پیش تعیین شده را فراهم می کند. برنامه ریزی قبل از جراحی در موارد عمده زیبایی بر خلاف موارد کاربردی ساده است. برنامه ریزی برای موارد زیبایی نیاز به زمان بیشتر و دیدگاه تشخیصی متفاوت دارد. این کتاب باید شامل عوامل اضافی مانند الگوهای لبخند و اندازه لب و غیره باشد. بنابراین با سلامت بافت نرم و بیوتیپ ها بیشتر از نگرانی های بارگذاری و عملکردی سروکار دارد.

ایمپلنتولوژی دهان سریعترین علم در حال رشد در دندانپزشکی است. نتایج ایمن، موثر و قابل پیش بینی را برای بیماران مبتلا به بی دندانی کامل یا جزئی ارائه می دهد. همچنین برای بسیاری از شرایط بالینی که قبل از استفاده معمول از ایمپلنت درمانی فاقد راه حل هستند، راه حل عملکردی و زیبایی درازمدت دائمی ارائه می دهد.

ایمپلنتولوژی دندانی موفق همیشه با برنامه ریزی درمانی بهینه شروع می شود. هنگامی که زیبایی یک نگرانی اصلی است، برنامه درمانی باید در نظر بگیرد که آیا بیمار برای چنین روشی مناسب است یا خیر، و همچنین خود روش خاص، مواد مورد نیاز، زمان مناسب عمل و مدت زمان درمان برای کل برنامه را در نظر بگیرد. در نظر گرفتن این عناصر اساسی برنامه درمانی را تقویت می کند و قابلیت پیش بینی را ارائه می دهد که شانس موفقیت بلندمدت را در هر دو سطح عملکردی و زیبایی بهبود می بخشد.

برنامه ریزی درمانی ممکن است شامل چندین تخصص از جمله پرپودنتیکس، پروتز دندان و ارتودنسی باشد. هر طرح درمانی باید شامل کم خطرترین روش ها از نظر میزان موفقیت و طول عمر باشد، زیرا زمانی که جایگزین قابل پیش بینی تری مانند ایمپلنت دندان در دسترس است، دیگر مناسب نیست که یک روش پرخطر را در نظر بگیریم. ارزش روش های ریشه یا پرپودنتال با خطر بالاتر برای حفظ دندان ها برای تکیه گاه های پروتز گاهی اوقات مشکوک است زیرا ایمپلنت های دندانی جایگزین قابل پیش بینی تری هستند. به عنوان مثال، روش هایی مانند قطع ریشه یا نیم برش دندان، که نرخ شکست پنج