

کلاس امروز جمع بندی پروتز ثابت است که تا الان خوندید، تقریباً راجع به همه مباحث صحبت می کنیم برای اینکه بتونید یک کیس مشکل را درمان کنید. کلاس امروز به 2 بخش تقسیم شده: 1. مروری بر مباحث گفته شده در ثابت 2 (مبانی طرح درمان پروتز) و 2. دو کیس مشابه ارایه می شود ولی با دو نوع درمان متفاوت.

امروزه درمان های پروتزی 3 روش دارند:

1. پروتز متحرک (بیش از سده ها که استفاده می شود)
2. پروتز ثابت conventional (بیش از 100 سال است استفاده می شود)
3. پروتز ثابت متکی بر ایمپلنت (25 تا 30 سال است در دندانپزشکی متداول شده)

فاکتورهای موثر در انتخاب طرح درمان:

1. عوامل بیومکانیک
2. عوامل پریدنتال
3. زیبایی و استتیک
4. شرایط اقتصادی بیمار
5. انتظارات و خواسته های بیمار

نکته مهم در طراحی درمان این است که سراغ درمان های خیلی پیچیده نرویم. همیشه سعی کنید درمان های ساده را در نظر بگیرید.

بیماران نیازمند به پروتز متحرک (بدون در نظر گرفتن پروتز متکی بر ایمپلنت):

فضای بی دندانی در خلف بیش از دو دندان یا در قدام بیش از چهار دندان

همیشه پروتز ثابت نسبت به متحرک ترجیح داده می شود و به بیمار اعتماد به نفس می دهد. در واقع وقتی بازسازی قسمت از دست رفته به دلیل پوسیدگی یا تراوما با پروتز ثابت صورت می گیرد، بیمار حس می کند قسمتی از بدن خودش است اما در پروتز متحرک همیشه بیمار فکر می کند که به چیز اضافی دارد.

گاهی اوقات می خواهیم کارهای conservative انجام دهیم. رزین باند یا بریج یا مریلند بریج جزء پروتزهای ثابت کانزرواتیو است.

پروتز متکی بر ایمپلنت بسیاری از مشکلات ما را حل کرده به علاوه به سری مشکلات هم ایجاد کرده است. در بیماری که دندان های خلفی را از دست داده که می بایست متحرک استفاده کند، با قرار دادن چند فیکسچر می توان پروتز ثابتی برای بیمار گذاشت که مشکلات و عوارض متحرک را ندارد.

بیماران، امروزه خواستار درمان های ثابت هستند و اکثرا خواستار پروتز متکی بر ایمپلنت هستند. حتی وقتی بیمار یک دندان از دست داده، حاضر به تراش دندان های کناریش نیست و می خواهد با پروتز متکی بر ایمپلنت، دندان را جایگزین کند.

این نکته را توجه داشته باشید، وقتی وارد حرفه دندانپزشکی شدید و خواستید برای بیمار طرح درمان بدهید، همیشه پروتز متکی بر ایمپلنت نباید انتخاب اول شما باشد. در بعضی موارد با توجه به شرایط بیمار ترجیح می دهیم از پروتز های دیگر استفاده کنیم. پروتزهای قدیمی هنوز روش های درمانی موثر هستند. Case selection شما و انتخاب روش درمان هست که انتخاب اول، دوم، سوم را تعیین می کند نه اینکه چون ایمپلنت بهترین یا جدیدترین روش درمان است، برای هر بیماری آن را تجویز کنید.

بنابراین با اینکه پروتز متکی بر ایمپلنت در خیلی موارد راه گشا است اما انتخاب طرح درمان ما می تواند یکی از 3 روش (متحرک، کانونشنال، متکی بر ایمپلنت) باشد.

در بعضی موارد هم بهتر است، اصلاً برای بیمار هیچ کاری انجام ندهیم. وقتی فضا کم است، تغییراتی رخ نداده، یا هر درمانی انجام دهیم تصور می کنیم شکست می خورد، نیاز به درمان نیست. فضای 1 یا 2 میلی متر نه می شود ایمپلنت قرار داد، اگر پروتز ثابت بگذاریم شکل ظاهری خوبی نخواهد داشت، نه متحرک مفیدی می توانیم قرار بدیم، بهتر است بیمار را دچار دردسر نکنیم. این موارد، کیس هایی هستند که در ابتدای کار حرفه ای فکر می کنیم حتما باید برایشان کاری کنیم.

پروتزهای ثابت متکی بر دندان

برای پروتز ثابت ابتدا باید دندان پایه ای در نظر بگیریم که عوامل موثر در دندان پایه یا همان اباتمنت عبارتند از:

A. Retention: عامل مهمی است و وقتی با یک single یا تک واحدی روبرو هستیم شاید بتوانیم با عواملی این گیر را افزایش داد، ولی در بریج و پروتزها بار اضافه باید به دندان پایه وارد شود تا ریتنشن و رزیستنس کافی تامین شود.

B. حیات دندان: خیلی مهم است یا دندان باید سالم و زنده باشد یا اندو شده با شرایط مناسب (با بررسی رادیوگرافی)

✓ دندان هایی که پالپ کپ شده اند یا اندو شده اند ولی به آنها مشکوک هستید را هیچ وقت به عنوان دندان پایه انتخاب نکنید.

عوارض این دندانها بعد از بریج پس از چند ماه شروع به بروز کردن میکند و با تعدادی دندان که جایگزین کردیم بیمار با سیمپتوم و درد برگشته بنابراین باید بریج خارج شود و دوباره درمان انجام بشود که با بی اطلاعی باعث دردسر و دوباره درمان شدن بیمار شده ایم.

C. وضعیت پرئودنتال: ما هر کاری برای بیمار انجام دهیم بریج / کراون و ... بالاخره یه حجمی به دندان بطور ناخواسته اضافه میشود که بک اورکانتورینگ خواهید داشت، و بیماری که شرایط پرئودنتال خوبی نداشته و ما هدایتش نکردیم برای درمان موقع کارهای ثابت با متحرک باعث تشدید بیماری میشود و بهترین این است که تا حدودی وضعیت پرئودنتال را ثابت بکنیم و بعد به درمان های بعدی بپردازیم.

D. نسبت تاج به ریشه **Crown root ratio**: حداقل نسبت یک به یک

در قدیم قانونی بود که میگفت برای جایگزینی یک دندان با چند دندان، دندان های پایه میزان Periodontal surface area باید بیشتر از دندان های از دست رفته یا مساوی باشد. ولی در کلینیک به راحتی میتوانیم این قانون را تشخیص دهیم. بعضی اوقات این قانون تغییر میکند مثلاً وقتی در گرافی دندانی دارای ریشه های متباعد و بلند و خوبی است در این صورت میتوانیم **Compromised** کنیم و از بقیه شرایط چشم پوشی کنیم.

E. شکل ریشه ها: از یک ریشه بعنوان تک کراون یا حتی پایه بریج هم میتوانیم استفاده کنیم. در صورتی که شرایط پره اپیکال و پریودنتال مناسبی داشته باشند. در گرافی میتوانیم تشخیص بدهیم که شکل ریشه این دندان به نوعی هست که میتوان پایه بهتری بشود مثلاً: در بعد باکولینگوالی دارای قطر بیشتر از بعد مزودیستالی باشد دندان پایه خوبه مثل کانین و وقتی مقطعش گرد یا روند بود مثل لترال و سانترال دندان پایه ی نامناسب تری است.

✓ کانین همیشه شرایط بهتری برای دندان پایه شدن دارد.

اینجا هم قانون آنت رو داره میگه که تصاویرش گویا است!

✓ ما نسبی در نظر میگیریم ضعیف ترین دندان ماگزیلا را لترال در نظر میگیریم و میزان Periodontal surface area بقیه دندان ها رو با این دندان لترال محاسبه میگردیم.

✓ در فک پایین دندان سانترال که کمترین میزان Periodontal surface area رو داشت مینا حساب میگردیم و ما بقی رو نسبت به اون محاسبه میکنیم.

F. عوامل بیومکانیک: میزان ارتفاع یا طول ناحیه ی بی دندانی (span) برای ما اهمیت دارد چون هرچه تعبیر میکنه انعطاف پذیری را بیشتر میکنه و با در نظر گرفتن بقیه عوامل باید در صدد کاهش این انعطاف پذیری بر بیایم.

G. قوس فکی: بازم تکرار مسائل قبله که به نحوی وقتی طول بازوی متحرک زیاد شد این قوس فکی میاد و جبران میکند با افزایش طول بازوی مقاوم

✓ Pier abutment: وقتی دندان منفرد وسط دو تا فضای بی دندانی داشتیم که در قسمت های بعد دوباره دندان موجود بود pear abutment ها ایجاد میشدند که الان با آمدن ایمپلنت ها دیگر دردسرش ارزش ندارد ولی در مواقعی که پروتز ثابت خواستیم قرار بدهیم در این شرایط از نان ریجید کانکتورها استفاده میکنیم که بتواند بعنوان stress breaker عمل کند.

همه ی این مطالب را مرور کردیم که این کیس ها را درمان کنیم. دو کیس هست که به ما مراجعه کردند و میخواهیم این ها را درمان کنیم. عوامل موثر بر درمان های پروتز را در قسمت های قبل یادآوری کردیم. انتخاب کیس و عوامل موثر آن هم میدانید. وقتی میخواهید بیمار را معاینه کنید باید 4 فاکتور را بررسی کنید: یکی معاینات داخل دهانی. در مورد اول باید ببینیم چه کارهایی از قبل برای مریض انجام شده: مثلا درمان ریشه، اکس، ترمیم و... مثلا اگر تعداد زیادی از دندان های خلفی کشیده شده مریض مجبور است از دندان های قدامی برای جویدن استفاده کند. در معاینات داخل دهانی حتما باید شرایط پریدنتال بیمار را بررسی کنید. (از لحاظ لقی دندانها، عمق پاکت، خونریزی و اتچ جینجیوا!)

در معاینات پروتز ثابت با توجه به اینکه لثه ی بیمار حین کارهای مختلف آسیب میبیند به اتچ جینجیوا حتما دقت کنید. سدی که مانع از این میشود که بعدا رستوریشن شما دچار شکست شود، همین اتچ جینجیوا میباشد که وجود دارد. حتما اتچ جی باید بیش از 2-3 میلی متر باشد، اگر کمتر بود باید حتما بهداشت بیمار خیلی خوب باشد یا یک راهی پیدا کنید که بتوانید شرایط را تقویت کنید. در معاینات داخل دهانی بررسی اکلوزن نیز بسیار مهم است همین طور که در کیس زیر میبینید (شما مجبورید تصور کنید دی) شرایط ایجاد شده در دندان های قدامی باعث سایش شدید و عریض و پهن شدن دندان ها شده. یعنی بیمار به جای اینکه دندان های قدامی را برای بریدن و دندان های خلفی را برای آسیاب کردن استفاده کند، همه ی این کارها را با دندان های جلو انجام میدهد. بعضی جاها هم اوور اراپشن داریم و با توجه به شرایط اکلوزن بیمار، حرکات طرفی را هم انجام میدهیم و چک میکنیم. در این مورد علاوه بر اینکه بازسازی دندان ها را داریم، بازسازی اکلوزن را هم باید انجام دهیم که این نشان دهنده ی پیچیدگی شرایط

درمان میباشد. یعنی با یک بیمار طرف نیستید که بتوانید صرفاً با یک پارسیل یا بریج مشکل آن را حل کنید. اگر صرفاً برای بیمار یک پارسیل درست کنید با این شرایط دهان و اکلوزال مشکلی از بیمار برطرف نکرده اید. مرحله ی بعدی تهیه ی رادیوگرافی است. معمولاً رادیوگرافی های پانورامیک تصاویر مناسبی به شما میدهند اگرچه جزئیات را نمیبینند. ولی پانورامیک نکات زیادی را به ما نشان میدهد. بعد از این مرحله رادیوگرافی های پری اپیکال را هم انجام میدهیم. تهیه ی رادیوگرافی بسیار مهم است. مثلاً در این کیس!! اگر بدون رادیوگرافی اقدام به گذاشتن ایمپلنت بکنیم با مشکل مواجه میشویم زیرا در این ناحیه ی بی دندانی، یک کانین نهفته وجود دارد و گذاشتن ایمپلنت امکان پذیر نیست. از طرفی خارج کردن کانین نهفته باعث برداشتن مقدار زیادی استخوان در آن ناحیه میشود که مجبور میشویم با روش های مختلف آن فضا را پر کنیم و اجازه دهیم هیلینگ انجام شود و فرصتی برای ایمپلنت پیش آید. پس همیشه هم ایمپلنت جوابگوی مناسبی برای ناحیه بی دندانی نیست و گاهی (مثلاً در این مورد) گذاشتن پروتز ثابت معمولی در این ناحیه مناسبتر میباشد

پس حتماً رادیوگرافی ها را به دقت مشاهده کنید. (دندان های نهفته، ریشه ی باقی مانده و ...)

از طرفی بدون معاینه ی بالینی، از روی رادیوگرافی هم سایدگی ها کاملاً مشخص است. در چنین کیسی گاهی قادر نیستید تمام کارهایش را انجام دهید. اگر در این حد توانمند هستید که یک موردی که در این حد پیچیده است را به اتمام برسانید استارت بزنید. کسی که دندانپزشکی را خوب یاد گرفته و مراحل کار را خوب بداند خیلی راحت میتواند کیس ها را درمان کند، منتها باید بداند چه کاری میخواهد انجام دهد. هیچ وقت کیس هایی که مشکل هستند یا با فاکتور های متعددی سر و کار دارید را ساده انگاری نکنید.

وقتی با فاکتورهای متعددی سروکار دارید یک طرح درمان مناسب را اول در ذهنتان انتخاب کنید و بعد اقدام به درمان بکنید

اگر یک دندانپزشک برنامه ریزی مناسب داشته باشد و عوامل موثر در درمان را پیدا کرده باشد میتواند این کار را انجام بدهد لازم نیست حتماً متخصص باشد ولی هرچایی نیاز بود میتواند به متخصص ارجاع دهد و یا با او مشورت کند

مشکل بیمار کیس habitual occlusion شدید است پس اول آن را در ارتیکولاتور مانت میکنیم. مانت کردن در کیس های پیچیده بر روی آرتیکولاتور کلاگی نیست بلکه بازسازی باید در آرتیکولاتوری انجام شود که بتواند شرایط دهان را کامل بازسازی کند پس گرفتن face bow الزامی است

رابطه را در آرتیکولاتور ثبت میکنیم و مشاهده میکنیم که چه تغییراتی ایجاد شده . تغییرات ایجاد شده را تا آنجایی که شاخص های ما اجازه میدهند محاسبه میکنیم و میبینیم آیا امکان افزایش VD در بیمارمان هست یا نه. با توجه به رکوردهایی که ثبت کردیم این کار را انجام میدهیم

مثلا متاسفانه در این بیمار تغییرات ورتیکال چندانی نمیتوانیم بدهیم پس دستان برای افزایش VD و بازسازی کامل اکلوژن بسته است

بعد از به دست آوردن ارتفاع ورتیکال جدید یک diognestic wax up برای تمام دندانها انجام میدهیم.

(در این کیس دندانهای خلفی هم با این روش بازسازی کردیم) و بعد ارزیابی میکنیم که آیا این کار برای درمان کافی هست یا نه که دیدیم نیست. بعد یک سری روش درمان ارایه میکنیم برای طرح درمان های وسیع فقط یک آپشن را در نظر نگیرید حتما هر سه تا درمان را در نظر بگیرید

در انتخاب سه روش درمان یکی از مسایل مورد توجه توانایی اقتصادی بیمار و شرایط سیستمیک بیمار است مثلا برای یک بیمار با شرایط اقتصادی ضعیف و یا شرایط سیستمیک و پیری ترجیح به درمان پروتز متحرک است تا ایمپلنت

درمان های محتمل کیس :

مندبیل :

1. پروتز متحرک و درمان های معمولی پروتز ثابت انجام دهیم
2. قسمت های خلفی را با پروتز متکی بر ایمپلنت و در قدام پروتز معمولی بگذاریم

ماگزیلا :

1. پروتز ثابت با درمان های معمولی انجام بدهیم

2. با پروتز متکی بر ایمپلنت درمانمان را انجام دهیم

پس فازهای درمانی مان را با توجه به شرایطی که وجود دارد شروع میکنیم

یکی از مهمترین مسایلی که باید در نظر بگیریم آموزش بیمار است چرا باید به آموزش بیمار در این مراحل توجه کنیم؟

چون کسی که در مدت زندگی دندانهای طبیعی اش را نتوانسته درست مراقبت کند مسلما پروتز شما هم به خوبی نمیتواند نگه دارد پس باید ذهنیتش را درمورد شرایط بهداشتی دهان تغییر بدهیم. درمان های پروتز نیازمند بهداشت مناسب هستند که ما باید با آموزش آن را تامین بکنیم

بعد میرویم سراغ کارهای دیگه مثل RCT و روکش. از آنجا که وقتی VD بیمار را اندازه گیری کردیم دیدیم کافی نیست حالا میاییم attached gingiva را اندازه گیری میکنیم و مثلا میبینیم کفایت پس میتوانیم CL انجام دهیم . با اینکه در این کیس نه دندان شکسته ای داشتیم نه پوسیدگی ای که نیاز به CL داشته باشد اما برای افزایش ارتفاع دندان و به دنبال آن افزایش retention و resistance میکنیم. در این مرحله مهم نیست که روکش all ceramic باشد یا متال-سرامیک این را شما مشخص میکنید. تنوع رستوریشن ها را ما تعیین میکنیم.

تنوع رستوریشن ها را دندانپزشک تعیین می کند. می توانستیم بجای متال-سرامیک در تک کراون ها ، فول سرامیک استفاده کنیم . طبیعتا رستوریشن تغییر می کرد و تراش را متناسب با رستوریشنی که می خواهیم انتخاب می کنیم و بقیه ی موارد.

با توجه به اینکه VD تغییر کرد باید شرایطی برای بیمار فراهم کرد که با توجه به ارتفاعی که ما تعیین کردیم تشخیص بدهیم که آیا ارتفاعی که تعیین کردیم اولاً درست هست یا نه چون ممکن است در رکوردگیری اشتباه کرده باشیم ثانيا باید ببینیم که بیمار می تواند با شرایطی که برایش تعیین کرده ایم

خودش را تطبیق بدهد یا نه. پس نیازمند پروتز متحرکی هستیم که ارتفاع عمودی که برایش ساختیم را بتواند بازسازی کند و بیمار بتواند با آن مدتی کنار بیاید و استفاده کند.

یک overlay partial denture برایش ساختیم که در دندان‌ها قدامی ارتفاعی که ایجاد کرده بودیم را اضافه کرد، دندان‌های خلفی را جایگزین کرد و در این مرحله گاهی اوقات بیمار اظهار می‌کند که با این دنچر قادر به جویدن نیست و دندان‌هایش دایم به هم دیگر برخورد می‌کند و یا اینکه می‌گوید با دنچر راحت هست و می‌تواند براحتی غذا بجود و ظاهرش را بهبود بخشیده است.

اگر مورد اول را اظهار کرد یعنی ارتفاع عمودی را غلط تعیین کردیم و باید در این مرحله آن را کوتاه کنیم، یک مدتی با این پروتزهای موقت یا intrim طی می‌کند تا اینکه به یک ارتفاع عمودی متناسبی برسیم. در این مراحل کراون لنتینگ را هم انجام می‌دهیم. حالا هم کراون لنت انجام دادیم و هم ارتفاع عمودی تثبیت شد و اکنون وکس آپ را کامل می‌کنیم. حالا یا ارتفاع کمتر می‌شود یا بیشتر و با توجه به آپشن‌هایی که برای بیمار تعیین کردیم درمان را شروع می‌کنیم.

برای قسمت‌های خلفی تصمیم گرفتیم که پروتز متکی بر ایمپلنت قرار دهیم چون بیمار سن زیادی ندارد و میانسال است! پس بهتر است سراغ درمان‌های متحرک برای چنین فردی نرویم. ایمپلنت‌ها قرار داده شده اند، هیلینگ اسکروها بسته شدند و در خلال مرحله ی هیلینگ ایمپلنت، کارهای دیگر را انجام می‌دهیم. اندو انجام شده و پست و کورها ساخته شده اند و همان کاری که در کلینیک انجام می‌دهید منتهی با تعداد زیادتر برای بیمار انجام گرفته است.

پست و کورها در دهان بیمار سمان می‌شوند و در این مرحله رستوریشن موقت می‌سازیم یعنی اباتمنت موقت روی فیکسچرها در دندان‌های خلفی می‌بندیم و با توجه به رکورد ثانویه ای که بدست آوردیم رستوریشن‌های موقتی برای بیمار می‌سازیم که زیبایی و فانکشن و چیزهایی که مدنظرمان هست را برای بیمار تامین کند. اعتماد بنفس بیمار با شرایط جدیدی که بدست آورده بسیار افزایش می‌یابد.

این مراحل با توجه به کیس نیازمند زمان است. بین 3 تا 6 ماه صبر می‌کنیم تا مطمئن شویم شرایط با ثبات شده است. وقتی که شرایط با ثبات شد قالبگیری نهایی را انجام می‌دهیم. در فک بالا با سیلیکون‌های

افزایشی و در فک پایین با impregum (پلی اتر) انجام گرفته است. این را گفتیم که بدانید لازم نیست حتما یک ماده را استفاده کنیم

در فک پایین ایمپرشن پست ها را در فک بستیم و همزمان دندان های تراش خورده و ایمپلنت ها را قالب گرفتیم. در این موارد باید تری اختصاصی ساخت و سیستم دابل میکس یا دو خمیری را باید استفاده کرد. سیستم های دو خمیری سه حالت لایت بادی ، رگولار بادی و heavy بادی داشتند. در فک بالا هم که سیلیکون افزایشی استفاده کردیم برای اینکه تغییرات کمی داشته باشد و مستر کست ها را تهیه کردیم که کار های لابراتواری روی آن ها انجام می گیرد.

حالا میرویم سراغ رکوردگیری ها . کست ها کراس ماننت می شود (توضیحی داده نشد). می بینید (نمی بینیم) که ایندکس گرفتیم از همان وکس آپ هایی که تهیه کردیم برای اینکه دقیقا مشابه همان چیزی که روی ارتیکولاتور تهیه کردیم بازسازی شود. با پوتی ایندکس گرفته و نصف کرده که ببیند چقدر فضا دارد. وکس آپ های کامل (فول کانتور وکس آپ) را برای بیمار انجام می دهیم. وقتیکه روی آرتیکولاتور تایید شد فضاهای لازم را برای پرسنل در می آوریم یعنی کات بک می کنیم. کار درست در کیس های پیچیده همین است که اول فول کانتور وکس آپ شود و بعد کات بک انجام گیرد. اگر قرار بود برای بیمار در برخی نواحی فول سرامیک کار کنید دیگر به این شکل کار نمی کردید چون باید فول سرامیک می شد دیگه!

فریم ورک ها را کست (ریختگی) می کنیم. فریم ورک ها امتحان می شوند و با واش ماده ی قالبگیری انطباق را چک می کنیم. یک رادیوگرافی می گیریم که ببینیم فریم ورک ها دقیقا در محل خودشان مستقر شده اند. بعد از این مرحله پرسنل گذاری را انجام می دهیم. سپس در دهان بیمار امتحان می شود. اگر نیاز به رنگ آمیزی دارد انجام می دهیم و بعد در دهان بیمار بصورت موقت سمان می کنیم. تمام حرکات طرفی که می خواستیم را توانستیم برای بیمار انجام دهیم و بازسازی صورت گرفت

زمان لود کردن سیستم های مختلف ایمپلنت و شرایط لود کردنشان با هم متفاوت است. سیستمی که در این کیس بکار رفته است ITI می باشد و باید پس از 3 ماه لود شود. در ایم مورد ورتیکال بیمار را تغییر داده ایم بنابراین در چنین کیسی حتما باید VD چندین ماه مورد بررسی قرار بگیرد و قبل از 3 ماه نمیتوانید اقدام

به درمان کنید. روکش موقت در این موارد در لابراتوار تهیه می شود و از جنس آکريل دنچر می باشد
منتهی همرنگ دندان است و دوام زیادی دارد حتی بیش تر از 3 ماه.

کیس 2:

تقریباً شرایط کیس قبلی را دارد. با این تفاوت که شرایط بیمار ایجاب می کند که برایش پروتز متحرک
انجام دهیم. همان روند را طی کردیم. گرافی پانورامیک تهیه شده و همان دردسر هایی که در کیس قبلی
وجود داشت در این کیس هم وجود دارد. کست ها را مانت کردیم ، شرایط بیمار بررسی شده و نیاز به
افزایش VD داریم منتها شرایط بیمار طوری بود که قادر نبود ایمپلنت بگذارد بنابراین تصمیم گرفتیم درمان
پروتز متحرک را در نواحی بی دندان انجام دهیم .

همان کار هایی که در کیس قبلی انجام داده ایم در این جا هم صورت گرفته است. یک پروتز متحرک
overlay برای بیمار ساخته شده است. دندان هایی که نیازمند درمان ریشه بود اندو شدند. پست و کور ها
ساخته شدند و در دندان ها سمان شدند. پروتز موقتی به بیمار داده شد و بعد از اینکه شرایط مورد نظر برای
بیمار تامین شد درمان نهایی را شروع کردیم .

قالب گیری نهایی برای بیمار انجام گرفت و مانت کست ها انجام گرفته شد. الگوی مومی آماده شد و همه ی
دندان ها فول کانتور و کس آپ شدند. فک بالا مانند کیس قبلی شد ولی در فک پایین تصمیم گرفتیم که
پروتز متحرکی به بیمار بدهیم که هم با ثبات باشد و هم اینکه ایمپلنتی برای بیمار نگذاشته باشیم پس پروتز
متحرک همراه با اتچمنت برای بیمار گذاشتیم .

در دندان های پایه ی قدامی پارسیل ، اتچمنت های اکسترا کرونال قرار داده شده است. فریم ها ریخته می
شوند و در نهایت پروتز پارسیل متحرک فک پایین همراه با پروتز معمولی فک بالا برای بیمار ساخته می
شود. اگر مریض با مشکلات زیادی ممکن است مواجه بشود سعی می کنیم درمان های پروتز متحرک
برایش انجام دهیم برای همین بریج استفاده نمی کنیم.

در هر دومورد پس از اتمام درمان یک نایت گارد تجویز می شود. در مواردی که دست اندازی به قسمتهای
وسیعی از دندان و فک می باشد مدتی طول می کشد تا بیمار به شرایط فعلی اکلوزنش عادت بکند و ممکن

است در این مدت دچار براکسیسم یا کلنچینگ و یا سایر عادات پارافانکشنال بشود که اگر چنین وضعیتی برای بیمار ایجاد شد باید یک نایت گارد برایش بگذاریم که پرسنل ها نشکند و مشکلی برای بیمار ایجاد نشود ولی باید در طی این مراحل حتما بیمار را کنترل کنیم

❖ آیا اسپلینت کردن کراون ها در این کیس ها صحیح است؟

اسپلینت کردن یک روش درمانی هست یعنی بعضی وقت ها نیاز است که یک یا چند دندان به همدیگر متصل شوند ولی این کار نباید بعنوان فرار از عوارض درمان باشد. بعضی وقت ها می بینیم چند دندان کنار هم هستند که اینها را به همدیگر اسپلینت می کنیم تا 6 ماه بعد بیمار نیاد بگه کنده شده و من مشکل دارم که اصلا کار درستی نیست و پایه ها را از بین می برد. اسپلینت کردن شرایطی دارد. اگر بخاطر کوتاه بودن پایه ها یا هر عامل دیگری خواستید اسپلینتینگ انجام بدهید باید شرایط اسپلینت کردن را فراهم کنید یعنی باید به نحوی این اتصال انجام بگیرد که وضعیت پرئودنتال بیمار به خطر نیفتد و طوری ساخته شود که در ناحیه ی سرویکال بتواند با سلف کلینزینگ و مسواک و سوپر فلاس بتواند آن ناحیه را تمیز کند. مواظب باشید که در آینده سرتون میاد چون مسول درمانگاه عاشقه اسپلینته چون میخاد بیمار چند بار مراجعه نکند برای چسباندن روکش کنده شده.

گروه ضربت جزوه نویسی:

مینا خرمیان

فرینار طاهرپور

مهناز مرتضوی

مهرناز زکی زاده

فاطمه رضایی