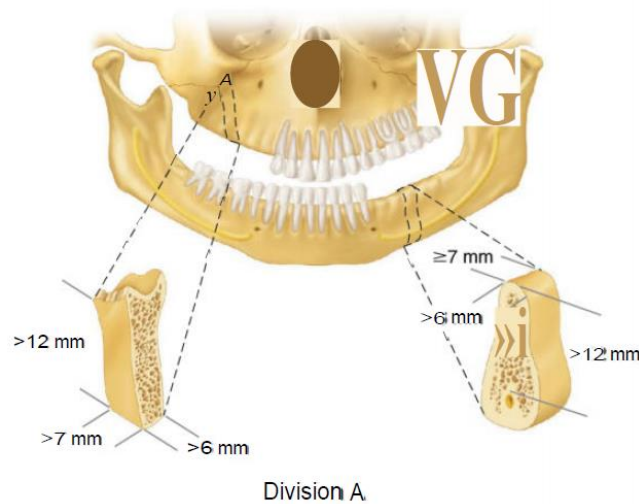


طرح درمان کلاس ۲

در این کلاس بیماران نیمه بی‌دندان، دندان‌های یک سمت را در خلف از دست داده‌اند. این بیماران معمولاً از پروتز متحرک استفاده نمی‌کنند. معمولاً حتی در موارد طولانی مدت بی‌دندانی استخوان موجود برای درمان با ایمپلنت کافی است. یک روش درمانی رایج در بیماران کلاس ۲ نوع A یا B ایمپلنت با حداقل استئوپلاستی در مندیبل است. با توجه به این موضوع که این بیماران معمولاً کمتر از RPD استفاده می‌کنند دندان‌های فک مقابل به سمت نواحی بی‌دندانی خلفی اکستروود می‌شوند.

بیمار کلاس ۲ در یک کوادرنانت دندان‌های خلفی را از دست داده است. شکل زیر:



طرح درمان در بیماران کلاس ۲ دارای استخوان نوع A

برای بیمارانی که در این دسته قرار می‌گیرند یک پروتز ثابت متکی بر ایمپلنت توصیه می‌شود. دو یا چند ایمپلنت برای جایگزینی مولرها نیاز است. برای حالتی که پارافانکشن وجود دارد یک ایمپلنت برای هر دندان از دست رفته باید در نظر گرفته شود.

مندیبیل کلاس ۲ نوع A شکل زیر:



مکان های کلیدی ایمپلنت در محل پرمولر اول مولر دوم (بدون کانتی لور) و مولر اول (قانون مولر اول) قرار داده شده‌اند. یک ایمپلنت اضافی نیز به دلیل کلنچینگ متوسط در بیماری که مرد جوان است و دندان های طبیعی در فک مقابل دارد در محل قرار گرفته است. (شکل زیر)



طرح درمان در بیماران کلاس ۲ دارای استخوان نوع B

بیماران کلاس ۲ نوع B استخوان باریکی در فضای بی دندانی خلفی دارند و دارای دندان های طبیعی در قدام می باشند. در این دسته نیز یک پروتز ثابت توصیه می شود. در اینجا استئوپلاستی به منظور افزایش عرض استخوان کاربرد محدودی دارد. اگر فاکتورهای استرس (پارافانکشن یا پروتزهای متکی بر ایمپلنت در فک مقابل) بزرگتر از حد معمول باشد استفاده از یک ایمپلنت برای هر ریشه از دست رفته بدون هیچ کانتی لوری توصیه می گردد. خاطرنشان می شود که مولر دوم مندیبل به ندرت جایگزین می گردد. در ریج ماگزیلای نوع B آگمنت کردن یا اکسپنشن استخوان معمول تر است چرا که دانسیته استخوان ضعیف تر است.

بیماری که مولرها و هر دو پرمولر را از دست داده باشد نیازمند ساپورت ایمپلنت اضافه است. سه ایمپلنت می توانند پایه ای برای یک FPD مستقل در مندیبل باشند که این بستگی به دیگر فاکتورهای استرس دارد. در صورت وجود پارافانکشن و یا دانسیته ضعیف، استخوان نوع B بایستی قبل از کاشت ایمپلنت های قطورتر با آگمنت کردن به نوع A تبدیل شود. دندان های قدامی در بیماران کلاس ۲ باید در تمام حرکات خارج مرکزی ایمپلنت های خلفی را از تماس خارج کنند.

طرح درمان در بیماران کلاس ۲ دارای استخوان نوع C

وقتی ارتفاع، عرض، طول یا زاویه استخوان ناکافی باشد یا CHS بزرگتر یا مساوی ۱۵ میلی متر باشد استخوان بی دندانی نوع C محسوب می شود.

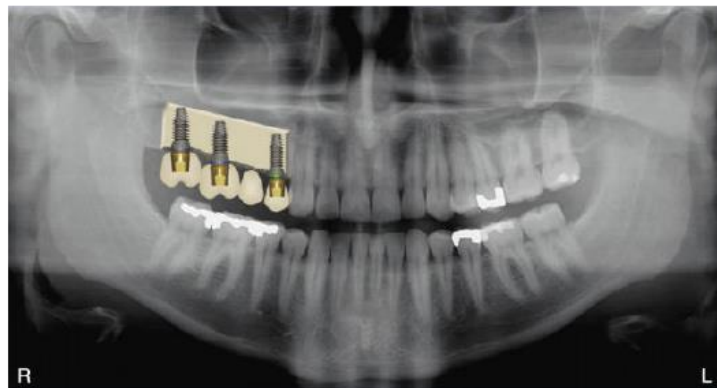
یک قوس کلاس ۲ نوع C-h (ارتفاع ناکافی) ۷ تا ۹ میلی متر ارتفاع در محل بی‌دندانی دارد. (شکل زیر)



درمان این دسته روش های مختلفی دارد. یک روش استفاده از شیوه های آگمنت کردن استخوان است. اگر هدف از گرفت استخوان تبدیل نوع C به نوع A یا B برای ایمپلنت های داخل استخوانی مندیبل است از استخوان اتورژن نیز در گرفت استفاده می شود.

روش دیگر درمان در مندیبل جابجایی عصب و سپس قرار دادن ایمپلنت ها می باشد. این روش در بیماران کلاس ۲ که کاندید ضعیفی برای آگمنت کردن استخوان هستند به کار می رود.

قوس ماگزیلای کلاس ۲ نوع C-h اکثراً نیاز به گرفت سینوس دارد (رنگ سفید) و سپس ایمپلنت ها با سایز ایده آل در محل های کلیدی خود قرار داده می شوند. (شکل زیر)



طرح درمان در بیماران کلاس ۲ دارای استخوان نوع D

کلاس ۲ نوع D اکثراً در بی‌دندانی درازمدت ماگزایلا پیش می آید. گرفت سینوس قبل از کاشت ایمپلنت، ریج را به نوع A تبدیل می کند که اغلب ارتفاع روکشی بیش از حد ایده آل دارد. ریج کلاس ۲ نوع D به ندرت در بیماران نیمه بی‌دندان مندیبل یافت می شود و در صورت وجود هم اکثراً ناشی از تروما یا جراحی خارج کردن نئوپلاسم

ها است. این بیماران معمولاً نیازمند گرفت انله استخوان اتوژن هستند تا موفقیت ایمپلنت را ارتقا بخشد و از شکستگی پاتولوژیک پیش از بازسازی پروتزی جلوگیری کند. بعد از بلوغ گرفت و افزایش استخوان موجود بیمار ارزیابی می‌شود و مشابه بیماران دارای حجم استخوان مطلوب درمان می‌گردد.