الجمهورية العربية السّورية
جامعة دمشق
كلية طب الأسنان
قسم مداواة الأسنان

المعالجة السّنية التّجميلية عند المرضى كبار السّن
Aesthetic Dental Treatment in Elderly patients

مشروع قدّم إلى جامعة دمشق لنيل درجة ماجستير التّأهيل والتّخصص في طب الأسنان التّجميلي

إعداد
جيسيكا مارسيل عبيد

إشراف الأستاذة الدكتورة
كيندا ليوس
أستاذ في قسم مداواة الأسنان - جامعة دمشق

ماجستير

2016 م _ 1437هـ

استمر في وضع ثقتك بالله ، فهو لن يخذلك أبداً

الإهداء
Dedication

*إلى **روح والدي** يا من من عجزت الكلمات عن وصفه*
إلى من بذل الجهد ولم يبخل ولم يتوانى وأعطى ولم ينتظر
مازلت قدوتي لكن لم يسمح القدر أن تفرح لهذه اللّحظة التي أقدّم فيها ثمرة جهدي

إلى أجمل مافي الوجود وأروع مافي الرّوح
إلى من ساهرت النّجوم داعية لي بالتّوفيق
إلى من أنار رضاؤها دربي وفتح لي أبواب النّجاح
إلى ست الحبايب .... ***والدتي الحبيبة أطال الله عمرها***

إلى ذكرياتي الجميلة في صغري وسندي في الحياة
إلى من شاركوني حلو الحياة ومرّها
إلى من أرى نجاحي بأعينهم .... ***إخوتي الأحباء حفظهما الله***

إلى من حوّلت بحنانها اللامتناهي حياتنا إلى جنّة... ***جدتي حفظها الله***
إلى الأمّ الثّانية التّي ننعم بمحبتها ودفئها ... ***خالتي حفظها الله***

إلى سندي ورفيق دربي
إلى من تحلو الحياة معه وبقربه
إلى توأم روحي .... ***خطيبي حفظه الله***

إلى عائلتي الثّانية في دمشق التّي أحاطتني بعطفها ومحبتها لكم جزيل الشّكر والمحبة....

كلمة شكر
Acknowledgment

تقتضي المسؤوليّة العلمية أن أتوجّه بالعرفان والجميل لرئاسة جامعة دمشق وإلى الأستاذ الدكتور محمد سالم ركاب عميد كلية طب الأسنان وإلى الأستاذ الدكتور عمار مشلح نائب العميد للشؤون العلمية والأستاذ الدكتور محمد إياد الحفار نائب العميد للشؤون الإدارية وإلى كافة أقسام كلية طب الأسنان وأخصّ بالذّكر (قسم التّعويضات الثّابتة ، قسم مداواة الأسنان وقسم اللّثة) البيئة المعرفية التي أهّلتني وزملائي لأن نكون روافد المعرفة لوطن نعتزّ الانتماء إليه .

أتقدّم بجزيل الشّكر وكلّ الاحترام لأستاذتي المشرفة الأستاذة الدكتورة كيندا ليوس التّي لم تبخل عليّ بوقت أو جهد ، وكانت عوناً لي حتى إتمام هذه الأطروحة ...

ويطيب لي الاعتراف بالامتنان والتقدير لأستاذي رئيس قسم المداواة التّرميمية الأستاذ الدكتور أسامة الجبان الذي لم يبخل بعلمه وخبرته عليّ وعلى زملائي .

جميل التّقدير والامتنان للأستاذة الدكتورة ميرزا علاف رئيس قسم التّعويضات الثّابتة التي قدّمت لي ولزملائي المعرفة والمساعدة في الجوانب العملية والنظرية .

كما أشكر كلاً من الأستاذ الدكتور حسان عاشور والأستاذة الدكتورة ثريا لاذقاني والاستاذ الدكتور طارق قاسم لدورهم الكبير في الجوانب التّطبيقية والنظرية .

والشّكر لزملائي وزميلاتي في ماجستير التّأهيل والتّخصص التّجميلي مقدّرة روح التّعاون بيننا .

ختاماً لابدّ من الوقوف بكل احترام وتقدير أمام هذا الصرح العلمي العريق جامعة دمشق مقدرة جهود رئاسة الجامعة وجهود إدارة كلية طب الأسنان ممثلة بالأستاذ الدكتور محمد سالم الركاب عميد الكلية والأستاذ الدكتور عمار مشلح نائب العميد للشؤون العلمية والأستاذ الدكتور محمد إياد الحفار نائب العميد للشؤون الإدارية لما يبذلونه من جهود في سبيل تطوير البحث العلمي في الكلية .

قائمة المحتويات

List of contents

المعالجة التّجميلية عند المرضى كبار السّن

قائمة المحتويات :

المقدّمة..... 6

أهميّة الموضوع..... 8

الباب الأول : المرضى كبار السّن 10

1-1 تعريف المرضى كبار السّن..... 11

2-1 تقسيم الخدمات السّنية المقدّمة لهذه الفئة العمرية..... 11

3-1 الفرق بين العمر التقويمي والوظيفي..... 12

4-1 التّحديات التي تواجه الطّبيب عند التّعامل مع هذه الفئة العمرية..... 12

5-1 الأمراض التي تواجه الطّبيب عند التّعامل مع هذه الفئة العمرية..... 12

الباب الثّاني : التّغيرات التي تحصل عند المرضى كبار السّن..... 17

1-2 التّغيرات الوجهية..... 18

2-2 التّغيرات السّنية واللثوية..... 20

1-2-2 التّغيرات السّنية الحاصلة مع تقدّم العمر..... 20

2-2-2 التّغيرات اللثوية الحاصلة مع تقدّم العمر..... 22

3-2 العلامات الملاحظة..... 23

الباب الثّالث : المعايير الجمالية السّنية عند المرضى كبار السّن..... 25

1-3 الابتسامة عند كبار السّن..... 26

2-3 تقليل تأثير علامات تقدّم العمر على ابتسامة المريض..... 28

3-3 دمج خصائص العمر بالتّعويض..... 30

4-3 اهتمام المرضى المسنّين بالمعالجة التّجميلية السّنية..... 31

5-3 ماذا تقدّم المعالجة التّجميلية السّنية عند المرضى كبار السّن..... 32

الباب الرّابع : خطوات العمل في العيادة السّنية..... 34

1-4 القصة الطّبية والسّنية..... 35

1-1-4 التّاريخ الطّبي..... 35

2-1-4 التّاريخ السّني..... 35

2-4 الشّكوى الرّئيسية..... 35

3-4 الفحوص السّريرية اللازمة..... 36
1-3-4 الفحص الوجهي والسّني..... 36
2-3-4 الفحص داخل الفموي..... 36
3-3-4 الفحص السّريري الموضعي..... 36
4-4 التّشخيص وخطّة المعالجة..... 37
1-4-4 التّشخيص..... 37
2-4-4 خطّة المعالجة..... 37
5-4 عدد ومدّة المواعيد التي تتوافق مع المريض المسن..... 39
6-4 التّعامل مع المريض المسن في العيادة السّنية..... 40
7-4 وضعيات معالجة المرضى المسنّين..... 42

الباب الخامس: إجراءات المعالجة التّجميلية عند المرضى كبار السّن..... 43
1-5 الاعتبارات التّجميلية الضّرورية قبل إجراء المعالجة السّنية التّجميلية..... 44
2-5 المعالجات اللّبية , التّرميمية واللّثوية التّجميلية..... 44
1-2-5 المعالجات اللّبية..... 44
اعتبارات تتعلّق بالمريض..... 45
اعتبارات تتعلّق بتقدّم العمر..... 45
التّحديات التي تواجه الطبيب عند المعالجة اللّبية للمرضى المسنّين..... 46
2-2-5 المعالجات التّرميمية التّجميلية..... 47
النّخور التّاجية والجذرية عند المرضى كبار السّن..... 48
الاعتبارات التّرميمية للنّخور التّاجية..... 48
الاعتبارات التّرميمية للنّخور الجذرية..... 48
التّعامل مع الاهتراء السّني..... 49
التّرميمات التّجميلية..... 51
3-2-5 المعالجات اللّثوية التّجميلية..... 52
تطويل التّاج..... 54
الخيارات العلاجية اللّثوية عند المرضى كبار السّن..... 54
السّيطرة على اللويحة السّنية..... 55
التّجبير عند المرضى كبار السّن..... 56
الانحسار اللّثوي عند المرضى كبار السّن وطرق معالجته..... 56
استخدام الكومبوزيت اللّثوي التجميلي في حالات الانحسار اللّثوي..... 56
3-5 تقنيات الإلصاق عند المرضى كبار السّن..... 58

5-3-1 تقنيات الإلصاق مع الميناء عند المرضى المسنّين 58
5-3-2 تقنيات الإلصاق مع العاج عند المرضى المسنّين..... 58
5-3-3 اهتراء الأسنان..... 59
5-3-4 استخدام الكومبوزيت التّجميلي..... 60
5-4 التّبييض عند المرضى كبار السّن 60
5-4-1 الاعتبارات التي يجب أخذها بعين الاعتبار عند إجراء التّبييض
للمرضى المسنّين..... 62
5-5 اللّيزر عند المرضى كبار السّن..... 64
5-6 إعادة البعد العمودي عند المرضى كبار السّن..... 65
5-7 الزّرع عند المرضى كبار السّن..... 66
5-7-1 علاقة الزّرع بطب الأسنان التّجميلي..... 66
5-8 التّقويم عند المرضى كبار السّن..... 68
5-9 التّعويضات الثّابتة عند المرضى كبار السّن..... 71
5-9-1 التّعويضات الخزفية المعدنية..... 71
5-9-2 التّعويضات الخزفية الكاملة..... 74
5-9-3 الجسور اللّصاقة..... 75
5-10 التّعويضات المتحركة التّجميلية 78
5-10-1 التّعويضات المتحركة الجزئية التّجميلية..... 78
التّصميم التّجميلي للأجهزة المتحركة الجزئية..... 78
الاعتبارات التّجميلية لهذه الأجهزة..... 80
5-10-2 التّعويضات المتحركة الكاملة التّجميلية..... 81
الاعتبارات التّجميلية عند صنع الأجهزة المتحركة الكاملة..... 83
الزّركون في صناعة الأجهزة المتحركة الكاملة..... 85
5-11 الوجوه التّجميلية الخزفية..... 86
5-11-1 الاعتبارات التّجميلية عند استطباب الوجوه الخزفية للمرضى كبار
السّن..... 86
5-11-2 تحضير الأسنان لاستقبال الوجوه الخزفية عند المرضى كبار السّن..... 88
5-11-3 أهميّة عمل **Mock up** عند المرضى كبار السّن..... 89
5-11-4 أهمية عمل **APT** عند المرضى كبار السّن..... 89
5-12 الوجوه التّجميلية المتحركة..... 91
5-12-1 تعريف هذه التّقنية..... 92

2-12-5 المشاكل التّي يمكن معالجتها عند اختيار هذه التّقنية..... 93
3-12-5 ميّزات هذه التّقنية..... 93
4-12-5 مراحل العمل..... 94

الباب السّادس : الإجراءات التّجميلية الوجهية المشاركة للمعالجات التّجميلية السّنية عند المرضى المسنّين..... 95
1-6 إعادة صقل الجلد **Skin Resurfacing**..... 96
2-6 إعادة بناء وتشكيل الشفاه **Lip Augmentation and Reduction**..... 96
3-6 إزالة الشّحوم أسفل الذّقن **Submental Liposuction**..... 97
4-6 شدّ الوجه **Face lift**..... 97
5-6 هل يستطيع طب الأسنان التّجميلي أن يحسّن المظهر الوجهي للمريض المسن دون اللجوء للعمليات التّجميلية الوجهية ؟ 98

الباب السّابع : التّحسن الذي يلمسه المريض المسن بعد المعالجة التّجميلية السّنية..... 100
الخلاصة..... 102
المراجع..... 104

المقدّمة

Introduction

غالباً ما يعتقد أنّ طب الأسنان التّجميلي خاصّ للمرضى صغار السّن ، وذلك للحصول على ابتسامة جميلة ، وتحسين المظهر الخارجي ، ولكن يبقى التساؤل : هل يمكن للمرضى المسنّين الحصول على معالجة تجميلية سنيّة ؟

ليس هنالك شكّ أنّه مع تقدّم العمر سوف تتغيّر ملامحنا الخارجية . في الحقيقة إنّ التقدّم بالعمر يمنح الشّخص ميّزاتاً أهمّها الحكمة ، لكن هناك القليل من الأشخاص الذين يتذمّرون من بعض المظاهر المترافقة مع تقدّم العمر خصوصاً فيما يتعلّق بالمظهر الخارجي وجمالية الابتسامة ، فأحد سمات التقدّم بالعمر هو أنّ الأسنان حتماً لن تكون بمظهر جيّد كما كانت سابقاً ، فالعديد من المسنّين قد يفقدون أسنانهم نتيجة حادث ما أو نتيجة الإهمال ، بينما البعض الآخر يكون محظوظاً ببقاء أسنانه الطّبيعيّة ، رغم ذلك تحتاج هذه الأسنان لمعالجة تجميلية بسبب تغيّر لونها والذي من المستحيل تجنّبه .

الخبر الجيّد أنّه يمكن أن نفعل شيئاً على الأقل من أجل الظهور بمظهر جيّد حتّى في السّنوات المتقدّمة من العمر .

حاليّاً يزداد توجّه المرضى المسنّين لزيارة العيادات السنيّة التجميليّة ليس فقط من أجل استعادة الوظيفة المضغيّة والصوتيّة ، بل للحصول على ابتسامة جميلة ، فبالرّغم من أنّ الإجراءات التجميليّة السنيّة آمنة ، إلّا أنّه لابدّ من استشارة الطبيب العام للمريض المسن .

أهميّة الموضوع
Importance of the study

على الرّغم من التقدّم البارز في طب الأسنان مازال هناك عدد كبير من المرضى كبار السّن الذين لايحصلون على المعالجة السنيّة التجميليّة المطلوبة .

من المعروف أنّ عدد الأفراد كبار السّن يزداد بشكل ملحوظ وبوتيرة ثابتة ، حيث يُبدون حالات صحيّة وسنيّة مختلفة بالإضافة لخصائص سلوكيّة معيّنة ، ولكن أغلب هؤلاء المرضى يحتاجون لمعالجة سنيّة شاملة (A. Mersel *et al.*,2012) .

نجد أنّ أغلبية المرضى المسنّين يتّجهون نحو المعالجة التجميليّة السنيّة لما لها من تأثير إيجابي على نفسية وصحّة هؤلاء المرضى ، فالحكم على الأشخاص يكون من خلال ملامح وجوههم ، وهذا أصبح قاعدةً هامّةً في اكتشاف الأشخاص وفي التّواصل العاطفي معهم ، ومن هنا نلاحظ أهميّة الجهاز الفموي الفكي عند المرضى المسنّين (M.Scutariu and N.Forna.,2014) .

نلاحظ أنّه مع تقدّم العمر لا يبقى مظهر الوجه نفسه ، بل يتغيّر نتيجة نشاط العضلات الوجهية والفموية ، خاصّة العضلات المحرّكة للفك السّفلي ، هذا يسبّب ترهّل الوجه وانعدام الانسجام بين التّعابير الوجهيّة ممّا يؤثّر على جماليّة الابتسامة (M.Scutariu and N.Forna.,2014) .

لذلك نجد أنّ المعالجة التّجميليّة ضروريّة عند المرض المسنيّن ، لوضع أسنان التّعويض في الموقع الصّحيح من أجل تأمين الناحية التّجميليّة والوظيفية سواء في الأجهزة التّعويضية الثّابتة أو المتحرّكة (G. Freedman et al.,2012).

وبالتالي تزداد ثقة واحترام المريض المسنّ لذاته بعد المعالجة التّجميليّة وتتحسّن علاقاته الاجتماعية (F. Amaral et al.,2015) .

يتطلّب تحسين نوعية حياة المريض المسن الحفاظ على الأسنان من أجل الاستفادة منها في المعالجة التّعويضيّة التّجميليّة ، لكنّ الحفاظ على الأسنان خالية من الآفات ، وتعدّد عوامل الخطر عند المرضى المسنّين يشكّل تحدّياً للطّبيب (D. Nayak et al.,2014) .

كما أنّ ظهور التّجاعيد والشيب يكون حتّمياً مع التقدّم بالعمر، نجد أنّ خسارة الأسنان ليست كذلك ، لذلك يجب على طبيب الأسنان معرفة حاجات المسنّين والتحدّيات التّي تواجهه عند معالجتهم ليفهم سلوكهم النفسي وليتمكّن من تقديم العناية السّنية المناسبة لهم ، حيث أنّ هناك حاجة قوية للثقافة الصّحيّة ودراسة سمات الشّيخوخة من خلال الرّبط بين العمر ومشاكل الأسنان والمشاكل الطبيّة (D. Nayak et al.,2014) .

الباب الأول :
المرضى كبار السّن

1-1 تعريف المرضى كبار السّن :

يعتبر المرضى كبار السّن حالة خاصّة ، فهم فئة يصعب التّعامل معها بالنّسبة للعديد من محترفي العناية الصّحية ، فأيّ شخص أكبر من 65 سنة يصنّف ضمن فئة المسنّين حسب منظمة (WHO) (K. Hargreaves et al.,2011) .

حديثاً تمّ تصنيف المرضى كبار السّن ضمن عدّة فئات :

- ✓ فئة كبار السّن الجدد (New-old) بين 55-64 سنة .
- ✓ فئة كبار السّن النّشطين (Young-old) بين 65-74 سنة .
- ✓ فئة كبار السّن المتوسطين (Middle-old) بين 75-84 سنة .
- ✓ فئة المسنّون جدّاً (Old-old) من 85 سنة وما فوق(N. Kaweckyj et al,.2015) .

يوجد عاملان هامّان يجب أخذهما بعين الاعتبار قبل التّعامل مع هذه الفئة العمرية :

أوّلاً : الخصائص العمرية يجب أن تكون مبنيّة ومستندة على القدرة الجسدية وليس على العمر الزّمني فقط .

ثانيّاً : أغلب المرضى كبار السّن يؤدّون درجةً عاليةً من الوظيفة المستقلّة ، ولكنّ المرضى الأكبر سنّاً لديهم تحدّد في الوظائف ، هؤلاء تكون أعمارهم فوق 75سنة . (R. Walton and M. Torabinejad., 2009) .

2-1 تقسيم الخدمات السّنية المقدّمة لهذه الفئة العمرية :

تصنّف المعالجة السّنية المقدّمة للمرضى كبار السّن في مجموعتين :

1) خدمات للمرضى كبار السّن الأصحّاء نسبيّاً والمستقلّين وظيفيّاً .

2) خدمات للمرضى كبار السّن غير المستقلّين وظيفيّاً ذوي الحاجات والمشاكل المعقدّة .

تمّ تخصيص هذه الفئة العمرية ببرامج التّعليم والتّدريب السّنية من خلال تطوير مناهج البحوث والمنشورات التّي تتعلّق بالشّيخوخة ، كما أعلن المعهد الوطني للمسنّين أنّ الأطباء السّريريّون يجب أن يتلقّوا علوماً تتعلّق بعلاج هذه الفئة العمرية كجزء من التّعليم الأكاديمي (K.Hargreaves et al.,2011) .

1-3 الفرق بين العمر التّقويمي الزّمني والعمر الوظيفي :

قبل المعالجة التّجميليّة السّنية لابدّ من التّمييز بين العمر الزّمني والوظيفي لفهم ومعرفة التّغيرات الحاصلة عند المرضى .

يشار إلى العمر الزّمني بأنّه الزّمن التّقويمي الذي يبدأ منذ الولادة ، بينما العمر الوظيفي يكون مستنداً على سعة الأداء الوظيفي للفرد ، فبالرّغم من أنّ التّقويم الزّمني يظهر عمراً معيّناً ، إلّا أنّ القدرة الوظيفية يجب أن تكون المعيار الذي يميّز قدرة الفرد على الحفاظ والقيام بالوظائف والنّشاطات (N. Kaweckyj et al,.2015) .

لذلك فالعمر ليس عاملاً في توقّع نجاح المعالجة السّنيّة التّجميليّة (K. Hargreaves et al.,2011) .

1-4 التّحديّات التي تواجه الطّبيب عند التّعامل مع هذه الفئة العمرية :

يتردّد الأطباء السّريريّون في معظم الأحيان عن تقديم العناية للمسنّين بسبب صعوبة أو كلفة بعض إجراءات المعالجة، أو بسبب الحالة الصّحيّة المعقّدة لهؤلاء المرضى .

يعتبر الأطباء أحياناً المرضى كبار السّن أقلّ قدرة على استيعاب ومتابعة العلاج بسبب عمرهم ، بالإضافة إلى عدم تقبّل بعض المرضى للتّكلفة المادية ، لذلك يجب على الطّبيب السّريري التّعامل مع كلّ حالة على حدة ، ودراسة المعالجة المناسبة للمريض المسن ، كما يجب ألّا يفترض الأطباء أنّهم يعرفون ما هو الأفضل لهؤلاء المرضى ، فحاجات ، توقعات ورغبات المرضى المسنّين قد تتجاوز تلك التّي للمجموعات العمرية الأخرى (K. Hargreaves et al.,2011) .

1-5 الأمراض التّي تواجه طبيب الأسنان عند معالجة هذه الفئة العمرية وكيفية التّعامل معها :

تميل المشاكل الجهازية للحدوث بشدّة أكبر عند المرضى كبار السّن عموماً ، فبعض الحالات الطّبية ليست ذات أهمية في الإجراءات السّنيّة ، بالرّغم من ذلك لابدّ للطّبيب أن يكون مطلعاً على هذه الأمراض لمعرفة كيفية التّعامل معها (R. Walton and M. Torabinejad., 2009) .

فيما يلي بعض الأمراض التّي تواجه الطّبيب السّريري :

الزهايمر :

هو نمط من أنماط النّسيان ، وهو تدهور مزمن للوظائف الإدراكية .

تطوّر المرض يكون بطيء ، ويستمرّ لمدّة 15 سنة أو أكثر. الهدف من معالجة هؤلاء المرضى هو الحفاظ على الصّحة الفموية ، والوقاية من تطوّر الأمراض الفموية بسبب الطّبيعة الانحلالية لهذا المرض .

تمثّل الزّيارة الأولى المرحلة الأفضل لمعرفة الإدراك الحركي للمريض ، لهذا يجب أن تصمّم خطّة المعالجة بحيث تتضمّن عمل تعويضاً سريعاً للمريض ، كما يجب أن تكون أوقات المواعيد محدودة ومرتبطة بوعي المريض ، وحضور مرافق المريض سيخفّف قلقه في أغلب الأحيان (N. Kaweckyj et al,.2015) .

التهاب المفاصل :

التهاب المفاصل الرّوماتيزمي هو مرض شامل ، مزمن ومجهول السّبب ، يتقدّم بشكل هجومي ويسبّب عاهات وحركة محدودة للمفاصل . يمكن أن يصاب المفصل الصّدغي الفكي بهذا المرض ، بحيث يسبّب تحدّد في فتحة الفم .

من المهمّ معرفة الأدوية التّي يتناولها المريض ، واستشارة الطّبيب العام عند وصف أيّ دواء . المواعيد يجب أن تكون أقصر ما يمكن ، ويفضّل في الجزء الأخير من اليوم ، لأنّ التّحريك التّدريجي للمفاصل والعضلات خلال الصّباح يقلّل التّصلب الحاصل للمفاصل (N. Kaweckyj et al,.2015) .

الاضطرابات القلبية :

الاضطرابات القلبية الوعائية تشمل عدّة حالات سواء أمراضاً قلبيةً مكتسبةً أو خلقيةً . يتناول مرضى القلب العديد من الأدوية ، لذلك يجب أن تخطّط المعالجة بالتّعاون مع طبيب المريض . يزداد تطوّر جراثيم التهاب شغاف القلب عند هؤلاء المرضى ، ويتطلّب ذلك علاج بالمضادات الحيويّة الوقائية قبل إجراءات سنيّة معيّنة (N. Kaweckyj et al,.2015) .

داء السّكري :

هو مرض غير منتظم استقلابياً ، يتطوّر من قصور أو عجز في إنتاج الأنسولين . ليس هنالك علاج لهذا المرض . أكثر من 25 % من الأشخاص فوق 65 سنة يعانون من هذا المرض .

هناك نمطين لهذا المرض :

النمط 1 : المعروف بالسّكري المعتمد على الأنسولين أو السّكري الشبابي ، ويحدث بسبّب عملية التّخرّب الحاصلة للخلايا المنتجة للأنسولين في البنكرياس .

النمط 2 : المعروف بالسّكري غير المعتمد على الأنسولين أو يسمّى السّكري الكهلي، وينتج بسبب عيوب في جزيئة الأنسولين أو عيوب في معدلات مستقلبات خلية الأنسولين .

التّظاهرات الفموية لهذا المرض :

1) رائحة نفس أستونية .
2) خسارة في العظم السّنخي والارتباطات اللثوية تؤدّي لحركة الأسنان .
3) جفاف الأنسجة المخاطية الرّخوة بسبب نقص إفراز اللّعاب وحرقة في اللّسان.
4) تأخّر الشّفاء الذي يكون مصحوباً بقابلية كبيرة للعدوى .
5) تهيّج اللثة .
6) ألم الأسنان عند فحصها سريريّاً .

الأمراض اللّثوية هي التّعقيد الأهم لهؤلاء المرضى ، ويزداد ظهورها مع التّقدم بالعمر. يفضّل أن تكون المواعيد في الصّباح الباكر لكي لا ينتظر المريض طويلاً ، لأنّ الانتظار يولّد رد فعل معاكس ، كما ينصح أن يأكل المريض ويتناول أدويته قبل موعد المعالجة السّنية .

يجب على الطّبيب الاهتمام بالمرضى الذين يضعون أجهزة متحرّكة ، وتقديم عناية خاصّة لهم ، والتّأكد من عدم وجود نقاط ضاغطة تسبّب التهاباً عامّاً للأغشية المخاطية (N. Kaweckyj et al,.2015) .

<u>داء باركنسون :</u>

هو مرض تقدّمي مزمن سببه التّغيّرات النّسيجية في العقد العصبية الأساسية للمخ بسبب نقص الدّوبامين .

المظاهر السّريرية تتضمّن سيلان مفرط للعاب ، حركات تلقائية ، نقص في استقرار الجسم ، صلابة العضلات ، بطء في الحركة الذّاتية وصعوبة الابتلاع .

تشكّل المعالجة في هذه الحالات تحدّياً لطبيب الأسنان ، حيث يجب توفير الوسائل المساعدة للعناية السّنيّة كفرشاة الأسنان ذات القبضات الكبيرة ، كما يجب اتخاذ قراراً خاصّاً عند تحديد

موعد المعالجة للمريض ، وجعل كرسي المعالجة قائماً في نهاية المعالجة . من المهم التّذكر أنّ مريض الباركنسون ليس لديه ضعف في الوعي والإدراك (N. Kaweckyj et al,.2015) .

ضعف السّمع والبصر :

يأتي المريض الذي يعاني من ضعف البصر والسّمع إلى العيادة الّسنيّة مع مرافق صحّي أو فرد من عائلته لكي يساعده على التّواصل .

يمكن لهؤلاء المرضى التّواصل من خلال الحواس الأخرى ، كما أنّه من المفيد شرح المعالجة للمريض وطمأنته باستمرار .

إنّ المريض الذي يعاني من ضعف السّمع قد يقرأ الشّفاه أو لا يقرأها ، فإذا كان المريض يقرأ الشّفاه قف أمامه وتكلّم ببطء بدون المبالغة في لفظ الكلمات مع إزالة الكمامة ، حيث يجب أن تكون التّعليمات بسيطة ، ومن الأفضل امتلاك قلم وورقة للمساعدة على التّواصل (N. Kaweckyj et al,.2015) .

الصّدمة :

هي حادث وعائي دماغي ناتج عن تخرّب جزء من الدّماغ بسبب إعاقة مفاجئة للدّم للوصول للدّماغ . تحدث بأيّ عمر لكن أكثر ما تحدث بعمر 65 سنة أو أكثر .

يعاني مرضى الصّدمة من صعوبة البلع ، المضغ ووضع الجهاز المتحرّك . غالباً ما تقلّ المحافظة على الصّحة الفموية . جلسات المعالجة يجب أن تكون قصيرة مع فترات استراحة حيث أنّ المريض سيتعب بسرعة ، بالإضافة لتعديل فرشاة الأسنان والخيوط بين السّنيّة تبعاً لشدّة الإصابة (N. Kaweckyj et al,.2015) .

جفاف الفم :

يصيب كبار السّن قد يكون بسبب أدوية محدّدة ، العلاج الكيميائي ، المعالجة بالأشعة لمرض السّرطان أو نتيجة تداخل جراحي ما . معالجة الحالة تتضمّن استخدام اللعاب الصّناعي ، استخدام العلكة أو معاجين الأسنان الخاصّة . جفاف الفم لا يؤثّر فقط على الأجزاء المخاطية في التّجويف الفموي بل يؤدي إلى ازدياد نسبة النّخور.

يمكن استخدام بدائل اللّعاب مع برامج المعالجة بالفلورايد لإنقاص حدوث النّخر (N. Kaweckyj et al,.2015) .

ترقّق العظام :

حالة شائعة عند النّساء كبار السّن ، وهو مرتبط بنقصان الكثافة العظمية خصوصاً في مقدّمة الفك العلوي والجزء الخلفي للفك السّفلي .

التّغيرات العظمية ليست سبباً كافياً لتشويش المعالجة السّنيّة خاصّة إجراءات إعادة المعالجة اللّبية .

يعدّ تحليل الكثافة العظمية بواسطة الصّور الشّعاعية الذّروية في المنطقة الخلفية للفك السّفلي مفيداً في تشخيص التّغيرات النّخرية العظمية في المناطق القطنية والفخذية عند المسنّين .

لذلك فالمعالجة السّنيّة لهؤلاء المرضى يجب أن تكون محدودة ، كما يجب وضع الحاجز المطاطي بحذر لمنع أذيّة النّسج الرّخوة والصلبة ، ويجب تجنّب الجراحة والقلع عند هؤلاء المرضى (R. Walton and M. Torabinejad., 2009) .

الباب الثاني :
التّغيّرات التّي تطرأ على المرضى كبار السّن

2-1 التّغيّرات الوجهية التّي تحصل عند كبار السّن :

التّغيّرات الحاصلة في المظهر الوجهي خلال كل عقد من الحياة تجعل الأفراد يظهرون بعمرهم الحقيقي ، ولكن هناك عوامل تساهم في تسريع عملية شيخوخة الإنسان حيث يبدو الفرد أكبر من عمره الحقيقي ، لذلك من المهمّ فهم عملية التّقدّم بالعمر وذلك لسببين :

1) تسمح للطّبيب بالمساعدة في إعادة الصّفات الشّابة خاصّة الوجهية التّي تتوافق مع العمر الزّمني ، بحيث يضفي الطّبيب مظهراً طبيعيّاً للمريض .
2) تساعد على تجنّب الإجراءات السّريريّة التّي تقود إلى مظهر أكثر شيخوخة خصوصاً فيما يتعلّق بالمظهر المستقبلي للمريض .

يجب على طبيب الأسنان التّجميلي أن يقيّم المظهر الوجهي للمريض كخطوة أولى من أجل تصميم ابتسامة تجميليّة تتوافق وتحسّن وجه المريض المسن (F. Naini.,2011) .

يظهر (الشكل 1) تغيّرات البروفيل الوجهي بين الشّباب وكبار السّن :

(الشكل 1)

لابدّ من فهم ودراسة التّغيّرات الوجهية على عدّة مستويات :

<u>الجلد :</u>

مع تقدّم العمر تحدث عدّة عمليات تؤثّر في مظهر جلد الوجه كضمور البشرة ، حدوث التّجاعيد ونقص ثخانة الجلد .

يؤدّي نقص مرونة الجلد ، تهدّم الكولاجين ونقص عنصر الماء إلى ترهّل وتثلّم الجلد بحيث تسبّب ظهور تجاعيد الجبهة الأفقية والخطوط بين الحاجبية العمودية ، وبالتّالي إعطاء مظهر العبوس عند التقدّم بالعمر .

يترهّل جلد الرّقبة بحيث تؤدّي إلى ظهور الطّيّات الرّقبية (F. Naini.,2011) .

النّسيج الشّحمي للوجه :

فيما يلي التّغيّرات التّي تحصل وتؤثّر على النّسيج الشّحمي للوجه مع تقدّم العمر :

- ضمور النّسيج الشّحمي تحت الجلد .
- تراكم شحمي موضّع بكلا المنطقتين العميقة والسّطحيّة بالنّسبة للعضلة وخاصّة المنطقة تحت العنقية – الرّقبيّة (الشكل 2) (F. Naini.,2011) .

العضلات الوجهية :

تنخفض القوة الوظيفية لعضلات التّعابير الوجهية ، بحيث تؤثّر على مظهر جلد الوجه (F. Naini.,2011) .

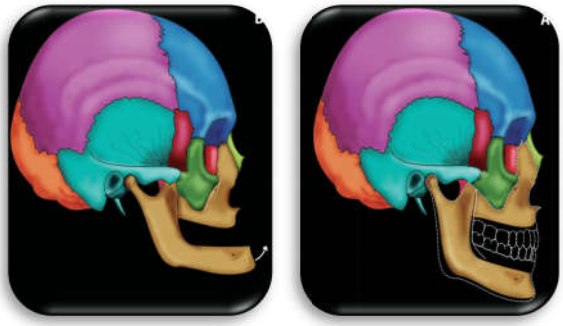
العظم السّنخي السّني :

يدعم العظم السّنخي الأسنان، وبالتّالي خسارة الأسنان تقود إلى خسارة حادّة في العظم السّنخي ، وحدوث دوران أمامي للفك السّفلي بحيث تؤدّي إلى زيادة بروز الذّقن ، وبالتّالي حدوث نقصان في الارتفاع الوجهي السّفلي مع حركة الذّقن نحو الأنف .

خسارة العظم السّنخي تؤدّي إلى مظهر مقعّر للوجه (F. Naini.,2011) .

درس كلّ من Lieb, Silverman, Garfinkel شكل وموقع الشّفاه عند مرضى الدّرد الكامل والجزئي بين أعمار 25–95 سنة ، فوجدوا أنّ الشّفة السّفلية تتحرّك تدريجياً نحو الأمام مع ازدياد انحناء الرأس ، وينقص الارتفاع العمودي الوجهي وتتغيّر العلاقات الإطباقية مع تقدّم العمر، فعند خسارة الأسنان الخلفية فإنّ الوضع الرّاحي للفك السّفلي ، ووضعية الإغلاق تتحرّك بشكل تدريجي نحو الأمام . هذه التّغيّرات تسبّب بروز كلاً من الفك السّفلي والشّفة السّفلية (الشكل 3) (R. Goldstein.,1998) .

التراكم الموضعي للشحم وترهل
الجلد مع تقدم العمر (الشكل 2)



تغيرات الفك والعلوي والسفلي
مع التقدم بالعمر (الشكل 3)

2-2 التّغيّرات السّنية واللّثويّة :

المعلومات عن تأثير الشّيخوخة على النّسج الفموية نادرة ، ولكن تتعرّض الأسنان خلال الحياة لتغيّرات فيزيولوجية عديدة ، بالإضافة لآليات إمراضية مختلفة تؤذي هذه الأسنان(C. Yeh et al.,2008) .

2-2-1 التّغيّرات السّنية الحاصلة مع تقدّم العمر :

الخسارة في شفوفية الأسنان واضمحلال التّضاريس السّطحية للسّن هي تغيّرات شائعة ، كما يزداد الحت والتّآكل مع التّقدّم بالعمر (C. Yeh et al.,2008) .

تميل الأسنان عند المسنّين لكي تصبح ذات سطوع أقل وكثافة لونية أكبر من الأسنان الشّابة (الشكل 4) ، كما تميل لأن تصبح مثلّثية الشّكل حتى لو كانت دائرية أو مربعة (G. Gurel .,2003) .

يصبح الثّلث القاطعي للأسنان قصيراً بسبب الاهتراء ، مما يعني ظهور أقلّ للأسنان عند الابتسامة ، كما تصبح الحواف القاطعية للقواطع السّفلية عريضة ومسطّحة ، ويشفّ من خلالها العاج مع تقدّم العمر(الشكل 4) .

تبدأ نقاط التّماس بالاختفاء نتيجة اهتراء الميناء الملاصقة بين الأسنان الأمامية والخلفية ، وينتج عن ذلك نقصان في طول القوس السّنية (الأمامي –الخلفي) ، حيث تتحرّك الأسنان لإبقاء التّماس فيما بينها ، وبالتّالي يحدث تضيّق في القوس السّنية ، وتنتج ابتسامة شيخوخية (الشكل 5) (G. Gurel .,2003) .

لابدّ من فهم هذه التّفاصيل الدّقيقة من قبل أطباء الأسنان من أجل خلق نتيجة جماليّة عند معالجة هؤلاء المرضى (G. Gurel .,2003) .

اهتراء الحواف القاطعية مع تقدم العمر

(الشكل 4)

تحرك الأسنان لإبقاء التماس بينها نتيجة اهتراء الميناء (الشكل 5)

يعدّ نقصان ثخانة طبقة الميناء الذي يحدث عند التّقدّم بالعمر هو التّغيّر الأول ، حيث يسبّب تسطّح الوجه الدّهليزي للسّن ، وبالتّالي تغيّر حاد في اللون بسبب نقص النّفوذية الضّوئية لطبقة الميناء .

يبدأ تشكّل العاج الثّانوي خلال الآلية الدّفاعية للسّن الطّبيعي ، ويبدأ الكم الكبير من العاج بالقتامة ، وبالتّالي وجود الميناء الرّقيقة والعاج العاتم يعطي مظهر شيخوخي للسّن (R. Goldstein.,1998) .

التّغيّرات التّي تصيب الميناء نتيجة التّقدّم بالعمر :

تكون الميناء في أسنان المرضى كبار السّن أرق وتقلّ الشّفوفية الضّوئية نتيجة الاهتراء الحاصل مع تقدّم العمر . هذا النّوع من الاهتراء يساهم في زيادة كثافة لون العاج خاصّة في الثلث العنقي للسّن (الشكل 6) (M.Villarroel et al.,2011) .

يوجد بين المنطقة القاطعة لطبقة الميناء والجزء القاطع للعاج منطقة متوسطّة ذات شفوفية ملحوظة ، تكون هذه المنطقة أكثر مرئية عند المرضى صغار السّن ، وغير موجودة عمليّاً عند المرضى كبار السّن بسبب الاهتراء القاطعي ونقص ثخانة الميناء . ترتبط ظاهرة سطوع السّن بهذه المنطقة ، وهذا ما يفسّر نقص سطوع الأسنان عند المرضى المسنّين (M.Villarroel et al.,2011) .

التّغيّرات التّي تصيب العاج نتيجة التّقدّم بالعمر :

مع تقدّم العمر ، يبدأ العاج الأولي بالتّغيّر تدريجياً ، ويؤثّر كلّ من العاج الثّانوي والثّالثي ذو التّراكيب المختلفة على الخواص البصرية للنّسج السّنية ، كما يقلّ قطر الأنابيب العاجية عند أسنان المسنّين بسبّب تصلّب الأنسجة العاجية (M.Villarroel et al.,2011) .

اللّب يصبح أصغر حجماً بسبب استمرار تشكّل العاج الثّانوي ، كما يزداد تشكّل الحصيّات اللّبية وتكلّس الأقنية الجذرية (الشكل 7) (C. Yeh et al.,2008) .

تغيرات الميناء مع تقدم العمر

(الشكل 6)

تغيرات العاج مع تقدم العمر

(الشكل 7)

2-2-2 التغيّرات اللّثوية الحاصلة مع تقدّم العمر :

تكون خسارة النّسج الدّاعمة للأسنان شائعة عند المرضى المسنّين ، والذي قد يكون نتيجة زيادة تراكم اللّويحة الجرثومية وازدياد الجيوب اللّثوية وحول السّنية أكثر من كونها مرتبطة بالتّغيّرات المزمنة المترافقة مع تقدّم العمر ، كما يزداد الانحسار اللّثوي بحيث ينتج عنه انكشاف سطوح الجذور على البيئة الفموية ، وبالتّالي تزداد النّخور الجذرية مع تقدّم العمر(C. Yeh et al.,2008) .

تقترح معظم الدّراسات أنّ الفيزيولوجية الفموية عموماً تكون سليمة في الأعمار المتقدّمة . غالباً لا تسبّب التّغيّرات المورفولوجية تغيّرات وظيفية في الأنسجة الفموية عند التقدّم بالعمر، ولكن قد تحدث بعض التّغيّرات النّوعية عند التقدّم بالعمر كتغيّرات في الغدد اللّعابية (C. Yeh et al.,2008) .

2-3 العلامات الملاحظة :

يتحرّك الملتقى الملاطي العاجي بعيداً عن الذّروة الشّعاعية ، ويلاحظ توضّعاً إضافياً للملاط .

مع تقدّم العمر يتشكّل العاج الثّانوي في الأسنان العلوية الأمامية على الجدار الحنكي للحجرة اللّبية ، أمّا في الأرحاء يحدث التّرسيب الأعظمي للعاج الثانوي على أرضيّة الحجرة اللّبية ، كما يحدث الانحسار اللثوي الذي يسبّب حساسيّة سنيّة يصعب أحياناً السّيطرة عليها بسبب انكشاف الملاط و العاج الأقلّ مقاومة للنّخر (K. Hargreaves et al.,2011) .

يجب عدم إهمال حالة الفم العامّة عند التّركيز على شكوى المريض ، كما يجب تسجيل الحالات غير الطّبيعية وتحرّيها ، حيث نلاحظ ازدياد التّعرض للعوامل المسبّبة لسرطان الفم مع تقدّم العمر ، كما تبدو العديد من الأمراض العامّة بشكل بدئي على شكل تظاهرات فموية .

ينتج عن اهتراء وتآكل الأسنان مع تقدّم العمر مايلي :

i. فقدان وميلان هذه الأسنان وبالتّالي اختلال وظيفة المفصل الصدغي الفكي.
ii. فقدان البعد العمودي الإطباقي ، وقد يترافق ذلك بتحدّد فتحة الفم.
iii. نقصان المسافة اللازمة لأدوات المعالجة ، وازدياد زمن المعالجة (K. Hargreaves et al.,2011) .

ينتج عن فقدان الأسنان انخفاض القدرة على المضغ وفقدان التّذوق بسبب جفاف الفم ، لذلك يتّبع معظم المرضى المسنّين حمية تعتمد على الطّعام الطّري والغنيّ بالكربوهيدرات .

العمر بحدّ ذاته ليس له تأثيراً سريريّاً هامّاً على الإفراز اللعابي ، ولكنّ نقصان إفرازه يساهم في ازدياد النّخور الملاصقة الجذرية ، وغالباً ما تكون صعبة التّرميم ، كما وقد يفشل التّرميم نتيجة النّكس المتكرّر. إنّ وجود ترميمات عديدة يشير إلى تاريخ من النّخور المتكرّرة (K. Hargreaves et al.,2011) .

عند إجراء المعالجة التّعويضية التّجميلية عند المرضى كبار السّن يجب الأخذ بعين الاعتبار تأثير التّعويض على حيويّة اللب إذا كان من المقرر إجراء المعالجة اللّبية لاحقاً (K. Hargreaves et al.,2011) .

تعدّ الأمراض اللثويّة من المشاكل الأساسيّة عند المرضى المسنّين ، العلاقة بين أمراض اللّب واللّثة أكثر توقّعاً عند هؤلاء المرضى ، فثبات الأسنان يساعد على مقاومة الأمراض اللّثوية مع تقدّم العمر (K. Hargreaves et al.,2011) .

وجد أنّ مرضى السّكري غير المراقب يكون لديهم زيادة في الأمراض اللثويّة ، وانخفاض في نسبة نجاح المعالجة اللّبية والجراحات حول السّنية ، مما يؤثّر على المعالجات التّجميلية السّنية اللاحقة (K. Hargreaves et al.,2011) .

نلاحظ ارتباط نخور الأسنان عند المرضى المسنّين بما يلي :

1. نقص التدفّق اللّعابي .
2. الآثار الجانبية للأدوية .
3. تراجع الصّحة العامّة وانخفاض قدرة المسنّين على العناية بالصّحة الفموي (V. Haywood,.2011) .

الباب الثّالث :
المعايير الجمالية عند المرضى كبار السّن

3-1 الابتسامة عند كبار السّن :

على عكس الابتسامة الشّابة التّي تصبح أعرض نتيجة مسايرة مستوى الإطباق ، فإنّ الابتسامة عند كبار السّن تتأثّر باهتراء الأسنان والتّغيّرات الحاصلة في الأسنان والعضلات الوجهية (G. Gurel .,2003).

حيث تترافق الشّيخوخة بعدد من التّغيرات الفيزيولوجية والإمراضية بالإضافة للتّغيرات غير التّجميلية ، فأمراض النّسج الدّاعمة تعطي انطباع بأن الأسنان طويلة ، كما تؤدّي إلى هجرة الأسنان ، وبالتّالي تسبّب الدّياستيما ، كما يتغيّر شكل وطول الأسنان بسبب الاهتراء السّني ، ونلاحظ أيضاً انخفاض في دعم الشّفاه وسوء توضّع الأسنان .

كذلك نجد أنّ الأسنان العلوية تصبح أقل مرئية مع تقدّم العمر، في حين تصبح الأسنان السّفلية أكثر ظهوراً ، لذلك يلجأ المرضى المسنّون في أغلب الأحيان إلى المعالجة السّنية التّجميلية من أجل الحصول على ابتسامة أكثر شبابية (A. Saadoun.,2013) .

يؤثّر تقدّم العمر أيضاً على مظهر الشّفاه ، حيث ينخفض توتّر العضلات الوجهية ويسبّب ذلك بالإضافة لتأثير الجاذبية الأرضيّة حدوث ترهّل وزيادة في طول الشّفاه العلوية ، فتكون القواطع السّفلية أكثر مرئية من القواطع العلوية .

الأوضاع المختلفة للرّأس يمكن أن تغيّر بسهولة مظهر الشّفاه الشّاقولي والأفقي بسبب ضعف توتّر العضلات الوجهية عند هؤلاء المرضى (G. Gurel .,2003) .

تنخفض زوايا الفم بشكل واضح عند المرضى كبار السّن مما قد يستدعي إلى عمل جراحي تجميلي (Face lift) (الشكل 8) (F. Naini,2011) .

إنّ خلق ابتسامة واسعة وعريضة لهؤلاء المرضى هو إجراء صعب بسبب ترهّل كلّ من الشّفة العلوية والبنى حول الفموية . محاولة إظهار الأسنان العلوية بشكل كامل يعطي مظهر ابتسامة مشوّه (الشكل 9) ، وبدلاً من ذلك يجب التّركيز على المظهر المرئي للأسنان الأمامية السّفلية عند خلق ابتسامة طبيعيّة للمرضى المسنّين (K. Aschheim and B. Dale.,2001) .

إنّ دوران أو إمالة الأسنان لسانياً أو دهليزياً قد يكون مطلوباً لخلق نتيجة مقنعة مع تقليد مظهر التّصبغات واهتراء الحد القاطع للأسنان الأمامية .

نلاحظ أنّ تشوّه زوايا الفم عند الابتسام وعيوب الشّفة العلوية هي أكثر مصادفة عند المرضى كبار السّن ، فعند وجود تشوّه في زوايا الفم لابدّ من رفع الحد القاطع للأسنان الأمامية العلوية ، بالإضافة لوضع أسنان التّعويض دهليزياً مقابل الشّفة العلوية المترهّلة بحيث يزيد من دعم الشّفة ، وبالتّالي يتمّ تصحيح المشاكل النّاتجة عن عيوب الشّفة العلوية (الشكل 10-11) .

إنّ إعادة وضع أسنان التّعويض في موقع الأسنان الطّبيعية يكون صعباً عند وجود امتصاص كبير في العظم السّنخي للفك السّفلي ، كما تنتج المشاكل التّجميلية والصّوتية عند وضع الأسنان الأمامية للفك السّفلي لسانياً بالنّسبة لموقع الأسنان الطّبيعية سابقاً (K. Aschheim and B. Dale.,2001) .

التغيرات المورفولوجية للشفاه مع تقدم العمر

(الشكل 8)

ابتسامة مشوهة بسبب إظهار الأسنان العلوية

أكثر من السفلية (الشكل 9)

مظهر معيب للشفة العلوية

بسبب عدم دعمها من قبل الأسنان (الشكل 10)

تصحيح مظهر الشفة العلوية بوضع

أسنان التعويض دهليزياً (الشكل 11)

الدّعم القليل للشّفة السّفلية تجعلها أقل مرئية وتميل الشّفة العلوية عندئذ إلى الالتفاف لسانياً أثناء الرّاحة وهذا يؤثّر على المظهر الجمالي للشّفاه .

سابقاً كان تصميم الابتسامة عند المرضى كبار السّن اعتماداً على الصّور الفوتوغرافية لأسنانهم السّابقة صعباً ، بسبب وجود خيارات قليلة لأشكال ونماذج الأسنان الأمامية ، وكانت هذه الحالة تسبّب ظهور الضّواحك بشكل كبير، وبالتّالي نقص عرض الابتسامة (K. Aschheim and B. Dale.,2001) .

تساعد الصّور الفوتوغرافية لابتسامة المريض السّابقة فقط في فهم شكل وترتيب الأسنان السّابقة ، لهذه الصّور استعمال قليل عند التّخطيط لتصميم الابتسامة وخصوصاً في تحديد موقع الشفاه .

يجب على الطّبيب أن يكون متفهّماً لعمر المريض ، كما يجب طمأنته بشكل إيجابي للتّغيّرات التي سوف تطرأ على ابتسامته الجديدة (G. Gurel .,2003) .

3-2 تقليل تأثير علامات التقدم بالسّن على ابتسامة المريض :

يتوجّه العديد من المرضى المسنّين نحو المعالجة السّنية التّجميلية للظهور بمظهر أصغر سنّاً، وإزالة التّأثيرات النّاتجة عن التقدّم بالعمر، ويكون هذا ممكناً من خلال استعمال تقنيات التّرميم التّجميلية المختلفة .

يجب على الطّبيب الابتعاد أو تجنّب اتباع رغبات المريض المسن بالحصول على ابتسامة ناصعة البيضاء ، لأنّ المظهر قد يكون سيئاً ، فالمريض عندما ينظر إلى لون معين من دليل الألوان ، فإنّه سوف يختار اللّون الأفتح بسبّب عدم امتلاكه الثّقافة اللّونية للأسنان ، حيث يجب أن يظهر التّفاوت والتّدرّج اللّوني في أسنان التّعويض النّهائي لكي يتناسب مع عمر المريض المسن ، حيث يجب استعمال لون أغمق في الجزء اللّثوي بحيث يتدرّج اللّون حتّى الحد القاطع ، مع تجنّب تظليل الحد القاطع أكثر من اللّازم لجعل السّن يبدو طبيعيّاً ، بالإضافة لذلك يجب أن يبنى الحد القاطع والحواف الملاصقة أيضاً حيث تكون الميناء فيها رقيقة من الخزف ذات الألوان الزّرقاء الشفّافة محاطة بمادة برتقالية بليدة لإيجاد مظهر يشبه الهالة ، وبالتّالي إعطاء مظهراً أكثر شبابيّة وحيويّة للسّن (الشكل 12) .

إعطاء مظهر يشبه الهالة عند الحد القاطع بالإضافة لتصبغات يعطي مظهر شبابي وحيوي للسن

(الشكل 12)

الحد القاطع ينخفض نتيجة الاهتراء النّاتج عن التقدّم بالعمر ، فعند التّعويض نجعل الثّنايا أطول من الرّباعيات حيث يمكن أن يساعد في جعل المريض المسن يبدو أصغر سنّاً . تنخفض البنيّة السّنية عند معظم المرضى المسنّين أو يفقد المرضى كامل أسنانهم ، في هذه الحالة نقوم بإطالة كامل الأسنان الأمامية إذا سمحت المسافة الإطباقية (R. Goldstein.,1998) .

يجب الأخذ بعين الاعتبار كلاً من تزوّي ومحيط الأسنان الأمامية السّفلية للسّماح بإطالة القواطع العلوية ، عند بعض المرضى يمكن إعادة البعد العمودي المفقود وإطالة الأسنان الأمامية العلوية حيث يمكن البدء باستخدام جهاز متحرّك أو ثابت لهذا الغرض لعدّة أشهر للتّأكد من أنّ المريض مرتاح في الوضعية الجديدة ، ثمّ القيام بالتّعويض المناسب . من الأفضل إبقاء التّعويض المؤقّت للمريض لمدّة ثلاثة إلى ستّة أشهر قبل التّعويض النّهائي ، بحيث يسمح بتعديل الإطباق عند عدم وجود راحة ولمنع أذيّة المفصل الصّدغي الفكي (R. Goldstein.,1998) .

اهتراء الحد القاطع يزيل تحدّب السّطح الشّفوي عند المرضى المسنّين ، لذلك فإنّ إعطاء تحدّباً مناسباً في التّعويض النّهائي يساعد في الحصول على مظهر شبابي أكثر (R. Goldstein.,1998) .

من أكثر الأخطاء الشّائعة هي محاولة تقيّيم الحدود القاطعة عندما يكون المريض مستلقياً أو على كرسي المعالجة . هذا يحدث عند معالجة المرضى المسنّين خصوصاً الذين يعانون فقد في توتّر عضلات الشّفاه ، حيث تميل الشّفاه بميلان الرّأس بسبّب ترهّلها وبتأثير الجاذبيّة الأرضية ، وبالتّالي يحدث ميلان في مستوى الحد القاطع في التّعويض النّهائي بسبّب عدم خبرة الطّبيب بهذا الموضوع . للتغلّب على هذه المشكلة يجب أن يجلس المريض بشكل قائم ، وبمواجهة

الطّبيب ورجليه على الأرض والرّأس بوضعية التّوازن الرّاحي (الشكل 13, 14) (G. Gurel ,.2003) .

تقييم الحدود القاطعة والمريض مستلقي

(الشكل 13)

تقييم الحدود القاطعة والرأس بوضعية التوازن الراحي

(الشكل 14)

3-3 دمج خصائص العمر بالتّعويض :

عند إنجاز تعويضاً مثاليّاً من النّاحية التّجميلية والوظيفية ، يجب الأخذ بعين الاعتبار التّغيّرات التّي تحدث عند التقدّم بالسّن كالاهتراء والتّصبغات ، ودمج هذه التّغيّرات مع التّعويض النّهائي للحصول على مظهر طبيعي وحيوي للتّعويض . تكمن الصّعوبة عند وضع تاج مفرد بين الأسنان المصبغة أو التّي تعاني من اهتراء الحد القاطع حيث سيكون التّفاوت بين التّاج الجديد وهذه الأسنان ملحوظاً بشدّة ، هنا لابدّ من تقليد الأسنان الطّبيعية لتحقيق الانسجام والتّناغم بين التّعويض وأسنان المريض (R. Goldstein.,1998) .

لابدّ من الانتباه أيضاً أنّ الأسنان عند المرضى صغار السّن تكون أكثر سطوعاً من أسنان المسنّين ، ونادراً ما تكون الأسنان عند هؤلاء المرضى بنفس اللّون ، لذلك لابدّ من تقليد لون السّن الطّبيعي حيث أنّ أكثر درجات الألوان الملاحظة عند كبار السّن هي درجات الرّمادي والأصفر (R. Goldstein.,1998) .

إنّ تشكيل وتلميع التّرميم أو التّعويض لابدّ من يحاكي بحذر الاهتراء الحاصل في أسنان المرضى المسنّين ، حيث تتراكم آثار الاهتراء السّني على الحد القاطع مع تقدّم العمر ، ويؤدّي ذلك إلى قصر التّاج السّريري ، يمكن تقليد هذا المظهر الشّيخوخي بواسطة سحل الحد القاطع وقمم حدبات الأسنان مع مراعاة النّاحية التّجميلية بما يتناسب مع عمر المريض (الشكل 15) (R. Goldstein.,1998) .

دمج التّغيّرات مع التّعويض النّهائي يعطي مظهر طبيعي وحيوي للتّعويض

(الشكل 15)

3-4 اهتمام المرضى المسنّون بالمعالجة التّجميلية :

أهميّة الظهور بمظهر طبيعي وحيوي عند المرضى المسنّين قد تطوّر بشكل كبير خلال السّنوات ال10 الماضية .

يمثّل المرضى ضمن فئة كبار السّن النّشطين (Young elderly) التّحدي الأكبر للطّبيب السّريري .

في دراسة حديثة ل(Rignon – Bret et al, 2007) وجد مايلي :

1. اتضح أن رضى المرضى المسنّين عن ابتسامتهم الحالية لم يكن كرضاهم عن ابتسامتهم السّابقة .
2. مريض من أصل ثلاثة مرضى مسنّين يريدون تغيير ابتسامتهم .
3. إنّ التّغيرات الأساسية المطلوبة عند المعالجة التّجميلية للابتسامة لهؤلاء المرضى هي :
   - ✓ 46% تغيير اصطفاف الأسنان .
   - ✓ 20% تغيير شكل الأسنان .
   - ✓ 11% تغيير طول الأسنان .
4. من المعالجات التي يرغب إجراؤها المرضى المسنّون لتغيير ابتسامتهم هي : التّعويض عن الأسنان المفقودة ، إعادة دعم العضلات الوجهية الفموية (الشفاه – الخدود) ، تصحيح المظهر اللّثوي غير المتناغم (الانحسار اللثوي – الابتسامة اللثوية) وتصحيح التّعويضات الحالية .
5. يفضّل نصف المرضى المسنّون إجراء تبييض لأسنانهم (47%) .

6. 82% من المرضى المسنّين لديهم معرفة بالمعالجات التّقويمية والزّرع السّني كما معرفتهم بالتّعويضات الخزفية (A. Saadoun.,2013) .

اقترح كلّ من Goldstein and Niessen العديد من الدلائل التّي تشير إلى زيادة طلب المرضى المسنّين للمعالجة السّنية التّجميلية :

1) ازدياد اهتمام هؤلاء المرضى بالحصول على ابتسامة تجميلية مع تطوّر الحياة .
2) ازدياد الاهتمام بتحسين علامات تقدّم السّن والتّي تؤثّر على المظهر العام والابتسامة ، حيث أظهرت الدّراسات أنّ ظهور الأسنان كاملة أثناء الابتسام ليس عاملاً مهماً عند المرضى المسنّين كما عند المرضى صغار السّن .
3) هناك قبول أكثر وأسهل للمعالجة التّجميلية التي تحسّن منصورة الفرد الذاتية والاجتماعية بدلاً من المعالجة التي تحسّن ببساطة النّاحية الوظيفية فقط .
4) الاهتمام والانجذاب للأسنان البيضاء تزداد مع تقدّم العمر .
5) الأولويات عند المرضى المسنّين تتجه نحو تحسين اصطفاف وشكل الأسنان أكثر من تبييض الأسنان (A. Saadoun.,2013) .

لقد تطوّر سلوك الأفراد المسنّين في المجتمع الحديث حيث تجلّى بما يلي :

i. ازدياد حاجات أولئك المرضى الصّحية ومتطلّباتهم الجمالية .
ii. ازدياد الطّلب للمعالجة التّجميلية الوجهية وتجميل مظهر الابتسامة .
iii. الإدراك أنّ أيّ عيب في ابتسامتهم يمكن أن ينعكس بشكل سلبي على صورتهم واحترامهم لذاتهم .

على الرّغم من زيادة الوعي الجمالي بين الأفراد المسنّين في المجتمع المعاصر ، فإنّ اهتمامهم بمظهر الابتسامة قد ينقص مع تقدّم العمر عند بعض المسنّين لأن أولوياتهم الأساسية مازالت ترتبط بمعالجة مشاكلهم الصّحية (A. Saadoun.,2013) .

3-5 ماذا تقدّم المعالجة التّجميلية للمرضى كبار السّن ؟

الهدف من التّغيير الجذري و التّجميلي للابتسامة هو تأسيس نظام مضغ مريح ومناسب ، حيث تكون البنى الوجهية والفموية في تناغم وظيفي وتجميلي ، حيث تتطلّب الابتسامة التّجميلية دمج مناسب بين العناصر الوجهية والعناصر السّنية .

طبيب الأسنان التّجميلي يمكن أن يساهم بشكل كبير في إعادة الملامح الوجهية بتحسين علامات الشّيخوخة من خلال توفير الدّعم للأنسجة الفموية والوجهية في حالة الرّاحة وخلال الوظيفة (M. Scutariu and N. Forna.,2014) .

فهدف المعالجة التّجميلية السّنية عند المرضى المسنّين :

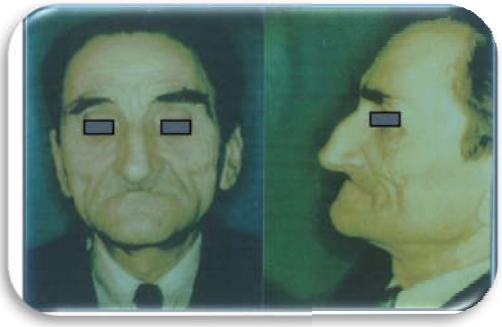
i. جعل التّعويض يبدو طبيعياً وحيوياً قدر الإمكان .

ii. تحقيق التّناغم بين الأسنان الطّبيعية والاصطناعية .

iii. إنجاز تعويض ملائم ومتناسب مع شخصيّة المريض المسنّ .

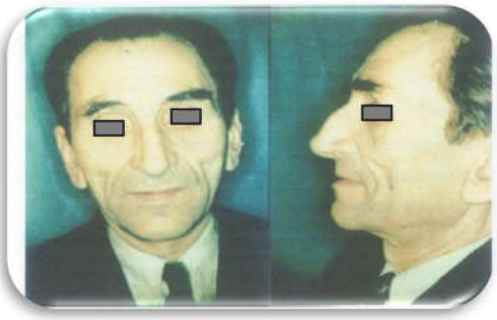
المعالجة التّجميلية عند المرضى المسنّين تنجز بالاعتماد على شعور المريض العام وقوّة إدراكه مع احترام الملامح والتّعابير الوجهية ، كما يجب الاهتمام بالجزء السّفلي من الوجه ، وإرجاع الفك السّفلي لوضعه الطّبيعي (M. Scutariu and N. Forna.,2014) .

المعالجة التّجميلية عند المرضى المسنّين في طب الأسنان المعاصر تعتمد على تعاون أكاديمي تطبيقي من أجل إنجاز معالجات إعادة التأّهيل الفموي بنجاح ، وبالتّالي تطبيق مقولة Goldstein بأنّ طب الأسنان التّجميلي الوجهي يمثّل الفن في طب الأسنان (الشكل 16 a,b) (M. Scutariu and N. Forna.,2014) .



a الملامح الوجهية لمريض درد كامل

(الشكل 16)



b تحسين الملامح الوجهية بالتعويض المناسب

وإعادة ثقة المريض بنفسه (الشكل 16)

الباب الرّابع :
خطوات العمل في العيادة السّنية

4-1 القصّة الطبية والسّنية :

4-1-1 التّاريخ الطّبي :

يعتبر تحديث التّاريخ الطّبي للمرضى كبار السّن أساسيّاً للتّشخيص وتخطيط المعالجة ، حيث يجب أن ترسل استمارة التّاريخ الطّبي للمريض قبل الزيارة الأولى وذلك لكي لا يتسرّع المريض في ملئ الاستمارة ، فإذا لم يكن هناك وقتاً كافياً لإرسال الاستمارة الطّبية يطلب من المريض أن يحضر معه في الزّيارة الأولى قائمة بأسماء الأدوية والجرعات التي قد تكون مفيدة للطّبيب والفريق الطّبي (N. Kaweckyj et al,.2015) .

من الأفضل مقابلة المريض وحده في غرفة المعالجة . بالنّسبة للمرضى ذوي الصّحة المتوسطة فيفضّل أن يرافقه قريب له إلى غرفة المعالجة ، ومن الضّروري أيضاً استشارة الطّبيب العام والإبقاء على تواصل معه من أجل أيّ سؤال قد يطرأ خلال المعالجة . كلّ الملاحظات المتعلّقة بالاستشارة الطّبية يجب أن توثّق في سجل المريض بشكل واضح قدر الإمكان (N. Kaweckyj et al,.2015) .

4-1-2 التّاريخ السّني :

يجب أن يبحث الطّبيب في سجلات المريض للتّعرف على حالته ، فقد تكون القصّة السّنية واضحة أو محيّرة . نادراً ما يكون التّاريخ السّني كاملاً ، حيث قد يتضمّن ترميمات ومعالجات سابقة .

تسجيل المعلومات في هذه المرحلة قد يبدو غير ضروري ، لكنّه قد يكون مفيداً في معرفة شكوى المريض . التّاريخ السّني للمرضى كبار السّن نادراً ما يستكمل لكنّه غالباً ما يعطي فكرة عن المعالجات السّابقة من قبل عدّة أطباء (K. Hargreaves et al.,2011) .

4-2 الشّكوى الرّئيسية :

يجب السّماح للمريض بإبداء مشكلته بكلماته الخاصّة ، فهذا لا يكشف فقط الأعراض لكنّه يعطي أيضاً فكرة عن مدى معرفة المريض لمشاكله السّنية ، وقدرته على التّواصل مع الطّبيب ، لأنّ هذه القدرة تضعف عند المرضى المسنّين بسبب مشاكل البصر والسّمع بالإضافة للمشاكل العقلية (K. Hargreaves et al.,2011) .

4-3 الفحوص السّريرية اللازمة :

4-3-1 الفحص الوجهي والسّني :

الفحص الوجهي ضروري لتقييم التّغيرات المرتبطة بتقدّم العمر كالتّجاعيد والأخاديد الوجهية التّي تؤثّر على التّناظر الوجهي وأبعاد الجزء السّفلي من الوجه .

يفيد الفحص الوجهي في اكتشاف الموقع الخاطئ للفك السّفلي الذي يكون إمّا بسبب فقدان دعم المنطقة ، أو بسبب التّعويض غير الصّحيح .

كما يتضمّن هذا الفحص تقيّيم النّسج الرّخوة في الوضع السّاكن والمتحرّك ، الدّعم العظمي ، العضلات الوجهية والنّسج الشّحمية ، حيث يحدّد المظهر الوجهي بكمية ونوعية هذه النّسج .

كذلك لابدّ من تقيّيم الجلد المغطّي للأجزاء الوجهية في حالة الرّاحة وخلال الابتسام (الشكل 17) (M. Scutariu and N. Forna.,2014) .

4-3-2 الفحص داخل الفموي :

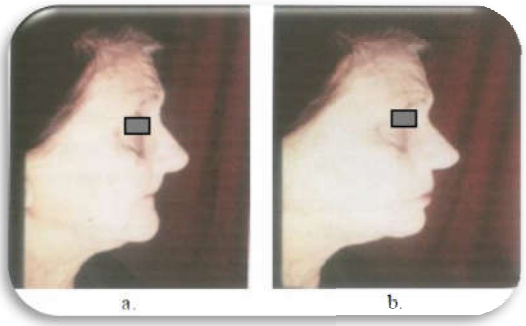
تمّ التّركيز على العناصر التّي تؤثّر على الملامح الوجهية الوظيفية وهي : الأسنان، المكوّن اللثوي وحول السّني ، العظم السّنخي ، حجم الدرد السّني والعلاقات الإطباقية فدراسة هذه العناصر ضروري لإعادة بناء العظم من أجل التّعويض التّجميلي .

يكشف الفحص داخل الفموي الأمراض الفموية في بعض الحالات والتّي تؤدّي إلى تأثيرات معيّنة على الملامح الوجهية للمريض . فقد تكون الأمراض السّنية واللّثوية عند المرضى المسنّين مرتبطة بأمراض جهازية ، لذلك يعدّ فحص الأسنان ضروريّاً وهامّاً لتقرير المعالجة التّعويضية التّجميلية التّي تركّز على إعادة تأسيس الملامح الوجهية والفموية السّنية كاستخدام الكومبوزيت لتعديل شكل ، لون وأبعاد الأسنان الموجودة كمعالجة طارئة و تجميلية ولتوفير الوقت على المريض المسنّ ، فمكونات الابتسامة وما يظهر من المكوّن اللّثوي والسّني يغيّر الملامح الوجهية للمريض المسن (M.Scutariu and N.Forna.,2014) .

4-3-3 الفحص السّريري الموضعي :

غالباً يشير هذا الفحص إلى التّغيرات السّريرية الهامّة الحاصلة للجهاز الفموي الفكي مع تقدّم العمر ، إنّ وجود التّعويضات القديمة يزوّد بمعلومات مفيدة حول مكان الأسنان الأمامية

الاصطناعية والمستوى الإطباقي الجديد ، كما يتمّ فحص شكل وكميّة العظم السّنخي الدّهليزي من أجل التّعويضات المتحرّكة (الشكل 18) (M. Scutariu and N. Forna.,2014) .



a التغيرات الوجهية المترافقة مع تقدم العمر
b عدم تحسن الملامح الوجهية بسبب التعويض السني غير المناسب (الشكل 17)

التغيرات السريرية الحاصلة للجهاز الفموي الفكي مع تقدم العمر
(الشكل 18)

4-4 التّشخيص وخطّة المعالجة :

4-4-1 التّشخيص :

من المهمّ تطبيق سلسلة من الخطوات الرّوتينية للوصول إلى التّشخيص الصّحيح خصوصاً عند المرضى المسنّين . الموجودات الأكثر أهميّة نحصل عليها بالفحص التّشخيصي وذلك لتحديد الأعراض والتّعرف على تاريخ المريض السّني ويتمّ ذلك من خلال :

1. طرح الأسئلة بعناية .
2. إعطاء الوقت الكافي للمريض لاسترجاع أفكاره ، والإجابة على تساؤلات المريض (R. Walton and M. Torabinejad., 2009) .

تجرى محاكمة سريريّة مبنيّة على شكوى المريض ، التّاريخ ، الأعراض والعلامات السّريرية والصّور الشّعاعية ، كما يتمّ تحرّي عمق التّخدير لمعالجة أكثر راحة للمريض المسنّ . الإجراءات العلاجية المنجزة في زيارة واحدة توفّر ميّزات أكبر لهؤلاء المرضى (R. Walton and M. Torabinejad., 2009) .

4-4-2 خطة المعالجة :

من المهمّ عند التّخطيط للمعالجة التّجميلية عدم فصل تصميم الابتسامة عن إجراءات العناية بالمريض . لذلك هدف المعالجة التّجميلية عند المرضى المسنّين هو وضع أسنان التّعويض في

الموقع الصّحيح لتأمين النّاحية التّجميلية والوظيفية سواءً في الأجهزة التّعويضية الثّابتة أو المتحرّكة (G. Freedman et al.,2012) .

يجب على طبيب الأسنان التّجميلي أن يقيّم كلّ حالة على حدة ، حيث أن تصميم ابتسامة شابّة لمريض مسنّ قد يقود إلى تصميم ابتسامة غير طبيعيّة (G. Gurel .,2003) .

يواجه الطّبيب السّريري صعوبة وتعقيد في تخطيط المعالجة عند المرضى المسنّين ، فقبل التّخطيط لأيّة معالجة سريريّة لابدّ من الأخذ بعين الاعتبار مايلي :

- رغبات وتوقّعات المريض .
- نوع وشدّة المشاكل السّنية بعد تقيّيم النّواحي الوظيفية ، الإمراضية والجمالية للسّن .
- احتمال نجاح المعالجة التّجميلية السّنية .
- توفّر أسباب المعالجة وقلة البدائل .
- القدرة على تحمّل تكاليف المعالجة .
- تأثير المعالجة على حياة المريض .
- الرّاحة والجمالية التّي يحصل عليها المريض .
- قدرة المريض على المحافظة على الصّحة الفموية بشكل مستمر بعد المعالجة التّجميلية .
- الدّعم العائلي والنّفسي للمريض (R. Nadig et al.,2011) .

عند معالجة المرضى المسنّين يجب على الطّبيب أن يجمع كامل المعطيات والمعلومات عن المريض ، فعند وجود عوائق تمنع إنجاز المعالجة المثالية ، يجب على الطّبيب عندئذ التّركيز على كلّ مشكلة ثمّ دراسة بدائل المعالجة بدقّة (R. Nadig et al.,2011) .

اقترح كلّ منBannet and Cramer خطّة معالجة منتظمة ، إذ تمّ تنظيم خطّة المعالجة بعناية من أجل توفير العناية الضّرورية وإيجاد الحلول للمشاكل الفوريّة .

حيث تتضمّن خطّة المعالجة مايلي :

1)- المرحلة الأولى : تقديم العناية للحالات الطّارئة .

2)- المرحلة الثّانية : مرحلة المحافظة (صيانة) والإرشاد (المراقبة) .

تتضمّن التّعامل مع الآفات المزمنة , التّخطيط ومعالجة الأقنية الجذرية ، المعالجات التّرميمية واللّثوية وتحضير السّن من أجل إجراءات التّعويض ، يعدّ تثقيف المريض حول الصّحة الفموية في هذه المرحلة ضرورياً .

3)- المرحلة الثّالثة : مرحلة إعادة التّأهيل الفموي .

تتضمّن إجراءات الزّرع السّني ، الجراحات اللّثوية المختلفة ، إعادة بناء الإطباق السّني (إعادة البعد العمودي الإطباقي) والتّعويض التّجميلي .

4)- المرحلة الرّابعة : المتابعة بعد التّعويض .

تأمين العناية الضّرورية للمرضى المسنّين خاصّة في المنزل ومتابعة المسنّين المستقلّين وظيفياً (R. Nadig et al.,2011) .

4-5 عدد ومدّة جلسات المعالجة التّي تتوافق مع المرضى المسنّين :

عدد الجلسات سواء كانت وحيدة أو متعدّدة كانت دائماً موضع نقاش وتخمين . تكون إجراءات الجلسة الوحيدة مفيدة عند المرضى المسنّين ، بينما تشكّل الجلسات الطّويلة مشكلة أقلّ من الجلسات القصيرة المتعدّدة إذا كان المريض المسن يعتمد على الآخرين في تنقّله .

أحياناً قد يطلب المريض المسن وضعية جلوس خاصّة وذلك لدعم الرّقبة ، الظّهر أو الأطراف ، فهذه المشاكل قد تتطلّب جلسات قصيرة ومتعدّدة (K. Hargreaves et al.,2011) .

المعالجة السّنية مجهدة للطّبيب وللمريض المسنّ ، فالمواعيد الطّويلة أكثر إجهاداً من المواعيد القصيرة . المرضى ذوي الحالات الطّبية الخاصّة أكثر عرضة لردود الأفعال في المواعيد الطويلة ، ويعتبر قلق المريض عاملاً مهمّاً في العناية السّنية المقدّمة ، لذلك هناك ثلاثة نصائح لتهدئة المريض المسنّ القلق :

i. الحفاظ على الهدوء أمام المريض .
ii. طمأنة المريض بشكل مستمر .
iii. التأكّد من فعالية وتأثير المخدّر عند استخدامه .

يمكن طمأنة المريض من خلال تزويده بالمعلومات حول المعالجة ، إعطاء الوقت الكافي للأسئلة ، عدم الاستعجال بالمعالجة ، الانتباه لحاجات الفرد ورغباته وتأمين بيئة لتثقيف وتحقيق التّواصل مع المريض (N. Kaweckyj et al,.2015) .

لذلك يجب تحديد الوقت المثالي للمعالجة وطول مدّة هذه المعالجة ، فالمواعيد الصّباحية المتأخّرة أو في العصر المبكر هي مفضّلة عند أغلب المرضى المسنّين وخاصّة مرضى المفاصل وذلك للسّماح للتّصلّب العضلي والمفصلي الحاصل بالتبدّد حيث ترتبط راحة المريض بزمن الجلسة ونوع الإجراءات السّنية (K. Hargreaves et al.,2011) .

4-6 التّعامل مع المريض المسنّ في العيادة السّنية :

يجب أخذ الوقت الكافي للتّعرف والتّواصل مع المريض ، كما يجب تأسيس اتصال جيّد مع جميع المرضى المسنّين بغض النّظر عن ضعفهم الجسدي والعقلي ، خصوصاً المرضى غير القادرين على اتخاذ القرارات ، بالإضافة للتّواصل مع أقرباء المريض وأفراد أسرته ، كما يجب على الطّبيب توجيه الأسئلة ومناقشة المريض لكي يوضّح له الإجراءات والسّماح للمريض بطرح الأسئلة (K. Hargreaves et al.,2011) .

يعدّ تحديد رغبات المريض المسن مهمّاً كما تحديد الاحتياجات ، فمن الضّروري أن يكون المرضى المسنّين مطّلعين على الأخطار والبدائل العلاجية ، فهم يستحقّون تفسيراً أفضل حول مشاكلهم السّنية ومعالجتها بدلاً من إهمال معالجتهم ، فالمعالجة التّجميلية السّنية يجب ألّا تكون متأثّرة بالعمر (K. Hargreaves et al.,2011) .

العديد من المرضى المسنّين يفضّلون استخدام وسادة لدعم العنق عند الجلوس على كرسي المعالجة (الشكل 19) ، كما يجب أن تتناسب العيادة السّنية بتصميمها الدّاخلي والخارجي مع احتياجات المرضى المسنّين الذين يعانون من أيّة إعاقة جسدية ، وأن تكون حاوية على ممرّات خاصّة للذين يستخدمون أجهزة مساعدة للمشي أو الكرسي المتحرّك . (الشكل 20) (K. Hargreaves et al.,2011) .

استخدام وسادة لدعم الرقبة عند المسنين

(الشكل 19)

تصميم العيادة بحيث تتناسب مع احتياجات كبار السن

(الشكل 20 a,b)

لا يتحمّل المرضى المسنّون الجلسات الطويلة ، حيث يجب تعديل وضعية الجلوس باستمرار بما يتناسب مع راحة المريض ، وتحريك الكرسي ببطء لعدم إزعاج هؤلاء المرضى (K. Hargreaves et al.,2011) .

يجب أن تتمّ حماية عيون المريض من كثافة ضوء الكرسي وتعديل حرارة غرفة المعالجة لتناسب المريض المسنّ .

يفضّل إنجاز أكبر قدر من المعالجة خلال الجلسة المقترحة للمريض ، والسّماح للمريض بأن يستريح في الغرفة المخصّصة لذلك ، حيث أنّ التّعب والإرهاق الفكي عاملان محدّدان لزمن المعالجة .

تساعد وسائل العض في الحصول على مدخل واسع للفم وتجنّب تعب الفك (الشكل 21) .

أغلب المرضى كبار السن يتقبّلون المعالجة بدون تخدير ، لكن في بعض الأحيان يجب إقناعهم بضرورة التّخدير وخاصّة عند بعض المعالجات اللّبية (K. Hargreaves et al.,2011) .

يميل المرضى كبار السّن ليكونوا أقلّ حساسيّة للمعالجة وأقلّ قلقاً ، لذلك يفضّلون إجراءات المعالجة بدون تخدير (R. Walton and M. Torabinejad., 2009) .

لا يمكن وضع الحاجز المطاطي على أسنان متهدّمة لذلك تستخدم طرق بديلة ، كما يتمّ استخدام مزلق ذو أساس زيتي على الشّفاه أو اللثة لتقليل الإحساس بالاحتكاك النّاتج عن اللّعاب أسفل الحاجز المطاطي . يمكن استخدام اللّعاب الاصطناع قبل العزل خصوصاً عند المرضى المسنّين بسبب صعوبة تطبيقه بعد الحاجز المطاطي (R. Walton and M. Torabinejad., 2009) .

إذا كان تحقيق العزل بين الجلسات صعباً يفضّل عندها القيام بإجراءات المعالجة (التّرميمية _اللّبية) بجلسة واحدة ، حيث يكون تطبيق الحاجز المطاطي صعباً عند المرضى المسنّين ويتطلّب مهارة وبراعة فائقة ، فالعزل المحكم يقلّل التّلوث اللّعابي (الشكل 22) (R. Walton and M. Torabinejad., 2009) .

وسائل رفع العض عند كبار السن

(الشكل 21 a,b)

استخدام الحاجز المطاطي عند كبار السن

(الشكل 22)

4-7 وضعيات معالجة المرضى المسنّين :

يعاني المرضى المسنّون عموماً من الضّعف الفيزيائي في قابلية الحركة ، بالإضافة للضّعف في الفهم الحسّي ، لذلك يجب مرافقهم للعيادة ومجاراة مشيتهم .

يجب على المرافق المشي بجانب المريض ببطء وأمامه قليلاً إذا كان المريض يستخدم الهيكل المساعد للمشي (Walker) ، أمّا إذا كان يستخدم الكرسي المتحرّك فلابدّ للمرافق أن يدفع الكرسي ببطء ليصبح بجانب وبمستوى كرسي المعالجة من أجل نقل أسهل للمريض . بعض المرضى المسنّون يجدون صعوبة في الجلوس لفترات طويلة على كرسي المعالجة ، أو قد يطلبوا وضعهم بوضعية الاستلقاء . يمكن وضع وسائد أسفل ركبة المريض أو خلف الرّقبة والظّهر لمنع تشنّجات العضلات (N. Kaweckyj et al,.2015) .

يجب التأكّد دائماً من راحة المريض على كرسي المعالجة ، وتعديل وسائل الدّعم عند الحاجة . مثالياً يجب معالجة المرضى على كرسي المعالجة ، لكن في بعض الأحيان لا يمكن نقل المريض المسن إلى كرسي المعالجة ، بالتّالي يمكن للفريق الطّبي نقل الكرسي المتحرّك ليصبح أقرب ما يكون لموقع المعالجة والقيام بالمعالجة وقوفاً . المرضى الذين يتلقّون المعالجة في الكرسي المتحرّك يحتاجون إلى دعم إضافي للرّأس (N. Kaweckyj et al,.2015) .

بالنّسبة للمرضى الذين تلقّوا المعالجة على كرسي المعالجة ، فيجب توفير العناية لهم حيث لا يتمّ نقل المريض فجأةً من وضعية الاستلقاء إلى وضعية الجلوس القائم ، لانّه قد يحدث لديهم انخفاض ضغط دم انبساطي . كما لا ننسى السّماح للمريض بالجلوس لمدّة دقيقة أو أكثر لاستعادة توازنه قبل مرافقته إلى منطقة الاستقبال (N. Kaweckyj et al,.2015) .

الباب الخامس :
إجراءات المعالجة التّجميلية عند المرضى كبار السّن

5-1 الاعتبارات التّجميلية الضرورية قبل إجراء المعالجة التّجميلية السّنية :

عند وجود خسارة مفرطة في العظم السّنخي والنّسج الدّاعمة في المنطقة الأمامية ، تزداد الفراغات بين الأسنان كما يزداد عرض الحليمات بين السّنية وطول التّيجان السّريرية ، وأحياناً قد ينكشف الملتقى الميناني الملاطي ، والذي يؤدّي إلى صعوبة في المحافظة على الصّحة الفموية ، ممّا يخلق تعقيدات أثناء المعالجة التّجميلية (M.Scutariu and N.Forna.,2014)

في حال وجود فراغات سنيّة عريضة تمّ اقتراح تحضير الأسنان بحيث يكون التّحضير باتجاه نقاط التماس ، من أجل إعطاء تحدّب مناسب للتّعويض ، بالإضافة لتعديل لون (كثافة) التّعويض باستخدام الظّلال الدّاكنة التّي تعطي مظهر أضيق للتّعويض .

أمّا في حال كانت الفراغات بين السّنية ضيقة ، يتمّ إعادة توضّع نقاط التّماس باتجاه المنطقة القاطعية ممّا يعطي عرض ملاصق كافي .

عند وجود انحسارات لثوية ، فإنّ تغطية المناطق العنقية المكشوفة بأكريل لثوي مؤقّت يعطي مظهر تجميلي ، ويمنع تجمع الطّعام ، وذلك حتّى اكتمال التّعويض الدّائم .

في حال كانت الأسنان قصيرةً جدّاً فيمكن الحصول على مظهر تجميلي بجعل السّطح الدّهليزي مسطّحاً ، وإعطاء تحدّباً ضيّقاً .

في حال كانت الأسنان متطاولة يمكن تصحيحها تجميليّاً بنقل نقاط التّماس الملاصقة ضمن سطوح التّماس وإعطاء التّاج شكل مدوّر مع وجود تقعّر خفيف (M. Scutariu and N. Forna.,2014) .

5-2 المعالجات اللّبية ، التّرميمية واللّثوية التّجميلية عند مرضى كبار السّن :

5-2-1 المعالجات اللّبية :

ازداد اهتمام المرضى كبار السّن بالاحتفاظ بأسنانهم في السّنوات الأخيرة ، وهذا ما يشكّل تحدّياً لأطباء الأسنان ، حيث تتضمّن هذه التّحدّيات الاختلافات النّفسيّة ، الطّبية والحيوية عن المرضى الأصغر سنّاً بالإضافة لتعقيدات المعالجة في هذه الفئة العمرية (D. Nayak et al.,2014) .

يعتبر الاهتمام بالمعالجة اللّبية عند المرضى المسنّين خطوةً أساسيّةً وهامّةً للحفاظ على الأسنان وبالتّالي الحفاظ على العظم السّنخي ، ممّا يسمح للطّبيب القيام فيما بعد بالمعالجة التّجميلية المطلوبة .

لابدّ من الاهتمام بخطّة المعالجة اللّبية لأنّها مفتاح الحفاظ على الأسنان وإبقاء النّاحية الوظيفية والجمالية للمرضى المسنّين ، فالاعتبارات اللّبية عند هؤلاء المرضى هي نفسها عند المرضى الأصغر سنّاً (D. Nayak et al.,2014) .

كثيراً ما يكون المرضى كبار السّن حذرين تجاه صحتهم الفموية والسّنية ، حيث يقبل هؤلاء المرضى قلع الأسنان عندما لا توجد معالجة بديلة أخرى .

كما أنّ هناك اعتبار آخر يجب الانتباه له وهو أنّ أسنان المرضى المسنّين تعرضّت خلال الحياة لكثير من الآفات والإجراءات التّرميمية واللّثوية ، كلّ هذه الإجراءات لها تأثير على اللّب والنّسج حول السّنية (D. Nayak et al.,2014) .

اعتبارات تتعلّق بالمريض : Patients considerations

يعتمد نجاح المعالجة اللّبية عند المرضى كبار السّن على القضاء على البكتيريا المسبّبة للمرض اللّبي ومنع إعادة العدوى (D. Nayak et al.,2014) .

اعتبارات تتعلّق بتقدّم العمر :

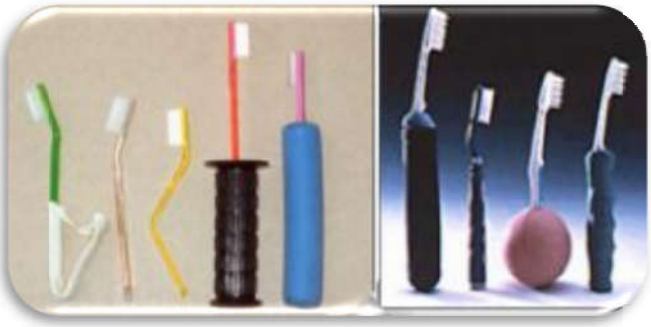
يعدّ المرضى كبار السّن أكثر عرضةً للنّخور السّنية وخاصّة الجذرية وذلك لعدّة أسباب :

1) التآكل السّني .
2) الأمراض اللّثوية وحول السّنية .
3) الأذيّات والرّضوض السّنية .
4) تراكم الأطعمة بين الأسنان حيث يعتبر المرضى المسنّون أقلّ قدرة على العناية بالصّحة الفموية وإجراء المعالجات السّنية.

يعاني هؤلاء المرضى من حساسيّة سنيّة أقل ، باستثناء الأعراض والعلامات التّشخيصية التّي تشابه المرضى الأصغر سنّاً (D. Nayak et al.,2014) .

يتمتّع المرضى المسنّون بمهارة يدوية لا بأس بها حيث يمكن الاستفادة من فراشي الأسنان الكهربائية أو اليدوية المزوّدة بقبضات أكبر بالإضافة للاستفادة من حوامل الخيوط السّنية .

المرضى الذين يعانون من الخرف أو من الاضطرابات الحركية (كمرض باركنسون) قد يحتاجون إلى مساعدة الآخرين في تنظيف أسنانهم ، ويجب زيارة العيادة السّنية لإجراء المعالجات المناسبة (الشكل 23) (D. Nayak et al.,2014) .



تعديل قبضات فراشي الأسنان لتناسب المرضى المسنين

(الشكل 23)

التّحديات التّي تواجه الطّبيب عند المعالجة اللّبية للأسنان :

ليس هنالك مضادات استطباب تتعلّق بالعمر ، لكن مع تقدّم العمر تحدث تغيّرات حتميّة في عدد من أنسجة الجسم ، حيث تحدث التّغيّرات المختلفة في الأسنان والنّسج حول السّنية .

فيما يلي التّغيّرات اللّبية التّي تحدث مع تقدّم العمر :

i. نقص حجم وعدد الخلايا اللّبية .
ii. زيادة عدد الألياف الكولاجينية اللّبية .
iii. التّراجع اللّبي بسبب تشكّل العاج الثّانوي و الثّالثي .
iv. نقصان عدد الأوعية الدّموية والألياف العصبية (D. Nayak et al.,2014) .

يعدّ تحضير المدخل وتسليك القناة الجذرية من أكبر التّحدّيات في المعالجة اللّبية عند المرضى المسنّين ، حيث تزداد الحصيّات اللّبية التّي يمكن ملاحظتها بالضّوء والتّكبير الإضافي ، كما يزداد تكلّس فوهات الأقنية مع التقدّم بالعمر ، ويعدّ استخدام رؤوس الأمواج فوق الصّوتية في هذه الحالة مفيداً جدّاً (R. Nadig et al.,2011) .

خلال التّحضير فإنّ استخدام half sizes files يساعد في تسليك الأقنية من أجل استخدام الأدوات الأكبر تباعاً ، وبما أنّ الأقنية أضيق بكثير عند المرضى المسنّين فإنّها تحتاج لوقت وجهد أكبر (R. Nadig et al.,2011) .

فيما يتعلّق بعدد الجلسات فإنّ المرضى المسنّين المستقلّين وظيفياً الذين يستطيعون تحمّل الإجهاد يمكن أن يعالجوا بجلسة مفردة ، أمّا المرضى الذين لا يتحملّون فتح الفم مطوّلاً فإنّ الجلسات القصيرة والمتعدّدة يكون مطلوباً ، حيث تساعد وسائل فتح الفم المطاطية على حل هذه المشكلة ، فمن أجل معالجة لبية ناجحة يجب الانتباه جيّداً للتّشخيص ، والحصول على صور شعاعية عاليّة الدّقة ودراسة التّقنيات المناسبة للتّعامل مع تكلّس الأقنية الجذرية . طالما أنّ للسّن دوراً هامّاً في الفم فإنّ المعالجة اللّبية هي إجراء ضروري (R. Nadig et al.,2011) .

5-2-2 المعالجات التّرميمية التّجميلية :

عند تخطيط المعالجة التّرميمية التّجميلية لابدّ من الأخذ بعين الاعتبار أنّ الأسنان الكهلة تصبح أقلّ ثخانة بسبب انسحال الميناء ، كما تكون هذه الأسنان أقلّ سطوعاً للون ممّا هو مشاهد عند الأسنان الشّابة بسبب اضمحلال التّضاريس السّنية التّي تعكس الضّوء . (الشكل 24) (M.Villarroel et al.,2011) .

هذا يجعل إعادة ترميم الميناء المفقودة بالكومبوزيت أكثر صعوبةً حيث تكون ثخانة التّرميم حرجة ، يجب الانتباه عند ترميم مثل هذه الأسنان لأنّ الثّخانة القليلة للتّرميم قد تغيّر من سطوع لون السّن (الشكل 25) .

يختلف لون الكومبوزيت الميناني المستخدم تبعاً للعمر السّني ، فعند المرضى المسنّين يجب أن يكون الكومبوزيت المستخدم ذو شفافية (نفوذية) ضوئية عالية وبلون أصفر (Yellow Hue) كما تلعب ثخانة طبقات الكومبوزيت دوراً في مقدار النّفوذية الضّوئية ، فالكومبوزيت ذو الشّفافية العالية يزيد من عمق اللون والمظهر ويسمح بالحصول على منظر حيوي وطبيعي للتّرميم (M.Villarroel et al.,2011) .

مقارنة الأسنان عند كبار السن مع الأسنان الشابة (الشكل24)

سطوع الراتنج الميناني يمكن أن يعدل إدراكنا للون الراتنج العاجي (الشكل 25)

النّخور التّاجية والجذرية عند المرضى كبار السّن :

معدل انتشار النّخور عند المرضى المسنّين أكثر بمعدل 50-60 % ، حيث أنّ النّخور التّاجية عند هؤلاء المرضى أقلّ من مثيلتها في المرضى الأصغر سنّاً ، بينما النّخور الجذرية هي أكثر انتشاراً عند المرضى المسنّين بمعدل 40-70% ، لذلك ترميم هذه النّخور يشكّل أساس المعالجة المحافظة التّجميلية . وجد أنّ 93% من النّخور المتكرّرة تكون مرتبطة بترميمات الأملغم خاصّة المناطق الحفافية للتّرميم أو بسبب التّيجان (R. Nadig et al.,2011) .

كخطوة أولى فإنّه من الضّروري تقيّيم عوامل الخطر بحيث تلعب دوراً رئيسياً في تخطيط المعالجة . المعالجة التّرميمية تكون على مرحلتين : مرحلة التّرميم ومرحلة المتابعة .

الاعتبارات التّرميمية للنّخور التّاجية :

اختيار تقنيات التّرميم عند المرضى كبار السّن تشابه تقريباً تلك التّي عند المرضى الأصغر سنّاً ، لذلك تعدّ المواد التّرميمية التّجميلية المباشرة مقبولة ومفضّلة عند هؤلاء المرضى ، حيث تكون هذه التّرميمات سهلة الإجراء ويمكن إصلاحها واستبدالها بتكلفة أقل .

نظراً لوجود عدّة عوامل مؤهّبة لحدوث النّخر عند المرضى المسنّين ، نجد أنّ النّشاط النّخري يكون عالياً ، ويتطلّب متابعةً مستمرةً (R. Nadig et al.,2011) .

الاعتبارات التّرميمية في النّخور الجذرية :

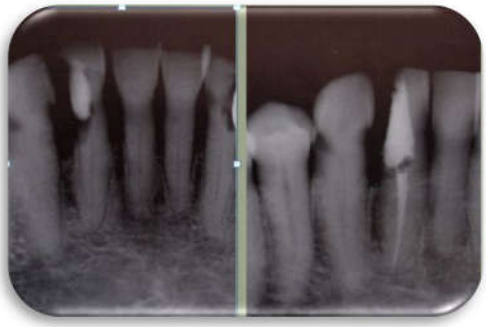
تتوضّع الآفات النّخرية تحت اللّثة ، أو بين السّطح اللثوي والملاصق للسّن ممّا يجعل رؤية هذه النّخور والوصول إليها أمراً صعباً (الشكل 26- 27) .

الاسمنت الزّجاجي الشّاردي هو المادة التّرميمية المختارة لهذه النّخور بسبب امتلاكه خصائص ارتباط جيّدة بالنّسج الجذرية ، حيث يسمح بإجراء تحضير أصغري ويعمل على تحرير الفلور ، بالإضافة لتوفير الخصائص التّجميلية والحيوية .

من التّقنيات الحديثة في التّعامل مع هذه النّخور هي استخدام الأوزون ، كما أنّ استعمال اللّيزر يكون مفيداً خصوصاً عند المرضى المسنّين الذين لا يتحمّلون التّخدير الموضعي (R. Nadig et al.,2011) .

النخور الجذرية عند كبار السن

(الشكل 26)



النخور الجذرية عند كبار السن

(الشكل 27)

التّعامل مع الاهتراء السّني :

الاهتراء السّني من أكثر المشاكل شيوعاً عندا لمرضى كبار السّن . آليات الاهتراء السّني تتضمّن التآكل ، الاحتكاك والحت ، لذلك فإنّ المصطلح العامّ لهذه الحالات هو الاهتراء السّني .

الاهتراء السّني ظاهرة سنيّة تحدث مع التّقدّم بالعمر بمساهمة عدّة عوامل والتّي تفاقم من هذه المشكلة ، حيث يؤدّي جفاف الفم إلى إلغاء الفعل الصّاقل والمنظّف للعاب ممّا يجعل الأسنان أكثر عرضة للتآكل الحمضي (R. Nadig et al.,2011) .

الملاط المكشوف أكثر أجزاء السّن عرضة للتآكل والاحتكاك ، كما أنّ انخفاض الدّعم الخلفي السّني هو عامل آخر لحدوث الحت السّني (R. Nadig et al.,2011) .

وقد يحدث اهتراء للأسنان الطّبيعية المقابلة للتّعويضات الخزفية ، هذا النّوع من الاهتراء ناتج عن البروز الزّائد لهذه التّعويضات ، نشاهد هذا الاهتراء على السّطوح الدّهليزية السّفلية أو الحنكية العلوية لأسنان المريض (الشكل 28) (G. Gurel .,2003) .

تتضمّن نتائج اهتراء الأسنان عند المرضى المسنّين مايلي :

1. مظهر غير جمالي للإبتسامة .
2. انخفاض طول التّاج السّريري مصحوباً ببزوغ زائد للأسنان لتكمل هجرتها باتجاه إطباقي مصطحبة معها العظم السّنخي للحفاظ على البعد العمودي (الشكل 28-30).

لذلك فإنّ معالجة الاهتراء ضروريّة بحيث تقرّر اعتماداً على عمر ورغبات المريض، حيث تتّجه المعالجة إلى إزالة العوامل الإمراضيّة المسبّبة وتعديلها. غالبيّة المرضى تكون معالجتهم سلبيّة (لامعالجة) (R. Nadig et al.,2011) .

اهتراء الأسنان مقابل التعويضات الخزفية وبالتالي مظهر غير تجميلي للابتسامة

(الشكل 28)

السحل عند كبار السن

(الشكل 29)

التآكل عند كبار السن

(الشكل 30)

المعالجة الفعّالة مطلوبة للأسباب التّالية : معالجة الحساسيّة وإعادة النّاحية الوظيفية والتّجميلية بالإضافة لإعادة البعد العمودي من أجل التّعويض النّهائي .

الاهتراء الموضعي يمكن أن يرمّم باستخدام الكومبوزيت أو الاسمنت الزّجاجي الشّاردي ، وذلك بالاعتماد على موقع الاهتراء والجهود الإطباقية المطبّقة والحاجات التّجميلية ، فالقليل من المرضى قد يحتاجون لإعادة تأهيل فموي (R. Nadig et al.,2011) .

مع تطوّر المواد التّرميمية التّجميلية أصبح بالإمكان استخدام الأنواع الحديثة من الكومبوزيت في زيادة البعد العمودي بشرط ألّا تتجاوز سماكته 1–2 ملم ، وذلك باستخدام تقنيّة إعادة البناء المباشر بالكومبوزيت (R. Nadig et al.,2011) .

إذا كان هناك حاجة لزيادة البعد العمودي أكثرمن 2 ملم ، فإنّه من الأفضل التّوجّه للتّعويضات الثابتة التّجميلية ، وذلك بعد إعادة تأسيس العلاقة المركزية بواسطة صفيحة الاستقرار الإطباقية . (R. Nadig et al.,2011)

وجد أنّ التّرميمات الخزفية اللّصاقة هي مفضلّة لإنجاز النّاحية الوظيفية والجمالية المطلوبة إذا تم إجراء المعالجة بدقّة تامّة ، وذلك عند وجود اهتراء معمّم على الأسنان بعد إزالة أسباب هذا الاهتراء (الشكل 31 a,b) (G. Gurel .,2003) .

اهتراء سني معمم
(الشكل 31 a,)

التعويضات الخزفية لإعادة الناحية الوظيفية والجمالية (الشكل 31, b)

التّرميمات التّجميلية :

لقد تطوّرت حديثاً تقنيات التّرميم والمواد التّرميمية لكي تناسب المرضى الأكبر سنّاً .

يجب أن يتضمّن ثبات المواد التّرميمية حدوث ارتباط ماكروميكانيكي وكيميائي مع العاج وبالتّالي ديمومة أكبر للتّرميم ، ويمكن استخدام هذه المواد بحريّة عند المرضى المسنّين بدون أذيّة اللّب (N. Kaweckyj et al,.2015) .

معظم الإجراءات التّرميمية يمكن أن تنجز براحة أكبر في غياب المخدّر الموضعي .

استخدام المواد الرّابطة للعاج تسمح بإجراءات سنيّة أكثر محافظة وتضمّن سلامة الحواف ، حيث يكون التّخريش الحمضي للميناء أكثر فعالية في أسنان المسنّين عند زيادة زمن التّخريش من أجل تحقيق ثبات المادة الرّابطة ، كما أنّ هناك حاجة قليلة لوضع مادّة قاعديّة تحت التّرميم عند المرضى المسنّين بسبب تراجع اللّب (N. Kaweckyj et al,.2015) .

للحصول على التّناغم مع السّن المجاور غير المرمّم ، يجب أن تتميّز التّرميمات التّجميلية غند المرضى كبار السّن بما يلي :

1. أن تكون ذات سطوع أقلّ .
2. الجزء الدّهليزي للتّرميم مسطّح وذات حدود قاطعة مسطحة .
3. مناطق تماس مسطّحة .
4. استخدام مواد ظليلة على التّرميم كوضع خطوط بيضاء بحيث تحاكي العيوب الطّبيعية الموجودة في الميناء .
5. الحد القاطع يعزّز بلون بنفسجي لتقليد ومحاكاة مظهر الميناء المهترئة الرّقيقة .
6. عدم إنقاص البعد الدّهليزي اللّساني الذي يمكن أن يضعف حياة التّرميم (N. Kaweckyj et al,.2015) .

5-2-3 المعالجات اللثوية التّجميلية :

يعتبر التّغيير التّجميلي للابتسامة عاملاً هامّاً للحفاظ على حالة نفسيّة جيّدة للمرضى المسنّين (A. Agarwal, N.Rastogi et al.,2014) .

تعتبر الأنسجة حول السّنية مكوّناً هامّاً في الابتسامة التّجميلية ، لذلك تمّ تطوير خيارات المعالجة اللّثوية – حول السّنية لتحسين صحّة وجمالية هذه النّسج .

يظهر عند المرضى المسنّين مشاكل خاصّة بسبب خسارة الارتباطات حول السّنية النّاتجة عن الأمراض حول السّنية التّي تزداد مع التقدّم بالعمر ، بالإضافة لعوامل الخطر الجهازية والنّفسية التّي تظهر عند المرضى المسنّين ، والتّي تؤثّر في صحّة وجماليّة النّسج حول السّنية (الشكل 32 a,b) (A. Agarwal, N.Rastogi et al.,2014) .

الأمراض اللثوية وحول السنية عند كبار السن

(الشكل 32)

إنّ إجراءات تحسين الجمالية هي إجراءات حسّاسة وعلى الطّبيب الأخذ بعين الاعتبار الحالة النّفسية للمريض المسنّ ، لذلك فمن المهمّ لطبيب الأسنان تحسين الصّحة الفموية كجزء من خدمات العناية الصّحية للمسنّين (A. Agarwal, N.Rastogi et al.,2014) .

من خلال دراسة أجريت على مرضى مسنّين أعمارهم بين 60–70 سنة ، تمّ فيها تقيّيم المرضى من خلال أسئلة بخصوص المعالجة التّجميلية اللّثوية – حول السّنية، ومدى فهم المرضى لتلك الإجراءات ، تمّ الحصول على النّتائج التّالية :

i. أكثر الحالات اللّثوية المشاهدة ، والتّي تؤثّر على جمالية الابتسامة عند المرضى المسنّين كانت بالتسلسل التّالي : المثلّثات السّوداء ، الانحسار اللّثوي ، التّصبغات اللّثوية ، الابتسامة اللّثوية وأخيراً حالات حول سنيّة متدهورة .
ii. أغلبيّة المرضى المسنّين أرادوا إجراء جراحة لثوية تجميلية .
iii. اهتمام النّساء بالحصول على ابتسامة جذّابة كان أكثر من الذّكور (A. Agarwal, N.Rastogi et al.,2014) .

من المهمّ معرفة أنّ الجراحة التّجميلية اللّثوية – حول السّنية لا تعتبر إجراءاً مناسباً في حال خسارة الارتباط حول السّني المعتدل أو المتقدّم عند المرضى المسنّين ، لذلك لا يشكّل هؤلاء المرضى حالات مناسبة لهذه الأنواع من الجراحات الحسّاسة ، وبالتّالي لابدّ من تطوير تقنيات جديدة ومتقدّمة للمعالجات حول السّنية التّجميلية توفّر نسبة نجاح أكبر وتكلفة أقل (A. Agarwal, N.Rastogi et al.,2014) .

أظهرت هذه الدّراسة زيادة اهتمام المرضى المسنّين بتحسين المظهر الجمالي لأسنانهم ، حيث تعتبر المثلّثات السّوداء والانحسار اللّثوي عوامل تدهور للابتسامة التّجميلية .

نجد في الوقت الحاضر أنّ تطوّر تقنيات الجراحة اللّثوية كإعادة بناء الحليمات اللّثوية وإجراءات تغطية الجذور تكون أكثر نجاحاً في الأمراض حول السّنية البسيطة والمعتدلة أكثر منها في الحالات الشّديدة ، وبالتّالي لا يتلقّى مرضى الأمراض حول السّنية الشّديدة أيّة فوائد من تلك المعالجات (A. Agarwal, N.Rastogi et al.,2014) .

عيادات طب الأسنان النّاجحة في القرن الحادي والعشرون ستحتاج لمهارات خاصّة في المعالجة التّجميلية اللّثوية – حول السّنية عند المرضى المسنّين ، ويجب أن توفّر هذه المعالجات فرصة

تحسين نمط الحياة الاجتماعية لهؤلاء المرضى ، وزيادة ثقتهم بأنفسهم (A. Agarwal, N.Rastogi et al.,2014) .

تطويل التّيجان :

إجراءات تطويل التّيجان قد تكون ضروريّة عند ترميم الأسنان أو عند استبدال التّعويضات المتهدّمة ، خاصّة عند وجود خسارة كبيرة في النّسج السّنية (الشكل 33 a,b,c,d,e) (I. Barnes, A. Walls.,1994) .

يتمّ إجراء تطويل التّيجان عند المرضى المسنّين الذين لديهم جيوب حول سنيّة سواء فوق أو تحت عظمية بسهولة من خلال إنقاص أو إزالة النّسج الرّخوة المبطّنة لجدران هذه الجيوب ، في مثل هذه الظروف يوجد القليل من التعدّي على العرض الحيوي البيولوجي (I. Barnes, A. Walls.,1994) .

أيّ تعدّي لحواف التّعويض على العرض الحيوي سوف يؤدّي إلى التهاب لثوي , عدم راحة وزيادة نمو النّسج اللّثوية الحفافية أو انحسارها (I. Barnes, A. Walls.,1994) .

الخيارات العلاجية اللّثوية عند المرضى كبار السّن :

تعتمد هذه الخيارات على عدّة عوامل كالحالة الجسدية للمريض ، توقعاته ، المعالجات السّنية السّابقة ، الصّحة الفموية والسّنية الحالية والاختلاطات الطّبية .

يمكن مشاركة خيار المعالجة اللّثوية عند كبار السّن مع ثلاثة خيارات علاجيّة أخرى وهي :

1- المداخلة المتوسّطة للمحافظة على الوضع الحالي مثل إجراءات المحافظة على الصّحة الفموية والمعالجة التّرميمية والقلع إذا كان ضروريّاً .

2- القلع المتعدّد والتّعويض السّني .

3- المعالجات التّرميمية وحول السّنية ذات النّطاق الأوسع بحيث تشمل معالجات جذرية متعدّدة وترميمات تاجيّة (I. Barnes, A. Walls.,1994) .

التعويضات القديمة غير التجميلية (a,b) . تطويل التيجان, والتعويضات التجميلية النهائية (c,d,e)

(الشكل 33)

السّيطرة على اللّويحة السّنية :

تعتبر السّيطرة على اللّويحة السّنية إجراءً هامّاً قبل التّعويض السّني التّجميلي عند المرضى كبار السّن ، لذلك لابدّ من الأخذ بعين الاعتبار الإجراءات التّالية لتحسين التّواصل مع هؤلاء المرضى :

i. إعطاء معلومات تتعلّق بالسّيطرة على اللّويحة السّنية خطوة بخطوة .

ii. إعطاء الوقت الكافي للشرح متجنّباً الصوت العالي والاستماع للمريض.

iii. استخدام عدّة أمثلة ونماذج لدعم التّواصل مع المريض وإيصال الفكرة له .

iv. كتابة المعلومات بطريقة مبسّطة وواضحة وطباعتها بخط كبير .

v. تعديل شكل قبضات فراشي الأسنان وحوامل الخيوط السّنية لتسهيل استخدامها (I. Barnes, A. Walls.,1994) .

التّجبير :

تبقى الأسنان المتحرّكة نتيجة أمراض (لثوية – حول سنية) غير النّشطة وظيفيّة ومستقرة عدّة سنوات . يجب عدم الالتزام بالتّجبير لأنّه غالباً ما يشجّع على تراكم اللّويحة ويعيق إزالتها ، على كل حال يستطب التّجبير عندما تزداد حركة الأسنان وتصبح مهدّدة بالانخلاع .

عند وضع خطة معالجة ووجود أسنان متحرّكة ، فإنّه من المناسب استخدامها كدعامة لجسور ثابتة أكثر من الأجهزة المتحرّكة بسبب أنّ القوى تتوزّع بشكل أفضل ويمكن السّيطرة عليها (I. Barnes, A. Walls.,1994) .

الانحسار اللّثوي عند المرضى كبار السّن وطرق التّعامل معه :

يزداد حدوث الانحسار اللّثوي مع التّقدم بالعمر نتيجة عدّة عوامل كنقص التّدفق اللّعابي عند المسنّين , وبالتّالي حدوث النّخور والآفات الجذرية . يعالج الانحسار اللّثوي بشكل تقليدي باستخدام اللّيزر ، الطّعوم النّسيجية الذّاتية ، الشّرائح اللّثوية والتّقويم . هذه الأنواع من المعالجات ليست غالية فحسب بل تستهلك وقتاً , وقد يكون الشّفاء بطيئاً نسبيّاً .

يعدّ اللّيزر خياراً مثالياً لتصحيح وإيقاف حدوث الانحسار اللّثوي ومعالجة الحساسيّة النّاتجة عنه من خلال إزالة طبقة اللّطاخة من سطح الجذر لكشف ألياف الكحولاجين .

يتمّ اللّجوء لاستخدام الطّعوم النّسيجية لتصحيح الانحسار اللّثوي ، ويتمّ الحصول على هذه الطّعوم من النّسيج المخاطي الدّهليزي , فهذه التّقنية تتطلّب إجراءً جراحياً كما أنّها مكلفة .

يستخدم التّقويم أيضاً في معالجة الانحسار اللّثوي النّاتج عن الإطباق الرّضي من خلال تصحيح عضّة المريض ، وبالتّالي إيقاف حدوث الانحسار .

استخدام الكومبوزيت اللّثوي التّجميلي في حالات الانحسار اللّثوي :

طرح مؤخّراً الكومبوزيت اللّثوي التّجميلي كخيار يسمح بتصحيح الانحسار اللّثوي . يتميّز هذا الرّاتنج بأنّه يتطلّب تداخلاً أصغرياً على السّن ، كما أنّه أقلّ كلفة من الإجراءات السّابقة . يتوفر

هذا الكومبوزيت بثلاثة درجات من اللّون الزّهري العاتم غير الشّفاف ، ويكون بشكل سائل ، تخلط هذه الألوان من أجل على الوصول اللّون المناسب للثة المريض .

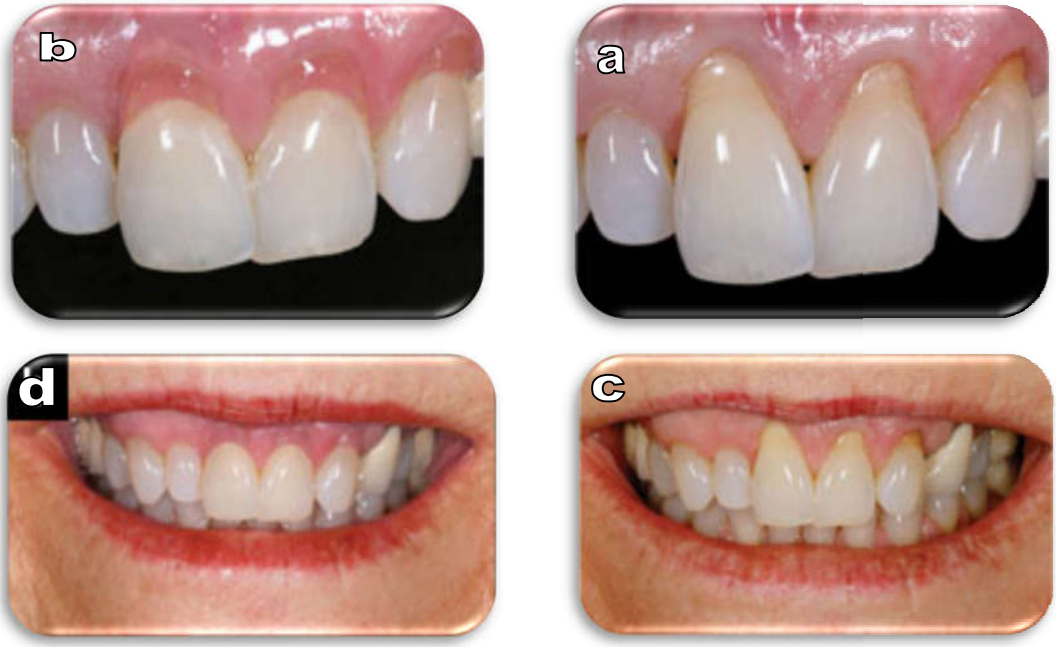
يستخدم هذا النّوع من الكومبوزيت من أجل :

1. تصحيح الأبعاد السّنية ، وخاصّة موقع نقاط Zenith .
2. تصحيح التّناسب بين الأسنان واللّثة .
3. تحقيق التّناظر السّني .
4. ترميم الآفات والنّخور العنقية .
5. تصحيح المظهر اللّثوي .
6. إخفاء حواف التّيجان المكشوفة .

تتضمّن خطوات تطبيق هذا الكومبوزيت مايلي :

1) أخذ صور فوتوغرافية تظهر الانحسار اللّثوي بشكل واضح .
2) استخدام دليل الألوان الخاص بالكومبوزيت السّيال .
3) اختيار اللّون من خلال وضع نقطة من كلّ لون على سطح السّن ومقارنتها مع اللّثة .
4) إجراء شطباً طفيفاً للمنطقة العنقية ، ثمّ وضع المادة الرّابطة ذاتية التّخريش وتصليبها.
5) توضع طبقة من الopaque الفاتح ويتمّ تصليبها .
6) نحت وإعطاء تحدّباً مناسباً للكومبوزيت اللّثوي المطبّق على ال opaque ثم تصليبه .
7) تنعيم ، إنهاء وتلميع التّرميم .
8) وضع سيلانت (راتنج غير مملوء) ثمّ تصليبه .

حالة سريرية : مريضة بعمر 67 سنة تعاني من حدوث انحسار لثوي وحساسيّة سنية على الأسنان الأمامية . رفضت المريضة الإجراءات العلاجية اللّثوية لتصحيح الانحسار اللّثوي ، وبعد إجراء التّشخيص والتّحليل الإطباقي ، تمّ استخدام نظام الرّاتنج اللّثوي التّجميلي لتصحيح المظهر اللّثوي, معالجة الحساسية السّنية وتحقيق التّناظر بين الأسنان (الشكل 34 a,b,c,d) (F.Milnar,.2011) .



الابتسامة قبل وبعد تصحيح الانحسار اللثوي بالكومبوزيت اللثوي التجميلي

(الشكل 34)

5-3 تقنيات إلصاق التّرميمات التّجميلية عند المرضى كبار السّن :

تحدث تغيّرات في طبقتي الميناء والعاج السّنية نتيجة التقدّم بالعمر ، والتّي تؤثّر على قدرة إلصاق المواد التّرميمية التّجميلية بهذه السّطوح (J.Roulet et al.,2001) .

5-3-1 تقنيات الإلصاق مع الميناء عند المسنّين :

تتغيّر البنية الكيميائية للميناء قليلاً مع التقدّم بالعمر، حيث تصيب التغيّرات عادّة الطّبقات السّطحية للميناء ، بحيث تصبح الميناء أكثر مقاومة لانخساف الأملاح المعدنية ، يعدّ هذا التّغير مفيداً في مقاومة النّخور ، ولكن من الضّروري أيضاً الأخذ بعين الاعتبار زيادة زمن التّخريش الحمضي للميناء قبل الإلصاق . قد تتعرّض الميناء للانحلال نتيجة التآكل الحمضي الكيميائي الذي يحصل بعدّة طرق ، ولكنّ اللّعاب يعمل على تخفيف آثار التآكل الحاصل (J.Roulet et al.,2001) .

5-3-2 تقنيات الإلصاق مع العاج عند المسنّين :

تمرّ التّغيرات الحاصلة للعاج مع تقدّم العمر بطريقين :

الأوّل : عند انكشاف العاج ضمن الفم ، فإنّ التّغيرات تكون مشابهة لتلك التّي تحدث للميناء ، وهذا يؤثّر على جودة الارتباط .

الثّاني : التّغيرات التّي يتعرّض لها العاج مع تقدّم العمر تؤدّي إلى ترسّب المعادن ضمن الأنابيب العاجية ، والتّي تسبّب نقص في قطر هذه الأنابيب ، وبالتّالي انخفاض قوّة ارتباط المواد الرّاتنجية التّي تعتمد على اختراق الرّاتنج للأنابيب العاجية المخرّشة .

قد يفشل الارتباط تحت تأثير قوى التقلّص النّاتجة عن عملية التّبلمر، وهذا مايفسّر فشل ترميم الآفات العنقية غير النّخرية . من الضّروري عند ترميم أسنان المرضى المسنّين بالمواد الرّاتنجية أن يؤخذ بعين الاعتبار تصميم التّرميمات لإمكانيّة إنقاص التقلّص الحاصل ، والذي يؤثّر على الارتباط بين التّرميم والسّن (J.Roulet et al.,2001) .

الأسنان المكسورة :

هناك جدل حول قدرة الكومبوزيت على ترميم الحدبات المكسورة بسبب أنّها تميل إلى الاهتراء .

تتضمّن المعالجات التّجميلية البديلة استخدام التّيجان المعدنية الخزفية أو الخزفية الكاملة . (J.Roulet et al.,2001)

5-3-3 اهتراء الأسنان :

يسبّب اهتراء الأسنان مشاكل تجميليّة ووظيفيّة عند المرضى المسنّين . يمكن استخدام التّرميمات اللصّاقة لما تتميّز به من ميّزات تتمثّل بزيادة قوّة الارتباط بين التّرميم والبنى السّنية ، هذه التّرميمات توفّر إمكانيّة الحفاظ على النّسج السّنية المتبقيّة كما تجعل خيار التّعويض ممكناً في الأسنان ذات التّيجان القصيرة . (الشكل 35) (J.Roulet et al.,2001) .

تقليل تحضير النسج السنية باستخدام الترميمات اللصاقة (كومبوزيت غير مباشر) (الشكل 35 a,b,c)

5-3-4 استخدام الكومبوزيت التّجميلي :

يمتلك الكومبوزيت مقاومة اهتراء سيئة ، ويعدّ مادة غير مناسبة لإعادة بناء السّطوح الوظيفية المجهدة ، ولكن يمكن الاستفادة من الكومبوزيت كترميم انتقالي عند معالجة الأسنان المهترئة خصوصاً عند التّخطيط لزيادة البعد العمودي الإطباقي .

يمكن استخدام الكومبوزيت عند ترميم الأسنان المصابة بالتآكل الحمضي الكيميائي المتوسّط ، حيث يمكن إضافة الكومبوزيت حول التّرميم عند خسارة البنى السّنية نتيجة التآكل الحمضي ، وبالتّالي ترميم النّقص الحاصل ومنع حدوث النّخر حول حواف التّرميم السّابق (J.Roulet et al.,2001) .

استنتاج :

قوة ارتباط المواد الرّاتنجية التّجميلية مع الميناء والعاج يمكن أن تؤثّر بشكل عكسي عند المرضى المسنّين نتيجة التغيّرات الحاصلة للنّسج السّنية ، وبالتّالي تنخفض فعاليّة هذه المواد عند هؤلاء المرضى ، يجب أخذ ذلك بعين الاعتبار عند وضع خطّة المعالجة وتصميم التّرميم النّهائي .

استخدام المواد التّرميمية التّجميلية اللصّاقة توفّر للطّبيب خياراتاً عديدةً خاصّةً عند التّخطيط لمعالجة أسنان المرضى المسنّين المصابة بالاهتراء والكسور (J.Roulet et al.,2001).

5-4 التّبييض عند المرضى كبار السّن :

عند التقدّم بالعمر يصبح من الصّعب تقبّل التّغيّرات في لون الأسنان التّي تبقى خلال مرحلة الشّيخوخة ، فسنوات من التّدخين وتناول القهوة لها تأثير مراكم للتّصبغات ، حيث تصبح هذه التّصبغات أكثر مرئية بسبّب التصدّعات والتغيّرات الأخرى الحاصلة في بنيّة السّن البلورية وطبقاته العاجية واللّبية (R. Goldstein.,1998) .

بالإضافة للاهتراء والرّضوض التّي تتعرّض لها الأسنان مع تقدّم العمر، فإنّ ترميمات الأملغم والتّرميمات الأخرى القديمة قد تسبّب تلوّن الأسنان ، لذلك يعتبر المرضى كبار السّن مرشّحين ممتازين لإجراءات التّبييض وذلك لتحسين مظهر الأسنان غير التّجميلي النّاتج عن اصفرار الأسنان مع تقدّم العمر (الشكل 36 a,b) (R. Goldstein.,1998) .

الأسنان التي تغيرت لونها نتيجة التقدم بالعمر هي مرشح ممتاز لإجراءات التبييض

(الشكل 36)

يجب أن تكون الأسنان خالية من الآفات النّخرية والتّرميمات عند القيام بإجراءات التّبييض (V.Haywood,.2011) .

مع تقدّم العمر يتراجع اللّب وبالتّالي تتراجع الحساسية السّنية النّاتجة عن عملية التّبييض وإن وجدت تكون بحدودها الدّنيا، وبالتّالي يمكن للمرضى المسنّين مقاومة الحرارة عند استخدام التّبييض بالضّوء أو اللّيزر ، وبالتّالي الحصول على نتائج أسرع ، لذلك فالتّبييض في العيادة هي الخيار الأمثل عندما تكون رغبة المرضى المسنّين الحصول على لون أفتح وبوقت أسرع (R. Goldstein.,1998) .

يلعب عامل الصّبر والتّحمل دوراً في اختيار طريقة التّبييض عند المرضى المسنّين . يعتبر التّبييض المنزلي آمناً عند كبار السّن ، ولكنّه قد يكون مضاد استطباب لهؤلاء المرضى إذا كان هناك مشاكل في النّسج داخل الفموية ، وبالتّالي عند حدوث تهيّج في النّسج الرّخوة نتيجة استخدام التّبييض المنزلي لابدّ من اللّجوء إلى التّبييض في العيادة بإشراف الطّبيب وباستخدام الحاجز المطاطي (R. Goldstein.,1998) .

تعدّ متلازمة جفاف الفم والأمراض حول السّنية كخسارة العظم عواملاً تؤثّر في اختيار تقنية التّبييض (V. Haywood,.2011) .

ومن العوامل التي تجعل من عملية التّبييض إجراءً مطلوباً ومرغوباً لدى المرضى المسنّين مايلي :

- ✓ قصر زمن المعالجة .
- ✓ التّكلفة المنخفضة نسبيّاً .
- ✓ قلّة الرّضوض .
- ✓ النّتيجة التّجميلية التّي يحصل عليها المريض .

لذلك تعتبر إجراءات التّبييض من المعالجات المقبولة والفعّالة لدى المرضى المسنّين (R. Goldstein.,1998) .

5-4-1 الاعتبارات التّي يجب أخذها بعين الاعتبار عند إجراء التّبييض عند المسنّين :

1)- عند دمج المعالجة التّعويضية مع عملية التّبييض يجرى التّبييض أوّلاً ثمّ الانتظار 2-3 أسابيع على الأقل قبل أخذ اللّون للتّيجان من أجل تحقيق الانسجام اللوني مع اللّون النّهائي للأسنان الطّبيعية .

من الضّروري تحذير المريض أنّ إجراء تبييضاً إضافيّاً في العيادة أو المنزل مرّةً سنوياً على الأقلّ قد يكون ضروريّاً من أجل المحافظة على الانسجام اللّوني بين الأسنان والتّيجان الجديدة (R. Goldstein.,1998) .

2)- عند إجراء المعالجة التّقويمية يمكن إجراء تقويم الأسنان أوّلاً ثمّ إزالة الحاصرات وتنظيف الأسنان من مواد الإلصاق قبل التّبييض .

3)- يعاني المرضى المسنّون مشاكل في النّسج الرّخوة ، لذلك لابدّ أوّلاً من معالجة الالتهاب والسّيطرة عليه قبل البدء بالتّبييض ، فإذا كان هناك خسارة في العظم السّنخي وحاجة لإجراء عمل جراحي على سطوح الجذور فقد يكون من الحكمة القيام بإجراءات التّبييض بالعيادة باستخدام الحاجز المطاطي قبل القيام بالمعالجات حول السّنية الجراحية .

هذا الإجراء يوفّر سهولة تحمّل النّسح للحاجز المطاطي أثناء تطبيقه ، وتثبيته عند الملتقى المينائي الملاطي بدلاً من تعرّض سطوح الجذر العنقية للمحلول المبيّض (R. Goldstein.,1998) .

أمّا عند إجراء جراحة حول سنيّة مسبقاً للمريض المسنّ وحصول انكشاف للجذور قد يكون من الحكمة تغطية هذه المناطق بمواد مغطية اصطناعية وترميم الآفات بالكومبوزيت لمنع تسرّب محلول التّبييض وأذيّة هذه المناطق (R. Goldstein.,1998) .

4)- يتمّ تصميم قوالب التّبييض تتناسب مع المرضى المسنّين بحيث تمتّد 1-2 ملم فوق النّسيج اللّثوي ، وتجنّب وصولها لمناطق التّثبيت وخط إدخال الأجهزة المتحرّكة ، كما يجب ألّا تصل لأماكن انطباق التّعويضات السّنية (V. Haywood,.2011) .

5)- يؤدي إجراء التّبييض بوجود التّرميمات القديمة إلى عدم تطابق لوني بين الأسنان والتّرميمات ، وبالتّالي لابدّ من تغيير هذه التّرميمات للوصول إلى الانطباق اللّوني (V.Haywood,.2011) .

6)- في حال حصول حساسيّة بعد التّبييض فإنّ استخدام منتجات التّبييض الحاوية على نترات البوتاسيوم يكون مفيداً (V. Haywood,.2011) .

يفضّل استخدام بيروكساید الكربامید أكثر من بيروكساید الهيدروجين ، لأنّ الأول يبقى نشيطاً في الفم لمدّة عشر ساعات ، بينما بيروكساید الهيدروجين ينشّط فقط لمدّة 30-60 دقيقة (V.Haywood,.2011) .

إحدى الآثار الجانبيّة عند تبييض الأسنان باستخدام بيروكساید الكربامید بتركيز 10% عند تطبيقه ليلاً باستخدام القوالب الخاصّة هي :

1- التّأثير الفعّال في إزالة اللّويحة الجرثومية .

2- إنقاص الجراثيم المسبّبة للنّخور.

3- رفع PH اللّعاب عند المرضى المسنّين وبالتّالي زيادة العناية بالصّحة الفموية على المدى الطّويل (V.Haywood,.2011) .

نجد أنّه بالإضافة إلى تبييض الأسنان بهذه المادة والتّي لها تأثير تجميلي على مظهر الأسنان ، فإنّها تؤمّن أيضاً سيطرة على النّخور السّنية , ويعدّ ذلك مفيداً خاصّة عند المرضى المسنّين لانخفاض قدرتهم ومهارتهم في العناية بالنّظافة الفموية الرّوتينية ، وعدم قدرتهم على زيارة العيادة السّنية باستمرار نظراً لحالتهم الصّحية (V.Haywood,.2011) .

التّبييض عند المرضى كبار السّن يمكن أن يتمّ كما عند المرضى صغار السّن بشرط أن ترمّم كلّ مناطق الآفات والنّخور ، وأن تظهر الصّور الشّعاعية عدم وجود أيّة إصابة لبية . يجب أن يعرف المريض أنّ ترميمات الأملغم , الكومبوزيت, الذّهب والخزف لا تتأثّر بإجراءات التّبييض ، وأنّ بعض التّرميمات الأمامية يجب أن تستبدل بترميمات تجميلية تحاكي لون الأسنان بعد التّبييض .

بالنّسبة للمرضى ذوي الأجهزة المتحرّكة فإنّه يتمّ أخذ طبعة لصنع قوالب التّبييض (N. Kaweckyj et al,.2015) .

يجب أن تعطى التّعليمات مكتوبة للمريض مع التّعليمات الشّفوية ، وإبقاء التّواصل مع المريض، كما يجب الانتظار أسبوعين تقريباً بعد انتهاء إجراءات التّبييض وقبل إجراءات الإلصاق والتّرميم بالرّيزين للسّماح بالارتباط مع الأسنان التّي تمّ تبيّضها (N. Kaweckyj et al,.2015) .

5-5 اللّيزر عند المرضى كبار السّن :

يعتبر اللّيزر الخيار المفضّل للإجراءات الجراحية التّجميلية قبل التّعويضية عند المرضى المسنّين خاصّة الإجراءات الجراحية قبل التّعويضات الكاملة ، والتّي تساعد على استقرار الأجهزة السّنية الكاملة .

من ميزات استخدام اللّيزر والتّي تناسب المرضى كبار السّن :

1) ألم ونزف أقل ، كما يكون الانتباج الحاصل بعد الجراحة أقل .
2) توفير الوقت والجهد .
3) لا يتطلّب تخدير أو خياطة ، وبالتّالي تقليل خطر حدوث العدوى والالتهاب .
4) شفاء أسرع وإرقاء فوري .

نجد من خلال هذه الميّزات أنّ استخدام اللّيزر يعدّ إجراء مناسباً للمرضى المسنّين ، وخاصّة المرضى الذين يعانون من تحدّد فتحة الفم حيث يكون زمن الجراحة باستخدام اللّيزر أقلّ (الشكل 37 a,b,c,d) (S. Lele et al.,2015) .

إظهار لجام دهليزي عريض (الشكل a,37)

استخدام ليزر ديود لقطع اللجام(الشكل b,37)

انتهاء عملية قطع اللجام بالليزر(الشكل c,37)

بعد 9 أيام حيث لاتوجد آثار للجراحة (الشكل d,37)

5-6 إعادة البعد العمودي عند المرضى المسنّين (رفع البعد العمودي) :

عند التقدّم في العمر يبدأ الأنف والذّقن بالاقتراب من بعضهما بسبب فقدان البعد العمودي ، بحيث يبدو الذّقن في الجزء السّفلي بارزاً بعض الشيء عن الأجزاء الوجهية العلوية ، وتتّجه زوايا الفم نحو الأسفل بسبب خسارة العظم السّنخي ، وبالتّالي يظهر وجه المسنّ بمظهر عابساً ومتجهّماً ، حيث يبدو الأنف وكأنّه ملتصقاً بالذّقن .

وبالتّالي ينتج عن فقدان البعد العمودي مايلي :

1. يبدو الأنف أكبر حجماً وغير متناسباً مع الأجزاء الوجهية ، وبالتّالي إعادة البعد العمودي يعيد التّناسب الطّبيعي بين الأنف والأجزاء الأخرى من الوجه (الشكل 38 – 39) (G. Freedman et al.,2012) .
2. يزداد الإجهاد على اللّقم الفكية عند فقدان البعد العمودي ، بحيث يؤدّي إلى نقص الوظيفة الفكية وإرهاق العضلات الماضغة .
3. يبدي أغلب المرضى كبار السّن مشاكل في النّطق بالإضافة للمشاكل التّجميلية ، وعدم ارتياح بسبب مظهر الوجه العابس .

فعند إعادة البعد العمودي والتّعويض عن الأسنان المفقودة بشكل صحيح وإعادة دعم الشّفاه ، فإنّ المظهر غير التّجميلي يزول ويعاد بناء الثّلث السّفلي من الوجه ، ويصبح الكلام أكثر وضوحاً ، وبالتّالي يستعيد المريض النّاحية الوظيفية والتّجميلية المثاليّة (G. Freedman et al.,2012) .

عدم وجود تناسب بين الأجزاء الوجهية بسبب فقدان البعد العمودي الإطباقي (الشكل 38)

التغيرات الوجهية مع فقدان البعد العمودي الإطباقي (الشكل 39)

5-7 الزّرع عند المرضى كبار السّن :

لا يشكّل العمر أو الأمراض المرتبطة بتقدّم العمر عوامل خطورة عند استطباب الزّرع السّني عند المرضى المسنّين (S. Kopp et al., 2009).

العادات غير الصّحية كالتّدخين وسوء العناية بالصّحة الفموية يمكن أن تؤثّر على نتيجة المعالجة ، حيث تخفّض فرص نجاح إعادة البناء العظمي حول الزّرعة .

يساعد الزّرع السّني في اختيار نوع التّعويض النّهائي المناسب ، لتحسين النّاحية التّجميلية من جهة وتحسين القدرة على المضغ من جهة ثانية للحفاظ على التّغذية الصّحيحة للمرضى المسنّين ، وبالتّالي تحسين نمط حياتهم (S. Kopp et al., 2009) .

5-7-1 علاقة الزّرع بطب الأسنان التّجميلي :

عند خسارة الأسنان بسبب امتصاص العظم السّنخي الحاصل مع التقدّم بالعمر ، يجب عندئذ التّعويض عن الأسنان المفقودة ، حيث تتوضّع الأسنان الجديدة قريبة من الحافة السّنخية المتبقيّة لإيجاد تعويض مستقر (G. Freedman et al.,2012) .

هذا يعني أنّه في أغلب الأحيان لا يمكن وضع أسنان التّعويض في الموقع المناسب لتأمين النّاحية التّجميلية بسبب اعتبارات تشريحية ، عندئذ يمكن الاستعانة بالزّرعات السّنية لدعم وتثبيت الأجهزة التّعويضية في موقع أكثر مثاليّة لإنجاز النّاحية التّجميلية المطلوبة . هذا الإجراء لا يوفّر فقط تحسين الابتسامة بل إعادة بناء الثّلث السّفلي من الوجه النّاتج عن انهيار البعد العمودي وتأمين دعم الشّفاه ، وبالتّالي الحصول على الابتسامة المطلوبة بالإضافة لتحسين الأبعاد الوجهية للمريض المسن والتّخلص من مظهر العبوس ، كما تقلّل الزّرعات من امتصاص العظم السّنخي .

الأجهزة التّعويضية التّقليدية غير المثبّتة بالزّرعات تعمل فقط على توفير جزء من القوّة والوظيفة للمريض ، حيث يكون ثبات التّعويض بحده الأدنى ممّا يؤثّر على حياة المريض . وجد أنّ 85% من المرضى المسنّين يملكون أجهزة تعويضية سيّئة ، وقد صرفوا مبالغ طائلة دون الحصول على الرّاحة والرّضى تجاه هذه الأجهزة . (G. Freedman et al.,2012) .

عندما يريد المريض الحصول على أجهزة تعويضية ثابتة ومستقرّة بالإضافة للنّاحية التّجميلية ، فعليه القبول بالزّرعات السّنية كخيار أساسي . تمّ اقتراح استعمال زرعات من نوع ERA عند المرضى المسنّين .

ميّزات هذه الزّرعات :

i. هي زرعات صغيرة ونجاحها يوازي تلك الكبيرة عند استخدامها في الأجهزة فوق الزّرعات
ii. مناسبة عند وجود عظم سنخي قليل .
iii. تمنح هذه الزّرعات القدرة على تعديل خط الإدخال (الشكل 40) (G. Freedman et al.,2012) .

الزرعات من نوع ERA (الشكل 40)

5-8 التّقويم عند المرضى كبار السّن :

لوحظ في السّنوات الأخيرة ازدياداً هامّاً في عدد المرضى المسنّين الذين يطلبون الاستشارات التّقويمية من أجل الحصول على ابتسامة حيويّة وتجميليّة وتحسين الأداء المضغي .

في معالجات إعادة التّأهيل للمسنّين يجب أن نفهم أنّ هنالك حاجة للمعالجات التّقويمية والتّعويضية ، فهذا النّوع من المعالجات له هدفان :

1) إعادة الوظيفة الفموية للمريض المسنّ, وبالتّالي إعادة التّغذية الصّحيحة والتّي هي عامل ضروري لصحّة المرضى المسنّين .
2) إعادة الملامح الوجهية والفموية (مورفولوجية الوجه) وبالتّالي إعادة النّاحية التّجميلية .

يمكن إنجاز المعالجة التّقويمية بنجاح عند الاختيار المناسب للمريض ، ووضع خطّة المعالجة الملائمة (C. Masperob et al.,2010) .

لذلك نجد في الوقت الحاضر تكاملاً بين اختصاصات طب الأسنان خصّوصاً التّقويم ، اللّثة والتّعويضات .

فيما يلي أهداف المعالجة التّقويمية عند المرضى المسنّين :

1. تحسين الإطباق .
2. تحسين الإجراءات التّعويضية والتّرميمية .
3. إغلاق الفراغات وتعميد الأسنان من أجل التّعويضات السّنية.
4. رصف الأسنان للسّماح بتوزيع القوى الإطباقية وفق المحور الطولي للسّن ، وبالتّالي تقليل الرّض الإطباقي .
5. تخفيض مناطق تراكم اللّويحة السّنية ، وبالتّالي تسهيل تنظيف الأسنان (M. Pithon.,2010) .

لا يعدّ العمر عاملاً معرقلاً للمعالجة التّقويمية ، فالمعالجة التّقويمية النّاجحة تعتمد على تشجيع المريض المسن وطمأنته في كافة مراحل المعالجة التّقويمية ، كما تعدّ الصّحة الفموية شرطاً مهمّاً جدّاً في المعالجة التّقويمية عند المرضى المسنّين .

أكّدت الدّراسات أنّ 80% من المرضى المسنّين يحتاجون إلى إجراءات حول سنيّة وتحسين الصّحة الفموية معاً ، و10% منهم يحتاجون لمعالجات حول سنيّة أكثر تعقيداً قبل المعالجة التّقويمية (M. Pithon.,2010) .

يجب أن تجرى المعالجة التّقويمية للمرضى الذين لا يعانون أيّ مرض حول سني نشيط كالخسارة العظمية ، فكميّة العظم السّنخي في المنطقة المعالجة تقويمياً هي عامل مهمّ ، لأنّها تحدّد نوع الحركة التّقويمية المتوقّعة .

وفق لHarfin وجد أنّ كميّة القوى التّقويمية المطبّقة ترتبط مباشرة بكمية النّسج حول السّنية لكلّ سن (M. Pithon.,2010) .

نلاحظ أنّ الحفاظ على الأسنان يعدّ من أهم النقاط الحاسمة للمعالجة التّقويمية النّاجحة عند المرضى كبار السّن ، لكن يجب الانتباه أنّ استجابة العظم للحركات التّقويمية تصبح متأثّرة بعامل تقدّم العمر ، حيث تنخفض قابلية إعادة تجدّد العظم ، وبالتّالي يكون استقرار الحركة التّقويمية ضعيفاً ، فتشكّل العظم يحتاج لوقت عند هؤلاء المرضى ، وبالتّالي يجب على الطّبيب الاعتماد على بروتوكولات خاصّة في تثبيت الحالة التّقويمية من أجل الحفاظ على النّتيجة التّقويمية (M. Pithon.,2010) .

يجب تشجيع المريض المسن وطمأنته عند استطباب المعالجة التّقويمية ، لأنّ سلوك وتعاون المريض يلعب دوراً هامّاً في تحديد نمط المعالجة (M. Pithon.,2010) .

حالة سريرية :

مريضة بعمر 70 سنة أرادت إجراء معالجة تقويمية لتصحيح المشاكل التّقويمية لديها بالإضافة لتحسين كلاً من مظهر ابتسامتها والنّاحية الوظيفية . تمت المعالجة التّقويمية بقلع الضواحك الأولى العلوية (الشكل 41-42) (M. Pithon.,2010) .

صور المريضة قبل إجراء المعالجة التقويمية (الشكل41)

صور المريضة بعد إجراء المعالجة التقويمية (الشكل 42)

5-9 التّعويضات الثّابتة عند المرضى كبار السّن :

5-9-1 التّعويضات الخزفية المعدنية :

حديثاً أصبح تحسين الصّحة الفموية أكثر ارتباطاً بالنّاحية التّجميلية ، إنّ ارتباط هذين العاملين ساهم في توفير حياة اجتماعية أفضل للمرضى المسنّين (F. Amaral et al.,2015) .

تسبّب العيوب التّجميلية في لون ، شكل ، حجم وموقع الأسنان أضرار في المضغ والنّطق بالإضافة لاضطرابات المفصل الصّدغي الفكي (F. Amaral et al.,2015) .

استخدام التّعويضات الخزفية المعدنية في معالجات إعادة التّأهيل الفموي عند المرضى المسنّين كان له نجاحاً سريرياً على المدى الطّويل ، حيث يوفّر التّعويض الخزفي المعدني مايلي :

1) خصائص بصريّة مشابهة للسّن الطّبيعي .
2) توفير ناحية وظيفية جيّدة .
3) تمتاز بصلابة كبيرة ومقاومة للكسر.

تستطّب هذه التّعويضات عند المرضى المسنّين الذين لديهم تهدّم جزئياً أو كلّياً في الأسنان ، أو عند وجود ترميمات كبيرة ، حيث غالباً ما تكون هذه الأسنان معالجة لبيّاً ، وقد تمّ إعادة بنائها

بالقلوب والأوتاد ، فاستخدام هذه التّعويضات يعتمد على كمية النّسج السنيّة المتبقيّة (G. Freedman et al.,2012) .

لا تستطب هذه التّعويضات في مناطق الإجهاد العالي ، حيث قد ينكسر الخزف المغطّي للمعدن ، في هذه الحالة فإنّ وجود المعدن على السّطح الإطباقي للتّعويض يكون مستطباً ، كما تعدّ هذه التّعويضات مضاد استطباب عند التّخطيط للحفاظ على بنية السّن المتبقيّة ، وبالتّالي فإنّ التّحضير الأصغري للسّن واستخدام التّعويضات الخزفية الكاملة التّي تعتمد في ثباتها على النّظام الرّابط يكون مفضّلاً خاصّة في الأسنان الأمامية (G. Freedman et al.,2012) .

تعتمد نتائج إعادة التأهيل التّجميلي على التّشخيص والتّخطيط الصّحيح ، كما يجب على الطّبيب أن يملك فهماً شاملاً للعوامل الفيزيولوجية التّي تؤثّر على إطباق المريض ، ومن المهمّ أيضاً إعادة البعد العمودي للوصول إلى إطباق يوفّر مبدأ الحماية المتبادلة بحيث تكون القوى الإطباقية وفق المحور الطّولي للأسنان الخلفية ، في حين تكون الأسنان الأمامية موجّهة لتحمّل القوى الإطباقية الجانبية ، وبالتّالي تتمّ حماية التّرميم (F. Amaral et al.,2015) .

إنّ معالجات إعادة التّأهيل مناسبة للمرضى المسنّين الذين لديهم ترميمات تجميلية معيبة ، وشذوذ في شكل ولون التّعويضات السّابقة ، وبالتّالي تحتاج إلى مهارة كبيرة من قبل الطّبيب الأخصائي لإعطاء نتائج تجميليّة مرضية للمريض .

تعدّ التّعويضات الخزفية المعدنية مناسبة للمرضى الذين يعانون من فقد جزئي أو كلّي للأسنان ، كما أنّها مناسبة للتّعويض فوق الزّرعات ، فاستخدام الخزف اللثّوي في هذه التّعويضات يعطي جمالية للتعّويض من خلال تقليد النّسيج اللّثوي ، خاصّة عند وجود انحسار لثوي (الشكل 43) (G. Freedman et al.,2012) ، (F. Amaral et al.,2015) .

استخدام الخزف اللّثوي مع التّعويضات الخزفية المعدنية لتقليد مظهر اللّثة (الشكل 43)

وجد من خلال الدّراسات على المرضى المسنّين أنّ التّعويضات الثّابتة أفضل من التّعويضات المتحرّكة عند المرضى كبار السّن (T. Watts.,2005) .

حالة سريرية :

مريض بعمر 62 سنة تمّ إجراء إعادة تأهيل فموي تجميلي باستخدام التّعويضات الخزفية المعدنية بعد إجراء المعالجات اللّبية ، رفع البعد العمودي وإجراء تطويل للتّيجان . كانت النّتيجة النّهائية للمعالجة تحقيق النّاحية التّجميلية وإعادة النّاحية الوظيفية ، وبالتّالي تحسين المظهر الوجهي والفموي للمريض (الشكل 44 a,b,c,d,e,f) .

ملاحظة : قمت بإجراء معالجة هذه الحالة السّريرية في جامعة دمشق , ضمن خطّة مشروع التّخرج العملي لماجستير طب الأسنان التّجميلي للعام 2015-2016 .

الابتسامة قبل المعالجة التجميلية (الشكل a,44)

الابتسامة بعد المعالجة التجميلية (الشكل b,44)

(الشكل c,44)

(الشكل d,44)

الفك السفلي قبل المعالجة (الشكل e,44)

الفك السفلي بعد المعالجة (الشكل f,44)

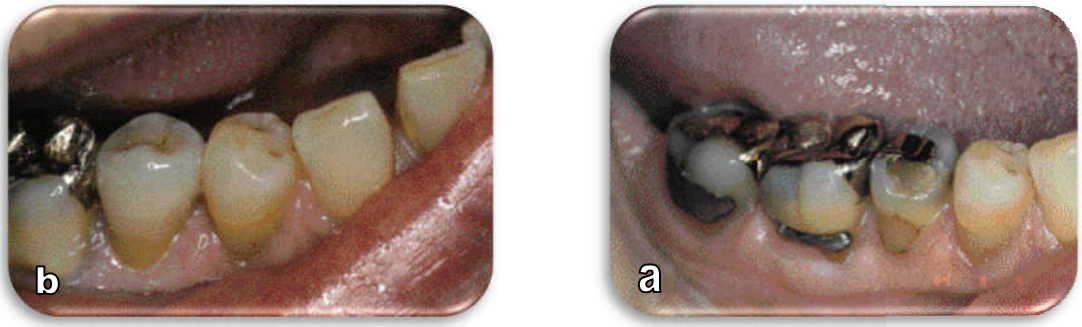
الفك العلوي قبل المعالجة (الشكل44 ,g)

الفك العلوي بعد المعالجة (الشكل44 ,h)

5-9-2 التّعويضات الخزفية الكاملة :

تتميّز التّعويضات الخزفية الكاملة بأنّها تجميليّة بدرجة عالية ، حيث تعطي مظهراً طبيعيّاً وحيويّاً ، كما أنّها متقبّلة حيويّاً وتتمتّع بديمومة كبيرة ، فمقاومة اهترائها تشابه تلك التّي للأسنان الطّبيعية . المشكلة الرّئيسية لهذه التّعويضات هي قابليتها للكسر عند تثبيتها بالإسمنتات التّقليدية كما أنّه لايمكن استخدامها في مناطق الإجهاد العالي .

يمكن استخدام الخزف اللّثوي لتأمين ناحية تجميلية مثالية عند المرضى المسنّين ، حيث أنّ ارتباط هذه التّعويضات بالبنية السّنية بواسطة المواد الرّاتنجية توفّر إمكانية الحفاظ على السّنية المتبقّية (الشكل 45 a,b) (R. Goldstein.,1998) .



مريضة بعمر 79سنة تريد ترميم الضاحك الثاني السفلي بتاج خزفي كامل يحاكي لون الأسنان الطبيعية (الشكل 45 a), التاج الخزفي يحاكي لون وتصبغات الأسنان الطبيعية ممايعطي مظهر حيوي (الشكل 45 b)

تواجه المعالجة التّجميلية بالتّعويضات الخزفية عند المرضى المسنّين مشكلتين :

1)- يجب أن تتّصف هذه التّعويضات بالمتانة والثّبات الكافي ، خاصّة عند المرضى المسنّين الذين يعانون من عادات غير وظيفيّة ، مع الأخذ بعين الاعتبار تصحيح هذه العادات .

2)- يجب أن تعيد هذه التّعويضات النّاحية الوظيفية بالإضافة للملامح الوجهية والسّنية (M.Scutariu and N.Forna.,2014) .

يعتبر استخدام خزف الCerec مناسباً عند المرضى قليلي الصّبر ، كما أنّه يتّصف بالقوّة والجمالية بالإضافة للملاءمة الحيوية (L. Zeghbroeck et al.,2012) .

إنّ تحضير السّن من أجل التّعويضات الزركونية والخزفية المعدنية مماثل تقريباً ، فلا يمكن تخريش السّطح الزّركوني أو المعدني ، ولكن يمكن استخدام المواد البادئة للزّركون بحيث تزيد من قوّة ارتباط الزّركون والمعدن بالبنى السّنية عند التّخطيط للحفاظ على البنى السّنية المتبقيّة (G. Freedman et al.,2012) .

5-9-3 الجسور اللصّاقة :

تعتمد هذه الجسور على المواد الرّاتجية في التصاقها مع الأسنان ، وبالتّالي تتطلّب تحضير أصغري للدّعامات السّنية . قد يكون مناسباً استخدام الجسور اللّصاقة عند المرضى كبار السّن عند وجود فقد سنّي قليل ومحدود ضمن القوس السّنية خاصّة في المنطقة الفكية الأمامية بدلاً من استخدام التّعويضات الجزئية المتحركة . يجب أن تكون النّخور السّنية والأمراض اللّثوية تحت السّيطرة .

تتميّز هذه التّعويضات بما يلي :

1. تحتاج لجلسات قصيرة .
2. نادراً مايحتاج المريض للتّخدير مما يجعلها ملائمة للمرضى كبار السّن .
3. يجب أن تكون هناك ميناء كافية من أجل الارتباط .

تزوّي الدّعامات لا يشكّل مشكلة إذا كان الدّعم حول السّني لها جيّداً ، وكانت المنطقة التّاجية تسمح بتوسيع التّحضير بشكل مناسب ، حيث تشكّل الأرحاء دعامات مناسبة لهذا النّوع من التّعويضات . من الضّروري تقييم الإطباق السّاكن والمتحرّك وعمل Wax-up عند استطباب الجسور اللصّاقة (K. Durey et al.,2011) .

تتعلّق جمالية هذه التّعويضات بتصميم الأجنحة المعدنية ، تصميم الخزف وشكل النّسج الرّخوة ، يمكن إنقاص المظهر الرّمادي النّاتج عن هذه الوصلات باستخدام الOpaque (الشكل 46 a,b,c) (K. Durey et al.,2011) .

مريض مسن يعاني من مرض حول سني مسيطر عليه واستياء من الجهاز المتحرك الجزئي(الشكل 46, a)

منظر إطباقي ولساني للجسر اللّصاق ذو الوصلات المعدنية (الشكل 46, b)

جسر لصاق مع محاكاة شكل ولون وتصبغات الأسنان الطبيعية (الشكل 46, c)

مع تطور المواد الرّابطة استبدلت الجسور الّصاقة التّقليدية بالجسور اللّصاقة التّجميلية الخالية من المعدن . إنّ استخدام الكومبوزيت المقوى بالألياف كبديل تجميلي عن الوصلات المعدنية

وفّر ميّزات إلصاق أقوى ، جمالية أفضل وسهولة الإصلاح . يعدّ انفصال أو كسر الإطار من أنواع الفشل الأكثر شيوعاً بالإضافة لتغير لون الرّاتنج مع الوقت .

إنّ استخدام الزّركونيا يوفّر قوّة وصلابة ضدّ الكسر وبديل أكثر جماليّة من الوصلات المعدنية ، لكنّ العيب الوحيد لهذا النّوع هو كسر الوجه الخزفي (Una Lally.,2012) .

حالة سريرية :

مرضة بعمر 78 سنة تعاني من الزهايمر ، وكانت تشتكي من المظهر غير التّجميلي النّاتج عن فقدان الرّباعية العلوية اليسرى ، كما كانت تعاني من صحّة فموية سيئة . تمّت المعالجة باستخدام تقنية CAD CAM لتوفير الوقت والزيارات للعيادة نظراً لحالة المريضة الصّحية ، حيث تمّ صنع تعويض خزفي لصّاق من مادة Cerec 3D نظراً لمتانة هذا النّوع من الخزف (الشكل 47 a,b,c,d) (L. Zeghbroeck et al.,2012) .

(الشكل 47, a)

(الشكل 47, b)

(الشكل 47, c)

التقييم بعد سنتين (الشكل 47, d)

5-10 التّعويضات المتحرّكة :

5-10-1 الأجهزة المتحرّكة الجزئية التّجميلية :

الرّغبة في الحصول على ابتسامة طبيعيّة في المجتمع المعاصر أدّى إلى ازدياد الطّلب على التّرميمات والتّعويضات السّنية التّجميلية . على الرّغم من نجاح الزّرع السّني والذي أتاح مجالاً واسعاً في التّعويضات الثّابتة التّجميلية ، إلّا أنّ العديد من المرضى وخاصّة كبار السّن يفضّلون التّعويضات المتحرّكة من أجل أسباب صحيّة ومالية .

إنّ الحصول على جهاز متحرّك جزئي تجميلي مع تجنّب ظهور الضّامات التّقليدية يشكّل تحدياً لأطباء الأسنان (Chu CH and Chow TW.,2003).

حالياً أصبح بالإمكان الحصول على أجهزة متحرّكة تجميليّة ، فبالإضافة للنّاحية التّجميلية والوظيفية التّي توفّرها هذه الأجهزة إلّا أنّها تلقى قبولاً واسعاً من قبل المرضى وخاصّة المسنّين (Shah R and Aras M.,2013) .

يجب على الطّبيب أن يتمتّع بدّقة الملاحظة والمهارة ، بالإضافة إلى الاستماع الممتاز للمريض من أجل الحصول على تشخيص دقيق ، وأخذ القرارات المناسبة بخصوص أنواع الضّامات ، سمك الحواف ، شكل ولون الأسنان الاصطناعية (Shah R and Aras M.,2013) .

المريض الذي يكون مستاءً تجاه المظهر الجمالي للجهاز المتحرّك نراه يتجنّب ارتداءه على الرّغم من النّاحية الوظيفية الجيّدة لهذا الجهاز ، لذلك فالنّتيجة الجمالية الجيّدة تعدّ عاملاً محفّزاً لقبول المريض لهذا النّوع من التّعويضات ، فمن أجل الحصول على الجمالية المطلوبة في هذه الأجهزة يجب إخفاء المكوّنات المعدنية قدر المستطاع أو استخدام الضّامات التّجميلية ، كما يجب أن تتوضّع الأسنان الأمامية الاصطناعية في الموقع المناسب من أجل الحصول على مظهر ابتسامة طبيعي (Shah R and Aras M.,2013) .

التّصميم التّجميلي للأجهزة المتحرّكة الجزئية :

الضّامات هي المكونات الوحيدة التّي تتوضّع على السّطوح المرئية للأسنان ، لذلك فهي غير مرغوبة عند المرضى الذين يهتمّون بالنّاحية التّجميلية .

فيما يلي البدائل التّجميلية للضّامات التّقليدية , وذلك لتجنّب الظّهور المرئي للمعدن وتحسين جمالية الابتسامة :

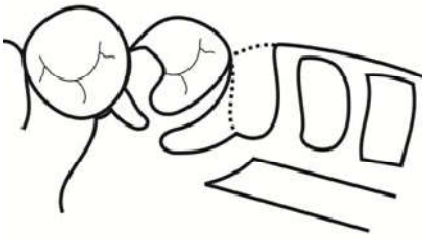
i. نظام التّوازن : هو مفهوم جمالي يستطب في حالات الامتداد الوحشي للتّعويض ، يتألّف هذا النّظام من ضامّة ذات استناد لساني خلفي ، وذات فعل تبادلي (الشكل 48) .

ii. الضّامات التّوأمية : تتضمّن ضامّة معدنية ملتحمة في قناة مصبوبة ضمن الوصلة الرئيسية ، حيث تتّصف هذه الضّامة بالمرونة (الشكل 49) .

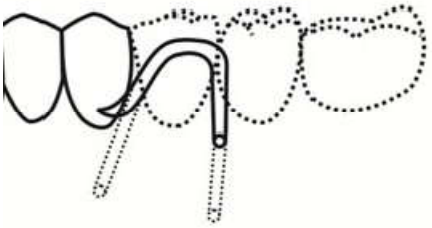
iii. الضّامة المخفية : تستعمل هذه الضّامة على السّطوح الأنسية \ الوحشية المقعّرة للدّعامة المجاورة لسرج التّعويض ، نهايات الضّامة موضوعة في نهاية السّرج (الشكل 50) .

iv. الضّامات الدائرية ذات التّوضع الوحشي : اقترحت كبديل تجميلي للضّامة التّقليدية وذلك في الأسنان الأمامية العلوية . السّطح الدّهليزي للدّعامة لايظهر معدن وبذلك يوفّر نتيجة جمالية .

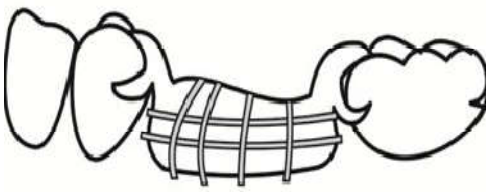
v. الضّامات الخالية من المعدن : هذه الضّامات مثالية من حيث المرونة والجمالية ، وبالتّالي يمكن الحصول على أجهزة تعويضية وظيفية وتجميليّة (الشكل 51) (Shah R and Aras M.,2013) .



نظام التوازن (الشكل 48)



الضامات التوأمية (الشكل 49)



الضامات المخفية (الشكل 50)

الضامات الخالية من المعدن (الشكل 51)

الاعتبارات التّجميلية لهذه الأجهزة :

تعدّ الأسنان مكوّناً هامّاً في جمالية التّعويض المتحرّك بالإضافة لأهميّتها الوظيفية والصّوتية .

محاكاة الأسنان الطّبيعية تتطلّب مهارة من قبل الطّبيب في اختيار اللّون المناسب والانتباه للتّضاريس السّنية ، موقع وشكل الأسنان من أجل خلق تناغم وانسجام مع الأسنان الطّبيعية ، فأسنان تلعب المربض دوراً إرشادياً وموجّهً في اختيار أسنان التّعويض الجديد (Shah R and Aras M.,2013) .

من المهمّ تقيّيم خط ابتسامة المريض ومقدار ظهور الحليمات اللّثوية خلال الابتسام من أجل اختيار شكل الأسنان الجديدة وتحديد موقعها ، حيث يعتبر المكوّن اللّثوي عاملاً مهمّاً أيضاً عند تصميم التّعويض الجديد ، بحيث يجب أن يحاكي شكل وارتفاع الحليمات بين السّنية بدقّة (Shah R and Aras M.,2013) .

اختيار اللّون والظّلال المناسبة يلعب دوراً حيويّاً وجماليّاً للتّعويض . يجب على الطّبيب اختيار اللّون المناسب من حيث درجة سطوع وكثافة اللّون ، يكون اختيار اللّون أكثر دقّة في التّعويض المتحرّك الجزئي من التّعويضات المتحرّكة الكاملة أو الثّابتة ، لأنّ أيّ اختلاف في الشّفوفية واللّون بين أسنان التّعويض والأسنان الطّبيعية يعطي مظهراً غير تجميلياً ، ويكون غير قابلاً للتّعديل بعكس التّعويضات الثّابتة التّي توفّر ميّزات التّلوين للأسنان الخزفية من أجل تحقيق التّناغم مع الأسنان الطّبيعية (الشكل 52) (Shah R and Aras M.,2013) .

محاكاة الجهاز التعويضي للأسنان واللثة الطبيعية (الشكل 52)

الحافة الدّهليزية للأجهزة المتحرّكة الجزئية :

من المهمّ إعطاء أهميّة للحافة الدّهليزية التّي تعتبر مكوّناً مهمّاً عند التّعويض عن الأسنان الأمامية المفقودة , فعند وجود فقد عظمي كبير وواضح ، يجب عندئذ أن تعوّض الحافة الدّهليزية للتّعويض عن حواف النّسج المفقودة ، وتشكّل امتداداً طبيعياً وتجميلياً لتلك الحواف ، وفي نفس الوقت توفّر دعماً صحيحاً للشّفاه وبذلك نتفادى وضع الأسنان باتجاه حنكي (Shah R and Aras M.,2013) .

تصميم الحافة الدّهليزية للأجهزة المتحرّكة الجزئية :

الحافة الأمامية للجهاز يجب أن تمدد حتّى انعكاس الغشاء المخاطي في الدّهليز الشّفوي ، لتجنّب ظهور الجزء الأفقي للحافة الدّهليزية ، كما يجب ألّا تكون الحواف الدّهليزية ثخينة بل يجب أن تكون نهايتها بشكل حد السّكين ممّا يسمح بظهور لون المخاطية الطّبيعي من خلال الرّاتنج أو الأكريل الشفّاف الرّقيق للجهاز ، وبالتّالي إعطاء مظهراً تجميلياً وحيويّاً للابتسامة (Shah R and Aras M.,2013) .

5-10-2 الأجهزة المتحرّكة الكاملة التّجميلية :

عندما يفقد المريض جميع أسنانه ، فإنّ واحداً من خيارات المعالجة التّجميلية هي الأجهزة المتحرّكة الكاملة . يجب على الطّبيب ألّا يأخذ بالحسبان فقط النّاحية الوظيفية بل كيف سيرمّم التّعويض النّهائي ويعوّض عن الفراغ النّاتج عن فقدان الأسنان والعظم السّنخي المجاور (G. Freedman et al.,2012).

التّعويض عن الفراغ داخل التّجويف الفموي سوف يساعد في بناء أو إعادة تشكيل محيط الوجه، بحيث يعوّض الجهاز المتحرّك الكامل عن الكتلة الدّاعمة للعضلات الخارجية التّي تسمح

بالحصول على ابتسامة طبيعية ، فقبل صنع الأجهزة المتحرّكة الكاملة للمرضى الذين فقدوا كامل أسنانهم ، يجب أوّلاً إعادة البعد العمودي الذي يعيد للمريض المظهر الشّبابي ، ويقلل المظهر الشّيخوخي . يجب أن يتوافق البعد العمودي الجديد مع الجهاز المفصلي الفكي السّفلي الذي يتضمّن عضلات المضغ (G. Freedman et al.,2012).

السّطوح الخارجية للتّعويض يجب أن تدعم العضلات الوجهية من خلال إعطاء المريض مظهراً طبيعياً وصحيّاً ، فإذا كان المريض المسن يبدي مظهراً مترهّلاً بسبب ضعف ووهن العضلات الوجهية ، عندئذ يجب جعل سطح التّعويض بارزاً لملأ الفراغ الدّهليزي الأفقي ، بينما إذا كان المريض ذو بنية عضلية أقوى فإنّ صنع تعويضاً ذو بروز أفقي أقلّ للسّطح الخارجي يكون مناسباً (G. Freedman et al.,2012).

أمّا خيارات الأسنان عند صناعة الأجهزة المتحرّكة فهي إمّا أن تكون من الأكريل ، الكومبوزيت أو الخزف الذي يعتبر أكثر جماليةً ويستطب عند إيجاد إطباقاً متوازناً ، يوجد جدل فيما إذا كان الخزف يتحمّل الضرر النّاتج عن الإطباق غير المتوازن ، لذلك فمن الأفضل استخدام الأسنان الخزفية في المنطقة الأمامية من أجل تأمين النّاحية التّجميلية ، وذلك لما يتمتّع به الخزف من خصائص بصريّة وتجميليّة عالية تعطي ابتسامةً طبيعيّةً ، وبالمشاركة مع الأسنان الأكريلية التّي تستخدم في المنطقة الخلفية لما تتمتّع به من المرونة والقدرة على تحمّل القوى الماضغة ، كما يمكن استخدام الأسنان الأكريلية عند وجود إطباق غير متوازن بحيث تسبّب ضرر أقلّ للعظم والنّسج بسبب القوى الإطباقية غير المتوازنة ، ولكن يجب تحذير المريض بأنّه قد يزداد احتمال حدوث الكسر والتّصدّع في الأسنان الخزفية عند سقوط الأجهزة على الأرض أو عند تناول الأطعمة القاسية (G. Freedman et al.,2012) .

من المهمّ ملاحظة الأداء العضلي خلال المضغ عند المرضى المسنّين والذي يختلف من مريض لمريض من أجل صنع تعويضاً مريحاً ووظيفيّاً والذي يؤثّر على المظهر الوجهي للمريض ، كما يجب على الطّبيب تمييز المنطقة المحايدة في الفم من خلال فحص العضلات الماضغة ، وملاحظة التّعابير الوجهية لإيجاد الموقع المثالي للجهاز المتحرّك الكامل ، وتحقيق التّناظر والانسجام الوجهي ، وبالتّالي تحسين المضغ (G. Freedman et al.,2012) .

يقوم الطّبيب بتصميم ابتسامة خاصّة لكلّ مريض وبالتّالي يكون لكلّ مريض مظهر وابتسامة مميّزة ، حيث يعتمد المظهر النّهائي إلى حدّ ما على اصطفاف ، شكل وترتيب الأسنان .

تعتبر مرحلة التّجربة التّجميلية Cosmetic try in أهمّ مرحلة في صناعة الأجهزة المتحرّكة من أجل إجراء أيّ تعديل تجميلي والتّأكد من النّتيجة التّجميلية النّهائية (الشكل 53) (G. Freedman et al.,2012) .

مقارنة بين الجهاز المتحرك الكامل القديم والجديد التجميلي
وتأثير التعويض على الملامح الوجهية (الشكل 53)

عند تحليل معايير تصميم الأجهزة الكاملة ، نجد أن الزّرع قد يكون شريكاً في الحصول على نتائج ناجحة في تثبيت ودعم هذه الأجهزة ، ولكنّ الزّرع ليس أساساً في ثبات الأجهزة المتحرّكة بل وسيلة مساعدة ، ويعود استخدام هذه التّقنية تبعاً لرغبة المريض المسنّ (G. Freedman et al.,2012).

من المهمّ تقييم الأجهزة المتحرّكة مرتين سنوياً بالإضافة لتقييم حالة النّسج الفموية ، وإجراء تمسيد لهذه النّسج لتحسين التوعية الدّموية وتقليل تراكم اللّويحة ، وإعلام المريض بضرورة العناية بالصّحة الفموية واستخدام المضامض الفموية ، لأنّ الصّحة الفموية هي أساس التّعويض التّجميلي النّاجح (G. Freedman et al.,2012) .

الاعتبارات التّجميلية عند صنع الأجهزة المتحرّكة :

i. الحصول على الصّور الفوتوغرافية للمرضى قبل خسارة الأسنان ، حيث تساعد هذه الصّور في إنجاز التّناغم السّني الوجهي .(الشكل 54)
ii. اختيار شكل ولون الأسنان مباشرةً على المريض ، حيث يعتمد الاختيار على لون الجلد وموفولوجية (شكل) الوجه ، فالشّعر الدّاكن يتطلّب أسناناً اصطناعيةً ذات درجة لونيّة

قريبة للرّمادي ، أمّا الشّعر والبشرة الفاتحة فتتطلّب درجة لونيّة قريبة للوردي ، بحيث يجب أن تناقش الاختيارات دائماً مع المريض إذا كان متعاوناً . (الشكل 55)

iii. يتمّ تسجيل وتعيين خط التّناظر الوجهي على وجه المريض ثمّ ينقل للمثال الشّمعي . (الشكل 56)

iv. تلوين قاعدة التّعويضات المتحرّكة من أجل الابتسامات التّي تظهر فيها اللّثة (الشكل 57) .

v. إجراء مقارنة بين التّعويض القديم والجديد لإبراز النتائج التّجميلية التّي تمّ الحصول عليها ليتمّ تقديرها من قبل المريض (الشكل 58) (G. Preti.,2011) .

الحصول على صور فوتوغرافية للمريض قبل التعويض

(الشكل 54)

اختيار شكل ولون الأسنان مباشرة على المريض

(الشكل 55)

تعيين خط التناظر الوجهي على وجه المريض ونقله للمثال الشمعي

(الشكل 56)

تلوين قاعدة الجهاز في الابتسامات التي تظهر فيها اللثة

(الشكل 57)

إجراء مقارنة بين التّعويض القديم والجديد لإبراز النتائج التّجميلية

(الشكل 58)

الزّركون في صناعة الأجهزة المتحرّكة :

يمكن استخدام الزّركونيا في صناعة الأجهزة المتحرّكة ممّا يضفي عليها ميّزات تجميلية مثاليّة . الأجهزة المتحرّكة المصنوعة من الزّركونيا تكون أكثر مقاومة للكسر، ولكنّها أقلّ مرونة من الأجهزة التّقليدية (zirkonzahn.,2011) .

استطبابات التّعويضات الزّركونية الثّابتة أو المتحرّكة :

1) الحصول على نتائج تجميليّة ممتازة .

2) وجود فقدان متوسّط في البعد العمودي الإطباقي (الشكل 59, 60, 61) .

(الشكل 59)

(الشكل 60)

(الشكل 61)

يمكن استخدام Prettau Zirconia الذي يتميّز بشفوفية ممتازة تفوق الزّركونيا التّقليدية .

ميزات Prettau Zirconia :

1) الحصول على نتائج تجميليّة مثاليّة .
2) مناسبة في حالة التّعويضات فوق الزّرع التّجميلية .
3) في حالات الإطباق والجهود الإطباقية الكبيرة (الصّرير) ، وذلك لتجنّب اهتراء الخزف العادي (الشكل 63,62) (zirkonzahn.,2011) .

Prettau Zirconia

(الشكل 62)

Prettau Zirconia

(الشكل 63)

5-11 الوجوه الخزفية التّجميلية عند المرضى كبار السّن :

5-11-1 الاعتبارات التجميلية عند استطباب الوجوه الخزفية التّجميلية للمرضى كبار السّن :

الهدف الأوّل عند التّخطيط لترميم الأسنان وإعادة تصميم الابتسامة هو إعادة المظهر الشّبابي للمريض المسنّ ، فمع التقدّم بالعمر تميل الأسنان إلى الانزياح نحو منتصف الوجه ، ومع الوقت يصبح اصطفاف الأسنان سيء للغاية (G. Gurel .,2003) .

يجب الأخذ بعين الاعتبار عند معالجة كبار السّن مثلاً بعمر 60 سنة بالوجوه التّجميلية الخزفية مايلي :

1. أنّ كامل البنية السّطحية للسّن قد زالت ، والأسنان أصبحت قصيرة بسبب الاهتراء الحاصل على الحدود القاطعة .
2. كما تصبح الأسنان أقلّ سطوعاً وأغمق لوناً مع تقدّم العمر، وبالتّالي لا تعكس كافة التّضاريس السّطحية للسّن .
3. يجب أن تحاكي الوجوه التّجميليّة هذه التّغيرات للحصول على مظهر طبيعي للابتسامة يتناسب مع عمر المريض المتقدّم (G. Freedman et al.,2012) .

المفتاح في اتخاذ القرار بأيّ عمر يجب أن يظهر المريض المسنّ معقّد إلى حدّ ما ، فمن أجل المرضى الذين هم في العقد السّادس من العمر نجد أنّ الإجراء التّجميلي المناسب هو جعل الابتسامة تبدو أصغر ب10-15 سنة فقط (G. Freedman et al.,2012) .

تتطلّب الوجوه التّجميليّة تحضير أصغري لسطح السّن من أجل تحسين النّاحية التّجميليّة ، وتستطب في حالات تغيّرات اللّون المترافقة مع تقدّم العمر خاصّة في الفئات العمرية المتوسطّة والأكبر سنّاً .

إيجاد التّناغم والانسجام بين الوجوه التّجميليّة و عمر المريض تتطلّب مهارة وحذر كبير من قبل الطّبيب التّجميلي ، كما يجب عليه التّواصل مع المريض وفهم متطلباته من خلال عمل Mock up يظهر طول وشكل الأسنان الجديدة ومقدار الزّيادة على السّطوح الدّهليزية ، والتّي تؤثّر على دعم الشّفاه والتّصويت (G. Freedman et al.,2012) .

حديثاً أصبح استخدام الوجوه التّجميليّة آمناً ، حيث تمّ تطوير المواد الرّابطة لإعطاء ارتباط قويّ سواء مع الميناء أو العاج ، وبالتّالي تأمين دعم قويّ لبنية السّن المتبقّية بدلاً من تحضير كامل السّن لاستقبال تاج كامل (G. Freedman et al.,2012) .

يعدّ استخدام الوجوه التّجميلية حلاً للعديد من الحالات التّجميلية عند المرضى المسنّين ، حيث أنّ استطبابات الوجوه التّجميليّة عند هؤلاء المرضى هي :

1. فقدان لون السّن الطّبيعي مع التقدّم بالعمر والذي لا يستجيب للتّبييض .
2. الصّدوع المينائية الصّغيرة التّي تحدث مع تقدّم العمر.

3. فقدان أجزاء صغيرة من السّن .

4. إغلاق الفراغات البسيطة عندما لا يستطب التّقويم (R. Goldstein.,1998) .

أمّا مضادات الاستطباب فهي :

1. الصّرير الشديد, العادات غير الوظيفية والمشاكل الإطباقية .

2. فقدان ميناء الأسنان (R. Goldstein.,1998) .

تعدّ المحافظة على الميناء أولويّة أساسيّة في أيّة معالجة تجميلية ، فمقدار نجاح المعالجة بالوجوه التّجميلية يعتمد على ذلك مباشرة (G. Gurel .,2003) .

5-11-2 تحضير الأسنان لاستقبال الوجوه الخزفية التّجميلية عند المرضى كبار السّن :

تظهر الأسنان عند المرضى كبار السّن اختلافات في ثخانة الميناء والبنى السّطحية والتّي تؤثّر على توزيع القوى الإطباقية . عند معالجة مثل هذه الحالات ، يجب إدراك أنّ العامل الأكثر أهميّة ليس قوة مادة الخزف بعينها ، والتّي أثبتت بأنّها أقوى من الميناء بثلاثة أضعاف ، وإنّما الأهمّ هو الحفاظ على أكبر قدر ممكن من الميناء والسّيطرة على القوى الإطباقية (G. Gurel .,2003) .

يكون الميناء عند المرضى كبار السّن رقيقاً جداً ، حيث أنّ أيّ تحضير إضافي للوجوه الخزفية قد يقود إلى خسارة طبقة الميناء الموجودة ممّا يؤثّر على عملية الارتباط مع الخزف ، بالإضافة لذلك تؤثّر ثخانة الميناء على مرونة السّن ، فكلما رقّ الميناء أصبح السّن أكثر انثناءً ، من أجل تجنّب ذلك والحفاظ على القوة الطّبيعية للسّن يجب الحفاظ على الميناء كأولويّة أساسيّة خصوصاً عند معالجة المرضى المسنّين (G. Gurel .,2003) .

قوة الارتباط بين الميناء المتبقّية والوجوه الخزفية سوف تقلّل من قوّة انثناء السّن , وبالتّالي تأمين ديمومة أكبر للوجوه التّجميلية (G. Gurel .,2003) .

يجب تقييم كلّ حالة على حدة بدقّة . هناك بدائل وخيارات عديدة لشكل ، حجم ، لون وموقع الأسنان ضمن القوس السّنية ، حيث أنّ النّتائج الجمالية المتوقّعة هي نتيجة خبرة الطّبيب التّجميلي ومهاراته في التّعامل مع هذا النّوع من المرضى ، بالإضافة لمهارات تقني الأسنان في تصميم الوجوه الخزفية (G. Gurel .,2003).

5-11-3 أهمية عمل نموذج محاكاة(Mock up)عند المرضى كبار السّن :

في سياق المعالجة التّجميلية ، عند إجراء تغيير في الأسنان كزيادة طولها أو بروزها نجد أنّ بعض المرضى قد يشتكي من حدوث ضغط على الشّفاه العلوية ، بحيث تسبّب اضطرابات صوتية ، في مثل هذه الحالات يمكن عمل Mock up وإبقائه في فم المريض لأطول وقت ممكن .

فوائد عمل Mock up عند المرضى كبار السّن :

1- سهولة الاعتياد على التّعويض النّهائي .

2- تقييم النّتيجة التّجميلية النّهائية بالإضافة لتقييم النّاحية الوظيفية .

3- تعزيز ثقة المريض ، ثقافته وتجربته التّجميلية (G. Gurel .,2003) .

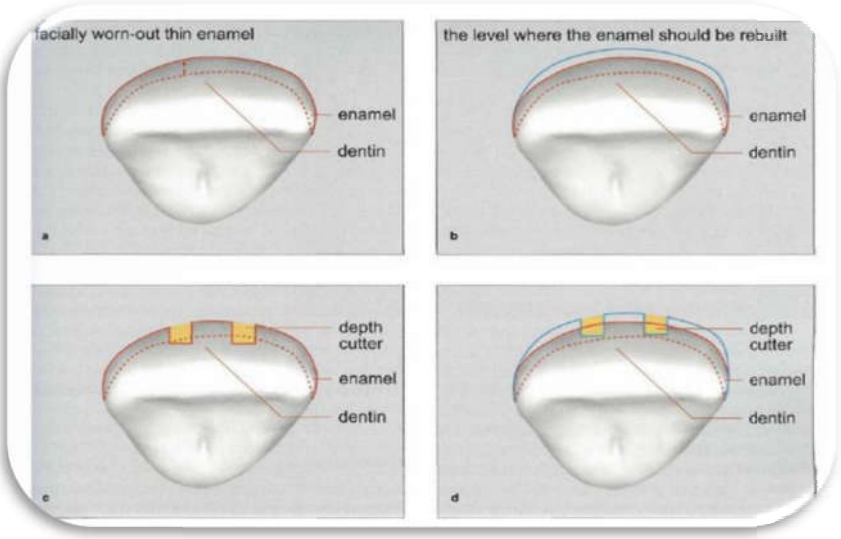
5-11-4 أهميّة عمل (Aesthetic – Pre evaluative temporaries APT) عند المرضى كبار السّن :

يجب على الطّبيب التّجميلي الأخذ بعين الاعتبار أنّ الأسنان عند هؤلاء المرضى قد خسرت مسبقاً حجمها الدّهليزي الطّبيعي بسبب نقصان ثخانة الميناء مع تقدّم العمر، وبالتّالي أصبحت هذه الأسنان ضعيفة .

من المهمّ احترام ثخانة الميناء أثناء التّحضير ، حيث اهتمّت الدّراسات الحديثة بعمق تحضير الأسنان ، والتّأكيد على أهميّة إعادة تقييم الحالة السّريرية عند التّعامل مع المرضى المسنّين فالتّحضير المفرط للسّن لا يمكن تعويضه ، وهذا يخلق دائماً مشكلة عند تحضير الأسنان للوجوه التّجميلية (G. Gurel .,2003) .

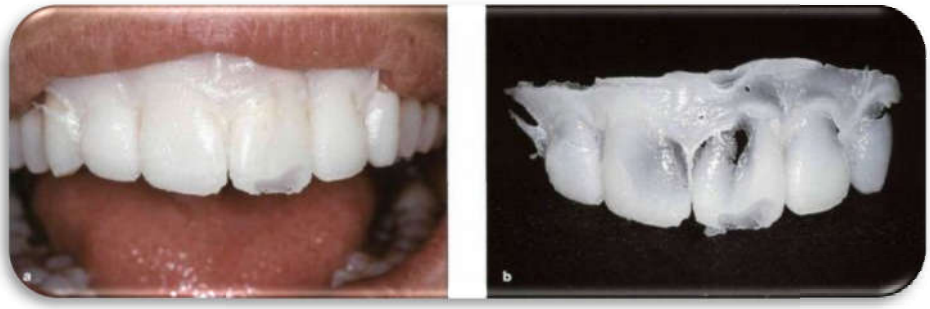
يعد إعادة تقييم الحالة السّريرية باستخدام الرّاتنج (APT) ذات أهمية كبيرة عند المرضى كبار السّن لعدّة أسباب وهي :

i. إعطاء فكرة عن الحجم النّهائي للسن المحضّر .
ii. معرفة مقدار الخسارة في ثخانة السّن .
iii. بهذه الطريقة نؤمّن حماية للبنى السّنية المتبقيّة ، ونقلّل حدوث الصّدوع أثناء التّحضير.
iv. الحفاظ على ماتبقّى من الميناء (الشكل 64) (G. Gurel .,2003) .



استخدام APT له أهمية كبيرة عند المرضى كبار السّن من أجل إعطاء فكرة عن ثخانة التحضير (الشكل 64)

تتضمّن هذه التّقنية استخدام دليل سيليكوني أو قوالب شفّافة بعد عمل التّشميع التّشخيصي (Wax–up) توضع هذه القوالب على الأسنان غير المحضّرة بعد إزالة المناطق البارزة لهذه الأسنان وحقن الرّاتنج ضمنها ، وبعد تصليب الرّاتنج نحصل على ATP يظهر ثخانات مختلفة لسطوح الأسنان ، وبالتّالي معرفة كمية التّحضير اللّازمة (الشكل 65) (G. Gurel .,2003) .



(الشكل 65)

حالة سريرية (R. Goldstein.,1998):

تم إجراء معالجة تجميلية باستخدام الوجوه الخزفية لمريض بعمر 66 سنة لتحسين النّاحية التّجميلية بحيث تتناسب هذه الوجوه مع عمر المريض (الشكل 66 a,b,c,d) .

أسنان المريض قبل التحضير

(الشكل 66, a)

مرحلة تحضير الأسنان

(الشكل 66, b)

الوجوه الخزفية من الناحية اللسانية

(الشكل 66, c)

الوجوه الخزفية تتناسب مع عمر المريض

(الشكل 66, d)

5-12 الوجوه التّجميلية المتحرّكة :

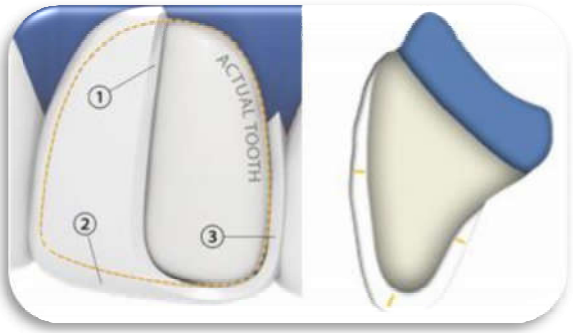
الوجوه التّجميلية المتحرّكة هي خيار ممتاز للمرضى غير الرّاضيين عن مظهر ابتسامتهم ، بحيث تجعل الابتسامة تبدو مثالية (Removable Dental Veneers, n.d.) ، فهي حلّ مناسب للمرضى الذين يريدون معالجة تجميلية ، مؤقتة ، سريعة وبدون ألم (Press On Veneers,n.d.) .

توفّر هذه التّقنية مظهر شبابي للابتسامة ، يتمّ تصميم هذه الوجوه المتحرّكة بحيث تتناسب مع وجه المريض (Brighterimagelab,n.d.) .

تستخدم هذه التّقنية في بعض الحالات لإظهار ما ستكون عليه النّتيجة النّهائية للمعالجة التّجميلية التّعويضية كمعالجات الزّرع السّني ، الوجوه الخزفية ، التّيجان والجسور التّجميلية (INSTYLE SMILE.,2016) .

5-12-1 تعريف هذه التّقنية :

هي وجوه رقيقة جدّاً وقابلة للفصل مصنوعة من أسيتيل الرّيزين البلّوري المرن أو من Copolyster ، يمكن اختيار اللّون المناسب للمريض ، فهي بديل رائع للمرضى الذين يريدون ابتسامة جميلة وسريعة بدون أيّة جراحة أو معالجات سنيّة مؤلمة (الشكل 67) ، (INSTASMILE,.2014), (Removable Dental Veneers, n.d.) , (INSTYLE SMILE.,2016) .



(الشكل 67)

تعتبر هذه التّقنية مفيدة للمرضى الذين لديهم خيارات معالجة محدودة ووقت محدّد (INSTYLE SMILE.,2016) ، وتستخدم عند المرضى كبار السّن كما عند الصّغار ، خاصّة المرضى المسنّين غير المؤهّلين لمعالجات الزّرع السّني أو الجسور والذين يريدون تحسين مظهر ابتسامتهم الحالية (Press On Veneers,n.d.) . تشترط هذه التّقنية أن تكون الأسنان والنّسج الدّاعمة بحالة جيّدة المرضى الذين يعانون أمراضاً لثويةً أو آفات سنيّة يجب معالجتها قبل وضع هذه الوجوه (Removable Dental Veneers, n.d.) .

حالة سريرية :

مريض ينتمي لفئة كبار السّن يعاني من ابتسامة غير متناسبة مع شكل الوجه، ممّا يعطي مظهر شيخوخي للمريض ، تمّ تصحيح الابتسامة بهذه التّقنية حيث أصبحت ابتسامة المريض أكثر إشراقاً وبياضاً ، وبالتّالي أصبحت ابتسامته أكثر شبابيّةً (الشكل 68) (Brighterimagelab,n.d.) .

تصحيح الابتسامة بالوجوه المتحركة

(الشكل 68)

تسمح هذه التّقنية بتغيير شكل ، موقع ولون الأسنان ، فيتمّ تصحيح المظهر الشّيخوخي للفم والشّفاه ، وتصبح الشّفاه أكثر بروزاً ، وبالتّالي يتمّ تغيير وتصحيح مظهر الوجه (Brighterimagelab,n.d.) .

5-12-2 المشاكل التّي يمكن حلّها عند اختيار هذه التّقنية :

1. الفراغات الكبيرة والاصطفاف الخاطئ للأسنان .
2. الأسنان المتلوّنة والمشوّهة .
3. المظهر غير التّجميلي للتّيجان والجسور القديمة .
4. عدم وجود تناغم بين الأسنان واللّثة (Removable Dental Veneers, n.d.)، (INSTASMILE,.2014) .

5-12-3 ميّزات هذه التّقنية :

1) لا يوجد تحضير للبنى السّنية ، وبالتّالي توفير الوقت والزّيارات للعيادة السّنية .
2) عدم الحاجة للتّخدير .
3) تقنية غير مؤلمة .
4) تقنية مريحة ، ويمكن الأكل عند ارتداء هذه الوجوه ولكن قد تتعرّض للاهتراء .
5) قابلة للفصل ويمكن تنظيفها ، وتستخدم يومياً .
6) أداة تشخيص وظيفيّة (INSTYLE SMILE.,2016) .

5-12-4 مراحل العمل :

يحتاج المريض لزيارتين فقط للعيادة السّنية :

i. أخذ طبعة شاملة للمريض .

ii. تصميم الابتسامة التّي تتناسب مع المريض بعمل تشميع تشخيصيwax-up أو باستخدام برامج تصميم الابتسامة الحديثة .

iii. إرسال الطّبعة والتّصميم للمختبر السّني (Press On Veneers,n.d.), (Brighterimagelab,n.d.), (INSTYLE SMILE.,2016) .

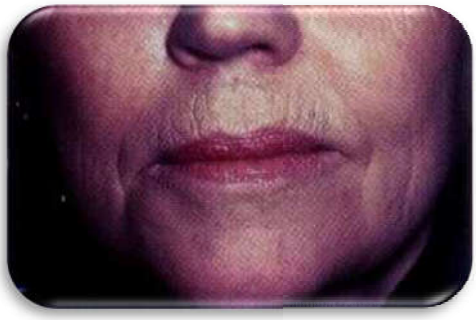
الباب السّادس
الإجراءات التّجميلية الوجهية المشاركة للمعالجات التّجميلية السّنية عند المرضى كبار السّن

6-1 إعادة صقل الجلد (إزالة التّجاعيد) Skin Resurfacing :

الشّفاه والبنى حول الفموية هي أماكن شائعة لتشكّل التّجاعيد العمودية المرتبطة بتقدّم العمر، والذي سببه خسارة الكولاجين ، فأيّة معالجة تعمل على إزالة أو تخفيف هذه التّغيرات المرتبطة بتقدّم العمر تتأثّر وتعزز بالإجراءات السّنية التّجميلية وإعادة التّأهيل السّني .

التّقشير الكيميائي للوجه ، إجراءات كشط الجلد والمعالجات باللّيزر هي تقنيات فعّالة لتحسين مظهر التّجاعيد حول الفموية وزيادة جمالية هذه المنطقة (K. Aschheim and B. Dale.,2001) .

إجراءات شدّ الوجه لا تستطيع معالجة مشكلة التّجاعيد حول الفموية لوحدها ، ولابدّ من مشاركتها مع المعالجات السّنية التّجميلية (الشكل 69 a,b) (K. Aschheim and B. Dale.,2001) .



مظهر للتجاعيد الوجهية قبل معالجتها

(الشكل 69 ,a)

تأثير معالجة التجاعيد على جمالية الابتسامة

(الشكل 69 ,b)

6-2 إعادة بناء وتشكيل الشّفاه Lip Augmentation :

تقلّ ثخانة الشّفاه مع التقدّم بالعمر بسبب نقص الكولاجين ، حيث يمكن معالجة وتحسين مظهر الشّفاه بإعادة بنائها إمّا بحقن الكولاجين الحيواني المشتقّ أسفل المخاطية الفموية أو بوضع شريط من طعم الأدمة غير الخلوي ضمن شقوق أو أنفاق صغيرة أسفل المخاطية . (الشكل 70 a,b) (K. Aschheim and B. Dale.,2001) .

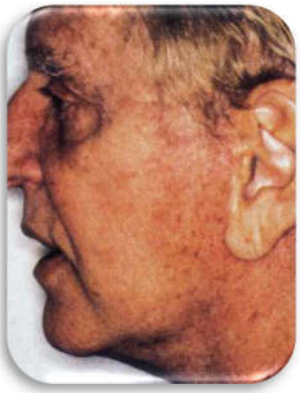
المظهر الشيخوخي حول الفموي قبل
إعادة بناء الشفاه(الشكل 70, a)

تحسن المظهر حول الفموي بعد
إعادة بناء الشفاه(الشكل 70, b)

3-6 إزالة الشّحوم أسفل الذّقن عند المرضى كبار السّن Submental liposuction :

يزداد عدد المرضى كبار السّن الذين يلجؤون إلى إجراءات تجميلية لمنطقة العنق وأسفل الفك السّفلي ليس فقط لتحسين الأداء الوظيفي لتلك المنطقة بل لتحسين النّاحية التّجميلية . أصبحت الجراحة التّجميلية لمنطقة العنق من أكثر الإجراءات التّجميلية شيوعاً (الشكل 71 a,b) (K. Aschheim and B. Dale.,2001) .

اختفاء معالم الفك السفلي بسبب الشحم
المتراكم في منطقة العنق(الشكل 71, a)



تحسين الناحية الجمالية للعنق ومنطقة
الفك السفلي بعد إزالة الشحم (الشكل 71, b)

4-6 شدّ الوجه Face lift :

يمكن لجراحات أو معالجات تصحيح وضع الفك السّفلي أن يكون لها تأثيراً إيجابياً أو سلبياً على شكل ومحيط التّجاويف الوجهية ، فعند التّخطيط لإجراءات تتعلّق بتعديل الإطباق أو تغيير موضع الفك السّفلي ، يجب الأخذ بعين الاعتبار إجراءات تجميل المنطقة تحت الذّقنية وتحت

الفكية لتصحيح ترهّل الجلد في تلك المنطقة ، وبالتّالي يجب أن تترافق المعالجات التّجميلية الوجهية مع المعالجات السّنية التّجميلية لتحسين المظهر الوجهي الخارجي(الشكل 72 a,b) (K. Aschheim and B. Dale.,2001) .

قبل إجراء شد الوجه (الشكل 72 ,a)

بعد شد الوجه وتحسين المنطقة حول الفموية (الشكل 72 ,b)

بعض مرضى كبار السّن يعانون من امتصاص وتراجع عظام منتصف الوجه حيث ينتج خط عميق يمتّد من جناحا لأنف إلى زاوية الفم ، أمّا البعض الآخر يعانون من تراكم الشّحوم أسفل الذّقن حيث تختفي معالم الفك السّفلي ، وبالتّالي تتطلّب هذه الحالة إزالة الشّحم المتراكم أو شدّ عضلات تلك المنطقة أوكلاهما .

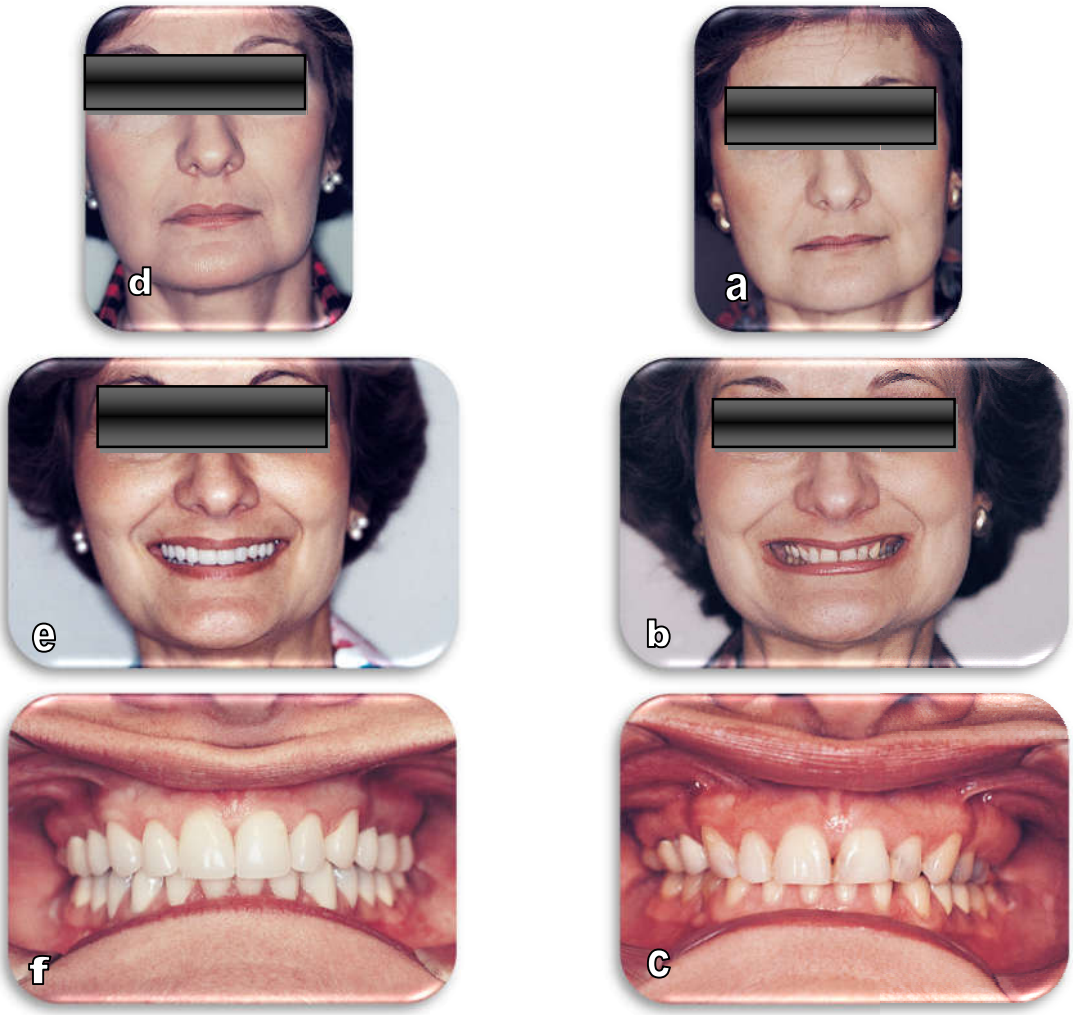
يعاني المرضى المسنّون من التّجاعيد، حيث تتطلّب هذه الحالة إجراء شدّ للرّقبة ، الخد والجبهة. تستطيع الإجراءات التّجميلية (السّنية ، الوجهية) أن تعيد المظهر الشّبابي لكنّها لا تستطيع إيقاف الشّيخوخة (K. Aschheim and B. Dale.,2001) .

5-6 هل يستطيع طب الأسنان التّجميلي أن يحسّن المظهر الوجهي للمريض المسن دون اللجوء إلى العمليات التّجميلية الوجهية ؟

يهدف طب الأسنان التّجميلي إلى إعطاء مظهراً أكثر شبابيةً وابتسامةً جذّابةً للمرضى . يستفيد أطباء الجراحة التّجميلية من رغبة المرضى خاصّة كبار السّن في الحصول على مظهر شبابي ، لكنّ اليوم يوفّر طب الأسنان التّجميلي خيارات أكثر أماناً وأسرع لهؤلاء المرضى (G. Freedman et al.,2012) .

غالباً ما يصادف أطباء الأسنان مرضى يعانون من مظهر وجهي شيخوخي مترهّل نتيجة التّعب وتقدّم العمر . هناك عدّة عوامل تفاقم هذه الحالة وتسبّب عدم توازن عضلات التّعبير الوجهي ، فهذه العضلات مسؤولة عن مظهر الوجه ووظيفته ، وهذه العضلات مدعومة بالموقع الفيزيولوجي للأسنان والهيكل العظمي الوجهي ، فالتقدّم بالعمر يسبّب نقص توتّر هذه العضلات وبالتّالي ترهّل الوجه (G. Freedman et al.,2012).

تؤثّر عضلات التّعبير الوجهي على الوظيفة أيضاً ، فعندما لا تكون مدعومة في موقعها الفيزيولوجي الصّحيح ، فإنّ ردود الفعل الطّبيعية كالابتسامة تكون مشوّهة ، لذلك فإنّ المعالجة التّجميلية السّنية الصّحيحة تعمل على إعادة الملامح الوجهية الطّبيعية للمريض (الشكل 73) . (G. Freedman et al.,2012)



مقارنة مظهر وابتسامة المريضة قبل (a,b,c) وبعد المعالجة التجميلية السنية (d,e,f) وإظهار أثر هذه المعالجة على الملامح الوجهية للمريض (الشكل 73)

الباب السّابع :
التّحسّن الذي يلمسه المريض بعد المعالجة التّجميلية السّنية

الإنسان كائن اجتماعي ، وهذا ما ساعده على اكتشاف ميّزات جسدية ، نفسيّة وأخلاقية ، فمن أهمّ عناصر الانسجام والتّواصل مع الآخرين هو المظهر الخارجي للإنسان وشخصيّته .

تعتمد التّعابير الوجهية على الشّكل المورفولوجي للهيكل الوجهي ، الفكين ، الأقواس السّنية والنّسج الرّخوة بالإضافة إلى مظهر الأسنان الأمامية ، لذلك يكون معظم الحكم على الأشخاص من خلال ملامح وجوههم ، وهذا أصبح قاعدةً هامّةً في اكتشاف الأشخاص وفي التّواصل العاطفي معهم ، ومن هنا نلاحظ أهميّة الجهاز الفموي الفكي خاصّة عند المرضى المسنّين (M. Scutariu and N. Forna.,2014) .

تمتلك المناطق المرئية من الوجه تأثيراً جوهريّاً في توازن الفرد وانسجامه مع الآخرين لذلك فإنّ وجود تغيّرات مرضية في الملامح الوجهية للمرضى المسنّين يؤثّر سلباً على النّاحية النّفسية والاجتماعية لهؤلاء المرضى ، كما أنّ استعادة المريض المسنّ لابتسامته ، وتحسين ملامحه الوجهية يحسّن من مزاجه وثقته بنفسه ، وهذا ينعكس إيجاباً على صحّته وحياته الاجتماعية .

لذلك تعدّ المعالجات التّجميلية السّنية ضروريّة عند تعويض وترميم الأسنان الأمامية .

الشّكل المورفولوجي أو التّوازن الجمالي الوجهي غير الطّبيعي لابدّ من ترميمه بالاعتماد على المعالم التّشريحية الفموية (M.Scutariu and N.Forna.,2014) .

الخلاصة

Summary

يجب أن تزوّد مناهج البرامج التّعليمية الجامعية والدّراسات العليا الأطباء بالتّعليمات الطّبية ، الاجتماعية ، النّفسية والفيزيولوجية الخاصّة بالمرضى المسنّين .

الابتسامة الجميلة ليس لها عمر محدد ، فأغلب المرضى كبار السّن يهتمّون بمظهرهم الخارجي وخاصّة ابتسامتهم . المعالجة السّنية التّجميلية لهؤلاء المرضى يمكن أن تتدرّج بين الإجراءات البسيطة إلى التّبييض ، التّيجان والوجوه التّجميلية .

لا يجب إقرار معالجات إعادة التأهيل التّجميلية إلّا بعد إجراء التّحليل الإطباقي والتّجميلي الصّحيح ، وذلك لإنجاز النّتائج المتوقّعة بنجاح (Roopa R Nadig et al.,2011) .

يمكن الحصول على نتائج تجميليّة إذا كان الطّبيب يتمتّع بروح التّحدي والصّبر لخلق علاقةً إيجابيةّ مع المرضى الذين لديهم نظرة سلبيّة تجاه المعالجة المخطّطة ولا يقدّرون جهود الأطباء . لذلك يجب أن يتمتّع الطّبيب في هذه الحالات بما يلي :

1. التّواضع لقبول المطالب والقرارات التّجميلية من مرضاهم .
2. أن يساهم الطّبيب في إعادة احترام المريض لذاته .
3. يجب على الأطباء القبول بالفشل بينما يستكشفون طرائق وفن المعالجة التّجميلية .
4. فهم صعوبات المعالجة عند المسنّين ، واستيعاب الجهود التّي يتحمّلها هؤلاء المرضى لجعل المعالجة ناجحة (K. Aschheim and B. Dale.,2001) .

معالجة المشاكل عند المرضى كبار السّن والنّجاح في معالجتهم يمكن أن يتحقّق فقط بعد فهم صحيح للمظاهر المعقدة التّي تتأثّر بالبيئة الفموية ، ومعرفة تقنيات ومواد المعالجة المختلفة . العنصر الأساسي الذي يقودنا نحو معالجة تجميليّة ناجحة عند المرضى كبار السّن هو فهم صفات الأسنان بصورة خاصّة والبنى الوجهية بصورة عامّة (M. Scutariu and N. Forna.,2014) .

قائمة المراجع
References

References:

1- Alex Mersel ,Yaroslav Zablotsky, Myron Uhryn .Oral rehabilitation for a geriatric population A voluntary experience in Ukraine report.

A. Mersel et al. / Open Journal of Stomatology, 2012, 2, 95-97.

2- Ashish Agarwal, Nitin Rastogi .Knowledge , Bhavior,and attitude of Geriatric population towards Periodontal Esthetics .

International Journal of Advanced Dental Science and Technology 2014, volume 1 ,Issue1,pp.41-46,Article ID Med-183

http://medical.cloud-journals.com/index.php/IJADST/article/view/Med-183

3- André P. Saadoun . Esthetic Soft TissueManagement of Teeth and Implants .This edition first published 2013. ISBN 978-1-118-30115-9

4- Brighterimagelab Removable Dental Veneers Online . Brighterimagelab.com/reviews http://brighterimagelab.com.

5- Chu CH, Chow TW Gen Dent . Esthetic designs of removable partial dentures. 2003 Jul-Aug;51(4):322-4. PMID: 15055607 (PubMed - indexed for MEDLINE)

6- Cinzia Masperob, DavideFarronatoc, Lucia Gianninid, Giampietro Farronatoa. Orthodontic treatment in elderly patients. doi:10.1016/j.pio.2010.04.008.

ARTICLE in PROGRESS IN ORTHODONTICS · MAY 2010 .

7- Chih-Ko Yeh , Michael S. Katz, Michèle J. Saunders.

Geriatric Dentistry: Integral Component toGeriatric Patient Care (Taiwan Geriatrics & Gerontology 2008;3(3):182-192).

8- Deepak Nayaket al ,Roma M, Sureshchandra B, Amrita Majumdar . Endodontic considerations in the elderly - case series

ENDODONTOLOGY Volume: 26 Issue 1 June 2014.

9- Farhad B. Naini . Facial Aesthetics Concepts and Clinical Diagnosis. © 2011 Farhad B. Naini . ISBN 978-1-4051-8192-1.

10- Fabrício Reskalla Amaral , Marcelo Ferrarezi de Andrade, José Roberto CurySaad, José Claudio Martins Segalla, Andrea

AbiRachedDantas, ÉlidaLúciaAssunção, Sizenando de Toledo Porto Neto . Functional and esthetics prosthetic rehabilitation in the elderly patient with metal ceramic crowns. Scientific Journal of Dentistry (2015), 2, 42-45.

11-Frank J.Milnar .Solvind aesthetic challenges due to gingival recessuion Dentistry today 2011.

http://www.dentistrytoday.com/aesthetics/4728-solving-aesthetic-challenges-due-to-gingival-recession .

12- Galip Gurel. The science and art of porcelain veneers smile. © 2003 Quintessence Publishing Co. Ltd. ISBN 1850970602.

13- George Freedman, BSc, DDS, FAACD, FACD, FADFE. CONTEMPORARY ESTHETIC DENTISTRY .Copyright © 2012. ISBN 978-0-323-06895-6.

14- Giulio Preti . Prosthetic Rehabilitation Part II: Technical Procedur 2011.ISBN : 9781850971986 .

15- Ian E Barnes and Angus Walls. Gerodontology 1994 . ISBN 0723621594.

16- INSTYLE SMILE CASE PREPARATION GUIDE

Trident Dental Laboratories. All rights reserved2016.

https://www.tridentlab.com

17- INSTASMILE ®VERSUS SNAP-ON SMILE 2014.

https:// www.denlabdirect.com.

18- Jean Frangois Roulet ,Nairn H.F. Wilson ,Massimo Fuzzi . Advances in Operative DentistryVolume 1: Contemporary Clinical Practice .

ISBN 0-86715-402-0 2001 © . Quintessence Publishing Co, Inc.

19- K. A. Durey, P. J. Nixon, S. Robinsonand M. F. W.-Y. Chan.

Resin bonded bridges: techniques for success. BRITISH DENTAL JOURNAL VOLUME 211 NO. 3 AUG 13 2011.

20- Kenneth M. Hargreaves ,Stephen Cohen, Loui s H. Berman. COHEN'S PATHWAYS OF THE PULP, Tenth Edition. Copyright © 2011 . ISBN 978-0-323-06489-7.

21- Kenneth W. Aschheim, Barry G. Dale. Esthetic dentistry A Clinical Approach To Technioues And Materials ,SECOND EDITION. Copyright© 2001 by Mosby, Inc.

22- Lieve Van Zeghbroeck . CAD/CAM treatment for the elderly – a case report. 2011, The Gerodontology Society and John Wiley & Sons A/S, Gerodontology 2012; 29: e1176–e1179.

23- Matheus Melo Pithon . Orthodontic treatment in an elderly patient with extraction of upper premolar .

©2010 The Gerodontology Society and John Wiley & Sons A/S, Gerodontology 2012; 29: e1146–e1151 . doi: 10.1111/j.1741-2358.2010.00443x.

24- Mihaela Monica Scutariu & Norina Forna. Dental Esthetics – Instrument for Recreating a new final Esthetic to the Elderly patient. Rev. Med .Chir . Soc . Med . Nat., Iasi-2014-vol.118,no.1 .

25- MILKO VILLARROEL et al,NEWTON FAHL,ANDREA MARIA DE SOUSA,OSMIR BATISTA DE OLIVEIRA.

Direct Esthetic Restorations Based on Translucency and Opacity of Composite Resin. (J EsthetRestor Dent 23:73–88, 2011).

26- Natalie Kaweckyj, LDARF, CDA, CDPMA,COMSA, COA, CRFDA, CPFDA, MADAA, BA .Geriatric Dentistry: Reviewing for the Present Preparing for the Future.

Crest® + Oral-Bat dentalcare.com Continuing Education Course, Revised January 21, 2015.

27- Press On Veneers - Cosmetic Dentistry Gone DIY

www.ddssmiles.com/press-on-veneers-review.htm

28- Removable Dental Veneers –Albermarle Road Family Dentistry

http://www.arfamilydentistry.com/procedures/cosmetic-dentistry/removable-dental-veneers.

29- Richard E Walton, Mahmoud Torabinejad.

ENDODONTICSPRINCIPLESAND PRACTICE Copyright 2009 . ISBN. 978-1-4160-3851-1.

30- Ronald E. Goldstein. ESTHETICSINDENTISTRYSECOND EDITION ,1998.

31- Roopa R Nadig , G Usha, Vinod Kumar, RaghoothamaRao, and AnupriyaBugalia .Geriatric restorative care - the need, the demand and the challenges.

J Conserv Dent. 2011 Jul-Sep; 14(3): 208–214. PMCID: PMC3198545.

32- Shah R , Aras M. Esthetics in Removable Partial Denture - A Review .

VOL. 11 | NO. 4 | ISSUE 44 | OCT-DEC 2013.

33- SIGMAR KOPP , HALINA PANEK, STEFAN IHDE, BELA LIEB

Clinical Problems with Implant Installation in Geriatric Patient .

Dent. Med. Probl. 2009, 46, 4, 486–493 .ISSN 1644−387X.

34- Suresh V. Lele, Janardan B. Garde, Dattaprasad P. Dadhe, Virat M. Karadkar . Laser frenectomy : Recommended in elderly patients .Journal of Dental Lasers • July - December 2014 • Issue 2 • Vol 8.

www.jdentlasers.org , December 26,2015,IP:77.44.198.56.

35- Trevor Watts. A Five-year follow up study on the prothetic rehabilitation of the elderly (article)

Published online: 22 January 2005 | doi:10.1038/sj.bdj.4811973.British Dental Journal 198, 87 (2005).

36- Una Lally. Resin-bonded fixed partial dentures past and present – an overview . Journal of the Irish Dental Association 2012; 58 (6): 294-300.

37- Van B. Haywood .Bleaching and caries control in elderly patients. ADT_CariesControlElderly_Van_Haywood_img_2007.Spec Care Dentist 31(2): 48-52, 2011.

38- Zirconia – information for dentists – UnitedDntal. EN-Brochure-Zirconia-Information-for-dentists-web 2011.

http://www.zirkonzahn.com/assets/files/brochueren/EN-Brochure-Zirconia-Information-for-dentists-web.