HAREKETLİ PROTEZLER

Eksik diş sayısı sabit protez yapılamayacak kadar fazla olduğunda, mevcut dişler sabit protez için destek olamayacak durumda ise veya ağızda hiç diş bulunmadığı durumlarda hareketli protezler yapılır. Bu protezler çenelerdeki dişsiz alanlardan (damaklardan) veya ağıza yerleştirilen implantlardan destek olan, çene kemikleri üzerindeki yumuşak dokulara oturan protezlerdir. Bu protezler hasta tarafından takılıp çıkartılabilir.

İşlemden Beklenen Faydalar

Hastanın eksik dişlerinin tamamlanması ve kaybolan estetik, fonetik ve beslenebilme yetisine tekrar kavuşması.
Protezlerle ilgili her türlü planlama, hekiminiz tarafından yapılır. Protezler, hem klinikte hekimin çalışmaları, hem de laboratuvar işlemleri bir arada yürütülerek hazırlanır.
Hareketli protezler hareketli bölümlü ve tam protezler olmak üzere ikiye ayrılır.

Hareketli (Parsiyel/İskelet) Bölümlü Protez

Hareketli bölümlü protezler, bir veya birden fazla diş eksikliği olduğunda kullanılan, implantlar, dişler ve dokular (damaklar) tarafından desteklenen, akrilik ve metalden yapılan ve hasta tarafından takılıp çıkartılabilen protezlerdir. Bu protezde tutuculuk dişlere uygulanan kroşeler (metal kancalar) veya hassas metal bağlantılar (çıtçıt) ve implantlar ve onlara yerleştirilen tutucular yoluyla sağlanır. Kroşeler özellikle ön bölgelerde dışarıdan görülebilir ve estetik sorun oluşturabilir. Bu tip protezlerde özellikle kroşelerin geldiği dişlere özen gösterilmeli, temizlemesine dikkat edilmelidir. Eğer dikkat edilmezse kancanın geldiği dişlerde çürümeler başlar ve dişin çekilmesiyle sonuçlanabilir. Gerekli durumlarda kroşelenecek dişler kron kaplanabilir. Hassas metal bağlantılar ise dışarıdan görülmezler ancak uygulanabilmesi için diş ve ağız yapınızın uygun olması ve bir kısım dişlerinizin kesilerek kaplanması gerekmektedir. Ayrıca yapımı ve tamiri daha maliyetlidir.

Total (Tam / damak) protez

Ağızda hiç doğal diş yoksa yapılan protezlerdir. Ana yapı malzemesi akriliktir. İstenirse ve hekim tarafından uygun görülürse içerisine metal destek konulabilir veya metal-akrilik kombine bir protez yapılabilir.
Kemik erime hızı kişiden kişiye değişeceği için kemik yapısı ve seviyesi (özellikle alt çenedeki kemik seviyesi) önemlidir. Damaklardaki yumuşak doku büyümeleri (epilus vb.) daha önce çekilmiş dişten dolayı kalan parça veya kemik çıkıntıları, implantlardan destek alınacaksa implantların ve yumuşak dokuların durumu, damaklardaki varsa yaraların (aft, mantar v.s.) değerlendirilmesi hekim tarafından yapılması gerekmektedir. Özellikle alt çenede dilin konumundan dolayı ve kemik seviyesinin yetersizliğinden protezin tutması zor olmaktadır. Alt çenede protez hiçbir zaman tam olarak sıkı sıkıya tutmaz, her zaman oynama ihtimali vardır. Hasta proteze alıştıkça bu sorun zamanla ortadan kalkar.
Hareketli protezler yapılırken ilk iki seansta ölçüler alınır. Takip eden süreçte provalar yapılır. Hareketli protez yapım süresi laboratuar ve klinik yoğunluğuna göre 10-20 gün arası sürebilir, eğer kron kaplanacak dişler varsa bu süre uzayabilir. Bu işlemler sonucunda bitirilen protezleriniz ağza takılmaya hazır hale gelir. Hekiminiz tarafından ilk kontrolü yapılır. Eksikleri varsa giderilir ve size teslim edilir.
Protezler ilk kullanıldığı dönemde ağız içerisinde yumuşak dokularda vuruklar, konuşmada zorluk, bulantı, besinlerin tadını almada yetersizlik görülebilir. Daha sonra protezin metal parçalarında kopma, akrilik bölümlerinde kırılma, yapay dişlerin düşmesi, kırılması, doğal dişlerde ağrı, hassasiyet, hareketliliğinde artma, çürüme, kemik kaybı, kırılma veya aşınmalar görülebilir. Destek dişlerde meydana gelen sorunlar sonucu ilave tedaviler veya çekim gerekebilir. Özellikle ilk defa hareketli protez kullanan hastalarda protezlerin oynadığını hissetme ve konuşmada zorlanma daha sık görülebilir. Yemek yerken gıdaların yeterince çiğnenememesi, protezin altına yemek artıklarının kaçması, protezlerle doğal dişler arasına yemek artıklarının sıkışması görülebilir. Tükürük salgısında geçici bir artış görülebilir. Kullanıma ve zamana bağlı olarak protezin tutuculuğu azalabilir.

İşlemin Riskleri ve Komplikasyonları

Protezde kullanılan materyallere karşı bazı hastalarda alerjik belirtiler görülebilir. Meydana gelen sorunların bir kısmı hekiminiz tarafından giderilebilecek sorunlardır. Ancak sorunların giderilmesi için gerekli masraf hasta tarafından karşılanır.

İşlemin Uygulanmaması Durumunda Karşılaşılabilecek Sonuçlar

Hastanın diş eksiklikleri nedeniyle oral dokularında deformasyon, hareketli protez yapılmaz ise; çiğneme, konuşma gibi fonksiyonlar gerektiği gibi yapılamaz ve estetik problemler ortaya çıkar.

İşlemin Alternatifleri
Alternatifi implant tedavisidir. İmplant üstü hareketli protezlerle tutuculuk, fonksiyon ve estetik kaygılar azalır ve hasta konforu sağlanır.

İşlemin Tahmini Süresi
Tedavi süresi hastanın durumuna göre 1 saat ile 2 saat arasında değişebilir. Karşılaşabileceğiniz sıkıntılı bir durumda önerilerine başvurmak üzere hekiminizle iletişime geçiniz.

İşlemin Kim Tarafından Yapılacağı
Kliniğimizde hasta tedavileri, Diş Hekimi adayı (Stj. Dt.) Diş Hekimi, Doktora/Uzmanlık öğrencisi ve Öğretim Üyesi tarafından yapılmaktadır.

- **Bulaşıcı Hastalıkların (Covid-19, Hepatit B/C, HIV, vb.) Yarattığı Riskler**

Hastanemiz; Covid-19 başta olmak üzere tüm enfeksiyon hastalıklarının bulaş riskini azaltmak amacıyla, Sağlık Bakanlığınca belirlenen zorunlu tüm önlemleri uygulamakta ve takip etmektedir. Şu an için herhangi bir belirtiniz olmasa da, Hastanemize müracaatınızdan önce bu virüslerden birini/birkaçını kapmış olabilirsiniz. Kliniğimizde tüm sağlık tedbirlerinin alınmasına rağmen (Covid-19 enfeksiyonunda asemptomatik taşıyıcılığın da söz konusu olması nedeniyle), kliniğimize başvurduğunuz andan itibaren ve asıl sağlık sorununuza yönelik yapılacak muayene, tanı ve tedavi işlemleri sırasında söz konusu enfeksiyonlarla bulaş riskinizin olabileceği bilgisini paylaşmak istiyoruz. Enfeksiyonun bulaşma riskini öğrendikten sonra sunulacak sağlık hizmetine rıza göstermek ya da göstermemek kendi kararınıza bağlıdır.
Yukarıda anlatılan zararlı sonuçları da göze alarak, başkaca açıklamaya gerek duymadan, hiçbir baskı altında kalmadan ve bilinçli olarak bölümünüz kliniğinde girişimsel işlem yapılmasına kendi özgür irademle izin veriyorum.

İşlem Yapılan Kişinin Onayı
Yapılan tedavi hakkında ve sonrasında yapılması gereken kurallar konusunda yazılı ve sözlü olarak bilgilendirildim ve bu tedaviyi yapmayı kabul ettim.

Yukarıda yazılanların hepsini okuduğumu ve anladığımı, bütün sorularımın cevaplandığını onaylarım.

İLGİLİ KİŞİ	ADI-SOYADI	TARİH/SAAT	İMZA
Hasta			
Hastanın Yasal Temsilcisi (*)			
Tercüman (kullanılması halinde)			
İşlemi Yapan Hekim ve Ünvanı	☐ **Stj. Dt.**		
	☐ **Dt.**		
	☐ **Dr.**		

***** Yasal Temsilci: Vesayet altındakiler için vasi, reşit olmayanlar için anne- baba, bunların bulunmadığı durumlarda 1. derece kanuni mirasçılardır (Hasta yakınının isminin yanında yakınlık derecesini belirtiniz).