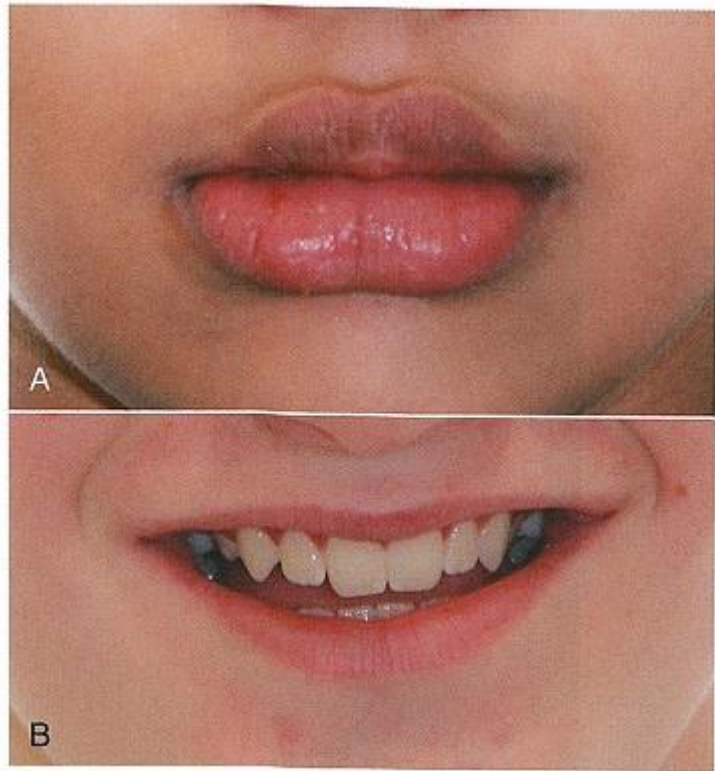
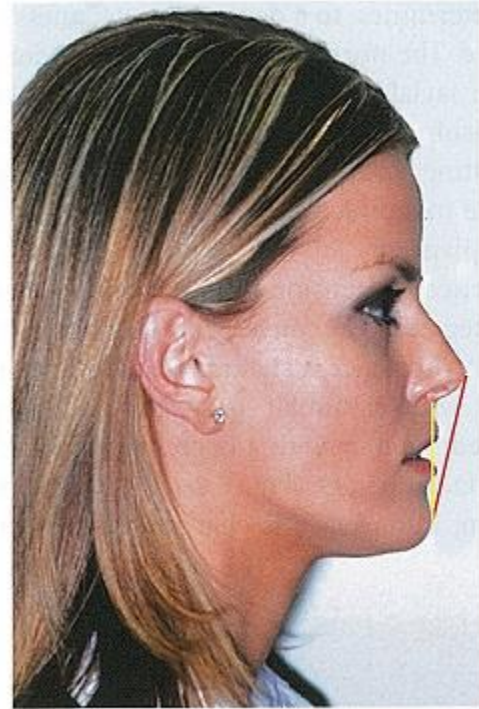


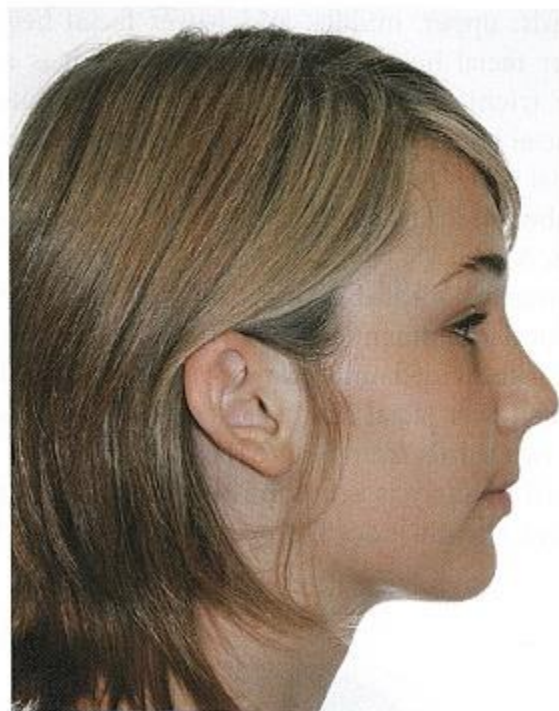
تصویر ۱-۲۳ فاصله ی بین لبی زیاد. یک زاویه ی بزرگ بین پلان افقی و خط کشیده شده از گوشه ی دهان تا labrale superioris دیده می شود.



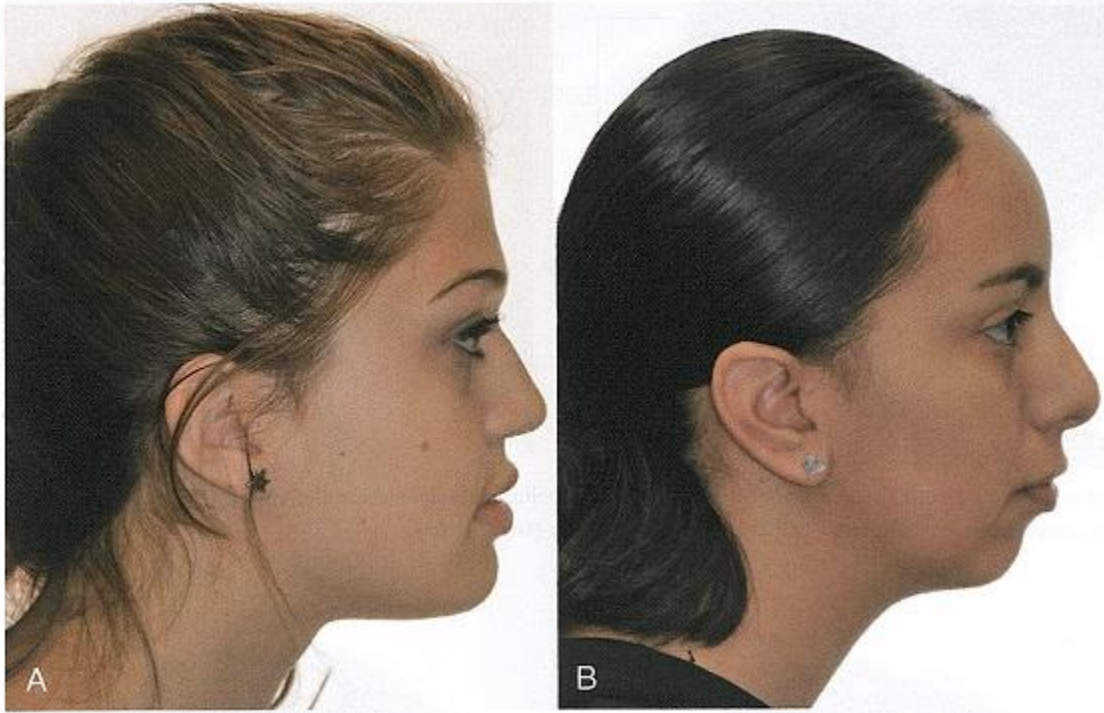
تصویر ۱-۲۴ A، بیماری با لبهای بسیار ضخیم. ممکن است پاسخ لب ها به حرکت دندانهای ثنایا به دلیل ضخامت بافت، محدود شود. **B**، بیماری که لب های بسیار نازکی دارد می تواند استعداد بیشتری به تغییرات لب در پاسخ به حرکت دندان ها داشته باشد.



تصویر ۱-۲۵ رابطه ی لب ها با دو خط رفرنس شایع: E-line (تحت تاثیر بینی، قرمز) و خط Sn-Pg' (زرد).



تصویر ۱-۲۶ زاویه ی نازولیبیال منفرجه. بینی سر بالا و لب رتروزیو به منفرجه شدن این زاویه کمک کرده اند.



تصویر ۱-۲۷ A، توازی خط چانه-گلو با پلان افقی. یک نسبت مناسب بین ارتفاع نیمه ی تحتانی صورت و عمق گلو معادل نسبت ۱/۲ به ۱ است. B، نسبت ناکافی بین ارتفاع نیمه ی تحتانی صورت و عمق گلو (گلو هیچ عمقی ندارد) باعث شیب نازیبای خط چانه-گلو می شود.

بعد عمودی

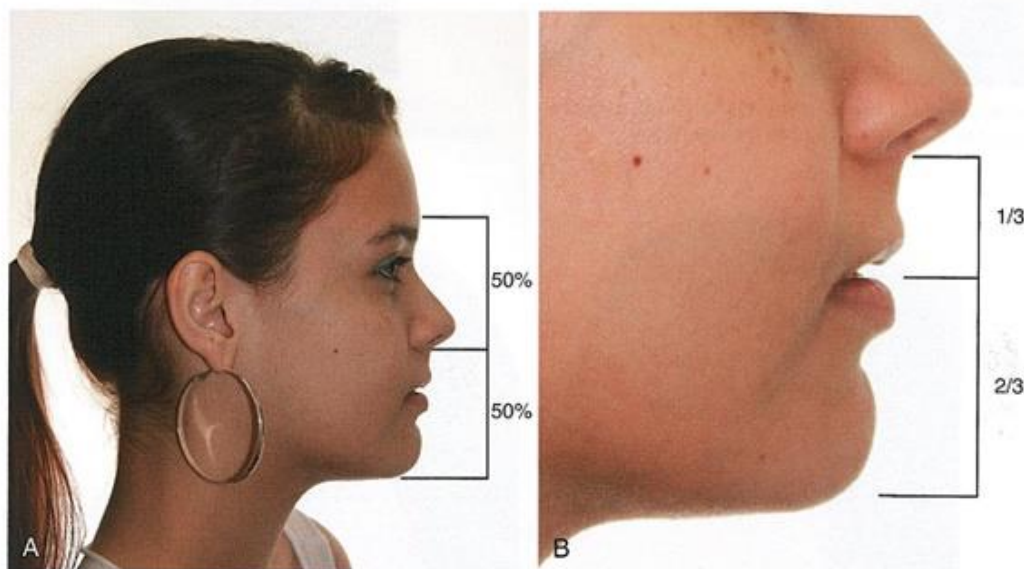
همانگونه که در بالا ذکر شد، بعد عمودی می تواند هم در نمای فرونتال هم در نمای پروفایل تفسیر شود. می توان هر دوی این نماها را برای فراهم ساختن یک آنالیز ترکیبی سه بعدی، به بعد عمودی ارتباط داد. می توان صورت را به سه قسمت تقریباً برابر تقسیم نمود: ارتفاع های صورتی فوقانی، میانی و تحتانی. یک سوم حقیقی فوقانی که از trichion تا glabella است، به ندرت استفاده می شود. معمولاً از یک سوم میانی صورت تحت عنوان ارتفاع فوقانی صورت یاد می شود. نسبت نرمال ارتفاع فوقانی به ارتفاع تحتانی صورت ۱ به ۱ است (گلابلا [G] تا ساب نازال [Sn] و ساب نازال [Sn] تا منتون بافت نرم [Me'] (تصویر ۱-۲۸، A).

یک سوم تحتانی صورت مهمترین قسمت است چرا که درمان ارتودنسی بیشترین اثر خود را بر این قسمت می گذارد. خود این قسمت به دو ناحیه ی متناسب تقسیم می شود: معمولاً یک سوم از ارتفاع تحتانی صورت مربوط به فاصله ی Sn تا St و دو سوم آن نیز مربوط به فاصله St تا Me' است (تصویر ۱-۲۸، B).

آنالیز عمودی محدود به قسمت قدامی صورت نیست؛ بلکه قسمت خلفی را نیز شامل می شود. نسبت بین این دو، تا حدی تعیین کننده ی شیب پلان مندیبولار نیز هست. نسبت نرمال ارتفاع تحتانی صورت به ارتفاع خلفی صورت، ۰/۶۹ است.^۱ می توان با استفاده از پلان مندیبولار یک ارزیابی کلی از این نسبت صورت داد. لمس و جاگذاری یک جسم مسطح در طول حاشیه ی تحتانی مندیبل می تواند یک ایده کلی از شیب این پلان در اختیار قرار دهد.

صورت به طور کلی در بعد عمودی از نمای پروفایل، به دو دسته ی convergent (صورت کوتاه) و divergent (صورت بلند) تقسیم می شود. صورت کوتاه به این گونه تعریف می شود: زاویه flat پلان منیبولار با ارتفاع قدامی و خلفی مشابه، redundancy لب ها با شیار منتولیبال عمیق و ارتفاع تحتانی صورتی کوتاه (تصویر ۱-۲۹، A). در آن سر طیف، صورت بلند با این ویژگی ها مشخص می شود: افزایش ارتفاع قدامی صورت در مقایسه با ارتفاع خلفی آن، زاویه پلان مندیبولار شیب دار، احتمالاً incompetence لبها همراه با فاصله ی بین لبی افزایش یافته و شیار منتولیبال کم عمق (تصویر ۱-۲۹، B).

اکثر آنالیزهای بالینی طبیعتاً استاتیک هستند؛ بنابراین، توجه دقیق به پویایی و دینامیک بافت های نرم صورت به هنگام معاینه بالینی ضروری است. در این هنگام، آنالیز عملکرد طبیعی تر لب، شامل طول لبخندهای متفاوت، قرینگی لبخند و میزان نمایش دندانهای ثنایای بالا و پایین حین صحبت کردن، اهمیت بیشتری نسبت به تصاویر اجباری و غیرطبیعی دارد که از ویژگی های پویای بیمار تهیه شده است.



تصویر ۱-۲۸ A، ارتفاع صورت به سه قسمت مساوی تقسیم شده است.:: trichion تا گلابلا، گلابلا تا ساب نازال و ساب نازال تا منتون. B، ارتفاع تحتانی صورت خود به سه قسمت نامساوی تقسیم شده است: (یک سوم) ساب نازال-استومیون و (دو سوم) استومیون تا منتون.



تصویر ۱-۲۹ A، صورت کوتاه (براکیوفاسیال یا euryprosopic). B، صورت بلند (دولیکوفاسیال یا leptoprosopic).

تصاویر فوتوگرافی

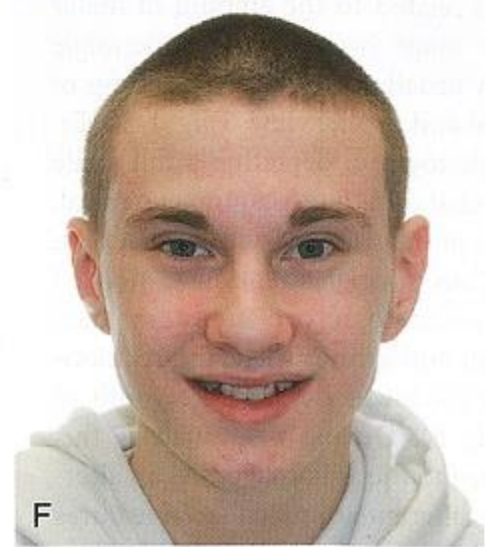
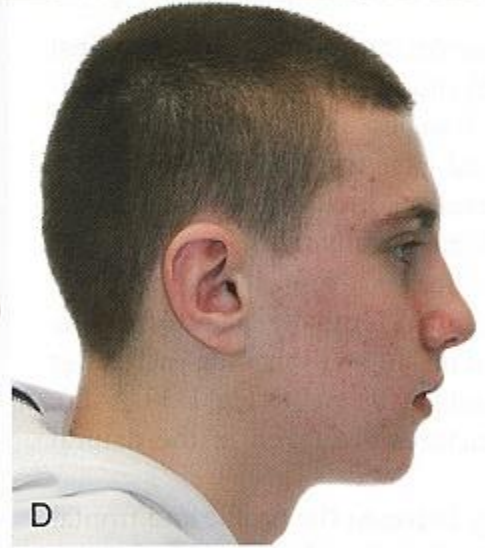
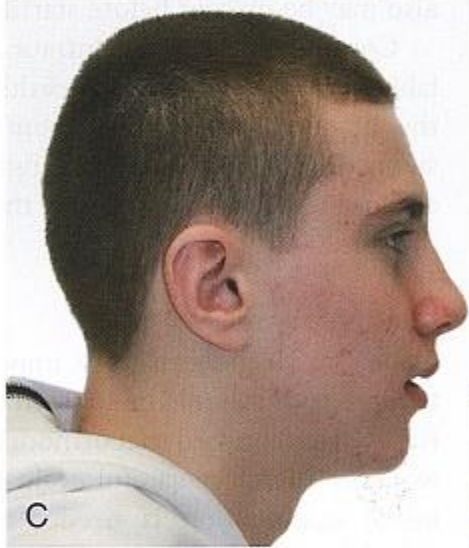
تصاویر فوتوگرافی خارج دهانی

اگرچه معاینه بالینی، فرصت مناسبی جهت ارزیابی بیمار فراهم می کند؛ اما ثبت اطلاعات خاص بیمار (تصاویر، قالب های داخل دهانی) نیز حائز اهمیت است. می توان از این اطلاعات، جهت آنالیز داده ها (رادیوگرافی ها، فوتوگرافی ها و مدل ها) ، پزشکی قانونی، پیشرفت درمان و ارزیابی پیامدهای درمانی استفاده کرد.

توصیه می شود، تصاویر فوتوگرافی متفاوتی از نماهای پروفایل و فرونتال، تهیه شوند. در ابتدا، تصاویر بیمار در نماهای فرونتال و پروفایل، از لب ها در حالت استراحت و در حالتی که لب ها تماس مختصری با یکدیگر دارند، تهیه می شود (تصویر ۱-۳۰، A-D). تصاویر پروفایل و فرونتال در وضعیت طبیعی سر (natural head position) تهیه می شوند.

تهیه ی نمایی با زاویه ۴۵ درجه بین نماهای فرونتال و پروفایل، اطلاعاتی را در ارتباط با میزان برجستگی مالار و شکل فک پایین فراهم می کند (زاویه ی پلان مندیبولار و زاویه ی گونیال). معمولاً یافته های این نما، اطلاعات حاصل از نماهای فرونتال و پروفایل را تایید می کند (تصویر ۱-۳۰، E).

نهایتاً، باید یک تصویر نمای فرونتالی تهیه نمود که نشان دهنده لبخند کامل فرد باشد. معمولاً این تصویر قادر به نمایش وسعت کامل یک لبخند نیست. بنابراین باید حین معاینه ی بالینی، توجه ویژه ایی برای ثبت اطلاعات مهمی هم چون میزان نمایش دندان ها ولثه، رابطه ی بین دندان بالا و لب پایین و عرض باکال کوریدور نمود (تصویر ۳۰-۱، F). می توان این اطلاعات را هنگام آنالیز داده ها، در تصویر های در حال سکون فرد، تصحیح نمود. اخیراً پیشنهاد شده است که به عنوان یک راهکار جایگزین، از تصاویر ویدئویی به عنوان بخشی از رکوردهای بالینی بیمار و برای بررسی ویژگی های متحرک صورت استفاده شود.^{۸۲}



تصویر ۱-۳۰ تصاویر خارج دهانی برای ثبت در رکوردهای بیمار. نمای فرونتال (A) همراه با حالت استراحت لب ها و (B) همراه با حالت تماس مختصر لب ها. نمای پروفایل (C) همراه با حالت استراحت لب ها و (D) تماس مختصر لب ها. E، تصویر فوتوگرافی ۴۵ درجه. ارزیابی موقعیت گونه و زاویه ی پلان مندیبولار در این نما صورت می گیرد. F، نمای فرونتال حین لبخند.