

## تقييم الإجراءات العلاجية المستخدمة في تدبير التهاب الأنسجة حول السنينة الجائح في جامعة دمشق

علي أبو سليمان\*

### الملخص

خلفية البحث وهدفه: يُعدُّ التهاب الأنسجة حول السنينة الجائح AgP مرضاً متعدد الأسباب و مازالت الإمبراضية السببية الخاصة به غير مفهومة تماماً، مما يجعل معالجته معقدة ولا يوجد حتى الآن بروتوكول علاجي محدد و مُتفق عليه. تقييم الإجراءات العلاجية المتبعة في قسم علم الأنسجة حول السنينة - كلية طب الأسنان - جامعة دمشق من أجل تدبير مرضى التهاب AgP، وذلك عن طريق تحريّ الطرائق العلاجية حول السنينة المستخدمة، وأنواع الصادات الحيوية الموصوفة في هذه العلاجات، كذلك التحقق من مدى التزام المرضى بمتابعة العلاج المقدم لهم.

مواد البحث وطرائقه: رُوِّجَت سجلات المرضى بين عامي 2010-2013 وشملت العينة 98 مريضاً (43 إناثاً، 55 ذكوراً) أعمارهم بين 18-35 سنة قُبِلُوا وفق معايير محددة. أُخِذَت بيانات المرضى الخاصة بالعمر، والجنس، والتدخين، والمهنة. كما وُثِّقَ نوع الالتهاب، ومصدر التحويل ونوع صور التشخيص الشعاعي. كذلك سُجِّلَت المعلومات الخاصة بالمراحل العلاجية: الأولية، والتصحيحية والمتابعة.

النتائج: وُجِدَت 73 حالة GAgP مقارنةً مع 25 LAgP بفرقٍ مهمٍ إحصائياً ( $P < 0,05$ ). كانت نسبة التحويل الداخلي في القسم من عيادة السنوات الجامعية هي العليا. سُجِّلَ انسحاب 6 مرضى قبل بدء أي مرحلة علاجية، بالمقابل كان الالتزام مرتفعاً في المرحلة الأولية بنسبة 94% مقارنةً مع 53% للمرحلة التصحيحية و35% للمتابعة الدورية. خضع 86 مريضاً للتقليل وتسوية الجذور بالمشاركة مع صادات حيوية و كانت مشاركة أموكسيسيلين+ميترونيدازول الأكثر تطبيقاً. كان أعلى نسبة تطبيق للطعوم العظمية عند مرضى LAgP، أخيراً لوحظت أعلى نسبة التزام بالمتابعة الدورية عند الإناث و الطلاب الجامعيين.

الاستنتاج: أبرزت هذه الدراسة كثيراً من النواحي الإيجابية خاصة الكشف المبكر وتطبيق أحدث العلاجات، كما أظهرت بعض النواحي السلبية أهمها مشكلات سجلات المرضى وعدم التزام المرضى بالمتابعة الدورية. كلمات مفتاحية: التهاب الأنسجة حول السنينة الجائح، الإجراءات العلاجية، الصادات الحيوية، التزام المرضى.

\* مدرس - قسم علم النسيج حول السنينة - كلية طب الأسنان - جامعة دمشق.

## Appraisal of Treatment Protocols Used in Managing Aggressive Periodontitis in Damascus University

Ali Abou Sulaiman\*

---

### Abstract

**Background & Objective:** Aggressive periodontitis (AgP) is considered a multi-factorial disease whose etiopathogenicity is not fully understood, thus making its treatment complicated and there is no universal treatment protocol yet.

**This study aims to assess types of periodontal treatment protocols used at Periodontics Department - Faculty of Dentistry - Damascus University for management of AgP by examining treatment methods, antibiotic prescription patterns and compliance with treatment.**

**Methods & Materials:** patient records between 2010-2013 were reviewed. 98 patients (34 females, 55 males) aged 18-38 years were included in this study according to specific criteria. Patients' data regarding age, gender, smoking and occupation were recorded. Also, disease type, referral source and radiographes were documented. Finally, information about all treatment stages was examined.

**Results:** there was 73 GAgP cases compared to 25 LAgP cases with statistical significance ( $P < 0.05$ ). Inner referral from undergraduate clinic in the department was the highest. 6 patients dropped out before any treatment. Whilest, the highest compliance rate was seen in phase I therapy with 94% of patients compared to 53% in corrective therapy and 35% in maintenance phase. 86 patients had adjunctive antibiotic therapy with scaling and root planning, with Amoxicillin+Metronidazole combination being the most prescribed. Bone grafts were mostly used in LAgP cases. Females and collage students had the highest compliance rate.

**Conclusions:** this study has pointed out numerous positive aspects especially early detection and applying the latest treatment techniques. However, it highlighted some negative aspects such as deficient patient records and patients' none compliance with treatment plans.

**Key words:** Aggressive periodontitis, Treatment protocols, Antibiotics, Patients' compliance

---

---

\* Assistant professor, Department of Periodontology, Faculty of Dentistry, Damascus University

**مقدمة:**

الارتباط وفقداناً عظيماً (الذي يمكنه أن يكون ذاتي التوقف)، وأخيراً كميات الترسبات واللويحة الجرثومية لا تتناسب مع شدة تخرب الأنسجة حول السن.

مع كون العوامل الممرضة الجرثومية هي العامل الأساسي المسبب لهذه الأمراض فإن الاستعداد للإصابة بالتهاب AgP لا يتساوى عند الأشخاص كلهم، إذ إنه عند بعض الأفراد الذين لديهم قابلية أكبر للإصابة بالمرض محددة بالعوامل الوراثية والبيئية فإن وجود هذه الجراثيم المسببة للمرض حول السني يمكنه أن يقلل من تأثير الدفاعات المناعية، ومن ثمّ يُسهّل تطور المرض حول السن<sup>6</sup>. حدثت زيادة مضطربة في السنوات القليلة الماضية في الدراسات التي أثبتت ترافق قابلية الإصابة بأنماط معينة من التهابات الأنسجة حول السن وخاصةً الجائحة مع التعدد الشكلي للمورثات المسؤولة عن عدد من السيتوكينات<sup>7</sup>.

تتضمن المعالجة حول السن المراحل الثلاث الآتية (Claffey & Polyzois 2008)<sup>8</sup>:

- مرحلة المعالجة الأولية Initial therapy وتشمل إزالة العوامل المسببة الرئيسة والسعي لتحقيق شروط صحية داخل الحفرة الفموية، وذلك عن طريق: توعية المريض، والتقليل وتسوية الجذر، وتصحيح العوامل الموضعية التي تُسهم في تراكم اللويحة وقلع الأسنان الميؤوس منها. كما تتضمن تطبيق العلاجات الكيميائية للسيطرة على اللويحة.

- المعالجة التصحيحية Corrective therapy تجري إعادة التقييم بعد مرحلة المعالجة الأولية وتتضمن هذه المرحلة: الجراحة حول السن والمعالجة التعويضية التجديدية.

- المعالجة الداعمة حول السن Supportive periodontal therapy وهي مرحلة الرعاية الدورية Maintenance phase وتهدف إلى منع عودة المرض من خلال تحديد مواعيد متابعة بناءً على شدة الحالة ودرجة العناية الفموية

تُعرّف الأكاديمية الأمريكية لأمراض الأنسجة حول السن<sup>1</sup> التهاب الأنسجة حول السن الجائح Aggressive Periodontitis (AgP) بأنه مرض يتألف من أنماط متباينة من التهابات الأنسجة حول السن التي تُصيب أفراداً يكونون في معظم الحالات سليمين من أي إصابات مرضية أخرى ويميل هذا المرض للتجمع العائلي و له معدل تطور سريع.

أوصت ورشة العمل الدولية في علوم أمراض الأنسجة حول السن في عام 1999 (The 1999 International Workshop in Periodontology) بأن يحل مصطلح التهاب الأنسجة حول السن الجائح مصطلحات التهاب الأنسجة حول السن المبكر Early-Onset Periodontitis و التهاب الأنسجة حول السن الشبابي Juvenile Periodontitis. يظهر التهاب AgP في أحد الشكلين الآتيين: موضع Localized (LAgP) ومعمّم (GAgP) Generalized. يُظهر كلا الشكلين تطوراً سريعاً للمرض وفي غياب أي كشف و/أو علاج مبكرين فإن الأسنان المشمولة بالإصابة تُبدي عادةً حركة زائدة بسبب الفقد الشديد للأنسجة حول السن، ويمكن أن يخسر المريض هذه الأسنان في نهاية المطاف<sup>3</sup>.

من ناحية ثانية، فقد ذكر<sup>4</sup> (Kinane 2001) أن التهاب AgP يتكون من مجموعة من الأمراض المشخصة عند مرضى أعمارهم أقل من 35 سنة ويتصف بفقد عظمي متقدم، وتوزع للأفات مختلف نوعاً ما عنه في التهاب الأنسجة حول السن المزمن (الكهلي) (Adult Chronic Periodontitis)، علامات سببية متميزة وميل للتجمع العائلي. وصف<sup>5</sup> (Lang et al, 1999) عدداً من العلامات الثانوية المشاهدة غالباً، ولكن ليس في الحالات جميعها في التهاب AgP وهي تشمل: خلافاً في وظائف البلعمة، وفرط استجابة البالعات الكبيرة، وتطور فقد

للمريض وتراوح من ثلاثة أشهر إلى سنة من تاريخ المعالجة.

تهدف المعالجة الداعمة بالصادات الحيوية Adjunctive antibiotics therapy في علم الأنسجة حول السنينة إلى دعم المعالجة الميكانيكية وتعزيز مقاومة المضيف للتغلب على الإصابات حول السنينة من خلال قتل العوامل الممرضة الجرثومية تحت اللثوية المتبقية التي يمكن أن تنجو من تأثير التنضير الميكانيكي بسبب قدرتها على اجتياح الأنسجة حول السنينة لتلتجئ إلى بنى غير سنينة لا تصلها الأدوات حول السنينة، أو بسبب ضعف مقاومة المضيف؛ وهنا يأتي دور الصاد الحيوي<sup>9</sup>. ذكر (Seymour & Hoog 2008)<sup>10</sup> أن الصادات الحيوية الآتية: الميترونيدازول، الكلينداميسين، التتراسيكلين والمينوسيكليين والدوكسيسيكليين، السيبروفلوكساسين والأزيترومايسين تعدّ من أكثر الصادات استخداماً بشكلها الجهازي في معالجة التهاب الأنسجة حول السنينة، وقد خضعت للعديد من الاختبارات والبحوث. كما تعد الأموكسيسيلين+الميترونيدازول والميترونيدازول+السيبروفلوكساسين هي أهم المشاركات المستخدمة في المعالجة حول السنينة.

هناك غنى في الأدب الطبي بالبحوث والدراسات التي تقدّم توصيات وخططاً علاجية متنوعة وعديدة من أجل تدبير التهاب الأنسجة حول السنينة الجائح. لا يوجد بروتوكول علاجي محدد ويمكن أن يُعزى اختلاف النتائج بين الدراسات إلى الاختلافات في تصميم الدراسات (من حيث: الجرعة الدوائية، وعدد المرضى، ومدة المتابعة وشدة المرض حول السنينة)، أو التنوع في طرائق تقييم نتائج العلاج ولاسيما اختلاف طرائق الفحص الجرثومي المتبعة أو اختلاف الجراثيم بين مختلف الأعراق.

#### -الهدف من البحث:

أنجزت هذه الدراسة من أجل تقييم الإجراءات العلاجية المتبعة في قسم علم الأنسجة حول السنينة- كلية طب الأسنان- جامعة دمشق من أجل تدبير مرضى التهاب الأنسجة حول السنينة الجائح؛ وذلك عن طريق تحريّ الطرائق والأنماط العلاجية حول السنينة المستخدمة وأنواع الصادات الحيوية الموصوفة في هذه العلاجات، كذلك التحقق من مدى التزام المرضى بمتابعة العلاج المقدم لهم.

#### - المواد والطرائق:

##### - عينة الدراسة

أنجزت الدراسة في عيادة الدراسات العليا في قسم علم الأنسجة حول السنينة - كلية طب الأسنان - جامعة دمشق. بعد الحصول على موافقة المجالس المختصة رُوِّجَت سِجَّات المرضى وبطاقاتهم خلال المدة الممتدة بين عامي 2010 - 2013 من أجل تعرّف المرضى الذين ينتمون للمجموعة العمرية الموافقة للإصابة بالتهاب الأنسجة حول السنينة الجائح AgP. اختير المرضى الذين هم تحت 35 سنة عند خضوعهم للتشخيص والعلاج في عيادة الدراسات العليا في القسم المذكور.

جرت مراجعة سجلات 638 مريضاً بعمر تحت 35 سنة وعُثِرَ على 102 مريضاً مشخصين بالتهاب AgP. جرى التحقق من موثوقية التشخيص بناءً على وجود المعايير النموذجية (خاصةً إصابة الفقد العظمي النموذجية عند الأرحاء والقواطع) لالتهاب AgP بحسب تصنيف ورشة العمل الدولية في علوم أمراض الأنسجة حول السنينة 1999<sup>2</sup>. بالمقابل استُبعِدَ المرضى الذين لم يحققوا المعايير الآتية: عدم وجود معلومات كاملة وافية عن القصة المرضية والتاريخ الطبيّ والسنيّ، وعدم وجود صور التشخيص الشعاعي، والمصابون بمرض حول سنينة مزمن، والحوامل والمرضعات، والمصابون بأمراض

جهازية عامة (خاصةً الأمراض التي يمكنها أن تعدل الاستجابة المناعية). استُبعدَ 4 مرضى، وشملت عينة البحث النهائية 98 مريضاً (43 إنثاءً و55 ذكوراً) وراوح عمر المرضى بين 18- 38 سنة بمتوسط عمر 23,5±5,3 سنة للإناث و25,7±4,8 سنة للذكور. أُخذت بيانات المرضى الخاصة بالعمر، والجنس، والمهنة (طالب طب أسنان، وطالب جامعي غير طب أسنان، وموظف+عمال، وغير مذكور) و التدخين (مدخن / غير مدخن). كذلك سُجِّل مصدر تحويل المريض (داخل القسم من عيادة طلاب السنوات الجامعية، داخل الكلية من الأقسام الأخرى، أطباء أسنان خارج الكلية، غير مذكور). أيضاً، وثِّقَ نوع الصور الشعاعية المستخدمة في التشخيص (بانوراما، بانوراما ديجيتال بانوراما+ذروي). كما حُدِّدَ نوع تشخيص الالتهاب الجائح (موضع / معمّم). شملت المعلومات الخاصة بمرحلة المعالجة الأولية تسجيل البيانات الآتية: التوعية (نعم/ لا)، وصف المضامض (كلورهيكزيدين، لا يوجد)، القلع (نعم/ لا)، التقليل والتسوية (نعم، نعم+ صادات، لا)، الصادات الحيوية (دوكسيسيسكلين، أزيثروميسين، أموكسيسيكلين+ميترونيدازول، سيبروفلوكساسين+ميترونيدازول، لا يوجد). في حين تضمّنت المعلومات الخاصة بمرحلة المعالجة التصحيحية البيانات الآتية: العلاج الجراحي (نعم، نعم + صادات، لا)، علاجات تصحيحية للأنسجة الرخوة (طعم لثوي حر، طعم ضام، لا يوجد)، معالجات تجديدية (طعوم عظمية،

طعوم عظمية + GTR، لا يوجد). أخيراً، شملت البيانات الخاصة بمرحلة المتابعة الدورية: توزع المرضى وفقاً للالتزام بالمرحل العلاجية بدءاً من تاريخ العلاج (انسحاب، المرحلة الأولية، المرحلة التصحيحية، المتابعة) وتوزع المرضى الملتزمين بالرعاية الدورية بحسب الجنس والمهنة ونمط الالتهاب.

#### - الدراسة الإحصائية

أُدخِلت البيانات إلى الحاسوب وأُجري التحليل الإحصائي بواسطة برنامج إحصائي متخصص SPSS (Ver.13, IL, USA). حُسِبَ المتوسط والانحراف المعياري للمتغيرات الكمية جميعها. كذلك حُسِبَتِ البيانات والتكرارات الوصفية للمتغيرات جميعها. استخدم تحليل Student's independant t-test في المقارنات الثنائية. في حين، استخدم تحليل  $\chi^2$  Chi-square test في مقارنة الاختلافات في توزع المتغيرات بين المجموعات. عُدَّتِ النتائج مهمةً إحصائياً عند مستوى دلالة  $P=0,05$ .

#### - النتائج:

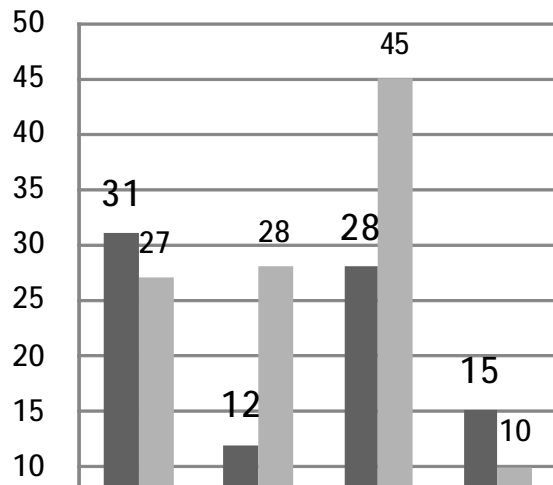
يُوضِّح الجدول (1) توزع بيانات المرضى في عينة الدراسة من حيث العمر والجنس والتدخين وفقاً لتصنيف المرض حول السني في مجموعتي GAgP و LAgP في الأعوام الدراسية 2010-2011 و 2011-2012 و 2012-2013.

الجدول (1): توزيع بيانات المرضى في عينة الدراسة بحسب العمر والجنس و التدخين وفقاً لتصنيف المرض حول السنينة

	الإجمالي			-2012 2013	-2011 2012	-2010 2011	العمر m±sd
	مجموع	LAGP	GAGP	مجموع	مجموع	مجموع	
	3,2± 24,5	3,4± 23,3	3,9± 26,6	1,3± 21,3*	3,4± 25,5	3,8± 26	
	(%44) 43	(%60) 15	(%38) 28	(%44) 8	(%44) 16	(%43) 19	F
التهاب أنسجة حول سن جائح معمم = GAGP	(%56) 55*	(%40) 10	(%62) 45	(%56) 10	(%56) 20	(%57) 25	M
التهاب أنسجة حول سن جائح موضع = LAGP	(%41) 40	(%40) 10	(%41) 30	(%33) 6	(%44) 16	(%41) 18	Y
F = أنثى _____ M = ذكر Y = نعم _____ N = لا							
m = المتوسط _____ sd = الانحراف المعياري * = فرق مهم إحصائياً (P<0,05)	(%59) 58*	(%60) 15	(%59) 43	(%67) 12	(%56) 20	(%59) 26	N

شملت عينة البحث النهائية 98 مريضاً (43 إناثاً و 55 ذكوراً)،راوح عمر المرضى بين 18-38 سنة وكان متوسط العمر الإجمالي 3,2± 24,5 ولوحظ أن متوسط العمر الإجمالي في العام الدراسي 2012-2013 بلغ 1,3± 21,3 وكان أخفض بفارقٍ مهمٍ إحصائياً عن العامين السابقين. وصل عدد حالات الشكل GAGP 73(74%) مقارنةً مع 25(26%) من الشكل LAGP، وذلك بفرقٍ مهمٍ إحصائياً. وصلت نسبة المدخنين

الإجمالية في العينة إلى 41% مقارنةً مع 59% غير مدخنين. أظهرت مقارنة توزيع بيانات المرضى عند الذكور والإناث في العينة بحسب الحالة حول السنينة والعمر والتدخين فروقاً مهمةً إحصائياً (P< 0.05). فقد كان متوسط العمر 5,3±23,5 سنة عند الإناث مقارنةً مع 4,8 ±25,7 سنة للذكور.



الشكل (1): توزيع بيانات المرضى عند الذكور و الإناث بحسب الحالة

حول السنينة والعمر والتدخين، \* = فرق مهم إحصائياً (P<0,05)

كذلك، سُجِّل وجود 45(62%) مريضاً ذكراً مقارنةً مع 15(60%) أنثى مقارنةً مع 10(40%) ذكور في 28(38%) أنثى في مجموعة GAGP. بالمقابل كان هناك مجموعة LAGP. كذلك، كان عدد المدخنين الذكور 28

مريضاً (70%) مقارنةً مع 12 حالة (30%) عند المصدر الثاني للتحويل هو التحويل من أقسام الكلية الأخرى بمجموع 28 مريضاً. ويُلاحظ عدم وجود أي حالة تحويل خارجي من أطباء الأسنان العاميين في مجموعة LAgP. كما يُلاحظ وجود 31 حالة غير مذكورة مصدر التحويل فيها. كانت نسبة التحويل الداخلي في القسم من عيادة طلاب السنوات الجامعية هي الأعلى بفارقٍ مهمٍ إحصائياً مقارنةً بمصادر التحويل الأخرى. فقد بلغ مجموع المرضى في مجموعة التحويل من داخل القسم 35 مريضاً. و كان

الجدول (2): التوزيع بحسب التحويل وفقاً لتصنيف المرض حول السني

مجموع	LAgP	GAgP		التحويل
8 (8%)	0 (0%)	8 (11%)	خارجي	
35* (36%)	13* (52%)	22 (30%)	داخلي قسم	
24 (24%)	6 (24%)	18 (25%)	داخلي أقسام	
31 (32%)	6 (24%)	25 (34%)	غير مذكور	

\* = فرق مهم إحصائياً ( $P < 0,05$ )

أظهر توزيع العينة بحسب المهنة (الجدول 3) وجود 8 أخرى، كما سجل وجود 27 حالة (28%) غير مذكور حالات (8%) مرضى من طلاب كلية طب الأسنان. كذلك بدقة نوع المهنة فيها. لوحظ وجود 26 مريضاً (36%) طلاب جامعة من كليات

الجدول (3): توزيع العينة بحسب المهنة وفقاً لتصنيف المرض حول السني

مجموع	LAgP	GAgP		المهنة
26 (26%)	10* (40%)	16 (22%)	طلاب جامعة	
8 (8%)	6 (24%)	2 (3%)	طلاب أسنان	
37 (38%)	5 (20%)	32* (44%)	عمال	
27 (28%)	4 (16%)	23 (31%)	غير مذكور	

\* = فرق مهم إحصائياً ( $P < 0,05$ )

كانت صور البانوراما هي الأكثر استخداماً بفارقٍ مهمٍ استخدام صور بانوراما ديجيتال في العام الدراسي إحصائياً عند دراسة توزيع العينة بحسب نوع التشخيص 2012-2013 مقارنةً بالعامين السابقين. الشعاعي. وبالمقابل لوحظ ازدياداً مهمٍ إحصائياً في

الجدول (4): توزيع عينة الدراسة بحسب نوع التشخيص الشعاعي

مجموع	-2012 2013	-2011 2012	-2010 2011	
48* (49%)	4 (22%)	16 (44%)	28 (63%)	بانوراما
12 (12%)	2 (11%)	4 (12%)	6 (14%)	بانوراما + نزوي
38 (39%)	12 (67%)	16 (44%)	10 (23%)	بانوراما ديجيتال

\* = فرق مهم إحصائياً ( $P < 0,05$ )

يُبين الجدول (5) نسب التزام المرضى في مراحل العلاج المختلفة. سُجِّل انسحاب 6 (6%) مرضى قبل بدء أي مرحلة علاجية. بالمقابل كانت نسبة الالتزام مرتفعةً المتابعة الدورية. بفارقٍ مهمٍ إحصائياً في المرحلة الأولية، وذلك بمجموع

الجدول (5): نسب الالتزام وفقاً لتصنيف المرض حول السنينة

مجموع	LAGP	GAgP		
6 (6%)	2 (8%)	4 (5%)	انسحاب	
92 (94%)	23 (92%)	69 (95%)	مرحلة أولية	
52 (53%)	16 (64%)	36 (49%)	مرحلة تصحيح	
34 (35%)	11 (44%)	23 (31%)	متابعة دورية	

\* = فرق مهم إحصائياً ( $P < 0,05$ )

يُظهر الجدول (6) توزع العلاجات في المرحلة الأولية. مرتفعة بفارق مهم إحصائياً في مجموع الحالات التي فقدت كانت التعليمات الخاصة بالتوعية موجودة عند 45 (49%) مريضاً فقط. كذلك وُصف الكلورهيكزيبدين عند 64 (69%) مريضاً مقارنةً مع 28 (31%) حالة لم يُسجَل فيها بشكلٍ تفصيليٍّ وصف الكلورهيكزيبدين. كان هناك 50 (54%) حالة لم يُذكر فيها أية معلومات خاصة بعمليات القلع للأسنان المصابة. بالمقابل كانت هناك نسبة

الجدول (6): توزع العلاجات في المرحلة الأولية

مجموع	LAGP	GAgP		
45 (49%)	13 (56%)	32 (46%)	نعم	التوعية
47 (51%)	10 (44%)	37 (54%)	لا	
64* (69%)	18 (76%)	46 (67%)	نعم	CHX
28 (31%)	5 (24%)	23 (33%)	لا	
42 (46%)	8 (36%)	34 (49%)	نعم	القلع
50 (54%)	15 (64%)	35 (51%)	لا	
3 (3%)	1 (4%)	2 (3%)	نعم	SRP
86* (94%)	21 (92%)	65 (94%)	نعم + صادات	
3 (3%)	1 (4%)	2 (3%)	لا	

CHX = كلورهيكزيبدين - SRP = تقليح و تسوية جذور

\* = فرق مهم إحصائياً ( $P < 0,05$ )

يُوضِّح الجدول (7) توزع الصادات الحيوية كعلاج كيميائية داعمة للتقليح وتسوية الجذور. كانت مشاركة أموكسيسيلين+ميترونيدازول الأكثر تطبيقاً بفارق مهم إحصائياً، فقد وُصِفَتْ عند 47 (51%) مريضاً، بالمقابل كان الازيثرومايسين في المرتبة الثانية عند 19 (21%)



الجدول (7): توزع الصادات الحيوية وفقاً لتصنيف المرض حول السني

مجموع	LAgP	GAgP	
(%18) 16	(%23) 5	(%15) 11	Doxycycline
(%21) 19	(%18) 4	(%22) 15	Azithromycin
(%51) 47	(%43) 10	(%54) 37	Amoxicillin + Metronidazole
(%4) 4	(%8) 2	(%3) 2	Cefprofloxacin + Metronidazole
(%6) 6	(%8) 2	(%6) 4	لا يوجد

\* = فرق مهم إحصائياً (P&lt;0,05)

يُبين الجدول (8) توزع العلاجات في المرحلة جراحة طعم ضام. كذلك أُجريت جراحة تجديدية عند 34 التصحيحية. إذ خضع 52 مريضاً للمعالجة بالتجريف مريضاً شملت تطبيق طعوم عظمية عند 24 حالة وتطبيق المفتوح مقارنةً مع 40 حالة لم يلتزموا بالمرحلة طعوم عظمية + تجدد نسيجي مُوجّه عند 10 حالات. التصحيحية. أُجريت جراحة الأنسجة الرخوة عند 28 كانت هناك زيادةً مهمةً إحصائياً في استعمال الطعوم حالة منها 10 حالات جراحة طعم لثوي حر و 10 حالات العظمية في مجموعة LAgP.

الجدول (8): توزع العلاجات في المرحلة التصحيحية وفقاً لتصنيف المرض حول السني

مجموع	LAgP	GAgP		
(%56) 52*	(%70) 16	(%52) 36	نعم	تجريف
(%44) 40	(%30) 7	(%47) 33	لا	مفتوح
(%35) 18	(%50) 8	(%28) 10	FGG	جراحة
(%19) 10	(%25) 4	(%16) 6	CG	نسيج
(%46) 24	(%25) 4	(%56) 20	لا	رخوة
(%46) 24	(%63) 10*	(%39) 14	BG	جراحة
(%19) 10	(%25) 4	(%16) 6	BG+G TR	تجددية
(%35) 18	(%12) 2	(%45) 16	لا	

FGG = طعم لثوي حر - CG = طعم ضام - BG = طعم عظمي

GTR = تجدد نسيجي موجه - \* = فرق مهم إحصائياً (P&lt;0,05)

يُوضّح الجدول (9) نسبة الالتزام الإجمالية بالمتابعة طلاب طب الأسنان بالمتابعة الدورية 100%، في حين الدورية. كانت نسبة الالتزام الإجمالية عند الإناث أعلى التزم 14 مريضاً (54%) من أصل 26 من طلاب الجامعة بفارقٍ مهمٍ إحصائياً في مجموعتي LAgP و GAgP مقارنةً و 12 مريضاً (35%) من أصل 37 بمرحلة المتابعة بالذكور. كذلك، كان المجموع الإجمالي لنسبة الالتزام عند الدورية. الإناث أعلى منه عند الذكور. من ناحية ثانية، كان التزام

الجدول (9): نسبة الالتزام الإجمالية بالمتابعة الدورية بحسب الجنس والمهنة

مجموع	LAgP	GAgP		
(%49) 43/21*	(%62) 13/8*	(%46) 28/13*	أنثى	الجنس
(%24) 55/13	(%30) 10/3	(%22) 45/10	ذكر	
(%54) 26/14	(%30) 10/3	(%69) 16/11	طلاب جامعة	المهنة
(%100) 8/8*	(%100) 6/6	(%100) 2/2	طلاب أسنان	
(%35) 37/12	(%30) 5/2	(%31) 32/10	عمال	

\* = فرق مهم إحصائياً (P&lt;0,05)

## المناقشة:

بعمر تحت 35 سنة بين عامي 2010 و 2013. وقد عُثِرَ على 102 بطاقة لمرضى مشخصين بالتهاب AgP، لكن بسبب وجود معايير محددة لقبول المرضى استُبعد منهم 4 بطاقات بسبب النقص الكبير في معلومات التشخيص، أو غياب الصور التشخيصية الشعاعية وشمات العينة النهائية 98 مريضاً. أظهر تحليل البيانات الديموغرافية للعينة المدروسة عدداً من النتائج المثيرة للاهتمام. فقد كانت هناك زيادة في عدد المرضى الذكور مقارنةً بالإناث بفرقٍ مهمٍ إحصائياً ( $P < 0.05$ ). إذ وُجِدَ 55 ذكراً مقابل 43 أنثى في المجموع الكلي. كذلك، سُجِّلَ وجود 45 مريضاً ذكراً مقارنةً مع 28 أنثى في مجموعة GAgP. وبالمقابل كانت هناك 15 (60%) أنثى مقارنةً مع 10 (40%) ذكور في مجموعة LAgP. وهذا يتفق مع ما أظهرته المسوحات الوبائية العالمية epidemiological surveys من أن التهاب الأنسجة حول السنينة أكثر انتشاراً لدى الذكور من الإناث في مختلف المجتمعات السكانية إذ كان يُعزى السبب تقليدياً إلى العناية الفموية الفضلى لدى الإناث و/أو اهتمام النساء بشكل أكبر بالطبابة السنينة والفموية<sup>11</sup>. أيضاً، كان متوسط العمر  $5,3 \pm 23,5$  سنة عند الإناث مقارنةً مع  $4,8 \pm 25,7$  سنة للذكور دون وجود فرقٍ إحصائي بين المجموعتين. وهذا يتفق مع الأدلة المستخلصة من الأدب الطبي، فقد كان يُقدَّر أن العمر مؤشر خطر فعّال في التهاب الأنسجة حول السنينة الجائح مع معدل إصابة أكبر عند الإناث تحت 14 سنة مقارنةً بازدياد الإصابة عند الذكور بعد

تُعَد كلية طب الأسنان في جامعة دمشق المركز الأكاديمي الخاص بطب الأسنان الأكبر في سورية. تقع كلية طب الأسنان في منطقة سكانية أهلية في قلب مدينة دمشق يكون الوصول إليها سهلاً ومستطاعاً لشرائح واسعة من السكان تشمل بشكل رئيس محافظتي دمشق وريفها والمحافظات المحيطة بها. تُعَدُّ كلية طب الأسنان المركز الأكاديمي الأكبر الذي يختص بتدريس طب الأسنان وتقديم خدمات متميزة تُلبّي الاحتياجات السنينة المجتمعية. كذلك، تتميز الكلية فضلاً عن تدريس طب الأسنان للسنوات الجامعية الأولى بوجود أقسام عديدة تُدرّس فيها مختلف الاختصاصات السنينة لطلاب الدراسات العليا الذين يحصلون فيها سنوياً على درجات الماجستير والدكتوراه. يُعَدُّ قسم علم الأنسجة حول السنينة واحداً من أقدم أقسام الكلية ويُعَدُّ حالياً من أكبر هذه الأقسام وأهمها وقد تطور ليشمل: عيادة السنوات الجامعية الأولى، وعيادة الدراسات العليا وغرفة عمليات حديثة جداً وهو مختص بالتعامل مع الأنماط المختلفة من الأمراض حول السنينة وتقديم العلاجات حول السنينة وفق أعلى مستوى أكاديمي خدمي.

إن تدبير المرضى المصابين بالتهاب الأنسجة حول السن الجائح AgP هو جزء أساسي من العمل اليومي في هذا القسم، لذا أُجريت هذه الدراسة في عيادة الدراسات العليا - قسم علم الأنسجة حول السنينة - كلية طب الأسنان إذ رُوِّجَت سِجَلَات المرضى جميعهم الذين كانوا

أخيراً، من الملاحظات المهمة جداً في هذا البحث كون الشكل المعمم GAgP أكثر انتشاراً في العينة بفرقٍ مهمٍ إحصائياً ( $P < 0,05$ ) إذ بلغت نسبته 74% (73 حالة) مقارنةً مع 26% (25 حالة) للشكل LAgP. يُمكن تفسير هذا من خلال أمرين مهمين جداً هما: طبيعة الرعاية السنوية لدى المرضى وغياب الكشف المبكر. على الجانب الأول، يُعتقد بشكلٍ عام أن معظم المرضى المراجعين للقسم يفتقدون الرعاية السنوية الأساسية ولا يملكون القدرة على سدّ نفقات العلاجات التخصصية أو النوعية. لذلك لا يُمكن أن تُعزى النتائج فقط إلى البيانات السكانية الخاصة بمجموعة المرضى المشمولة في العينة التي حُلّت إنّما تظهر أيضاً الحاجة لدراسة تفصيلية لبيانات أخرى لم تكن مذكورة في بطاقات المرضى. فقد ذكرت عدة دراسات أن التجمعات البشرية ذات المستوى الاجتماعي الاقتصادي المتدني (*low socio-economic status* (ذوي الدخل المنخفض و/أو التعليم المتدني) لديهم مستوى خطر أعلى للإصابة بالتهاب الأنسجة حول السنوية من الأشخاص ذوي المستوى الاجتماعي الاقتصادي المرتفع. قد يُعزى ارتفاع مستوى الخطر لدى هذه المجموعات إلى اختلاف القدرة على الحصول على الفرص والموارد التي تؤدي إلى إجراءات وسلوكيات وقائية<sup>12</sup>.

على الجانب الآخر، أثبتت الدراسات أن الكشف المبكر والبدء بالعلاج الفوري للمرضى الذين يُظهرون أعراض الإصابة بالتهاب الأنسجة حول السن الجائح يُعدّان

هذا العمر<sup>11</sup>. لكن الدراسات الأحدث تُعدّ أن استعداد الشخص للإصابة بالتهاب الأنسجة حول السنوية أكثر أهمية من العمر، المرض بعمرٍ أبكر<sup>12</sup>. وهنا يُلاحظ في هذه الدراسة أن متوسط العمر الإجمالي في العام الدراسي 2012-2013 بلغ  $21,3 \pm 1,3$  سنة، وكان أخفض بفارقٍ مهمٍ إحصائياً عن العامين السابقين. يُمكن تفسير ذلك في ظلّ نظرية (Gemelle & Seymour 2004)<sup>6</sup> إذ نفترض أن هؤلاء المرضى لديهم جراثيم ممرضة حول سنوية مع وجود استعداد وراثي و دور مهم متزايد للعوامل البيئية إذ لا يخفى دور الضغوط النفسية الاجتماعية خاصة في ضوء الظروف العامة الحالية. إنّ الآلية التي تؤثر فيها الضغوط النفسية الاجتماعية في صحة الأنسجة حول السنوية معقدة، فقد بيّن (Sheiham & Nicolau 2005)<sup>13</sup> في مراجعة لتقييم تأثير الشدة النفسية الاجتماعية في المرض حول السنوي، أهمية بعض العوامل الممرضة نفسياً والمتعلقة بالاستعداد للمرض حول السنوي الشديد مثل التدخين وتراجع العناية الفموية، وتوصلاً إلى أن هناك ارتباطاً واضحاً للمرض حول السنوي مع التوتر والانتعاج. في السياق نفسه، وصلت نسبة المدخنين الإجماليين في العينة إلى 41% مقارنةً مع 59% غير مدخنين، مع كون نسبة المدخنين الذكور أكبر منها عند الإناث (70% مقارنةً مع 30%). أصبح موثقاً بشكلٍ تام من خلال الكم الكبير للأدلة في الأدبيات الطبية أن التدخين عامل خطر مهم جداً في حدوث المرض حول السنوي وتقدمه<sup>11</sup>.

في أبكر وقت ممكن. هذا يقود للاقتراح بضرورة خضوع المرضى المراهقين المراجعين لأقسام الكلية المختلفة للفحص حول السنينة قبل البدء بالعلاجات المتنوعة المطلوبة.

أشار<sup>14</sup> (Armitage 2010) إلى ضرورة تصنيف مرضى التهاب AgP ضمن مجموعة الخطورة حول السنينة المرتفعة High-periodontal risk group، إذ تضم هذه المجموعة العدد القليل من الأفراد الذين يُظهرون تخرباً أنسجة حول سنينة مبكراً وسريعاً يليه فقد لاحق للأسنان. يُعدّ التشخيص حول السنينة السريري الدقيق عاملاً حاسماً في تقديم العلاج المناسب والرعاية الصحيحة، يجب أن تشمل عملية التشخيص فحصاً سريرياً شاملاً فضلاً عن استعمال الصور الشعاعية ذات القيمة التشخيصية الجيدة. أوضحت مراجعة سجلات المرضى في هذا البحث أن صور البانوراما هي الأكثر استعمالاً مقارنةً بصور البانوراما الديجيتال بنسبة 61% مقارنةً مع 39% لصور بانوراما ديغيتال، كان منها نسبة 12% لحالات استخدم فيها صور بانوراما + صور ذرية. كما سُجّل هنا وجود زيادة مهمة في استخدام صور البانوراما ديغيتال في العام الدراسي 2012-2013. ذكر (Armitage<sup>14</sup> 2010) أن فقد العظم السنخي البدئي يُمكن تحديده بدقة عند المراهقين واليافعين (14-35 سنة) باستخدام الصور الشعاعية المجنحة، إذ مع كون هذه التقنية تحتاج إلى درجة من الدقة إلا أن غالبية الصور المجنحة ستسمح بإجراء قياسات لتحديد فقد قمة العظمي السنخي. يُمكن عدّ أية صورة مجنحة لموقع خلفي ملاصق

عاملين رئيسيين في نجاح العملية العلاجية وتأسيس صحة حول سنينة عند هؤلاء المرضى<sup>14</sup>. وهنا لا بد من الربط بين عملية الكشف للمرض وبعض الملاحظات الناتجة عن هذا البحث، فقد كان هناك انخفاض واضح جداً في عدد الحالات التي كانت مُحوّلة من أطباء الأسنان العامّين إلى القسم إذ سُجّل وجود 8 حالات (8% GA) فقط دون وجود أي حالة من الشكل الموضوع مصدرها خارجي. بالمقابل كان عدد المرضى المحولين من داخل الكلية 59 مريضاً منهم 35 (36%) من عيادة السنوات الجامعية الأولى في قسم علم الأنسجة حول السنينة و24 (24%) حُوّلوا من قبل طلاب الدراسات العليا في أقسام الكلية الأخرى. هذا يُبرز فعالية العمل في القسم ونجاح الأساتذة والمشرفين على الجوانب العملية في كشف الحالات، وخاصةً أن 52% من حالات LA (13 حالة من أصل 25) كان مصدرها من داخل القسم. من ناحية ثانية، هناك حاجة لتعزيز فعالية التحويل من الأقسام الأخرى لتعزيز الكشف المبكر و تلافي بعض حالات الخلل، فقد كانت هناك حالتان لمريضتين مصابتين بالشكل المعمّم تح حُوّلوا إلى القسم بعد أن خضعوا لجزء كبير من المعالجة التقويمية المستتربة لهم، وبعد أن ساءت حالتهم بشكل كبير. أكد (Levin et al<sup>15</sup> 2013) أن المعالجات التقويمية تبدأ غالباً في أعمار صغيرة لذا يجب أن يخضع المراهقون للفحص حول السنينة الدوري من أجل الكشف المبكر عن وجود التهاب AgP قبل البدء بالعلاج التقويمي مع ضرورة أن يبدأ العلاج

للإجراءات العلاجية المتبعة خلال المراحل المختلفة من تدبير المرضى.

يُعدُّ التهاب الأنسجة حول السنّية مرضاً إنتانياً مسبباً بالجرانيم، ومن ثمَّ فإنَّ تحقيق النجاح في معالجته يتطلب إنقاص مستوى الجرانيم المسببة للمرض أو رفع مقاومة الأنسجة المضيفة للدفاع و لإصلاح نفسها. وهذا يحتاج شروطاً عديدة منها تثقيف المريض وتوعيته للاهتمام بالصحة الفموية وإجراء المعالجات الميكانيكية التقليدية والمعالجة الجراحية، فضلاً عن استخدام المعالجة الدوائية الداعمة<sup>16</sup>.

كانت الإجراءات العلاجية المتبعة في القسم متوافقةً بشكلٍ عام مع أحدث الخطوط العامة للعلاجات حول السنّية المذكورة في الأدب الطبي. وصلت نسبة التزام المرضى في المرحلة الأولى إلى 94%، وهي أعلى بفارقٍ مهمٍ إحصائياً عن باقي المراحل. من الأمور المهمة التي يجب التوقف عندها أن تعليمات التوعية والصحة الفموية لم تكن مذكورةً بشكلٍ تفصيلي عند 51% من المرضى، كذلك لم يُسجّل وصف الكلورهيكزيدين عند 31% من الحالات. تُعدُّ عمليتا توعية المريض Patient motivation وإعطاء تعليمات السيطرة على اللويحة plaque control instructions من أهم خطوات المعالجة حول السنّية التي تؤدي إلى النجاح طويل الأمد، ومن واجب الطبيب المعالج إعطاؤها الوقت الكافي لمساعدة المريض على التخلص من اللويحة الجرثومية يومياً<sup>16</sup>. إنَّ الإزالة الفعّالة للويحة الجرثومية شرطٌ أساسيٌ للحصول على بيئة فموية ولثوية جيدة خلال مراحل العمر المختلفة، وهناك

تقيس أكبر من 2 ملم بين الملتقى المينائي الملاطي وقمة العظم السنخي أنها تشكل فقداً عظيماً مبكراً. على ضوء هذا تبدو أهمية إضافة استخدام الصور المجنحة في العملية التشخيصية في قسم علم الأنسجة حول السنّية.

لا بُد من الإشارة إلى واحدة من أهم الصعوبات التي واجهت هذا البحث، وهي الحصول على سجلات المرضى المراجعين في سنوات دراسية سابقة إذ لم نتمكن من العثور على سجلات المرضى قبل العام الدراسي 2010-2011. تُعدُّ بطاقات المرضى المتضمنة لمعلومات تشخيصية حول سنّية وافية عاملاً رئيساً في نجاح الرعاية والمتابعة وفعاليتها لهؤلاء المرضى. لذلك تبدو أهمية الحاجة لإدخال تحسينات شاملة في طرائق حفظ سجلات المرضى في قسم علم الأنسجة حول السنّية وأهمية استخدام أساليب حديثة مثل حفظ السجلات بواسطة الحاسوب. في الإطار نفسه، تبدو هناك حاجة ملحّة لتعديل بطاقات المرضى المستخدمة من قبل طلاب الدراسات العليا وتجديدها في القسم على نحو مشابه لعملية تجديد بطاقة المرضى الخاصة بالسنوات الجامعية الأولى التي أثبتت نجاحاً ملموساً. إذ هناك ضرورة لإضافة أقسام جديدة ومشعرات سريرية حديثة تضمن تلافياً أي نقص في البيانات الديموغرافية للمرضى وتسجيلاً دقيقاً لمشعرات الحالة حول السنّية، كما تؤمن سجلاً دقيقاً للعوامل الموضعية التي تسمح بتجميع اللويحة (مثل التزميمات والتعويضات السيئة) وتشمل أقساماً تفصيلية

التي تُقدّمها. يُمكن إجراء مقارنة مشابهة من خلال مراجعة نتائج بحوث الماجستير المنجزة في قسم علم الأنسجة حول السنينة. أوضحت دراسة (أبو سليمان 2001)<sup>17</sup> نجاح الدوكسيسيكليين الجهازية وفعالينه بالمشاركة مع التجريف المفتوح في علاج التهاب AgP مع الحصول على أفضل النتائج في علاج الشكل الموضع بطعوم الهيدروكسي أباتيت الممزوجة بالدوكسيسيكليين مقارنةً بالتجريف المفتوح وحده. كذلك، بيّنت دراسة (حورية 2009)<sup>18</sup> فعالية الأزيثروميسين بالمشاركة مع التقلّيح وتسوية الجذور في تحسين المشعرات السريرية وفي خفض الحمل الجرثومي خاصةً لجراثيم المعقد الأحمر عند مرضى التهاب AgP وذلك عند الفحص بواسطة تقنية Micro-I Dent® plus. وعلى نحوٍ مشابه، فقد أشارت دراسة (قطيط 2012)<sup>19</sup> إلى نجاح المعالجة المحافظة المدعومة بنوعين من المشاركات الدوائية، فقد كان تحسين المشعرات السريرية في مجموعة أموكسيسيلين + ميترونيدازول (AM) مكافئاً لمجموعة سيبروفلوكساسين + ميترونيدازول (CM). في حين أظهر إجراء اختبار Micro-I Dent® plus في مخابر hain-life science في ألمانيا أن مجموعة (AM) أبدت تناقصاً في درجات الحمل الجرثومي لأنواع الجراثيم المدروسة جميعها بعد ثلاثة أشهر من المعالجة لكن دون دلالة إحصائية. أمّا في مجموعة (CM) فقد تناقصت درجة الحمل الجرثومي بعد ثلاثة أشهر من المعالجة و بدلالة إحصائية لجراثيم Pg, Tf, Td, Cr, En, Ec، وبذلك تكون مجموعة (CM) أدت إلى

منتجات متنوعة مضادّة للجراثيم يمكن للمريض استعمالها مثل الغسولات الفموية الحاوية على الكلورهيكسدين Chlorhexedin، وهي مفيدة للسيطرة على التهاب اللثة والأنسجة حول السنينة بنسبة قد تصل إلى 75%<sup>100</sup>.

تتضمّن المعالجة الكيميائية حول السنينة استعمال المطهّرات الكيميائية أو الصادات الحيوية موضعياً أو جهازياً بهدف الإقلال من الجراثيم حول السنينة. إذ تساعد تدابير السيطرة على اللويحة كيميائياً في الحد من تكوّن اللويحة الجرثومية في الحالات التي يصعب فيها استخدام الوسائل الميكانيكية. وبذلك تُعدّ عاملاً مساعداً للتخلص من اللويحة بالمشاركة مع الوسائل الميكانيكية وليس بديلاً عنها<sup>10,9</sup>.

شكّل استخدام الصادات الجهازية كمعالجة داعمة للتقلّيح وتسوية الجذر أو الجراحة حول السنينة جزءاً أساسياً من الممارسة العملية في قسم علم الأنسجة حول السنينة إذ خضع 94% من المرضى للتقلّيح وتسوية الجذور بالمشاركة مع الصادات الحيوية الداعمة. كانت مشاركة أموكسيسيلين + ميترونيدازول هي الأكثر استخداماً (بنسبة 51%) يليها أزيثروميسين (21%) ثم دوكسيسيكليين (18%) وأخيراً مشاركة سيبروفلوكساسين + ميترونيدازول (4%).

تتجّه معظم الجامعات والمراكز الأكاديمية السنينة العالمية إلى تبني مبدأ طب الأسنان المعتمد على الدليل في تطوير مناهجها التعليمية وفي رفع سوية الخدمات المجتمعية

المجبرة. لذلك يُقترح تعزيز استعمال مشاركة سيبروفلوكساسين+ميترونيدازول في علاج التهاب الأنسجة حول السنوية الجائح في القسم وخاصةً عند المرضى الذين يعانون من حساسية تجاه الأموكسيسيلين.

انخفضت نسبة المرضى الملتزمين بمرحلة المعالجات التصحيحية لتصل 53%. شملت هذه العلاجات تنفيذ تجريف مفتوح عند 56% من الحالات وإجراء جراحة أنسجة رخوة (طعوم لثوية حررة وطعوم ضامة) عند 54% من المرضى، كذلك طُبِّقَت الطعوم العظمية (وحدها أو بالمشاركة مع التجدد النسيجي الموجه) عند 65% من المرضى. مع ملاحظة أعلى نسبة تطبيق للطعوم العظمية عند مرضى LAgP. تُستطب المعالجة حول السنوية الجراحية Periodontal surgery لتحسين إنذار الأسنان و تصحيح النواحي الجمالية، وتضم تقنيات مستخدمة لمعالجة الجيوب حول السنوية وتصحيح النواحي الشكلية المتعلقة بها (خاصةً العيوب المخاطية اللثوية) وعلاج العيوب العظمية بواسطة الجراحات التجديدية. إنَّ الغاية من المعالجة الجراحية للجيوب إزالة التغيرات المرضية الحاصلة في جدار الجيب وتأمين حالة مستقرة قابلة للسيطرة و تحريض التجدد النسيجي إن أمكن<sup>23</sup>.

تُعَد عملية توعية المرضى و تعزيز الالتزام عاملاً مهماً في المعالجة الناجحة لالتهاب AgP. لكن يُلاحظ في هذا البحث أن نسبة الأفراد في عينة المرضى المدروسة الذين لم يلتزموا بخطة المعالجة المقترحة وانسحبوا مباشرةً بعد التشخيص بلغت 6%، في حين أن

تناقص مهم في جراثيم المعقد الأحمر (Pg, Tf, Td). أخيراً، أظهرت دراسة (المجد 2013)<sup>20</sup> أن تأثير الأزيثرومايسين الداعم للتقليح وتسوية الجذور كان مكافئاً لمشاركة أموكسيسيلين+ميترونيدازول من حيث تحسن المشعرات السريرية حول السنوية عند مرضى التهاب AgP المعمم. تُقدم هذه البحوث أدلة تدعم خيارات إضافية أو بديلة أمام مختص أمراض الأنسجة حول السنوية، وتزيد من الذخيرة العلاجية لديه وتقلل من مقاومة الجراثيم الممرضة حول السنوية للصادات التي تنتج عن استخدام الصاد نفسه بشكل واسع.

تعدُّ مشاركة أموكسيسيلين+ميترونيدازول الخيار الأول المستخدم بشكل واسع في علاج أمراض الأنسجة حول السنوية. عند الأخذ بالحسبان أن اللويحة تحت اللثوية تضم طيفاً واسعاً من الجراثيم الهوائية واللاهوائية فإن هذه المشاركة تعدُّ علاجاً مناسباً للمرض حول السنوي<sup>21</sup>. تذكر (Silva-senem2013)<sup>22</sup> أن هذه المشاركة تعدُّ فعّالة حتى عند استخدامها بشكل استقرائي مباشرةً بعد التشخيص السريري للمرض حول السنوي المتقدم حتى دون إجراء الفحوص الجرثومية لتحديد الجراثيم الممرضة المتورطة في هذا المرض.

كذلك تشير (Dumitrescu2011)<sup>21</sup> إلى أن مشاركة سيبروفلوكساسين+ميترونيدازول ستقدم نتائج أفضل في علاج أمراض الأنسجة حول السنوية، فهي فعّالة ضد جراثيم A.a ، وكذلك ستشمل تآزر تأثير السيبروفلوكساسين في الجراثيم اللاهوائية المخيرة فضلاً عن تأثير الميترونيدازول في الجراثيم اللاهوائية

إلى 35% عند مجموعة العمال. وهنا تبرز أهمية تحري الأسباب التي تحول دون التزام المرضى من خلال دراسة تفصيلية خاصة. يحتاج مرضى الخطورة حول السنينة العالية (خاصةً التهاب AgP) إلى زيارات متابعة دورية عديدة متكررة. يجب أن تكون المدة الزمنية بين هذه الزيارات من 1 حتى 6 أشهر اعتماداً على الاحتياجات الفردية لكل مريض. من الضروري أن تُشدّد جلسات المتابعة الدورية على تعليمات الصحة الفموية، إعادة التقلّح وتسوية الجذور، واستعمال المعالجات الكيمائية الدائمة، وإعادة تسجيل قياسات المشعرات السريرية وتعزيز العناية المنزلية (بما فيها استخدام الأدوات بين السنينة و الإرواء الفموي)<sup>24</sup>. فضلاً عن ذلك، من الضروري استخدام وسائل تعليمية بصرية مساعدة لرفع مستوى الوعي عند المرضى بخطورة المرض حول السنينة وأسبابه وطرائق الوقاية منه، فضلاً عن استعمال وسائل تعليمية مساعدة لتعزيز معرفة المرضى بالطرائق الصحيحة لتطبيق تعليمات الصحة الفموية<sup>25</sup>.

#### - الاستنتاج:

أظهر تحليل النتائج المستقاة من خلال الإلقاء نظرة عامة على الإجراءات العلاجية المتبعة في قسم علم الأنسجة حول السنينة من أجل تدبير التهاب الأنسجة حول السنينة الجائح وجود كثير من النواحي الإيجابية أهمها: الكشف المبكر للمرضى في عيادة القسم و اتباع الإجراءات العلاجية المتوافقة مع أحدث القواعد العامة و الخطط العلاجية المذكورة في الأدب الطبي، وتشمل العلاجات المحافظة

نسبة 35% من المرضى فقط التزموا بالمتابعة والرعاية الدورية. هناك عددٌ من الأمور التي يُمكن أن تُصرف المرضى عن متابعة العلاج والاستمرار فيه مثل: المواعيد المتعددة في عيادة السنوات الجامعية الأولى التي تسبق تحويل المرضى لعيادة الدراسات العليا، تعدد الزيارات المطلوبة لإتمام الفحص والتقييم السريري الشامل، العلاج بالتقلّح وتسوية الجذور وفق نظام كل ربع فك على حدة؛ ممّا يتطلب وقتاً طويلاً خاصةً في ظل الظروف العامة الحالية لذا يُقترح أن يُسهّل ويُسرّع علاج مرضى AgP عبر إنقاص عدد الزيارات المطلوبة في مرحلة المعالجة الأولية ويُمكن تحقيق هذا الأمر من خلال تحويل المرضى فور اكتشاف الحالة مباشرةً إلى عيادة الدراسات العليا لإنجاز المعالجات كلّها حول السنينة المطلوبة بما فيها المرحلة الأولية. كذلك من أهم أسباب عدم الالتزام غياب الوعي الكافي عند المرضى بخطورة المرض حول السنينة وأهمية الاستمرار بالخطّة العلاجية الموضوعية.

بيّن تحليل نسب التزام المرضى وجود التزام أعلى عند الإناث من الذكور بشكلٍ مهمٍ إحصائياً، وكانت أعلى نسبة التزام هي عند الإناث المصابات بالتهاب LAgP. وفي السياق نفسه، كانت نسبة الالتزام مرتفعة عند الطلاب الجامعيين بشكلٍ عام إذ التزم بالمتابعة 22 مريضاً من الطلاب من أصل 34 بنسبة 65% (مع تسجيل نسبة 100% عند طلاب طب الأسنان إذ التزم المرضى الثمانية بمراحل العلاج نفسها)، فيما انخفضت نسبة الالتزام



والجراحية بالمشاركة مع تطبيق الصادات الحيوية فضلاً عن تطبيق الطعوم العظمية والتجدد النسيجي الموجه. بالمقابل أبرزت هذه الدراسة عدداً من النواحي السلبية أهمها: نقص في سجلات المرضى، ومشكلات تتعلق ببطاقة المرضى، وانسحاب بعض المرضى قبل بدء العلاج وعدم التزام نسبة كبيرة من المرضى بالخططة العلاجية في المراحل التالية للمعالجة المحافظة.

#### Reference

- 1- American Academy of Periodontology. Parameter on aggressive periodontitis. J Periodontol 2000; 71: 867-869.
- 2- American Academy of Periodontology Workshop for a Classification of Periodontal Diseases and Conditions. Ann Periodontol1999; 4:1-112.
- 3- Armitage GC. Development of a classification system for periodontal diseases and conditions. Ann Periodontol1999; 4: 1-6.
- 4- Kinane DF& Lappin DF. Clinical, pathological and immunological aspects of periodontal disease. Acta Odontol Scand2001; 59: 154-160.
- 5- Lang NP, Bartold PM, Cullinan M, et al. Consensus report: aggressive periodontitis. Ann Periodontol1999; 4: 53.
- 6- Gemmell E & Seymour GJ. Immunoregulatory control of Th1/Th2 cytokine profiles in periodontal disease. Periodontol 2000 2004; 35: 21-41.
- 7- Kinane DF, Shiba H & Hart TC. The genetic basis of periodontitis. Periodontol 2000 2005;39: 91-117.
- 8- Claffey N & Polyzois L. Non-surgical therapy. In: Lindhe J, Lang NP & Karring T. (eds.) Clinical periodontology and implant dentistry.UK, Blackwell Munksgaard 2008; 5<sup>th</sup>edition:766-782.
- 9- MombelliA. Antibiotics in Periodontal Therapy. In: Lindhe JA, Karring TH & Lang NI. (eds.) Clinical periodontology and implant dentistry. UK, Blackwell munksgaard2008; 5<sup>th</sup>ed:882-892.
- 10- Seymour R & Hoog S. Antibiotics and chemoprophylaxis. J Periodontol2008;46:80-108.
- 11- Albandar JM. Global risk factors and risk indicators for periodontal diseases.Periodontol 2000 2002;29:177-206.
- 12- BorrellN & PapapanouP. Analytical epidemiology of periodontitis. J Clin Periodontol 2005;32:132-158.
- 13- Sheiham A & Nicolau B. Evaluation of social and psychological factors in periodontal disease.Periodontol 2000 2005;39:118-131.
- 14- Armitage GC. Comparison of the clinical features of chronic and aggressive periodontitis. Periodonol 2000 2010; 53:70-88.
- 15- Levin L,Einy S, Zigdon H, et al. Guidelines for periodontal care and follow up during orthodontic treatment in adolescents and young adults.J Appl Oral Sci2012;20:77-83.
- 16- Lindhe J, Nyman S& Lang NP. Treatment Planning. In: Lindhe J, Karring T& Lang NP (eds.)Clinical Periodontology and implant dentistry.UK, Blackwell Munksgaard2008; 5<sup>th</sup>ed:414-415.
- 17- أبو سليمان، علي. دراسة جراثومية وبائية لالتهاب الأنسجة الداعمة المبكرة في سورية باستخدام مسابر DNA وتطبيق الدوكسي سيكلين والطعوم العظمية في المعالجة. ماجستير، جامعة دمشق 2001، دمشق.
- 18- حورية، رشا. دراسة سريرية و جراثومية لتأثير الأزيترومايسين كمعالجة داعمة للتقليل و تسوية الجذور في معالجة التهاب الأنسجة حول السنينة الاجتياحي (دراسة سريرية عشوائية ثنائية التعمية). ماجستير، جامعة دمشق 2010، دمشق.

- 19- قطيط، مريم. تقييم المعالجة المحافظة المدعومة بثلاثة بروتوكولات من الصادات الحيوية عند مرضى التهاب الأنسجة حول السن المزمّن (دراسة سريرية جرثومية). ماجستير، جامعة دمشق 2012، دمشق.
- 20- المجد، باسل. دراسة سريرية لتقييم المعالجة المحافظة بالمشاركة مع صادات حيوية مختلفة عند مرضى التهاب الأنسجة الجائح المعمم. ماجستير، جامعة دمشق 2013، دمشق.
- 21- Dumitrescu AL. The Systemic Use of Antibiotics in Periodontal Therapy. In: Dumitrescu AL. (ed.) Antibiotics and Antiseptics in Periodontal Therapy. Springer-Verlag Berlin Heidelberg 2011:79-82.
- 22- Silva-senem M, Heller D, Varela VM, et al. Clinical and microbiological effects of systemic antimicrobials combined to an anti-infective mechanical debridement for the management of aggressive periodontitis: a 12-month randomized controlled trial. J Clin Periodontol 2013;40:242-251.
- 23- Takei HH & Carranza FA. The surgical phase of therapy. In: Newman MG, Takei HH & Carranza FA. (eds.) Clinical periodontology. W.B.Saunders company 2010. 9<sup>th</sup> edition:746-751.
- 24- Casarin RC, Ribeiro ED, Nociti FH, et al. Self-perception of aggressive periodontitis symptoms and its influence on the compliance with the oral hygiene instructions: a pilot study. J Appl Oral Sci 2010;9:250-258.
- 25- Greatz C, Dorfer C, Kahl M, et al. Retention of questionable and hopeless teeth in compliant patients treated for aggressive periodontitis. J Clin Periotontol 2011;38:707-714.

تاريخ ورود البحث إلى مجلة جامعة دمشق 2013/7/4.

تاريخ قبوله للنشر 2014/2/24.